

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**DEFANSİF TIP UYGULAMALARI,
ÖNCÜLLERİ VE SONUÇLARI**

DOKTORA TEZİ

Özgün ÜNAL

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

OCAK – 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

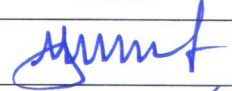


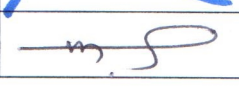

DEFANSİF TIP UYGULAMALARI,
ÖNCÜLLERİ VE SONUÇLARI

DOKTORA TEZİ

Özgün ÜNAL

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 22.12/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Yunus ZAFER	BASARILI	
Prof. Dr. Mesut GİMEN	BASARILI	
Doç. Dr. Cemal SEZER	BASARILI	
Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN	BASARILI	
Doç. Dr. Mahmut AKBOĞAZ	BASARILI	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Özgün ÜNAL
Öğrenci Numarası	:	1660D47002
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	<input type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları
Benzerlik Oranı	:	%5

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

20/12/2019
İmza

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Tarih: 20/12/2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Akademik hayatımın başında tanıştığım ve araştırma görevlisi olmaktan onur ve gurur duyduğum saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a gerek yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince göstermiş olduğu ilgi ve sabır; gerekse bana karşı bir hocadan daha fazlası olduğu ve bana yol gösterdiği için sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Hayatımın her anında olduğu gibi tüm eğitim hayatım boyunca da arkamda olup bana destek veren, sabır gösteren ve beni motive eden sevgili eşim Sema ÜNAL'a şükranlarımı sunarım.

Hayatımın her anında arkamda olan ve kendimi değerli hissettiren annem Ayşe GÜREL'e, kardeşim Gürel ÜNAL'a ve anneannem Halise GÜREL'e sonsuz minnetlerimi sunarım.

Benim için kadim bir dost olan, üniversite hayatımın başından bugüne kadar beni her anlamda destekleyen Öğr. Gör. Halil TÜRKTEMİZ'e sevgi ve saygılarımı sunarım.

Gerek tezimin anket uygulaması esnasında gerekse yorulduğum yerde sağladıkları destekle yoluma devam etmemi sağlayan değerli dostum Mehmet KARAKAYA'ya ve Eşi Bilge Güneş KARAKAYA'ya şükranlarımı sunarım.

Akademik hayatımın henüz başında iken yollarımızın kesiştiği, her konuda birbirimize destek olduğumuz ve bu tezin yazımında bana çok kıymetli destekler veren arkadaşlarım Arş. Gör. Ayhan DURMUŞ'a ve Arş. Gör. Mustafa AMARAT'a yapmış oldukları her şey için çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamın anket uygulamasına destek olarak bu teze katkı veren Dr. Serdar DEĞİRMENCİ'ye şükranlarımı sunarım. Ayrıca ismini sayamadığım ve bugüne kadar bana katkıda bulunmuş hocalarım ve arkadaşlarımın her birisine ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak çalışmama destek olan Anakara Tabip Odası'na, Sakarya Tabip Odası'na, İzmir tabip, Odası'na, Aydın Tabip Odası'na, Manisa Tabip Odası'na, Tekirdağ Tabip Odası'na, Trabzon Tabip Odası'na, Çanakkale Tabip Odası'na, Eskişehir Tabip Odası'na,

Mersin Tabip Odası'na, Adana Tabip Odası'na, Samsun Tabip Odası'na, Muğla Tabip Odası'na, Denizli Tabip Odası'na, Balıkesir Tabip Odası'na, Ordu Tabip Odası'na, Diyarbakır Tabip Odası'na, Erzurum Tabip Odası'na, Kırklareli Tabip Odası'na ayrı ayrı teşekkür ederim.

Bu çalışma SAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir.
(Proje no: 2018-2-9-212)

Özgün ÜNAL

20.12.2019



İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1. LİTERATÜR TARAMASI	7
1.1. Defansif Tıp Nedir?.....	7
1.2. Defansif Tıp Uygulamaları	9
1.3. Defansif Tıp Türleri	14
1.3.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları.....	15
1.3.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	18
1.4. Defansif Tıbbın Öncülleri	19
1.5. Defansif Tıbbın Sonuçları	33
1.5.1. Defansif Tıbbın Faydaları	34
1.5.2. Defansif Tıbbın Zararları	36
BÖLÜM 2. YÖNTEM	41
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	41
2.2. Evren ve Örneklem	43
2.3. Veri Toplama Araçları	46
2.4. Ölçek Geliştirme Süreci	49
2.5. Araştırmanın Yapılmasına İlişkin Yasal İzinler.....	52

2.6. Veri Toplama Süreci	52
2.7. Verilerin Analizi.....	55
2.8. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	56
2.9. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	60
BÖLÜM 3. BULGULAR.....	71
3.1. Nitel Araştırmanın Bulguları.....	71
3.1.1. Defansif Tıbbın Tanımı.....	71
3.1.2. Defansif Tıp Türleri	73
3.1.3. Defansif Tıp Uygulamaları	76
3.1.3.1. Tema 1: Pozitif Defansif Tıp (Garantici Davranış)	77
3.1.3.2. Tema 2: Negatif Defansif Tıp (Kaçınma Davranışı)	82
3.1.4. Defansif Tıbbın Öncülleri	84
3.1.4.1. Tema 1: Hekime İlişkin Öncüller	85
3.1.4.2. Tema 2: Hastaya İlişkin Öncüller	98
3.1.4.3. Tema 3: Sağlık Sektörüne İlişkin Öncüller	100
3.1.5. Defansif Tıbbın Sonuçları.....	105
3.1.5.1. Tema 1: Hekim Açısından Sonuçları	105
3.1.5.2. Tema 2: Hasta Açısından Sonuçları	108
3.1.5.3. Tema 3: Sağlık Sistemi Açısından Sonuçları	111
3.1.6. Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları Arasındaki İlişkiler	113
3.1.6.1. Defansif Tıbbın Öncülleri ile Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki	114
3.1.6.2. Defansif Tıp Uygulamaları ile Defansif Tıbbın Sonuçları Arasındaki İlişki	116
3.2. Nicel Araştırmanın Bulguları.....	118

3.2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri	118
3.2.2. Ölçeklere Verilen Cevapların Ortalamaları	120
3.2.3. Korelasyon Analizi Bulguları	124
3.2.4. Çoklu Regresyon Analizi Bulguları	126
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	131
KAYNAKÇA	144
EKLER.....	157
ÖZGEÇMİŞ.....	172

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Katılımcılara İlişkin Bilgiler	44
Tablo 2 : Örneklem Dağılımı	46
Tablo 3 : Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeğinin Keşfedici Faktör Analizi.....	62
Tablo 4 : Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeğinin Keşfedici Faktör Analizi	64
Tablo 5 : Defansif Tıbbın Sonuçlarına İlişkin Hekim Algıları	67
Tablo 6 : Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular	68
Tablo 7 : Doğrulamalı Faktör Analizi Sonucu Ölçeklerin İfadelerinin Faktör Yükleri .	69
Tablo 8 : Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 9 : Defansif Tıbbın Öncülleri ile Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki	115
Tablo 10: Defansif Tıp Uygulamaları ile Defansif Tıbbın Sonuçları Arasındaki İlişki	117
Tablo 11: Sosyo-Demografik Bulgular	119
Tablo 12: Hekimlik Mesleğini İcra Ederken Karşılaşılan Olumsuz Durumlara İlişkin Frekans Tablosu	120
Tablo 13: Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği Sorularına ve Alt Boyutlarına Verilen Cevapların Ortalamaları	121
Tablo 14: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeği Sorularına ve Alt Boyutlarına Verilen Cevapların Ortalamaları.....	122
Tablo 15: Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına İlişkin Hekim Algıları Ölçeği Sorularına ve Alt Boyutlarına Verilen Cevapların Ortalamaları	124
Tablo 16: Korelasyon Analizi Sonuçları.....	126

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Model 1: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi	58
Şekil 2: Model 2 Defansif Tıp Uygulamalarının Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına Etkisi	60
Şekil 3: Defansif Tıbbın Tanımı	73
Şekil 4: Pozitif Defansif Tıp Tanımı	75
Şekil 5: Negatif Defansif Tıp Tanımı	76
Şekil 6: Defansif Tıbbın Öncülleri	85
Şekil 7: Model 1 Regresyon Analizi Sonuçları	128
Şekil 8: Model 2 Regresyon Analizi Sonuçları	130

KISALTMALAR

KGİ : Kapsam geçerliliği İndeksi

KMO : Kaizer Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy



Tezin Başlığı: Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları	
Tezin Yazarı: Özgün ÜNAL	Danışman: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Kabul Tarihi: 20 Aralık 2019	Sayfa Sayısı: x (ön kısım) + 156(tez)+ 16(ekler)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	
<p>Bu çalışmanın temel amacı defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarına ilişkin hekim algılarının belirlenmesidir. Bu kapsamda çalışmada defansif tıp uygulamalarını, öncüllerini ve sonuçlarını ölçmeye yönelik ölçekler geliştirilmesi de amaçlanmaktadır. Çalışma yukarıdaki amaçlar doğrultusunda dört bölüm olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde defansif tıp uygulamaları ile ilgili ulusal ve uluslararası yazın tartışılmıştır. İkinci bölümde alan yazından elde edilen bilgilerden yararlanılarak oluşturulan yarı yapılandırılmış bir form kullanılarak farklı branşlardan 21 hekim ile gerçekleştirilen ve NVIVO 11 programı yardımıyla analiz edilen derinlemesine mülakat sonuçları yer almaktadır. Üçüncü bölümde, araştırmanın birinci ve ikinci bölümlerinden elde edilen bilgilerden yararlanılarak defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algılarının belirlenmesine yönelik ölçekler geliştirilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise araştırma kapsamında geliştirilen iki model test edilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış mülakat formu ve geliştirilen ölçekler kullanılmıştır. Ölçekler Türkiye genelinde görev yapan 149.997 hekimden 1724'üne uygulanmıştır. Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.</p> <p>Çalışma kapsamında yapılan derinlemesine mülakatlar sonucunda şikâyet ve dava edilme kaygısı, hasta şikâyet hatlarının baskısı, şiddet görme kaygısı, yönetimin desteğinin hissedilmemesi ve medyanın defansif tıbbın önemli öncülleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hekimlerin pozitif defansif tıp kapsamında en fazla ekstra tetkik, ekstra görüntüleme, ekstra konsültasyon istedikleri; negatif defansif tıp kapsamında ise en fazla hastayı sevk uygulamasına başvurdukları bulunmuştur. Defansif tıbbın sonucu olarak ise hekimlerin en sık değindikleri durumlar defansif tıp uygulamalarının hastalar için risk oluşturması ve sağlık hizmetleri harcamalarını arttırmasıdır. Alan uygulaması ile elde edilen bulgular hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarına, pozitif defansif tıp uygulamalarından daha fazla başvurduğunu göstermektedir. Çalışmada negatif defansif tıp kapsamında en fazla hastayı sevk etme uygulamasına başvurulduğu görülürken; pozitif defansif tıp kapsamında en fazla ekstra tahlil ve görüntüleme isteme uygulamalarına başvurulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar yapılan nitel araştırmanın sonuçları ile birbirini desteklemektedir. Çalışmanın bir diğer sonucuna göre hekimlerin defansif tıp uygulamasında en önemli öncüller sırasıyla çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ve şikâyet ve dava edilme kaygısıdır. Ayrıca defansif tıbbın en önemli sonucunun sağlık sisteminin verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltması olduğu sonucu çalışmanın bir diğer sonucudur. Çalışmada geliştirilen modellerin test edilmesi sonucunda ise hekimlerin şikâyet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklı baskılar, hekimin itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hasta odaklı davranma çabası ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına yöneldikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, defansif tıp uygulamalarının hekimler, hastalar ve sağlık sistemi açısından olumsuz sonuçları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçları göz önüne alındığında defansif tıp uygulamalarına Türk hekimlerinin oldukça yaygın olarak başvurduğu ve bu uygulamaların birçok olumsuz sonucunun olduğu görülmektedir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Defansif Tıp, Defansif Tıp Uygulamaları, Defansif Tıbbın Öncülleri, Defansif Tıbbın Sonuçları	

Title of the Thesis: Defensive Medicine Practices, Antecedents and Outcomes	
Author: Özgün ÜNAL	Supervisor: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Date: 20 December 2019	Np: x (pre text) + 156 (main body) + 16(app)
Department: Health Management	
<p>The main aim of this study is to identify physician perceptions of the practices, antecedents and outcomes of defensive medicine. In this context, the study also attempts to develop scales to measure the practices, predictors and outcomes of defensive medicine. For this reason, the study was designed in four parts. The first part of the study includes a discussion on the national and international literature on the practice of defensive medicine. The second part presents the results of in-depth interviews held with 21 physicians from different branches using a semi-structured form designed based on the literature findings, which were analysed using NVivo 11 software. In the third part, scales were developed to measure physician perceptions of defensive medicine practices, antecedents of defensive medicine practices, and outcomes of defensive medicine practices based on the information obtained from the first and second parts of the study. In the last part, two models developed within the scope of the study were tested. The data were collected using the semi-structured interview form and scales developed for the purpose of the study. The scales were administered to 1724 physicians among 149.997 physicians working throughout Turkey. The data were analysed for validity and reliability. Descriptive statistics, correlation analysis, and multiple regression analysis were used in the data analysis. As a result of the in-depth interviews, it was found that the major antecedents of defensive medicine practices include concern about being complained and sued, pressure from patient complaint services, concern about being exposed to violence, the lack of support from management, and media. It was also found that the physicians most often demand additional tests, additional imaging, and additional consultation with respect to positive defensive medicine, while they most often turn to patient referral practice with respect to negative defensive medicine. With respect to the outcomes of defensive medicine, the physicians most often reported that defensive medicine practices pose risks for patients and increase health care spending.</p> <p>The findings obtained from the scales showed that the physicians use negative defensive medicine practices more often compared to positive defensive medicine practices. The most common negative defensive medicine practice was a patient referral, while the most common positive defensive medicine practice was additional tests and imaging. These results are consistent with those obtained from the qualitative data. Another result of the study is that the most important predictors of defensive medicine practices are pressure from the working environment and concern about being complained and sued, respectively. Additionally, the most important outcome of defensive medicine is that defensive medicine reduces the efficiency, effectiveness and quality of the health system. As a result of the testing of the models developed within the scope of the study, it was found that the physicians turn to positive and negative defensive medicine practices due to their concern about being complained and sued, pressure from mass media and social media, pressure from the working environment, concern about maintaining their reputation, concern about being exposed to violence, medical training that they received, and effort to adopt a patient-centered approach. It was also concluded that defensive medicine practices have negative consequences for physicians, patients, and the health system. Given the results of the study, it appears that Turkish physicians frequently use defensive medicine practices and defensive medicine practices have many negative outcomes.</p>	
Keywords: Defensive Medicine, Defensive Medicine Practices, Predictors of Defensive Medicine, Outcomes of Defensive Medicine	

GİRİŞ

Günümüz sağlık sektörü ve sağlık sektöründe hizmet sunan sağlık çalışanlarına baskı uygulayan birçok unsur bulunmaktadır. Bunlara hükümetlerin genel politikaları, sağlık politikaları, medya, sosyal medya, hastalar ve yakınları ve sağlık çalışanlarının bizzat kendileri örnek olarak verilebilir. Sağlık çalışanlarının tümünü baskı altına alan bu unsurların sonuçları sağlık sistemi, sağlık çalışanları ve hastalar için oldukça sakıncalı durumlara sebep olabilmektedir. Ancak burada önem arz eden en önemli faktör, halka doğrudan sağlık hizmeti sunumunun ana aktörleri olan hekimler üzerindeki etkileridir. Sağlık sektörünün doğasında var olan bilgi asimetrisi nedeniyle hekimler hem hizmet arzı hem de hizmet talebinin oluşturulmasında en önemli aktördür. Bu nedenle sayılan baskı unsurlarının hekimler üzerindeki etkileri, sağlık sistemi ve toplum üzerindeki etkilerin daha şiddetli görülmesine sebep olabilmektedir. Çünkü hekimler e hissettikleri baskılara tıbbi uygulamalarla cevap vermektedir. Hekimlerin histekileri baskılara verdikleri tepkilerden biri, bu tezin temel tartışma konusunu oluşturan defansif tıp uygulamalarıdır. Defansif tıp en yaygın tanımıyla; tıbbi uygulama hatası (malpraktis¹) suçlamalarından korunmak için hekimlerin daha çok tıbbi testler yapması, hasta ile ilişki sırasında gereksiz prosedürler izlemesi ya da tam tersine riskli hastalardan ve riskli tanı ve tedavi yöntemlerinden uzak durmasıdır (OTA, 1993:6).

Defansif tıp 1971 yılından günümüze kadar farklı yazarlarca defalarca tanımlanmıştır. Yapılan ilk tanımlarda defansif tıptan malpraktis olasılığını azaltmak için gerçekleştirdikleri tıbbi açıdan onaylanmamış uygulamalar (Project, 1971:942) ve malpraktis kaygısı ile hasta bakım faaliyetlerinde kullanılan bir yaklaşım (Hershey, 1972: 71) şeklinde söz edilmektedir. Bu tanımlarda ön planda olan unsur malpraktis davası kaygısı iken uygulamalardan bahsedilmemektedir. Daha sonraki tanımlarda ise olası davalarda elini güçlendirm ek için kanıt toplamak (Simon, 1992: 13), önemli bulguları gözden kaçırma korkusu (Keinberger, 2017:157), yanlış tanı koymaktan kaçınma isteği (McQuade, 1991:408) ve eleştirilmeme isteği (Chawla ve Gunderman, 2008: 948; Summerton, 2000: 565) gibi farklı öncüllerden bahsedilirken; defansif tıp uygulamaları

¹ Dünya Tabipler Birliği malpraktisi; "Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlamaktadır (World Medical Association-2017).

daha çok tıbbi test isteme (Studdert vd., 2005: 2609; Hiyama vd., 2006: 7671), hasta ile ilişki sırasında gereksiz prosedürler izleme (Bean, 2016: 112), gereksiz konsültasyon isteme (Studdert vd., 2005: 2609) hastaları tıbbi gereklilik dışında hastaneye yatırma (Sethi vd., 2012: 69) riskli hastalardan ve riskli tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınma (Catino ve Cellotti, 2009: 206) gibi uygulamalar vurgulanarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu tanımlardan ise defansif tıp uygulamalarının neler olduğu, türlerinin neler olduğu ve ne gibi faktörlerin defansif tıp uygulamalarına neden olduğu ile ilgili bilgi edinilebilmesine karşılık konuyla ilgili farklı farklı çalışmalardan elde edilen bu bilgilerin derlenmesi ve konuya bütüncül bakış açısının sağlanması önemli görülmektedir.

Defansif tıbbi detaylı bir şekilde incelemek amacıyla tasarlanan bu çalışma, dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde defansif tıpla ilgili alan yazın incelenmekte ve alan yazında yer alan bilgiler tartışılmaktadır. Defansif tıp konusundaki ulusal ve uluslararası yazın çok zengin olmadığından, bu bölümde herhangi bir kısıtlamaya gidilmeksizin ulaşılabilen çalışmaların tamamından elde edilen bilgiler tartışılmıştır. İlgili alan yazın irdelenirken defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının türleri, defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve sonuçlarının neler olduğuna ilişkin sorulara yanıt aranmaktadır. Böylelikle hem alan yazın kapsamlı şekilde incelenmekte, hem de araştırmanın ikinci bölümünü oluşturan nitel araştırmanın alt yapısı oluşturulmaktadır.

Araştırmanın ikinci bölümü defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarına ilişkin hekim algılarının ve deneyimlerinin belirlenmesini amaçlayan nitel araştırmadan oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak yapılan nitel araştırmanın soruları, alan yazında yer alan bilgilerden yararlanılarak oluşturulmuştur. Veri toplama sürecinde defansif tıbbin uygulayıcıları olan hekimler ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin analizi sonucunda defansif tıp uygulamaları, pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları olmak üzere iki tema; defansif tıp uygulamalarının öncülleri, hekime ilişkin öncüller, hastaya ilişkin öncüller ve sağlık sektörüne ilişkin öncüller olmak üzere üç tema ve defansif tıp uygulamalarının sonuçları, hekim, hasta ve sağlık sistemi açısından sonuçları şeklinde üç tema olarak sınıflandırılmıştır. Nitel araştırma sonucunda öncelikle defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları ile ilgili hekimlerin görüşleri elde edilerek kapsamlı bir defansif tıp bilgisi oluşturulmuştur. Ayrıca, bu bölümden elde edilen bilgilerden

yararlanarak üçüncü bölümü oluşturan ölçek geliştirme çalışması için gerekli veriler toplanmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarını ölçebilecek ölçek geliştirme çalışması yapılmıştır. Bu kapsamda araştırmanın birinci ve ikinci bölümlerinden elde edilen bilgiler kullanılarak öncelikle soru havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan soru havuzu üzerinde araştırmacı tarafından yapılan çalışmalarla ölçek soruların gruplandırılmış ve ölçeğin genel yapısı oluşturulmuştur. Ardından oluşturulan taslak ölçek, kapsam geçerliliği indeksi hesaplamak amacıyla 14 uzmanın görüşüne sunulmuş, uzmanların görüş ve önerileri doğrultusunda ölçek revize edilmiştir. Bu aşamadan sonra ölçeklerin pilot uygulamaları yapılmıştır. Pilot uygulama sonucunda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ölçeklerin uygulanabilir olduğuna dair olumlu sonuçlar verdiği için ölçeklere nihai hali verilmiştir. Bu aşama neticesinde araştırmanın alan uygulamasında kullanılacak ölçekler geliştirilmiştir.

Araştırmanın son bölümünde ise araştırma kapsamında geliştirilen ölçeklerin alan uygulaması yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmanın modelleri geliştirilmiş ve test edilmiştir. Yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar araştırmanın önceki bölümlerinden elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

Çalışmanın Amacı, Problemi ve Soruları

Bu tez çalışmasının ana amacı hekimlerin defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarına ilişkin algılarının belirlenmesi ve defansif tıp uygulamalarını, defansif tıp uygulamalarının öncüllerini ve defansif tıp uygulamalarının sonuçlarını ölçebilecek ölçeklerin geliştirilmesidir. Çalışma karma yapıda tasarlandığından içiçe girmiş iki ayrı yöntem için farklı amaçlar belirlenmiştir. Bu kapsamda nitel araştırma bölümünde ulaşılmaya hedeflenen iki amaç bulunmaktadır:

- Alan yazında defansif tıp uygulamaları öncülleri ve sonuçlarına ilişkin var olan bilgi birikiminin incelenmesi;
- Derinlemesine mülakatlar ile defansif tıp uygulamasının uygulayıcıları olan hekimlerin defansif tıp uygulamaları öncülleri ve sonuçlarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi.

Bu kapsamda nitel araştırmanın ana sorusu “Hekimlerin defansif tıp uygulaması, öncülleri ve sonuçları ile ilgili deneyimleri nelerdir?” olarak belirlenmiştir. Bu ana soruya ulaşabilmek amacıyla oluşturulan alt sorular ise şu şekilde sıralanabilir;

- Defansif tıp nedir? (Pozitif defansif tıp (Garantici tıp) nedir? Negatif defansif tıp (Kaçınmacı tıp) nedir?)
- Defansif tıp uygulamaları nelerdir?
- Defansif tıp uygulamalarının öncülleri nelerdir?
- Defansif tıp uygulamalarının sonuçları nelerdir?

Araştırmanın nicel bölümünde nitel çalışmadan elde edilen bilgiler ve alan yazından yararlanılarak ölçek geliştirilmesi ve geliştirilen ölçeklerin Türkiye evreninde deneyerek geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda ölçekler geliştirilmiş ve bu ölçekleri kullanarak araştırma sonuçlarını ortaya çıkarmak amacıyla iki model oluşturulmuştur. Bu modellerden ilki hangi defansif tıp uygulaması öncülünün hangi defansif tıp uygulamalarını etkilediğini belirlemeye yöneliktir. İkinci model ise hangi defansif tıp uygulamalarının hangi sonuçlara neden olduğunu araştırmaktadır.

Çalışmanın Önemi

Defansif tıp uygulamaları, uluslararası yazında geniş yer bulan ve farklı boyutları ile çalışılmış konular arasında bulunmasına karşılık ulusal yazında bu konuda az sayıda çalışma bulunduğu ve bu çalışmalarda genellikle defansif tıbbın ne olduğu üzerinde durulduğu; yani konuya farklı açılardan yaklaşılmadığı görülmektedir. Yapılan alan yazın incelemesinde YÖK Akademik arama motorunda “defansif tıp” ve “çekinik tıp” anahtar kelimeleri kullanılarak yapılan aramada 9 makale, 22 bildiri bulunduğu; bu çalışmalarda genel olarak defansif tıp uygulamalarının neler olduğu veya hekimlerin defansif tıp uygulamasına ilişkin görüşlerinin neler olduğu araştırılmaktadır. Ulusal tez merkezinde “defansif tıp” anahtar sözcüğü kullanılarak arama yapıldığında 10 tez, “çekinik tıp” şeklinde arama yapıldığında ise 1 tez bulunmaktadır. Ulaşılan tezlerde de makalelere benzer şekilde defansif tıp uygulamalarının sıklığı, hekimlerin bu konudaki görüşleri ve defansif tıp uygulamalarının hukuki boyutu incelenmektedir. Ulusal yazındaki makaleler ve tezler incelendiğinde genel olarak defansif tıp uygulamalarının frekansını ölçmeye yönelik Likert yapıdaki ölçekler kullanıldığı görülmektedir. Uluslararası yazında ise Google Akademik arama motorunda “defensive medicine”

şeklinde arama yapıldığında başlığında defansif tıp geçen 306 çalışmaya rastlanmaktadır. ProQuest Dissertations & Theses Global uluslararası tez merkezinde “defensive medicine” şeklinde arama yapıldığında ise defansif tıbbi konu alan 5 tez ile karşılaşmaktadır. Uluslararası yazında yer alan makale ve tez çalışmaları incelendiğinde ise defansif tıp konusu, uygulanma sıklığı, malpraktis davaları ile ilişkisine ek olara neden olan diğer öncüllerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildikleri görülmektedir. Yapılan yazın incelemesi sonucunda ulusal ve uluslararası çalışmalarda birer ölçüğe rastlanmıştır. Ulusal yazında yer alan ölçüğün (Başer vd., 2014b) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olumsuz sonuçlandığından kullanılabilir durumda olmadığı anlaşılmaktadır. Uluslararası yazında yer alan ölçek (Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001) ise 4 ifadeden oluşmakta ve genel olarak malpraktis kaygısı üzerinde durmaktadır. Bu bağlamda uluslararası yazında yer alan ölçek defansif tıp uygulamalarına ilişkin geniş bir bakış açısı sunmamaktadır. Bu nedenle ulusal ve uluslararası yazında defansif tıp uygulamalarını konu alan ölçeklere ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algılarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilecek derinlemesine mülakatlardan elde edilen veriler ve alan yazın incelemeleri sonucunda defansif tıbbin uygulamalarının yanı sıra sebep ve sonuçlarını da ortaya koyabilecek ayrıntılı bir ölçek geliştirilmesi hedeflenmiştir. Defansif tıbbi ayrıntılı bir şekilde inceleyen bir ölçüğe alan yazında rastlanmamıştır ve bu bağlamda çalışmanın alan yazına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmayla ulusal uluslararası alan yazın ayrıntılı bir şekilde incelenerek defansif tıp çalışma alanına önemli bir kaynak sağlanmıştır. Bu nedenle yapılması planlanan tez çalışmasının özgün değerinin oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışma nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı karma bir çalışmadır. Çalışmada ilk olarak alan yazın taranarak oluşturulan yarı yapılandırılmış bir mülakat formu kullanılarak hekimler ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine mülakatlar cerrahi ve dâhili birimlerden ve farklı uzmanlık alanlarından olmasına dikkat edilerek 21 hekim ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan mülakatlar sonucunda elde edilen veriler NVIVO 11 programı aracılığıyla çözümlenmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde alan yazın ve nitel araştırmadan elde edilen bilgilerden yararlanılarak defansif tıp uygulamaları, defansif tıp uygulamalarının öncülleri ve defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçekleri geliştirilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından geliştirilen ve Sağlık Bakanlığı çalışmalarında kullanılan 12 gelişmişlik bölgesi dikkate alınarak Türkiye evreninde uygulanan çalışmada yüzyüze ve online anket yönteminden yararlanılarak 1724 hekime ulaşılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeklerden elde edilen verilerin analizinde korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın 4 bölümden oluşması nedeniyle her bir bölüme ilişkin farklı kısıtlar bu bölümde ayrı ayrı verilecektir.

Araştırmanın alan yazın taramasında karşılaşılan en önemli kısıtı, erişime kapalı kaynaklara ulaşamamasıdır. Bu durum bir takım bilgi ve bulgulara erişilememesine neden olmuş olabilir.

Araştırmanın ikinci kısmında nitel araştırma gerçekleştirilmiş olup, bu aşamadaki en önemli kısıt, hekimlerin birtakım kaygılar ile tam olarak düşüncelerini ifade edememiş olabilecektir. Özellikle mülakatların ses kaydı ile yapılmış olması bazı hekimlerde kaygıya neden olmuş ve mülakata katılmayı reddetmişlerdir. Bu durumun çalışmayı reddetmeyip katılım gösteren hekimlerde de oluşmuş olabileceği, hissettikleri kaygıyla olanı değil olması gerekeni ifade etmiş olabileceği düşünülmektedir. Ancak çalışmada hekimlerden elde edilen erilerin gerçek veriler olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın üçüncü kısmında ölçek geliştirme çalışması, dördüncü kısmında ise ölçek geliştirme çalışması sonucu geliştirilen ölçeklerin uygulaması yapılmıştır. Bu aşamalarda da nitel araştırma kısmında olduğu gibi hekimler sosyal yanlılık göstermiş olabilirler. Buna göre hekimler ölçek sorularına gerçekte olan cevabı değil de olması gereken cevapları vermiş olabilirler. Bu durum çalışmanın üçüncü ve dördüncü kısmına ilişkin önemli bir kısıt oluşturmaktadır.

BÖLÜM 1. LİTERATÜR TARAMASI

Çalışmanın bu bölümünde defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları ile ilgili alan yazın incelenmiştir. Alan yazın incelemesinin yanı sıra defansif tıp uygulamalarının öncülleri planlı davranış teorisi, kişilik teorisi ve motivasyon teorisi çerçevesinde irdelenmiştir.

1.1. Defansif Tıp Nedir?

Alan yazın incelendiğinde defansif tıbbın ortaya çıktığı 1970'li yıllardan günümüze kadar yapılan defansif tıp tanımları çoğunlukla benzer ögeler taşımakla birlikte; birbirlerinden ayrıştıkları noktalar da bulunmaktadır. Bu noktalar dört grupta toplanabilir. Bunlardan ilkinde, hekimlerin defansif tıbbi malpraktis kaygısı ve dava edilme korkusu nedeniyle uyguladıklarını ve bu uygulamaların ekstra testler isteme, gereksiz prosedürleri takip etme veya riskli hastalardan kaçınma gibi davranışları içerdiği belirtilmektedir (Paik, Black ve Hyman, 2017: 84; Montanera, 2016: 355; Sulmasy ve Weinberger, 2014: 464; Catino, 2009: 245; OTA, 1993: 6). Bu çalışmalarda kavram yaygın olarak; malpraktis suçlamalarından ve davalarından korunmak için hekimlerin daha çok tıbbi test istemesi, hasta ile ilişki sırasında gereksiz prosedürler izlemesi, hastaları tıbbi gereklilik dışında hastaneye yatırması ya da tam tersine riskli hastalardan ve riskli tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır (Paik, Black ve Hyman, 2017: 84; Montanera, 2016: 355; Sulmasy ve Weinberger, 2014: 464; Catino, 2009: 245; OTA, 1993: 6). Daha sade bir şekilde defansif tıp, malpraktis kaygısından dolayı hekimlerin hasta bakım faaliyetlerinde kullandıkları bir yaklaşım (Hershey, 1972: 71) veya hekimlerin malpraktis davası tehditlerine karşı davranışsal tepkileri (He, 2014: 64) ya da hekimlerin dava edilme korkusu ile yüksek riskli prosedürlerden kaçınması veya gereksiz tedaviler uygulaması (Catino ve Cellotti, 2009: 206) olarak tanımlanabilir.

Yukarıdaki tanımlara göre defansif tıp, hasta yararı için değil hekimin kendisini yasal sorumluluktan korumak veya kendisine açılacak olası davalarda elini güçlendirmek için yaptığı uygulamalardan oluşmaktadır (Simon, 1992: 13). Başka bir ifade ile hekimlerin malpraktis olasılığını azaltmak için gerçekleştirdikleri tıbbi açıdan onaylanmamış uygulamalardır (Project, 1971:942). Buna göre defansif tıp, hekimlerin teşhis ve tedavi stratejilerini bilimsel kanıtlara göre değil, olası davalardan korunmak üzere oluşturmaları ile ortaya çıkmaktadır (Torald, Vergari ve Torald, 2015:3). Nihayet Sloan ve Shadle

(2009: 481) defansif tıbbı, dava korkusu ile hekimlerin hastalara yararı olmayan veya çok az yararı olan hizmetleri sunmaları şeklinde tanımlamaktadır. Yukarıdaki tanımlar genel olarak tıbbi girişim sonrasında meydana gelme ihtimali bulunan kötü sonuçların sorumluluğundan kaçınmak isteyen hekimlerin, olumsuz sonuçlanan bir tıbbi girişim neticesinde yasal yaptırımlarla karşılaşmaktan kaçınma kaygısıyla gerçekleştirildikleri uygulamalar üzerinde durmaktadır. Özetle bu görüşü benimseyen yaklaşıma göre defansif tıp uygulamaları, dava edilme korkusu ile hekimlerin genel kabul görmüş tıp uygulamalarından sapmalarıdır (Hershey, 1972: 72).

İkinci grubu oluşturan çalışmalarda ise defansif tıp, hekimlerin dava edilme korkusuna ek olarak bazı önemli bulguları gözden kaçırma kaygısına, yanlış tanı koymaktan kaçınma ve eleştirilmeme isteğine bağlanmaktadır (Keinberger, 2017:157; Summerton, 2000: 565; McQuade, 1991:408). Bu yaklaşıma göre defansif tıp hastalardan ve/veya ailelerinden gelen şikâyetleri önlemek için hekimin iyi uygulamalardan sapmasıdır (Toker vd., 2004:245). Başka bir ifade ile hekimlerin hastanın teşhis ve tedavisinden ziyade kendisini eleştirilerden korumaya odaklanarak tetkik istemesi, tedavi ve prosedürler uygulamasıdır (Chawla ve Gunderman, 2008: 948; Summerton, 2000: 565; McQuade, 1991:408). Bu tanımlarda da ilk grubu oluşturan tanımlara benzer yaklaşımlar yer almaktadır. Bununla birlikte öne çıkan ana nokta, hekimlerin hasta ve hasta yakınları tarafından şikâyet edilme korkusudur. Buna göre, defansif tıbbın malpraktis uygulamaları sebebiyle dava edilme kaygılarının yanı sıra; hekimlerin hatasız olma ve eleştirilmeme ya da kendi itibarını koruma kaygısı ile ortaya çıktığı söylenebilir. Başka bir ifade ile ikinci grubu oluşturan tanımlarda hekim hasta ya da hasta yakını ilişkisi daha öne çıkmaktadır.

Üçüncü bir yaklaşım olarak ekonomistler defansif tıba daha farklı bir açıdan yaklaşmaktadırlar. Ekonomistlere göre hukuk ve ekonomi bilimleri optimal bakıma odaklanmaktadır. Optimal bakım seviyesinde kullanılan mevcut kaynaklar ile tüketicinin refahının maksimize edilmesi ile sağlanır. Bu görüşe göre, sadece beklenen maliyetin beklenen faydaları aştığı durumlarda defansif tıp ortaya çıkar. Beklenen fayda hakkında belirsizlik olabilir, ancak beklenti, tarafların, kaynakların en iyi şekilde kullanımını sağlamak için sahip oldukları en iyi bilgiler üzerinde hareket etmeleridir (Sloan ve Shadle, 2009:481).

Son grubu oluşturm görüşe göre defansif tıp köklerini, tıbbın temel ilkesi olan ve hekimlere hastaların sağlık ve refahı ile ilgili sorumluluk yükleyen “önce zarar verme” ilkesinden almaktadır (Sclar ve Housman, 2003: 75; Simon, 1992: 12). Bu görüşe göre hekimlerin üstlendikleri bu sorumluluk onların klinik yargılarını etkileyebilir ve hastanın ihtiyaçlarını göz ardı etmelerine neden olabilir (Hauser vd., 1991: 209).

Farklı yazarlarca yapılan ve alan yazında sıklıkla kullanılan yukarıdaki tanımlar çerçevesinde defansif tıp, “hekimlerin önemli bulguları gözden kaçırma korkusu, hatasız olma isteği, hasta ve/veya ailelerinden gelecek muhtemel şikâyetleri engelleme arzusu ve malpraktis davasına karışma korkusu ile ekstra test ve tetkikler isteme, gereksiz prosedürleri takip etme, ekstra konsültasyonlar isteme, hastayı gereğinden fazla hastanede yatırma ya da riskli hastalardan ve riskli tanı tedavi yöntemlerinden kaçınma gibi tutum ve davranışlarla genel kabul görmüş tıbbi uygulamalardan ve medikal etikten sapmaları” şeklinde daha geniş ve kapsamlı bir şekilde tanımlanabilir.

1.2. Defansif Tıp Uygulamaları

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına oldukça yaygın bir şekilde başvurduğuna alan yazında sıklıkla değinilmektedir (Studdert vd., 2005: 2609; Ali vd., 2016: 16; Hiyama vd., 2006: 7672). Bu başlık altında alan yazında yer alan ve farklı ülke örneklemelerinde gerçekleştirilen araştırmaların bulgularına ve bulgulardan yola çıkarak defansif tıp uygulamalarının neler olduğu üzerinde durulmaktadır.

Türkiye’de 220 hekimin katılımıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin yasal sorumluluklardan korunmak amacıyla defansif tıp uygulamalarına başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Başvurulan defansif tıp uygulamaları, uygulanma sıklığına göre şu şekilde sıralanabilir; aydınlatılmış onam belgelerine daha fazla önem verme (%74,1), hastalara daha detaylı açıklamalar yapma (%69,6), daha ayrıntılı tıbbi kayıt tutma (%67,7), şikâyet etme riski yüksek hastalardan kaçınma (%47,2), ekstra tetkik isteme (%41,4), ekstra konsültasyon isteme (%39,6), komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınma (%34,6), tanı ve tedavisi karmaşık hastalardan kaçınma (%27,7), tıbbi gereklilik dışında hastayı hastaneye yatırma (%28,2), tıbbi gereklilik dışında hastayı sevk etme (%26,9) ve ekstra ilaç reçete etme (%18,6) (Selçuk 2015:67-70). Türkiye örneğinde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada katılımcı 762 hekimin %79’u daha detaylı tıbbi kayıtlar tuttuğunu, %73’ü aydınlatılmış onam formuna daha fazla önem verdiğini, %71’i

hastalara daha detaylı açıklamalar yaptığını, %39'u ekstra görüntüleme istediğini, %37'si komplikasyon riski yüksek tedavilerden kaçındığını, %36'sı ekstra konsültasyon istediğini, %31'i dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığını, %30'u fazladan tetkik istediğini, %29'u karmaşık hastalıkları olan hastalardan kaçındığını, %24'ü riskli hastayı tedavi etme imkanı olduğu halde sevk ederek riskli hastalardan kaçındığını, %9'u ekstra ilaç reçete ettiğini ve %7'si endikasyonsuz hasta yatırdığını, ifade etmiştir (Aynacı, 2008: 43-55). Türkiye'de 404 hekim ile yapılan bir başka çalışmada hekimlerin %72'si defansif tıp uyguladıklarını belirtmiştir. Defansif tıp uygulayan hekimlerin %62,6'sı riskli cerrahi işlemlerden kaçındıklarını, %60,9'u ekstra görüntüleme istediklerini, %33,7'si ekstra laboratuvar testleri istediklerini, %31,2'si ise ekstra konsültasyon istediklerini belirtmişlerdir (Solaroglu vd., 2014: 1). Türkiye'de yapılan defansif tıp araştırmalarının sonuçları göz önüne alındığında Türkiye'de hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarına hekimler sıklıkla başvurmaktadır. Yapılan uygulamaların ise hekimin hasta bakımı için ayıracağı süreyi evrak işlerine ayırması, medikal kaynakların gereksiz kullanımı ve hastanın sağlık hizmetinden mahrum bırakılması gibi birçok olumsuz duruma neden olduğu söylenebilir.

İtalya'da 307 hekim ile ulusal nitelikte yapılan bir çalışmada katılan hekimlerin %82,8'inin hasta kayıtlarına yapmadığı veya önermediği şeyleri yapmış gibi yazmayı, %68,8'inin hastanın durumu ayaktan tedaviye elverişli olsa bile hastayı yatırmayı, %61,3'ünün ekstra tetkikler istemeyi, %58,6'sının ekstra konsültasyonlar istemeyi, %51,5'inin gereksiz ilaç reçete etmeyi, %24,4'ünün gereksiz tedaviler önermeyi ve %14,3'ünün invazif prosedürler tavsiye etmeyi defansif tıp amacıyla uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarından olan yüksek riskli hastalardan kaçınma frekansları %26,2, bazı prosedür ve girişimlerden kaçınma frekansları %14 olarak bulunmuştur (Catino, 2011:4). İtalya'da 124 hekim ile yerel nitelikte yapılan bir diğer çalışmada ise katılan hekimlerin %79,9'unun hasta kayıtlarına yapmadığı veya önermediği şeyleri yapmış gibi yazmayı, %57,7'sinin gereksiz ilaç reçete etmeyi, %53'ünün ekstra tetkikler istemeyi, %48,3'ünün ekstra konsültasyonlar istemeyi, %34,2'sinin gereksiz tedaviler önermeyi, %30,5'inin hastanın durumu ayaktan tedaviye elverişli olsa bile hastayı yatırmayı, ve %4,7'sinin invazif prosedürler tavsiye etmeyi defansif tıp amacıyla uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca negatif defansif tıp kapsamında hekimlerin yüksek riskli hastalardan kaçınma frekansları %26,9 bazı

prosedür ve girişimlerden kaçınma frekansları %24,8 olarak bulunmuştur (Catino ve Bellotti, 2009). İtalya örneğinde gerçekleştirilen bu çalışmalarda en yüksek frekansa sahip olan detaylı hasta kayıtları tutma uygulaması Türkiye örneklemini ile benzerlik göstermektedir. İtalya örneğinde yapılan çalışmalarda yaklaşık olarak % 50 ve daha fazla frekansa sahip uygulamalar (“ekstra tetkik isteme”, “ekstra konsültasyon isteme”, hastayı gereksiz hastaneye yatırma” ve “gereksiz ilaç reçete etme”) sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların gereksiz kullanımına neden olmaktadır. Bu nedenle İtalya örneğinde yapılan bu çalışmalar çerçevesinde defansif tıbbın İtalya’da israfa ve verimsizliğe neden olabilecek nitelikte uygulamalar olduğu söylenebilir.

İngiltere’de yapılan bir çalışmaya katılan 204 hekimin %59,3’ü gereksiz test isteme, %54,9’u gereksiz konsültasyon isteme, %27,5’i gereksiz prosedürler takip etme, %23’ü gereksiz tedavi uygulama, %20,6’sı yüksek riskli prosedürlerden kaçınma, %9,3’ü ise yüksek riskli hastalardan kaçınma uygulamalarına başvurumaktadırlar (Ortashi vd., 2013: 4). İngiltere’de 1110 hekimin katılım ile yapılan bir başka çalışmada hekimlerin %89,5’inin ekstra testler istediği, %82’sinin ekstra konsültasyonlar istediğinin, %74,4’ünün gereksiz tedaviler uyguladığı ve %62,5’inin gereksiz invazif prosedürler uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır (Baicker, Bright ve Olson, 2015: 1166). İngiltere örneğinde gerçekleştirilen farklı çalışmalarda en sık başvurulan defansif tıp uygulamalarının (“ekstra tetkik isteme”, “ekstra konsültasyon isteme”, “gereksiz tedavi uygulama” ve “gereksiz invazif prosedürler uygulama”) İtalya örneğinde olduğu gibi maliyet etkili olmayan uygulamalar olduğu görülmektedir. Dolayısıyla defansif tıbbın İngiltere örneğinde de israfa ve verimsizliğe neden olabilecek nitelikte uygulamalar olduğu söylenebilir.

Güney Afrika, Kanada ve ABD’de görev yapan 1142 beyin cerrahının katıldığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya Kanada’dan 62, Güney Afrika’dan 66 ve ABD’den 1014 hekim katılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre Kanada’da görev yapan hekimlerin %10,3’ü ekstra görüntüleme istediğini, %8,6’sı ekstra laboratuvar testleri istediğini, %1,9’u riskli prosedürlerden kaçındıklarını, %1,8’i ekstra konsültasyon istediğini, %3,4’ü ise ekstra tavsiyelerde bulunduğunu ifade ederken hekimlerin hiçbiri yasal sorumluluklar nedeniyle emekliye ayrılmayı düşünmediğini ifade etmiştir. Güney Afrika’da görev yapan hekimlerin ise %45,5’i ekstra görüntüleme istediğini, %31,8’i ekstra laboratuvar testleri istediğini, yine %30,8’i riskli prosedürlerden kaçındıklarını,

%50'si yasal sorumluluklar nedeniyle emekliye ayrılmayı düşündüğünü, %26,6'sı ekstra konsültasyon istediğini, %23,8'i ise ekstra tavsiyelerde bulunduğunu ifade etmektedirler. ABD'de defansif tıp uygulaması kapsamında hekimlerin %53,4'ü ekstra görüntüleme istediğini, %38,8'i ekstra laboratuvar testleri istediğini, yine %38,8'i riskli prosedürlerden kaçındıklarını, %38,3'ü yasal sorumluluklar nedeniyle emekliye ayrılmayı düşündüğünü, %37,7'i ekstra konsültasyon istediğini, %30,9'u ise ekstra tavsiyelerde bulunduğunu ifade etmiştir. Yazarlar çalışmada 3 ülkeyi karşılaştırmış ve Güney Afrikalı ve ABD'li nörologların Kanadalı nörologlara oranla daha fazla defansif tıp uygulamaya yatkın olduklarını, bunun ülkelerin sağlık sistemlerindeki ve tıp hukuklarındaki farklılıktan kaynaklanabileceğini ifade etmiştir (Yan vd., 2016: 59).

ABD'de yapılan bir diğer çalışmaya katılan 838 hekimin cevaplarına göre istenilen röntgen filmlerinin %22'sinin, istenilen tomografilerin %28'inin, istenilen MR'ların %27'sinin, ultrasonların %24'ünün, konsültasyonların %28'inin, laboratuvar testlerinin %18'inin, hastane yatışlarının %13'ünün defansif amaçla yapıldığını ortaya koymaktadır (Massachusetts Medical Society, 2008: 3-4). Yine ABD örneğinde yapılan bir çalışmaya katılan 824 hekimin %93'ünün defansif tıp uyguladığı ve defansif tıp uygulayan hekimlerin %92'sinin ekstra tetkik isteme ekstra konsültasyon isteme ve gereksiz prosedürler takip etme gibi pozitif defansif tıp uygulamalarını kullandığı ortaya konulmuştur (Studdert vd., 2005: 2609). ABD'de uygulanan defansif tıp uygulamalarının incelenen çalışmalardan anlaşılacağı üzere yoğunlukla pozitif defansif tıp uygulaması olduğu söylenebilir. Bu durumun ABD'de sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların israfına neden olduğu söylenebilir.

Sudanlı 117 hekim ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %41'i pozitif defansif tıp uygulamasını, %30,8'i ise negatif defansif tıp uygulamasını kullandıklarını ifade etmektedir. Gereksiz konsültasyon isteme en yaygın uygulanan defansif tıp uygulaması olup, hekimlerin %23,1'i bu uygulamaya başvurmuştur. Gereksiz konsültasyon istemeyi %20,5 ile riskli prosedürlerden kaçınma ve %14,12 ile gereksiz tetkik isteme takip etmektedir. Hekimlerin %5,1'i ise yasal sorumluluk kaygısıyla riskli hastaları reddettiklerini ve gereksiz tedaviler uyguladıklarını belirtmişlerdir (Ali vd., 2016: 16). Çalışmanın sonuçlarına göre Sudan'da hekimler hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarına oldukça yoğun şekilde başvurmuştur. Bu durum Sudan'da hem sağlık

hizmetleri harcamalarını arttırıcı etkiye hem de sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde düşüŖe neden olabilmektedir.

Japonyada yapılan 131 gastroenterolojist hekimin katıldığı çalışmanın sonuçları hekimlerin %98'inin bazen veya sıklıkla defansif tıp uyguladığını, bu uygulamaların frekanslarının pozitif defansif tıp kapsamında olan ekstra konsültasyon isteme için %27, invazif prosedürler tavsiye etme için %16, ekstra testler isteme için %5; negatif defansif tıp kapsamında ise yüksek riskli hastalardan kaçınma için %21, bazı riskli prosedür ve girişimlerden kaçınma için %18 olarak bulunmuştur (Hiyama vd., 2006: 7672). Çalışma sonuçları ışığında Japonya defansif tıbbın oldukça yoğun olarak uygulandığı bir örnektir. Çalışmada belirtilen sonuçlar neticesinde Japonya'da hem pozitif defansif tıp uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları benzer oranlarda kullanılmaktadır ve bu durumun hem sağlık hizmetleri harcamalarını arttırıcı etkiye hem de sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde düşüŖe neden olabileceği söylenebilir.

Alan yazında yer alan, farklı ülke örneklerinde gerçekteştirilen ve yukarıda detaylıca irdelenen defansif tıp çalışmaları, dünya genelinde defansif tıp uygulamalarının oldukça yaygın kullanıldığı fikrinin güçlenmesine ön ayak olmuştur. Çalışmalar her ne kadar örnekler değişse de defansif tıp uygulamalarının birbirine oldukça benzer olduğunu göstermektedir. Bu bilgiler ışığında hekimlerin uyguladıkları defansif tıp uygulamaları genel olarak şu şekilde ifade edilebilir,

1. Tıbbi gereklilik dışında hastayı sevk etme,
2. Tıbbi gereklilik dışında hastayı hastaneye yatırma,
3. Gerekli olandan daha fazla gözlem yapma,
4. Ekstra tetkik/görüntüleme/laboratuvar testi isteme,
5. Ekstra ilaç reçete etme,
6. Ekstra konsültasyon isteme,
7. Daha ayrıntılı kayıt tutma,
8. Hastalara daha detaylı/ayrıntılı açıklamalar yapma,
9. Aydınlatılmış onam belgelerine daha fazla önem verme,
10. Gereksiz tedaviler uygulama,
11. İnvazif prosedürler tavsiye etme,
12. şikâyet veya dava etme riski yüksek hastalardan kaçınma,

13. Tanı ve tedavisi karmaşık hastalardan kaçınma,
14. Komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınma,
15. Yüksek riskli prosedürlerden kaçınma,
16. Emekliye ayrılma.

Dünyanın çeşitli ülkelerinde yaygın olarak başvuru alan defansif tıp uygulamalarının ülkelerin medikal kaynaklarının boşa harcandığına, sağlık çalışanlarının işlerine odaklanmak yerine kendilerini koruyucu önlemlere odaklandığına ve sonuç olarak hastalara daha az süre ayırdıklarına, hastaya faydalı olabilecek hizmetlerin sunulmaması veya riskli hastalardan kaçınılması sonucunda ise hastaların ihtiyaç duydukları hizmetten yoksun kalmasına neden olduğuna işaret etmektedir. İlgili yazın defansif tıp uygulamalarının bilinçsiz şekilde yapılmadığını ortaya koymaktadır. Öyle ki Türkiye’de 404 hekim ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %72’si defansif tıp uyguladıklarını belirtmesi (Solaroglu vd., 2014:1), 2009 yılında ABD’de 3000 hekimin katılımıyla yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre hekimlerin %73’ü son 12 ay içerisinde defansif tıp uygulamalarına başvurduklarını bildirmesi (Jackson Helathcare, 2010), benzer şekilde ABD’de yapılan bir diğer çalışmanın örneklemini oluşturan 824 hekimin %93’ü defansif tıp uyguladıklarını belirtmesi (Studdert vd., 2005: 2609) ve Sudanlı 117 hekim ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %71,8’i defansif tıp uyguladıklarını ifade etmesi (Ali vd., 2016:12) bu savı doğrulamaktadır. Bu çalışmaların bulguları hekimlerin defansif tıp uygulamalarını bildiklerini ve bu uygulamalara bilinçli olarak başvurduklarını ortaya koyması bakımından önemlidir.

1.3. Defansif Tıp Türleri

Alan yazında genel olarak pozitif defansif tıp uygulaması ve negatif defansif tıp uygulaması olmak üzere iki tür defansif tıp uygulamasından söz edilmektedir (Yan vd., 2017: 2341; Summerton, 1995: 27). Bununla birlikte, bu sınıflandırmanın neye dayanılarak yapıldığına dair herhangi açık bir bilgiye rastlanılmamıştır. Ancak yazında yer alan ve önceki başlıkta söz edilen tanımlar incelendiğinde bu sınıflandırmanın yapılan uygulamanın muhtemel sonuçlarına veya zihinlerde uyandırabileceği intibaa göre yapıldığı düşünülmektedir. Örneğin pozitif defansif tıp uygulamaları ile hastalar sağlık hizmetinden mahrum kalmadıkları gibi ihtiyacından daha fazla sağlık hizmeti alması da söz konusu olabilmektedir. Negatif defansif tıp uygulamalarında ise hastaya

sunulduğunda fayda sağlayabilecek bir tedavinin sunulmaması ya da riskli hastalardan kaçınılması söz konusu olduğundan hasta ihtiyacı olan sağlık hizmetinden mahrum kalabilmektedir. Dolayısıyla pozitif defansif tıp uygulaması hastaya hizmet sunma noktasında herhangi bir kısıtlama getirmediğinden pozitif olarak, negatif defansif tıp ise birtakım hizmetlerin sunulmaması ve hastadan kaçınılması gibi durumları içerdiğinden negatif olarak adlandırıldığı düşünülmektedir.

1.3.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Pozitif defansif tıp uygulamaları hastaların malpraktis şikâyetinde bulunmasına engel olmak, başarısız tıbbi girişim riskini azaltmak veya yasal kontrol mekanizmalarını bakım standartlarının yerine getirildiğine ikna etmek için marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ekstra tetkik ve tedavi uygulanmasını içermektedir (Studdert vd., 2005: 2609; Hiyama vd., 2006: 7671). Bu uygulamalar geleneksel tıbbi bakım hizmetlerine ek olarak ekstra test isteme, tıbbi gereklilik dışı hastayı hastaneye yatırma ve tıbbi gereklilik dışı konsültasyon isteme gibi bir takım ek hizmetleri içermektedir (Hoffman ve Herring., 2015: 3; Bean, 2016: 112; Barkowski, 2015: 1; Ramella vd., 2015: 421). Özetle pozitif defansif tıp uygulamaları ihmalkarlık iddialarını önlemek için tıbbi hizmetlerin aşırı kullanımınıdır (Montanera, 2016: 355).

Pozitif defansif tıp, hekimin kendisini davalardan, şikâyetlerden, eleştirilerden korumak için yaptığı uygulamalar olmasından dolayı hastaya en çok fayda sağlayan defansif tıp türüdür. Çünkü pozitif defansif tıpta hastaya ihtiyacının ötesinde hizmet sunmak vardır (Studdert vd., 2005: 2609; Hoffman ve Herring., 2015: 3; Bean, 2016: 112; Barkowski, 2015: 1; Ramella vd., 2015: 421; Montanera, 2016: 355). Ancak ihtiyacın ötesinde sunulan hizmetin her zaman olumlu sonuçlanmadığı da alan yazında yer almaktadır (Fronczak; 2016:594; Yan vd., 2016: 53; Tancredi ve Barondess; 1978:879; Studdert vd., 2005:2616). Dolayısıyla kavramı salt olumlu veya olumsuz olarak nitelendirmek doğru değildir. Kavramın olumlu veya olumsuz anlam kazanması durumdan duruma farklılık göstermektedir (Studdert vd., 2005: 2616). Bununla birlikte hekimin yapmış olduğu defansif tıp uygulamalarını kanıtlamak oldukça güçtür (Hermer ve Brody; 2010:470). Çünkü bir hekimin defansif tıp amacıyla yaptığı uygulamaları, bir başka hekim gerekli olduğunu düşünerek yapabilmektedir (Selçuk, 2015:9).

Bazı çalışmalar pozitif defansif tıp uygulamalarının duruma göre hastanın aldığı sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde olumlu etki sağlayacağını iddia etmektedir (Tancredi ve Barondess; 1978: 880; Passmore ve Leung 2002: 671). Buna göre daha fazla tetkik ve görüntüleme isteme olarak tanımlanan pozitif defansif tıp uygulamaları marjinal yararlar sağlamakta; hastaya durumunun daha detaylı anlatılması veya detaylı not tutma gibi uygulamalar sağlık bakım hizmetinin kalitesini arttırmaktadır (Studdert vd., 2005: 2616; Sumerton, 1995: 27).

Pozitif defansif tıp uygulamaları verimsiz, maliyet etkili olmayan, hatta zararlı uygulamaları da içermektedir (Kessler, 2011a: 95). Pozitif defansif tıp kapsamında istenilen ekstra tetkikler mevcut sağlık durumunu etkilemeyen yeni bulguların tespitini sağlamakta ve bu da gereksiz tedavi uygulamalarına neden olmaktadır (Keinberger, 2016: 157). Bu uygulamalar aynı zamanda sağlık bakım hizmetinin maliyetlerini artırıcı etkiye de sahiptir (Fronczak; 2016: 594; Yan ve diğerleri 2016: 53). Ayrıca pozitif defansif tıp uygulamaları yalnızca sağlık bakım masraflarını artırmasıyla kalmamakta; tıbbi uygulamaların kendisinden kaynaklanan bir takım komplikasyon veya risklerin ortaya çıkmasıyla da sonuçlanabilmektedir (Fronczak; 2016: 594; Tancredi ve Barondess; 1978: 879). Gereksiz invazif² prosedürler hastalar için ciddi riskler oluşturabilmekte (Studdert vd., 2005: 2616); hastaları gereksiz risklere, maliyetlere ve ağrıya maruz bırakabilmektedir (DeVille, 1998: 570).

Pozitif defansif tıp uygulamaları hekim tepkilerine göre üçe ayrılarak incelenmektedir: Bunlardan ilki bir adli davanın sonucunun o coğrafyadaki hekimler için yerine getirilmesi gereken bir bakım standardı oluşturmasıdır (Project, 1971: 943). Buna göre hekimlerin kendi başlarına gelmese bile herhangi bir davanın sonucunu öğrenmesi, benzer bir davaya taraf olma korkusu yaşamalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla hekimler benzer bir dava ile karşılaşmamak için dava konusu olan tıbbi uygulamanın uygulamasında azami özen göstermekte, ekstra tahlil, tetkik, görüntüleme ve prosedür kullanımı yoluna gitmektedirler.

İkincisi hekimin bir şeyleri gözden kaçırma korkusu ile hem yasal olarak hem de tıbbi olarak gerekli olmayan işlemleri uygulayarak yasal standartların çok ötesine geçmesidir (Project, 1971: 943). Hekimin buradaki tepkisinin kendisi kadar hasta içinde

² İnvazif: Cerrahi işlem gerektiren uygulamalar. (Örn. Biyopsi)

endişelenmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Hekimin bir şeyleri gözden kaçırmak istememesi ve bunun için önlemler alması hasta için faydalı olabilecek bir durumdur. Ancak aşırıya kaçılması durumu bünyesinde birtakım riskler barındırmaktadır (Tancredi ve Barondess; 1978: 879; Studdert vd., 2005: 2616).

Son hekim tepkisi ise, hekimin olası davalarda kullanmak için yasal veya tıbbi olarak gerekli olmayan hizmetleri sunarak çeşitli delilleri toplamak istemesidir (Simon, 1992: 13; Project, 1971: 943). Burada hekim tamamen kendini korumak amacıyla pozitif defansif tıp uygulamalarını kullanmaktadır. Hekimler, karşılaşacakları olası davalarda elini güçlendirmek, yasal olarak gereken her şeyi yaptığını ispat etmek için ekstra tahlil, ekstra görüntüleme ve gereksiz prosedür kullanımı yoluna gitmektedirler.

Alan yazından yapılabilecek bir diğer çıkarım pozitif defansif tıp uygulamalarının neler olduğudur. Yukarıdaki tanımlar incelendiğinde pozitif defansif tıp uygulamaları şu şekilde sıralanabilir;

- Tıbbi olarak gerekli olandan daha fazla tetkik istemek,
- Tıbbi olarak gerekli olandan daha fazla görüntüleme istemek,
- Hastayı tıbbi olarak gerekli olandan daha uzun süre hastanede yatırmak
- Tanı ve tedavi için tıbbi olarak gerekli olandan daha fazla konsültasyon istemek,
- Daha detaylı tıbbi kayıt tutmak,
- Hastalara tıbbi prosedürleri ve durumlarını daha detaylı açıklamak,
- Tıbbi olarak gerekli olandan daha fazla invazif prosedürler önermek,
- Hasta ile daha fazla zaman geçirmek,
- Daha fazla ziyaret yapmak,

Özetle pozitif defansif tıp, gerekli olan uygulamaları eksiksiz yapmanın yanı sıra gereksiz bir takım sağlık hizmeti sunumunu içeren verimsiz, maliyet etkili olmayan, gerekme de hekimin kendi savunmasını güçlendirmek için yaptığı uygulamalardan (ekstra/gereksiz tetkik/görüntüleme/onam/hasta yatışı vb.) oluşmaktadır. Pozitif defansif tıba ilişkin alan yazın incelendiğinde kavramın hastalara sunulabilecek tüm hizmetleri fazlasıyla sunma eğilimi içerdiği görülmektedir.

1.3.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Alan yazındaki negatif defansif tıp tanımları birbirine oldukça benzer olmakla birlikte; birbirinden ayrıldıkları ufak noktalar göze çarpmaktadır. Tanımların kimisinde negatif defansif tıbbın riskli prosedürlerden ve hastalardan kaçınarak uygulandığı ifade edilirken (Yan ve diğerleri 2016: 53; Barkowski, 2015: 1; Hoffman ve Herring., 2015: 3; Ramella vd., 2015: 421) kimi tanımlarda riskli vakalardan uzak durmak ön plana çıkmış (Selçuk, 2015; Kessler, 2011b: 3; Bean, 2016: 112), kimi tanımlarda ise gereksiz ilaçların yazılması (Summerton, 1995:27) negatif defansif tıp uygulaması olarak adlandırılmıştır.

Yukarıdaki paragrafta da belirtildiği gibi, negatif defansif tıp daha çok yüksek riskli prosedür ve hastalardan dava edilme korkusu ile kaçınmayı ifade etmektedir (Yan ve diğerleri 2016: 53; Barkowski, 2015:1; Hoffman ve Herring., 2015:3; Ramella vd., 2015:421). Burada temel amaç hekimin kendisini, yasal olarak riske sokacak kaynaklardan uzaklaştırmak istemesidir (Studdert vd., 2005: 2609; Hiyama vd., 2006: 7671). Bu risk kaynakları yüksek riskli hastalardan ve/veya prosedürlerden oluşmaktadır (Fronczak; 2016: 594; Catino, 2011: 1; Montanera, 2016: 355). Hekimler kendilerini bu risk kaynaklarından uzaklaştırmak için gereksiz ilaç yazma, bazı tedavi yöntemlerinden kaçınma veya hastayı reddetme gibi davranışlarda bulunmaktadır (Summerton, 1995: 27). Yazında negatif defansif tıbbın, dava edilme korkusuna ek olarak hastalara zarar vermemek adına da uygulandığı ifade edilmektedir (Gökşen, 2014: 17; Aydaş 2014: 79; Kessler ve McClellan, 1998: 81).

Negatif defansif tıp yukarıdaki uygulamaların yanı sıra hekimlerin mesleklerini bırakmasını da içermektedir (Kessler, 2011a:95). Buna göre negatif defansif tıp sadece riskli hastaların veya yüksek riskli prosedürlerin reddedilmesi ile sınırlı kalmayarak, hekimlerin mesleklerini bırakmalarına; dolayısıyla sağlık işgücü kaybına da neden olmaktadır.

Yukarıdaki ifadeler ışığında negatif defansif tıp uygulamaları, hekimlerin dava korkusu ile hastaya faydalı olabilecek tedavileri uygulamaktan, riskli hastalardan ve vakalardan kaçınması, gereksiz ilaçlar reçete etmesi ve mesleği bırakması şeklinde tanımlanabilir.

Alan yazından yapılabilecek bir diğer çıkarım negatif defansif tıp uygulamalarının neler olduğudur. Yukarıdaki tanımlar incelendiğinde negatif defansif tıp uygulamaları şu şekilde sıralanabilir;

- Yüksek risk taşıyan tedavi yöntemlerinin uygulanmasından kaçınma,
- Dava etme olasılığı yüksek hastalardan (riskli hastalardan) kaçınma,
- Riskli vakalardan (karmaşık hastalıklara sahip hastalardan) kaçınma,
- Hastayı başka bir hekime sevk etme veya reddetme,
- Gereksiz ilaç reçete etme,
- Hekimlik mesleğini bırakma.

Negatif defansif tıp uygulamaları, bireylerin ve toplumun sağlığı için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Summerton, 2000:565). Negatif defansif tıbbın sağlık hizmetlerinin maliyetlerine etkisi çok azdır, fakat faydalı olabilecek tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmamasından dolayı standartların altında sağlık hizmeti sunumu ile sonuçlanabilir (Tancredi ve Barondess; 1978:879). Özetle negatif defansif tıp, sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırmazken sunulan hizmetin kalitesini düşürmektedir.

İster pozitif olsun ister negatif olsun defansif tıp uygulamalarının hastalara, doktorlara, sağlık sistemine ve topluma olumsuz etkileri olabilmektedir. Örneğin, pozitif defansif tıp uygulamaları gereksiz veya fazladan tetkik isteme, gereksiz uygulama veya girişimlerde bulunma, hastayı gereğinden uzun süre hastanede yatırma gibi uygulamaları kapsamından dolayı sağlık giderlerinin artmasına, verimsizlik ve israfa neden olabilmektedir. Negatif defansif tıp uygulamaları ile yüksek riskli hastaların kabul edilmemesi, hastaların kalıcı zararlar görmesine ya da hayatını kaybetmesine; riskli prosedürlerin uygulanmaması ise hastaya faydalı olabilecek bir hizmetin sunulmamasına dolayısıyla hastaların kalıcı zararlar görmesine ya da hayatını kaybetmesine sebep olabilir. Dolayısıyla defansif tıp uygulamalarının incelenmesi sağlık hizmetlerinin verimliliği ve kalitesi açısından son derece önemlidir.

1.4. Defansif Tıbbın Öncülleri

Hekimler tarafından oldukça yaygın şekilde uygulanan defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin neler olduğunun bilinmesi, defansif tıbbın anlaşılması ve defansif tıba karşı alınacak önlemler için yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada defansif tıbbın öncüllerini açıklamak için ise Fishbein ve Ajzen (1975)'in Gerekçeli Eylem Teorisi

(Theory of Reasoned Action)³ ile bu teorinin uzantısı olan Azjen (1985)'in Planlanmış Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour)⁴; motivasyon teorileri, psikolojik teori ve kişilik teorilerinden beş faktör kişilik özellikleri teorisinden faydalanılmıştır.

Defansif tıbbın öncüllerinin neler olduğuna ilişkin yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu araştırmalardan öne çıkanlar, Jackson Healthcare (2012)'ın 1599 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırma ile Catino (2011:6)'nın 307 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmadır. Bu çalışmada defansif tıbbın öncülleri bu iki çalışmada ortaya konulan öncüller temel alınarak, ancak alan yazındaki diğer çalışmalardan da yararlanılarak tartışılmaktadır.

Defansif tıp uygulamasına hekimlerin başvurma sebepleri ve katılım yüzdeleri Jackson Healthcare (2012)'in çalışmasında şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Olası davalardan korunmak (%78),
2. Defansif Tıbbın bir bakım standardı haline gelmesi (%61),
3. Hastanın veya ailesinin, mümkün olan her şeyin yapılmasını istemesi (% 59)

³ Gerekçeli eylem teorisine göre, belirli bir davranışın gerçekleştirilmesi veya gerçekleştirilmemesi bireyin bu davranışı gerçekleştirme (veya gerçekleştirme) niyetinin bir işlevidir. Niyet ise bireyin davranışa ilişkin tutumları (davranışın sonuçlarında ortaya çıkacak fayda, maliyet veya davranışa ilişkin inançlardan etkilenir) ve davranışı uygulaması için yapılan sosyal baskının sonucunda gelişmektedir (Fishbein vd., 2000:4).

Tutum, bireylerin davranışı gerçekleştirme, çıktılarını veya nitelikleri hakkındaki inancıyla belirlenmekte ve bu çıktı ve niteliklerin değerlendirilmesi ile oluşmaktadır. Böylelikle, olumlu olarak değer verilen sonuçların, söz konusu davranışın gerçekleştirilmesinde güçlü bir inancı bulunan kişi, davranışa karşı olumlu bir tutum sergileyecektir. Aksine, olumsuz olarak değer verilen sonuçlarda ise kişi davranışa karşı olumsuz tutum sergileyecektir (Montano ve Kasprzyk, 2011: 71). Benzer şekilde kişinin subjektif normları kişinin normatif inançları tarafından belirlenmektedir. Subjektif normlar, hedef davranışların oluşturulması veya oluşturulmaması için algılanan sosyal baskı olarak tanımlanmaktadır. Sosyal baskılar, aile, arkadaş ve diğer önemli insanlar tarafından oluşmaktadır (Nisson ve Earl, 2015: 3; Montano ve Kasprzyk, 2011: 71).

⁴ Planlı Davranış Teorisi, Gerekçeli eylem teorisinin uzantısı olarak ortaya çıkmıştır (Ajzen, 1991: 181). Daha önce geliştirilen Gerekçeli Eylem Teorisi'ndeki "bireysel etki" ve "sosyal etki" kavramlarına ek olarak algılanan davranışsal kontrol mekanizmasının teoriye eklenmesiyle insan davranışlarına daha açıklayıcı bir nitelik kazandırmak hedeflenmiş ve böylece Planlanmış Davranış Teorisi şekillendirilmiştir (Usluel ve Mazman, 2010:63). Planlı Davranış Teorisi'nin insan eyleminin incelenmesi için en etkili ve popüler kavramsal çerçevelerden biri olduğu ileri sürülmektedir (Ajzen, 2002: 665). Teoriye göre, insan davranışları üç faktörden oluşmaktadır. Bunlar; davranışın muhtemel sonuçları hakkındaki inançlar (davranışsal inançlar), başkalarının normatif beklentileri hakkındaki inançlar (normatif inançlar) ve davranışın oluşumunu geciktirebilecek veya kolaylaştırabilecek faktörlerin varlığı hakkındaki inançlardır (kontrol inançları) (Ajzen, people.umass.edu).

Her iki teoride bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme olasılığının belirleyicisi olarak bireysel motivasyon faktörleri ile ilgili teorik yapılar üzerinde durmaktadır. Teorilere göre bir davranışın öncülleri davranışa ilişkin var olan inançlar ve tutumlardır (Montano ve Kasprzyk, 2011:68).

4. Herhangi bir kötü sonucun hekime ait olduğu düşüncesi ve hastaların mükemmel hekim tanımlamasına uyma isteği (% 53),
5. Bireysel olarak finansal riskten korunma isteği (% 52),
6. Bir şeyleri gözden kaçırma korkusu, hatasız olma, yanlış yapmama isteği (% 52),
7. İtibarını koruma ve riske atmama isteği (% 48)
8. Daha önce hakkında malpraktis davası açılan hekimlerin bunu tekrar yaşama korkusu (% 41),
9. Daha önce malpraktis davasına adı karışan meslektaşlarının olması ve bunun kendi başlarına gelmesi korkusu (% 41),
10. Aynı uzmanlık alanındaki diğer hekimlerin yaptığı defansif tıp uygulamalarını yapmazsa “yetersiz” görüneceği korkusu (%24),
11. Alınan eğitimin defansif tıp uygulamaya yönelik olması (% 19),
12. Hasta memnuniyet puanlarını iyileştirme arzusu (% 17),
13. Zaman tasarrufu sağlama (% 11),
14. Defansif tıp iyi tıptır, hasatlar için elinden geleni yaparak onları koruma niyeti (%7).

Catino (2011:6) ise defansif tıp uygulamalarının nedenini Jackson Healthcare (2012)’ın bulgularına benzer olarak şu şekilde sıralamıştır;

1. Dava korkusu (% 84),
2. Bir meslektaşın dava edildiği bilgisi (% 65,7),
3. Tazminat ödeme korkusu (% 59,8),
4. Daha önce dava edilmiş olma (% 51,8),
5. Kötü bir imaj ve itibar kaybı korkusu (% 43,5)
6. Disiplin cezası korkusu (% 15).

Alan yazında yer alan Jackson Healthcare (2012)’ın ve Catino (2011)’nin çalışmaları ışığında; olası davalardan veya bireysel olarak finansal riskten korunma isteği ile daha önce kendisi ya da meslektaşları hakkında malpraktis davası açılması sebebiyle bundan korunma isteği gibi malpraktis davalarından korunma arzusunun yanı sıra; bir şeyleri gözden kaçırma korkusu ya da yanlış yapmama isteği, alınan tıp eğitiminin defansif tıp uygulamasını teşvik edici nitelikte olması; defansif tıbbın bir bakım standardı haline gelmesi, hekimlerin itibarlarını arttırma, koruma ve riske atmama isteği ile aynı uzmanlık

alanındaki diğer hekimlerin yaptığı defansif tıp uygulamalarını yapmazsa “yetersiz” görüneceği korkusu ile gelişen meslektaş baskısı; hekimlerin kişilik özellikleri, disiplin cezası korkusu gibi yöneticilerden kaynaklanan baskılar; herhangi bir kötü sonucun hekime ait olduğu düşüncesi ve hastaların mükemmel hekim tanımlamasına uyma isteği ile hastanın veya ailesinin mümkün olan her şeyin yapılmasını istemesi gibi hasta ve yakınlarından kaynaklanan baskılar defansif tıp öncülleri arasında gösterilmektedir (Jackson Helathcare, 2012; Catino, 2011: 6). Bunlara ek olarak gelişen teknoloji (Papanikitas ve Jani, 2018:121) ve şiddet görme korkusu da (Yeşiltaş ve Erdem, 2018: 496; Selçuk, 2015: 70; Akdur, 2013: 23) defansif tıbbın öncülleri arasında sayılmaktadır.

Dava Edilme Korkusu: Defansif tıp uygulamalarının öncüllerinden ilki hiç şüphesiz “Dava Edilme Korkusu”dur. Gerek defansif tıbbın tanımı yapılırken gerek öncüllerine ilişkin yapılan çalışmaların sonuçlarında ana rolü her zaman “malpraktis davası korkusu”, “dava edilme korkusu” veya “yasal kaygılar” oynamıştır (Toraman ve Çarıkçı, 2019: 44; Paik, Black ve Hyman, 2017: 84; Toraldo, Vergari ve Toraldo, 2015: 3; He, 2014: 64; Sulmasy ve Weinberger, 2014: 464; Jackson Helathcare, 2012; Catino, 2011: 6; Hershey, 1972: 71; Montanera, 2016: 355; Catino, 2009: 245; Catino ve Cellotti, 2009: 206; Sloan ve Shadle, 2009: 481; OTA, 1993: 6 Simon, 1992: 13; Clark, 2015: 314; Quinn, 1995: 7; Spath, 1977: 10). Örneğin Sekhar ve Vyas(2013:295) defansif tıbbı yasal yükümlülükten korunmak için genel kabul görmüş tıbbi uygulamalardan sapmak şeklinde tanımlamıştır. Jackson Helathcare (2012)’ın çalışmasında hekimlerin %78’i; Catino (2011: 6)’nın çalışmasında ise hekimlerin %84’ü malpraktis davası korkusu ile defansif tıp uyguladıklarını ifade etmektedir. Bununla birlikte Sclar ve Housman (2003: 76)’da malpraktis davası tehdidinin hem negatif hem de pozitif defansif tıp uygulamaları üzerinde açık bir etkisi olduğunu iddia etmiş ve hekimler ile yapmış oldukları görüşmeler neticesinde hekimlerin karşılaştıkları malpraktis davası sonucunda ödemek zorunda kalabilecekleri maddi tazminatların ciddi derecede finansal yük getireceği düşüncesi taşıdıkları için defansif tıp uyguladıkları bulgusuna ulaşmıştır.

Dava edilme korkusunun defansif tıp uygulamalarının öncülüne nasıl dönüştüğüne dair net bir bilgi bulunmamakla birlikte bu durum gerekçeli eylem teorisi ile açıklanabilmektedir. Daha önce de söz edildiği gibi, herhangi bir coğrafyada vuku bulan bir adli davanın sonucu o coğrafyadaki hekimler için yerine getirilmesi gereken bir bakım standardı oluşturmaktadır (Project, 1971:943). Çalıştığı hastanede, çevresinde, şehrinde

veya ülkesinde bir meslektaşına açılan bir dava ve/veya sonucu hakkında bir şekilde bilgi edinen hekimler üzerlerinde bir baskı hissedecektir. Bilgi edindiği davaya benzer bir dava ile karşılaşması halinde yaşayacağı sorunların bir özetini gören hekimlerde benzer tıbbi uygulamalarda ne yapması gerektiğine dair bir fikir oluşacaktır. Bu fikrin sonucunda yapacağı uygulamanın kendisini koruyacağına inanan hekim o davranışı sergileme konusunda motive olacaktır.

Yapacağı davranışın kontrolünün tamamen kendi kontrolünde olduğunu düşünmesi hekimin bu davranışı yapma ihtimalini daha da güçlendirmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi olan, hizmeti sunan hekim ile hasta arasındaki bilgi asimetrisi (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2019: 76), hekimin yaptığı işlemlerin sorgulanmasını güçlendirmektedir. Yani, hangi uygulamanın defansif tıp amacıyla hangi uygulamanın tıbbi gereklilik ile yapıldığının ayırımı yapmak oldukça güçtür (Selçuk, 2015: 9; Hershey, 1972: 76). Dolayısıyla hekimler vermiş oldukları tıbbi kararlar ve yapmış oldukları girişimlerde oldukça özgürdürler. Hekimin defansif tıp uygulamasının sonucunun kendisi ve/veya hasta için olumlu olacağını düşünmesi (bireysel etki), çevreden gelen baskılar (hasta baskısı, hasta yakını baskısı, adli davaların sonuçları, medyanın rolü vb., "sosyal baskı") ve hekimin uygulayacağı davranış üzerinde yüksek kontrol sahibi olduğunu düşünmesi (davranış üzerindeki kontrol gücü) dava edilme korkusunun bir defansif tıp öncülüne dönüşmesini tetiklemektedir. Bu varsayıma benzer olarak Baicker, Fisher ve Chandra (2007:842) artan yasal sorumlulukların hekim inisiyatifinde olan sağlık hizmetlerinin (tetkik, görüntüleme ve konsültasyon isteme, küçük girişimler, sık ziyaret yapma vb.) kullanımları arttıracağını iddiası ile yaptığı çalışmanın neticesinde yasal sorumluluklar ile ilişkili olarak hekimlerin inisiyatifinde olan sağlık hizmetlerinin artışında zayıf bir ilişki tespit etmiştir. Bu çalışmanın sonucu planlanmış davranış teorisi ışığında geliştirilen varsayımı desteklemektedir. Sonuç olarak hekimlerin taşıdıkları yasal sorumluluk, hekimin defansif tıp uygulamasında önemli bir öncüdür ve diğer birçok öncül ile de ilişkilendirilebilmesi mümkündür.

Bir Şeyleri Gözden Kaçırma Korkusu ve Hatasız Olma İsteği: Gerek defansif tıp tanımlarından (Keinberger, 2017: 157; Chawla ve Gunderman, 2008: 948; Summerton, 2000: 565; McQuade, 1991: 408) gerek Jackson Healthcare (2012)'in çalışmasından çıkartılabilecek bir diğer öncül hekimlerin bir şeyleri gözden kaçırmaktan korkmaları ve

hatasız olmak istemeleridir⁵. Hekimlerin bir şeyleri gözden kaçırma korkularının aşırı tanı yöntemi (overdiagnosis) kullanımının nedenlerinden olduğuna dair alan yazında bulgular mevcuttur (Pathirana, Clark ve Moynihan, 2017: 2; Chiolero vd., 2015: 1; Heath, 2014: 2; Rohacek vd., 2012: 1346). Aşırı tanı yöntemi kullanımının pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamında sıklıkla uygulandığından (Hoffman ve Herring., 2015: 3; Bean, 2016: 112; Barkowski, 2015: 1; Ramella vd., 2015: 421; Montanera, 2016: 355) bir şeyleri gözden kaçırma korkusunun defansif tıp uygulamalarının da öncülü olarak değerlendirilmesi yanlış olmayacaktır. Nitekim alan yazında hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile bir şeyleri gözden kaçırma korkuları arasında bağlantı kuran çalışmalar da mevcuttur. Örneğin ABD’de acil servislerde çalışan 435 hekimin katılımıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin yaklaşık %69’unun bir şeyleri gözden kaçırma korkusuyla medikal olarak gerekli olmayan görüntülemeler istedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Kanzaria vd., 2015: 394). Benzer olarak İsviçre’de gerçekleştirilen bir çalışmada bir şeyleri gözden kaçırma korkusunun ve yasal yükümlülük korkusunun defansif tıbbi etkileyeceği varsayılmış; çalışma sonucunda, istenen 328 tomografinin 180’inin bir şeyleri gözden kaçırma korkusuyla istendiği sonucuna ulaşılmıştır (Rohacek vd., 2012: 1345).

Hekimlerin yasal sorumluluktan korunmak ve pişmanlık yaşamamak isteğinin yanı sıra bir hastalığın belirtilerinin gözden kaçırılması cezalandırılırken; aşırı tanı yöntemi kullanımının açık bir cezasının olmaması aşırı tanı yöntemi kullanımını açık bir şekilde etkilemektedir (Chiolero vd., 2015: 1; Moynihan, Doust ve Hebry, 2012:2). Bir teşhisi gözden kaçırma korkusu hekimlik ahlakının esasını oluşturmaktadır. Bu nedenle bu korku ile savaşmak zordur (Chiolero vd., 2015: 1). Bununla birlikte toplumsal yasal ve profesyonel baskılarda hekimin bir teşhisi gözden kaçırma korkusu yaşamamasına neden olabilir (Koster ve Warrington, 2014). Bütün bunlar bir hekimin bir teşhisi gözden kaçırarak gerek yasal olarak sorumluluk altına gireceği düşüncesi gerek vicdanı ile yaşayacağı yüzleşmeden kurtulmak istemesi hekimi defansif tıp uygulamalarına itebilir. Hekimler yapacakları defansif tıp uygulamasının sonucunda gözden bir şey kaçırarak hatasız olacakları, hastaya daha fazla yardımda bulunabilecekleri, hastaya zarar

5 Daha önce her hangi bir medikal hata yapan hekimlerin %61’i yeniden hata yapma korkusu yaşamakta, %44’ü kendine güvenini kaybetmekte, % 42’si uyku zorluğu yaşamakta, yine %42’si iş tatminini kaybetmekte ve %13’ü itibarını kaybetmiş hissetmektedir (Waterman vd., 2007: 467).

vermeyecekleri düşüncesi (bireysel etki), bu hatasızlıkla birlikte hasta ve yakınlarından herhangi bir şikâyet veya dava ile karşılaşmayacakları inancı (sosyal baskı), isteyecekleri fazladan teşhis yöntemlerini kısıtlayıcı herhangi bir güç olmaması, dahası bu konuda tüm gücü hekimin elinde bulundurması (davranış üzerindeki kontrol gücü) bir şeyleri gözden kaçırma korkusu ve hatasız olma isteğinin defansif tıbbın öncüllerinden biri olmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Alınan Tıp Eğitimi: Alan yazında yer alan bir diğer defansif tıp öncülü hekimlerin almış oldukları tıp eğitimidir (Jackson Healthcare, 2012). Bireyler profesyonel yaşama başlamadan önce birtakım eğitimlerden geçmektedirler. Kimi meslekler günlük hayata daha yakın olduğundan bu meslekleri icra edecek bireyler daha basit bir eğitim ile mesleki nitelikler kazanılabilirken kimi mesleklerde mesleği icra edecek bireyler ciddi bir eğitimden sonra mesleki yeterlik kazanabilmektedir. Hekimlik hiç şüphesiz yoğun bir eğitim gerektiren meslektir. Günlük hayatta ki birtakım pratikler ile kazanılamayacak olan tıbbi yeterlilik ancak tıp eğitimi ile kazanılabilir. Dolayısıyla bireylerin mesleki yaşamlarında sergileyecekleri hekimlik davranışlarının aldıkları eğitim ile şekilleneceği düşüncesi yanlış bir düşünce olmayacaktır. Nitekim uluslararası yazında hekimlerin mesleklerini icra ederken yapacakları uygulamaları etkileyen gizli bir müfredatın⁶ olabileceğine (Hafler vd., 2011: 440; Chuang ve diğerleri, 2010: 316.e4; Karnieli-Miller vd., 2010: 124) dolayısıyla defansif tıp uygulamalarının temellerinin tıp eğitimi esnasında oluştuğuna değinilmektedir (Johnston vd., 2013: 296). Bununla birlikte tıp eğitimindeki yöntemlerin belirlenmesinde günümüz bilimsel bilgilerinin etkisinin yanı sıra sunulan hizmete toplumun verdiği tepkilerde etkili olmaktadır (Aynacı, 2008: 16), yani toplum ve tıp eğitimi sürekli olarak bir etkileşim içindedirler. Tıp eğitiminin sonuçları topluma hizmet olarak dönmekte, toplumun almış olduğu hizmetlere ve sonuçlarına vermiş oldukları tepkiler ise tıp eğitimini etkilemektedir. Bu düşünceden hareketle, alınan tıp eğitiminin toplumun tıp hizmetine verdiği tepkiler neticesinde şekillenmesi, planlanmış davranış teorisinin davranışın ortaya çıkma şartlarından olan sosyal baskı faktörünü ön plana çıkarmaktadır. Buna göre tıp eğitimi alan hekimler bir nevi toplumun istediği gibi eğitilmektedir. Örneğin klinik gereklilik ile yapılan bir uygulama neticesinde

⁶ Gizli müfredat resmi ve gayri resmi eğitim çabaları yoluyla aktarılan ancak açık bir şekilde kabul edilmeyen kültürel olguları ifade eder (Hafler vd., 2011:440).

oluşabilecek bir olumsuzluk hekime şikâyet, dava, tazminat şeklinde geri dönüyorsa hekim klinik gerekliliğe ek olarak bir takım koruyucu uygulamalar arama yoluna girilecektir. Bu yeni arayış ise bir süre sonra diğer hekimlerin de iştiraki ile tıp eğitiminde yer bulacaktır. Sonuç olarak yeni mezun olacak hekimler başka bir hekimin deneyimini öğrenerek hekimliğe başlayacak ve o hekimin yapmış olduğu hatayı (tıbbi olarak hata olmasa bile) tekrarlamayacaktır.

Alınan tıp eğitiminin defansif tıp uygulamasının öncülü olmasının bir diğer nedeni ise alınan tıp eğitiminin yetersiz olmasıdır. Tıp fakültelerinin sayısındaki artışın yanı sıra nitelik olarak daha az donanımlı olması, periferde⁷ eğitim olanaklarının zayıflığı gibi sebeplerle tam olarak mesleki yeterlilik kazanmadan hekimlerin mesleğe başlaması defansif davranışların artmasına sebep olabilmektedir (Aydaş 2014: 81).

Defansif Tıbbın Bir Bakım Standardı Haline Gelmesi: Uluslararası yazında yer alan defansif tıbbın bir bakım standardı haline gelmesi öncülü, dava edilme ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusunun bir uzantısı olarak görülebilir. Hekimler defansif tıp uygulamalarını bir kez uygulamaya başladıklarında gerisi gelecektir. Zira yaptıkları bu uygulamanın sonucunda hekimlerin herhangi bir zarar görmedikleri gibi, üzerine birtakım risklerden uzaklaşmaları bir nevi olumlu pekiştirici⁸ görevi görmektedir. Skinner (1969: 107) edimsel koşullanma yaklaşımında olumlu pekiştirici, arzulanan sonuçların ödüllendirilmesinin ya da bu davranış sonucu zarar görmemenin ilgili davranışın tekrarlanma sıklığını arttırmasına sebep olduğunu ileri sürmektedir. Bu açıdan bakıldığında defansif tıp uygulayan hekim davranışının sonucunda herhangi bir cezaya maruz kalmamaktadır (Chiolero vd., 2015:1; Moynihan, Doust ve Hebry, 2012:2), ancak hekimlerin defansif tıp uygulamadığı zaman maruz kalacağı dava veya şikâyet edilme riski, hata yapma riski, bir şeyleri gözden kaçırma riski gibi olumsuz sonuçlar hekimler tarafından arzulanan durumlardır. İstenmeyen bu durumlardan korunmak isteyen hekimin defansif tıp uygulamalarına başvurması son derece olağandır ve bu uygulamanın sonucunda herhangi bir yaptırım ile karşılaşmayan hekim üstüne istenmeyen durumlardan uzaklaştığı için bir de ödül kazanmış olacaktır. Zira ekstra test, tetkik,

⁷ Merkezden uzak yer.

⁸ Olumlu pekiştirici: yapılan bir davranışın tekrarlanma ihtimalini arttıran uyaranlardır (Robbins ve Judge, 2015: 220-221; Can, 2005: 103; Skinner, 1969: 107).

görüntüleme istemeyi savunmak, hiç istememeyi savunmaktan daha kolaydır (Adwok ve Kearns, 2013: 31). Dolayısıyla hekim defansif tıp uygulamalarını tekrarlamaya devam edecektir. Böylelikle önceleri defansif tıp amacıyla başvuru gereksiz uygulamalar zamanla bir bakım standardı haline gelecektir (Hermer ve Brody, 2010: 471). Sonuç olarak hekimler bu bakım standardını uygulamaya devam ederken aynı zamanda defansif tıp uygulamasını da sürdürmektedir.

Hekimin İtibarını Yükseltme, Koruma/Riske Atmama İsteği ve Meslektaş Baskısı:

Sosyoloji alan yazın mesleklere bireysel uğraşı olarak bakmaktadır, bu nedenle mesleği icra eden hekimlerin itibarı ile tıbbi bakım hizmetinin kalitesi arasındaki ilişkiye bu açıdan bakmak gerekmektedir (Sage, 2004: 163). Sağlık kuruluşlarında hastalara uygulanacak tedavi ve tanıların ya hekim tarafından uygulanması ya da uygulayıcılara hekim tarafından tedavi planının aktarılması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin kendilerine aktarılmayan hiçbir tedavi planını uygulama yetki ve sorumluluğu yoktur (Aydaş 2014: 87). Dolayısıyla uygulanan tıbbi girişim ve tedavilerin sorumluluğu öncelikle hekimlere aittir. Ancak bazı durumlarda hekimler yapacakları yanlış uygulamalardan kaynaklı sorumluluğun kendilerine vereceği zararlardan çekinebilmektedirler. Dolayısıyla hekim olası bir hatanın sonucunda itibarının zedeleneyeceği korkusunu yaşamaktadır (Madarasz, 2010: 1). Hekimler itibar kaybından, itibar kaybının sonucu olarak gelir kaybından ve meslektaşlarına ve hastalarına hata yaptığını itiraf/kabul etmenin zorluğundan çekinmektedir (Bernstein; 2013: 77). Hekimlerin itibar kaybının önemli bir nedeni de hekimlere açılan davalardır ve bir tıbbi uygulama hatası davası açıldıktan sonra hekimin suçlu bulunup bulunmadığına bakılmaksızın hekimin itibarı zedelenir ve bunu onarmak genellikle zordur (Ellyson, 2015: 1; Forehand, 1998: 909; Tussing ve Wojtowycz, 1997: 178). Bu nedenle itibar kaybının muhtemel maliyeti hekimleri defansif tıp uygulamaya yönltebilir (Ellyson, 2015: 2). Alan yazındaki bilgiler bu savı desteklemektedir. Jackson Healthcare (2012) araştırmasında hekimlerin %48'inin ve Catino (2009:6) araştırmasında hekimlerin %43,5'inin itibarını koruma kaygısıyla defansif tıp uyguladığı ileri sürülmektedir.

Oldukça önemli bir görev ifa eden hekimler sağlık hizmetleri sunumunun ana aktörü konumundadırlar (Ünal, 2016: 50). Sağlık hizmetlerinin merkezinde olan hekimlerin elinde bulundurdukları en önemli güç ise bilgi asimetrisidir. Çelik (2013: 52)'e göre hekimler bu gücü iki şekilde kullanabilmektedir. Öncelikle hekimler hastaları için

mükemmel bir vekil görevi görerek onlara ihtiyaçları olan hizmeti tam olarak sunabilirler. İkinci olarak ise hekim bu gücü bireysel menfaatleri için kullanabilirler. Bilgi asimetrisi hekimlere arz ettikleri hizmetin talebini kendilerinin oluşturması gücünü vermektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2019: 76; Tatar, 2012). Bu durum hekimlere monopolist piyasa olarak adlandırılan pazar gücünden çok daha fazlasını vermektedir (Feldman ve Sloan, 1978: 239). Hekimlerin ellerinde bulundurdukları bu gücü hasta yararına değil de kendi yararlarına kullanma durumları günlük hayatta sıklıkla karşılaşılabilecek bir durumdur. Jackson Healthcare (2012)'in çalışmasında ulaştığı sonuca göre, “bir hekimin aynı uzmanlık alanındaki diğer hekimlerin yaptığı defansif tıp uygulamalarını yapmazsa “yetersiz” görüneceği korkusu” yaşaması bu durumun açık bir örneğidir. Hekimler ellerinde bulundurdukları sağlık hizmetleri sunumu gücünü meslektaşları ile yarışmak, onlardan daha yetersiz olarak algılanmamak ve kendilerine daha fazla hasta çekmek gibi kaygılarla kullanabilmektedirler. Hekimlerin meslektaş baskısı ile defansif tıp uygulamasının temelinde diğer hekimler ile rekabet ederek onlardan daha üstün hekimlik meziyetlerine sahip olduklarını kanıtlama güdüsü olduğu söylenebilir. Ayrıca hekimler arasında ki bu rekabetin sağlık hizmetleri kullanımını üzerinde, sunulan hizmet ve olanakların kapsamı üzerinde ve hasta yatış süresinin uzaması üzerinde doğrudan bir etkisi olduğu bulgusu alan yazında yer almaktadır (Thomson, 1994:205).

Hekimin itibarını yükseltme, koruma ve riske atmama isteği ve meslektaş baskısı öncülü, gerekçeli eylem teorisi ve planlanmış davranış teorisi çerçevesinde açıklanabilir. Öyle ki hekimler uygulayacakları hekimlik davranışının sonucunda itibarlarına zarar geleceğini veya diğer hekimlerden daha yetersiz algılanacaklarını düşünürlerse doğal olarak bu davranışı uygulamak istemeyecekler veya olası zararları ortadan kaldıracak davranışı uygulamak isteyeceklerdir. Burada ön plana defansif tıp uygulamaları çıkmaktadır. Eğer hekim defansif tıp uygulamasının sonucunda itibarına zarar gelmeyeceğini hatta itibarının daha da artacağını düşünürse (bireysel etki), itibarının mesleğini devam ettirmesi ve maddi geliri için önemli bir faktör olduğunu dolayısıyla olumlu itibarı ile daha fazla hasta çekebileceği aksi takdirde maddi kayıp yaşayacağını bilirse bu yönde hastalar, hasta yakınları ve meslektaşlarını bir baskı unsuru olarak hissederse (sosyal baskı) ve uygulayacağı defansif tıp davranışlarına ilişkin herhangi bir sınırlayıcı güç yoksa (davranış üzerindeki kontrol gücü) hekimin itibarını korumak, yükseltmek, riske

atmamak için ve meslektaş baskısından kurtulmak için defansif tıp uygulamasına başvurması son derece olağandır.

Hekimin Kişilik Özellikleri: Psikolojik teori, insan davranışının sadece deneyim ve durumsal faktörler tarafından değil, aynı zamanda bireyin kişilik⁹ özellikleri tarafından da belirlendiğini ifade etmektedir (Ornstein vd., 1988: 537). Yani bireylerin davranışları bütün yaşamları boyunca elde ettikleri kazanımlardan (tecrübelerden), kalıtsal özelliklerinden, duygularından, isteklerinden ve alışkanlıklarından etkilenmektedir. Tıbbi karar verme bir tür hekim davranışdır ve insan davranışlarında olduğu gibi hekimlerin kazanımlardan (tecrübelerden), kalıtsal özelliklerinden, duygularından, isteklerinden, alışkanlıklarından ve hatta anlık duygu durumlarından etkilenmesi oldukça olağandır. Alan yazında bu savı destekler bilgiler mevcuttur. Örneğin Ornstein ve meslektaşları, (1988: 537) araştırmalarının sonucunda kişilik özelliklerinin ekstra laboratuvar testi istemeyi etkilediğini ortaya koyarken, kişilik özelliklerinin ekstra laboratuvar testi isteme konusunda diğer değişkenlere (sezgiler, duygular, algılar, muhakeme) oranla daha güçlü bir öncül olduğunu vurgulamıştır. Benzer şekilde McKinlay ve arkadaşları (1997: 34) ile Eisenberg, (1979: 957) de hekimlerin kişilik özelliklerinin tıbbi uygulama davranışlarını etkilediğini iddia etmektedir.

Gerek alan yazındaki bilgiler, gerek beş faktör kişilik özelliği faktörleri¹⁰ (McCrae ve Costa, 1985: 587-589) gerekse psikolojik teori (Ornstein vd., 1988: 537) göz önüne

⁹ Kişilik: Bireylerin duyuş, düşünüş, davranış biçimlerini etkileyen, sürekli olarak iç ve dış etmenlerin etkisi altında olan, kalıtsal ve edinilmiş tüm yeteneklerini, güdülerini, duygularını, isteklerini ve alışkanlıklarını kapsayan kendine özgü görüntüsüdür. (Yelboğa, 2006: 198).

¹⁰ Kişiliğe ilişkin ortaya atılan pek çok model bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, A tipi ve B tipi kişilik, Myers-Briggs kişilik tipleri ve Beş Faktör Kişilik Özelliğidir. (Sığrı ve Gürbüz, 2014:114). 1985 yılında geliştirilen beş faktör kişilik modeli bilimsel gözleme dayanan, kişiliği beş temel boyutta ele alan ve insanları kategorilere ayırmak yerine barındırdığı beş kişilik boyutunda farklı düzeylere yerleştiren bir modeldir (Girgin, 2007:73). Bu nedenle bu çalışmada kişilik özelliklerinin defansif tıp uygulamalarının öncülü olup olmadığına ilişkin tartışma yapılırken beş faktör kişilik özellikleri dikkate alınacaktır. Beş Faktör farklı farklı çalışmalarda farklı farklı adlandırılrsa da içerikleri aynıdır. Bu faktörler uyumluluk, sorumluluk, öz disiplin, nörotiklik, dışa dönüklük, gelişime açıklıktır (Sığrı ve Gürbüz, 2014:117). Uyumluluk; güven, yumuşak başlılık, açık sözlülük, fedakârlık, alçakgönüllülük gibi özellikleri içinde barındıran faktördür. Sorumluluk-öz disiplin; yeterlilik, düzen, başarı arayışı, içsel disiplin, ihtiyatlılık gibi özelliklerin bulunduğu faktördür. Nörotiklik; depresyon, sinirlilik, hassasiyet, sevecenlik, içine kapanıklık gibi özelliklerden oluşan faktördür. Dışa dönüklük; coşkunluk girginlik, iddiacılık, hareketlilik, heyecan

alındığında hekimlerin kişilik özelliklerinin defansif tıp uygulamalarının bir öncülünün olması beklenilmektedir.

Hastaların ve Hasta Yakınlarının Baskısı: Alan yazında yer alan bir diğer defansif tıp uygulaması öncülü hastaların ve yakınlarının hekimlere uygulamış oldukları baskıdır (Jackson Helathcare, 2012; Catino, 2011: 6). Pateranlist¹¹ hasta hekim ilişkisi modelinden uzaklaşan tıbbın daha şeffaf bir hal alması, hastaların tedavileri konusunda daha fazla rol almalarını sağlamıştır. Bunun sonucu olarak hastalarının tedavisinde güçlerini kaybeden hekimler maliyeti yüksek tetkik ve müdahalelere başvurmaktadır (Papanikitas ve Jani, 2018: 120). Bununla birlikte artan hasta beklentileri de hekimleri defansif tıp uygulamaya iten bir sebeptir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumundaki artış ile birlikte hastaların beklentileri de artış göstermiş ve beklediğinden daha düşük kalitede hizmet aldığını düşünen hastaların hekimlerini şikâyet/dava etme eğilimleri gelişmiştir (Rutsohn ve Sikula, 2007: 169). Dava edilme korkusu ise hekimi defansif tıp uygulamaya iten en önemli sebeptir. Bununla birlikte hastaların ve hasta yakınlarının mümkün olan bütün tedavilerin ve tetkiklerin uygulanmasını istemesi de defansif tıp uygulamalarının kullanımına neden olarak gösterilmektedir (Papanikitas ve Jani, 2018: 121; Jackson Helathcare, 2012).

Alan yazından yola çıkarak hekimlerin defansif tıp uygulamasına öncüllük eden bir diğer hususun hastaların ve yakınlarının baskısı olduğunu söylemek mümkündür. Bu öncülü planlanmış davranış teorisi çerçevesinde ele alacak olursak, hekimler tıpkı “dava edilme korkusu” ve “hekimin itibarını yükseltme, koruma ve riske atmama isteği” öncüllerinde

arama, pozitif duygu gibi özellikleri içinde barındıran faktördür. Gelişime açıklık ise; hayal gücü, estetik, hissiyat, değerler, fikirler, icraat gibi gelişime açık olmayla ilgili özellikleri taşıyan faktördür. (McCrae vd., 1985: 587-589). Beş faktör kişilik özelliği faktörleri çerçevesinde düşünüldüğünde dışa dönük bir hekim ile nörotik bir hekimin veya sorumluluk duygusu yüksek bir hekim ile uyumlu bir hekimin kara verme yöntemlerinin ve tercihlerinin aynı olmasını beklemek uç bir beklenti olacaktır.

¹¹ Paternalist kavramının Türkçedeki ifade biçimi “babacıl” tutum ve davranışlardır (Uludağ; 2011: 48). Bu modelde hekim baskındır. Hastanın yararına olduğu varsayılan ancak hastanın değerlerini ve tercihlerini yansıtmayan kararların söz konusu olduğu bir modeldir (Roter ve McNeilis, 2003: 123). Bu modelde hekimler uygun gördükleri şeyleri uygulamaları için hastaları zorlarlar ve hastalara karşı koruyuculuk rolü üstlenirler (Atıcı; 2007: 46; Aydın; 2006: 17). Paternalizm en yaygın model olmasına rağmen en etkili ve arzu edilen model değildir (Roter ve McNeilis, 2003: 123).

olduğu gibi yapacakları uygulamaların sonucunda karşılaşacaklarını dűşündükleri olumlu ve olumsuz sonuçların değerlendirmesini yaparak, olası bir hata veya olumsuz sonuç sonrası dava edilecekleri veya itibarlarını kaybedecekleri dűşüncesi hekimleri defansif tıp uygulama noktasında teşvik edecektir (bireysel fayda). Hasta ve hasta yakınlarından gelen baskıyı göz önünde bulunduran hekimler defansif tıp uygulama konusunda cesaretleneceklerdir (sosyal baskı). Buna ek olarak hekimlerin isteyecekleri tıbbi test, tetkik ve müdahalelere ilişkin kontrol gücünü ellerinde bulundurmaları (davranış üzerindeki kontrol gücü) defansif tıp uygulamalarını destekleyen son unsur olarak ortaya çıktığında hekimlerin hasta ve hasta yakınlarının baskısı nedeniyle defansif tıp uygulamalarına başvurması olağan sonuç olarak dűşünülebilir.

Yönetici Baskısı: Alan yazında defansif tıbbın öncüllerini belirlemeye yönelik yapılan bir diğer çalışmada ulaşılan sonuçta hekimlerin disiplin cezası alma endişesi ile defansif tıp uyguladıkları yönündedir (Catino, 2011: 6). Dava edilme korkusu öncülü ile benzer dinamiklere sahip olan bu öncül hekimin yasal mekanizmalardan ziyade çalıştığı kuruluştaki yöneticilerinden kaynaklı olarak hissettiği baskı söz konusudur. Edmondson (1999: 352) ve Catino (2011: 9) örgütlerde bireylerin suçlanma ve disiplin cezası alma korkusuyla hataları rapor etmekten kaçındıklarını belirtmektedir. Muhtemel disiplin cezaları; kınama (letter of concern) veya uyarı mektubu, hekimlik uygulama sınırlamaları, uzaklaştırma veya görevden alma, belli süre ile uygulamaların takip esilmesi ve işten çıkarma şeklinde olabilmektedir (Meyer ve Price, 2012: 195). Hekimlerinde disiplin cezası endişesi ile defansif tıp uygulamalarına başvurma ihtimalleri oldukça yüksektir. Hekimlerin alacakları olası bir disiplin cezasının kendilerine getireceği olumsuz yaptırımları algılaması (bireysel etki), hasta ve hasta yakınlarının baskısına ek olarak yönetimin baskısını hissetmesi (sosyal baskı) ve uygulayacakları defansif tıba ilişkin kontrol unsurlarını ellerinde bulundurmaları, sınırlayıcı bir gücün olmaması (davranış üzerindeki kontrol gücü) durumunda, hekimlerin yönetici baskısı ve disiplin cezası alma korkusu ile defansif tıp uygulamalarını kullanımları artacaktır.

Geliřen Teknoloji: Teknolojideki gelişmeler güvenli ve yüksek kaliteli hizmet sunumunu kolaylaştırmanın yanı sıra tıbbi testlerin sürelerini ve maliyetlerini de dűřürmüřtür. Bu durum tıbbi karar vericilerin ekstra test ve tetkik istemesini kolaylaştırmıştır (Papanikitas ve Jani, 2018: 121). Tahlil ve tetkik sonuçlarına daha kısa sürede ulaşabilme ve tahlil ve tetkiklerin kullanımı noktasında hekimleri sınırlayıcı bir gücün olmaması hekimleri ciddi

anlamda defansif tıp uygulamaya teşvik etmektedir. Dahası hekimlerin ekstra tahlil ve tetkik istemesi sonucunda herhangi bir yaptırıma maruz kalmaması, ancak bazı tahlil ve tetkikleri istememesi veya eksik istemesi sonucu doğan olumsuz sonuç nedeniyle yasal yaptırımlara maruz kalması da defansif tıbbın güçlü bir tetikleyicisidir (Chiolero vd., 2015: 1; Moynihan, Doust ve Hebry, 2012: 2). Dolayısıyla hekimler gelişen tıbbi teknoloji sayesinde daha hızlı erişebildikleri tahlil ve tetkikleri daha fazla isteyerek kendilerini korumak isteyeceklerdir. Bu öncülde defansif tıp uygulamasının arkasında yatan davranışsal neden “dava edilme korkusu” öncülünün arkasındaki davranışsal neden ile benzerdir. Gelişen teknoloji defansif tıp uygulamalarında daha çok kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır.

Teknolojinin defansif tıba bir diğer etkisi gelişen iletişim teknolojileri aracılığıyla olmaktadır. Gelişen iletişim teknolojileri sayesinde hastaların birbirleri ile daha hızlı ve kolay iletişim kurmaları ve hekimleri hakkında bilgi alışverişinde bulunmaları hastaların hekimlerinden beklentilerini arttıran bir unsurdur (Papanikitas ve Jani, 2018: 120). Artan hasta beklentisini karşılamak isteyen hekimin tıpkı “hekimin itibarını yükseltme, koruma/riske atmama isteği ve meslektaş baskısı” ve “hastaların ve hasta yakınlarının baskısı” öncüllerinde olduğu gibi defansif tıp uygulamalarına başvurması beklenebilir.

Şiddet Görme Korkusu: Uluslararası yazından farklı olarak ulusal yazında yer alan çalışmaların sonuçları hekimlerin defansif tıp uygulama nedenleri arasında şiddet korkusunun yer aldığını göstermektedir. Akdur (2013: 23) çalışmasında, çalışmaya katılan 225 hekimin 60’ının mesleki uygulamaları nedeniyle hasta veya yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını tespit ederken, Selçuk (2015: 70) hekimlerin hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulamasına başvurduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmalar Türkiye’de hekimlerin diğer ülkelerde ki hekimlerden farklı olarak hasta ve yakınlarından şiddet görme korkusuyla defansif tıp uygulamalarına başvurduğunu ortaya koymaktadır.

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına neden olan şiddet görme korkusu gerekçeli eylem teorisi ve planlanmış davranış teorisi ile açıklanacak olursa; hekimin şiddet görme korkusu, şiddetin küçük düşürücü etkisi, bireysel ve mesleki sağlığı tehdit etmesi bireysel etki unsurunu, hasta ve hasta yakınları sosyal baskı unsurunu ve uygulanacak defansif tıp uygulamalarının kontrol gücünün hekimin elinde olması davranış üzerindeki bireysel

kontrol gücü unsurunu oluşturmaktadır. Bu durum şiddet görme korkusunu defansif tıbbın Türkiye örneğinde defansif tıp öncülü olmasına neden olabilmektedir.

1.5. Defansif Tıbbın Sonuçları

Buraya kadar defansif tıbbın farklı yazarlarca yapılan tanımlarına, sıklıkla başvuru defansif tıp uygulamalarına, defansif tıbbın türlerine ve defansif tıbbın öncüllerine değinilmiştir. Bu başlık altında ise defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin alan yazında yer alan bilgiler irdelenmektedir.

Alan yazında defansif tıbbın sonuçlarına ilişkin farklı görüşler yer almaktadır. Kimi araştırmacıların defansif tıp uygulamalarının sonucunda hastalar için fayda ortaya çıktığını iddia ederek “faydaları” (Sclar ve Housman, 2003: 77; Cross, 1997: 18; Passmore ve Leung 2002: 671; Reuveni vd., 2017: 1; Sumerton, 1995: 27; Studdert vd., 2005: 2616), kimi araştırmacılar ise defansif tıbbın olumsuz sonuçlarına dikkat çekerek “zararları” (Antoci, Maccioni ve Russu, 2016: 2; Sclar ve Housman, 2003: 78; Sloan ve Shadle, 2009: 481) üzerinde durmaktadır. Defansif tıbbın zararın yanında birtakım faydalar bulundurduğuna yönelik alan yazında yer alan bir ifade “Çoğu defansif tıp uygulaması faydasız değildir. Ancak malpraktis kaygısı hekimleri medikal belirsizliği mümkün olan en alt seviyeye çekmeye itmektir. Bu seviye ise hastaya yararın düşük maliyetlerin ise yüksek olduğu seviyedir.” şeklindedir (OTA, 1993: 6). Moosazadeh ve arkadaşları, (2014: 121) ise defansif tıbbın sağlık hizmeti çıktıları ve maliyetleri üzerindeki etkilerini dört gruba ayırmıştır:

- 1) Hem sağlık sistemi hem de hastalara yarar sağlayan yöntemler,
- 2) Hem sağlık sistemi hem de hastalara zarar veren yöntemler,
- 3) Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve maliyetleri ile ilgili yöntemler ve
- 4) Hastalara bazen yarar sağlayan ve bazen zarar veren yöntemlerdir.

Bu çalışmada da defansif tıbbın sonuçları, faydaları ve zararları, başlıkları altında incelenmektedir. Ancak alan yazından elde edilen intibaa göre defansif tıbbın sonuçları mali sonuçları, kişisel sonuçları ve hasta açısından sonuçları şeklinde de sınıflandırılabilir.

1.5.1. Defansif Tıbbın Faydaları

Alan yazında üzerinde çok durulmamakla birlikte gerek yapılmış çalışmalardan gerekse defansif tıp uygulamalarından defansif tıbbın hastalar açısından birtakım faydalar içerdiği görülmektedir ve çalışmada bu faydalar hasta kayıtlarının daha düzgün tutulması, daha sık hasta takibi, hastalarla daha olumlu iletişim kurma ve teknik kaliteyi arttırması başlıkları altında tartışılmaktadır.

Hasta Kayıtlarının Daha Düzgün Tutulması: Hekimler dava edilme korkusu, şikâyet edilme endişesi, bir şeyleri gözden kaçırma kaygısı, itibarlarını yükseltme, koruma isteği, meslektaş ve yönetici baskısı gibi çeşitli nedenlerle defansif tıp uygulamalarına başvurarak kendilerini koruma altına almak istemektedirler. Bu isteğin sonuçlarından birisi hasta kayıtlarının daha düzenli tutulması konusunda hekimleri teşvik etmesidir (Sclar ve Housman, 2003: 77; Summerton, 1995: 29; Catino, 2011: 4; Brilla vd., 2006: 376; Catino ve Bellotti, 2009; Passmore ve Leung 2002: 672; Cross, 1997: 18). Hekimler hastalarının kayıtlarını daha düzenli ve daha özenli şekilde tutarak olası şikâyet ve/veya davalarda ellerini güçlendirmek istemektedir (Selçuk 2015: 67; Aynacı, 2008: 43; Catino, 2011: 4; Passmore ve Leung 2002: 672; Summerton, 1995: 29). Düzenli tutulan sağlık kayıtlarının ise birçok faydası vardır. Örneğin güvenilir sağlık bilgisi sağlanması, hasta hekim arasındaki iletişimi kuvvetlendirmesi, klinik karar vermeye destek olması düzgün hasta kayıtlarının önemli faydalarındandır (Tang ve diğerleri; 2006: 123-124). Côtés ve Côtés (2011: 132) hasta kayıtlarının hekimlere daha geniş bir bakış açısı sunduğunu, tanı koymada ve tedavi yöntemi belirlemede katkı sağladığını ifade etmektedir. Bir diğer çalışmada ise hasta kayıtlarının faydaları; tanı için daha fazla bilgi sunma ve tekrar muayene giderlerini azaltmak olarak tanımlanmaktadır (Huang ve Liou, 2007: 153). Alan yazında yer alan hasta kayıtlarının önemi de göz önüne alındığında hekimlerin defansif tıp kapsamında almış oldukları detaylı hasta kayıtlarının gerek hekimlere, gerek hastalara gerekse medikal kaynakların verimli kullanılmasına olumlu katkıda bulunacağı söylenebilir.

Daha Sık Hasta Takibi: Defansif tıbbın alan yazında yer alan bir diğer faydalı yönü daha sık hasta takibi konusunda hekimleri yönlendirmesidir (Cross, 1997: 18; Passmore ve Leung 2002: 671; Reuveni vd., 2017: 1; Crevellin ve Cavazza, 2016: 20). Hekimlerin daha sık hasta takibi yapması hasta duygularını ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde

etkileyebilir ve hekimin dava edilme riskini oldukça düşürür (Hauser vd., 1991: 209). Hasta takibi hastalara komplike tedavi sürecinde ihtiyaç duydukları desteği sağlama ve önemli klinik bilgi elde etme noktasında hekimlere yardımcı olmaktadır (DiCicco-Bloom ve Cunningham, 2012: 128). Forrest ve Moldwin (2008: 1932) de bu görüşü destekleyerek, hekimlerin hastalarını düzenli olarak takip etmesinin ve hastaların endişeleri hakkında onlarla konuşmasının başarılı tedavi sonuçları için önemli olduğunu ifade etmektedirler. DiCicco-Bloom ve Cunningham (2012: 126) hekimlerle yapmış oldukları mülakatta hekimler “bir hasta viziti bin yazılı rapordan daha iyidir” görüşünü bildirmişlerdir. Bu bulguya göre hekimler defansif tıp kaygısı olmaksızın da hasta takibinin önemini farkındadırlar. Ancak hekimlerin birtakım kaygılarla hasta takibini artırmalarının, defansif tıbbın hastalar için olumlu sonuçlarından olduğunu ifade etmek mümkündür.

Hastalarla Daha Olumlu İletişim Kurma: Hekimlerin hastalar ile daha olumlu ilişki kurma çabası defansif tıbbın olumlu sonuçlarından birisini oluşturmaktadır. Alan yazında hekimlerin dava edilme ve şikâyet edilme korkusu ile defansif tıp uyguladığına dair bilgiler yer almaktadır (Selçuk, 2015: 67-70; Aynacı, 2008: 43-55; Sumerton, 1995: 27; Brilla vd., 2006: 376; Studdert vd., 2005: 2616). Schwartz (2016: 22)’a göre hastalar korktukları, hayal kırıklığına uğradıkları ve uygun şekilde bilgilendirilmedikleri zaman hekimlerini dava etme eğilimleri artmaktadır. Alman ve Amerikan hekimler ile yapılan bir çalışmanın sonucunda hem Alman hekimler hem de Amerikan hekimler hastalarla iletişim kurmanın yasal sorumluluktan korunmak için en iyi strateji olduğunu belirtmişlerdir (Brilla vd., 2006: 376). Buna göre, savunabilir bir hekim, hastaların tanıları anlamalarını sağlayan, hastanın endişelerini dinleyen ve bilgilendirilmiş onam almayı hasta sorularını cevaplamak için fırsat olarak gören hekimdir (Schwartz; 2016: 22). Bu bilgiler ışığında hekimlerin kendilerini korumak adına hastalarıyla daha olumlu ilişkiler kurmaları gerektiği sonucuna ulaşılabilir. Hasta ile hekim arasında kurulan etkili iletişim, hastaların tedaviye katılımlarını ve aldıkları hizmetten memnuniyetlerini artırabilir ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir (Chen vd., 2007: 339; Harmon, Lefante ve Krousel-Wood, 2006: 310). Kurulan etkili hasta hekim iletişimi bireylerin kendilerini rahat hissetmelerine, tedaviye katılmalarına, daha başarılı ve pozitif bir tedavi süreci geçirmelerine ve olumlu tedavi sonuçları ile hizmet sunucusuna güven duymalarına da yol açacaktır (Desmond ve Copeland; 2010: 2; Street, 2003: 74). Alan yazında yer alan

bilgiler olumlu hasta hekim iletişiminin hem hastaya hem de hekime faydası olacağını göstermektedir. Olumlu iletişim ile hastanın endişeleri giderilip hasta tatmin edecek ve daha olumlu klinik çıktılara sahip olacak; hekim ise hem başarılı bir hekim olarak görülecek hem de dava/şikâyet edilme riski azalacaktır. Bu nedenle defansif tıbbın sonuçlarından olan daha olumlu hasta hekim iletişimi fayda içeren bir sonuç olarak görülebilir.

Teknik Kaliteyi Artırması: Defansif tıbbın duruma göre teknik kaliteyi arttırıcı veya azaltıcı etkisi olabilmektedir (Tancredi ve Barondess; 1978: 880). Pozitif defansif tıp kapsamında gerçekleştirilen ekstra tetkik istemi gibi uygulamalar hastalara birtakım faydalar sağlayabilmektedir (Perry, 2013: 1057; Studdert vd., 2005: 2616; Weisbrod, 1991: 525). İstenen bu tanı ve tetkikler ile gözden kaçması olasılığı bulunan hastalıkların tespitinin yapılması mümkün olacaktır (Vandersteegen vd., 2017: 380; Gökşen, 2014: 10). Bu durum sunulan hizmetin teknik kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Perry, 2013: 1057). Ayrıca negatif defansif tıp kapsamında zor vakaların başka hekimlere ya da hastanelere sevk edilmesi de kalite arttırıcı bir diğer unsurdur (Studdert vd., 2005: 2616; Crevellin ve Cavazza, 2016: 20). Sevk edilen hastanın daha uzman bir hekime veya daha donanımlı bir hastaneye gitmesi, bir önceki hekimde almayacağı faydayı almasına neden olabilir. Erken hasta sevklerinin hastalara faydalı olduğu konusunda alan yazında bulgular bulunmaktadır (Winkelmayer vd., 2002: 490; Nell vd., 2004: 912). Dolayısıyla sevk edilen hastanın alabileceği maksimum faydayı alması, sunulan hizmetin teknik kalitesini arttırıcı bir unsur olabilir. Özetle, hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp kapsamında başvurdukları uygulamaların duruma göre sunulan hizmetin teknik kalitesini arttırıcı etkisi alan yazında kabul görmektedir.

1.5.2. Defansif Tıbbın Zararları

Alan yazında defansif tıbbın zararları üzerinde oldukça yoğun şekilde durulmuş olup, özellikle pozitif defansif tıp uygulamaları kaynakların gereksiz kullanımına, dolayısıyla maliyetlerin artışına neden olduğunu araştıran pozitif defansif tıp uygulamaları ile ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Rothberg vd., 2014: 1867; Sethi vd., 2012: 72; Kessler ve McClellan, 1996: 382; Rubin ve Mendelson, 1994: 7). Defansif tıbbın parasal maliyetlerine ek olarak kişisel stres, zaman kaybı, hekimlerin itibar kaybı ve yüksek riskli hastaların tedavisinden kaçınma eğilimleri gibi dolaylı maliyetleri de vardır (Kessler,

2011b: 3). Ancak bu çalışmada defansif tıp uygulamalarının sonucunda oluşan zararlar maliyetlerin artışı, kaynakların verimsiz kullanımı, hizmete erişimi engellemesi, hastaya yan etkileri alt başlıkları halinde ele alınmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Maliyetlerinin Artması: Defansif tıbbın tanımı göz önüne alındığında ve defansif tıp konusunda alan yazında yer alan ampirik çalışmalar incelendiğinde defansif tıbbın neden olduğu en önemli zarar sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırıcı etkisinin olmasıdır. Defansif tıbbın sağlık hizmetleri maliyetini arttırdığına dair sayısız çalışma alan yazında yer almaktadır (Rothberg vd., 2014: 1867; Sethi vd., 2012: 72; Kessler ve McClellan, 1996: 382; Rubin ve Mendelson, 1994: 7; Ali vd., 2016: 16). ABD’de yapılan bir çalışmada defansif tıbbın yıllık tahmini bedelinin 210 milyar dolar olduğu ve bu kaybın hekimlerin kontrolü altındaki tanı testleri ve tedavilerin aşırı ve kötüye kullanılması gibi gereksiz hizmetlerden oluştuğu belirtilmektedir (Sulmasy ve Weinberger, 2014: 464). Aynı rakamı Pricewaterhouse Coopers’ Sağlık Araştırmaları enstitüsü (2008: 6) de ileri sürmüştür ve defansif tıbbın yıllık 210 milyar dolarlık bir kayba neden olduğunu belirtmiştir. Bir diğer çalışmada Rothberg ve arkadaşları (2014: 1867) üç farklı hastanede hekimlerin yaptıkları uygulamaların %13’ünün defansif tıp uygulaması olduğunu ve uygulama başına ortalama 226 dolar defansif tıp uygulaması maliyeti olduğunu hesaplamışlardır. Sethi ve arkadaşları (2012: 72)’na göre ise yasal yükümlülük kaygısı ile ortopedide uygulanan defansif tıp uygulamalarının yıllık ortalama maliyeti yaklaşık 2 milyar dolardır. Kessler ve McClellan (1996: 382) ABD’deki sağlık harcamalarının %5-9’luk kısmının defansif tıp uygulamalarından oluştuğunu ve Rubin ve Mendelson (1994: 7) da defansif tıba karşı geliştirilecek caydırıcı önlemler ile beş yıllık süre zarfında sağlık harcamalarında 41 milyar dolar tasarruf edilebileceğini ileri sürmektedirler. Bu bilgiler ışığında defansif tıp uygulamaları on yıllardır sağlık harcamalarının hiç de küçümsenemeyecek bir miktarını oluşturmaktadır. Ayrıca, Kessler ve McClellan’ın 1996 yılında ABD’deki sağlık harcamalarının %5 ila %9’luk kısmının defansif tıp uygulamalarından oluştuğu iddiasına karşılık, 2010 yılında Jackson Healthcare (2010a: 4) 2,5 trilyon dolarlık genel sağlık harcamalarının %26 ila %34’ünün defansif tıba ait olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre, geçen 14 yıllık süre içerisinde defansif tıp uygulamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payı ciddi oranda artış göstermiştir.

Alan yazında yer alan bilgiler ışığında defansif tıp uygulamalarının sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer kapladığı açıkça görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin aşırı ve/veya gereksiz kullanımını içeren defansif tıp için harcanan paranın ise boşa harcandığı aşıkardır. Dolayısıyla defansif tıbbın en önemli zararlarından birisi sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttırmasıdır. Defansif tıp sağlık hizmetlerine ayrılan nakdi kaynakların israfına neden olmakta ve tüm uluslar için sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından çok büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Tüm ulusların öncelikli hedefi olan sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumu güçlü bir ekonomiye ve canlı ve üretken bir topluma ulaşmanın ayrılmaz bir parçası olmasına karşılık birçok ülkede sağlık hizmetleri maliyetleri sürdürülemez şekilde artmaya devam etmektedir (Albers Mohrman, Shani ve McCracken, 2012: 6). Yukarıda değinilen defansif tıp uygulamalarının yıllık maliyetleri göz önüne alındığında defansif tıp uygulamaları artan sağlık hizmetleri maliyetlerinin en önemli sebeplerinden birisi olarak görülebilir. Sağlık hizmetleri sunumunun sürdürülebilirliği için defansif tıbbın önlenmesinin veya kullanım sıklığının en aza indirilmesinin önemi göz ardı edilmemelidir.

Kaynakların Verimsiz Kullanılması: Defansif tıbbın bir diğer önemli sonucu ise gereksiz (tıbbi gereklilik dışı) tetkik isteme, gereksiz görüntüleme isteme, hastayı gereksiz hastaneye yatırma, gereksiz tedaviler uygulama, hastayı gereksiz sevk etme ve gereksiz konsültasyon isteme (Moosazadeh vd., 2014: 119; Crevellin ve Cavazza, 2016: 20; Ortashi ve diğerleri 2013: 1; Selçuk 2015: 67-70; Solaroğlu vd., 2014: 1; Catino, 2011: 4; Catino ve Bellotti, 2009; Baicker, Bright ve Olson, 2015: 1166; Yan vd., 2016: 59; Hiyama vd., 2006: 7672) gibi uygulamaların kaynakların verimsiz kullanımına sebep olmasıdır (Fronczak, 2016:594). Defansif tıp uygulamalarının birçoğu medikal kaynaklarının verimsiz kullanımına neden olmaktadır. Örneğin “Tıbbi gereklilik dışında hastayı sevk etme” hem bir hekimin zamanının gereksiz yere harcanmasına hem de nakil araçlarının gereksiz meşgul edilmesine neden olmaktadır. “Tıbbi gereklilik dışında hastayı hastaneye yatırma” uygulaması hasta yataklarının, sağlık personelinin ve bir takım medikal kaynaklarının gereksiz kullanımına neden olmaktadır. “Ekstra tetkik/görüntüleme/laboratuvar testi isteme” uygulaması ise medikal kaynaklarının tıbbi gereklilik dışında kullanımına, dolayısıyla daha fazla girdi ile daha az çıktıya neden olmaktadır. “Ekstra ilaç reçete etme” uygulaması da diğer uygulamalar gibi ilaçların ihtiyaç dışı kullanımına neden olacaktır. “Ekstra konsültasyon isteme” uygulaması

hekimlerin lüzumsuz yere meşgul edilmesine, “Gereksiz tedaviler uygulama” ise hem medikal kaynaklarının gereksiz kullanımına hem sağlık personelinin gereksiz meşguliyetine neden olmaktadır. “Hekimin emekliye ayrılması” ise sağlık iş gücünün azalmasına ve verimsizliğine neden olmaktadır.

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kullanılan kaynaklar kıt olduğundan (Çelik, 2013: 49) eldeki kaynakların verimli kullanılması gerekmektedir (Çelik, 2013: 17). Sağlık için kullanılan kaynakların tahsisinde verimliliğin değerlendirilmesi, bu sektöre ayrılan kaynakların toplumsal faydayı maksimize edecek şekilde kullanılması açısından önemlidir (Tatar, 2012). Ancak kaynak dağıtımında verimlilik ne kadar göz önüne alınsa da defansif tıp gibi öngörülemeyen ve çoğu zaman gereksiz olan kaynak kullanımı sağlık sektöründe verimliliği olumsuz etkilemektedir. Bu durum defansif tıbbın önemli zararlarından birisini oluşturmaktadır.

Defansif tıp çerçevesinde sağlık sektöründe artan maliyetler ile medikal kaynaklarının verimsizliğinin paralellik gösterdiği ifade edilebilir. Kaynakların aşırı/gereksiz kullanımı daha az girdiyle elde edilebilecek çıktı için daha fazla girdi kullanılmasına neden olduğundan verimsizliğe, verimsizlik ise maliyetlerin artmasına neden olmaktadır.

Hizmete Erişimi Engellemesi: Defansif tıbbın alan yazında yer alan bir diğer sonucu hastaların sağlık hizmetlerine erişimini engellemesidir (Studdert vd., 2005: 2616; Jackson Healthcare, 2010a: 9; Jackson Healthcare, 2010b; Massachusetts Medical Society, 2008: 2). Alan yazında yer alan negatif defansif tıp uygulamaları kapsamında hekimlerin riskli prosedürlerden kaçınması (Ortashi vd., 2013: 4; Yan vd., 2016: 59; Ali vd., 2016: 16) ve riskli hastalardan kaçınması (Paik, Black ve Hyman, 2017: 84; Montanera, 2016: 355; Sulmasy ve Weinberger, 2014: 464) gibi uygulamalar hastaların hizmete erişimini azaltmakta veya tamamen engellemektedir. Bu durumda hastalar kendileri için faydalı olabilecek hizmetten mahrum kalmaktadırlar (Tancredi ve Barondess; 1978: 879). Sağlık hizmetinden mahrum kalmanın ise birçok olumsuz etkisi olabilmektedir. Bu etkiler kalıcı hastalık, sakatlık ve ölüm şeklinde sıralanabilir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2019: 76). Hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alması halinde elde edeceği fayda (hastalıktan kurtulma, hayatta kalma, yaşam kalitesi vb.) göz önüne alındığında defansif tıp kaygısıyla hekimlerin gerekli sağlık hizmetini sunamaması veya riskli hastalardan kaçınması defansif tıbbın zararlarından birini oluşturmaktadır.

Hastaya Yan Etkileri: Sağlık hizmetlerinin ve ilaçların aşırı ve/veya gereksiz kullanımının hasta sağlığını tehdit etmesi defansif tıbbın olumsuz sonuçlarından birisini oluşturmaktadır (Crevellin ve Cavazza, 2016: 20; Sulmasy ve Weinberger, 2014: 464; Fronczak; 2016: 594; Yan ve diğerleri 2016: 53; Tancredi ve Barondess; 1978: 879; Studdert vd., 2005: 2616). Tıbbi hizmetlerin aşırı kullanımı daha fazla mortalite ve morbidite riski taşımaktadır (Crevellin ve Cavazza, 2016: 20; Yan ve diğerleri 2016: 53). Örneğin aşırı görüntüleme isteme hastaların gereksiz radyasyona maruz kalmasına, dolayısıyla kısa vadede bazı alerjik reaksiyonlara uzun vadede ise radyasyon kaynaklı bazı hastalıklara neden olmaktadır (Crevellin ve Cavazza, 2016: 20; Massachusetts Medical Society, 2008: 2). Studdert ve arkadaşları (2005: 16) da gereksiz invazif prosedürlerin hasta sağlığı için tehdit oluşturduğuna dikkat çekmiş ve bu prosedürlerin yanı sıra ulaşılan yanlış pozitif sonuçların ya da belirsiz bulguların hem ek girişimlere zemin hazırlayacağını hem de hasta psikolojisini olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir.

Sağlık hizmetleri, doğası gereği yüksek oranda risk içermektedir (Aksay, Orhan ve Kurutkan, 2012: 123). Dolayısıyla hastaya yönelik yapılacak her türlü işlem belli oranda risk taşımaktadır. Aşırı sağlık hizmeti kullanımı ise bir takım yan etkilerin oluşmasına zemin hazırlamakta ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Bu durum defansif tıbbın doğrudan hastaya yönelik sonucunu oluşturmaktadır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Tez çalışmasında belirlenen amaçlara ulaşabilmek için araştırma yöntemlerinden “karma yöntem” tercih edilmiş olup; nitel araştırma yöntemi ve nicel araştırma yöntemi bir arada kullanılmıştır. Bu kapsamda öncelikle nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik araştırma deseninden yararlanılmıştır. Nitel araştırma sonucu elde edilen bulgular ve alan yazında yer alan çalışmalardan yararlanılarak defansif tıp uygulamalarını, öncüllerini ve sonuçlarını ölçmeye yönelik ölçek geliştirme çalışması yapılmıştır. Daha sonra geliştirilen ölçeğin uygulaması yapılmıştır.

Aşağıda ayrıntısı verilen bu bölümde; araştırmanın amacı ve önemi, süreci, nitel ve nicel çalışmaların yöntemi, kapsamı ve tasarımı, hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırma varsayımları, sınırlılıklar ve veri analizinde kullanılan yöntemler açıklanmaktadır.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki; defansif tıbbın öncülleri, uygulamaları ve sonuçlarına ilişkin hekimlerin görüşlerinin belirlenmesidir. İkinci amaç ise alan yazın ve nitel çalışmadan elde edilen sonuçlar kullanılarak defansif tıbbın öncülleri, uygulamaları ve sonuçlarına ilişkin hekim değerlendirmelerini ölçmeye yönelik ölçekler geliştirmektir.

Defansif tıp günümüzde hekim, hasta ve sağlık sistemi bakımından önemli sonuçları olan bir kavramdır. Uygulamada bazı olumlu yanlarının olduğu ileri sürülmekle birlikte; hekim, hasta ve sisteme zarar verme potansiyeli bulunmaktadır. Uygulamada sürekli tartışılan bir konu hakkında özellikle ulusal alan yazında ayrıntılı olarak incelenmemiş bir konu olması, defansif tıbbın önemini ve bu çalışmanın yapılmasının nedenini ortaya koymaktadır.

Çalışmada defansif tıp üç boyut altında incelenmektedir. İlk boyutta hekimlerin defansif tıp uygulaması olarak nitelendirilebilecek hangi uygulamalara başvurduğu üzerinde durulmaktadır. Bu anlamda defansif tıp uygulamalarının alan yazında sınıflandırıldığı şekliyle (pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp) uygulamada nelerden oluştuğu hekimlerin bakış açısıyla değerlendirilmektedir. Pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının yarar ve zararları tartışılmaktadır.

İkinci boyut, defansif tıp uygulamalarının sebeplerinden; başka bir ifade ile defansif tıbbın öncüllerinden oluşmaktadır. Bu boyut, hastayla ilişkili öncüller, hekimle ilişkili öncüller, sağlık sektörü ile ilişkili öncüller ve değişen hasta hekim ilişkisi ile ilgili öncüller olmak üzere dört başlık altında tartışılmaktadır.

Son boyutta, defansif tıp uygulamalarının sonuçlarının neler olduğuna ilişkin hekim algılarının neler olduğu tartışılmaktadır. Bu boyutta defansif tıbbın hekim, hasta ve sağlık sistemi açısından sonuçları ortaya konulmaktadır.

Bu çalışmanın hekimleri defansif tıp uygulamalarına iten nedenler, defansif tıp uygulamaları, bu uygulamalar neticesinde ortaya çıkan olumsuzlukların belirlenmesi ve bu olumsuzlukların ortadan kaldırılması için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Defansif tıbbın nedenlerinin ortaya konulmasının önemli bir maliyet kaynağı olan ve hasta, hekim ve sağlık sisteminde pek çok olumsuzluklara yol açma potansiyeli bulunan defansif tıp uygulamalarının azaltılmasında fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, defansif tıbbın nedenlerinin ortaya konulması hekim ve diğer paydaşlar arasında defansif tıp farkındalığını geliştirilmesi ve defansif tıpla mücadele edilmesi bakımından da dolaylı katkıları sağlayabilme potansiyeline sahiptir. Ayrıca, defansif tıp kavramının ayrıntılı bir şekilde ele alınması ve hekim örneği üzerinde elde edilen bulguların alan yazına kazandırılmasının çalışmanın önemini ortaya koyan diğer bir husus olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya başlamadan önce konuyla ilgili geniş kapsamlı bir alan yazın incelemesi yapılmıştır. Bu süreçte alan yazında var olan anket ve ölçekler belirlenmiş, konunun hangi açılardan ele alındığı irdelenmiştir. Yapılan bu araştırma sonucunda alan yazında defansif tıp uygulamalarını araştırmaya yönelik anket ve ölçekler bulunduğu; ancak mevcut anket ve ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerinin test edilmediği ve konuyu bütüncül bir bakış açısıyla ele almaktan daha ziyade defansif tıp uygulamalarına yönelik uygulamaların sıklığını belirlemeye yönelik oldukları tespit edilmiştir. Yapılan incelemeler neticesinde defansif tıp konusunda ulusal alan yazında geliştirilen, ancak geçerlilik ve güvenilirlik analizleri neticesinde geçerli ve güvenilir bulunmayan bir ölçek ile (Başer vd., 2014b) uluslararası yazında 4 sorudan oluşan bir ölçek bulunabilmiştir (Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001). Bu anlamda alan yazında kapsamlı bir ölçeğin bulunmadığı tespit edilmiştir. Buna ek olarak defansif tıp uygulamalarına yönelik yapılan çalışmalarda genel

olarak defansif tıp uygulamalarına ilişkin sıklık irdelenirken, defansif tıbbın nedenleri ve sonuçlarını ortaya koymaya yönelik çalışma sayısının da oldukça sınırlı olduğu kanısına varılmıştır. Bu nedenle bu çalışmada defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarına yönelik ölçekler geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu durum çalışmanın önemini ortaya koyması bakımından dikkate alınması gereken diğer bir husus olarak değerlendirilmektedir.

2.2. Evren ve Örneklem

Bilimsel bir araştırmada nitel ya da nicel olmasına bakılmaksızın evren-örneklem ilişkisinin kurulması ve bir örneklem üzerinde çalışılması zorunluluk teşkil edebilir (Bal, 2013). Bu sebeple çalışmada hem nitel hem de nicel araştırma için evren ve örneklem tanımlanmıştır.

Araştırmada belli bir olguyu deneyimlemiş kişilerle çalışma gerekliliği olduğu için fenomenolojik araştırma yöntemi seçilmiştir. Fenomenoloji örneklemi genellikle belirli bir karakteristik özelliği olan grup içinden seçilmektedir (Baltacı, 2013). Bu sebeple araştırmada defansif tıp uygulamalarına ilişkin tecrübeleri olduğu düşünülen ve Sakarya İli Kamu Sağlık Kuruluşlarında görev yapan 1153 hekim çalışmanın hedef evreni olarak belirlenmiştir. Çalışma fenomenolojik desende olduğu için ve bu desende yapılan çalışmalarda örnekleme giren unsurların belirli bir olguyu deneyimlemesine ihtiyaç duyulduğu için örneklem seçiminde amaca yönelik örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Ayrıca, alan yazında fenomenolojik çalışmalarda fenomeni tüm yönleriyle deneyimlemiş 5 ila 25 katılımcının örneklem büyüklüğü için uygun olduğu ifade edilmektedir (Polkinghorne, 1989). Bununla birlikte nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünde önemli bir ilke bilginin maksimum düzeyde elde edilmesidir. Burada önemli olan kaç kişi ile mülakat gerçekleştirildiğinden ziyade, elde edilen bilgilerin farklılığıdır (Baş ve Akturan, 2017:92). Örneklem birimlerinden yeni bilgi gelmediği, başka bir ifade ile yeni örneklem birimleri zaten var olan bilgileri tekrar etmeye başladığı zaman doyum noktasına ulaşılmış demektir. Bu noktadan itibaren veri toplama sürecinin durdurulması önerilmektedir. Dolayısıyla örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde bilginin tekrarlanması önemli bir ölçüttür. Bu çalışmada da mülakatlarda farklı bilgiler elde edildikçe araştırma yapılmaya devam edilmiştir. Ancak, bilgiler tekrarlanmaya başladığı

için 21 hekimle görüşme yapıldıktan sonra örneklemin bu sayıyla sınırlandırılmasına karar verilmiştir.

Amaca yönelik örnekleme yöntemi kullanılarak hekimlerin defansif tıp deneyimi yaşaması kriter olarak alınmakla birlikte, çalışmada hekimlerin dahili ve cerrahi uzmanlık alanlarının farklı branşlarına dağılmasına özen gösterilmiştir. Bununla birlikte defansif tıp uygulamalarında daha öne çıkan uzmanlık alanlarında ikişer hekimle mülakat yapılarak çalışmanın güvenilirliği arttırılmaya çalışılmıştır. Ulaşılan nihai örneklemede cerrahi uzmanlık alanlarından 9, dâhili uzmanlık alanlarından 9, 2 Acil Tıp hekimi ve 1 Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimi olmak üzere 21 hekim ile mülakat yapılmıştır. Mülakata katılan hekimlerin tecrübeleri 1 ila 41 yıl arasında değişmektedir. Örnekleme ilişkin ayrıntılı bilgi Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Bilgiler

Hekim Kodu	Branş	Unvanı	Uzmanlı Alanı	Cinsiyet	Mesleki deneyimi (Yıl)
KD1	Cerrahi	Uzman Dr.	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Kadın	15
KD2	Cerrahi	Uzman Dr.	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Kadın	10
GC1	Cerrahi	Uzman Dr.	Genel Cerrahi	Erkek	27
GC2	Cerrahi	Uzman Dr.	Genel Cerrahi	Erkek	7
ORT	Cerrahi	Uzman Dr.	Ortopedi ve Travmatoloji	Erkek	9
KBB	Cerrahi	Uzman Dr.	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Erkek	18
PRE	Cerrahi	Uzman Dr.	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Erkek	14
URO	Cerrahi	Uzman Dr.	Üroloji	Erkek	41
GOZ	Cerrahi	Uzman Dr.	Göz Hastalıkları	Erkek	10
İCH	Dâhili	Uzman Dr.	İç Hastalıkları	Kadın	14
KAR	Dâhili	Uzman Dr.	Kardiyoloji	Erkek	33
NOR	Dâhili	Uzman Dr.	Nöroloji	Erkek	15
RSH	Dâhili	Uzman Dr.	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	8
CLD	Dâhili	Pratisyen	Deri ve Zührevi Hastalıkları	Kadın	1
GGG	Dâhili	Uzman Dr.	Göğüs Hastalıkları	Erkek	20
ONK	Dâhili	Uzman Dr.	Radyasyon Onkolojisi	Erkek	11
CSH	Dâhili	Uzman Dr.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	16

ENF	Dâhili	Uzman Dr.	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Hastalıkları	Kadın	6
AT1		Uzman Dr.	Acil Tıp hekimi	Erkek	8
AT2		Uzman Dr.	Acil Tıp hekimi	Kadın	11
ANS		Uzman Dr.	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kadın	10

Araştırmada nitel araştırma için evren ve örneklem belirlenip nicel çalışma için gerekli olan ölçeği oluşturacak verilerin nasıl toplanacağına karar verildikten sonra, ikinci aşamada nicel çalışma için gerekli olan evren ve örneklem kararlaştırılmıştır.

Çalışmanın nicel bölümünden evren olarak Türkiye’de çalışan hekimlerin tamamı hedef evren olarak belirlenmiştir. Evrenin tanımlanmasında Sağlık Bakanlığı’nın kendi istatistiksel çalışmalarında kullandığı ve Türkiye’de yer alan illeri 12 bölgede topladığı istatistiki bölge birimleri sınıflaması kullanılmıştır (Ek-4). 2017 yılı verilerine göre Türkiye’de toplam 149997 hekim görev yapmaktadır (TÜİK, 2018) ve Sağlık Bakanlığı istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre oluşturulan evren ve örneklem dağılımı Tablo 2’de görülmektedir.

Çalışmada örneklem seçiminde ilk aşamada Sağlık Bakanlığı istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre 12 bölgenin hekim sayıları dikkate alınarak tabakalı örnekleme yöntemine göre bölgelerdeki hekim sayılarına bölge örneklem büyüklükleri belirlenmiş, ikinci aşamada bölge içerisinde çalışma yapılan grubun homojen olması ve genel olarak defansif tıp deneyimi olan hekim grubundan oluşması sebebiyle gelişmiş örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Karagöz, 2014: 152; Bal, 2001: 113-114; Güredin, 1987: 368-370). Yapılan hesaplama sonucunda 0,01 anlamlılık düzeyinde minimum örneklem büyüklüğü 656 bulunmuştur. Ancak çalışmada geçerlilik analizi yapılırken keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin ayrı gruplarda yapılabilmesi için minimum örneklem sayısının en az iki katına ulaşılması hedeflenmiş ve her bölgeden bu sayısı doğrulayacak şekilde veri toplanmıştır. Veri toplama süreci sonunda 1897 hekime ulaşılmıştır. Ancak normallik analizi sonucunda aşırı uçlarda toplanan 173 anket veri setinden çıkarılmıştır ve analizlerin 1724 hekimden elde edilen verilerle yapılmasına karar verilmiştir. Örneklemin bölgelere göre dağılımı tablo 2’de görülmektedir.

$$n = \frac{N * p * q * Z_{\alpha}^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z_{\alpha}^2)}^{12}$$

$$n = \frac{149997 * 0,5 * 0,5 * 2,56^2}{[(149997 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 2,56^2)}$$

$$n = \frac{245755,1}{375,1} = 655,34 \cong 656$$

Tablo 2: Örneklem Dağılımı

İstatistiki Bölge Adı	Hekim Sayısı	Minimum Örneklem	Mevcut Örneklem
Akdeniz	17 568	77	176
Batı Anadolu	21 470	94	273
Batı Karadeniz	7 654	33	78
Batı Marmara	5 636	25	69
Doğu Karadeniz	4 764	21	59
Doğu Marmara	13 223	58	182
Ege	21 256	93	272
Güneydoğu Anadolu	11 347	50	118
İstanbul	30 696	134	309
Kuzey Doğu Anadolu	3 517	15	37
Orta Doğu Anadolu	6 048	26	69
Orta Anadolu	6 818	30	82
TOPLAM	149 997	656	1724

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma iki aşamalı yapılmış olup; ilk aşamada elde edilen sonuçlardan yararlanılarak geliştirilen ölçekler ikinci aşamada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Bu sebeple çalışmada iki farklı veri toplama aracı kullanılmıştır.

¹² Formülde;

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmememe sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %99 için 2,56)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

Nitel Veri Toplama Aracı: Nitel veriler yarı yapılandırılmış mülakat formu ile toplanmıştır. Nitel veri toplama aracının oluşturulması sürecinde alan yazın incelenerek sorulacak sorular belirlenmiş, sorular gruplandırılarak ana sorular belirlenmiş ve alanda uzmanlığı bulunan iki akademisyene sorular sunulduktan sonra, alınan geri bildirim göre formun son hali verilmiştir. Ayrıca, iki hekim üzerinde pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda çalışma için tasarlanan verilerin toplandığına kanaat getirilmiş ve soru formunun kullanılmasına karar verilmiştir. Form, üçü giriş sorusu (1, 2 ve 3. sorular) dördü ise araştırma sorusu (4, 5, 6 ve 7. sorular) olmak üzere 7 sorudan oluşmaktadır.

Nitel Veri Toplama Araçları: Defansif tıp uygulamaları ölçeği hekimlerin başvurdukları defansif tıp uygulamalarının neler olduğunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 10 ifadeden oluşan ölçek pozitif defansif tıp uygulamaları (1, 2, 3, 4, 5 ve 9. sorular) ve negatif defansif tıp uygulamaları (6, 7, 8 ve 10. sorular) olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutu “Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isterler”, “Gerekli olandan daha fazla tahlil isterler” ve “Gereksiz yere konsültasyon isterler” gibi sorulardan oluşmaktadır ve hekimlerin uyguladıkları garantici davranışları ölçmektedir. Negatif defansif tıp uygulamaları boyutu ise “Riskli hastalara müdahale etmekten çekinirler”, “Daha az inisiyatif alırlar” ve “Hastayı sevk ederler” gibi sorularla hekimlerin kaçınma davranışlarını ölçmektedir. Ölçek 5’li likert yapıda olup defansif tıp uygulamaları için 1 “hiçbir zaman”, 2 “nadiren”, 3 “bazen”, 4 “genellikle”, 5 “her zaman” olarak kodlanmıştır.

Defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeği şikâyet ve dava edilme kaygısı (17, 21, 23, 24, 25, 26 ve 27. sorular), medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı (1, 3, 4, 6 ve 7. sorular), çalışma çevresinden kaynaklı baskılar (28, 29, 30 ve 32. sorular), hekimin itibarını koruma kaygısı (14, 15, 16 ve 18. sorular), şiddet görme kaygısı (9, 10 ve 11. sorular), alınan tıp eğitimi (12 ve 13. Sorular) ve hasta odaklı davranma çabası (2, 19 ve 20. sorular) olmak üzere yedi boyuttan oluşmaktadır. Toplamda 28 ifadeden oluşan ölçek 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 2 “katılmıyorum”, 3 “kararsızım”, 4 “katılıyorum”, 5 “kesinlikle katılıyorum” şeklinde kodlanmıştır. Ölçeğin boyutlarından şikâyet ve dava edilme kaygısı boyutu “diğer hekimlerin yaşadıkları şikâyet/dava süreçleri”, “hakkında malpraktis davası açılması kaygısı” ve “şikâyet edilme kaygısı” gibi ifadelerden oluşmaktadır ve hekimin yaptıkları uygulamalar sonucunda resmi makamlara şikâyet edilme ve/veya davalar ile karşılaşma korkusunun hekimlerin defansif tıp uygulamasına

neden olup olmadığını ölçmektedir. Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı boyutu ise “hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları”, “medyanın hasta hekim iletişimini olumsuz etkilemesi” ve “medyada yer alan doğruluğu kanıtlanmamış haberler” gibi ifadelerden oluşmaktadır. Bu boyut medyanın ve sosyal iletişim kanallarının hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltip yöneltmediğini ölçmektedir. Çalışma çevresinden kaynaklı baskılar boyutu, hekimlerin çalışma çevresine ilişkin algıladıkları baskıları ölçmeyi amaçlayan dört ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “Yönetimin desteğini hissetmemesi”, “Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği” ve “Hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı” gibi ifadelerden oluşmaktadır. Hekimin itibarını koruma kaygısı boyutu “Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı”, “Diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü” ve “İtibarını koruma kaygısı” gibi toplamda dört ifadeden oluşmaktadır. Boyut hekimlerin itibarlarını koruma güdülerinin defansif tıbbın öncülü olup olmadığını ölçmektedir. Hekimlerin mesleklerini icra ederken hissettikleri şiddet görme kaygısının defansif tıp uygulamasının öncülü olup olmadığını ölçen boyut toplamda üç ifadeden oluşmaktadır. Boyutu oluşturan sorular “kurumsal iletişim hatlarının baskısı”, “fiziksel şiddete maruz kalma korkusu” ve “sözel şiddete maruz kalma korkusu”dur. Alınan tıp eğitiminin defansif tıp uygulamalarının öncülü olup olmadığını ölçen “Alınan tıp eğitimi boyutu” “alınan teorik tıp eğitimi” ve “alınan pratik tıp eğitimi” olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeğinin son boyutu “Hasta Odaklı Davranma Çabası” boyutudur. Bu boyut hekimlerin hastalarını çok fazla dikkate alarak hekimlik uygulamalarını yapmalarının defansif tıp uygulamalarının öncülü olup olmadığını ölçmektedir. Bu boyutta yer alan ifadeler ise “Hasta güvenini sağlama çabası”, “Hasta beklentilerini karşılama arzusu” ve “Hasta yararına davranma arzusu”dur.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeği ise 23 ifadeden ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek boyutları hekimlik mesleğini zorlaştırır (4, 5, 6, 7, 8 ve 9. sorular), sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır (19, 20, 21, 22 ve 23. sorular), hastalar için zararlıdır (13, 14, 15, 16, 17 ve 18. sorular), hastalara fayda sağlar (10, 11 ve 12 . sorular) ve hekimlere fayda sağlar (1 ve 2. sorular) şeklinde adlandırılmıştır. Ölçek 5’li likert yapıda dizayn edilmiş olup, 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 2 “katılmıyorum”, 3 “kararsızım”, 4”katılıyorum”, 5 “kesinlikle katılıyorum” şeklinde kodlanmıştır. Ölçek boyutlarından ilki defansif tıp uygulamaları

hekimlik mesleğini zorlaştırır boyutudur. Bu boyut “Hekimlerin iş yoğunluğunu arttırır”, “Hekimler için iş stresi oluşturur” ve “Hekimler için zaman kaybına neden olur” gibi yedi ifadeden oluşmaktadır. Bu boyut defansif tıp uygulamalarının hekimlerin mesleklerini icra etmelerini zorlaştırdığını ve hekimleri olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Ölçeğin bir diğer boyutu Sağlık Sisteminin Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır boyutudur. Boyut beş ifadeden oluşmaktadır ve defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemine olumsuz etkilerini ölçmeye yönelik hazırlanmış “Sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltır”, “Sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır” ve “Ülkenin sağlık harcamalarını arttırır” gibi ifadelerden oluşmaktadır. Defansif tıp uygulamaları hastalar için zararlıdır boyutu “Hastalarda strese neden olur”, “Hastalara zarar verebilir” ve “Hastalara gereksiz maliyetler yükler” gibi altı ifadeden oluşmaktadır. Boyut, defansif tıp uygulamalarının hastalar için barındırdığı riskleri ölçmektedir. Defansif tıp uygulamaları Hastalara Fayda Sağlar boyutu ise defansif tıbbın hastalar açısından olumlu sonuçlarını ölçmektedir. Boyut “Hastaların memnuniyetini arttırır”, “Hastaların hekime güvenini arttırır”, ve Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur” ifadelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin son boyutu olan defansif tıp uygulamaları Hekimlere Fayda Sağlar boyutu ise iki ifadeden oluşmaktadır. Boyut defansif tıp uygulamalarının hekimler için olumlu sonuçlarını belirlemeye yönelik “Hekimlerin karşılaşacağı olası tıbbi riskleri azaltır” ve “Hekimleri hukuki açıdan korur” ifadelerinden oluşmaktadır.

2.4. Ölçek Geliştirme Süreci

Tez çalışmasında defansif tıp uygulamalarını, öncüllerini ve sonuçlarını ölçmeye yönelik ölçekler geliştirilmesi amacıyla hekimler ile derinlemesine mülakatlar ve alan yazın incelemesi yapılmıştır. Çalışmanın birinci aşamasında uluslararası ve ulusal alan yazın incelenerek alan yazında yer alan defansif tıp sorunlarına ilişkin sorular oluşturulmuştur (Ek-5). Söz konusu sorular defansif tıbbın uygulamaları, öncülleri ve sonuçları dikkate alınarak gruplandırılmıştır. İkinci aşamada hekimlere uygulanan mülakatlardan elde edilen veriler NVIVO 11 programından yararlanılarak kodlanmış ve yapılan analiz sonucunda Ek-6’da yer alan kavramların oluşturduğu ifadeler listesi elde edilmiştir.

Soru ifadeleri belirlendikten sonra ölçeğin taslağı oluşturulmuştur. Taslak ölçek 67 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan 15’i defansif tıp uygulamalarına; 36’sı defansif tıp

uygulamalarının öncüllerine ve 16'sı ise defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Aşama I Ölçeğin Kapsam Geçerliliği: Ölçeğin geçerlilik analizini yapmak amacıyla ilk aşamada kapsam geçerliliği yapılmıştır. Oluşturulan taslak ölçek 14 uzmanın (7 hekim ve 7 akademisyen) görüşüne sunulmuştur. Davis tekniği kullanılarak, uzmanlardan ifadelere yönelik görüşlerini “(a) Uygun”, “(b) Oldukça Uygun-Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “(c) Biraz Uygun- Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli”, “(d) Uygun Değil” şeklinde belirtmeleri istenmiştir. Uzmanların uygun bulmadığı ifadeler için farklı ifadeler önermeleri talep edilmiştir. Uzman değerlendirmeleri neticesinde her bir ölçek ifadesine verilen “a” ve “b” seçeneklerinin sayısı görüş veren uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. (Yurdugül, 2005). Bu doğrultuda ölçeğe ilişkin elde edilen KGİ değeri 0,80'nin altında olan ifadeler ölçekten çıkartılmış ve ölçekler yeniden düzenlenmiştir. Bu kapsamda aşağıdaki işlemler yapılmıştır:

Defansif tıp uygulamaları ölçeği: Defansif tıp uygulamalarına ilişkin 15 sorudan; “Girişimsel işlemler uygularlar” ifadesinin “Gerekli olmayan durumlarda girişimsel işlemler uygularlar”; “hasta ile görüşmeleri uzatırlar” ifadesinin “hastalara detaylı açıklamalar yaparlar”; ekstra hasta kayıtları tutarlar” ifadesinin ise “daha detaylı hasta kayıtları tutarlar” şeklinde değiştirilmesi önerileri gelmiştir. Uzman değerlendirmeleri neticesinde ölçeğe “alışılmış tedavi yöntemlerini tercih ederler” ve “riskli hastalara müdahale etmekten çekinirler” ifadeleri eklenmiş ve “şahsi kayıtlar tutarlar” ifadesi ölçekten çıkarılmıştır. Alınan öneriler neticesinde yeniden düzenlenen ölçek 16 maddeden oluşmuştur.

Defansif Tıbbın Öncülleri Ölçeği: Defansif tıbbın nedenlerini ortaya koymayı amaçlayan ölçeğin ilk hali 36 ifadeden oluşmaktadır. Uzman değerlendirmeleri sonucunda; “hekimin kendisini yetersiz hissetmesi” ifadesinin “hekimin yetkinliğinden kaygı duyması”; “hastanın internet kaynaklarını kullanıyor olması” ifadesinin “hastaların internette elde ettiği doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler”; “sağlık politikalarının etkisi” ifadesinin “hekimin rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği”; “hastanelerde artan hasta yoğunluğu” ifadesinin “hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı” ve “değişen hasta

hekim iletişimin etkisi” ifadesinin “değişen hasta hekim ilişkisinde hastanın daha baskın hale gelmesi” şeklinde değiştirilmesi önerilmiştir. Ölçekte söz konusu değişiklikler yapılarak yeni hali verilmiştir.

Defansif Tıbbın Sonuçları Ölçeği: Ölçek 15 soru olarak plandıktan sonra uzman görüşleri alınmış olup; gelen uzman değerlendirmelerine göre; “hekimini rahatlatır ifadesi” çok soyut bulunduğundan “hekimlerin karşılaşacağı olası riskleri azaltır” ve “hekimleri hukuki açıdan korur” şeklinde iki ayrı soruya dönüştürülmüştür. “Hekimin mesleğini yapmasını zorlaştırır” ifadesi “hekimlerin hastanın tedavisini yapmaya odaklanmasını zorlaştırır”; “hasta için risk oluşturur” ifadesi “hastalara zarar verebilir”; “hastanın psikolojisi bozulur” ifadesi “hastalarda strese neden olur” ve “hastanın doktor bulamamasına neden olur” ifadesi “hastanın hekime ulaşmasını zorlaştırır” şeklinde değiştirilmiştir. Ayrıca gelen öneriler doğrultusunda “hekimlerin mesleki gelişimini olumsuz etkiler” “hekimlerin klinik verimliliğini azaltır” , “sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltır”, “sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır” ve “hasta bekleme sürelerini uzatır” şeklinde olumsuz ifadelerin yanı sıra; “hastaların memnuniyetini artırır” ve hastalarınvhekimine güvenini artırır” ifadeleri ölçeğe eklenmiştir. Bu düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek 24 ifadeden oluşmuştur.

Uzman değerlendirmeleri neticesinde her bir ölçek ifadesine verilen “a” ve “b” seçeneklerinin sayısı görüş veren uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. (Yurdugül, 2005). Bu doğrultuda ölçeğe ilişkin elde edilen KGİ değeri 0,80'nin altında olan ifadeler ölçekten çıkartılmış ve ölçek oluşturulmuştur.

Aşama II. Pilot Uygulama: Ölçeğin kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra ikinci aşamada pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama 40 hekim üzerinde gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama sonucunda ölçeğin yapısal geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir:

- Güvenirlik çalışması için, madde analizi yapılarak madde-toplam puan korelasyonları incelenmiş ve düşük korelasyondaki maddeler elenmiştir.
- Maddelerin oluşturduğu gizil yapıların keşfi için keşfedici faktör analizi (KFA) uygulanmıştır.

- Analizler sonucunda oluşan alt boyutların güvenilirlik analizleri için iç tutarlılık analizi için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır.

Pilot uygulama neticesinde defansif tıp uygulamaları ölçeğinden “daha sık hasta takibi yapma” ve “aktif hekimliği bırakma” ifadeleri; defansif tıbbın öncülleri ölçeğinde “hasta ile çatışma kaygısı” ve “dava edilme kaygısı” ifadeleri; defansif tıbbın sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeğinden ise “hasta ve yakınlarının memnuniyeti” ifadeleri düşük değerleri aldığı için ölçeklerden çıkarılmıştır. Taslak ölçekte yapılan düzenlemelerden sonra ölçeğe nihai hali verilmiştir.

2.5. Araştırmanın Yapılmasına İlişkin Yasal İzinler

Araştırmada veri toplama aracı hazırlandıktan sonra, 31.01.2018 tarih ve E.5438 sayılı yazıları ile Sakarya Üniversitesi Etik Kurulundan etik yönden uygunluk izni (Ek-1) alınmıştır. Ayrıca, Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 02.02.2018 tarih ve ve 702.99-E36 sayılı yazıları ile araştırmanın yapılması için gerekli izin alınmıştır (EK-2).

2.6. Veri Toplama Süreci

Çalışmada defansif tıbbın nedenleri, uygulamaları ve sonuçlarının neler olduğunun belirlenmesinin yanı sıra, defansif tıp çalışmalarında kullanılacak ölçekler geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirebilmek için alan yazın incelenmesine ek olarak alanda uygulayıcı olarak çalışan hekimlerle görüşülmesi hedeflenmiştir. Dolayısıyla çalışmada öncelikle nitel çalışma yöntemlerinden yararlanılarak ölçeklerin geliştirilmesi için gerekli alt yapının oluşturulması planlanmıştır. Bunu sağlamak için de nitel ve nicel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma bir araştırma modeli oluşturulmuştur.

Çalışmanın karma yapıda olması sebebiyle veri toplama süreci iki farklı dönemde gerçekleştirilmiştir. İlk önce fenomenolojik araştırma olarak planlandığı için nitel çalışmada veri toplama tekniği olarak mülakat yöntemi tercih edilebilmiştir. Mülakat tekniği, önceden belirlenmiş ve ciddi bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim sürecini ifade etmektedir. Bu teknik bireylerin deneyimlerine, tutumlarına, görüşlerine, şikâyetlerine, duygularına ve inançlarına ilişkin bilgi elde etmede oldukça etkili olduğu için nitel araştırmalarda sıklıkla başvurulmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Farklı mülakat teknikleri mevcuttur.

Araştırmanın amacı, stratejisi ve sorulara göre kullanılacak yöntem de farklılık göstermektedir. Bu anlamda yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış mülakat formları tercih edilebilir. Bu çalışmada yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılmıştır (Ek-3). Bu formun tercih edilmesinin sebebi, araştırmacılara genel hatlarıyla bir yol haritası çizmekle birlikte, katılımcıların ilgi ve bilgisine göre (kavramı tecrübe düzeyine göre) bu genel çerçeve içerisinde kalmak koşuluyla farklı sorular sorarak konunun değişik boyutlarını ortaya çıkarmayı mümkün kılmasıdır (Coşkun vd., 2015). Form alanında uzman iki akademisyen tarafından incelenmiştir. Uzman görüşleri alındıktan sonra iki hekimle pilot uygulama yapılmış, yapılan pilot uygulama ile soruların hekimler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı, soruların araştırma amaçlarına ulaşmak için yeterli olup olmadığı ve konuyu derinlemesine irdeleme imkânı sunup sunmayacağı belirlenmiştir. Bu aşamada soru formunun yeterli olduğu kanaatine varılmış ve 21 hekim ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada mülakata katılan hekimlerden ses kaydı için izin alınmış olup, yapılan mülakatlar kayıt altına alınmıştır. Ortalama görüşme süreleri 45 ± 5 dakikadır. Görüşmeler hastane dışında, hekimlerin kendilerini rahat hissedeceği ortamlarda yapılmıştır. Mülakatlara başlamadan önce hekimlere araştırmanın amacı ayrıntılı bir şekilde açıklanmış olup; araştırma konusu ayrıntılı olarak verilmeden sohbet havasında konuya girerek defansif tıp kavramını günlük yaşamlarında kullanıp kullanmadıkları anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla hekimlere öncelikle mesleklerinden memnun olup olmadıkları, mesleklerini icra ederken kaygı hissedip hissetmedikleri ve eğer kaygı hissediyorlarsa bu kaygıları azaltmak ya da gidermek için neler yaptıkları sorulmuştur. Böylelikle hekimler konuya doğrudan yönlendirilmeyerek çalışmanın güvenilirliğinin artırılması hedeflenmiştir. Çalışma 15/05/2018-15/06/2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Başlangıçta Sakarya ili kamu hastanelerinde görev yapmakta olan 28 hekimden görüşme yapmak üzere söz alınmıştır. Ancak mülakat sürecinde 5 hekim ses kaydını kabul etmediği ve 2 hekim de konu hakkında bilgi sahibi olmadan mülakat yapmak istemediklerini belirttikleri için toplamda 7 hekim ile mülakat yapılamamıştır.

Mülakatlar yapılırken hekimlerin uzmanlık alanları dikkate alınmış ve dâhili ve cerrahi branşlardan benzer sayılarda hekim ile mülakat yapılması, bu hekimlerin mesleki tecrübelerinin birbirinden mümkün olduğunca farklı olması ve her uzmanlık alanından en az bir hekim ile görüşme gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda

çalışmaya katılması planlanan hekimler ile iletişime geçilmiş ve çalışma kendilerine kapsamlı bir şekilde anlatıldıktan sonra, mülakata katılmayı kabul eden hekimlerden randevu talep edilmiştir. Mülakata katılmayı kabul eden hekimler ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşme sürecinde ses kaydı alınmasına dair sözlü onam alınmıştır. Mülakatlar, konunun derinlemesine incelenmesi ve katılımcıların mülakat sürecindeki tutum ve davranışlarının ayrıntılı bir şekilde gözlemlenebilmesi için araştırmacıya yardımcı olabilecek ikinci bir araştırmacının katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Görüşme sürecinde hekimlere doğrudan araştırma konusundan bahsedilmemiş; sorulan genel sorular (mesleğinizden memnun musunuz?; mesleğinizi icra ederken kaygı hissettiğiniz oluyor mu?, bu kaygıları azaltmak amacıyla yaptığınız özel hekimlik uygulamaları var mı?) ile konuya giriş yapılmaya çalışılmıştır. Bu şekilde başlatılan görüşmelerin 19'unda hekimler kendileri defansif tıp uygulamalarından bahsetmeye başlamış ve görüşme derinleştirilmiştir. Görüşme yapılan hekimlerden yalnızca 2'sine konu aktararak deneyimlerini aktarmaları istenmiştir. Yapılan derinlemesine mülakatlardan elde edilen veriler tekrar edilmeye başladığında derinlemesine mülakat süreci sonlandırılmıştır.

Nitel veri toplama sürecinde elde edilen veriler NVIVO nitel veri analiz programından yararlanılarak kodlanmıştır. Kodlama sürecinde yardımcı araştırmacıdan destek alınmış olup; araştırmacı ve destek alınan yardımcı araştırmacı kodlamaları birbirlerinden bağımsız şekilde yapmış, daha sonra kodlamalar karşılaştırılarak tutarlılıkları irdelenmiştir. Kodlama aşamasından sonra nitel verilerin analizleri gerçekleştirilmiştir.

Nitel analizler sonucunda defansif tıp uygulamalarının tanımı, öncüllerinin neler olduğu ve ne tür sonuçlara sebep olduğuna ilişkin hekim görüşleri belirlenmiştir. Nitel araştırmadan elde edilen bulgular, alan yazın incelemesinden elde edilen bulgularla birleştirilerek defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarına yönelik taslak ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulan taslak ölçek defansif tıp uygulamaları için 13, defansif tıbbın öncülleri için 40 ve sonuçlarına ilişkin 15 sorudan oluşmaktadır.

Oluşturulan taslak ölçeğin öncelikle kapsam geçerliliği yapılmıştır. Bu amaçla kapsam geçerlilik indeksi (KGİ)'nden yararlanılmıştır. Ölçeğin nihai hali verilmeden önce 40 hekim üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Elde edilen bulgulardan ölçeğin geçerlilik ve

güvenilirliğine ilişkin olumlu kriterler sağlandığı için ölçeğin uygulanmasına karar verilmiştir.

Çalışmanın ikinci veri toplama süreci nicel verilerin toplanmasından oluşmaktadır. Bu aşamada çalışma Türkiye'nin tamamına yayılarak tüm hekimlere genelleyebilecek sonuçların alınması hedeflenmiştir. Tüm bölgelerin benzer düzeylerde çalışmaya katılımını sağlamak için Sağlık Bakanlığı'nın kendi istatistiksel çalışmalarında kullandığı ve Türkiye'de yer alan illeri 12 bölgede topladığı istatistiki bölge birimleri sınıflaması kullanılmıştır. Hekimlere anket uygulanırken her bölgede yer alan hekim sayısı dikkate alınmıştır. Çalışmanın verileri, toplanırken farklı anket uygulama yöntemlerinden yararlanılmıştır. Verilerin önemli bir kısmı tabip odalarından yardım alınarak online anket metoduyla, bir kısmı yüz yüze anket metoduyla bir kısmı ise araştırma şirketi vasıtasıyla toplanmıştır.

Veri toplama süreci sonunda Türkiye genelinden 1897 anket toplanmıştır. Elde edilen veriler analiz edilmeden önce normallik analizleri yapılmış ve dağılımdan sapma gösteren anketler belirlenmiş ve veri setinden çıkarılmıştır. Bu aşamadan sonra kalan 1724 anket ile verilerin analizleri gerçekleştirilmiştir.

Verilerin öncelikle geçerlilik analizleri yapılmıştır. Bu aşamada veriler ikiye bölünmüştür ve verilerin bir kısmı ile keşfedici faktör analizi gerçekleştirilirken bir kısmı ile doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Böylece keşfedici faktör analizi sonucunda elde edilen pozitif bulguların doğrulayıcı faktör analizine yansımalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda ilk gelen 900 anket ile keşfedici faktör analizi gerçekleştirilmiş olup; kalan 824 anket ile de doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır¹³.

2.7. Verilerin Analizi

Fenomenolojik araştırmalarda derlenen verinin analizi, araştırmanın türüne göre farklılık göstermektedir. Bu bağlamda, yorumlayıcı fenomenoloji ve psikolojik fenomenoloji olmak üzere iki ana fenomenolojik araştırma yöntemi kullanılabilir. Yorumlayıcı fenomenoloji, araştırmacıların kendilerini analizin tüm süreçlerinde hissettirdikleri bir yöntemdir. Ancak bu yöntemin önyargı içerdiği iddia edilip eleştirilere maruz

¹³ Geçerlilik ve güvenilirlik analizine ilişkin bilgiler geçerlilik ve güvenilirlik analizleri başlığı altında ayrıntılı olarak verilmiştir.

kaldığından, psikolojik fenomenolojinin öne çıktığı görülmektedir (Moutakas, 1994). Bu çalışmada Moutakas (1994)'ın önerileri dikkate alınarak bireylerin deneyimlerinin önce dokusal betimlemesi (yani neyi deneyim ettikleri) ardından da yapısal betimlemesi (yani koşul, durum ve içerik açısından nasıl deneyim ettikleri) gerçekleştirilerek öze ulaşmak için çaba gösterilmiştir.

Mülakatlar sonucunda elde edilen veriler NVIVO 11 nitel veri analiz yazılımından yararlanılarak fenomenolojik araştırma deseni ile analiz edilmiştir. Bu sayede nitel olarak derlenen veriler görselleştirilebilmiştir. Nitel çalışmalarda araştırmacıların yapmış olduğu yorumların bilimsel arka plandan yoksunluğu konusundaki eleştirileri bertaraf etmek için de yazılımın imkân verdiği istatistiksel tablo ve diyagramlar ile yorumlar desteklenmiştir.

Nicel veri toplama süreci tamamlandıktan sonra verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ($p=0,05$) analiz edilmiştir.

2.8. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Çalışmada geliştirilen ölçek dikkate alarak araştırmada iki model geliştirilmiştir. Bu modellerden ilki hangi defansif tıp uygulaması öncülünün hangi defansif tıp uygulamalarını etkilediğini belirlemeye yönelik olan modeldir (Şekil 1). Model dikkate alınarak geliştirilen araştırma hipotezleri aşağıda ki gibidir.

H1: Şikâyet ve dava edilme kaygısı pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H2: Şikâyet ve dava edilme kaygısı negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H3: Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H4: Medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H5: Çalışma çevresinden kaynaklı baskılar pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H6 Çalışma çevresinden kaynaklı baskılar negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H7: Hekimin itibarını koruma kaygısı pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H8: Hekimin itibarını koruma kaygısı negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H9: Şiddet görme kaygısı pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

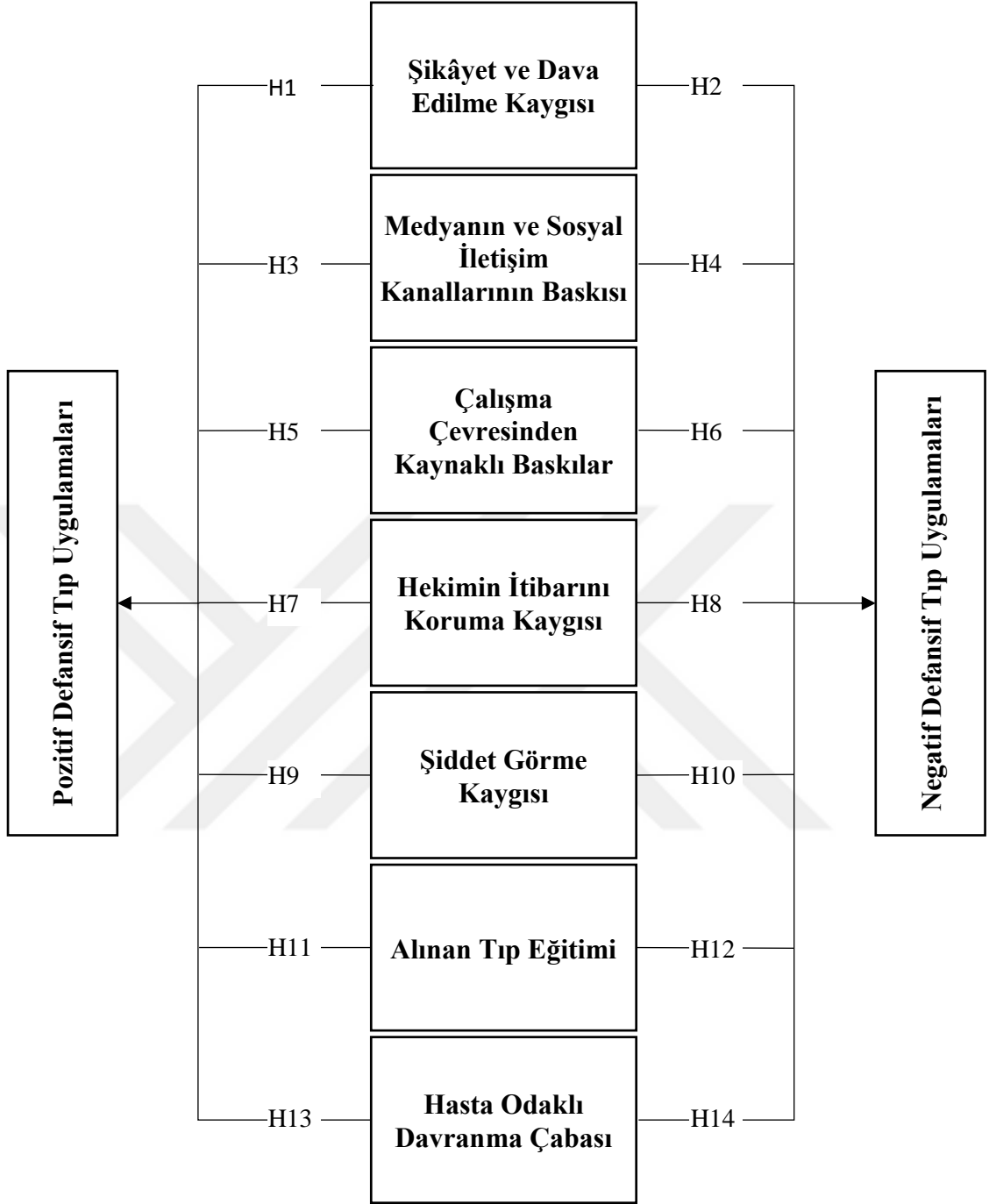
H10: Şiddet görme kaygısı negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H11: Alınan tıp eğitimi pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H12: Alınan tıp eğitimi negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H13: Hasta odaklı davranma çabası pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir

H14: Hasta odaklı davranma çabası negatif defansif tıp uygulamalarını etkilemektedir



Şekil 1: Model 1: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

İkinci model ise hangi defansif tıp uygulamalarının hangi sonuçlara neden olduğunun belirlenmesine yönelik olan modeldir (Şekil 2).

H15: Pozitif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hekimlere fayda sağlar algısı etkilemektedir

H16: Negatif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hekimlere fayda sağlar algısı etkilemektedir

H17: Pozitif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hekimlik mesleğini zorlaştırır algısını etkilemektedir

H18: Negatif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hekimlik mesleğini zorlaştırır algısını etkilemektedir

H19: Pozitif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hastalara fayda sağlar algısını etkilemektedir

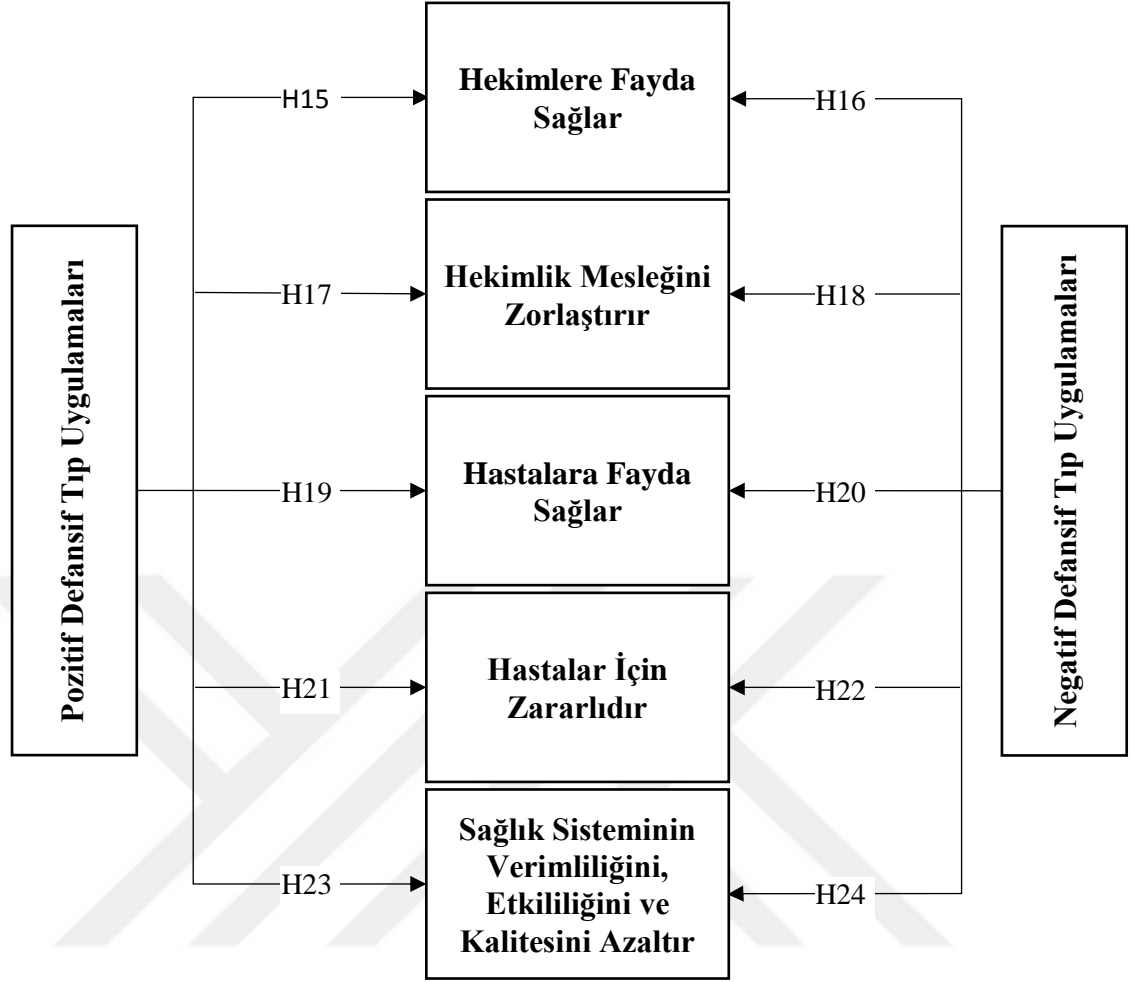
H20: Negatif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hastalara fayda sağlar algısını etkilemektedir

H21: Pozitif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hastalar için zararlıdır algısını etkilemektedir

H22: Negatif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları hastalar için zararlıdır algısını etkilemektedir

H23: Pozitif defansif tıp uygulamaları hekimlerin defansif tıp uygulamaları sağlık sisteminin verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır algısını etkilemektedir

H24: Negatif defansif tıp uygulamaları sağlık sisteminin verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır algısını etkilemektedir



Şekil 2: Model 2: Defansif Tıp Uygulamalarının Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına Etkisi

2.9. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Nicel veri toplama sürecinde 1897 anket toplanmıştır. Ancak normallik testi sonucunda 173 anket çalışmadan çıkarılmış ve analizler 1724 anket ile gerçekleştirilmiştir. Daha önce araştırma sürecinde de belirtildiği gibi, ilk aşamada toplanan 900 anket ile keşfedici, kalan 824 anket ile de doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Ölçeklerin tamamının keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizinde kullanılmamasının ana nedeni; keşfedici faktör analizi yapılan örneklem üzerinde uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının keşfedici faktör analizi ile benzer çıkma ihtimalinin çok yüksek olmasıdır. Bu sebeple, ölçeklerin geçerliliğinin daha sağlıklı test edilebilmesi için keşfedici faktör analizinde kullanılan anketlerin oluşturduğu örneklem grubu ile doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan anketlerin oluşturduğu örneklem birbirinden birbirinden ayrılmıştır. Farklı

hekimlerin dolduruğu ölçekler tamamen birbirinden bağımsız olarak analize tabi tutulmuştur.

Defansif tıp uygulamaları ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi: Çalışmada geliştirilen defansif tıp uygulamaları ölçeğinin yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda ölçek üç faktör altında toplanmıştır. Ölçekte yer alan “hasta onamlarını daha fazla önemserler”, “hastalara detaylı açıklamalar yaparlar” ve “daha detaylı hasta kayıtları tutarlar” ifadeleri pozitif tıp uygulamaları faktörü altında toplanması gerekirken, farklı bir faktör oluşturmuştur. Alan yazında genel olarak pozitif ve negatif defansif tıp ayrımının olması ve yukarıdaki üç ifadenin de tıp hizmetlerinden daha çok bürokratik işleyişle ilgisi olması sebebiyle ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Kalan 11 soru ile analiz tekrarlanmıştır. Analiz sonucunda negatif defansif tıp faktörü altında bulunan “ alışılmış tedavi yöntemlerini tercih eder” ,ifadesinin faktör yükü (0,215) düşük çıktığı için ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Kalın 10 soru ile yapılan faktör analizi sonuçları Tablo 3’de görülmektedir. Analiz sonucunda Kaizer Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) değeri (0,887) bulunurken küresellik testi sonuçları anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2017: 404). Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %62,91’dir. Açıklanan varyansın %34,32’si pozitif defansif tıp uygulamalarına, %28,59’u ise negatif defansif tıp uygulamalarına aittir. Pozitif defansif tıp uygulamalarının öz değeri 5,117 iken negatif defansif tıp uygulamalarının öz değeri 1,173’dür. Ölçek ifadelerinin faktör yükleri 0,548 ile 0,853 arasında değişmektedir. Bu değerler sosyal bilimler alanında kabul edilebilir değerler arasında görülmektedir (Karagöz, 2017: 404).

Ölçekte yer alan “Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete ederler” ifadesinin her iki faktöre de dağıldığı görülmektedir. Alan yazın incelendiğinde ekstra ilaç reçete etme uygulamasını kimi yazarların negatif defansif tıp uygulaması olarak sınıflandırdığı kimi yazarların ise pozitif defansif tıp uygulaması olarak sınıflandırdığı görülmektedir (Summerton, 1995:27; Toraman ve Çarıkçı, 2019: 46). Bu bilgiler ışığında ifade ölçekten çıkartılmamıştır, ancak bu çalışmada faktör yükü daha yüksek olan pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamında değerlendirilmiştir. Keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre defansif tıp uygulamaları ölçeği geçerlilik şartlarını taşımaktadır.

Tablo 3: Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeğinin Keşfedici Faktör Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,887	
Bartlett's Test of Sphericity		
Approx. Chi-Square	4583,92	
df	45	
Sig.	0,000	
	Faktör 1	Faktör 2
Açıklanan Varyans	34,32%	28,59%
Öz Değer	5,12	1,17
Gerekli olandan daha fazla tahlil isterler	0,807	
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isterler	0,793	
Endikasyonsuz hasta yatışı yaparlar	0,760	
Gereksiz yere konsültasyon isterler	0,755	
Gerekli olmayan durumlarda girişimsel işlemler uygularlar (Biyopsi vb.)	0,648	
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete ederler	0,548	0,415
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinirler		0,853
Daha az inisiyatif alırlar		0,829
Hastayı sevk ederler		0,749
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınırlar		0,615

Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeği: Defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeğinin keşfedici faktör analizi sonuçları tablo 4'de yer almaktadır. KMO değeri (0,909) çok iyi olan ölçeğin Barlett küresellik testi sonucu da anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2017: 404). Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %66,35'dir ve ölçek boyutlarının özdeğerleri 0,97 ila 9,16 arasında değişmektedir. Sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40-%60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir (Karagöz, 2017: 404). Bu bakımdan da ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli koşullara sahip olduğu söylenebilir.

Ölçeğin yapılan ilk keşfedici faktör analizinde uyumsuzluk gösteren 6 ifade ("Hekimin yeterli hukuki destek alamaması" ifadesi farklı faktörlere dağıldığından; "Değişen tanı ve tedavi yaklaşımları", "Yetkinliğinden kaygı duyması" ve "Tıp teknolojisinin gelişmesi", faktör dağılımında uygun olmayan faktörlt altında toplandığından; "Hasta haklarının önem kazanması" ve "Performansa dayalı ek ödeme sistemi" ifadeleri ayrı bir faktör olarak toplandığından ve bu haliyle defansif tıp konusunda anlamlı sonuç

üretmeyeceğinden ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekten 6 sorunun çıkması ile kalan 28 soruya yeniden keşfedici faktör analizi uygulanmıştır ve ölçek 7 boyuta ayrılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının isimleri sırası ile “Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı”, “Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı”, “Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar”, “Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı”, “Şiddet Görme Kaygısı”, “Alınan Tıp Eğitimi” ve “Hasta Odaklı Davranma Çabası” olarak adlandırılmıştır.

Bu boyutlardan ilki olan Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı boyutu açıklayıcılığı en yüksek boyuttur. Toplamda 7 ifadeden oluşan boyutun açıklayıcılığı %14,39 olup boyut hekimlerin yapmış oldukları uygulamalar neticesinde yasal mercilere şikâyet edilme veya dava edilme kaygısı yaşamalarının, bu şikâyet ve davaların sonucunda maddi veya maddi olmayan yaptırımlar ile karşılaşacağı korkusu yaşamasının defansif tıbbın öncülü olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin özdeğeri 9,16 olup; faktör yükleri 0,454-0,804 arasında değişmektedir.

Açıklayıcılığı %10,71 ile “Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı” boyutu en yüksek değer alan ikinci boyuttur. Toplamda 5 sorudan oluşan bu boyut medyada yer alan haberler, internetten elde edilen doğru veya yanlış sağlık bilgileri ile oluşan hasta ve hasta yakını baskısı ile yine sosyal iletişim kanallarının gelişmesi ile hasta hekim iletişiminde meydana gelen değişimin hekim üzerinde oluşturduğu baskıları ifade etmektedir. Boyutun özdeğeri 3,17 olup; faktör yükleri 0,507-0,760 arasında değişmektedir.

Üçüncü sırada yer alan Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar boyutunun açıklayıcılığı %10,50’dir ve 4 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta yer alan ifadeler hekimin çalışmakta olduğu sağlık çevresinde mevcut olan birtakım bozuklukların hekim üzerinde oluşturduğu baskıyı ölçmeyi amaçlamaktadır. Boyutun özdeğeri 1,67, faktör yükleri ise 0,668-0,748 arasında değişmektedir. Bu haliyle boyuttaki tüm ifadelerin benzer katkılar sağladığı söylenebilir.

Açıklayıcılığı %8,61 olan Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı boyutu 4 ifadeden oluşmaktadır. Özdeğeri 1,40 olan bu boyutta yer alan ifadeler hekimin hem meslektaşları arasında hem de hastalarının zihninde olan itibarını koruma kaygısıyla defansif tıp uyguladığını ifade etmektedir. Faktör yükleri ise 0,554-0,754 arasında değişmektedir.

Şiddet Görme Kaygısı boyutu %8,13 açıklayıcılığa sahiptir ve 3 ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadeler hekimlerin doğrudan fiziksel veya sözel şiddet görmesinin yanı sıra,

hastaların hekimlere kurumsal iletişim hatları aracılığıyla uygulamış oldukları psikolojik şiddeti de içermektedir. Boyutun özdeğer 1,23 olup, ifadelerin faktör yükleri 0,434-0,835 arasında değişmektedir.

Hekimlerin aldıkları tıp eğitiminin defansif tıbbın öncülü olduğunu ifade eden Alınan Tıp Eğitimi boyutu %7,35 açıklayıcılığa sahiptir ve 2 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin son boyutunu oluşturan Hekimlerin Hasta Odaklı Davranma Çabası boyutunun açıklayıcılığı %6,66'dır ve 3 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin ifadeleri hekimin hasta güvenini sağlama çabası, hasta beklentilerini karşılama arzusu ve hasta yararına davranma çabasını belirlemeye yönelik ifadelerdir. Ölçeğin özdeğeri 0,97 olup; Joliffe kriterine göre faktörler özdeğere göre de belirlenebilir ve 0,70'e eşit veya daha büyük değerler kabul edilebilir düzeyde değerlerdir (Karagöz, 2014: 652).

Tablo 4: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeğinin Keşfedici Faktör Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,909							
		Bartlett's Test of Sphericity							
Approx. Chi-Square		13515,22							
df		378							
Sig.		0,000							
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	
Açıklanan Varyans		14,39	10,71	10,50	8,61	8,13	7,35	6,66	
Öz Değer		9,16	3,17	1,67	1,40	1,23	1,00	0,97	
Hakkında malpraktis davası açılması kaygısı		0,804							
Şikâyet edilme kaygısı		0,761							
Tazminat ödeme kaygısı		0,739							
Olası risklerden ve kötü sonuçlardan kaçınma isteği		0,736							
Hata yapma veya bir şeyleri gözden kaçırma korkusu		0,601							
Başından daha önce şikâyet/dava süreci geçmesi		0,568							
Diğer hekimlerin yaşadıkları şikâyet/dava süreçleri		0,454							
Medyada yer alan doğruluğu kanıtlanmamış haberler		0,760							
Hastaların internetten elde ettiği, doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler		0,756							
Medyanın hasta hekim iletişimini olumsuz etkilemesi		0,753							
Değişen hasta hekim ilişkisinde hastanın daha baskın hale gelmesi		0,563							

Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları	0,507
Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği	0,748
Yönetimin desteğini hissetmemesi	0,695
Hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı	0,688
Sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı	0,668
Diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü	0,754
Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı	0,729
İtibarını koruma kaygısı	0,614
Diğer hekimlerin paylaştıkları olumsuz deneyimler	0,554
Sözel şiddete maruz kalma korkusu	0,835
Fiziksel şiddete maruz kalma korkusu	0,829
Kurumsal iletişim hatlarının baskısı (SABİM, CİMER, vb.)	0,434
Alınan pratik tıp eğitimi	0,904
Alınan teorik tıp eğitimi	0,903
Hasta yararına davranma arzusu	0,768
Hasta beklentilerini karşılama arzusu	0,612
Hasta güvenini sağlama çabası	0,607

Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına İlişkin Algıları Ölçeği: Tez çalışması kapsamında geliştirilen üçüncü ölçek olan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına İlişkin Algıları Ölçeği'nin keşfedici faktör analizi sonuçları Tablo 5'de görülmektedir. Tablo incelendiğinde ölçeğin örneklem yeterliliği değeri 0,880, barlett's küresellik testi anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2017: 404).

Yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda ölçek 5 boyuta ayrılmıştır. Bu boyutlar sırasıyla "Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır", Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır", "Hastalar İçin Zararlıdır", "Hastalara Fayda Sağlar" ve "Hekimlere Fayda Sağlar" şeklinde adlandırılmıştır.

Defansif tıbbın sonuçlarına yönelik hekim algısı ölçeğinin açıklayıcılığı en yüksek boyutu "Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır Boyutu" dur. Bu boyutun açıklayıcılığı %16,06'dır ve 7 ifadeden oluşmaktadır. Boyut defansif tıp uygulamalarının hekimde strese neden olduğu, hekimin iş yoğunluğunu arttırdığı, hekimin hastanın tedavisine odaklanmasını zorlaştırdığı gibi ifadelerden oluşmaktadır ve defansif tıp uygulamaları nedeniyle hekimlik mesleğini icra etmenin zorlaşacağını ifade etmektedir.

Açıklayıcılığı en yüksek ikinci boyut %15,33 ile “Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini” Azaltır boyutudur. Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır ve defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemine olumsuz etkilerini irdelemektedir.

Açıklayıcılığı %13,55 olan “Hastalar İçin Zararlıdır” boyutu; defansif tıp uygulamalarının hastalar maddi, manevi ve sağlık bakımından bir takım olumsuz getirileri olduğunu ifade eden 6 ifadeden oluşmaktadır.

Dördüncü boyut olan “Hastalara Fayda Sağlar” boyutu %11,07 açıklayıcılığa sahiptir ve 3 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyut defansif tıp uygulamalarının hastayı memnun edeceği, hastanın hekime güvenini pekiştireceğini ve yapılan ekstra uygulamalar neticesinde gözden kaçması muhtemel birtakım hastalıkların (hastanın şikâyeti dışında) erken teşhisine yardımcı olabileceğini bu yolla defansif tıp uygulamalarının hasta için olumlu sonuçlarının olabileceğini ifade etmektedir.

Ölçeğin son boyutunu ise “Hekimlere Fayda Sağlar” boyutu oluşturmaktadır. Bu boyutun açıklayıcılığı %7,74’tür ve iki ifadeden oluşmaktadır. Ölçek soruları defansif tıp uygulamalarının hekimin karşılaşacağı olası riskleri azaltacağını ve hekimi hukuki açıdan koruyacağını ifade etmektedir.

Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %63,73’dür ve ölçek boyutlarının özdeğerleri 1,19 ile 7,63 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçek ifadelerinin faktör yükleri dikkate alındığında faktör yüklerinin 0,519 ile 0,889 arasında değiştiği görülmektedir. Tüm bu değerler ölçeğin kullanılabilir olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2014).

Tablo 5: Defansif Tıbbın Sonuçlarına İlişkin Hekim Algıları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	0,881
Bartlett's Test of Sphericity	
Approx. Chi-Square	10808,12
df	253
Sig.	0,000
	F1 F2 F3 F4 F5
Açıklanan Varyans	16,06 15,33 13,55 11,07 7,74
Öz Değer	7,63 2,61 1,82 1,41 1,19
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	
Hekimlerin iş yoğunluğunu arttırır	0,783
Hekimler için iş stresi oluşturur	0,772
Hekimler için zaman kaybına neden olur	0,767
Hekimlerin klinik verimliliğini azaltır	0,660
Hekimlerin hastanın tedavisine odaklanmasını zorlaştırır	0,617
Hekimlerin hata yapma riskini arttırır	0,598
Hekimlerin mesleki gelişimini olumsuz etkiler	0,519
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	
Sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltır	0,825
Sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır	0,811
Sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkiler	0,783
Ülkenin sağlık harcamalarını arttırır	0,608
Hasta bekleme sürelerini uzatır	0,587
Hastalar İçin Zararlıdır	
Hastalarda strese neden olur	0,712
Hastalara zarar verebilir	0,688
Hastaların tedavi süresini uzatır	0,625
Tedavinin gecikmesine neden olur	0,621
Hastalara gereksiz maliyetler yükler	0,600
Hastaların hekime ulaşmasını zorlaştırır	0,592
Hastalara Fayda Sağlar	
Hastaların memnuniyetini arttırır	0,851
Hastaların hekime güvenini arttırır	0,845
Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur	0,676
Hekimlere Fayda Sağlar	
Hekimlerin karşılaşacağı olası tıbbi riskleri azaltır	0,889
Hekimleri hukuki açıdan korur	0,857

Tablo 6'da sık kullanılan doğrulayıcı faktör analizi uyum ölçütleri ile araştırma kapsamında geliştirilen ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde uyum

ölçütlerinin karşılaştırması yer almaktadır. Tabloda görüldüğü uyum ölçütlerinin karşılaştırması yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üre her üç ölçeğin uyum ölçütleri genel olarak mükemmel uyum seviyesindedir. Bu sonuçlar ölçeklerin kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 6: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

Ölçütler	İyi Uyum	Mükemmel Uyum	Uygulamalar	Öncüller	Sonuçlar
Ki-kare (CMIN)			77,697	860,327	548,045
DF			28	312	185
CMIN/DF	$X^2/DF \leq 3$		2,775	2,757	2,962
NFI	$0,90 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI$	0,979	0,924	0,940
TLI (NNFI)	$0,90 \leq NNFI < 0,95$	$0,95 \leq NNFI$	0,979	0,939	0,944
IFI	$0,90 \leq IFI < 0,95$	$0,95 \leq IFI$	0,987	0,950	0,959
CFI	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI$	0,987	0,950	0,959
RMSEA	$0,05 < RMSEA < 0,08$	$RMSEA \leq 0,05$	0,046	0,046	0,049
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI$	0,981	0,932	0,944
RMR	$0,05 \leq RMR \leq 0,08$	$RMR < 0,05$	0,030	0,048	0,046

Kaynak: Karagöz, 2017:462-465

Doğrulamalı faktör analizi sonucu elde edilen ölçek ifadelerine faktör yükleri tablo 7’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde görüleceği üzere defansif tıp uygulamaları ölçeği ifadelerinin faktör yükleri 0,565 ile 0,828; defansif tıp uygulamaları ölçeğinin ifadelerinin faktör yükleri 0,409 ile 0,903 ve

Defansif tıbbın sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeğinin faktör yükleri 0,441 ile 0,924 arasında değişmektedir. Bu değerler sosyal bilimler için kabul edilebilir değerlerdir. Bu ölçüt bakımında da her üç ölçeğin kullanılabilir olduğu görülmektedir. Sonuç olarak defansif tıp uygulamaları ölçeği, defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeği ve defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeğinin keşfedici ve doğrulamalı faktör analizi sonuçları ölçeklerin kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 7: Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Ölçeklerin İfadelerinin Faktör Yükleri

Defansif Tıp Uygulamaları			Defansif Tıbbın Öncülleri			Defansif Tıbbın Sonuçları		
DTU1	<-- Pztf1	,694	DTO17	<-- F1	,656	DTSD1	<-- DTHF	,755
DTU2	<-- Pztf1	,712	DTO23	<-- F1	,589	DTSD2	<-- DTHF	,873
DTU3	<-- Pztf1	,799	DTO24	<-- F1	,863	DTSD3	<-- DTHZ	,639
DTU4	<-- Pztf1	,721	DTO25	<-- F1	,845	DTSD4	<-- DTHZ	,680
DTU6	<-- Pztf1	,598	DTO26	<-- F1	,812	DTSD5	<-- DTHZ	,616
DTU12	<-- Pztf1	,605	DTO27	<-- F1	,664	DTSD6	<-- DTHZ	,490
DTU9	<-- Ngtf1	,770	DTO1	<-- F2	,559	DTSD7	<-- DTHZ	,441
DTU10	<-- Ngtf1	,828	DTO3	<-- F2	,522	DTSD8	<-- DTHZ	,468
DTU11	<-- Ngtf1	,736	DTO4	<-- F2	,787	DTSD9	<-- DTHZ	,801
DTU13	<-- Ngtf1	,565	DTO6	<-- F2	,816	DTSH1	<-- DTHSTF	,535
			DTO7	<-- F2	,818	DTSH2	<-- DTHSTF	,796
			DTO28	<-- F3	,790	DTSH3	<-- DTHSTF	,884
			DTO29	<-- F3	,806	DTSH4	<-- DTHSTZ	,631
			DTO30	<-- F3	,624	DTSH5	<-- DTHSTZ	,452
			DTO32	<-- F3	,474	DTSH6	<-- DTHSTZ	,672
			DTO14	<-- F4	,592	DTSH7	<-- DTHSTZ	,481
			DTO15	<-- F4	,638	DTSH8	<-- DTHSTZ	,717
			DTO16	<-- F4	,555	DTSH9	<-- DTHSTZ	,763
			DTO18	<-- F4	,749	DTSS1	<-- DTSSZ	,772
			DTO12	<-- F5	,846	DTSS2	<-- DTSSZ	,924
			DTO13	<-- F5	,903	DTSS3	<-- DTSSZ	,815
			DTO9	<-- F6	,881	DTSS4	<-- DTSSZ	,600
			DTO10	<-- F6	,887	DTSS5	<-- DTSSZ	,632
			DTO11	<-- F6	,937			
			DTO2	<-- F7	,469			
			DTO19	<-- F7	,788			
			DTO20	<-- F7	,409			
			DTO21	<-- F1	,486			

Çalışmanın keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri farklı veri setleri kullanılarak yapıldığından güvenilirlik analizleri de aynı şekilde yapılacaktır. Bu kapsamda keşfedici faktör analizinin yapıldığı veri setinin, doğrulayıcı faktör analizinin yapıldığı veri setinin ve tüm veri setinin güvenilirlik analizleri ayrı ayrı yapılmış olup elde edilen sonuçlar Tablo 8’de görülmektedir.

Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere defansif tıp uygulamaları ölçeğinin ve alt boyutlarının Cronbach’s Alpha katsayısı her üç veri seti içinde oldukça iyi değerler almıştır. Yine hem defansif tıp uygulamaları ölçeğinin hem de alt boyutlarının farklı veri setleri ile gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonuçları birbirine yakın çıkmıştır. Bu sonuçlar defansif tıp uygulamaları ölçeğinin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeğinin ve ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde Hasta odaklı davranma çabası boyutu dışında diğer boyutların ve tüm ölçeğin güvenilirlik değerlerinin 0,70'in üstünde olduğu görülmektedir. Buna göre ölçeğin genel olarak güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca tüm ölçek ve ölçeğin alt boyutları için her üç veri setinden elde edilen değerlerin birbirleri ile oldukça yakın olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeğinin de güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu ispatlamaktadır.

Defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeğinin her üç veri seti için ayrı ayrı hesaplanmış güvenilirlik katsayıları tablo 8'de görülmektedir. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları oldukça yüksektir. Her üç veri setinden elde edilen değerlerin birbirleri ile benzer olduğu da göz önüne alındığında ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyinde olduğu söylenebilir.

Tablo 8: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Boyutlar	Keşfedici Faktör Analizi Veri Seti	Doğrulayıcı Faktör Analizi Veri Seti	Toplu
Defansif Tıp Uygulamaları	0,893	0,889	0,827
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	0,865	0,857	0,861
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	0,825	0,814	0,775
Defansif Tıp Uygulamaları Öncülleri	0,916	0,916	0,916
Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı	0,879	0,879	0,880
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	0,807	0,781	0,796
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	0,788	0,763	0,776
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	0,757	0,743	0,751
Şiddet Görme Kaygısı	0,855	0,840	0,848
Alınan Tıp Eğitimi	0,916	0,873	0,895
Hasta Odaklı Davranma Çabası	0,601	0,610	0,606
Defansif Tıbbın Sonuçlarına İlişkin Hekim Algıları	0,856	0,852	0,854
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	0,787	0,797	0,792
Sağlık Sistemini Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	0,855	0,835	0,846
Hastalar İçin Zararlıdır	0,800	0,777	0,789
Hastalara Fayda Sağlar	0,805	0,811	0,808
Hekimlere Fayda Sağlar	0,877	0,871	0,874

BÖLÜM 3. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sorusunu cevaplamak amacıyla gerçekleştirilen nitel araştırmanın ve araştırma modellerini test etmek amacıyla gerçekleştirilen nicel araştırmanın analiz bulguları sunulmuştur.

3.1. Nitel Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu aşamasında araştırma sorusu olan “Hekimlerin defansif tıp uygulaması, öncülleri ve sonuçları ile ilgili deneyimleri nelerdir?” sorusunu yanıtlamak için yapılan derinlemesine mülakatlardan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır.

3.1.1. Defansif Tıbbın Tanımı

Mülakatlar esnasında hekimlerden defansif tıbbi tanımlamaları¹⁴ istenmiştir. Hekimlerin yapmış oldukları tanımlar NVIVO programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

Hekimlerin yapmış oldukları tanımlardan bazıları şu şekildedir;

-GGS: “Defansif tıp kavramı şöyle; bu insan doğasında olan insanın kendini koruma içgüdüleriyle oluşan bir kavram. Bir hasta size geldiğinde hasta ve hasta yakınları tarafından ciddi manada baskıcı hatta şiddete yakın bir tavırla karşılaştığınızda, rahatsız edici boyutta bir tepki ile karşılaştığınızda veya hastada olası riskler çok fazla olduğunda bu hastaya yaklaşım konusunda doktor kendini korumaya imtina ediyor. Çok fazla kendini zora sokacak iş ve işlemleri bu hastaya yapmaktan çekiniyor.”

-GC1: “Bana defansif tıp direk kaçınmacı geliyor. İş yapmamak, hastayla mümkün olduğu kadar az kontak, en az temas, en az invazif girişim, mümkün olduğu kadar hatayı ellememek, ellenecekse de yönlendirmek. defansif tıptan.”

-ONK: “Yani hata yapmaktan korkup doktor olarak irade koyamamaktır. Mesleki açıdan daha korumacı yaklaşmak gibi geliyor. Bunun içine her şey girer; gereksiz tetkik, gereksiz konsültasyon vs.”

¹⁴ Daha önce belirtildiği üzere mülakatlara başlamadan önce hekimlere araştırmanın konusu aktarılmamıştır. Kendileri defansif tıp kavramını kullandıklarında kavramı tanımlamaları istenmiştir. Katılımcılardan 19’u tanımları kendisi kullanırken 2’si tanıma hiç değinmemiştir. Dolayısıyla sadece 2 katılımcıya araştırmanın konusu tarafımızdan aktarılmış ve deneyimlerini aktarmaları istenmiştir.

Hekimlerin yaptıkları defansif tıp tanımlarında kullandıkları kelimeler Şekil 3’de görülmektedir. Çalışmada alan yazından faydalanılarak oluşturulan defansif tıp tanımı birbiri ile karşılaştırılacak olursa, tanımlamaların büyük oranda benzerlik gösterdiği söylenebilir. Defansif tıp tanımında öne çıkan kelimeler “korumak”, “riskli”, “gereksiz”, “malpraktis”, “şiddet”, “yapmamak”, “tetkik”, “dava” ve “ameliyat” kelimeleridir. Korumak kelimesi hekimlerin mülakatlarında “kendini korumak, kendilerini korumak, hekimi korumak, hukuki zararlardan korumak, hastayı da korumak” şeklinde geçmektedir. Risk kelimesi ise “riske girmemek, riskli hastalardan kaçınmak, aşırı riskli, riskli olduğu için yapılmıyor, riskli vakaları yönlendirmek” şeklinde cümle içinde kullanılmıştır. “Gereksiz”, “tetkik” ve “konsültasyon” kelimelerinden hekimler “gereksiz tetkik, gereksiz konsültasyon ve gereksiz davalar” olarak bahsedilmektedir. Malpraktis kelimesini kullanan hekimler ise “malpraktis davalarından çekinme, o kadar çok malpraktis davası var ki” gibi cümlelerde kullanmışlardır. Hekimler şiddet kelimesini “şiddete yakın tavırlar, bana şiddet uygulayacaklar, şiddete varan yüklenme” gibi cümleler ile ifade etmişlerdir. Yapmamak kelimesinden bahseden hekimler kelimeyi “yapabileceği şeyi yapmamak, iş yapmamak, risklerden bitaraf olmak için yapmamak” şeklinde kullanmışlardır. Hekimler dava kelimesini “dava ediyor, dava etmesin diye ve dava açıyor” şeklinde kullanarak kaygılarını dile getirirken kullanmışlardır.

Hekimlerin yapmış oldukları defansif tıp tanımları ve çalışmanın birinci bölümünde alan yazından yararlanılarak yapılan geniş kapsamlı defansif tıp tanımı birlikte değerlendirildiğinde defansif tıbbın tanımının şu şekilde yeniden yapılması mümkündür; “hekimlerin önemli bulguları gözden kaçırma korkusu, hatasız olma isteği, hasta ve/veya ailelerinden gelecek muhtemel şikâyetleri engelleme arzusu, şiddet görme korkusu ve malpraktis davasına karışma korkusu ile ekstra test ve tetkikler isteme, gereksiz prosedürleri takip etme, ekstra konsültasyonlar isteme, hastayı gereğinden fazla hastanede yatırma ya da riskli hastalardan ve riskli tanı tedavi yöntemlerinden kaçınma gibi tutum ve davranışlarıdır”.

Hekimlerin pozitif defansif tıp tanımlamalarından birkaçını şu şekilde sıralamak mümkündür;

-KD2: *“Pozitif defansif tıpta benim anladığım kadarıyla şöyle; hastadan aşırı şeyler isteniyor. Aman şunu da yapalım bunu da yapalım şundan da eksik kalmayalım aman sen git de bide aslında gerek yok ama peritanatolog görsün vs.”*

-AT1: *“Pozitif defansif tıpta; ilgili dal üzerinden bakarsak, atıyorum apandisit vardır hastanın genel cerrah bunu görmüştür. Apandisit ameliyatı olacaktır tanısı konmuştur ama bir göğüs hastalıkları da görsün bir kadın doğumda görsün ekstra tahlil ekstra konsültasyonlar varsa pozitif diye algılıyorum.”*

-İCH: *“Hekimin hastayı alıp yatırıp biraz daha uzun tutup konsültasyon istemesi savunmacı kavramı ifade ediyor.”*

Hekimlerin pozitif defansif tıp nedir sorusuna vermiş oldukları cevaplar ile oluşturulan kelime frekansı Şekil 4’te görülmektedir. Buna göre Hekimlerin pozitif defansif kavramını açıklarken en sık kullandıkları kelimeler “ekstra/ ilave/ ekstradan”, “ayrıntılı”, “aşırı”, “tetkik/tahlil”, “konsültasyon”, “onam”, “imza”, “kayıt”, “savunmacı”, “eksik”, “yatırıp”, “menfaatine/yararına” olmuştur. Katılımcıların pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamında en çok söz ettikleri uygulamalar “tetkik/tahlil”, “konsültasyon”, “onam”, “imza alma”, “kayıt tutma”, “hastaneye yatırma” gibi uygulamalardan oluşmaktadır. Hekimler “ekstra/ilave/ekstradan” kelimelerini defansif tıp uygulamaları ile “ekstra konsültasyon, ekstra tahlil, ilave tetkikler, ekstra istenen her şey” şeklinde kullanırken “aşırı” kelimesini de benzer olarak “aşırı tetkik isteme” şeklinde kullanmıştır. Katılımcılar “ayrıntılı” kelimesini “ayrıntılı onam, ayrıntılı inceleme” şeklinde telaffuz ederken “menfaatine/yararına” kelimesini “doktorun/hastanın yararına” şeklinde telaffuz etmişlerdir. “Savunmacı” kelimesini ise pozitif defansif tıbbın yerine kullanan hekimler olmuştur.

Hekimlerin yaptıkları tanımlar ve kullanılan kelimeler göz önüne alınarak pozitif defansif tıbbın tanımı şu şekilde yapılabilir; “Hekimin kendi yararını ve hasta yararını göz önünde bulundurarak, yasal olarak savunmasını güçlendirmek amacıyla ekstra tetkik ve ekstra konsültasyon istemesi, hastayı hastaneye yatırması, hastadan imzalı onamlar alması gibi aşırı hizmet sunumunu kapsayan uygulamalardır.”

negatif defansif tıp tanımı yapılırken hekimlerin en çok üzerinde durduğu kelimeler “kaçınma/kaçınmak”, “risk”, “çekinmek”, “yönlendirmek” ve “yapmamak” olmuştur.

Hekimlerin negatif defansif tıp kapsamında en çok söz ettikleri uygulamalar “kaçınmak”, “yapmamak”, “yönlendirmek” gibi uygulamalar olmuştur. Bu uygulamaların tamamı hastaya müdahale etmek yerine yasal sınırlar çerçevesinde mümkün olduğunca hasta bakmamayı ve sorumluluk almamayı içermektedir. Bununla birlikte “risk” kelimesi hekimler tarafından oldukça sık kullanılmıştır, dolayısıyla negatif defansif tıp uygulamalarının temelinin risk algısına dayandığını söylemek mümkündür.

Hekimlerin yaptıkları tanımlar ve bu tanımlarda sıklıkla kullandıkları kelimeler göz önüne alınarak negatif defansif tıp; “Hekimin daha az inisiyatif olarak tıbbi müdahaleden ve/veya hastayı sevk ederek olası hukuki ve tıbbi risklerden kaçınma çabasıdır.”



Şekil 5: Negatif Defansif Tıp Tanımı

3.1.3. Defansif Tıp Uygulamaları

Bu boyutta hekimlere “hekimler hangi uygulamaları defansif tıp kapsamında yapıyorlar?” sorusu sorulmuştur. Hekimlerin vermiş oldukları cevaplar ve alan yazında yer alan bilgiler doğrultusunda 2 ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlardan birisi pozitif defansif tıp, diğeri ise negatif defansif tıptır. Bu temaların altında yer alan toplam 10 tane kod bulunmaktadır.

3.1.3.1. Tema 1: Pozitif Defansif Tıp (Garantici Davranış)

Pozitif defansif tıp hekimlerin teşhis ve tedavi süreçlerinde kendilerini garantiye almaya yönelik yapmış oldukları uygulamaları ifade etmektedir. Bu uygulamalar görüntüleme, hasta ile daha açık iletişim kurma, hastadan onam alma, hastaneye yatırma, ilaç reçete etme, invazif işlemler, konsültasyon, tetkik, daha detaylı hasta kaydı tutmak ve ekstra ilaç reçete etme kodlarından oluşmaktadır. Hekimler bütün bu uygulamaları tıbbi ve yasal olarak gerekli olandan daha fazlasını yaptıkları için defansif tıp kapsamında değerlendirilmiştir.

3.1.3.1.1. Görüntüleme

Defansif tıp uygulamalarından tıbbi gereklilik dışı görüntüleme isteme uygulaması; hekimlerin kendilerini garantiye almak, istememiş olmamak, bir şeyleri atlamamak için görüntüleme yöntemlerini kullanmasını içermektedir. Defansif tıp kapsamında ekstra görüntüleme istendiğini belirten 16 hekim (%76) 35 kere bu uygulamadan bahsetmiştir. Türkiye’de defansif tıp kapsamında sıklıkla görüntüleme yöntemlerine başvurulduğunu hekimler şu sözlerle ifade etmişlerdir;

-GOZ: *“Garantici olmak adına fazla görüntüleme istemek olabilir.”*

-GC1: *“Türkiye bugün MR’da dünya birincisi. Bu birincilik tamamen defansif tıpla alakalı. Muayenehanede gözümden bir şey kaçmasın bir de şunu isteyim, bir de bunu isteyim diyorsunuz.”*

-ORT: *“Ekstra görüntüleme, tetkik isteniyor. Hekimlerin içinde de sıkıntılı olan arkadaşlar var. En güzel, hekimlikte bir başkasına kötülük atmaktır. Adam diyor ki; bunu niye istememişler, şunu niye istememişler. Hekimlerde diyor ki tamam o zaman, röntgen olsun MR olsun tomografi olsun kanlar olsun bir de sintigrafi olsun, her şey olsun, ama sonuç yok. Ortopedi için söylüyorum hastaların %70’i ellerinde bir deste kâğıtla geziyorlar. Ama sonuç yok. Muayene olmuyorlar, bakılıyorlar sadece.”*

3.1.3.1.2. Hasta ile Daha Açık İletişim Kurma ve Onam Alma:

Hekimlerin değındığı defansif tıp uygulamalarından biri de hasta ile daha açık iletişim kurma çabası ve yapılacak işlemlerde onam almadır. Buna göre hekimler olumsuzlukları azaltabilmek adına hastayla olağandan daha açık, daha güçlü bir iletişim kurmaya

çalışmaktadırlar. Bununla birlikte yasal olarak ellerini güçlendirmek için yapılacak tüm işlemlerde alınan onamlara çok özen göstermektedirler. Defansif tıp kapsamında hasta ile daha açık iletişim kurmaya ve onam almaya öze gösterdiğini ifade eden 8 hekim 16 kere bu uygulamadan bahsetmiştir. Bu hekimlerin ifadelerinden bazıları aşağıdaki gibidir;

-ANS: “Yüksek riskli deyip hastaya açıklayıp hastayı vaka da kendi rızası ile neden kalamayacağı ya da ameliyatın neden olamayacağını, kar-zarar hesabı yaparak ameliyat olmasının mı olmamasının mı daha anlamlı olacağını anlatıyoruz ve sevk ediyoruz.”.

-CLD: “Bizde özellikle hastalarda mesela bazı küçük girişimsel işlemlerimiz oluyor. Bu gibi şeylerde hastadan onam almadan hiçbir şey yapmıyoruz. Kesinlikle yazılı birkaç defa okudum anladım bana anlatıldı anladım vurgulaya vurgulaya hastanın imzasını alıyoruz. Bunun dışında genelde bizim branşımızda onama yönelik şeyler oluyor.”.

-GGS: “Duyduğum kaygıları azaltmak için yaptığım hekimlik uygulaması hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim. Hasta yakınlarıyla çok iyi bir iletişim köprüsü kurmak gerekiyor. Eğer hasta yakınlarıyla iyi iletişim kurmazsanız yaptığımız doğru işlem de bile hasta ve hasta yakınları sizi suçlayabiliyor. Hasta yakınlarıyla iletişiminiz zayıf olursa iletişime yeterli zaman ayırmazsanız çok doğru işlemler bile yapsanız, çok ameliyat dahi yapsanız, çok başarılı tedaviler bile yapsanız, hastanın başında 7/24 nöbette tutsanız, hasta yakını sizi şikâyet edebiliyor. Yanlış yaptığınızı iddia edebiliyor mahkemeye verebiliyor. Bu noktada meslek hayatımda gördüğüm tek fark ettirici unsur hasta ve hasta yakınlarıyla konuşmak.”.

-KD1: “Hastaya bunu öneriyoruz hasta bunu yaptırabilir yaptırmaya da bilir, hastaya kalmış bir şey. Eğer yaptırmak istemezse ben bunu yaptırmak istemiyorum diye imza alıyoruz. Çünkü bunun hukuki boyutu da var. İlerde avukatlar bu tarz ailelere hasta yakınlarına ulaşıyorlar, daha sonra razı olan imza atan bir kişi şikâyetçi olabiliyor. Bu tarz sıkıntıları önlemek için önerilen bir şey. Biz de öneri doğrultusunda imzaları alıyoruz.”.

3.1.3.1.3. Hastaneye Yatırma

Hekimler kendilerini riske atmamak için yaptıkları uygulamalardan birisini de hastayı hastaneye yatırmak olarak tanımlamışlardır. Tıbbi gereklilik dışında hasta yatışına başvurulabildiğini belirten 7 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin görüşleri şöyledir;

-AT1: “Acil serviste hasta 12-13 saat bekliyor. Tutuyorum hastayı o riski göze almıyorum, taburcu etmiyorum. Hastanın canı sıkılıyor kendi imzasını verip o şekilde çıkıyor. Bu ne yapıyor? Acil servisin yoğunluğunu arttırıyor. Kimsenin almadığı sorumluluğu bende almam.”

-CSH: “Ekstra yatışlar da olabiliyor. Hasta geldi bir şeyler var, ama muayene ediyorsun bir şey çıkmıyor. Hasta en azından bir gece kalsın diyorsun mesela. Hastanede yatsın.”

-GC2: “Hastayı gereksiz yatıran olur muhakkak. Kaygıyla hareket edip bunu yapabilir insanlar. Normal hekimlik işleyişinin çok da dışına çıkmak; bu manada doğru değil.”

3.1.3.1.4. İnvazif İşlemler

Hekimlerin risk almamak adına yaptıkları uygulamalardan birisi de invazif işlemlerdir. Bu koda ilişkin görüş bildiren bir hekim (ONK) bulunmaktadır. Bu hekim görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir; “Hastanın her yeri metastatiktir. Pet CT’de metastatik olduğunu görürsün, tümörü de bellidir. Buna tedavi başlaman gerekir; ama ona rağmen hala biyopsi isteyebilirsin. Gereksiz girişimsel işlem.”

3.1.3.1.5. Konsültasyon

Hekimlerin defansif tıp kapsamında başvurulduğunu ifade ettikleri bu koda göre hekimler, risk almamak veya riski diğer hekimlerle paylaşmak adına ekstra konsültasyonlar isteyebilmektedirler. Bu koda değinen 16 hekim (%71) 34 kere bu koddan bahsetmiştir.

-KD11: “Mesela diyelim ki buraya bir tane hastayı yatırdık. Bebeğin kalp atımları gözüküyor. Biz görüyoruz zaten kalbin atıp atmadığını, ama ne yapıyoruz? Arkadaşımızı çağırıyoruz, bir de sen bak diyoruz veya bir de radyolog görürsün diyoruz. Yani hasta emin olsun ikna olsun. Elinde bir rapor olsun.”.

-RSH: “Mesela ben erişkin psikiyatri uzmanıyım. Bizim eğitimizde dört ay nöroloji rotasyonu, dört ay çocuk psikiyatri rotasyonu var. Yani bu şu anlama geliyor, çocuk psikiyatristin olmadığı yerlerde uygun görürsek kendimizce çocuk psikiyatri hastalarını ya da nöroloji hastalarını elimizden geldiği kadarıyla düzenleyebilmek demek. Bu il içerisinde çocuk psikiyatri hekimi var, dört tane. Bizim hastanemizde çocuk psikiyatri hastaları alıyor. Aslında o ayrı bir branş; ilk başta bazen kendi karar verebildiğim

vakaları veriyordum. Ama artık mevzuat bizim sigortamızda 18 yaş altını karşılamadığı için bundan dolayı tanısından eminde olsam çocuk psikiyatri uzman görüşü istiyorum. Çünkü belki onlar farklı bir görüş öngörecektir.”

NOR: “Konsültasyonda şöyle, bir şey çıkar, belki falan diye mesela bu daha çok asistanlıkta daha çok istenir normalde. En ufak bir kesik kalmasın veya sonradan bana bir eksik çıkarsa hocamdan bir fırça yemeyim diye. Şimdi ise normalde poliklinik takibiyle bakılması gereken şeyler. Benim konsültasyona gittiğim hastaların %60-70'i poliklinik takibi gereken semptomlar; ama arkadaşlar bir şey olmasın nöroloji konsültasyonu bir nöroloji görsün diye konsültasyon çok rahat isteniyor.”

3.1.3.1.6. Tetkik İsteme

Defansif tıp kapsamında hekimlerin en çok değindiği iki konudan bir diğeri tıbbi gereklilik dışında tetkik istemidir. Bu koda 19 hekim (%90) değinirken tam 50 kere bu kod ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hekimlerin çok büyük kısmının özellikle üzerinde durduğu bu kod; hekimlerin birtakım kaygılar ile (bir şeyleri atlama, hata yapma, şikâyet edilme, delil toplama vb.) tıbbi olarak gerekli görmeseler dahi tetkik isteminde bulduklarını göstermektedir. Bu doğrultuda görüş bildiren hekimlerin ifadeleri şöyledir;

-RSH: “Şu var mesela; bizim bazı ilaçlarımız karaciğerden atılıyor, bazı ilaçlarımız böbrekten atılıyor. Aspirinde dâhil her ilaç belli bir şekilde karaciğer enzimini yükseltebilir. Bizim yeni çıkan ilaçlarımızdan bir tane firma oda kendini korumak anlamında tüm hekimlere çalışırken veya prospektüslere karaciğer enzimlerini ilaç başlamadan çalışılması öneriliyor. Aslında bu ilacın diğer ilaçlardan farkı yok, karaciğer enzimini arttırmak için. Ama ilaç firması kendini korumak adına böyle bir şey yapınca bu ilacı başlamadan; mesela karaciğer enzimlerini istiyoruz. Belli bir şekilde hasta bu ilacı kullandığı zaman karaciğer enzimleri artarsa bu sefer firma ben bu uyarıyı yapmıştım gibi bir şey sunarsa önümüze diye bu karaciğer enzimlere ilaç başlamadan önce isteme gereği duyuyoruz.”

-İCH: “Birtakım bulguları gözden kaçırmak kaygısıyla ekstra tetkik veya görüntüleme isterim. Örneğin hastanın bir atipik bir göğüs ağrısı tarif eder. Onun kalple bir alakası yoktur, biliriz. Genç bir hasta aslında o kalp krizi geçirmez diye düşünüyoruz ama yine de ondan EKG isterim.”

- KBB: “Hastalardan daha çok tetkik daha çok tahlil istiyorum. Aman şu eksik kalmasın aman bunu unutmayalım başım ağrımın gibisinden durumlara yol açıyor.”

-GC1: “Benim bir kaybım yok ki. Ama istememekten dolayı bu benim önüme gelebiliyor. Ben de mesela takip açısından tetkik sayımı beş sene önceye göre arttırdım.”.

3.1.3.1.7. Daha Detaylı Hasta Kaydı Tutma

Defansif tıp kapsamında tuttıkları hasta kayıtlarına daha fazla önem verdiğini ifade eden 7 hekim bulunmaktadır. Bu hekimler olası şikâyet süreçlerinde kendilerini koruyabilmek adına yaptıkları işlemleri detaylı olarak kayıt altına aldıklarını ifade ederken bu 7 hekimin tamamı standart hasta kaydı tuttuğunu 3’ü ise standart kayıtlara ek olarak şahsi kayıtlar tuttuğunu belirtmiştir. Hekimlerin konuyla ilgili ifadeleri şöyledir;

-CLD: “Atıyorum, hastaya bir şey önermişsindir, kabul etmemiştir. Bunu mesela sisteme yazıyoruz. Her şeyi sisteme yazmaya çalışıyoruz. Hastayı belki bir yere yönlendirdim, hasta gitti gitmedi bilmiyorum ama ilerde bu benim başıma sorun olur mu olmaz mı? Mesela diğer branşları ilgilendiren bir şey gördüm tetkiklerde bunları tek tek not alıyorum. Hastaya şuraya gitmesi söylendi gibisinden.”.

-İCH: “Mesela eskiden hekimler birbirine danışıyor, konsültasyon açmadan şimdi ise herkes not istiyor, kendini korumak istiyor, resmi olarak kayıt tutulsun istiyor.”.

-RSH: “Dosyaları daha iyi doldurma olabilir. Notları daha iyi tutma olabilir.”.

Bunlara ek olarak kendisi için kayıtları sakladığını ifade eden bir hekim (Acil 2); “Bazen riskli durumlarda bilgisayar kayıt fotoğrafı falan alıp saklayabiliyorum.” derken bir diğer hekim (-İCH); “Ben de kendim için kayıt tutuyorum. Hastalara epikriz yazıyoruz. Ben her muayene ettiğim hasta için sayfasını tek tek dolduruyorum. Kullandığı ilaçlarından tutun, ben ne düşünmüşüm ne vermişim, bir dahaki kontrolde niçin çağırmışım, onların hepsini not tutuyorum.” diyerek kendisi için özel notlar tuttuğunu belirtmiştir.

3.1.3.1.8. İlaç Reçete Etme:

Defansif tıp kapsamında hekimlerin çok azının (2 hekim) değindiği bu koda göre hekimler bazı durumlarda gerekli görmeseler dahi ekstra ilaç reçete edilebildiğini ifade etmişlerdir. Bu koda değinen 2 hekimden biri (GOZ); “Gereklilik dışında ilaç adedimi

arttırmam; ancak yapanlar var mı dersiniz çok fazla var.” diyerek meslektaşları arasında yaygın olduğuna dikkat çekerken; bir diğer hekim (CSH); *“Mümkün olduğu kadar yapmamaya çalışıyorum. Çünkü belli bir şeyimiz var. Ancak arada kaldık, mesela ateş var, yoğunlukla antibiyotik yazabiliyoruz.”* diyerek bazı durumlarda bu uygulamaya başvurduğunu ifade etmiştir.

3.1.3.2. Tema 2: Negatif Defansif Tıp (Kaçınma Davranışı)

Defansif tıp uygulamalarının bir diğer türü ise negatif defansif tıp uygulamalarıdır. Negatif defansif tıp uygulamalarında hekimler risk almamak için hastalardan uzak durmaya çalışmaktadırlar. Negatif defansif tıp uygulaması üç koddan oluşmaktadır. Bunlar kaçınma, daha az insiyatif alma ve sevk etmedir.

3.1.3.2.1. Kaçınma

Kaçınma kodu kapsamında hekimler daha az hasta muayene/tedavi ederek daha az risk alacaklarını düşünmektedirler. Hastadan kaçınma uygulaması iki alt koddan oluşmaktadır. Bunlardan biri hekimlerin daha az insiyatif alması, diğeri ise hastayı sevk etmesidir. Defansif tıp uygulamaları kapsamında hastadan kaçınma konusuna değinen 12 hekim (%57) bulunmaktadır. Bu hekimler kaçınma uygulamasından 36 kere bahsetmişlerdir. Hekimlerin ifadelerinden bazıları şöyledir:

-GC1: *“Yakın zamanda gerçekleşmiş bir olaydan örnek vereyim. Kâğıt üzerinde hekim haklı. 14 yaşında bir hasta akut apandisit tanısı konuluyor. Hekim diyor ki bu çocuk cerrahisini ilgilendiren bir şeydir. Mevzuat 18 yaş altı çocuk cerrahisi diyor. Öyle ama biz cerrahız, 18 değil 6 yaşındakini bile ameliyat edersin. Hiç problem yok. Doğru, hiç problem olmadığı sürece hiçbir sıkıntı yok. Dönüp kimse size teşekkürde etmez, işler yolunda giderse bir şey de demez. Sıkıntı çıkarsa “senin işin değildi bu niye yaptın?” derler. Hekimde ben bunu yapmam demiş. İlde çocuk cerrahı var mı? Yok. O çocuk Düzce’de ameliyat oldu. Defansif tıbbın en belirgin örneğinden birisi budur.”*

-GC2: *“Özellikle cerrahi branşlarda insanlar o kadar çok ceza davasıyla uğraşır duruma geliyor ki pes ediyor. Ben bu işi yapmak istemiyorum artık diyor. Bırakmayı düşünen çok hekim vardır, ama faaliyete geçiren daha azdır. Özel sektöre geçeyim ya idari pozisyona geçeyim, aile hekimliği yapayım ya da hasta görmeyeceğim branşlara geçeyim mesela*

patoloji, biyokimya vs. geçeyim daha rahat edeyim diyen bunu en azından düşünce bazında tutan birçok hekim var.”.

-URO: “Defansif tıbbi kendini koruyacaksa hepimiz ben bile yapmıyorum diyorum ama uygunsuz davranan hastaya bakmak istemiyorum. Çünkü tek değilim vazgeçilmez de değilim gitsin başkasına.”.

3.1.3.2.2. Daha Az İnisiyatif Alma

Negatif defansif tıbbın üç alt kodundan biri olan, hekimlerin risk almaktan kaçındıklarını bu nedenle daha az sorumluluk aldıklarını ifade eden bu koda 10 hekim 16 defa değinmiştir. Bu alt koda değinen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir;

-GOZ: “İhtisasa başladığımda 2007 yılında hiç böyle bir ortam yoktu. Ben kendim asistanken bile kıdemli olduğumda yanımda çömezler varken hiç böyle kaygılar duymazdık, gerekli riskleri alırdık, inisiyatif kullanırdık ama şimdi artık bunlar yapılmıyor.”.

-GC1: “Burası 250 yataklı bir devlet hastanesi. 5 tane genel cerrahız. Bizim yılda yaptığımız onkolojik cerrahi sayısı 5-10’dur. Acilde karşılaşırsak yaparız. Elektif normal şartlarda hazırlanarak poliklinikten gelen hastaya kesinlikle hiçbir arkadaşım bulaşmaz. Neden? Çünkü o hastanın getireceği risk ve sorumluluk karşısında onun kendisine getireceği hiçbir şey yok. Bir sıkıntıyla karşılaştığı zamanda başına gelebileceklerin emsalleri var. Niye yapayım ben diyor?”.

-ORT: “Bir şehir düşünün bir milyon üç yüz bin nüfuslu bir tıp fakültesi var. Fakat tıp fakültesinde tümör ameliyatı yapan yok, el cerrahisi yapan adam yok. Bugün yanlışlıkla evde bir şeyler doğrarken tendonu koparmış olsan fellik fellik bunu yapacak adam ararsın. Şehirde bunu yapacak bir tane plastik cerrah var O da devlet hastanesinde, tıp fakültesinin plastik cerrahı bile yok. Rutini herkes yapıyor. Ama spesifik işe kimse girmiyor, bana buradan bir şey olur diyor.”.

3.1.3.2.3. Sevk Etme

Negatif defansif tıbbın bir diğer alt kodu olan hastayı sevk etme uygulaması ise hekimlerin risk alamamak adına hastaları başka hekimlere ve sağlık kuruluşlarına sevk etmesini ifade etmektedir. Sevk uygulamaları ile ilgili görüş bildiren 13 hekim (%62)

bulunurken bu hekimler 29 defa bu uygulamadan bahsetmişlerdir. Hekimlerin görüşlerinden bazıları aşağıdadır;

-ONK: “Ben devlet hastanesinde çalıştığım zamanlarda negatif defansif anlamda çok daha sık karşılaştım. Mesela Urfa’da çalışıyordum. Urfa’ya göre eğitim araştırma olmasına rağmen radyoterapi cihazı vardı ve yeterli bir radyoterapi cihazıydı. Ama ona rağmen tedavi etmekten kaçınan doktorlar vardı, sevk ederek. Sevkte geçerli bir yöntem defans için.”.

-KD2: “Bir sürü şeyde yapabildiğim şey olmasına rağmen, artık ben buna ellemeyim hocalar yapsın diye daha üst merkeze gönderiyorum. Normalde bilsem herhangi bir sıkıntı olmayacak yaparım. Hasta geliyor çok telaşlı, çok kafasında büyütüyor bir şeyi diyelim, basit bir şey var ama sırf bu nedenden dolayı ilerde dava etmesin diye gönderiyorum.”

-CSH: “Poliklinikten gelen arada kaldığımızda biz kendimiz araştırmaktan ziyade, yan dalları var oralara yönlendirir, geç kalınmasın diye geç kalırsak, atlarsak bir sıkıntı olur düşüncesinde olduğumuz için yönlendiriyoruz. Bizim de kendimizce bu tür çabalarımız var.”

3.1.4. Defansif Tıbbın Öncülleri

Bu başlık altında “hekimler defansif tıbbı neden başvuruyor?” sorusuna cevap aranmıştır. Hekimlere yöneltilen bu soru ile hekimlerin defansif tıp uygulamalarına öncülük eden faktörler belirlenmeye çalışılmıştır (Şekil 6). Bu faktörler çalışmadan elde edilen sonuçlar neticesinde 3 tema altında toplanmış olup toplamda 13 tane kod elde edilmiştir. Ana başlıklar hastaya ilişkin faktörler, hekime ilişkin faktörler ve sağlık sektörüne ilişkin faktörler şeklindedir.



Şekil 6: Defansif Tıbbın Öncülleri

3.1.4.1. Tema 1: Hekime İlişkin Öncüller

Hekime ilişkin öncüller hekimin kişiliği, şiddet görme korkusu, tıp eğitimi, doktorların itibarlarını koruma isteği, hasta beklentilerini karşılama isteği, meslektaşları ilişkin nedenler ve değişen hasta hekim ilişkisinden oluşmaktadır.

3.1.4.1.1. Hekimin Kişiliği

Bu kod, defansif tıbbın öncülü olarak hekimin kişilik özelliklerinin rol oynadığını ifade etmektedir. Çalışmada hekimin kişilik özelliklerine defansif tıbbın öncülü olarak 15 hekim 30 kere değinmiştir. Hekimlerin %71'inin öncül olarak değindiği hekim kişiliği; malpraktis davası korkusu, şikâyet edilme korkusu ve hasta şikâyet hatları, tazminat ödeme korkusu, başından daha önce dava süreci geçmesi, hekimin yetkinliğinden kaygı duyması, hasta yararına davranma arzusu, hata yapma ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusu, kötü sonuçlardan ve riskten kaçınma alt kodlarından oluşmaktadır.

Hekimlerin defansif tıbbın öncülü olarak değindikleri hekimin kişiliği kodu hekimin rahat bir karaktere sahip olması veya ince eleyip sık dokuyan birisi olmasının defansif tıp uygulamasında belirleyici olacağını ifade etmektedir.

Hekimlerin kişilik özelliklerinin defansif tıp uygulamalarına etkileri ile ilgili hekim ifadelerinden bazıları şu şekildedir;

-RSH: *“Kişiden kişiye değişir. Gelen şikâyet “gittim babaannem olmayınca ilaç yazmadılar” gibi bir şeyde olabilir. Kişi bunu umursuyorsa davranışları değişebilir. Ancak daha relax bir kişilik yapısına sahipse çok etkilemiyordur.”*

-KD2: *“Bazı insanlar rahattır, hiçbir şeyi takmaz; bazısı pımpiriklidir, her şeyi takar. Ameliyatta bile oluyor. En ufak bir kanamaya mikroskopla bakıp onu durdurmaya çalışan da var. Bu kanamıyor deyip aktif kanamayı kapatan da var.”*

-CLD: *“Mesela ben biraz daha obsesif, daha detaycı biriyim. Acilde benim yaklaşımıyla, ürkekliğimle bazı arkadaşlar aynı değildi. Çok daha rahat olan arkadaşlar vardı. ... Ben her zaman daha temkinli yaklaşırdım. Her hastaya aman şunu da yazayım bunu da yazayım şunu da isteyim derdim.”*

A. Malpraktis Davası Korkusu: Alan yazında yer alan çalışmalar ve defansif tıp tanımlarında yer alan en önemli öncül malpraktis davası korkusudur. Hekimlerin defansif tıbbı genel olarak böyle bir davaya karışmamak adına uyguladığına çalışmaya katılan hekimlerin 15’i (%71) vurgulamıştır ve bu öncülden söz eden hekimler 27 kez bu öncülü tekrarlamışlardır.

Bu kod hekimlerin, yapacakları hekimlik uygulamasının olası kötü sonuçlarının kendilerine getireceği zararı göz önüne alarak bir takım ekstra uygulamalar yaptığını veya hastadan kaçındığını göstermektedir.

Hekimlerin büyük kısmının üzerinde durduğu bu konuya ilişkin hekim ifadeleri şu şekildedir;

-GGS: *“Bazen hastaya zarar vermeseniz bile beklenen tıbbi komplikasyonlar, önüne geçilemez birtakım sonuçlara sebep oluyor ve hastalarda birtakım zararlar ortaya çıkabiliyor. Mesela hasta ameliyat sonrası birtakım komplikasyonlarla vefat edebiliyor. Bu noktada siz doğru şeyleri yapmış olsanız bile, hasta yakınları sizi yargılayabiliyor, suçlayabiliyor veya hatalı görme eğiliminde olabiliyor. Bundan dolayı da zaman zaman*

sıkıntılar yaşayabiliyoruz. Bununla ilgili kaygılar oluyor, olmuyor değil. ... Örneğin akciğer kanserleri ölümcüldür. Diğer kanserlere benzemez tedavi edilmediği takdirde tamamen ölüm kaçınılmazdır. İleri evre kanserlerde, önümüzde bir hasta var. Akciğer kanseri ve bu hasta eğer siz ameliyat etmezseniz ölecek, vefat edecek. İkinci bir seçenek siz ameliyat ederseniz kurtulma şansı var, ama ameliyat çok riskli ameliyatta masada kalma, ölme şansı da var. Şimdi doktor bunu seçerken şöyle bir duygu aklına geliyor. Ben bu hastayı ameliyat ettiğim takdirde bu hasta masada kalırsa veya ameliyat komplikasyonu olarak ölürse o zaman yakınları hastanın ölümüne benim sebep olduğumu düşünerek beni şikâyet edecekler, bana şiddet uygulayacaklar, bana zarar verecekler. ... Bu korku o esnada yapması gereken iş ve işlemlerde onu biraz geriye çekiyor.”

-GC2: “Özellikle cerrahi branşlarda insanlar o kadar çok malpraktis davasıyla uğraşır duruma geliyor ki pes ediyor. Ben bu işi yapmak istemiyorum artık diyor. Bırakmayı düşünen çok hekim vardır. Ama faaliyete geçiren daha azdır. Ya özel sektöre geçeyim ya idari pozisyona geçeyim ya da aile hekimliği yapayım veya hasta görmeyeceğim branşlara geçeyim diyen çok hekim var. Bunu en azından düşünce bazında tutan birçok hekim var.”

B. Şikâyet Edilme Korkusu ve Hasta Şikâyet Hatları: Malpraktis davası korkusu ile benzer özelliklere sahip olan şikâyet edilme kaygısı alt kodunu 15 hekim (%67) 35 kere ifade etmiştir. Malpraktis davası ile şikâyet edilme kaygısı arasındaki temel farklılık, malpraktis davasında hekimin yaptığı bir uygulamanın kötü uygulama olarak değerlendirilmesi sonucunda dava edilmek ve ceza almaktan korkmasıdır. Şikâyet edilme kaygısı ise hekimin hekimlik uygulamalarından ziyade, hasta ile ilişkisinden kaynaklı olarak hastane yönetimi, il sağlık müdürlüğü ve SABİM, BİMER, CİMER gibi şikâyet mercilerine şikâyet edilmesini ifade etmektedir. Hekimler genel olarak hastaların şikâyet haklarının bulunması gerektiğini ve bunun doğru olduğunu savunmaktadırlar. Ancak hasta şikâyetlerinin özellikle şikâyet hatları üzerinden oldukça gereksiz şekilde yapılmasının ve bunların herhangi bir süzgeçten geçirilmeden doktorun önüne soruşturma evrakı olarak gelmesinin çalışma şevklerini kırdığını ifade etmektedirler. Şikâyet edilme kaygısından bahseden hekimlerden bazılarının görüşleri şu şekildedir;

-ENF: “İnsanlar olur olmadık şeyler için şikâyette bulunuyor. Mantıklı- mantıksız, her şey için. Kimse de bunlarla uğraşmak istemiyor kendini garantiye almak istiyor.”

-GGS: “Hasta ve hasta yakınları problemlili, şikâyet edecekler; bunlar kesin sıkıntı çıkaracaklar, mahkemeye verecekler; yaklaşımları hoş değil, itici. O zaman biz, bu hastaya şunu da isteyelim, bu tahlili de isteyelim, şu konsültasyonu isteyelim, işte şu doktor da görsün; sırf dosyasında olsun, dosyasında bulunsun.”

-KD2: “Hasta CİMER’e şikâyet etmiş, bu şikâyet de sana geliyor. Sen de bu sefer diyorsun ki “madem öyle; hiçbir şey yapmayım, kimseyi kabul etmeyim, daha rahat olurum.” Bu kadar randevusuz hastaya niye bakıyorum ben bu saate kadar!”

C. Tazminat Ödeme Korkusu: Malpraktis davalarına ve şikâyet edilme kaygısına ek olarak hastaların bu şikâyet ve davalar sonucunda tazminat ödeyebileceklerini ve bu tazminatların çok yüksek miktarlarda olacağını düşünmeleri sebebiyle de defansif tıp uygulayabileceğini katılımcıların 10’u dile getirmiştir.

Hekimlerden birisi bu cezaların kazanımları ile doğru orantılı olmadığını ifade ederek;

-PRE: “Atıyorum, burun ameliyatı yaptın, %15 kötü olma ihtimali en iyi cerrah yapsa dahi var. Doktorun aldığı riske rağmen karşılığını alamama durumu var. Burun ameliyatını yapıyorsun doktorun cebine 50 lira giriyor, iyi olmadığı zaman tazminat bir milyon lira isteniyor. Sebep bu aslında. Ne kadar nimet o kadar külfet. Külfeti fazla nimeti az. Sorumluluktan o sebepten kaçınılıyor kamuda.”

-ORT: “Örneğin; iki üç gün önce polikliniğime Suriyeli 4 yaşında bir çocuk geldi. O gün 140 hasta baktık, içlerinde en önemli hasta da O idi. Çocuğun dizinde kötü huylu kemik tümörü çıktı. Bu çocuk için Sakarya’da bu ameliyatı yapacak hiç kimse yok, İzmit’te de yok. Bolu, Düzce’de zaten yok. İstanbul’da şahsi olarak bir hocayı aradım. Anadolu yakasında tek kişi yapıyor bunu, hoca bugün gelsin dedi yatışı yapılsın ameliyat olacak ücretsiz. İşte bu tip riskli işleri hekimler yapmıyor. Sebebi ne? Defansif tıp. Özellerde her şeyi yaparlar, ama bir ev parasını da alırlar. Bir hoca var Türkiye’nin en iyi protezcilerinden bir tanesi İstanbul’da çalışıyor Cerrahpaşa’nın eski hocalarından kendi kliniği var ve bir kalça protezinden yüz bin lira para alıyor, ben dün yaptım bir tane en iyi marka protezi de kullandım, bedava. Soruyoruz, hocam niye bu kadar diye. Hasta beni dava ettiği zaman benden beş yüz bin lira para istiyor, benim bunu almam lazım diyor.”

Ç. Başından Daha Önce Dava Süreci Geçmesi: Hekimlerin başından dava süreçleri geçmesini defansif tıbbın öncülü olarak ifade eden 4 hekim bulunmaktadır. Bu hekimler daha önce yaşadıkları dava süreçlerinin kendilerinde oluşturduğu baskı ve stresi tekrar

yaşamak istememeleri sebebiyle kendilerini korumaya yönelik hareket ettiklerini belirtmektedir. Bu yönde görüş bildiren hekimlerin ifadeleri şöyledir;

-ONK: “*Bir hekimin bir kere bile olsa şikâyet edilmesi veya dava esilmesi defansif tıbbı %100 yönlendirir*”

-CLD: “*İnsanların üzerinde bir korku var. Çünkü bir şey olması durumunda tamamen suçsuzsun, hiçbir hatan yok. Belki hiçbir hatan yok ama, buna rağmen bu süreç. o kadar uzuyor ve seni o kadar çok yıpratıyor ki böyle bir şeyin içine düşmek istemiyorsun..*”

-KBB: “*Benim de 5 yıldır süren davam var. Olay adli tıpa kadar gitti. Adli tıp görüş bildirdiği halde dava sonuçlanmıyor. Tabi bu da bir kaygı oluşturuyor. Her hastada acaba davalık olur muyum diye kaygıya düşüyorum.*”

D. Hekimin Yetkinliğinden Kaygı Duyması: Hekimlerin görüşleri neticesinde hekimlerde kaygı oluşturabileceği ve bu nedenle defansif tıbbın öncülü olabileceği iddia edilen bir diğer öncül hekimin yetersizliğidir. Bu öncül hekimlerin hekimlik yeteneklerinin veya mesleki donanımlarının kısıtlı olması nedeniyle defansif tıp uygulayabileceğini ifade etmektedir. Öncüle 5 hekim atıfta bulunurken 7 tekrar yapılmıştır. Hekim ifadelerinden bazıları aşağıdaki gibidir;

-KAR: “*Genellikle bazı hekimler çok tahlil istiyor. Acemi avcı ne yapar? Elindeki bütün mermi bitinceye kadar havaya ateş eder. Korkak asker de öyledir.*”

-ONK: “*Mesleğinle ilgili bilgin yeterli değilse mutlaka defansif tıbbı yönelirsin. Bu en temel kurallardan bir tanesidir.*”

E. Hasta Yararına Davranma Arzusu: Hekimlerin 5’i defansif tıbbın hasta yararına davranma isteğinden kaynaklandığını ifade etmektedir. Buna göre hekimler kendilerini değil hastaları ön planda tutmaya çalışmakta, bu yolla olası olumsuzlukları en aza indirmek için yaptıklarını ifade etmektedirler.

-ANS: “*Defansif tıbbı yaparken hastayı korumak adına yapıyoruz. Hastaların can ya da sağlık açısından kazanımları önceliğimiz bizim. Önce hastaya bir şey olmasın. Tıp fakültesinde hastaya hiçbir şey yapamıyorsan bile dokunma denir. Dokunmamak bile bir yardımdır şeklinde öğretilir. Öncelikle hasta için yapıyoruz bu defansif tıbbı.*”

-PRE: “*İnsan hayatıyla ilgili bir mesleğimiz var. Sonuçta bununla ilgili en iyi hastayı nasıl tedavi ederiz, kendimiz dışında istemediğimiz durumlardan tabi ki korkuyoruz.*”

F. Hata Yapma ve Bir Şeyleri Gözden Kaçırma Korkusu: Hata yapma ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusu öncülünü 13 hekim (%62) 27 kere vurgulamıştır. Hata yapma ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusu ile hasta yararına davranma isteği esasen bir birbiri ile ilişkili gibi görünmesine karşılık, hasta yararına davranma isteğinde hekim daha çok hastanın zarar görmemesini ön planda tutarak defansif tıp uygularken, hata yapma ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusunda yapılan hatanın sonucunda hekim kendisinin zarar görebileceğini düşündüğünden defansif tıp uygulamaktadır.

Hata yapma ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusunun defansif tıbbın öncülü olduğunu ortaya koyan hekim ifadeleri şu şekilde sıralanabilir;

-İCH: “*Birtakım bulguları gözden kaçırmak kaygısıyla ekstra tetkik veya görüntüleme isterim.*”.

-GC1: “*Muayenehanede gözümde bir şey kaçmasın, bir de şunu isteyim, bir de bunu isteyim diyorsunuz. İstediğim zaman benim bir kaybım yok ki. Ama istememekten dolayı bu benim önüme gelebiliyor. ... Yakın zamanda gerçekleşmiş bir olaydan örnek vereyim. 14 yaşında bir hastaya akut apandisit tanısı konuluyor. Hekim diyor ki bu çocuk cerrahisini ilgilendiren bir şeydir. Mevzuat 18 yaş altı çocuk cerrahisi diyor. Öyle ama biz cerrahız, 18 değil 6 yaşındakini bile ameliyat edersiniz. Doğru, problem olmadığı sürece hiçbir sıkıntı yok. Dönüp kimse size teşekkür de etmez, bir şey de demez. Sıkıntı çıkarsa “senin işin değildi bunu niye yaptın?” derler. Hekim de ben bunu yapmam demiş. İlde çocuk cerrahı var mı? Yok. O çocuk Düzce’de ameliyat oldu. Defansif tıbbın en belirgin örneğinden birisi budur. O çocuğu o hekim 100 defa ameliyat eder 99’unda problem çıkmaz. Ama o hekim birinde problem çıkabilme ihtimalini ki biraz da mevzuattan gelen yaptırımı da görüyor niye ben bu riski göze alayım diyor.”.)*

-CSH: “*Hasta geldi, bir şeyler var; ama muayene ediyorsun bir şey çıkmıyor hastada. En azından bir gece hastanede yatsın diyorsun mesela.*”

G. Kötü Sonuçlardan ve Riskten Kaçınma: Defansif tıbbın öncüllerinden biri de kötü sonuçların hekime mal edilmesidir. Bu alt koda göre hekimler yapmış oldukları işlemlerin sorumluluğunu tek başlarına üstlendiklerini düşünmekte ve yapacakları işlemlere ilişkin var olan riskleri almak istememektedir. Bu nedenle defansif tıp uyguladıklarını ifade etmektedir. Bu öncüle değinen 15 hekim toplamda 30 kez bu öncülü tekrarlamışlardır.

-RSH: “Hukuki olarak inisiyatif almak pek iyi değil. İyi olursa Allaha; kötü olursa bu sefer senden kavramı oluşacağı için mevzuat ne derse odur, risk almazsın.”

-KD1: “Yani elimden geleni yapıyorum, ama beni aştığını düşündüğüm bir durum varsa ekstra bir risk almam gerekiyorsa ve bu risk de çok büyük bir riskse onu daha çok üniversite hastanesine gönderme, ikinci bir gözde görsün, yani ben şimdi bir şey önerdim, ama başka birisi de görsün, hastanın kafasında hiçbir soru işareti kalmayın şeklinde kişisel uygulamalar yapıyorum. ... Üstesinden gelemezsen bir şeyin kendini geri çekersin. Şimdi ben bu hastaya dokunacağım, bir şey önereceğim, ameliyat edeceğim, sonrasında bir sıkıntı çıkma ihtimali de var. Risksiz hiçbir şey yok. Risk arttıkça benim de bunu karşılama oranım düştükçe ben buradan kendimi geri çekerim.”

-ORT: “Ortopedi kemik tümörü, el cerrahisi, omurga cerrahisi, deformite cerrahisi yapan hekim sayısı Türkiye’de çok az. Riskli olduğu için yapılmıyor”.

3.1.4.1.2. Şiddet Görme Korkusu

Bu öncül, hekimin fiziksel veya sözel şiddet görme kaygısının defansif tıp uygulamasını etkileyeceğini ifade etmektedir. Bu kod altında fiziksel şiddet ve sözel şiddet olarak iki alt kod bulunmaktadır. Fiziksel şiddet alt koduna hekimlerin 15’i (%71) 25 kez değinirken, sözel şiddet alt kodundan 11 hekim (%52) 18 kez söz etmiştir.

Fiziksel ve sözel şiddetin ciddi boyutlara ulaştığını ve hekimlerin şiddete maruz kalmamak için defansif tıp uyguladığını ifade eden katılımcıların ifadeleri şu şekildedir;

-GC1: “Tesadüfen haberlerde rastladım. Badıgartlar acil servisi basmışlar. Muhtemelen ilaçlılar. Hepsinin üstü çıplak, eğitilmiş belli. Bir tanesi acil servis doktoruna döner tekme vurdu, çocuğun çenesi kırılmış. Yanlış yapmış bile olsa bu çocuk görevinin başında, ne olur? O olayı takip edelim, mesela onu yapan adamın akıbeti ne oldu? Bir hafta geçti dışarda belki. Bunu gören hekim nasıl davranır ki bir sonraki gelen hastaya?”

-GC2: “Defansif tıp özellikle son yıllarda 8-10 yıldır artan hem ceza kanununun değişmesiyle hem de hastaların ve yakınlarının genel olarak toplumun, sağlık çalışanlarına öfkeli, gergin, şiddete varan tutumlarından dolayı hekim arkadaşların uyguladıkları bir durum.”

-ONK: “Hekimler kesinlikle fiziksel ve maddi manevi saldırılardan sonra daha defansif oluyorlar.”

3.1.4.1.3. Tıp Eğitimi

Bu öncül, hekimlerin defansif tıp uygulamalarını tıp eğitimi esnasında öğrendiklerini dolayısıyla defansif tıbbi hekimlik mesleğinin bir parçası gibi uyguladıklarını ifade etmektedir. Bu kod pratik tıp eğitimi (asistanlık) ve teorik tıp eğitimi (öğrencilik) olarak iki alt koda ayrılmaktadır. Defansif tıbbın pratik eğitimde öğretildiğini 6 hekim ifade ederken, teorik eğitimde öğretildiğini 7 hekim ifade etmektedir.

Defansif tıp uygulamalarının pratik eğitim esnasında öğrenildiğini ve bu nedenle uygulandığını ifade eden hekimlerin düşünceleri şu şekilde sıralanabilir;

-CLD: *“İlk acile başladığım zaman çok farkında değildim. Ama mesela bir hasta geliyor ve hastayı kıdemline soruyorsun, hocam böyle bir hasta var, nasıl bir yol izleyeyim? Bak sen bunda böyle yapacaksın, sen kendini garantiye al, böyle yap. Aman kendini garantiye al, kesinlikle sisteme şöyle not düş, kesinlikle yaptığın her şeyi tek tek yaz gibi devamlı böyle şeyler ola ola uyarılıyorsun kıdemlilerin tarafından. Şunu da not et şunu da şöyle yap. Yani yaşadıkları tecrübelerden dolayı sanıyorum daha da temkinli yaklaşıyorlar. O yüzden çalıştığım ortamın kıdemlilerinin çok fazla etkisi oldu.”*

-ANS: *“Bunu aldığımız tıp eğitiminde daha çok ihtisas da görüyoruz. Pratisyenlik çok uzun yapmadığım için veya benim yaptığım zamanlarda malpraktis olmadığı için belki tıp eğitimi içinde çok gündemde değildi. Şu anda ihtisas yapılırken daha çok vurgulanıyor. Uzman arkadaşların kendi aralarında da bu konu çok konuşuluyor. 7-8 yıldır daha çok gündemde. Yani tıp eğitiminden daha çok uzmanlık eğitiminde vurgulanıyor.”*

-RSH: *“Defansif tıp kavramını ben ilk hocamdan duymuştum, asistanlığımın ikinci yılında. O buna yönelik daha çok çalışan bir hekimdi.”*

Defansif tıp uygulamalarının teorik eğitim esnasında öğrenildiğini ifade eden hekimler ise tecrübelerini şu sözlerle aktarmışlardır;

-ENF: *“Tıp eğitiminde yönlendirmeler oluyordu. Bol bol tetkik isteyin demiyorlardı, ama kendinizi riske atmayın diyorlardı.”*

-CLD: *“Daha okula başladığımız ilk gün atıyorum 10 tane hoca var, 5 tanesi çıkıp arkadaşlar bırakın gidin artık çok fena ortalık hekimlere davalar oluyor, şunlar oluyor, bunlar oluyor. Başından beri hocalar arkadaşlar yaptığınız her şeyi yazın, siz yapsanız*

da yazmadığınız sürece yapmamış sayılırsınız ve bu işlerde bir sıkıntı çıkarsa sizin başınıza bir problem açar. Bize 6 yıl boyunca nerdeyse her hoca bu tarz uyarılarda bulundu.”

-İCH+: “Şöyle ki hocalar, bence sizde kendinizi koruyun; olabildiğince sizi yoracak, üzecek, harap edecek durumların altına girmeyin derdi.”

3.1.4.1.4. Doktorların İtibarlarını Koruma İsteği

Bu öncül, hekimlerin defansif tıp uygulamalarının öncülü olarak itibarlarını korumak, olası bir hata yüzünden kötü hekim gibi görünmemek istemesini kapsamaktadır. Bu koda 6 hekim 7 defa değinmiştir.

Doktorun itibarını koruma ve riske atmama isteği öncülüne değinen hekimler görüşlerini şöyle dile getirmişlerdir;

-CLD: “Belki hiçbir şey yok, bir konuda bir dava açılacak ve o davanın sonunda suçsuz çıkacak; ama ne yazık ki adı çıkmış dokuz gibi üzerine bir kez çamur atılmış. İnsanların böyle şeylerden kurtulması kusursuz da olsa kolay olmuyor. İnsanlar o imaja düşmek istemezler. Ne yazık ki bunun da büyük bir etkisi var.”

-ORT: “Hekimler imajlarını korumak için de defansif tıp uyguluyor. Çünkü hasta geliyor buraya muayene ediyorsun, bakıyorsun, ciddi bir şeyi yok ama hasta bdiyor ki “bir MR bile istemedi yahu”.”

3.1.4.1.5. Hasta Beklentilerini Karşılama İsteği:

Defansif tıp uygulamalarının öncülü olarak olası şikâyet ve davaları en aza indirmek için hekimlerin hastaların beklentilerini karşılamaya çalışmalarını ifade eden bu kod hakkında 13 hekim (%62) 19 kez söz etmiştir.

Bu öncülden bahseden hekimlerin ifadelerinden bir kaç şöyledir;

-KD2: “Çevremde sırf hasta istiyor diye bir takım şeyler isteyen hekimler var. Ben artık uğraşmaktan bıktım diyor, tamam diyorum işaretliyorum, gönderiyorum artık konuşmak dahi istemiyorum o yoğunlukta diyor.”

-GOZ: “Hasta isteklerine karşı eskiden çok direniyordum ama oda çok ciddi bir tartışmaya döndü. Çok fazla abartmamak kaydıyla ilaç kalemi vs. bunlarda artık direnmiyorum. Bizim en büyük klasik dinlendirici gözlük. Tıpta yeri olmayan bir şey işte 0,25 hiçbir işe

yaramayan gözlükler. Bir süre sonra vatandaşı ikna edemiyorsun sonrada insanları eğitmeye çalışmaktan vazgeçtik. İstiyor musun ha tamam yaz gitsin diyoruz. Başka türlü mutlu edemiyorsun. İnsanlara bir şeyin yok diyemiyorsun. Maalesef olumsuz bir şey ama bu yola tevessül ettiğimiz oluyor.”

-GGS: “Ama bazen şu oluyor; biz bir hastaya muayene neticesinde teşhis koyabiliyoruz. İlaç yazma noktasındayken hasta bize; “ya doktor bey benden şu tahlili istemeyecek misin? Benden bu tahlili istemeyecek misin?” diye bir baskı oluşturuyor. Ben genelde tahlilin gerekli olup olmadığı konusunda onu ikna etmek için birkaç cümle sarf ediyorum. Ama ikna olmazsa da o istediği tahlili zaman zaman istediğimiz oluyor. Bu da defansif tıp olarak algılanabilir. Hasta baskısına karşı koyamayarak bazen gerekmediği halde birkaç ufak tefek tetkik istediğimiz sırf hastanın arzusunu kırmamak adına yaptığımız uygulamalar oluyor.”

3.1.4.1.5. Değişen Bakım Standartları:

Bu öncüle göre defansif tıp kapsamında yapılan bazı uygulamalar zamanla yer edinmekte ve rutin hale gelebilmektedir. Bu tarz uygulamalar gereksiz yere tekrarlandığı için defansif tıbbın bir öncülü olarak kabul edilmiştir. Bu öncüle 6 hekim 7 kez değinmiştir. Bu konuda görüş bildiren hekimlerin ifadeleri şöyledir;

-İCH: “Bir göğüs hastalıkları hocam vardı, bana merhaba diyene akciğer filmi isterim derdi. Ben de mesela hasta bana öksürük şikâyetiyle geldiyse, nefes darlığı şikâyetiyle geldiyse kesinlikle akciğer filmi isterim, atlamam. Evet dinlerim bir bulgu yoktur, ama mutlaka film de isterim.”

-GC1: “Mesela bizim genel cerrahinin yoğun hastalıklarından biri meme hastalıklarıdır. Çok da popüler olması nedeniyle kadınların çok evhamlandıkları ve polikliniğimizi en çok ziyaret sebeplerinden biridir. Şimdi meme hastalıklarında takip prosedürleri iyi kötü bellidir. Hastadan hastaya değişir, ama biz meme ultrasonu takibini eskiden bu kadar yoğun, bu kadar sık kullanmıyorduk. Ama şimdi tamamen onunla alakalı oldu. Bu hastanın takibinde bir şey çıkabilir, atlamış olmayalım diye senelik yapmamız gereken tahlilleri 6 ya da 3 aya indirdiğimiz çok hasta var.”

-AT1: “Defansif tıp nedeniyle Kitaplarda yazmayan yeni algoritmalar ortaya çıkıyor. Mesela multi travma hastası, ekstra konsültasyonlar, ekstra tahliller gibi. Apandisit

örneği üzerinden konuşalım. Apandisitte halka standart tomografi çekilir. Tomografisi çekilmiş apandisit raporlanmış muayenesi apandisitir. Ama bir de buna ultrason görelim derler. Ultrason daha geride bir tetkiktir. Ama bir de bu adet oldu. Ben mesleğe ilk başladığımda hastalara tomografi çekmezdim. Ultrason çekilirdi, tomografiyi cerrahi gelirdi, bazen isterdi bazen istemezdi. Düz tomografi çekerdik veya IV kontrast madde kullanarak çekerdik. Genelde IV de çekilmezdi; önce düz, sonra IV istenirdi. Şu an neye döndü? Hasta karın ağrısıyla geldiği zaman kanlarını görüyoruz; hemen IV çektirip genel cerraha öyle konsülte ediyoruz. Genel cerraha tomografisiz danıştığımız zaman bunun neden tomografisi yok kardeşim diyor. Ama algoritmada önce konsültasyon sonra tomografi var aslında. Tomografi öne geldi. ... Genel cerrahi kontrast batın BT olmadan bakmaz. 8 yıl önce olmayan, ama şu an olan standart şeyler bunlar. Aslında rutinde olmayan ama rutin bakılan şeyler.”.

3.1.4.1.6. Meslektaşlara İlişkin Nedenler

Bu öncül hekimlerin defansif tıp uygulamasında meslektaşlarının baskısının ve meslektaşların başına gelenlerin etkili olduğunu ifade etmektedir. Bu öncül meslektaş baskısı ve meslektaşların başına gelenler olarak iki alt koda ayrılmaktadır. Meslektaş baskısı alt kodu, hekimin meslektaşlarının kendisini eleştirmesinden çekinmesi ve meslektaşlarının yaptığı uygulamaları yapmazsa kötü hekim olarak görüneceğini düşünmesinden oluşmaktadır. Meslektaşların başına gelenler alt kodu ise meslektaşların yönlendirmesi ve meslektaşların yaşadığı şikâyet süreçlerinden oluşmaktadır.

Meslektaş eleştirisi kaygısına 4 hekim 4 kez değinmiştir. Hekimlerden birisinin görüşü şöyledir;

-GGs: “Başka bir hekimin uygulamasını hastanın duyacağı şekilde eleştirmek veya hastaya o konuda hiçbir zaman eleştirel kınayıcı bir tavır takınmamak gerekiyor. Bu çok önemli bir konu. Başka hekimin yaptığı bir uygulamayı eğer kınarsanız, eğer eleştirirseniz, ona şüphe ile yaklaşırsanız, hastanın hem şikâyet konusunu oluşturuyor hem de doktora şiddete varan eylemlere yol açıyor. ... O andaki muayene bulgularıyla onun teşhis ettiği durumu siz bilmezsiniz, bunun için onun yanında olmanız gerekiyor. Bazı durumlarda değişebilir. Fizik muayene bulguları değişebilir. ... Buda önemli bir faktör.”

-CLD: “Bazı hekim arkadaşlarımızda “sizden neden bunu istememişler, bu doktor size neden bunu yapmamış” gibi şeyler söyleyebiliyorlar. Tabi ki bu da defansif tıpta etkili oluyor.”

Diğer meslektaşların uygulamaları öncülüne değinen 8 hekim bu öncüle ilişkin görüşlerini 11 kez paylaşmıştır. Bu görüşlerden bazıları şöyledir;

-KAR: “Zaten biri başladı mı, hep örnek gösterilir. Bizde kendi aramızda tartışırız. Niye yazıyorsun diyoruz? Baskıdan dolayı bıkiyorum artık, yazıyorum gidiyor diyor.”

-KD2: “Herhangi bir şeyde de geliyor bir B12, vit D25 ister misin diyor. İsteyemem diyorum, branşım değil diyorum. Ama ben başka yere gitmişim istemişlerdi niye istemiyorsun? Ya bir şey çıkarsa diyor. Hasta ondan sonra bunu seni şikâyet etmek için kullanıyor ve haklı bulunuyor ve cevap yazmak zorunda kalıyorsun. Bu daha sinir bozucu bir şey.”

Meslektaş yönlendirmesi öncülüne 2 hekim değinmiştir.

CSH: “Bir de birinden bir şey duyduysa o esnada işte bir hasta geldi baş ağrısı oldu, şu çıktı diye; tabi o insanın bilinçaltına yerleşiyor yani. Mesela bende de oluyor. Cesur bir şekilde hastayı muayene etmişiz, göndermişiz. Ama biri benim başıma şu geldi deyince yeni duyduğum için o benzer hasta geldiğinde biraz daha dediği yöne kayma durumu oluyor.”

-İCH: “Katıldığım bir kongrede hekim arkadaşım dedi ki, bende eskiden senin gibiydim gereksiz yoruyormuşum kendimi dedi. Ben de neden böyle düşünüyorsun yazık değil mi? diye sordum. Ama meslektaşım ben kendimi parladım 3 tane dava ile uğraştım 4 yıldır sonlanmıyor diyor, haklıyım niye sonlanmıyor diyor. Gerçekten insanlar öyle bir konuma geldiğinde kaçmak istiyor.”.

Meslektaşların yaşadıkları şikâyet süreçlerine şahit olmanın hekimlerde oluşturduğu defansif tıbbi yönelime ise 3 hekim değinmiştir. Bu öncüle değinen hekimlerden birisinin ifadeleri ise şöyledir;

-GC1: “Şimdi hasta tarafından bakınca bu hak, kabul. Ama işe o kadar fazla yorum giriyor ki mesela, rutin cerrahi bir prosedür içerisinde bir komplikasyon olarak değerlendirilen olay, bilirkişilerin yanlış değerlendirmelerinden, avukatların yanlış yönlendirmelerinden hakimlerin yanlış düşüncelerinden dolayı sonunda olumsuz bir

sonuç çıkmasa bile o yaşanan süreç hekimler için çok yıpratıcı bir dönem. Birçok arkadaşım var bunları yaşayıp ta artık hiç cerrahiye elini sürmeyen arkadaşlarım var. Ciddi manada son 10 sende defansif tıp var. Bunun üzerimizdeki etkileri ise çok kötü.”

3.1.4.1.7. Değişen Hasta Hekim İlişkisi:

Bu temaya göre defansif tıbbın öncülü hekim baskın hasta hekim ilişkisinin yerini hasta baskın hasta hekim ilişkisine bırakmasıdır. Bu öncüle değinen 6 hekim bulunmaktadır. Genel itibari ile hekimler hastaların daha ön planda tutulduğu bu sistemde artık çekindiklerini; bu nedenle hastadan mümkün olduğunca kaçındıklarını ifade etmektedirler. Bu öncüle ilişkin görüş bildiren hekimlerin ifadelerinden bazıları şöyledir;

-CLD: “Eskiden genel olarak daha doktorun hâkim olduğu, doktorun dediğinin geçtiği, doktorun baba olduğu, tıp anlayışı vardı. Şu an biraz bu roller değişmiş gibi, genel roller değişmiş gibi, hasta doktoru yönlendiriyor. Hastayı kırmamaya çalışıyorsun, isteklerini yerine getirmeye çalışıyorsun, hastayı memnun etmeye çalışıyorsun. Artık hastanın baba konumunda olduğu bir anlayış var. Bundan dolayı tabi ki bir ürkütücü durum da var.”

-GGS: “Ben eski bir hekimim. Bizim zamanımızda defansif diye bir kavram gündemde değildi. Defansif diye bir şey yoktu. Neden? Bizim zamanımızda doktora saygı daha ön plandaydı, doktorun konumu itibarı halk arasında daha yüksekti. Daha itibarlı ve daha saygılı bir meslekti ve hasta bize güvenirdi. Bizim yaptığımız iş ve işlemleri sorgulamazdı. Biz de bunun gereğini hastaya yapardık. Kendi annemize, babamıza nasıl bakıyorsak, ne yapmamız gerekiyorsa hastalarımıza da aynısını yapardık. Hasta öyle olumsuz bir şey olduğunda, vefat ettiğinde, hasta yakınları da doktor bey elinizden geleni yapınız, Allah razı olsun, vadesi böyleymiş, takdiri ilahi böyleymiş deyip herhangi bir sorun çıkarmazlardı.”

-KD2: “Önceden defansif tıp yokmuş. Ben o nesilden değilim abi ve ablalarımızdan duyduklarımız kadarıyla insanlara sen şunu yap gel dedikleri zaman, insanlar buna uyarılmış. Ama şu anda öyle internetten, oradan, buradan okudukları ile hasta bana geliyor; aynı gün içerisinde 3 tane daha kadın doğumcuyu görüyor. O böyle söyledi, bu böyle söyledi diyor.”

3.1.4.2. Tema 2: Hastaya İlişkin Öncüller

Hastaya ilişkin faktörler teması hekimin hastaya yönelik olarak algıladığı riskleri içermektedir. Hekimler algıladıkları bu riskler neticesinde olası olumsuz sonuçları bertaraf etmek için defansif tıp uygulamalarına başvurabilmektedirler. Hastaya ilişkin algılanan risklerin kaynağı, hasta ve hasta yakınının kişilik özellikleri ile hastanın hekime olan güvensizliğinden oluşmaktadır.

3.1.4.2.1. Hasta ve Hasta Yakınlarının Kişilik Özellikleri

Hekimlerin neden defansif tıp uyguladıkları sorusuna “hasta ve hasta yakınlarının kişilik özellikleri” nedeniyle cevabını veren hekim sayısı 13 (%62)’dür. Görüşme sürecinde hekimler bu öncüle 28 kere atıfta bulunmuştur.

Bu öncül hastaların bir takım kişilik özelliklerinin (mülayim, sakin, uyumsuz, kavgacı, tartışmacı vb.) hekimlerin kaygı duymasına neden olabileceğini bu nedenle de hekimlerin olumsuz durumlara düşmemek için defansif tıp uygulayabileceğini ifade etmektedir. Bu koda değinen hekimlerin görüşlerinden bazıları şöyledir;

CSH: *“Hasta gelmiş polikliniğe, biz ondan kaçınmayız. Ama başımızı ağrıtabak türden ise başka yere yönlendirebiliyoruz.”*

-GGs: *“Hasta ve hasta yakınlarının aşırı baskıcı aşırı doktoru sıkıcı tavırları doktoru rahatsız ediyor, defansif tıba yöneltebiliyor.”*

-GC2: *“Hasta uyumsuz, kavgacı, tartışmacı birisidir. Hasbelkader bir şekilde siz onun tedavisini yapıyorsunuzdur. Onun epikrizini ayrıntılı yazarsınız, raporunu iyi yazarsınız, bütün onamları daha ayrıntılı alınır, imzasını atsın aman bu benim başıma ilerde dert açmasın diye. İşin kavgaya dönüştüğü noktanın başıma gelmişliği de vardır. Ben bu hastanın tedavisini üstlenmeyeceğim deyip idareyle görüşüp başka bir hekime yönlendirmişliğim vardır. Özellikle bu acil hastalarda sıkça yaşadığımız bir şeydir.”*

-KD1 1: *“Hasta geldiği zaman sıkıntı çıkarır mı ya da ilerde davacı olur mu diye bakıyoruz. Ya da hastanın yakınlarını görmek istiyoruz. Hasta çok mülayim olabilir, ama hastanın yakınları çok ajite olabilir. Bunları hep düşünüyoruz. Rahat etmediğim her hasta için uygularım.”*

3.1.4.2.2. Hastanın Güvensizliği

Hastaya ilişkin öncüller temasının bir diğer kodu hastanın hekime karşı olan güvensizliğidir. Bu kod hekimin algıladığı hastanın güvensizliğinin hekimin defansif tıp uygulamasına neden olduğunu ifade etmektedir. Çalışmada hastanın güvensizliği koduna 3 hekim 5 kere değinmiştir. Hekimler hastalarda güvensizlik algılandıklarında veya hastanın tereddütleri olduğunu sezdiklerinde defansif tıba yönelebildiklerini belirtmişlerdir. Bu koda değinen hekimlerin bazılarının ifadeleri şu şekildedir;

Göz: *“Son dönemde sağlık sektöründe hasta hekim arasındaki güven ilişkisi çok bozuldu. Ne hastalarımız bize çok güveniyor ne de biz kendimizi hukuki açıdan güvende hissediyoruz.”*

-GGS: *“Son zamanlarda doktora olan güven, doktora olan ilgi, alaka ve doktorun itibarı azaldı ve artık hasta ve hasta yakınları doktora güven duygusunu kaybettiği için her şeyi sorgular hale geldiler. Acaba doktor doğru mu yapıyor, yanlış mı yapıyor, bana yanlış ilaç mı verdi?”*

-KD1: *“Hastada bir acaba gördüğümde, mesela bir ameliyat öneriyorum. Hastanın kafasında acabaları var. Anlatıyorsunuz, onamlarını alıyorsunuz. Ama öyle bir acaba olduğunda mutlaka ikinci bir hekime, bazen üçüncü hekime bile yönlendiriyorum. Onlar da görsün onlar da aynı şeyi söylesin hasta rahat bir şekilde kendisi gelsin.”*

Hekimlere göre, hastalarda hekimlere karşı güvensizlik oluşmasının nedenlerinden birisi medyadır. Hekimler medyada yer alan haberlerin hastaları olumsuz etkilediğini, hekime olan güven duygusunun kaybolmasına neden olduğunu ve hekimlerin mesleklerini rahat icra etmelerini önlediğini dolayısıyla hekimlerin defansif tıba yönelebileceklerini ifade etmektedirler. Bu alt koda 17 hekim toplam 31 kere değinmiştir (%81). Medyanın hekimler tarafından ciddi bir güvensizlik kaynağı olarak algılandığı ve bu nedenle hekimlerin defansif tıp uygulamasında önemli bir öncül olduğuna yönelik hekim ifadelerinden bazıları şöyledir;

-GC2: *“Maalesef medyada olay başladığında doğru yanlış alınan bilgilerle ve hep hekim aleyhine bunlar haberleştirilirse eğer bu konuda insanların “bak gördün mü şunun başına şu gelmiş, şu doktorun hatasıymış, gencecik hasta ölmüş” diye yorum yapmasına, algının oluşmasına ve hekimlerde ciddi manada negatifliğe yol açıyor.”*

-KD1: “Basın da defansif tıbbi etkiliyor. Basında yer alan her şey %100 doğru olmuyor. Doğru olanı da vardır; ama yorumlanarak yazılan doğru olmayandır büyük bir kısmı. Ama hastaların kafasında soru işaretleri oluyor. Mesela beni gereksiz yere sezaryen yapılıyor. Sezaryen olması gereken hastaya sezaryen öneriyorsun; neden sezaryen diye aklında soru işareti oluyor. Mesela gazetede bir şey okumuş; karnında gazlı bez unutulmuş. Ameliyat oluyor, geri geliyor hasta: Karnım ağrıyor, acaba bir şey mi unuttunuz diyorlar.”

-GGS: “Herkeste artık Google doktorluğu diye bir şey var. Önce Google'dan araştırıyor, sonra doktora gidiyor. Doktordan sonra tekrar Google'a soruyor, aldığı ilaçları yazıyor, acaba bu doktor mu doğru Google doktoru mu doğru diye kıyaslıyor. Dolayısıyla bilgiye çok kolay şekilde, bir iki tıkla, her yerde akıllı telefonlardan ulaşılabildiği için artık bilginin o kutsal değerliği de kalmadı. Bilgi çok ucuzladı, kolay erişilebilir hale geldi. Böyle olunca insanlar doktorların bilgisini de sorgular hale geldi. Senin yazdığın bir ilacı işte Google'dan araştırıp; o ilaç öyle değil böyle oluyor, dozu şu değil bu oluyor deyip, sana geri dönmeye başladılar. Günümüzde bu tarz olaylar doktorları defansif tıba yönlendirebiliyor.”

3.1.4.3. Tema 3: Sağlık Sektörüne İlişkin Öncüller

Bu tema defansif tıp uygulamalarının öncülü olarak sağlık sektöründe meydana gelen değişimleri ve gelişmeleri, sağlık sektörüne ilişkin bazı düzensizlik ve eksiklikleri esas almaktadır. Bu tema altında yer alan kodlar gelişen tıp teknolojisi, mahkemelerin-tıp hukukunun yetersizliği, sağlık politikaları ve yönetimin desteği olarak bulunmuştur.

3.1.4.3.1. Gelişen Tıp Teknolojisi

Gelişen tıp teknolojisine öncül olarak 12 hekim (%57) değinmiş ve katılımcılar konuyu 21 kere tekrarlamıştır. Hekimlerin ifadelerine göre ilerleyen tıp teknolojisi hekimlerin tahlil ve görüntüleme istemesini kolaylaştırmakta, tahlil ve görüntüleme sonuçlarına çok hızlı ve kolayca ulaşabilmektedir. Bu nedenle hekimler fiziksel muayene yerine gerekli ya da gereksiz yere bu yola başvurabilmektedir. Öncüle değinen hekimlerin ifadeleri şöyledir;

-ONK: “Doktorlar eskiden fizik muayenesi yaparlardı ama şimdi nerde? Tak tahlil isteyeyim. Eğer doğru kullanılırsa çok da yanlış değil, ama neyi niçin kullandığın önemli.”.

-ENF: “Düşünsenize çok kolaylaştırıyor işi. Eskiden bir akciğer filmi ile tanı koymaya çalışırken; şimdi torax BT istiyorsunuz, kendiniz bakıyorsunuz; anlamıyorsanız yorum istiyorsunuz, tık o geliyor. Buna herkes çok kolay alışabilir. Bir genel cerrah sadece muayene ederek tanı koymaktansa tık batın görelim, tık ultrason görelim. Bunu herkes yapıyor. ... Türkiye’de gereksiz görüntüleme çok fazla.”.

-ORT: “Gelişen tıbbi teknoloji defansif tıp uygulamalarını arttırır, ama MR çok, ama kalite yok.”.

-GC1: “Gelişen teknoloji de etkiliyor. Ama orada da şöyle bir handikap var. Çok fazla olması, nicelik olarak çok, ama nitelik olarak sıfır.”.

3.1.4.3.2. Mahkemelerin-Tıp Hukukunun Yetersizliği:

Bu kod defansif tıbbin mahkemelerin yetersizliği ve tıp hukukunun tıp bilmeyen kişiler tarafından uygulanması nedeniyle kullanıldığını ileri sürmektedir. Bu öncülü dava edilme korkusu ile ayıran nokta, bu öncülde hekimlerin mahkemelere güvenmedikleri için defansif davranıyor olmalarıdır. Dava edilme korkusunda ise hekimler dava süreçlerinden ve olası sonuçlarından çekinmektedirler. Bu koda 2 hekim katılım göstermiştir ve hekimlerin konuya ilişkin görüşleri şu şekildedir;

-AT1: “Defansif tıp uygulamasının en temel nedeni bence mahkemelerin yetersizliği, sağlık yönündeki bilgisizliği. Mahkemeye düştüğü zaman işin ölümlü bir olay olursa yüksek sağlık şurasına gider, oradaki birkaç tane profesör rapor yazın der hâkim alır ki o rapor tartışılmaz, sanki yüksek yargı kararı gibi algılanır ve cezan kesilir.”.

-KD2: “Malpraktisin ülkemizde eğitimsiz bir kitle tarafından uygulanmasından kaynaklanıyor.”.

3.1.4.3.3. Sağlık Politikaları

Bu kod esasen Sağlıkta Dönüşüm Programına (SDP) atıfta bulunmaktadır. SDP ile sağlık sektöründe meydana gelen birtakım değişikliklerin defansif tıp uygulamalarını tetiklediğini ifade eden 5 hekim bulunurken, alt kod olan performans kriterlerinin öncül

olduğunu 4 hekim, hastanelerde artan yoğunluğun öncül olduğunu ise 9 hekim ifade etmiştir.

Hekimler SDP kapsamında atılan yanlış adımların hekimleri baskı altına aldığını ve defansif davranmaya zorladığını ifade etmektedirler. Hekimler,

SDP kapsamında hastaların ön plana alındığını ve korunduğunu bu nedenle hekimlerinde kendilerini koruyabilmek adına defansif tıp uyguladıklarına değinmektedirler. Bu yönde görüş bildiren hekimlerin ifadelerinden bazıları aşağıda verilmiştir.

-GC1: *“Sağlıkta dönüşüm programının en başından itibaren idarecilik yapmış bir insanım. Bu programa çok ciddi olarak inanmış birisiydim. Ama bir yerden sonra kantarın topuzunun kaçtığını düşünüyorum. Evet, ondan öncesinde iş başka boyutlarda kötüydü. Doğru bir yolla doğru bir düşünceyle değiştirmek için başlandı. Ama kantarın topuzu kaçtı ve dengeyi kaybettik orada biz. Tabi ki ucu kaçınca altta kalan doktorlar oldu. Doktorlar da yapmam dedi.”*

-GGS: *“Sağlık bakanlığı sağlıkta dönüşüm sürecinde ciddi olumlu işler yapıldı. Sağlık alanında ciddi katkılar ve ilerlemeler kaydedildi. Çok ciddi başarılarla erişildi. Ama sağlıkta dönüşümün doktor ayağı maalesef biraz geri planda kaldı. Bu dönüşümde doktorların büyük fedakârlıkları oldu. Ciddi manada kendilerinden vererek bu dönüşüme doktorlar katı sağladı. Ama yetkili merciler idareciler doktorların bu sağlıkta dönüşüme yaptığı katkıyı, fedakârlığı hiçbir zaman onore etmediler, hiçbir zaman desteklemediler. Biz bunu destek veren doktorlar sayesinde, onların fedakârlığı sayesinde kazandık demediler. Doktorları onore etmediler ve her zaman hasta odaklı projeler geliştirdiler ve hastaları müşteri olarak görüp hastalar her zaman haklıdır duygusuyla devam ettiler. Kimse doktorların bu konudaki katılımını, düşüncesini sormadı. Bu noktada yanlış uygulamalar, yanlış politikalarda yapıldı.”*

A. Performans Kriterleri: SDP ile gelen ve hekimlerin daha fazla ücret kazanabilmek için karşılamak durumunda oldukları performans kriterlerinin defansif tıp uygulamalarının öncülü olduğunu ifade eden hekimlerin ifadelerinden bazıları şöyledir;

-ONK: *“Doktorları aslında defansif tıbbı iten en önemli şeylerden bir tanesi aslında performans baskısı. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nda ve üniversitelerde baktığın hasta sayısı kadar para kazanırsın. Hastaya 10 dakika ayırmak zorundasın. Genel cerrah da olsan, ortopedist de olsan on dakika ayırmak zorundasın. 10 dakika içerisinde sekretere*

MR işaretlettirip, MR istemek daha kolay. Bu da asıl işin olan hastayla diyalogu kaçırmana sebep oluyor aslında. Performans baskısının buna çok etkisi vardır.”.

-URO: “Bu sistemde insanlar hedeflediği ücreti alacak performansı ortaya koyduktan sonra bir daha risk almıyor.”

-KAR: “Ben performansın yanlış olduğunu düşünüyorum. Sen hekime daha çok hasta bak, daha çok reçete yaz dersen; bu her insanı kabilce ben dâhil her insanın vicdanın silineceği bir durum olur. Çünkü maaşını direk bununla belirliyorsun. Bunu kabul etmekle direk onu da kabul etmiş oluyorsun. Daha fazla israf. Hastaya da bu bilgi verildiği zaman hasta da niye benim bütün tahlillerim yapılmadı diyor.”.

B. Artan Yoğunluk: SDP ile birlikte artan hastane kullanım oranının defansif tıbbın öncülü olduğunu 11 hekim 21 kere ifade etmiştir. Buna göre hekimler hasta ve hasta olmayanları ayırt edebilmek için yeterli zamana sahip olmadıkları için doğrudan tetkik ve görüntüleme istemi ile bu işi çözmektedirler. Ayrıca hekimler hastaları tetkik ve görüntülemeler ile bir süre oyalayarak mevcut yoğunluğu azaltmak için de defansif tıbbi kullanmaktadırlar. Bu duruma değinen hekimlerin ifadeleri aşağıda verilmiştir.

-PRE: “Hastayı tahlille geciktiriyorsun bir nevi oyalıyorsun yani. ... Bizim iş yükümüz çok fazla hata yapmaktan kaçınmak istiyoruz.”

-AT2: “Personel sıkıntısı oluyor, biraz da vakit diye ilk etapta birincil tetkik olarak görüntüleme isteyebiliyoruz bazen.”

-KD1: “Hasta acile geliyor karın ağrım var diye geliyor. Hepsine BT istenmiş. Normal fizyolojik kistler var. Ama hastaların ne akut batını var ne BT çekilecek durumları var, hiçbir şeyleri yok gerçekten gereksiz yere radyasyon alıyorlar. ... Dünyanın radyasyonu kontrolsüz şekilde kullanılıyor. Ama ne hasta ne hekim bunun farkında. Ama diğer taraftan bin kişinin girdiği bir yerde başka türlü hastayı eleyemiyorsun. Hekim hastayı alacak, takip edecek, yatırarak, üç dört saat gözümün önünde dursun diyecek; ama bin tane hasta gelirse bunu yapamıyorsun.”

-İCH: “Hekimi suçlamamak lazım. Siz bir hekimin üstüne bu kadar gelerseniz günde kırk hasta yerine 120 hasta baktırırsanız, hakkettiği miktarda maddi eşitliği adaleti sağlamazsanız ve bir sürüde gerekli gereksiz şikâyet le muhatap edip onlara cevap yazmakla doktoru meşgul ederseniz, doktor da mecburen defansif tubba itiliyor.”.

3.1.4.3.4. Yönetimin Desteği

Hekimler defansif tıbbın bir öncülü olarak hastane idaresinin, il sağlık müdürlüğünün veya Sağlık Bakanlığı'nın şikâyet ve dava süreçlerinde yanlarında yer almamasını göstermişlerdir. Bu koda 16 hekim (%76) 28 kere değinmiştir.

Hekimler yönetimin arkalarında durmamasının motivasyonlarının düşmesine ve hastaları sevk etmelerine neden olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir;

-ONK: *“On sene içinde gelişen şeylerden bir tanesi hasta haklarının çok vurgulanmasıdır. Bu önemli bir konudur, tartışılacak bir şey yoktur. Ama haksızken de hesap sorulabilme, kaba tabirle sen bizim vergilerimizle burada çalışıyorsun düşüncesi yerleştirilmiştir. Üniversiteler bu konuda mesela biraz daha özerktir. Üniversitelerde senin arkanda daha çok dururlar. Ama devlet hastanelerinde seni saçma sapan bir şey için şikâyet etse bile sen o şikâyeti cevaplandırmak durumundasındır. Savunma yapmak durumundasındır. Bu mekanizma tabi yıldırır.”*

-KD2: *“Benimle ilgili şikâyetleri direk idare cevaplasaydı ve bana gelmeseydi, haberim bile olmazdı. Hastalara her zaman rutin davrandığım şekilde davranırdım. Ama bu tarz şikâyetlerde ben birazcık daha hastaları yönlendirmeye başladım. Bu bir tane değil. Yok, sabah erken geldik de randevusuz bakmadı, gönderdi ya da geliyor hasta bakmışım. Bir problem görmüşüm, on defa anlatmışız, tahlilleri kendisi yapmamış, algılayamamış. Ondan sonra geliyor ben algılayamamıştım, anlatmamıştı diyor. Aynı gün dâhiliyeye göndermişim, benim durumumu bana bilgi vermedi de guatrim varmış diyor. Hâlbuki ben dâhiliyeye göndermişim, bunların hiçbirinin bana gelmemesi lazım. İdare bunları kendisi cevaplasa baksa görse, beni tanısa bunlar bana gelmese, ben de insanlara karşı bir nefret duygusu yavaştan gelmese hasta-doktor çatışması olmaz. Çünkü ben zaten seviyorum, insanlara yardımcı olmaya çalışıyorum. Bir de bu tarz şikâyetler insanı inanılmaz negatif etkiliyor. Sonradan unutsan bile aynı gün sabahtan gelse önüne akşama kadar onu kurgulayıp duruyorsun. Biliyorsun sonucunda bir şey çıkmayacak ama insanı negatif etkiliyor. Böyle ufak tefek şeylerin kesinlikle önüme gelmemesi lazım.”*

CSH: *“Yönetim yanımızda olur, yardımcı olursa defansif tıbbı itmez tabi. Bizim beraat ettiğimiz bir durumdu. Destekleyici olması defansif tıbbı etkiler yani. Ben bunu yapıyorum, yaptığım şeyin de doğru olduğunu biliyorum. Ama komplikasyon oluşuyor ve*

Sağlık Bakanlığı da bunu bu şekilde yorumlayacaktır diye düşününce, olumlu olacağını düşünüyorum.”

3.1.5. Defansif Tıbbın Sonuçları

Bu boyutta “Defansif tıbbın sonuçları nelerdir?” sorusuna cevap aranmıştır. Hekimlere yöneltilen bu soru ile hekimlerin defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekimlerin algılarının neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Hekimlerin görüşleri 3 temaya dağıtılmış olup, bunlar hekim açısından sonuçlar, hasta açısından sonuçlar ve sağlık sistemi açısından sonuçlar temaları altında yer alan toplamda 5 tane koddan oluşmaktadır.

3.1.5.1. Tema 1: Hekim Açısından Sonuçları

Defansif tıbbın hekim açısından sonuçları iki boyuta ayrılmıştır. Bunlar olumlu sonuçları ve olumsuz sonuçlarıdır. Defansif tıbbın olumlu sonucu olarak sadece hekimi rahatlatması görülürken, olumsuz sonuçları hekimin mesleğini icra etmesini zorlaştırması, hekimin mesleki gelişimini engellemesi, stres ve yoğunluğu artırması şeklinde belirlenmiştir.

3.1.5.1.1. Hekim Açısından Olumlu Sonuçları

A. Hekimi Rahatlatması: Defansif tıbbın hekim açısından olumlu sonucu olarak görülen hekimi rahatlatması sonucuna 21 hekimden sadece 2’si değinmiştir. Defansif tıbbın hekimi koruma amacıyla yapıldığı alan yazında sıklıkla yer alsa dahi çalışmada defansif tıp uygulamasının hekimleri rahatlattığını düşünen hekim sayısı çok düşük bulunmuştur. Bu doğrultuda görüş bildiren hekimler;

-ORT: “Defansif tıp %100 olmasa da yine de koruyor. Suyu sabuna dokunmayan adam rahattır. Elini taşın altına koymayan insan her zaman rahattır.”

-GOZ: “Biraz işimiz kolaylaştırmış olabilir. Yani, muayene ile karar vermekten ziyade, bir tetkikle desteklemek bu pozitif defansif tıba giriyor galiba; o bizim işimize katkı sağladı.” demiştir.

3.1.5.1.2. Hekim Açısından Olumsuz Sonuçları

A. Hekimin Mesleğini İcra Etmesini Zorlaştırır: Defansif tıbbın sonucunun hekimin mesleğini icra etmesini zorlaştırdığını savunan 4 hekim bulunmaktadır. Buna göre defansif tıp uygulayan hekimler mesleklerini uygulayamamakta, karar vermekte zorlanmakta, verdikleri kararları uygulamaya çekinmektedirler. Ayrıca defansif tıp nedeniyle yapılmayan uygulamalar zamanla tamamen yapılamaz hale gelmektedir. Bu yönde görüş bildiren hekimlerin ifadelerinden bazıları aşağıdaki gibidir;

-ONK: “*Sen de mesleki anlamada tıkanıyorsun. Verdiğin kararı uygulayamıyorsun uzadıkça uzuyor. Hastanın evre iki iken verdiğin kanser tedavisi ile evre dört arasında verdiğin kanser tedavisi arasında %100 fark vardır. Defansif tıp hastaların ömrüne, yaşam kalitesine, her şeye mal olabilir. Türkiye’deki en büyük sıkıntılardan bir tanesi budur. Kanser hastasına teşhis koymak çok zordur. Amerika’da ne guidlinelar uygulaniyorsa bizde de onlar uygulaniyor ama onlardaki guidlinelarda hastaların %80’i evre 1-2 de yakalanırken bizde bu oran %20’lerde falan. Bunların en önemli nedeni defansif tıp.*”

-GC1: “*Bir grup zaten yapmıyor, yapmak isteyen de bir hastanede bir iş sürekli yapılmadığı sürece orada bu iş yapılmıyor oluyor. Oraya o yerleşiyor zaten. Siz o işi yapmaya kaktığınız zaman hem hastane hem yardımcı personeliniz afalliyor. Yani, yapmak istesiniz de yapamıyorsunuz bir yerden sonra.*”.

B. Hekimin Mesleki Gelişimine Engel Olur: Defansif tıbbın hekimin mesleki olarak gelişmesini engelleyeceğini ifade eden 6 hekim 9 kere bu konuya değinmiştir. Bu sonuca ilişkin görüş belirten hekimler genel olarak hastadan kaçınan, sürekli tetkik ve görüntülemeler ile boğuşan hekimlerin kendilerini geliştiremeyeceklerini ve tembelleşeceklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin bu doğrultudaki ifadelerinden birkaçı şöyledir;

-ENF: “*Tamamen kolaya konmaya benziyor. Bir konuyla ilgili fikir sahibi olması gerekirken bunu reddetme gibi bir şey oluyor. O yapsın, şu yapsın, bu yapılsın, aradan çıksın demek, tabi ki de tembelleştiriyor.*”.

-KD2: “*Sürekli onu yapmam, bunu yapmam derken en sonunda körelirsin.*”.

-GOZ: “Olası bir komplikasyon durumunda ne yaparız diye kendimizi geliştirecek bir takım tıbbi uygulamalardan geri kalıyoruz.” diyerek defansif tıbbın hekimin gelişimini engellediğini ileri sürmüştür.

C. Stres Oluşturur: Katılımcılardan 7’sinin görüşüne göre defansif tıbbın hekim açısından bir sonucu da hekimlerde stres oluşturmasıdır. Bu yönde görüş belirten hekimlerin görüşleri şu şekildedir;

-GGS Hastalıkları: “Hekim açısından da olumsuz. Kendini rahat hissetmezse iyi çalışmıyor. Maalesef bu şiddet sarmalı ve baskı hekimin işini iyi yapmasını engelliyor. Bu da ciddi manada hekimi zorlayan bir konu. Stres artıran bir unsur.”

-GC2: “Defansif tıp sonucunda hekim açısından huzursuz bir iş ortamı, kaygının ve stresin artması, mesleği sevmeden zoraki yapmak gibi bir durum olabilir.”

-ENF: “Bir kere endikasyon dışı uygulamalar yapan hekim işi tamamen yanlış yapıyor. Her şeyi yanlış yapan bir kişi tabii ki kendine zarar veriyor. Stres oluşturur. Zaman kaybı olabilir.”

D. Yoğunluğu Arttırır: Defansif tıbbın hekim açısından olumsuz olarak görülen bir diğer sonucu yoğunluğu arttırmasıdır. Buna göre hekimler defansif tıp uygulamalarının hem kendileri için hem de diğer sağlık personeli için iş yükü oluşturduğunu düşünmektedirler.

Defansif tıbbın öncülleri incelenirken katılımcıların bir kısmı defansif tıp uygulamalarına mevcut yoğunluğu azaltmak adına başvurduklarını ifade etmişlerdir. Ancak hekimlerin defansif tıbbın sonuçlarından birisi olarak hekimlerin yoğunluğunun artmasından bahsetmesi defansif tıbbın anlık olarak yoğunluk azaltmak için kullanıldığını, tetkik ve görüntülemeler ile ertelenen hastaların kendilerine birçok tahlille geri gelmesinin kendilerinin yoğunluğunu arttıracaklarını, yönlendirilen hastaların ise başka hekimlerin yoğunluğunu arttıracaklarını ifade etmektedir. Bu konuda görüş bildiren hekimlerin ifadeleri şöyledir;

-KD1: “İnsanlar daha çok defansif tıp uyguladıkça hocalara çok yüklenme oluyor. Ne kadar ameliyat yapabilir ki? Uzun randevu listeleri oluşuyor.”

-ENF: “Doktor çok gereksiz sonuçlara bakmak zorunda kalıyor onun açısından da kötü. Yoğunluğu daha da arttırıyor sonuçta.”

Katılımcılar yoğunluk artışının ise hekimler açısından iki farklı sonucu olduğunu düşünmektedirler. Bunlardan birisi yoğunluk sebebiyle hekimlerin hata yapması, diğeri ise zaman kaybı yaşanmasıdır. Hekimlerin yoğunluk sebebiyle hata yapacağını savunan bir hekim (KD2) görüşünü şu sözlerle dile getirmiştir “*Zaten hiçbir MR sonucuna da güvenmiyorum artık. Yalan yanlış gelmeye başladı, anlamadım. Son gelen 3-4 MR sonucu çok çok yanlış. Onları artık uzmana da baktırmıyorlar o kadar çok gelince. ... O kadar ultrason nasıl bir doktor kafasını toparlayacak da daha detaylı bakacak, daha düzgün ölçecek? Ondan sonra ya kist atlanır ya da olmayan bir şeyler çıkar. Bizim açımızdan da sıkıntı, hasta açısından da sıkıntı, ona göre tedavi planlıyorsun.*”. Defansif tıp nedeniyle artan yoğunluğun zaman kayıplarına neden olacağını ifade eden 6 hekim bulunmaktadır. Bu görüşü savunan hekimlerden biri (Acil 2); “*Doktoru hastanın asıl probleminden uzaklaştırabilir. Bir sürü tetkik istediğiniz zaman, sonuçta bir de bunları değerlendirme var. Zaman ve iş gücü kaybını arttırabilir.*” diyerek ekstra tetkik ve görüntülemelerin hekimler açısından zaman kaybı oluşturduğunu ifade etmiştir.

3.1.5.2. Tema 2: Hasta Açısından Sonuçları

Bu tema defansif tıp uygulamalarının hastayı nasıl etkilediği konusunda hekimlerin görüşlerini içermektedir. Tema öncelikli olarak iki boyuta ayrılmıştır. Bunlar defansif tıbbın hasta açısından olumlu sonuçları ve defansif tıbbın hasta açısından olumsuz sonuçlarıdır. Defansif tıbbın hasta açısından olumlu sonucu olarak erken teşhis imkânı sağlaması görülürken, olumsuz sonuçları hasta için risk oluşturması, hastalara maliyet yüklemesi, hastanın psikolojisinin bozulması, tetkik ve görüntülemelerin yan etkileri ve tedavinin gecikmesi olarak görülmektedir.

3.1.5.2.1. Hasta açısından Olumlu Sonuçları

Defansif tıbbın hasta açısından olumlu olduğunu belirten 2 hekim bulunmaktadır. Katılımcılara göre defansif tıp kapsamında hastalardan istenen ekstra tahlil ve görüntülemeler ile hasta detaylıca inceleniyor, bir şeylerin gözden kaçma riski en aza indirilebiliyor. Bir diğer görüşe göre ise hastalardan kaçınma sonucunda hastalara gereksiz müdahale yapılmayacağını ve hastaların daha donanımlı hastanelerde tedavi imkânı bulabileceğini belirtmektedir. Hekimlerin bu yöndeki ifadeleri aşağıdaki gibidir;

-ENF: “Hasta açısından olumludur. Hasta acile başvuruyor yapılmayan tahlil kalmıyor, görmeyen hekim kalmıyor. Eskiden hastalar polikliniğe geliyordu, bir bransa başvuruyordu. Ne derse gidiyordu. Şimdi hastalarda akıllandı, acile gidiyorum beni her bölüm görüyor diyor. Çünkü acilde inisiyatif alınmıyor her şey danışılıyor.”

-URO: “Defansif tıpta bir defa en azından şu olur; gereksiz hasta müdahaleleri azalır. O hasta ameliyat olması gerekirse zaten bir üst merkeze gider, orada olur. Doğrusu da budur. Perifer hastanelerde daha küçük çaplı müdahaleler, daha özellik isteyen müdahalelerde büyük merkezde olması lazım. Defansın zaten olması gerekir.”

A. Erken Teşhis İmkânı Tanınması: Defansif tıbbın erken teşhis imkânı sağlayacağını ifade eden 3 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar defansif tıp kapsamında istenen ekstra tetkik ve görüntülemelerin birtakım hastalıkların erken teşhisini sağlayacağı, bu sayede hastaların tedavisinde geç kalınmayabileceğini ifade etmektedir. Katılımcıların ifadeleri şöyledir;

-AT2: “Olumlu olarak bazen bazı hastalıklar erken teşhis edilebilir. Daha kısa sürede daha fazla tetkik istenerek hastaya daha kolay bakılır.”

-CLD: “Bir manada daha minimal kalıyordur bence faydalı olduğu atıyorum çok çok düşük ihtimal vermediğin sıkıntılı bir durum var. Sırf ikna olunsun diye tam emin olmak için bir şey istersin ve gerçekten bir şey çıkabilir. Ne olur? Tanısını birazcık daha erken koymuş olursun.”

3.1.5.2.1. Hasta açısından Olumsuz Sonuçları

A. Hasta İçin Risk Oluşturması: Defansif tıbbın hasta açısından risk oluşturduğunu belirten hekimler bu riskleri komplikasyonlar, ekstra görüntüleme ile alınan zararlı ışınlar, yapılan gereksiz girişimsel işlemlerin olumsuz sonuçları ve ilaçların yan etkileri olarak belirtmişlerdir. Defansif tıbbın hastalar için risk oluşturduğunu 21 hekimin 17’si (%81) ifade etmiş ve bu sonucu 33 kere tekrarlamışlardır. Buna göre hekimler defansif tıbbın sonuçları içerisinde defansif tıbbın hasta için risk oluşturduğu sonucuna oldukça fazla katılmaktadırlar. Hekimlerin birkaçının konuyla ilgili ifadeleri ise şu şekildedir;

-AT1: “Hastaya komplikasyon getirecek işlemlerde var.”

-CLD: “Tabi ki sonuçta verdiğin tek basit bir ilaç bile az çok yan etkisi var. Mesela akciğer filmi çekmişsindir, çok düşük dozda tomografi çekmişsindir, hasta o an boşuna

radyasyon almıştır. ... Fazla tetkik isteyenlerde var ama tabi ki yan etkileri de var. Tomografi çekiyorsun radyasyon veriyorsun neden alsın. Ya da ilaçlı bir görüntüleme yapıyorsun o ilacı neden alsın. Bunun gibi şeyler hastalar için risk oluşturuyor tabi ki.”.

-KD2: “Hasta habire ilaç kullanır, gereksiz bir sürü radyasyon tehlikesi var, bir sürü şey var. Durmadan kan alındı diyelim; sürekli enjeksiyon onlarda hematom olabilir, enfeksiyon kapabilir.”.

-ONK: “Hastaya zarar veriyorsun teşhiste kayıp, tedavide kayıp, gereksiz girişimsel işlem, gereksiz radyasyon veriyorsun.”.

B. Hastalara Maliyet Yükler: Defansif tıbbın hastalar için olumsuz sonuçlarından birisi de hastalara bir takım ekstra maliyetler getirmesidir. Bu görüşte birleşen 13 hekim bulunmaktadır. Hekimler genel olarak hastalara yüklenen maliyetleri ise özel hastanelerde yapılan işlemlerden alınan ücretler, sigortasız hastaların karşılaştacağı ekstra maliyetler, hastaların bir hekimden diğer hekime veya bir hastaneden diğer hastaneye gezmek zorunda kalmasının getireceği maliyetler olarak aktarmışlardır. Hekimlerin ifadelerinden bazıları şu şekildedir;

-GOZ: “Kesinlikle ciddi hastalığı olan insanlar sadece bizde değil eğitim araştırmada bile öyle, bu insanlar özele yönlendirilmiş olabiliyorlar ya da İstanbul, Ankara, buralara ulaşmak daha zor; hem fiziksel olarak hem maliyet olarak zor.”.

-GC2: “En basitinden sağlık çalışanlarından bir arkadaşın başına problem geldi. Tümör vardı. Ameliyat olacak hekim ve yerle alakalı ciddi bir problem yaşadı. Bulduktan sonra da ameliyatın maliyeti bir ev parasına mal oldu. Bu ciddi bir külfet oluyor.”.

-KD1: “Riskli hasta ise ameliyatı da her ne kadar faydalı da olsa oradan oraya sürekli dolanıp duruyorlar. Bir dönem hastanelerde hocamız kalmadı ve hastalar özele gitmek zorunda kaldı, daha çok para ödemek zorunda kalıyorlar bir türlü ameliyat olamıyorlar.”.

C. Hastanın Psikolojisi Bozulur: Katılımcı bir hekim tarafından defansif tıbbın hasta açısından olumsuz sonucu olarak hastanın psikolojinin bozulacağı gösterilmiştir. Hekim (KD2) bu görüşünü “Hasta ameliyat yaptıracak doktor bulamaz. Normal doğum yaptıracak doktor bulamaz. Sezaryen yaptıracak hastane bulamaz. Sürekli durmadan o ilacı dener, bu ilacı dener, hiçbir şey yapamaz. Dünya kadar tahlil yaptırır, hiçbir şey çıkmaz. Doktor-hasta güven problemi oluşur. Ona gider, buna gider iş kaybı oluşur.

Hasta açısından kafa karışıklığı oluşur arada kalır, en sonunda psikolojisi bozulur.” sözleriyle açıklamıştır.

D. Tedavinin Gecikmesine Neden Olma: Katılımcılara göre defansif tıbbın hastalar için olumsuz sonuçlarından birisi de tedavinin gecikmesine neden olmasıdır. Hekimlerden 15’inin katıldığı ve 31 kere tekrar ettiği bu görüşe göre hastalar özellikle riskli hastalar tedavi olmadan önce gereksiz tahlil ve görüntülemeler ile oyalanırken, sonrasında birçok hekim gezmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da hastanın tedavisinde gecikmeye neden olabilmektedir. Bu görüşe katılan hekimlerin ifadelerinin birkaçı şöyledir;

-ONK: *“Pet CT var, tomografi, kemik taraması, MR, ultrason gibi görüntüleme tetkiklerini isteyerekten hastanın tedavisini başlatmak gecikebilir. Hekim çok defans yaparsa hastanın tedaviye başlaması gecikiyor ki bu onkolojide büyük sıkıntıdır.”*

-AT1: *“Konsültasyon için beklerken hasta zarar görüyor, ama o dosyayı eline alan arkadaş bu durumdan zarar gördüğünü göremiyor.”*

-GC2: *“Büyük bir ameliyat gerektirecek bir hadiseyle karşılaşıldığında maalesef hem bu davalardan şikâyetlerden çekinildiği hem de sistemin ona dayatmasından dolayı, burası 2. basamak bir hastane ve her ne kadar anestezi vs. olsa bile bu ilde 3. basamak var yakın illerde daha iyi hastaneler var deyip hastayı sevk ediyoruz. Sevk zincirinin de hızlı ve işlerliği etkili olmadığı için hemen ameliyat edilmesi gereken hastanın günlerce beklemesine sebep oluyor.”*

3.1.5.3. Tema 3: Sağlık Sistemi Açısından Sonuçları

Defansif tıbbın sağlık sistemi açısından sonuçları temasında defansif tıbbın sağlık hizmetleri kalitesine etkisi ve sağlık hizmetleri maliyetlerine etkisi olmak üzere iki farklı kod bulunmaktadır. Bu kodlardan defansif tıbbın sağlık hizmetleri kalitesine etkisi olumlu etkisi ve olumsuz etkisi olmak üzere iki alt koda ayrılmaktadır. Bu koda göre defansif tıp uygulamaları bazı açılardan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken bazı açılardan ise düşürmektedir. Diğer kod olan sağlık hizmetleri maliyetlerine etkisi ise defansif tıp uygulamaları kapsamında yapılan tetkik, görüntüleme ve tedavilerin sağlık hizmetlerine ekstra maliyet yüklediği yönündedir.

3.1.5.3.1. Sağlık Hizmetleri Kalitesine Etkisi

A. Sağlık Hizmetleri Kalitesine Olumlu Etkisi: Defansif tıbbın sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini ifade eden 9 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlere göre defansif tıp hastalar ile daha iyi iletişim kurulması, daha detaylı hasta kaydı alınması ve gereksiz hasta müdahalelerinin azalması gibi sağlık hizmetleri kalitesini artırıcı birtakım uygulamalar sayesinde sağlık hizmetleri kalitesine olumlu katkıda bulunmaktadır.

-GC2: “Özellikle yazı çizi işlerinde daha dikkatli kayıt altına alınması konusunda olabilir. Eskiden kara düzen giden olduğu gibi yazılmadan formaliteden geçirildiği düzenden şimdi her şeyin ayrıntılı olarak yazılıp kayıt altına alınması sağlık hizmetleri kalitesini artırabilir.”.

CSH: “Kayıtların daha iyi tutuluyor olması dışında kalite artırıcı bir durum yok.”

-RSH: “Hastayla daha açık iletişim kurma, her şeyi daha detaylı anlatma sağlık hizmetleri kalitesini artırır.”

B. Sağlık Hizmetleri Kalitesine Olumsuz Etkisi: Defansif tıbbın sağlık hizmetleri kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade eden 6 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlere göre ise defansif tıp hastalar ile hekimler arasındaki mesafeyi açmıştır. Bu nedenle hekimler mümkün olduğunca hastadan kaçmaya çalışmakta, dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite düşmektedir. Bununla birlikte katılımcılar sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların gereksiz kullanımının da sağlık hizmetleri kalitesini azalttığını vurgulamışlardır. Konuyla ilgili katılımcı ifadeleri şöyledir;

NOR: “Bence defansif tıp uygulamaları sağlık hizmetleri kalitesini azaltıyor.”.

-KD2: “Azaltıcı etkiye sahip. Asla arttırdığını düşünmüyorum. Ama kesinlikle azalttığını düşünüyorum, nötr bile değilim. Ayrıntılı açıklama, falan hiç kimse yapmıyor. Tahlillere göre hiç hastanın yüzüne bile bakmadan senin şunun, bunun varmış, tamam. Hastayla konuşarak normal muayeneler falan yok.”.

-AT1: “Bazı istisnalar olabilir, ama toplama vurursak getirdiği mali yükü yapmazsak daha fazla kaliteli hizmet verebiliriz. Tarama testleri vardır mesela. Yaygın olmayan bir testi taramanın bir manası var mı? Çok nadir görülen bir hastalık çok fazla maliyeti de var, ama bütün 80 milyona o testi yapalım. 10 tane o hastayı bulalım, tedavi edelim. O

hastanın gözünden bakarsan ki hukuk o hastanın gözünden bakıyor tabi ki faydası vardır. Ama o parayla belki on binlerce kişiyi etkileyen bir hastalığı daha ucuza taramak daha mantıklı değil mi?”.

3.1.5.3.2. Sağlık Hizmetleri Maliyetlerini Arttırır:

Tüm mülakat sonuçları göz önüne alındığında hekimlerin en çok üzerinde durduğu ve en çok değindiği iki konudan biri defansif tıbbın sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırdığı konusudur. Bu sonuca ilişkin görüş bildiren 19 hekim (%90) bulunurken bunların bu konuya değinme sıklıkları 37 olmuştur. Buna göre defansif tıp uygulamaları kapsamında yapılan uygulamalar (tetkik, görüntüleme, hasta yatışı, sevk, invazif işlemler, ilaç reçete etme vb.) sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırmaktadır. Bu konuda görüş bildiren hekimlerin ifadelerinden birkaçı şöyledir;

-CLD: *“Devlete binen maddi yükü bir tane fazla tetkik istemek; şimdi bir sürü hasta var o kadar hastanın hepsinden birer tane sadece fazla tetkik istesen tabi ki bu bile hepsi maddi yük. Devlete özellikle maddi olarak boşuna büyük bir yük bineceğini düşünüyorum.”.*

-GGS: *“Sağlık açısından zararlarından ziyade maliyetle ilgili zararı olur ülke ekonomisine. Hastaya gereğinden fazla konsültasyon, gereğinden fazla tahlil tetkik isteyerek hastanın maliyetini masrafını daha da arttırıyor; bu da defansif tıbbın bir diğer yönü.”.*

-GOZ: *“Tetkik anlamında ben şahsen dikkat etmeye çalışıyorum, ama garantici olmak adına sık kontrol, fazla ilaç yazımı, fazla görüntüleme gibi uygulamalar maliyetleri arttırır. Bir de vatandaş defansı göre göre benden çıkıyor, başka yere, oradan başka yere gidiyor. O maliyeti de var. Bizim sağlık sistemimizde buna engel yok. Bugün çıkıp aynı gün bile muayene olabilirsiniz.”*

3.1.6. Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları Arasındaki İlişkiler

Bu başlık altında katılımcıların defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları ile ilgili verdikleri cevapların birbiri ile ilişkileri ele alınmaktadır. Bu kapsamda önce defansif tıp öncülleri ile defansif tıp uygulamaları ilişkisine bakılmıştır. Daha sonra ise defansif tıp uygulamaları ile defansif tıbbın sonuçları arasındaki ilişki ele alınmıştır.

3.1.6.1. Defansif Tıbbın Öncülleri ile Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki

Defansif tıbbın öncülleri ile defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişki ele alınırken, hekimlerin bahsettikleri öncüller ile yine hekimlerin değindikleri uygulamalar ilişkilendirilmiştir. Tablo 9’da bu ilişkiye yönelik sayısal veriler yer almaktadır.

Katılımcılar defansif tıp uygulamalarını hastaya, hekime ve sağlık sektörüne ilişkin kimi öncüller ile ilişkilendirmektedir.

Hastaya ilişkin öncüller arasında medyanın diğer öncüllere göre daha önemli bir yer aldığı düşünülmektedir. Medyada yer alan programlar, haberler ve yayınlar neticesinde hastalar hekimlere karşı güvensizlik hissi besleyebilmekte ve bu güvensizlik hekimlerin pozitif ve negatif defansif uygulamalarda bulunmalarını sağlayabilmektedir. Güvensizlik ortamında hekimler kendilerini garantiye almak adına daha fazla konsültasyon, görüntüleme ve tetkik istemektedir. Bununla birlikte katılımcıların 10’u medyanın daha az inisiyatif alma ve hastaları sevk etme konusunda teşvik edici olduğunu belirtmektedirler.

Hekime ilişkin öncüller ile defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında birden fazla öncülün ön plana çıktığı görülmektedir. Genel anlamıyla hekimler değişen hasta hekim ilişkisi, değişen bakım standartları, hasta beklentilerini karşılama isteği, hata yapma korkusu, malpraktis davaları, şikâyet kaygısı ve şiddet görme korkusu ile pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamında daha fazla konsültasyon, görüntüleme ve tetkik istemekte, bunların yanında negatif defansif tıp uygulamalarına da başvurumaktadırlar. Tabloda görüldüğü üzere değişen bakım standartları öncülü defansif tıp uygulamaları ile en ilişkili öncüdür. Hekimler birtakım uygulamaları tıbbi olarak gerekli olmasa dahi yıllardır yapıldığı için yapmak zorunda kalmaktadır. En yüksek frekansın bu öncülde olması da bu nedenle oldukça doğaldır. Bununla birlikte fiziksel veya sözel şiddet görme kaygısı da hekimleri defansif tıp uygulamaya yönelten önemli bir öncül olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık sektörüne ilişkin öncüller içerisinde ise defansif tıp uygulamalarını etkileyen öncüller gelişen tıp teknolojisi ve yönetimin desteğidir. Hekimler gelişen tıp teknolojisi ile tetkik ve tahlillere daha kolay ve daha hızlı ulaşabilmektedirler. Bunlara ek olarak diğer hekimler ile daha hızlı iletişim kurup otomasyon sistemi üzerinden hızlıca konsültasyonlar isteyebilmektedirler. Ayrıca hangi hastanelerde hangi hekim var, nerede kaç yatak boş gibi bilgilere hızlı erişerek buralara hastaları sevk edebilmektedirler.

Defansif tıp uygulamalarını etkileyen bir diğer öncül algılanan yönetim desteğidir. Hekimler yönetimin (hastane idaresi, il sağlık müdürlüğü veya bakanlık) desteğini algılamadığında kendilerini daha koruyucu işlemler yapma çabasına girebilmektedirler. Bu nedenle olası bir dava sürecinde ellerini güçlendirecek tetkik, görüntüleme ve konsültasyona başvurabilmekte, ayrıca yine olası risklerden uzak kalmak için daha az inisiyatif alıp, sevk uygulamalarına başvurmaktadır.

Tablo 9: Defansif Tıbbın Öncülleri ile Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki

	Negatif Kaçınma			Pozitif Garantici										
	Kaçınma	Daha Az İnsiyatif Alma	Sevk	Toplam	Görüntüleme	Hasta Yatırma	İnvazif İşlem	Konsültasyon	Tetkik	Hasta ile Daha Açık İletişim Kurma ve Onam Alma	Hasta Kaydı	Kişisel Kayıt	İlaç	Toplam
Hastaya İlişkin Öncüller														
Hasta/Hasta Yakınlarının Kişilik Özellikler	9	6	7	22	10	6		11	12	5	5	2	1	52
Hastanın Güvensizliği	2	2	2	6	2	1		3	2	3	1		1	13
Medya	10	9	10	29	14	7		14	15	7	6	3	2	68
Hekime İlişkin Öncüller														
Değişen Hasta Hekim İlişkisi	4	3	4	11	5	2	1	6	5	3	2		1	25
Değişen Bakım Standartları	7	5	7	19	12	4	1	8	10	2	3	2	0	42
Hekimin Kişiliği	7	9	8	24	12	6	1	11	16	6	7	2	2	63
Başından Daha Önce Şikâyet Süreci Geçmesi	5	2	5	12	6	2	1	5	6	2	3	2	1	28
Hekimlerin İtibarlarını Koruma İsteği	4	3	2	9	4	2	1	4	6	3	3	1	1	25
Hasta Beklentilerini Karşılama	6	9	7	22	11	4		10	12	4	6	1	1	49
Hasta Yararına Davranma	2	1	3	6	2	2		3	5	2	1	2	0	17
Hata Yapma ve Bir Şeyleri Gözden Kaçırma Korkusu	7	5	9	21	10	6		10	12	4	4	3	1	50
Hekim Yetersizliği	3	1	3	7	4	1	1	3	5		1	1		17

Kötü Sonuçlardan ve Riskten Kaçınma	7	7	9	23	11	4	1	14	13	6	3	2	1	55
Malpraktis Davası Korkusu	7	10	9	26	12	5		11	14	5	6	2	1	56
Şikâyet Edilme Korkusu ve Hasta Şikâyet Hatları	9	9	10	28	14	6		11	13	6	6	2	2	60
Tazminat Korkusu	5	4	5	14	8	2	1	8	9	4	3	1	1	37
Meslektaş Eleştirisi Kaygısı	3	3	2	8	3	3		3	4	3	3	1	1	21
Meslektaşların Uygulamaları	5	4	6	15	7	3	1	4	7	1	2	1	1	27
Meslektaş Yönlendirmesi	2		2	4	2	2		1	2	2	1	2	1	13
Meslektaşların Yaşadığı Şikâyet Süreçleri	2	2	2	6	3	2		2	3		2	1	0	13
Fiziksel Şiddet Görme Korkusu	8	8	11	27	11	7	1	11	14	6	5	3	2	60
Sözel Şiddet Görme Korkusu	6	6	8	20	8	6		7	10	5	4	3	2	45
Pratik Tıp Eğitimi	5	2	5	12	5	1	1	5	6	4	4	1	1	28
Teorik Tıp Eğitimi	2	2	2	6	4	1		4	3	1	1	1	0	16
Sağlık Sektörüne İlişkin Öncüller														
Gelişen Tıp Teknolojisi	7	7	8	22	12	5	1	9	11	3	4	2	1	48
Mahkemelerin Tıp Hukukunda Yetersiz Olması	1	1	1	3	2	2		2	2					8
Sağlık Politikaları	10	4	4	18	3	2		3	5	4	3	1	1	22
Performans Kriterleri	2	1	1	4	2		1	3	4					10
Yoğunluk	4	5	4	13	7	3	1	6	8	5	3	1	1	35
Yönetimin Desteği	11	6	8	25	10	5	1	11	13	6	5	1	2	54

3.1.6.2. Defansif Tıp Uygulamaları ile Defansif Tıbbın Sonuçları Arasındaki İlişki

Defansif tıp uygulamalarının defansif tıbbın sonuçlarıyla olan ilişkisi Tablo 10'da yer almaktadır. Tabloda ayrıntısı görüldüğü üzere hekimler negatif defansif tıp kapsamında daha az inisiyatif almanın hem hasta açısından hem de sağlık sistemi açısından bir takım olumsuz sonuçları olduğunu düşünmektedirler. Buna göre hekimler daha az inisiyatif almalarının sağlık sistemi açısından sağlık hizmetleri maliyetini arttırdığını düşünürken; hastalar açısından risk oluşturduğunu, tedavinin gecikmesine neden olduğunu ve yapılan ekstra tetkik ve görüntülemenin hastalara yan etkilerinin olduğunu düşünmektedirler

Hekimler, bir diğer negatif defansif tıp uygulaması olan hastayı sevk etme uygulamasının ise hastalar için risk oluşturduğunu, tedavinin gecikmesine neden olduğunu ve hastalara ekstra maliyet yüklediğini düşünmektedirler.

Hekimler pozitif defansif tıp uygulamaları kapsamında başvurulanı görüntüleme, tetkik ve konsültasyon uygulamalarının sağlık sistemi açısından sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırdığını, hastalar için ise risk oluşturduğunu, hastalara ekstra maliyet yüklediğini,

tedavinin gecikmesine neden olduğunu ve yapılan ekstra tetkik ve görüntülemenin hastalara yan etkilerinin olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca katılımcılar tetkik ve görüntüleme uygulamalarının hekimin mesleki gelişimine engel olacağını, stres oluşturacağını ve zaman kaybına neden olacağını da düşünmektedirler.

Katılımcılar, bir diğer pozitif defansif tıp uygulaması olan hastanın tıbbi gereklilik dışında hastaneye yatışının hekim açısından stres oluşturup, zaman kaybına neden olacağına, hasta için ise risk oluşturup hastaya ekstra maliyet yükleyeceğini düşülmektedirler.

Tablo 10: Defansif Tıp Uygulamaları ile Defansif Tıbbın Sonuçları Arasındaki İlişki

	Negatif Kaçınmacı		Pozitif Garantici												
	Daha Az İnisyatif Alma	Sevki	Toplam	Görüntüleme	Yatış	İnvazif İşlem	Konsültasyon	Tetkik	Hasta ile Daha Açık İletişim	Hasta Kaydı	Kişisel Kayıt	Hastadan Onam Alma	Sağlık Personel Eğitim	İlaç	Toplam
HEKİM AÇISINDAN															
Hekimi Rahatlatır	2	1	2	2			1	2	1					1	8
Mesleki Gelişime Engel Olur	4	5	8	5		1	4	7						1	19
Mesleğini İcra Etmesi Zorlaşır	2	4	6	4		1	4	3	1						13
Stres	5	4	8	6	5		5	8		3				1	29
Yoğunluk Sebebiyle Hata	1	1	2		1		1	1							3
Zaman Kaybına Neden Olur	4	3	7	6	4		5	6	2			1			24
HASTA AÇISINDAN															
Erken Teşhis	2	1	3	2	2		2	3	2		1				12
Hasta İçin Risk	8	11	47	14	6	1	12	12						2	49
Hastalara Maliyet Yükler	5	9	41	12	5	1	10	11						2	43
Hastanın Psikolojisi Bozulur	1	1	2	1	1		1	1							4
Tetkik/Görüntüleme Yan Etkisi	6	5	11	11		1	9	11							32
Tedavi Gecikmesine Neden Olma	8	13	21	14		1	11	13		4		1			44
Hekim Bulamamak	4	4	8												
SAĞLIK SİSTEMİ AÇISINDAN SONUÇLAR															
Sağlık Hizmetleri Maliyetini Arttırır	10		1	10	14	7	1	13	17		4				57
Sağlık Hizmetleri Kalitesini Arttırır	4	4		8	8	3		7	7	5	3	2	1		36
Sağlık Hizmetleri Kalitesini Azaltır	3	1		4	5	2		5	5	1					18

3.2. Nicel Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu aşamasında öncelikle çalışma kapsamında geliştirilen Defansif Tıp Uygulamaları, Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri ve Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilecektir. Daha sonra araştırma kapsamında geliştirilen iki model test edilerek, öncelikle defansif tıbbın hangi öncüllerinin hangi defansif tıp uygulamalarını etkilediği; hangi defansif tıp uygulamaları hangi defansif tıp sonuçlarını etkilediği belirlenmeye çalışılacaktır.

Çalışmanın bu bölümünde katılımcılara ilişkin sosyo demografik bilgiler ile, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi bulgularına yer verilecektir.

3.2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri

Katılımcıların Sosyo Demografik özelliklerine ilişkin bulgular tablo 11'de yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların 983'ü erkek, 740'ı kadındır. Katılımcıların yaşları 24 ile 77 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 41,87 (\pm 11,09)'dir, Yaş gruplarının dağılımı incelendiğinde ise gruplarda yer alan katılımcı sayılarının birbirlerine yakın oldukları, dolayısıyla dengeli bir dağılım olduğu söylenebilir. Katılımcıların mesleki deneyimlerinin 1 ile 50 yıl arasında değiştiği ve mesleki deneyimlerinin ortalamasının 16,55 yıl olduğu bulunmuştur. En çok katılımcının Beş yıl ve altı mesleki deneyime sahip katılımcılar (n=391) en fazla olan mesleki tecrübe grubunu oluştururken 21-25 yıl grubu en az katılımcının olduğu gruptur. Katılımcıların uzmanlık alanları incelendiğinde en çok katılımcının 1045 kişi olarak dahili branşlardan olduğu, cerrahi branşlardan 560 katılımcının ve temel tıp bilimlerinden 119 katılımcının olduğu görülmektedir. Katılımcıların unvana göre dağılımları incelendiğinde en çok katılımcının uzman (n=598) hekim olduğu, uzman hekimleri profesörlerin (n=315) ve araştırma görevlilerinin (n=254) takip ettiği görülmektedir. Katılımcıların genel olarak uzman hekimler ve öğretim üyelerinden oluşması elde edilen bulguların güvenilirliğini destekleyici bir unsurdur. Katılımcıların 1518'u kamu sağlık kuruluşlarında görev yapmaktayken 205'i özel sağlık kuruluşlarında görev yapmaktadır. Ayrıca katılımcıların 818'i eğitim vermeyen kuruluşlarda görev yaparken 905'i eğitim veren sağlık kuruluşlarında görev yapmaktadır.

Tablo 11: Sosyo-Demografik Bulgular

Sosyo-Demografik Bilgiler		n	%
Cinsiyet	Erkek	983	57,0
	Kadın	740	42,9
Yaş ¹⁵	30 Yaş ve Altı	349	20,2
	31-40 Yaş	474	27,5
	41-50 Yaş	477	27,7
	51 Yaş ve Üzeri	423	24,5
Tecrübe ¹⁶	5 ve Altı	391	22,7
	6-10 Yıl	263	15,3
	11-15 Yıl	219	12,7
	16-20 Yıl	260	15,1
	21-25 Yıl	153	8,9
Uzmanlık	26 ve üzeri	432	25,1
	Cerrahi Branşlar	560	32,5
Unvan	Dâhili Branşlar	1045	60,6
	Temel Tıp Bilimleri	119	6,9
	Araştırma Görevlisi	254	14,7
	Uzman	598	34,7
	Pratisyen	179	10,4
Sektör	Doktor Öğretim Üyesi	191	11,1
	Doçent Doktor	187	10,8
	Profesör Doktor	315	18,3
	Kamu	1518	88,1
Çalışılan Hastanenin Eğitim Verip Vermeme Durumu	Özel	205	11,9
	Eğitim Vermeyen	818	47,4
	Eğitim Veren	905	52,5

Tablo 12’de katılımcıların meslek hayatlarında başına gelmesi muhtemel bir takım olumsuz durumlarla ilgili bulgular bulunmaktadır. Bu sorular hekimler ile yapılan derinlemesine mülakatlarda hekimler tarafından sıklıkla değinilen konulardan türetilmiştir. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %20’si meslek hayatları boyunca en az bir kere fiziksel şiddete, %84,6’sı sözlü şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların %63,8’i daha önce başından şikâyet süreci geçtiğini ifade ederken %33,4’ü ise meslekleri ile ilgili bir dava süreci yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bir meslektaşın

^{15, 18} Katılımcıların yaşları gruplandırılırken aldıkları 7 yıllık tıp eğitimi dikkate alınarak ortalama 27-30 yaşlarında mesleğe başladıkları göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle ilk yaş grubu 30 yaş altı katılımcılar olarak oluşturulmuş olup sonraki her yaş grubu 5 yıllık mesleki tecrübe dikkate alınarak oluşturulmuştur.

yaşadığı şikâyet sürecine tanık olan hekimler katılımcıların %93,3'ünü oluştururken bir meslektaşın yaşadığı dava süreçlerine tanık olan hekimler katılımcıların %87,9'unu oluşturmaktadır. Bu bulgular hekimlerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak baskı altında olduğunu, mesleklerini icra ederken birtakım kaygılar yaşadıklarını ve bu durumdan hekimlik uygulamalarının etkilenmesinin son derece olağan olduğunu göstermektedir.

Tablo 12: Hekimlik Mesleğini İcra Ederken Karşılaşılan Olumsuz Durumlara İlişkin Frekans Tablosu

		n	%
Fiziksel Şiddete Maruz Kalma	Evet	359	20,8
	Hayır	1363	79,1
Sözlü Şiddete Maruz Kalma	Evet	1459	84,6
	Hayır	263	15,3
Başından Daha Önce Şikâyet Süreci Geçmesi	Evet	1100	63,8
	Hayır	622	36,1
Başından Daha Önce Dava Süreci Geçmesi	Evet	576	33,4
	Hayır	1145	66,4
Bir Meslektaşın Yaşadığı Şikâyet Sürecine Tanık Olma	Evet	1609	93,3
	Hayır	114	6,6
Bir Meslektaşın Yaşadığı Dava Sürecine Tanık Olma	Evet	1515	87,9
	Hayır	208	12,1

3.2.2. Ölçeklere Verilen Cevapların Ortalamaları

Tablo 13'de katılımcıların defansif tıp uygulamaları ölçeği sorularına vermiş oldukları cevapların ortalamaları ile ölçek ortalama puanları yer almaktadır. Defansif tıp uygulamaları ölçeğinin boyutları arasında en yüksek ortalama 3,469 ($\pm 0,658$) ile negatif defansif tıp uygulamalarına ait olup pozitif defansif tıp uygulamalarının ortalaması 2,922 ($\pm 0,719$)'dur. Buna göre negatif defansif tıp uygulamalarına katılımcıların verdikleri cevaplar orta seviyenin üzerinde iken pozitif defansif tıp uygulamalarına vermiş oldukları cevaplar orta seviyenin altındadır. Negatif defansif tıp uygulamaları boyutunda katılımcılar en yüksek katılımı "Riskli hastalara müdahale etmekten çekinirler" ($3,561 \pm 0,988$) sorusu ile "Daha az inisiyatif alırlar" ($3,546 \pm 0,972$) sorusuna gösterirken en düşük katılımı "Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınırlar" ($2,955 \pm 0,979$) sorusuna göstermişlerdir. Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutunda katılımcılar en yüksek

katılımı “Gerekli olandan daha fazla tahlil isterler” (3,592±0,868) ve “Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isterler” (3,563±0,843) ifadelerine gösterirken en düşük katılımı ise “Gerekli olmayan durumlarda girişimsel işlemler uygularlar” (2,263±0,948) ifadesine göstermişlerdir.

Genel ortalamalar dikkate alındığında katılımcıların pozitif defansif tıp uygulamalarından daha çok negatif defansif tıp uygulamalarına başvurdukları görülmektedir. Ayrıca tablo incelendiğinde hekimlerin genel olarak ekstra tahlil ve tetkik isteyerek pozitif defansif tıp uyguladığı; Riskli hastalara müdahale etmeyerek ve Daha az inisiyatif alarak negatif defansif tıp uyguladıkları görülmüştür.

Tablo 13: Defansif Tıp Uygulamaları Ölçeği Sorularına ve Alt Boyutlarına Verilen Cevapların Ortalamaları

	Ort.	S.S
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	2,922	0,719
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isterler	3,563	0,843
Gerekli olandan daha fazla tahlil isterler	3,592	0,868
Gereksiz yere konsültasyon isterler	3,257	1,022
Endikasyonsuz hasta yatışı yaparlar	2,513	0,924
Gerekli olmayan durumlarda girişimsel işlemler uygularlar	2,263	0,948
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete ederler	2,346	1,014
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	3,469	0,658
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinirler	3,561	0,988
Daha az inisiyatif alırlar	3,546	0,972
Hastayı sevk ederler	3,389	0,861
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınırlar	2,955	0,979

Tablo 14’te katılımcıların defansif tıp uygulamalarının öncülleri ölçeğine vermiş oldukları cevapların ortalamaları yer almaktadır. Tabloya göre defansif tıbbın öncülleri ölçeğinde katılımcılar en yüksek katılımı Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar boyutuna (4,329±0,627) göstermiştir. Bu boyutu Şiddet Görme Kaygısı (4,28±0,752) ve Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı (4,176±0,636) boyutları takip etmektedir. Defansif tıbbın öncülleri ölçeğinde katılımcılar tarafından en düşük katılım alan boyut ise Alınan Tıp Eğitimi boyutudur (2,773±1,022). Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar boyutunda katılımcıların en yüksek katılım gösterdikleri ifade “Hekim başına düşen hasta

sayısının fazlalığı” ifadesi olurken (4,41 \pm 0,803) Şiddet Görme Kaygısı boyutunda en yüksek katılım “Kurumsal iletişim hatlarının baskısı” (4,292 \pm 0,87) sorusuna olmuştur.

Hekimlerin defansif tıbbın nedenlerine ilişkin sorular sorularda en yüksek katılım gösterdikleri sorular hekimleri baskılayan politikalar, hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı, hekimlerin yönetimlerden yeterli destek alamaması, malpraktis davası kaygısı, kurumsal iletişim hatlarının baskısı, meslektaşların yaşadıkları dava ve şikâyet süreçlerinin oluşturduğu kaygılar, sözlü ve fiziksel şiddet yaşama korkusu gibi sorulardır. Genel olarak 4 puanın üzerinde ortalama alan ifadeler irdelendiğinde hekimlerin kendilerini güvende hissetmedikleri ve çalışma çevresinin uygun politik ve fiziksel şartlar taşımadığına yönelik ifadeler olduğu görülmektedir. Bunun sonucu olarak hekimler defansif tıp uygulamalarına başvurmaktadırlar.

Tablo 14: Defansif Tıp Uygulamalarının Öncülleri Ölçeği Sorularına ve Alt Boyutlarına Verilen Cevapların Ortalamaları

	Ort.	S.S
Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı	4,176	0,636
Diğer hekimlerin yaşadıkları şikâyet/dava süreçleri	4,281	0,705
Hata yapma veya bir şeyleri gözden kaçırma korkusu	3,918	0,934
Olası risklerden ve kötü sonuçlardan kaçınma isteği	4,086	0,814
Hakkında malpraktis davası açılması kaygısı	4,324	0,792
Şikâyet edilme kaygısı	4,209	0,855
Tazminat ödeme kaygısı	4,227	0,857
Başından daha önce şikâyet/dava süreci geçmesi	4,189	0,897
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	3,998	0,691
Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları	3,978	0,843
Hastaların internette elde ettiği, doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler	3,418	1,118
Medyanın hasta hekim iletişimini olumsuz etkilemesi	4,220	0,876
Medyada yer alan doğruluğu kanıtlanmamış haberler	4,209	0,907
Değişen hasta hekim ilişkisinde hastanın daha baskın hale gelmesi	4,164	0,916
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	4,329	0,627
Yönetimin desteğini hissetmemesi	4,340	0,809
Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği	4,434	0,738
Hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı	4,410	0,803
Sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı	4,130	0,906
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	3,275	0,736
Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı	2,834	1,039
Diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü	2,833	0,994
Diğer hekimlerin paylaştıkları olumsuz deneyimler	3,828	0,848
İtibarını koruma kaygısı	3,604	0,988

Şiddet Görme Kaygısı	4,280	0,752
Kurumsal iletişim hatlarının baskısı (SABİM, CİMER, vb.)	4,292	0,870
Fiziksel şiddete maruz kalma korkusu	4,270	0,856
Sözel şiddete maruz kalma korkusu	4,278	0,850
Alınan Tıp Eğitimi	2,773	1,022
Alınan teorik tıp eğitimi	2,738	1,061
Alınan pratik tıp eğitimi	2,807	1,086
Hasta Odaklı Davranma Çabası	3,294	0,749
Hasta güvenini sağlama çabası	3,292	0,974
Hasta beklentilerini karşılama arzusu	3,298	0,987
Hasta yararına davranma arzusu	3,292	1,045

Tablo 15’te katılımcıların defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin algıları ölçeğine vermiş oldukları yanıtların ve ölçek alt boyutlarının ortalamaları yer almaktadır. Defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeğine katılımcıların vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde katılımcılar tarafından en yüksek katılım gösterilen boyutun “Sağlık Sisteminin Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır” (4,200±0,661) boyutu olduğu görülmüş olup; bu boyutu “Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır” (3,868±0,678) boyutu takip etmiştir. Katılımcılar tarafından en düşük katılım “Hastalara Fayda Sağlar” (2,592±0,850) boyutuna gösterilmiştir. Bu boyutlardan Sağlık Sisteminin Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır boyutunda en yüksek katılım gösterilen ifade “Ülkenin sağlık harcamalarını artırır” (4,501±0,700) ifadesi alırken en düşük katılım “Sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkiler” (3,981±0,904) ifadesine gösterilmiştir. Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır boyutunda katılımcıların en yüksek ortalama ile katılım gösterdikleri ifade “Hekimler için iş stresi oluşturur” (4,119±0,893) olurken en düşük katılım gösterdikleri ifade “Hekimlerin hata yapma riskini artırır” (3,233±1,047) ifadesi olmuştur. Hastalara Fayda Sağlar boyutunda ise katılımcılar en yüksek katılımı “Hastaların memnuniyetini artırır” (2,845±1,101) ifadesine gösterirken en düşük katılım “Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur” (2,291±0,939) ifadesine olmuştur.

Tablo irdelendiğinde hekimler defansif tıp uygulamalarının kendilerini tıbbi ve hukuksal olarak yeterince korumadığını düşündükleri görülmektedir. Ayrıca hekimler defansif tıbbın ülkenin sağlık harcamalarını artırdığı, hasta bekleme sürelerini uzattığı, sağlık hizmetlerinin verimliliğini azalttığı, hastalara ekstra maliyetler yüklediği, hekimler için

iş stresi oluşturduğu, hekimlerin klinik verimliliğini azalttığı ve sağlık hizmetlerinin etkililiğini azalttığını da ifade etmektedirler.

Tablo 15: Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına İlişkin Hekim Algıları Ölçeği Sorularına ve Alt Boyutlarına Verilen Cevapların Ortalamaları

	Ort.	S.S
Hekimlere Fayda Sağlar	3,383	0,931
Hekimlerin karşılaşacağı olası tıbbi riskleri azaltır	3,375	1,027
Hekimleri hukuki açıdan korur	3,392	1,020
Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır	3,868	0,678
Hekimlerin mesleki gelişimini olumsuz etkiler	3,916	0,947
Hekimlerin hastanın tedavisine odaklanmasını zorlaştırır	3,942	0,913
Hekimler için iş stresi oluşturur	4,119	0,893
Hekimlerin iş yoğunluğunu artırır	3,937	0,970
Hekimlerin hata yapma riskini artırır	3,233	1,047
Hekimler için zaman kaybına neden olur	3,825	0,971
Hekimlerin klinik verimliliğini azaltır	4,107	0,868
Hastalara Fayda Sağlar	2,592	0,850
Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur	2,291	0,939
Hastaların memnuniyetini artırır	2,845	1,101
Hastaların hekime güvenini artırır	2,644	0,991
Hastalar İçin Zararlıdır	3,762	0,671
Hastalara gereksiz maliyetler yükler (ulaşım, muayene, tetkik, vb.)	4,142	0,846
Hastalarda strese neden olur	3,607	0,951
Hastalara zarar verebilir (Gereksiz tetkik ve görüntülemeler)	3,766	0,952
Hastaların hekime ulaşmasını zorlaştırır	3,308	1,095
Hastaların tedavi süresini uzatır	3,954	0,869
Tedavinin gecikmesine neden olur	3,792	0,937
Sağlık Sisteminin Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır	4,200	0,661
Sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkiler	3,981	0,904
Sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltır	4,154	0,800
Sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır	4,050	0,867
Ülkenin sağlık harcamalarını artırır	4,501	0,700
Hasta bekleme sürelerini uzatır	4,313	0,764

3.2.3. Korelasyon Analizi Bulguları

Tablo 16’da çalışma kapsamında incelenen iki modelin değişkenlerinin ilişkilerinin incelendiği korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Çalışma kapsamında geliştirilen model 1’de hangi öncüllerin hangi defansif tıp uygulamalarını etkilediği sorusuna cevap

aranmaktadır Bu kapsamda defansif tıp uygulamalarının öncülleri ile defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiler incelendiğinde şikâyet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklı baskılar, hekimin itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı ve alınan tıp eğitimi ile hem pozitif defansif tıp uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Buna Karşılık hasta odaklı davranma çabası ile ne pozitif defansif tıp uygulamaları ne de negatif defansif tıp uygulamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişki bulunmamaktadır. Buna göre hekimlerin almış oldukları tıp eğitiminin defansif tıp uygulamaya yönelik olmasının yanı sıra hekimlerin şikâyet ve dava edilme kaygıları arttıkça, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı arttıkça, hekimlerde itibarlarını kaybetme korkusu geliştikçe, şiddet görme korkusu arttıkça hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına yönelimleri artmaktadır. Buna karşılık hekimlerin hasta odaklı davranma kaygıları ile ne pozitif defansif tıp uygulamaları ne de negatif defansif tıp uygulamaları arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır.

Model 2 kapsamında hangi defansif tıp uygulamaları ne gibi sonuçlara neden olmaktadır sorusuna cevap aranmaktadır. Bu doğrultuda Tablo 16 incelendiğinde hem pozitif defansif tıp uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları ile hekimlere fayda sağlar, hekimlik mesleğini zorlaştırır, hastalara fayda sağlar, hastalar için zararlıdır ve sağlık sisteminin verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Hem pozitif defansif tıp uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları ile hastalara fayda sağlar boyutu arasında negatif yönlü ilişki varken diğer boyutlar ile pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre hekimlerin defansif tıp uygulamalarının sonuçlarında kendilerini hukuki ve tıbbi olarak koruduğuna, hekimlik mesleğinin uygulanmasının zorlaştığına, hastalar için zararlı sonuçları olduğuna ve sağlık sisteminin etkililiğinin, verimliliğinin ve kalitesinin azaldığına yönelik algıları artmaktadır. Buna karşılık hem pozitif defansif tıp uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları arttıkça hastanın fayda gördüğüne ilişkin hekimlerin algıları azalmaktadır. Buna göre hekimlerin defansif tıp uygulamalarının hastalar için birtakım zararlar ve riskler içerdiğini düşündüğü söylenebilir.

Tablo 16: Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
PDT ¹	1												
NDT ²	,628**	1											
SDK ⁴	,327**	,399**	1										
MSİK ⁵	,300**	,332**	,495**	1									
CCB ⁶	,284**	,265**	,607**	,484**	1								
HİK ⁷	,310**	,309**	,503**	,353**	,330**	1							
ŞGK ⁸	,283**	,349**	,607**	,592**	,566**	,355**	1						
ATE ⁹	,145**	,102**	,150**	,120**	,088**	,464**	,067**	1					
HOD ¹⁰	,044	,007	,283**	,290**	,216**	,418**	,168**	,311**	1				
HSTF ¹¹	,058*	,141**	,189**	,140**	,152**	,119**	,105**	,040	,113**	1			
HMZ ¹²	,308**	,263**	,283**	,249**	,301**	,168**	,256**	,014	,064**	-,085**	1		
HFS ¹³	-,062*	-,092**	-,014	-,006	,001	,061*	-,043	,103**	,201**	,261**	-,144**	1	
HİZ ¹⁴	,315**	,244**	,219**	,167**	,205**	,164**	,174**	,040	,028	-,023	,502**	-,184**	1
SSZ ¹⁵	,326**	,273**	,257**	,192**	,266**	,122**	,233**	-,021	-,013	-,031	,553**	-,215**	,635**

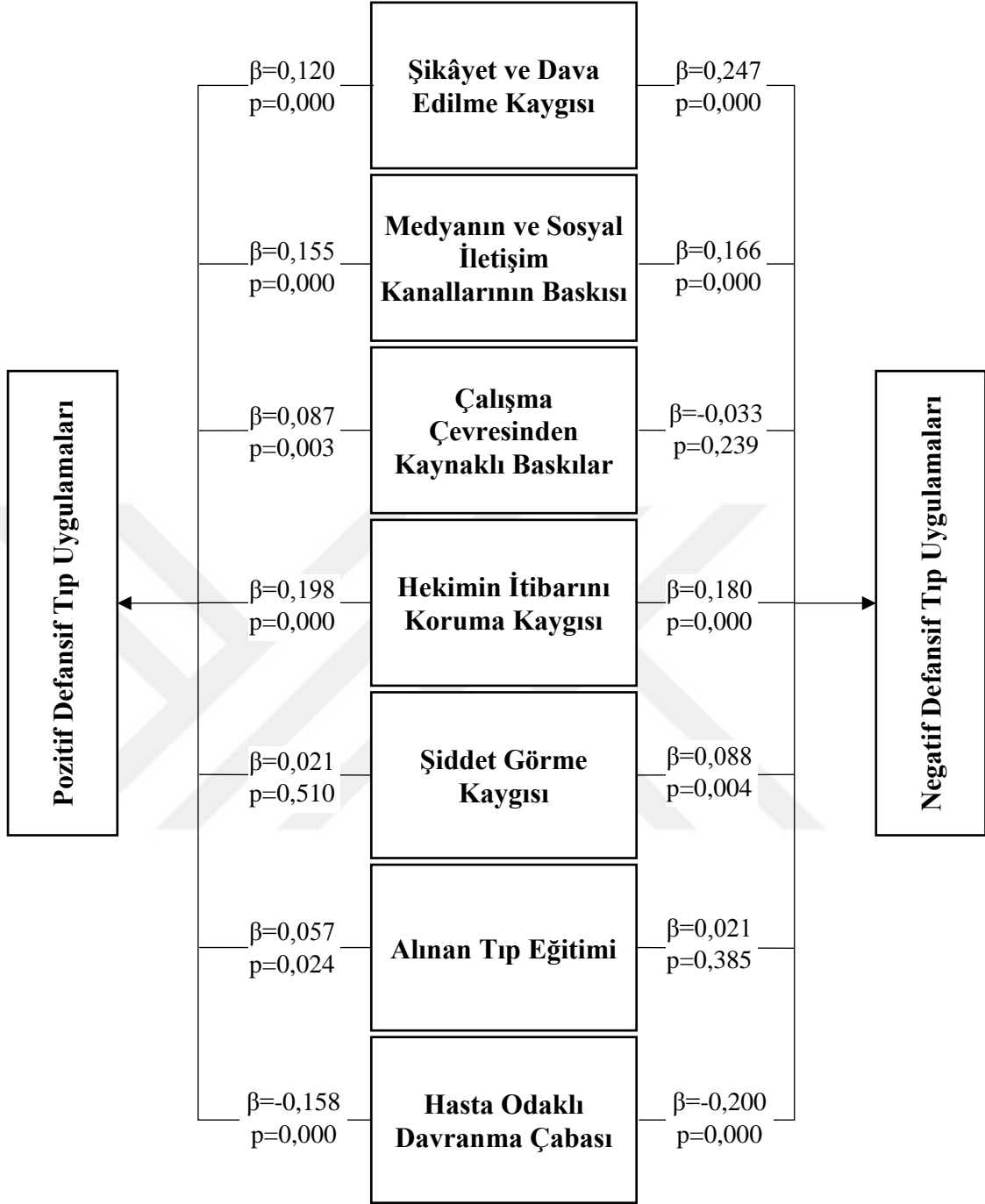
Not: PDT: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları; NDT: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları; DT: Defansif Tıp Uygulamaları; SDK: Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı; MSİK: Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı; CCB: Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar; HİK: Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı; ŞGK: Şiddet Görme Kaygısı; ATE: Alınan Tıp Eğitimi; HOD: Hasta Odaklı Davranma Çabası; HFS: Hekimlere Fayda Sağlar; HMZ: Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır; HSTF: Hastalara Fayda Sağlar; HİZ: Hastalar İçin Zararlıdır; SSZ: Sağlık Sisteminin Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır

3.2.4. Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Şekil 7’de Model 1’i test etmek amacıyla gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Ayrıntısı şekilde görüldüğü üzere şikâyet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklı baskılar, hekimin itibarını koruma kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hasta odaklı davranma çabası öncülleri hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarını pozitif yönlü ve anlamlı etkilemektedir. Buna karşılık hekimlerin şiddet görme kaygısının pozitif defansif tıp uygulamalarına istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Tablo 16’da yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre şiddet görme kaygısı ile pozitif defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki varken hasta odaklı davranma çabası ile pozitif defansif tıp uygulamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu bulguya göre basit regresyon analizi sonuçlarında da

benzer sonuçların çıkması beklenmektedir. Buna karşılık yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda şiddet görme kaygısı diğer öncüller ile değerlendirmeye alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir etki gelişmemiş olup, hasta odaklı davranma çabasının pozitif defansif tıp uygulamalarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hekimlerin fiziksel ve ruhsal olarak tehdit altında olmalarına karşılık diğer değişkenler (alınan tıp eğitimi, şikâyet kaygısı, hasta odaklı davranma güdüsü, itibarını koruma kaygısı, çalışma çevresinin baskısı ve medya/sosyal iletişim kanallarının baskısı) devreye girdiğine hekimin şiddet görme kaygısının ikinci plana düştüğü ve hasta odaklı davranma güdüsü geliştiği görülmektedir. Bu durumun hekimlerin mesleğe başlarken etmiş oldukları Hipokrat yemini ve yüksek mesleki etik duygusu ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Şekil 7’de yer alan diğer sonuçlara göre ise şikâyet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, hekimin itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı ve hasta odaklı davranma çabası hekimlerin negatif defansif tıp uygulamasında etkili olurken, çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ve alınan tıp eğitiminin negatif tıp uygulamalarına istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir etkisi olmadığı görülmektedir. Yine Tablo 16’da yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ile alınan tıp eğitimi hekimlerin negatif defansif tıp uygulamaları ile pozitif yönlü ilişkiye sahipken, hasta odaklı davranma çabasının negatif defansif tıp uygulamaları ile istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır. Ancak tüm değişkenler bir arada ele alındığında hekimlerin hissettikleri çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ile alınan tıp eğitimi önemini kaybetmiş olup hasta odaklı davranma çabası negatif defansif tıp uygulamalarında anlamlı bir etkiye sahip olarak bulunmuştur. Bu durum hekimlerin riskli hastalara müdahaleden kaçınmalarında, risk almak istememelerinde ve hasta sevklerinde bireysel nedenlerin (şikâyet/dava edilme, şiddet görme, itibarını kaybetme ve hasta odaklı davranma) çevresel nedenlerden daha önemli olduğu ve bu nedenle tüm öncüller bir arada ele alındığında hekimler için Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar ve Alınan Tıp Eğitiminin negatif defansif tıp uygulamak için yeterli güçte öncüller olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.



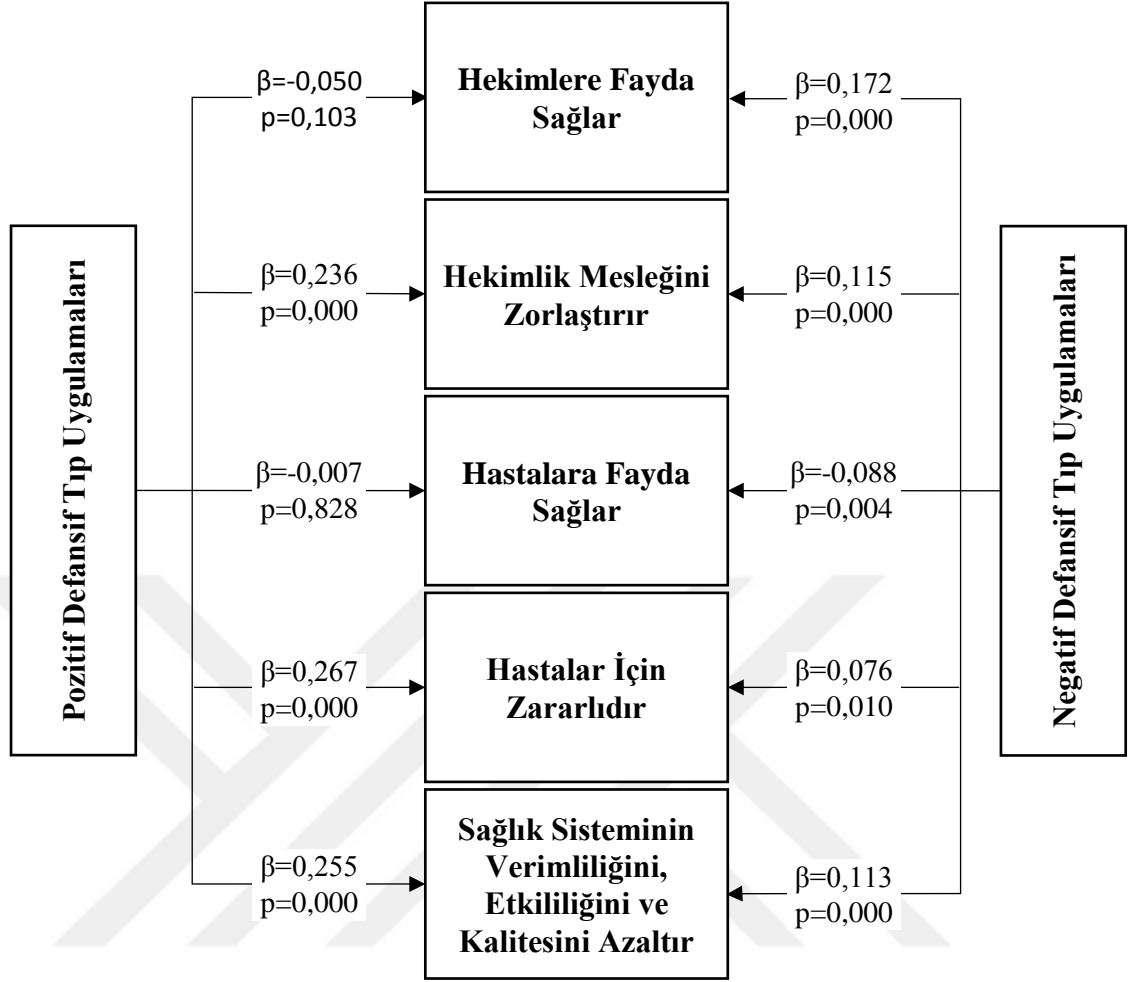
Şekil 7: Model 1 Regresyon Analizi Sonuçları

Not: Regresyon Modelinin Tablosu Ek-8'de yer almaktadır. Analizi Yöntemi olarak "enter" metodu seçilmiştir.

Şekil 8'de Model 2'yi test etmek için gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Ayrıntısı şekilde görüldüğü üzere pozitif defansif tıp uygulamaları defansif tıbbın sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçeğinin alt boyutları olan hekimlik mesleğini zorlaştırır, hastalar için zararlıdır ve sağlık sisteminin verimliliğini, etkililiğini

ve kalitesini azaltır boyutlarını pozitif yönlü ve anlamlı etkilemektedir. Buna göre pozitif defansif tıp uygulamaları arttıkça hekimlerin iş yükleri (ekstra tahlil/tetkik sonuçlarını inceleme, ekstra konsültasyonlar vb.) artmakta dolayısıyla mesleklerini icra etmeleri zorlaşmakta, hastalar için birtakım riskler oluşmakta ve sağlık sisteminin etkililiği, verimliliği ve kalitesi azalmaktadır. Buna karşılık pozitif defansif tıp uygulamalarının defansif tıp uygulamaları hekimlere fayda sağlar ve hastalara fayda sağlar boyutlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Tablo 16'da yer alan korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde pozitif defansif tıp uygulamaları ile defansif tıp uygulamalarının hekime fayda sağlayacağı algısı arasında pozitif yönlü; hastaya fayda sağlayacağı algısı arasında ise negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Buna göre pozitif defansif tıp uygulamaları tek başına hekimler olumlu yönde etki ederken, hastalara olumsuz yönde etkide bulunmaktadır. Ancak pozitif defansif tıp ile negatif defansif tıp uygulamaları bir arada ele alındığında pozitif defansif tıp uygulamalarının defansif tıp uygulamaları hekimlere ve hastalara fayda sağlar algısına olan etkisi kaybolmaktadır. Bunun nedeni pozitif defansif tıp uygulamalarında hastalara ihtiyacı olan tüm işlemler uygulanırken ihtiyaçlarının ötesinde de hizmet sunumu mevcuttur. Dolayısıyla hastalar pozitif defansif tıp uygulamalarından kısa vadede olumsuz etkilenmemektedir. Buna karşılık negatif defansif tıp uygulamalarında hastaya ihtiyacı olan hizmetin sunulmaması ve hastadan kaçınılması söz konusudur. Bu nedenle pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları bir arada ele alındığında hastalara fayda sağlar algısını etkilememesi olağan karşılanmaktadır.

Şekilde negatif defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar, hekimlik mesleğini zorlaştırır, hastalar için zararlıdır ve sağlık sisteminin verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır algılarını pozitif yönlü etkilediği; hastalara fayda sağlar algısını ise negatif yönlü etkilediği görülmektedir. Buna göre hekimler negatif defansif tıp uygulamalarının kendilerini riskten korumasına karşılık mesleklerini icra etmelerini zorlaştırdığını, hastalar için birtakım riskler ve zararlar içerdiğini ve sağlık sistemini olumsuz etkilediğini düşünmektedir.



Şekil 8: Model 2: Regresyon Analizi Sonuçları

Not: Regresyon Modelinin Tablosu Ek-9'da yer almaktadır. Analizi Yöntemi olarak "enter" metodu seçilmiştir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarına ilişkin hekimlerin görüşlerini belirlemek; defansif tıp uygulamaları öncülleri ve sonuçlarını ölçebilecek ölçekler geliştirmek ve geliştirilen ölçeklerin uygulanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla önce alan yazın taraması yapılmıştır. Daha sonra alan yazında var olan bilgiler dikkate alınarak hekimler ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiş ve defansif tıp olgusu detaylı bir şekilde irdelenmiştir. Alan yazın incelemesi ve derinlemesine mülakatlardan elde edilen sonuçlar ile defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçlarını ölçebilecek ölçekler geliştirilmiştir. Çalışmada son olarak geliştirilen ölçeğin uygulaması yapılmıştır ve elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Nitel araştırma neticesinde elde edilen hekime ilişkin öncüller incelendiğinde en önemli öncülün malpraktis davası korkusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu öncül alan yazında defansif tıba etkisinden en fazla bahsedilen öncüdür (Torald, Vergari ve Torald, 2015: 3; Clark, 2015: 314; He, 2014: 64; Catino, 2011: 6; Quinn, 1995: 7; Spath, 1977: 10). Dava edilme korkusuna benzer olan bir diğer öncül şikâyet edilme korkusu ve hasta şikâyet hatlarıdır. Bu öncülde alan yazında birçok çalışma tarafından öne sürülmektedir (Toraman ve Çarıkçı, 2019: 44; Yeşiltaş, 2018:156). Alan yazında yer alan tanımlarla uyumlu olarak bu çalışmada da defansif tıbbın en önemli öncüllerinin dava ve şikâyet korkusu olduğu görülmektedir. Buna ek olarak karşılaşılan dava ve şikâyet süreçleri sonucunda tazminat ödemek durumunda kalma korkusu da hekimlerin defansif davranmasının bir diğer sebebi olarak bulunmuştur. Alan yazında olası davaların ciddi mali külfetlere neden olduğu, hekimin bu maddi külfetlere katlanmamak için defansif tıp uyguladığı ifade edilmektedir (Sclar ve Housman, 2003: 76). Bu öncüllerin belki de artçısı denilebilecek bir diğer öncül hekimin başından daha önce şikâyet/dava süreci geçmesidir. Bu öncüle göre daha önce şikâyet ve davaların zorlu süreçlerinden geçmiş olan hekimler benzer süreçler yaşamamak adına daha defansif davranmaktadırlar (Asher vd., 2012).

Bu çalışmada elde edilen ve alan yazın ile benzerlik gösteren hekime ilişkin öncüllerden biri de hekimlerin itibarlarını koruma isteğidir (Jackson Healthcare Company, 2012; Catino, 2011). Çalışma sonucunda elde edilen ve hekimlerin itibarlarını koruma isteği öncülü ile ilişkili olduğu düşünülen diğer öncüller ise hasta beklentilerini karşılama, hasta

yararına davranma arzusu, hekimin yetkinliğinden kaygı duyması, hata yapma ve bir şeyleri gözden kaçırma korkusu ve kötü sonuçlardan ve riskten kaçınma isteğidir. Bu öncüllerin hepsi bir arada değerlendirildiğinde hekimin hasta yararına davranmak istemesi ancak yetkinliğinden endişe duyması nedeniyle hata yapma kaygısı yaşamaması bu nedenle olası riskten kaçmak istemesi hekimi defansif davranmaya iten önemli bir neden olarak görülmektedir. Bu öncüllerin tamamı alan yazın ile uyumludur ve birbirini desteklemektedir (Sánchez-González vd., 2005; Akdur, 2013; Jackson Healthcare Company, 2012). Hekime ilişkin öncüllerden bir diğer önemli faktör şiddet görme kaygısıdır. Günümüz sağlık sektörünün en önemli problemlerinden biri olan ve gün geçtikçe yaygınlaşan şiddet olgusu, hem ulusal alan yazında (Toraman ve Çarıkçı, 2019: 44; Yeşiltaş, 2018:156) hem de bu çalışmada defansif tıp uygulamaları için önemli bir öncül olarak bulunmuştur. Buna göre hekimler hasta ile karşı karşıya kalmamak, hasta ile münakaşa yaşamamak, fiziksel, sözlü veya psikolojik şiddete maruz kalmamak adına defansif tıp uygulamaktadır.

Defansif tıbbın hekimlere ilişkin önemli öncüllerinden biri de meslektaşlara ilişkin öncüllerdir. Buna göre hekimler meslektaş eleştirisi kaygısı, meslektaşların yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü, meslektaş yönlendirmesi ve meslektaşların yaşadığı şikâyet süreçleri gibi nedenlerle defansif tıp uygulamalarına başvurumaktadırlar. Alan yazında hekimlerin meslektaşların etkisi ile defansif tıp uyguladığına ilişkin bulgular (Hossein ve Mina,2018; Akdur, 2013; Jackson Healthcare Company, 2012) yer almasına karşılık bu çalışmada elde edilen öncüllere yönelik doğrudan bir bilgi veya bulguya rastlanılmamıştır.

Sağlık sektörüne ilişkin defansif tıbbın öncülleri başlığında ise gelişen tıp teknolojisi, mahkemelerin tıp hukukunda yetersiz olması, sağlık politikaları, performans kriterleri, sağlık iş gücünün yetersizliği ve yönetimin desteğini hissetmeme gibi öncüller yer almaktadır. Bu öncüllere ilişkin alan yazında doğrudan bir bulgu bulunamamakla birlikte Yeşiltaş (2018:145) sağlık sisteminin defansif tıbbın öncülü olduğunu ileri sürmektedir. Yazar sürekli yenilenen sağlık sisteminin ve sağlık politikalarının hekimleri daha garantici davranma konusunda teşvik ettiğini ifade etmektedir. Benzer şekilde Toraman ve Çarıkçı (2019: 46) hızla değişen sağlık politikalarının defansif tıp uygulamalarında önemli bir öncül olduğunu belirtmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmadan elde edilen sonuçların alan yazın ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Derinlemesine mülakatlarda, defansif tıp uygulamaları ve defansif tıp uygulamalarının öncüllerinin yanı sıra defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekimlerin görüşleri de alınmıştır. Hekimlerin defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin görüşleri üç ana başlık altında irdelenmiştir. Bu başlıklar hekimler için sonuçları, hastalar için sonuçları ve sağlık sistemi için sonuçlarıdır.

Defansif tıp uygulamalarının hekim açısından sonuçları olumlu ve olumsuz sonuçları olarak ikiye ayrılmaktadır. Derinlemesine mülakatlar sonucunda elde edilen defansif tıp uygulamalarının hekim açısından tek olumlu sonucu hekimleri tıbbi ve yasal anlamda rahatlattığı sonucudur. Buna göre defansif tıp uygulayan hekimler kendilerini biraz daha güvende hissetmektedirler. Bu da hekimler için olumlu bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bulguya benzer olarak Akdur (2013) defansif tıbbin hekimi hukuki açıdan koruduğunu ifade etmiştir. Bu bilgi ile çalışmadan elde edilen sonuç birbirini desteklemektedir. Defansif tıbbin hekim açısından olumsuz sonuçlarına bakıldığında ise hekimin mesleğini icra etmesini zorlaştırdığı, hekimin mesleki gelişimini olumsuz etkilediği, hekimlerde strese neden olduğu, hekimlerin yoğunluğunu arttırdığı, artan yoğunluk nedeniyle hataların meydana geldiği ve hekimler açısından zaman kaybına neden olduğunu ifade edilmektedir. Bu sonuçlardan da açıkça görüldüğü üzere defansif tıp uygulamalarına kendilerini yasal olarak korumak amacıyla başvuran hekimlerin bu uygulamalar neticesinde daha fazla riskle karşı karşıya gelmeleri mümkündür. Bununla birlikte bu uygulamalar hekimlik mesleğinin icrasını zorlaştırarak hekimlerin körelmesine ve stres yaşamasına neden olmaktadır. Yeşiltaş (2018:145) çalışmasında ulaştığı defansif tıp uygulamalarının hekimlerde tükenmişliğe neden olduğunu bulgusu bu görüşü destekler niteliktedir.

Defansif tıp uygulamalarının hastalar açısından sonuçları incelendiğinde hastalar için olumlu ve hastalar için olumsuz olmak üzere iki tür sonuç ortaya çıkmıştır. Hekimlerin görüşlerine göre nadiren olsa defansif tıp uygulamaları kapsamında uygulanan ekstra tetkiklerin sonucunda birtakım hastalıkların erken teşhis edilmesi hastalar için olumlu bir sonuç olarak görülmektedir. Alan yazında bu sonucu destekleyen çok fazla çalışma mevcuttur (Tancredi ve Barondess; 1978: 880; Passmore ve Leung 2002: 671; Studdert vd., 2005: 2616; Sumerton, 1995: 27). Buna karşılık hekimler defansif tıbbin hastalar için faydasından daha çok zararı olduğunu belirtmişlerdir. Hekimler; defansif tıbbin hasta için risk oluşturacağını, hastanın psikolojisinin bozulmasına neden olacağını, tetkiklerin yan

etkilerinin olacağını, tedavinin gecikmesine neden olacağını, hastanın hekim bulamayacağını ve hastalara ekstra maliyetler yükleyeceğini ifade etmişlerdir. Alan yazında defansif tıbbın hastalar açısından birtakım riskler içerdiğini (Keinberger, 2016: 157; Fronczak; 2016: 594; Tancredi ve Barondess; 1978: 879) ve hastalara ekstra maliyetler yüklediğini (DeVillie, 1998: 570) ifade eden çalışmalar mevcuttur. Bu bakımdan çalışma kapsamında gerçekleştirilen nitel araştırmanın bulguları ile alan yazınının paralellik gösterdiği söylenebilir.

Derinlemesine mülakatlar sonucunda elde edilen bir diğer sonuç defansif tıbbın sağlık sistemi açısından olumlu ve olumsuz sonuçları olduğu sonucudur. Defansif tıbbın sağlık hizmetleri kalitesini arttıracığı sonucu defansif tıbbın sağlık sistemi açısından olumlu sonucunu oluşturmaktadır. Tancredi ve Barondess (1978: 880) ile Passmore ve Leung (2002: 671) pozitif defansif tıp uygulamalarının duruma göre hastanın aldığı sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde olumlu etki sağlayacağını iddia etmektedir. Buna göre defansif tıp kapsamında uygulanan ekstra sağlık hizmeti sunumu marjinal yararlar sağlamakta; hastaya durumunun daha detaylı anlatılması veya hastalar ile ilgili detaylı kayıtlar tutma gibi uygulamalar sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktadır (Studdert vd., 2005: 2616; Sumerton, 1995: 27). Defansif tıbbın sağlık hizmetleri kalitesini arttırdığını ifade eden hekimler olduğu gibi tam tersi bir etkisi olabileceğini ifade eden hekimlerde mevcuttur. Alan yazında özellikle negatif defansif tıp uygulaması ile sunulması gereken hizmetlerin sunulamamasının standartların altında sağlık hizmeti sunumu ile sonuçlanabileceği ifade edilmektedir (Tancredi ve Barondess; 1978:879). Bu durumda sunulan hizmetin kalitesini düşürmesi kaçınılmaz görülmektedir. Hekimler defansif tıp uygulamaları kapsamında yapılan gereksiz uygulamaların sağlık sisteminin maliyetlerini arttırdığını ifade etmektedirler. Alan yazında defansif tıbbın en çok değinilen sonucu sağlık hizmeti maliyetlerini arttırdığı yönündedir. Örneğin Kessler ve McClellan (1996:382) ABD'deki sağlık harcamalarının %5-9'luk kısmının defansif tıp uygulamalarından oluştuğunu belirtmektedirler. Sethi ve arkadaşları (2012:72) ise yasal yükümlülük kaygısı ile ortopedide uygulanan defansif tıp uygulamalarının yıllık ortalama 2 milyar dolara mal olduğunu ifade etmektedir. Alan yazında yer alan bu çalışmalar ile nitel araştırmadan elde edilen sonuçlar birbirini destekler niteliktedir.

Bu çalışma sonucunda ulaşılan sonuçlardan bir diğeri de defansif tıp kapsamında başvuru alan uygulamaların neler olduğudur. Buna göre hekimlerin defansif tıp

kapsamında bahsettiği uygulamalar tıbbi gereklilik dışında görüntüleme isteme, hasta ile daha açık iletişim kurma ve onam alma, gerekme de hastayı hastaneye yatırma, tıbbi gereklilik dışında invazif işlemler uygulama, gereksiz yere konsültasyon, ekstra tetkik ve tahliller isteme, daha detaylı hasta kaydı tutma, riskli hasta ve vakalardan kaçınma, daha az inisiyatif alma, hastayı sevk etme ve ekstra ilaç reçete etme gibi uygulamalardır. Bütün bu uygulamalar alan yazın ile uyumludur (Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001; Breteanu vd., 2014; Göcen vd., 2018; Ortashi vd., 2013; Osti ve Styrer, 2015; Elli vd., 2013; Nahed vd., 2012; Reisch vd., 2015; Keels, 2009; Başer vd., 2014b). Alan yazında ilaç reçete etme uygulamasını kimi yazarlar negatif defansif tıp (Summerton, 1995:27) kimi yazarlar ise pozitif defansif tıp (Toraman ve Çarıkçı, 2019: 46) olarak değerlendirmektedir. Bu çalışmada gerek hekimlerin ifadeleri gerekse daha önce bahsedildiği üzere pozitif defansif tıp uygulamalarında ekstra hizmet sunumu olması nedeniyle ekstra ilaç reçete etme uygulamalarını pozitif defansif tıp kapsamında değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar kullanılarak defansif tıp uygulamaları, defansif tıbbin öncülleri ve defansif tıp uygulamalarının sonuçlarına ilişkin hekim algıları ölçekleri geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçeklerin alan uygulamasından elde edilen sonuçlara göre şikâyet ve dava edilme kaygısı ile hem pozitif defansif tıp uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Ayrıca şikâyet ve dava edilme kaygısının hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarını pozitif yönlü ve anlamlı etkilediği bulunmuştur. Buna göre hekimlerin şikâyet ve dava edilme kaygısı arttıkça defansif tıp uygulamalarında da artış olmaktadır. Alan yazında hekimlerin olası şikâyet ve dava süreçlerinde ellerini güçlendirmek amacıyla defansif tıp uyguladığını ifade eden yazarlar bulunmaktadır (Simon, 1992: 13). Dahası Adwok ve Kearns (2013: 31) ekstra istenen uygulamaların açıklamasını yapmanın hiç istememeyi açıklamaktan daha kolay olduğunu ifade etmiştir. Bu doğrultuda hekimlerin olası yasal süreçlerde ben yapabileceğim her şeyi yaptım demek adına pozitif defansif tıp uygulaması oldukça olağandır. Ayrıca hekimlerin kendilerini risk kaynaklarından uzaklaştırmak adına negatif defansif tıp uyguladığı (Studdert vd., 2005: 2609; Hiyama vd., 2006: 7671) göz önüne alındığında, şikâyet ve dava edilme kaygısı yaşayan hekimlerin mümkün olduğunca bu risk kaynaklarından uzaklaşmaya çalışması son derece normaldir. Bu durumda şikâyet ve dava edilme kaygısı ile negatif defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Bu sonuçlar çalışmanın nitel araştırma

kısımında ki bulgular ile de desteklenmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre, şikâyet ve dava edilme korkularından bahseden hekimler, pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarından da çok fazla söz etmektedirler. Hem nitel hem de nicel araştırma sonuçlarına göre şikâyet ve dava edilme kaygısı yaşayan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına oldukça sık başvurdukları ortadadır.

Çalışmanın bir diğer sonucu medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısının hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamaları ile pozitif yönlü ilişkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı hem pozitif defansif tıp uygulamalarını hem de negatif defansif tıp uygulamalarını pozitif yönlü etkilemektedir. Bu sonuçlara göre medyada yer alan haberler ve sosyal iletişim kanallarında konuşulan konular hekimi baskı altına almaktadır. Hekimin hissettiği bu baskıyla defansif tıp uygulamalarına yönelmesi olağan bir tepki olarak görülmektedir. Medyanın, medyada yer alan malpraktis davalarının defansif tıbbın nedeni olduğunu ifade eden çalışmalar alan yazında mevcuttur (Yeşiltaş, 2018: 145; Başer vd., 2014b; Selçuk, 2015). Yeşiltaş (2018:51) çalışmasında medya ve sosyal medyada yer alan, hastaneler ve hekimler hakkındaki olumsuz haberlerin hastalarda oluşturduğu tedirginliği ve medyada yer alan şiddet ve malpraktis davaları gibi haberlerin hekimlerde oluşturduğu kaygıyı hekimin defansif davranmasının nedeni olarak göstermektedir. Alan yazındaki bilgilere ek olarak bu çalışma kapsamında gerçekleştirilen nitel araştırma sonuçları da medyanın özellikle pozitif defansif tıp uygulamalarında olmak üzere defansif tıp uygulamalarında en önemli etken olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışma sonuçlarına göre çalışma çevresinden kaynaklı baskılar ile pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusudur ve çalışma çevresinden kaynaklı baskılar pozitif defansif tıp uygulamalarını olumlu yönde etkilemesine karşılık negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Bu sonuçlara göre hekimin yönetimin desteğini hissetmemesi, rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği, hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı ve sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı gibi nedenler hekimin daha fazla pozitif defansif tıp uygulamasına neden olmaktadır. Bu sonuçlar, nitel çalışmadan elde edilen bilgilerle birbirini destekler nitelikte olmasına karşılık; negatif defansif tıp için ters düşmektedir. Buna göre çalışma çevresinden kaynaklı baskılar (hekimin yönetimin desteğini hissetmemesi, rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği, hekim başına düşen hasta

sayısının fazlalığı ve sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı) hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarında oldukça önemli etken olarak görülmektedir. Çalışmanın bu sonuçları alan yazındaki hekimin yoğunluğunu defansif tıbbın nedeni olarak gösteren çalışmalar (Jackson Healthcare Company, 2012, Akdur, 2013), sağlık hukuku konusunda yetkin bilirkişilerin olmamasını defansif tıbbın öncülü olarak belirten çalışmalar (Selçuk, 2015) ve sağlık sisteminin defansif tıbbın öncülü olduğunu belirten çalışmalar (Yeşiltaş, 2018: 145) ile birbirini desteklemektedir.

Pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları ile ilişkisi olan bir diğer öncül hekimin itibarını koruma kaygısıdır. Çalışmanın sonuçlarına göre hekimin itibar kaygısı arttıkça pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları da artmaktadır. Ayrıca hekimin itibar kaygısının pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif yönlü etkisi bulunmaktadır. Hekimlerin hastalarının ve meslektaşlarının gözündeki itibarlarını kaybetmemek adına defansif tıp uygulamalarına başvurması doğaldır. Bunun için hekimler diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yaparak hastaların beklentilerini karşılamaya çalışmaktadır. Hekimlerin bu yolla itibarlarını yüceltip koruyabilmeleri için ise olası risklerden uzak durmaları gerekmektedir. Bu durumda defansif tıp uygulamalarını arttıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu görüşü destekler nitelikte olan Catino (2011:6)'nın çalışmasına göre de hekimler olumsuz şekilde tanıtılmaktan çekindikleri için defansif tıp uygulamaktadırlar. Ayrıca çalışmanın nitel araştırma sonuçlarına göre de hekimlerin eleştirilmemek isteği, diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü ve itibarlarını koruma istekleri hekimlerin pozitif ve negatif defansif tıp uygulaması ile ilişkili bulunmuştur.

Şiddet görme kaygısı ile defansif tıp arasındaki ilişkiye uluslararası alan yazında rastlanılmazken ulusal alan yazında defansif tıp uygulamaları şiddet arasındaki ilişkiye yönelik bilgi ve bulgular oldukça fazladır (Yeşiltaş, 2018; Akdur, 2013; Toraman ve Çarıkçı, 2019: 45). Alan yazınla uyumlu olarak bu çalışmada da şiddet görme kaygısı ile pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Buna göre hekimlerin şiddet görme kaygıları arttıkça defansif tıp uygulamalarına başvurma sıklıkları da artmaktadır. Buna karşılık şiddet görme kaygısı negatif defansif tıp uygulamalarını olumlu yönde etkilerken, pozitif defansif tıp uygulamalarına bir etkisi bulunmamaktadır. Bu durum şiddet görme kaygısının hekimleri hasta kabul etmeme, daha az risk alma ve riskli tedavilerden uzak

durma konusunda teşvik etmesine karşılık hastaya ekstra sağlık hizmeti sunma konusunda herhangi bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. Buna göre hekimler hastayı kabul edip etmeme konusunda şiddet görme kaygısının doğrudan etkisi altında iken hastayı kabul ettikten sonra diğer öncüller devreye girmekte, dolayısıyla hastayı kabul ettikten sonra sunulan hizmetlerde şiddet görme kaygısının herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Buna karşılık fiziksel ve sözel şiddet görme kaygısından bahseden hekimlerin sıklıkla pozitif defansif tıp uygulamalarından bahsettiğini göstermektedir. Bu farklılığın sebebi de hekimlerin anket sorularına cevap verirken sosyal olarak yanlış davranmış olabileceğini, yani gerçek düşüncelerinden ziyade olması gerektiğini düşündükleri cevapları vermiş olabileceklerini göstermektedir. Bu konuda alan yazında var olan çalışmalar anket katılımcılarının sosyal yanlılık göstermelerinin oldukça sık karşılaşılan bir problem olduğunu ortaya koymaktadır (Van de Mortel, 2008).

Pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamaları ile ilişkisi olan bir diğer öncül alınan tıp eğitimidir. Alan yazında alınan tıp eğitiminin hekimlerin defansif tıp uygulamasında önemli bir etken olduğuna yönelik bilgiler mevcuttur (Johnston vd., 2014). Ayrıca, çalışmanın nitel sonuçları da bu sonucu destekler niteliktedir. Bu sonuçlara göre hekimler gerek teorik eğitim alırken gerekse pratik eğitim alırken hocalarından defansif tıp uygulama noktasında açık veya örtülü bir şekilde yönlendirmelere maruz kalmaktadır. Hekimlik eğitimi alınırken alınan bu telkinler ise hekimlerin meslek hayatları boyunca doğruyla yanlış ayırma noktasında olduklarında her zaman seçimlerini etkileyen bilinçaltı bir unsur olarak kalabilir. Dolayısıyla hocalarından defansif tıp uygulamaları gerektiğini öğrenen hekimler için defansif tıp uygulanması gereken bir olgu haline gelmektedir. Dahası defansif tıp uygulamaları uygulandıkça bakım standardı haline gelebilmektedir. Yani sıklıkla başvuru alan bazı defansif uygulamalar artık tanı ve tedavi yöntemlerinde yer etmekte (Jackson Healthcare Company, 2012), böylece mesleği icra eden her hekim bu uygulamalara başvurmak durumunda kalabilmektedir. Kaldı ki bir önceki öncülde bahsedilen diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü de bu öncülü destekleyen bir unsurdur.

Nicel araştırma kapsamında yapılan korelasyon analizi sonucunda hasta odaklı davranma çabası ile pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamaları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Buna karşılık yapılan çoklu regresyon analizinde hasta odaklı davranma çabası diğer öncüller ile bir arada ele alındığında hem pozitif defansif tıp

uygulamaları hem de negatif defansif tıp uygulamaları üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre hekimler sadece hasta yararını gözeterek defansif tıp uygulamalarına başvurmamaktadır. Ancak diğer öncüller ile birleştğinde hasta odaklı davranma çabası defansif tıp uygulamalarına etkide bulunmaktadır. Çalışmanın bu sonuçları nitel araştırmadan elde edilen sonuçlar birbirlerini desteklemektedir. Nitel çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hekimler her ne kadar düşük katılım gösterebilir de hasta yararına davranma arzusunda bahseden hekimler negatif defansif tıp uygulamaları ile pozitif defansif tıp uygulamalarından da bahsetmiştir. Alan yazında bu bilgi ve bulguları destekler nitelikte herhangi bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte defansif tıp uygulamalarının temelini “öncelikle zarar verme” ilkesinden aldığını iddia eden yazarlar bulunmaktadır (Sclar ve Housman, 2003: 75; Simon, 1992: 12).

Çalışma kapsamında geliştirilen ikinci modelde ise hangi defansif tıp uygulamalarının ne gibi sonuçlara neden olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarıyla defansif tıp uygulamaları hekimlik mesleğini zorlaştırır, sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azaltır, hastalar için zararlıdır, hastalara fayda sağlar ve hekimlere fayda sağlar sonuçları arasındaki ilişki irdelenmiş olup, defansif tıp uygulamalarının bu sonuçlar üzerinde ki etkileri belirlenmiştir. Çalışmanın bu sonuçlarını tartışmak üzere alan yazın incelendiğinde defansif tıp uygulamalarının sonuçlarını belirlemeye yönelik yalnızca bir ulusal çalışmaya (Yeşiltaş, 2018) rastlanılmış olmasına karşılık; uluslararası alan yazında konuyla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmanın nicel araştırma kısmında pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları ile hekimlik mesleğini zorlaştırır sonucu arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Buna ek olarak hem pozitif defansif tıp uygulamalarının hem de negatif defansif tıp uygulamalarının hekimlik mesleğini zorlaştırıcı etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen nitel araştırma sonuçları ile bu sonuçlar birbirini desteklemektedir. Buna göre negatif defansif tıp uygulamaları ve pozitif defansif tıp uygulamalarından bahseden hekimler genel olarak mesleki gelişime engel olur, hekimin mesleğini icra etmesi zorlaşır, stres, yoğunluk sebebiyle hata, zaman kaybına neden olur kodlarına da değinmişlerdir. Çalışmanın sonuçları ile Yeşiltaş (2018:145)’in çalışması birbirini desteklemektedir. Yeşiltaş çalışmasında defansif tıp uygulamalarının

mesleki çekincelere, tıbbi hata riskinde artışa, hekimlerin erken emeklilik istemesine, hekimlerin iş yüklerinin artmasına ve tıp mesleğinin tercih edilmemesine neden olduğunu ifade etmiştir. Yazarın değindiği bu sonuçlar ise bu çalışmada hekimlik mesleğini zorlaştırır alt boyutlarıyla uyumlu olduğundan iki çalışmanın birbirini desteklediği söylenebilir.

Defansif tıp uygulamalarının güçlü şekilde ilişkili olduğu bir diğer sonuç sağlık sistemini verimliliğini, etkililiğini ve kalitesini azalttığı sonucudur. Buna göre pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarının artması sağlık sistemini olumsuz etkilemektedir. Defansif tıp uygulamalarının maliyet etkili olmayan uygulamalar olması (Kessler, 2011a: 95), ayrıca bazı durumlarda hastalara ihtiyaç duyduğu hizmetin sunulmamasını da içermesi bakımından sağlık sistemine olumsuz etkilerinin olması oldukça olağandır. Çalışmanın bu sonuçlarını nitel araştırmadan elde edilen sonuçlarda desteklemektedir. Özellikle pozitif defansif tıp uygulamalarından bahseden hekimler oldukça fazla şekilde defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artıracığından da bahsetmişlerdir. Buna göre ekstra tahlil ve tetkik isteme, hastaya ihtiyacının dışında hizmet sunma sağlık sisteminde kaynakların israfına neden olmaktadır.

Pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları hastalar için zararlıdır sonucuyla pozitif yönlü ilişkisi olduğu sonucu çalışmanın bir diğer önemli sonucudur. Buna göre hekimler uyguladıkları defansif tıp uygulamalarının hastalar için oldukça ciddi riskler içerdiğini düşünmektedirler. Ayrıca pozitif defansif tıp uygulamaları ile negatif defansif tıp uygulamaları hastalar için faydalıdır sonucu arasındaki negatif yönlü ilişki de bu sonuçları desteklemektedir. Buna göre defansif tıp uygulamalarının hastalar için herhangi bir faydası olduğuna yönelik hekimlerin inancı bulunmamaktadır. Her ne kadar alan yazında negatif defansif tıp kapsamında zor vakaların başka hekimlere ya da hastanelere sevk edilmesinin hastalar için faydalı olabileceğine yönelik görüşler olsa da (Winkelmayer vd., 2002: 490; Nell vd., 2004: 912) bu görüşler düşünceden öteye geçmemektedir. Yani herhangi bir ampirik bulguyla desteklenmemektedir. Dolayısıyla alan yazındaki bu bilgilerin çalışma ile ters düştüğünü söylemek doğru olmayacaktır. Buna karşılık çalışmanın ikinci kısmında yer alan sonuçlara göre pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları hasta için zararlıdır sonucu ile birlikte oldukça fazla kullanılmış olmasına karşılık, hasta için faydalıdır sonucu ile oldukça sınırlı

şekilde kullanılmıştır. Bu da çalışmanın nicel sonuçları ile nitel sonuçlarının uyumlu olduğunu ortaya koyan bir diğer sonuçtur.

Model 2'ye ilişkin elde edilen son sonuç pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamaları ile defansif tıp uygulamaları hekimlere fayda sağlar sonucu arasındaki pozitif yönlü ilişki olduğu sonucudur. Bu ilişki zayıf olmakla birlikte anlamlı bir ilişkidir. Alan yazında sıklıkla defansif tıp uygulamalarının hasta yararından ziyade hekim yararına uygulandığı görüşü savunulmaktadır (Selçuk, 2015:9; Hermer ve Brody, 2010:470). Aslen çalışmanın bu sonucu alan yazında yer alan bu bilgiler ile desteklenmektedir. Ancak regresyon analizi sonucunda elde edilen negatif defansif tıp uygulamaları hekimlere fayda sağlar sonucunu pozitif yönlü etkilerken pozitif defansif tıp uygulamalarının hekimlere fayda sağlar sonucunu etkilememesi irdelenmesi gereken bir sonuçtur. Buna göre hekimler negatif defansif tıp uygulamaları halinde fayda göreceklarını düşünürken, pozitif defansif tıp uygulamaları halinde herhangi bir fayda elde edeceklerini düşünmemektedir. Hekimi hukuki ve tıbbi açıdan koruması amacıyla yapılan bu uygulamaların istenildiği gibi bir sonuç vermemesi ise iki şekilde açıklanabilir. İlki pozitif defansif tıp uygulamaları ile hekimler ekstra uygulamalar yaparak kendilerini korumaya çalışmaktadırlar. Buna karşılık istedikleri ekstra tahliller, tetkikler, yaptıkları ekstra uygulamalar ve yazdıkları ekstra ilaçlar hekimler için hem zaman kaybına hem de yoğunluğun artmasına neden olmaktadır. Pozitif defansif tıp uygulamaları neden oldukları bu olumsuz sonuçlara rağmen hekimler için çok düşük fayda içermektedir çünkü aynı hasta ile tekrar ilgilenmek durumunda kalan hekim hastaya ilişkin riskleri üstlenmek durumundadır ki yapmış olduğu pozitif defansif tıp uygulamaları sadece şikâyet ve dava süreçlerinde delil olarak işine yarayacaktır. Buna karşılık hekimin şikâyet ve dava süreci yaşamasına engel olmamaktadır. Daha önceki sonuçlardan da hatırlanacağı üzere hekimlerin defansif tıp uygulamasının en temel nedeni dava ve şikâyet süreci yaşama kaygısıdır. Hekimlerin başvurdukları pozitif defansif tıp uygulamaları bu süreçleri engellemediği sürece hekim açısından çok düşük fayda içermektedir. Buna karşılık hekim negatif defansif tıp uygulaması durumunda hastayı ve hastaya ilişkin riskleri başka bir hekime aktaracağı için algıladığı faydanın da yüksek olması son derece normaldir. Bir diğer açıklama ise hekimin ölçeğe cevap verirken olanı değil olması gerekeni düşünerek cevap vermesi sonucunda oluşan sosyal yanlılık olabilir ki daha önce

de belirtildiği gibi sosyal bilimlerde bu durumla karşılaşılma olasılığı oldukça yüksektir (Van de Mortel, 2008).

Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda geliştirilen öneriler bu bölümde sunulacak olup, çalışmanın dört bölümüne ilişkin öneriler ayrı ayrı sunulacaktır.

Alan yazın taraması ile ilgili araştırmacılara yönelik öneriler:

Araştırma sonucunda defansif tıp konusunda alan yazında birçok çalışma olduğu görülmüştür. Alan yazında yer alan bu çalışmaların çok önemli bir kısmı alan yazın taraması şeklinde olmakla birlikte, sistemli bir alan yazın taramasına rastlanılmamıştır. Bu görüş doğrultusunda daha sonra konuyu çalışacak araştırmacıların sistematik alan yazın taraması yaparak alan yazında yer alan çalışmaları detaylı incelemeleri önerilmektedir. Bu yolla defansif tıp konusundaki bilgi birikiminin ne seviyede olduğu ve ne tür eksikler olduğu daha net görülebilir.

Derinlemesine mülakatlar ile ilgili uygulayıcılara yönelik öneriler

Derinlemesine mülakatlar sonucunda şikâyet ve dava edilme kaygısının, hasta şikâyet hatlarının baskısının, şiddet görme kaygısının, yönetimin desteğini hissetmemenin ve medyanın defansif tıp konusunda oldukça önemli öncüller olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre hekimlerin hissettikleri bu yoğun kaygıların ortadan kaldırılması yönünde yapılacak çalışmaların defansif tıp uygulamalarında azalmaya neden olabileceği böylelikle sağlık sistemine olumlu bir etkinin sağlanabileceği düşünülmektedir.

Derinlemesine mülakatlar ile ilgili araştırmacılara yönelik öneriler

Defansif tıp konusunda nitel araştırma yapmayı planlayan araştırmacılara defansif tıp uygulamalarının nasıl önlenebileceğine ilişkin derinlemesine mülakatlar yapmaları önerilmektedir. Bu konuda olguyu tüm boyutlarıyla yaşayan hekimler ile yapılacak mülakatların yanında politika belirleyiciler ile de yapılacak mülakatların olguya yönelik oldukça geniş bir bakış açısı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Ölçek geliştirme ile ilgili araştırmacılara yönelik öneriler

Bu çalışmada ölçek geliştirme uygulaması yapılırken katılımcıların sosyal yanlılık gösterebileceği kısıtı göz ardı edilmiştir. Bu doğrultuda sosyal bilimlerde özellikle de

katılımcıların kendi uygulamalarını değerlendireceği benzer ölçek geliştirme çalışmalarında katılımcıların sosyal yanlılık gösterme riskinin de göz önüne alınması önerilmektedir. Bu konuda bilgi almak isteyen araştırmacılara “Faking it: Social desirability response bias in self-report research (Van de Mortel, 2008)” makalesini incelemeleri önerilmektedir.

Defansif tıp uygulamaları ile ilgili uygulayıcılara öneriler

Çalışmanın sonuçları hekimlerin şikâyet ve dava edilme kaygısı, medya ve sosyal iletişim kanallarının baskısı, çalışma çevresinden kaynaklı baskılar, hekimin itibarını koruma kaygısı, şiddet görme kaygısı, alınan tıp eğitimi ve hasta odaklı davranma çabası ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına yöneldiklerini göstermektedir. Bununla birlikte defansif tıp uygulamalarının hem hekimler hem hastalar hem de sağlık sistemi açısından olumsuz sonuçları olduğu da çalışmanın diğer sonuçlarıdır. Bu kapsamda bu çalışmada belirlenen defansif tıp uygulaması öncüllerinin derinlemesine incelenmesi ve bu öncüllerin ortadan kaldırılması veya etkisinin azaltılması yönünde çalışmalar yapılması önerilmektedir. Bu yolla bilhassa ülke sağlık harcamalarının azaltılması, sağlık hizmetlerinin etkililiğinin, verimliliğinin ve kalitesinin artırılması olmak üzere sağlık insan gücünün en önemli unsuru olan hekimlerin daha güvenli bir şekilde çalışmaları ve nihayetinde sağlıklı toplumu oluşturacak hasta bireylerin daha iyi sağlık hizmeti almaları konusunda önemli bir adım atılmış olacaktır.

Defansif tıp uygulamaları ile ilgili araştırmacılara öneriler

Defansif tıp uygulamaları ile ilgili çalışma yapacak araştırmacıların, defansif tıbbın sağlık harcamalarına etkisini ve defansif tıbbın yıllık yaklaşık maliyetinin ne kadar olduğunu belirlemeye yönelik çalışmalar yapmaları hem defansif tıp olgusuna dikkat çekilmesi bakımından hem de hekimlere yönelik baskıların fark edilip ortadan kaldırılmasına yönelik adımlar atılması bakımından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda defansif tıbbın mali yönünün çalışılması konuyu çalışacak araştırmacılara önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adwok, J., & Kearns, E. H. (2013). Defensive medicine: Effect on costs, quality and access to healthcare. *J Bio, Ag and Healthcare*, 3(6), 29-35.
- Ajzen I. (1985) *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. İçinde Kuhl J., Beckmann J. (eds) *Action control. SSSP springer series in social psychology*. Berlin: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I., *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*. Erişim adresi: <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>. (Erişim Tarihi: 19/04/2018).
- Akdur, G. (2013). Tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastaneleri acil servislerinde çalışan acil tıp uzmanları ve araştırma görevlilerinin çekinik tıp uygulamaları. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne.
- Aksay, K., Orhan, F., & Kurutkan, M. N. (2012). Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniği olarak fmea: laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4, 121-142.
- Albers Mohrman, S., Shani, A., & McCracken, A. (2012). *Chapter 1 organizing for sustainable health care: The emerging global challenge*. İçinde Albers Mohrman, S. & Shani, A. (Eds.) *Organizing for sustainable health care* (ss. 1-39). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Ali, A. A., Hummeida, M. E., Elhassan, Y. A., Nabag, W. O., Ahmed, M. A. A., & Adam, G. K. (2016). Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 12.
- Antoci, A., Maccioni, A. F., & Russu, P. (2016). The Ecology of defensive medicine and malpractice litigation. *PloS one*, 11(3), e0150523.
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., & Reuveni, H. (2012). Defensive medicine in Israel—A nationwide survey. *Plos One*, 7(8), 1-7.
- Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 45-50.

- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, E. (2006). *Tıp Etiği*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Aynacı, Y. (2008). Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Baicker, K., Wright, B. J., & Olson, N. A. (2015). Reevaluating reports of defensive medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(6), 1157-1177.
- Bal, H. (2001). *Bilimsel araştırma yöntem ve teknikleri*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi.
- Barkowski, S. (2015). *Does defensive medicine reduce health care spending?. Browser download this paper*. MPRA Paper No. 64318. Erişim Adresi: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/64318/> (Erişim Tarihi: 02/04/2018).
- Baş, T., & Akturan, U. (2008). *Nitel araştırma yöntemleri: NVivo 7.0 ile nitel veri analizi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Başer, A., Kolcu, B., İnci, M., Kolcu, G., Tuncer, Ö., & Altuntaş, M. (2014b). Diş hekimlerinin defansif diş hekimliği konusundaki görüşleri: kesitsel bir çalışma. *İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 24(2), 103-109.
- Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G., & Balcı, U. G. (2014a). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: ön çalışma. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24 (2), 99-102.
- Bean, J. R. (2016). Defensive medicine: A game in which perception trumps reality. *World Neurosurgery*, 100(90), 646-647.
- Benbassat, J., Pilpel, D., & Schor, R. (2001). Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: Development of a scale. *Behavioral Medicine*, 27(2), 52-60.
- Bernstein, J. (2013). Malpractice: Problems and solutions. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(3), 715-720.
- Brateanu, A., Schramm, S., Hu, B., Boyer, K., Nottingham, K., Taksler, G. B., ... & Hamilton, A. C. (2014). Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *Journal of Medical Economics*, 17(11), 810-816.
- Brateanu, A., Schramm, S., Hu, B., Boyer, K., Nottingham, K., Taksler, G. B., & Hamilton, A. C. (2014). Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *Journal of Medical Economics*, 17(11), 810-816.
- Brilla, R., Evers, S., Deutschländer, A., & Wartenberg, K. E. (2006). Are neurology residents in the united states being taught defensive medicine?. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108(4), 374-377.

- Can, Ş. (2005). Öğretme-öğrenmede ipuçları ve pekiştireçlerin rolü. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 97-109.
- Catino, M. (2009). Blame culture and defensive medicine. *Cognition, Technology & Work*, 11(4), 245.
- Catino, M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Med Sci Mon*, 15(4), 1-12.
- Catino, M., & Celotti, S. (2009, September), *The problem of human error and defensive medicine: Two Italian survey*, Patient Safety Through Intelligent Procedures in Medication, Belgirate, Italy.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cervellin, G., & Cavazza, M. (2016). Defensive medicine in the emergency department. the clinicians' perspective. *Emergency Care Journal*. 12(5615), 20-22.
- Chawla, A., & Gunderman, R. B. (2008). Defensive medicine: prevalence, implications, and recommendations. *Academic Radiology*, 15(7), 948-949.
- Chen, W. T., Starks, H., Shiu, C. S., Fredriksen-Goldsen, K., Simoni, J., Zhang, F., ... & Zhao, H. (2007). Chinese HIV-Positive patients and their healthcare providers: Contrasting confucian versus western notions of secrecy and support. *ANS. Advances in Nursing Science*, 30(4), 329-342.
- Chiolero, A., Paccaud, F., Aujesky, D., Santschi, V., & Rodondi, N. (2015). How to prevent overdiagnosis. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14060.
- Chuang, A. W., Nuthalapaty, F. S., Casey, P. M., Kaczmarczyk, J. M., Cullimore, A. J., Dalrymple, J. L., Dugoff, L., Espey, E. L., Hammoud, M. M., Huepcchen, N. A., Katz, N. T., & Peskin, E. G. (2010). To the point: Reviews in medical education—taking control of the hidden curriculum. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203(4), e1-e6.
- Clark, J. R. (2015). Defensive Medicine. *Air Medical Journal*, 34(6), 314-316.
- Côrtes, P. L., & Côrtes, E. G. D. P. (2011). Hospital information systems: A study of electronic patient records. *JISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management*, 8(1), 131-154.
- Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (8. Baskı). Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd Edition). London: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cross, S. (1997). Medical litigation related to practicing telephone medicine (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gonzaga University, US.

- De Ville, K. (1998). Act first and look up the law afterward?: Medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19(6), 569-589.
- Desmond, J., & L. Copeland (2010). *Günümüz hastasıyla iletişim*. D. Yamaç, E. Tekin (Çev.), Ankara: Eflatun.
- DiCicco-Bloom, B., & Cunningham, R. S. (2013). The experience of information sharing among primary care clinicians with cancer survivors and their oncologists. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(1), 124-130.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.
- Eisenberg, J. M. (1979). Sociologic influences on decision-making by clinicians. *Annals of Internal Medicine*, 90(6), 957-964.
- Elli, L., Tenca, A., Soncini, M., Spinzi, G., Buscarini, E., & Conte, D. (2013). Defensive medicine practices among gastroenterologists in lombardy: Between lawsuits and the economic crisis. *Digestive and Liver Disease*, 45(6), 469-473.
- Ellyson, A. M. (2015). *Movement and reorganization: Negative defensive medicine among family medicine physicians*. Working Paper.
- Feldman, R., & Sloan, F. (1988). Competition among physicians, revisited. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13(2), 239-261.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research reading. MA: Addison-Wesley. Erişim Adresi: <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>. (Erişim Tarihi: 19/04/2018).
- Fishbein, M., Triandis, H. C., Kanfer, F. H., Becker, M., & Middlestadt, S. E. (2000). *Factors influencing behavior and behavior change*. Erişim adresi: <http://people.oregonstate.edu/~flayb/MY%20COURSES/H671%20Advanced%20Theory%20Winter16/Weekly/Fishbein%20etal01%20TheoristsConsensusConference.pdf>. (Erişim Tarihi: 19/04/2018).
- Forehand, S. (1998). Helping the medicine go down: How a spoonful of mediation can alleviate the problems of medical malpractice litigation. *Ohio St. J. on Disp. Resol.*, 14, 907-926.
- Forrest, J. B., & Moldwin, R. (2008). Diagnostic options for early identification and management of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 62(12), 1926-1934.
- Fronczak, S. W. (2016). Defensive medicine: A tax/surcharge for the delivery of healthcare. *World Neurosurgery*, 95, 594-596.

- Girgin, B. (2007). *Beş faktör kişilik modelinin işyerinde duygusal tacize (mobbinge) etkileri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Göcen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Celepkolu, T., Tuncay, S., & Dirican, E. (2018). Assistant physicians knowledge and attitudes about defensive medical practices, work-related stress and burnout levels. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(2), 77-87.
- Gökşen, Ö. (2014). *Defansif tıp ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Güredin, E. (1987). *Denetim*. İstanbul: Avcıol Matbaası, Muhasebe Enstitüsü.
- Hafner, J. P., Ownby, A. R., Thompson, B. M., Fasser, C. E., Grigsby, K., Haidet, P., ... & Hafferty, F. W. (2011). Decoding the learning environment of medical education: A hidden curriculum perspective for faculty development. *Academic Medicine*, 86(4), 440-444.
- Harmon, G., Lefante, J., & Krousel-Wood, M. (2006). Overcoming barriers: The role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. *Current Opinion in Cardiology*, 21(4), 310-315.
- Hauser, M. J., Commons, M. L., Bursztajn, H. J., & Gutheil, T. G. (1991). *Fear of malpractice liability and its role in clinical decision making*. İçinde Thomas G. G., Harold J. B., Archie B., & Victoria A. (Eds.). *Decision making in psychiatry and the law* (ss. 209-226). Philadelphia: Williams & Wilkins
- 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.
- Heath, I. (2014). Role of fear in Overdiagnosis and Overtreatment—an Essay by Iona Heath. *BMJ*, 349, g6123.
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473.
- Hershey, N. (1972). The Defensive Practice of Medicine: Myth or reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(1), 69-97.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T., & Chayama, K. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World journal of Gastroenterology: WJG*, 12(47), 7671-7675.
- Hoffman, E.D., & Herring, B. (2015). *Report to the maryland health services cost review commission on defensive medicine*. Erişim Adresi: <https://hsrc.state.md.us/Documents/commission-meeting/2015/03-11/Defensive-Medicine-Final-Report-3-16-15.pdf>. (Erişim Tarihi: 17/09/2019).

- Hossein, D., & Mina, M. (2018) Defensive medicine: ethical or unethical? A case study of Tehran university of medical sciences hospitals. *Open Access Journal of Public Health*, 2(2), 1-7.
- Huang, E. W., & Liou, D. M. (2007). Performance analysis of a medical record exchanges model. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 11(2), 153-160.
- Hvidt, E. A., 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.
- Jackson Healthcare Company (2010a). *Physician study: quantifying the cost of defensive medicine*. Erişim Adresi: <https://www.jacksonhealthcare.com/Media-Room/Surveys/Defensive-Medicine-Study-2010.aspx>. (Erişim Tarihi: 07/05/2018).
- Jackson Healthcare Company (2010b). *Defensive medicine: Impacts beyond costs*. Erişim Adresi: <https://jacksonhealthcare.com/media-room/surveys/def-med-phase-3-summary/>. (Erişim Tarihi: 07/05/2018).
- Jackson Healthcare Company (2012). *Physicians on medical liability reform options*. Erişim Adresi: https://www.jacksonhealthcare.com/Media/1036/Phys_On_Med_Liability_Reform_112612_Weighted_By_Specialty.pdf. (Erişim Tarihi: 21/04/2018).
- Johnston, W. F., Rodriguez, R. M., Suarez, D., & Fortman, J. (2014). Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: A "Hidden Curriculum?". *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 293.
- Kanzaria, H. K., Hoffman, J. R., Probst, M. A., Caloyeras, J. P., Berry, S. H., & Brook, R. H. (2015). Emergency physician perceptions of medically unnecessary advanced diagnostic imaging. *Academic Emergency Medicine*, 22(4), 390-398.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karagöz, Y. (2017). *SPSS ve AMOS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karnieli-Miller, O., Vu, T. R., Frankel, R. M., Holtman, M. C., Clyman, S. G., Hui, S. L., & Inui, T. S. (2011). Which experiences in the hidden curriculum teach students about professionalism?. *Academic Medicine*, 86(3), 369-377.
- Keels, S. (2009). *The prevalence of defensive medicine: a case study of Northeast Florida*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Capella University, US.
- Keinberger, F. (2017). Defensive medicine and overutilization of imaging—an issue of radiation protection. *Wien Klin Wochenschr*, 129, 157-158

- Kessler, D. P. (2011). Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *Journal of Economic Perspectives*, 25(2), 93-110.
- Kessler, D. P. (2011b). *Regulation versus litigation: perspectives from economics and law*. University of Chicago Press.
- Kessler, D. P., & McClellan, M. (1998). *The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care* (No. w6346). National Bureau of Economic Research.
- Kessler, D.P., & McClellan, M. (1996). Do doctors practice defensive medicine?. *The Quarterly Journal of Economics*, 111, 353–390
- Koster, M. J., & Warrington, K. J. (2014). *Rheums with a view: Rheumatologists point of view at patients requesting tests*. Erişim Adresi: <https://butudontlooksick.wordpress.com/2014/08/20/rheums-with-a-view-rheumatologists-poin/>. (Erişim Tarihi: 22/04/2018).
- Madarasz, K. (2011). Information projection: Model and applications. *The Review of Economic Studies*, 79(3), 961-985.
- Massachusetts Medical Society, (2008). *Investigation of defensive medicine in Massachusetts*. Erişim adresi: [http://www.massmed.org/advocacy/key-issues/professional-liability/defensive-medicine-report-2008-\(pdf,-829-kb,-19-pages\)/](http://www.massmed.org/advocacy/key-issues/professional-liability/defensive-medicine-report-2008-(pdf,-829-kb,-19-pages)/). (Erişim Tarihi: 16/04/2018).
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*. 6(5): 587-597.
- Mckinlay, J. B., Burns, R. B., Durante, R., Feldman, H. A., Freund, K. M., Harrow, B. S., Irish J. T., Kasten, L. E., & Moskowitz, M. A. (1997). Patient, physician and presentational influences on clinical decision making for breast cancer: Results from a factorial experiment. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(1), 23-57.
- McQuade, J. S. (1991). The medical malpractice crisis—reflections on the alleged causes and proposed cures: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84(7), 408-411.
- Meyer, D. J., & Price, M. (2012). Peer review committees and state licensing boards: responding to allegations of physician misconduct. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 40(2), 193-201.
- Montanera, D. (2016). The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform. *The European Journal of Health Economics*, 17(3), 355-369.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). *Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model*. İçinde K. Glanz, B. K. Rimer, &

- K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (ss. 95–124). San Francisco: Jossey-Bass.
- 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.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. New-York: Sage Publications.
- Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*, 344, e3502.
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R., & Heary, R. F. (2012). Malpractice liability and defensive medicine: A national survey of neurosurgeons. *Plos One*, 7(6), 1-7.
- Nell, V. P. K., Machold, K. P., Eberl, G., Stamm, T. A., Uffmann, M., & Smolen, J. S. (2004). Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 43(7), 906-914.
- Nisson, C., & Earl, A. (2015). The theories of reasoned action and planned behavior: Examining the reasoned action approach to prediction and change of health behaviors. Erişim Adresi: http://hailab.psych.lsa.umich.edu/wp-content/uploads/2016/06/Nisson-Earl-2015_TRA-TRP-1.pdf. (Erişim Tarihi: 19/04/2018).
- 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.
- Ornstein, S. M., Markert, G. P., Johnson, A. H., Rust, P. F., & Afrin, L. B. (1988). The effect of physician personality on laboratory test ordering for hypertensive patients. *Medical Care*, 26(6), 536-543.
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T., & Abu-Zidan, F. (2013). The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Medical Ethics*, 14(42), 1-6.
- Osti, M., & Steyrer, J. (2015). A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(2), 278-284.
- OTA (U. S. Congress, Health Program Office Of Technology Assesment), (1993). *Impact of legal reforms on medical malpractice costs*, Washington, DC: Office of Technology. Erişim Adresi: <http://Ota.Fas.Org/Reports/9329.Pdf>. (Erişim Tarihi: 23 Mart 2018).

- Paik, M., Black, B., & Hyman, D. A. (2017). Damage caps and defensive medicine, revisited. *Journal of Health Economics*, *51*, 84-97.
- Papanikitas, A. & Jani, A. (2018). "More than my job is worth"—Defensive medicine and the marketisation of healthcare. İçinde Feiler, T., Hordern, J. & Papanikitas, A. *Marketisation, Ethics and Healthcare* (ss. 115-126). Abingdon: Routledge.
- Passmore, K., & Leung, W. C. (2002). Defensive practice among psychiatrists: A questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal*, *78*(925), 671-673.
- Pathirana, T., Clark, J., & Moynihan, R. (2017). Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ*, *358*, j3879.
- Perry, M. (2013). Defensive medicine—legally necessary but ethically wrong?. *JAMA*, *173*(12), 1056-1057.
- Polkinghorne, D. E. (1989). *Phenomenological research methods. In existential-phenomenological perspectives in psychology*. Boston: Springer.
- Pricewaterhouse Coopers' Health Research Institute (2008). *The Price of Excess: Identifying Waste in Healthcare Spending*. Erişim Adresi: http://www.oss.net/dynamaster/file_archive/080509/59f26a38c114f2295757bb6be522128a/The%20Price%20of%20Excess%20-%20Identifying%20Waste%20in%20Healthcare%20Spending%20-%20PWC.pdf. (Erişim Tarihi: 07/05/2018).
- Project, The medical malpractice threat: A study of defensive medicine. *Duke Law Journal*, *1971*(5), 939-993.
- Quinn, R. (1995). *The effect of rising malpractice premiums on physicians' behavior*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). University Of Miami, US.
- Ramella, S., Mandoliti, G., Trodella, L., & D'Angelillo, R. M. (2015). The first survey on defensive medicine in radiation oncology. *La Radiologia Medica*, *120*(5), 421-429.
- Reisch, L. M., Carney, P. A., Oster, N. V., Weaver, D. L., Nelson, H. D., Frederick, P. D., Elmore, J. G. (2015). Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. *American Journal of Clinical Pathology*, *144*(6), 916-922.
- Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O., & Canetti, L. (2017). Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open*, *7*(3), 1-7.
- Robbins, S. P. & Judge, T. (2015). *Örgütsel davranış*. 14. Basımdan Çeviri (İnci Erdem Çev.) Ankara: Nobel Yayınevi.
- Rodriguez, R. M., Anglin, D., Hankin, A., Hayden, S. R., Phelps, M., Mccollough, L., & Hendey, G. W. (2007). A Longitudinal Study Of Emergency Medicine Residents'

- Malpractice Fear And Defensive Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 14(6), 569-573.
- Rohacek, M., Buatsi, J., Szucs-Farkas, Z., Kleim, B., Zimmermann, H., Exadaktylos, A., & Stoupis, C. (2012). Ordering CT pulmonary angiography to exclude pulmonary embolism: Defense versus evidence in the emergency room. *Intensive Care Medicine*, 38(8), 1345-1351.
- Roter, D.J. & Mcneilis, K.S. (2003). *The Nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits*. İçinde Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Miller K.I. & Parrott R. (Eds.) *Handbook of health communication* (ss. 121-140). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Rothberg, M. B., Class, J., Bishop, T. F., Friderici, J., Kleppel, R., Lindenauer, P. K. (2014). "The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services", *JAMA Internal Medicine*, 174(11), 1867-1868.
- Rubin, R. J., & Mendelson, D. N. (1994). How much does defensive medicine cost?, *The Journal Of American Health Policy*, 4(4), 7-15.
- Rutsohn, P. & Sikula, A. (2007). Medical malpractice reform: A societal crisis or fear marketing?. *Journal of Medical Marketing*, 7(2), 169-175.
- Sage, W. M. (2004). *Reputation, malpractice liability, and medical error*. Accountability: patient safety and policy reform, 159-184.
- Sánchez-González, J. M., Tena-Tamayo, C., Campos-Castolo, E. M., Hernández-Gamboa, L. E., & Rivera-Cisneros, A. E. (2005). Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cirugía y Cirujanos*, 73(3).
- Schwartz, S. K. (2016). Defensive medicine versus value-based care. *Medical Economics*, 93(6), 17-8.
- Sclar, D. I., & Housman, M. G. (2003). Medical malpractice and physician liability: examining alternatives in defensive medicine. *Harvard Health Policy Review*, 4(1), 75-84.
- Sekhar, M. S., & Vyas, N. (2013). Defensive medicine: A bane to healthcare. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(2), 295-296.
- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Sethi, M. K., Obremsky, W. T., Natividad, H., Mir, H. R., & Jahangir, A. A. (2012). Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: A national survey study. *Sports Medicine*, 42(1), 35-5.
- Sığrı, Ü. ve S. Gürbüz (2014). *Örgütsel davranış*. İstanbul: Beta Yayınları.

- Simon, R.I. (1992). *Concise guide to clinical psychiatry and the law*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Skinner, B. F. (2014). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. U.S.A.: BF Skinner Foundation.
- Sloan, F. A., & Shadle, J. H. (2009). Is there empirical evidence for “Defensive Medicine”? A reassessment. *Journal of Health Economics*, 28(2), 481-491.
- Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M., & Keles, G. E. (2014). Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PloS One*, 9(10), e111446.
- Spath, R. T. (1979). *The effects of defensive medicine on the costs of medical care*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). University Of California, US.
- Street, R. L. (2003). *Communication in medical encounters: An ecological perspective*. İçinde T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller ve R. Parrott. (Eds.) *Handbook of health communication*. Lawrence Erlbaum Associates, (ss. 63-89). London: Publishers Mahwah.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Phil, M., & Brennan, T. A. (2010). Defensive medicine and tort reform: A wide view. *J Gen Intern Med*, 25(5):380–391.
- 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.
- Sulmasy, L. S., & Weinberger, S. E. (2014). Better care is the best defense: high-value clinical practice vs defensive medicine, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 81(8), 464-467.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971), 27-29.
- Summerton, N. (2000). Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*, 50(456), 565-566.
- Tancredi, L. R., & Barondess, J. A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879-882.
- Tang, P. C., Ash, J. S., Bates, D. W., Overhage, J. M., & Sands, D. Z. (2006). Personal health records: Definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), 121-126.
- Tatar, M. (2012). *Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme*. Erişim Adresi: <http://saglikekonomisi.omegacro.com/teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likin-genel-bir-deerlendirme>. (Erişim Tarihi: 08/05/2018).

- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2019). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Thomson, R. B. (1994). Competition among hospitals in the United States. *Health Policy*, 27(3), 205-231.
- Toker, A., Shvarts, S., Perry, Z. H., Doron, Y., & Reuveni, H. (2004). Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two. *American Journal of Otolaryngology*, 25(4), 245-250.
- Toraldo, D. M., Vergari, U., & Toraldo, M. (2015). Medical malpractice, defensive medicine and role of the “Media” in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 10(1), 12.
- Toraman, A., & arıkcı, İ. H. (2018). Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gzyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 40-51.
- Tussing, A. D., & Wojtowycz, M. A. (1997). Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. *Medical Care*, 35(2), 172-191.
- Uludağ, A. (2011). *Doktor-hasta iletişimi açısından hastanelerde hekim seçme uygulaması: Karşılaştırmalı bir alışma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- nal, . (2016). Hasta hekim iletişiminin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Usluel, Y. K. & Mazman, S. G. (2010), Eğitimde yeniliklerin yayılımı, kabul ve benimsenmesi sürecinde yer alan öğeler: bir içerik analizi çalışması. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(39), 60-74.
- Van de Mortel, T. F. (2008, eylül). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The, 25(4), 40-48.
- Vandersteege, T., Marneffe, W., Cleemput, I., Vandijck, D., & Vereeck, L. (2017). The determinants of defensive medicine practices in Belgium. *Health Economics, Policy and Law*, 12(3), 363-386.
- Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 467-476.
- Weisbrod, B. A. (1991). The Health Care Quadrilemma: An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, 29(2), 523-552.

- Winkelmayer, W. C., Owen, W. F., Levin, R., & Avorn, J. (2003). A propensity analysis of late versus early nephrologist referral and mortality on dialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(2), 486-492.
- World Medical Association (2017). World medical association statement on medical malpractice. Erişim Adresi: <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/>. (Erişim Tarihi: 19/05/2018).
- Yan, S. C., Hulou, M. M., Cote, D. J., Roytowski, D., Rutka, J. T., Gormley, W. B., & Smith, T. R. (2016). International defensive medicine in neurosurgery: comparison of Canada, South Africa, and the United States. *World Neurosurgery*, 95, 53-61.
- Yan, S. C., Hulsbergen, A. F., Muskens, I. S., Van Dam, M., Gormley, W. B., Broekman, M. L., & Smith, T. R. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: A national survey. *Acta Neurochirurgica*, 159(12), 2341-2350.
- Yelboğa, A. (2006). Kişilik zellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 8(2), 196-211.
- Yeşiltaş, A. & Erdem, R. (2018). Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir alışma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(74), 486-500.
- Yıldırım A., & Şimşek H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Yurdugül, H. (2005). *lek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli.

EKLER

Ek-1: Etik Kurulu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/01/2018-E.5438



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.06/
Konu :78/14 Arş.Gör. Özgün ÜNAL

Sayın Arş.Gör. Özgün ÜNAL

Üniversitemiz Etik Kurulu Başkanlığının 03.01.2018 tarihli ve 78 sayılı toplantısında alınan "14" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Haluk SELVİ
Etik Kurulu Başkanı

14- Arş.Gör. Özgün ÜNAL'ın "Türk Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile bu Uygulamaların Öncül ve Sonuçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Arş.Gör. Özgün ÜNAL'ın "Türk Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile bu Uygulamaların Öncül ve Sonuçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakarysuniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 30 00 Faks:0264 295 30 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 24404279/702.99
Konu : Türk Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaların, Öncül ve Sonuçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması Hk.

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ MAKAMINA

Arş.Görevlisi Özgün ÜNAL'ın başvurusu üzerine " Türk Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaların, Öncül ve Sonuçlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı tüm hastanelerde yürütülmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

O L U R
.../.../2018
e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

İstiklal mah. Muhsin Yazıcıoğlu bulv. No:3
Faks No:
e-Posta:Fatih.Koc1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 444 54 01

Bilgi için:Fatih KOÇ
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:4445401

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7d527e5a-fc61-4af9-acb1-7b39cbf1b53b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3: Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu

1. Mesleğinizden genel olarak memnun musunuz?
 2. Mesleğinizi icra ederken kaygı duyduğunuz oluyor mu? Eğer evet ise ne gibi kaygılar hissediyorsunuz?
 3. Bu kaygıları azaltmak için neler yapabilirsiniz?
 4. Defansif tıp kavramını tanımlayabilir misiniz?
 5. Alanınızla ilgili defansif tıp uygulamaları örnekleri neler olabilir?
 6. Hekimler defansif tıp uygulamalarına neden başvuruyor olabilir?
 7. Sizce defansif tıp uygulamalarının sonuçları nelerdir?
-



Ek-4 Sağlık Bakanlığı istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre Hekim Sayılarının Dağılımı

Bölge/İl	Hekim Sayısı	Bölge/İl	Hekim Sayısı
Akdeniz		Ege	
Adana	4 259	Afyon	1 069
Antalya	4 662	Aydın	2 076
Burdur	362	Denizli	1 900
Hatay	2 259	İzmir	10 900
Isparta	1 105	Kütahya	727
Mersin	2 627	Manisa	2 331
Osmaniye	650	Muğla	1 720
Kahramanmaraş	1 644	Uşak	533
Bölge toplamı	17 568	Bölge toplamı	21 256
Batı Anadolu		Güneydoğu Anadolu	
Ankara	16 935	Adıyaman	832
Karaman	327	Batman	716
Konya	4 208	Diyarbakır	2 546
Bölge toplamı	21 470	Gaziantep	2 972
Batı Karadeniz		Kilis	248
Amasya	450	Mardin	923
Bartın	245	Siirt	414
Çankırı	260	Şanlıurfa	2 283
Çorum	732	Şırnak	413
Kastamonu	485	Bölge toplamı	11 347
Samsun	2 710	İstanbul	
Sinop	241	İstanbul	30 696
Tokat	953	Kuzey Doğu Anadolu	
Zonguldak	1 168	Ağrı	535
Karabük	410	Ardahan	147
Bölge toplamı	7 654	Bayburt	120
Batı Marmara		Erzincan	411
Balıkesir	1 679	Erzurum	1 624
Çanakkale	1 014	Iğdır	201
Edirne	1 070	Kars	479
Kırklareli	499	Bölge toplamı	3 517
Tekirdağ	1 374	Orta Doğu Anadolu	
Bölge toplamı	5 636	Bingöl	329
Doğu Karadeniz		Bitlis	429
Artvin	285	Elazığ	1 248
Giresun	662	Hakkari	245
Gümüşhane	195	Malatya	1 712

Ordu	1 115	Muş	406
Rize	685	Tunceli	136
Trabzon	1 822	Van	1 543
Bölge toplamı	4 764	Bölge toplamı	6 048
Doğu Marmara		Orta Anadolu	
Bilecik	264	Aksaray	428
Bolu	774	Kayseri	2 552
Bursa	4 683	Kırıkkale	686
Düzce	664	Kırşehir	356
Eskişehir	1 791	Nevşehir	358
Kocaeli	3 161	Niğde	428
Sakarya	1 502	Sivas	1 311
Yalova	384	Yozgat	699
Bölge toplamı	13 223	Bölge toplamı	6 818
GENEL TOPLAM		149 997	

Ek-5: Alan yazından Yararlanılarak Oluşturulan Defansif Tıp Soruları

Uygulamalar	
Madde	Çalışma
Defansif tıp kapsamında gerekli olandan daha fazla test/tetkik isteme	Akdur, 2013; Asher vd., 2012; Aynacı, 2008; Başer vd., 2014a; Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001; Breteanu vd., 2014; Catino ve Celotti, 2009; Catino, 2011; Göcen vd., 2018; Keels, 2009; Nahed vd., 2012; O'leary vd., 2012; Ortashi vd., 2013; Osti ve Styrer, 2015; Reisch vd., 2015; Selçuk, 2015
Defansif tıp kapsamında gerekli olandan daha fazla görüntüleme isteme	Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001; Breteanu vd., 2014; Elli vd., 2013; Nahed vd., 2012; Osti ve Styrer, 2015; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018
Gereksiz durumlarda da konsültasyon isteme	Asher vd., 2012; Başer vd., 2014a; Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001; Breteanu vd., 2014; Elli vd., 2013; Nahed vd., 2012; O'leary vd., 2012; Ortashi vd., 2013; Osti ve Styrer, 2015; Reisch vd., 2015; Reuveni vd., 2017; Sánchez-González vd., 2005; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018; Catino, 2011; Keels, 2009
Hastayı gereksiz yere hastaneye yatırmak	Asher vd., 2012; Osti ve Styrer, 2015; Reuveni vd., 2017; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018; Catino, 2011
Daha sıkı hasta takibi yapmak	Reuveni vd., 2017; Akdur, 2013
Tanıyı desteklemek için invazif işlemler uygulamak	Asher vd., 2012; Elli vd., 2013; O'leary vd., 2012; Ortashi vd., 2013; Catino, 2011; Keels, 2009
Ekstra prosedürler önermek	Nahed vd., 2012; Ortashi vd., 2013
Ekstra ilaç reçete etmek	Asher vd., 2012; Başer vd., 2014a; Nahed vd., 2012; O'leary vd., 2012; Ortashi vd., 2013; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018; Catino, 2011; Keels, 2009
Karışık prosedürlerden kaçınmak	Asher vd., 2012
Aktif hekimliği bırakmak veya yüksek riskli prosedürlerden kaçınmak	Asher vd., 2012
Hastalara detaylı açıklamalar yapmak	Başer vd., 2014a; Sánchez-González vd., 2005; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018
Hasta yakınları ile daha iyi ilişki kurmak	Reuveni vd., 2017
Hastalara daha fazla zaman ayırma	Başer vd., 2014; Göcen vd., 2018
Detaylı hasta kaydı tutmak	Başer vd., 2014a; Sánchez-González vd., 2005; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018

Hasta kaydına yapılmayan işlemleri de yapılmış gibi yazmak	Catino, 2011
Dava etme riski yüksek hastalardan kaçınmak	Başer vd., 2014a; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018; Catino, 2011
Karmaşık/riskli vakalardan kaçınmak	Başer vd., 2014a; Benbassat, Pilperl ve Schor, 2001; O'leary vd., 2012; Ortashi vd., 2013; Sánchez-González vd., 2005; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Catino, 2011
Kompleks/riskli tedavi yöntemlerinden kaçınmak	Başer vd., 2014a; O'leary vd., 2012; Ortashi vd., 2013; Sánchez-González vd., 2005; Göcen vd., 2018; Keels, 2009
Hastayı sevk etmek/yönlendirmek	Reuveni vd., 2017; Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015
Alışılmış tanı/tedavi yöntemlerini tercih ederim	Sánchez-González vd., 2005
Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma	Göcen vd., 2018
Hasta onamlarını önemseme	Akdur, 2013; Aynacı, 2008; Selçuk, 2015; Göcen vd., 2018
Öncüller	
Madde	Çalışma
Daha önce şikâyet veya dava süreci yaşama	Asher vd., 2012; Jackson Healthcare Company, 2012; Catino, 2011
Bir meslektaşın daha önce şikâyet veya dava süreci yaşaması	Jackson Healthcare Company, 2012; Catino, 2011
Medyada yer alan malpraktis davaları	Başer vd., 2014a; Selçuk, 2015
Malpraktis kaygısı	Rodriguez vd., 2007; Aynacı, 2008; Catino, 2011
Hekimin yetkinliğinden endişe duyması	Sánchez-González vd., 2005; Akdur, 2013
Dava edilme korkusu	Sánchez-González vd., 2005; Akdur, 2013; Jackson Healthcare Company, 2012; Hossein ve Mina, 2018
Defansif tıbbın bakım standardı haline gelmesi	Jackson Healthcare Company, 2012
Hasta ile çatışma kaygısı	Sánchez-González vd., 2005
Kötü sonuçların hekime ait görülmesi	Jackson Healthcare Company, 2012
Tazminat ödeme kaygısı	Akdur, 2013; Jackson Healthcare Company, 2012; Catino, 2011; Hossein ve Mina, 2018
Doktorun itibarını korumak istemesi	Jackson Healthcare Company, 2012; Catino, 2011
Malpraktis hakkında yeterli yasal bilgiye sahip olmama	Akdur, 2013

Bir şeyleri atlama/gözden kaçırma kaygısı	Jackson Healthcare Company, 2012
Şiddet görme korkusu	Akdur, 2013
Zaman kazanma arzusu	Jackson Healthcare Company, 2012
Aşırı yoğunluk	Akdur, 2013
Alınan eğitimin etkisi	Jackson Healthcare Company, 2012
Hasta ve yakınlarının beklentileri	Sánchez-González vd., 2005; Akdur, 2013; Jackson Healthcare Company, 2012
Hasta ve yakınlarının baskısı	Akdur, 2013
Disiplin cezası alma kaygısı	Catino, 2011; Hossein ve Mina,2018
Performans sistemi	Akdur, 2013
Klinik standartlar ve mesleki etik ilkeler	Hossein ve Mina,2018
Medyanın etkisi	Akdur, 2013
Meslektaşların etkisi	Akdur, 2013; Jackson Healthcare Company, 2012; Hossein ve Mina,2018
Daha önce yaşanan şikâyet /dava süreçleri	Akdur, 2013
Alınan teorik tıp eğitimi	Johnston vd., 2014
Alınan pratik tıp eğitimi	Johnston vd., 2014
Hasta ve yakınlarının kişilik özellikleri	Akdur, 2013
Malpraktis konusunda bilgili bilirkişilerin olamaması	Selçuk, 2015

Sonuçlar

Madde	Çalışma
Hekimi hukuki açıdan korur	Akdur, 2013
Hastanın zarar görmesini engeller	Akdur, 2013
Hastaya zarar verir	Akdur, 2013
Hastanın daha fazla yarar görmesini sağlar	Akdur, 2013
Hasta ve yakınlarının memnuniyetini artırır	Akdur, 2013

Ek-6: Nitel Araştırma Sonucunda Elde Edilen İfadeler

Defansif Tıbbın Öncülleri

Hekime İlişkin Öncüller: hekimin kişiliği, şiddet görme korkusu, tıp eğitimi, doktorların itibarlarını koruma isteği, hasta beklentilerini karşılama isteği, meslektaşlara ilişkin nedenler, değişen hasta hekim ilişkisi.

Hastaya İlişkin Öncüller: hasta ve hasta yakınlarının kişilik özellikleri, hastanın güvensizliği

Sağlık Sektörüne İlişkin Öncüller: gelişen tıp teknolojisi, mahkemelerin-tıp hukukunun yetersizliği, sağlık politikaları, yönetimin desteği

Defansif Tıbbın Sonuçları

Hekim Açısından Sonuçları: hekim açısından olumlu sonuçları, hekim açısından olumsuz sonuçları

Hasta Açısından Sonuçları: Hasta açısından Olumlu Sonuçları

Sağlık Sistemi Açısından Sonuçları: sağlık hizmetleri kalitesine etkisi, sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırır:

Defansif Tıp Uygulamaları

Pozitif Defansif Tıp (Garantici Davranış): görüntüleme, hasta ile daha açık iletişim kurma ve onam alma, hastaneye yatırma, invazif işlemler, konsültasyon, tetkik isteme, daha detaylı hasta kaydı tutma

Negatif Defansif Tıp (Kaçınma Davranışı): kaçınma sevk etme, ilaç reçete etme

Ek-7: Anket Formu

Saygıdeğer Katılımcı;

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD’da yürütülen bir doktora tez çalışması kapsamında yapılmakta olup, tamamen bilimsel amaçlar ile yürütülmektedir.

Çalışmanın amacı hekimlerin hissettiği baskılar nedeniyle ortaya çıkan defansif tıp uygulamalarının, öncüllerinin ve sonuçlarının belirlenmesidir. Çalışma sonucunda hekimlik uygulamalarını etkileyebilen durumların ortaya konulması ve bu durumlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Katılımcıların verecekleri cevaplar hiçbir şekilde 3. şahıslar veya kurumlar ile paylaşılmayacaktır. Soruların belirlenmiş bir doğru cevabı yoktur, bu nedenle size göre en doğru cevabı vermeniz istenmektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar çalışmanın bilimselliği açısından büyük önem taşımaktadır. ***Lütfen ankette yer alan bütün soruları cevaplandırınız.***

Çalışmamıza katılarak destek olduğunuz için teşekkür eder saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Özgün ÜNAL

Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Mesleki Tecrübeniz (Yıl):

Uzmanlık Alanınız:

Unvanınız:

Çalıştığınız İl:

Çalıştığınız Sektör:

Daha önce fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? () Evet () Hayır

Daha önce sözel şiddete maruz kaldınız mı? () Evet () Hayır

Başınızdan daha önce şikâyet süreci geçti mi? () Evet () Hayır

Başınızdan daha önce dava süreci geçti mi? () Evet () Hayır

Bir meslektaşınızın başından daha önce şikâyet süreci geçti mi?() Evet () Hayır

Bir meslektaşınızın başından daha önce dava süreci geçti mi?() Evet () Hayır

Aşağıda hekimlerin yasal veya tıbbi birtakım kaygılar ile başvurması muhtemel defansif tıp uygulamaları yer almaktadır. Lütfen yandaki ölçeği kullanarak hekimlerin bu uygulamalara ne sıklıkta başvurduğunu değerlendiriniz.-	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
-Hekimler defansif tıp kapsamında;					
Gerekli olandan daha fazla görüntüleme isterler					
Gerekli olandan daha fazla tahlil isterler					
Gereksiz yere konsültasyon isterler					
Endikasyonsuz hasta yatışı yaparlar					
Hasta onamlarını daha fazla önemserler*					
Gerekli olmayan durumlarda girişimsel işlemler uygularlar (Biyopsi vb.)					
Hastalara detaylı açıklamalar yaparlar*					
Daha detaylı hasta kayıtları tutarlar*					
Riskli hastalara müdahale etmekten çekinirler					
Daha az inisiyatif alırlar					
Hastayı sevk ederler					
Hastaya ihtiyacı olmayan ilaçlar reçete ederler					
Yeni tedavi yöntemlerinden kaçınırlar					
Alışılmış tedavi yöntemlerini tercih ederler*					

* Sorular Ölçekten Çıkartıldı

Aşağıda defansif tıp uygulamalarının hekimler açısından olası olumlu veya olumsuz sonuçları yer almaktadır. Lütfen yandaki ölçeği kullanarak her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
-Defansif tıp uygulamaları;					
Hekimlerin karşılaşacağı olası tıbbi riskleri azaltır					
Hekimleri hukuki açıdan korur					
Hekimlerin mesleki gelişimini olumsuz etkiler					
Hekimlerin hastanın tedavisine odaklanmasını zorlaştırır					
Hekimler için iş stresi oluşturur					
Hekimlerin iş yoğunluğunu arttırır					
Hekimlerin hata yapma riskini arttırır					
Hekimler için zaman kaybına neden olur					
Hekimlerin klinik verimliliğini azaltır					

Aşağıda defansif tıp uygulamalarının <i>hastalar</i> açısından olası olumlu veya olumsuz sonuçları yer almaktadır. Lütfen yandaki ölçeği kullanarak her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
-Defansif tıp uygulamaları;					
Hastalıkların erken teşhisine yardımcı olur					
Hastaların memnuniyetini artırır					
Hastaların hekime güvenini artırır					
Hastalara gereksiz maliyetler yükler (ulaşım, muayene, tetkik, vb.)					
Hastalarda strese neden olur					
Hastalara zarar verebilir (Gereksiz tetkik ve görüntülemeler)					
Hastaların hekime ulaşmasını zorlaştırır					
Hastaların tedavi süresini uzatır					
Tedavinin gecikmesine neden olur					
Aşağıda defansif tıp uygulamalarının <i>sağlık sistemi</i> açısından olası olumlu veya olumsuz sonuçları yer almaktadır. Lütfen yandaki ölçeği kullanarak her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
-Defansif tıp uygulamaları;					
Sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkiler					
Sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltır					
Sağlık hizmetlerinin etkililiğini azaltır					
Ülkenin sağlık harcamalarını artırır					
Hasta bekleme sürelerini uzatır					

Aşağıda <i>defansif tıp</i> uygulamalarının muhtemel nedenleri yer almaktadır. Lütfen yandaki ölçeği kullanarak her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle
- hekimin Defansif Tıp uygulamasına neden olur.					
Hasta ve yakınlarının ısrarcı tutumları					
Hasta güvenini sağlama çabası					
Hastaların internetten elde ettiği, doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler					
Medyanın hasta hekim iletişimini olumsuz etkilemesi					
Hekimin yeterli hukuki destek alamaması*					
Medyada yer alan doğruluğu kanıtlanmamış haberler					
Değişen hasta hekim ilişkisinde hastanın daha baskın hale gelmesi					
Değişen tanı ve tedavi yaklaşımları*					
Kurumsal iletişim hatlarının baskısı (SABİM, CİMER, vb.)					
Fiziksel şiddete maruz kalma korkusu					
Sözel şiddete maruz kalma korkusu					
Alınan teorik tıp eğitimi					
Alınan pratik tıp eğitimi					
Diğer hekimler tarafından eleştirilme kaygısı					
Diğer hekimlerin yaptıkları uygulamaları yapma güdüsü					
Diğer hekimlerin paylaştıkları olumsuz deneyimler					
Diğer hekimlerin yaşadıkları şikâyet/dava süreçleri					
İtibarını koruma kaygısı					
Hasta beklentilerini karşılama arzusu					
Hasta yararına davranma arzusu					
Hata yapma veya bir şeyleri gözden kaçırma korkusu					
Yetkinliğinden kaygı duyması*					
Olası risklerden ve kötü sonuçlardan kaçınma isteği					
Hakkında malpraktis davası açılması kaygısı					
Şikâyet edilme kaygısı					
Tazminat ödeme kaygısı					
Başından daha önce şikâyet/dava süreci geçmesi					
Yönetimin desteğini <u>hissetmemesi</u>					
Rahat çalışmasını öngören politikaların eksikliği					
Hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı					
Tıp teknolojisinin gelişmesi *					
Sağlık hukuku konusunda yetkin olmayan bilirkişilerin varlığı					
Hasta haklarının önem kazanması*					
Performansa dayalı ek ödeme sistemi*					

* Sorular Ölçekten Çıkartıldı

Ek-8: Model 1 Regresyon Analizi Sonuçları**Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Pozitif Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi**

<i>Bağımlı Değişken</i> Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart hata	Beta		
Sabit	0,944	0,129		7,298	0,000
Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı	0,136	0,037	0,120	3,719	0,000
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	0,162	0,030	0,155	5,412	0,000
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	0,100	0,034	0,087	2,976	0,003
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	0,194	0,029	0,198	6,731	0,000
Şiddet Görme Kaygısı	0,020	0,030	0,021	0,658	0,510
Alınan Tıp Eğitimi	0,040	0,018	0,057	2,252	0,024
Hasta Odaklı Davranma Çabası	-0,151	0,024	-0,158	-6,338	0,000

r= 0,424; r2= 0,176; f= 55,584; p= 0,000

Defansif Tıp Uygulamalarının Öncüllerinin Negatif Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi

<i>Bağımlı Değişken</i> Negatif Defansif Tıp Uyg.	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart hata	Beta		
Sabit	1,606	0,115		14,011	0,000
Şikâyet ve Dava Edilme Kaygısı	0,255	0,032	0,247	7,877	0,000
Medya ve Sosyal İletişim Kanallarının Baskısı	0,158	0,026	0,166	5,984	0,000
Çalışma Çevresinden Kaynaklı Baskılar	-0,035	0,030	-0,033	-1,177	0,239
Hekimin İtibarını Koruma Kaygısı	0,161	0,025	0,180	6,312	0,000
Şiddet Görme Kaygısı	0,077	0,027	0,088	2,909	0,004
Alınan Tıp Eğitimi	0,014	0,016	0,021	0,868	0,385
Hasta Odaklı Davranma Çabası	-0,176	0,021	-0,200	-8,312	0,000

r= 0,482; r2= 0,229; f= 74,094; p= 0,000

Ek-9: Model 2 Regresyon Analizi Sonuçları**Deansif Tıp Uygulamalarının
Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçlarına Etkisi**

	Standardize Edilmemiş Katsayılar	Standart hata	Standardize Katsayılar Beta	t	p	r	r ²	f	p
Bağımlı Değişken: Hekimlere Fayda Sağlar									
Sabit	2,728	0,121		22,524	0,000				
Pozitif Defansif Tıp	-0,065	0,040	-0,050	-1,629	0,103	0,146	0,020	18,724	0,000
Negatif Defansif Tıp	0,243	0,043	0,172	5,612	0,000				
Bağımlı Değişken: Hekimlik Mesleğini Zorlaştırır									
Sabit	2,808	0,084		33,273	0,000				
Pozitif Defansif Tıp	0,223	0,028	0,236	8,039	0,000	0,321	0,102	98,662	0,000
Negatif Defansif Tıp	0,118	0,030	0,115	3,910	0,000				
Bağımlı Değişken: Hekimlere Fayda Sağlar									
Sabit	3,009	0,111		27,043	0,000				
Pozitif Defansif Tıp	-0,008	0,037	-0,007	-0,217	0,828	0,092	0,007	7,372	0,001
Negatif Defansif Tıp	-0,113	0,040	-0,088	-2,846	0,004				
Bağımlı Değişken: Hastalar İçin Zararlıdır									
Sabit	2,764	0,084		33,080	0,000				
Pozitif Defansif Tıp	0,249	0,027	0,267	9,098	0,000	0,320	0,102	98,440	0,000
Negatif Defansif Tıp	0,078	0,030	0,076	2,593	0,010				
Bağımlı Değişken: Sağlık Sisteminin Verimliliğini, Etkililiğini ve Kalitesini Azaltır									
Sabit	3,121	0,082		38,179	0,000				
Pozitif Defansif Tıp	0,235	0,027	0,255	8,760	0,000	0,338	0,113	110,820	0,000
Negatif Defansif Tıp	0,113	0,029	0,113	3,860	0,000				

ÖZGEÇMİŞ

Özgün ÜNAL; 26.06.1990 Muş doğumlu. İlkokulu Silifke Gazipaşa İlkokulunda bitirdi. Lise eğitimini Yabancı Dil Ağırlıklı Silifke Lisesinde aldı. Lisans eğitimini Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde aldı. Yüksek lisans eğitimini 2016 senesinde Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi A.B.D.'da tamamladı. Doktora eğitimine 2016 senesinde Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi A.B.D.'da başladı. 2013 senesinde Türk Kızılayı özel Ticaret Borsası Hastanesinde Muhasebe biriminde analiz uzmanı olarak çalıştı. 2014 Labor-Med ve Sedna Sağlık medikal firmalarında görev yaptı. 12.02.2016 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde Araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve 1 çocuk babasıdır.