

**T.C.**  
**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ**  
**ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi:  
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA

**TEKİRDAĞ İLİNDE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN**  
**HEKİM SORUMLULUĞU**  
**MALPRAKTİS VE DEFANSİF TIP KONULARI**  
**HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

**Dr. Hasan BUDAK**

TEKİRDAĞ 2021

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe, sevgi ve şefkatlerini esirgemeyen, uzmanlık tez danışmanım, çok değerli hocam; **Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA**'ya,

Mesai arkadaşım; **Arş. Gör. Dr. Gökhan TEMEL**'e,

Daha önce birlikte çalışma şansı bulduğum hocalarım; **Prof. Dr. Rıza YILMAZ, Prof. Dr. Sadık TOPRAK** ile araştırma görevlisi arkadaşlarım; **Dr. Hamza ŞEKER, Dr. Emin DOMAÇ, Dr. Samet KIYAK, Dr. Mesut YAPAR, Dr. Bekir KARAMAN, Dr. Kutay BABAKUŞ, Dr. Hüseyin KARA**'ya,

Benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen **annem, babam ve kardeşlerime,**

Tez süreci de dahil olmak üzere araştırma görevlisi olarak çalıştığım süre içerisinde her türlü fedakarlığa katlanan evlatlarımın annesi sevgili eşim; **Aysun ÜNAL BUDAK**'a teşekkürlerimi sunarım.

## **BEYAN**

Bu uzmanlık tezinin kendi çalışmam olduğunu, çalışma ve tez yazım surecinin hiçbir aşamasında etik dışı davranışım olmadığını, tezimi Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak ve akademik ve etik kurallara bağlı kalarak oluşturduğumu, tezde yer alan ve tez çalışmam dışında elde edilmiş olan tüm bilgilere kaynak gösterdiğimi, tez çalışması ve yazımı esnasında hiçbir patent ve telif hakkını ihlal etmediğimi beyan ederim.

**Hasan BUDAK**

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
HEKİM SORUMLULUĞU.....	3
MALPRAKTİS.....	20
DEFANSİF TIP.....	28
<b>GEREÇ ve YÖNTEMLER.....</b>	<b>34</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>67</b>
<b>ÖNERİLER.....</b>	<b>69</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>71</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>73</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>75</b>
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DT:** Defansif Tıp

**OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

**TBK:** Türk Borçlar Kanunu

**TCK:** Türk Ceza Kanunu

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TTB:** Türk Tabipleri Birliği

## GİRİŞ VE AMAÇ

Hekim sorumluluğu, tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hatası) ve defansif tıp (çekinik tıp) kavramları binlerce yıllık hekimlik geleneği içinde özellikle son yüzyılda önem kazanmasına rağmen, Hammurabi Kanunları gibi çok eski yazıtlarda da bahsi geçen kavramlardır (1). Dolayısıyla bu kavramlar tıbbın hukuki ve etik yönünde yer alan Adli Tıp bilim dalının temel konuları arasında yer alır.

Eskiden alışıl gelmiş şekilde, tabiri uygun ise “körlemesine” icra edilen birçok meslek, günümüzde hukuki ve etik normlarla çevrilmiştir. İfa ettiği görevin, görev, yetki ve sorumluluklarını bilerek bu sorumluluklar içerisinde çalışmak her profesyonel meslek mensubu için zaruri hale gelmiştir. Özellikle öznesi de nesnesi de insan olan hekimlik mesleği, hukuki ve etik normlarla en çok sınırlandırılan mesleklerden biri olmuştur (2).

Tıbbi malpraktis kavramının günümüzde kullanılabilecek yakın tarifini 1768 yılında ilk yapan kişi olan William Blackstone, bir kişinin sağlığını olumsuz etkileyen durumlar arasında hekimin, cerrah ya da eczacının ihmali davranışı ve beceriksizliğinden de bahsetmiştir (3).

Terim anlamı, korunmacı, savunmacı, çekinik ve temkinli tıp olan “Defansif Tıp” ile ilgili bilimsel çalışmalar 1970’li yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. 1960’lı yıllarda çok sayıda tıbbi malpraktis davası açılan ABD’de defansif tıp kavramı doğmuş, yaygınlaşmaya başlayan bu kavram ile ilgili ilk çalışmalar da yine aynı ülkede yapılmıştır. Ülkemizde ise 1990’lı yıllarda başlayan tıbbi uygulama hatası davalarının sayısı gün geçtikçe artmakta ve hem profesyonel sağlık personeli hem de hasta, hasta yakınları ve vekilleri açısından güncel bir kavram olarak yerini korumaktadır (4).

Yukarıda bahsi geçen nedenlerden ötürü bu kavramların sağlık personeli arasında bilinirlik düzeyi ve sağlık personelinin tutumu hakkında gün geçtikçe artan sayıda çalışma yapılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Tekirdağ il merkezinde aktif olarak hekimlik yapan kişilerin hekim sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve defansif tıp konularında hem tutumlarının ne olduğu hem de bilgi düzeylerinin ne seviyede olduğunu ortaya koymaktır.



## GENEL BİLGİLER

### HEKİM SORUMLULUĞU

Tarih kadar eski olduğu varsayılan mesleklerden bir tanesi olan hekimlik, mistik güçlerle ve şifalı bitkilerle tedavi çabasından, robotik cerrahinin, hücre reseptörlerine özgü hedef ajanların kullanıldığı, üç boyutlu görüntülemelerle iç organların neredeyse gerçek hali ile görülebileceği tekniklerin ortaya çıktığı, yapay organ ve yapay zeka fikirlerinin gündeme geldiği bir çalışma alanına evrimleşmiştir (5).

İlkçağda Sümerlerde hekimlik uygulamalarının rahipler tarafından yapıldığı (6) ve ortaçağda cerrahi işlemlerin berberler tarafından yapıldığı, hatta bazı ülkelerde hekimlerin cerrahlık yapmasının yasaklandığı düşünüldüğünde hekimliğin sadece uygulama şekli bakımından değil aynı zamanda uygulayıcı bakımından da ciddi değişimler yaşadığı görülmektedir (7). Tabi ki bu değişimler esnasında mesleğin hukuki ve etik normlarının sabit kalması beklenemez.

Babil Uygarlığında hür hastasının ölümüne ya da gözünün kör olmasına neden hekimin bileklerinin kesilmesi ancak hastanın köle olması durumunda ölüme karşılık köle tazmini ve kölenin kör olmasına karşılık köle bedelinin yarısının tazminat cezası olarak kararlaştırılması uygulaması mevcutken, kimi toplumlarda rahip hekim, tanrı hekim, büyücü



hekim gibi toplumda sahip olduğu etki gücü nedeniyle hastaları tarafından alanında mutlak otorite olarak kabul edilip “sorgulanamaz” nitelikte olan hekimlik uygulayıcılarının olması günümüzde ise kısmen hekim- hasta ilişkisinin “terapötik ortaklık” olarak tanımlanan, hasta ve hekimin birbirlerini seçme şansına sahip olduğu, anlaşma ile birbirlerine karşı sorumluluk taşıdıkları, hekimin hasta yararını gözeterek ve onun iyiliği için çalıştığı ancak mutlak otorite sahibi olmadığı, her iki taraf için de yasalar karşısında hesap verme zorunluluğu bulunan bir ilişki türü olduğu görülmektedir (8, 9, 10).

Mevzuatın ve etik kuralların ülkeden ülkeye hatta bazı ülkelerde eyaletler arası farklılıklar dahi gösterdiği düşünöldüğünde hekimlik mesleğini icra edecek olanların görev yaptığı ülkedeki mevzuata ve etik kurallara hakim olması gerekmektedir (11).

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde görev yapan hekimlerin, görevleri esnasında tabi oldukları sorumluluklar dört başlık altında incelenebilir. Bunlar mesleki (etik) sorumluluk, idari sorumluluk (disiplin sorumluluğu), hukuki sorumluluk (tazminat sorumluluğu) ve cezai (adli) sorumluluklardır (12).

### **Hekimin Mesleki (Etik) Sorumluluğu**

Etik, kişilerin bireysel ve toplumsal ilişkilerini oluşturan ve yönlendiren değerleri ve kuralları iyi-kötü, doğru-yanlış şeklinde tanımlayan felsefenin alt dalıdır. Meslek etiği ise kişinin mesleki yaşamındaki davranışları yönlendiren, neyin yapılacağı neyin yapılmayacağı hususlarını belirleyen etik prensipler ve standartların toplamıdır (13).

#### **1. Etik sorumluluğun denetlenmesi:**

Hekimlerin mesleki sorumluluğu diğer deyişle etik sorumluluğu söz konusu olduğunda ilk olarak, “herhangi bir tabip odasına kayıtlı olsun ya da olmasın” Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde görev yapan tüm hekimler üzerinde yaptırım hakkı bulunan ve kanun ile kurulmuş bir kamu kurumu statüsünde olan Türk Tabipleri Birliği gündeme gelecektir (14). Türk Tabipler Birliği Kanunu, TTB Meslek Etiği Kuralları Yönetmeliği, TTB Soruşturma ve Sorgulama Yönetmeliği, Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği etik sorumlulukla ilgili mevzuatı oluşturan kanun ve yönetmeliklerden bazılarıdır (15).

Etik ihlal iddiası gündeme geldiğinde ilgili tabip odası iddiayı inceleyerek soruşturmaya değer görmesi halinde inceleme başlatır. Şikayet edilenden alınan savunma ile

birlikte tabip odası, dosyanın oda kurulları yapılanması içinde “Onur Kurulu” na sevk edilip edilmeyeceğine karar verir. Diğer bir yöntem olarak Yönetim Kurulu bildirimini veya şikayeti inceleyerek bir ya da birkaç üyeyi soruşturmacı olarak atar ve ilgili soruşturma bu üyeler tarafından yürütülür. Yönetim Kurulu’nun soruşturma ve kovuşturma açılmamasına dair kararına karşı tabip odası onur kuruluna, bu kurulun kararına karşı ise TTB merkez konseyi yapılanması içindeki yüksek onur kuruluna itiraz başvurusu yapılabilir (16).

6023 Sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu’nun 59. maddesine göre düzenlenen Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği (Resmi Gazete Yayın tarihi: 28.04.2004), disiplin cezası verilecek kişileri ve durumları belirlemek ve disiplin cezası verilmesinde uyulması gereken usul ve esasları saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Yönetmeliğin muhatapları hekim unvanı olup ülkemizde mesleğini icra edenlerdir (16).

TTB Disiplin Yönetmeliği’nde hekimlere disiplin cezası verilmesini gerektirecek eylemler; deontolojiye aykırı davranış, yasal mevzuata uygun hareket etmemek, haksız çıkar sağlamak ve hasta haklarının ihlali olarak sınıflandırılabilir. Buna göre verilecek cezalar ise hafiften ağıra doğru uyarma cezası, para cezası, geçici olarak meslekten alıkoyma cezası ve oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması cezalarıdır (12).

## **2. Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması;**

Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması, bir oda bölgesinde üç defa meslek uygulamasından alıkoyma cezası alanların, meslek uygulamasından oda bölgesinde sürekli olarak alıkonulmasıdır. Hekimlerden, oda bölgesinde üç defa meslek uygulamasından alıkoyma cezası almış olanların geçici olarak meslekten alıkoyma cezası verilecek bir durumun tespitinde, oda bölgesinde çalışmaktan sürekli olarak alıkonulmalarına karar verilir (16).

## **Hekimin İdari Sorumluluğu (Disiplin Sorumluluğu)**

Bu sorumluluk, hekim kamuda çalışıyorsa bağlı bulunduğu kurum ve üst kurumlara karşı, özel sağlık kuruluşlarında çalışıyor bağlı bulunduğu kuruluşa karşı sorumluluklardan ibarettir.

Kamu kurumlarında çalışan hekimler için 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 124-145.maddeleri ile 2457 Sayılı Yükseköğretim Kanunu 53. maddesi önem arz etmektedir.

Bu mevzuat hekimlerin görevi nedeniyle işlediği disiplin suçları için uyarı, maaştan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, ihraç gibi cezaları barındırmaktadır (17).

Devlet Memurları Kanunu 126. maddede bahsi geçen cezaları vermeye yetkili amirler ve/veya kurullar belirtilmiştir. “Uyarı, kınama ve aylıktan kesme cezaları memurların disiplin amirlerince verilebilecekken, kademe ilerlemesinin durdurulması cezası kurum disiplin kurulu kararıyla atamaya yetkili amirlerce, eğer karar il disiplin kurulunca alınmış ise valiler tarafından verilir”. Memuriyetten çıkarma cezası amirlerin talebi üzerine memurun bağlı bulunduğu kurumun yüksek disiplin kurulunca verilir (18).

Yükseköğretim kurumlarında akademik personel, memur ya da işçi statüsünde görev yapanların disiplin cezaları söz konusu olduğunda ise güncel uygulama, öğretim elemanlarının disiplin cezalarının 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu’nun 53. maddesine göre, yükseköğretim kurumlarında memur statüsünde görev yapanların disiplin cezalarının 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre, işçi statüsünde görev yapmakta olan personelin ise 4857 Sayılı İş Kanunu, İş Sözleşmesi veya Toplu İş Sözleşmesi’ne göre yapılmasıdır (19).

### **Hekimin Hukuki Sorumluluğu (Tazminat Sorumluluğu)**

Hekimler mesleğini yerine getirirken işledikleri kusurlar sebebiyle cezai(adli) sorumluluk açısından kamu hukuku kapsamında yargılanırken, özel hukuk kapsamında hukuki (tazminat) sorumluluk bakımından zarar verdikleri kişilere karşı sorumludurlar (20).

Ceza davalarında sorumluluk bireysel iken, tazminat davalarında müteselsil sorumluluk olarak adlandırılan sorumluluk türü gündeme gelebilir. Türk Borçlar Kanunu 61. maddede birden çok kişinin bir zarara sebebiyet vermeleri halinde müteselsil sorumluluk ilkesinin devreye gireceği yazılıdır (15).

Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler doğrudan dava edilebilirken kamuda görev yapan hekimler idareye karşı kazanılan tazminatın kendilerine rücu edilmesi halinde tazminat yükümlülüğü altına girerler (21).

TBK 49. maddeye göre “Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür” (22). İşte hekimlerin hukuki sorumluluğunun temelini bu kanun maddesi oluşturmaktadır. Nasıl ki özel ya da tüzel bir kişiye karşı maddi ya da manevi zarara neden olanlar bu zararı gidermekle yükümlü ise, amacı insan sağlığını korumak ve iyileştirmek olan tıp mesleği mensupları da görevi nedeniyle meydana getirdiği zararlardan

dolayı tazmin yükümlülüğü altındadır. Özellikle son yıllarda başta hekimler olmak üzere sağlık meslek mensuplarına karşı açılan tazminat davalarında çok önemli miktarda artış dikkat çekmektedir (23).

Kamuoyunda malpraktis yarası olarak adlandırılan sağlık personelinin görevini yerine getirirken neden olduğu zararların giderilmesine yönelik yasa taslağı iki kez TBMM'ye sunulmuş olmasına rağmen yasalasşmamıştır (24). Hali hazırda sağlık personeli mahkum olduğu tazminatları bireysel olarak ya da önceden yaptırmış olduğu ‘‘Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası’’ vasıtasıyla ödemektedir. Ancak hükmedilen bazı tazminat miktarları sigorta kapsamının üstünde olabilmekte, bu durumda sağlık personeli kapsam dışındaki miktarları kendi imkanları ile ödemek zorunda kalabilmektedir (25).

### **1. Hekimin sözleşme sorumluluğu:**

Bir hekimin mesleğini icrası için hekim ile hizmet verdiği kişi arasında bir sözleşme bulunmalıdır. Bu sözleşme kimi zaman hastanın hastane kapısından tıbbi hizmet almak için girmesiyle ‘‘zımnı sözleşme’’ adı verilen ve taraflar arasında otomatik olarak kurulan sözleşme, kimi zaman hekimin hastayı bilgilendirmesi ve rızasını almasıyla ortaya çıkan bir sözleşme şeklinde olur. Hekimin yapmış olduğu sözleşmeler özel hukuk kapsamında değerlendirildiğinde; hizmet sözleşmesi, vekalet sözleşmesi ve eser sözleşmesi olarak ele alınır (26).

Hizmet sözleşmesi TBK 393. maddede tanımlanmış olup hekimin çalıştığı kuruma karşı olan sorumluluklarının düzenlendiği sözleşmedir.

Hekimin hastalarına hizmet verirken tabi olduğu sözleşme genel olarak vekalet sözleşmesidir. TBK 502. maddede düzenlenen vekalet sözleşmesinin hekimlik pratiğine yansımaları, hekim hastaya tanı ve tedavi için imkanlar dahilinde elinden geleni yapacağı hususunda söz verdiği ancak sonucu garanti etmediği sözleşme tipidir. Buna göre tıbbi hizmette kusur olmasa dahi teknik yetersizlikler, ortaya çıkan istenmeyen sonuç (komplikasyon) gibi durumlar nedeniyle istenen hedefe ulaşılamayabilir.

Hekimin adeta bir sanatçı vasfıyla sonuca yönelik garanti verdiği durumlar ise eser sözleşmesi kapsamında olup TBK 470. maddeye tabidir. Genel olarak vücutta yapılan estetik operasyonlar ve eksik olan doku-organ gibi vücut parçalarının yeniden inşası (rekonstrüksiyon) bu kapsamda değerlendirilir. Sözleşmeden doğan temel yükümlülükler gereği hekim tanı koyma ve koyduğu tanıya yönelik tedavi uygulama durumundadır (15).

Hekimin hastasından aldığı ya da tıbbi hizmet esnasında ve sonrasında edindiği bilgileri hastanın rızası olmadan üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşamayacağına dair yükümlülük olan sır saklama yükümlülüğü, dürüstlük çerçevesinde tüm bilgi birikimini hastanın lehine kullanması olarak nitelendirilebilecek olan sadakat ve özen gösterme yükümlülüğü, hastayı aydınlatma ve onamını alma, tedavinin devamı ve kayıt tutma yükümlülüğü diğer sözleşmeden doğan yükümlülüklerdir (27).

Sır saklama yükümlülüğünün istisnai durumları; bilirkişilik sıfatıyla görev yapan hekimin adli mercilere sunacağı raporlar, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, adli bildirim yapılması gereken durumlardır (28).

Cinsel yolla bulaşıcı bir hastalığa sahip kişinin evlenmek istemesi halinde tespit edilen bu hastalığın eş adayı ile paylaşılıp paylaşılamayacağı yönünde etik tartışmalar sürmekte olup her iki görüşün de savunucuları bulunmaktadır. Ancak ulusal ve uluslararası yasalar mahremiyet kapsamında kişisel verilerin üçüncü kişilerle paylaşılmasını hak ihlali olarak nitelendirmektedir (29). Bu konuda Sağlık Bakanlığı yayınladığı rehber ile nasıl bir yol izlenmesi gerektiğini işaret etmiştir (30).

## **2. Haksız fiil sorumluluğu:**

Hukuki sonuç doğuran fiiller “hukuki fiil” olarak, hukukça makul karşılanarak yapılmasına izin verilen fiiller ise “hukuka uygun fiiller” olarak adlandırılır. Bunun aksine hukuk düzeni tarafından yapılmasına müsaade edilmeyen fiiller ise “hukuka aykırı fiil” olarak nitelendirilir.

Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğunun aksine haksız fiil sorumluluğunda hekim bir sözleşmeye aykırı davranmaktan dolayı kusurlu değildir. Çünkü arada hekimin uymakla mükellef olduğu bir sözleşme yoktur. Burada hekimi mükellef haline getiren hukuka uygun olmayan bir fiilden dolayı kusurlu olmasıdır (31).

Haksız fiil sorumluluğun ortaya çıkması için;

1. Hukuka aykırı bir fiilin varlığı,
2. Bu fiilin bir zarara sebep olması,
3. Zarara sebep olan fiilin kusur barındırması,
4. Hukuka aykırı fiille zarar arasında nedensellik bağının olması gerekir (31).

TBK 49. maddeye göre “Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de bu zararı gidermekle yükümlüdür” (22). Burada dikkat edilmesi gerek husus, zarar gördüğünü iddia eden tarafının bunu ispat ile yükümlü olmasıdır (TBK Madde 50).

### **3. Aydınlatılmış onam ve bilgilendirme yükümlülüğü:**

Tıbbi hizmetler kapsamında dar anlamıyla ele alındığında kişinin bir işleme ya da duruma karşı rızasının alınarak konu hakkında bilgilendirilmesine aydınlatılmış onam denir. Pratikte taraflardan birinin diğerini bilgilendirerek, karşı tarafın da kendisine aktarılan hususları anlayarak gerçekleştirdikleri yazılı ya da sözlü anlaşmadır (32).

Ülkemizde 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları gibi yazılı metinler aydınlatılmış onamın nasıl olması gerektiğini ortaya koyan kanun, yönetmelik ve etik kurallardır.

Aydınlatılmış onamın geçerli olmasının bazı şartları mevcuttur. Bu şartlar;

1. Onamı veren kişinin yeterli olması gerekir. Bu yeterlilik hem hukuki ehliyet anlamında hem de fiil ehliyeti anlamındadır. Yani kişi yasal olarak onam verme hakkına sahip ve kendisine anlatılan durumu anlayıp, özümseyip, karar verme yeteneğine sahip olmalıdır.

2. Onam açık ve anlaşılır olmalıdır.

3. Aksini belirten bir kural olmaması halinde yapılacak her işlem için ayrı ayrı onam alınmalıdır. Örneğin kişinin muayene olmak için hekime başvurması ameliyat olmak için rızası olduğu anlamına gelmez (33).

Hangi işlemlerin sözlü ya da örtülü onam altında olduğu ve hangi işlemler için yazılı onam alınması gerektiği sağlık personeli için karmaşık bir durum olabilmektedir. Bu konuda alışılmış uygulamalar ile yasal prosedür çatışabilmektedir.

Enjeksiyon nöropatisi gelişen bir olguda Yargıtay tarafından ilk derece mahkemesinin kararını bozma gerekçesi olarak “*Ne var ki; ortaya çıkan hasarın komplikasyon olması aydınlatma yükümlülüğünü ortadan kaldırmadığı gibi hastanın komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmesi aydınlatma yükümlülüğünün bir gereğidir. Mahkemece, davacıların yapılan enjektör öncesi, enjeksiyonun sonuçları ve olası komplikasyonları konusunda*

*bilgilendirildiğine ve davacıların bu işleme rıza gösterdiğine dair aydınlatılmış rızanın alındığına ilişkin aydınlatılmış onam düzenlenip düzenlenmediğinin araştırılarak, aydınlatılmış onamın alındığına dair ispat külfetinin davalı üzerinde olduğu da gözetilerek, hâsıl olacak sonucu göre bir karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme ve yanılığılı gerekçe ile davanın reddine karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir” (34)* denilmiş, bunun üzerine konu ile ilgili fikri sorulan Sağlık Bakanlığı ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 10.06.2019 Tarih ve 14500235-401.99 Sayılı “Enjeksiyon Uygulamaları Hk Genelge ile Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’a atıf yaparak; “*Enjeksiyon uygulamaları büyük ameliyei cerrahiye olmadığı için hastaların sözel olarak bilgilendirilmesinin gerekli ve yeterli olduğu, müdavi hekim tarafından reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili sağlık meslek mensupları tarafından hastanın reçetesi görülerek yapılması halinde yazılı onam alınması zorunluluğu bulunmadığı”* hususunu belirtmiştir (35). Bu halde Sağlık Bakanlığı tarafından kanunen yazılı onam alınmasının şart olmadığı bildirilen bir durumda hekimin yargı karşısında aydınlatılmış onam aldığına dair ispatı nasıl yapacağı muamma olarak kalmıştır.

Ülkemizde hekimlerin hatalı tıbbi uygulamaları söz konusu olduğunda, aydınlatılmış onam hususunda yapılan hataların başta geldiği görülmektedir (36). Aydınlatılmış onam formları hem hasta hem hekimler tarafından formalite olarak görülmekte, gelişigüzel şekilde doldurulmakta, hatta bazı hekimler tarafından aydınlatılmış onam formu hiç alınmamaktadır. Hastanın riskler hakkında bilgilendirilmesinin hastada gereksiz kaygı yaratacağı gibi yersiz bir endişe de aydınlatılmış onam hususunun göz ardı edilmesinin nedenlerindedir (32).

## **TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI**

Mesleki sorumluluk sigortası, sigortalının mesleğini icra ederken neden olduğu zararın teminine yönelik yaptırdığı sigorta türüdür (37). Mesleki sorumluluk sigortası sahibi, mesleğini icra ederken hatalı davranış, ihmal, meslekte acemilik, özen yükümlülüğüne aykırı davranma gibi nedenlerden dolayı zarara neden olabilir. İçinde hekimliğin de bulunduğu birçok meslek grubu için bu sigorta yaptırılmaktadır. İnsan hayatı, özgürlüğü ve ekonomik hayatını etkileyebilecek meslek ile uğraşan kişilerin aldığı sorumluluk kasten ya da taksirle ve bu sorumluluğa aykırı hareketlerinin karşılığı da büyük olabilmektedir (38).

## **Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ile İlgili Dünyadaki Uygulamalar**

Hekim mesleki sorumluluk sigortaları ile ilgili dünya çapında hatta kıta ülkeleri arasında dahi farklı uygulamalar mevcuttur. Bazı ülkelerde sigorta zorunlu tutulmuşken bazı ülkelerde isteğe bağlı sigortalılık söz konusudur.

Tıbbi malpraktis davalarının en çok görüldüğü ülke olan ABD’de hekimlerce kişisel sigorta yaptırılmaktadır. Bu ülkede hekimlerin ödediği prim ve karşılığında sağlanan teminat diğer ülkelere kıyasla yüksektir. Ödenen prim tutarları ve teminat tutarları da eyaletler arası farklılık göstermektedir (39).

Almanya’da mevcut uygulamada tıbbi malpraktis iddiaları tabip odaları bilirkişi komisyonları ve uzlaştırma bürolarınca incelenmekte, olası uyuşmazlıkta yargı devreye girmektedir. Tazmin sistemi ise kusura dayalı tazmindir. Yani kusurlu hekim ilgili zararı tazminle yükümlüdür (40).

İsveç, Danimarka, Finlandiya gibi İskandinav ülkelerinde kusura dayalı olmayan (no fault insurance, kusursuz sorumluluk), mahkeme yerine bilirkişiler tarafından karara bağlanan, sağlık çalışanların prim ödediği ve devlet ve kurumlar tarafından oluşturulan fondan zararın karşılandığı bir sistem mevcuttur. Sistemin ana motivasyonu oluşan zararın giderilmesi, kişilerin değil sistemin eksiklerinin tespit edilmesidir (40).

Japonya’da da hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu yoktur. Hekimlerin neden olacağı zararlar kurum tarafından tazmin edilmektedir (40).

Avusturya’da hastaların ödediği primler karşılığında oluşan zararın tanzimi uygulaması mevcuttur. Hastada oluşan zarar sağlık kurumu kaynaklıysa kurum tarafından, sağlık kurumu dışındaki faktörlerden kaynaklanıyorsa oluşturulan fondan karşılanmaktadır (38).

## **Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası ile İlgili Türkiye Uygulaması**

21.07.2010 tarih ve 27648 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak 30.07.2010 tarihinde yürürlüğe giren “*Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası*” ülkemizde görev yapmakta olan hekimler ve hekimlik mesleği için dönüm noktalarından biri olmuştur.



Hekimlik mesleğini icra edenler için bu sigortayı yaptırmak zorunlu olup yaptırmayanlar için her yıl yeniden değerlendirilme oranlarına göre güncellenen idari para cezası öngörülmüştür (41).

Bu sigorta kapsamında hekimlik dalları içerdikleri risklere göre 4 gruba ayrılmışlardır.

1. grup en az riskli dallar olmak üzere 4. grup en riskli dallardır.

### **1. Risk grubu:**

Adli Tıp, Anatomi, Askeri Hekimlik, Çevre Sağlığı, Epidemiyoloji, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Histoloji ve Embriyoloji, Sitopatoloji, Temel İmmünoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Mikoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Parazitoloji, Tıbbi Patoloji, Tıbbi Viroloji.

### **2. Risk Grubu:**

Pratisyen Tabip, Aile Hekimliği, Askeri Psikiyatri (kaldırılmış olan askeri hastaneler sistemi içinde idi), Çocuk Endokrinolojisi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları, Çocuk Radyolojisi, Çocuk Romatolojisi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Geriatri, Hava ve Uzay Hekimliği, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, İş ve Meslek Hastalıkları, Klinik Nörofizyoloji, Nükleer Tıp, Çocuk Diş Hekimliği, Periodontoloji, Radyasyon Onkolojisi, Romatoloji, Spor Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Tıbbi Genetik, Diş Hekimliği, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Gelişimsel Pediatri.

### **3. Risk grubu:**

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Algoloji, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Nefrolojisi, Çocuk Nörolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Ürolojisi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Endodonti, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Harp Cerrahisi, Hematoloji, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Nefroloji, Nöroloji, Ortodonti, Protetik Diş Tedavisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Onkoloji, Üroloji, Restoratif Diş Tedavisi.

#### **4. Risk grubu:**

Acil Tıp, Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Cerrahi Onkoloji, Çocuk Acil, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, Çocuk Yoğun Bakım, El Cerrahisi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Neonatoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Perinatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Yoğun Bakım.

Tıpta Uzmanlık öğrencileri uzmanlık eğitimleri süresince, eğitimlerini bitirdiklerinde elde edecekleri uzmanlık dalı unvanına göre risk grubuna dahil edilmektedir. En az sigorta primi 1. Grup dallar için geçerliken, 4. Grup dallar en çok sigorta primini ödemektedir. Önceki sigorta döneminde hakkında tazminat ödemesi yapılmayan sigortalı için bir sonraki dönemde “hasarsızlık indirimi” yapılır (42).

Olası maddi ya da manevi tazminat mahkumiyeti yanında yargılama giderleri de sigorta poliçesi kapsamındadır (43).

2010 yılında mesleki sigorta zorunlu hale geldiğinde hekimlerin büyük çoğunluğu sigortalanmışken aradan geçen zaman içerisinde sigorta yaptırmayan hekim sayısı artmıştır. Yine de hekimlerin çoğunluğu sigorta kapsamındadır. Bu da hekimlerin bu konuda hassas olduklarının bir göstergesidir. Ne var ki, hekim tarafında mesleki sigorta bir korunma yöntemi olarak görülmekteyken poliçe yapan sigorta şirketleri artan tazminat davası sayısı ve tazminat tutarları nedeniyle zorluklar yaşamaktadır (38). Bunun hekimlere geri dönüşü, hekimlerin zorunlu mesleki sigorta yaptıracak sigorta şirketi bulamaması ya da ciddi primler ödemek zorunda kalması olabilir.

#### **Hekimin Cezai (Adli) Sorumluluğu**

Hekimin hukuki sorumluluğunda olduğu gibi cezai sorumluluğunda da yargılamanın yapılacağı özel bir kanun tanımlaması yoktur.

#### **Memur yargılanması:**

Memurların görevi nedeniyle işlediği suçların soruşturulması 4483 Sayılı Memurların ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'a göre başlar. Buna göre

memurun işlediği iddia olunan suç, ağır cezalı suçüstü halleri, rüşvet, zimmet, irtikap suçları arasında yer almıyor ise savcılık ilgili delilleri topladıktan sonra soruşturma için memurun bağlı bulunduğu kurumdan izin ister. Merkez ilçe hariç ilçelerde izin mercii kaymakamlık, merkez ilçe ve ilde vali, üniversitelerde ise üniversite yönetim kurulunda görev alan kişiler arasından seçilen üç kişilik kuruldur.

Yetkili mercii soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine karar vererek bu kararını Cumhuriyet Başsavcılığına, hakkında inceleme yapılan kamu görevlisine ve varsa şikayetçiye bildirir.

Hakkında soruşturma kararı verilen kamu görevlisi bölge idare mahkemesine itiraz edebilir. Soruşturma izni verilmemesine dair karara ise savcılık veya şikayetçi yine aynı mahkeme vasıtasıyla itiraz edebilir. Üniversitede görevli kamu görevlisi hakkında yargılanmasına gerek vardır (lüzum-u muhakeme) veya yargılanmasına gerek yoktur (men-i muhakeme) şeklinde sonuçlandırılan kurul kararına karşı itiraz ise ilgili bölge idare mahkemesine yapılır (17). 2018 yılına kadar bu görev Danıştay'a ait iken yapılan değişiklikle ilgili görev Danıştay'dan alınarak bölge idare mahkemelerine verilmiştir.

Günümüzde hekim yargılamalarının yapılacağı özel bir kanun olmadığından, hekimin cezai (adli) sorumluluğu 2005 yılında yürürlüğe giren 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Türk Ceza Kanunu'nda suçun nevi (türü) ve cezasını değiştiren bazı kavramları ele almak gerekir. Bu kavramlar eylemdeki kusurun ağırlığı bakımından sıralanacak olursa ağırdan hafife doğru kast, olası kast, bilinçli taksir ve taksirdir.

*Kast:* TCK 21. maddede bahsi geçen bu terim; “suçun kanuni tanımındaki unsurları bilerek ve isteyerek gerçekleştirmek” anlamına gelir (44). Hekimin bilerek ve isteyerek gerçekleştirdiği bir eylemle hastanın zarar göreceğini bilerek hareket etmesi kast kavramına dahildir. Ötenazi gibi ülkemizde suç olduğu tüm hekimler tarafından bilinen uygulama, kasten harekete uygun bir örnektir. Bunun dışında hekimin hastaya yardım etmek için iyi niyetle gerçekleştirdiği hareketler sonucu ortaya çıkan sonucun “kast” kavramı içinde değerlendirilmesi hekimlik mesleğinin doğası gereği beklenmez (45).

*Olası Kast:* Yine aynı kanun maddesinde “kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi hali” olarak tanımlanmaktadır. Örnek verilecek olursa düğünde havaya ateş açmak gibi kutlama amacıyla yapıldığı görülen bir hareket neticesinde bir kişiye zarar vermek olası kastla yaralama ya da

öldürme olarak değerlendirilebilir. Örneğin göğüs ağrısı olan bir hastada myokard enfarktüsü ayırıcı tanısına gitmeden hastayı analjezik ile taburcu eden bir hekim, hastanın enfarktüs geçiriyor olabileceğinin bilmesine rağmen ayırıcı tanıya gitmemiştir. Bu durumda yargılamada olası kast kavramı gündeme gelebilir (46).

*Bilinçli Taksir:* Bilinçli taksir kavramı TCK'da “*Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır*” şeklinde yer almaktadır. “Umarım bir şey olmaz” denilerek yapılacak eylemin bir kişiye zarar verebileceğini ön görerek hareket etme sonucu işlenen suçlar bilinçli taksirle işlenen suçlar kapsamındadır. Bilimsel olarak bilinen alkollü araç kullanmanın ya da hız sınırlarına uymamanın kaza oranını artırdığı gerçeğini göz ardı ederek alkollü ya da süratli araç kullanan bir kişinin eylemi bu kapsamdadır. Hekimlik pratiğinde sterilizasyon kurallarına uymadan cerrahi müdahale yaparak hastaya zarar vermek bilinçli taksire örnek gösterilebilir (47).

*Taksir:* Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre kelime anlamı kusurda bulunma olan taksir terimi hukuki anlamda dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik veya talimatlara uymama nedeniyle kusurlu olma durumunu tanımlar (48). Kanunlarda ise TCK 22. maddede taksirden bahsedilmiştir. Yasada “*Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir*” denilmiştir. Hekimlerin görevini yerine getirirken üçüncü kişilere verdiği zararlar genellikle taksirli suçlar arasında değerlendirilir (20).

Taksirle yaralama şikayete tabi suçlar arasındadır (49). Yani şikayetçi olunmaması ya da şikayetin geri çekilmesi soruşturma ve yargı safhasının son bulmasına neden olur.

*Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi:* TCK madde 83'te bahsi geçen bu kavramla ilgili olarak ilgili kanun maddesinde: “*1. Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir. 2. İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin; a) Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanunî düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması, b) Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması, gerekir*” denilmektedir.

Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi ile ilgili cezalar madde 83/3'te: “*Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hâllerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir*” olarak düzenlenmiştir (44).

Hekim hatası iddiası gündeme geldiğinde gerek soruşturma gerekse kovuşturma evrelerinde, adli makam değerlendirme yapabilmek adına bilirkişilerden görüş alabilir. Bilirkişilik görevi, Adli Tıp Kurumu yedinci ve sekizinci ihtisas kurulları, üniversiteler adli tıp anabilim dalları ve mahkemenin atayacağı hekim bilirkişiler tarafından yürütülmektedir (50). Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu ölümle sonuçlanmayan tıbbi malpraktis iddialarını incelerken 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu ölümle sonuçlanan tıbbi malpraktis iddialarını incelemektedir. 2010 yılına kadar tıbbi malpraktis iddiası ile açılan ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alınması yasal bir zorunluluktur. Ancak işleyiş bakımından sorun oluşturan bu uygulamaya karşı açılan iptal başvurusu Anayasa Mahkemesi'nce haklı bulunarak ilgili zorunluluk ortadan kaldırılmıştır (51).

Türk Ceza Kanunu'nda hekimlerin mesleğinin ifası esnasında karşı karşıya kalabilecekleri suç iddiasına konu diğer kanun maddelerinden bahsedilecek olunursa;

*İnsan Üzerinde Deney*: TCK 90. maddede, “İnsan üzerinde rızaya dayalı olmadan gerçekleştirilen deneyin bir yıldan 3 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı” belirtilmiştir. Rızaya dayalı olsa dahi deneklerin yeterince bilgilendirilmediği, etik kurul izni alınmayan, hayvan deneyleri sonucu insan üzerinde yapılabileceği sonucuna varılmayan, insan üzerinde yapılması şart olmayan, kişinin sağlığını tehlikeye düşüren, kişiye acı veren, beklenen faydanın yüklenen külfetten fazla olduğu gibi durumlar da cezai yaptırım kapsamındadır” (44).

*Organ veya Doku Ticareti*: TCK 91. maddeye göre; “Organ alan, satan ya da ticaretini yapanlar 5 yıldan 9 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Söz konusu doku olursa bu ceza 2 yıl ile 5 yıl arasında hapis cezası verilir. Ölmüş bir kişiden hukuka aykırı şekilde doku ya da organ alınması durumunda 1 yıla kadar hapis cezası verilir” (44).

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun'un 14. maddesine göre “aksine dair bir beyan ibraz edilmedikçe kornea gibi ceset üzerinde değişiklik yapmayan dokular izinsiz olarak alınabilir” (52).

*Yardım veya Bildirim Yükümlülüğünün İhlali:* TCK Madde 98'e göre; "Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hâl ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhâl ilgili makamlara bildirmeyen kişi hakkında bir yıla kadar hapis ve adli para cezası öngörülmüştür, bu kişinin ölmesi durumunda ise bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur" (44). Burada dikkat edilmesi gereken husus yardım veya bildirim yükümlülüğünün sadece sağlık personeli için değil tüm ülke vatandaşları için geçerli olduğudur. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki ceza yargısında hakim takdiri kavramı söz konusu olduğundan, bir kişiye yardım etme şansı varken bu yardımdan imtina eden bir sağlık personelinin hakim nazarında suçlu bulunması ihtimali daha fazladır.

*Çocuk Düşürme:* TCK Madde 99'a göre; "Tıbbî zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kadının beden veya ruh sağlığı bakımından zarara uğramasına ya da ölmesine neden olmuşsa ceza oranı arttırılır" (44). Hangi hallerde tıbbi zorunluluk bulunduğu dair mevzuattaki bilgi kaynağı *Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'e* ekli 2 sayılı listedir (53).

*Kısırlaştırma:* TCK Madde 101'e göre; "Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştırıran kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiil, kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa, ceza üçte bir oranında artırılır" (44).

*Kişisel Verilerin Kaydedilmesi:* TCK 135. maddeye göre; "Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir. Eğer bu fiil kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle ve/veya belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle işlenirse "nitelikli hal" vasfını alarak verilecek ceza yarı oranında artırılır" (44).

*Resmî Belge Düzenleme ile İlgili Suçlar:* TCK 210. maddeye göre; "Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması hâlinde, resmî belgede sahtecilik hükümlerine göre cezaya hükmolunur" (44).

*İrtikâp Suçu:* TCK Madde 250’de irtikâp suçu ile ilgili cezalar;

“(1) Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi icbar eden kamu görevlisi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kamu görevlisinin haksız tutum ve davranışları karşısında, kişinin haklı bir işinin gereği gibi, hiç veya en azından vaktinde görülmeyeceği endişesiyle, kendisini mecbur hissederek, kamu görevlisine veya yönlendireceği kişiye menfaat temin etmiş olması halinde, icbarın varlığı kabul edilir.

(2) Görevinin sağladığı güveni kötüye kullanmak suretiyle gerçekleştirdiği hileli davranışlarla, kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi ikna eden kamu görevlisi, üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) İkinci fıkrada tanımlanan suçun kişinin hatasından yararlanarak işlenmiş olması halinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İrtikâp edilen menfaatin değeri ve mağdurun ekonomik durumu göz önünde bulundurularak, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarısına kadar indirilebilir” şeklinde tanımlanmıştır.

Ülkemizde hekimlerin çoğunluğunun kamuda görev aldığı göz önüne alınır, memuriyetten elde ettiği fırsat ile menfaatine yönelik hukuksuz iş yapan hekimlerin bu kanun maddesine göre yargılanacağı, ayrıca bahsi geçen suçun memur yargılanması kavramı kapsamında soruşturma iznine tabi suçlar arasında olmadığından dolayı hakkında gözaltı ve tutuklama kararlarının çıkabileceği dikkate alınmalıdır. Nitekim hastasında tıbbi hizmet için para ya da menfaat elde etmeye çalışan hekimlerin tutuklandığına dair haberler medyada sıkça görülmektedir” (54).

*Görevi Kötüye Kullanma:* TCK 257. maddeye göre; “Görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. İlk fıkrada görevin gereklerine aykırı hareket eden kişinin alacağı ceza vurgulanmışken ikinci fıkrada görevi ihmal ya da gecikme durumunda verilecek cezalara değinilmiştir; görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” (44).

*Göreve İlişkin Sırrın Açıklanması:* TCK Madde 258: “Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya ne suretle olursa olsun başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisine, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir” (44).

*Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi:* TCK Madde 279: “Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”. TCK Madde 280: “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” (44). Bu kanundan istisna tutulan hal TCK 192. Madde 4. Fıkıradaki belirtilmiş olup ilgili kanun fıkrası; “Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı soruşturma başlatılmadan önce resmi makamlara veya sağlık kuruluşlarına başvurarak tedavi ettirilmesini isterse, cezaya hükmolunmaz”. Bu durumda kamu görevlileri ile sağlık mesleği mensuplarının 279. ve 280. Maddeler uyarınca suç bildirme yükümlülüğü doğmaz (55).

Çocuk gebeliklerinin hekimler tarafından bildirilmesi hususunda yapılan eksiklikler bu maddeler kapsamında değerlendirilmektedir. 15 yaşın altındaki bir çocuğun gebeliği her halukarda suç unsuru taşımaktayken, 15-18 arasındaki çocukların gebeliğinde cinsel ilişkinin ya da gebeliğin rıza dahilinde olup olmaması, fiilin suç unsuru taşıyıp taşıyamaması açısından belirleyici olmaktadır. Ancak sağlık meslek mensubu bu tür durumlarda ne suç unsuru olup olmadığını tespit etme görevine ne de yetkisine sahip olduğu için, suç ihtimali olduğundan bahisle bildirim yapma yükümlülüğü altındadır (56).

*Gizliliğin İhlali:* TCK Madde 285’e göre; “Soruşturmanın gizliliğini alenen ihlâl eden kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”. Aynı maddenin üçüncü fıkrasında bu suçların basın ve yayın yoluyla işlenmesi hâlinde, cezanın yarı oranında artırılacağı belirtilmiştir (44).

*Genital Muayene:* TCK Madde 287: “Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar



hapis cezasına hükmolunur (44). Kanun maddesinin 2. fıkrasına göre “kamu sağlığı söz konusu olduğunda kanun ve tüzüklere bağlı kalınmak koşuluyla ilk madde uygulanmaz” (44).

## **TIBBİ KÖTÜ UYGULAMA (TIBBİ MALPRAKTİS-TIBBİ UYGULAMA HATASI)**

Hayatın her alanında olduğu gibi tıbbi hizmetler esnasında da hata yapılabilir. Hekim hatasını diğer mesleki hatalardan ayıran noktalardan en önemlisi hatanın yol açabileceği sonuçların ciddiyetidir. Tıbbi bilgi birikiminin yoğunluğu, karmaşıklığı, hastalıkların ve tedavilerinin öngörülemez nitelikte olabilmesi, sınırlı imkanlarla ucu açık tıbbi hizmet verilmek durumunda olunması tıbbi hataların ortaya çıkmasında etkili faktörlerdendir (57).

Etimolojik kökeni ele alındığında Latince “*mala*” ve “*praxis*”, yani sırasıyla kötü ve uygulama kelimelerinin birleşiminden oluşan malpraktis kelimesi tıbbi uygulamalar söz konusu olduğunda “*tıbbi malpraktis*” diğer deyişlerle tıbbi uygulama hatası ya da tıbbi kötü uygulama adını alır (4). Farklı tanımlamalar olsa da bu kavram, sağlık hizmetlerini sunan hekim ve sağlık personelinin pozitif ya da negatif müdahalesi sonucunda, hastalığın kötüleşmesi, iyileşmenin gecikmesi ya da hastanın ölümüne neden olan bütün durumları kapsar (58).

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2019 yılında yapılan bir çalışmaya göre her yıl 195.000 kişi tıbbi malpraktis nedeniyle hayatını kaybetmekte ve tıbbi malpraktis nedeniyle ölümler tüm ölümler arasında 3. sırada yer almaktadır. Her sene ise 15.000 ila 19.000 tıbbi malpraktis davası açılmaktadır (59).

Türkiye’de yıllık tıbbi malpraktis dava sayısına yönelik son dönemlerde yapılmış bir çalışma olmasa da dava sayısının her geçen gün arttığı ve tazminata ve adli cezaya çarptırılan sağlık personeli sayısının da arttığı bilinmektedir (60). Açılan dava sayısı ve ödenen tazminat miktarının gün geçtikçe artmasına rağmen verilen kararlar göz önüne alındığında açılan davalarının çoğunluğunun halen sağlık personelinin lehine sonuçlandığı görülmektedir (61). Bu da açılan davalarının çoğunluğunun mesnetsiz olduğunu göstermektedir.

Tıbbi uygulama hataları söz konusu olduğunda, kişisel nedenler, olaya ait taraflar, hata oluşumundaki etmenler, sisteme ait durumlar gibi birden fazla faktör gündeme gelmektedir. Tıbbi uygulama hatalarında genellikle hizmeti sunan kişi faktörü, çevresel faktörler ve hizmet sunumunda kullanılan aletler gibi; hata oluşumuna sebep olabilecek pek çok bileşen iç içe geçmiş durumdadır. Bu faktörler, tek başına da tıbbi uygulama hatalarına sebebiyet verebilse

de; tıbbi hizmetler bir sistem ve ekip işi olduğundan hata oluşumunda söz konusu faktörler hakkında ayırım yapabilmek her zaman kolay olmamaktadır (45).

### **İstenmeyen Sonuç (Komplikasyon) ve İzin Verilen Risk**

Hukuki açıdan ‘izin verilen risk’ kavramının tıbbi uygulamalar söz konusu olduğunda karşılığı komplikasyondur. Diğer bir deyişle komplikasyon; bir hastalığın tedavisi amacıyla yapılan uygulamalar esnasında oluşan ve/veya gelişen yeni bir hastalık ya da mevcut tabloya eklenen diğer bir tıbbi sorundur.

Bir tıbbi süreçte gelişebilecek komplikasyonlar;

-Öngörülemeyen

-Öngörülebilir ancak önlenemeyen

-Öngörülebilir ve göze alınmış

-Öngörülebilir ve önlemi alınmış şeklinde sınıflandırılabilir.

Her ne kadar komplikasyon gelişimi doğal bir süreç olsa da bir komplikasyon ortaya çıktığında, sağlık personelinin kusursuz olması için bazı ön koşulları yerine getirmesi gerekmektedir. Bu ön koşullar öncelikle müdahalenin hukuka uygun olması, hastanın gelişebilecek komplikasyonlar hakkında önceden bilgilendirilmiş ve rızasının alınmış olması, komplikasyonları bilme, tanı koyabilme ve yönetebilme hususlarında sağlık personelinin üstüne düşeni yapmış olmasıdır (4).

### **Tıbbi Kusur Kavramı**

Tıbbi kusur, sağlık meslek mensubunun görev yetki sorumluluklarına uygun, hukuki şartları sağlayan, tıbbi literatür ve teamüllere göre kabul görmüş uygulama yöntemlerini uygulamaması, ortalama bir meslektaşının sahip olması beklenen bilgi ve beceriye sahip olmaması ya da mesleki pratik esnasında özensiz veya dikkatsiz davranmasının yanında sağlık sistemi işleyişinin ya da tıbbi aletlerin kullanımı esnasında ortaya çıkan kusurdur (4, 17, 45).

*Kusursuz sorumluluk:* Tanı tedavi ve rehabilitasyon basamaklarının her birinde yönetici ve sorumlu pozisyonunda olan hekimlerin bazen kendi kusuru olmasa dahi tıbbi cihazların, kayıt cihazlarının ve birlikte görev yaptığı sağlık personelinin neden olduğu kusur ile suçlanması da mümkündür. Kusursuz sorumluluk olarak tabir edilen bu ilke gereği hastanın sorumluluğunu alan hekim tüm ekibin gerçekleştirdiği müdahalelerden de sorumludur.

Sağlık personeli arasında yapılan iş bölümünde, her bir çalışanın görev yetki ve sorumluluğu belirlenmiştir. Örneğin acil servise başvuran ve tanısı konularak tedavi aşamasına geçilen bir hastada tedavi işlemleri hemşirelerce gerçekleştirilir. Burada tedaviye ve şekline karar veren hekim hemşirenin tedaviyi ne şekilde gerçekleştirdiğini de gözetmek durumundadır.

### **Tıbbi kusur kavramını ortaya çıkmasına neden olan faktörler:**

Tıbbi kusur oluşumunda, geniş bir yelpazede değerlendirilebilen çeşitli faktörler söz konusudur.

#### **1. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler:**

##### *Eğitim ve tecrübe:*

Daha önce de bahsedildiği üzere günümüzde hemen hemen her meslek profesyonel olarak icra edilmek durumundadır. Eski devirlerde insanların daha çok evde doğum yaptığı göz önüne alındığında köy ebesi olarak adlandırılan, bu işin eğitimini yalnızca usta-çırak ilişkisi içerisinde, standartları ve resmi mahiyeti olmadan almış kişilerle, günümüzde doğumlara katılan, orta öğretim ya da yüksek öğretim mezunu, belirli eğitim standartlarıyla donatılmış ebe hemşireler arasında hem bilgi birikimi hem de hukuki sorumluluk açısından büyük farklar olması kaçınılmazdır.

Sağlık mesleklerinin en önemli özelliklerinden birisi de diploma ya da sertifikasyon ile elde ettikleri hastaya dokunma ehliyetinin göreve resmi olarak başladığı andan itibaren geçerli olmasıdır. Yani mesleğe başlamış bir kişi “tecrübesizlik, iş bilmeme” gibi mazeretlerin ardına sığınamaz. Çünkü sahip olduğu diploma kişinin yetkin olduğunun kanıtı niteliğindedir. Her ne kadar mesleğe başlangıç aşamasında oryantasyon eğitimi adı altında bir nevi ısındırma sürecine dahil olsalar da bu kısa sürecin mesleki bilgi ve beceriye katkısı yok denecek kadar azdır.

Yukarıda bahsi geçen nedenlerden ötürü sağlık meslek mensubunun göreve başladığı an, hastalara eksiksiz bir sağlık hizmeti sunacak kadar donanımlı olması gerekmektedir. Bu donanım çoğunlukla sadece kişiye diploma sağlayan kurumlar tarafından sağlanmakta ve nitelikleri yine aynı kurum tarafından ölçülmektedir. Her ne kadar her meslek dalı ve hatta aynı meslekte hemen her branş için yeterlilik standartlarını ortaya koyan dernekler, kurullar olsa da çoğunlukla bu kurumların işe başlama ve çalışanın yeterliliği hususunda söz söyleme yetkisi yoktur. Daha açık anlatmak gerekirse diplomasını eline almış bir kişinin o diplomayı ne kadar hak ettiği hususu her zaman muammadır.

Sağlık sektörü gibi ciddi bir sektörde sürekli artan eğitim kurumu ve öğrenci sayısının eğitim standartlarıyla ne kadar uyumlu olduğu da büyük bir soru işaretidir (62). Diğer bir durum da sağlık kurumu gibi “masraflı” kurumların işleyişinde, kar amacı güdülmesi ile mesleğe yeni başlamış, tecrübe sahibi olmayan sağlık personelinin asgari ücret seviyesinde ücretlerle çalıştırılması ve kendisinden hem iyi bir performans hem de tam donanımlı olmasının beklenmesidir.

Birçok sağlık meslek mensubu yoğun çalışma temposu içerisinde meslek içi eğitim ve gelişimini düşünecek durumda değildir. Günde onlarca hasta ve hasta yakını ile karşı karşıya kalan sağlık personeli, mesaisi dışında ailesine ve kendisine yetecek kadar zamana dahi sahip değil iken, mesleki gelişimine katkıda bulunacak kurs, kongre, çalıştay gibi eğitim olanaklarını tabi ki değerlendiremeyecektir. Tıp gibi sürekli değişen ve yenilenen, sarsılmaz doğru kabul edilen şeylerin bile zamanla yanlış olduğuna kanaat getirilen bir çalışma alanında, sağlık meslek mensubunun mezuniyetinde sahip olduğu bilgi birikiminin gün geçtikçe yetersiz kalacağı aşikardır.

*Fiziksel ve mental kapasitenin aşımı:*

4857 Sayılı İş Kanunu 63. maddesine göre haftalık çalışma süresi 45 saat olup bu süre maden işçileri için 37,5 saattir (63). Aylık olarak ele alındığında; 180 saat olması gereken azami çalışma süresi 22 iş günü olan bir ayda, bir memur tarafından yapılan 176 saatlik mesai ile hemen hemen tamamlanmaktadır. Sağlık personeli sayısındaki yetersizlik nedeniyle yapılan fazla mesailer, asistan ve uzman hekimlerin tutmakla mükellef oldukları gece nöbetleri ve hafta sonu nöbetleri dikkate alındığında aylık azami sürenin çok üstünde çalıştıkları ortadadır. Özellikle hasta sorumluluğunu en çok üstlenen hekimler için haftalık ortalama çalışma süresi 120 saate kadar çıkabilmektedir (64). Bahsi geçen durum da sağlık personeline hem tükenmişliğe neden olmakta hem de tıbbi kusur riskini artırmaktadır.

Türkiye’de 01.01.2020 itibariyle doktor başına düşen nüfus sayısı 498, hemşire başına düşen nüfus sayısı 413 iken Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development) üyesi ülkelerde doktor ve hemşire başına düşen nüfus ortalaması sırasıyla 341 ve 102’dir (65). Diğer sağlık personeli başına düşen nüfus sayısının da benzer olduğu tahmin edilmektedir. 2017 yılında sadece kamu hastanelerinde 101.473.472 acil muayene yapıldığı ve acil muayenelerin tüm muayenelere oranının %28,36 olduğu dikkate alındığında sağlık personelinin üstündeki iş yükü ortaya çıkmaktadır (66). Ortaya çıkan iş yükünün de hasta başına ayrılan süreyi azaltarak tıbbi kusura gelişimine neden olması beklenen bir sonuçtur.

### *İletişim sorunları:*

Sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınları arasında iletişim bir tıbbi hizmetin aksamadan yürümesi açısından son derece önemlidir. Bu alanda meydana gelen eksikler tıbbi malpraktis davasına dönebilmektedir.

Sağlık hizmeti doğası gereği riskli, bilinmezlerle çevrili ve genellikle aciliyet arz eden bir hizmettir. Kesinlik ve garanti içermemesine rağmen hasta ve hasta yakınları hekim ya da sağlık personelinin garanti ve netlik bekler bir tutum içerisinde olabilmektedir. Örnek vermek gerekirse gebelikte yapılan ayrıntılı ultrason işlemi gelişen tıbbi bilgi birikimi ve teknolojiye rağmen intaruterin hastalıkların tamamını ortaya koyabilen bir işlem değildir. Bu durumda hekimin “her şey normal görünüyor” diyerek sonlandırdığı bir muayeneden sonra hasta ve yakınları hiçbir sorun olmadığını “kesin” olduğu izlenimine kapılabilir, daha sonra ortaya çıkan sorunlar nedeniyle hekimi kusurlu olduğu gerekçesiyle dava edebilir. Bu noktada hekimin hasta ve yakınlarına daha uzun ve ayrıntılı açıklama yapması hem kendisi hem de hasta ve yakınları için ortaya çıkacak sorunlar azaltıcı bir faktör olabilir. Öte yandan hekimin tüm riskleri detaylı şekilde anlatması da hasta ve yakınları tarafından “kendilerinin gereksiz yere korkutulduğu” şeklinde algılanabilir. Her ne kadar durum bir paradoks gibi görünse de yasal ve etik sorumluluk gereği hekimin aydınlatılmış onam ve rıza almak zorundadır.

Sağlık personeli ve hasta- hasta yakınları arasındaki iyi bir iletişimin malpraktis davası açılma ihtimalini azalttığı gösterilmiştir (67).

### *Özen Yükümlülüğünün İhlali:*

Özen yükümlülüğü sağlık meslek mensubunun bütün yükümlülüklerinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık meslek mensubu hastanın zarar görmemesi için dikkat ve özen göstermek, olumsuz sonuçlar için önlem almak, uygulama esnasında tıbbi literatüre geçmiş ve kabul görmüş tıbbi uygulamalarda bulunmak, ortalama bir meslektaşının sahip olduğu bilgi ve becerilere sahip olmak durumundadır. Bu hususun ihlali en çok hastanın tanı, tedavi ve takibi esnasında kendine fazla güvenmek, “bir şey olmaz” demek şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Tıbbi literatürde vücuda zerki yavaş infüzyon ile olması gerektiği bilinen bir ilacı “daha önce bolus yaptığımızda bir şey olmadı” diyerek, yine “intravenöz hızlı gidecek şekilde” talimat veren bir hekim ya da bu talimatı uygulayan hemşire, hastası için bu yükümlülüğü ihlal etmiştir.

2. Sağlık sistemi, sağlık kurumları ve tıbbi teknoloji ve organizasyon ile ilgili faktörler:

Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetin kalitesi ve etkinliği, çalıştırdığı personelin bilgi, yetenek ve tecrübesinin yanında sağlık kuruluşunun sahip olduğu donanım ve organizasyon kapasitesi ile de yakından ilgilidir. Sağlık kurumuna başvuru anda kayıt tutma işlemi ile başlayan hizmet, kişi kurumdan ayrılana kadar eksiksiz ve kusursuz olmalıdır. Bu hizmetin herhangi bir basamağında yaşanabilecek bir aksama tüm hizmet sürecini etkileyebilir.

Pratikte en çok karşılaşılan sorunlardan biri tıbbi cihazların çalışmaması ya da kalibrasyon yapılmaması nedeniyle hatalı sonuç vermesidir. Bu durumda cihazda tespit edilen hatanın ilgili makama yazılı olarak bildirilmiş olması ve gerekli önlemin alınmış olması ortaya çıkabilecek bir kusurda uygulayıcının sorumluluğunu ortadan kaldırır. Komplikasyon kavramında olduğu gibi sağlık personeli bir cihazın hatalı sonuç verdiğini fark etmese bile elde edilen verilerin ya da cihazın kullanılması ile ortaya çıkan sonuçların hastanın kliniği ve diğer veriler ile uyumsuz olması durumunda bunu tespit edebilmelidir. Diğer bir deyişle ortaya çıkan kusuru tanıyabilmeli ve müdahale edebilmelidir.

Ameliyat sırasında hastanın vücudunda unutulmuş yabancı cisimler sıklıkla dava konusu olmaktadır. Bu durum genellikle sağlık personelinin kusurlu bulunması ile sonuçlanır (68). Ameliyat sonrası malzeme sayımı ameliyat hemşirelerine tanımlanmış bir görev olsa da ameliyatı gerçekleştiren cerrahla birlikte, bu sayımda ortak sorumluluk sahibi oldukları söylenebilir.

Hekim ile hasta arasındaki varsayılan sözleşmeden dolayı hekimin kayıt tutma yükümlülüğü vardır. Tıbbi uygulama iddiası hakkında değerlendirme yapılırken mahkeme tarafından dikkate alınan belgeler sağlık mesleği mensupları tarafından oluşturulan ve saklanan belgelerdir. Hekim sorumluluğu başlığında bahsedildiği gibi hasta ile ilgili tıbbi bilgilerin kağıt ya da elektronik ortamda kaydedilmesi ve bu kayıtların da ayrıntılı ve düzenli olması gerekmektedir. Bu konuda sorumluluk sağlık hizmeti sunan kurum ya da kuruluşa aittir (15).

### **Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Güncel Durum**

Ülkemizde her geçen gün verilen tıbbi hizmet sayısı artmaktadır (66). Bu da daha çok sağlık hizmetinin daha çok risk ortaya çıkarması şeklinde sonuçlar doğurmaktadır. Buna paralel tıbbi malpraktis iddiası sayısı da gün geçtikçe artmaktadır (69).

Dava sayısında meydana gelen artışın birden fazla sebebi olduğu kesindir. Verilen sağlık hizmeti sayısının artması, gelişen tıbbi teknolojiye bağlı yeni komplikasyonlar ortaya çıkması, hak aramanın kolaylaşması, astronomik tazminat taleplerinin konuya ilgi duyan hasta-hasta yakını ve hukukçu sayısını artırması başlıca nedenler arasında sayılabilir (4).

Sonuç olarak; tıbbi malpraktis iddiası ile açılan dava sayısı ve toplumda oluşan güvensizlik algısı artmakta ve bu durum sağlık personeli arasında huzursuzluklara neden olmaktadır (46,70). Yapılan çalışmalarda en çok dava açılan hekimlerin genel cerrahi uzmanları, kadın doğum uzmanları, anesteziyoloji uzmanları, ortopedi uzmanları, çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri, kulak burun boğaz uzmanları ve acil hekimleri olduğu görülmektedir (17). Bu veri diğer ülkelerdekilerle paralellik göstermektedir (71).

Hekim sorumluluğu başlığı altında da anlatıldığı üzere tıbbi uygulama hatası yaptığına karar verilen sağlık personeli ceza davaları, tazminat davaları ve idari cezalarla karşı karşıya kalmakta ve hayatı boyunca kazanamayacağı miktarlarda tazminatlara mahkum edilmesi söz konusu olabilmektedir. Ceza davaları, tazminat davaları ve idari cezalarla karşı karşıya kalan sağlık meslek mensupları, defansif tıbbi uygulamalara yönelmekte ve bu durum sağlık sistemi ve sorunlarını içinden çıkılmaz bir hale getirmektedir (72).

### **Bilirkişilik**

Hukuki bir olay ya da durum ortaya çıktığında olayı ya da durumu soruşturacak veya yargılayacak olan hukuki makamın her konuda bilgi sahibi olması mümkün değildir. Bu nedenle alanında yetkin kişilere sorulan sorular üzerinden uyuşmazlığın çözümü için yardım alınabilir. İşte bu çözümlenmesi özel veya bilimsel bilgiye dayanan konularda oyuna veya düşüncesine başvurulmuş kişi ya da kuruma bilirkişi denir (73).

### **“Bilirkişilik Kanunu”**

24.11.2016 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunu bilirkişilerin nitelikleri, eğitimi, seçimi ve denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi ile bilirkişilik için etkin ve verimli bir kurumsal yapı oluşturulmasını amaçlar (74). İlgili kanunun 4. maddesinde “*Bilirkişi, kendisine tevdi olunan görevi bizzat yerine getirmekle yükümlü olup, görevinin icrasını kısmen yahut tamamen başka bir kimseye devredemez*” hükmü yer almaktadır. Buna göre mahkeme ya da savcılıklar tarafından bilirkişi atanan kişi ya da kurumlar, bilirkişilikten çekilme gerektirecek hali bulunması dışında görevi kabul etmekle yükümlüdür. Aynı kanunun 6.maddesine göre bilirkişilik ile ilgili işlerin

yürütülmesi Adalet Bakanlığı Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Bilirkişilik Daire Başkanlığı sorumluluğundadır (74).

Bilirkişi olmak için bölge bilirkişi kurullarının uygun gördüğü eğitimi almak ve sicile kayıt yaptırmak gereklidir. Eğer bilirkişilik gerektirecek bir konuda bölge bilirkişi kuruluna kayıtlı uygun bir kişi ya da kurum bulunmuyorsa savcılık ya da mahkeme tarafından resen görevlendirme yapılabilir (74).

#### **Tıbbi bilirkişilik:**

Sağlık personelinin ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası gündeme geldiğinde Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Şurası kurulları, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu kurulları, üniversitelerde görev yapan kurullar ya da alanında yetkin kişiler ile diğer kamu hastanelerindeki alanında uzman kişilerin bilirkişiliğine başvurulmaktadır. 2010 yılından önce Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 75. maddesi gereği Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alınması zorunluydu. Anayasa Mahkemesi, kanunun uygulanmasıyla ortaya çıkan sakıncalar nedeniyle 2010 yılında aldığı karar ile bu maddeyi iptal etmiştir (75).

#### **Taraf bilirkişiliği (uzman görüşü, uzman mütalaası):**

Uzman mütalaası ise Ceza Muhakemesi Kanunu 67/6, 68/3, 178 ve 179. maddelerine dayanarak davalı ya da davacının haklılığını ispat amacıyla alanında bilirkişilik yapmaya yetkin olduğunu düşündüğü kişi ya da kurumlardan aldığı iddiasını destekler nitelikte bilgi ve belgeyi delil olarak kullanabilmesidir (76).

Bilirkişi olmak isteyen kişiler çeşitli kurumlar tarafından bilirkişilik eğitimlerine katıldıktan sonra bilirkişi bölge kurullarına başvuruda bulunarak uygun görülmeleri halinde bölge bilirkişi listelerinde yer alabilirler. Bilirkişi olarak görevlendirilen kişilerin bilirkişilikten çekilmelerini gerektirecek haller olabilir. Örneğin bir yakının davasında görev verilen bilirkişi bu görevden çekilmelidir. Çünkü bilirkişiliğin ön koşulu tarafsızlık ilkesine uygun hareket edilmesi gerekliliğidir (76). Ancak uzman mütalaası hususunda böyle bir durum yoktur. Çünkü uzman mütalaası bir nevi “taraf bilirkişisi” olarak görev yapmaktadır.

Gerek bilirkişi gerekse taraf bilirkişisinin rapor düzenleyebilmek için sahip oldukları haklar yanında sorumlulukları da mevcuttur. Gerçeğe aykırı ya da usulsüz rapor düzenlenmesi gibi durumlar ceza yaptırımları dahilindedir.



Bilinmesi gereken diğer bir husus da bilirkişi raporu ya da uzman mütalaasının yargı mercii nazarında bağlayıcı nitelikte olmadığıdır. Çünkü Hakimler ve Savcılar Kanunu'na göre “Hakimler, görevlerinde bağımsızdırlar; Anayasaya, kanuna ve hukuka uygun olarak vicdani kanaatlerine göre hüküm verirler” (77). Yani bir hakim ya da savcı verilen raporun usulü ve içeriğinden şüpheliyse gerekçesini belirtmek üzere rapora itibar etmeyebilir. Raporu tamamen ya da kısmen yok sayabilir, raporda düzeltme talep edebilir ya başka bir kişi/kurumdan rapor talep edebilir.

### **Tıbbi Uygulama Hatalarını Azaltmanın Yolları**

Hata kavramı insan faktörünün olduğu her yerde her zaman gündemde olacaktır. Ancak önlenabilir hataları en aza indirmek için hem kişisel faktörlerde hem de sistemsel ve donanımsal faktörler üzerinde iyileştirme ve geliştirme çabası içinde olmak gereklidir. Özellikle sağlık sektörü gibi hata kavramının boyut değıştirdiğı bir sektörde hataları en aza indirmek için mesleki yeterlilik kavramının sıkı denetimi, çalışma süreleri ve iş yükünün makul düzeye çekilmesi, hizmet içi eğitimlerle çalışanların etik ve deontolojik ilkelerle, görev yetki ve sorumluluklarının bilincinde hareket etmesi şarttır. Özellikle iş yükü ve uzun çalışma saatlerinin tıbbi hata yapma üzerinde etkisi olduğuna dair çalışmalar göz önüne alındığında önceliğin bu alana verilerek sağlık personelinin hem hata yapmasının hem de tükenmişlik ile karşı karşıya kalmasının önlenmesi sağlanmalıdır (78).

### **DEFANSİF (ÇEKİNİK, SAVUNMACI) TIP**

ABD Teknoloji Değerlendirme biriminin 1993 yılında yaptığı tanımlamada defansif (çekinik, savunmacı) tıp; “hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması, malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamalardan kaçınması” olarak tanımlanmıştır (79). Bu kavram ilk olarak 1970’li yıllarda çok sayıda tıbbi malpraktis davasının açılmaya başladığı ABD’de gündeme gelmiştir (80). Kısaca defansif tıp önceliğın yasal yükümlülükler olduğu, optimal tıbbi hizmet anlayışından hekimin “önce zarar görme” anlayışına yöneldiğı tutumdur (81).

Amerikan tıbbi olarak nitelendirilen tıbbi anlayışın dünyaya hakim olması ile birlikte, paternalist tıp uygulamaları yerini hasta-hekim işbirliği ile hastanın aydınlatılarak ve rızasının

alınarak, her iki tarafın da sorumluluklarının bulunduğu ve denetlenebilir tıbbi hizmet anlayışına bırakmıştır (4).

Defansif tıbbi uygulamaları barındıran defansif tıp davranışını, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp olarak ikiye ayırmak mümkündür.

### **Pozitif Defansif Tıp**

Pozitif defansif tıp, “tıbbi malpraktis iddialarından kaçınmak amacıyla -fazladan-yapılan her şey” olarak nitelendirilebilir. Bunlar genellikle;

- Hastanın şikayetleriyle ilgisi olmayan ve ön tanıyla uyumsuz tetkik yapılması,
- Tıbbi literatüre göre basitten karmaşığa ve ucuzdan pahalıya doğru giden tanı algoritması yerine ilk olarak karmaşık ve pahalı yöntemlere başvurulması,
- Hasta ve hastalık ile ilgili olumlu ya da olumsuz her şeyi gerekli olup olmamasına bakmaksızın dökümanete etmek,
- Tıbbi zorunluluk olmadığı halde, sorun yaratacağı endişesiyle hasta yatırma davranışı,
- Aydınlatılmış onam hususunda hastaya gereğinden fazla bilgi aktarımı ve muhtemel olumsuz durumlar hakkında detaylı bilgi vererek hastada endişe yaratılması,
- Vizitlere gereğinden fazla zaman ayırma,
- Gereksiz ve etki gücü yüksek ilaç reçete etme,
- Gerekmediği halde konsültasyon isteme,
- Gereğinden fazla kontrol muayenesi yapılması olarak görülebilir (4, 58, 72, 80).

### **Negatif Defansif Tıp**

Negatif defansif tıp, yasal yaptırımlardan kaçınmak amacıyla kabulü mümkün hastanın kabul edilmemesi, yapılması mümkün ancak riskli uygulamaların yapılmaması, kompleks medikal problemi olan hastalardan kaçınma davranışdır.

- Negatif defansif tıbbi uygulamalar olarak en sık;
- Dava etme olasılığı yüksek hastaları kabul etmeme,
  - Kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma,
  - Riskli hastaların başka sağlık kurumlarına yönlendirilmesi,
  - Komplikasyon oranı yüksek tanı ve tedavi uygulamalarından kaçınma şeklinde görülmektedir (4, 58, 72, 80).

## **Defansif Tıp Davranışının Yaygınlığı**

Yapılan çalışmalar defansif tıp tutumunun global olarak yaygın olduğu zaman geçtikçe yaygınlaştığını göstermektedir (72,82).

Tüm dünyada yaygın olsa da defansif tıp davranışının tanımı, yaygınlığı, gerekliliği gibi konular ülkeler ve hekimler arasında farklılıklar gösterebilir. Örneğin tıbbi malpraktis dava sayılarının az olduğu, hekimlerin hareket serbestliğinin daha fazla olduğu ülkelerde defansif tıp uygulamaları daha az görülebilirken, hukuki normların sıkı, hastalarının bilinçli ve hatta önyargılı olabildiği ve dava açma kültürünün gelişmiş olduğu ülkelerde defansif tıp uygulamaları bir zorunluluk haline gelebilir.

Tıbbi branşlar en az riskliden en riskli olanlara göre sıralandığında, her risk basamağındaki branş hekimlerin davranışlarının da bir olması beklenemez. Yapılan çalışmalarda genel cerrahi, acil tıp, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, beyin cerrahisi, gastroenteroloji ve radyoloji gibi branşlarda defansif tıbbi davranış ve uygulamalarının yaygın olduğu gösterilmiştir (80, 83).

### **Defansif tıp uygulamalarının dünyada yaygınlığı:**

Defansif tıp uygulamaları sıklığı ve hekimlerin defansif tıp ile ilgili tutumlarını inceleyen çok sayıda araştırma yapılmış olup genel kanı bu tutumun yüksek oranda görüldüğüdür (80). ABD’de %93, İngiltere’de %98, İtalya’da %78, Japonya’da %98, İran’da %99 oranında DT uygulaması ile karşılaşılan yayımlar mevcuttur (4).

2019 yılında ABD’de 3 klinikte yapılan bir çalışmada iç hastalıkları asistanları arasında defansif tıp uygulamaları %40 ile %93 arasında geniş bir yaygınlıkta bulunmuş, hekimlerin pozitif defansif tıp yaklaşımlarının, negatif defansif tıp yaklaşımından daha yüksek oranda olduğu gözlenmiştir (84).

İsrail’de 2012 yılında iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, genel cerrahi, aile hekimliği, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, kardiyo­loji ve beyin cerrahisi branşlarından 889 hekim ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hekimlerin %60’ının defansif tıp uygulamaları yaptığını ifade ettiği, hekimlerin %40’ının ise hastaları dava etme ihtimali yüksek kişiler olarak gördüğü saptanmıştır (85).

Brezilya’da 2017 yılında acil servislerde görev yapan 1449 hekim arasında yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların %91,3’ü mesleğini icra ederken yasal baskı altında olduğunu, %89,8’i gereksiz test yaptığını, %63 hastaların hastanede kalış süresini kasıtlı olarak uzattığını belirtmiştir (86).

2017 yılında İran'da yapılan bir çalışmada, pozitif ve negatif DT davranışlarının yaygınlığının sırasıyla %100 ve %80 bulunduğu, gereksiz biyopsi, görüntüleme ve laboratuvar testleri istemek en yaygın pozitif DT yaklaşımı iken, yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçınmak ve belirli bir sosyal statüye sahip hastaları kabul etmeyi reddetmek en yaygın negatif DT davranışları olduğu, hekimlerin kendilerini desteksiz hissetmesi ve şikayet korkusunun DT için en güçlü neden olduğu tespit edilmiştir (87).

İngiltere'de aile hekimleri arasında yapılan bir çalışma hekimlerin %90'ının tıbbi kayıtları oluştururken normalden daha fazla zaman harcadığını, %86'sının sağlanacak tedavi planını açıklarken çok daha fazla detaylı bilgi verdiği, %40'ının gerekenden çok daha fazla görüntüleme incelemesi istediği belirtilmiştir (88).

### **Defansif tıp uygulamalarının ülkemizde yaygınlığı:**

Dünyada artan tıbbi malpraktis dava sayısı ve DT tutumuna paralel ülkemizde de tıbbi malpraktis dava sayısı ve DT tutumunda artış görülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda; hekimlerin defansif tıp uygulamaları sıklığı %78-86 arasında bulunmuştur (4).

İzmir'de 2013 yılında yapılan bir çalışmada; hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı ve hekimlerin %21'inin çok yüksek, %49,3'ünün yüksek, %23,5'inin orta derecede, %6,2'sinin zayıf derecede defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır (89).

2014 yılında Marmara Bölgesi'nde görev yapan beyin cerrahlarına yönelik bir çalışmada; çalışmaya katılanların yüzde yetmiş ikisi defansif tıp uyguladığını bildirdiği, katılımcıların, yüksek riskli cerrahiden (%62,6) kaçınarak, ek görüntüleme çalışmaları (%60,9) ve laboratuvar testleri (%33,7) ve hastalara konsültasyon isteyerek (%31,2) defansif tıp uyguladıkları, katılımcıların çoğunun, her hastayı tıbbi bir dava açısından potansiyel bir tehdit olarak gördüğü (%68,3) ve mahkemelerin tıbbi malpraktis ile komplikasyonları ayırt edebileceğine (%89,6) inanmadıkları saptanmıştır (90).

2018 yılında İzmir'de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada; çalışmaya katılanların %50'sinin görüntüleme tekniklerini daha sık kullandığı, %47'sinin gelişebilecek olası komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istediği, %33'ünün girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri seçtiği gözlenmiştir (80).

2019 yılında Atatürk Üniversitesi'nde 190 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; pozitif ve negatif DT davranışı gösteren hekimlerin oranı %94,2 bulunmuş, DT davranışının sebepleri arasında akademik unvan, uzmanlık sahibi olmak ve daha önce tıbbi malpraktis ile

ilgili yargı süreci yaşamış olmak DT davranışında bulunmayı etkileyen faktörler olarak bulunmuştur (91).

2018 yılında Muğla merkezli yapılan bir çalışmada; kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tamamının diğer branşlara kıyasla, kendi branşlarını daha riskli gördüğü, % 88'inin sezaryen sayılarındaki artış ile tıbbi malpraktis riski arasında ilişki olduğunu düşündüğü ve DT davranışının yüksek oranda tespit edildiği saptanmıştır (92).

2018 yılında Diyarbakır'da 200 asistan hekim arasında yapılan bir çalışmada; pozitif ve negatif DT uygulama sıklığının sırasıyla %98 ve %92 olduğu, defansif tıp puanları cerrahi bilimlerde çalışanlarda, ayda sekiz ve üzeri nöbet tutanlarda ve hakkında tıbbi malpraktis davası açılanlarda anlamlı derecede yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (93).

Ülkemizde sayılabilecek birçok nedenlerin başında, yıllar içerisinde hekime yönelik açılan tıbbi malpraktis davalarındaki artış söylenebilir. Dolayısı ile defansif tıba eğilimlerin ana motivasyonu yargılanma korkusu, yazılı, görsel ve sosyal medya gibi yayın organlarının etkisi, 2005 yılında sağlık hizmet sunucularından ve hekimlerden beklenen; sağlıkta dönüşümün yarattığı performans sistemi dayatmaları, bilgi kirliliği veyahut direk doğru bilginin alınabildiği kaynaklarının fazlalığı, dönüşümlü çalışılan bölümlerde meslektaş devredilen işlerin kusursuz olması dürtüsü ile gereksiz yapılan işlemler (açık verme korkusu), konsültan hekimlerden beklentilerin karşılanamaması sayılabilir (83,94).

Türkiye'de 24.11.2016 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 6754 Sayılı Bilirkişilik Kanunu'na uyum sürecinde, bilirkişilik başvuru sonrası yeni düzenlemelere uyum aşamasında; hali hazırda cevaplandırılmayan sorular ve çözülemeyen sorunların olması, zorunlu mesleki sorumluluk sigortası poliçelerinin olayın nedenine yönelikten ziyade kusura dayalı tazmin yolu ile hekimden alınması Türkiye'ye özgü sorunlar olarak sayılabilir (74, 95).

### **Defansif Tıp Davranışının Yol Açtığı Sorunlar**

Defansif Tıp davranışı ekonomik sorunlar ve hasta sağlığı, toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (80).

### **Defansif tıbbın tıbbi malpraktise dönüşmesi:**

Hastalıkların tanı ve tedavisi için kullanılan hemen her yöntemin belirli riskleri mevcuttur. Bu da fazladan kullanılan her yöntemin hasta için yeni riskler oluşturması olarak karşımıza çıkabilir. Örneğin travma hastalarında pozitif DT davranışı olarak vücudun hemen her bölgesine yönelik görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ile alınan radyasyonun neden

olduğu sorunlar, yine fazlaca ve endikasyon dışı yazılan ilaçların yan etkileri, kadın hastalıkları ve doğum branşında genetik tanı için kullanılan amniyosentez işlemine bağlı gebelik kayıpları gibi durumlar tıbbi malpraktisten kaçınmak için sebep olunabilen tıbbi malpraktislere örnek verilebilir (72).

### **Hasta ve toplum sağlığı üzerindeki etkileri:**

Acil dahi olsakompleks medikal probleme sahip hastaların tedavisinden kaçınılarak sevk edilmesi, gereğinden fazla ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkan sekonder zararlar, görüntüleme tetkiklerine özgü radyasyon ve buna bağlı malignite gibi komplikasyonlar, sağlık sistemi içerisinde hastanın kendisine uygun ortamı bulmak için harcadığı zaman ve enerjinin yılgınlığa yol açması, gereksiz ameliyatlara bağlı ortaya çıkan komplikasyon ya da tıbbi malpraktisler hasta sağlığı için risk oluşturan potansiyel DT tutumu sonuçlarıdır.

ABD’de yapılan dikkat çekici bir araştırmada; 2000-2014 yılları arasında hekimlerin tıbbi malpraktise karşı sigortalanmak için ödediği ücretlerde %60 oranında artış tespit edilmiştir (96). Bunun dolaylı etkisi ise yükselen doğum ücretleri nedeniyle, bu ücretleri karşılayamayan kişilerin evde doğuma yönelmesidir. Bu durum tıbbi malpraktis ve defansif tıp uygulamalarının hasta sağlığına dolaylı zararlarındanır.

### **Ekonomik etkiler:**

Sağlık gibi vazgeçilmez bir alanda hasta sayısının, müdahale sayısının artması, teknolojik yeniliklerin öncekilere kıyasla pahalı olması, DT nedeniyle gelişen tıbbi sorunların giderilmesi için yapılan harcamalar hem kişiler hem de ülkeler için maddi kayıp oluşturmaktadır.

İtalya’da yapılan bir çalışmada; DT nedeniyle yapılan sağlık harcamasının tüm sağlık harcamaları arasında yüzde 10’luk dilime sahip olduğu ortaya konmuştur (97).

ABD’de 3 sağlık kurumunda yapılan bir çalışmada; tetkik istemlerinin %28’i ve sağlık giderlerinin %13’ü defansif tutumla kısmen, %2,9’u ise tamamen uyumlu bulunmuştur (98).

### **Sağlıkta şiddete etkisi:**

Hastalar için başvurduğu sağlık merkezinde tam bir tıbbi hizmet almak öncelikli iken hekimler için tıbbi malpraktis riski gözetilerek defansif tutum sergilenebilir. Bu da sağlıkta şiddetin sık nedenlerinden biridir (72).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmamız; Tekirdağ İl Merkezi'nde çalışan hekimlerin hekim sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve defansif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarını ortaya koyabilmek amacıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler kullanılarak yapılan, kesitsel-analitik bir çalışmadır.

Araştırma evreni Tekirdağ İl Merkezi'nde kamu ve özel sektördeki tüm 1., 2. ve 3. basamak hastanelerde ve sağlık kurumlarında, aktif olarak görev yapan tüm hekimlerdir. Araştırmanın planlama aşamasında; örneklem büyüklüğü yaklaşık 650 hekim arasından *hasta bakmakta olan 550 hekim* olarak hesaplanmış olup,  $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]$  formülü ile yapılan güç analizinde %95 güven aralığında, %5 hata payıyla en az 211 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Biz de çalışmamızda 216 kişiye ulaştık. (Formülde N=550 (hasta gören hekim sayısı), DEFF: 1, p=0,668, q=0,332, d=0,5 şeklinde alınmıştır).

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni (27.05.2021 onay tarihli, araştırma protokol no: 2021.151.05.24) (Ek-1), Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü izni (Ek-2), Özel Star Medica Hastanesi izni (Ek-3) ve Özel Yaşam Hastanesi izni (Ek-4) alındıktan sonra çalışma başlatılmış; 01.07.2021-01.09.2021 tarihleri arasında, büyük bir kısmı COVID-19 Pandemi sürecinde internetten çevrimiçi olmak üzere bir kısmı da yüz yüze anket formları şeklinde, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları ise (Ek-5), çevrimiçi anketlerde (çalışmaya rızası ile katıldığına dair seçeneği işaretleyerek forma devam etme şeklinde) ya da yüz yüze doldurularak, araştırmaya katılanlara yöneltilen Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum

Ölçeği (Ek-6), Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (Ek-7) ve Malpraktis Bilgi Düzeyi Ölçeği (Ek-8) birlikte kullanılarak çalışma tamamlanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum Ölçeğinde; kişilerin yaş, cinsiyet, hekimlik yaptığı süre, hangi kurumda çalıştığı, görev ünvanı, haftalık çalışma süresi ile birlikte tıbbi malpraktis davalarında artış olduğuna inanıp inanmadıkları, aleyhlerine dava açılıp açılmadığı, tıbbi malpraktisten korunma amacıyla; gereğinden fazla tetkik isteyip istemedikleri, gereğinden fazla ilaç yazıp yazmadıkları, dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınıp kaçınmadıkları, gereğinden fazla konsültasyon isteyip istemedikleri, endikasyonsuz hasta yatırıp yatırmadıkları, kompleks medikal problemleri olan hatalardan kaçınıp kaçınmadıkları, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıklayıp açıklamadıkları, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınıp kaçınmadıkları, hasta kayıtlarını daha detaylı tutup tutmadıkları, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verip vermedikleri, riskli hastaları sevk edip etmedikleri, Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırap yaptırmadıkları, tıbbi malpraktis davasıyla karşı karşıya kalma ihtimallerinin ne olduğu, Hasta Hakları Yönetmeliğini okuyup okumadıkları, komplikasyon-tıbbi malpraktis ayrımının net olarak yapılıp yapılmadığı hususundaki fikirlerinin ne olduğu, bilirkişi raporlarının mesleki gerçeklerle uyuyup uyuşmadığı hususunda fikirlerinin ne olduğu, Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırmaları ile mesleklerinin daha rahat yapmalarını sağlayıp sağlamayacağı, tıbbi hata yapmaktan korkup korkmadıkları ve bugüne kadar tıbbi malpraktisle ilgili edindikleri bilgilerin kaynakları sorulmuştur.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği; Güleç tarafından 2012 yılında geliştirilmiş geçerli ve güvenli bir ölçektir (99). Ölçeğin Güleç tarafından yapılan güvenilirlik çalışması sonucu cronbach alpha değeri 0,75 olarak tespit edilmiştir. Ölçek 16 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; tıbbi hata algısı (2 madde), tıbbi hataya yaklaşım (7 madde) ve tıbbi hata nedenleri (7 madde) şeklindedir. Ölçekteki maddelerin tümü; 1=hiç katılmıyorum, 2=katılıyorum, 3=kararsızım, 4=katılmıyorum ve 5=kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li Likert Ölçeği şeklinde hazırlanmıştır. Ölçekte bulunan 10. Ve 13. Maddeler ters olarak kodlanmıştır. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Buna göre elde edilen ortalamaların 3’ün altında olması hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu, 3 ve üzeri ortalamaların ise hekimlerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Ankete katılanların cevaplandırması istenen diğer bir ölçek olan Malpraktis Bilgi Düzeyi Ölçeği; 25 sorudan oluşan ve katılımcıların doğru, yanlış, fikrim yok şeklindeki cevap



şıklarını işaretleyebileceği bir bilgi düzeyi ölçeğidir (100). Ölçekte yer alan sorulardan 18 tanesinin cevabı doğru 7 tanesi ise yanlış kabul edilmiştir. Aydoğan ve ark. geliştirdiği ölçekte yer alan soruların 17 tanesinin doğru 8 tanesinin yanlış önerme içerdiğini kabul etse de, ölçeğin 8. sorusu tarafımızca doğru kabul edilmiş ve bulgular bu kabul üzerinden değerlendirilmiştir.

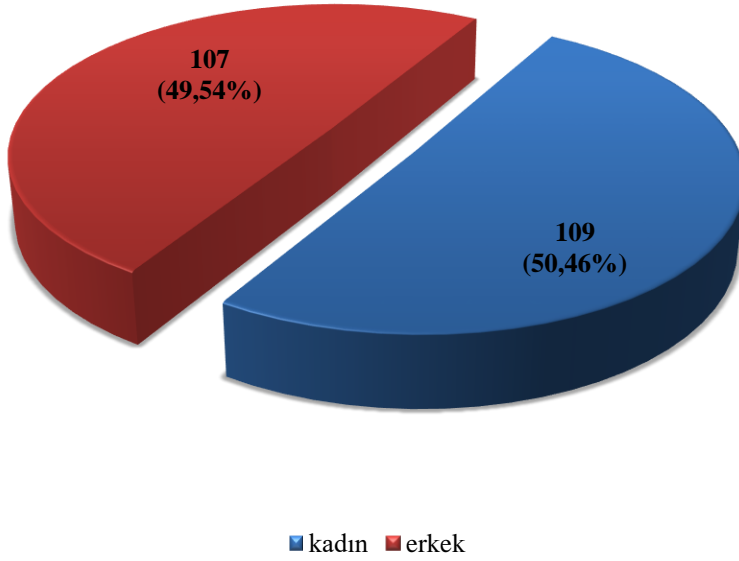
## **İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, yüzdelik (%) değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Malpraktis bilgi sorularından alınan puanlar K-Means kümeleme analizi ile 2 kümeye ayrıldıktan bu küme özellikleri referans alınarak elde edilen puanlar Roc Analizi ile değerlendirildi. Roc Analizi sonucunda 16 puan üstü alanlar malpraktis bilgi düzeyi yeterli olarak, 16 ve altı alanlar ise yetersiz olarak kabul edilmiştir.

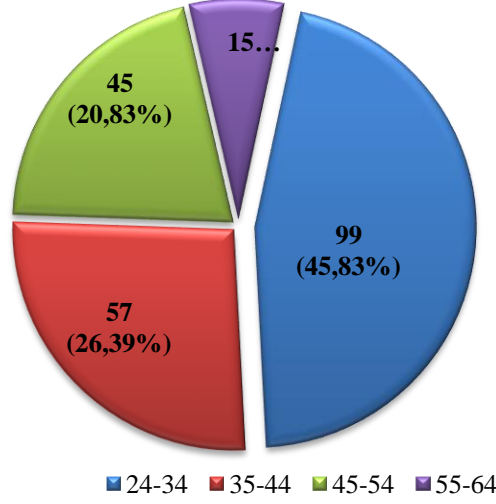
## BULGULAR

Çalışmaya 109'u (%50,5) kadın ve 107'si (%49,5) erkek olmak üzere toplam 216 hekim dahil edilmiştir (Şekil 1).



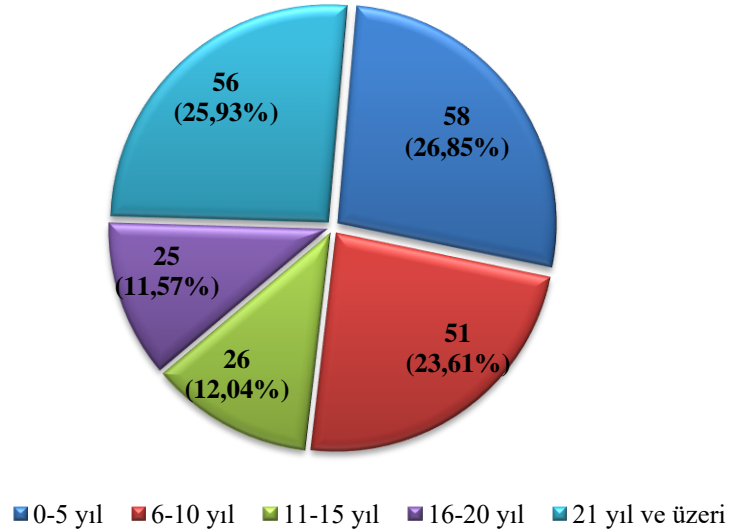
Şekil 1. Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetine göre dağılım.

Çalışmaya katılan hekimlerin 99'u (%45,83) 24-34 yaş, 57'si (%26,39) 35-44 yaş, 45'i (%20,83) 45-54 yaş ve 15'i (%6,94) ise 55-64 yaş gruplarındadır (Şekil 2).



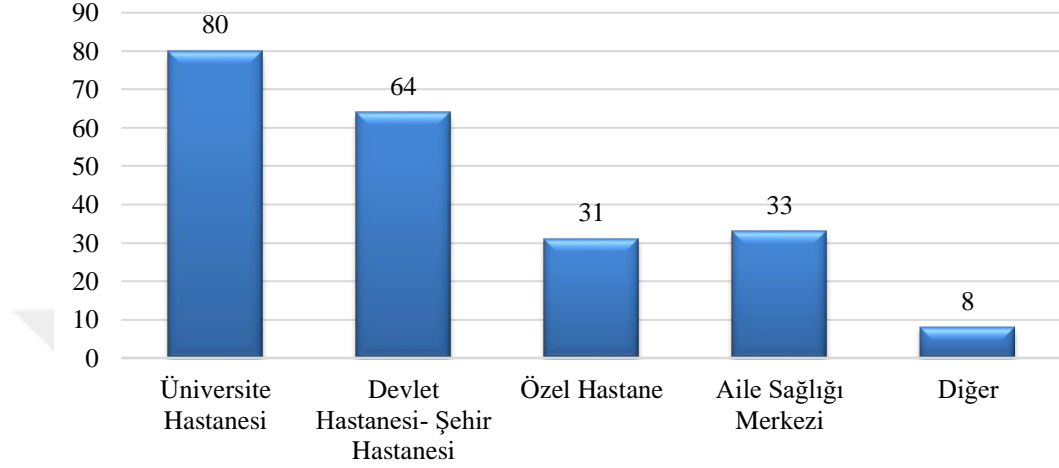
Şekil 2.Çalışmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımı.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 58'inin (%26,9) hekimlik yapma süresi 0-5 yıl, 51'inin (%23,6) 6-10 yıl, 26'sının (%12) 11-15 yıl, 25'inin (%11,6) 16-20 yıl ve 56'sının (%25,9) 21 yıl üzeridir (Şekil 3).



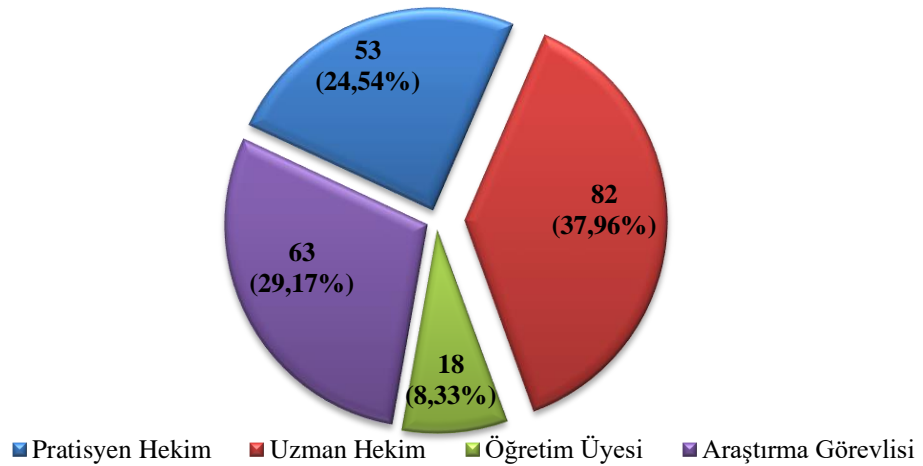
Şekil 3. Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte geçirdiği süreye göre dağılımı.

Hekimlerin 80'i (%37) üniversite hastanesinde, 64'ü (%29,6) devlet hastanesi-şehir hastanesinde, 31'i (%14,4) özel hastanede, 33'ü (%15,3) aile sağlığı merkezinde ve 8'i (%3,7) diğer sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır (Şekil 4).



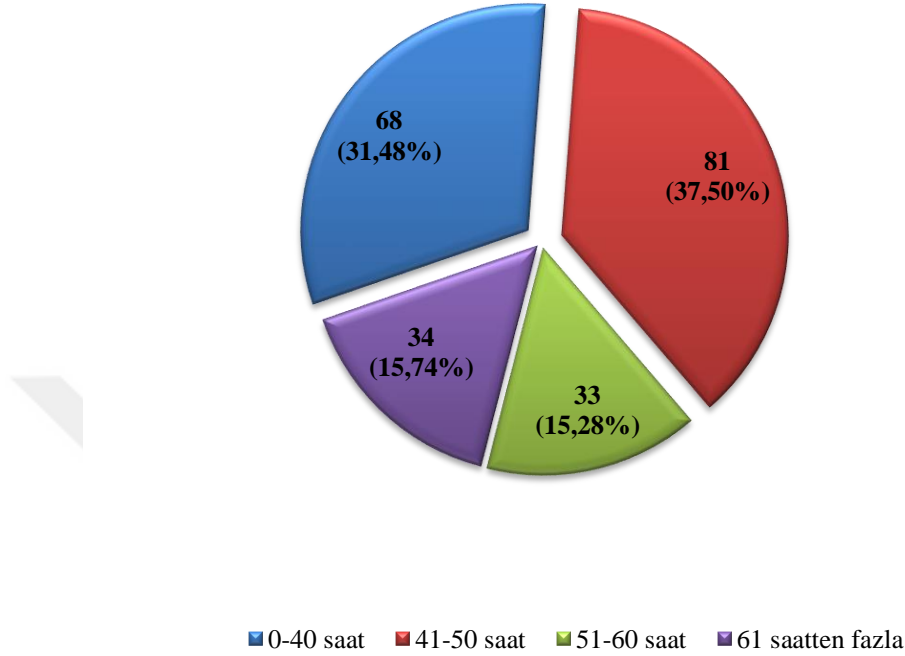
Şekil 4. Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştığı kuruma göre dağılımı.

Katılımcıların 53'ünün (%24,5) ünvanı pratisyen hekim, 82'sinin (%38) uzman hekim, 18'inin (%8,3) öğretim üyesi ve 63'ünün (%29,2) ise araştırma görevlisidir (Şekil 5).



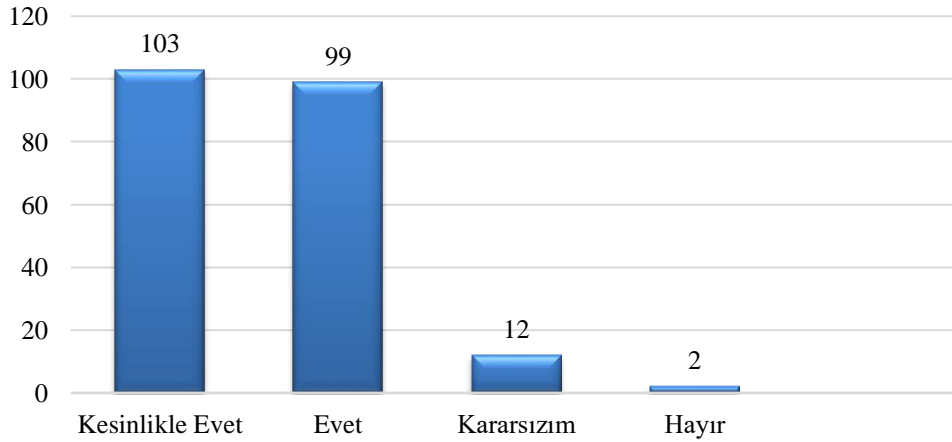
Şekil 5. Çalışmaya katılan hekimlerin ünvana göre dağılımı.

Hekimlerin 68'i (%29,2) haftalık 0-40 saat, 81'i (%37,5) 41-50 saat, 33'ü (%15,3) 51-60 saat ve 34'ü (%15,7) 61 saat üzeri çalışmaktadır (Şekil 6).



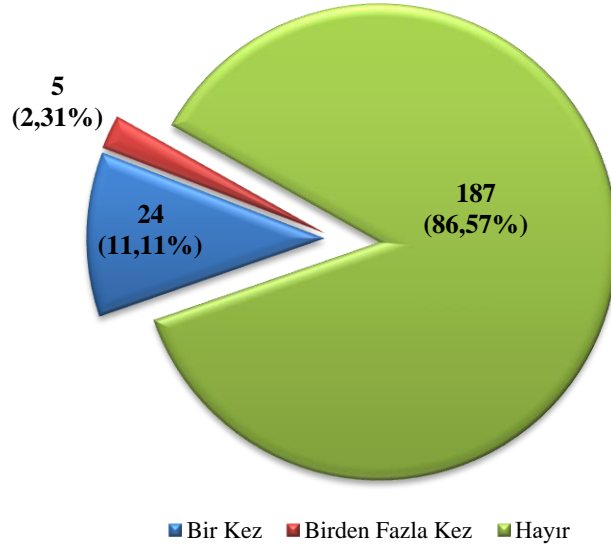
Şekil 6. Çalışmaya katılan hekimlerin haftalık çalışma süresine göre dağılımı.

Hekimlerin 103'ü (%47,7) kendilerine yöneltilen “Malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna “kesinlikle evet” şeklinde yanıt vermiş iken 99'u (%45,8) “evet” yanıtını vermiştir (Şekil 7).



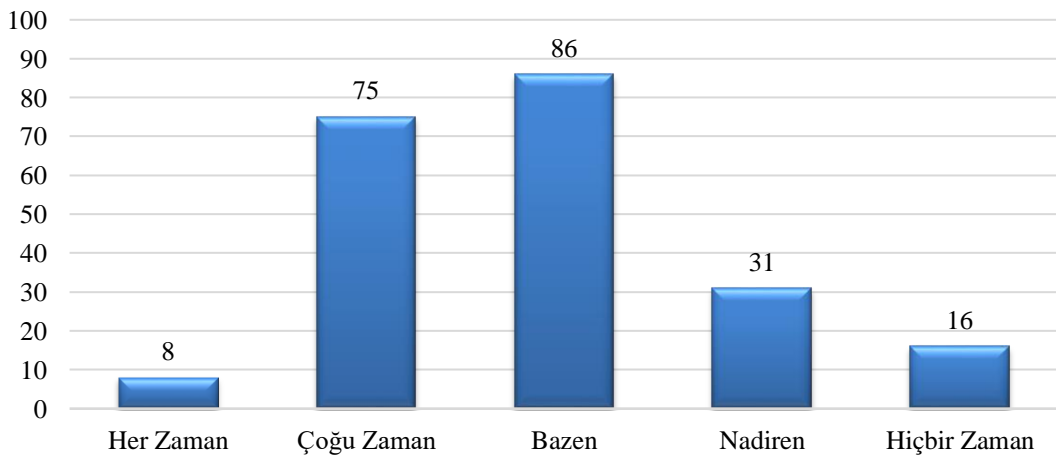
Şekil 7. Malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlara göre dağılımı.

Katılımcıların 187'sine (%86,6) malpraktis iddiasıyla dava açılmamışken, 24'üne (%11,1) bir defa ve 5'ine (%2,3) birden fazla dava açılmıştır (Şekil 8).



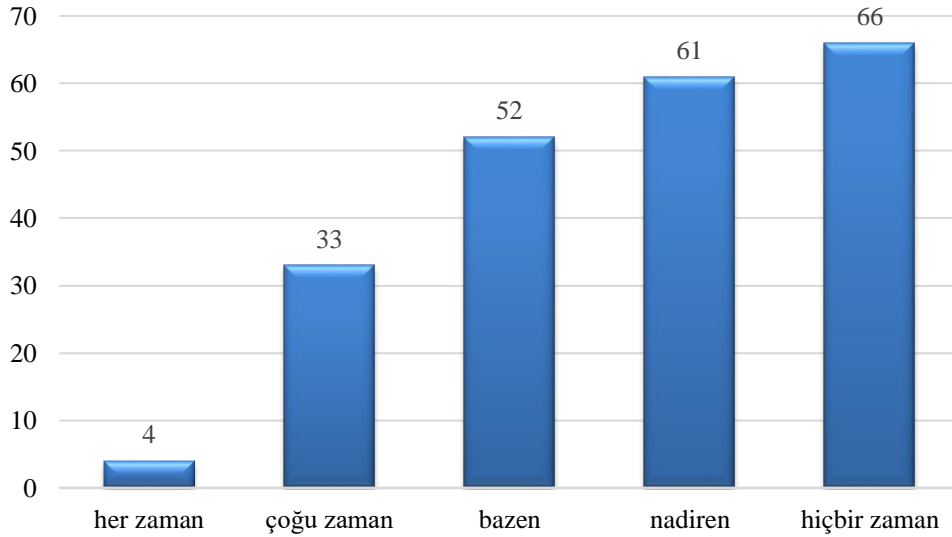
Şekil 8. Hekimlerin haklarında malpraktis davası açılma durumuna göre dağılım.

“Tıbbi malpraktisten kendinizi korumak için, gereğinden fazla tetkik istediğiniz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 8'i (%3,7) her zaman, 75'i (%34,7) çoğu zaman, 86'sı (%39) bazen, 16'sı (%14,4) nadiren yanıtını vermiştir(Şekil 9).



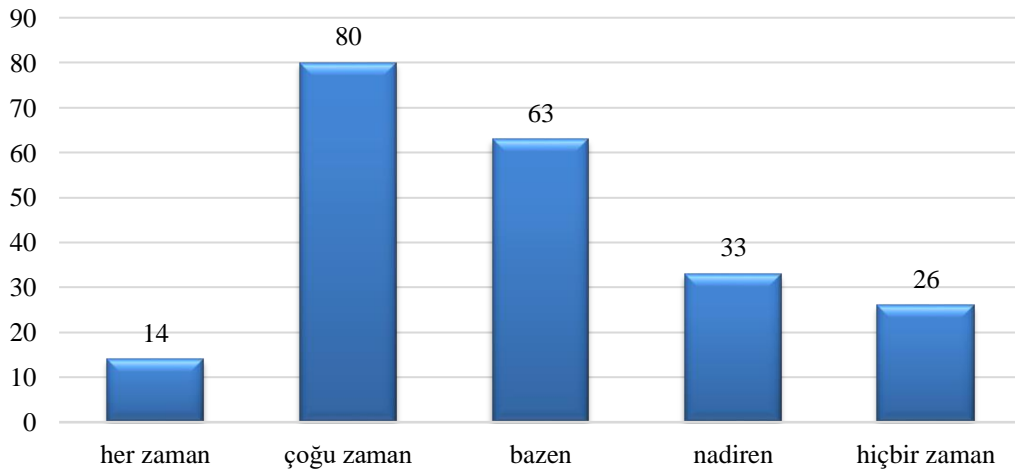
Şekil 9. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla gereğinden fazla tetkik isteme durumuna göre dağılım.

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 4’ü (%1,9) her zaman, 33’ü (%15,3) çoğu zaman, 52’si (%24,1) bazen, 61’i (%28,2)’si nadiren, 66’sı (%30,6) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 10).



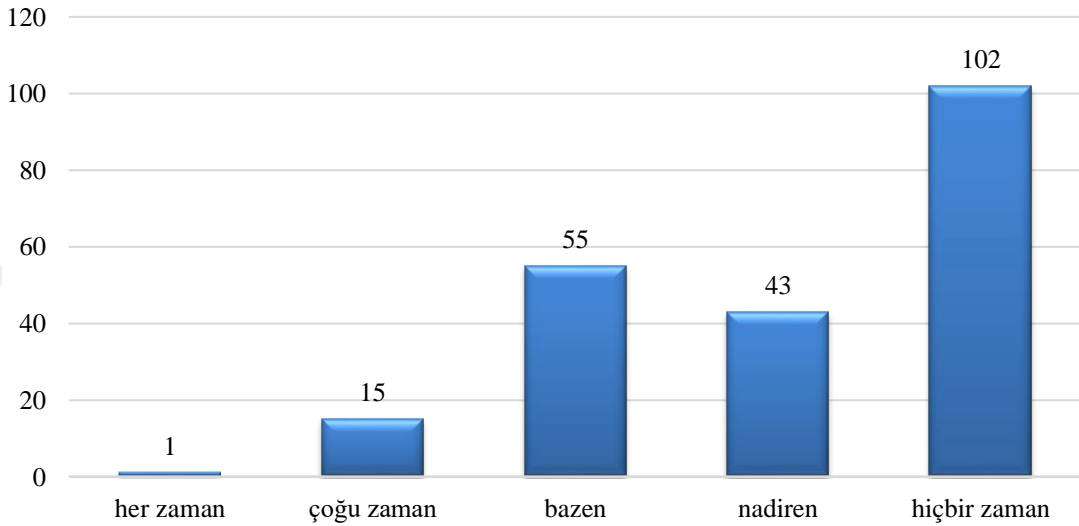
Şekil 10. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla gereğinden fazla ilaç yazma durumuna göre dağılım.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 14’ü (%6,5) her zaman, 80’i (%37) çoğu zaman, 63’ü (%29,2) bazen, 33’ü (%15,3) nadiren, 26’sı (%12) yanıtını vermiştir (Şekil 11).



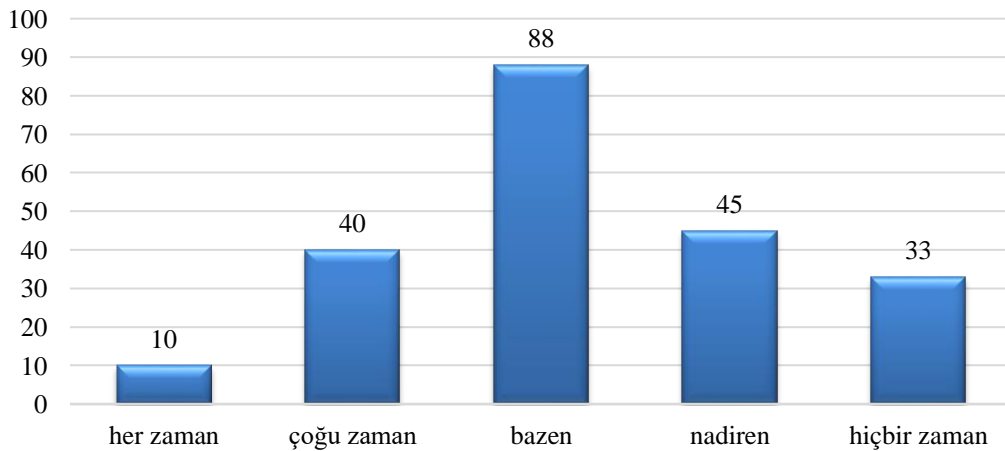
Şekil 11. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla gereğinden fazla konsültasyon isteme durumuna göre dağılım.

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 1’i (%0,5) her zaman, 15’i (%6,9) çoğu zaman, 55’i (25,5) bazen, 43’ü (%19,9) nadiren, 102’si (%47,2) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 12).



**Şekil 12. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla endikasyonsuz hasta yatırma durumuna göre dağılım.**

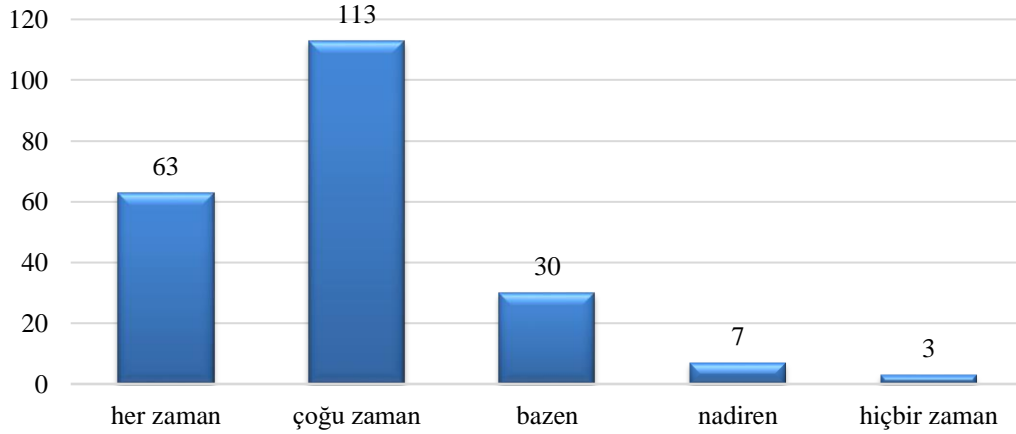
“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 10’u (%4,6) her zaman, 40’ı (%18,5) çoğu zaman, 88’i (%40,7) bazen, 45’i (%20,8) nadiren, 33’ü (%15,3) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 13).



**Şekil 13. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınma durumuna göre dağılım.**

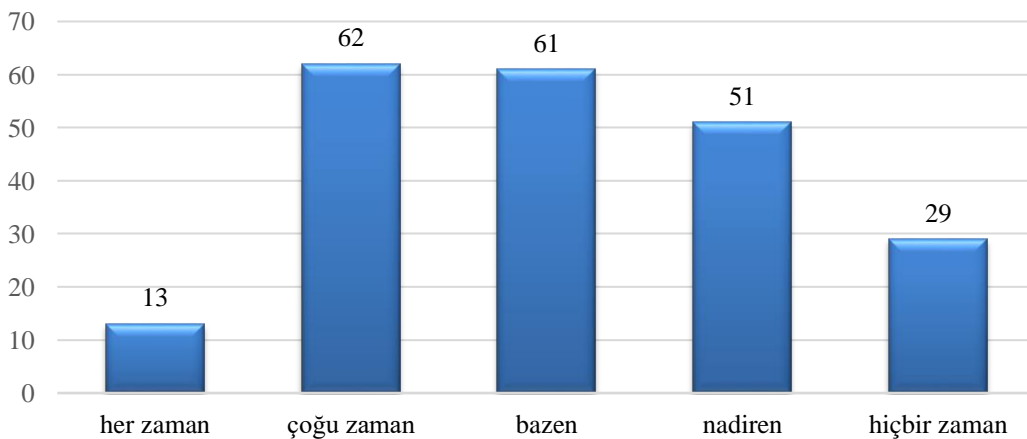


“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?” sorusuna, hekimlerin 63’ü (%29,2) her zaman, 113’ü (%52,8) çoğu zaman, 30’u (%13,9) bazen, 7’si (%3,2) nadiren, 3’ü (%1,4) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 14).



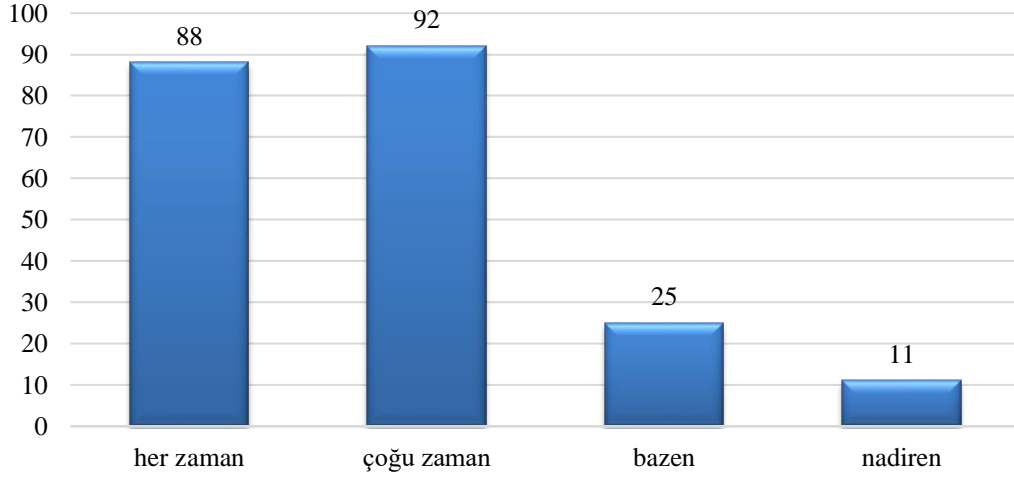
**Şekil 14. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla tıbbi uygulamaları daha detaylı açıklama durumuna göre dağılım.**

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 13’ü (%6) her zaman, 62’si (%28,7) çoğu zaman, 61’i (%28,2) bazen, 51’i (%23,6) nadiren, 29’u (%13,4) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 15).



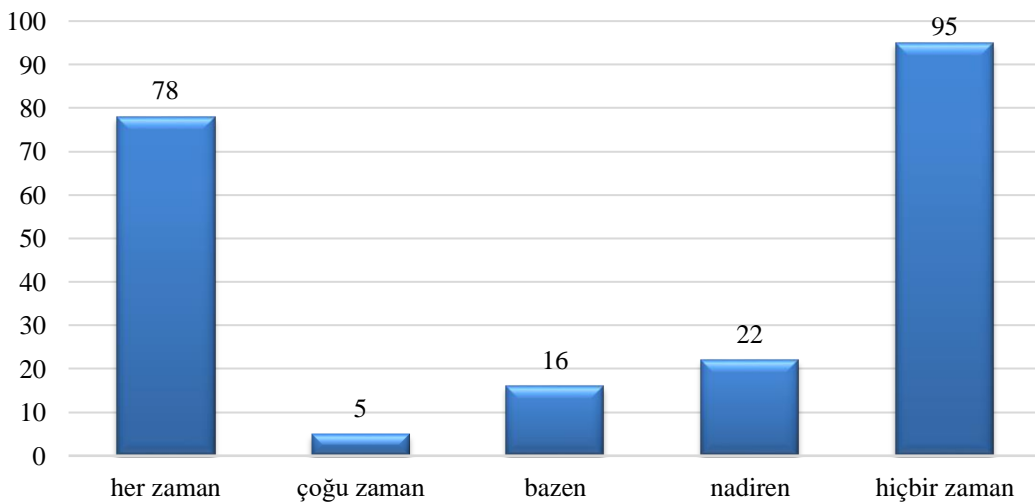
**Şekil 15. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçınma durumuna göre dağılım.**

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin 88’i (%40,7) her zaman, 92’si (%42,6) çoğu zaman, 21’i (%11,6) bazen, 11’i (%5,1) nadiren yanıtını vermiştir (Şekil 16).



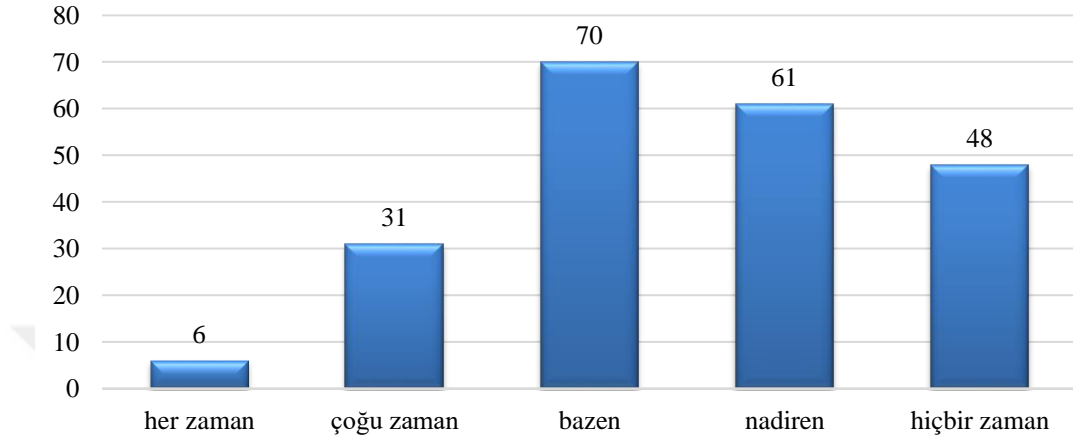
Şekil 16. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla kayıtları daha detaylı tutma durumuna göre dağılım.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu sorusuna hekimlerin 78’i (%36,1) her zaman, 5’i (%2,3) çoğu zaman, 16’sı (%7,4) bazen, 22’si (%10,2) nadiren, 95’i (%44) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 17).



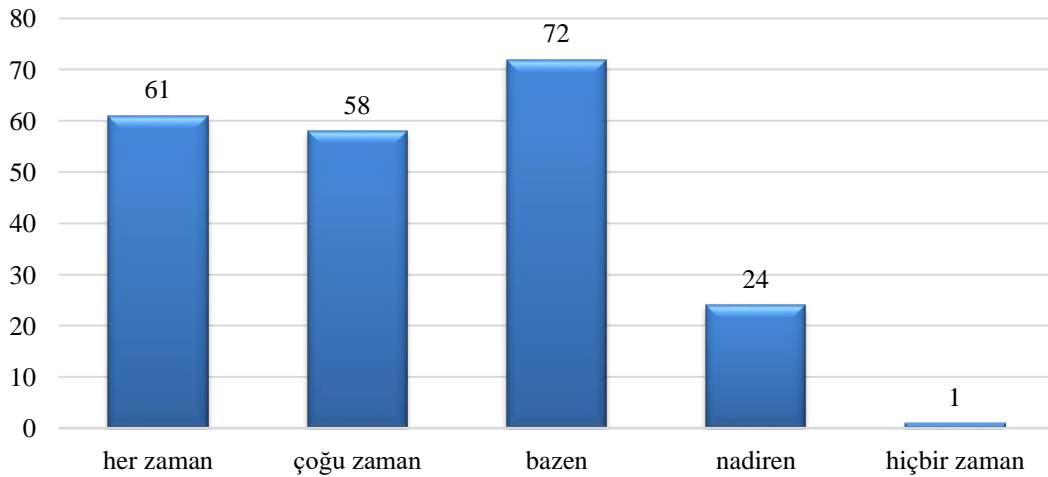
Şekil 17. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verme durumuna göre dağılım.

Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu sorusuna hekimlerin 6'sı (%2,8) her zaman, 31'i (%14,4) çoğu zaman, 70'i (%32,4) bazen, 61'i (%28,2) nadiren, 48'i (%22,2) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 18).



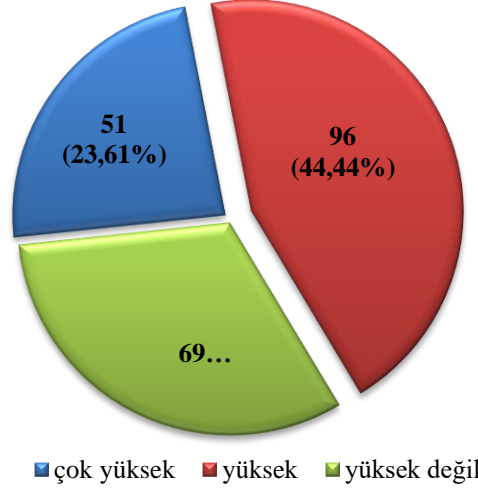
**Şekil 18. Hekimlerin malpraktisten korunmak amacıyla tedavi olanağı olduğu halde riskli hastaları sevk etme durumuna göre dağılım.**

Tıbbi hata yapmaktan korkuyor musunuz? sorusuna hekimlerin 61'i (%28,2) her zaman, 58'i (%26) çoğu zaman, 72'si (%33,3) bazen, 24'ü (%11,1) nadiren, 1'i (%0,5) hiçbir zaman yanıtını vermiştir (Şekil 19).



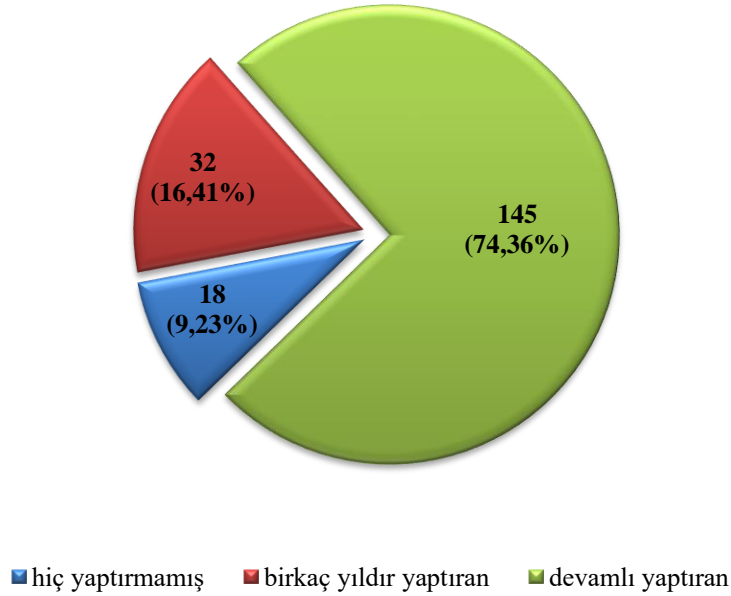
**Şekil 19. Hekimlerin tıbbi hata yapmaktan korkma durumuna göre dağılım.**

Hekimlerin 51'i (%23,6) malpraktis davası ile karşılaşma riskinin çok yüksek olduğunu, 96'sı (%44,4) yüksek olduğunu ve 69'u (%31,9) yüksek olmadığını söylemiştir (Şekil 20).



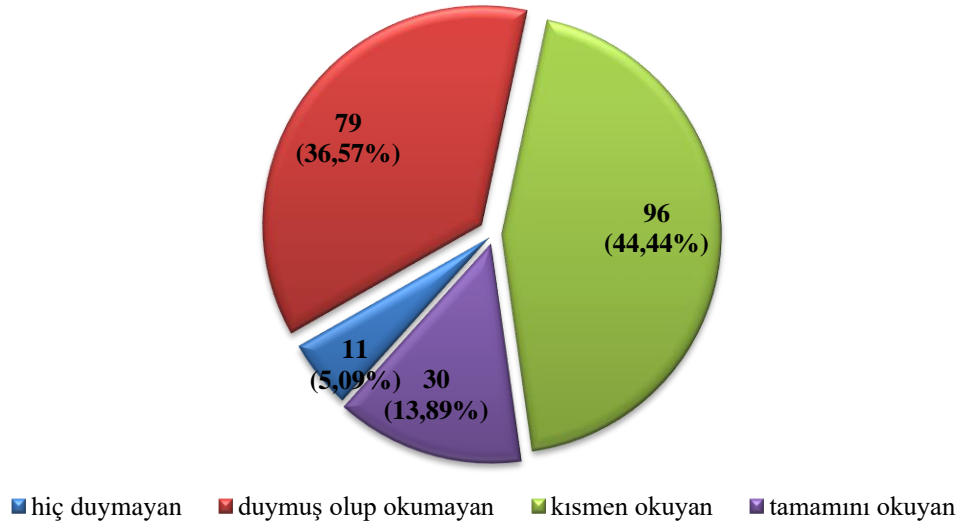
Şekil 20. Hekimlerin malpraktis davasıyla karşılaşma risklerinin yüksekliği hakkında görüşleri.

Hekimlerin 18'i (%8,3) tıbbi malpraktis için zorunlu mesleki sorumluluk sigortasını hiç yaptırmadığını, 32'si (%14,8) birkaç yıldır yaptırdığını, 145'i (%67,1) devamlı yaptırdığını ve 21'i (%9,7) şu an sigortasının olmadığını belirtmiştir (Şekil 21).



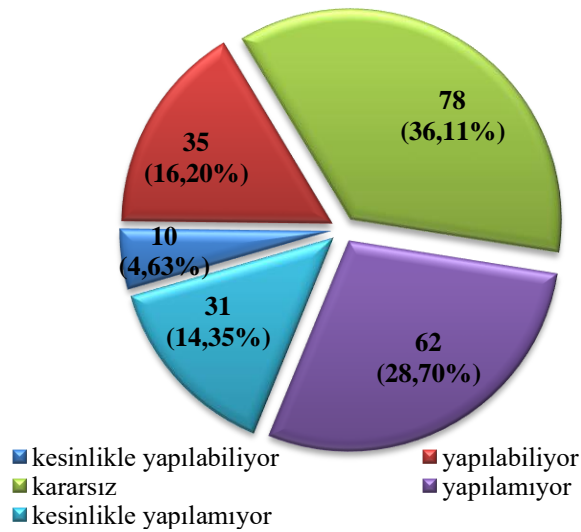
Şekil 21. Hekimlerin zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yaptırma durumu dağılımı.

Katılımcıların 11'i (%5,1) hasta hakları yönetmenliğini hiç duymadığını,79'u (%36,6) duyduğunu fakat okumadığını, 96'sı (%44,4) kısmen okuduğunu ve 30'u (%13,9) tamamını okuduğunu ifade etmiştir (Şekil 22).



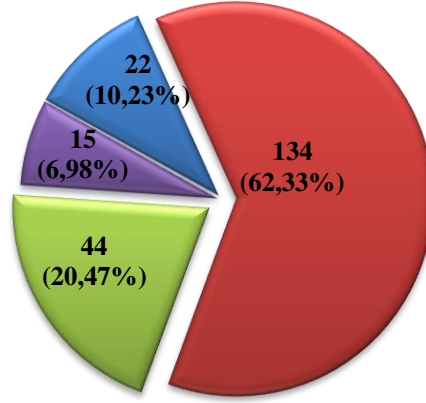
Şekil 22. Hekimlerin hasta hakları yönetmeliğini okuma durumuna göre dağılımı.

Hekimlerin 10'u (%4,6) komplikasyon-malpraktis kavramlarının tanım ve ayırımının kesinlikle net olarak yapılabildiğini, 35'i (%16,2) yapılabildiğini, 78'i (%36,1) kararsız olduğunu, 62'si (%28,7) yapılamadığını ve 31'i (%14,4) kesinlikle yapılamadığını belirtmiştir (Şekil 23).



Şekil 23. Hekimlerin malpraktis-komplikasyon ayırımının yapılıp yapılamadığına dair görüşleri.

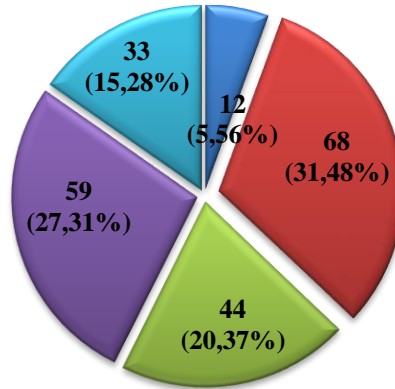
Çalışmaya dahil edilen hekimlerin 22'si (%10,2) bilirkişi raporlarının mesleki gerçeklerle uyduğunu, 134'ü (%62) bu hususta kararsız kaldığını, 44'ü (%20,4) uyuşmadığını ve 15'i (%6,9) kesinlikle uyuşmadığını belirtmiştir (Şekil 24).



- bilirkişi raporları mesleki gerçeklerle uyuyor
- kararsız
- bilirkişi raporları mesleki gerçeklerle uyuşmuyor
- bilirkişi raporları mesleki gerçeklerle kesinlikle uyuşmuyor

Şekil 24. Hekimlerin bilirkişi raporlarının mesleki gerçeklerle uyup uyuşmadığı hakkında görüşleri.

Hekimlerin 12'si (%5,6) sigorta yaptırmanın kesinlikle hekimlik uygulamalarını daha rahat yapmayı sağladığını, 68'i (%31,5) rahat yapmayı sağladığını, 44'ü (%20,4) kararsız kaldığını, 59'u (%27,3) rahat yapmayı sağlamadığını ve 33'ü (%15,3) kesinlikle sağlamadığını ifade etmiştir (Şekil 25).



- sigorta yaptırmak hekimlik uygulamalarını kesinlikle daha rahat yapmayı sağlar
- sigorta yaptırmak hekimlik uygulamalarını daha rahat yapmayı sağlar
- kararsız
- sigorta yaptırmak hekimlik uygulamalarını daha rahat yapmayı sağlamaz
- sigorta yaptırmak hekimlik uygulamalarını kesinlikle daha rahat yapmayı sağlamaz

Şekil 25. Hekimlerin, mesleki sigorta yaptırmanın hekimlik uygulamalarının daha rahat yapılmasını sağlayıp sağlamadığı hakkında görüşleri.

Hekimlerin 107'si (%49,5) malpraktis ile alakalı bilgilerini kongre, sempozyum ve seminerlerden, 150'si (%69,4) yazılı, görsel ve sosyal medyadan, 110'u (%50,9) tıp eğitiminden, 171'i (%79,2) meslektaşlarından, 38'i (%17,6) makalelerden ve 28'i (%13) kitaplardan öğrenmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. Hekimlerin malpraktis ile alakalı bilgi kaynakları.**

Bilgilenme kaynakları	Sayı (n)	%
Kongre, sempozyum ve Seminerler	107	49,5
Yazılı, Görsel ve Sosyal Medya	150	69,4
Tıp eğitimi	110	50,9
Meslektaşlarım	171	79,2
Makaleler	38	17,6
Kitaplar	28	13,0

Hekimlerin 135'i (%62,5) bilgi konusunda yeterli iken 81'i (%37,5) yetersiz bulunmuştur. Hekimlerin tıbbi hatalarda tutum puan ortalaması  $3,6 \pm 3$  (min=2,75-maks=4,31) olarak, malpraktis bilgi puanı ortalaması  $17,3 \pm 3,5$  (min=2-maks=24) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2. Hekimlerin tıbbi hatalarda tutum ve malpraktis bilgi puanları.**

Bilgi ve tutum		Sayı (n)	%
Bilgi düzeyi	Yeterli	135	62,5
	Yetersiz	81	37,5
Tutum toplam puanı, Ort $\pm$ SS (Min-maks)		3,6 $\pm$ 3 (2,75-4,31)	
Bilgi toplam puanı, Ort $\pm$ SS (Min-maks)		17,3 $\pm$ 3,5 (2-24)	

\*OneWay ANOVA testi yapılmıştır.

Hekimlerin yaş grupları (p=0,314) ve cinsiyetleri (p=0,624) arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 3). Dolayısı ile hekimlerin olası tıbbi hatalar karşısında tutumları yaş grubu dağılımları cinsiyetlerinden etkilenmediği anlaşılmıştır.

**Tablo 3. Hekimlerin demografik özelliklerine göre tutum toplam puanını karşılaştırma.**

Bazı demografik dağılımlar		Ort±SS	p
Yaş	24-34	3,60±,30	0,314*
	35-44	3,62±,33	
	45-54	3,64±,32	
	55-64	3,76±,16	
Cinsiyet	Kadın	3,64±,30	0,624**
	Erkek	3,62±,31	

\*OneWay ANOVA testi, \*\*Student t testi yapılmıştır.

Hekimlikte geçen süre dikkate alındığında 6-10 yıl hekimlik yapanların tutum puanı 0-5 yıl yapanlardan yüksek bulunmuştur (p=0,011) (Tablo 4). Buna göre meslekte geçen süresi 6-10 yıl arası olan hekimlerin tıbbi hatalar karşısında gösterdikleri tutum mesleğin ilk beş yılı içinde olan hekimlere kıyasla daha iyidir.

Mesleki ünvanlar göz önüne alındığında öğretim üyeleri ile araştırma görevlileri arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,008) (Tablo 4). Çıkan sonuca göre öğretim üyelerinin tıbbi hatalar karşısındaki tutumları araştırma görevlilerine nispeten daha olumludur.

Çalışma yeri (p=0,097) ve haftalık çalışma süresi (p=0,905) arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4). Bu sonuçlar, tıbbi hatalara karşı sergilenen tutumun çalışılan yer ve haftalık çalışma süresinden etkilenmediği şeklinde yorumlanabilir.



**Tablo 4. Hekimlerin çalışma şartları ile ilgili özelliklerine göre tutum toplam puanını karşılaştırma.**

Ünvan / çalışma şartları/ süresi		Ort±SS	p*
<b>Hekimlik süresi</b>	0-5 yıl	3,52±,29 <sup>a</sup>	<b>0,011</b>
	6-10 yıl	3,71±,29 <sup>b</sup>	
	11-15 yıl	3,60±,32 <sup>a,b</sup>	
	16-20 yıl	3,62±,30 <sup>a,b</sup>	
	>21 yıl	3,67±,29 <sup>a,b</sup>	
<b>Çalışma yeri</b>	Üniversite Hastanesi	3,60±,31	0,097
	Devlet Hastanesi-Şehir Hastanesi	3,70±,30	
	Özel Hastane	3,62±,25	
	Aile Sağlığı Merkezi	3,54±,32	
	Diğer	3,66±,36	
<b>Ünvan</b>	Pratisyen Hekim	3,64±,34 <sup>a,b</sup>	<b>0,008</b>
	Uzman Hekim	3,64±,28 <sup>a,b</sup>	
	Öğretim Üyesi	3,81±,28 <sup>a</sup>	
	Araştırma Görevlisi	3,54±,29 <sup>b</sup>	
<b>Haftalık çalışma süresi</b>	0-40 saat	3,64±,35	0,905
	41-50 saat	3,63±,27	
	51-60 saat	3,64±,31	
	>61 saat	3,59±,26	

\*OneWay ANOVA testi yapılmıştır.

Malpraktis iddiasıyla dava açılma durumu açısından, hakkında sadece bir defa açılanlar ile birden fazla açılanlar arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,045) ( Tablo 5). Buna göre hakkında bir defa dava açılanların tutum puanı hakkında birden fazla kez dava açılanların tutum puanından daha yüksektir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin tamamını okuyanlar ile yönetmeliği duymuş ancak okumamış olanlar arasında tutum puanı açısından anlamlı fark görülmüştür (p=0,02) (Tablo 5). Hasta Hakları Yönetmeliği'nin tamamını okuyanların tıbbi hatalarda tutum puanının hiç okumayanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Komplikasyon-malpraktis ayrımının net yapılabildiğini düşünme (p=0,542) ve tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riski (p=0,643) arasında tutum puanı açısından anlamlı

farklılık görülmemiştir (Tablo 5). Buna göre hekimlerin tıbbi hatalarda sergiledikleri tutum komplikasyon malpraktis ayrımının yapıp yapılamadığına dair düşünceleri ve kendilerini malpraktis davası riski altında görüp görmemelerinden etkilenmemektedir.

**Tablo 5. Hekimlerin dava açılma durumu, Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumu, komplikasyon-malpraktis ayrımının yapıp yapılamadığına dair görüşleri ve malpraktis dava riski açısından tıbbi hatalarda tutum puanlarını karşılaştırma.**

İlgili sorular ve alınan cevaplar		Ort±SS	p*
8. Malpraktis iddiasıyla aleyhinize dava açıldı mı?	Hayır	3,61±,29 <sup>a,b</sup>	<b>0,045</b>
	Bir defa	3,75±,30 <sup>a</sup>	
	Birden fazla	3,45±,47 <sup>b</sup>	
23. “Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okudunuz mu?	Hiç duymadım	3,58±,23 <sup>a,b</sup>	<b>0,02</b>
	Duydum, hiç okumadım	3,57±,33 <sup>a</sup>	
	Kısmen okudum	3,63±,28 <sup>a,b</sup>	
	Tamamını okudum	3,77±,28 <sup>b</sup>	
24. Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılabildiğini düşünüyor musunuz?	Kesinlikle evet	3,74±,46	0,542
	Evet	3,58±,30	
	Kararsızım	3,60±,29	
	Hayır	3,65±,31	
	Kesinlikle hayır	3,65±,24	
21. İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?	Çok yüksek	3,64±,31	0,643
	Yüksek	3,64±,29	
	Yüksek değil	3,60±,32	

OneWay ANOVA testi yapılmıştır.

Yaş grubu (p=0,102) ve cinsiyet (p=0,246) arasında yeterli olma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 6). Hekimlerin tıbbi hatalar karşısındaki sergiledikleri tutum yaş ve cinsiyet değişkenlerinden etkilenmemektedir.

**Tablo 6. Hekimlerin malpraktis bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların demografik özelliklerine göre karşılaştırma.**

Bazı demografik özellikler		Yeterli		Yetersiz		p*
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
Yaş	24-34	56	56,6	43	43,4	0,102
	35-44	39	68,4	18	31,6	
	45-54	33	73,3	12	26,7	
	55-64	7	46,7	8	53,3	
Cinsiyet	Kadın	64	58,7	45	41,3	0,246
	Erkek	71	66,4	36	33,6	

\*Ki kare analizi yapılmıştır.

Hekimlik süreleri arasında yeterli olup olmama durumu açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ( $p=0,022$ ) (Tablo 7). Çıkan sonuca göre 16-20 yıl hekimlik yapanların bilgi konusunda yeterli olma oranları en yüksek, 0-5 yıl yapanların ise en düşüktür.

Çalışma yeri ( $p=0,321$ ) ünvan ( $p=0,572$ ) ve haftalık çalışma süresi ( $p=0,868$ ) arasında bilgi konusunda yeterli olma durumu açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Malpraktis bilgi düzeyi çalışılan yer, ünvan ve haftalık çalışma süresinden etkilenmemektedir.

**Tablo 7. Hekimlerin malpraktis bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların çalışma şartlarına göre karşılaştırma.**

Çalışma şartları / ünvan / bilgi düzeyi		Yeterli		Yetersiz		p*
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
Hekimlik süresi	0-5 yıl	29	50,0	29	50,0	0,022
	6-10 yıl	30	58,8	21	41,2	
	11-15 yıl	17	65,4	9	34,6	
	16-20 yıl	22	88,0	3	12,0	
	>21 yıl	37	66,1	19	33,9	
Çalışma yeri	Üniversite Hastanesi	51	63,7	29	36,3	0,321
	Devlet Hastanesi-Şehir Hastanesi	38	59,4	26	40,6	
	Özel Hastane	24	77,4	7	22,6	
	Aile Sağlığı Merkezi	18	54,5	15	45,5	
	Diğer	4	50,0	4	50,0	
Ünvan	Pratisyen Hekim	33	62,3	20	37,7	0,572
	Uzman Hekim	50	61,0	32	39,0	
	Öğretim Üyesi	14	77,8	4	22,2	
	Araştırma Görevlisi	38	60,3	25	39,7	
Haftalık çalışma süresi	0-40 saat	44	64,7	24	35,3	0,868
	41-50 saat	49	60,5	32	39,5	
	51-60 saat	22	66,7	11	33,3	
	>61 saat	20	58,8	14	41,2	

\*Ki kare analizi yapılmıştır.

Malpraktis iddiasıyla kendisine dava açılmayan hekimlerin %59,4'ü bilgi konusunda yeterli iken, bir defa açılanların %95,8'i ve birden fazla dava açılanların ise %20'si yeterli bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Buna göre hakkında bir kez dava açılanların malpraktis bilgi düzeyi diğer gruplara oranla daha yüksektir.

Komplikasyon-malpraktis ayrımının kesinlikle yapılabildiğini düşünen hekimlerin %60'ı, ayrımın yapılabildiğini düşünen hekimlerin %68,6'sı, kararsız kalanların %71,8'i, ayrımın yapılamadığını düşünenlerin %45,2'si ve kesinlikle yapılamadığını düşünenlerin ise %67,7'si bilgi konusunda yeterli bulunmuştur ( $p=0,019$ ). Komplikasyon-malpraktis ayrımının yapılamadığını düşünenlerin bilgi düzeyi diğer gruplara oranla daha düşük saptanmıştır.

Hasta hakları yönetmeliğini okuma durumu ( $p=0,772$ ) ve malpraktis davası ile karşılaşma riski ( $p=0,182$ ) arasında bilgi konusunda yeterli olma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 8). Hasta hakları yönetmeliğini okuma durumu ve malpraktis davası ile karşılaşma riski hakkındaki görüşler hekimlerin malpraktis bilgi düzeyini anlamlı derecede etkilememektedir.

**Tablo 8. Hekimlerin malpraktis bilgi düzeylerinin dava açılma durumu, Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okuma durumu, komplikasyon-malpraktis ayrımının yapılıp yapılmadığına dair görüşlerinin malpraktis davası açılma riskine göre karşılaştırma.**

İlgili sorular		Yeterli		Yetersiz		p*
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
8.Malpraktis iddiasıyla aleyhinize dava açıldı mı?	Hayır	111	59,4	76	40,6	<b>&lt;0,001</b>
	Bir defa	23	95,8	1	4,2	
	Birden fazla	1	20,0	4	80,0	
23.“Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okudunuz mu?	Hiç duymadım	6	54,5	5	45,5	0,772
	Duydum, hiç okumadım	48	60,8	31	39,2	
	Kısmen okudum	60	62,5	36	37,5	
	Tamamını okudum	21	70,0	9	30,0	
24.Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılabildiğini düşünüyor musunuz?	Kesinlikle evet	6	60,0	4	40,0	<b>0,019</b>
	Evet	24	68,6	11	31,4	
	Kararsızım	56	71,8	22	28,2	
	Hayır	28	45,2	34	54,8	
	Kesinlikle hayır	21	67,7	10	32,3	
21. İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?	Çok yüksek	34	66,7	17	33,3	0,182
	Yüksek	64	66,7	32	33,3	
	Yüksek değil	37	53,6	32	46,4	

\*Ki kare analizi yapılmıştır.

## TARTIŞMA

*Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik verileri incelendiğinde;*

Kadın erkek oranının birbirine yakın olduğu (%50,5 ve %49,5) ve çalışmaya katılan kadın hekim sayısının diğer çalışmaların aksine erkek hekim sayısından fazla olduğu görülmüştür (80). Hekimlerin 99'u (%45,8) 24-34 yaş grubunda, 57'si (%26,4) 35-44 yaş grubunda, 45'i (%20,8) 45-54 yaş grubunda ve 15'i (%6,9) ise 55-64 yaş grubundadır. Çalışmaya katılan hekimlerin ağırlıklı olarak genç hekimlerden oluşması son yıllarda tıp fakültelerinde yaşanan kontenjan artışına paralel olarak hekimlerin “gençleştiğini” göstermektedir (62).

Hekimlerin 80'inin (%37) üniversite hastanesinde, 64'ünün (%29,6) devlet hastanesi-şehir hastanesinde, 31'inin (%14,4) özel hastanede, 33'ünün (%15,3) aile sağlığı merkezinde ve 8'inin (%3,7) diğer sağlık kuruluşlarında çalışmakta olduğu tespit edilmiş olup, çoğunluğunun kamuda görevli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 53'ünün (%24,5) ünvanı pratisyen hekim, 82'sinin (%38) uzman hekim, 18'inin (%8,3) öğretim üyesi ve 63'ünün (%29,2) ise araştırma görevlisidir. Türkiye'deki hekim istatistikleri ile neredeyse paralel olan katılımcı ünvanlarına bakıldığında; ülke ortalamasından farklı olan kısım, çalışmaya katılan araştırma görevlisi sayısı pratisyen hekim sayısından fazla olmasıdır. Bunun da nedeni ülkemizde tüm illerde tıpta uzmanlık eğitimi verilmez iken Tekirdağ İl Merkezinde bir üniversite hastanesinin bulunmasıdır (101).

Hekimlerin haftalık çalışma süreleri göz önüne alındığında, 68'i (%29,2) haftalık 0-40 saat, 81'i (%37,5) 41-50 saat, 33'ü (%15,3) 51-60 saat ve 34'ü (%15,7) 61 saat üzeri

çalışmakta olup sadece yüzde 29,2'lik kısmının 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda düzenlendiği şekilde 40 saatin altında olduğu görülmektedir (18).

Hekimlerin 103'ü (%47,7) kendilerine yöneltilen “Malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna “kesinlikle evet” şeklinde yanıt vermiş iken 99'u (%45,8) “evet” yanıtını vermiştir. Bu sonucumuza göre hekimlerin %93,5'i malpraktis davalarının sayısında artış olduğunu düşünmektedir. Tespit edilen bu oran, yakın zamanda yapılan çalışmalarla uyumlu bulunan verilerimizdendir (102, 103).

Katılımcıların 187'sine (%86,6) malpraktis iddiasıyla dava açılmamış iken, 24'üne (%11,1) bir defa ve 5'ine (%2,3) birden fazla dava açılmıştır. Buna göre hakkında malpraktis iddiası nedeniyle dava açılan hekimlerin oranı %13,4 olarak saptanmıştır. Tespit edilen bu oran, yapılan diğer çalışmalarla uyumlu görülmektedir (80, 102- 106).

“Tıbbi hata yapmaktan korkuyor musunuz?” sorusuna hekimlerin %28,2'si her zaman %26,9'u çoğu zaman, %33,3'ü bazen, %11,1'i nadiren ve %0,5'i hiçbir zaman yanıtını vermiştir. Buna göre hekimlerin %99,5'i mesleğinin icra ederken değişik sıklıkla olmakla birlikte tıbbi hata yapmaktan korktuğunu belirtmiştir.

*Pozitif defansif tıbbi uygulamalara yönelik verilen cevaplar değerlendirildiğinde;*

“Tıbbi malpraktisten kendinizi korumak için, gereğinden fazla tetkik istediğiniz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %3,7'si her zaman, %34,7'si çoğu zaman, %39'u bazen, %14,4'ü nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtını veren hekimlerin oranının %7,4 olduğu göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan hekimlerin %92,6'sının tıbbi malpraktisten korunmak için gereğinden fazla tetkik istediği görülmektedir. Bu oran yapılan önceki çalışmalarla benzer bulunmuştur (80, 104, 105, 106). Gereğinden fazla tetkik istenmesinin hem sağlık personelinin iş yükünü artırması, hem sağlık harcamalarını artırması, hem de hasta güvenliği açısından risk oluşturması söz konusudur.

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %1,9'u her zaman, %15,3'ü çoğu zaman, %24,1,'i bazen, 28,2'si nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtını veren hekimlerin oranının %30,6 olduğu görülmüş olup hekimlerin %69,4'ünün malpraktisten korunmak için gereğinden fazla ilaç yazdığı görülmektedir. Bu oran önceki çalışmalarla benzerdir (80, 104, 105). Gereğinden fazla ilaç yazılmasının hem sağlık harcamalarını artırması hem de hasta güvenliği açısından risk oluşturması söz konusudur.

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, fazladan konsültasyon istediğiniz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %6,5’i her zaman, %37’si çoğu zaman, %29,2’si bazen, %15,3’ü nadiren yanıtını vermiştir. Toplamda hekimlerin %88’i gereğinden fazla konsültasyon istediğini belirtmiştir. Bu oran Kalaman’ın tez çalışmasında bulunduğu orana yakın, yapılan diğer çalışmalardaki oranlara kıyasla yüksek bulunmuştur (80, 104, 105). Hekimlerin iş yükü düşünüldüğünde bir de kendilerinden istenen gereksiz konsültasyonlarla uğraşmaları iş yükünü önemli ölçüde artırmaktadır. Konsültan hekimin istemek durumunda kaldığı tetkiklerin mali yükü, hastanın arada kalmışlığı ve hekimler arasındaki iş yükü sebebiyle koordinasyon güçlükleri düşünüldüğünde gereğinden fazla konsültasyonun sağlık sisteminde darbe vurduğu aşıkardır.

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için endikasyonsuz hasta yatırdığınız oluyor mu?” sorusuna alınan her zaman, çoğu zaman, bazen ve nadiren şeklindeki olumlu cevapların %53,8 olduğu görülmüştür. Tespit edilen bu değer diğer çalışmalardaki değerlerden daha düşük olduğu görülmüştür (80, 104, 105). Bunun sebebinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin hasta yatırmaması ve bu soruya olumsuz cevap vermiş olabileceği kanaatindeyiz. Her ne kadar hastane ve hasta yatak sayısı yıllar içerisinde artıyor olsa da, nüfus artışı, alınan tıbbi hizmet sayısının artışı, hastaneye ulaşımın kolaylaşması, insanların sağlık okuryazarlığının artması gibi nedenlerle, özellikle solunum yolları hastalıklarının arttığı kış aylarında hastane ve yoğun bakım yataklarında yüksek oranlarda doluluklar meydana gelmektedir. Endikasyonsuz hasta yatırılması hem bu yataklara ihtiyaç duyan hastalar için hem de hekimler ve sağlık ekonomisi için büyük bir sıkıntıdır.

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %29,2’si her zaman, %52,3’ü çoğu zaman, %13,9’u bazen, %3,2’si nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtı verenlerin oranı %1,4’tür. Bu oranlar önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir (80, 104, 105). Hastaların aldıkları ya da alacakları sağlık hizmeti ile ilgili bilgilendirilmeleri ve rıza beyan etmeleri sağlık hizmetleri sunumunun doğal bir parçası ve hukuken olmazsa olmazıdır. Ancak hastaların kendilerini dava etme riskine karşı, hekimlerin bu hususa gereğinden fazla zaman ayırması hem hastaların alışlagelmiş paternalist tıp beklentisinden uzak olduğu için kendilerinde şüphe yaratabilmekte, hem de çoğunlukla ideal muayene süresinin çok altında hastalarına zaman ayırabilen hekimler için iş yükü oluşturmaktadır (4).

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %40,7’si her zaman, %42,6’sı çoğu zaman,



%11,6'sı bazen, %5,1'i nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtı veren hekim olmamıştır. Diğer bir deyişle sıklığı değişmekle birlikte hekimlerin tamamı kayıtları daha detaylı tuttuğunu belirtmiştir. Bulduğumuz oran şimdiye kadar bulunan en yüksek oran olup önceki çalışmalarla benzerdir (80, 102-108). Hasta kayıtlarının detaylı şekilde tutulması olumlu bir davranış gibi görülse de oluşturduğu iş yükü gözden kaçırılmamalıdır. ( 4).

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %36,1'i her zaman, %2,3'ü çoğu zaman, %7,4'ü bazen, %10,2'si nadiren, %44'ü hiçbir zaman yanıtını vermiştir. Bulduğumuz %36'luk oran daha önce yapılmış benzer çalışmalar içerisinde tespit edilen en düşük orandır. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, Tekirdağ İlinde görev yapan hekimlerin, onam belgesine verdikleri önemin temelinde, diğer çalışmalardaki gibi malpraktis riskinden kaynaklanan bir kaygıdan oluşamayacağı kanısına sahip olduk (80 93, 102-108).

*Negatif defansif tıbbi uygulamalara yönelik verilen cevaplar değerlendirildiğinde;*

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %8,3'ü her zaman, %19'u çoğu zaman, %31,9'u bazen, %26,4'ü nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtı veren hekim oranı %14,4 olmuştur. Bu oranlar yapılmış çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (80, 93, 102-108).

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %4,6'sı her zaman, %18,5'i çoğu zaman, %40,7'si bazen, %20,8'i nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtı veren hekim oranı %15,3 olmuştur. Bu oranlar yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir (80, 93, 102-108).

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %6'sı her zaman, %28,7'si çoğu zaman, %28,2'si bazen, %23,6'sı nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman yanıtı veren hekim oranı %13,4 olmuştur. Tespit edilen değerlerin önceki çalışmalarla uyumlu olduğu saptanmıştır (80, 93, 102,103, 105-108).

“Tıbbi malpraktis iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %2,8'i her zaman, %14,4'ü çoğu zaman, %32,4'ü bazen, %28,2'si nadiren yanıtını vermiştir. Hiçbir zaman

yanıtı veren hekim oranı %22,2 olmuştur. Bu oranlarında önceki çalışmalarla uyumluluğu saptanmıştır (104).

*Diğer sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde;*

Hekimlerin %23,6'sı malpraktis davası ile karşılaşma riskinin çok yüksek olduğunu, %44,4'ü yüksek olduğunu ve %31,9'u yüksek olmadığını beyan etmiştir. Bu oran Aynacı'nın yaptığı çalışmayla benzerdir (104). Yine Özata ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelecek 10 yıl içerisinde dava edileceğini düşünen hekimlerin oranı %71,6 saptanmıştır (103). Hekimlik gibi dikkat, sabır ve yüksek motivasyon gerektiren bir işte görev alan kişilerin mesleki icra esnasında kaygı duymalarının olumsuz sonuçları olacağı tabiidir. Yapılan bir çalışmada tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişe edip etmediği sorulan hekimlerden endişe düzeyi yüksek olanların tükenmişlik ve duyarsızlık seviyesi diğer hekimlere kıyasla yüksek bulunmuştur (105).

Katılımcıların %5,1'i hasta hakları yönetmenliğini hiç duymadığını, %36,6'sı duyduğunu fakat okumadığını, %44,4'ü kısmen okuduğunu ve %13,9'u tamamını okuduğunu ifade etmiştir. Bulunan oranların Aynacı'nın yaptığı çalışma ile benzer olduğu görülmüştür (104).

Hekimlerin %4,6'sı komplikasyon-malpraktis ayrımının kesinlikle net olarak yapılabildiğini, %16,2'si yapılabildiğini, %36,1 bu hususta kararsız olduğunu, %28,7'si yapılamadığını ve %14,4'ü kesinlikle yapılamadığını belirtmiştir. Çalışmaya dahil edilen hekimlerin %10,2'si bilirkişi raporlarının mesleki gerçeklerle uyuştuğunu, %62'si kararsız kaldığını, %20,4'ü uyuşmadığını ve %6,9'u kesinlikle uyuşmadığını belirtmiştir.

Hekimlerin %8,3'ü tıbbi malpraktis için önemi olan "*Hekimlerin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası*"nı hiç yaptırmadığını, %14,8'i birkaç yıldır yaptırdığını, %67,1'i devamlı yaptırdığını ve %9,7'si şu an sigortasının olmadığını belirtmiştir. 2010 yılından önce yapılan çalışmalarda, hiç sigorta yaptırmayanların oranının %73,3-%98,3 bulunduğu göz önüne alındığında, aradan geçen kısa sürede hekimler arasında zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yaptırma oranının ciddi yükseliş gösterdiği göze çarpmaktadır (104, 109). Hekimlerin %5,6'sı sigorta yaptırmanın kesinlikle hekimlik uygulamalarını daha rahat yapmalarını sağladığını, %31,5'i rahat bir hekimlik yapmayı sağladığını, %20,4'ü bu hususta kararsız kaldığını, %27,3'ü rahat bir hekimlik yapmayı sağlamadığını ve %15,3'ü kesinlikle sağlamadığını ifade etmiştir. Bu iki sorudan çıkarılacak sonuç hekimlerin gerek 2010 yılında zorunlu hale getirilmesi gerekse de malpraktis korkusu ile *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin*

*Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası* yaptırma eğiliminde olduğu ancak bu sigorta nedeniyle mesleki icra esnasında kendilerini rahat hissetmedikleridir. Bunun nedeninin sigorta teminatını aşan tazminat talepleri ve malpraktis dava sayılarındaki artış olduğu kanaatindeyiz (25).

Hekimlerin %49,5'i malpraktis ile alakalı bilgilerini kongre, sempozyum ve seminerlerden, %69,4'ü yazılı, görsel ve sosyal medyadan, %50,9'u tıp eğitiminden, %79,2'si meslektaşlarından, %17,6'sı makalelerden ve %13'ü kitaplardan öğrenmektedir. Burada dikkat çekici hususlardan biri, malpraktis ile ilgili bilgi kaynağı olarak tıp eğitimini işaret eden hekim oranının %50,9 olduğudur. 2009 yılında Tokat İlinde yapılan bir çalışmada hekimlerin sadece %8,3'ü malpraktis ile ilgili bilgilerini tıp eğitimi esnasında edindiğini bildirmiştir (109). Geçen 12 yıl içerisinde malpraktis ile ilgili bilgilerini tıp eğitiminden edindiğini ifade eden hekim oranı büyük oranda artmışsa da halen yeterli değildir. 2013 yılında Tekirdağ İlinde yapılan bir çalışmada ise tıp eğitimi esnasına edindiği malpraktis bilgi düzeyini yeterli bulan hekimlerin oranı %11,3 olmuştur (110). Bu oranlar tıp eğitimi esnasında malpraktis ile ilgili eğitim sayı ve süresinin artması gerektiğine işaret etmektedir. Diğer bir husus hekimlerin %79,2'sinin malpraktis bilgi kaynağı olarak meslektaşlarını görmesidir. Hukuki durumlarda en ufak detayın dahi olayın seyrini değiştirebileceği göz önüne alındığında meslektaşlardan edinilen bilginin sağlıklı olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Yine yazılı, görsel ve sosyal medyanın bu denli önemli bir hususta doğru bir bilgi kaynağı olamayabileceği kanaatindeyiz. Bu konuda meslek içi eğitimlerin önemi ortaya çıkmaktadır. Gerek bir hatırlatma eğitimi olarak, gerekse yeni ortaya çıkan durumların öğrenilmesi niteliğinde meslek içi eğitime önem verilmelidir (109).

*Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ile ilgili verilen cevaplar değerlendirildiğinde;*

Çalışmamızda hekimlerin tıbbi hatalarda tutum puan ortalaması  $3,6 \pm 0,3$  (min=2,75- maks=4,31) olarak bulunmuş olup bu bulgu genel olarak tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin önemi hususunda farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamız, ilgili ölçek ile hekimler üzerinde yapılan üçüncü çalışmadır. 2020 yılında Ulusoy ve Tosun tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin ortalama tutum puanı  $3,55 \pm 0,38$  bulunmuş, yine 2020 yılında Banaz tarafından yapılan bir çalışmada ise  $3,69 \pm 0,36$  olarak bulunmuştur (108, 112). Çalışmamızda elde ettiğimiz ortalama tutum puanı literatürdeki ortalama değerler ile uyumludur.

Çalışmamızda hekimlerin yaş grupları arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Ulusoy ve Tosun'un yaptığı çalışmada 31-40 yaş grubundakilerin ortalama tutum puanı yüksek bulunurken, Banaz'ın yaptıkları çalışmada yaş grupları arasında ortalama tutum puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu açıdan çalışmamız Banaz'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (108, 112).

Hekimlerin cinsiyetleri arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Ulusoy ve Tosun'un çalışmasında erkek hekimlerin ortalama tutum puanı kadın hekimlere kıyasla yüksek bulunurken, Banaz'ın yaptığı çalışmada da cinsiyet açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır (108, 112).

Hekimlik süreleri arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılığın sadece 0-5 yıl ile 6-10 yıl arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiş olup, 6-10 yıl hekimlik yapanların tutum puanı 0-5 yıl yapanlardan yüksek bulunmuştur. Ulusoy ve Tosun'un çalışmasında mesleki çalışma yılı 11-19 yıl arasında olanların tıbbi hata tutum puan ortalaması yüksek bulunmuş, Banaz'ın çalışmasında ise meslekte geçen süre ile tıbbi hata tutum puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (108, 112).

Ünvanlar arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılığın sadece öğretim üyesi ile araştırma görevlisi arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiş olup öğretim üyeliği yapanların tutum puanının araştırma görevlilerinin puanından yüksek olduğu görülmüştür. Banaz'ın yaptığı çalışmada uzman hekimlerin ortalama tutum puanları araştırma görevlisi hekimlere kıyasla yüksek bulunmuştur. Bu bulgularda elde edilecek sonuç; öğretim üyelerinin asistan hekimlere göre tıbbi hatalar konusunda daha olumlu bir tutum içinde olduğu, yapılan tıbbi hataların bildirilmesi, açıklanması, tartışılması ve hatalardan ders çıkarılması taraftarı olduğudur (108).

Hekimlik mesleğinin ifa edildiği sağlık kurumu değerlendirildiğinde, gruplar arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Daha önceki çalışmaların tek merkezli yapıldığı dikkate alındığında çalışmamız birden fazla merkezde yapılan tek çalışmadır.

Haftalık çalışma süresi değerlendirildiğinde, gruplar arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Ulusoy ve Tosun'un yaptığı çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir (112).

Malpraktis iddiasıyla dava açılma durumu arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılığın ise sadece bir defa açılanlar ile birden fazla açılanlar arasından kaynaklandığı ve bir defa açılanların puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan literatür taramasında daha önce böyle bir karşılaştırmanın yapılmadığı tespit edildi. Hakkında bir defa dava açılan hekimlerin tıbbi hata kavramına dair farkındalık ve tutumunun nispeten yüksek olduğu, birden fazla dava açılan hekimlerin ise çekimser tutumları nedeniyle birden fazla kez dava ile karşılaştığı ya da açılan davaların hekimlerde tükenmişliğe ve güvensizliğe yol açtığı kanaatindeyiz. Bu hususta daha detaylı bir çalışma yapmak gerektiği düşüncesindeyiz.

Hasta hakları yönetmeliğini okuma durumları arasında tutum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılığın sadece duymuş olup okumayanlar ile tamamını okumuş olanlar arasındaki farktan kaynaklandığı ve tamamını okuyanların puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hekimlik gibi insanın en değerli varlığı olan sağlığı ile ilgilenen ve meslek icrası esnasında, birçok hukuki ve etik kurala tabi bir mesleğe mensup kişilerin; kendi görev, yetki ve sorumlulukları yanında hasta haklarına dair bilgi sahibi olmaları, gerek kendileri gerekse de hastalar için güven teşkil eden bir durum olacaktır.

*Malpraktis bilgi düzeyi ile ilgili verilen cevaplar değerlendirildiğinde;*

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda “tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilginiz var mı?” sorusuna hekimlerin %60-%79,5’i hayır cevabını vermiştir (109-110). Daha önce yapılan çalışmalarda ise Türkiye’de hekimlerin %57,7-%82,0’sinin malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı tespit edilmiştir (100).

Çalışmamızda hekimlerin malpraktis bilgi puanı ortalaması  $17,3 \pm 3,5$  (min=2-maks=24) olarak bulunmuştur. Hekimlerin %62,5’i bilgi konusunda yeterli iken %37,5’i yetersiz bulunmuştur. Yeterlilik açısından tespit edilen oran, çalışmamızda kullandığımız ölçeğin kullanıldığı ilk çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir (100). Hekimlik mesleğinin doğası gereği hata kabul etmeyen bir meslek olması ve meydana gelen hataların sonuçlarının ise hayati olabilmesi nedeniyle, tespit edilen oranların yeterli olmadığı söylenebilir.

Literatürde yaş ile malpraktis bilgi düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirten yayınlar bulunsa da, çalışmamızda elde edilen bulgular aksi yönde sonuçların tespit edildiği çalışmalarla daha fazla benzerlik göstermiştir (100, 109, 111).

Çalışmamızda hekimlerin cinsiyetleri ile malpraktis bilgi düzeylerinin yeterli olup olması arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Elde edilen bulgu daha önce yapılan çalışmayla benzerdir (100).

Hekimlik süreleri ile malpraktis bilgi düzeylerinin yeterli olup olması arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. 16-20 yıl hekimlik yapanların bilgi konusunda yeterli olma oranları en yüksek, 0-5 yıl yapanların ise en düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuç hekimlerin malpraktis konusunda bilgi düzeyinin tecrübe ile arttığını göstermektedir. 0-5 yıl arası çalışmışlığı olan hekimlerin çalışmamıza katılan mesleki tecrübe bakımından en tecrübesiz grup olduğu göz önüne alındığında tıp fakültesinde malpraktis ile ilgili alınan eğitimin yeterli olmadığı söylenebilir (109).

Çalışmamızda, hekimlerin ünvanları, görev yaptığı kurumlar ve haftalık çalışma süresi grupları ile malpraktis bilgi düzeylerinin yeterli olup olması arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular hekimlerin malpraktis bilgi düzeyinin çalıştıkları yer, ünvan ve çalışma süresinden etkilenmediğini göstermektedir. Malpraktis konusunda, yeterli olup olmadığına bakılmaksızın, temel eğitimin tıp fakültesinde verilmesi, dolayısıyla bu eğitimi tüm hekimlerin alıyor olması, hekimlerin aynı ünvan ile farklı sağlık kurum-kuruluşlarında çalışıyor olması, haftalık çalışma süresinin ise bilginin edinilmesi - öğrenme üzerinde etkisinin olmayacağı nedeniyle çalışmadaki bulguların tespit edildiği kanaatindeyiz.

Çalışmada kurulan hipotezlerden biri de hekimlerin malpraktis davası ile karşı karşıya kalması ile bilgi düzeyi arasında doğru orantı olacağı idi. Ancak çalışmanın sonuçlarına göre malpraktis iddiasıyla kendisine dava açılmayan hekimlerin %59,4'ü, bilgi konusunda yeterli iken, bir defa açılanların %95,8'i ve birden fazla dava açılanların ise %20'si yeterli bulundu. Buna göre hekimlerin malpraktis davası ile karşılaşması durumu bu konudaki bilgi düzeyinin artmasını sağlarken, malpraktis konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığı artmayan hekimler daha çok sayıda dava ile de karşı karşıya kaldığı görülmüştür. Benzer şekilde 2016 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada geçmişte açılan dava sayısı arttıkça hekim hakkında yeni dava açılma ihtimalinin yükseldiği tespit edilmiştir (113).

Komplikasyon-malpraktis ayrımının kesinlikle yapılabildiğini düşünen hekimlerin %60'ı, ayrımın yapılabildiğini düşünen hekimlerin %68,6'sı, kararsız olanların %71,8'i, ayrımın yapılamadığını düşünenlerin %45,2'si ve kesinlikle yapılamadığını düşünenlerin ise %67,7'sinin malpraktis bilgi düzeyleri yeterli bulunmuştur. Bilindiği gibi malpraktis davalarında yargı makamları bilirkişilik görevini yine hekimlere vermektedir. Bu görev bazen ilgili uzmanlık dalından hekimlere, bazen de birden fazla uzmanlık dalından hekimlere verilmektedir. Bilirkişilik heyetleri genellikle akademik unvanı olan hekimlerden oluşmaktadır. Malpraktis-komplikasyon ayrımının yapılamadığını düşünen hekim gruplarının ortalama bilgi düzeyi yeterliliklerinin diğer hekimlerden düşük bulunması, bu konudaki bilgi

eksikliği nedeniyle malpraktis ve komplikasyon kavramlarına bakış açısının, bilirkişilerden farklı olduğu anlamına gelebileceği kanaatindeyiz.

Hasta hakları yönetmeliğini tamamen veya kısmen okuyan hekimlerin ortalama bilgi düzeyinin diğer hekimlere göre yüksek olması beklenir. Ancak literatürde daha önce bu yönde yapılan bir çalışma mevcut değildir. Karşılaştırmanın yapıldığı çalışmamızda ise hasta hakları yönetmeliğini okumuş olmak ile malpraktis bilgi düzeyi konusunda yeterli olma durumu açısından ilişki tespit edilmemiştir.

Haklarında dava açılma riskinin yüksek olduğunu düşünen hekimlerin malpraktis konusunda daha bilgili olması beklenir iken, hekimlerin malpraktis bilgi düzeyleri ile kendilerine karşı malpraktis davası açılma riski ile ilgili görüşleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu da hekimlerin kendilerini risk altında hissetmelerine karşın, bu konuda bilgi düzeyini artıracak girişimlerde bulunmadığı göstergesi ile açıklanabilir.

## SONUÇ

01.07.2021-01.09.2021 tarihleri arasında Tekirdağ İl Merkezi'nde görev yapan tüm hekimlerin, defansif tıp tutumu, tıbbi hatalara karşı tutumları ve malpraktis konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığını araştırmak amacıyla yürüttüğümüz çalışmada;

1. Hekimlerin büyük çoğunluğunun malpraktis davalarında artış olduğu, malpraktis davasıyla karşılaşma risklerinin yüksek olduğunu düşündüğü ve tıbbi hata yapmaktan korktuğu saptandı.

2. Hekimlerin yüzde 13,4'üne bir ya da daha çok kez malpraktis davası açıldığını tespit edildi.

3. Hekimlerin büyük çoğunluğunun pozitif ya da negatif defansif tıbbi davranış içerisinde bulunduğu anlaşıldı.

4. Hekimlerin küçük bir kısmının hasta hakları yönetmeliğinin tamamını okuduğu saptandı.

5. Hekimlerin genel olarak malpraktis davalarında fikirleri alınan bilirkişilerin kanaatlerine güvenmediğini görüldü.

6. Eski zamanlara oranla Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptıran hekim sayısının arttığı, ancak bu sigortayı yaptıranın hekimlerin kaygılarını önlemediğini izlendi.

7. Hekimler arasında malpraktis ile ilgili bilgi kaynakları bakımından, tıp eğitimin önemli bir yer tutmadığını, bu hususta daha çok meslektaşlar ve sosyal medyadan öğrenme tutumunun yaygın olduğunu görüldü.



**8.** Tıbbi hataların ve hata bildiriminin önemi hususunda hekimlerin farkındalığının genel itibariyle yüksek olduğu,6-10 yıl hekimlik yapanların farkındalık ve tıbbi hatalarda tutum düzeyinin 0-5 yıl yapanlardan ve öğretim üyesi hekimlerin asistan hekimlerden yüksek olduğu saptandı.

**9.** Kendisine bir kez dava açılan hekimlerin birden fazla kez dava açılan hekimlere göre, hasta hakları yönetmeliğinin tamamını okuyan hekimlerin ise hiç okumayanlara göre daha olumlu bir tutum içinde olduğu tespit edildi.

**10.** Hekimlerin %62,5'inin malpraktis bilgi düzeyinin yeterli olduğu, hekim grupları arasında bilgi düzeyi en düşük grubun 0-5 yıl arası tecrübe sahibi hekimler olduğu tespit edildi.

**11.** Malpraktis davası ile karşılaşmış olmanın malpraktis bilgi düzeyini artırdığı ancak bilgi düzeyi artmayan hekimlerin daha fazla dava ile karşı karşıya kaldığı saptandı.

**12.** Bilirkişi kanaatlerine güvenmeyen hekimlerin ortalama bilgi düzeyinin diğer hekimlerden düşük olduğu görüldü.

**13.** Hasta hakları yönetmeliğini okumuş olmanın tıbbi hata tutumunda olumlu etkisi olurken malpraktis bilgi düzeyinde etkisi olmadığı saptandı.

**14.** Malpraktis davasıyla karşılaşma riskinin yüksek olduğunu düşünen hekimlerin kendilerini risk altında hissetmelerine karşın, bu konuda bilgi düzeyini artıracak girişimlerde bulunmadığı tespit edildi.

## ÖNERİLER

1. Tıp fakültelerinde hekimlik mesleğinin görev, yetki, sorumlulukları, hekimlerin etik ve yasal sorumlulukları, kısacası tıbbın hukuki yönüne dair verilen eğitim artırılmalı. Tıp fakültelerinde özellikle adli tıp anabilim dallarında bu yönde verilen eğitim, hekimleri sahada çalışmaya hazır hale getirmeli,
2. Defansif tıbbın ortaya çıkardığı zararlar göz önüne alındığında, hekimleri defansif tıbbi davranışlara iten nedenler irdelenmeli, bu yönde başta kanuni düzenlemeler olmak üzere gerekli adımlar atılmalı,
3. Hekimler, yöneticiler ve meslek odaları; hizmet içi eğitim konusunda daha duyarlı olmalı. Yenileme eğitimleri ve değişen hukuki prosedürlere yönelik bilgilendirme eğitimleri düzenlenmeli,
4. Hekimler hakkında hükmedilen tazminat miktarları dikkate alınarak Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası teminat bedelleri yükseltilmeli,
5. 6754 Sayılı Bilirkişilik Kanunu ve ilgili mevzuatların yerinde, doğru ve sistemli uygulanabilmesi gereklidir. Bu bağlamda bilirkişilik faaliyetlerindeki sorunların çözümüne yönelik, Adalet Bakanlığı Bilirkişilik Daire Başkanlığı'nca kurumlararası katılımcılar ve serbest çalışan bilirkişilerin de işbirliği içinde -katılımlı- olduğu, dönüşümlü çalıştaylar organize edilmeli,

6. Tıbbi bilirkişilik eğitimleri, tıp fakülteleri adli tıp anabilim dallarının mezuniyet öncesi “Ulusal Çekirdek Eğitimi Programı” ile mezuniyet sonrası “Tıpta Uzmanlık Kurullarının Çekirdek Müfredatları” eğitimlerine eklenmelidir.



## ÖZET

Malpraktis ve defansif tıp son yıllarda birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde sıkça anılan kavramlardır. Bu çalışmada, Tekirdağ İl Merkezinde görev yapan hekimlerin defansif tıp konusundaki tutumları ve malpraktis konusundaki bilgi düzeylerinin ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde katılımcıların çeşitli konularda fikirlerinin alındığı form, ikinci bölümde “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği”, üçüncü bölümde ise “Malpraktis Bilgi Düzeyi Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmaya Tekirdağ İl Merkezinde görev yapan çeşitli unvan ve branşlardan 216 hekim katılmıştır.

İlk bölümünde katılımcıların malpraktis davalarında artış olduğunu ve malpraktis davasıyla karşılaşma risklerinin yüksek olduğunu düşündüğü, hekimlerin %13,4’üne dava açıldığı, %99,5’inin tıbbi hata yapmaktan korktuğu, büyük çoğunluğunun Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırdığı ancak kendisini güvende hissetmediği, birçoğunun bilirkişi kanaatlerine güvenmediği, malpraktis bilgi kaynakları arasında en önemli yeri meslektaşlar ve sosyal medyanın tuttuğu, hekimlerin hem pozitif hem de negatif defansif tıp tutumu sergiledikleri tespit edilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde katılımcıların ortalama tıbbi hata tutum puanının 3,6 olduğu, dolayısıyla araştırmaya katılan hekimlerin, tıbbi hataların ve hata bildiriminin önemi hususunda ortalamanın üzerinde bir tutum sergilediği saptanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde hekimlerin %62,5’inin malpraktis düzeyi bilgi düzeyi açısından yeterli olduğu, 16-20 yıl hekimlik yapanların bilgi konusunda yeterli olma oranlarının en yüksek, 0-5 yıl yapanların ise en düşük olduğu, hakkında bir kez dava açılan

hekimlerin hiç dava açılmayan hekimlere göre bilgi konusunda daha yeterli olduğu, saptanmıştır.

Yapılan çalışmanın sonuçları ele alındığında malpraktis ve defansif tıp konularına tıp eğitiminde daha fazla yer verilmesi gerektiği, hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmesi gerektiği, hekimlerin görev yaparken kendilerini güvende hissedebileceği yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği kanaatine varılmıştır.

**Anahtar kelimler:** Defansif tıp, Hasta hakları, Hekim sorumluluğu, Medikolegal değerlendirme, Tıbbi malpraktis,



# **PHYSICIANS RESPONSIBILITY, MEDICAL MALPRACTICE AND DEFENSIVE MEDICINE KNOWLEDGE LEVEL OF PHYSICIANS IN TEKIRDAG PROVINCIAL CENTER**

## **SUMMARY**

Malpractice and defensive medicine are concepts that are often mentioned in our country, as in many countries. In this research, it is aimed to reveal the attitudes of physicians working in Tekirdağ Provincial Center on defensive medicine and their knowledge level on malpractice. 216 Physicians working at Tekirdağ Provincial Center participated in the research.

In the first part of the study, which the participants' opinions were taken, the participants thought that there was an increase in malpractice lawsuits and 13.4% of the physicians were sued. It was seen that the majority of them had Compulsory Liability Insurance and most of physicians exhibited both positive and negative defensive medicine.

In the second part of the study which the “Medical Errors Attitude Scale” was used, it was determined that the average medical error attitude score of the participants was 3.6, so the physicians had an above-average attitude at importance of medical errors and error reporting.

In the third part of the study “Malpractice Knowledge Level Scale” was used and it was found that 62.5% of the physicians were adequate in terms of malpractice level of knowledge.

As a result, it was concluded that malpractice and defensive medicine should be given more place in medical education, in-service training should be emphasized, and legal regulations should be made for a safe work conditions.

**Keywords:** Defensive medicine, Medical malpractice, Medicolegal evaluation, Patient rights, Physician responsibility.



## KAYNAKLAR

1. Hammurabi kanunları. [http://www.canaktan.org/hukuk/insan\\_haklari/magna-carta/hamurabi.html](http://www.canaktan.org/hukuk/insan_haklari/magna-carta/hamurabi.html). Erişim tarihi 03.05.2021.
2. Dünya Tabipleri Birliği Tıp Etiği El Kitabı. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip\\_etigi.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi.pdf). Erişim Tarihi: 10.06.2021.
3. Blackstone William (1769). Of Wrongs and Their Remedies, Respecting the Rights of Persons, in Private Wrongs, in Commentaries on the Laws of England book 4, chap. 8, p. 122. Oxford.
4. Saka NE, Budak H. Malpraktis ve Defansif Tıp. Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. Akademisyen Yayınevi, İstanbul, 2019: 395-409.
5. Bayat AH. Tıp Tarihi. Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, İstanbul 2016.
6. Yoket Ü. Eski Çağda Tıp. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2003; 12(2): 76-78.
7. Tarhan ÖR. Cerrahinin Tarihçesi. <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/cerrahinin-gelisimi/cerrahinin-tarihcesi>. Erişim Tarihi: 15.06.2021.
8. Kılıç Y, Erdem F. Eski Mezopotamya Hukuku'nda Mesleki Suçlara Verilen Cezalar. Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi, 2015; 2(7): 1-30.
9. Çelik R, Erdem R. Hekimin Değişen Kimliği Çerçevesinde Sağlıkın Kültürleşmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2016; 7(16): 61-74.
10. Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 33 (1): 45-50.
11. Gül İ. ABD Hukukunun Genel Özellikleri ve Türk Hukukundan Başlıca Farkları. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2015; 5(10):9-27.
12. Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu. Türkderm Dergisi, 2007; 41:33-38.
13. İşgüden B, Çabuk A. Meslek Etiği ve Meslek Etiğinin Meslek Yaşamı Üzerindeki Etkileri. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/863784>. Erişim Tarihi: 15.06.2021.
14. Türk Tabipleri Birliği Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6023.pdf>. Erişim Tarihi. 15.06.2021.



15. Saka NE, Temel G. Hekim Sorumluluğu. Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. Akademisyen Yayınevi, İstanbul, 2019: 321-335.
16. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:yamelik&Itemid=33](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:yamelik&Itemid=33). Erişim tarihi: 15.06.2021.
17. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Birinci Basamakta Adli Tıp. İstanbul Tabip Odası, İstanbul, 2011: 9-16.
18. Devlet Memurları Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2021.
19. [www.memurlar.net/haber/900032/yuksekogretim-kanunu-nda-neler-degisti.html](http://www.memurlar.net/haber/900032/yuksekogretim-kanunu-nda-neler-degisti.html). Erişim Tarihi: 15.06.2021.
20. Aşırdizer M. Tıbbi Hukuk ve Hekimin Yasal Sorumlulukları. Celal Bayar Üniversitesi Adli Tıp Stajı Ders Notları. Manisa 2005:15-51.
21. Bayındır MS. Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2007; 11(1-2):551-589.
22. Türk Borçlar Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2021.
23. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, şener M. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi, 2015; 42(3): 394-397.
24. Çokar M. Türkiye’de Malpraktis (Yanlış Tedavi) Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri: Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Bir Çözüm Müdür? <https://www.tjod.org/turkiyede-malpraktis-yanlis-tedavi-konusunda-yasal-duzenleme-girisimleri>. Erişim Tarihi: 08.07.2021.
25. Hastane ve doktor hatasına rekor tazminat: 2.5 milyon lira. <https://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/ayse-arman/hastane-ve-doktor-hatasina-rekor-tazminat-2-5-milyon-lira-27888991>. Erişim Tarihi: 08.07.2021.
26. Demir M. Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,2008; 57(3):225-252.
27. Özaslan A, Kulusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları (2011), Adli Tıp Ders Kitabı 2. Baskı içinde (s.13-40).
28. Çakıroğlu MT. Hekimin Borçlarından Özel Olarak Sır Saklama Borcu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2012; 12(2); 159-181.

29. Yücel Ö. Evlilik Öncesi Muayene ve Testlerin Hukuksal Niteliği. Adli Bilimler Dergisi, 2009; 8(4):34-47.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/10503,evlilik-oncesi-muayene-ve-danismanlik-rehberipdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 08.07.2021.
31. Işık O. Yargıtay Kararları Işığında Hekimin Hukuki Sorumluluğu (Tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
32. Tezer N. Hekimlerin Aydınlatma ve Bilgilendirilmiş Onam Yükümlülüğü. Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. Akademisyen Yayınevi, İstanbul, 2019: 337-346.
33. Türk Tabipleri Birliği Aydınlatılmış Onam Kılavuzu. [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik). Erişim Tarihi: 09.07.2021.
34. Enjeksiyon Nöropatisinde Aydınlatılmış Onamın Olmaması. <http://www.yildiz.av.tr/yargitay-ve-anayasa-mahkemesin-son-kararlari-isiginda-enjeksiyon-noropatisi-siyatik-sinir-yaralanmasi-ve-maddi-tazminat--i-1195.html>. Erişim Tarihi: 09.07.2021.
35. 2019/11 Sayılı Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge. <https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/TR,55452/201911-sayili-enjeksiyon-uygulamaları-hakkında-genelge.html>. Erişim Tarihi: 09.07.2021.
36. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 2(3):119-125.
37. Çeker M. 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanununa Göre Sigorta Hukuku. Karahan Yayınları, 2012;265-266.
38. Kerç E, Akpınar Ö. Türkiye’de Uygulanmakta Olan Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortalarına Yönelik Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi, 2018; 13(50):229-246.
39. Tümer AR, Akcan R, Karacaoğlu E. Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri ile Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi. Hacettepe Tıp Dergisi, (2011); 42, 34-41.
40. Güngör P, Merih YD, Kocabey MY. Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, (2012); 43(4), 128-138.

41. Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulamasıyla İlgili Soru ve Yanıtlar. [https://www.ttb.org.tr/makale\\_goster.php?Guid=64b07842-9237-11e7-b66d-1540034f819c](https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=64b07842-9237-11e7-b66d-1540034f819c). Erişim Tarihi:14.07.2021.
42. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. Anadolu Sigorta. <https://www.anadolusigorta.com.tr/i/assets/images/documan/Tibbi-Kotu-Uygulamaya-iliskin-zorunlu-Mali-Sorumluluk%20Sigortasi.pdf>. Erişim Tarihi: 14.07.2021.
43. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. <https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=9&MevzuatNo=14124&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 14.07.2021.
44. Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 14.07.2021.
45. Çetin G. Tıbbi Malpraktis. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, Edt. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İU Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48, İstanbul, 2006: 31-42.
46. Akbaba M, Davutoğlu V. Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı?. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2016; 44(7):609-616.
47. Taksirle Öldürme Suçu Nedir? <https://barandogan.av.tr/blog/ceza-hukuku/taksirle-adam-oldurme-olume-neden-olma-sucu.html>. Erişim Tarihi: 14.07.2021.
48. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. [www.sozluk.gov.tr](http://www.sozluk.gov.tr). Erişim Tarihi: 14.07.2021.
49. Albayrak M. Şikayete Tabi Suçların Özellikleri ve Bu Suçlara Bağlanan Hukuki Sonuçlar. Türkiye Barolar Birliği Dergisi,2008; 77:281-306.
50. Dokgöz H. Bilirkişilik. Dokgöz H. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Akademisyen Kitabevi. Ankara, 2019;44-47.
51. Yüksek Sağlık Şûrasının Resmi Bilirkişilik Görevi Sona Erdi. <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-yukse-saglik-srasinin-resmi-bilirkisilik-gorevi-sona-erdi-72-64-2592.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2021.
52. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf>. Erişim Tarihi: 02.08.2021.
53. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.837395.pdf>. Erişim Tarihi: 02.08.2021.

54. <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/hukuk-etik/tr-bicak-parasi-aldigi-iddia-edilen-doktorun-81-yil-hapsi-istendi-2-17-86197.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2021.
55. Yılmaz AE. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu.TAÜHFD, 2020; 2(2): 235-282.
56. Erbaş R, Sarıdağ BH, Yorulmaz C. 15-18 Yaş Arası Gebeliklerde Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirme Yükümlülüğü. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2020; 41:95-112.
57. Leape LL. Error in medicine. Journal Of American Medical Association. 1994; 272(23):1851-1857.
58. Polat O. Klinik adli tıp, adli tıp uygulamaları; tıbbi uygulama hataları. 1.baskı. Ankara: Seçkin Yayınları, 2007: 223-244.
59. Stanislaw G. 25 Facts About Medical Malpractice. <https://malpracticecenter.com/medical-malpractice-facts>. Erişim Tarihi: 08.09.2021.
60. Hekimlere açılan dava sayısı 1.200'ü geçti, tazminat miktarı 6.5 milyon TL. <https://www.medikalakademi.com.tr/hekime-1-200-dava-6-5-tl-tazminat>. Erişim Tarihi: 08.09.2021.
61. Kırtıçoğlu M. Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi; 2018.
62. Yıllara göre tıp fakülteleri kontenjanları: "Artmaya devam ediyor". <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/tip-egitimi-tus/tr-yillara-gore-tip-fakulteleri-kontenjanlari-artmaya-devam-ediyor-2-22-78944.html>. Erişim tarihi: 08.09.2021.
63. 4857 Sayılı İş Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>. Erişim Tarihi: 08.09.2021.
64. Kumaş H, Beyaztaş FY. Türkiye'deki Hekimlerin Çalışma Koşullarının İrdelenmesi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 29 (3): 123-127.
65. TBMM Soru Önergesi Cevabı. <https://www2.tbmm.gov.tr/d27/7/7-22769sgc.pdf>. Erişim Tarihi: 08.09.2021.
66. 2017 Yılı Kamu Hastaneleri Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım, Ameliyat, Acil Servis ve Doğum Sayıları.<https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/23495/0/her-bransta-ilk-100-hastane---2017-yili-kamu-hastaneleri-muayene-yatis-yogun-bakim-ameliyat-acil-servis-ve-dogum-sayilari2pdf.pdf>. Erişim Tarihi: 08.09.2021.

67. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeon's tone of voice: a clue to malpractice history, *Surgery*, 2002; 132:5-9.
68. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, I. Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2005, Ankara.
69. World Medical Association (2005). World Medical Association Statement On Medical Malpractice. [www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice](http://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice). Erişim tarihi: 10.09.2021.
70. Bakar M. Türk Toplumunda Tıbbi Malpraktis, Hekimler ve Sağlık Personeline Güven. İstanbul, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; (2016).
71. Shepherd R.. Medical Malpractice. Richard Shepherd (Ed). In Simpson's Forensic Medicine 12th edition (15-21). London: Arnold Publishers; (2003).
72. Saka NE. Defansif Tıp. II. Türk Adli Bilimler Kongresi Tam Metin Kongre Kitabı içinde (s.56-70), Antalya, Panel Oturumu, (2019).
73. Tanrıver S. Bilirkişinin Sorumluluğu. *TBB Dergisi*, Sayı 56, 2005;133-166.
74. Resmi Gazete (2010). Anayasa Mahkemesi Kararı 2010. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101022-10.htm>. Erişim tarihi: 10.09.2021.
75. 6754 Sayılı Bilirkişilik Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6754.pdf>. Erişim tarihi: 10.09.2021.
76. Dönmez B. Yeni CMK'da Bilirkişi Kavramı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 9, Özel Sayı, 2007;1145-1177*.
77. Hakimler ve Savcılar Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2802.pdf>. Erişim Tarihi: 10.09.2021.
78. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2016, 3(3);132-139.
79. Health Program Office of Technology Assesment. Impact of Legal Reforms on Medical Malpractice Costs. Washington, September 1993; 13. <https://ota.fas.org/reports/9329.pdf> . Erişim Tarihi: 10.09.2021.
80. Biçen E. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması (Uzmanlık Tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*; 2018.

81. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Desroches CM, Peugh J, Zapert K et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*, 2005. 293(21); 2609-2617.
82. Altındış S, Coşar E, Atasoy A, Akbaba B, Şimşir İ, Öz S. Sağlık Uygulamalarında Defansif Tıp. *Balıkesir Medical Journal*. 2019; 3(1):12.
83. Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
84. Borgan SM, Romeus L, Rahman S, Asmar A. Internal Medicine Residents and the Practice of Defensive Medicine: A Pilot Study Across Three Internal Medicine Residency Programs. 2020, *Cureus* 12(2): e6876. DOI 10.7759/cureus.6876.
85. Asher E, Dotan SG, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive medicine in Israel—a nationwide survey. *PLoS One*, 2012.7(8):1-7.
86. Perez PB, Diaz JMG, Gil AH, Hernandez SM, Martin AG, Saez AS et al. Medicina Defensiva En Los Servicios De Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: (7) de junio e1-10.
87. Ashtarnakhae F, Zarei E, Daneshkohan A, Zali A. The Prevalence of Defensive Medicine Behaviors among Surgeons, Its Causes and Potential Reduction Solutions: a Cross-Sectional Study in Iran. *Journal Of Medical Couincal Of Iran*. 35(4)309-317.
88. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *British Medical Journal*, 1995. 310(6971); 27-29.
89. Başer A, Kolcu G, Çığırıl Y, Kadıncık B, Öngel K. İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2014; 16: 24.
90. Solaroğlu İ, İzci Y, Yeter HG, Metin MM, Keleş GE. Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. *Plos One* 9(10): e111446. doi:10.1371/journal.pone.0111446.
91. Çalıkoğlu EO, Aras A. Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2020; 73: 1-6.
92. Küçük M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38:2, 200-205.
93. Göçen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, Çelepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*. 2018; 12 (2); 77-87.

94. Yeşiltaş A. Şiddet ve Defansif Tıp Üzerine Nitel Bir Çalışma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2018:45.
95. Saka NE, Dokgöz H. Sağlık Alanında Yaygınlaşması Önlenemeyen Uygulama Ve Davranım Modeli: Defansif Tıbbi Uygulamalar. Sözel Bildiri Oturumu-4. 14. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı. Çeşme,2014; 109.
96. Kim EK, Fletcher WJ, Jonhson CJ. Effect of Increasing Malpractice Insurance Cost and Subsequent Practice of Defensive Medicine on Out-of-Hospital Birth Rates in the United States. American Journal of Perinatology.2019; Vol. 36; 723-729.
97. Panella M, Rinaldi C, Leigh F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. Journal of Health Services Research & Policy. 2017, Vol. 22(4) 211–217.
98. Rohrbert MB, Class J, Bishop TF. The Cost of Defensive Medicine on 3 Hospital Medicine Services. JAMA Intern Med. 2014; 174(11):1867-1868.
99. Güleç D. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü; 2012.
100. Aydoğan Gedik S, Unsal A, Arslantas D, Mutlu A. Medical Malpractice Knowledge Level of Faculty of Medicine Students. Osmangazi Journal of Medicine. 2021; 171-181. Doi: 10.20515/otd.745382.
101. Yıllara göre Sağlık Bakanlığı hekim sayıları. <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>. Erişim tarihi: 03.11.2021.
102. Kumtepe V, Meral O, Gönüllü H. İzmir ve Çevre İllerdeki Acil Tıp Asistanlarının Defansif (Çekinik) Tıp Uygulama Düzeylerinin İncelenmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2019; 3.
103. Özata M, Özer K, Akkoca Y, Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2018; 7(1): 132-139.
104. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi; 2008.
105. Kalaman KG. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi; 2019.

106. Uğrak U. Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2019.
107. Kara KS. Edirne'deki Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi; 2020.
108. Banaz M. Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
109. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2009; 31: 356-366.
110. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler. Int J Basic Clin Med 2013; 1(2):83-93.
111. Arikian A, Çınarlı S, Aykar FS, Sayan A. Attitudes of medical malpractice in pediatric surgery. J Pediatr Res. 2017; 4:117-22.
112. Ulusoy H, Tosun N. Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma. Business & Management Studies:An International Journal.2020; 8(1); 969-980.
113. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. (2016). Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. New England Journal of Medicine, 374(4), 354-362.



## **EKLER**

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni
2. Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü izni
3. Özel Star Medica Hastanesi izni
4. Özel Yaşam Hastanesi izni
5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
6. Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum Ölçeği
7. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
8. Malpraktis Bilgi Düzeyi Ölçeği

Ek 1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni

BASVURU BİLGİLERİ	
Araştırmacının Açık Adı	Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin, Hekim Sorumluluğu, Malpraktis ve Defansif Tıp Konuları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra Saka / TNKÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp
Etik Kurul Toplantı Tarihi	27.05.2021
Araştırma Protokol Numarası	2021.151.05.24
Araştırmacının Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Diğer:
Araştırmacının Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/> TNKÜ BAP <input type="checkbox"/> Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:
Araştırmacının Bütçesi	190 ₺
Araştırmacının Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkezli <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tabii Biyokimya	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sibel ÖZKAN GÜRDAL	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tabii Biyokimya	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tabii Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMIRKAPU	Tabii Farmakoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda bulunma.

**Etik Kurul Başkanı**  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER  
İmza: [Blank]

## Ek 2. Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü izni



T.C.  
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

TEKİRDAĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TEKİRDAĞ  
EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ



Sayı : E-12641312-044  
Konu : Araştırma İzin Talebi/Dr. Naile Esra  
SAKA

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Dr. Naile Esra SAKA'nın 22/06/2021 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesinde Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA tarafından Tekirdağ ilinde görev yapan hekimlerin, hekim sorumluluğu, malpraktis ve defansif tıp konuları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla "**Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin, Hekim Sorumluluğu, Malpraktis ve Defansif Tıp Konuları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**" konulu çalışmamın 01/06/2021-31/11/2021 tarihleri arasında Tekirdağ İl Merkezinde aktif olarak görev yapmakta olan tüm hekimlerden en az 100 hekime uygulayabilmek için gerekli izin talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında araştırmacı tarafından Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Zafer SOYKIRLI  
Müdür a.  
Başkan

Ek:

1. Soru Formu (6 Sayfa)
2. Protokol (2 Sayfa)

Dağıtım:  
Süleymanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü  
Naile Esra Saka e-posta:nesaka@nku.edu.tr  
Tekirdağ Devlet Hastanesi  
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumanhoğlu Şehir Hastanesi

Bilgi için: EDA ÖZEL

PSİKOLOG

Telefon: Faks No:

e-Posta: [eda.karacay2@saglik.gov.tr](mailto:eda.karacay2@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:

Telefon No: (0 282) 258 22 58

Belge Doğrulama Kodu: 1b5b6dfe-c16c-4a34-82fa-1e5b76cafd4

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ehys>

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

### Ek 3. Özel Star Medica Hastanesi izni

2

#### ÖZEL STAR MEDİCA HASTANESİ YÖNETİM KURULUNA

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin, Hekim Sorumluluğu, Malpraktis ve Defansif Tıp Konuları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Hastanenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

07/05/2021

Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA  
Sorumlu  
TNKÜ Adli Tıp / [Redacted] Şikâyeti

UYGUNDUR

7.5.21

Afak  
İşletme Direktörü

## Ek 4. Özel Yaşam Hastanesi İzni

2

### ÖZEL YAŞAMHASTANESİ YÖNETİM KURULUNA

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin, Hekim Sorumluluğu, Malpraktis ve Defansif Tıp Konuları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Hastanenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

07/05/2021

Dr. Öğr.  
Soy  
TNKÜ Adli

KA  
aşkanı

UYGUNDUR  
07/05/2021

Adı Soyadı

ÖZEL YAŞAMHASTANESİ YÖNETİM KURULU  
Cumhuriyet  
TI  
ÖZEL TEKİRDAĞ Y  
Dr. Mer  
Genel

## Ek 5.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### ÇALIŞMANIN ADI

Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hekimlerin, Hekim Sorumluluğu, ~~Malgeme~~ ve Defansif Tıp Konularına Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sorumlu Araştırmacı:

**Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmanın amacı Tekirdağ İl Merkezi'nde aktif olarak hekimlik yapan kişilerin Hekim Sorumluluğu, ~~Malgeme~~ ve Defansif Tıp konularında hem tutumlarının ne olduğu hem de bilgi düzeylerinin ne seviyede olduğunu ortaya koymaktır. Elde edilecek sonuçları göre hekimlerin mesleğini yaparken ifa ettikleri görev hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olup olmadığı, yeterli değilse buna yönelik neler yapılabilirliği hususunda fikirler ortaya konulacaktır.

**Araştırmada İzlenecek Yöntem:** Araştırmaya katılan gönüllüler Tabii Hastalarda Tutum Ölçeği ve ~~Malgeme~~ Bilgi Düzeyi Anketi uygulanacaktır.

Bu araştırmanın protokolu, Nispetiye Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Herhangi bir beyannameyi ortaya koyma etik prensiplerine riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklanması için verilecektir.

**Alternatif Tedavi veya Girişimler:**

**Araştırma Sürecinde Karşılaşılabilecek Riskler:**

**Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:**

## Ek 5.2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-devamı

**Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Arş. Gör. Dr. Hasan BUDAK- 05037009436**

Bu araştırmaya katılmaya tamamen gönüllü olarak katılacaksınız. Sizin araştırmaya katılmaya ilişkin bilgileri olan tek kişi proje yürütücüsünüzdür. Proje yürütücüsüne verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgiler de gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumlara müfettişleri araştırmadan geçmeli yazılar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini gerektiren üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızın incelenmesi yükümlü olabilirsiniz. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırmaya amacıyla ve bu araştırmaya ilişkin yayınlara için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz açıklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Müzayacınız ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin ilgili yazılı ve sözlü açıklamaları aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklama gelen tüm sorulara araştırmaya aittir, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntısıyla anlamanı bulabildim. Çabamaya katılmaya istiyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Araştırmaya gönüllü olarak katılmaya, istediğim zaman gerçekleri veya gerçekleri olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmadan tarafında araştırmaya dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi kararım ile katılmaya kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerimin güvenle kullanılmasını, transfer edilmesini ve işlenmesini konusunda araştırmaya yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılmaya davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekliyse Olur İşleminde Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

## Ek 6.1. Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum Ölçeği

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU VE TUTUM ÖLÇEĞİ

**1. Kaç yaşındasınız?**

- 1)24-34 2)35-44 3)45-54 4)55-64 5)65+

**2. Kaç yıllık hekimsiniz?**

- 1)0-5 yıl 2)6-10 yıl 3)11-15 yıl 4)16-20 yıl 5)21 yıl veya daha fazla

**3. Cinsiyetiniz?**

1. Erkek  
2. Kadın  
3. Diğer

**4. Hangi sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?**

1. Özel Hastane  
2. Devlet Hastanesi- Şehir Hastanesi  
3. Üniversite Hastanesi  
4. Aile Sağlığı Merkezi  
5. Acil Sağlık Hizmetleri  
6. Toplum Sağlığı Merkezi- İl Sağlık Müdürlüğü  
7. Muayenehane

**5. Görev unvanınız nedir?**

1. Pratisyen Hekim  
2. Uzman Hekim  
3. Öğretim Üyesi  
4. Araştırma Görevlisi

**6. Haftalık çalışma saatiniz**

- 1) 0-40 saat 2) 41-50 saat 3) 51-60 saat 4) >61 saat

**7. Malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?**

1. Kesinlikle Evet  
2. Evet  
3. Kararsızım  
4. Hayır  
5. Kesinlikle Hayır

**8. Malpraktis iddiasıyla aleyhinize dava açıldı mı?**

1. Hayır  
2. Bir Defa  
3. Birden Fazla



## Ek 6.2. Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum Ölçeği-devamı

9. Tıbbi malpraktis iddialarından kendini korumak için, fazla tetkik istediğini söylüyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

10. Tıbbi malpraktis iddialarından kendini korumak için, fazladan ilaç yazdığını söylüyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

11. Tıbbi malpraktis iddialarından kendini korumak için, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığını söylüyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

12. Tıbbi malpraktis iddialarından kendini korumak için, fazladan konutlaştırıyor istediğini söylüyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

13. Tıbbi malpraktis iddialarından kendini korumak için endikasyonları hasta yatırıldığını söylüyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

14. Tıbbi malpraktis iddialarından kendini korumak için, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığını söylüyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

### Ek 6.3. Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum Ölçeği-devamı

15. Tıbbi malpraktiştir iddialarından kendinizi korumak için, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınızı oluyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

16. Tıbbi malpraktiştir iddialarından kendinizi korumak için, komplikasyonları yüksek tedavilerden kaçındığınızı oluyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

17. Tıbbi malpraktiştir iddialarından kendinizi korumak için, kayıtları daha detaylı tuttuğunuzu oluyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

18. Tıbbi malpraktiştir iddialarından kendinizi korumak için, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğinizi oluyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

19. Tıbbi malpraktiştir iddialarından kendinizi korumak için, tedavi olanığınızı olduğu halde riskli hastaları sevki ettiğinizi oluyor mu?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

20. İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktiştir davası ile karşılaşma riskinizi nedir?

1. Çok Yüksek
2. Yüksek
3. Yüksek Değil

21. Tıbbi malpraktiştir için Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırıyor musunuz?

1. Hiç Yapmamadan
2. Birkaç Yılda Yaptırıyorum
3. Devamlı Yaptırıyorum
4. Şu An Sigortam Yok

## Ek 6.4. Sosyodemografik Veri Formu ve Tutum Ölçeği-devamı

22. "Hasta Hakları Yönetmeliği"ni okudunuz mu?

1. Hiç Duymadım
2. Duydum, Hiç Okumadım
3. Kısmen Okudum
4. Tamamen Okudum

23. Komplikasyon-malpraktis ayrımını net olarak yapabildiğini düşünüyor musunuz?

1. Kesinlikle Evet
2. Evet
3. Kararsızım
4. Hayır
5. Kesinlikle Hayır

24. Sıca birliktir raporları mesleki gerçeklerle uyuyor mu?

1. Kesinlikle Evet
2. Evet
3. Kararsızım
4. Hayır
5. Kesinlikle Hayır

25. "Tıbbi Kesti Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" yaptırmanızı bekimlik uygulamalarının daha rahat yapmanızı sağlar mı?

1. Kesinlikle Evet
2. Evet
3. Kararsızım
4. Hayır
5. Kesinlikle Hayır

26. Tıbbi hata yapmaktan korkuyor musunuz?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir Zaman

27. Bugüne kadar tıbbi malpraktis konusunda aldığınız bilgileri hangi kaynaklardan edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Kongre, sempozyum ve Seminerler
2. Yazın, Görsel ve Sosyal Medya
3. Tıp eğitimi
4. Meslektaşlarım
5. Makaleler
6. Kitaplar

## Ek 7. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
<b>Tıbbi Hatalarda Tutum</b>					
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayış olmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hastaya yakınlarına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır					

## Ek 8. Malpraktis Bilgi Düzeyi Ölçeği

Malpraktisile İlgili Önermeler	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1. Tıbbi malpraktis, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır.			
2. Malpraktis için hekimin kusurlu davranışı gereklidir.			
3. Malpraktiste, yapılan eylem ile oluşan zarar arasında nedensellik bağı vardır.			
4. Hekimin tanı ile ilgili tetkikleri eksik yapması nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktis olarak kabul edilir.			
5. Tıbbi alet ve cihazlardaki bozukluk sonucu hastanın zarar görmesi halinde hekim kesinlikle suçlu sayılmaz.			
6. Ötenazi malpraktis olarak kabul edilmez.			
7. Malpraktis olaylarında sorumluluk sadece hekime aittir.			
8. Hekim kusurlu olmasa bile hastada ortaya çıkan zararlı sonuçtan sorumludur.			
9. Hastadan alınan aydınlatılmış onam, hekimin kusurlu davranışları nedeniyle ceza almasını engeller.			
10. Hastalardan alınacak aydınlatılmış onamın her durumda yazılı alınması şarttır.			
11. Tedavi sonucu gelişen komplikasyonlar malpraktis olarak kabul edilmez.			
12. Eğer hasta önceden bilgilendirilmemişse, komplikasyonlar malpraktis olarak kabul edilir.			
13. Malpraktis olaylarının aydınlatılmasında iyi tutulmuş tıbbi kayıtlar çok önemlidir.			
14. Malpraktisten korunmak için standart tanı ve tedavi uygulamaları kullanılmalıdır.			
15. Malpraktis nedeniyle bir hekimin suçlu sayılmaması için ortalama bir meslektaş kadar özenli, dikkatli, becerili olması beklenir.			
16. Malpraktis nedeniyle yapılan idari soruşturma sonucunda, hekime uyarı ve kademe ilerlemesinin durdurulması gibi cezalar verilebilir.			
17. Malpraktis nedeniyle hekime adli soruşturma açılmaz.			
18. Tıbbi uygulama hatası nedeniyle oluşan zararın, sonucu öngörülmeden, kasıtsız olarak, dikkatsizlik ve özensizlikten dolayı gerçekleşmesine taksir denir.			
19. Taksirle yapılan tıbbi hatalar nedeniyle oluşan zarardan dolayı hekime ceza verilmez.			
20. Hekimin tıbbi müdahaledeki ihmali nedeniyle hastanın zarar görmesi malpraktistir.			
21. Mahkeme malpraktis kararı vermek için bilirkişi olarak seçilen hekimlerden görüş alabilir.			
22. Türkiye'de malpraktis davalarında en önemli resmi bilirkişilik birimi, Adli Tıp Kurumu'dur.			
23. Türkiye'de hekimlerin malpraktis ile ilgili Mali Sorumluluk Sigortası yaptırması zorunludur.			
24. Türkiye'de malpraktis ile ilgili özel bir kanun yoktur.			
25. Hekimler malpraktis davalarında, taksirle adam öldürme ve yaralama gibi suçlarla yargılanırlar.			