



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İSTANBUL İLİ AİLE HEKİMLERİNİN HASTA VEYA HASTA YAKINI
TARAFINDAN ŞİDDETE MARUZİYET DURUMLARI İLE DEFANSİF
TIP UYGULAMALARI TUTUMU VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Abdulbaki BİLEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2024



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

**İSTANBUL İLİ AİLE HEKİMLERİNİN HASTA VEYA HASTA YAKINI
TARAFINDAN şİDDETE MARUZİYET DURUMLARI İLE DEFANSİF
TIP UYGULAMALARI TUTUMU VE DAVRANIşLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Abdulbaki BİLEN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zuhal Aydan SAğLAM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2024

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında büyük emeği geçen, tez hazırlama sürecim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren tez danışmanım, değerli hocam Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu **Prof.Dr. Zuhul Aydan SAĞLAM**'a ve Dahiliye Kliniği Eğitim Sorumlusu merhum **Uzm. Dr. Ahmet Cüneyt MÜDERRİSOĞLU**'na, danıştığım her konuda her zaman yardımcı olan Aile Hekimliği Kliniği İdari Sorumlusu **Doç. Dr. Yalçın HACIOĞLU**'na ve değerli uzmanımız **Uzm. Dr. İsmail Gökhan KALAYCI**'ya çok teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan mutlu olduğum, nice değerli anılar biriktirdiğim ve bu çalışmada kıymetli tecrübelerini benimle paylaşan **Uzm. Dr. Murat RÜZĐAR**, **Uzm. Dr. Çağlayan MUTLU**, **Dr. Hakan KAZANASMAZ**, **Uzm. Dr. Süleyman KARTAL**, **Dr. Cihat AYTEKİN**, **Uzm. Dr. Onur EGEMEN**, **Uzm. Dr. Songül DEMİRİYAS** ve **Selda KAYALI**' ya;

Bugünlere ulaşmamda en büyük role sahip olan, bana her zaman inanan, her zaman bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, sonsuz emek ve fedakarlıklarının karşılığını ödeyemeyeceğim canım annem **Özden Fatma BİLEN**'e; beni her konuda cesaretlendiren ve her sıkıntıda sıcacık elini omuzumda hissettiğim değerli babam **Abdul Sıtkı BİLEN**'e; sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kardeşlerim **Hacı Süleyman BİLEN** ve **Nuriye Nur BİLEN** 'e;

Bütün samimiyetimle sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şiddet Kavramı.....	3
2.1.1. Şiddet ile İlişkili Diğer Kavramlar	3
2.1.2. Şiddet Türleri.....	4
2.1.2.1. Fiziksel Şiddet	4
2.1.2.2. Sözel şiddet	4
2.1.2.3. Cinsel şiddet	5
2.1.3. Sağlık Kurumlarında Şiddet	5
2.1.4. Dünyada Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı	6
2.1.5. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı.....	8
2.2. Defansif Tıp ve Tanımı	9
2.2.1. Tarihsel gelişim	9
2.2.2. Defansif Tıbbın Nedenleri.....	12
2.2.3. Defansif tıbbın türleri	15
2.2.4. Defansif tıbbın etkileri	18
2.2.5. Defansif tıbbi uygulamaların hekimler arasında yaygınlığı.....	20
2.2.5.1. Uluslararası literatür	20
2.2.5.2. Ulusal literatür.....	23

2.3. Şiddet ve Defansif Tıp Arasındaki İlişki.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	30
3.3. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	30
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	30
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	31
3.BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ.....	45
7. ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	47

KISALTMALAR

- BT** : Bilgisayarlı Tomografi
DT : Defansif tıp
EKT : Elektro Konvülsif Tedavi
GDT : Genel Defansif Tıp
MRI : Magnetik Rezonans İncelemesi
NDT : Negatif Defansif Tıp
PDT : Pozitif Defansif Tıp
TCK : Türk Ceza Kanunu



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları	32
Tablo 2. Aile hekimlerinin mesleki durumlarıyla statülerinin ve birimlerine kayıtlı hastaların dağılımları açısından tanımlanması	32
Tablo 3. Aile hekimlerinin sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu ve sayısı	33
Tablo 4. Malpraktis ve defansif tıpa ilişkin çeşitli değişkenlerin dağılımları.....	33
Tablo 5. Defansif tıp puan ortalamalarının dağılımları.....	34
Tablo 6. Niceliksel tanımlayıcı değişkenlerin defansif tıp ölçeği ile ilişki analizi	34
Tablo 7. Cinsiyete göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması	35
Tablo 8. Medeni duruma göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 9. Aile hekimliği statüsüne göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması	35
Tablo 10. Şiddete maruz kalma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 11. Malpraktis nedeniyle dava açılma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 12. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünme durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 13. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 14. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması	38
Tablo 15. İçinde bulunulan sözleşme döneminde aile hekimliği uygulamasında ihtar puanı alma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması	38
Tablo 16. PDT ile anlamlı ilişki bulunan niceliksel değişkenlerin etki analizi	38
Tablo 17. NDT ile anlamlı ilişki bulunan niceliksel değişkenlerin etki analizi.....	39

Tablo 18. GDT ile anlamlı ilişki bulunan niceliksel değişkenlerin etki analizi..... 39



ÖZET

Amaç: Bu çalışma İstanbul ili aile hekimlerinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruziyet durumları ile defansif tıp uygulamaları tutumu ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 01.12.2023-01.03.2024 tarihleri arasında İstanbul'da aktif görev yapan 400 aile hekimi katıldı. Katılımcılara çevrimiçi olarak 14 soru ve ifadeden oluşan sosyodemografik form ve Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği doldurtuldu. Çalışmamızda Cronbach's Alpha kat sayıları sırasıyla genel defansif tıpta (GDT) 0,913, pozitif defansif tıpta (PDT) 0,867 ve negatif defansif tıpta (NDT) 0,906 bulundu. Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Normal dağılım analizi yapılan verilerin normal dağılım gösterdikleri görüldü ve analizler parametrik testler ile yapıldı. Niceliksel değişkenler için minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenleri için sayı ve yüzde analizleri yapıldı. İkili değişkenlerin karşılaştırmaları student t testi ile, ikiden fazla değişkenlerin karşılaştırmaları tek yönlü ANOVA testi ile, ilişkisel analizler Pearson korelasyon testi ile analiz edildi. Etki analizi için çoklu doğrusal regresyon testi yapıldı. Analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Aile hekimlerinin yaş ortalamaları $34,6 \pm 6,7$, mesleki tecrübeleri $9,5 \pm 6,3$ yıl, aile hekimliği tecrübeleri $5,7 \pm 4,4$ yıl iken; %77'si (n=308) erkek, %65,5'i (n=262) evli idi. Hekimlerin %55,5'i (n=222) aile hekimliği asistanı, %23,7'i (n=95) uzman aile hekimi ve %20,8'i (n=83) pratisyen aile hekimiydi. Hekimlerin %76,8'i (n=307) sözlü veya fiziki şiddete maruz kalmıştı. Şiddete maruz kalma sayısı ortalaması ise $3,9 \pm 2,4$ idi. Evli, şiddete maruz kalan ve defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymayanlar ve içeriği hakkında bilgisi olmayanlar daha fazla, pratisyen hekimler ise daha az defansif idi. Yaş, mesleki tecrübe ve şiddete maruz kalma sayısı PDT, NDT ve GDT ile negatif yönde, aile hekimliği tecrübesi NDT ve GDT ile negatif yönde, kayıtlı hasta sayısı ve günlük muayene edilen hasta sayısı NDT ile pozitif yönde ilişkiliydi. Yaş ve şiddete maruz kalma sayısı PDT'yi %8,5 oranında, yaş, mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, birime kayıtlı hasta sayısı, birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısı NDT'yi %14,3

oranında ve birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısı GDT'yi %15,6 oranında etkilemekteydi.

Sonuç: Aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları yüksek idi. Evli olmak, hasta sayısı, düşük defansif tıp bilgisi ve şiddete maruz kalma defansif tıp uygulamalarının artmasına neden olan faktörler arasında yer almaktaydı.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Defansif tıp, Hasta, Şiddet



ABSTRACT

Aim: This study was conducted to evaluate the situations of Istanbul province family physicians regarding incidents of violence by patients or their relatives and their attitudes and behaviors towards defensive medicine practices.

Materials and Methods: A total of 400 family physicians actively working in Istanbul participated in the study between December 01, 2023, and March 01, 2024. Participants were asked to fill out an online sociodemographic form consisting of 14 questions and statements, as well as the Defensive Medicine Practices Attitude Scale. In our study, Cronbach's Alpha coefficients were found to be 0.913 for general defensive medicine (GDM), 0.867 for positive defensive medicine (PDM), and 0.906 for negative defensive medicine (NDM), respectively. The data were analyzed using the SPSS 22.0 program. It was observed that the data subjected to normal distribution analysis showed normal distribution, and the analyses were conducted using parametric tests. Descriptive statistics including minimum, maximum, mean, and standard deviation were calculated for quantitative variables, while number and percentage analyses were performed for categorical variables. Comparisons of binary variables were made using the student t-test, comparisons of more than two variables were made using one-way ANOVA test, and correlational analyses were conducted using Pearson correlation test. Multiple linear regression analysis was performed for effect analysis. A p-value of <0.05 was considered significant in the analyses.

Results: The mean age of family physicians was 34.6 ± 6.7 years, with a professional experience of 9.5 ± 6.3 years and a family medicine experience of 5.7 ± 4.4 years. Of the participants, 77% (n=308) were male, and 65.5% (n=262) were married. 55.5% (n=222) of the physicians were family medicine residents, 23.7% (n=95) were specialist family physicians, and 20.8% (n=83) were general practitioners. 76.8% (n=307) of the physicians had experienced verbal or physical violence, with an average number of incidents being 3.9 ± 2.4 . Married individuals, those who experienced violence, and those who had not previously heard of defensive medicine practices and had no knowledge about its content were more defensive, while general practitioners were less defensive. Age, professional experience, and the number of incidents of violence were negatively associated with PDM, NDM, and GDM, family

medicine experience was negatively associated with NDM and GDM, and the number of registered patients and the number of patients examined daily were positively associated with NDM. Age and the number of incidents of violence influenced PDM by 8.5%, while age, professional experience, family medicine experience, number of patients registered to the unit, number of chronic patients registered to the unit, and the number of incidents of violence influenced NDM by 14.3%, and the number of chronic patients registered to the unit and the number of incidents of violence influenced GDM by 15.6%.

Conclusion: Family physicians exhibited high levels of defensive medicine practices. Being married, the number of patients, low knowledge of defensive medicine, and experiencing violence were among the factors contributing to an increase in defensive medicine practices.

Keywords: Defensive medicine, Family medicine, Patient, Violence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet, tarihten günümüze cinsiyet, yaş grubu, etnik köken, meslek grubu fark etmeksizin görülen sosyal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Günümüze kadar çok farklı biçimlerde tanımlanmış olmakla birlikte bir bireyin kendisine ya da başka bir birey veya topluluğa karşı gösterdiği zarar verme durumu olarak tanımlanabilmektedir (2).

Şiddet vakaları toplumda birçok alanda ve çalışma ortamlarında görülmektedir. İş yeri şiddeti personelin güvenliğini, iş verimini, sağlığını negatif yönde etkileyen sözel ya da fiziksel tehdit, saldırı içerikli davranışları içerebilmektedir (3).

Sağlık sektöründe çalışan bireyler de iş yeri şiddeti açısından riskli grupta bulunmaktadır (4). Sağlık kurumuna başvuran bireyler sağlık sorunlarının hızlı bir biçimde çözümünü bekleyebilmekte ve olumsuz bir sonuçla karşılaştığında yaşadığı üzüntü nedeniyle yakın ve sürekli iletişim halinde oldukları sağlık çalışanlarına şiddet girişiminde bulunabilmektedir (5).

Defansif tıp (DT), tıbbi uygulama hatalarına ilişkin davalardan korunmak amacıyla hekimlerin hastalara karşı davranışlarını, olumlu ya da olumsuz yönde değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır (6). Tıbbi hata davaları açısından riskli olan uzmanlık alanları haricinde aile hekimliği, psikiyatri ve diş hekimliği gibi orta ve düşük riskli uzmanlık alanlarında da DT yapıldığı bildirilmiştir (7).

Defansif uygulamalar, genellikle iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır: kaçınma davranışı olarak değerlendirilen negatif defansif tıp ve artan müdahaleye yönelik pozitif defansif tıp. Her iki uygulama da çeşitli faktörler tarafından etkilenerek sağlık profesyonellerini defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir. Bu faktörler arasında hasta-hekim iletişimi, medya etkisi, şiddet, hekimlerin artan iş yükü, tıbbi hatalara ilişkin davalardan kaynaklanan endişeler, sağlık sistemi, yetersiz mesleki deneyim ve şikâyet edilme korkusu bulunmaktadır (8).

Aile hekimliği genel sağlık sistemi içerisinde yaş, cinsiyet ve hastalık ayırmaksızın hastalara açık ve sınırsız erişim imkânı sunan ilk temas noktası konumundadır. Literatürde aile hekimlerine yönelik şiddet ve defansif tıp uygulamalarına yönelik az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle bu çalışma aile

hekimlerinin hasta veya hasta yakını tarafından Şiddete maruziyet durumları ile defansif tıp uygulamaları tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Kavramı

Şiddet, insan bedeninin fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne zarar veren her türlü davranış olarak nitelendirilebilir. Şiddetin tarafı, boyutu ve türü fark etmeksizin kim tarafından, kime uygulanırsa uygulansın bir hak ihlalidir (9). Şiddet veya saldırganlık, genellikle bir engellenme sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kendini gerçekleştirmek isteyen birey, kısıtlı imkânlarla sahip toplumlarda engellenmekte, şiddet ve saldırganlığı çıkış yolu olarak görmektedir (8).

2.1.1. Şiddet ile İlişkili Diğer Kavramlar

Anlam olarak şiddet kavramına yakın birçok kavram bulunmaktadır. Bunlardan bazılarını aşağıda değinilmiştir.

Saldırganlık (Aggression): Şiddet ve saldırganlık birbirinden ayrı olgular gibi ele alınmaktadır. Fakat yapılan çalışmalara bakıldığında, şiddet ve saldırganlığın birbiriyle ilişkili kavramlar olduğu görülmektedir (10). Saldırganlık, öfke ve sinirin harekete geçmiş halidir (11). Şiddet, saldırganlığın en son noktasıdır. Şiddet, saldırganlığın harekete geçmiş haliyken; saldırganlık ise şiddet hareketlerinin temelini oluşturmaktadır (12).

Kişilerdeki her saldırgan davranış, şiddet barındırmayabilir. Örneğin; birisine şiddet içermeyen şekilde jest ve mimiklerin kullanımı, eleştiri yapılması bir saldırganlık davranışıdır. Saldırganlıkta bulunan kişi, birisine veya bir şeye kasıtlı olarak zarar vermektedir (12).

Zorbalık (Bullying): Saldırganlığın yaygın şekillerinden birisi olan zorbalığı tanımlamak zordur. İlk bakışta fiziksel şiddete benzer gibi gözükse de psikolojik ve sosyal özellikleri barındıran bir yapıya sahiptir. Zorbalık, bir başkasına sözel veya fiziksel saldırı gibi metotlar kullanarak zarar vermektir (12).

Öfke (Anger): Öfke, engellenme ya da incinme sonucunda ortaya çıkan saldırganlıktır (13). Öfke, insanoğluna ait olan beş duygudan biridir (14). Öfke, sonradan öğrenilmekte ve kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. İfade edilmiş şekli de kişiden kişiye farklılık göstermektedir (15).

Çatışma (Conflict): Güç, statü ve çıkar elde etmek için ortaya çıkan çekişme olarak tanımlanabilir (16). Çatışma, kişiler veya gruplar arasındaki anlaşmazlık sonucunda ortaya çıkan, kişilerin birbirlerini devre dışı bırakmaya çalıştıkları mücadeledir (16,17).

2.1.2. Şiddet Türleri

Şiddet, çok yönlü bir olgudur. Bu sebeple çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür (18). Son yıllarda şiddet ile ilgili farklı sınıflamalar yapılmıştır. Bunlar saldırgan şiddet, aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuklara veya yaşlılara yönelik şiddet ve intihar gibi sınıflandırmalardır. Ayrıca sözel, fiziksel, cinsel şiddet olarak üç başlıkta incelemeler de mevcuttur (19).

2.1.2.1. Fiziksel Şiddet

Akla gelen ilk şiddet türüdür (16). Fiziksel şiddet, kontrol etmeyi, acı ve korku yaşatmayı hedefleyen, beden gücü kullanımı gereken ve kişide fiziksel yaralanmalara sebep olan davranışlardır (20). Fiziksel şiddet kişinin karşısındaki kişiye isteyerek bilinçli bir şekilde zarar verecek davranışlarda bulunmasıdır (16). Bunlara örnek olarak vurma, tekmeleme veya sopa, bıçak gibi araçlarla yaralama davranışları verilebilir (20). Genelde birine zarar vermek, öldürmek ya da yaralamak amacıyla güç kullanmaktır (21).

Fiziksel şiddetin arkasında esasında güç ve kuvvet bulunmaktadır (22). Genellikle güç sahibi kişiler kendilerine oranla daha güçsüz olan kişilere fiziksel şiddet uygulamaktadır (23). Fiziksel şiddet kullanan kişiler öz saygıları düşük kişilerdir. Birisini kaybetmiş ya da terk edilmişlerdir. Kendisini karşısındakinin yerine koymaktan yoksun kişilerdir. Kişilik bozukluğu ya da madde kullanımı mevcuttur (24).

2.1.2.2. Sözel şiddet

Kişilere sözel olarak zarar vermektir. Hakaret etme, aşağılama, tehdit gibi davranışları içermektedir (25). Yetim (24), hakaret etmek, aşağılamak, lakap takmak, kişiyi alaya almak gibi davranışların sözel şiddet olduğunu ifade etmiştir. Kişilerin değer yargılarını zedelemek amacıyla ya da cezalandırmak için yapılan, sistemli hareketlerdir (26).

Sözel şiddet yalnızca dilsel bir şiddet değildir. Sözel şiddet çeşitli şekillerde dile getirilme olanağına sahiptir. Tutum ve davranışlarda da ortaya çıkabilir. Karşısındaki kişiyi küçük düşürmek, beklentilerini kırmak için jest ve mimikler kullanılabilir (12). Şiddet türleri arasında en sık rastlanılan türlerden biridir. Tek başına veya diğer şiddet türleriyle birlikte de uygulanabilmektedir (27). Kaya (19), sözel şiddetin etkilerinin kolay bir şekilde fark edilememesi sebebiyle, kişinin benliğine hasar verdiğini, fizyolojik ve duygusal hasarlara da sebep olabileceğini ifade etmektedir.

2.1.2.3. Cinsel şiddet

Cinsel şiddet; cinsel amaçlar içeren, ev ya da iş yeri fark etmeksizin herortamda karşılaşılan istenmeyen cinsel içerikli konuşma, davranış, ilişkiye zorlama ya da rahatsız etme davranışlarının tümünü içermektedir (25).

Cinsel şiddet; el kol hareketleri, laf atma da dâhil olmak üzere tecavüze kadar gidebilecek bütün davranışlardır (28). Cinsel şiddet davranışlarının büyük bir kısmında fiziksel şiddete maruz kalınmaktadır (29). Cinsel şiddet, bir kişinin bedenine karşı zor kullanarak cinsel saldırıda bulunulması şeklinde tanımlanabilir. Zamanla cinsel şiddet tanımında farklılıklar görülmüştür. İlk başlarda kadın ve çocuklar cinsel şiddete maruz kalırken, günümüzde erkekler de dâhil olmak üzere herkesin cinsel şiddete maruz kalabileceği düşünülmektedir (30). Cinsel şiddet mağdurları kadın, çocuk, yaşlı, hayvan ya da kişinin hemcinsi olabilmektedir (31).

2.1.3. Sağlık Kurumlarında Şiddet

Sağlık, hizmet ağırlıklı bir sektördür. Sağlık hizmetleri sunumunda hasta ile doğrudan temas gerekmektedir. Sürekli bir etkileşim hali söz konusudur. Dolayısıyla riskli iş kolları arasında yer alması da kaçınılmazdır. Pho (32), sağlık ortamlarının genel olarak “güvenli bölgeler” olarak düşünüldüğünü ancak, bu güvenli bölgelerin artık mevcut olmadığını ifade etmiştir. Sağlık kurumları, saldırı, tecavüz ve cinayet gibi şiddetli suçlar da dâhil olmak üzere sürekli artan suç oranlarıyla yüzleşmektedir (33).

Sağlıkta şiddet, bir veya birden fazla sağlık çalışanı ile hasta, hasta yakını ya da üçüncü şahıslar arasında gerçekleşen fiziksel veya ruhsal zararlar veren davranışları içermektedir (34,35). Şiddet, sağlık çalışanlarını riske sokan tehdit edici

davranış, hakaret ya da hasta veya halkın bir üyesi tarafından saldırı içeren bir olay olarak tanımlanmaktadır (36).

Sağlık kurumlarında şiddetten kaynaklanan yaralanmalar dünyanın birçok bölgesinde ciddi bir mesleki tehlike haline gelmektedir (37). Örneğin Avustralya'da sağlık çalışanlarının %72'si şiddete maruz kalmıştır (38). Japonya'da sağlık çalışanlarının %36,4'ü son bir yılda şiddet görmüştür (39). Pakistan'da Ruby ve ark. (40), tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %76'sı şiddete maruz kalmıştır. ABD'de (41), İtalya'da (42), Çin'de (43) tarafından yapılan çalışmalar da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin küresel yaygınlığını desteklemektedir.

2.1.4. Dünyada Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı

Sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili dünya genelinde çalışmalar yapılmaktadır. Çalışmalarda sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin boyutu ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir (44).

Çalışmalardan çıkan genel sonuçlar; sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının diğer sektörlere oranla daha fazla olduğu ve daha az kayıt altına alındığıdır. Şiddet olaylarının bildiriminde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sayıları bilinmemekte, sadece bildiri yapılan olaylarla sınırlı kalmaktadır. Ayrıca hastalar kadar hasta yakınlarının da şiddet uyguladığı ve en sık rastlanan şiddet türünün sözel şiddet olduğu belirtilmektedir (45).

Konu ile ilgili uluslararası bazı çalışmalar şu şekildedir:

BahrainDefense Force Hospital'ın acil servisinde yapılan çalışmada çalışanların %78'i sözlü tacize, %11'i fiziksel tacize, %3'ü cinsel tacize maruz kalmıştır. Acil servis çalışanlarına karşı şiddet vakalarının %53'ü gece vardiyalarında meydana gelmiştir (46).

İsviçre'de 291 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde katılımcıların %72'si sözel şiddete, %42'si fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Fiziksel şiddet mağdurlarının %23'ünün vücudunda yaralanmalar görülmüş ve %1,4'ü bu yaralanmalardan dolayı hastalık izni almıştır (47). Avustralya'da 9.449 pratisyen hekim üzerinde yapılan ulusal çaplı bir çalışmada son bir içinde pratisyen hekimlerin %32,3'ünün fiziksel şiddete, %70,6'sının da sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (48).

Şili’de 565 acil servis çalışanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %71,3’ü son bir yıl içinde fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (49).

İsrail halkının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tutumlarını ve çeşitli sağlık bakım ortamlarında şiddetli davranma niyetlerini incelemek için 609 katılımcı üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tutumları ele alınmış ve katılımcılara bir sağlık bakımı ortamında üç şiddet senaryosu sunulmuştur. Halkın şiddetle hareket etme niyetini açıklayabilecek değişkenleri keşfetmek için lojistik regresyon uygulanmıştır. Erkekler kadınlardan daha şiddetli davranışlar sergilemişlerdir. Şiddeti haklı çıkaran ve şiddet içeren davranışları destekleyen katılımcıların, şiddet davranışı sergilemekte daha fazla niyetli oldukları tespit edilmiştir (35).

Suudi Arabistan’ın Al-Hassa kentinde gerçekleştirilen bir çalışmada 1.091 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Son bir yıl içinde yaklaşık %28’i en az bir kez şiddet olayına maruz kalmıştır. Sözel şiddet %92,1 ve fiziksel şiddet %7,9 olarak bulunmuştur (50). Avustralya’da 400 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada sözel taciz %67, tehdit %33, saldırı %10,5, diğerlerine %11 oranında maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (51).

İtalya’da 745 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %45’i şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. En sık saldırıya uğrayanlar hemşireler %67, 37 bunu hemşire yardımcıları %18 ve doktorlar %12 takip etmiştir. Şiddet olayları psikiyatri bölümünde %86, acil serviste %71 ve geriyatrik servislerde %57 oranında bulunmuştur. Sözel şiddet %51, fiziksel şiddet ise %49 oranında bulunmuştur (42).

ABD’de 2016 yılında 11.000 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların 1.180’ninin fiziksel şiddete, 2.260’ının tehdide, 5.560’ının ise sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Hasta ile direkt ilişki içerisinde olan sağlık çalışanlarının yanı sıra hasta ile yakın ilişki içerisinde olmayan sağlık çalışanlarının da risk altında olduğu bulunmuştur. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %39’u hala güvenlik korkusu yaşamaktadır. Ayrıca yaşanan şiddet olaylarının sadece %19’unun raporlandığı tespit edilmiştir (52).

Japonya’da 8.711 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %36,4’ü son 1 yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kalmıştır. Bunlardan %15,9’u fiziksel, %29,8’i sözel, %9,9’u ise cinsel taciz şeklindedir (39).

2.1.5. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı

Ülkemizde sağlık kurumlarında yaşanan şiddet ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan bazıları şu şekildedir:

Doktorlar ve hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %87,3’ünün sözlü şiddete ve %12,2’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır (53).

2015 yılında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde yapılan bir çalışmada katılımcıların %73’ü şiddete maruz kalmıştır. Bunların %51,1’i fiziksel şiddet, %51,1’i sözlü şiddet mağdurdur. Şiddet mağdurlarının %87,2’si hastalar tarafından şiddete maruz kalmış ve %39,8’i şiddet olayından sonra tepki vermemiştir (54).

Türkiye Psikiyatri Derneği (55) tarafından yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı %64’tür, erkek sağlık çalışanlarından daha fazladır. Şiddete maruz kalanların %45,5’i araştırma görevlisi, %36,6 ise uzman doktorlardır. Şiddete maruz kalınan kurum sıralaması ise: Devlet üniversitesi hastaneleri (%32,2), eğitim araştırma hastaneleri (%27,7), devlet hastaneleri (%16,7), ruh hastaneleri (%11,4) olarak bulunmuştur. Son bir ayda fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %39,4 olarak bulunmuştur. Çalışanların %81,7’si ise şiddete hedef olmuş ancak çalışmaya devam etmiştir. Şiddete maruz kalanların %67,5’i olayı herhangi bir resmi kuruma bildirmemiştir.

Devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %77,2’si sözel şiddete, %22,8’i ise fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Şiddet olaylarının %54,4’ü acil serviste, %38,6 ise polikliniklerde gerçekleşmiştir. Şiddete maruz kalan çalışanların %45,6’sı kadın, %53,4 ise erkektir. En fazla maruz kalan meslek grubu %49,1 ile hekimler olmuştur. Yaş aralıklarına bakıldığında şiddete maruz kalanların %45,6’sını 26-35 yaş arası kişiler oluşturmaktadır (16).

Çuvadarve Ekuklu(56), tarafından yapılan bir çalışmada şiddet mağduru olan sağlık çalışanlarının %85’i hemşiredir. En sık rastlanan şiddet türü sözel şiddet %78 olmuştur. Şiddet kaynağı ise %44,3 ile hasta yakınlarıdır.

Çolak (18)'ın birinci basamak hekimleriyle yaptığı çalışmada son bir yılda hekimlerin şiddete uğrama oranı %82,2 bulunmuştur. Bu çalışmada hekimlerin %77,6'sı sözel, %67,5'i psikolojik, %18,5'i fiziksel ve %2,8'i cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

2.2. Defansif Tıp ve Tanımı

Defansif tıp, “hekimin hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası ile dava açılmasını önlemek, dava sonucunda maddi/manevi tazminatlar ödememek, mali kayba uğramamak, mesleki sorumluluk sigorta poliçe primlerini artırmamak için gereğinden fazla korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları fazladan istemesi ve tıbbi uygulama hatası davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir. Günümüzde genellikle defansif tıp şeklinde anılmakla beraber literatürde savunmacı tıp, çekinik tıp olarak da adlandırılmaktadır (57).

Bir diğer bakış açısıyla defansif tıp, genellikle hukuki sorunlardan korunmak için hekimlerin fazladan tetkik istemesi, hasta ile iletişimde gereksiz prosedürler izlemesi ya da bu tutumların zıttı olarak yüksek riskli hastalardan, risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınmasıdır (58).

Hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında tıp etiğinin dört ilkesine uygun davranması beklenir. Bu dört ilke; yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve adalet olarak tanımlanmıştır (59). Tıbbi uygulamalar gösterilen tüm özen ve dikkate rağmen bazen istenmeyen, beklenmedik bir şekilde sonuçlanabilir. Bu tür olaylarla karşılaşan hekimler, meslek hayatlarının devamında tanılarını güçlendirmek için daha fazla laboratuvar testi istemek, sevk emri vermek gibi savunma amaçlı tıbbi uygulamalara, mevcut kaynakları aşırı kullanmaya yönelebilirler (59,60).

Sonuç olarak defansif tıp, özellikle hukuki sorunlardan korunmak için hekimin savunmacı ya da çekingen tutumlar sergilemesidir (57).

2.2.1. Tarihsel gelişim

Defansif tıbbi doğuran etkenin 1970'lerde ABD'deki malpraktis krizi olduğu belirtilmektedir. Daha sonra Avrupa dahil diğer kıtalara yayılan bir kavram haline gelmiştir (61). Amerikan Tabipler Birliği Baş Hukuk Müşaviri 1974 yılında kamuya açık bir konuşmasında provokatif bir şekilde hekimlere “malpraktis davalarından

kaçınmanın tek yolunun hiçbir tıbbi işlem yapmamaktan geçtiğini” (hastaları muayene etmemek, ilaç reçete etmemek, ameliyat yapmamak vb.) belirtmiştir. Ancak konuşmasının devamında böyle sert bir tavsiyede bulunamayacağını, bunun yerine savunma tıbbını önereceğini söyleyerek muhtemelen savunma tıbbı kavramından ilk bahseden olmuştur (62). Hukuk Müşaviri birçok hekimin, hatalı tıbbi uygulama iddialarından korktukları için “pozitif defansif tıp” olarak adlandırdığı fazladan ve gereksiz testler istediğini açıklamıştır. Bazı hekimlerin sadece bu korku nedeniyle gerekli olmasına rağmen riskli tıbbi uygulamaları reddettiğini ve bunun “negatif defansif tıp” olarak adlandırıldığını konuşmasına eklemiştir (63).

ABD’de 1970’lerin başında tıbbi sorumluluk sigorta maliyetlerinde aşırı artış görüldüğü (ödenen primlerde cerrahi branşlarda yaklaşık 9,5 kat, diğer branşlarda yaklaşık 5,5 kat artış), bu artışın nedeni olarak hekimlerin haklarında dava açılma endişesi ile hastalar için uygun olmayan tanısal testleri aşırı kullanması olarak belirtilmiştir (64).

Pennsylvania’da yüksek risk grubundaki uzmanlık dallarına mensup hekimlerle yapılan bir anket çalışması hekimlerin % 90’ının defansif tıp uyguladığını ortaya koymuştur. Bu çalışmada acil servis hekimlerinin, ortopedi ve beyin cerrahlarının % 50’sinden fazlasında klinik olarak gerekli olmayan Bilgisayarlı Tomografi (BT), Magnetik Rezonans İncelemesi (MRI) ve direkt grafi gibi tanısal testlerin endikasyon dışı nedenlerle aşırı istendiği görülmüştür. Radyologların, belirsiz mamogramları olan hastaları cerrahi biyopsi için sevk ettikleri ve göğüs grafilerinde düşük riskli anormallik görülen hastalarda yakın takip ve tekrar görüntüleme istedikleri gözlenmiştir (65). Beyin cerrahı Sanjay Gupta “Daha Fazla Tedavi, Daha Fazla Hata” başlıklı makalesinde: “Burada çarpıcı bir ironi yatıyor. Defansif tıp, hatalardan kaçınma hedefine dayanır. Ancak her ek işlem veya test, ne kadar dikkatli yapılırsa yapılsın, yeni bir hata olasılığı doğurur. BT ve MRI taramaları, enfeksiyon ve kanama gibi komplikasyon riski taşıyan yanlış pozitifliklere ve gereksiz operasyonlara yol açabilir. Hastalara ne kadar çok ilaç reçete edilirse, yanlışlıkla aşırı doz alma veya alerjik reaksiyona girme olasılıkları o kadar yüksek olur. Safra kesesinin alınması gibi rutin operasyonlar bile anestezi gerektirir ve bu da miyokard enfarktüsü ve inme riskini artırabilir. Daha fazla uygulama, gereğinden fazla test ve daha fazla tedavi her zaman daha iyi değildir.

Tıbbi bakımın sunumu, mümkün olduğu kadar çok şey yapmamaktır. Önceliğin zarar vermeme olması gerektiğini” belirtmiştir (63).

ABD’de hekimler arasında yakın zamanda yapılan bir anket çalışmasında, uygulanan tıbbi bakımın % 20,6’sının gereksiz olduğu rapor edilmiştir. Ankete katılan hekimler tarafından gereksiz tıbbi uygulamanın iki önemli nedeni; yanlış uygulama korkusu ve hasta taleplerinin hissettirdiği baskı olarak belirtilmiştir (66). Birleşik Krallık’ta yapılan bir anket çalışmasında hekimler arasında en yaygın defansif tıbbi uygulamanın gereksiz testler istemek olduğu saptanmıştır (67). İtalya’da yapılan bir çalışmada, hekimlerin tıbbi uygulama hatası davalarına ilişkin endişeleri nedeniyle fazladan ilaç reçete ettikleri, laboratuvar testleri istedikleri veya hastaları sevk ettikleri gözlenmiştir. Bu araştırma, ilaç maliyetlerinin % 14’üne, laboratuvar test maliyetlerinin % 23’üne ve görüntüleme tetkik maliyetlerinin % 25’ine kadarının defansif tıpla ilgili olabileceğini göstermektedir (68).

Yüksek riskli uzmanlık dallarındaki hekimlerin % 93’ünün gereğinden fazla tetkik isteme, tanısal işlemler veya hastaların sevk edilmesi şeklinde "güvence davranışı" adı altında çok yaygın bir şekilde defansif tıbbi uygulamalarda buldukları belirtilmiştir (65). Avustralya, Birleşik Krallık ve ABD’de tıbbi sorumluluk sistemine ilişkin 2006’da yayınlanan bir inceleme, dava ve sorumluluk korkularının bu ülkelerdeki hekimler arasında savunma davranışını önemli ölçüde artırdığını, tıbbi maliyetleri yükselttiğini ve hastaları olumsuz etkilediğini göstermiştir (69).

Tıbbi bağlamda bir şeyler yolunda gitmediğinde, çoğu zaman insanların hayatlarına negatif etkisi olmaktadır. Bu zamanlarda bazen hastalar tıbbi ihmal olduğu iddiasında bulunabilirler ve iddiayı kanıtlayabilirlerse mağduriyetlerine ilişkin tazminat alabilirler. Birleşik Krallık’ta tıbbi bir bağlamda sorumluluğu tespit etmek ve sağlık profesyonellerinin görevi ihmal açısından değerlendirilmesini sağlamak amacıyla geçmişte “Bolam Testi” kullanılmıştır. Bolam Testi ilk defa 1957 yılında tarafları Bolam ve Friern Hastane Yönetim Komitesi olan davanın ardından uygulanmıştır. Hasta Bay Bolam, hastanede kendisine uygulanan Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) sonrası vücudunda oluşan ciddi kırıklar nedeniyle hekim hakkında üç nedenden ileri gelen ihmalkarlığın olduğunu iddia etmiştir. Bunun nedenlerini: “uygulama öncesi kas gevşetici ilaç yapılmaması, uygulama esnasında

zarar görmemesi için uzuvlarının bağlanmaması, uygulama sırasında oluşabilecek riskler hakkında bilgilendirilmemesi” olarak sıralamıştır. Bolam vakasında hekim EKT uygulamasının gereklerine uymuş ancak uygulama esnasında ve/veya sonrasında oluşabilecek istenmeyen durumların tümü hakkında ayrıntılı bir şekilde hastasını bilgilendirmemiş olması nedeniyle haksız görülmüştür. Bolam vakası yasal sistem içerisinde tıbbi uygulama hatası iddialarını değerlendirebilmenin bir yolu olarak “Bolam Testinin” geliştirilmesini ve uygulanmasını sağlamıştır. Bolam Testi, hekimin eylemlerinin kendi pozisyonundaki diğer sağlık profesyonellerinin eylemleriyle uyumlu olup olmadığını saptama öncülüne dayanır. Bu, hekimlerin tecrübe derecelerine göre bazen değişkenlik gösterebileceği anlamına gelir. Bolam Testi ilk kez 1957 yılında kullanılmış olmasına rağmen temelleri hala kilit önemdedir ve test sürekli gelişen tıp mesleğine göre uyarlanmıştır (70).

Ülkemizde defansif tıp ile ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda artış göstermektedir. Buna rağmen literatüre bakıldığında defansif tıp hakkında yeterli sayıda çalışma olmadığı görülmektedir. Son yıllarda artan dijitalleşme ile hastaların sağlık sistemlerindeki verilere erişmesinin kolaylaşması, hasta haklarında yaşanan gelişmeler, medyada tıbbi uygulama hatası davalarının sık yer alması, hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik bilgilere dijitalleşme ile kolay erişim, hekimlere yönelik adli ve idari soruşturmalarda artışa yol açmıştır. Hekimlere yönelik açılan soruşturmalar hekimlerde motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır. Aynı zamanda tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalarda hekimler önemli ceza ve tazminatlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumun sonucu olarak hekimler hukuki sorunlardan kendilerini korumak için savunmacı davranmaya başlamıştır (57,71).

2.2.2. Defansif Tıbbin Nedenleri

Hekimler arasında defansif davranmanın yaygınlaşmasının ana nedenleri (72,73):

1. Şikâyet edilme ve hakkında dava açılma korkusu,
2. Tıbbi uygulama hatası davalarının artması,
3. Medyada tıbbi uygulama hatası davalarının sıkça yer alması,
4. Hekime uygulanan şiddet,
5. Tıbbi uygulamada hata yapma endişesi,
6. Yüksek beklenti içerisinde olan hastalar,

7. Hasta ile kalitesiz diyalog, iletişim eksikliği,
8. Sağlıkta performans dayalı sistem,
9. Mesleki sorumluluk sigorta primlerinin artması ve mali kaygılar şeklinde sıralanabilir.

Defansif tıp uygulamak için nedenleri daha kapsamlı olarak şu şekilde gruplandırabilir (74):

1. Hastaya bağlı nedenler:

- 1.1) Hekimlere karşı artan dava sayısı,
- 1.2) Hekimlerin hastalardan aldıkları tehditler,
- 1.3) Hastalarla geçmişte yaşanmış anlaşmazlıklar,
- 1.4) Hastalarla olası çatışmalardan kaçınma,
- 1.5) Hasta baskısı faktörleri.

2. Organizasyonla ilgili nedenler:

- 2.1) Mesleki sigorta primlerinin arttırılması,
- 2.2) Sağlık sigortası tarafından finanse edilen tıbbi hizmetlerin geri ödemesini arttırmak,
- 2.3) Yetersiz tıbbi ve/veya organizasyonel uygulamalar,
- 2.4) Yetersiz yanlış uygulama ve sorumluluk kapsamı,
- 2.5) Sorumluluk konuları için yetersiz hastane desteği,
- 2.6) Mevzuatın hekimleri koruma konusunda yetersiz kalması,

3. Hekimle ilgili nedenler:

- 3.1) Yalnız çalışma,
- 3.2) Kendileri ve meslektaşları için daha önceki hukuksal şikayetler ve iddialar,
- 3.3) Şikâyet edilme korkusu,
- 3.4) Tıbbi sorumlulukla ilgili korku ve endişeler,
- 3.5) Düşük gelir,
- 3.6) Mali ve olası yasal sonuçlarla ilgili endişeler,
- 3.7) Özgüven eksikliği,
- 3.8) Uzmanlık bilgisi eksikliği,
- 3.9) Haftalık çalışma süresi ve aşırı iş yükü,
- 3.10) Yeterli olmayan hekim-hasta ilişkisi,

3.11) Yasal korumanın eksikliği,

3.12) Mesleki itibarından ve/veya kariyerinden taviz vermekten korkma.

4. Toplum kökenli nedenler:

4.1) Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin haberlerin medyada değerinden fazla yer bulması,

4.2) Yargılayıcı bir ortamda çalışma (toplumsal değer yargılarının yarattığı baskı),

4.3.) Hekimlerin özensiz davrandıklarına dair genel bir düşüncenin toplumda hâkim olması.

Defansif tıbbi azaltmak için olası çözümler ve yöntemler şöyle sıralanabilir (74):

1. Yapılandırılmış eğitim ve öğretim:

1.1) Hekimlerin klinik ortamda uygun hasta yönetimi hakkındaki eğitimlerinin geliştirilmesi,

1.2) Defansif tıp olgusu hakkında farkındalık programlarının uygulanması,

1.3) Yaygın defansif tıp eylemlerini hedefleyen klinik protokoller veya kılavuzlar oluşturulması ve yaygınlaştırılması,

1.4) Kanıta dayalı tıp ve güncel tıbbi uygulamaların desteklenmesi,

1.5) Problem çözme teknikleri konusunda daha fazla eğitim verilmesi,

1.6) Sağlık müfredatı içerisinde özellikle dava konularına yer verilmesidir.

2. Hekim-hasta ilişkisi:

2.1) Hekim-hasta ilişkilerinde güvenin geri kazanılması,

2.2) Hekim ve hasta arasındaki uyumun arttırılması,

2.3) Hastalar ve aileleri ile daha fazla diyalog kurulması,

2.4) Hekimler ve hastalar arasındaki anlaşmazlıkların çözümü için sosyal hizmet uzmanlarının sürece katılması,

2.5) Hekimlerin etik değerlere uygun davranmasının teşvik edilmesidir.

3. Sağlık sistemi reformu:

3.1) Sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının tanımlanması, multidisipliner çalışma ortamlarının geliştirilmesi,

3.2) Defansif tıbbın temel etmenleri ve yol açtığı ekonomik boyutun kapsamlı bir şekilde incelenmesi ve sağlık sistemindeki eksikliklerin daha iyi anlaşılması,

3.3) Hasta kayıtlarının düzenli tutulması,

3.4) Risk yönetimi tekniklerinin daha iyi kullanılması,

3.5) Klinik denetim ve sağlık bilgilendirme sistemlerinin oluşturulması,

3.6) Sağlıkta performans sisteminin reformu,

3.7) Hatanın tekrarını önlemek için yanlış uygulama vakalarını incelemek üzere bir komitenin oluşturulması,

3.8) Zarar gören bireyler için tazminat uygulamasının gerçekleştirilmesidir.

4. Devlet tıbbi sorumluluk reformu:

4.1) Şikâyet ve soruşturma yöntemlerinin gözden geçirilmesi,

4.2) Hastanelerde şikâyet komitesinin yapılandırılması,

4.3) Şikâyetin yargıya taşınmadan çözüm yollarının araştırılması,

4.4) Mevcut yargı sistemine seçeneklerin oluşturulması,

4.5) Sağlık alanında eğitimli hakimlerin yer aldığı özel yetkili mahkemelerin kurulmasıdır.

2.2.3. Defansif tıbbın türleri

Defansif tıbbi uygulamaların pozitif savunmacı tıp ve negatif savunmacı tıp olmak üzere iki alt boyutu vardır. Pozitif defansif tıp boyutunda hekim, gereksiz laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, konsültasyonlar istemekte, endikasyon dışı nedenlerle hasta yatırmakta, hasta muayenesine ayırdığı zamanın büyük kısmını detaylı kayıt tutmaya ayırmaktadır. Negatif defansif tıp boyutunda ise hekim, yüksek risk taşıyan tedavi protokollerinden ve tıbbi açıdan yüksek riskli hastalardan kaçınmaktadır. Hekim böyle davranarak en azından dava açma ve şikâyet etme ihtimali yüksek hastalardan kaçınma ile olası tehlikeden uzak duracağını düşünmektedir (75,76).

1-Pozitif defansif tıbbi uygulamalar: Pozitif defansif tıp, hekimin hasta tarafından şikâyet edilme ve olası bir dava açılma ihtimaline karşı tıbbi uygulamalarında eksik işlem yapmadığını ispatlamak adına gereksiz tıbbi uygulamalarda bulunmasıdır (65). Hekimler hukuki sorunlardan korunmak için

gerekenden fazla tıbbi uygulamalar kullanarak pozitif defansif tutum sergilemektedir (77).

Pozitif defansif tıp uygulamaları:

- 1) Endikasyon dışı nedenlerle hasta yatırma,
- 2) Gereksiz laboratuvar tetkikleri isteme,
- 3) Gereksiz görüntüleme tetkikleri isteme,
- 4) Fazladan ilaç reçete etme,
- 5) Gereksiz konsültasyon isteme,
- 6) Gereğinden fazla vizit yapma,
- 7) Tıbbi açıdan gerekmeyen operasyonların yapılması,
- 8) Hasta kayıtlarının gereğinden ayrıntılı tutulması,
- 9) Hasta memnuniyetini gereğinden fazla önemseme,
- 10) Hasta ve yakınlarını bilgilendirmeye gereğinden fazla önem verme,
- 11) Aydınlatılmış onam formlarında gereğinden fazla tıbbi bilginin verilmesi,
- 12) Hastayla ilgili gelişen olumsuz durumlar hakkında gereğinden fazla detaylı olarak tutanak tutma olarak sıralanabilmektedir (78).

Pratik hayatta pozitif defansif tıp uygulamaları hastalar tarafından çoğu zaman fazla ilgi şeklinde değerlendirilmektedir. Hasta durumu hekimin kendisi ile daha iyi ilgilendiği şeklinde yorumlanmaktadır. Fakat pozitif defansif tıbbi uygulama kapsamında yapılan tomografi, MRI gibi gereksiz görüntüleme tetkikleri, biyopsi, endoskopi gibi girişimsel işlemler ve cerrahi işlemler uzun dönemde hastaya zarar verebilmektedir. Bu tarz uygulamalar hastayı bedenen ve ruhen olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda uygulamaların hastaya olumsuz ekonomik etkileri bulunmaktadır. Bu davranışlar kamusal açıdan da büyük bir mali yük oluşturmaktadır (75,79).

Bazı durumlarda pozitif defansif tıp uygulamaları hastada mevcut olan ancak semptom vermeyen hastalıkların erken tanı ve tedavisine imkân sağlamaktadır. Ancak bu uygulamalarda temel amacı; erken tanı ve tedavi imkânı değil hekimin şikâyet ve dava edilme ihtimallerine karşı kendini hukuki yönden güvenceye almak istemesi, yani hasta yararından ziyade kendi bireysel yararını ön planda tutmaktır. Bunun biyoetik açısından doğru bir davranış olmadığı belirtilmektedir (75).

2-Negatif defansif tıbbi uygulamalar: Negatif defansif tıbbi uygulamalar, hukuki olarak risk oluşturabilecek davranışlardan kaçınma çabasıdır (65). Defansif tıbbi uygulamaların ana nedenlerini oluşturan hekimin tıbbi hata yapma, şikâyet ve dava edilme kaygısı negatif defansif tıbbi uygulamaların da temelini oluşturmaktadır. Pozitif defansif tıbbi uygulamalarda hekim standart uygulamanın ötesine geçip gereğinden fazla tıbbi işlem yaparken negatif defansif tıbbi uygulamalarda hekim standart uygulamayı yapmamakta ve tıbbi işlemden kaçınmaktadır (65,80).

Negatif defansif tıbbi uygulamalarda hekim tıbbi bilgi ve becerisini hastanın tanı, tedavisi için yeterli görmesine rağmen, hasta ve/veya yakınları tarafından şikâyet ve dava edilme ihtimali yüksek olguları tedavi etmekten kaçınmaktadır. Bu tarz defansif davranışlarında hekim tıbbi tedavi açısından yüksek riskli olarak değerlendirdiği hastalardan, tıbbi müdahalelerden kaçınarak etik ve yasal sorumlu olmamaya çalışmaktadır (65,80).

Negatif defansif tıp uygulamalarını tespit etmek pozitif defansif tıp uygulamalarını saptamaya göre daha kolaydır. Bu durumun nedeni, hekimin almış olduğu standart tıp eğitimine bağlı olarak uygulama yetkinliğine sahip olduğu ve yapması gereken tıbbi işlemlerin belli olmasıdır. Aynı zamanda bir hekimin yapabileceği tıbbi işlemler, çalıştığı sağlık kurumunun kendisine sağladığı olanaklara bağlı olarak da şekillenmektedir. Sağlık kuruluşları günümüzde sahip oldukları tıbbi olanaklara ve sundukları hizmetlere göre kategorilere ayrılmışlardır. Bu sayede hasta konumunda olan kişiler talep ettikleri sağlık hizmetlerini hangi sağlık kurumundan alacağı konusunda bir fikre sahip olurlar. Ülkemizde sağlık kuruluşları 1-2-3. basamak sağlık kuruluşları olarak kategorilenmiş ve hangi tıbbi hizmetin hangi basamakta sunulduğu gruplanmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları A-I, A-II, B, C, D, E-I, E-II, E-III şeklinde gruplara ayrılmış ve hangi grupta hangi tıbbi hizmetin sunulacağı/sunulması gerektiği net olarak belirtilmiştir (81).

Negatif defansif tıp uygulamalarının kişilere ve kamuya ekonomik yükü pozitif defansif tıp uygulamalarına nazaran daha düşüktür. Ancak asgari tıbbi hizmeti sağlamama şeklinde negatif defansif tıbbi davranış sergilemenin hasta sağlığı ve memnuniyeti açısından olumsuz etkileri olabilmektedir (36). Sağlık

hizmet sunumunun sınırlı olduğu özellikle küçük yerleşim birimlerinde hekimlerin uygulayacağı negatif defansif tıp uygulamaları, o bölgede yaşayan kişilerin sağlık hizmetine erişimine sınır koyacaktır (65).

Günlük pratikte en sık uygulanan negatif defansif tıbbi davranış, gereksiz hasta sevkidir. Bu durum, eğer sağlık kuruluşunun imkanları mevcut tıbbi durum için yetersiz olduğundan daha üst basamağa sevk şeklinde yapılıyorsa defansif tıp olarak değerlendirilmez. Fakat sağlık kuruluşunda mevcut tıbbi işlemler yapılabilirken hekim, hasta ve/veya yakınları tarafından şikâyet, dava edilme endişesi nedeniyle hasta sevkini yapıyorsa, hekimin bu davranışı negatif defansif tıp olarak değerlendirilir (82).

Literatürde yer alan çalışmalara göre hekimlerin en sık sergiledikleri negatif defansif tıp uygulamaları şunlardır (83):

- 1) Komplikasyon gelişme olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınma,
- 2) Yüksek komplikasyon riskli tıbbi uygulamalardan kaçınma,
- 3) Şikâyet etme ve dava açma olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınma,
- 4) Tıbbi açıdan kompleks görünen ve birden fazla yakınıması bulunan hastalardan kaçınma,
- 5) Yüksek riskli tıbbi müdahalelerden kaçınma,
- 6) Tedavi için hastayı kabul etmeme,
- 7) Hastayı başka bir sağlık kuruluşuna yönlendirme.

2.2.4. Defansif tıbbin etkileri

Yapılan çalışmalarda defansif tıbbi uygulamaların yol açtığı, en çok üzerinde durulan etkinin mali yük olduğu rapor edilmiştir (64,79).

Defansif tıbbi uygulamaların direkt ve indirekt maliyetleri bulunmaktadır. Yapılan uygulamaların ülke ekonomisi üzerine etkisi direkt maliyeti oluştururken bireysel stres, hekimler açısından zaman ve itibar kaybı gibi indirekt maliyetleri de bulunmaktadır (84). Fakat defansif tıbbi uygulamaların maddi yükünü hesaplamak pek mümkün olmamaktadır (85).

Defansif tıp uygulamaları hususunda en fazla çalışmanın yapıldığı ABD’de bu uygulamaların 1987 yılında ülkeye mali yükünün 12 milyar dolar olarak tespit edildiği ve gün geçtikçe arttığı saptanmıştır. 5 yıllık bir dönemde uygulanan mali önlemler ve sert uygulamalar ile 41 milyar dolar tasarruf sağlanmıştır. Bu

politikalara rağmen 2000 yılı öncesinde tüm sağlık harcamaları içerisinde defansif tıbbi uygulamaların %5 ile %9 aralığında paya sahip olduğu söylenmektedir. ABD’li ortopedi hekimlerinin yaptığı defansif tıbbi uygulamaların ülkeye yıllık minimum 2 milyar dolar ekonomik yük oluşturduğu belirtilmektedir (84). ABD’de yapılan defansif tıp uygulamaları hakkında güncel çalışmalarda bu uygulamaların toplam sağlık giderleri içerisinde % 8 ile % 20 arasında paya sahip oldukları rapor edilmektedir (85).

Türkiye ve Avrupa’da defansif tıp uygulamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payını gösteren çok az çalışma bulunmaktadır. Avusturya’da yürütülen bir araştırmada defansif tıp uygulamalarına yapılan harcama giderlerinin tüm sağlık harcamaları içerisindeki oranının 2012 yılında %1,62 ve 2013 yılında ise %3,19 civarında olduğu belirtilmiştir (84). Ülkemizde, defansif tıp uygulamalarının genel sağlık harcamaları içerisindeki oranına yönelik doğrudan yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bunun yanında Özer ve Aslan tarafından yapılan bir retrospektif çalışmada, laboratuvar istemlerinde defansif tıbbi uygulamaların %10,6’lık, görüntüleme tetkiklerinde %14,20’lik paya sahip olduğu belirtilmiştir (86).

Günümüz tıbbında esas dikkat çekici olan radyoaktif ışınların kullanıldığı görüntüleme yöntemlerinin aşırı kullanımı sonucu insan vücudunda olumsuz etkilere yol açabilmesidir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki görüntüleme tetkiklerini aşırı isteme pozitif defansif tıp uygulamalarında önemli bir paya sahiptir (64,87). Bu tetkiklerin sık istenmesi üzerine uzun vadede hastalarda oluşabilecek kanser risk artışına yönelik tartışmalar gündeme gelmeye başlamıştır. ABD’de yapılan bir çalışmada 1993’ten 2007 yılına kadar olan süreçte BT kullanımının 3 kat arttığı saptanmıştır. 2007 yılında yaklaşık 72 milyon BT tetkikinin yapıldığı ve bu uygulamanın gelecekte 30.000 kanser olgusuna neden olacağı öngörülmektedir. Çalışmada, 12 kere BT tetkiki yapılan bir bireyin vücudu üzerinde oluşacak etkinin Hiroshima ve Nagazakhi’deki radyasyon maruziyetine denk ya da daha çok radyasyona maruziyet şeklinde olduğu belirtilmiştir (87). Başka bir araştırmada, abdominal ve pelvik bölgelere yönelik sık BT tetkiki uygulanmasının gelecekte kanser olma ihtimalini arttırdığı, buna rağmen hekimlerin BT tetkikini sık kullandıkları ve uzun vadede hastada oluşabilecek olumsuz durumları bilmedikleri ya da ihmal ettikleri gözlenmiştir (88).

Özellikle ABD’de hekimlerin hukuki sorunlardan kendilerini korumak ve tıbbi uygulama hatası davalarının bir sonucu olarak yüksek sigorta primleri ödememek adına son zamanlarda mesleklerini bırakma, uzmanlık dalını değiştirme, erken emekliye ayrılma, eyalet değiştirme, aktif hasta muayene etmeyi bırakma, eğitmenliğeyönelme şeklinde eğilimleri olmaktadır (64).

2.2.5. Defansif tıbbi uygulamaların hekimler arasında yaygınlığı

Dünyada ve ülkemizde defansif tıp uygulamalarının yaygın bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir.

2.2.5.1. Uluslararası literatür

Ali ve ark. 2016 yılında Sudanlı kadın hastalıkları ve doğum uzmanları arasında defansif tıp uygulamaları konusunda yaptıkları bir araştırmada; hekimlerin % 42,7’sinin defansif tıp terimini duyduğu, % 71,8’inin uygulamalarında defansif davrandığı belirtilmiştir. Defansif tıp kavramından haberdar olan hekimlerin daha çok pozitif defansif davrandığı ifade edilmiştir. En sık başvuru defansif tıbbi uygulamaların; gereksiz sevk, yüksek riskli tıbbi girişimlerden kaçınma ve gereksiz tetkik isteme olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin % 6’sının şikâyet ve dava edilme endişesi nedeniyle fazladan ilaç reçete ettiği, % 5,1’inin tıbbi riski yüksek hastalardan kaçındığı, % 5,1’inin endikasyon harici sezaryen uyguladığı ifade edilmiştir (89).

Kadın doğum uzmanlarının katılımıyla yapılan sezaryen girişiminin defansif tıp uygulamalarındaki yerini araştıran çalışmada; hekimlerin komplikasyon riski vajinal doğuma göre az olduğundan sezaryen girişimini bir defansif tıp uygulaması olarak sergilediği gözlenmiştir. Hekimlerdeki bu yönelimin ülkelerindeki yargı sisteminin “komplikasyon” ve “tıbbi uygulama hatası” ayrımını yapacak profesyonellikte ve yapıda olmadığına inanıldığından ileri geldiği belirtilmiştir. Katılan grubun % 80,6’sına dava açıldığı rapor edilmiştir. Defansif tıbbi uygulamadaki en önemli sebebin şikâyet ve dava edilme endişesi olduğu, bunun yanında hasta ve/veya yakınları tarafından rencide edilme ve medyada yer alacak olumsuz haberlerin de bu tarz uygulamalarda etkili olduğu saptanmıştır (90).

Çin’de kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını saptamaya yönelik çalışmada; hekimler arasında

defansif tıbbi uygulamaların yaygınlık oranının %62,9 olduğu ancak çoğu hekimin bu tarz davranışları doğru bulmadığı saptanmıştır. 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler çoğu zaman daha defansif davrandıklarını ifade etmişlerdir. Hasta taleplerini karşılama, hastayı memnun etmeye yönelik yapılan pozitif defansif tıbbi uygulamaların tedavi sürecine çok katkısının olmadığı gibi yan etkilerinin de çok fazla olabileceği üzerinde durulmuştur. Defansif tıbbi yaklaşımın en büyük sonucunun sezaryen uygulanma oranlarındaki artış olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin çok küçük bir kısmı endikasyon dışı sezaryen yapmayacağını ifade etmiştir (91).

Danimarka'da pratisyen hekimler üzerinde defansif tıp uygulamaları ile ilgili yapılan bir çalışmada, hekimlerden defansif tıbbi anladıkları ve deneyimledikleri şekilde tanımlamaları istenilmiştir. Katılımcılar defansif tıbbi uygulamaları; profesyonelliğe uymayan, hasta talebi üzerine yapılan, gereksiz ve anlamsız davranışlar olarak tanımlamışlardır. Hekimlerin bu tarz uygulamaları daha çok hasta beklentilerini karşılama endişesi ve meslektaşları arasında hatasız görünme isteği ile sergiledikleri belirtilmiştir (92).

2017 yılında ABD'de hekimler arasında gereksiz tedavinin yaygınlığı, sebepleri ve sonuçları üzerinde yürütülen bir araştırmada; yazılan reçeteli ilaçların % 22'sinin, yapılan tetkiklerin % 24,9'unun ve diğer tıbbi işlemlerin % 11,1'inin, genel olarak tıbbi işlemlerin % 20,6'sının gereksiz olduğu belirtilmiştir. Bu fazladan uygulamaların en önemli nedenleri % 84,7'sinin hata yapma endişesi, % 59'unun hasta talebi ve % 38,2'sinin tıbbi kayıtlara erişimdeki güçlük olarak belirtilmiştir (73).

Tebano ve ark. tarafından enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı farklı ülkelerden 830 hekimin katılımıyla yapılan çalışmada; gruptaki hekimlerin % 85'inin mesleklerini yaparken defansif tıbbi uygulamalarda buldukları, tıbbi uygulama hatası nedeniyle ceza alanların oranının % 0,4 olduğu belirtilmiştir. Sorumluluk konusunda daha fazla endişelenen 35 yaş altı kadın hekimlerin ve tıbbi uygulama hatası davalarını takip edenlerin mesleklerinde daha defansif yaklaştıkları gözlenmiştir. Araştırmaya katılan hekimler arasında en sık başvurulan defansif tıbbi uygulamaların; antibiyotik tedavi sürelerinin uzatılması, endikasyon dışı antibiyotik reçete edilmesi, geniş spektrumlu antibiyotiklerin veya

ilaç kombinasyonlarının reçete edilmesi şeklinde olduğu saptanmıştır. Ayrıca hekime tedavi sürecinde destek olacak uygulamaların saptanması ve hekimler arasında mesleki tecrübe paylaşımının yaygınlaşması için ekip uyumunun öneminden bahsedilmiştir (93).

Defansif tıp uygulamalarının çeşitleri ve nedenlerine yönelik Tahran Üniversitesi Tıp Bilimleri Hastanesi'nde 240 hekimin katılımıyla yapılan çalışmada; katılımcıların yaklaşık % 50'sinin pozitif ve negatif defansif tıbbi uygulamalarda buldukları belirtilmiştir. Mesleki deneyim arttıkça defansif uygulamalardan kaçınıldığı ifade edilmiştir (94).

2019 yılına ait pozitif defansif tıba ilişkin bir makalede, yargı sisteminin sunulan hizmet miktarına ve uygulanan işlemlere bakarak hekimler hakkında karar vermesinden ileri gelen çok tıbbi işlem yapan hekim iyidir şeklinde bir algının oluştuğu belirtilmiştir. Bu algının da pozitif defansif tıbbi uygulamaları hekimler arasında standart prosedür haline getirmeye başladığından bahsedilmiştir. Hekimler kendilerini defansif davranma konusunda baskı altında hissetmişlerdir. Bu durumun da fazladan laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, ek konsültasyon istemeye yol açacağı, hekimlerin çoklu tedavi uygulamalarına yöneleceği ve bu uygulamaların da uzun dönemde halk sağlığı açısından ciddi olumsuz etkilere neden olacağı ifade edilmiştir (95).

Zarei ve ark. tarafından 235 cerrahın katılımıyla yapılan çalışmada; hekimlerin % 96,3'ünün son yıllarda dava edilme oranlarının arttığını düşündüğü, % 58,1'inin defansif tıp kavramını duyduğu, % 57,9'unun tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında açılmış davasının olduğu, % 74,4'ünün başvuran her hastayı dava tehditi olarak gördüğü rapor edilmiştir. En sık uygulanan pozitif defansif davranışlar içerisinde %94,5'inin hastayı ayrıntılı bilgilendirme, %88,9'unun detaylı hasta dosyası tutma, % 78,7'sinin gereksiz yere alınan biyopsi, % 72,4'ünün görüntüleme tetkikleri, % 70,6'sının laboratuvar tetkikleri yer aldığı belirtilmiştir. En yaygın uygulanan negatif defansif tıp davranışının % 61,7'lik oran ile yüksek riskli hastalardan kaçınma olduğu ifade edilmiştir. Defansif davranışlar içerisinde en düşük oranlara sahip olanlar; %14,9'unun gereksiz yere hastayı acil servise sevk etmek, %18,3'ünün gereksiz ilaçların reçete edilmesi olarak gözlenmiştir. Katılan hekimlerin % 67,2'si defansif tıp uygulamalarını hasta güvenliği açısından riskli

gördüğünü belirtmiştir. Hekimlerin çoğu defansif davranma sonucu kişilerin sağlık hizmetlerine daha az eriştiğini, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin arttığını ve hekim-hasta ilişkisinin zayıfladığını ifade etmiştir (96).

Sun ve ark. tarafından yayınlanan bir makalede; sağlık çalışanlarının kendilerini şiddet, şikâyet ve tıbbi uygulama hatası davaları olasılıklarına karşı güvenceye almak için fazladan ilaç reçete etme, gereksiz muayene yapma ve fazladan tetkik isteme şeklinde defansif davrandıkları belirtilmiştir. Bu tarz defansif tıbbi uygulamaların maliyetleri arttırdığı, sağlık hizmetine erişimi azalttığı ve sonuç olarak etkisinin tüm halka olduğu ifade edilmiştir (97).

2.2.5.2. Ulusal literatür

Saruhan ve ark. tarafından dış hekimlerinin katılımı ile yapılan defansif tıp uygulamalarının sıklığının araştırıldığı çalışmada; dış hekimlerinin tıbbi uygulama hatası davalarından korunmak için defansif tıbbi uygulamalara başvurdukları belirtilmiştir. Defansif tıbbi uygulamalarda bulunma sebepleri olarak; komplikasyon ve tıbbi uygulama hatası ayrımının tam olarak bilinmemesi, medyanın olumsuz tutumu, şiddete karşı sağlık sisteminin bireyleri koruyamaması sayılmıştır. Dış hekimleri tarafından en çok uygulanan defansif tıbbi davranışların; gereğinden ayrıntılı kayıt tutmak, yüksek risk içeren girişimsel işlemlerden ve cerrahi prosedürlerden kaçınmak, fazladan tetkik ve konsültasyon istemek, yüksek riskli hastaları sevk etmek olduğu rapor edilmiştir (98).

Konya’da Pirol tarafından yapılan araştırmada; hekimlerin defansif davranma eğilimlerinin yüksek olduğu, %66,1’inin defansif tıp kavramını daha önce duyduğu ve %49’unun defansif tıp hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı belirtilmiştir. Hukuki sorunlardan kaçınmak adına yaptıkları pozitif defansif davranışların; aydınlatılmış onam formlarına daha çok özen gösterme (%50,9), hasta kayıtlarını daha ayrıntılı tutma (%46,7), hastayı daha ayrıntılı bilgilendirme (%43), fazla ilaç reçete etme (%23,6) şeklinde olduğu saptanmıştır. Hekimlerin %4,9’u medyaya yansıyan tıbbi uygulama hatası dava sayılarının fazla olmasından tedirginlik duymadığını belirtirken %3’ü tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılmış davasının olduğunu ifade etmiştir (99).

Konya’da özel sağlık kuruluşlarında görev alan 102 hekim ile sağlık hizmetlerinde hekimlerin karar verme algıları ve defansif tıp arasındaki ilişkiye

yönelik yapılan bir başka çalışmada; katılımcıların %54,9'unun defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, karar verme stillerinin %5,2'sinin defansif tıp uygulamaları ile açıklanabileceği belirtilmiştir. Hekimlerin en sık başvurdukları defansif tıbbi uygulamalar; hasta kayıtlarını daha detaylı tutmak (%81,3), tıbbi uygulamaları hastalara daha detaylı açıklamak (%74,5) ve aydınlatılmış onam formlarına daha çok önem vermek (%40,2) şeklinde sıralanmıştır. Katılımcıların %4,9'u tıbbi uygulama hatası davalarının medyada sıkça yer almasının mesleki uygulamalarında tedirginliğe yol açmadığını ifade etmiştir (100).

Biçen tarafından yapılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp tutumlarının incelendiği çalışmada; katılımcıların % 50'sinin hukuksal açıdan kendilerini korumak için fazladan görüntüleme tetkiki ve %47'sinin fazladan konsültasyon istediği, %33'ünün girişimsel olmayan tedavi protokollerine başvurduğu belirtilmiştir. Hekimlerin %78'inin defansif tıp kavramını tam olarak bilmedikleri ve %55'inin yaptırdıkları zorunlu mesleki sorumluluk sigortalarının tıbbi işlem uygularken kendilerini daha rahat hissetmelerini sağladığı vurgulanmıştır (101).

Göçen ve ark. tarafından dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin defansif tıp uygulamalarına ilişkin bilgi ve yönelimleri, mesleğe bağlı tükenmişlik ve gerginlik seviyelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; cerrahi branş hekimlerinde genel defansif tıp tutumu ve alt boyutlarında puan ortalamalarının dahili branş hekimlerine göre daha fazla olduğu, bu durumun nedeni olarak cerrahi branş hekimlerinin daha fazla dava edilmeleri (4,6 kat fazla) belirtilmiştir. Cerrahi branş hekimlerinin çoğunun erkek olması nedeniyle erkek hekimlerde genel defansif tıp tutum ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır. Tıpta uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılı içerisinde olanların 3-5 yılında olan hekimlere nazaran daha çok defansif davrandığı, haklarında daha önce dava açılmış hekimler (%10,5) arasında defansif tıbbi uygulamaların daha yaygın olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada defansif tıbbi uygulamaların nedenleri; tıbbi uygulama hatası dava sayılarının gün geçtikçe artması, medyada bu tarz davaların çokça yer bulması, hekimlerin yeterli düzeyde tıp hukuku dersleri almaması şeklinde sıralanmıştır (102).

Yeşiltaş ve Erdem tarafından 2018’de yapılan nitel bir çalışmada, şiddet ve defansif tıp uygulamalarının nedenleri, sonuçları ve bu hususlarda alınabilecek önlemlerin neler olabileceği tartışılmıştır. Defansif tıbbi uygulamalarda temel nedenlerin; şiddet görme, tıbbi uygulama hatası ihtimali, şikâyet edilme endişesi, hasta önyargısı, basının olumsuz etkisi, hasta-hekim iletişimindeki eksiklikler, günlük bakım verilen hasta sayısının fazla olması, mesleki tecrübesizlik, ülkede mevcut sağlık sistemi ve ekonomik kayıplar olduğu belirtilmiştir. Bu uygulamaların başlıca sonuçlarının; maddi kayıp, uzmanlık dalını değiştirme, hastaların başarılı hekim bulamaması, tedaviye başlamada zaman kaybetme, başarılı hekime ücret ödeyerek ulaşabilme, iş yükünde artma, erken emekliye ayrılma olduğu ifade edilmiştir (103).

Toraman ve Çarıkçı tarafından 2019 yılında 23 öğretim üyesi ile görüşülerek defansif tıbbi uygulamaların nedenleri hususunda nitel bir araştırma yürütülmüştür. Araştırma sonucuna göre defansif tıbbi uygulamalarda temel sebep tıbbi uygulama hatası iddiası ile şikâyet ve dava edilme ihtimalidir. Katılımcı öğretim üyelerinin çoğu dava edilme ihtimalleri nedeniyle meslek uygulamalarında ciddi baskı hissettiklerini ve uygulamalarını defalarca kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. Bunun yanında hasta ve/veya yakınları tarafından yapılan ve çoğu zaman gerçeği yansıtmayan şikayetlerin hekimlerin iş yükünü çok arttırdığı ve bu durumun hekimleri olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Çalışma raporuna göre gün geçtikçe tıp eğitiminin kalitesinin düşmesi, yetki ve sorumluluklarının farkında olan hekim sayısının azalması sonucu defansif davranma trendi artmaktadır. Aynı zamanda sağlıkta şiddet ve performans sisteminin de bu tarz defansif tıp uygulamalarını arttırdığı sonucuna varılmıştır (76).

Hasta hakları birimine yapılan şikayetlerin hekimleri defansif davranmaya yöneltmeye etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; hem tıp fakültesinden yeni mezun olmuş hem de günlük hasta sayısı fazla olan hekimlerde hasta hakları birimine yapılan şikayetlerin daha fazla olduğu, bu durumun hekimlerin defansif davranmaya eğilimini arttırdığı belirtilmiştir (104).

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan 229 diş hekimi ile defansif tıp uygulamalarına yönelik yönelim, bilgi ve davranışlarının belirlenmesi üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların %61,1’i tanım olarak defansif tıbbi

bilmediklerini belirtmiştir. Buna rağmen kendilerini tıbbi uygulama hatası davalarına karşı korumak amacıyla hastalarına daha ayrıntılı bilgi verdikleri (%82,5), aydınlatılmış onam formlarını daha özenli doldurdıkları (%71,6), hasta kayıtlarını daha özenli tuttukları (%71,2), gereksiz tetkik (%47,2) ve konsültasyon (%56,8) istedikleri, yüksek riskli hastaları sevk ettikleri (%38), gerekmeyen ilaçları reçete ettikleri (%21) rapor edilmiştir (105).

Hekimlerin defansif tıp uygulamalarına bakış açılarının ve bu durumun günlük pratiğe yansıyan öğelerinin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların % 80,88'i her hastayı potansiyel davacı olarak gördüğünü, % 78,13'ü yüksek riskli tıbbi işlemlerden kaçındığını, % 95,45'i medyanın hekimlere yönelik olumsuz tutum sergilediğini ve % 60,29'u mevcut sağlık sisteminin hekim haklarını korumakta yetersiz kaldığını belirtmiştir. Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK)'ndan sonra defansif tıp uygulamalarının yaygınlaştığı, yargıda kabul edilen kusursuz sorumluluğun hekimleri defansif tıba yönelttiği, bunun yanında komplikasyon ve tıbbi uygulama hatası ayırımına yönelik temel ölçütleri belirleyen düzenlemeye ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir (106).

Beyin ve sinir cerrahisi uzmanlarının katılımıyla yapılan çalışmada; hekimlerin % 42,9'unun hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılmış soruşturma veya dava olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin yüksek riskli uygulamalardan kaçınma nedenleri arasında komplikasyon ve tıbbi uygulama hatası ayırımının net yapılamaması, hasta ve/veya yakınlarının şiddetinden korunmak olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hekimlerin %75'inin kayıtları daha detaylı tutma ve % 60'ının dava edilme riski yüksek olan hastalardan kaçınma şeklinde defansif davranış sergiledikleri saptanmıştır (107).

Acil tıp uzmanlık öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada; hekimlerin tamamının tıbbi hata yapmaktan çekindikleri belirtilmiştir. Hekimlerin % 96,7'si tıbbi uygulama hatası davası ile karşılaşma ihtimallerinin yüksek olduğunu, % 83,7'si dava edilmemek için yüksek riskli hastalardan uzak durduğunu, % 4,6'sı gereksiz nedenlerle hasta yatırmadığını, çoğu gereksiz tetkik ve konsültasyon istediğini, % 11,8'i fazladan ilaç reçete etmediğini ifade etmiştir. Hekimlerin % 99,3'ünün aydınlatılmış onam formlarına daha çok önem verdiği, % 98,7'sinin dava endişesi nedeniyle hastalarına yapacakları tıbbi işlemler hakkında daha ayrıntılı bilgi

verdikleri, tamamının hasta kayıtlarını daha ayrıntılı tuttuğu, % 87,6'sının zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının olduğu, % 55'inin yaptırdıkları zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının tıbbi uygulamalarını yaparken rahatlık sağlamadığı saptanmıştır (108).

Defansif tıp uygulamalarının, nedenleri ve sonuçlarına ait hekim algılarının saptanmasına yönelik yürütülen bir çalışmada defansif davranmanın başlıca sebepleri; şikâyet ve dava edilme endişesi, yönetim tarafından hekimlere gereken desteğin verilmemesi, medyanın etkisi, şiddete uğrama korkusu olduğu belirtilmiştir. Katılımcılar arasında pozitif defansif tıbbi uygulamalardan en sık yapılanın, gereksiz tetkik ve konsültasyon isteme; negatif defansif tıbbi uygulamalardan en sık yapılanın, yüksek riskli hastayı sevk etmek olduğu vurgulanmıştır. Defansif tıbbi uygulamaların en önemli sonuçlarının hasta sağlığı açısından olumsuz risk yaratması ve sağlık harcamalarında artışa yol açması olduğu ifade edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hekimler negatif defansif tıbbi uygulamalara daha sık başvurmaktadır (109).

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler üzerinde yürütülen bir çalışmada; hekimlerin % 94,8'inin defansif davrandığı, çoğunun defansif tıbbin kavramsal anlamını tam olarak bilmediği ve dava edilme endişelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Aile hekimleri arasında en çok kullanılan defansif tıbbi uygulamaların; hasta kayıtlarını daha ayrıntılı tutma (%87,1), hastaları tıbbi durumları hakkında daha ayrıntılı bilgilendirme (%81,1) olduğu belirtilmiştir. Hekimler bu tarz davranışlara medyanın etkisi, şiddet görme endişesi ve meslektaşlarına açılan tıbbi uygulama hatası davaları nedeniyle yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Çalışma raporunda aile hekimleri tarafından yapılan hasta kayıtlarını detaylı tutma ve hastalara detaylı açıklama yapma şeklinde defansif tıbbi davranışların çoğu zaman sonuç anlamında hastalara zararı daha az olan uygulamalar olduğu, göreceli olarak bu tutumların faydalı bulunabileceği belirtilmiştir. Hekimlerin %12,9'u sevk zincirinin defansif davranma eğilimlerini arttıracığını belirtmiştir. Bunun yanında çalışmada; genellikle hasta yönlendirmesinin sistem üzerinden yapılmaması sevk sayılarına ait verilere doğru bir şekilde ulaşılamamasına yol açtığından, sevklerin hekimlerin defansif tıp tutumlarına olan etkisinin araştırılmadığı ifade edilmiştir (110).

Defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi için yapılan bir çalışmada, katılımcıların defansif tıp uygulamalarına karşı yönelimlerinin ortalamanın üzerinde

olduğu belirtilmiştir. Araştırma rneklemiindeki erkek hekimlerin kadın hekimlere göre yüksek riskli ve karmaşık vakalardan kaçınma nedeniyle daha sık negatif defansif tıbbi davranışlarda bulunduğu, genel defansif tıp tutumu ve pozitif defansif tıp boyutunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ve mesleki tecrübe arttıka defansif davranmanın azaldığı, bu nedenle katılımcılardan tıpta uzmanlık ğrencilerinin en sık defansif tıbbi uygulamalara başvurdukları ifade edilmiştir. Hekimlerin defansif tıbbi kavramsal olarak bilmelerine rağmen içeriğine ayrıntılı hâkim olmadıkları ve çoğunun daha önce haklarında açılmış tıbbi uygulama hatası davası olmadığı belirtilmiştir (111).

Sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamalarının değerlendirildiği bir çalışmada; hekimlerin en çok başvurdukları pozitif defansif tıbbi uygulamaların fazladan tetkik isteme, tıbbi kayıtları daha ayrıntılı tutma ve en sık başvurulan negatif defansif tıbbi uygulamaların yüksek riskli tıbbi işlemlerden ve hastalardan sakınma olduğu rapor edilmiştir. Katılımcıların % 83,3'ünün sözel veya fiziksel şiddete uğradığı ve bu nedenle defansif davranmalarında en büyük etkenin şiddet görme ve tıbbi uygulama hatasında bulunma endişesi olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda defansif davranmalarında performans sisteminin de çok etkili olduğunu ifade etmişlerdir (110).

Hekimlerin defansif tıp hakkındaki düşüncelerinin saptanmasına yönelik yapılan bir çalışmada; defansif tıbbi uygulamalara çok sık başvurdukları ve bu durumun en temel sebebinin poliklinikler önündeki yığılmanın yol açtığı huzursuzluk ve çok fazla kişiye tıbbi bakım sunmak mecburiyetinde hissetme olduğu belirtilmiştir. Aynı zaman da mevcut performans sistemi, şikâyet ve dava edilme endişesi, şiddet görme kaygısı nedenleri ile de hekimler defansif davranmaktadır. Araştırma dahilinde hasta dosyaları değerlendirildiğinde laboratuvar istemlerinde tutum puanının % 40,3, uygulama oranının % 10,6; görüntüleme istemlerinde tutum puanının % 37,9, uygulama oranının % 14,2 olduğu grlmştir. Çalışmada son olarak defansif uygulamaların hekimler arasında standart tıbbi uygulama olarak algılanmaya başlandığı vurgulanmıştır (111).

2.3. Şiddet ve Defansif Tıp Arasındaki İlişki

Şiddet, defansif tıp uygulamalarının nedenlerinden biridir. Şiddete maruz kalan veya kurumda şiddet yaşayan hekimlerin kendilerini korumak ve şiddeti önlemek için defansif tıba başvurduğu söylenebilir (103).

Sözel şiddete maruz kalan hekimlerin sonraki hastalarına daha mesafeli ve iletişime kapalı yaklaştığı, hastalarına güvenmediği, aşırı tepkisel ve defansif davrandığı gözlemlenmiştir. Olayın fiziksel şiddete dönüşme ihtimalini ya da yasal sürecin nasıl seyredeceğini öngöremedikleri için kendilerini savunmadıklarında; yetersizlik, özgüven eksikliği, boşa emek harcadığı ve sistem tarafından terk edildiği duygularının baskın olduğu gözlemlenmiştir (112).

Özata ve ark. 2018 yılında hekimlerle yaptıkları çalışmada “Hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uyguladığınız oluyor mu?” sorusuna hekimlerin %46,3’ü evet yanıtını vermiştir (113). Selçuk yaptığı çalışmada hekimlerin hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için defansif tıp uygulamasına başvurduğu sonucuna ulaşmıştır (69).

Şiddet, hasta-hekim iletişim problemlerinin en üst seviyesi olduğundan, benzer mekanizmalarla defansif tıba neden olur. Şiddet deneyimlemek istemeyen bir hekim, tıbbi gereklilikleri bir kenara bırakır ve defansif tıba başvurur. Eğer hasta taleplerine uyarlıysa, pozitif defansif tıbbi uygulamalara yönelirler. Ancak, hastasını şiddete eğilimli olarak algılayorsa, çalıştığı kurumun yeterliliğine rağmen, hastayı başka bir yere yönlendirmek için kurumunun yetersiz olduğunu iddia ederek negatif defansif tıbbi uygulamalara yönelebilirler. Ne yazık ki, defansif tıbbi hisseden ve talepleri karşılanmayan bir hastanın şiddete eğilimi artar. Bu durumda şiddet ve defansif uygulamalar arasında bir kısır döngü olduğunu ortaya koymaktadır (103).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ

İstanbul İli aile hekimlerinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruziyet durumları ile defansif tıp uygulamaları tutumu ve davranışlarının değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışma; çevrimçi yapılan gözlemsel tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aktif 4981 aile hekimliği birimi çalışma evreni olarak hedeflenerek %80 güç %5 yanılma payıyla etki büyüklüğü 0,5'ten hesaplanarak en az 384 katılımcıyla yapılması planlandı. Çalışmada 400 aile hekimine ulaşıldı.

3.3. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırma verileri iki bölümden oluşan anket formu ile toplandı. Birinci bölümde ulusal rehberlerdeki güncel bilgiler doğrultusunda hazırlanan 14 soru ve ifadeden oluşan sosyodemografik form kullanıldı. İkinci bölümde; Başer Kolcu ve ark. tarafından geliştirilen "Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği" kullanıldı (114). Ölçek 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; pozitif defansif tıp (9 madde), negatif defansif tıp (5 madde) ve bilgi düzeyi (4 madde) alt boyutlarıdır. Ölçekte 1-14 arası maddeler 1'in "hiç katılmıyorum" seçeneğini, 5'in "tamamen katılıyorum" seçeneğini temsil ettiği 5'li Likert ölçeğine dayandırılırken, 15-18 arası maddeler evet/hayır şeklindeki cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça defansif tıp uygulaması da artmaktadır. Orijinal ölçeğin güvenilirlik katsayıları (Cronbach's Alpha) genel defansif tıpta 0,853, pozitif defansif tıpta 0,685 ve negatif defansif tıpta 0,918 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise genel defansif tıpta 0,913, pozitif defansif tıpta 0,867 ve negatif defansif tıpta 0,906 bulundu.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Dahil edilme kriterleri:

1. İstanbul İlinde çalışma

2. Aile sağlığı merkezinde alışma
3. Son bir yıldır aynı birimde görev alma
4. Çalışmaya katılmayı kabul etme

Dahil edilmeme kriterleri:

1. Soruların çoğunluğunu yanıtısz bırakmak
2. Çalışma başladıktan sonra herhangi bir nedenle çalışma dışında tutulmayı istemek

3.5. ARAşTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Normal dağılım analizi yapılan verilerin normal dağılım gösterdikleri görüldü ve analizler parametrik testler ile yapıldı. Niceliksel değişkenler için minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenleri için sayı ve yüzde analizleri yapıldı. İkili değişkenlerin karşılaştırmaları student t testi ile, ikiden fazla değişkenlerin karşılaştırmaları tek yönlü ANOVA testi ile, ilişkisel analizler Pearson korelasyon testi ile analiz edildi. Etki (Regresyon) analizi için çoklu doğrusal regresyon testi yapıldı. Analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.6. ARAşTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.11.2023 tarih ve 321 sayı ile izin alındı.

3. BULGULAR

Aile hekimlerinin yaş ortalamaları $34,6\pm 6,7$, %77'si erkek ve %65,5'i evli idi (Tablo 1).

Tablo 1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları

	Min.-Maks. n (400)	Ort.±Ss %
Cinsiyet		
Kadın	92	23
Erkek	308	77
Medeni durum		
Bekar	138	34,5
Evli	262	65,5

Aile hekimlerinin mesleki tecrübeleri $9,5\pm 6,3$ yıl, aile hekimliği tecrübeleri $5,7\pm 4,4$ yıl Aile hekimliği birimine kayıtlı hasta sayısı ortalaması $3408,6\pm 425,8$ iken, kayıtlı kronik hastalığı olan hasta sayısı ortalaması $433,1\pm 235,9$ idi. Son 1 yıl içinde muayene amaçlı başvuran hasta sayısı ortalaması $8604,5\pm 3783,3$, günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı ortalaması ise $56,3\pm 15,5$ idi. Aile hekimlerinin %55,5'i uzmanlık eğitimi almaktaydı (Tablo 2).

Tablo 2. Aile hekimlerinin mesleki durumlarıyla statülerinin ve birimlerine kayıtlı hastaların dağılımları açısından tanımlanması

	Min.-Maks.	Ort.±Ss
Yaş	23-52	$34,6\pm 6,7$
Mesleki tecrübe (Yıl)	1-26	$9,5\pm 6,3$
Aile Hekimliği tecrübesi (Yıl)	1-20	$5,7\pm 4,4$
Aile hekimliği birimine kayıtlı toplam hasta sayısı	1700-4000	$3408,6\pm 425,8$
Aile hekimliği birimine kayıtlı kronik hastalığı olan hasta sayısı	200-1600	$433,1\pm 235,9$
Aile hekimliği birimine son 1 yıl içinde muayene amaçlı başvuran hasta sayısı	3250-18000	$8604,5\pm 3783,3$
Aile hekimliği biriminde günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı	30-100	$56,3\pm 15,5$
	n (400)	%
Aile Hekimliği statüsü		
Aile Hekimliği Asistanı	222	55,5
Pratisyen Aile Hekimi	83	20,8
Uzman Aile Hekimi	95	23,7

Aile hekimlerinin %76,8'i sözlü veya şiddete uğramışken, şiddete maruz kalma ortalaması $3,95\pm 2,4$ idi (Tablo 3).

Tablo 3. Aile hekimlerinin sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu ve sayısı

	n	%
Sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu		
Evet	307	76,7
Hayır	93	23,3
	Min.-Maks.	Ort.±Ss
Şiddete maruz kalma sayısı	1-10	3,9±2,4

Aile hekimlerinin %11,3'üne malpraktis nedeniyle dava açılmışken, %93,3'ü malpraktis davalarının hekimlik performanslarına etkisinin olacağını düşündüklerini belirtmekteydi. Hekimlerin %87,8'i defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymuşken, sadece %51,3'ü defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip idi. Hekimlerin %1,3'ü içinde bulunulan sözleşme döneminde aile hekimliği uygulamasında ihtar puanı almış ve bu ihtar puanı alma nedenleri eşit (%20) dağılmaktaydı (Tablo 4).

Tablo 4. Malpraktis ve defansif tıpa ilişkin çeşitli değişkenlerin dağılımları

	n	%
Malpraktis nedeniyle dava açılma durumu		
Evet	45	11,3
Hayır	355	88,7
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünme durumu		
Evet	373	93,2
Hayır	27	6,8
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumu		
Evet	351	87,7
Hayır	49	12,3
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu		
Evet	205	51,3
Hayır	195	48,7
İçinde bulunulan sözleşme döneminde aile hekimliği uygulamasında ihtar puanı alma durumu		
Evet	5	1,3
Hayır	395	98,7
İhtar puanı alma nedeni		
Birimde ASE yok iken, çocuk aşılarını izinli olduğum zaman sisteme işleme nedeniyle	1	20
Esnek mesai	1	20
Grev hakkı kullanımını nedeniyle	1	20
İş yerinde bulunmama	1	20
Usulsüz mesai çizelgesi değişikliği yapmamama nedeniyle	1	20

Aile hekimlerinin pozitif defansif tıp (PDT) puan ortalaması $3,3\pm 0,8$, negatif defansif tıp puan ortalaması $3,5\pm 1,1$, genel defansif tıp (GDT) puan ortalaması ise $3,4\pm 0,9$ idi (Tablo 5). Puanların ortalamasının üstünde olması defansif tıp uygulandığının göstergesidir.

Tablo 5. Defansif tıp puan ortalamalarının dağılımları

	Min.-Maks.	Medyan	Ort.±Ss
PDT	1-5	3,2	3,3±0,8
NDT	1-5	3,8	3,5±1,1
GDT	1-5	3,4	3,4±0,9

Aile hekimlerinin yaşları, mesleki tecrübeleri ve son bir yıl içinde sözlü veya fiziki şiddete maruz kalma sayıları; PDT, NDT ve GDT ile negatif yönde ve düşük düzeyde ilişkilidir.

Aile hekimliği tecrübesi; NDT ve GDT ile negatif yönde ve düşük düzeyde ilişkilidir.

Birime kayıtlı toplam hasta sayısı; NDT ile pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişkilidir.

Kayıtlı kronik hasta sayısı; NDT ve GDT ile pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişkilidir.

Günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı; NDT ile pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişkilidir (Tablo 6).

Tablo 6. Niceliksel tanımlayıcı değişkenlerin defansif tıp ölçeği ile ilişkisel analizi

		PDT	NDT	GDT
Yaş	r	-0,183	-0,144	-0,183
	p	<0,001	0,004	<0,001
Mesleki tecrübe (Yıl)	r	-0,17	-0,155	-0,18
	p	0,001	0,002	<0,001
Aile hekimliği tecrübesi (Yıl)	r	-0,096	-0,180	-0,145
	p	0,056	<0,001	0,004
Aile hekimliği birimine kayıtlı toplam hasta sayısı	r	-0,036	0,147	0,046
	p	0,476	0,003	0,354
Aile hekimliği birimine kayıtlı kronik hastalığı olan hasta sayısı	r	0,066	0,133	0,104
	p	0,187	0,008	0,037
Aile hekimliği birimine son 1 yıl içinde muayene amaçlı başvuran toplam hasta sayısı	r	0,06	0,09	0,08
	p	0,232	0,074	0,111
Aile hekimliği biriminde günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı	r	0,015	0,124	0,068
	p	0,757	0,013	0,174
Son bir yıl içinde hasta tarafından sözlü veya	r	-0,174	-0,298	-0,248

fiziksel şiddete maruz kalma sayısı	p	0,002	<0,001	<0,001
-------------------------------------	---	-------	--------	--------

Pearson korelasyon testi.

Cinsiyetlere göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu. Cinsiyet defansif tıbbi etkilememekteydi (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyete göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Kadın	92	3,4±0,7	0,717	0,474
	Erkek	308	3,3±0,9		
NDT	Kadın	92	3,5±1,3	-0,593	0,554
	Erkek	308	3,6±1,1		
GDT	Kadın	92	3,4±0,9	0,089	0,929
	Erkek	308	3,4±0,8		

t: Student t testi

Medeni durumlara göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında; NDT ve GDT'de anlamlı fark vardı. Hem NDT'de hem GDT'de evli aile hekimlerinin ortalama puanları daha yüksekti. Evli aile hekimleri daha defansif idi (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni duruma göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

	Medeni durum	n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Bekar	138	3,2±0,6	-1,677	0,094
	Evli	262	3,4±0,9		
NDT	Bekar	138	3,2±1,1	-4,852	<0,001
	Evli	262	3,7±1,1		
GDT	Bekar	138	3,2±0,7	-3,441	0,001
	Evli	262	3,5±0,9		

t: Student t testi

Aile hekimliği statülerine göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında; tüm defansif tıp uygulamalarında anlamlı fark vardı. Yapılan ileri analizde (Tukey) pratisyen aile hekimlerinin puan ortalamaları, aile hekimliği asistanı ve uzman aile hekimi puan ortalamasından anlamlı düşük idi. Pratisyen hekimler daha az defansif idi (Tablo 9).

Tablo 9. Aile hekimliği statüsüne göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

	Aile Hekimliği Statüsü	n	Ort.±Ss	F	p
PDT	Aile Hekimliği Asistanı	222	3,5±0,8	48,033	<0,001
	Pratisyen Aile Hekimi	83	2,6±0,7		
	Uzman Aile Hekimi	95	3,6±0,6		
NDT	Aile Hekimliği Asistanı	222	3,7±1,1	20,31	<0,001
	Pratisyen Aile Hekimi	83	2,9±1,1		
	Uzman Aile Hekimi	95	3,6±1,1		
GDT	Aile Hekimliği Asistanı	222	3,6±0,8	42	<0,001
	Pratisyen Aile Hekimi	83	2,7±0,8		

F: Tek yönlü ANOVA testi

Şiddete maruz kalma durumlarına göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında; NDT ve GDT'de anlamlı fark vardı. Hem NDT'de hem GDT'de şiddete maruz kalan hekimlerin puan ortalamaları daha yüksek idi. Şiddete maruz kalan hekimlerin daha defansif idi (Tablo 10).

Tablo 10. Şiddete maruz kalma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

	Şiddete maruz kalma durumu	n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Evet	307	3,4±0,9	1,861	0,064
	Hayır	93	3,2±0,7		
NDT	Evet	307	3,7±1,2	5,799	<0,001
	Hayır	93	3,1±0,8		
GDT	Evet	307	3,5±0,9	3,882	0,001
	Hayır	93	3,1±0,6		

t: Student t testi

Malpraktis nedeniyle dava açılma durumu göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu. Malpraktis davası defansif tıbbi etkilememekteydi (Tablo 11).

Tablo 11. Malpraktis nedeniyle dava açılma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

	Malpraktis nedeniyle dava açılma durumu	n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Evet	45	3,2±1,1	-0,687	0,495
	Hayır	355	3,3±0,8		
NDT	Evet	45	3,6±1,1	0,128	0,898
	Hayır	355	3,5±1,1		
GDT	Evet	45	3,3±1	-0,412	0,641
	Hayır	355	3,4±0,8		

t: Student t testi

Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünme durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında; tüm defansif tıp uygulamalarında anlamlı fark vardı. Tüm defansif tıp uygulamalarında evet yanıtı verenlerin puan ortalamaları daha yüksek idi. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünen aile hekimleri daha defansif idi (Tablo 12).

Tablo 12. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünme durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünme durumu		n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Evet	373	3,4±0,8	10,917	<0,001
	Hayır	27	2,6±0,3		
NDT	Evet	373	3,6±1,1	5,03	<0,001
	Hayır	27	2,8±0,8		
GDT	Evet	373	3,5±0,9	14,522	<0,001
	Hayır	27	2,6±0,2		

t: Student t testi

Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında tüm defansif tıp uygulamalarında anlamlı fark vardı. Tüm defansif tıp uygulamalarında hayır yanıtı verenlerin puan ortalamaları daha yüksek idi. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymayanlar daha fazla defansif idi (Tablo 13).

Tablo 13. Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumu		n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Evet	351	3,3±0,8	-2,28	0,023
	Hayır	49	3,6±1		
NDT	Evet	351	3,5±1,1	-3,26	0,002
	Hayır	49	4,1±1,4		
GDT	Evet	351	3,3±0,8	-2,575	0,013
	Hayır	49	3,8±1,1		

t: Student t testi

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında; NDT ve GDT'de anlamlı fark vardı. Hem NDT'de hem GDT'de hayır yanıtı verenlerin puan ortalaması daha yüksek idi. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olmayanlar daha fazla defansif idi (Tablo 14).

Tablo 14. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu		n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Evet	205	3,2±0,7	-1,832	0,068
	Hayır	195	3,4±0,9		
NDT	Evet	205	3,4±1	-2,779	0,006
	Hayır	195	3,7±1,2		
GDT	Evet	205	3,3±0,7	-2,454	0,015
	Hayır	195	3,5±0,9		

t: Student t testi

Aile hekimliği uygulamasında ihtar puanı alma durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu. İhtar puanı defansif tıbbi etkilememekteydi (Tablo 15).

Tablo 15. İçinde bulunulan sözleşme döneminde aile hekimliği uygulamasında ihtar puanı alma durumuna göre defansif tıp uygulamalarının karşılaştırılması

İçinde bulunulan sözleşme döneminde aile hekimliği uygulamasında ihtar puanı alma durumu		n	Ort.±Ss	t	p
PDT	Evet	5	3,4±1,1	0,278	0,781
	Hayır	395	3,3±0,8		
NDT	Evet	5	3,2±1	-0,767	0,444
	Hayır	395	3,5±1,1		
GDT	Evet	5	3,3±1	-0,185	0,853
	Hayır	395	3,4±0,8		

t: Student t testi

Yaş ve şiddete maruz kalma sayısı PDT'yi %8,5 oranında ($R^2=0,085$) ve negatif yönde etkilemekteydi (Tablo 16).

Tablo 16. PDT ile anlamlı ilişki bulunan niceliksel değişkenlerin etki analizi

	B	R	t	p
(Sabit)	5,841		6,854	<0,001
Yaş	-0,08	0,085	-2,336	0,02
Mesleki tecrübe (Yıl)	0,06		1,624	0,105
Sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma sayısı	-0,071		-3,568	<0,001

Çoklu Regresyon testi

Yaş, mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, birime kayıtlı hasta sayısı, birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısı NDT'yi %14,3 oranında ($R^2=0,143$) etkilemekteydi. Yaş ve şiddete maruz kalma sayısı NDT'yi negatif yönde, diğer değişkenler ise pozitif yönde etkilemekteydi (Tablo 17).

Tablo 17. NDT ile anlamlı ilişki bulunan niceliksel değişkenlerin etki analizi

	B	R	t	p
(Sabit)	5,625		6,374	<0,001
Yaş	-0,120		-3,435	0,001
Mesleki tecrübe (Yıl)	0,079		2,164	0,031
Aile Hekimliği tecrübesi (Yıl)	0,032		1,864	0,063
Birime kayıtlı toplam hasta sayısı	0,000	0,143	2,827	0,005
Birimine kayıtlı kronik hastalığı olan hasta sayısı	0,000		2,434	0,016
Aile hekimliği biriminde günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı	0,000		0,075	0,94
Sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma sayısı	-0,094		-4,658	<0,001

Çoklu Regresyon testi

Birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısı GDT'yi %15,6 oranında ($R^2=0,156$) etkilemekteydi. Birime kayıtlı kronik hasta sayısı GDT'yi pozitif yönde, şiddete maruz kalma sayısı ise negatif yönde etkilemekteydi (Tablo 18).

Tablo 18. GDT ile anlamlı ilişki bulunan niceliksel değişkenlerin etki analizi

	B	R	t	p
(Sabit)	4,813		5,613	<0,001
Yaş	-0,037		-1,054	0,293
Mesleki tecrübe (Yıl)	0,002		0,051	0,959
Aile Hekimliği tecrübesi (Yıl)	0,005	0,156	0,294	0,769
Birime kayıtlı kronik hastalığı olan hasta sayısı	0,001		3,569	<0,001
Son bir yıl içinde hasta tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma sayısı	-0,106		-5,268	<0,001

Çoklu Regresyon testi

5. TARTIŞMA

Aile hekimliği, tıbbi hata davaları ve dolayısıyla defansif tıp uygulamaları açısından düşük riskli bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesine rağmen, çalışmamızda hekimlerin belirgin şekilde yüksek düzeyde defansif davranış sergilediklerini bulduk, ki bu da literatürle uyumludur. Hastaların ilk başvuru noktası olması ve her koşulda hastalarla en fazla zamanı geçirme fırsatını sağlaması nedeniyle, aile hekimliğinde defansif tıp uygulamalarının yüksek olduğu görülmektedir.

Kartal'ın çalışmasında aile hekimlerinin PDT puan ortalaması $2,08\pm0,5$, NDT puan ortalaması $1,6\pm0,4$, GDT puan ortalaması ise $3,7\pm0,8$ idi (115). Bizim çalışmamızda ise PDT puan ortalaması $3,3\pm0,8$, NDT puan ortalaması $3,5\pm1,1$, GDT puan ortalaması ise $3,4\pm0,9$ idi.

Yapılan bazı çalışmalar genç hekimlerin daha fazla defansif tutum sergilediklerini göstermiştir (79,116). Mesleki tecrübenin artmasıyla GDT'nin azaldığına dair çalışmalar da bulunmaktadır (104,117,118). Kartal'ın çalışmasında aile hekimlerinin yaşları ile PDT, NDT ve GDT negatif yönde ilişkiliydi (115). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde aile hekimlerinin yaşları, mesleki tecrübeleri PDT, NDT ve GDT ile negatif yönde ve düşük düzeyde ilişkiliydi. Bununla birlikte şiddete maruz kalma sayıları da negatif yönde ilişkiliydi. Yaş, mesleki tecrübe ve şiddete maruz kalma sayısı arttıkça PDT, NDT ve GDT azalmaktaydı. Şiddet artarken defansif durumun azalması düşündürücüdür. Bunun nedeni olarak zamanla şiddet unsurunun kanıksanmış olduğu söylenebilir.

Kartal'ın çalışmasında aile hekimlerinin aile hekimliği tecrübesi ile PDT, NDT ve GDT negatif yönde ilişkiliydi (115). Bizim çalışmamızda ise NDT ve GDT'de negatif yönde ilişki bulunmaktaydı. Tecrübenin defansif tutumu azaltıcı yönde bir unsur olduğu söylenebilir.

Mutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada aile hekimlerinin hasta sayısındaki artışla beraber GDT skorlarında artış olduğunu bulmuşlardır (104). Başer ve ark. tarafından yapılan bir çalışma, hasta sayısı arttıkça aile hekimlerinin hastalarına daha fazla zaman ayırdığını ve daha detaylı kayıtlar tuttuğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak, defansif bir tutuma sahip olan hekimlerin, diğer hekimlere kıyasla hasta sayılarını

düşük tutmaya eğilimli oldukları sonucuna varılmıştır (114). Mutlu ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise, hasta sayısı arttıkça aile hekimlerinin defansif tutum puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir (104). Ancak, Edirne'de yapılan bir çalışma, hasta sayısı ve muayene sayıları ile GDT tutum ölçeği puanları arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır. Katılan hekimlerin çoğunun hasta sayılarının üst sınıra yakın olduğu düşünülmüş ve bu nedenle bu bulguya ulaşıldığı öne sürülmüştür (119). Kartal'ın çalışmasında birime kayıtlı toplam hasta sayısı ile PDT, NDT ve GDT negatif yönde ilişkiliydi (115). Bizim çalışmamızda ise sadece NDT ile fakat pozitif yönde ilişkiliydi.

Kayıtlı kronik hasta sayısı; NDT ve GDT ile pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişkiliydi. Kronik hastalıkların tedavisinde hekimlerin daha fazla zaman ve çaba harcaması söz konusu olmakta ve bu zaman ve çaba sırasında daha dikkatli davranmaları söz konusu olmaktadır. Bu da hekimlerin bu hastalarla ilgilenirken daha detaylı davranmalarını, dolayısıyla defansif davrandıklarını söyleyebiliriz.

Sezer Kara'nın çalışmasında GDT ile muayene sayısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (119). Bizim çalışmamızda ise günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı; NDT ile pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişkiliydi. Günlük çalışma sayısı arttıkça NDT'de artış olmaktadır.

Yapılan bazı çalışmalarda medeni durum ile GDT arasında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar olsa da bizim çalışmamızla uyumlu olarak evli hekimlerin daha defansif tutum sergiledikleri sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır(99,119,121). Kartal'ın çalışmasında medeni durumlara göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında GDT'de anlamlı fark vardı ve evli aile hekimlerinin puan ortalaması bekarlardan anlamlı yüksek idi (115). Öztürk'ün çalışmasında ise bekar aile hekimlerinin GDT puanı evlilerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur (116). Bizim çalışmamızda ise hem NDT'de hem GDT'de anlamlı fark vardı. NDT'de de GDT'de de evli aile hekimlerinin ortalama puanları daha yüksekti. Evli aile hekimleri daha defansif idi. Evli olmak ekstra sorumluluk gerektirdiğinden, hekimlerin daha defansif olmalarını açıklayabilir.

Literatürde genellikle, asistan hekimlerin uzman hekimlerle karşılaştırıldığı çalışmalar daha yaygındır. Bu çalışmalarda, asistan hekimlerin iş yükü ve deneyim eksikliği nedeniyle daha defansif tutumlar sergiledikleri bulunmuştur (111,116).

Kartal'ın çalışmasında aile hekimliği statülerine göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında GDT'de anlamlı fark vardı ve pratisyen hekimlerin puan ortalamaları uzman ve SAHU hekimlerinin puan ortalamalarından daha düşüktü (115). Bizim çalışmamızda ise tüm defansif tıp uygulamalarında anlamlı fark vardı ve pratisyen hekimlerin puan ortalamaları diğer hekimlerden daha düşük idi. Burada tecrübenin söz konusu olduğu söylenebilir.

Sezer Kara'nın çalışmasında GDT puanıyla şiddet görme endişesi arasında anlamlı fark bulunmuştur (119). Öztürk'ün çalışmasında GDT ile şiddete maruz kalma korkusu arasında anlamlı fark bulunmuştur (116). Bizim çalışmamızda şiddete maruz kalma durumlarına göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında; NDT ve GDT'de anlamlı fark vardı. Şiddete maruz kalan hekimler daha defansif idi. Şiddete uğrama defansif tutuma neden olurken, şiddet kaygısı da defansif tutuma neden olabilmektedir.

Edirne'de aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %4,3'ünde tıbbi hata davaları açılmıştı ve %89,7'si bu tür davalardan hekimlik performanslarının etkileneceğine inanıyordu. Yine bu çalışmada meslektaşlara açılan malpraktis davaları ile GDT arasında anlamlı fark bulunmaktaydı (119). Samsun'da aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %3,2'sine tıbbi hata davaları açılmıştı ve bu davalardan %92,3'ünün hekimlik performansını etkileyeceğine inanıyordu (116). Kartal'ın çalışmasında malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünme durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark yoktu (115). Çalışmamızda söz konusu çalışmanın aksine tüm defansif tıp uygulamalarında anlamlı fark vardı. Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisinin olacağını düşünen aile hekimleri daha defansif idi. Hekimler sadece kendilerine değil, meslektaşlarına açılan malpraktis davalarına bile defansif tutum gösterebilmektedirler.

Kartal'ın çalışmasında defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyma durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu (115). Çalışmamızda ise tüm defansif tıp uygulamalarında anlamlı fark vardı ve defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymayanlar daha fazla defansif idi.

Kartal'ın çalışmasında defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre defansif tıp uygulamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu (115). Bizim çalışmamızda ise NDT ve GDT'de anlamlı fark vardı ve defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olmayanlar daha fazla defansif idi.

Arafa ve ark.'nın çalışmasında yaş GDT'yi negatif yönde, şiddete maruz kalma ise pozitif yönde etkilemekteydi (120). Bizim çalışmamızda ise yaş ve şiddete maruz kalma sayısının PDT'yi etkileme oranı %8,5 ve negatif yönde, yaş ve şiddete maruz kalma arttıkça PDT azalmaktaydı. Yaş, mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, birime kayıtlı hasta sayısı, birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısının NDT'yi etkileme oranı %14,3 iken, yaş ve şiddete maruz kalma sayısı NDT'yi negatif yönde, diğer değişkenler ise pozitif yönde etkilemekteydi. Yaş ve şiddete maruz kalma sayısı arttıkça NDT azalmaktadır. Mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, birime kayıtlı hasta sayısı, birime kayıtlı kronik hasta sayısı arttığında ise NDT de artmaktadır. Birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısının oranı GDT'yi etkileme oranı %15,6 iken, birime kayıtlı kronik hasta sayısı GDT'yi pozitif yönde, şiddete maruz kalma sayısı ise negatif yönde etkilemekteydi. Kronik hasta sayısı arttıkça GDT artmakta, şiddete maruz kalma sayısı artarken GDT azalmaktaydı.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızdaki kısıtlılıklar arasında öne çıkan unsurlar;

- Çalışmamızın sadece İstanbul ilindeki aile hekimliği birimlerinde çalışan hekimlerde yapılmış olması
- Sorulan bazı sorulardan bazılarının kapalı uçlu soru olması

Benzer şekilde daha geniş katılımcı sayısı ile daha geniş bir örnekleme, daha fazla açık uçlu soru sorulması ile elde edilen bilgi düzeyleri çalışma sonuçlarının farklılıklarını ve güvenilirliğini etkileyebilir. Bu kısıtlılıklar, araştırmanın sınırlarını ve sonuçların yorumlanması üzerinde dikkatle düşünülmesi gereken noktaları belirler. Bu bağlamda, tezin sonuçları ve çıkarımları yapılırken bu kısıtlılıkların dikkate alınması önemlidir.

6. SONUÇ

Çalışmamızdaki bulgulardan yola çıkarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Aile hekimlerinin defansif tıp tutumları yüksek bulundu.
- Yaş, mesleki tecrübe ve şiddete maruz kalma sayısı PDT, NDT ve GDT ile negatif yönde ilişkiliydi,
- Aile hekimliği tecrübesi NDT ve GDT ile negatif yönde ilişkiliydi.
- Kayıtlı hasta sayısı ve günlük muayene edilen hasta sayısı NDT ile pozitif yönde ilişkiliydi.
- Kayıtlı kronik hasta sayısı NDT ve GDT ile pozitif yönde ilişkiliydi.
- Evli aile hekimleri daha defansif idi.
- Pratisyen hekimler daha az defansif idi.
- Şiddete maruz kalan hekimleri daha defansif idi.
- Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duymayanlar ve içeriği hakkında bilgisi olmayanlar daha fazla defansif idi.
- Yaş ve şiddete maruz kalma sayısı PDT'yi %8,5 oranında ve negatif yönde etkilemekteydi.
- Yaş, mesleki tecrübe, aile hekimliği tecrübesi, birime kayıtlı hasta sayısı, birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısı NDT'yi %14,3 oranında; yaş ve şiddete maruz kalma sayısı negatif yönde, diğer değişkenler ise pozitif yönde etkilemekteydi.
- Birime kayıtlı kronik hasta sayısı ve şiddete maruz kalma sayısı GDT'yi %15,6 oranında; birime kayıtlı kronik hasta sayısı pozitif yönde, şiddete maruz kalma sayısı ise negatif yönde etkilemekteydi.

7. ÖNERİLER

Çalışmamızda en çok göze çarpan aile hekimlerinin şiddete maruz kalmalarının defansif tıbbı arttıran yönde bir etkiye sahip olması idi. Bununla birlikte hasta sayıları da şiddete maruz kalma kadar olmasa da etkili bir faktör olarak göze çarpmaktaydı. Bu faktörler göz önüne alındığında hekimlerin kendilerini güvende hissettiği bir sağlık ortamı yaratmak son derece önemlidir. Özellikle hekimlere uygulanan şiddet olaylarının hız kesmeden devam etmesi, mevzuatın veya uygulamaların yetersiz olduğunu göstermektedir. Hem aile hekimlerinin hem hastaların haklarının korunması için sağlık hukuku mevzuatı baştan ele alınmalı ve hem hekimin hem hastaların hakları sıkı sıkıya korunmalıdır. Defansif tıp konusunda hekimlerin kendilerini yeterince bilgili bulmaması da tıp fakültelerinde bu yönde daha fazla ve detaylı olarak ders olarak verilmesi önerilmektedir. Ayrıca sağlık alanındaki hukuki sorunların çözümlenmesi amacıyla sadece sağlık ile ilgili sorunların çözüleceği özel mahkemelerin kurulması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Yeşilbaş, H. A general overview of violence in health care. *Journal of Health and Nursing Management*. 2016; 3(1): 44-54.
2. Nart, S. İş Ortamında Şiddet, Tükenmişlik ve İş Tatmini İlişkileri Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, *Journal of Management and Economics Research*, 2014;(23):248-248.
3. Yeşildal, N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005; 4(5): 280-302.
4. Yılmaz, K., Kaya, K., Özese, T.A., Hilal, A. Adana İlinde Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2023;28:151-159.
5. Kaya, K., Köken Tok, Ö. Sağlıkta Şiddetin Bir Başka Yüzü: Medya Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2021: 217-20.
6. Renaut, A. Violence at work *Labour Education*, 2003/4, No. 133.
7. Çınarlı, İ., Yücel, H. Sağlık iletişiminin bakış açısı ile Türkiye’de sağlık işyeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2014: 31-52.
8. Yeşiltaş, A., Erdem, R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2019;10(23):137-150.
9. Cihan, Ü, Karakaya H. Kadın-erkek kavramları bağlamında şiddet ve şiddetle mücadelede sosyal hizmetin rolü. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017;17(4):297- 324.
10. Ayan, S. Aggressiveness tendencies of the children exposed to domestic violence. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007;(8):206-214.
11. Kapıcıoğlu, İ. Üniversite öğrencilerinin şiddet algısı. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Konya, 2008.
12. İstar Işıklı, E., Arslan, T. Sağlık kurumlarında şiddet: gazete haberleri üzerinde bir araştırma, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2021;21(50):89-128.
13. Kendirci, A. Evli bireylerin öfke ifade tarzları ve şiddet sorumluluğunun incelenmesi, XIII. Ulusal Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Kongresi, 2015.

14. Argon, T., Açıkgoz, A. İlköğretim okulu yöneticilerinin çatışma yaklaşımları ve öfke ifade tarzları. *Education Sciences*. 2010;5(2): 501-520.
15. Eroğlu, F., İrdem, Ş. Örgütlerde Öfke Olgusu ve Öfke Yönetimi. *Yeni Fikir Dergisi (YFD)*, 2016;8(17):22-41.
16. Bulut, A., Özdemir, B.N., İzgi, M. Sağlıkta şiddet olaylarının değerlendirilmesi: bir devlet hastanesi örneği. *Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongre Kitapçığı. CNR Expo/İstanbul*, 2017: 15-16.
17. Sargın, N. Öğretmen adaylarının çatışma ve şiddete ilişkin farkındalık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2010;16(4): 601-616.
18. Çolak, M. Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik şiddetin farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi. *Basılmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir*, 2016.
19. Kaya, O. 2014-2015 Şubat-ağustos dönemleri bağcılar eğitim ve araştırma hastanesinde verilen beyaz kod vakalarının incelenmesi ve şiddete maruz kalan sağlık personeline olan etkisinin incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*, 2017.
20. Duğan, Ö. Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları. *Basılmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya*, 2015.
21. Bozkurt, S.A. Sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi: Bir alan çalışması. *Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara*, 2017.
22. Yengin, D. *Dijital Oyunlarda Şiddet*, Beta Yayınevi, İstanbul, 2012.
23. Yavuz, S. Şiddetin sosyokültürel kaynakları ve medya metinleri aracılığıyla sunumu, *Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Medya ve Kültürel Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul*, 2014.
24. Yetim, D. Edirne şehir merkezinde kadınlara yönelik şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne*, 2008.

25. World Health Organisation (WHO). World report on violence and health. Edited by Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization, Geneva, 2002.
26. Yalçın, F. RTÜK kararları çerçevesinde televizyon yayınlarında şiddet. Uzmanlık Tezi, T.C. Radyo Televizyon Üst Kurulu, Ankara, 2012.
27. Durmuş, M. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 acil sağlık hizmetlerinde bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Konya, 2019.
28. Büyükbayram, A., Okçay, H. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyokültürel etmenler. Journal of Psychiatric Nursing, 2013;4(1):46-53.
29. Altınok, R. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin şiddete maruziyet sıklığı ve ilişkili etmenler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli, 2018.
30. Polat, O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 2016;22(1):15-34.
31. Narlıkaya, Z. Kadına yönelik ekonomik şiddetin iş yaşamına yansımaları: Elâzığ ili örneği. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Girişimcilik ve İnovasyon Yönetimi Anabilim Dalı, Elâzığ, 2019.
32. Pho, K. Understanding patient violence against health care workers.2011. <https://www.kevinmd.com/blog/2011/03/understandingpatient-violence-health-care-workers.html>, Erişim Tarihi: 21.02.2024.
33. Joint Commission. Sentinel event alert. The Joint Commission Perspectives, 2018;1-10.
34. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013.
35. Aharon, A.A., Warshawski, S., Itzhaki, M. Public knowledge, attitudes, and intention to act violently, with regard to violence directed at health care staff. Nurs Outlook, 2019;00(00):1-11.
36. Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Balci, Y., Kaptanoğlu, C. Identification of violence in Turkish health care settings. Journal of Interpersonal Violence, 2006;21(2):276-296.

37. Annagür, B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010;2(2):161-173.
38. Alexander, C., Fraser, J., Hoeth, R. Occupational violence in an Australian health care setting: implications for managers. *Journal of Healthcare Management*, 2004;49(6):377- 392.
39. Fujita, S., Ito, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., Hasegava, T. Risk factors of work place violence at hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine*. 2012;7(2):79-84.
40. Ruby, R.P., Safrunisa, S., Perveen, R., Sadiq, M. Prevalence of phssical violence against nurses at emergency department at tertiary care hospitals in karachi, Pakistan. 3. International Conference on Violence in the Health Sector: Linking Local Initiatives with Global Learning, 24-26 October 2012 Vancouver Canada, Published Netherlands: Kavanah, 2012.
41. Nelson, R. Tackling violence against health care workers. *Lancet*. 2014;383(9926):1373-4.
42. Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., Di Lorenzo, R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a crosssectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 2016;9:263-275.
43. Zhao, S., Liu, H., Jiao, M., Li, Y., Ma, H., Hao, Y. Coping with workplace violence in health care settings: social support and strategies. *Int J Environ Res Public Health*, 2015;12(11):14429-14444.
44. Avcı Balcı, S. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2014.
45. Kurt, M., Korkutan, M. Ülkemizde ve Dünya'da Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet ve Sonuçları, 1.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi, 2018: 19-25.

46. Rafeea, F., Al Ansari, A., Abbas, E.M., Elmusharaf, K., Abu Zeid, M.S. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force royal medical services' emergency department. *Open Access Emergency Medicine*. 2017;(9):113-121.
47. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., Halfens, R.J. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 2010: 3535-46.
48. Hills, D.J., Joyce, C.M., Humphreys, J.S. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Med J Aust*, 2012;197(6):336-340.
49. Jiménez, R.E., Bachelet, V.C., Gomolán, P., Lefio, L.A., Goyenechea, M. Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based crosssectional study. *International Emergency Nursing*, 2019;1-2.
50. Amr, M., El-Wehady, A., El-Gilany, A.H. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010;25(4):716-734.
51. Privitera, M.R., Arnetz, J. Effect of workplace violence on staff, institution and quality of patient care. Privitera MR. (eds). *Work place violence in mentaland general health care settings*. 1. Basım, Jones and Barlett Publishers, United States of America, 2011: 29.
52. Schoenfisch, A.L., Lipscomb, H.J., Pompeii, L.A., Dement, J.M., Smith, C.D., Upadhyaya, M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med*, 2015: 1194-204.
53. Kaya, S., Bilgin, D.İ., Karsavuran, S., Ürek, D., İlgün, G. Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. *J Forensic Nurs*, 2016;12(1):26-34.
54. Kocabıyık, N., Yıldırım, S., Öztürk, T.E., Kayacı, T.M., Ayer, A. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık personelinin şiddete uğrama sıklığı ve etkileyen faktörler. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015;(28):112-118.
55. Türkiye Psikiyatri Derneği. Sağlıkta Şiddet Anketi Sonuçları, https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/1212019134438-TPD-Saglik-Calisanina-Siddet-Anketi-Sonuclari_2018-12-24.pdf, Erişim Tarihi: 21.02.2024.

56. Çuvadar, A., Ekuklu, G. Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Nedenleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020;23(2): 212-220.
57. Mansur, F., Ceylan, Ö. Defansif tıp ve defansif tıp konusunda yapılan akademik çalışmalar üzerine bir derleme. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2021;23(3):721-44.
58. Bovbjerg, R.R. Legislation on medical malpractice: further developments and a preliminary reportcard. *UC Davis L Rev*, 1988;22:499.
59. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 5th. New York: Oxford University Press, 2001.
60. Varkey, B. *Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice*. *Med Principles Pract* 2021;30(1):17-28.
61. Bell, R.S., Loop, J.W. The utility and futility of radiographic skull examination for trauma. *N Eng J Med* 1971;284(5):236-9.
62. Curran, W.J. The Malpractice Commission Report: Controversy Unabated; the Findings. *N Eng J Med* 1973;288(23):1222-4.
63. Gupta, S. More treatment, more mistakes. *New York Times*. 2012: 31.
64. Studdert, D.M., Mello, M.M., Sage, W.M., DesRoches, C.M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T.A. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 2005;293(21):2609-17.
65. Health Program Office of Technology Assessment. *Impact of legal reforms on medical malpractice costs*. Congress, Washington, 1993.
66. Pellino, I.M., Pellino, G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates in surgery*. 2015;67(4):331-7.
67. Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O., Canetti, L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open*, 2017;20;7(3):1-7.
68. Kessler, D.P., Summerton, N., Graham, J.R. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *Lancet*, 2006;368(9531): 240-6.
69. Selçuk, M. Çekinik (Defansif) Tıp. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, İzmir, 2015.

70. What is the Bolam test?, <https://www.waldrons.co.uk/insights/what-is-the-bolam-test>, Erişim tarihi:20.02.2024.
71. Gökcan, HT. Tıp uygulayıcılarının ceza sorumluluğu ve yargıtay kararları. II. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu, İstanbul, 13-14 Kasım 2009: 121.
72. Bester, J.C. Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and Professional obligations of clinicians. *Med Health Care Philos*, 2020;23(3):413-20.
73. Lyu, H., Xu, T., Brotman, D., Mayer-Blackwell, B., Cooper, M., Daniel, M., Wick, E.C., Saini, V., Brownlee, S., Makary, M.A. Overtreatment in the United States. *PLoS One*, 2017;12(9): e0181970.
74. Kakemam, E., Arab-Zozani, M., Raeissi, P., Albelbeisi, A.H. The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 2022;22(1): 800.
75. Clarke, S., Oakley, J. Informed consent and clinician accountability: the ethics of report cards on surgeon performance. Cambridge University Press, 2007.
76. Toraman, A., Çarıkçı, İ.H. Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg*, 2019;10(23): 40-51.
77. Localio, A.R., Lawthers, A.G., Bengtson, J.M., Hebert, L.E., Weaver, S.L., Brennan, T.A., Landis, J.R. Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. *JAMA*, 1993;269(3): 366-73.
78. Yılmaz, K., Polat, O., Kocamaz, B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 2014;16:19-51.
79. Catino, M. Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects Of Medical Litigation. *Safety Science Monitor*, 2011;1(15): 1-12.
80. Yahata, S. A Study of defensive medicine in Japan. Edited by center for applied ethics and philosophy, *Applied Ethics* 2011: 175-86.
81. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SBTHGM), Hastane rolleri, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/40424/0/hastane-rolleri-1pdf.pdf>, 2009, Erişim Tarihi: 21.02.2023.
82. Osti, M., Steyrer, J. A perspective on the health care expenditures for defensive medicine. *Euro J Health Economics*, 2017;18(4):399-404.

83. Reschovsky, J.D., Saiontz-Martinez,C.B. Malpractice claim fears and the costs of treating medicare patients: a new approach to estimating the costs of defensive medicine. *Health Services Res*, 2018;53(3):1498-516.
84. Çetin, G. Tıbbi malpraktis, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum No:48, 31-42, Şubat 2006.
85. Civaner, M. Malpraktis yerine hizmet kaynaklı zarar. *Türk Pediatri Arşivi*,2011:46;7.
86. Özer, K., Aslan,Ş. Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2020;23(4):639–64.
87. Berrington de González,A., Mahesh, M., Kim, K.P., Bhargavan, M., Lewis, R., Mettler, F., Land, C. Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med*, 2009;169(22):2071-7.
88. Smith-Bindman, R., Lipson, J., Marcus, R., Kim, K.P., Mahesh, M., Gould, R., et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med*, 2009;169(22):2078-86.
89. Ali, A.A., Hummeida, M.E., Elhassan, Y.A., Nabag, W.O., Ahmed, M.A., Adam, G.K. Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. *BMC MedEthics*, 2016;17:12.
90. Rudey, E.L., Leal, M.D.C., Rego, G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine (Baltimore)*, 2021;100(1): e24176.
91. Zhu, L., Li, L., Lang, J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a nationalcongress. *BMJ Open*, 2018;8(2): e019752.
92. Hvidt, E.A., Lykkegaard, J., Pedersen, L.B., Pedersen, K.M., Munck, A., Andersen, M.K. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open*, 2017;7(12): e019851.
93. Tebano, G., Dyar, O.J., Beovic, B., Béraud, G., Thilly, N., Pulcini, C., et al. Defensive medicine among antibiotics towards: the international ESCMID Antibio Legal Mapsurvey. *J Antimicrobial Chemotherap*, 2018;73(7):1989-96.

94. Hossein, D., Mina, M. Defensive medicine: ethical or unethical. A case study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Journal of Public Health*, 2018;2(2):1-7.
95. Raposo, V.L. Defensive medicine and the imposition of a more demanding standard of care. *J Legal Med*, 2019;39(4):401-16.
96. Zarei, E., Ashtar-Nakhaei, F., Daneshkohan, A., Zali, A. The first survey on defensive medicine among Iranian surgeons: prevalence and its related factors, 2019.
97. Sun, Z., Lin, S.X., Wang, S. An economic model of optimal penalty for health care work place violence. *Inquiry*. 2019;56: 46958019884190.
98. Saruhan, N., Gojayeve, G., Altındaş, S. Diş hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusunda tutumlarının değerlendirilmesi. *J Biotechnol Strategic Health Res*, 2018;2(3):165-73.
99. Pirol, M. Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Konya, 2018.
100. Yorulmaz, M., Sabırlı, H. Sağlık hizmetleri arzında defansif tıp ve hekimlerin karar verme algısı. *Business Management Studies Int J*, 2019;7(2):579-90.
101. Biçen, E. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2018.
102. Göçen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Celepkolu, T., Tuncay, S., Dirican, E. Assistant physicians knowledge and attitudes about defensive medical practices, work-related stress and burnout levels. *Turkish J Family Med Primary Care*, 2018;12(2):77-87.
103. Yeşiltaş, A., Erdem, R. Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018;6(74): 486-500.
104. Mutlu, H.H. Ankaralı H. Hasta şikayetlerinin aile hekimlerinin defansif tıp davranışına etkisi: İkincil mağdurlar aile hekimleri mi? *Anadolu Klin Tıp Bilim Derg*, 2019;24(3):237-43.
105. Özata, M., Terlemez, A., Özer, K., Akkoca, Y. Defensivedentistry: The example of Konya. *Turkiye Klinikleri J HealthSci*, 2019;4(2):179-188.

106. Altındış, S., Coşar, E., Atasoy, A.R., Akbaba, B., Şimşir, İ., Öz, S. Sağlık uygulamalarında defansif tıp. Balıkesir Med J, 2019;3(1):12-9.
107. Kalkan, E., Özer, K., İzci, E., Fatih Erdi, M. Beyin ve sinir cerrahisi uzmanlarının tıbbi uygulama hatası davaları karşısında defansif tıp uygulamalarının belirlenmesine yönelik bir araştırma. Journal of Healthcare Management Leadership, 2020;(1):54-69.
108. Kumtepe, V., Meral, O., Gönüllü, H. İzmir ve çevre illerdeki acil tıp asistanlarının defansif (çekinik) tıp uygulama düzeylerinin incelenmesi, The evaluation of defensive (recessive) medicine practices of emergency medical assistants in Izmir and neighboring cities, Smyrna Tıp Dergisi, 2020:1-10.
109. Ünal, Ö. Defansif Tıp Uygulamaları, Öncülleri ve Sonuçları. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sakarya, 2020.
110. Sezer Kara, K.S. Edirne'deki Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2020.
111. Banaz, M., Yalçın Balçık, P. Hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg, 2022;25(3):501-16.
112. Saraç, L. Sözleşmeli Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Defansif Tıp Uygulamaları Konusundaki Tutum ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2020.
113. Özata, M., Kubilay, Ö., Akkoca, Y. Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1): 132-9.
114. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. Tepecik Eğitim Hast Derg, 2014;24(2): 99-102.
115. Kartal, S. İstanbul ili aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları tutumu ve bunun sürücü raporu düzenleme uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2023.

116. Öztürk E. Samsun İl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, 2021.
117. Renkema, E., Ahaus, K., Broekhuis, M, Tims, M. Triggers of defensive medical behaviours: a crosssectional study among physicians in the Netherlands. *BMJ Open*, 2019;9: e025108.
118. Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*. 2006;12 (47): 7671-7677.
119. Sezer Kara, K. Birinci Basamak Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Tutumları ve Bunun Klinik Pratiklerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2020.
120. Arafa, A., Negida, A., Elsheikh, M. et al. Defensive medicine practices as a result of malpractice claims and workplace physical violence: a cross-sectional study from Egypt. *Sci Rep*, 2023,13: 22371.
121. Göcen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Celepkolu, T., Tuncay, S., Dirican, E. Assistant physicians knowledge and attitudes about defensive medical practices, work-related stress and burnout levels. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2018;12(2): 77-87.