

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKTA ŞİDDET ve DEFANSİF TIP UYGULAMALARI
ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Gönül KARA

Danışman
Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL

SAMSUN
2020

TEZ KABUL VE ONAYI

Gönül KARA tarafından, **Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL** danışmanlığında hazırlanan ***Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma*** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 9.10.2020 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan (Danışman)	Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL		☐
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Kabul
	Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı		☐
			Ret
Üye	Prof. Dr. Erdoğan İBRİŞİM		☐
	Süleyman Demirel Üniversitesi		Kabul
	Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı		☐
			Ret
Üye	Doç. Dr. Polat TUNÇER		☐
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Kabul
	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		☐
			Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

09/10/2020

Gönül KARA

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 01.09.2020 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %13

Tek kaynak oranı : %1 çıkmıştır

İmza

02/11/2020

Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL

ÖZET

SAĞLIKTA ŞİDDET ve DEFANSİF TIP UYGULAMALARI ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Gönül KARA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans, Ekim / 2020

Danışman: Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL

Amaç: Hekimlere hasta veya hasta yakınları tarafından uygulanan ya da uygulanma riski bulunan şiddetin, hekimleri tanı ve tedavi süreçlerinde defansif tıp uygulamalarına yöneltip yöneltmediğinin incelenmesidir.

Materyal ve Metot: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak alan yazından elde edilen bilgilerden hazırlanan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesinde hizmet verenler hekimler oluşturmaktadır. 30 hekim araştırmaya dahil edilmiştir. Görüşmeler 01.03.2020 – 15.07.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma verileri, araştırma soruları temel alınarak tanımlanmış ve yorumlanmıştır. Verilerin analizinde betimsel analiz ve içerik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hekimlerin %83,3'ü şiddete maruz kalmıştır. Hekimlerin %33,3'ü hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Araştırmada hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına negatif defansif tıp uygulamalarından daha fazla başvurdukları görülmüştür. Şiddet görme korkusu hekimlerin defansif tıp uygulama nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır.

Sonuç: Sağlıkta şiddet olayları ve defansif tıp uygulamaları arasında kısır bir döngü bulunmuştur. Sağlıkta şiddet olayları hekimlerin defansif davranmasına neden olurken, defansif uygulamalar da hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesine neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hekim, sağlıkta şiddet, defansif tıp

ABSTRACT

A QUALITATIVE RESEARCH ON VIOLENCE IN HEALTH CARE AND DEFENSIVE MEDICINE PRACTICES.

Gönül KARA

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Health Care Management Department

Master Thesis, October /2020

Supervisor: Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL

Aim: The purpose of this study is to examine whether the violence applied or endangered to be applied to doctors by patients or their relatives, leads or not doctors to defensive medicine practices during the diagnostic and treatment processes.

Material and Method: One of the qualitative research methods, face-to-face interview technique, was used in the study. A semi-structured interviewing form prepared from the information obtained from the literature was used as a data collection tool. The universe of the study consists of the physicians who work in Samsun Ondokuz Mayıs University Hospital, Health Sciences University Samsun Training and Research Hospital, and Gazi State Hospital. 30 physicians were included in the study. The interviews were held between 01.3.2020 - 15.07.2020. Research data were defined and interpreted based on research questions. Descriptive analysis and content analysis methods were used in data analysis.

Results: 83.3% of physicians have been exposed to violence. 33.3% of physicians have been exposed to both verbal and physical violence. In the study, it was seen that physicians used positive defensive medicine practices more than negative defensive medicine practices. Fear of violence ranks first among physicians' reasons for practicing defensive medicine.

Conclusion: A vicious circle has been found between violence in health and defensive medicine practices. Violence in health causes physicians to act defensively, while defensive practices stimulate violence to patients or their relatives.

Keywords: Physician, violence in health, defensive medicine

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında beni destekleyen, değerli görüş ve önerileri ile bana yol gösteren danışmanım Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL'e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım. Eğitim yaşamım boyunca bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarıma ve her zaman yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.1. Şiddet Kavramı	5
2.1.2. Şiddet ile İlişkili Diğer Kavramlar	8
2.1.3. Şiddet Türleri	10
2.1.4. Şiddetin Nedenleri.....	19
2.1.5. İş Yerinde Şiddet Kavramı.....	25
2.1.6. İş Yerinde Şiddet Türleri.....	26
2.1.7. Sağlık Kurumlarında Şiddet.....	28
2.1.8. Dünyada Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı	35
2.1.9. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı	39
2.1.10. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri	43
2.1.11. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sonuçları	53
2.1.12. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Hukuki Durumu	55
2.1.13. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesi	61
2.2. Defansif Tıp	67
2.2.1. Defansif Tıp Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	67
2.2.2. Defansif Tıp Türleri	73
2.2.3. Dünyada Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı	78
2.2.4. Türkiye’de Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı.....	83
2.2.5. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri.....	85
2.2.6. Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları	98
2.2.7. Defansif Tıp ve Türkiye’deki Yasal Mevzuat.....	101
2.2.8. Defansif Tıp Uygulamalarının Önlenmesi	105
3. MATERYAL VE METOT	109

3.1. Materyal	109
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	109
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler	109
3.1.3. Araştırmanın Etik Kurul İzni	110
3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	110
3.2. Metot.....	110
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	110
3.2.2. Veri Toplama Araçları	111
3.2.3. Veri Toplama Süreci	111
3.2.4. Verilerin Analizi	111
4. BULGULAR.....	113
4.1. Sağlıkta Şiddet	114
4.1.1. Hekimlerin Şiddete Maruz Kalma Durumları.....	115
4.1.2. Şiddeti Uygulayanlar.....	116
4.1.3. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	117
4.1.4. Sağlıkta Şiddetin Sonuçları.....	124
4.1.5. Sağlıkta Şiddeti Önlemek İçin Öneriler	127
4.1.6. Kurumun Güvenlik Önlemlerinin Yeterliliği.....	130
4.1.7. Hukuki Yaptırımların Yeterliliği	131
4.1.8. Tıp Hukuku	132
4.2. Defansif Tıp	133
4.2.1. Defansif Tıp Terimi	133
4.2.2. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları.....	133
4.2.3. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	135
4.2.4. Defansif Tıp Uygulanan Branşlar	135
4.2.5. Defansif Tıbbın Denetlenmesi	136
4.2.6. Defansif Tıbbın Nedenleri	138
4.2.7. Defansif Tıbbın Sonuçları.....	148
4.2.8. Defansif Tıbbı Önlemek İçin Öneriler	154
5. TARTIŞMA.....	161
5.1. Sağlıkta Şiddete İlişkin Değerlendirme	161
5.2. Defansif Tıbbı İlişkin Değerlendirme	170
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	180
KAYNAKLAR	189
EKLER	211
Ek 1. Etik Kurul Onayı	211

Ek 2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Onayı	212
Ek 3. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni	214
Ek 4. Katılımcılar İçin Yazılı İzin Formu	215
Ek 5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	216
Ek 6. Öz Geçmiş	217



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
AFSCME	:	American Federation of State, County and Municipal Employees
BDF	:	Bahrain Defense Force
BLS	:	Bureau of Labor Statistics
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention
EU	:	European Union
ENA	:	Emergency Nurses Association
HAGB	:	Hükümün Açıklanmasının Geriye Bırakılması
ICN	:	International Council of Nurses
ICS	:	Industrial Community Service
ILO	:	International Labour Organization
JC	:	Joint Commission
NIOSH	:	National Institute for Occupational Safety and Health
OECD	:	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSHA	:	Occupational Safety and Health Administration
PSI	:	Public Services International
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SKS	:	Sağlıkta Kalite Standartları
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	:	Türk Ceza Kanunu
TTB	:	Türk Tabipler Birliği
WHO	:	World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1. İş yerinde şiddet türleri	26
Tablo 2.2. EU içinde iş yerinde şiddete en çok maruz kalan sektörler ve meslek grupları....	29
Tablo 2.3. Şiddetin yaşandığı birimler.....	34
Tablo 2.4. Şiddetin yaşandığı hastaneler	34
Tablo 2.5. Sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete maruz kalma durumlarının şiddet türlerine göre dağılımı	38
Tablo 2.6. İş yerinde şiddetin bireysel ve örgütsel sonuçları	54
Tablo 2.7. Aniden saldırganlaşan kişiye yönelik önlemler	64
Tablo 2.8. Saldırganlık eğilimi olan hastalara yaklaşım	64
Tablo 2.9. Şiddeti önlemek için öneriler.....	67
Tablo 2.10. Defansif tıp ile ilgili çalışmalar	79
Tablo 2.11. ABD-Güney Afrika-Kanada defansif tıp karşılaştırması.....	82
Tablo 4.1. Katılımcılara ilişkin bilgiler.....	114
Tablo 4.2. Sağlıkta şiddet ana temasının alt temaları.....	115
Tablo 4.3. Sağlıkta şiddetin nedenleri.....	117
Tablo 4.4. Sağlıkta şiddetin sonuçları.....	124
Tablo 4.5. Sağlıkta şiddeti önlemek için öneriler	127
Tablo 4.6. Defansif tıp temasının alt temaları.....	133
Tablo 4.7. Defansif tıbbın nedenleri	139
Tablo 4.8. Defansif tıbbın sonuçları.....	148
Tablo 4.9. Defansif tıbbi önlemek için öneriler	155
Tablo 6.1. Araştırma bulguları.....	184

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutuklu sayıları	7
Şekil 2.2. Şiddet ile ilişkili suçlar	8
Şekil 2.3. Dünya sağlık örgütü şiddet tipolojisi	12
Şekil 2.4. Ekolojik gelişim kuramı.....	24
Şekil 2.5. Şiddet için risk faktörleri modeli	24
Şekil 2.6. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları.....	31
Şekil 2.7. Sağlıkta şiddetin fail ve mağdurları	33
Şekil 2.8. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili faktörler	46
Şekil 2.9. Entegre bakım döngüsü	65
Şekil 2.10. İş yerinde şiddet önleme çerçevesi	66
Şekil 2.11. Defansif tıp yaklaşımının klinik kararlar üzerine etkisi.....	77
Şekil 2.12. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının karşılaştırması	92
Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı	113
Şekil 5.1. Sağlıkta şiddete ait kavram haritası	169
Şekil 5.2. Şiddet ve defansif tıp döngüsü.....	175
Şekil 5.3. Defansif tıba ilişkin kavram haritası	179

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektörü ve bu sektörde hizmet sunan sağlık çalışanları; sağlık hizmet politikaları, hasta ve hasta yakınları, kitle iletişim araçları gibi unsurlar tarafından birçok baskıya maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik var olan bu baskı sağlık sisteminin, hastaların ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine neden olabilmektedir.

Özellikle son yıllarda artan sağlıkta şiddet olayları, sağlık sisteminin en büyük problemlerinden biri haline gelmiştir. Hekimler sağlık hizmet sunumunda şiddetin her türlü formuna maruz kalmakta, hatta katledilmektedir. Şiddete maruz kalma endişesi hekimleri olumsuz etkilemektedir. Hekimler, kendilerini hasta ve hasta yakınlarından koruyabilmek için sağlık hizmet sunumlarında davranış değişikliğine gitmekte ve defansif davranabilmektedirler. Defansif tıp ideal hekimlikten sapmadır. Buradaki temel amaç, sağlık hizmeti alan kişinin yararı olmayıp hekimin öncelikle kendisini korumaya alması, kendi yararını düşünmesidir.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda özellikle son yıllarda defansif tıp uygulamalarında artışlar olduğu dikkat çekmiştir. Hem sağlık hizmetlerini hem de hizmetlerden faydalanan hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkileyen defansif tıp uygulamaları oldukça yaygınlaşmaktadır. Batı ülkelerinde defansif tıp uygulamaları ülkemizden çok önce gündeme gelmiş; defansif tıp uygulamalarının nedenleri, sonuçları, yarar ve zararları incelenmiş, önlenmesi için çözüm önerileri geliştirilmiştir.

Alan yazında sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkinin incelendiği sadece bir çalışmaya rastlanılmıştır. Ve bu konuda eksiklik olduğu düşünülmüştür. Bu sebeple defansif tıp uygulamaları ve sağlıkta şiddet olaylarının ilişkisini incelemek bu araştırmanın temel amacını oluşturmuştur.

Defansif uygulamaların temel amacı hekimin kendisi için risk oluşturan durumlardan kendisini korumasıdır. Hekimler şiddete maruz kalmamak için, riskli hastalardan kaçınmaktadır. Bu tür kaçınma davranışları negatif defansif tıp uygulamaları olarak ifade edilmektedir. Malpraktis kaynaklı davalar gibi yasal sorunlardan korunmak için gereksiz uygulamalarda bulunarak da kendilerini güvenceye almaya çalışmakta ve bu pozitif defansif tıp olarak adlandırılmaktadır.

Çalışmada hem dahili hem de cerrahi branştaki hekimlerle sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Nitel olarak hazırlanan sağlıkta şiddet ve defansif tıp ilişkisinin incelendiği bu çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümü konu ile ilgili kısa bilgilerin yer aldığı giriş bölümünden oluşmaktadır. İkinci bölümde konuyla ilgili genel bilgiler yer almaktadır. Bu bölümde şiddet kavramı, şiddetin türleri, şiddetin nedenleri, iş yerinde şiddet, sağlıkta şiddet, sağlıkta şiddet ile ilgili yasal mevzuat, sağlıkta şiddeti önleme önerileri, defansif tıp kavramı, tarihsel gelişimi, defansif uygulamaların yaygınlığı, defansif tıbbın nedenleri, defansif tıbbın hukuki durumu ve önleme önerileri üzerine durulmuştur. Üçüncü bölümde, verilerin nasıl toplandığı ve analizinin nasıl yapıldığı belirtilmiştir. Dördüncü bölümde bulgulara yer verilmiştir. Çalışmanın beşinci bölümünde bulgular tartışılmıştır. Çalışmanın altıncı ve son bölümünde ise sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Bu çalışma, tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 Pandemisi sürecinde gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

İnsanlar, hukuk karşısında eşit haklara sahiptir. Bütün din, ahlak ve hukuk kuralları insanların bir arada yaşaması üzerine kuruludur. Ama tüm bu kurallara rağmen haksızlık, adam öldürme, terör ve şiddet olayları geçmişten günümüze devam etmektedir. Burada dikkat çeken husus, uygarlık geliştikçe “şiddetin azalacağı” öngörüsünün aksine, şiddetin farklı düzeylerde bütün dünyada yaşanmasıdır (Özerkmen, 2012).

Şiddetin birçok çeşidiyle, hayatımızın her anında karşılaşmamız mümkündür. Kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet, iş yerlerinde yaşanan şiddet, hayvanlara yönelik şiddet gibi hemen hemen her alanda vardır. Kısacası şiddet, evrensel ve toplumsal bir olgudur ve kaçınılmazdır. Bu nedenle hukuk, siyaset, sosyoloji gibi birçok bilim dalının ilgisini çekmektedir (Kocacık, 2001; Özerkmen, 2012; Yeşiltaş, 2018).

Daima insan toplumunun bir parçası olagelmış şiddetin, çağımıza özgü olduğu yanılgısına kapılmamak gerekir. 1991 yılında, Avusturya’da bir buzulda oldukça iyi korunmuş şekilde bulunan 5000 yaşındaki erkek fosili, sırtındaki ok başı ile dikkat çekmiştir. Danimarka’da 1950’de ortaya çıkarılan 2000 yıllık Tollund Adamı’nın ise, boğularak öldürüldüğü anlaşılmıştır. Tarihi kayıtlara geçen en eski uygarlıklar, fetih ve katliam temelleri üzerine kurulmuştur. Birinci Dünya Savaşı’nın cephe hattı boyunca uçsuz bucaksız alanlar kaplayan asker mezarlıkları, bu anlamda kapitalist uygarlığın da, yok etme yöntemlerinin endüstriyelleşmesi haricinde, ortaya önemli bir farklılık koymadığını bize göstermektedir (Bernstein ve ark., 2010).

Tüm insanlarda şiddet, kıyıcılık ve sadizm eğilimleri mevcuttur. Cinsiyet ayrımı ile pekiştirilmiş güç ilişkileri ve toplumsal koşullar bu eğilimleri daha da arttırmaktadır. Şiddet ve hatta vahşet erken dönem kültürlerinde doğal bir olgu olarak karşılanırken (bazı toplumlarda yüceltildiğini bile görüyoruz. Homeros’un Truva surları önündeki savaşla ilgili anlatısının kazandığı beğeni, Eski Yunan hümanizminin saçtığı tüm kanla birlikte göğüs göğse çarpışmaya duyulan hayranlıkla yan yana yaşamış olduğu gerçeğini yüzümüze çarpmaktadır.) günümüzde şiddet, eskisi kadar doğal karşılanmamaktadır (Bernstein ve ark., 2010).

Toplumlar, ilkel çağlarda kabileler şeklinde örgütlenmiştir. İlerleyen zamanlarda feodal yapıya geçmiştir. Bu dönemlerde güçlünün, güçsüze karşı uyguladığı “şiddet” önemsenmez, normal karşılanırmış. Devlet örgütlenmesi de olsa her şey güçlüden yanaymış. Modern devlete kadar, yüzyıllar boyunca aileler ülke egemenliğinde karar vericiler olmuş, böylece toplumları hanedanlıklar yönetmiştir. Orta Çağ’da imzalanan 1215 tarihli Magna Carta (Büyük Ferman) toplumdaki güçler arasında denge sağlamak amacıyla kralın sonsuz yetkilerini din adamları ve halk adına sınırlamıştır (Koçöz, 2011).

“Magna Carta” ile Ada Avrupa’sında başlayan siyasal, hukuksal ve sosyal değişimler; parlamentonun üstünlüğü, insan hakları, hukuk devleti, ulus devlet, ulusal egemenlik anlayışı gibi kavramlarla bu süreç, Yakın Çağ’da, Kara Avrupa’sı ve Yeni Dünya’yı etkilemiş ve sonrasında Aydınlanma Çağı ile bu kavramlara yeni ilkeler kazandırılıp, geliştirilerek yaygınlaştırılmıştır. “1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirisi”, “1789 İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi” ve “1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirisi” ile yazılı metinler halinde geçmişten günümüze kadar büyük bir ivme kazanmıştır. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu tarafından hazırlanan evrensel bildirinin kabulünden sonra insan haklarının geliştirilmesi, korunması, uygulanması için yeni bildiriler yayınlanmış, özellikle dil, din, ırk ve cinsiyet ayrımı gibi öncelikli konularda kanunlar ile yaptırımlar getirilmiş ve halen de getirilmeye devam etmektedir (Koçöz, 2011).

Şiddet: Bir kişi veya grubun fiziksel bütünlüğüne, kültürel ya da sembolik değerlerine yönelik psikolojik veya fiziksel olarak verilen zarardır. Fakat bu tanım yeterli değildir. Çünkü şiddet denildiği zaman akla sadece insana yönelik şiddet gelmektedir. Oysaki şiddet tüm canlılara uygulanabilmektedir. Doğaya-hayvana yapılan şiddet, dolaylı olarak insana da yansımaktadır. Bu sebeple şiddet: “Bir canlı ya da topluluğun ruhsal, fiziksel, ahlaki bütünlüğüne, mülkiyetine, var oluşuna, kültürel ve sembolik değerlerine karşı bir kişi-grup ya da örgütsel topluluk tarafından dolaylı veya dolaysız olarak yapılan her türlü zarardır” diye tanımlamak daha uygundur (Gürhan, 2017). Ayrıca şiddetin dar tanımlarla kısıtlanması ve ağırlıklı olarak fiziksel şiddete yer verilmesi de eksiklikler taşımasına ve de bazı toplumsal gelişmelerin yol açtığı zararların göz ardı edilmesine sebep olmaktadır. Bu yüzden şiddet tanımını, geniş bir çerçevede ele almak daha doğru olacaktır (Özerkmen ve Gölbaşı, 2010).

Şiddetin toplumsal alanda yayılması, mevcut siyasal sistemin yapısına bağlıdır. Siyasal sistem, güçsüz canlıları korumaya yönelik değilse koruyucu destek sistemleri geliştirilmemiş ya da engelleniyorsa, şiddetin düzeyi aratarak yayılacak ve bir zulüm biçime haline gelecektir. Şiddet, genel bir şemsiye olarak ele alındığında şiddet türlerinde artışlar mevcuttur. İnsanlığın başlangıcından itibaren her daim var olmuştur. Özellikle son zamanlarda her daim daha güçsüz olan hayvana-doğaya- çocuca ve kadına başta olmak üzere, ülkemiz ve tüm dünyada şiddet artarak devam etmektedir (Özerkmen, 2012).

2.1.1. Şiddet Kavramı

Arapça kökenli olan şiddet kavramı aşırı ve olağan dışı davranış veya anlaşma yerine kaba kuvvet kullanma olarak tanımlanmaktadır (Tokgöz, 2019). Yapılan etimolojik incelemelerde Yunan-Latin-İngiliz kökeninde şiddet sözcüğü, “güç, kuvvet” gibi her dildeki kullanımına ek olarak “çiğneme, ihlal etme” gibi anlamlara da gelmektedir (TBMM, 2013).

Devellioğlu tarafından hazırlanan Osmanlıca-Türkçe sözlüğünde şiddet sertlik, isteklerini kaba kuvvet kullanarak yaptırma gibi anlamlara gelmektedir (Kocadaş ve ark., 2010). Ergil (2001), şiddetin taraflar arasındaki çıkar çatışmalarından kaynaklandığını ifade etmiştir. Şiddet bir hareketin, bir gücün derecesi, sertlik, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, duygu veya davranışta aşırılık olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2020).

Oxford İngilizce sözlüğünde şiddet kavramı geniş bir anlama sahiptir: “Tecavüz etme, taciz uygulama, bedensel zedeleme, kişisel özgürlüğü kısıtlama, toplumu bozma, yasalara uymama, aykırılık gösterme, isteklerini engelleme, bazı alışkanlıklara yersiz kısıtlamalar getirme, anlamı çarpıtma, güç uygulama, duygusal yönden yapılan tacizler” şiddet kapsamında ele alınmaktadır (Polat, 2017).

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 (Cihan ve Karakaya, 2017). Şiddeti Ünsal (1996), sert-katı davranış ve kaba kuvvete başvurmak şeklinde tanımlamıştır. Özerkmen (2012), insanlara fiziksel ve ruhsal zarar veren tüm davranışları şiddet olarak tanımlamaktadır. Çağlayan (2004), şiddeti kişi veya gruba karşı kötü davranışlarda bulunmak veya kaba kuvvet kullanmak şeklinde

tanımlamıştır. Şiddet, bireylerin kendisine zarar vermesidir. Fakat kişinin, bir başka kişiye zarar vermesi sapkınlıktır (Aydın, 2004).

Dişsiz ve Hotun Şahin (2008), şiddet güç kullanarak kişinin fiziksel veya ruhsal yönden zarar görmesine neden olan kişisel ya da toplu hareketlerin tümünü ifade etmektedir. Başka bir şiddet tanımı ise: kişinin, kültürel ve sosyal özelliklerden etkilenmesi sonucunda kendisine uyguladığı veya başkaları tarafından kişiye uygulanan fiziksel ve ruhsal etkileri bulunan, uzun ya da kısa vadeli olumsuz davranışlardır (Arslan, 2019). Jawarkar ve arkadaşları (2016), şiddeti tüm dünyada ayrımlara sebep olan küresel bir sorun olarak tanımlamışlardır. Şiddet, iktidarın dışavurum yollarından sadece birisidir (Öztürk, 2008).

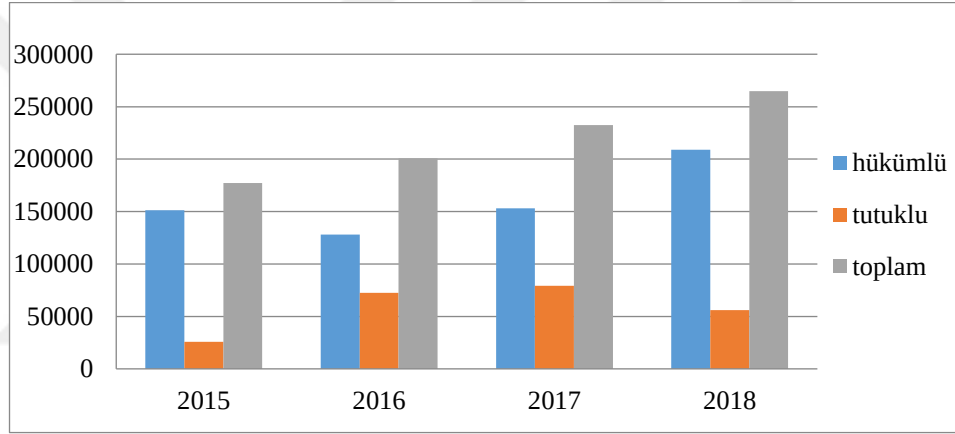
Şiddet: Yaralanma, sakatlanma, psikolojik zarar veya ölüm ile sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye veya gruba, topluluğa karşı fiziksel kuvvet veya gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımıdır (WHO, 2002). Başka bir tanıma göre şiddet: Kişi ya da nesneye karşı, zarar vermeyi amaçlayan, kontrol dışında gelişen ani bir olgudur (Güneri, 2016). Coşkun ve Öztürk (2010), şiddet en kısa tanımıyla bir başkasına bedenlen veya ruhen zarar vermektir. Şiddet, zarar vermeyi amaçlayan saldırganlıktır (Anderson ve Bushman, 2002).

Son yıllarda tüm dünyada şiddet olayları artış göstermiştir. Her yıl yarım milyon insan şiddet olayları sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Ayrıca milyonlarca insan; evde, okulda, sokakta şiddete maruz kalmaktadır. Meslek, cinsiyet, din, dil ayrımı yapılmaksızın toplumdaki tüm bireyleri etkileyen şiddet, günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmiştir (Keser ve Bilgin, 2011; Ökçün, 2020). Dolayısıyla toplumları ilgilendiren büyük bir problem olarak kabul edilmektedir (Türkdoğan, 1996; Concha Eastman, 2001). Şiddet dünya çapında yıllık sağlık harcamalarında milyarlarca ABD dolarına mal olurken ayrıca kaybedilen iş günleri ile ekonomiye de zarar vermektedir (WHO, 2002).

Şiddet olgusu, bireysel ve toplumsal öğeleri içinde barındıran karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu sebeple şiddeti tanımlamak pek de kolay olmamaktadır (Kocacık, 2001). Zaman, mekân, sahip olunan değer yargıları ve koşullara göre şiddet kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013; Keane, 2010; Aydın, 2014). Örneğin Felson, şiddet konusunda yapılan araştırmalardan hareketle şiddetin aslında göreceli bir kavram olduğunu belirtmiştir. Felson'a göre bir eylemin şiddet olarak

değerlendirilebilmesi için insanların eylemin yanlış olduğu konusunda ortak kanıda olması gerekmektedir. İnsanlar kendilerine zarar verildiği zaman bunu şiddet; kendisi bir başkasına zarar verdiğinde ise bu durumu adalet olarak kabul edebilirler. Aynı şekilde, toplum genelinde sapkınlık olarak kabul edilen bir davranışta bulunan kişi veya kişilere zarar vermek şiddet değil; bu davranışın cezalandırılmasıdır (Aydın, 2014).

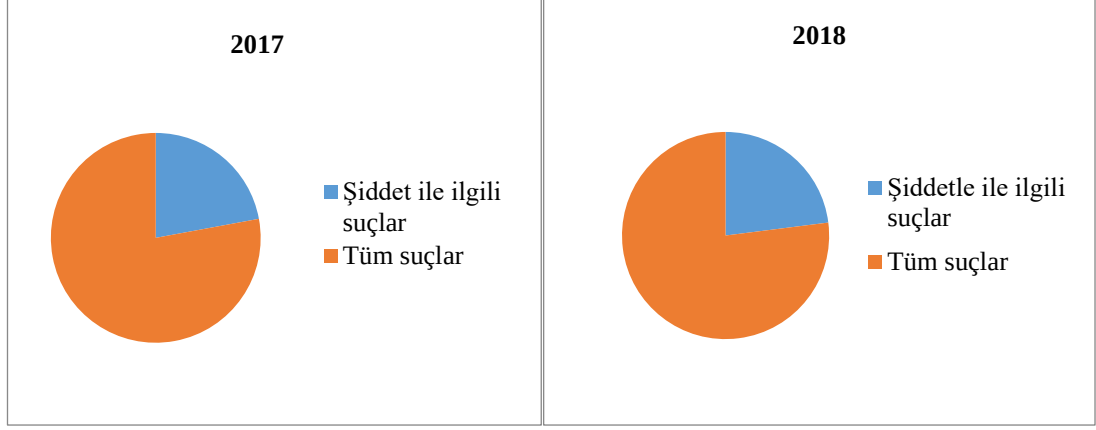
Şiddet veya saldırganlık, genellikle bir engellenme sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kendini gerçekleştirmek isteyen birey, kısıtlı imkânlarla sahip toplumlarda engellenmekte, şiddet ve saldırganlığı çıkış yolu olarak görmektedir (Yeşiltaş, 2018). Şekil 2.1’de görüldüğü üzere ülkemizde ceza ve infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü sayıları her geçen yıl artmaktadır.



Şekil 2.1. Ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutuklu sayıları (TÜİK, 2020)

Şiddet ile ilgili suçlar için Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı istatistikleri incelendiğinde; “öldürme, cinsel suçlar, yaralama, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma, hakaret, ateşli silahlar ve bıçaklar ile ilgili suçların dâhil edildiği suç türlerinden hükümlü ve tutuklu olanların sayısı” 2017 yılında toplam hükümlü ve tutuklu sayısının %22,1’ini; 2018 yılında ise toplam hükümlü ve tutuklu sayısının %23’ünü oluşturmaktadır. Şiddet kaynaklı suçlar, toplam suçların beşte birinden fazladır (TÜİK, 2020).

X60-X84 ICD-10 Kodlu “İntihar ve kasıtlı kendine zarar verme” vakaları ise 2017 yılında 2.729 ve 2018 yılı 2.463’dür (TÜİK, 2020).



Şekil 2.2. Şiddet ile ilişkili suçlar (TÜİK, 2020)

2.1.2. Şiddet ile İlişkili Diğer Kavramlar

Anlam olarak şiddet kavramına yakın birçok kavram bulunmaktadır. Saldırganlık kavramı bunların en başında gelmektedir (Arslan, 2019). Saldırganlık, öfke ve kindarlık şiddetle ilişkisi olan kavramlardır (Özdevecioğlu, 2016; Güneri Yöyen, 2017). Özkan (2013), şiddetle ilişkili kavramların suç ve saldırganlık olduğunu ifade etmiştir. Şiddetle yakın anlamlı kavramlar çatışma ve saldırganlıktır (Uludağ ve Zengin, 2013).

Saldırganlık (Aggression)

Şiddet ve saldırganlık birbirinden ayrı olgular gibi ele alınmaktadır (Ayan, 2007; Atalay, 2010). Fakat yapılan çalışmalara bakıldığında, şiddet ve saldırganlığın birbiriyle ilişkili kavramlar olduğu görülmektedir (Ayan, 2007). Saldırganlık, bir canlıyı veya nesneyi kırıcı ve rahatsızlık verici davranışlardır (Kaymak, 2004). Saldırganlık, öfke ve sinirin harekete geçmiş halidir (Kapıcıoğlu, 2008). Şiddet, saldırganlığın en son noktasıdır. Şiddet, saldırganlığın harekete geçmiş haliyken; saldırganlık ise şiddet hareketlerinin temelini oluşturmaktadır (Arslan, 2019).

Aslında şiddet, insanlarda doğal olarak var olan saldırganlık eğiliminin bir başkasına zarar verecek şekilde dışa vurulmasıdır. Peki, bu saldırganlık eğilimini harekete geçiren unsur nedir? Engellenme, saldırganlığın harekete geçmesinde önemli bir unsurdur. Her saldırgan hareketin altında yatan etkenin engellenme olduğu düşünülmektedir. Engellenmenin bir uyarıcı olduğu ve organizmayı saldırgan davranışa hazırladığı düşünülmektedir. Bazı fizyolojik veya ruhsal gereksinimlerin engellenmesi, kişileri saldırgan davranmaya itebilmektedir (Ayan, 2007; Yeşiltaş, 2018).

Kişilerdeki her saldırgan davranış, şiddet barındırmayabilir. Örneğin; birisine şiddet içermeyen şekilde jest ve mimiklerin kullanımı, eleştiri yapılması bir saldırganlık davranışdır. Saldırganlıkta bulunan kişi, birisine veya bir şeye kasıtlı olarak zarar vermektedir (Arslan, 2019). Örneğin; işverenin hoşlanmadığı çalışanın terfisini ertelemesi saldırgan bir davranış olarak kabul edilmektedir (Alkan, 2007).

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 (Arslan, 2019).

Zorbalık, birisine sürekli baskı yaparak onu korkutmayı ve sindirmeyi amaçlayan davranışları ifade etmektedir (Kartal ve Bilgin, 2009). Atik (2009)'a göre zorbalık saldırganlığın bir türüdür ve kişiler arasındaki gücün, saldırgan hareketlerle ifade edilmiştir. Zorbalık kişilere ya da çalışanlara yönelik kin güden, onları küçük düşüren, süreli veya tekrarlayan davranışlardır (Yeşildal, 2005).

Zorba kişilerin özelliklerine bakıldığında, kendi gereksinimlerine öncelik veren kişilerdir. Çabuk sinirlenip saldırgan davranışlarda bulunabilmektedirler. Empati yetenekleri düşük ve fiziksel açıdan kuvvetlidirler (Arslan, 2019). Zorba kişiler ortamda kimlerin olduğuna bağlı olarak, bazen içten davranırken bazen de saldırgan olabilmektedirler. Zorba kişinin etrafında kimse yoksa ya da bulunan kişiler zorbaya sessiz kalmakta ise saldırgan davranışlar sergilemesi muhtemeldir. Eğer ortamda zorbayı desteklemeyecek kişiler mevcutsa kişi saldırgan yönünü ortaya çıkaramayacaktır (Bulut, 2010).

Öfke (Anger)

Öfke, engellenme ya da incinme sonucunda ortaya çıkan saldırganlıktır (Kendirci, 2013). Budak (2000), engellenme, tehdit, saldırı gibi hallerde hissedilen ve saldırgan davranışlarla sonuçlanma ihtimali olan olumsuz duyguyu öfke olarak adlandırmaktadır. Öfke, insanoğluna ait olan beş duygudan biridir (Argon ve Açıkgöz, 2010).

Öfke, sonradan öğrenilmekte ve kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. İfade edilmiş şekli de kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Yıldız, 2014). Öfke ortaya çıktığında, bazı kişiler sözel ya da fiziksel saldırılarda bulunarak tepkilerini ortaya koymaktadır.

Bazı kişiler ise, dolaylı saldırganlığı tercih etmekte veya geri çekilmektedir. Yani bu durum öfkenin her zaman saldırganlığa neden olmadığını ortaya koyar. Ayrıca kişilerin öfkelenğinde nasıl davranışlarda bulunacağı; kişinin içinde bulunduğu durum, kültürel normlar, daha önce yaşanan tecrübeler gibi etmenlere bağlı olarak değişiklikler gösterebilmektedir (Kaymak, 2004).

Çatışma (Conflict)

Çatışma: Güç, statü ve çıkar elde etmek için ortaya çıkan çekişme olarak tanımlanabilir (Bulut, 2010). Çatışma, kişiler veya gruplar arasındaki anlaşmazlık sonucunda ortaya çıkan, kişilerin birbirlerini devre dışı bırakmaya çalıştıkları mücadeledir (Tuğlu, 1996; Bulut, 2010; Sargın, 2010). Çatışma, uyumsuzluk gibi anlamlar içermekte ve kişi kendi çıkarını veya görüşünü kabul ettirmeyi amaçlamaktadır (Aslan, 2003).

Çatışma birçok bilim dalının ilgi alanına giren bir kavramdır. Bu sebeple farklı şekillerde tanımlar ortaya çıkmıştır (Aslan, 2003; Arslan, 2019). Çatışma kavramının öncüleri Marx ve Weber'dir. Marx'a göre çatışma, kapitalist ekonomideki işçi-işveren arasındadır. Weber'e göre çatışma, sosyal hayatın içindedir ve onun ayrılmaz bir parçasıdır (Özmen, 1997).

Çatışma, insan yaşamının parçasıdır ve son yıllarda artmaktadır. Ve kolaylıkla şiddete dönüşebilmektedir (Sargın, 2010). Çatışma, kavram olarak şiddetle yakın anlamlıdır. Fakat aynı manada kullanılmamaktadır (Arslan, 2019). İsveç'te 1982 yılından beri yapılan çalışmalarda psikolojik şiddet, abartılı bir çatışma olarak ele alınmaktadır. Şiddet, çatışmanın en uç örneği sayılabilir. Çatışma, şiddet davranışına dönüşmeden çözülen uyuşmazlıklardır (Bulut, 2010).

2.1.3. Şiddet Türleri

Şiddet, çok yönlü bir olgudur. Bu sebeple çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür (Çolak, 2016). 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 (Kaya, 2017).

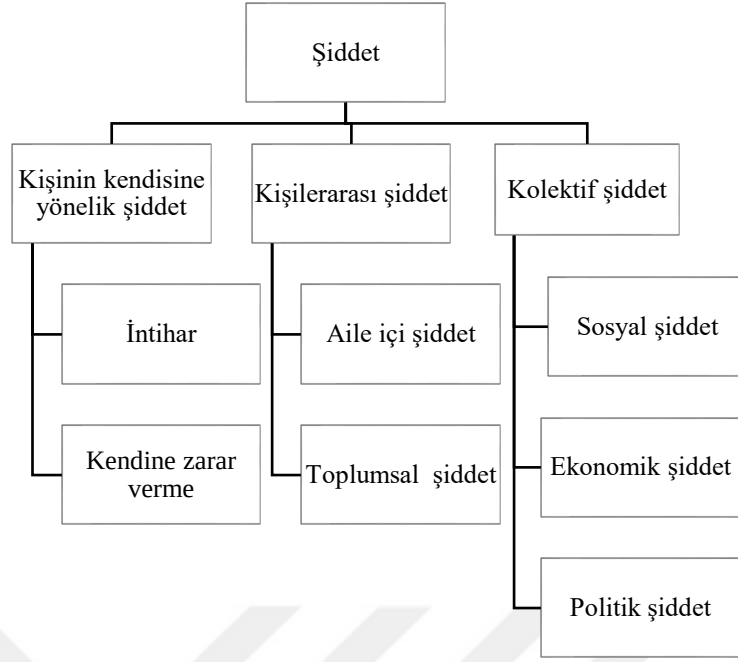
Failin kim olduğuna bağlı olarak: Bireysel veya kolektif şiddet olarak adlandırılmaktadır. Kapsamına göre şiddet: Dar anlamda ve geniş anlamda şiddet olarak ikiye ayrılmaktadır. Dar anlamda şiddet, fiziksel şiddet içeren davranışlardır.

Geniş anlamda şiddette ise kişi üzerindeki etkisi tam olarak ölçülememekte ancak dolaylı olarak hissedilebilmektedir. Baskı, enflasyon, sağlıksız kentleşme geniş anlamda şiddet örneğidir (Çolak, 2016).

Browne ve Herbert tarafından 1996 yılında yapılan bir çalışmada şiddet: Aktif şiddet ve pasif şiddet şeklinde ikiye ayrılmıştır. Buradaki ayrım noktası şiddetin temas gerektirip gerektirmediğidir. Aktif şiddet temas gerektirmekte, pasif şiddet ise temas gerektirmeyen duygusal olarak uygulanan şiddet şeklindedir (Sezgin, 2007). Toplumumuzda şiddet denildiği zaman akla gelen fiziksel şiddet olsa da aslında şiddetin çeşitleri vardır. Şiddet türleri: Sözel, psikolojik, fiziksel, cinsel ve ekonomik olmak üzere beş grupta toplanabilir (Kaya, 2017). Şiddet uygulanmasına göre “bilinçli şiddet –bilinçsiz şiddet” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Buradaki ayrım amaç-araç ilişkisinden kaynaklanmaktadır. Belirli bir amaç olmadan aniden gerçekleşen şiddet davranışları bilinçsiz şiddet olarak adlandırılmaktadır. Bilinçli şiddet ise belirli bir amaç doğrultusunda gerçekleştirilmektedir (Duğan, 2015). Genel olarak şiddet sınıflandırması ise şiddeti uygulayanlar ve şiddet uygulama biçimlerine göre iki farklı şekilde yapılmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

Uygulayanlar Açısından Şiddet Türleri

Şiddet kavramının kapsamlı bir şekilde anlaşılması ve bu türlerin açık, ancak birleşik olarak sınıflandırılması gerekmektedir. Bu nedenle şiddet eylemini gerçekleştirenlerin özelliklerine ve şiddet eyleminin niteliğine göre, şiddetin türleri ve alt türleri tartışılacaktır. Şiddet eylemi, uygulayanların özelliklerini dikkate alarak 3’e ayrılmıştır. Bunlar: Kişinin kendisine yönelttiği şiddet, kişiler arasında oluşan şiddet ve kolektif şiddettir (WHO, 2002).



Şekil 2.3. Dünya sağlık örgütü şiddet tipolojisi (WHO, 2002)

• **Kişinin Kendisine Yönelttiği Şiddet:** Kişinin, kendisine uygulamış olduğu şiddettir. Kendine zarar verme, alkol ve madde bağımlılığı ve intihar gibi eylemleri içermektedir (WHO, 2002).

• **Kişiler Arasında Oluşan Şiddet:** Kişiler arası şiddet, aile içi şiddet ve toplumsal şiddet olarak ikiye ayrılmaktadır. Aile içi şiddet aile üyelerinden birisinin, başka bir aile üyesine zarar vermesidir. Toplumsal şiddet ise ev dışında birbirleriyle akraba olmayan, birbirini tanımayan kişiler arasında oluşmaktadır (WHO, 2002; Çetin Ertekin, 2017).

• **Kolektif Şiddet:** Sosyal, ekonomik ve politik kolektif şiddet olarak üçe ayrılmaktadır. Diğer türlerden farklı olarak kolektif şiddet, büyük gruplar tarafından uygulanmaktadır. Terör faaliyetleri, mafya şiddeti, nefret suçları örnek olarak verilebilir (WHO, 2002). Politik şiddet savaşlar ve çatışmalar ile ilgilidir. Ekonomik şiddet, büyük grupların ekonomik kazanç sağlamak için yaptıkları saldırıları içermektedir. Kişileri temel hizmetlerden mahrum bırakma, ekonomik bölünmelere neden olarak ekonomiyi aksatmak için yapılan saldırılardır (Karakuş, 2019).

Uygulama Biçimlerine Göre Şiddet Türleri

Genellikle: Fiziksel, sözel, cinsel, ekonomik, psikolojik ve siber şiddet olarak altı başlıkta toplanmaktadır.

Fiziksel Şiddet

Akla gelen ilk şiddet türüdür (Bulut, 2010). Fiziksel şiddet: Kontrol etmeyi, acı ve korku yaşatmayı hedefleyen, beden gücü kullanımı gereken ve kişide fiziksel yaralanmalara sebep olan davranışlardır (Duğan, 2015). Fiziksel şiddet kişinin karşısındaki kişiye isteyerek bilinçli bir şekilde zarar verecek davranışlarda bulunmasıdır (Bulut, 2010). Bunlara örnek olarak vurma, tekmeleme veya sopa, bıçak gibi araçlarla yaralama davranışları verilebilir (Duğan, 2015). Genelde birine zarar vermek, öldürmek ya da yaralamak amacıyla güç kullanmaktır (Bozkurt, 2017).

Fiziksel şiddetin esasında güç ve kuvvet bulunmaktadır (Yetim 2008; Yenğin, 2010). Genellikle güç sahibi kişiler kendilerine oranla daha güçsüz olan kişilere fiziksel şiddet uygulamaktadır (Yavuz, 2014). 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 (Yetim, 2008).

Fiziksel şiddete maruz kalan kişilerde özgüvenin yitirilmesi, kendini devamlı tedirgin hissetme, korku ve endişe duyma ve de maruz kaldığı fiziksel şiddeti daha sonra başkalarına gösterme gibi eğilimler mevcuttur. Özellikle çocukken fiziksel şiddete maruz kalmak çocuk ve toplumun geleceği açısından daha büyük sorunlar doğurmaktadır. Bu sebeple başta aileler olacak şekilde, eğitimciler ve çevrenin şiddetin kişi ya da çocuklarda bırakabileceği olumsuz etkileri değerlendirmesi gerekmektedir (Pehlivan, 2015).

Sözel Şiddet

Kişilere sözel olarak zarar vermektir. Hakaret etme, aşağılama, tehdit gibi davranışları içermektedir (WHO, 2002). Yetim (2008), 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 (Yalçın, 2012).

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 (Arslan, 2019). Şiddet türleri arasında en sık rastlanılan türlerden biridir. Tek başına veya diğer şiddet türleriyle birlikte de uygulanabilmektedir (Durmuş, 2019). Kaya (2017), sözel şiddetin etkilerinin kolay bir şekilde fark edilememesi sebebiyle, kişinin benliğine hasar verdiğini, fizyolojik ve duygusal hasarlara da sebep olabileceğini ifade etmektedir.

Cinsel (Seksüel) Şiddet

Seksüel şiddet: Cinsel amaçlar içeren, ev ya da iş yeri fark etmeksizin her ortamda karşılaşılan istenmeyen cinsel içerikli konuşma, davranış, ilişkiye zorlama ya da rahatsız etme davranışlarının tümünü içermektedir (WHO, 2002). Cinsel şiddet: El kol hareketleri, laf atma da dâhil olmak üzere tecavüze kadar gidebilecek bütün davranışlardır (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Cinsel şiddet davranışlarının büyük bir kısmında fiziksel şiddete maruz kalınmaktadır (Altınok, 2018). 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 (Polat, 2016). Cinsel şiddet mağdurları kadın, çocuk, yaşlı, hayvan ya da kişinin hemcinsi olabilmektedir (Narlıkaya, 2019).

Bu türde insan hakları ihlal edilmektedir (Yüksel, 2009). Bu türün en ağır ve yaygını ise evlilik içindeki tecavüzler ve ensest ilişkilerdir (Kemerli, 2002). Cinsel şiddet mağdurları genellikle psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duymaktadırlar. Çünkü bu kişilerde kaygı bozukluğu, uyku problemleri, intihara teşebbüs gibi sorunlar görülebilmektedir (Yekeler, 2010).

Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet: Bireyin hayatını sürdürmesi için gerekli olan ekonomik olanaklardan men edilmesidir. Paranın birey üzerinde tehdit, yaptırım ve kontrol amaçlı olarak kullanılmasıdır (Gürkan ve Coşar, 2009; Gündüz, 2019). Ersun (2008), ekonomik şiddet çalışanın emeğinin karşılığının tam olarak verilmemesi, maddi anlamda engellenmesi, kazanmış olduğu paraya el konulması olarak tanımlamıştır.

Ekonomik şiddet iki karşıt unsuru barındırmaktadır. Bir taraftan kadın veya çocuğu çalıştırarak kazandığı parayı elinden alan bir ekonomik şiddet vardır. Diğer yandan ise çalışabilecek güçteki insanları kısıtlayan ve ekonomik özgürlüklerine el koyan bir zihniyet vardır (Polat, 2016).

Yüksek enflasyon oranları, işsizlik, yeterli olmayan sosyal güvenlik gibi unsurlar da ekonomik şiddet olarak değerlendirilebilir. Çünkü bu gibi unsurlar yaşamı tehdit etmekte ve insanların gerilimini arttırmaktadır. Şiddete katalizör etki yapmakta ve saldırgan davranışların artmasına neden olmaktadır (Altınok, 2018). Diğer taraftan dini inançlar, toplumsal roller, toplumun yapısı, kadın-erkek eşitsizliği gibi nedenler de ekonomik şiddet riskini arttırmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

Psikolojik Şiddet (Mobbing)

Psikolojik şiddetin belirgin ve kolay bir tanımı yoktur. Genel olarak psikolojik şiddet, “kişinin öz saygısını ve güvenini sistemli olarak yok etmek amacıyla yapılan davranışlar” olarak adlandırılmaktadır. Bu durumun ilişkilerdeki güç ve kontrol kullanımlarındaki farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir (Dağ, 2017). Psikolojik şiddet, bilinçli bir şekilde yapılan kişinin psikolojik gelişimini ve benliğini olumsuz olarak etkileyen tutum veya sözel davranışlardır (Gündüz, 2019).

Kişiyi olumlu davranışlardan, ilgiden mahrum bırakarak reddetme, yalnızlaştırma veya desteklememektir (Bulut, 2010). Başka bir tanıma göre psikolojik şiddet kişinin duygusal ihtiyaçlarının tehdit aracı olarak kullanılarak sürekli bir şekilde istismarıdır (Çuvadar, 2017). Çalışana üstleri, astları veya eşit düzeydeki çalışma arkadaşları tarafından bilinçli ve sistemli bir şekilde uygulanan kötü davranışları içermektedir (Sağlık-Sen, 2013).

Mobbing’in anlamı “mob” kelimesidir ve latince “möbile vulgus” “kararsız kalabalık” kelimesinden gelmektedir. İngilizce’de ise düzensiz insan topluluğu, kanunsuz kalabalık ya da eşkıya topluluğu gibi anlamlara gelmektedir (Duğan, 2015). Mobbing: Kişinin çalıştığı iş yerinde bir kişi veya bir grup tarafından devamlı olacak şekilde aşağılanmasıdır. Çalışanın ihtiyaç duyduğu belge ve bilgilere erişimin engellendiği, çalışan hakkında dedikodu yapılarak negatif bir ortam yaratılması ile her yönden rahatsız ederek istifa etmesine sebep olan süreçtir (Tengilimlioğlu ve Mansur, 2008).

Mobbing: Bireyi iş yerinden uzaklaştırmak için uygulanan psikolojik baskılardır (Tınaz, 2006). Belirli bir çalışana yönelik, planlı bir şekilde ve sürekli olarak tekrarlanan, fiziksel veya psikolojik zararlara neden olabilecek davranış şekilleridir (Browne ve Smith, 2008). Brodsky'nin tanımına göre mobbing: Başkalarını yıpratmak, onları engellemek için sürekli olarak tekrarlanan, kişi üzerinde baskıya sebep olan, kişiyi yıldıran davranışlardır (Tetik, 2010). Mobbing için yapılan bütün tanımlarda ortak üç unsur vardır. Bunlardan ilki, eylemin mağdur üzerinde bıraktığı etkilerdir. İkincisi bu etkilerin mağdura zarar verip vermediğidir. Sonuncusu ise mobbing eyleminin ısrarla devam etmesidir (Çobanlıoğlu, 2005).

Mobbing kavramı, ilk olarak 1960'lı yıllarda Konrad Lorenz tarafından kullanılmıştır. Düzensiz kalabalık tarafından uygulanan illegal şiddet anlamına gelmektedir. Lorenz, bu kavramı yaptığı hayvan gözlemleri sonucunda ortaya koymuştur (Güngör, 2008). Hayvanlar âleminde saldırganlığın, yaşamı destekleyici işlevini keşfetmiştir (Arendt, 2016). Lorenz hayvanların sergilediği bu davranışların, insanların hayatlarıyla da örtüştüğünü düşünmüştür. Bu davranışları mobbing olarak adlandırmıştır (Güngör, 2008). Daha sonra Paul Heinemann çocukların sınıf ilişkilerini araştırmıştır. Bir grup çocuğun, yalnız bir çocuğa uyguladıkları zarar verici davranışlar için mobbing kavramını kullanmıştır.

Mobbing ile ilgili bilimsel çalışmalar ise Heinz Leymann ile başlamıştır (Bulut, 2010). Mobbing: Bir ya da birden fazla kişi tarafından, diğer bir başka kişiye yönelik sistemli, düşmanca ve ahlaken uygun olamayan bir iletişim kullanılan psikolojik terördür (Leymann, 1990). Leymann bu kavramı İsveç ve Almanya'daki iş yerlerini inceledikten sonra ortaya koyduğunu ifade etmektedir. Çalışanlar belirledikleri birisini kurumdan uzaklaştırmak için o kişiye karşı kötü davranışlarda bulunarak kişiyi mobbinge maruz bırakmaktadırlar (Güngör, 2008).

Mobbing bütün meslek grupları açısından risk oluşturmakta, fakat özellikle sağlık sektöründe sıklıkla karşılaşılmaktadır. Sağlık sektöründe yapılan uzun süreli ve yoğun çalışma koşulları, diğer işlere oranla daha çok mesleki risk taşımaktadır (Kurnaz, 2019). Ayrıca sağlık sektörü kadın ağırlıklıdır ve kadınların çoğunlukta olduğu kurumlarda mobbing daha fazla görülmektedir (Adalar, 2015).

2002 yılında sağlıkta şiddete yönelik yapılan bir çalışmada mobbinge %30,9 ile Bulgaristan, %22,1 ile Lübnan, %20,6 ile Güney Afrika sağlık çalışanları maruz

kalmıştır. Tayland’da hemşirelerin %19,8’inin, Bosna-Hersek’te doktorların %76’sının mobbinge maruz kaldıkları bulunmuştur. Ülkemizi temsil eden mobbinge yönelik genel bir çalışma bulunmamaktadır (Gürhan, 2013). Fakat Sönmez ve Yıldırım (2018), hemşireler üzerinde yapılmış mobbing araştırmaları ile ilgili literatür araştırması yapmıştır. Araştırmalarına dâhil ettikleri 38 çalışmaya göre Türkiye’de çalışan hemşirelerin mobbinge maruz kalma oranlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Yıldırım ve Yıldırım (2007)’nin 505 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %86,5’i son 1 yılda mobbing mağduru olduklarını belirtmişlerdir. Pınar ve arkadaşları (2017)’nin sağlıkta şiddet ile ilgili yaptıkları geniş kapsamlı çalışmaya 12.944 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların %52,3’ü son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bu şiddetin %15’i mobbing şeklindedir. Özen (2008), Muğla ilinde görevli olan 272 sağlık çalışanın katılımı ile yaptığı çalışmasında mobbinge maruz kalma düzeyini %34,9 olarak tespit etmiştir.

Mobbingi başlatan kişiler genellikle birlikte çalışılması zor kişilerdir. Gücünü gösterme gereksinimi duyarlar ve bir çalışana karşı düşmanca davranışlarda bulunurlar. Bu kişiler genelde genç ve erkeklerdir. Zor bir çocukluk geçirmiş ya da geçmişinde şiddete maruz kalmışlardır. Geçmişten sıyrılıp sosyal statüye sahip olabilmek için mağdurun acı çekmesinden zevk alırlar. Saldırganın kişilik özellikleri gibi, mağdurun kişiliği de mobbinge sebep olabilmektedir. Mağdur kişiler genellikle dürüst, çalışkan ve kaliteli kişilerdir. Bu nedenle mağdurlar “kolay hedef” ya da “tehdit” gibi algılanmaktadır. Bu kişilerin mobbinge mücadele edebilecek yeterliliğe sahip olmaması maruz kaldıkları problemleri daha da arttırmaktadır (Arslan, 2019).

Mobbing uygulayan ve maruz kalanların özellikleri gibi iş konumuna ilişkin unsurlarda mobbinge neden olmaktadır. Güç ilişkisi, cinsiyet dağılımındaki eşitsizlikler, kariyer güvencesinin olmaması gibi sebepler yer almaktadır (Arslan, 2019). Sosyo-ekonomik nedenler de mobbingin oluşmasında diğer bir unsurdur. Rekabetleşme, müşteri talepleri, ekonomik değişiklikler örnek olarak verilebilir (Özen, 2007).

Örgütsel faktörler mobbinge neden olmaktadır. İnsan kaynaklarında eksiklik olması, örgütsel değişimler, kötü yönetim gibi örnekler verilebilir (Constantinescu, 2014). Özen (2007), liderlik şekli, rol çatışması ve örgütsel bağlılığın zayıf olması da

mobbing nedenleri arasında olduğunu ifade etmiştir. Negatif bir örgüt iklimi ve örgüt kültüründeki azalış da mobbinge neden olmaktadır (Lale ve Özmete, 2013).

Siber Şiddet

Son yıllarda elektronik iletişim ve bilgi paylaşımı hızla artmıştır (Aksaray, 2011). Bu ortamlarda bilgi saklanması ve yayılması kolaylaşırken bir yandan da “siber şiddet” kavramı ortaya çıkmıştır. Siber şiddet: Bilişim teknolojisi araçları kullanılarak bir bireyin veya bir grubun, kasıtlı bir şekilde bir bilgiyi kullanması, sanal ortamda tacizde bulunması, kişiye çeşitli şeyler göndererek tehdit etmesi ya da zarar vermesidir (Dilmen ve Turan, 2016). Siber şiddeti diğer şiddet türlerinden ayıran temel nokta zarar vermenin bilişim teknolojileri araçlarının kullanılarak yapılmasıdır (Ybarra ve Mitchell, 2008).

Günümüzde teknolojiye olan bağımlılığımız kişisel güvenliğimizi tehdit etmektedir. Örneğin banka hesabından para çekerken bilgilerimizin çalınması tedirginlik yaratmaktadır. Kişisel haklarımıza saldırı niteliği taşımaktadır (Arslan, 2019). Siber şiddet bilinçli bir şekilde ve tekrarlı uygulanır. Saldırganlık ve taciz unsurlarını barındırır. İnternet vasıtasıyla kişinin mahremiyetine saldırılır. Herhangi bir temas barındırmaz amaç kişiye psikolojik taciz uygulamaktır (Kanal, 2008).

Israrlı takip: Kelime kökeni İngilizce “stalking” olan kavram, sözlükte “*bir kişiye saldırmak veya birini yakalamak, öldürmek için takip etmek*” şeklinde ifade edilmekte olup Türkçeye “*musallat olma*”, “*dadanma*”, “*sırnaşma*” olarak da çevrilmektedir. Israrlı takibe ilişkin ilk yasal düzenleme, Amerika’da Rebecca Schaeffer adlı aktrisin bir hayranı tarafından öldürülmesi sonucu gündeme gelmiş ve ilk kez 1990 yılında California’da ısrarlı takip mağdurlarını korunmasına ilişkin kanun kabul edilmiştir. Genellikle birçok kanunda ısrarlı takip, makul davranan bir insanın tehdit olarak algılayacağı veya korku duyacağı şekilde sürekli olarak tekrarlanan ve takip şeklinde gerçekleşen kasıtlı sergilenen davranışlar olarak ifade edilmektedir (Uyumaz ve Akdağ, 2015).

6284 sayılı Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna İlişkin Uygulama Yönetmeliği’ne göre ısrarlı takip: “*Aralarında aile bağı veya ilişki bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, şiddet uygulayanın, şiddet mağduruna yönelik olarak, güvenliğinden endişe edecek şekilde fiziki veya psikolojik açıdan korku ve çaresizlik duygularına sebep olacak biçimde, içeriği ne olursa olsun*

fiili, sözlü, yazılı olarak ya da her türlü iletişim aracını kullanarak ve baskı altında tutacak her türlü tutum ve davranışı ifade eder.”

Israrlı takip bir kez yapıp biten bir takip eylem olmayıp birçok kez tekrarlanan eylemden oluşmaktadır. Stalker (takip eden veya fail) sürekli olarak eylemlerde bulunur ve bu eylemler mağdurda endişe ve rahatsızlığa yol açar. Rahatsız etme amaçlı başlayan eylemler zamanla tehlikeli boyutlara ulaşabilmektedir. Failin daha da saldırganlaşması halinde önlem alınmazsa takip eylemi mağdurun vücut bütünlüğünde zararlara neden olabilmekte, hatta ölümle sonuçlanabilmektedir. Israrlı takip eylemi, hakaret (TCK m.125), cinsel taciz (TCK, md.105), müessir fiil (yaralama) (TCK, md.86), cinsel saldırı (TCK, md.102) ve hatta kasten öldürme (TCK, md.81, md.82) suçlarının öncüsü olarak da karşımıza çıkabilmektedir (Doğan, 2014).

2.1.4. Şiddetin Nedenleri

Şiddet kavramını inceleyen çalışmalar, şiddetin tek bir boyutta incelenemeyecek kadar karmaşık bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (Yavuz, 2009; Avcı Balcı, 2014). Şiddet kavramı psikolojik, biyolojik, sosyo-kültürel yönleriyle çok boyutlu olarak incelenmelidir (Avcı Balcı, 2014). Şiddet dış çevre ve psiko-biyolojik unsurlar arasındaki etkileşim sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple şiddete neden olan faktörler: Biyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik ve şiddetle alakalı psikiyatrik bozukluklardır (Yeşiltaş, 2018).

Biyolojik Nedenler

İnsanlar biyolojik olarak iki amaca sahiptir. Bunlar: Hayatta kalmak ve türünün devamlılığını sağlamaktır. İnsanlar tehlikeyle karşılaştıkları zaman hayatta kalabilmeleri için iki seçenekleri vardır: Ya kaçacaklar ya da savaşmaları gerekecektir. Savaşmak zorunda kalan kişinin mecbur saldırıda bulunması gerekir. Böylece tehlike anında korkunun sebep olduğu birtakım fizyolojik ve biyolojik unsurlar şiddet davranışının gerçekleşmesine neden olur (Avcı Balcı, 2014).

Şiddet olgusu beynin amigdala, prefrontal-korteks ve hipotalamus üçgeninde oluşup gerçekleşmektedir. Tehlike anında meydana gelen uyarı beynin “talamus” adı verilen kısmında algılanmakta ve uyarıya iki şekilde cevap vermektedir: Bunlar “kaçma veya korku”dur. Talamus, korteks ve hipotalamusa uyarı gönderip şiddet davranışına neden olan fizyolojik belirtileri ve duyguları oluşturmaktadır (Avcı Balcı, 2014).

Nörogörüntüleme vb. teknikler kullanılarak yapılan çalışmalarda kişilerde saldırgan davranışların sebebinin biyolojik olabileceği ortaya çıkmıştır (Özşahin, 2018). Şiddet davranışları ile temporal ve frontal loblardaki anormallikler arasında ilişki kurulmuştur (Ünal, 2010; Özşahin, 2018). Psikolojik hastalıklar, hormonlar, kişilik bozuklukları biyolojik nedenler arasında yer almaktadır. Aile içinde şiddet uygulayan kişinin çoğunlukla erkek bireyler olması, saldırganlık davranışlarının yaş ilerledikçe azalması, erkeklik hormonun şiddet davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Yetim, 2008).

Dabbs ve arkadaşlarının suçlular üzerinde yapmış oldukları bir araştırmaya göre, testosteron hormonu ve şiddet davranışı arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda görülen saldırganlığın premenstrual dönem öncesi arttığı da ortaya koyulmuştur (Yeşiltaş, 2018). Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı saldırganlığı artırmaktadır. Çocukluğunda şiddete maruz kalmış veya şiddet olaylarına tanık olmuş kişilerin, diğer kişilere oranla şiddet davranışında bulunma riski taşıdıkları da düşünülmektedir (Hatunoğlu ve Kılı, 2014).

Beynin belli bölümlerinde yaşanan hasarlar neticesinde (beyin hasarı, felç gibi akut ve alzheimer, parkinson vb. nörodejeneratif hastalıklar) şiddet davranışları ortaya çıkmaktadır (Avcı Balcı, 2014; Yeşiltaş, 2018). Katillerin ve şiddetin ağırlıkta olduğu suçlardan hükümlü olan kişilerin beyinlerinde hasar ya da bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır (Avcı Balcı, 2014).

Psikolojik Nedenler

Psikoloji alanında yapılan çalışmalarda duygu ve deneyimlerin şiddet davranışlarını etkilediğine dair bulgular ortaya çıkmıştır. Sigmund Freud'a göre düşmanlık duygusu içgüdüsel bir olgudur ve açlık, cinsellik gibi duygular tatmin edilmediğinde şiddet davranışlarının ortaya çıkacağını ifade etmektedir. Immanuel Kant insanların içgüdüsel duygularına uymak zorunda olmadıklarını, ahlaki değerler ile bu duyguların kontrolü sağlanabileceğini ifade etmektedir (Narlıkaya, 2019). J.J.Rousseau ise insanların doğuştan iyi olduklarını, toplumun uygulamış oldukları bazı yasaklardan dolayı saldırganlığa meyilli hale geldiklerini söylemektedir (Köknel, 2006).

Şiddet davranışlarının altında “engellenme” vardır. Psikiyatristlere göre, kişi engellenme neticesinde doyumsuzluk hissi yaşamaktadır. Böyle bir durumda şiddetin

ortaya çıkması kaçınılmazdır (Arslan, 2019). Psikoloji alanındaki çalışmalar şiddetin “kötü yaşanmış çocukluğun kötü izleri” olduğu yönündedir. Erken çocukluk döneminin zor geçirilmesi veya travmatik oluşu, kişinin kendini gerçekleştirmesinde olumsuz etkiye, takıntı ve sapmalara, şiddet eğilimine yol açmakta; kısacası şiddet davranışlarının ortaya çıkmasında zor şartlarda yetişme ya da baskıcı bir ailede yetişmenin etkili olduğu ifade edilmektedir (Gümüş, 2006).

Son çalışmalarda stres, depresyon, yeme ve uyku bozuklukları şiddet davranışlarının ortaya çıkmasında etkili olan psikolojik nedenler olarak ele alınmaktadır (Arslan, 2019). Şiddet davranışlarının nedenlerinden biri de kişilik bozukluklarıdır. Bu kişiler ruhsal anlamda çatışmalar yaşarlar. Çevresiyle ilişki kuramaz, içgüdülerini bastıramazlar. Bu sebeplerle devamlı olarak öfkeli dirler (Pınar, 2006). Mazoşist ya da sadist kişilerde şiddete eğilimli kişilerdir (Arslan, 2019). Şizofreni ve saldırganlık konusunda yapılan çalışmalarda sadece şizofreniye sahip olmaktan ziyade, şizofreni hastalığına sahip olup ayrıca alkol kullanımının mevcut olduğu durumlarda veya şizofreni hastasının hastaneye yatırıldığı ilk dönemlerde saldırganlığın fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca demanslı kişilerde de saldırganlık görülmektedir (Yeşiltaş, 2018).

Sosyo-kültürel Nedenler

Şiddet ve sosyo-kültürel etmenler arasında önemli bir bağlantı bulunmaktadır (Arslan, 2019). Sosyal öğrenme kuramına göre saldırganlık sonradan öğrenilen bir davranıştır. Örneğin taklit edilen saldırganlık davranışları sonucunda verilen ödül veya cezalar, saldırganlık davranışlarının azalmasına ya da artmasına neden olmaktadır (Avcı Balcı, 2014).

Şiddetin toplumda kabul gören bir değer olması, geçmişten günümüze aktarılması sosyal bir neden olarak görülmektedir (Yetim, 2008). Saldırganlığı benimseyen toplumlarda çevreden gelen en ufak bir uyarı bile şiddet davranışlarını ortaya çıkarmaktadır. Böyle toplumlarda şiddet, delikanlılık simgesi olarak görülmektedir (Avcı Balcı, 2014). Şiddetin sosyal nedenlerinden bazıları kişilerin yetersiz iletişim yeteneği, düşüncelerini tahrik edici şekillerde ifade etmesi, namus hakkındaki yanlış düşünceleridir (Yetim, 2008). Şiddet; yoksulluk, yasadışı yollar kullanarak isteklere ulaşma ya da tahrik edici davranışlar dolayısıyla sosyo-kültürel bir kimlik kazanmıştır (Duğan, 2015).

Hızlı yaşanan toplumsal değişimler, ekonomik yapıdaki eşitsizlikler, cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk, sosyal güvenlik uygulamalarının yetersizliği, kanunların uygulanmaması ya da yetersiz oluşu, silah elde etmedeki kolaylıklar gibi faktörler toplumlarda şiddet oluşumu için risk oluşturmaktadır (Güler Baysoy, 2014; Narlıkaya, 2019).

Çevresel Nedenler

Sanayi devrimiyle ortaya çıkan kimyasal çıktılar, kötü kokular şiddet davranışlarını etkilemektedir. Hava durumu da şiddet oluşumunu etkileyen faktörlerdendir (Arslan, 2019). Saldırgan davranışlara neden olan çevresel faktörler: Hava kirliliği, ses kirliliği, kalabalık, düzensiz kentleşme, trafik yoğunluğu gibi faktörlerdir (Tokgöz, 2019). Ayrıca şehirlerde bulunan alışveriş merkezleri insanlara fazla elektrikli ortam sağlamakta ve negatif enerji yüklenmesine neden olmaktadır. Bu durum insanları olumsuz tavırlar sergilemeye itmektir (Kılıç, 2009).

Şiddet İle İlgili Kuramlar

Şiddet ile ilgili kuramlar da şiddetin oldukça karmaşık bir davranış biçimi olduğunu ortaya koymaktadır. Şiddete ilişkin üç ana kuram bulunmaktadır. Bunlar: Biyolojik, sosyal öğrenme, zedelenme-saldırganlık kuramlarıdır.

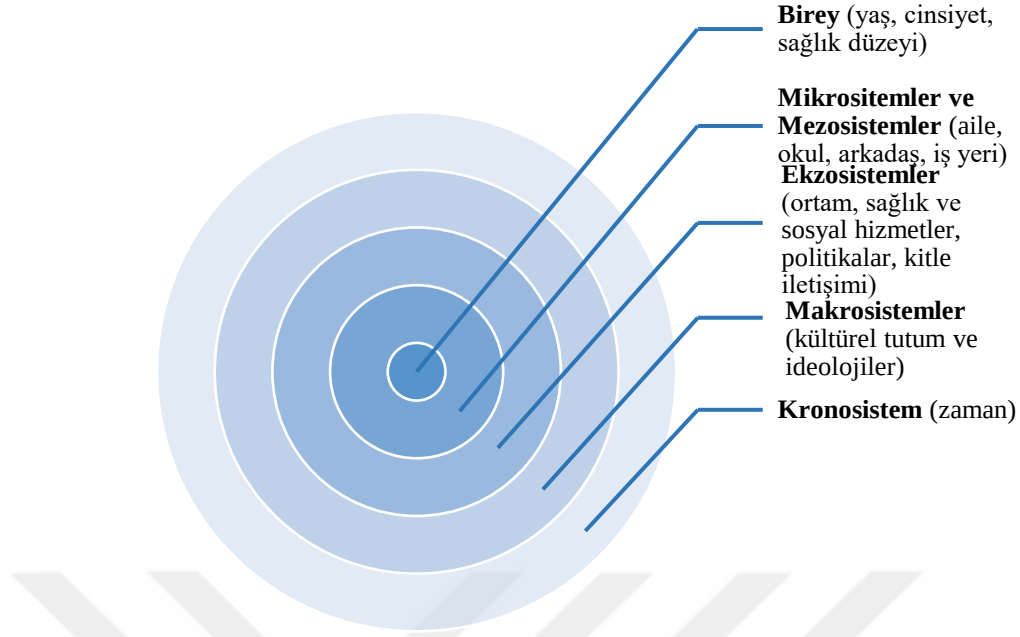
- **Biyolojik Kuram:** Biyolojik bozukluklar sebebiyle şiddetin kaynaklandığını belirtmektedir. Bazı kişiler kalıtsal, nörolojik olarak şiddete daha çok eğilimlidirler (Volayka, 1999; Davidson, 2000). Temporal lob epilepsisi gibi beyin disfonksiyonu olanlar buna örnek verilebilir. Bu kurama göre şiddet ile ilgili tıbbi yaklaşım gereklidir (Annagür, 2010).

- **Sosyal Öğrenme Kuramı:** Sosyal öğrenme kavramı ilk kez 1947 yılında Julian Rotter tarafından kullanılmıştır. Rotter'e göre insan, yaşamını şekillendirme yeteneğine sahip olan bilinçli bir varlıktır. Sosyal öğrenme kuramı ise Albert Bandura tarafından bireylerin nasıl öğrendiklerini açıklamak üzere ortaya atılmıştır (Bayrakçı, 2007). Bandura, saldırganlığın doğuştan gelen ya da içgüdüsel bir dürtü olmadığını, koşullanma ve gözlem yoluyla öğrenildiğini belirtmektedir (Karataş, 2002). Şiddete maruz kalan çocukların, şiddetin normal olduğunu düşünmesi ve şiddeti amaçlara ulaşmak için kullanmada herhangi bir sakınca görmemesi ve bundan ötürü bireyin yetişkinlikte şiddet içeren davranışlar sergilemesi örnek olarak verilebilir (Ireland ve Smith 2009).

• **Zedelenme-Saldırganlık Kuramı:** Önemli beklentilerin gerçekleşmemesi sonucunda şiddet davranışı ortaya çıkmaktadır (Annagür, 2010; Özdemir, 2017). Bu kuram 1939 yılında Yale Üniversitesi'nden Dollard ve arkadaşları tarafından ortaya koyulmuştur. Saldırgan davranışların sebebinin engellenme olduğunu ileri sürmüşlerdir (Hasta, 2013). Bu kuram sağlık kurumlarında gerçekleşen şiddet olaylarının çoğunu açıklamaktadır (Annagür, 2010; Özdemir Takak, 2017).

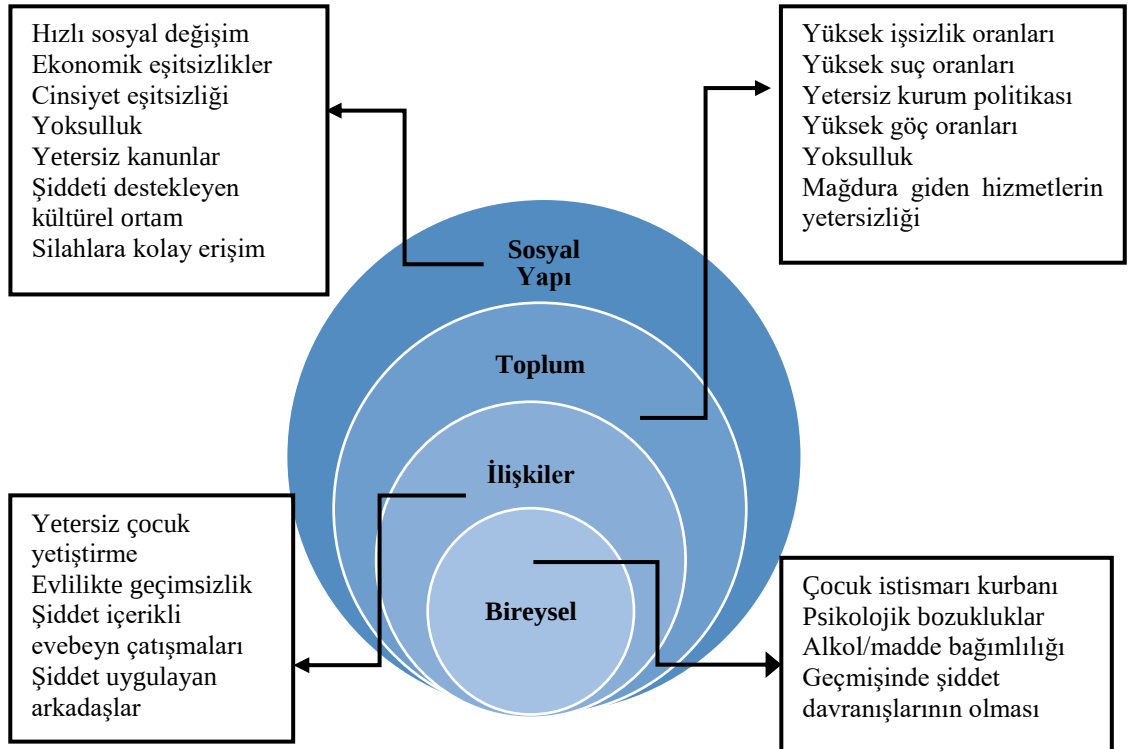
Dünya Sağlık Örgütü, şiddet için risk faktörleri üzerine ekolojik bir model geliştirmiştir. Bu model esasında Brofenbrenner (1978)'in geliştirmiş olduğu “Ekolojik Gelişim Kuramı”na dayanmaktadır. Bu kuram bireyi merkeze almakta ve bireyin çevresiyle etkileşimini çeşitli düzeylerde tanımlamakta, bireylerin gelişimini açıklamayı hedeflemektedir (Güler Baysoy, 2014).

Aşağıdaki Şekil 2.4'te görüldüğü gibi kuram esas olarak 6 farklı düzeyden oluşmaktadır. İlk düzeyde bireye ait özellikler (yaş, kalıtım, zekâ vb.) yer almaktadır (Sarı, 2018). İkinci düzey ise kişinin yakın çevresini tanımlamakta ve mikrosistem olarak adlandırılmaktadır. Örneğin; komşuluk, aile ilişkisi, arkadaşlık gibi ilişkileri içermektedir (Güler Baysoy, 2014). Üçüncü düzey (mezosistem) aslında bir ara düzeydir. İkinci ve dördüncü düzeyin kesiştiği noktaları açıklamaktadır. Örneğin, iş yerindeki ilişkiler ve aile ilişkilerinin örtüştüğü kısımlar söylenebilir. Dördüncü düzeyde (ekzosistem) bireyin yaşamına bire bir etkisi bulunan sosyal sistemler (sağlık, ekonomi vb.) bulunmaktadır (Arslan, 2019). Medya ve hukuki düzenlemeler de bu düzeyde yer almaktadır (Sarı, 2018). Beşinci düzey ise makrosistem olarak adlandırılmaktadır. Toplumun yapısını, ideolojisini içermektedir (Güler Baysoy, 2014). Son düzey ise kronosistemdir. En dış katmanı ifade etmektedir. Zaman boyutunu barındırmaktadır (Sarı, 2018).



Şekil 2.4. Ekolojik gelişim kuramı (Güler Baysoy, 2014)

DSÖ tarafından geliştirilen Şekil 2.5 “Şiddet İçin Risk Faktörleri Modeli” ise “bazı insanların niçin şiddet uyguladığını veya bazı toplumlarda şiddetin niçin daha sık gözlemlendiğini tek bir faktörle açıklamanın mümkün olamayacağı” düşüncesinden hareketle oluşturulmuştur.



Şekil 2.5. Şiddet için risk faktörleri modeli (Sağlık-Sen, 2013)

Modelde birinci düzey (bireysel faktörler), ikinci düzey (yakın ilişkilere ait faktörler), üçüncü düzey (bireyin yaşadığı toplum), dördüncü düzey de ise (içinde bulunduğu sosyal yapı) şiddeti birlikte oluşturmaktadır. Şiddet ekolojik modeli venn şeması olarak kurgulanmış olduğundan en etkili düzeyin birinci düzey olduğunu ve sırasıyla diğer düzeylerdeki faktörlerin etkililiğın giderek daha da azaldığını söylemek mümkündür (Güler Baysoy, 2014).

2.1.5. İş Yerinde Şiddet Kavramı

Şiddet olgusu toplum genelinde yaygındır. İş yerleri de şiddetin çok yaşandığı alanlardan biridir. Çalışanlar ve işverenler açısından iş yerinde şiddet gittikçe önem kazanan bir sorun haline gelmektedir (Salter, 2003). İş yerinde şiddet tüm sektörlerde yaşanmaktadır. Fakat en fazla hizmet sektöründe görülmekte, insan ilişkilerinin yoğunlaştığı kamu hizmetlerinin verildiği yerlerde daha çok yaşanmaktadır (Özen, 2008). Gerçek standart bir şiddet tanımının olmaması ve bu tür olayların iş yerinde kaydedilmesi için rutin bir yöntemin olmaması da dâhil olmak üzere birçok faktörden kaynaklı olarak belirlenmesi zordur (Salter, 2003).

İş yeri şiddeti: Çalışan kişiye işiyle ilgili olarak kasıtlı şekilde yapılan fiziksel veya psikolojik zarar amacı olan çeşitli davranışlardır (Wiskow, 2003; Stene ve ark., 2015; Yardımcıoğlu, 2018). Başka bir tanıma göre iş yeri şiddeti: Çalışanın performansını ve güvenliğini olumsuz yönde etkileyen iş veya işin yapıldığı çevreyi kapsayan sorunlardır (Yeşildal, 2005). ILO (2003)'ün iş yeri şiddeti tanımı ise iş ile ilgili olarak çalışanların güvenliğini, sağlığını açık ya da kapalı şekilde tehdit eden, çalışanların istismar edildiği, saldırıya, tehdide uğradığı olaylardır.

Tarihsel olarak iş yeri şiddeti, yalnızca iş faaliyetleriyle ilişkili fiziksel saldırıyı içerecek şekilde dar bir şekilde tanımlanmıştır. Son zamanlarda bazı araştırmacılar, iş yeri şiddeti tanımını sözlü tehditler, kötüye kullanma, taciz veya psikolojik, fiziksel ya da cinsel zarar üreten herhangi bir saldırı ya da tehdit gibi içerecek şekilde genişletmişlerdir (Ayrancı ve ark., 2006). İş yerinde fiziksel şiddet her zaman tanındıysa da, psikolojik şiddetin varlığı uzun zaman göz ardı edildi ve şimdi dikkat çekmektedir (Di Martino, 2002).

İş yerinde şiddet ABD'de 1990'lı yıllara kadar dikkat çekmemiştir. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) tarafından ilan edilen raporlarda iş yerlerinde oluşan her 8 ölümden birinin nedeninin cinayet olduğu belirtilmiştir.

Rapor sonrasında çoğu kurum bu konuda çalışmalar yapmış ve iş yerinde şiddet konusundaki yayınlar da artmıştır (Castillo ve ark., 2000). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm şiddet suçlar göz önüne alındığında, iş yerinde şiddet olayları tüm olayların yaklaşık yüzde 18'ini oluşturmakta ve tahmini 1,7 milyon insan bu olaylara bağlı olarak yaralanmaktadır (CDC, 2014). NIOSH (2002), tarafından tahmin edilen bir başka şaşırtıcı istatistik, iş yeri şiddetinin ulusal maliyetinin yılda yaklaşık 121 milyar dolar olmasıdır.

2.1.6. İş Yerinde Şiddet Türleri

İş yerinde şiddet, şiddetin kaynağına ve oluş şekline göre 2 farklı şekilde ele alınmaktadır.

Şiddetin Kaynağına Göre

Uzmanlar, iş yeri şiddetini fail ile iş yeri arasındaki ilişki temelinde dört şekilde sınıflandırmaktadır (NIOSH, 2002; CDC, 2014).

Tablo 2.1. İş yerinde şiddet türleri (Phillips, 2016)

Tip	Tanım	Örnek
I	Failin iş yeri veya çalışanlarla hiçbir ilişkisi yoktur.	Suçta niyeti olan kişinin silahlı soygun yapması
II	Fail, müşteri veya iş yeri veya çalışanların hastası	Sarhoş hastanın, hemşire yardımcısını yumruklaması
III	Fail, iş yerinin şimdiki veya eski çalışanıdır.	Yakın zamanda işten çıkarılan çalışanın eski amirlere saldırması
IV	Failin çalışanlarla kişisel bir ilişkisi var, hiçbir iş yerinde değil.	Eski kocanın iş yerinde eski karısına saldırması

- **Tip I:** Kuruluşla ilgisi olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilir. Temel amaç para ve değerli şeyler olmaktadır (Aytaç, 2011; Yeşilbaş, 2016). Örneğin iş yerine giren hırsızla karşılaşan çalışanın yaralanması bu gruba girmektedir. Bu tip şiddette riskli gruplar gece nöbetçileri ve bireysel çalışan kişilerdir (Aytaç, 2011). Kriminal şiddet de denilebilir burada bir suça niyet etme bulunmaktadır. İş yerlerinde gerçekleşen cinayetlerin %85'i bu tip içerisinde yer almakta ve çoğunluğu hırsızlık olaylarıdır (NIOSH 2002; Altınok, 2018; Arslan, 2018).

- **Tip II:** Tüketicilerin çalışana yönelik uyguladığı şiddet tipidir. Bu kişiler öğrenci, hasta, müşteriler olabilmektedir (Arslan, 2018). Saldırgan kişinin kurumla ilişkisi bulunmaktadır (Yeşilbaş, 2016). İş yerinde şiddetin en yaygın olan türüdür ve

daha fazla risk içermektedir (Cinoğlu, 2015; Yeşilbaş, 2016; Yeşiltaş, 2018). Bu tipe müşteri odaklı şiddet de denilmektedir (Aytaç, 2011).

- **Tip III:** Aynı iş yerinde çalışan kişiler arasında oluşan şiddet tipidir (Ataş, 2019). Bu tipte amirlere, astlara, çalışma arkadaşlarına ve diğer çalışanlara yönelik şiddet uygulanmaktadır (Pınar ve Pınar, 2013). İş yerlerinde meydana gelen ölümlerin %7'si bu tip içerisinde yer almaktadır. Bu tip şiddet içsel şiddet olarak da adlandırılmaktadır (Yıldız ve Kaya, 2009).

- **Tip IV:** Kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkan şiddet türüdür. Şiddet uygulayan ve şiddete maruz kalan aynı iş yerinde çalışmazlar fakat saldırgan mağduru tanımaktadır. Buna verilecek örnek evde yaşanan şiddetin iş yerine yansıtılmasıdır (Loveless, 2001). Burada şiddet olayları dışarıdan kaynaklanmasına rağmen, önemli ölçüde iş yerine yansımaktadır (Pınar ve Pınar, 2013; Yeşilbaş, 2016).

Sağlık çalışanları, potansiyel olarak her üç şiddet türü için de risk altındadır. Örneğin; soyulmuş ve tıbbi çantası uyuşturucu arayan biri tarafından kapılmış olan doktor, tıpkı bir hastayı ziyaret ederken parasını ve diğer kişisel eşyaları çalınan hemşire tip 1 şiddetin kurbanıdır. Meslektaşları tarafından ırk veya cinsiyete dayalı olarak istismar edilen veya taciz edilen bir hemşire, bir iş arkadaşı tarafından zorbalık yapılan personel tip III şiddetin kurbanıdır. Sağlık hizmeti personeli, şiddet türlerinin hepsine karşı savunmasızdır (Cooper ve Swanson, 2002).

ABD'de iş yerlerinde yaşanan saldırılar sağlık çalışanlarında en yüksektir. Hastalar ve ziyaretçiler tarafından çalışanlara karşı gerçekleştirilen sözlü veya fiziksel saldırıları ifade etmektedir. ABD'de 2014 yılında yapılan bir çalışmaya göre, tip 2 türünde yapılan ağır saldırıların %75'i ve iş yerlerinde yaşanan şiddet olaylarının %93'ü sağlık çalışanlarına yöneliktir (Phillips, 2016). Kaliforniya İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü tarafından gerçekleştirilen 200'den fazla denetimde, sağlık sektöründeki denetimlerin %69,1'i tip II olaylara yöneliktir (Cooper ve Swanson, 2002).

Şiddetin Oluş Şekline Göre

Şiddetin oluş şekline göre fiziksel ve psikolojik şiddet olarak iki ana grupta toplanmaktadır (Yıldız ve ark., 2011).

- Fiziksel şiddet: Saldırı (attack).

- Psikolojik şiddet: Tehdit (threat), suistimal (abuse), zorbalık (bullying), taciz (harrasment) olarak kendi arasında da gruplara ayrılmaktadır.

2.1.7. 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 (2011), sağlık ortamlarının genel olarak “güvenli bölgeler” olarak düşünüldüğünü ancak, bu “güvenli bölgeler”in artık mevcut olmadığını ifade etmiştir. Sağlık kurumları, saldırı, tecavüz ve cinayet gibi şiddetli suçlar da dâhil olmak üzere sürekli artan suç oranlarıyla yüzleşmektedir (JC, 2018).

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 (TBMM, 2013; Aharon ve ark., 2019). Şiddet, sağlık çalışanlarını riske sokan tehdit edici davranış, hakaret ya da hasta veya halkın bir üyesi tarafından saldırı içeren bir olay olarak tanımlanmaktadır (Saines, 1999; Ayrancı ve ark., 2006).

Sağlıkta şiddet hasta veya hasta yakınlarından gelen tehdit içeren, sözel, fiziksel ya da cinsel saldırıları içermektedir (Annagür, 2006). TTB (2013), sağlık çalışanından yapmaması gereken bir işi yapmasını ya da yapması gereken bir işi yapmamasını isteyen kişilerin baskılarını sağlıkta şiddet olarak tanımlamaktadır.

Sağlık kurumlarında şiddetten kaynaklanan yaralanmalar dünyanın birçok bölgesinde ciddi bir mesleki tehlike haline gelmektedir (Adlib ve ark., 2001; Annagür, 2010). Örneğin Avustralya’da sağlık çalışanlarının %72’si şiddete maruz kalmıştır (Alexander ve ark., 2004). Japonya’da sağlık çalışanlarının %36,4’ü son bir yılda şiddet görmüştür (Fujita ve ark., 2012). Pakistan’da Ruby ve arkadaşları (2012), tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %76’sı şiddete maruz kalmıştır. ABD’de (Nelson, 2014), İtalya (Ferri ve ark., 2016), Çin (Zhao ve ark., 2015) tarafından yapılan çalışmalar da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin küresel yaygınlığını desteklemektedir. Yapılan çalışmalardan hareketle sağlık çalışanlarının çok büyük bir kısmının mesleki kariyerlerinde şiddeti tecrübe etmiş olduklarını söylemek mümkündür (Leather, 2002).

World Health Organization (WHO), International Labour Organization (ILO) ve International Council of Nurses (ICN) ve Public Services International (PSI)

tarafından 2002 yılında yayınlanmış olan “Sağlık Sektöründe İş yeri Şiddeti” adlı ortak rapor, sağlık çalışanlarının %50’sinden fazlasının şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (Sağlık-Sen, 2013).

Bureau of Labor Statistics (BLS), 2012 yılında iki milyondan fazla çalışanın iş yerinde şiddet mağduru olduğunu açıklamıştır. Mevcut araştırmalar, şiddetin sıklıkla öngörülebilir olduğunu ve bazı yüksek riskli ortamlarda daha sık meydana geldiğini ve sağlık endüstrisinin en yüksek sırada yer aldığını göstermektedir (OSHA, 2016).

Industrial Community Service (ICS), sağlık sektörü çalışanlarının şiddet riskinin, diğer sektör çalışanlarına oranla 4 kat daha fazla olduğunu ifade etmektedir (Altıntaş, 2006; OSHA, 2016). Elliot ise sağlık hizmet sektörünü, diğer hizmet sektörlerine göre 16 kat daha riskli bulmaktadır (Dikmetaş, 2011; Şenyurt, 2008; Lanctôt ve Guay, 2014). Yine Avustralya Kriminoloji Enstitüsü tarafından yayınlanan yeni bir raporda sağlık sektörünün Avustralya’nın en şiddetli sektörü olduğu ifade edilmektedir (Ayrancı ve ark., 2006). Şaşırtıcı olan ise, Blair ve New (1991)’in sağlık çalışanlarının çoğunun profesyonel kariyerleri sırasında en az bir kez iş yerinde şiddet yaşayacağı sonucuna varmasıdır.

Tablo 2.2. EU içinde iş yerinde şiddete en çok maruz kalan sektörler ve meslek grupları (Yeşiltaş, 2018)

Sektör	%	Meslekler	%
Sağlık ve Sosyal Hizmetler	15.2	Yaşam Bilimi ve Sağlık Bilimi	15.3
Kara Taşımacılığı	11.5	Kişisel koruma hizmetleri çalışanları	14.6
Kamu Yönetimi ve Savunma	10.8	Yaşam bilimi ve yardımcı sağlık görevlileri	13.4
Oteller ve Restoranlar	8.1	Sürücü ve gezici fabrika operatörleri	9.5
Eğitim	7.9	Müşteri hizmetleri çalışanları	8.2
Diğer Hizmet Faaliyetleri	5.2	Eğitim Çalışanları	7.6

Şiddet İnsidansı

Sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet olaylarının gerçek insidansını tahmin etmek zordur (Di Martino, 2002). Olayların %60-%80’inin rapor edilmediği tahmin edilmektedir (Hartley ve ark., 2012). Bunun sebepleri arasında vurma, yaralama gibi ciddi olayların sadece şiddet olarak algılanması, diğer olayların önemsenmemesi yer almaktadır (Atik, 2013). Bu da fiziksel saldırılara kıyasla, fiziksel olmayan şiddetin daha da az belgelenmesine neden olmaktadır (Gates, 2004).

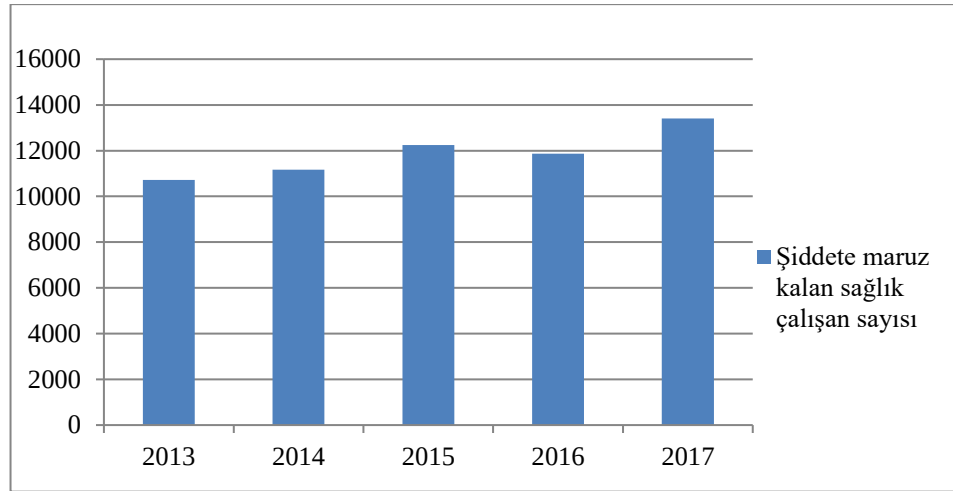
Gerberich ve arkadaşları (2004), tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarına neden şiddeti bildirmedikleri sorulduğunda, olayın yaralanma veya kayıp ile ilişkili olmadığını, raporlamanın çok zaman aldığını, raporların denetim desteğinden yoksun olduğunu ve raporlamanın herhangi bir fark yaratmayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise şiddete maruz kalan çalışanların %62'sinin şikâyetçi olmadığı bulunmuştur. Bunun sebepleri ise; hukuki süreçte faille karşı karşıya gelmek istenmemesi, verilecek cezanın yetersiz olacağının düşünülmesi ve sürecin uzun olmasından kaynaklanmaktadır (Öksüz ve ark., 2016).

Şiddet olaylarının insidansının tam olarak bilinmemesinin diğer nedenleri ise ortak bir şiddet tanımı ve standart bir ölçme aracının bulunmamasıdır (Cooper ve Swanson, 2002; Atik, 2013). Bureau of Labor Statistics'in şiddet tanımları sözlü veya cinsel tacizi içermemesinden kaynaklı, sağlık hizmetlerinde iş yerinde şiddetin yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir (Kowalenko ve ark., 2013).

İş yeri şiddetinin az bildirilmesinin nedenleri:

- Çalışanların raporlamanın kendilerine fayda sağlamayacağına inanması,
- Mağdur olma utancı,
- İş kaybı korkusu,
- Başkaları tarafından, saldırıyı kışkırttığı veya ihmalkâr oldukları için suçlanma korkusu,
- Mağdurun kendini suçlaması,
- Rapor etmemek için baskı yapılması,
- Şiddetin “işin bir parçası” olarak algılanması,
- Raporlamamayı teşvik eden organizasyon kültürü,
- Raporlama politikalarının ve mekanizmalarının eksikliği (Speegle Clark, 2013).

Ülkemizde sadece Beyaz Kod sistemine yansıyan verilere göre son 5 senede 59 bin 410 sağlık çalışanı şiddete maruz kalmıştır. Bildirimi yapılmayanlar da düşünülürse bu sayı daha da fazla olacaktır (Sağlık-Sen, 2013).



Şekil 2.6. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları (Sağlık-Sen, 2013)

Yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda, sağlık çalışanlarının algıları ile ilgili yeni konular ortaya çıkmıştır. Bunlardan biri, sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin işin bir parçası olduğu inancıdır. Bu algı daha önce yapılan araştırmaların psikiyatri, acil servisler, adli ortamlar, geriatri ve psikiyatri servisleri gibi daha şiddetli saldırılara maruz kalınan ortamlarda özellikle doğru bulunmuştur. Ortamlar arasındaki yaygınlığın gerekçesi, onları koruyacak olan nüfusla ilişkilendirilmektedir (Arroyo, 2019).

JC (2018), hemşirelerin sadece %30'u şiddet olaylarını bildirmektedir. Acil servis hekimleri arasında raporlama oranı %26'dır. Düşük raporlama kısmen, şiddetin "işin bir parçası" olarak düşünülmesinden kaynaklanmaktadır. Gerberich ve arkadaşları (2004), hemşirelerin %44'ü fiziksel şiddeti raporlamamaktadır çünkü bu "işin bir parçası" olarak kabul edilmektedir. Daha ilginç olan ise hemşirelerin bir önceki yıl şiddete maruz kalmış olmalarına rağmen, sadece %27'sinin şiddeti iş yerinde bir sorun olarak algılamasıdır. Sonucunda kritik bir olay olana kadar şiddetin bir sorun olarak tanımlanamayacağını düşünmektedirler.

Garg ve arkadaşları (2019), Hindistan'da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yüksek yaygınlığına rağmen, düşük rapor edilmesi üzerine bir çalışma yapmışlardır. 394 katılımcının 136'sı (%34,5) son bir yılda iş yeri şiddeti yaşamış olmasına rağmen sadece 32 tane iş yerinde şiddet olayı bildirilmiştir. Şiddeti bildirme oranı %23,5 önemli ölçüde düşüktür. Sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete karşı korunması için raporlama mekanizması ve yönetmeliklere ilişkin farkındalık düzeyi ise %24,6 olarak bulunmuştur.

1970’lerde ve 1980’lerin başında sağlık hizmetlerinde şiddet araştırmalarının çoğu psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, danışmanlar ve diğer terapistler üstünde yapılmıştır. Şiddet riski taşıyanların hemşireler olduğunun kabul edilmesiyle araştırma odağında belirgin bir değişim izlenmiştir. Hemşirelik alanında yapılan çalışmalar ve önceki yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının çoğunun şiddet riski altında olduğunu göstermiştir (Cooper ve Swanson, 2002). Sağlık sektöründe ilk şiddet incelemelerinden biri 1984 yılında James T. Turner tarafından yayınlanmıştır. “Violence In The Medical Care Setting” adlı kitap, sağlık güvenliği yöneticileri için temel bir kaynak olmuştur. Buna ek olarak Sandra L. Heskett tarafından “Workplace Violence: Before, During and After” yazılmıştır (Colling, 2001).

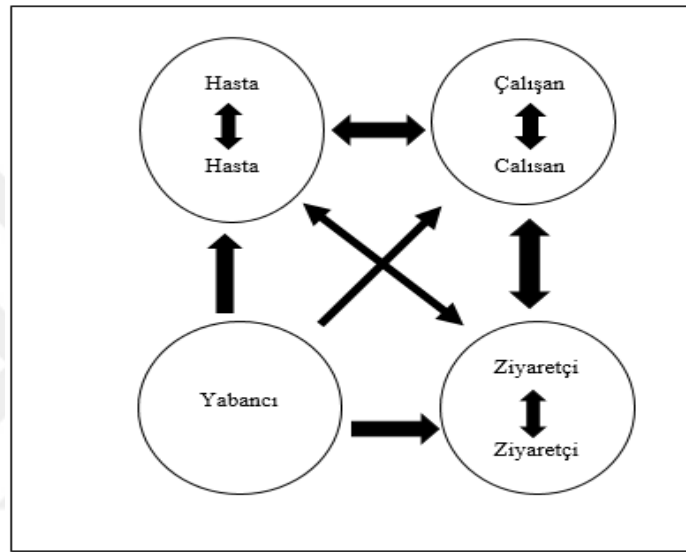
Acil Hemşireler Derneği (ENA) tarafından 2009 yılında yapılan bir çalışmada hastane personelinin %80’i kariyerleri boyunca en az bir kez saldırıya uğramıştır. İlhan ve arkadaşları (2009), yaptıkları araştırmada doktorların %60,9’unun mesleklerini icra ederken en az bir defa şiddete maruz kaldığını bulmuştur. Anglo, Asya, Avrupa ve Orta Doğu bölgelerinde 65.424 hemşirenin katılımıyla yakın zamanda yapılan bütünleştirici bir çalışmada: %62,8 fiziksel olmayan şiddete, %47,6 zorbalığa, %31,8 fiziksel şiddete, %17,9 oranında cinsel tacize maruz kaldıkları bulunmuştur (Ferri ve ark., 2016).

Yapılan çalışmaların çoğunda, sözel şiddetin tüm sağlık hizmetlerinde en sık görülen saldırganlık türü olduğu bulunmuştur (Mutlu, 2010; Çınarlı ve Yücel, 2013; Kavak ve Ekinci, 2013; Abed ve ark., 2016). Sözel şiddet, fiziksel şiddetten üç ila altı kat daha fazla yaygındır (Magnavita ve Heponiemi, 2012; Baydın ve Erenler, 2014; Terzoni ve ark., 2015). Sağlık çalışanları sadece hastalardan tarafından şiddete maruz kalmamaktadır. Gerberich ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin maruz kaldığı fiziksel olmayan şiddetin %33’ünün ziyaretçiler, iş arkadaşları, doktorlar ve yöneticiler tarafından uygulandığı tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmalarda şiddetin günün belirli saatlerinde saat 16.00 ile 08.00 arasında meydana gelme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Crilly ve ark., 2004; Ergün ve Karadakovan, 2005; Gates ve ark., 2006; Gillespie, 2008). Ayrancı ve arkadaşları (2006), en sık şiddet yaşayan sağlık çalışanlarının 40 yaş altında olduğunu ifade etmiştir. Genç çalışanların, yaşlı çalışanlardan daha sık şiddet yaşadıkları gözlenmiştir (Plank ve ark., 2003; Camerino ve ark., 2008; Hamdan ve Abu, 2015).

Şiddetin Fail ve Mağdurları

Sağlık ortamında dört temel fail ve mağdur grubu bulunmaktadır. Bunlar: Personel, hastalar, yasal ziyaretçiler ve yasadışı ziyaretçilerdir. Aşağıdaki Şekil 2.7’de fail ve mağdurun muhtemel kombinasyonları gösterilmektedir. Yasadışı ziyaretçi (izinsiz giriş/davetsiz misafir) çoğu kez yabancılar iken, diğer gruplarda fail ve mağdurlar bilinmektedir. Yaşanan olayların büyük çoğunluğunda, her iki taraf da birbirini tanımaktadır. Aralarındaki ilişki şiddete neden olmaktadır (Colling ve York, 2009).



Şekil 2.7. Sağlıkta şiddetin fail ve mağdurları (Colling ve York, 2009)

Şiddetin Yaşandığı Alanlar

Şiddet olaylarının sıklığı sağlık hizmet ortamları arasında değişkenlik göstermektedir. Örneğin en çok saldırıya uğrayan ABD çalışanı, huzurevinde çalışan hemşire yardımcısıdır ve fail çoğu zaman demansı olan yaşlı bir hastadır. Hemşire yardımcılarının %59’u haftada en az bir kez, %16’sı ise günlük saldırıya uğramaktadır (Gates, 2004).

Günümüzde bireyler acil servisleri aile hekimliği gibi kullanmaktadır. Bu da daha fazla hasta yüküne neden olmaktadır. Beklemeler artmakta, hasta ve hasta yakınları endişelenmektedir. Böylece şiddet olaylarının ortaya çıkma riski de artmaktadır (Sells, 2000; Allen, 2009; Yardan ve Aksoy, 2019). 2007 yılında Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından yayınlanan bir rapor acil servise yapılan başvuruların %20 oranında arttığını ortaya koymuştur. Başka bir çalışmada ise acil servislere yapılan başvuruların %26 oranında arttığı bulunmuştur (Allen, 2009).

Hastanelerde şiddet en sık psikiyatri servislerinde, acil serviste, bekleme odalarında ve geriatrik birimlerde görülmektedir (Adlib ve ark., 2001; McPhaul ve Lipscomb, 2004; Gacki Smith ve ark., 2009; York ve MacAlister, 2015). Ferri ve arkadaşları (2016), tarafından yapılan bir araştırmada şiddet olayları psikiyatri bölümünde %86, acil serviste %71 ve geriatrik servislerde %57 daha sık meydana gelmiştir. Acil servisler, sağlık sistemindeki diğer ortamlardan daha fazla risk altındadır (Gerberich ve ark., 2004; Koritsas ve ark., 2007). Acil servis personelinin en azından yarısı, son bir yıl içerisinde hastalardan ve ziyaretçilerden (hem fiziksel hem de sözel) şiddete maruz kalmıştır (Papa ve Venella, 2013; Ashton ve ark., 2018; Hassankhani ve ark., 2018). Evde bakım çalışanlarının ise %61'i her yıl iş yerinde şiddete maruz kalmaktadır (Hanson ve ark., 2015).

Ülkemizde Beyaz Kod sistemine yansıyan 2013-2017 yılları arasındaki 59 bin 410 sağlık şiddet vakasının yaşandığı birimler ve hastanelerin dağılımı aşağıdaki gibidir.

Tablo 2.3. Şiddetin yaşandığı birimler (Sağlık-Sen, 2013)

Bölümler	%
Poliklinikler	37
Acil servisler	29
Klinikler/Servisler	17
Yoğun bakım/Ameliyathane	2
Tetkik bölümleri	3
112 İstasyonu	4
Diğer	8

Tablo 2.4. Şiddetin yaşandığı hastaneler (Sağlık-Sen, 2013)

Hastane	%
Devlet hastanesi	43
Eğitim ve araştırma hastanesi	27
Aile sağlığı merkezi	13
112 acil istasyonu	5
Üniversitesi hastanesi	5
Ağız ve diş sağlığı merkezi	5
Özel hastane	1

2.1.8. 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 (Avcı Balcı, 2014). WHO (World Health Organization), ILO (International Labour Organization) ve ICN (International Council of Nurses) ve Public Services International (PSI) tarafından 2002 yılında yayınlanan raporda, sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasının şiddet mağduru olduğu belirtilmiştir.

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 (Kurt ve Korkutan, 2018). Konu ile ilgili uluslararası çalışmalar:

Bahrain Defense Force (BDF) 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 (Rafeea ve ark., 2017).

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 (Hahn ve ark., 2010). 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 (Hills ve ark., 2012).

2010-2016 yılları arasında Çin Yüksek Mahkemesi tarafından yayınlanan ceza kayıtlarından sağlık çalışanlarına ve tesislere yönelik şiddetle ilgili tüm yasal davalar incelenmiştir. Analiz için 140 olgu bulunmuştur. Dayak, itme, sözlü taciz, tehdit, hastane kapılarını engellemek ve hastane mülkünü parçalamak en sık bildirilen şiddet türleri olmuştur. Özellikle hasta ölümlerini takiben, hastanın aileleri ve arkadaşları tarafından aynı gün şiddet olaylarının %51'i gerçekleşmiştir (Li ve ark., 2019). 2014 yılında Çin'de 19 hastanede bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya 1793 sağlık çalışanı

katılmıştır. Son bir içinde %9,5'inin fiziksel şiddete, %69,2'sinin psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Zhao ve ark., 2015).

Çin'de 90 hastanede yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %12,6'sının son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Çalışanların 35 yaş altında olması, mesleki tecrübe eksikliği, gece vardiyasında çalışmaları şiddete maruz kalmalarını arttırdığı tespit edilmiştir (Xing, 2016). İspanya'da 2008 yılında 1.866 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %11'inin fiziksel şiddete, %64'nün tehdide, %24,3'ünün ise sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Gascón ve ark., 2009).

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 (Jiménez ve ark., 2019). Kuveyt sağlık kurumlarında hemşirelere yönelik şiddetin yaygınlığını ve nedenlerini belirlemek için ulusal bir araştırma yapılmıştır. Anket 5.876 hemşire tarafından cevaplandırılmıştır. Son 6 aylık dönemde %48'i sözel şiddete, %7'si fiziksel şiddete maruz kalmıştır (Adlib ve ark., 2001).

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 (Aharon ve ark., 2019).

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 (Amr ve ark., 2010). Avustralya'da 400 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada sözel taciz %67, tehdit %33, saldırı %10,5, diğerlerine %11 oranında maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Privitera ve Arnetz, 2011).

İtalya'da 745 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %45'i şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. En sık saldırıya uğrayanlar hemşireler %67,

bunu hemşire yardımcıları %18 ve doktorlar %12 takip etmiştir. Şiddet olayları psikiyatri bölümünde %86, acil serviste %71 ve geriatrik servislerde %57 oranında bulunmuştur. Sözel şiddet %51, fiziksel şiddet ise %49 oranında bulunmuştur (Ferri ve ark., 2016).

ABD’de acil servis doktorları üzerinde yapılan bir çalışmada bir kez şiddete maruz kalan doktorların oranı %21, birden fazla şiddete maruz kalan doktorların oranı ise %78 olarak bulunmuştur. Erkek doktorların %79’u ve kadın doktorların %75’i şiddete maruz kalmıştır. En sık rastlanan şiddet %75 oranıyla sözel şiddet olmuştur (Behnam ve ark., 2011). ABD’de 280 hastanede 5 yıllık yapılan bir çalışmada, acil servis çalışanlarının %72’si silahlı tehdide maruz kalmıştır. Ayda en az 1 kez fiziksel saldırıya maruz kalanların oranı %43’tür. Saldırıları sonucunda personellerin %80’i yaralanmış ve %9’unun ise öldüğü belirtilmiştir (Tekin, 2006).

ABD’de genel bir hastanenin çeşitli birimlerinde yapılan bir çalışmada psikiyatri çalışanları %41, acil servis çalışanları %18, cerrahi birimlerde çalışanlar %8, tıbbi birimlerde çalışanlar %13, pediatri çalışanları %7 ve diğer birimlerde çalışanların %13 oranında şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (Privitera ve Arnetz, 2011). Franz ve arkadaşları (2010), tarafından yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde katılımcıların %70,7’si fiziksel şiddete, %89,4’ü sözel şiddete maruz kalmıştır. Fiziksel şiddetin %83,9’u huzurevi çalışanlarında, sözel şiddetin %69,7’si ise psikiyatri çalışanlarında ortaya çıktığı bulunmuştur.

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 (Schoenfisch ve ark., 2015).

ABD acil servislerinde hemşirelerin şiddete maruz kalma durumlarının incelendiği bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %25’i son 3 yılda 20’den fazla fiziksel şiddet yaşadığını ve yaklaşık %20’si aynı dönemde 200’den fazla sözlü taciz yaşadığını bildirmiştir. Sıklıkla fiziksel şiddet veya sözlü tacize maruz kalan katılımcılar, misilleme korkusunu ve hastane yönetiminin destek eksikliğini iş yerinde

şiddetin bildirilmesinin önündeki engeller olarak ifade etmişlerdir (Gacki Smith ve ark., 2009).

ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses), WHO (World Health Organisation), ve PSI (Public Services International) tarafından 2002 yılında aşağıdaki ülkelerde sağlık çalışanları üzerinde bir çalışma yapılmıştır.

Tablo 2.5. Sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete maruz kalma durumlarının şiddet türlerine göre dağılımı (Pinar ve Pinar, 2012)

Ülkeler	Şiddetin Türü			
	Fiziksel Şiddet (%)	Sözel Şiddet (%)	Mobbing (%)	Cinsel Taciz (%)
Avustralya (400 kişi)	12	67	10,5	-
Brezilya (1.569 kişi)	6,4	39,5	15,2	5,7
Bulgaristan (508 kişi)	7,5	37,2	30,9	2,2
Lübnan (1.016 kişi)	5,8	40,9	22,1	2,3
Güney Afrika (1018 kişi)	17	52	20,6	4,6
Tayland (1090 kişi)	10,5	47,7	10,8	1,9
Portekiz (498 kişi)	2,6	27,4	16,5	2,7

Avusturalya’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %68’i, pratisyen hekimlerin %48’i ve diğer sağlık çalışanlarının %47’si şiddete maruz kalmıştır. Şiddetin kaynağı ise hasta ve hasta yakınları olmuştur. Şiddetin en sık rastlanılan türleri sözel şiddet, tehdit ve fiziksel şiddet olmuştur (Alexander ve ark., 2004). Tayvan’da yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde hemşirelerin %35,1’i fiziksel şiddete, %20,9’u sözel şiddete, %15,8’i mobbinge, %9,5’i cinsel tacize, %4,5’inin ise ırksal ayrımcılığa maruz kaldığı tespit edilmiştir (Chen ve ark., 2008).

Kanada’da acil servislerde yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalma oranı %60 olarak bulunmuştur. Çalışanların %57’si fiziksel, %76’sı ise sözel şiddete uğramışlardır. Ve çalışanların %86’sı fiziksel şiddete tanık olmuştur. Şiddete maruz kalanların sadece %67’si olayı kuruma bildirmiştir (Fernandes ve ark., 1999). ABD ve 17 ülkede hemşireler üstüne bir çalışma yapılmıştır. Hemşirelerin yaklaşık %80’i şiddetin çeşitli formlarına maruz kaldıkları ifade etmişlerdir (Privitera ve Arnetz, 2011).

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 (Fujita ve ark., 2012). Finlandiya'da 13.762 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %40,6'sının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalma açısından riskli meslekler; gardiyanlık, polislik, psikiyatri hemşireliği ve doktorluk olarak bulunmuştur (Salminen, 1997).

2.1.9. Türkiye'de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yaygınlığı

Ülkemizde sağlık kurumlarında yaşanan şiddet ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan bazılarını örnek vermek gerekirse;

Eskişehir-Ankara-Kütahya-Bilecik illerinde 1.209 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, katılımcıların yaklaşık %50'si son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların %14,5'inin bir kez, %33,8'inin iki ila beş kez, %51,7'sinin ise altı ya da daha fazla kez şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. En çok rastlanan şiddet türü %72,4 ile sözel şiddet olmuştur. Ayrıca fiziksel şiddet %11,7 ve hem fiziksel hem de sözel şiddet oranı ise %15,9'dur. Kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına oranla daha fazla şiddete maruz kalmıştır. Saldırganların çoğunluğu erkekler, hasta yakınları, yaş aralığı da 31 ila 50 arası olarak bulunmuştur (Ayrancı ve ark., 2004). Doktorlar ve hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %87,3'ünün sözlü şiddete ve %12,2'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır (Kaya ve ark., 2016).

2011 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 (Kocabıyık ve ark., 2015).

2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da olmak üzere 3 farklı şehirde 1.071 sağlık çalışanın katılımıyla yapılan çalışmada, katılımcıların %50,8'inin en az bir defa şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Şiddete maruz kalma durumu Eskişehir'de %46,6, Ankara'da %58,0, Kütahya'da %74,5 olarak saptanmıştır (Ayrancı ve ark., 2002).

Türkiye Psikiyatri Derneği (2018) 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.

Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %85,9'u son bir yıl içinde şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddet oranı %59 ve fiziksel şiddet oranı %26,5 olarak bulunmuştur (Gökçe ve Dündar, 2008). 2011 yılında hastane yöneticilerinden yazılı form ile toplanan bilgilere göre 384 hastanenin %79'u hastanelerinde şiddet olaylarının görüldüğünü ifade etmiştir. %56 sözlü ve fiziksel şiddet, %15 fiziksel, %29 yalnızca sözlü şiddet olduğu belirtilmiştir (TBMM, 2013).

Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin şiddete maruz kalma oranı %67,1 olarak bulunmuştur. En sık rastlanan fiziksel şiddet davranışları sırasıyla: İtme, tokatlama/dövmedir. Sözel şiddet davranışları ise: Bağırma, sözlü cinsel tacizdir (Ünlüsoy, 2010).

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 (Bulut ve ark., 2017).

Kocaeli'nde 12 sağlık kurumunda 270 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan çalışmada katılımcıların %72,6 meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranı ise %72,4 olarak bulunmuştur. En sık rastlanan şiddet türü %98,5 oran ile sözel şiddettir (Çamcı ve Kutlu, 2011). Öksüz ve arkadaşları (2016), tarafından bir çalışmada şiddete maruz kalma oranı doktorlarda %30, hemşirelerde %13,3, hastane personeli %3,3, güvenlik görevlisi %6,7 olarak bulunmuştur. Şiddetin birimlere göre dağılımı ise, çocuk acil %23, doğum acil %20, jinekoloji servisleri %16,7'dir.

Ankara'da 2012 yılında özel bir sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada katılımcıların %24,2'sinin şiddet mağduru olduğu bulunmuştur. Şiddet mağdurlarının %28,6'sı en az 5 veya daha fazla kez şiddete maruz kalmıştır. Şiddet görenlerin

%45,5'i hastalar tarafından şiddete maruz kalmıştır. Saldırganlar %76,2'lik oranla erkeklerdir (Akca ve ark., 2014). Çuvadar (2017), 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.

Ankara'da 1.179 hasta ve hasta yakını ile yapılan çalışmada katılımcıların %19,5'i sağlık çalışanlarının maruz kaldığı fiziksel şiddete, %32,7'si sözel şiddete şahit olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %56,3'ü şiddetin en çok acil servislerde olduğunu, %55,5'i de şiddet olaylarının en sık devlet hastanelerinde yaşanacağını düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %22,9'u sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bazen gerekli olduğunu, %20,2'si ise sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiklerini düşünmektedir. Katılımcılar, *“Sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili gerekli yasal düzenlenmeler hazırlanmalıdır”* önermesine %87,5 oranında katılmışlardır (İlhan ve ark., 2013). Bolu'da sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %87,1'nin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Sözel şiddet %46,9, saldırgan davranış %33,5, fiziksel saldırı %19,4 olarak bulunmuştur. Şiddet gösteren kişiler, eğitim seviyesi düşük ve 21-30 yaş arasında kişilerdir (Erkol ve ark., 2007).

Adana'da acil servis çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100'ü nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Son bir ay içinde saldırgan davranış %53,2 fiziksel şiddet %38,5 olarak bulunmuştur. Failler genellikle 15-30 yaş arasındadır. Alkol/madde kullanan kişilerin daha fazla şiddet eğiliminde bulunduğu değinilmiştir (Gülalp ve ark., 2009).

25 ilde 1.300 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %81,9'u şiddete maruz kalma endişesi yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %86,8'i mesleki hayatlarında en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların %81,4'ü son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Sağlık-Sen, 2013).

Ülkemizde birçok hekim cinayeti işlenmiştir. Bunlardan bazıları:

1988 Doç. Dr. Edip Kürklü

5 Haziran 1988'de gazinocu ve Diyarbakırspor başkanı Mehmet Yaşar Şerbetçi'nin açık kalp ameliyatını yapmış, ancak hasta, ameliyattan bir hafta sonra hayatını kaybetmişti. Edip Kürklü, 21 Temmuz 1988'de Mehmet Yaşar Şerbetçi'nin kayınbiraderi Mustafa Turgut tarafından öldürülmüştür.

2005 Prof. Dr. Göksel Kalaycı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kalp Cerrahisi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Göksel Kalaycı, sabah saatlerinde uğradığı silahlı saldırı sonucu öldürüldü.

2008 Dr. Ali Menekşe

Giresun'da, 15 Ocak 2008 Tarihinde Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde Uğradığı Silahlı Saldırı Sonucu Ağır Yaralanan Dr. Ali Menekşe (51), Tedavi Gördüğü Ankara'da Bu Sabaha Karşı Hayatını Kaybetti.

2012 Uzman Dr. Ersin Arslan

17 Nisan 2012 tarihinde 17 yaşındaki torun Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi'nde tedavi gören 80 yaşındaki dedesinin ölümünden sorumlu tuttuğu Göğüs Cerrahisi Uzmanı Dr. Ersin Arslan'ı, göğsünden ve karnından bıçaklayarak öldürdü.

2015 Opr. Dr. Kamil Furtun

Samsun'da 29 Mayıs 2015 tarihinde, görevi başında uğradığı silahlı saldırı sonucu göğüs cerrahisi Opr. Dr. Kamil Furtun, hayatını kaybetti.

2017 Opr. Dr. Aynur Dağdemir

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Opr. Dr. Aynur Dağdemir, yanında sekreter olarak çalışan kadının eşiyle tartışmasına müdahale etmiş ve olayda bıçaklanarak öldürüldü.

2017 Dr. Hüseyin Ağır

Aksaray'ın Eskişehir ilçesi Bozcamağmut köyü Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan aile hekimi Dr. Hüseyin Ağır, görevi başında daha önce aynı ASM'de çalışan hemşirenin emekli polis eşi tarafından 29 Mart 2017 tarihinde kurşunlanarak öldürüldü.

2018 Uzman Dr. Fikret Hacıosman

Bahçelievler'de özel bir hastanede çalışan Psikiyatri Uzmanı Dr. Fikret Hacıosman (59) hastası Serhat T.'yi kabul etti. Bir süre sonra odadan silah sesleri gelmesi üzerine içeri giren hastane çalışanları Dr. Fikret Hacıosman'ı başından vurulmuş halde buldu. Ameliyata alınan Hacıosman kurtarılamayarak hayatını kaybetti.

2.1.10. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri

Hekimlik mesleğine olan saygı azalmış, halkın gözünde hekimlik değersizleştirilmiştir. Hekimler, “az çalışıp çok kazanan kişiler” olarak halka empoze edilmektedir. Bazı politikacıların, hekimleri suçlayıcı söylemleri de halkın gözünde hekimleri potansiyel suçlu konumuna getirmektedir (Özcan ve Yavuz, 2017).

Hekim ve hasta ilişkisinde güven unsuru son yıllarda sekteye uğramıştır. Eskiden insanlığa hizmet ettikleri için aziz gibi görülürken, tıbbın ticarileşmesiyle bazı hekimler etik olmayan uygulamalara yönelmiş ve açgözlülükle suçlanmışlardır. Medyada bu olumsuz haberlere eklemeler yaparak sansasyonel hikâyelerle gündem oluşturmuştur. Ayrıca hastalardan istenen gereksiz testler, yapılan invaziv işlemlerde hasta ve hekim arasındaki güvensizliği arttırmıştır (Yeşiltaş, 2018). Artan güvensizlik, hastaların sağlık hizmetlerini olumsuz değerlendirmesine neden olmuş ve sağlık çalışanlarına şiddete yönelmişlerdir.

Tıp mesleğinin kültürel otoritesi ile ilgili yapılan sosyolojik araştırmalarda 1980’li yıllardan itibaren hekimlik mesleğinin kültürel otoritesinde azalmalar mevcuttur. 2000’li yıllardan itibaren makro düzeyde bilgi küreselleşmesi, bürokratikleşme ve hasta bilinçlenmesinde artışlar olmuştur. Hastaların kontrolü ele geçirmek istemesi ve dolaşımda bulunması sonucunda hastalar, hekimlere daha az güvenmeye başlamıştır. Bir hekimin görüşü şu şekildedir. *“Mesleğe ilk başladığımda, bir doktor toplumun saygın bir üyesiydi ve insanlar size saygı duyuyordu ve insanlar söylediklerinizi kabul ediyorlardı. Şimdi sen aslında bir memursun, bu bir "biz" ve "onlar" durumu. Kuruluşun bir parçası olarak görülüyorsunuz ve söylediklerinize inanmıyorlar. Ve tabii ki, insanların gazetelerde okuduklarından ve televizyonda gördüklerinden çok fazla çatışma ortaya çıkıyor ve eğer gelip sizinle bu konuda konuşurlarsa herhangi bir kanıtı kabul etme veya perspektif içinde bakma olasılıkları düşük. İnsanlar sana saygı duymuyor, seni sonuca götüren bir araç olarak görüyorlar.”*(Erkek, 58 yaş) (Gabe, 2008). Tıp mesleğinin otoritesinin azalmasının, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Çınarlı ve Yücel, 2013).

Sağlık hizmetlerinin yapısı ve organizasyonu hakkındaki siyasi kararlar, ortaya çıkan personel-hasta etkileşiminin niteliği ve kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Örneğin, sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması kaçınılmaz olarak hizmet

kullanıcısı ve hizmet sağlayıcısı arasındaki ilişkiyi etkileyecektir (Cooper ve Swanson, 2002).

Centers for Disease Control and Prevention (2014), ABD’deki sağlık kültürünün hasta memnuniyeti ve güvenliğine odaklandığını, sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetinin önemsiz görüldüğünü bildirmektedir. Hastane geri ödemelerinin hasta memnuniyetine dayanması bu sorunu daha da büyütmektedir. “Müşteri(hasta) her zaman haklıdır” anlayışı hâkimdir. Bunun gibi ülkemizde sağlıkçılara yönelik artan şiddet olaylarında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) etkisi bulunmaktadır. Verimlilik, kârlılık, performansa dayalı ödeme gibi iktisadi yapılanmalar bu artışların sebebidir (Elbek ve Adaş, 2012). SDP ve uygulamalarına bağlı olarak aşağıdaki sebeplerden sağlıkta şiddet kaynaklanmaktadır (TTB, 2019).

- Sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerin yükseltilmesi
- Hasta sevk zincirinin kaldırılması, uygulanmaması
- Kamu kaynaklarının kullanımındaki artışlara rağmen, verilen sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğindeki yetersizlikler
- Aşırı sağlık hizmeti talebinin yaratılması
- Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi(katılım-fark-katkı vb.) ve ücretlerdeki artışlar
- Müşteri memnuniyetinin aşırı önemsenmesi
- Sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi, itibarsızlaştırılması
- Performans sisteminin uygulanması
- Yeterli akademisyen olmamasına rağmen açılan tıp ve sağlık eğitim kurumlarıyla hizmet ve eğitim kalitesindeki düşüşler.

Özyurt ve arkadaşları (2009) hekimlere “Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenlerini” sordukları açık uçlu soruya verdikleri cevaplar 10 maddede toplanmıştır. Bunlar:

- Sağlıkta dönüşüm programı,
- Sağlık çalışanları siyasi iktidar tarafından hedef gösterilmesi,
- Toplum eğitim düzeyinin düşük olması,
- Sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz, yalan haberler ve yorumlar,
- İletişim becerilerinde yetersizlik,

- Yetişmiş insan gücü ve fizik kapasite yetersizliği,
- Aşırı iş yükü ve iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik,
- Toplumsal nedenler ve şiddete eğilimin artması,
- şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınamaması,
- Çalışma ortamı ve mimari yapılanmanın uygunsuzluğu.

Myanmar’da yapılan bir çalışmada ilginç sonuçlara erişilmiştir. Sözel ve fiziksel şiddet (sırasıyla %8,7 ve %1,0) şeklinde oldukça düşük bulunmuştur. Araştırmacılar bunun sebebini şunlara bağlamıştır: Hastalar tıbbi haklar konusunda düşük düzeyde bir farkındalığa sahiptir çünkü ücretsiz veya düşük bir maliyetle sağlık hizmeti alabilmektedirler, doktorlar hastalar tarafından nispeten saygı görmekte, insanlar başkalarına saygı duymaları gerektiğine dair kültürel algıya sahiptirler ve insanlar şiddetsizliğin öneminin öğretildiği Budizm’i özveriyle uygulamaktadırlar (Kasai ve ark., 2018). Sağlık politikaları, kültürel değerler ve hatta dini inanç insanların şiddete başvurmasında etkili olabilmektedir.

şiddet olaylarının artmasında; abartılı sağlık hizmet talebi sonucunda ortaya çıkan iş yükünün sağlıkçılar tarafından taşınamaması, hastaların bakanlık tarafından sağlık çalışanları üzerinde baskı yaratacak şekilde kışkırtılması, sağlık kurumlarının güvenlik açısından düzgün bir mimariye sahip olmaması da etkilidir (Solakoğlu, 2011).

Hastaların, sağlık personelleri tarafından kısıtlanması da şiddete neden olabilecek başka bir faktördür. Psikiyatri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelere yönelik olan saldırıların %86’sının öncesinde şunlar olduğu bulunmuştur: hastanın, hemşireden bir şey talep etmesi ve hastanın talebinin reddedilmesi veya hastaya bir şekilde fiziksel olarak dokunması gerekmiştir (Whittington ve Wykes, 1996).

OSHA (2015)’e göre ise şiddet ile ilişkili diğer risk faktörleri şunlardır:

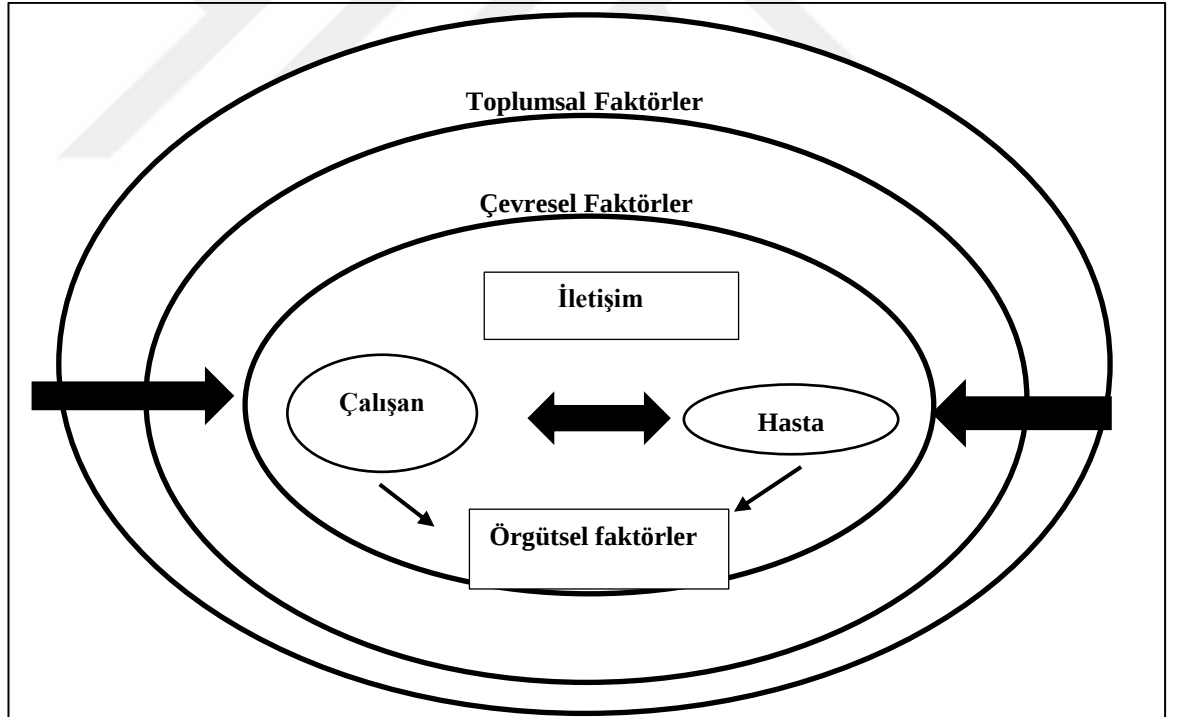
- Uzun bekleme süreleri, klinik ortamda kalabalıklaşma
- Tanı veya prognoz ile ilgili “kötü haber” verilmesi gibi stresli durumlar.
- Güvenlik ve personelin hastalar, müşteriler, ziyaretçiler veya personelden gelen düşmanca ve saldırgan davranışları tanınması ve tasfiye etmesi için örgütsel politikalar ve eğitim eksikliği

- Hastalar veya ziyaretçiler arasındaki iç tartışmalar.
- Ateşli silahların veya diğer silahların varlığı
- Sahada yetersiz güvenlik ve ruh sağlığı personeli
- Özellikle yemek saatlerinde ve ziyaret saatlerinde yetersiz çalışma
- Yalnız çalışan veya kaçış yolu olmadan yakalanabilecekleri durumlarda çalışan personel.

• Kötü aydınlatma veya koridorlarda, odalarda, otoparklarda ve diğer alanlarda görüşü kısıtlayan diğer faktörler.

- Cep telefonu veya çağrı zili gibi acil durum iletişimine erişim olmaması
- Hastane odaları ve kliniklere sınırsız halk erişimi.
- Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin eksikliğidir.

Sağlık kurumlarında şiddete sebep olan birçok faktör vardır. Sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasına neden olabilecek faktörler Şekil 2.8’de gösterilmiştir.



Şekil 2.8. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili faktörler (Campos ve Pierantoni, 2010)

Sağlık kurumlarında şiddet yaşanmasında; çalışanların, hastaların, iletişimin, örgütün, çevrenin ve toplumun rolü bulunmaktadır. Hasta ile ilgili faktörler; hastanın yaşı, cinsiyeti, psikolojisi, alkol ya da madde bağımlılığına ve kişilik özelliği ile ilgilidir. Çalışanla ilgili faktörler; çalışanın günlük çalışma süresine, yorgunluk

düzeyine ve çalışanın unvanı ile ilgilidir. İletişimsel faktörler; hasta ve hekim arasındaki diyalogun kalitesine, iletişim anındaki mevcut ortam ile ilgilidir. Örgütsel faktörler; vardiyalı çalışmalar, hastanenin şiddeti önlemek için aldığı güvenlik önlemleri ile ilgilidir. Çevresel faktörler; hizmet sunulan çevrenin suç oranları, çete olayları ile ilgilidir. Toplumsal faktörler; şiddetin toplumun tarafından algılanışı, aile yapısındaki değişimler, genel ekonomik durumla ilgilidir (Campos ve Pierantoni, 2010).

Hastaya İlişkin Faktörler

Bir failin cinsiyeti ve yaşı sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilişkilidir (Gerberich ve ark., 2004). Fiziksel şiddet çoğunlukla erkekler tarafından uygulanmaktadır. Ferri ve arkadaşları (2016), tarafından yapılan çalışmaya göre saldırganlar daha çok erkektir. Erkekler fiziksel şiddeti, kadınlara göre daha sık işlemiştir. Şiddet, çoğunlukla genç ve bekâr erkekler tarafından üretilmekte ve suçbilimciler bu grubu herhangi bir nüfusun suça en yatkın parçası olarak kabul etmektedir (Ruff, 2011). Dove ve arkadaşları (2006), tarafından İngiltere’de yapılan bir çalışmada benzer bulgular elde edilmiştir.

Hastaların karşılanmayan istekleri, yaralanma veya hastalığa karşı verilen tepkiler, bireylerin yetiştirilme koşulları, akıl sağlığı, daha önce suç işleyip işlemediği şiddet davranışı ile ilişkili faktörlerdir (Amr ve ark., 2010; Pehlivan, 2015). Demanslı, psikozlu hasta sayılarında ki artış şiddet riskini artırmaktadır (Fitzwater ve Gates, 2000).

Mandiracioglu ve Cam (2006), hasta demansının şiddet olaylarının %11’ini, psikiyatrik hastalıkların ise %25’ini oluşturduğunu bulmuşlardır. Şiddet için önde gelen bir risk faktörü de, uyuşturucu veya alkolün etkisidir (Gerberich ve ark., 2004). Crilly ve arkadaşları (2004), tarafından yapılan bir çalışmada katılımcılar sözlü şiddet olaylarının %50’sinde ve fiziksel şiddet olaylarının %96’sında faillerin uyuşturucu veya alkolün etkisi altında olduklarını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Saldırganlara ilişkin olarak yazarların çoğu, faillerin ziyaretçiler veya hastaların akrabalarından daha sık hastalar olduğunu belirtmektedir. Hastalar tarafından uygulanan fiziksel saldırıların ve fiziksel tehditlerin çoğunluğu da akıl sağlığı veya davranışsal sorunlara bağlanmıştır. Ziyaretçi tarafından yürütülen etkinlikler daha çok

sözlü tacizdir ve memnuniyetsizlikle ilişkilendirilmektedir (Zampieron ve ark., 2010; Abualrub ve Al Khawaldeh, 2014; Schoenfisch ve ark., 2015).

Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler

Sağlık hizmetlerinde çalışan herkes şiddetin potansiyel bir kurbanı olmakla birlikte, ilgili meslek gruplarının arasında risk farklılıkları bulunmaktadır. Basitçe ifade etmek gerekirse, hemşirelerin bir tür şiddetin mağduru olma riski en üst seviyededir. Hemşirelikte, psikiyatrik ortamların ve acil servislerin risk miktarını daha da farklılaştırılması mümkündür (Cooper ve Swanson, 2002).

Personelin deneyimli olup olmaması da şiddete maruz kalmayı etkilemektedir. Deneyimsiz personelin, sağlanan bakımın kalitesini etkileyerek hastada hayal kırıklığına ve şikâyeteye yol açması muhtemeldir. Bu da hasta şiddeti ve saldırganlığının artmasıyla daha “zor” personel-hasta etkileşimini ortaya çıkarmaktadır (Whittington ve Wykes, 1996). Hasta ile başa çıkmadaki becerilerin zayıf olması da şiddet riskini daha da artırmaktadır (Fitzwater ve Gates, 2000). Olumsuz personel tutumları, deneyimsiz personel, şiddetten korunma eğitiminin eksikliği veya sınırlı olması şiddete neden olmaktadır (Stonehouse, 2014).

Hastaneler aşırı kalabalık, yoğun kurumlardır. Yeterli sağlık personeli istihdamının yapılmaması sebebiyle çalışanların iş yükleri ağırlaşmaktadır. Çalışanlar strese maruz kalmakta ve tükenmişlik yaşamaktadırlar. Sağlık çalışanları böyle bir durum içerisindeyken, kendilerinin veya yakınlarının sağlığından endişe duyan vatandaşlarında sağlık kurumlarında aşırı stresli ve tedirgin olmaları nedeniyle şiddet olayları da artmaktadır (Sağlık-Sen, 2013).

Bir çalışanın cinsiyetinin hastalar ve ziyaretçiler tarafından sözlü veya fiziksel olarak saldırıya uğrama riski taşıdığına dair çelişkili kanıtlar mevcuttur. Cooper ve Swanson (2002)’e göre sağlık çalışanlarının büyük oranda kadın olması, sorunun cinsiyet boyutunu da ortaya koymaktadır. Hamdan ve Abu (2015), kadın cinsiyet şiddetin belirleyicisidir. Ayrancı ve arkadaşları (2006), kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda sözel ve fiziksel şiddet yaşadıklarını tespit etmiştir. Zampieron ve arkadaşları (2010), kadın hemşirelerin saldırganlığa daha fazla maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Ferri ve arkadaşları (2016), tarafından yapılan çalışmada da kadınların erkeklere oranla daha fazla şiddet mağduru olduğu ortaya koyulmuştur.

Bununla birlikte, çoğu araştırmacı erkeklerin kadınlardan daha sık iş yerinde şiddet yaşadıklarını ifade etmektedir (Plank ve ark., 2003; Dove ve ark., 2006; Miedema ve ark., 2009). Erkek sağlık çalışanları, kadın çalışanlara kıyasla iki kat daha fazla fiziksel şiddet mağduru olma riski taşımaktadır (Gilardi ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada kadın çalışanların fiziksel şiddet oranı %18,7 erkek çalışanların ise %35,7 olduğu ortaya çıkmıştır (Sağlık-Sen 2013). Fiziksel şiddete erkekler, sözel şiddete kadınlar daha çok maruz kalmaktadır (Ayrancı ve ark., 2002; Keser ve Bilgin, 2011; İlhan ve ark., 2012). Buna karşılık, Baker ve arkadaşları (2003), erkek ve kadın hekim grupları arasındaki sözlü ve fiziksel şiddet olaylarının toplam sıklığında anlamlı bir fark bulunmadığını; ancak, son bir yıl içinde en az bir şiddet olayı yaşayan erkeklerin yüzdesinin, kadınların yüzdesinden fazla olduğunu bulmuşlardır.

İletişime Dayalı Faktörler

Sağlıklı iletişim, bireylerin kendi durumlarını paylaşmasında ve de kendisine söylenenleri algılamasında önemli bir gerekliliktir. Eğer sağlıklı bir iletişim kurulamazsa iletişim eksikliğinden kaynaklı sorunlar ortaya çıkmaktadır (TBMM, 2013). Sağlık hizmetleri yoğun iletişim gerektirmektedir. Sağlık çalışanları, sosyo-kültürel açıdan birbirinden çok farklı hasta ve hasta yakınları ile sürekli iletişim kurmak zorundadır. İletişim süreci bazen istenildiği gibi sürdürülemeyebilir. Ve çatışma ya da şiddet oluşabilir (Duğan ve Arslan, 2015). Haklarında dava açılan doktorlarla yapılan bir çalışmada, bu davaların neredeyse üçte ikisinin sağlıklı bir iletişimle dava konusu olmayabileceğini göstermiştir (Gordon ve Edwards, 2001).

Çatışma, her iki tarafın iletişim becerisi ile yakından ilgilidir. İletişim esnasında yaşanan çatışmalarda her iki tarafta kızgınlık, intikam gibi olumsuz duygular yaşamaktadır. Çatışma sürecinin olumlu veya olumsuz sonuçlanmasında yaşanan duyguların yoğunluk derecesi önemlidir. Çatışma, yaşamın bir parçası olmakla birlikte son yıllarda giderek artmakta ve kolaylıkla şiddete dönüşebilmektedir (Gözüyeşil ve ark., 2018).

İlişkilerde hiç çatışma yaşanmıyorsa bu ya bir tarafın öbürü üzerinde güç kullandığı ve güçsüz olanın çatışamayacak kadar korkak ve sessiz olduğu veya ilişkilerde arabulucu rol oynamayı ve boyun eğmeyi öğrendiği anlamına gelmektedir. Ancak işbirliğine dayalı, güç kullanılmayan ilişkilerde çatışmaların yüzeye çıkma olasılığı yüksektir. Hastalarıyla işbirliğine dayalı ilişki kuran sağlık personeli, otoriter

ilişkilerdeki güç savaşlarından uzak kalındığı ve ortaya çıkan sorunun tanımlanarak benzersiz bir biçimde çözüldüğü ortamı yaratmanın kolay olduğunu göreceklardır (Gordon ve Edwards, 2001).

Ülkemizde verilen tıp eğitiminde, hekimlere iletişim becerisine yönelik eğitim verilmediği, hekimliğin sadece teknik boyuta indirgendiği düşünülmektedir (Adaş ve Elbek, 2008). Bu sebeple hekimler, çatışma ve öfke yönetimi konusunda yeterli bilgi sahibi olamamakta, hasta ve hasta yakınlar ile yaşanan kriz durumlarını iyi yönetememektedir. Sağlıklı iletişim kurulamaması sonucunda kaygı içerisinde olan hasta ve hasta yakınlarını gerginliği daha da artmakta ve şiddet davranışları ortaya çıkabilmektedir (Duğan ve Arslan, 2015). Bu nedenle, hekimlere teorik bilgilerin yanında sosyoloji, halkla ilişkiler gibi beşeri disiplinler ile ilgilde katkı yapılması gerekmektedir. Tıp eğitimi sırasında ve sonrasında hastalarla etkin iletişim sağlama konusunda eğitimler düzenlenmelidir (Adaş ve Elbek, 2008).

Örgütsel Faktörler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet için, sistem kaynaklı problemler öncelikli olarak yer almaktadır. Sağlık kurumlarının altyapı ve donanım eksiklikleri, personel eksikliğinden ya da yetersiz işletmecilik sebebiyle artan beklentiler, yatak sayılarının yetersizliği gibi faktörler şiddet nedenleridir (Aydın, 2008).

Di Martino (2002), zayıf güvenlik önlemlerinin şiddet riskini arttırdığını ifade etmektedir. Kelen ve arkadaşları (2012), tarafından yapılan bir çalışmada bir sağlık ortamında polis nezaretinde olan hastaların acil servislerdeki olayların %29'unda yer aldığını ve %11'inin kaçış girişimleri sırasında meydana geldiği bulunmuştur. Sağlık ortamlarına getirilen çok sayıda silah da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet riskini arttırmaktadır (Fitzwater ve Gates, 2000; Gillespie ve ark., 2010).

Bazı araştırmalarda, faile fırsat sağlayacak yapısal iş koşullarının iş yerinde şiddet riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu koşullar arasında tek başına veya az sayıda çalışma, gece geç saatlerde çalışma, yüksek suçlu ve güvenli olmayan alanlarda çalışma, iş yükü, işle ilgili stres, rol çatışması, süpervizör destek eksikliği, düşük görünürlük ve zayıf aydınlatma bulunmaktadır (Ayrancı ve ark., 2006; York ve MacAlister, 2015). Çalışanların hastalarla yalnız kalması şiddet riskini artırmaktadır. Daha az personelle hizmet vermek; hasta ve hasta yakınlarının bekleme süresini arttırmakta ve şiddete neden olabilmektedir (Di Martino, 2002).

Adam kayırma, kriz yönetim politikalarındaki eksiklikler, ticarileşme ve sağlık alanında sık değişen uygulamalar şiddete neden olan örgütsel unsurlardır (Alioğlu, 2014). Hıdıroğlu ve arkadaşları (2013), tarafından hekimler üzerinde yapılan çalışmada hastaları şiddet uygulamaya iten sebepler olarak; sırada fazla bekleme, muayene sırasında ihmal edilme düşüncesi, gecikme hissi, memnuniyetsizlik olmuştur. Şiddeti önlemeye yönelik kurumsal ve yasal düzenlemelerin olmaması, şiddet olaylarının bildiriminin yapılmamasından kaynaklı şiddet oranları yüksek olabilmektedir (Çamcı ve Kutlu 2011).

Çevresel Faktörler

Sağlık kurumunun hizmet sunduğu çevre, şiddetin ortaya çıkmasında etkilidir. Çevrenin suç oranı, yoksulluk oranı, silahlı saldırıların ortaya çıkma düzeyi, çete olaylarının yaşanması sağlık kurumlarını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Çatel, 2015). Yapılan araştırmalar bireylerin aşırı sıcak, gürültülü ve kötü kokulu ortamlarda bile agresif davranışlar sergileyebildiğini göstermiştir. Böyle konforsuz ortamlarda bulunmak, zihinsel süreci ve uyarılmayı negatif yönde etkilemektedir (Pehlivan, 2015).

Toplumsal Faktörler

Şiddete neden olan faktörlerin en başında eğitimsizlik ve bilgisizlik gelmektedir. Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin sağlık sistemi ve sağlık mevzuatı konusunda yeterli bilgiye sahip olmayışından kaynaklı; başka birisi için reçete yazdırma, kendi istekleri doğrultusunda ilaç yazdırma, yapılacak olan tedavilerin hasta ve hasta yakınları tarafından sonuçlar göze alınarak onaylanmasına rağmen başarısızlık durumunda sonuçları kabullenmeme ve sağlık çalışanlarının suçlanması gibi durumlar kişilerin sağlık çalışanlarına şiddet göstermesinde etkilidir (Pehlivan, 2015).

Sağlık kurumlarının kaynak yeterliliği ve adil dağılımı hasta memnuniyeti ile yakından ilgilidir. Sağlık kurumlarının kaynaklarının yetersiz oluşu, toplumun memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyecektir. Bu durum da sağlıkta şiddet olaylarının artmasına neden olacaktır (Altıntaş, 2006).

Şiddet olaylarının yaşanmasında sosyo-ekonomik etkenler etkilidir. Bunların en başında gelir dağılımındaki eşitsizlik gelmektedir. Toplumsal kaynakların yetersizliği sağlık hizmetlerine olan güveni azaltmaktadır. Güvensizlikte sağlık hizmetlerinden kuşku duyulmasına sebep olur ve şiddete neden olabilir. Ayrıca şiddet, suç oranları ve

ekonomik etkenler arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Şiddet temelli suçlardaki artışlar, toplumdaki kişilerin sosyo-ekonomik düzeylerinin farklılığından kaynaklanmaktadır (Arslan, 2019).

Aydın (2008), sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, son bir yılda toplumda şiddet olaylarının %86, sağlıkta şiddet olaylarının %72 oranında arttığını bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının %78'i toplumdaki şiddet olaylarının artmasının ilk 3 sebebi olarak; kişilerin ve ülkenin yaşadığı ekonomik sıkıntılar, toplumun yaşadığı sosyo-kültürel problemler, kişisel ve toplumsal eğitim problemleri olduğunu bildirmişlerdir.

Medyaya İlişkin Faktörler

Medya, toplumsal alandan bağımsız değildir. Toplum tarafından belirlenen ve toplumu belirleyen bir yapılanmaya sahiptir. Bu sebeple şiddeti yeniden üreten bir unsur olduğu ya da pekiştirici bir unsur olduğu ifade edilmektedir (Küçük, 2017). Sosyal bilimcilerden Sears ve Freedman (1993), televizyonlarda şiddet eylemlerine yer verilmesinin kişilerde saldırganlık düşüncesi uyandıracağını belirtmektedir. Bu saldırganlık düşüncesinin, davranışlara yansması ile kişilerin şiddet eylemine hazır hale geleceğini vurgulayarak medya-şiddet ilişkisini açıklamaktadır. Şiddet davranışları ve medyada gösterilen şiddet olgusunda, model alma veya sosyal öğrenme kuramı etkili olmaktadır (Palabıyıkoglu, 1997).

Trend'e göre “medyada şiddet insanların saldırgan olmasına ya da suç işlemesine neden olmayabilir ama daha zarar verici bir şey yapar. Medyada şiddet, insanları şiddet dolu bir dünyada yaşadıklarına ve dünyayı daha güvenli hale getirmek için şiddetin gerekli olduğuna inandırır” (Trend, 2008'den Akt: Küçük, 2017).

Şiddete; dizi, film, yarışma programı, çizgi film, dijital oyunlar gibi birçok medya metninde yer verilmektedir (Küçük, 2017). Medya şiddeti, insanların gerçek şiddete karşı duyarsızlaşmasına neden olmaktadır. Huesmann, medya şiddetinin çocuklarda daha saldırganca davranışlara neden olduğunu ve onları yetişkinlik döneminde de etkilediğini belirtmektedir (Özer, 2007).

İnsanların şiddete olan ilgisini karşılamak için 1833'te The National Police Gazette (Ulusal Polis Gazetesi) başlıklı bir gazetenin basılmaya başlandığı da bilinmektedir. Gerbner'e göre “Şiddetin dili yoktur; her topluma uygun içerik şiddettir. Cinsellik hemen sonra gelmektedir ama şiddet kadar satış popülarlığı taşımamaktadır,

taşıdığı kabul edilse bile her toplum televizyonunda cinselliği serbestçe kullanamamaktadır” (Küçük, 2017).

Sağlık çalışanlarına yönelik bazen ölümle bile sonuçlanan şiddet haberleri, medyada basmakalıp çerçevelerde temsil edilmektedir (Küçük, 2017). Ayrıca, sağlık çalışanlarını kötüleyen haberler toplum tarafından tepkiyle karşılanmaktadır. Siyasetçiler tarafından bu konuda yapılan açıklamalar ise, sağlık çalışanlarının toplum gözünde daha da değersizleşmesine neden olmaktadır. Medya, sorunların sağlık çalışanlarına atfedilmekte ve sağlık çalışanlarını ayırt etmeksizin suçlamaktadır (Arslan, 2019).

Özyurt ve arkadaşları (2009) “Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir?” çalıştayı anket sonuçlarına göre medyada çıkan olumsuz haberler:

- Medyanın, sağlık alanındaki eksiklikleri tarafsız olarak yansıtmaması
- Medyanın, bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde sağlık çalışanlarını hedef göstermesi,
- Malpraktis ile komplikasyon arasındaki farkların insanlar tarafından tam olarak bilinmemesi
- Medyanın, sağlık çalışanlarına yönelik oluşturduğu güvensizlik
- Medyanın, sağlık çalışanlarını günah keçisi olarak ilan etmesi
- Medyanın, negatif hekimlik örneklerini devamlı gündeme getirmesi sağlıkta şiddete neden olmaktadır.

2.1.11. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sonuçları

Sağlık kurumlarında şiddet, yüksek maliyetler içermektedir. Bireysel olarak sağlık çalışanları arasında şiddet, refahın ve iş tatmininin azalmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak verimlilik ve moral kaybı, işe gelmeme ve personel devri gerektirmektedir (Adlib ve ark., 2001). Sağlık hizmet sunumu da şiddet olaylarından etkilenmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları hizmet verdikleri bireylerden korkuyorlarsa, verdikleri bakımın kalitesi bunun bir sonucu olarak zarar görebilmektedir (Cooper ve Swanson, 2002; Gates ve ark., 2011; Blando ve ark., 2013).

Şiddet, mağdurları fiziksel ve duygusal olarak etkilemektedir. Örneğin; öfke, şok, korku, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Cooper ve Swanson, 2002; Amr ve ark., 2010). Coker ve arkadaşları

(2004), şiddete maruz kalma ve sağlık ilişkisi arasında olumsuz bir etki olduğunu bulmuşlardır. Yapılan bir meta analiz çalışmasında şiddete maruz kalanların depresyon riski, maruz kalmayanlara göre 3 kat daha fazladır. Kaygı bozukluğu yaşamanın şiddete maruz kalma ile alakalı olabileceğini düşündüren araştırmalar da bulunmaktadır (Taşkale, 2019).

Şiddete maruz kalmak gelecekte aynı durumun yaşanması ihtimali dolayısıyla, korkuya sebep olmaktadır (Çalışkan, 2013). Kişinin iş yerinde yaşanan şiddet olayına şahit olması bile kişide travmaya neden olabilmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013). Jiménez ve arkadaşları (2019), tarafından yapılan bir çalışmada ise şiddet mağduru olmak, yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilişkili bulunmuştur.

Şiddet sonucunda oluşan stres ile başa çıkmak için ilaç, alkol ve sigara kullanımında artışlar olabilmektedir (Cooper ve Swanson, 2002; Taşkale, 2019). Geniş çapta yapılan bir anket çalışmasına göre şiddete maruz kalanlarda, sigara kullanma olasılığı 3 kat, alkol kullanma olasılığı 2 kat, depresyon olasılığı ise yaklaşık 4 kat arttığı bulunmuştur (Dichter ve ark., 2011).

Şiddete maruz kalan birey, sosyal yaşamdan uzaklaşmakta kendisini değersiz hissetmektedir. Öz saygısını kaybetmekte ve kendini suçlamaktadır (Çetin, 2013). Uyku düzeninde bozulma ve sürekli kâbus görme, yeme bozukluğu, çaresizlik gibi duygular yaşayabilmektedir (Arslan, 2019). Şiddete maruz kalmanın sadece kişi üzerinde olumsuz etkisi yoktur. Kişinin iş arkadaşlarının ve ailesinin de olumsuz etkiler yaşaması muhtemeldir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Tablo 2.6. İş yerinde şiddetin bireysel ve örgütsel sonuçları (Speegle Clark, 2013)

İş yerinde Şiddetin Bireysel Sonuçları	İş yerinde Şiddetin Örgütsel Sonuçları
•Psikolojik travma (kısa ve uzun süreli) •Duygusal sıkıntı / kaygı •Düşük benlik saygısı •Travmatik stres bozukluğu •Ölüm •İşten ayrılma niyeti •Yetersizlik, suçluluk, güçsüzlük duyguları •İşe dönme korkusu •Süpervizörler tarafından eleştiri korkusu •Yeteneğe olan güven kaybı •İş arkadaşlarıyla ilişkilerde değişiklikler •Kişisel yaşam üzerinde ikincil etki (günlük faaliyetler, duygusal sorunlar, ekonomik konular)	• Saldırı sonrası tedavi ve danışmanlık maliyetleri • Azalan verimlilik • Düşük çalışan morali • Artan iş stresi • Devamsızlık / kayıp iş günleri • Kısıtlama / değiştirilmiş görev • Tutma / ciro / işe alım / yeniden eğitimde artan zorluklar • Yönetim güvensizliği • Düşmanca çalışma ortamı

İş yerinde şiddetin sonuçları sadece işçinin kendisini değil, aynı zamanda örgütü ve hatta bir bütün olarak toplumu da etkilemektedir (Steffgen, 2008). Toplumda yaşanan sorunların kaba kuvvet kullanarak çözüleceği konusunda yanlış bir inanç vardır. Bu gibi durumlarda toplum, şiddet mağdurunu ya dışlamakta ya da yalnız bırakmaktadır. Ya da toplum şiddeti sindirmekte ve kabullenmektedir (Arslan, 2019).

2.1.12. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Hukuki Durumu

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları artış göstermiş ve toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Şiddet olayları ülkemizde sanıldığından yüksektir ancak hepsinin bildirimi yapılmamaktadır. Çalışanların haklarını savunacak yeterli ve etkili yasal düzenlemelerin bulunmaması bunun önemli nedenidir (Us Coskun ve Erdem, 2016). Başta yasal düzenlemeler olmak üzere, mevzuat ve uygulamalar üzerinde de yeni düzenlemelerin yapılmasına gerek vardır. Fakat sadece bu düzenlemeler yeterli değildir, bunların uygulamaya konulması ve ilgili sektörler arasında işbirliği sağlanmalıdır (Altıntaş, 2006).

Şiddet uygulayan kişilere verilen cezalar caydırıcılıktan uzaktır (TBMM, 2013). Sağlık-Sen (2013), şiddet uygulayan kişilere hapis ya da para cezası gibi caydırıcı cezalar verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Şiddet geçmişi olan kişiler sistemde kayıt altına alınmalıdır. Bu kişilerin sağlık hakları bir süreliğine dondurulmalıdır. Sağlık çalışanlarını koruyucu yasalar çıkartılmalı ve yasal hakları arttırılmalıdır.

Anayasanın 12. maddesinde “*Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir*” denilmektedir. Bu haklardan en önemlisi de yaşam hakkıdır. Ayrıca 17.maddesine göre “*Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*” Anayasanın 49.maddesi ise “*Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır.*” şeklindedir.

Şiddet, iş sağlığı ve güvenliği sorunudur. Sağlık çalışanları, “6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” kapsamındadır. İlgili kanunun 4.maddesine göre, işveren çalışanların sağlığını sağlamakla yükümlüdür ve gerekli önlemleri almalıdır (TTB, 2019).

1) 16.10.2009 tarihli “**Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ**”: Sağlık Bakanlığının çalışanların güvenliğini sağlamak için yaptığı çalışmalar içinde mevzuat düzenlemeleri önceliklidir. Bu Tebliğ’e göre;

- Hastanelerde kritik alanlara giriş ve çıkışların kontrollerinin sağlanması,
- Yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulması,
- Ortak kullanılan alanların kamera ile izlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

2) 06.04.2011 tarihinde “**Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik**” yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre;

- Çalışan güvenliğinin sağlanması için programların hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramaların yapılması,
- Engelli çalışanlar için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanların kendilerini korumak için gerekli önlemleri aşmalarının sağlanması,
- Çalışanların maruz kalabileceği fiziksel saldırılara yönelik önleme çalışmalarının yapılması istenmiştir.

3) Mobbinge mücadele etmek için başbakanlık talimatıyla 19.03.2011 tarihli 27879 sayılı “**İş Yerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine Dair Yönetmelik**” yayınlanmıştır. Psikologlar aracılığıyla mobbinge maruz kalan çalışanlara destek sağlamak için “Alo 170” merkezi kurulmuştur. Ayrıca mobbing olaylarının incelenmesi ve önlenmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde “Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu” kurulmasına karar alınmıştır (Us-Coşkun ve Erdem, 2016).

4) 28.04.2012 tarihli “**Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**” te kamuda çalışan sağlık personeline, görevi sırasında, kanunlarda suç sayılan bir eylemin gerçekleştirilmesi halinde, sağlanacak olan hukuki yardım düzenlenmiştir.

5) İçişleri Bakanlığı tarafından 26.04.2012 tarihinde “**Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması**” genelgesi ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görevli olan sağlık çalışanlarına, sağlık hizmeti sunarken veya görevlerinden dolayı, kanunlara göre suç sayılan bir fiilin gerçekleştirilmesi halinde;

- Yaralama (TCK Madde 86),
- Tehdit (TCK Madde 106),
- Hakaret (TCK Madde 125),

mağdur sağlık çalışanının şikayeti beklenmeksizin, görevli hastane polisleri ve kolluk kuvvetleri tarafından direkt işlem yapılması, ilgili Cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması gereklidir.

6) Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılı itibariyle yayınlanmaya başlayan “**Sağlıkta Kalite Standartları**” rehberleri ile hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, her yıl değerlendirmeler yapılması ve sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin izlenmesi amaçlanmaktadır.

7) “**Hastane Hizmet Kalite Standartları**” 2011 rehberine göre her hastanede “*Çalışan Güvenliği Komitesi*” kurulmalıdır. Komitede tıbbi, idare, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite direktörü, 1 hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, sosyal hizmet uzmanı ve diğer mesleklerden (laboratuvar, anestezi, radyoloji teknisyenlerinden) bir temsilci yer almalıdır. “*Çalışan Güvenliği Komitesi*”nin görev tanımı ise aşağıdaki şekildedir;

- Çalışanların zarara uğrama riskinin en aza indirilmesi,
- Riskli alanlarda çalışan personellere yönelik tedbirler alınması,
- Fiziksel şiddet riskinin azaltılması,
- Kesici-delici alet yaralanmalarının azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarının bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık taramaları yapılmalıdır (SKS, 2011).

İnsanların hayatlarını sürdürdüğü tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlarda da çeşitli riskler bulunmaktadır. Bu risklerin tespiti, önlenmesi ve yönetimi sağlanmalıdır. Bu sebeple, acil durumların yönetimini sağlamak için uyarıcı sistemler kullanılmaya başlanmıştır. “*Hastane Acil Kodları*” acil durumları görevli uzmana, en kısa sürede bildirmek amacıyla geliştirilmiştir. Buradaki temel amaç, olay esnasında en kısa sürede yapılması gerekenler konusunda ortak bir kurum anlayışı sağlamaktır. Ülkemizde “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” ile kullanılmaya başlanan acil kodlar içerisinde “*Beyaz Kod*” uygulaması ise sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kayda alınması ile ilgilidir ve resmi olarak 2012 yılında kullanılmaya başlanmıştır (Yeşiltaş, 2018).

Yapılan “*Beyaz Kod*” müdahalesi ile ilgili kayıtların tutulması sırasında şu hususlara yer verilmesi de kararlaştırılmıştır;

- Olayın olduğu tarih ve saat,
- Olayın olduğu yer,
- Olay anında yapılan iş,
- Olayın başlama nedeni,
- Olayın oluş şekli,
- Olayda varsa kullanılan nesne,
- Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar,
- Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgiler (SKS, 2011).

8) 14.05.2012 tarihinde “**Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi**” si yayınlanmıştır. İçeriğinde aşağıdakiler yer almaktadır;

- Beyaz kod
- Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi
- Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri
- Çalışanların eğitimi
- Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi
- Hizmetten çekilme
- Bildirim süreci ve hukuki yardım
- Diğer hususlar

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarının takibi için “*Beyaz Kod*” birimi oluşturulmuş, 24 saat hizmet sağlayacak “113” numaralı telefon ve ayrıca internet sayfası oluşturulmuştur. Beyaz koda tüm sağlık çalışanları başvuruda bulunabilmektedir. “Ancak üniversiteler ve özel sağlık sektöründe çalışanlar, hizmet satın alma yoluyla kamuda çalıştırılanlar intörn ve stajyerler ve hizmet dışı sağlık çalışanları arasındaki olayla bildirim yapılabilmesine rağmen hukuksal destek açısından kapsam dışı tutulmuştur” (TTB, 2019). Uygulamada öne çıkan, şiddet mağduru sağlık çalışanına dava sürecinde ücretsiz hukuki destek sağlanmasıdır. Beyaz Kod uygulaması, pratikte sağlıkta şiddeti önleyici bir etkiye sahip değildir. Yalnızca şiddet olayı yaşandıktan sonra, şiddet mağduru çalışana ücretsiz avukatlık desteği olarak devam etmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nın şiddet uygulayan kişilere idari bir yaptırımını bulunmamaktadır. Örneğin; aile hekimine şiddet uygulayan birisinin -

mevcut mevzuata göre- kaydı kendi hekiminden alınıp, aynı ASM'deki başka bir aile hekimine devredilmektedir. Yani, hastayı caydırıcı ya da sağlık bakım hizmetlerinden mahrum edici önlemler alınmamaktadır (Özcan ve Yavuz, 2017).

14.05.2012 tarihinde yayınlanan “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile şiddete uğrayan sağlık çalışanına, acil sunulması gereken hizmetler haricinde “hizmetten çekilme” talebinde bulunabilme seçeneği sunulmuştur. İlgili maddeye göre;

- a) Hizmetten çekilme talebi, ilgili yöneticiye sözlü ya da yazılı olarak bildirilecektir.
- b) İlgili yönetici, olayı değerlendirerek talebin uygunluğu hakkında derhal karar verecektir.
- c) İlgili yönetici, talebi uygun bulduğu zaman hastanın tedavisini gerekli güvenlik önlemlerini alarak sunulmasını sağlayacaktır. Hastaya hizmet verecek yeni bir sağlık çalışanı belirleyecek, kurumda eğer bu mümkün değilse, hastanın başka bir kuruma sevkini sağlamakla yükümlüdür.

9) Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi kabul edildi 17.04.2020 tarihli ve 31102 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girdi. 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 12’nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda yer alan; Kasten yaralama (madde 86), Tehdit (madde 106), Hakaret (madde 125), Görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında;

- a) *İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır,*
- b) *Türk Ceza Kanununun 51’inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz,*
- c) *Şiddetin vuku bulunduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir.”*

TCK’nin 86.maddesinde kasten yaralama suçu düzenlenmiştir. Buna göre *“Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin*

bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” hükmü yer almaktadır. Aynı maddenin (3) üncü fıkrasının (c) bendi uyarınca eğer suç, kamu görevi nedeniyle işlenmiş ise şikâyet aranmadan suçun kovuşturulacağı ve verilecek cezanın yarı oranında arttırılacağı düzenlenmiştir.

TCK’nin 106.maddesinde tehdit suçu “Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.”

TCK’nin 125.maddesinde hakaret suçu “Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır” şeklindedir. Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenmesi halinde, cezanın alt sınırının bir yıldan az olamayacağı düzenlenmiştir.

TCK’nin 265.maddesinde görevi yaptırmamak için direnme suçu “Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” şeklindedir.

Türk Ceza Kanunu’nda kasten yaralama (madde 86) ve hakaret (madde 125) suçlarının kamu görevlisi olan çalışanlara yönelik işlenmesi halinde cezaların daha fazla olduğu görülmektedir. *Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi* ile bu suçlara verilen cezaların yarı oranda artırılacağı ifade edilmiştir. “Örneğin, şiddet sonucu yaralama suçunda temel ceza bir yıl olarak belirlenir ise sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeline karşı görevi nedeniyle işlenmiş olduğundan yarı oranında arttırılarak temel cezaya 6 ay eklenecektir. Böylece Kamu görevi nedeniyle işlendiği göz önüne alınarak ikinci kez yarı oranında arttırılarak 6 ay daha eklenecek ve böylece ceza 24 ay hapis cezası olarak belirlenecektir. Ayrıca indirim nedenleri var ise bu ceza üzerinden hâkim indirimine gidebilecektir. Sonuçta belirlenen ceza ertelenemeyecek olmakla birlikte hükmün açıklanması geri bırakılabilecektir (HAGB).” (TTB, 2020). Kanaatimce cezaların artırılması iyi olmuştur. Fakat hapis cezalarının ertelenmemesi kararı alınırken,

hükmün açıklanmasının geriye bırakılmasının devam etmesi verilen bu cezaların caydırıcılıktan uzak olduğu anlamına gelmektedir.

2.1.13. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesi

Ulusal ve uluslararası alanda sağlıkta şiddet ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Ancak sağlıkta şiddet engellenebilmiş değildir. Altıntaş (2006)'a göre bunun sebepleri: Mevcut kanunların şiddete maruz kaldıktan sonraki süreçle ilgili olması, medya ve ilgili disiplin araçlarının destek eksikliğidir. Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin fazla olduğu bilinilmesine rağmen şiddetten korunması gerektiğinden hem eğitim hem de çalışma hayatında pek söz edilmemektedir (Strickler, 2013; Yeşiltaş, 2018).

Şiddet olayları meydana geldiğinde, koruyucu stratejilerle olumsuz sonuçlar en aza indirilebilir. Literatür kişisel korumayı şiddete karşı etkili bir koruyucu strateji olarak tanımlamıştır. Kendini savunma, yardım gelene kadar veya hasta odasından kaçış mümkün olana kadar yaralanmayı önlemek için etkili bir stratejidir (Gillespie ve ark., 2010).

Şiddet olaylarından sadece bireyler etkilenmez. Bu olayların, toplum ve kurum açısından da ciddi etkileri mevcuttur. Bu sebepten ötürü şiddet ile mücadele etmek için geniş çaplı önlemler alınmalıdır. Sağlık kurumları, şiddeti tolere etmeyerek tüm şiddet olaylarını suç saymalıdır. Şiddet karşıtı kural ve politikalar geliştirmeli ve çalışanların bunlara uyması sağlanmalıdır. Şiddet olaylarının önlenmesi hususunda caydırıcı güce sahip olan devlet, gerekli yasal düzenlemeleri yaparak sağlık kurumlarıyla işbirliği yapmalı ve şiddet ile mücadele etmelidir (Demirci, 2018). Toplum, “şiddete sıfır tolerans” yazılı ve görsel olarak medya aracılığıyla bilinçlendirilmelidir. Şiddeti önlemek için mevcut toplumsal değerleri değiştirmek gerekmektedir. Eğitimler verilerek şiddetin kabul edilebilirliği azaltılmalı, yaşanan sorunların şiddet ile çözülemeyeceği anlatılmalıdır (İlhan ve ark., 2013).

Yönetimin iş yerinde şiddete elverişli olmayan bir ortam yaratmayı taahhüt etmesi gerekir. Hastane liderleri sorun hakkında bir farkındalık geliştirmeli ve ardından sıfır tolerans politikası benimsemelidir. Güvenli bir iş yeri oluşturmak için çalışanlar komitelere dâhil edilmelidir. Bu katılım, konu hakkında daha fazla farkındalık yaratır ve şiddet kültürünün değiştirilmesine yardımcı olur. Personelin

katılımı ayrıca yönetimin iş yeri ortamını ve personelin karşılaştığı belirli tehditleri anlamasına yardımcı olmaktadır (Clements ve ark., 2005).

Şiddetin önlenmesinde kurumun risk değerlendirme analizi yapması gerekmektedir. Bu analiz hem tehlikenin önlenmesini hem de kontrolünü sağlar. Kapsamlı bir örgütsel şiddet önleme programı için üç bileşene ihtiyaç vardır (Clements ve ark., 2005). Bunlar:

- Şiddet olaylarına ilişkin verileri yakalamak ve bunlara yönelmek için bir raporlama ve dokümantasyon sistemi mevcut olmalıdır.
- Bir olay anında uygulanacak stratejiler oluşturulmalıdır.
- Şiddet olayından etkilenen personel için belki de en önemlisi, olay sonrası olay yönetimi ve destek sağlanmalıdır.

Mühendislik kontrolleri, iş uygulamaları, eğitim ve politikalar için OSHA'nın kılavuz ilkelerinin kullanılması şiddeti azaltmaya yardımcı olacaktır. Buna karşılık, başarılı önleme ve yönetim çabalarının uygulanabilmesi için çalışanların şiddeti belgellemeleri için teşvik edilmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanları kendilerinin korunması için talepte bulunmalıdır (Gates, 2004; Arroyo, 2019). Şiddeti önlemek için; güvenlik önlemleri alınmalı, şiddete maruz kalındığında nasıl davranılması gerektiği konusunda eğitimler verilmeli, yönetici desteği sağlanmalı, şiddet olayının bildiriminin nasıl yapılacağı konusunda düzenlemeler yapılmalıdır (Sağlık-Sen, 2013).

Sağlıkta şiddet ile ilgili cezaların caydırıcılığı arttırılmalı, hasta beklentileri dengelenmelidir. Hizmet verilen alanlar iyileştirilmelidir. Medya, verdiği mesajlarda daha duyarlı olmalıdır (TBMM, 2013). Güvenlik personel sayıları artırılmalı, 7/24 kamera sistemi ile kayıt tutulmalı, metal detektörler kullanılmalı, etkili bir olay bildirim sistemi kurulmalı, kurum içerisinde “şiddete sıfır tolerans” kültürü oluşturulmalıdır (Atan ve Dönmez, 2011). Çalışan tanımlama sistemleri iyileştirilmeli ve erişim kontrolü sağlanmalıdır (Clements ve ark., 2005).

Sağlık kuruluşlarının kalabalığını ve hasta bekleme sürelerini azaltmak, çalışanların devir hızını azaltmak, sahada yeterli güvenlik ve akıl sağlığı personeli sağlanabilmek amacıyla, yoğun dönemlerde personel seviyelerinin iyileştirmesi için politikalar revize edilmelidir (Phillips, 2016). Şiddetle mücadele etmek için güvenlik önlemleri alınmalıdır. Şiddet esnasında güvenliğe çağırabilmek için “Acil Çağrı

Butonları” bulunmalıdır. Şiddet riskinin yüksek olduğu birimlerde ekstra önlemler alınmalıdır. Hastane girişlerine X-Ray cihazları konulmalı, kameralar sesli hale getirilmelidir. Güvenlik personel sayıları ve yetkileri artırılmalıdır (Sağlık-Sen, 2013).

Silahların tesislere yasadışı yollardan girmesini önlemek için metal detektörler de kullanılmaktadır (Phillips, 2016). Simon ve Khan (2003), tarafından yapılan bir çalışmada metal detektörü olan bir acil serviste 8 ay içinde 3446 silaha el koyuldu; bu silahların %78’i bıçak veya diğer kesici aletler, %0,1’i ateşli silahlardır. Amerikan Hastaneler Birliği tarafından yapılan bir incelemede acil servislere gelenlerin yaklaşık %5’inin silah bulundurduğu ortaya çıkmıştır. 2013 yılında Colorado Üniversite Hastanesi acil servislerinde silah, bıçak, kesici-delici alet gibi 12.000 tane tehlikeli madde tespit edilmiştir. Metal algılama sisteminin uygulanmasının bir dezavantajı personel gereksinimidir. Hasta ve ziyaretçilerin metal detektöründen geçişi, yemek ve iş molaları için kesintisiz yönetilmelidir. Güvenlik kontrol noktası, belirtildiği gibi birden fazla personel gerektirebilir (York ve MacAlister, 2015).

Hastaneler, risk altındaki grupların güvenliği ve yönetimi için tesis tasarımını iyileştirmelidir. Acil servislerde, davranışsal sağlık alanlarının oluşturulması buna bir örnektir. Diğer yenilikler arasında, tipik yatan psikiyatri birimlerine kıyasla davranışsal olarak dengesiz hastalarla başa çıkabilmek için daha iyi kaynaklarla donatılmış, yatan psikiyatrik kritik bakım alanlarının geliştirilmesi yer almaktadır (Clements ve ark., 2005).

2013-2015 yılları arasında gerçekleşen 145 sentinel olay değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda şiddetin ortak bir temel nedeninin, hastalarda saldırgan eğilimleri belirlemek için davranışsal sağlık değerlendirmesinin olmaması veya yetersiz oluşu olduğu ortaya konulmuştur. Örneğin hastanın bir saldırganlık geçmişi varsa, saldırgan davranışın ve ilgili öncüllerin koşullarına ilişkin bilgi, mevcut ortamda benzer bir olayın nasıl meydana gelebileceğini belirlemeye yardımcı olacaktır. Saldırganlık geçmişi varsa veya kişide tedirginlik hissedilirse, personel uyarılmalı ve çalışanların güvenliğini sağlamak için gerekli müdahaleler ele alınmalıdır (JC, 2017).

Sağlık çalışanlarının hastalara yönelik yaklaşımı şiddetten korunabilmesi için önemlidir. Hastaya, ilk olarak güler bir yüzle “Geçmiş olsun, neyiniz var, şikâyetiniz nedir?” gibi sorular sorulmalıdır. Ayrıca, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik durumları da göz önüne alınarak etkili bir iletişim yolu seçilmelidir (Arslan, 2019).

Hasta saldırganlığının şiddete dönüşmesini önlemek için birtakım öneriler bulunmaktadır. Tablo 2.7 ile bu önlemler açıklanmıştır.

Tablo 2.7. Aniden saldırganlaşan kişiye yönelik önlemler (Annagür, 2010)

❖	Saldırgan ile göz teması kurmayın.
❖	Saldırgan ile aranızda minimum bir kol uzunluğu kadar güvenlik mesafeniz olsun.
❖	Başarılı olamayacaksınız dövüşmeyin.
❖	Hasta sizden uzaklaşıyorsa, ona yaklaşmakta ısrarcı olmayın.
❖	Gerekirse hastadan korkmuş gibi davranın.
❖	Saldırganlık eğilimi fark ettiğinizde yardım isteyin.
❖	Tehlike anında kaçabilmek için kapıya yakın durun.

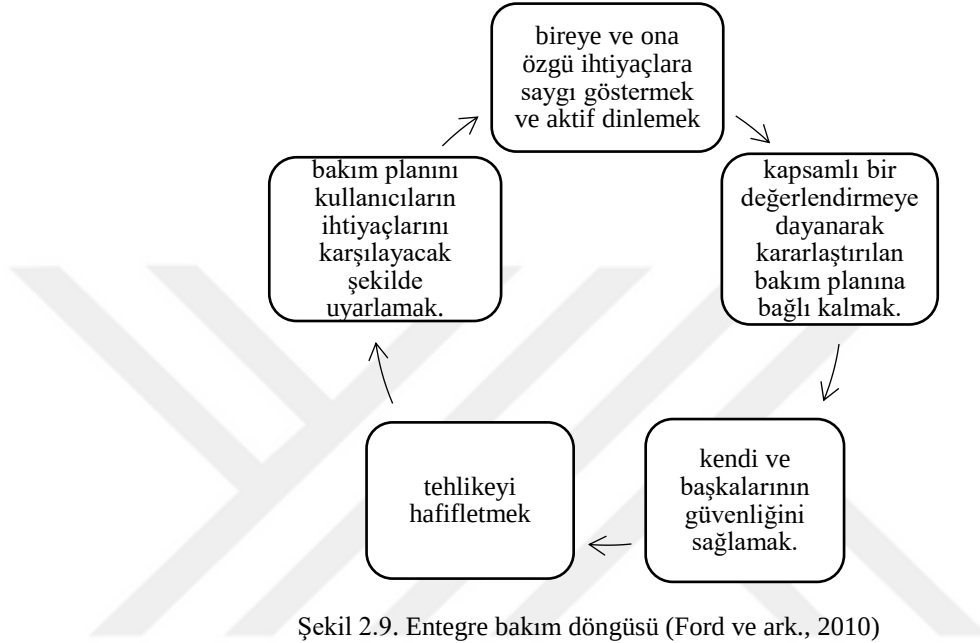
Aniden saldırganlaşan kişilere yönelik alınması gereken bu önlemlerin yanı sıra, saldırgan kişileri sakinleştirmenin 3 yolu vardır. Birincisinde saldırgan kişi ile konuşarak sakinleştirilmeye çalışılmaktadır. Sakin bir ses tonuyla konuşulmalı, kişi rahatlatılmalıdır. İkinci yol ise saldırgan kişinin güç kullanılarak etkisiz hale getirilmesidir. Eğer saldırgan kişi ile odada yalnızsanız güç kullanmaktan kaçınılmalıdır. Son seçenek ise antipsikotik veya sedative hipnotik ilaçlar gibi farmakolojik ajanların kullanılmasıdır (Annagür, 2010).

Tablo 2.8. Saldırganlık eğilimi olan hastalara yaklaşım (Annagür, 2010)

❖	Güvenlik personelinin hastanın üzerini aramasını ve silah varsa uzaklaştırması istemek.
❖	Güvenlik personelinin odanın içinde ya da kapının hemen önünde bekletin.
❖	Mümkünse 2 tane çıkış kapısı olan bir oda kullanın.
❖	Oda içerisinde saldırı amacı ile kullanılabilecek araç ve gereç bulundurmayın.
❖	Eğer hasta boğazınızı sıkarsa karotidleri korumak için çeneyi kullanın.
❖	Eğer hasta sizi ısırırsa, eliniz ile burnunu sıkın, nefes alabilmek için ağzını açmak zorunda kalacaktır.
❖	Eğer elinde silah varsa, korktuğunuzu belli etmeyin.
❖	Mümkün olduğu kadar yumuşak ve alttan alarak yatıştırıcı konuşun. İnsani bir ilişki kurmaya çalışın.

Sağlık çalışanları muayene esnasında hastanın saldırganlığa eğilimi olup olmadığını fark edemeyebilir. Bu yüzden görüşme esnasında hastanın şiddet öyküsü alınmalıdır. Bunun için “Kızgın bir ruh halindeyken eşyalara zarar verdiğiniz oldu mu?”, “Birini fiziksel anlamda incitmekten hiç korktunuz mu?” veya “Alkol kullanıyor musunuz?” gibi sorular, hastaya rahatsız etmeyecek bir şekilde yöneltilebilir. Şiddeti önlemek için saldırgan kişi gözlem altına alınabilir ya da yoğunlaştırılmış bir tedavi sürecine gidilebilir (Dilbaz, 1999).

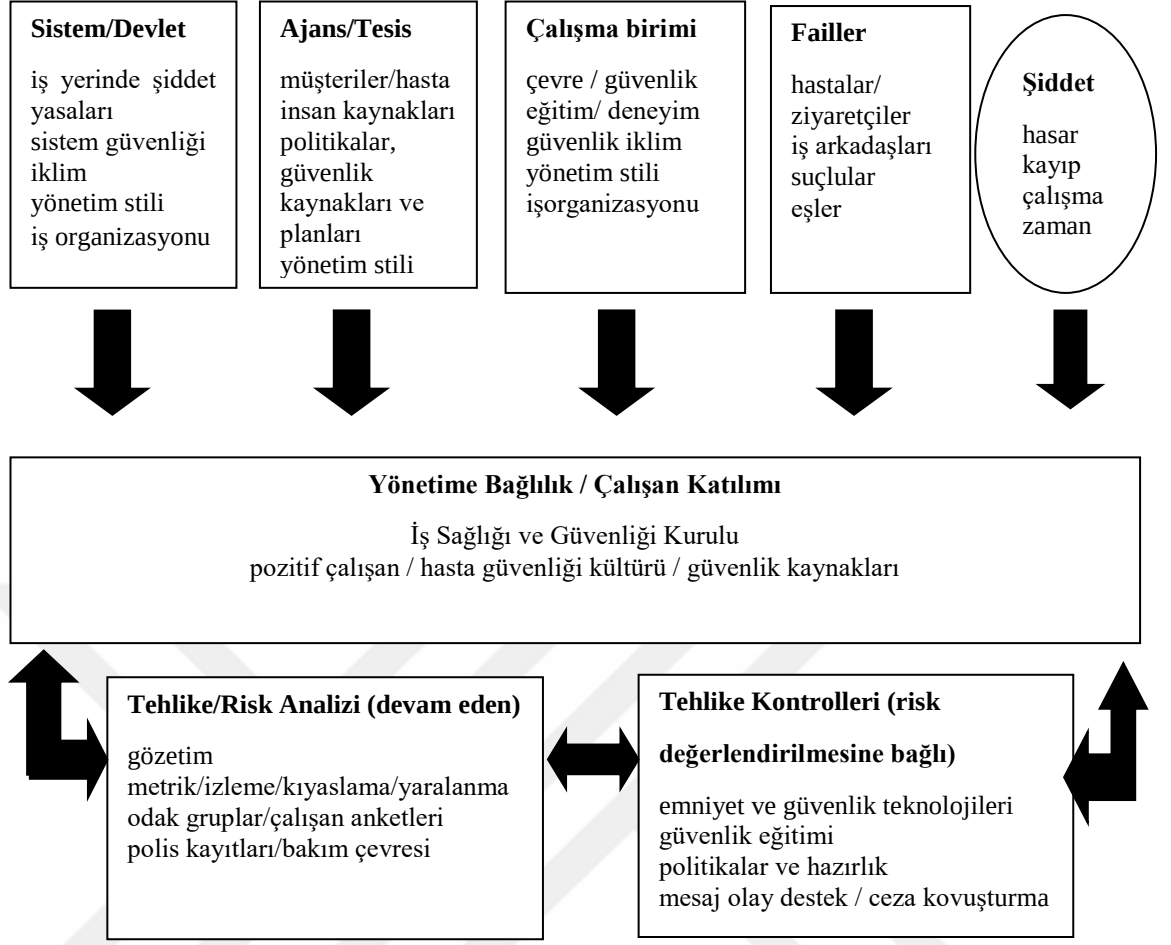
Profesyonel davranma, şiddeti önlemenin ve bakım sunulan insanların güvenliğini sağlamak için önemlidir, ancak bu karmaşık bir süreçtir ve gerginliklerin saldırganlığa veya şiddete dönüşmemesini sağlamak için bir dizi beceri ve anlayışa ihtiyaç duyulmaktadır. Şiddeti ve saldırganlığı önleme ve azaltmaya yönelik müdahalelerin, bakımın diğer yönleriyle bütünleştirilmesi gereklidir (Ford ve ark., 2010). Entegre Bakım Döngüsü aşağıdaki gibidir.



Şekil 2.9. Entegre bakım döngüsü (Ford ve ark., 2010)

Hastalık Kontrol Merkezi, şiddetin önlenmesini 3 seviyede ele almıştır. Bunlar: Birincil önleme: Şiddeti ortaya çıkmadan önce önlemek için alınan önlemlerdir. Organizasyon, topluluk, çalışan ekibi, hasta/ziyaretçi ve bireysel düzeyde eylemler gereklidir. İkincil önleme: Şiddete maruz kalma riskinin yüksek olduğu kişilere yönelik alınan önlemlerdir. Şiddeti önlemek için proaktif müdahalenin planlanmasını teşvik etmeyi amaçlar. Üçüncül önleme: İlgili taraflara fiziksel ve psikolojik zarar olasılığını önlemek veya azaltmak için şiddet meydana geldiğinde ve sona erdikten sonra yapılan eylemlerdir. Bu planın bir kısmı iyi tasarlanmış bir müdahale ekibini içermektedir. Nihai unsur olayın gözden geçirilmesidir, tesis müdahalesini içerir ve olaydan etkilenenlerin bakımının takibi temel alınmaktadır (Speegle Clark, 2013).

McPhaul ve arkadaşları (2013), tarafından iş yerinde şiddeti önlemek için genel bir çerçeve oluşturulmuştur.



Şekil 2.10. İş yerinde şiddet önleme çerçevesi (McPhaul ve ark., 2013)

Bu çerçeve, iş yerinde şiddete neden olan faktörleri ve şiddetin önlenmesi için planlı stratejilerin dinamik etkileşimi ortaya koymaktadır. Kare kutularla gösterilen birbiriyle ilişkili dört seviye, hükümet politikalarının ve toplumsal sorunların (örn. ruh sağlığına erişim) kurumları, sağlık sistemlerini, tıp merkezlerini ve hastaneleri ve sonuçta hasta bakımının verildiği çalışma birimini etkilediğini göstermektedir. Politika veya “sistem” düzeyinde bazı devletler, hastaneleri program geliştirmeye zorlayacak iş yerinde şiddet önleme yasalarına sahiptir. Bazı iş yerlerinde şiddet önleme stratejilerini engelleyen düzenlemeler de olabilir. Örneğin, bazı tesisler bakımı sonlandırmayı veya yönetilemeyen hastaları taburcu etmeyi seçebilir (McPhaul ve ark., 2013).

Bakım veren çalışma ortamının kendisi, birbiriyle ilişkili birçok bileşeni içermektedir. Bunlara personelin şiddet içeren durumlarla başa çıkma deneyimi ve eğitimi, personel sayıları, fazla mesai seviyeleri, genel güvenlik iklimi örnekler verilebilir. Bakım veren çalışma ortamı karmaşık ve dinamik bir ortamdır, bu da tek

bir risk faktörünü veya tek bir tehlikeli durumu izole etmeyi zorlaştırmaktadır (McPhaul ve ark., 2013). AFSCME'nin şiddeti önlemek için önerileri ise Tablo 2.9'da yer almaktadır.

Tablo 2.9. Şiddeti önlemek için öneriler (AFSCME, 2006)

❖	Şiddet potansiyeli yüksek olan hastaların daha uygun tesislere aktarılması,
❖	Çalışanların parmak izlerini doğrulayarak açılan veya anahtar kartla erişilen kilitler kullanılması,
❖	Kurumu yeniden düzenleyerek daha iyi kaçış yolları oluşturulması,
❖	Kullanılmadığı zaman tıbbi aletleri veya diğer kesici aletlerin kilitlenmesi,
❖	Güvenlik kameralarını (kapalı devre TV) çalıştıklarını gösteren bir işaretle kurulması,
❖	Özellikle akşam ve sabahın erken saatlerinde güvenlik devriyelerinin artırılması,
❖	Kurum içinde ve etrafında yeterli aydınlatma ve güvenlik sağlanması,
❖	Çalışanlara kendini savunma, kaçış yolları konusunda eğitim verilmesi,
❖	Sırada veya bekleme odalarında bekleyen kişilere zamanında bilgi verilmesi,
❖	Bekleme süresini azaltmak için önlemler alınmalı,

Sağlıkta şiddeti önlemek için alınması gereken önlemler 3 başlıkta toplanabilir. Bunlar: Çevresel düzenlemeler, idari kontroller ve bakım ilkeleridir. Çevresel düzenlemeler: Hastanelerde, alarm ve kamera sistemi kurulmalıdır. Sağlık çalışanlarına tehlike anında kaçabilmesi için acil çıkış kapıları sağlanmalıdır. Servisler kurşun geçirmez, hasta kabul bölümleri de kırılmaz cam şeklinde tasarlanmalıdır. Yeterli aydınlatma sağlanmalı ve otoparklar da dâhil olmak üzere güvenlik önlemleri alınmalıdır. İdari kontroller: Hastanelerde, şiddete maruz kalındığı anda güvenlik personellerinin haberdar edilmesini sağlayan sistemler kullanılmalıdır. Hasta ve ziyaretçilerin, kartlı kontrol sistemleri sayesinde hastanelerde özgürce dolaşmasını kısıtlanmalıdır. Hasta ve yakınlarının hastanelerde daha az bekletecek düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık çalışanları odalarında yalnız bırakılmamalıdır. Bakım ilkeleri: Sağlık hizmetleri sakın bir ortamda sunulmalıdır. Hastalar ve hekimler saldırgan davranışlardan kaçınmalıdır. Hekimler, hastaların saldırganlık potansiyeline karşı kendilerini korumalıdır (Şenyurt, 2008).

2.2. Defansif Tıp

2.2.1. Defansif Tıp Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Defansif (defensive) “savunma, korunma” gibi anlamlara gelmekte, defansif tıp ise “çekinik tıp, temkinli tıp, savunmacı tıp” olarak ifade edilmektedir (Dedeoğlu, 2012; Yeşiltaş, 2018). Son yıllarda dikkat çekmeye başlayan defansif tıp, ilk kez

1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkmıştır. Araştırmalarda, hekimlerin yasal yükümlülüklerden kaçınmak amacıyla tıbben gerekli olmayan uygulamaları daha fazla gerçekleştirdikleri ya da tam tersi şeklinde riskli hastalardan veya tedavilerden kaçındıkları fark edilmiştir (Reva ve Polat, 2018).

Defansif tıp: Hekimin olası davalardan korunmak amacıyla tanı-tedavi protokollerini gerek olmadığı halde kullanma ve tıbbi uygulama hatası iddialarına neden olma olasılığına karşı yüksek riskli işlemlerden kaçınma davranışlarıdır (Duke, 1971).

En kısa tanımıyla defansif tıp: Yasal yükümlülük endişesiyle yapılması gereken tıbbi uygulamadan sapmalardır (Veldhuis, 1994; Kessler ve ark., 2005; Studdert ve ark., 2005; Sekhar ve Vyas, 2013). Defansif uygulamalar hastanın tedavi edilmesinden ziyade hasta tarafından açılacak davalardan korunmak için yapılan tanısal test, tedavi ve yöntem uygulamalarını ifade etmektedir (Summerton, 1995; 2000; Anderson, 1999; Hermer, 2010).

Hekimler, defansif uygulamalar sayesinde riskleri ortadan kaldırmakta ve kendilerini korumaktadırlar. Hekimleri defansa iten en önemli neden tıbbi malpraktis kaynaklı davalardır. Dünya Tabipler Birliği malpraktisi: *“Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar”* şeklinde tanımlamaktadır. Tıbbi standartlara uyulmasına rağmen meydana gelebileceği tıp literatüründe kabul edilmiş ve alınan tüm tedbirlere rağmen ortaya çıkan zararlar “komplikasyon” olarak ifade edilmektedir. Komplikasyon ve malpraktis ayrımının doğru yapılması önem taşımaktadır (Toraman ve Çarıkçı, 2019).

Defansif tıp, hekimlerin bazı nedenlerden (şiddete maruz kalma, şikâyet edilme, cezai veya hukuki sorumluluğa maruz kalma endişesi) dolayı kendisini hastalardan, davalardan ve yönetimden korumaya çalışmasıdır. Defansif tıp uygulamaları iki grupta toplanmaktadır. “Güvence davranışı” olarak da adlandırılan pozitif defansif tıp uygulamaları: hastalardan gelen malpraktis davalarını önlemek veya hizmet standartlarına uygun davrandığına yasal sistemi inandırmak için tıbbi değeri olmayan hizmetlerin uygulanmasıdır. “Kaçınma davranışı” olarak da adlandırılan negatif defansif tıp uygulamaları ise: hekimlerin yasal riskler sebebiyle riskli hastalardan, prosedürlerden uzak durma çabalarıdır (US Congress, 1994; Yeşiltaş, 2018).

Kısaca pozitif defansif tıp hekimlerin gereksiz test-tedavi ya da prosedürleri uygulamasıdır. Negatif defansif tıp ise yüksek riske sahip prosedürlerden ya da hastalardan kaçınmasıdır. Yapılan bu grupta pozitif defansif tıp uygulamalarının iyi, negatif defansif tıp uygulamalarının ise kötü uygulamalar olduğu anlamına gelmemektedir. Pozitif defansif tıp daha çok girişim daha çok müdahale anlamına gelmekte, negatif defansif tıp ise kaçınma davranışıdır. İncelenen makalelerin birçoğunda, yasal risklere yanıt olarak hekimler tarafından uygulanan defansif uygulamaların, hasta sağlığı ve güvenliğini tehlikeye atan, hasta merkezli bakım ilkelerini ihlal etme anlamında “kötü” örnek oluşturan uygulamalar olduğu ifade edilmektedir.

Defansif tıp uygulamalarının çoğunluğu, esasında hasta haklarına aykırı, tıp etiğine aykırı ve sonucuna göre yasal sorumluluk doğurucu uygulamalardır (Polat, 2005). Hekimler sadece kendilerini tıbbi malpraktis davalarına karşı korumak amacıyla defansif tıba başvursalar bile, defansif tıp başlı başına tıbbi malpraktis sayılabilecek bir konudur. Çünkü hastaya standart tedavi planı uygulanmamış ve tıp biliminin gereklerinin dışına çıkılarak zaten tıbbi malpraktis yapılmıştır. Kısacası, hekim tıbbi malpraktis sorumluluğundan kaçmak isterken aslında başka bir tıbbi malpraktis yapmaktadır (Reva ve Polat, 2018).

Tıp etiğinin temel prensipleri olan “önce zarar verme” ve “yararlılık” ilkeleri ile defansif tıp çelişmektedir. Bu bakımdan etik açıdan yanlış olması ve hatta kimi zaman hastada yaşamsal tehlike yaratması defansif tıbbin en önemli sorunudur (Reva ve Polat, 2018). Var olduğunu itiraf etmek zor ve rahatsız edici olsa da, defansif tıp bir gerçektir. Çok sayıda ve karmaşık etik meseleleri gündeme getirmektedir ve sağlık politikalarının amacı bu fenomeni azaltmak olmalıdır.

Tarihsel Gelişim

Hastalıkların tedavisi esnasında iyileşmeler olduğu gibi kötüleşme ihtimali de hastalıkların doğasında bulunmaktadır. Bu sebeple medikal tedaviler yüksek risklidir. Son yıllarda tıp alanında yaşanan teknolojik gelişmeler, bu risklerin daha da artmasına neden olmuştur (Aydaş, 2014). Toplumsal, hukuki ve medya baskılarının yanında artan malpraktis iddiaları sebebiyle de hekimlik mesleği giderek endişe verici bir hal almıştır. Bu durumun, 1970’li yıllarda ilk olarak ABD’de ve sonrasında diğer

ülkelerde fark edilmesi, defansif tıp kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Aynacı, 2008).

Yirminci yüzyıl ve özellikle II. Dünya Savaşı'nın etkileri; teknolojik, siyasal ve düşünsel açıdan birçok değişikliği de beraberinde getirmiştir. Tıp ve tıbbi teknolojilerin ilerlemesi, ileri seviyede uzmanlaşma ihtiyacını doğurmuştur. Bir yandan da insan hakları ve özgürlükleri konusunda önemli ilerlemeler yaşanmıştır. Bu ilerlemeler, öznesi insan ve insan hayatı olan tıp alanını da etkisi altına almıştır. Böylece tıp bilimi alanında hizmet verenler sorgulanmaya başlanmıştır (Yılmaz, 2014).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara ücretsiz bir şekilde sunulmuştur. Bu uygulama 1960'lı yıllara kadar devam etmiş fakat 1960'lı yıllar itibariyle sağlık sisteminde çeşitli aksaklıklar yaşanmaya başlanmıştır (Yılmaz, 2014). Sağlık sistemi ile ilgili memnuniyetsizlikler ve sağlık harcamaları artmış, sınırlı olan sağlık kaynaklarının verimli kullanılmadığı, bazı değişikliklerin gerekli olduğu yönünde düşünceler ortaya atılmıştır (Aynacı, 2008).

1970'li yıllara gelindiğinde Amerika Birleşik Devletleri Sağlık, Eğitim ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı tarafından şirketlere yapılan yüksek ödemelerin nedenlerini araştıran bir ekip, Senatör Abraham Ribicoff'a sunulmak üzere bir rapor hazırlamışlardır. Bu raporda malpraktisin neden olduğu yüksek maliyetlerden söz edilmiştir. Senatörün kurduğu komite tarafından, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması ve malpraktisin azaltılması amacıyla bir çalışma yapılmış ve sonucunda sigorta şirketlerinin kurulması yönünde bir karar çıkmıştır. Amerikan Hekimler Birliği, özel bir sigorta şirketi ile anlaşma yapmış ve hekimler, inceleme ekibi tarafından hatalı bulunmadıkları süre zarfında sigortalı sayılmışlardır. Bulunan bu çözüme rağmen malpraktis dava sayıları artmaya devam etmiştir (Demir, 2019).

Malpraktis davalarında yüksek tazminat miktarları hükmedilmiştir. Yüksek tazminat miktarlarının varlığı ve hekimler aleyhine açılan davaların çokluğu, sigorta şirketlerinin mesleki sorumluluk sigortası primlerini arttırmasına neden olmuştur (Yılmaz, 2014). ABD Sağlık, Eğitim ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı (US Department of Health, Education and Welfare) tıbbi ve hastane malpraktis sorumluluk sigortası maliyetinin “hızla arttığını” bildirmiştir. Genel cerrahlar tarafından ödenen

primler %950, diğerk doktor primleri %541 ve hastaneler tarafından ödenen primler %263, diğ doktorlarının primlerinde %115 oranında artışlar olmuştur. Raporda, hekimlerin dava edilmekten duydukları yüksek korkunun, kendilerini korumak amacıyla hastaları sağlık kaynaklarından aşırı faydalanmaya zorladığı sonucuna da varılmıştır (Curran, 1973). Yüksek sigorta primlerinden kaçmak isteyen hekimler, hata yapmamak zorunda bırakılmışlardır. Hekimlerin kendilerini koruma kaygısı onları, defansif uygulamalara yöneltmiştir (Demir, 2019).

1973 yılında dünyadaki diğerk hasta hakları içerikli metinlere örnek teşkil eden “*Amerikan Hasta Hakları Bildirgesi*” Amerikan Hastaneler Birliği tarafından ilan edilmiştir. Aynı yıllarda malpraktis kaynaklı dava sayısında artış görölmüştür. 1960’lı yıllarda her 100 hekimden 1’i malpraktis davasına maruz kalırken, bu rakam 1970’lerde 13 olmuş, bu sayı 1980’lerde 17’ye yükselmiştir (Yılmaz, 2014). Tıbbi uygulama hatası davalarının sayısı 1965 ve 1970 arasında %300 artmıştır. Jüri kararları ve mahkeme dışı yerleşimler, davacılara milyonlarca dolarlık ödemeler yapılmasına karar vermiştir. Geçmişte dava açılma deneyimi ve gelecekte dava açılma korkusu, hekimlere daha fazla test siparişi vermeleri için güçlü bir motivasyon kaynağı olmuştur. Daha fazla sipariş verme motivasyonları, halkın tarama, küçük semptomlar ve tüm tıbbi hastalık çeşitleri için radyolojik ve radyolojik olmayan testler talep etme konusundaki doyumsuz iştahı ile daha da güçlenmiştir. Sorumluluk tehdidi, hemen hemen tüm hekimlerin günlük uygulamalarını güçlü bir şekilde etkilemiştir (Hershey, 1972).

Medyada yer alan ödölü andıran “milyon dolarlık davalar” çoğu kişiyi malpraktis sebebiyle dava açmaya yöneltmektedir (Selçuk, 2015). Amerika Birleşik Devletleri’nde Houston ve Texas’ta 1980’li yıllarda tarihin en yüksek tazminat miktarları hükmedilmiştir. Bir davada 52.000.000\$ ve diğerk bir davada 54.000.000\$’lık tazminatlara hükmedilmiştir. Medya aracılığıyla toplumun geneli bu davalardan haberdar olmuş ve yüksek tazminat miktarları, dava açılma konusunda hastaları motive edici bir unsur haline gelmiştir (Yılmaz, 2014). Davalık olma endişesi defansif tıbbın en önemli sebebidir. Bazı yazarlar, sadece hekimlerin değil aynı zamanda sağlık kurumlarının da defansif uygulamalara başvurabileceğini belirterek; defansif tıp uygulamalarını hekim ya da sağlık kurumlarının suçlanmamak için tıbbi uygulamaları kısıtlaması veya gereksiz kullanılması olarak tanımlamaktadırlar (Selçuk, 2015).

Defansif tıbbı verilen en bilindik örnek artan sezaryen doğumlardır. Tıbbi malpraktis sigorta primleri ile sezaryen doğum oranlarının artması arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çok çalışma yapılmıştır (Rock, 1988; Localio ve ark., 1993; Dubay ve ark., 1999; Baicker ve Chandra, 2005; Yang ve ark., 2009). Normal doğum esnasında oluşabilecek travma, atoni, hipoksi gibi komplikasyonlara veya malpraktise maruz kalmamak için, hekimler hasta için değil kendileri için daha az riskli olan yöntemleri tercih etmektedirler (Aydaş, 2014). ABD’de yapılan çalışmada defansif tıp uygulamalarının %79 ila %93 oranlarında görüldüğü; defansif uygulamaların acil tıp hizmetlerinde, genel cerrahi, beyin cerrahi, kadın doğum gibi yüksek riskli uzmanlık dallarında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Frakes, 2012).

Defansif tıp ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, yaygınlığı konusunda kesin ve güvenilir veriler elde etmek zordur. Defansif uygulamalar; tedaviyi destekleyebilir (ek tahlil, tedavi gibi), tedavinin yerine geçebilir (başka bir hekime ya da hastaneye sevk etme gibi) ya da tedaviyi azaltabilir (riskli hastalardan kaçınma gibi) şeklinde karşımıza çıkabilir. Defansif uygulamalar sağlık hizmetlerinin kalitesini azaltabilir ya da artırabilir. “*Defansif tıp iyi tıptır, bazı uygulamalar hastalar için son derece faydalıdır*” diyenler bulunduğu gibi “*defansif tıp kötü tıptır, zarar verici fenomendir, hekimlerin potansiyel eleştirilere maruziyetini azaltır fakat aynı zamanda hastayı gereksiz işlemlerin riski altında bırakır*” diyenlerde bulunmaktadır. Çalışmalardan çıkan sonuçlardan hareketle; defansif tıp uygulamaları klinikten kliniğe, uzmanlıktan uzmanlığa, birinci basamak tedavi kuruluşlarının sunmuş olduğu sağlık hizmetleri ve hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetleri arasında farklılık göstermektedir (Aynacı, 2008).

Günümüzde sigorta şirketleri ve sağlık hizmet kullanıcıları, tıbbi hata konusunda daha çok bilgi sahibidir, aldıkları sağlık hizmetlerini değerlendirebilmektedirler (Yorulmaz ve Sabırlı, 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, tıbbi hata iddialarında geçmişten günümüze artışlar olduğu görülmektedir. Yüksek Sağlık Şurası’na yapılan başvurulara göre Türkiye’de her 30 hekimden biri yasal şikâyetle maruz kalmaktadır. ABD’de ise bu oran 1/12’dir (Özer ve ark., 2015). Tüm bunlar hekimlerin hastalara yönelik tutum ve davranışlarında değişikliğe neden olmuş; “önce zarar verme” ilkesi yerine “önce kendine zarar verme” veya “önce kendini koru” ilkesi benimsenir hale gelmiştir (Barlıoğlu, 2018).

Tıbbi hata sebebiyle açılan davaların %83'ünde hekimleri ihmalkârlık ile suçlayacak hiçbir kanıt yoktur (Virapongse ve ark., 2008). Aynı şekilde ülkemizde 2002-2014 yıllarına kapsayan 12 yıllık süreçte tıbbi hata sebebiyle 4.470 tane dava açılmıştır. Bu davaların %79'unda hekimler kusursuz bulunurken, %21'nde kusurlu oldukları tespit edilmiştir (Yıldırım, 2015).

Jena ve arkadaşları (2011), hekimlerin yaklaşık %8'inin belirli bir yıl içinde bir yanlış uygulama iddiasıyla karşılaşacağını tahmin etmektedir. Hekimlerin %75'inden fazlasının, 65 yaşına geldiklerinde, kariyerleri boyunca en az bir kez yanlış uygulama iddiasıyla karşılaşmış olması beklenmektedir. Seabury ve arkadaşları (2013), bir hekimin yanlış uygulama iddiasıyla ilgili bir davanın çözülmesinde 40 yıllık kariyerinin 50,7 ayını yani neredeyse kariyerinin %11'ini harcamakta olduğunu belirtmişlerdir.

Özetle; hekimlerin usulsüz enstrümanlarla yargılanması, medyanın malpraktis davalarına yaklaşımı, malpraktis kaynaklı açılan davalarda ve tazminatlardaki artışlar, davaların uzun sürmesi, sigorta primlerindeki ani yükselişler sebebiyle sigorta şirketlerinin üzerlerine düşen mali yükü kaldırmakta zorlanması, hekimlerin çekingen davranmalarına neden olmaktadır (Kalaman, 2019).

2.2.2. Defansif Tıp Türleri

Defansif tıp, “**assurance behavior**” (güvence davranışı) ve “**avoidance behavior**” (kaçınma davranışı) olmak üzere iki çeşit olarak karşımıza çıkmaktadır. Güvence davranışları “**positive defensive medicine**” (pozitif defansif tıp), kaçınma davranışları ise “**negative defensive medicine**” (negatif defansif tıp) olarak ifade edilmektedir (Kumtepe, 2019).

Hekimin hukuki bir yaptırımla karşılaşmamak adına tıbben gerekli olmayan ilave tetkik, tahlil ve tedaviler yapmasına yönelik olan uygulamalar pozitif defansif tıp uygulamalarıdır. Diğerisi ise, hukuki yaptırımlarla karşılaşmamak için hastaya tıbben yapılması gereken müdahalelerden kaçınmasıyla ortaya çıkan negatif defansif tıp uygulamalarıdır (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015).

Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Assurance behavior (güvence davranışı) olarak da adlandırılan pozitif defansif tıp, hastaların malpraktis kaynaklı dava açmalarını önlemeye yönelik olarak ya da davaya maruz kaldığında kendini en iyi şekilde savunabilmek için tüm işlemleri

eksiksiz yaptığını ispatlamak adına tıbbi değeri bulunmayan ilave işlemlerin de yapılmasıdır (Barlıoğlu, 2018).

Pozitif uygulamalar ihmalkârlık iddialarından kaçınmak için sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımıdır. Studdert ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yüksek riskli branşlarda çalışan hekimlerle yapılan bir araştırmada, katılımcı hekimlerin %93'ünün defansif uygulamalara başvurdukları ve çoğunlukla pozitif uygulamalardan olan aşırı görüntüleme hizmetlerini kullandıkları bulunmuştur.

Pozitif defansif tıp uygulamaları:

- Hastaneye yatması gerekmeyen hastanın yatırılması.
- Gerekmeyen tahlillerin yapılması.
- Gerekmeyen görüntüleme incelemelerinin yapılması.
- Gerekmeyen ilaçların yazılması.
- Gerekmeyen konsültasyonların istenmesi.
- Sık ziyaret yapma.
- Gerekmeyen ameliyatların yapılması.
- Ayrıntılı kayıt tutma.
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetine aşırı özen gösterme.
- Hasta ve yakınlarını bilgilendirmeye aşırı özen gösterme.
- Aydınlatılmış onam belgelerine aşırı özen gösterme.
- Hastayla ilgili olumsuzlukları fazla ayrıntılı olarak tutanağa dökme (Selçuk, 2015).

Hekimler, hastaya standart prosedürlerin uygulandığını ispatlamaya çalışmakta, gelecekte yaşanabilecek herhangi bir davayı başlamadan sonlandırmaya çalışmaktadır. Hekimler, malpraktis davalarındaki artışlar sebebiyle her hastaya dava açabilir gözüyle bakmakta ve tedirginlik yaşamaktadırlar. Hekimleri defansif uygulamalara iten birincil sebebin dava açılma endişesi olduğu unutulmamalıdır (Aynacı, 2008). Örneğin, bir malpraktis davasında görevli olan bilirkişi tarafından alınan kararlarda hekimin ilaveten yapmış olduğu tetkik, tedavi, konsültasyonlara bakıldığında ilaveten yapılan işlemler dışında bunların tıbbi standartlara göre yapılıp yapılmadığı değerlendirildiğinden yani eksik kalan tıbbi hizmetleri dikkate aldığından, hekimler fazladan tıbbi hizmetlere yani pozitif defansif uygulamalara daha fazla yönelmektedirler (Aydaş, 2014).

Pozitif defansif tıp uygulamalar, duruma bağı olarak sağık hizmet kalitesini arttırabilir ya da azaltabilir (Tancredi ve Barondess, 1978; Passmore ve Leung, 2002). Bu uygulamaların teşhis ve tedavi güvenilirliğini sağılaması sebebiyle olumlu uygulamalar olduğı yönünde tartışmalar mevcuttur (Yılmaz, 2014). “Hastaya daha detaylı açıklamaların yapılması, tanı ve tedavi yöntemlerinin tüm aşamalarda denetlenmesi, hasta memnuniyeti faaliyetlerinin geliştirilmesi ve daha detaylı hasta kayıtlarının tutulması gibi pozitif defansif tıp uygulamalarından bazıları sağık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktadır” (Gündoğmuş ve ark., 1997).

Ekstra yapılan test ve tedaviler bazı yararlar sağılasa bile sonuçları hastanın ve hastalığın durumuna ve zamana göre değışkenlik gösterebilmekte, beklenmeyen risklerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Aydaş, 2014). Özellikle ekstra yapılan tetkik ve tedavilerin hastanın sağılığına zarar verme ihtimali vardır. Örneğin, ihtiyaç olmadığı halde radyolojik tetkik yapıldığında hasta radyasyona maruz kalmış olacaktır. Hasta o an olmasa bile sonraki zamanda zarar görmesi söz konusu olabilecektir (Barlıoğlu, 2018). 2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde 72.000.000 bilgisayarlı tomografi çekildiğı ve bunun ilerleyen zamanlarda yaklaşık olarak 32.000 ekstra kanser vakasına neden olabileceğı belirtilmiştir. Ayrıca hekimlerin ya bu tehlikeyi fark etmedikleri ya da pek umursamadıkları belirtilmiştir (Yılmaz ve ark., 2014). Öte yandan bu uygulamalar aşırıya kaçırılmadan gerçekleştirildiğinde, teşhis aşamasında gözden kaçabilecek bulguları sıfıra indirebileceğı ifade edilmektedir (Yılmaz, 2012).

Pozitif defansif uygulamaların en önemli negatif getirisi oluşın mali külfetlerdir. Sınırlı sayıdaki kaynakların boşa harcanmasına neden olmakta ve sağık bakım maliyetlerini arttırmaktadır (Özçetin ve Balaban 2015). Sağık hizmetleri oldukça pahalı uygulamalar ve teknolojiler üzerine kuruludur. Bu sebeple ekstra yapılan her işlem daha fazla maliyete neden olmaktadır. Diğeri bir olumsuz getirisi ise hasta ve sağık çalışanlarının bu davranışlar sebebiyle gereksiz yere zaman kaybetmesidir. Hasta, bu ekstra işlemleri gerçekleştirmek için hastanede belirli bir zaman harcamakta, tedavisi gecikmekte, bu işlemleri yapan sağık çalışanları da gereksiz yere mesai harcamaktadır (Yılmaz, 2014).

Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Avoidance behavior (kaçınma davranışı) olarak da adlandırılan negatif defansif tıp uygulamaları, hekimin malpraktis yapma ve dava edilme korkusu nedeniyle yöneldiği davranışlardır (Kalaman, 2019). Negatif defansif tıp uygulamalarında hekim; yüksek riskli hastalardan, agresif hastalardan, dava etme ihtimali bulunan hastalardan kaçınmaktadır.

Negatif defansif tıp: Hekimin, hasta için beklenen marjinal faydaların beklenen marjinal maliyetlerden daha ağır basan hizmetleri sunmayı reddetmesiyle ortaya çıkar. Örneğin, yasal sorumluluk nedeniyle belirli hizmetleri bırakan veya sorumluluğu azaltmak için belirli hastaları görmeyi reddeden doktorlar bu tür savunma tıbbını uygulamaktadırlar (Kessler ve ark., 2005).

Son yıllarda hekimler, daha çok negatif defansif tıba yönelmekte ve hastaya dokunmaktan çekinmektedirler. Eskiden yapılabilen ameliyatlar artık eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerinde yapılabilmektedir. Periferde görevli hekimler ufak ameliyatlar yapmakta veya dahili branşlar gibi çalışmaktadırlar (Yeşiltaş ve Erdem, 2019).

Negatif defansif tıp uygulamaları:

- Riskli hastalardan kaçınma.
- Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma.
- Riskli inceleme yöntemlerinden kaçınma.
- Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma.
- Riskli hastaları başka yere sevk etme.
- Riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkutup kaçırma.
- Riskli hastaları başka sağlık kurumlarını överek kaçırma.
- Girişimlerden önce olası bir olumsuzlukta hasta ve yakınlarının tepkilerinden korunmak için girişimlerin riskini abartma (Selçuk, 2015).

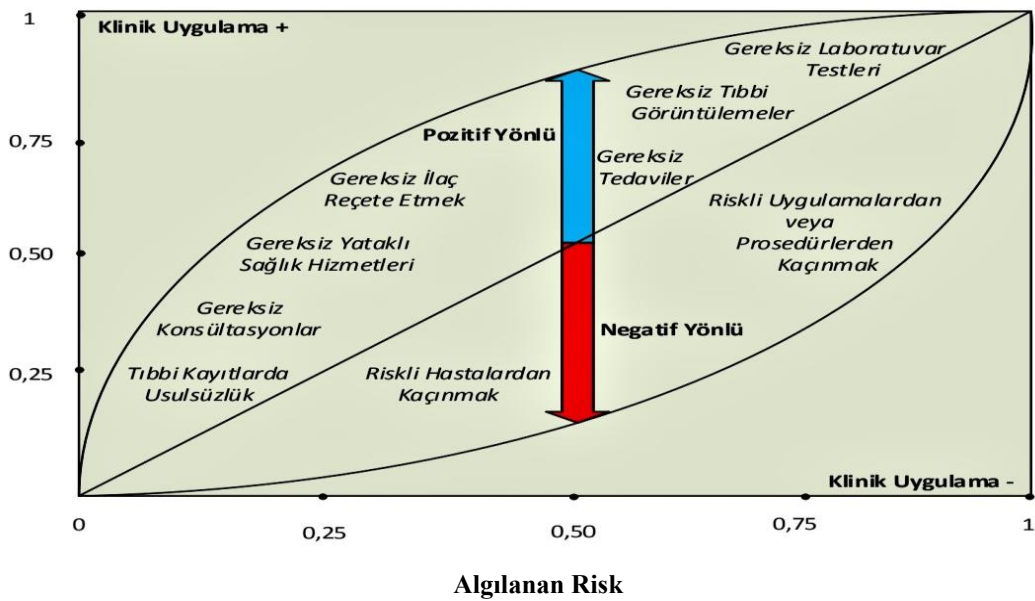
Bu uygulamalar, sağlık kurumlarının ilk veya son basamak olmasına, teknik olanaklarına ve hekimden hekime değişebilmektedir. Bir sağlık kurumunun veya hekimin olanakları o hastanın tedavisi için yeterli değil ise sevk etmek tıbbın gereğidir ve doğru, etik bir davranıştır. Fakat olanakları yeterli olduğu halde, risklerden korunmak amacıyla hastayı sevk etmesi, zaman kaybı yaşanmasına ve sevk esnasında

hastanın zarar görmesine neden olan negatif uygulamalar ise etik olmamakla birlikte, hukuka da aykırıdır (Selçuk, 2015).

Negatif defansif tıp uygulamaları, hekimin hasta için gerekli olan tanı ve tedavi uygulamalardan kaçınmasına ve bunun sonucunda normal riskten farklı sonuçlara neden olmasından dolayı malpraktis davalarına maruz kalmasını da ifade etmektedir. Bu sebeple negatif uygulamalar malpraktis davalarının ivme kazanmasına neden olabilmektedir (Aynacı, 2008).

Negatif defansif tıp uygulayan hekimler çoğunlukla, en çok malpraktis iddiasına maruz kalan uzmanlık dallarına mensup hekimlerdir. ABD’de kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının normal doğumlardan kaçındıkları, travma kliniklerine kafa travmasıyla gelen hastaların alınmadığı ve hatta bu gibi servislerin kapatıldığı, bazı hastanelerde pediatrik hizmetlerin azaltıldığı belirtilmekte ve negatif defansif uygulamalar sağlık hizmet sunumunu da olumsuz yönde etkilemektedir (Yılmaz ve ark., 2014).

Defansif tıp uygulamaları ve sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişki aşağıdaki şekilde sunulmuştur. Şekildeki pozitif yönlü çizgi hekimler tarafından algılanan risklere karşılık olarak alınması gereken optimal klinik uygulama düzeyini ifade etmekte; eğrisel çizgiler ise bu optimal klinik uygulamalardan sapma düzeyini ve yönünü ifade etmektedir.



Şekil 2.11. Defansif tıp yaklaşımının klinik kararlar üzerine etkisi (Sungur, 2019)

Klinik risk düzeyi artıkça, genellikle klinik uygulamalarda artmakta; klinik risk düzeyi azaldıkça klinik uygulamalarda azalmaktadır. Özellikle klinik risk ve endişelerin yüksek olduğu durumlarda (acil müdahaleler haricinde) hekimler daha çok defansif davranış sergilenmekte, daha çok tahlil, tetkik, tıbbi müdahaleye yönelebilmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin kullanımını optimal düzeyden yukarı taşımakta, hastanın ihtiyaç duymadığı, gereğinden fazla hizmeti ona sunmaktadır. Fakat bazen bunun tam tersini yapan hekimler olabilmektedir. Klinik risk düzeyinin artması sonucunda verilmesi gereken optimal tedavinin altına inilmekte yani hekim, hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık bakım hizmetini sunmamaktadır (Sungur, 2019).

2.2.3. Dünyada Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı

Defansif tıp uygulamalarına yönelik yapılan çalışmalar, 1970’li yıllar itibariyle başlamış ve genellikle malpraktis davalarının hekim davranışları üzerindeki etkilerinin araştırılması, çalışmaların çıkış noktası olmuştur (Barlıoğlu, 2018). Hekimlerle yapılan çalışmalar sonucunda, defansif tıp uygulamalarının yoğun olarak kullanıldığı ortaya çıkmıştır. Defansif uygulamalar yapılmaktadır, uygulayan hekimlerde bunu kabul etmektedir. Hekimlerin çoğu, arzulanan sonuçlar karşısında ihmal iddialarına karşılık olarak rutin bir şekilde defansif uygulamalara başvurumaktadırlar (Kumtepe, 2019).

Son otuz yıl içinde yapılan çalışmalar, defansif tıp uygulamalarına başvuran hekimlerin %21 ila %98 arasında olduğuna dair bilgiler vermektedir. Geniş tahmin yelpazesi, uzmanlık alanlarındaki farklılıklar ve anket sorularındaki farklılıklar dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır (Thomas ve ark., 2010).

Defansif tıbbın varlığı konusunda birçok araştırma olmasına karşın aşağıdaki çalışmalar ilk araştırmalar olarak karşımıza çıkmaktadır: “Duke University Law Journal tarafından 1970 yılında yapılan ve 1971 yılında yayınlanan ‘The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine’ isimli çalışma bu konudaki ilk çalışmalardandır. Yine aynı yıl içinde ‘The 1970 Professional Liability Survey’ araştırmasında malpraktis tehdidinin tıbbi uygulamalara karar verme aşamasında etkili olup olmadığı araştırılmıştır. 1972 yılında Pennsylvania Üniversitesi tarafından da defansif tıp uygulamalarının genişliğini test etmek amacıyla araştırma yapılmıştır. Birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilen her üç araştırmada da defansif tıbbın var olduğu ve dava edilme korkusunun hekimleri tıbbi uygulamalara karar verme

aşamasında etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Aynacı, 2008). Dolaylı yoldan defansif tıp uygulamalarını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Bunlar ise aşağıdaki gibidir:

Tablo 2.10. Defansif tıp ile ilgili çalışmalar

Yazar	Konu	Çıktılar	Yer	Bulgular
Rock 1988	Malpraktis primleri	Sezaryen	New York Illinois	New York ve Illinois'teki sigorta şirketlerinin primlerindeki farklılıklar ile sezaryen doğum oranlarındaki farklılıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.
Localio 1993	Malpraktis primleri	Sezaryen	New York	Malpraktis primleri ve sezaryen oranları arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir.
Baldwin 1995	Malpraktis iddiaları	Obstetrik ultrason kullanımı Sezaryen	Washington	Sonuç ölçütlerinin hiçbirisi için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.
Kessler, McClellan 1996	Tort Reformları	Ciddi kalp rahatsızlığı	United States	Doğrudan haksız fiil reformlarının tıbbi harcamaları % 5-9 oranında azalttığını, ancak hayatta kalma veya AMI veya kalp yetmezliği için daha sonraki hastaneye yatışlar üzerinde hiçbir etki bulamadıklarını keşfetti.
Tussing 1997	Malpraktis davaları	EFM kullanımı Fetal sıkıntı Sezaryen	New York	Malpraktis maruziyeti sonuçların her biri ile ilişkilidir.
Dubay 1999	Malpraktis primleri Tort Reformları	Sezaryen Apgar skoru	United States	- Primlerdeki artışın sezaryenlerde artışla sonuçlandığını ancak doğum sonuçlarında bir iyileşme olmadığını bildirdiler (Apgar skorları). - Haksız fiil reformlarının malpraktis primleri üzerindeki etkisini tahmin ettiler ve bir hasar sınırının yıllık primlerde % 58'lik bir azalmaya yol açtığını ve bunun sezaryenlerde % 0,48'lik bir azalmaya neden olacağını tahmin ettiler
Grant ve McInnes 2004	Malpraktis iddiaları	Sezaryen	Florida	Yüksek ödeme talepleri yaşayan hekimler sezaryen oranlarını % 1 artırdı.
Kim 2007	Malpraktis iddiaları	Sezaryen	United States	Sezaryen oranları, yanlış uygulama riskine duyarlıdır.
Sloan ve Shadle 2009	Tort Reformları	Ciddi kalp hastalığı (Medicare ödemeleri, hayatta kalma olasılığı)	United States	Genel sonuç, haksız fiil reformlarının tıbbi kararları önemli ölçüde etkilemediği veya hasta sonuçları üzerinde sistematik bir etkiye sahip olmadığıdır.

ABD’de 1214 ortopedi cerrahı ile yapılan çalışmada cerrahların %96’sı olası yanlış uygulama sorumluluğundan kaçınmak için defansif tıp uyguladıklarını ve yaptıkları testlerin %24’ünün defans amaçlı olduğunu ifade etmiştir. Cerrahların %52,3’ü yüksek riskli hasta sayısını azalttığını bildirirken, %62,7’si ise yaptıkları yüksek riskli prosedürlerin sayısını azalttığını veya ortadan kaldırdığını bildirmiştir. Ayrıca katılımcı başına defansif tıbbın ortalama maliyetini hesaplamak için ulusal Medicare ödeme bilgileri kullanılmış ve yılda yaklaşık 100.000 dolar olduğu tespit edilmiştir. ABD’de bulunan 20.400 ortopedi cerrahı göze alındığında ortopedi cerrahi uzmanlığı için defansif tıbbın ulusal maliyetinin yıllık 2 milyar olduğu hesaplanmıştır (Sethi ve ark., 2012).

Baicker ve arkadaşları (2007), yaşlıların bakımına odaklanmıştır. 1993-2001 arasındaki dönem için yapılan bir eyalet kesit zaman serisi çalışmasında; yüksek tıbbi malpraktis ödemeleri ve primlerinin, daha yüksek tıbbi harcamalarla ilişkili olduğunu, ancak toplam mortalite oranlarında değişiklik olmadığını bildirmişlerdir. Daha spesifik olarak bir eyalette hekim başına malpraktis ödemelerindeki ortalama %10’luk bir artışın, Medicare harcamalarındaki %1’lik bir artış ve görüntüleme hizmetlerinde %2,2’lik bir artış ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

2009 yılında Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji’nin Mesleki Sorumluluk Araştırması’na katılanların %90,5’i kariyerleri boyunca en az bir mesleki sorumluluk iddiasına maruz kaldıklarını bildirmiştir. Kadın doğum uzmanlarının primlerindeki artışların ve dava potansiyellerinin diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlere göre fazla olması sebebiyle, daha savunmacı tepki vermeleri beklenmektedir. Ayrıca katılımcıların %30,2’si bakımlarındaki yüksek riskli obstetrik hasta sayısını azalttığını, %29,1’i gerçekleştirdikleri sezaryen doğum sayısını artırdığını ve %25,9’u VBAC yapmayı bıraktığını bildirmiştir (Klagholz ve Strunk, 2009).

Pennsylvania’da yüksek riskli (acil tıp, genel cerrahi, ortopedik cerrahi, nöroşirürji, kadın doğum ve radyoloji) 6 uzmanlık alanında 824 hekim ile yapılan çalışmada; hekimlerin %88’i daha önce en az bir defa dava edildiğini, %48’i son 3 yıl içinde en az bir defa dava edildiğini, %51’i son 5 yıldır sigorta şirketleri tarafından sigortalanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %93’ü defansif tıp uyguladıklarını bildirmiştir. Ekstra testler, konsültasyon gibi “güvence davranışı” %92 ile en yaygındır. Dava olasılığını arttırdığı düşünülen işlemlerden ve hastalardan

kaçındıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %42'si travma cerrahisi gibi komplikasyonlara yatkın prosedürleri ortadan kaldırmak ve karmaşık tıbbi sorunları olan ya da dava açma potansiyeli bulunan hastalardan kaçınmak da dahil olmak üzere son 3 yılda uygulamalarını kısıtladıklarını bildirmiştir. Defansif tıp uygulamaları, katılımcıların sorumluluk sigortalarına olan güven eksikliği ve sigorta primlerinin yükleri ile güçlü bir korelasyon göstermiştir (Studdert ve ark., 2005).

Seviye I travma merkezindeki 295 travma hastasını kapsayan prospektif gözlemsel bir çalışmada; çalışma süresi boyunca 295 travma aktivasyon hastasında 1.097 BT taraması yapılmış, hasta başına ortalama tarama sayısı 3,7 olarak bulunmuştur. 1.097 BT taramasının %38'inin defansif amaçlarla sipariş edildiği tespit edilmiş, defansif amaçlarla yapılan BT taramaları hasta başına yaklaşık 120.000 dolar mali yüke ve 8.8 mSv gereksiz radyasyona neden olmuştur. Travma hastalarında yapılan defansif BT taramasının, hastaları gereksiz ve zararlı radyasyona maruz bırakan yaygın ve maliyetli bir uygulama olduğu ortaya koyulmuştur (Chen ve ark., 2015).

Yasal çevrenin defansif tıp davranışı üzerindeki etkisini anlamak için Teksas'taki beyin cerrahları ile Illinois'deki beyin cerrahlarının defansif davranışları karşılaştırılmıştır. Illinois, genellikle kötü bir medeni hukuk ortamına sahip olan bir eyalet; Teksas ise daha uygun yasal ortama sahip olan bir eyalettir. Illinois'de 85, Teksas'ta 65 beyin cerrahı çalışmaya katılmıştır. Illinoisli beyin cerrahlarının, Teksas'taki beyin cerrahlarına göre daha sık görüntüleme veya ek konsültasyon talep ettikleri tespit edilmiştir. Illinois'deki beyin cerrahlarının, Teksas'taki beyin cerrahlarından daha çok defansif uyguladıkları düşünülmektedir (Cote ve ark., 2016).

Kanada, ABD ve Güney Afrika'dan 1.142 beyin cerrahının katılımı ile bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya ABD'den 1014, Kanada'dan 62 ve Güney Afrika'dan ise 66 hekim katılmıştır.

Tablo 2.11. ABD-Güney Afrika-Kanada defansif tıp karşılaştırması

	Gereksiz görüntüleme	Gereksiz test	Gereksiz konsültasyon talebi	Riskli prosedürlerden kaçınma	Yasal sorumluluklar sebebiyle erken emeklilik
ABD (1014)	%54,4	%38,8	%37,7	%38,8	%38,3
Kanada (62)	%10,3	%8,6	%1,8	%1,9	0
Güney Afrika (66)	%45,5	%31,8	%26,6	%30,8	%50

Yazarlar 3 ülkenin karşılaştırıldığı bu çalışmada; ABD’de ve Güney Afrika’da çalışan hekimlerin, Kanada’da çalışan hekimlere göre daha fazla defansif tıp uygulamalarına yöneldikleri, bunun sebebinin ise ülkelerin sağlık sistemlerinin ve tıp hukuku mevzuatlarının farklılıklarından kaynaklanabileceğini ifade etmiştir (Yan ve ark., 2016).

Japonya’da 131 gastroenterolog hekim ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %98’i yani neredeyse tüm katılımcılar defansif tıp uyguladıklarını bildirmiştir. Bazı müdahalelerden ya da prosedürlerden, yüksek riskli hastalardan kaçınma davranışları %96 oranında, güvence davranışları ise %91 oranında yaygındır. Ayrıca deneyimsiz gastroenterologların, deneyimli gastroenterologlara oranla daha fazla defansif uyguladıkları bulunmuştur (Hiyama ve ark., 2006).

İtalya’da 307 hekimin katılımı ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların % 77,9’u son bir ayda en az bir defa defansif tıp uygulamıştır. Defansif davranışları benimseme eğiliminde olan doktorlar oldukça gençtir. Negatif defansif tıp uygulaması söz konusu olduğunda görüşmecilerin %26,2’si yüksek riskli bazı tedavileri dışladığını ifade etmiştir. Ayrıca, defansif yaklaşımı benimseyen doktorların %80’i yasal bir anlaşmazlığa karışacaklarından korktuklarını belirtirken, %60’ı tazminat talebinde bulunacaklarından korktuklarını ifade etmiştir. Katılımcıların önemli bir bölümü %43,5’i medya tarafından benimsenen suçlayıcı yaklaşım hakkında endişelerini de dile getirmiştir (Catino, 2009).

İngiltere’de 204 hekim ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %75’i defansif tıp uygulamalarına başvurduklarını belirtmiştir. Hekimlerin %59’u gereksiz test istediğini, %55’i ise gereksiz sevkler yaptığını ifade etmiştir. Ayrıca mesleki tecrübeye

sahip olan hekimlerin daha az defansif tıp uygulamalarına başvurduğu görülmüştür (Ortashi ve ark., 2013).

2.2.4. Türkiye’de Defansif Tıp Uygulamalarının Yaygınlığı

Ülkemizde defansif uygulamalara yönelik yapılan çalışmalar oldukça yenidir. 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu ile gündeme gelmiş ve meslek örgütleri, sağlık hukukçuları tarafından defansif tıp uygulamalarının artacağı ifade edilmiştir (Yeşiltaş, 2018).

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılan bir araştırmaya katılan hekimlerin %81,5’i ayrıntılı kayıt tuttuğunu, %40,6’sı korunma amaçlı ekstra konsültasyon taleplerinde bulunduğunu, %44,4’ü riskli davranışlardan kaçındığını, %60,2’si sağlık politikalarının hekim haklarını korumada yetersiz kaldığını düşündüğünü, %79,4’ü gerekli olmayan testleri de isteme eğiliminde olduğunu, %80,8’i her hastaya potansiyel davacı gözüyle baktığını, %95,4’ü medyanın hekimlere yönelik olumsuz bir tutuma sahip olduğunu, %74,6’sı son TCK’nin hekimler ile ilgili maddelerinden tedirgin olduğunu ifade etmiştir (Altındış ve ark., 2019).

TTB’nin 2010 yılında 2.194 hekim ile yaptığı bir çalışmada; katılımcılara bir olgu eşliğinde defansif tıp uygulayan bir hekim tutumu örneklenmiş ve benzer durumda tutumlarının nasıl olacağı sorgulanmıştır. *“Hekimlerin yarısından fazlası % 55,6’sı benzer bir durumda herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için kendilerinin de defansif tıp yaklaşımını benimseyeceklerini ifade etmiştir.”*

Türk Nöroşirürji Derneği’ne kayıtlı beyin cerrahlarının %36,7’sinin katılımı ile yapılan çalışmaya göre cerrahların %72’si defansif tıp uygulamaktadır. Defansif tıp uygulayan hekimlerin çoğunluğu %74,4’ü deneyimsiz hekimlerden oluşmaktadır. Cerrahların %62,6’sı yüksek riskli cerrahiden kaçındıklarını, %60,9’u ek görüntüleme yaptığını, %33,7’si ek testler istediğini, %31,2’si başka kurumlara sevk yaptığını bildirmiştir (Solaroğlu ve ark., 2014).

Göcen ve arkadaşları (2018), tarafından Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmakta olan 200 araştırma görevlisi hekim üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığı sırasıyla %98, %92 olarak bulunmuştur. Çalışmada defansif tıp puanları; erkek hekimlerde, cerrahi branş hekimlerinde, uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılında olanlarda ve malpraktis davasına maruz kalanlarda anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bu hastaneyle fiili ilişki içindeki Karabağlar Dispanseri, Gaziemir Dispanseri, Gaziemir Devlet Hastanesinden 220 hekimin katılımı ile bir çalışmaya göre, hekimlerin yasal sorumluluklardan korunmak için defansif uygulamalara yöneldikleri tespit edilmiştir. Hekimlerin %74,1'i onam belgelerinde detaylara yer verdiğini, %67,7'si detaylı kayıt tuttuğunu, %47,2'si şikayet etme riski yüksek hastalardan kaçındığını, %41,4'ü ilave tetkik istediğini, %39,6'sı ilave konsültasyon talebinde bulunduğunu, %28,2'si endikasyonsuz hasta yatışı yaptığını, %18,6'sı ekstra ilaç reçetesi yazdığını, %34,6'sı komplikasyon riski yüksek hastalardan kaçındığını, %26,9'u endikasyonsuz hasta sevki yaptığını ifade etmiştir (Selçuk 2015).

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp tutumlarını incelemek amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde 243 tıpta uzmanlık öğrencisi ile çalışma yapılmıştır. Katılımcıların %54'ü uzmanlık dalını seçiminde malpraktis endişesi yaşamıştır. Yasal sorumluluklar sebebiyle katılımcıların %50'si görüntüleme hizmetlerine daha sık başvurduğunu, %47'si daha fazla konsültasyon talebinde bulunduğunu, %33'ü girişimsel olmayan tedavileri tercih ettiğini ifade etmiştir (Biçen, 2018).

İzmir ili Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezine bağlı çalışan 81 aile hekimi ile yapılan bir çalışmaya göre, hekimlerin büyük bir kısmı defansif uygulamalara başvurmaktadır. Katılımcıların %21'i çok iyi derecede, %49,3'ü iyi derecede, %23,5'i orta derecede ve %6,2'sinde zayıf derecede defansif uygulamaktadır. Ayrıca "Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?" sorusuna katılımcıların %64,2'si evet cevabı vermiş ve "*Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?*" sorusuna ise hekimlerin %71,6'sı hayır cevabını vermiştir. Defansif tıp kavramının henüz yeterince bilinmediği fark edilmiş ve defansif tıp eğitim programlarına ihtiyaç olduğu gözlemlenmiştir (Başer ve ark., 2014). İzmir Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde 66 diş hekimi ile yapılan başka bir çalışmaya göre de, hekimlerin büyük bir kısmı defansif uygulamalara başvurmaktadır. Hekimlerin %45,5 çok iyi derecede, %33,3'ü iyi derecede, %15,2'si orta derecede ve %6,1'i ise zayıf derecede defansif uygulamaktadır (Başer ve arkadaşları, 2014).

Konya il merkezinde Doğumevi, Beyhekim, Numune ve Meram Tıp Fakültesi Hastanelerinde 173 hekim ile anket çalışması yapılmıştır. Hekimlerin büyük bir

çoğunluğunun %93,6'sının defansif tıp uyguladıkları ortaya çıkmıştır. Hekimlerin %20,2'si yüksek düzey defansif tıp uygulaması, %73,4'ü orta düzey defansif tıp uygulaması, %6,4'ü düşük düzeyde defansif tıp uygulaması yapmaktadır. Ayrıca hekimlerin %34,1'i defansif tıp kavramını daha önce duymadığını, %59,5'i de defansif tıp uygulamaları konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir (Özata ve ark., 2018).

762 hekimin katılımı ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların %79'u detaylı kayıt tuttuğunu, %73'ü onam belgelerinde detaylara yer verdiğini, %39'u ekstra görüntüleme isteminde bulunduğunu, %36'sı ekstra konsültasyon talebinde bulunduğunu, %9'u ekstra ilaç reçete ettiğini, %7'si endikasyonsuz hasta yatışı yaptığını, %37'si komplikasyon riski yüksek olan hastalardan kaçındığını, %31'i dava etme ihtimali yüksek olan hastalardan kaçındığını, %24'ü tedavi edebileceği halde hastaları sevk ederek risklerden kaçındığını ifade etmiştir (Aynacı, 2008).

2011 yılında İstanbul'da kamu ve özel sektörde çalışan 208 hekimin defansif tıp uygulamalarına yönelik eğilimleri incelenmiştir. Çalışmada hekimlerin %83,3'ünün defansif uygulamalara başvurduğu, %79,2'sinin negatif, %85,6'sının ise pozitif uygulamalara başvurduğu gözlenmiştir. En çok defans gerçekleştiren hekimlerin uzmanlık sıralaması; beyin cerrahisi uzmanları, iç hastalıkları uzmanları, jinekoloji ve obstetrik uzmanlar olmuştur. Hekimlerin %69,7'si 5237 sayılı TCK'nin mesleki uygulamalarında aleyhlerine olacağını düşündüğünü, %89,4'ü özel bir malpraktis yasasının gerekli olduğunu ifade etmiştir (Yılmaz, 2014).

İstanbul'un Kadıköy ilçesinde görevli 208 aile hekimi ile yapılan bir çalışmada, hasta tarafından şikâyet edilen hekimlerde hem pozitif hem de negatif defansif tıp puanlarının diğer hekimlere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca mesleğinin ilk 10 yılında olan ve günlük 60'tan fazla hastaya bakan erkek aile hekimlerinin defansif tıp puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Mutlu ve ark., 2019).

2.2.5. Defansif Tıp Uygulamalarının Nedenleri

Son yıllarda gerek ülkemizde gerek dünyada defansif tıp uygulamalarında artışlar mevcuttur. Defansif uygulamaların hukuki, siyasi, psikolojik ve sosyal yönleri bulunmaktadır. Hekimler kendilerini koruyabilmek için hastalardan gereksiz tetkikler istemekte veya riskli hastalardan kaçınmaktadırlar. Gereksiz yapılan işlemlerin

yapılması ve yapılması gereken işlemlerden kaçınılması hastalar açısından riskler taşımaktadır. Defansif uygulamalar hasta hakları ve tıp etiği ilkeleri ile çelişmektedir.

Yapılan çalışmalarda, defansif uygulamaların sağlık hizmet kalitesini düşürdüğü, sağlık maliyetlerini arttırdığı bulunmuştur. Artan sağlık maliyetleri, ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemekle birlikte, bu ödemeler halkın cebinden çıkacaktır. Defansif uygulamaların tek sorumlusu hekimler değildir, bu uygulamaların birçok nedeni vardır. Bu nedenlerden en yaygın olanları şunlardır: (Selçuk, 2015; Yeşiltaş, 2018; Pirol, 2018; Demir, 2019).

1. Hasta-Hekim İletişimi
2. Tıbbi Hata ve Tıbbi Hata Davaları
3. Medyanın Etkisi
4. Mesleki Tecrübesizlik
5. Hekimlerin İş Yükünün Artması
6. Şiddet Görme Korkusu
7. Neoliberal Politikalar
8. Performans Düzeni

Hasta-Hekim İletişimi

Hekimler ve hastalar arasındaki zayıf iletişim önemli bir sorundur (William, 2011). Hatta “hasta ve sağlık personelinin sağlık nedeniyle bir araya gelmeleri sonucunda yaşanan memnuniyetsizliklerin sadece %17,9’unun tıbbi kaynaklı olması, şikâyetlerinin en büyük nedeninin %40,4 oranında iletişim kaynaklı sorunlar olması düşündürücüdür” (Uludağ, 2014). Hastalar, onlarla konuşmak için yeterli zaman harcamamış olan doktorların, hastalıklarının önemli yönlerini gözden kaçırdığını veya gözden kaçırmış olabileceğini düşünmektedir. Hastalarının korkularını ve endişelerini dinlemek için vakti olmayan cerrahlar yüzeysel davranarak hata yapma riski ile karşı karşıya kalabilirler.

Hekimlik mesleği her zaman hasta-hekim güvenine dayanmaktadır ve bu hekimler için temel mesleki memnuniyet kaynağı olmuştur. Gerçekten de, tıbbın prestiji, meslektaşlarla etkileşim ve finansal ödüller gibi faktörler çok daha az önemlidir. Ne yazık ki bu temel güven hastaya ayrılan sürenin yetersizliği, klinik özerklik eksikliği ve sorumluluk kaygıları nedeniyle giderek azalmıştır. 17.236 hekim

ile ulusal çapta yapılan bir çalışmada hekimlik mesleğinin çarpıcı bir resmini ortaya koymuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin:

- %14'ü en yüksek düzeyde bakım sağlamak için gerekli zamana sahip olduğu,
- %60'ının elektronik sağlık kayıtları ile hasta etkileşiminden uzaklaştığı,
- %49'unun tükenmişlik hissi çektiğini,
- %54'ünün moralinin düşük olduğu,
- %49'unun çocuklarına meslekleri gereği olarak ilacı tavsiye etmediği,
- %48'inin saatleri azaltma, emekli olma, hastanın uygulamalarına erişimini sınırlamayı düşündüğü,
- %63'ünün tıp mesleğinin geleceği hakkında olumsuz duyguları olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlar bir ülke ile sınırlı değildir, aksine bu duygular diğer birçok ülkedeki doktorlar tarafından giderek daha fazla paylaşılmaktadır (Vento ve ark., 2018).

Hastaların medya ve çevrelerinden edindikleri olumsuz bilgi ve tecrübeler, bıçak parası olayları, hastada yabancı cisim unutulması, ihmalkârlık sebebiyle yaşanan hasta kayıpları gibi haberler, hastalarda tedirginliğe neden olmaktadır. Aynı şekilde hekimler de, sağlıkta yaşanan şiddet olaylarından, malpraktis davalarından etkilenmekte ve çekinik davranışlar sergilemektedir ve bunun sonucunda hasta-hekim ilişkisi olumsuz yönde etkilenmektedir. Oysaki bu ilişkinin güven temelli olması gereklidir. Bu hekimin hasta tarafından dava edilme korkusu yaşamayacağı, hastanın da hekimin sahip olduğu tıbbi bilgiyi olumlu yönde kullanacağı bir ilişkiyi ifade etmektedir.

Hasta ve hekim arasındaki ilişki tedavi sürecini yakından ilgilendirmektedir. Hastalıkların tedavisinde hastanın olumsuz düşünceye sahip olması, tedavinin seyrini değiştirebilmekte ve hekimin tedavideki başarı oranını etkilemektedir. “Sorunlar yumağı haline gelmiş ve getirilmeye devam edilen sağlık sisteminin tüm sorunlarını hekim ve sağlık profesyonellerini günah keçisi haline getirerek, onları defansif tıp uygulamalarına zorlayarak çözemeyiz.” Hekim ve hasta arasındaki güven bağının bozulması, hekimleri defansa itmekte, hastaları ise şiddete veya dava açmaya yöneltmektedir. Bu gibi sorunlar hekim ve hastayı karşı karşıya getirmeyecek bir şekilde çözülmelidir (Gökşen, 2014).

Günümüzde hastaların hekime olan güveninde azalmalar mevcuttur. Bunun sebepleri içinde, hasta yoğunluğunun fazla olduğu hastanelerde, hastaya ayrılan sürenin yetersiz oluşu ve hekimlerin maddi çıkarlar doğrultusunda hareket ettiği düşüncesi vardır. Hekimlere olan bu güvensizlik, hastaların doktor doktor gezmesine, zaman kaybetmesine ve maddi kayıplara neden olmaktadır (Yeşiltaş, 2018). Ayrıca insan haklarının gelişmesi, hasta haklarının ortaya çıkması da hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi de değiştirmiştir. Hasta haklarının gelişmesi ile malpraktis, tıp hukuku gelişmiştir. Tüm bu süreçler hekimlerin de kendilerini korumaya almalarına, defansif uygulamalara yönelmelerine neden olmuştur (Aynacı, 2008).

Hekim ve hasta arasındaki ilişkinin nasıl olacağı etik ilkeler ve yasalar ile açıklanmış bile olsa gerek hekimler gerek hastalar eğitimler aracılığıyla desteklenmelidir. Hekim ve hasta arasındaki bu ilişkiye zarar verecek sansasyonel haberler engellenmeli ve ayrıca tıp eğitiminde iletişim unsuru üzerinde daha fazla durulmalıdır (Polat ve Pakiş, 2011).

Tıbbi Hata ve Tıbbi Hata Davaları

Defansif tıp uygulamalarının en önemli nedeni dava edilme endişesidir. “Hekimler ister istemez bundan etkilenmekte ve yapacağı en küçük muhtemel bir yanlışlıktan(!) dolayı mahkeme kapılarında süründürüleceği, tazminata mahkûm edileceği ya da hapisle cezalandırılacağı korkusunu yaşamaktadır. Her canlıda var olan refleks hiç şüphesiz hekimde de vardır. Doğruluğu tartışılrsa da, ister istemez negatif bir tutum içerisine giren hekim, toplumsal, mesleki, siyasi ve idari faktörlerin etkisi ile defansif tıbbi yönelebilmektedir.” (Gökşen, 2014).

Türkiye’de de ABD ilk sırada olmakla birlikte, İngiltere, Japonya, İspanya gibi ülkelerdekine benzer şekilde tıbbi hatalar hızla artmaktadır (Polat, 2005). Tıbbi hata kaynaklı davaların artması da kaçınılmazdır. Davaların olumsuz sonuçlarından hekimleri korumak için oluşturulan mesleki sorumluluk sigortasının kapsamının dar olması, bu konularda uzmanlaşan avukatların olması, hekimlerin bunca iş yükü içinde bir de bu davalarla vakit harcamak istememektirler. Hekimler bu davalardan kaçınmak amacıyla defansif uygulamalara başvurmaktadır (Gökşen, 2014).

12 Ekim 2004 tarihinde yayınlanan ve 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu’na kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi, bilinçli taksir gibi kavramlar eklenmiştir. Yeni TCK’nde ceza oranlarının arttırılması, verilen

cezaların paraya çevrilememesi, ertelenmemesi, yüksek tazminatlara hükmedilmesi hekimler üzerindeki baskıyı daha da arttırmıştır (Polat ve Pakiş, 2011). Hekimlik mesleğinin doğası gereğİ risklerle dolu olmasına rağmen, hekimlerin risk almaktan çekineceğİ bir ortam yaratılması sonucunda defansif tıp uygulamalarına eğİlim gösterebileceklerdir.

Konu ile ilgili Yılmaz ve arkadaşları (2013), yeni Türk Ceza Kanunu’nun cerrahi branş uzmanları üzerindeki etkisini ve defansif tıp uygulamalarına olan etkisini incelemek amacıyla 402 cerrahi hekim ile yaptıkları araştırmada, hekimlerin yarıdan fazlası ölkemizde defansif tıbbın geliştiğİni düşöndüklerini, yeni TCK sonrası hekimlerin yaklaşık %80’ini son 5 yılda tetkik sayılarında ve konsültasyon istemlerinde artışlar olduğünü ifade etmiştir. Saruhan ve arkadaşlarının (2018), yaptığİ bir çalışmada ise; “Yeni Türk Ceza Kanunu’nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlöğö girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda tedirginlik hissettiniz mi?” sorusuna hekimlerin yaklaşık %50’si evet cevabını vermiştir.

Ayrıca 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu 13.maddesinde: “*Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değİl, ilgili kurum aleyhine dava açarlar. Ancak, Devlet dairelerine tevdi veya bu dairelerce tahsil veya muhafaza edilen para ve para hükmündeki değİrlİ kâğıtların ilgili personel tarafından zimmete geçirilmesi halinde, zimmete geçirilen miktar, cezai takibat sonucu beklenmeden Hazine tarafından hak sahibine ödenir. Kurumun, genel hükümlere göre sorumlu personele rücu hakkı saklıdır.*” Belirtildiğİ üzere, kamu kurumlarında oluşan zararlar sebebiyle kişiler yalnızca idare aleyhine dava açabilmektedir. İdarenin, kusurları oranınca sağıık personeline zararı rücu edebileceğİ ifade edilmektedir. Kamu kurumlarında personel sorumlu tutulurken, idare tutulmamıştır. Bu durum, kamu personellerinin çalışma şevkini kırmakta ve öte yandan zarar gören kişinin hak ettiğİ tazminata ulaşmasını da engellemektedir (Bayındır, 2007).

Hekimlerin %68,3’ü her hastayı tıbbi dava açısından potansiyel bir tehdit olarak gördüğünü ve %89,6’sı mahkemelerin malpraktis ile komplikasyonu ayırt edebileceğİne inanmadığİnı bildirmiştir (Solaroğİlu ve ark., 2014). Hekimler tıbbi hata endişesi sebebiyle yoğun baskılar hissetmekte ve defansif uygulamalara başvurmaktadırlar (Studdert ve ark., 2010; Carrier ve ark., 2010). Kadın doğum

uzmanları ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %97'si tıbbi hatalar sebebiyle kendisine dava açılma endişesi yaşadığını ifade etmiştir (Asher ve ark., 2013).

Tancredi ve Barondess (1978) doktorların yaklaşık %70'inin hatalı uygulama davası korkusu nedeniyle defansif tıp uygulamalarına katıldığını ifade etmiştir. Defansif uygulamalar yaptığını ifade eden hekimlerin %90'ı tıbbi hata kaynaklı davalardan korunmak amacıyla defansif uygulamalara yönelmektedir (Bishop ve ark., 2010). Defansif tıp uygulayan hekimlerin %80'i yasal bir anlaşmazlığa karışacaklarından korktuklarını belirtirken, %60'ı tazminat talebinde bulunacaklarından korktuklarını ifade etmiştir (Catino, 2009).

Hekimler defansif tıp uygulamaları ile tıbbi hata iddialarından ve tıbbi hatalardan kaynaklanan davalardan korunmayı amaçlamaktadır. Fakat bu uygulamalar ile hekimler, tıbbi hatalardan uzaklaşmaya çalışırken tam tersine tıbbi hata yapma ihtimaline daha da yaklaşabilmektedir. Çünkü bu uygulamalar, hasta haklarına aykırı, hukuki ve cezai sorumluluk doğurabilecek ve meslek etiği ile bağdaşmayan bir neticenin meydana gelmesine neden olabilmektedir (Yılmaz, 2014; Yeşiltaş, 2018; Kalaman, 2019).

Odabaşı ve Tümer (2006), yeni Türk Ceza Kanunu'nda yer alan hekimleri tedirgin eden maddeler sebebiyle, hekimlerin defansif eğilimlerinin gelişebileceğinden korkulduğunu, kanunun hekimlik mesleğinin icra edilmesinde kavram karmaşasına neden olabilecek hatalı yorumlara açık olduğunu, hekimler açısından olumsuz maddelerin yer aldığını ve bundan kaynaklı hekimlerde kaygılara sebebiyet verdiğini, mesleki özerkliklerine zarar verdiğini, tıbbi girişimlerde arzu edilmeyen bir sonuç ile karşılaşıldığında, bu durumun bir kusur mu yoksa kaçınılmaz bir sonuç mu olduğunun doğru tesit edilmesi için temel ölçütlerin belirlendiği bir düzenlemeye ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir

Medyanın Etkisi

Hem iletişim uzmanları, hem de siyaset bilimciler medyayı toplumu etkileyen dördüncü kuvvet olarak ifade etmektedir. Her geçen gün medyanın toplum üzerindeki etkisi artmaktadır. Ülkemizde medyanın ilgisini çeken alanlardan biri de sağlıktır. 90'lı yıllar itibariyle bu ilgi daha da artmakta, günümüzde gerek yazılı gerek görsel medyada sağlık ile ilgili haberlere sıklıkla yer verilmektedir (Yeşiltaş, 2018).

Ülkemizde medya, sağlık personellerine yönelik olumsuz bir tutuma sahiptir, yapılan en ufak hatalar bile “sağlık skandalı” olarak ifade edilmekte ve günlerce medyada yer almaktadır. Yapılan bu sansasyonel haberler toplumun ilgisini çekmektedir. Davalar sonuçlanmadan sağlık personellerinin suçlanması, kamuoyunda sağlık personellerine yönelik olumsuz bir imaj oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumun da sağlıkta yaşanan şiddet olaylarını tetiklediği ifade edilmektedir.

Sağlıkta şiddet olaylarının çözümlemesinin yapıldığı 7 gazetenin haberlerinde; olayların bir öykü yaratırcasına sunulduğu, sorunun daha çarpıcı hale getirmeye çalışıldığı görülmüştür. Bu şekildeki söylemler, şiddet olaylarının eğlenceli bir gösteri şeklinde algılanmasına, genelleşmesine ve kanıksanmasına yol açmaktadır. Toplumda sağlıkta yaşanan şiddet olaylarının normal bir durum olarak algılanmasına neden olmaktadır (Çınarlı ve Yücel, 2013). Medyada yapılan tıbbi hatalara yönelik haberlerde, detaylara yer verilmemesi ve sağlık personelini direkt suçlayan açıklamalar yapılması, hekimleri tıbbi hatalardan korunmak için defansif uygulamalara yöneltebilmektedir.

Mesleki Tecrübesizlik

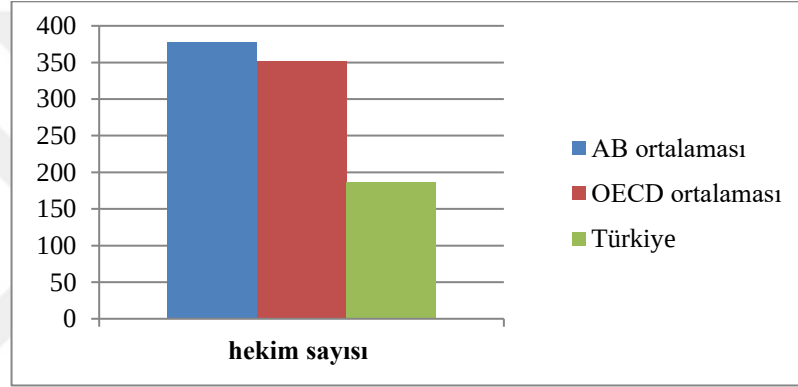
Hekimlik mesleği, kişilerin vücut bütünlüğüne müdahaleyi gerektirmektedir. Bu uygulamalar sonucunda, kişilerin yaşamının kurtarılmasına, sakat kalmasına veya ölmesine de sebep olabilmektedir. Bu sebeplerden ötürü hekimlik mesleğinin, hatalara karşı toleransı yoktur. Tıp eğitimi esnasında, staj imkânı sağlandığı halde, yeni mezun olan hekimlerin mesleklerinde acemilik yaşaması kaçınılmazdır. Mesleki acemilik: *“meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak ve güncel temel mesleki kitaplardaki bilgileri uygulayamamak”* şeklinde tanımlanmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

46’sı hekim olmak üzere, 51 sağlık çalışanı ile ilgili alınan idari yargı kararları incelenmiş, vakaların %9,8’i mesleki acemilik/cismen eza verme, %5,9’u mesleki acemilik/hayati tehlike oluşturma suçu olarak karar alınmıştır (Küçük ve Fidan, 2005). Hekimlerin mesleki acemiliği, hastaların zarar görmesine, tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Bunların sonucunda yaşanabilecek yasal sorumluluklar korunmak için hekimlerin defansif uygulamalara yönelmesi kaçınılmazdır.

Hekimlerin İş Yükünün Artması

20. yüzyılın başlarında yıllık hekime başvuru sayısı, kişi başına ortalama 3 iken bugünlerde bu rakamın 8'i aştığı görülmektedir. Müracaatların artmasında; toplumsal beklentilerdeki değişimler, yaşlanma, kronik rahatsızlıklar, sağlığın piyasalaşması, iletişim kanallarının etkisi, popülist politikalar sebebiyle arzın talebi oluşturması etkilidir (Yeşiltaş, 2018). Sağlık hizmetlerine olan talebin artması sonucunda, hekimlerin iş yükünde de artışlar yaşanması kaçınılmazdır.

2017 yılında ülkemizde her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 186, AB ülkelerinin ortalaması 378 ve OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ülkelerinin ortalaması ise 351 olmuştur.



Şekil 2.12. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının karşılaştırması (SB, 2017)

Grafikten de anlaşılacağı üzere ülkemizdeki hekim sayısı ortalamaların oldukça altındadır. Hasta müracaatlarının artmasına karşılık sağlık hizmeti sunacak olan hekim sayımız az, yani yetersizdir. Bu da hekimlerimizin iş yükünün artması anlamına gelmektedir.

Şiddet Görme Korkusu

Her geçen gün toplumun her alanında artan şiddet, sağlıkta da etkisini hissettirmektedir. Üstelik sağlık sektöründe hasta ve hasta yakınlarının içerisinde bulunduğu durum, belirsizlik ve endişe şiddete eğilimi artırmaktadır. İnsanlara kaybolan sağlıklarını geri vermeye çalışan sağlıkçılarımız, şiddetle ve hatta öldürülme tehlikesi ile hizmet vermek zorunda kalmaktadır. Bu sebeple hekimler, şiddete eğilimli gördüğü hasta ve hasta yakınları ile karşılaştıklarında, sevk etme davranışı göstermektedirler. Şiddete maruz kalma ihtimali tüm çalışanları negatif yönde etkilemekte, verimli bir sağlık hizmeti sunmalarını engellemektedir (Demir, 2019).

1 Nisan 2013 tarihinde “Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği” tarafından çevrimiçi olarak “Sağlıkta Şiddet” başlıklı bir oturum düzenlenmiştir. Sağlık sektörünün riskli olduğu, “silahların gölgesi altında hekimlik yapılamayacağı” yaşanan bu şiddet olaylarının defansif tıp uygulamalara yol açtığını, hekimlerin riskli hastalara dokunmaktan kaçınır hale gelebileceği ifade edilmiştir. Hekimlerin “Acaba öldürülür müyüm, bugün nasıl bir soruşturma geçireceğim, hasta tazminat mı yoksa ceza davası mı açar, ciddi bir bulguyu/hastalığı atlarsam halim ne olur, otoparka gidince pusu kurmuş hasta yakınları beni döver mi?” endişesi ile çalıştıkları belirtilmiştir (Özlü, 2013).

Sağlıkta şiddet arttıkça sağlık çalışanlarının defansif tıp uygulama eğilimleri artacaktır (Sun ve ark., 2019). Selçuk (2015), yaptığı çalışmada hekimlerin hasta ve hasta yakınlarının şiddetinden korunabilmek için defansif uygulamalara başvurdukları sonucuna ulaşmıştır. Yeşiltaş (2018), araştırmasında şiddetin hekimleri defansif tıp uygulamalarına iten öncelikli neden olduğunu bulmuştur. Hekimlerin sıklıkla şiddete maruz kalması, şiddet uygulayanlara verilen cezaların caydırıcı olmaması sebebiyle hekimlere yönelik şiddetin artarak devam etmesi, hekimleri defansif uygulamalara yöneltmektedir.

Neoliberal Politikalar

Kişilerin sağlığının sağlanmasında, içinde bulunulan ülkenin sağlık sistemi ve sağlık politikaları en temel sorumludur. Burada ki temel yanlış, hekimlerin kişilerin sağlığından sorumlu tutulmasıdır. Hâlbuki hekimler, ülkedeki ve dünyadaki sağlık sisteminin sadece uygulayıcısı konumundadırlar. Sağlık sistemleri, hekimlerin rahat hizmet sunabilmesi için güvence veya kaçınma davranışlarına yönelmemesi için hekimlere sahip çıkmalıdır.

II. Dünya Savaşı sonrasında birçok uluslararası örgüt kurulmuştur. Örgütlerin tanımladığı “sosyal haklar” kavramı “sosyal devlet” anlayışının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Savaş sonrasında devletlerin, ülkenin sosyo-ekonomik yapısına müdahale etmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür. Sağlık, barınma, eğitim vb. gibi hakların temel hak olduğu kabul edilmiştir. Bu hakların sağlanmasının devlet görevi olduğu benimsenmiştir. 1970’li yıllara değin kamu hizmetlerinin kapsamı genişletilmiş, devlet etkili olmuştur. Sağlık, vatandaşlık hakkı sayılmış ve ulusal sağlık sistemleri kurulmuştur. Ülkeden ülkeye farklılıklar olsa da, sağlık hizmetlerinin sunumu ve

finansmanı kamu tarafından sağlanmıştır. 1950-1973 yılları arasındaki dönemde devlete ekonominin kalkınmasında rol verilmesiyle bu dönemde hızlı ve büyük bir ekonomik gelişme sağlanmıştır (Akkanat, 2017). 1970’lerde ekonomik kriz yaşanmıştır. Bu krize tepki niteliğinde ortaya atılan neoliberalizm, krizin sorumlusu olarak sosyal devlet politikalarını göstermiş; krizden kurtuluş olarak da piyasa ekonomisine dayalı yeniden yapılanmaları öngörmüştür (Elbek ve Adaş, 2009). Neoliberalizm ve kapitalizmin küreselleşmesi olarak tanımlanan bu politikalar, sağlık olmak üzere bütün kamu hizmetlerini yapısal olarak değiştirmiştir. Böylece hizmet sunumunun yerleştiği, merkezin sadece politika belirleyip, planlama ve denetim yaptığı, sağlık hizmet sunumunda özel sektörün etkin olduğu bir değişim yaşanmıştır. Neoliberal yaklaşım, kamu tarafından yapılan yatırımların özel sektörün büyümesini engellediği düşüncesini ileri sürmüş, 1970’lerden sonra etkili olmuştur (Akkanat, 2017).

Neoliberal yaklaşımda, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin verimliliklerinin düşük fakat maliyetlerin yüksek olduğu; bu problemin çözülebilmesi için ilk etapta kurumların özelleştirilmesi, sonrasında sağlık hizmet sunumunun piyasa koşullarında üretilmesinin gerekli olduğu düşüncesi hâkimdir. Sağlık bakım hizmetlerinin kamu tarafından sunulması halinde ise fiyatlandırmaların yapılması yani *“kullanan öder”* mantığının işlediği görülmektedir (Şen, 2013).

Dünyaca ünlü bir cerrahi etiği uzmanı olan Dr. Kodner, etik ve yasal konularla ilgili olarak “Son yıllarda, teknik ve bilimsel olarak hastalarımız için her zamankinden daha fazlasını yapabilmemize rağmen, onlarla kişisel, güvene dayalı ilişkimiz kötüleşti, bazen çekişmeli olduğu noktaya geldi. Tıbbın, hasta bir insan için ödün vermeyen endişeden ziyade, finansal sonuçlarla yönlendirilen bir iş haline gelmesine izin verdik.” şeklindeki açıklaması ile sağlığın piyasalaşması hakkındaki endişesini dile getirmiştir (Choctaw, 2008).

Dünyada yaşanan bu süreç ülkemizi de etkilemiş, sağlıkta hakim olan sosyalizasyon anlayışından vazgeçilmiş ve özelleştirmeler yapılmış, tüketim temelli bir kültür hedeflenmiş, toplum da zamanla buna adapte olmuştur. Ülkemizde de siyasal dönemin özelliğine bağlı olarak sağlık örgütlenmesinde değişimler yaşanmıştır. Bu değişimlerin sonucu olarak da sosyalizasyon yasasının çıkartılması ve sağlık ocaklarının ülke geneline yayılması ile 1960-1980 arası dönemde, kamusal politikalar ağırlıklı olmuştur (Akkanat, 2017). 24 Ocak 1980 ekonomik istikrar kararlarının

ardından 12 Eylül 1980 askeri darbesi ile birlikte sağlıkta liberalleşme yönünde kararlar alınmıştır. Aktif özelleştirmede denilen bu dönemde sağlık ve sosyal güvenlik, kamu sorumluluğundan çıkartılmıştır. Nitekim 1982 Anayasasında yer alan “insan haklarına dayalı devlet” ifadesi “insan haklarına saygılı devlet” şeklinde değişime uğramış; sağlık devlet görevinden çıkarılmış, bunun yerine devletin sağlık hizmetlerini planlayacağı ve denetleyeceği maddeleri yer almıştır (Kasapoğlu, 2016).

1981 yılında alınan Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuştur. 1987 yılında “*Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu*”nun çıkartılması ile sağlık sektörü açık pazar haline getirilmiş, Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması yolundaki ilk adım atılmıştır (Bostan, 2009). 1990’lı yıllarda da değişimler devam etmiş, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması için sağlık planlamaları yapılmıştır. 1980’ler ile başlayan bu değişimler 2000’li yıllarda da etkisini devam ettirmiştir.

2003 yılında “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” uygulanmaya başlanmıştır. Programın ilerleme raporunda “Sağlıkta Dönüşüm Programı, küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, geliştirilebilir ve sürdürülebilir bir program olarak hazırlanmıştır. Program bütün vatandaşların, ülkenin eşit haklara sahip bireyleri olarak, nitelikli sağlık hizmetlerine adaletli bir şekilde erişmelerini gaye edinen bir etik anlayış üzerinde inşa edilmiştir.” şeklinde sağlık sisteminin kurulacağı temel ilkelerden bahsedilmiştir. Yapısal değişimler toplum tarafından takdir edilmiştir. “Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 iken 2011 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını %76’ya çıkarmıştır.” Fakat bu değişim ciddi eleştirilere de neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılması, sağlığı alınıp satılan bir metaya dönüştüreceği, bundan da hastaların olumsuz yönde etkileneceği, bu sebeplerle kamunun sağlık hizmet sunumundan el çekmemesinin gerekli olduğu yönünde pek çok çalışma yapılmıştır (Akkanat, 2017).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hasta haklarını ön plana çıkartarak hastaların daha aktif olmasını sağlarken, bir yandan da sağlık çalışanlarının pasifleşmesine neden olmuştur. İzmir Sağlık ve Hasta Hakları Derneği Genel Sekreteri Mevlüt Ülgen’in 2013 yılındaki bir yazısında ifade ettiği gibi: “Hasta hakları hekim ile hastayı, hasta ile hemşireyi karşı karşıya getirmekle olmaz. Hasta hakları öncelikle hasta veya yurttaş ile devlet arasındaki ilişki ve yükümlülüğü ele alır. Sağlık profesyoneli ile hasta

arasındaki ilişki hasta haklarının temeli değil yalnızca bir parçasıdır. Kısaca sağlık ortamını düzenlemek, insanların sağlık hizmetine etkin ve zamanında erişimini sağlamak, sağlıkta eşitsizlikleri kaldırmak, herkese eşit, ulaşılabilir ve etkin sağlık hizmeti sunmak siyasi iktidarların sorumluluk alanıdır. Bu alandaki sorunları hekim ve sağlık profesyoneline yıkmak, hasta ile sağlık profesyoneli karşı karşıya getirmek hasta hakları değildir. Hasta haklarının içini boşaltmak, sorunları perdelemektir.” SDP sağlıkta şiddet olaylarında artışlara neden olmuştur. SDP’de sağlık çalışanlarının haklarına yeterince önem verilmemesi sağlıkta şiddet olaylarını daha da arttırmıştır. Gerek hasta gerek ise sağlık çalışanlarının haklarının eşit bir şekilde ele alındığı daha nitelikli sağlık sistem ve politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Gökşen, 2014).

Sağlık politikaları çerçevesinde hizmet sunan hekimler, kanun ve yönetmeliklere uygun bir şekilde görevlerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Hasta haklarına yönelik uygulamalar, artan malpraktis davaları gibi faktörler hekimlerin daha dikkatli davranmasını gerektirmiştir. Hukuksal düzenlemeler, sağlık sistemindeki yapısal değişiklikler, hekimlerin kendilerini garantiye alma ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyaç, hekimlerin defansif uygulamalara yönelmesine neden olmaktadır.

Performans Düzeni

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başta hekimler olmak üzere, sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi ve motivasyonlarının artırılması için “performansa dayalı ek ödeme sistemi” olarak ifade edilen bir uygulama başlatılmıştır. Eski Sağlık Bakanı Akdağ’ın ifadesiyle “...hekim ne kadar çok hastayı, kişiyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır. Kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa” o kişinin performans ödemesi daha fazla olacaktır (Elbek ve Adaş, 2009).

Performans sisteminin en bariz sonucu “ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur”. İhtiyaç olmayan sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, piyasa mantığı ile “kârı maksimize etme” düşüncesi tıp alanına girmiştir. Bu, tıp etiğini ve hasta sağlığını olumsuz etkilemektedir (Elbek ve Adaş, 2009).

Performansa bağlı ödemelerle faaliyet hacminde ve hekim üretkenliğinde artışların meydana geldiği belirtilmekte iken, performans sistemi ile hastalara müşteri

gözüyle bakıldığı, hizmet kullanımının nicelik olarak arttığı fakat hekimlerin klinik özerkliklerini kaybettikleri de belirtilmektedir (Emini, 2018). Hekimler, performanslarını artırmak için tıbbi endikasyon olmadan veya zorlama endikasyonlar ile işlemler yapmakta, yani defansif davranabilmektedirler (Pirol, 2018).

Performans sisteminin mali etkisi de önemlidir. Koruyucu sağlığın geri plana atılması, tedavi hizmetlerinin öncelik kazanmasına neden olmuştur. Böylece, tıbbi işlemlerin sayısında artışlar olmuş; tıbbi malzeme ve ilaç kullanımı da artmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığında, SGK'ye fatura edilen tıbbi malzeme ve ilaçların tutarı 8.613.000.000 iken, Sağlıkta Dönüşüm Programı başladıktan sonra 2009 yılında bu tutar 21.026.000.000 olmuş, %144 oranında bir artış olmuştur (Sayan ve Şahan, 2011).

Performans sisteminin etkilerinin araştırıldığı bir araştırmada asistanlardan gelen cevaplar çok şaşırtıcıdır. *“Performans sistemi, var olan olumsuz koşullarımızı daha da kötüleştirmekten başka sonuç getirmedi bizim açımızdan. Elbette hastaları bir de “kötü” ve “iyi” diye ikiye ayırmaya yaradı. Yani performans politikası sonucunda az zamanda çok para getiren hasta iyi hastadır. Yani bir hastanın yağ bezesini çıkarmak mı, kalbi duran bir hastayı 45 dakika yeniden yaşatmaya çalışmak mı, tercih edilmelidir? Unutmayın yağ bezesi çıkarmak 500, hastayı yaşama döndürmek 100 puan hangisini tercih edersiniz? Ve de böyle bir tercih yapmak zorunda kalmanız yeterince kötü değil mi?”* (Akkanat, 2017). Performans sisteminin hasta seçimine neden olabileceğini söylemek mümkündür.

Kart (2013), tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerden biri performans sisteminin hastalara olan olumsuz etkisini şu şekilde ifade etmiştir: *“...3. basamakta uzman doktor olarak 10 yıldır çalışıyorum. Puantaj yöntemi var. Herkes birbirinin puanını gözlüyor. Olmayacak puanlar giriliyor. Herkes birbirinin kuyusunu kazıyor gibi. Ne kadar çok puan yazarsam o kadar çok döner sermaye alacağım mantığı var. Şişirme puanlar var... Herkes ne yapabilirim, puanımı nasıl arttırabilirim derdinde. Hekimler arasında rekabet çok arttı. İşin kalitesi düştü. Bence hasta açısından dezavantaj oldu. Daha önceden hastaya 10 dakika ayıracakken şimdi bir dakikada bakıp gönderebiliyorsun. Sonuçta bir puanı var onun. 10 dakikada baksan da bir dakikada baksan da puanı aynı. Hastalar farkında değil.”* Sağlıkta bu iktisadi etkiler, hekimlerin hekimlik yapma kaygısını geri plana itmekte ve birçok gereksiz tahlil, tetkik yapılmasına neden olmaktadır.

Performans uygulaması, hekimin hastasına verdiği etik temelli “değer” kavramının “kâr” nesnesi gibi görülmeye başlandığı ve buna göre davranışların gerçekleştirildiği bir şekle dönüşmektedir. Hasta sayısının ön plana alınması, kaliteyi düşürmekte ve aynı zamanda hastaların bir “müşteri” gibi algılanmasına neden olmaktadır. Önemli olan şeyin bakılan hasta sayısı haline gelmesi, hekimlerin gerek kendisi gerek de çalıştığı kurum için gerekli olan verimlilik şartlarını karşılamak amacıyla çeşitli eğilimler göstermeleri kaçınılmazdır.

2.2.6. Defansif Tıp Uygulamalarının Sonuçları

Defansif tıp uygulamalarının sonuçları üzerine birçok çalışma yapılmış, bu çalışmalarda özellikle pozitif defansif tıp uygulamalar dolayısıyla kaynakların gereksiz kullanımının maliyetlere olan etkisi incelenmiştir (Kessler ve McClellan, 1996; Sethi ve ark., 2012).

Pozitif defansif tıp uygulamaları hastaların gereksiz işlemlere maruz kalmasını ve sonucunda zarar görme riskini de artırmaktadır. Ayrıca tanı koyma sürecinin uzamasını ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamaları ise hastaların alması gereken sağlık hizmetini almasını engellemekte ve telafi olmaz sonuçlara neden olabilmektedir. Yazın alınan bakıldığında, defansif tıp uygulamaların sonuçlarını hasta sağlığına olan etkisi, sağlık harcamalarına olan etkisi ve son olarak da toplum sağlığına olan etkisi olarak ele alınmaktadır.

Hasta Sağlığına Olan Etkisi

Defansif tıp, hekimler tıbbi malpraktis davalarına maruz kalmamak için gereksiz test, prosedür veya konsültasyon talep etme veya alternatif olarak yüksek riskli hastalardan ve prosedürlerden kaçınma davranışlarını gerçekleştirdiklerinde ortaya çıkmaktadır. Malpraktis davalarına maruz kalmamak için gerçekleştirilen defansif uygulamalar, hastalara yarar sağlamak yerine onlara zarar verebilmekte ve malpraktise neden olabilmektedir.

Özellikle negatif defansif tıp uygulamalarının, hasta sağlığını olumsuz etkileme ihtimali daha yüksektir. Riskli hastaları tedavi etme imkanı olduğu halde başka bir kuruma sevk etmek, agresif hastalardan ya da dava açma potansiyelinin olduğunu düşündüğü hastalardan kaçınılması gibi uygulamalar; hastanın sağlık hizmetine erişimini azaltmakta hatta tamamen engellemektedir. Bu durum hastanın tedavisinin

gecikmesine, durumunun kötüleşmesine ve telafisi mümkün olmayan sonuçlara neden olabilmektedir (Tancredi ve Barondess, 1978; Yılmaz ve ark., 2014).

Sağlık hizmetlerinin veya ilaçlarının gereksiz kullanımı hasta sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte, hastalar için ek ve gereksiz riskler oluşturmaktadır (Studdert ve ark., 2005; Catino, 2011; Yan ve ark., 2016). Örneğin enfeksiyonu olan bir hastada savunma tıbbi uygulayan bir doktor antibiyotik süresini uzatabilir, gereksiz geniş spektrumlu antibiyotik veya ajan kombinasyonları reçete edebilir veya antibiyotik direncinin endişe verici yayılmasına katkıda bulunabilecek gereksiz antibiyotik tedavileri reçete edebilir (Vento ve ark., 2018).

Gereksiz istenen görüntüleme işlemlerinde hastanın gereksiz radyasyon alması, yakın vadede alerjik reaksiyonlara ileri vadede ise radyasyon kaynaklı hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu gibi cihazların hastalara verdiği zararları inceleyen bir araştırmada bir hastanın 12 kez BT cihazına girmesi halinde, Hiroşima ve Nagazaki'ye atılan atom bombası sonucunda maruz kalınan radyasyon miktarına denk olduğunu, hatta daha çok miktarda radyoaktif ışınına maruz kalabileceğinden bahsedilmiştir (Berrington ve ark., 2009). Kolombiya Üniversitesinde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre ABD'deki kanser vakalarının %1,5 ila %2'sine çekilen BT'lerin neden olduğu düşünülmektedir (Brenner ve Hall, 2007).

Bir alternatif olarak kullanılması gereken sezaryenini hastalara olumsuz etkileri bulunmaktadır. Doğum kaynaklı malpraktis davaları, defansif uygulamaların önünü açmış, etik ve ekonomik de olmayan, hasta memnuniyetini de olumsuz etkileyen değişimlere sebep olmuştur. Normal doğum komplikasyonlarının bile malpraktis olarak görülmesinin oluşturduğu baskı, defansif uygulamalara yönelimi ve sezaryen doğum oranlarını arttırmıştır (Kurtoğlu ve Kaya, 2019). Türkiye'de 1998 yılında sezaryen oranı %13,9 iken 2008 yılında bu oran %36,7'ye yükselmiştir. Sezaryen doğumlarla mortalite ve morbitite oranlarında önemli kazanımlar olmazken, sezaryene bağlı komplikasyonlarda ve sonraki doğum süreçlerine yönelik olumsuz etkilerinde artışlar görülmektedir (Biçen, 2018).

Sağlık Harcamalarına Olan Etkisi

Defansif tıbbın en önemli etkilerinden birisi de sağlık harcamalarını arttırmasıdır. Özellikle güvence davranışı olan pozitif defansif uygulamaları, tıbben gerekli olmayan tetkik, tahlil ve tedavilerin yapılması sebebiyle ilave masrafları ortaya

çıkarmaktadır. Bu masrafları ya hastanın kendisi ya da sigorta şirketi ödemekte, fakat büyük oranda SGK vasıtasıyla karşılanmakta ve ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenmektedir.

ABD’de ülke çapında yapılan bir araştırmaya göre, defansif uygulamaların mali külfeti 37 milyar dolardır ve tüm giderlerin %14’üne karşılık gelmektedir (Thompson ve King, 1984). ABD’de 1996 yılında sağlık harcamalarında defansif tıbbın maliyeti %5 ila %9’luk bir kısmını oluşturmaktadır (Kessler ve McClellan, 1996). Bazı tahminler ise ABD’de defansif tıp uygulamalarının sağlık maliyetlerini yılda 100 milyar dolar daha arttırdığını ve tüm harcamaların %12’sini oluşturduğunu göstermektedir (Tillinghast-Tower Perrin 2003). ABD’de tıbbi sorumluluk sisteminin maliyeti yıllık 55,6 milyar dolardır ve defansif tıbbın katkısının %82’nin (45 milyar dolar) üzerindedir (Mello ve ark., 2010).

Jackson Healthcare (2010) 2,5 trilyon dolarlık sağlık harcamasının %26 ila %34’ünün defansif uygulamalardan kaynaklandığını bildirmiştir. Bütçe uzmanlarının açıklamalarına göre ise hekimler tarafından uygulanan gereksiz işlemler, ABD bütçesine yıllık 5.4 milyar dolarlık bir mali külfet yüklemektedir (Miller ve ark., 2012). ABD’de yapılan bir çalışmada defansif tıp uygulamalarının yıllık maliyeti 210 milyar dolardır (Sulmasy ve Weinberger, 2014). Yapılan başka bir çalışmada defansif uygulama başına ortalama maliyet 226 dolar olarak hesaplanmıştır (Rothberg ve ark., 2014).

Ülkemizde defansif uygulamaların maliyetlerine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat yukarıda bahsettiğimiz sonuçlardan hareketle bu uygulamaların yüksek maliyetlere neden olduğu ve sağlık harcamalarını artıracığı aşîkârdır. Defansif tıp uygulamaları sonucunda ortaya çıkan maliyetler, sağlık harcamalarını artıran önemli sebeplerden biridir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından defansif uygulamaların önlenmesi veya bu uygulamaların en az seviyeye indirilmesi önemlidir.

Toplum Sağlığına Etkileri

Ülkemizde aile hekimliği sistemi ile kişilere koruyucu, tanı ve tedavi hizmetlerinin verilmesi amaçlanmaktadır. Fakat aile hekimleri malpraktis endişesi gibi çeşitli sebeplerden ötürü kendi imkânları ile tedavi edebileceği kişileri üst basamaktaki sağlık kurumlara yönlendirmektedir. Bunun sonucunda işgücü kayıpları yaşanmakta,

tekrarlı veya gereksiz testlerin yapılması, invaziv işlemlerde artışlar ve sağlık hizmet maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Üstü ve Uğurlu, 2015).

Defansif uygulamalar bazı kurumların hasta yoğunluğunu artıracaktır. Bunun sonucunda hasta beklemeleri artacak, hastalara ayrılan süre kısalacak ve gerçekten nitelikli sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kesimin hizmet alması gecikecektir. Ayrıca, sağlık maliyetlerini arttırması sonucunda, ilerleyen dönemlerde hastaların ceplerinden daha fazla ödeme çıkmasına da neden olabilir.

Hekimleri defansif uygulamalara yönelten temel sebebin dava edilme endişesi olduğu bilinmektedir. Bu endişe, hekim adaylarının uzmanlık seçimlerine bile yansımaktadır. Kaya ve arkadaşları (2014), 13 tane uzmanlık dalının TUS puanlarının 2007-2013 yılları arasındaki değişimini incelemiştir. Hekimlerin TUS tercihlerinde değişimler olduğu gözlenmiştir. Tıbbi biyokimya, tıbbi mikrobiyoloji puanları yükselirken; genel cerrahi, kadın hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi bölümlerin puanlarında düşüşler olduğu görülmüştür.

Kasap ve arkadaşları (2015), de çalışmalarında benzer bulgulara erişmiştir. Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda yüksek riskli uzmanlıkların tercih edilme önceliği değişmiştir. Eskiden bu uzmanlıklar daha yüksek puanlara sahip olanlar tarafından tercih edilirken, günümüzde daha az riskli uzmanlıkların tercih edildiği görülmektedir.

Defansif tıbbın, TUS'a yansması daha düşük riskli uzmanlık dallarının öncelikle tercih edilmesi olmaktadır. Bu çalışmalardan hareketle TUS tercihlerindeki bu değişimlerden kaynaklı gelecekte branşlar arasında dengesizliklerin yaşanabilir ve sağlık hizmet sunumunda aksaklıklara neden olabilir. Ayrıca, riskli branşların tercih edilmemesi sonucunda ilerleyen dönemlerde bu branşlarda nitelikli hekim bulmak güçleşebilir, bazı ameliyatlara yapılması mümkün olmayabilir, bu hekimlere belirli bir ücret karşılığında ulaşmak gerekebilir ve ortaya bir halk sağlığı sorunun çıkmasına neden olabilir. Nitekim Yeşiltaş (2018)'in çalışmasında, defansif tıbbın sonuçlarından birisi de başarılı hekim bulmanın zorlaşacağı ve bu kişilere belirli bir ücret karşılığında ulaşılabilceği sonucudur.

2.2.7. Defansif Tıp ve Türkiye'deki Yasal Mevzuat

Defansif tıp uygulamalarının hukuki sonuçları, bu uygulamaların yapısından kaynaklanmaktadır. Defansif tıbbın özünde gerekli olan işlemlerin yapılmaması veya

gereksiz işlemlerin yapılması yer almaktadır. Hekimin görevi ise işlemleri “yeterince” gerekli olan ölçüde uygulamaktır.

Defansif uygulamaların yarattığı birçok olumsuzluk bir yana, bu uygulamalar esasında hasta haklarına aykırı; etik dışı ve yasal sorumluluklar doğurucu uygulamalardır (Odabaşı ve ark., 2008). Hastalarda zararlara neden olabilecek defansif uygulamalar incelendiğinde, çoğu defansif uygulamanın malpraktiste olduğu gibi Türk Ceza Kanunu’nda yer alan “taksirle yaralama ve ölüme sebebiyet verme” hükümlerinin unsurlarını barındırdığı fark edilmektedir. Genel hukuk kuralları çerçevesinde yaptırımsal neticeleri düzenleyen hukuki, cezai ve idari sorumluluk boyutları bulunmaktadır (Yılmaz ve ark., 2014). Üç şekilde de hekim yaptırımla karşı karşıya kalabilmektedir. Fakat bu yaptırımlar birbirinden oldukça farklı niteliktedir. Hukuktaki temel prensip, bir kişinin bir eyleminden dolayı bir kez cezalandırılması olsa da, bazı durumlarda kişinin eyleminin birçok boyutu olabilmekte ve her boyut sebebiyle ayrı bir sorumluluk ortaya çıkabilmektedir (Hakeri, 2007).

1. Cezai Sorumluluk

Bir fiilin suç olarak cezalandırılabilmesi için; o fiilin hukuka aykırı, kusurlu ve karşılığında yasalarda ceza öngörülmüş bir eylem olması gerekmektedir. Defansif uygulamalar meslek etiği ile uyuşmamaktadır. Hekimler görevlerini yerine getirmemekte veya görevlerini ihmal etmektedir. Defansif uygulamaların türlerine göre uygulanması gereken ceza hükümleri, malpraktis sonucunda uygulanması gereken hükümlerle neredeyse benzerlik göstermektedir (Yılmaz, 2014).

a. Kasten İşlenen Suçlar Bakımından Sorumluluk

Kast, “amaçlama, yönelme” anlamına gelmektedir. Kast, “suç teşkil eden bir eylemi gerçekleştirmeyi isteyerek ona yönelmektir” (Dedeoğlu, 2012). 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 21.’inci madde 1.fıkra “*Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir*” şeklinde ifade edilmiştir. Doğrudan kast ve dolaylı (olası) kast olarak iki çeşidi bulunmaktadır. Doğrudan kastta kişinin bilerek ve isteyerek, sonuçlarını öngörerek fiili gerçekleştirmesidir. Dolaylı (olası) kastta ise, kişi fiilin sonucunu öngörmekte fakat sonucun gerçekleşmesini engellemek için herhangi bir çaba göstermemektedir. Bu sebeple kişinin fiili ile ortaya çıkan sonuç arasında direkt bir ilişki olmasa da muhtemel bir bağ bulunmaktadır. Kişinin bu muhtemel sonuçtan

haberdar olması sebebiyle kast söz konusu olabilmektedir. Örneğin hekimin müdahale etmemesi sebebiyle acil bir hastanın ölmesi “kasten adam öldürme”; hekimin kötü sonucu istememekle beraber rıza göstermesi (sakat kalırsa kalsın-ölürse ölsün) düşüncesiyle hareketi ise olası (dolaylı) kast olarak değerlendirilmektedir (Akkanat, 2017).

Öldürme suçu sadece icrai bir davranışla gerçekleştirilmez, ihmali bir davranışla da ortaya çıkabilir. İhmalden kasıt, “taksir” yani özensizlik değil, hareketin şekli olan ihmaldir. “*Kasten Adam Öldürme Suçunun İhmali Davranışla İşlenmesi*” TCK madde 83 ile “*Kasten Yaralama Suçunun İhmali Davranışla İşlenmesi*” ise madde 88’de yer almaktadır. Bu sebeple TCK m.83 ve m.88 bakımından sağlık çalışanlarının sorumlu tutulabilmesi için, ihmalin kasti olması gerekir. Yani, hastanın ölmesi veya yaralanması için ihmali davranışta bulunan sağlık çalışanları için TCK m.83 ve m.88 uygulanacak; fakat hastanın ölmesini veya yaralanmasını istemediği halde, ihmali bir davranış olan sağlık çalışanları için TCK m.85 ya da m.89 uygulanacaktır (Hakeri, 2012).

“Hekimin sağlık kurumuna başvuran hastaya bakma yükümlüğü mevcuttur. Eğer hekim belirttiğimiz şekilde yani ihmali, icrai bir davranış karşılayacak şekilde, negatif defansif davranışlarla hastaya bakmaktan kaçınır ve hasta hayatını kaybederse; ihmali davranışla insan öldürme suçu işlenmiş sayılır. Fakat hekim bu yükümlülüğünün gereği olan icrai davranışta bulunmaması sonucunda, hastanın ölebileceğini öngörmüş ise hekimi; olası kastla ya da net bir şekilde biliyorsa kastla, objektif özen yükümlülüğüne aykırı olarak öngörememişse; taksirle işlenmiş öldürme suçundan yükümlü tutmak gerekecektir.” (Yılmaz ve ark., 2014).

b. Taksirle İşlenen Suçlar Bakımından Sorumluluk

Taksir: kusur, kabahat, işi eksik yapma ya da bir işi yapabilecekken sakınıp yapmama anlamlarına gelen Arapça kökenli bir kelimedir (Çiftcioğlu, 2013). 5237 Sayılı TCK’nin 22.maddesinin 2. fıkrasında “*Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir*” şeklinde ifade edilmiştir (TCK, 2004).

TCK’nin 22.maddesinde iki ayrı taksir kavramından bahsedilmektedir. Bunlar: Basit taksir ve bilinçli taksirdir. Basit taksirde suçu işleyen kişi gereken dikkat ve özeni göstermemiş olması sebebiyle suçun kanunda belirtilen neticesini öngörememesidir.

Bilinçli taksirde ise suçu işleyen kişi davranışının sonucu öngörmekte; fakat bu sonuçların gerçekleşmeyeceği düşüncesi ile hareketini sürdürmektedir (Özçetin ve Balaban, 2015; Birtek, 2015).

Defansif tıp türlerine göre cezai sorumluluk şu şekilde olabilir. Pozitif defansif tıp uygulamalarında; hastaları fazla bilgilendirme, hasta takiplerini çoğaltma gibi uygulamalarda hastada zarara neden olamayacağı için cezai anlamda irdelenmek mümkün değildir. Fazladan konsültasyon talepleri ve endikasyonsuz hasta yatışları tıp etiği açısından sakıncalı ve bazı durumlarda özel hukuk alanında sorumluluk doğurucu uygulamalar olsa bile neticeleri itibariyle çok büyük bir kısmı, (5237 sayılı TCK'nin 257.maddesinin uygulama alanı bulduğu durumlar haricinde) ceza hukukuna girmez. Pozitif uygulamalardan gereksiz ilaç yazma ve girişimsel müdahaleler çerçevesinde gelişen ekstra test ve tahlillerin istenmesi ise hastanın vücut bütünlüğü açısından zarar görme riskine sahip olduğundan cezai sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Yılmaz, 2012; 2014).

Negatif defansif tıp uygulamalarının hemen hemen hepsinde, hekim gerekli teşhis ve tedavi imkanlarına sahip olduğu halde; kaçınma, ihmal, hareketsiz kalma gibi hekimlik mesleğine uygun olmayan davranışlar sergilemektedir. “Hekim, defansif amaçla kaçınma davranışlarını uygularken, hastanın zarar görebilme ihtimalini yeterli dikkat ve özeni göstermemesi nedeniyle öngörememiş ve hasta, hekimin kendisinden kaçınması ya da başka bir sağlık kurumuna sevk etmesi neticesinde, geçen zaman ya da bu eylemle direk bağlantılı bir sebepten zarar görmüşse; hekimin taksirli davranışı gündeme gelecektir. Hekimin kaçınma eylemi ile hastada oluşan olumsuz netice arasında nedensellik bağının bulunduğunu kabul ederek, hastanın yaralanması durumunda 5237 Sayılı Kanun'un 89. maddesi gereğince taksirle yaralama suçundan; hastanın hayatını kaybetmesi durumunda ise; Yasanın 85.maddesi gereğince taksirle öldürme suçundan, hekim cezalandırılabilir. Hekim, hastayı sevk etme ya da hastaya bakmaktan kaçınma davranışıyla hastanın zarar görebileceğini öngörüyor fakat neticenin ortaya çıkmasını istemiyorsa; bilinçli taksirin varlığı mevcut olacak ve yasanın 22. maddesinin 3. fıkrası gereğince alacağı ceza, üçte bir oranından yarı oranına kadar arttırılabilir.” (Yılmaz ve ark., 2014).

Hekimin uzmanlık alanına bakmaksızın acil durumlarda hastaya müdahale etme zorunluluğu vardır. Acil bir durumda hasta hangi sağlık kurumuna giderse gitsin sosyal güvencesine ve ödeme gücüne bakmaksızın müdahale edilmesi zorunludur. Konu ile

alakalı düzenleme “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nin 57. maddesinde “*Ağır ve acil müdahaleyi gerektiren hastalar müracaatları halinde yataklı tedavi kurumlarına sosyal güvencesine bakılmaksızın derhal kabul edilir. Gereken her türlü tıbbi müdahaleler zamanında yapılır, işlemleri daha sonra tamamlanır.*” şeklindedir. Hekimin acil durumlarda hastanede yer olmaması nedeniyle hastayı sevk etmesi veya ödeme gücü olmayan acil hastaya müdahale etmemesi sebebiyle hastanın zarar görmesinde hekimin cezai sorumluluğu ortaya çıkacaktır. Sonuca göre TCK’nin 81/ 83 /85/ 88/ 89 ya da 257.madde kapsamında yargılanacaktır (Dedeoğlu, 2012).

2. Hukuki Sorumluluk (Tazminat Sorumluluğu)

Hekim ve sağlık kurumları defansif tıp uygulamalarından dolayı karşılaştıkları cezai, idari yaptırımlar dışında, hastanın zarara uğraması halinde tazminatla da yükümlüdürler. Bu sorumluluk, oluşan zararı tazmin etmeye yöneliktir ve ceza davasının sonucundan bağımsızdır. Hasta ya da hasta yakınları, haksız fiilden veya sözleşmeden kaynaklı hakları sebebiyle maddi ve manevi tazminat talebinde bulunabilmektedirler. Eğer kusurlu eylem neticesinde hasta ölmüşse ölenin maddi ve manevi desteğinden mahrum kalan yakınlarının tazminat hakkı doğmaktadır (Kalaman, 2019).

Hastanın vücut bütünlüğünün bozulmasından, sırlarının açığa çıkarılması gibi sebeplerle duyduğu acı, ıstırap ve yaşadığı maddi kayıplar için kamu görevlisi olmayan hekim ve sağlık kurumundan, hatta Sağlık Bakanlığı’nın denetim eksikliği varsa bakanlıktan (devletten) tazminat isteme hakkına sahiptir (Selçuk, 2015). Hekimin kamu görevlisi olma durumunda ise, hasta ile idare arasında idare hukuku hükümlerinin amir olduğu bir ilişki kurulacağından sorumluluk idare üzerinde olacaktır, zarara uğrayan kişinin idareye karşı tam yargı davası açması gerekmektedir.

2.2.8.Defansif Tıp Uygulamalarının Önlenmesi

Hekimler, malpraktis davalarının artması sonucunda artık her hastaya, potansiyel davacı gözüyle bakmaya başlamışlardır. Hekimlerin, hasta bakarken dava edilme kaygısının hep akıllarında oluşunu: “*Üzücü olan şu ki; hekimlerin iki gözü de hastaların üzerinde olması gerekirken bir gözü de mahkemelerdedir.*” sözü en iyi şekilde ifade etmektedir. Hekimlerin yaşadığı bu kaygı, defansif uygulamalara neden olmaktadır. Defansif tıbbın büyük bir sorun haline geldiği ABD’de defansif uygulamaların önlenmesi için çeşitli reformlar gündeme gelmiştir. Bu reformlarda:

“hasta tazminat fonları”, “sağlık hizmeti sunanların sorumluluklarının sınırlandırılması”, “kurumsal sorumluluk”, “özür dileme kanunları”, “kusura dayalı olmayan sorumluluk”, “sağlık mahkemeleri” ve “erken çözüm önerisi kanunları” gibi düzenlemeler yer almaktadır (Işık, 2018).

Haksız Fiil Reformları (Tort Reformları)

Tıbbi malpraktis sigortası primlerindeki artışlar ve firmaların malpraktis sigortası pazarından çıkmasıyla “malpraktis krizi” ortaya çıkmıştır. ABD’de 1970’lerde başlayan bu kriz üç dalga halinde gerçekleşmiştir. Her dalga, bundan böyle birçok eyalette “Haksız Fiil Reformları (Tort Reform)” olarak anılacak olan haksız fiil kanunlarında değişiklik yapılmasını teşvik etmiştir. Tıbbi malpraktis sorumluluğuna sınırlamalar getirilmiştir. İbre artık aksi yöne dönmeye başlamıştır. Fakat Avrupa ülkeleri için henüz geçerli değildir. Avrupa’da doktor sorumluluğu ilkesi benimsenmiş olsa da, milyonlarca tazminat cezalarına hükmedilmemiştir (Honsell ve Topuz, 2010).

Haksız fiil reformu, haksız fiil davalarını veya zararlarını azaltmayı amaçlayan yasal değişiklikleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Çoğu haksız fiil reformu, birkaçını saymak gerekirse; tüm işkenceler, iftiralar, ihmaller, sahtekârlık ve tıbbi yanlış uygulamalarla ilgili yasa değişikliklerini kapsamaktadır (Danzon, 1984). Tekrarlayan tıbbi sorumluluk sigortası krizlerine yanıt olarak birçok eyalet meclisi tarafından kabul edilen haksız fiil reformları, davacıların aşırı tazminat istemini azaltmayı ve anlamsız iddiaların yapılmasını caydırmayı amaçlamaktadır (Danzon, 2000). Hekimlerin haksız eylemlerden dolayı dava edilme ve ağır yaptırımlarla karşılaşma korkusuyla defansif tıba yönelmelerini önlemek için bu reformlar yapılmıştır. Sethi ve arkadaşları (2012), tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %77’si önemli tıbbi sorumluluk reformu yürürlüğe girdiğinde defansif tıp uygulamasını azaltacağını veya kullanmayı bırakacağını ifade etmiştir.

Defansif tıbbın, sağlık bakım maliyetlerini arttırdığı düşünülürse haksız fiil reformunun özellikle pozitif defansif tıp uygulamalarını azaltarak maliyetleri düşüreceği iddia edilmektedir. Ayrıca reformların, hekim arzını arttırarak hekimlerin riskli prosedürler gerçekleştirme ve daha yüksek riskli hastaları alma isteklerini arttıracığı bakıma erişimi artıracığı ve negatif defansif tıp uygulamasını azaltacağı ileri sürülmüştür (Mello ve Brennan, 2009).

Tort reformlarının tıbbi malpraktis primleri üzerindeki etkilerine ilişkin çalışmalar benzer sonuçlar vermektedir. Kilgore ve arkadaşları (2006), reformların tıbbi malpraktis sigorta primleri üzerindeki etkisine odaklanmıştır. Yeni bir hasar sınırının getirilmesinin iç hastalıkları, genel cerrahi ve kadın doğum için uygulanan malpraktis primlerini sırasıyla %17,3, %20,7 ve %25,5 oranında azalttığını bulmuştur. Hasar sınırlarını 100.000 \$ azaltmak primleri de %4 düşürmüştür.

Reform çabalarının odağı, sigortalının uğradığı zarar miktarını azaltacak çeşitli tedbirler olmuştur. Sigorta şirketinin üstlendiği zarar miktarındaki azalmanın, genellikle mağdur taraflara daha az para ödeneceğini ima ettiğini unutmamalıyız. Tort reformu genellikle sıfır toplam bir oyun değildir, çünkü tıbbi hataların azaltılması sigorta primlerini, bakım maliyetlerini ve doktor davranışını etkileyecektir. Doktor davranışlarının değişmesi defansif uygulamaların azalmasına dolayısıyla; maliyetlerin azalması, pozitif uygulamalardan kaynaklı hastaların çeşitli risklere maruz kalması, negatif uygulamalardan kaynaklı tedaviden yoksun kalmaları da azalacaktır.

Mahkeme Dışı Çözüm Yolları

Mahkeme dışı çözüm yolları, ülkelerin hukuk sistemine ve uyuşmazlığın niteliğine göre uygulama imkânı bulur. En yaygın olanları ise: Arabuluculuk, uzlaşma ve sulhtur. Bu çözüm yollarından hangisinin kullanılacağına uyuşmazlığın niteliğine göre yargıya başvurmadan önce ya da yargı sürecinde hâkim önerisi ile karar verilebilir. Alternatif çözüm yollarının önerilmesinde temel amaç yargıya başvurmadan hallolabilecek sorunların yargıya taşınmadan çözülmesiyle, yargının temel görevini yerine getirmesini sağlamaktır. Ayrıca, bu süreçler hekim ve zarara uğrayan kişi için de oldukça yorucu olmaktadır. Sorunların, yargıya ulaşmadan kısa sürede çözülmesi her iki tarafı da memnun edecektir (Işık, 2018).

Yargısal Çözüm Yolları

Tıbbi hatalar ile ilgili mahkemelerde görevli kişilerin sağlık hizmetleri alanında uzman kişiler olması önerilmektedir. Sağlık, yüksek riskleri olan ve bilgi asimetrisinin üst seviyede olduğu bir alandır, bu sebeple hatalı yargı kararları alınabilmektedir. Harvard Üniversitesi'nin, "*Güvenilir Tıbbi Adalet Sistemi Projesinin Tasarımı*" (*Design of a Reliable System of Medical Justice Project*) konusunda yapılan bir çalışmada, malpraktis uygulamalarından kaynaklanan tazminat davalarının çözülmesi için "alanında uzmanlaşmış sağlık mahkemeleri" önerilmektedir. Haksız yere sorumlu

tutulma kaygısı yaşıyan hekimlerin, alanında uzmanlaşmış ve tarafsız bilirkişilerin yer aldığı sağlık mahkemelerinde yargılanırken kendilerini daha güvende hissedecekleri ileri sürülmektedir (Selçuk, 2015; Karakuş, 2019).

Kanıt Dayalı Çözümler

Kanıt dayalı tıp ve klinik kılavuzlar; hekimlerin tanı ve tedavi sürecinde karar almasına yardımcı olan kanıt, deneyim, yol ve yöntemleri ifade eden güncel yaklaşımlardır. Günümüzde birçok uzmanlık dalının gerek ulusal gerek de uluslararası dernekler tarafından tanı ve tedavi süreçlerine yönelik çok sayıda kılavuz yayınlanmıştır. Davalarda önemli olan şey, hekimin tıp bilgisi dâhilinde karar almasıdır. Hekim kararını bilimsel gerekçelerle açıklayabilirse, sonucun hekim lehine olması muhtemeldir (Selçuk, 2015).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık kurumlarında da yaşanan şiddet olayları her geçen gün artmaktadır. Hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanları sık sık şiddet yaşamaktadır. Kişilerin sabırsız olması, çift yönlü bir iletişim kurulamaması, şiddetin çözüm olarak görülmesi, medyada şiddetin yüceltilmesi gibi sebeplerle sağlık çalışanları şiddetle karşı karşıya kalmaktadır. Artan hasta yoğunluğu, dava ve şikâyetler, sağlıkta şiddet gibi olumsuz durumlar sebebiyle hekimler kendilerini korumaya alma ihtiyacı hissetmekte ve defansif tıp uygulamalarına yönelmektedir. Sağlık hizmet sunumunda hekimler arzı belirleyen güçtür. Bu sebeple sağlık hizmetleri çoğunlukla hekimlerin kontrolünde sunulmaktadır. Defansif tıp, hekim-hasta-sağlık sistemi açısından önemli çıktıları olan bir kavramdır. Defansif tıp uygulamaları sağlık harcamalarını, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Bu araştırmada, hekimlere hasta veya hasta yakınları tarafından uygulanan ya da uygulanma riski bulunan şiddetin, hekimleri tanı ve tedavi süreçlerinde defansif tıp uygulamalarına yöneltip yöneltmediğinin incelenmesi temel olarak amaçlanmıştır. Ayrıca, hasta veya hasta yakınlarını şiddete iten sebeplerin neler olduğu, şiddetin sonuçları ve şiddeti önlemek için neler yapılabileceği konusunda önerilerin alınması; Hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelten sebeplerin neler olduğu, defansif uygulamaların sonuçları ve defansif uygulamaların önlenmesi için öneriler almak araştırmanın ikincil amaçlarını oluşturmaktadır.

Hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelten nedenlerden birinin de sağlıkta yaşanan şiddet olaylarının olup olmadığının araştırılması ve bu durumu inceleyen sadece bir tane çalışmaya rastlanılması bu araştırmayı önemli kılmaktadır. Defansif tıbbın, uygulamada sıkça tartışılan bir konu olmasına rağmen ulusal yazında ayrıntılı olarak incelenmemiş bir konu olması, bu araştırmanın önemini artırmaktadır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler

Araştırma; Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi olmak üzere Samsun'un üç büyük kamu hastanesinde yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Etik Kurul İzni

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış olup gerekli izin belgesi alınmıştır. Etik kurula sunulan “B.30.2.ODM.0.20.08/865-943 sayılı “Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma” başlıklı OMÜ KAEEK 2019/761 Karar nolu araştırma projesi 14.11.2019 tarihli etik kurulunda incelenip etik açıdan uygun bulunmuştur (Ek-1).

Ayrıca, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden 27.12.2019 tarihli ve 61646299-28741 sayılı yazı ile gerekli izin alınmıştır (Ek-2). Son olarak ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden gerekli izin alınmıştır (Ek-3).

3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesinde hizmet veren, araştırmaya gönüllü 30 hekimin katılımı ile yapılmıştır. Bu sebeple elde edilen bulgular, verilerin toplandığı bu hastanelerde hizmet veren hekimlerin vermiş oldukları cevaplar ile sınırlıdır.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik bir sürecin izlendiği araştırma türüdür.

Araştırmanın evreni Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesinde hizmet verenler hekimlerden oluşmaktadır. Nitel araştırmalar genellikle uzun görüşmeler gerektirmekte ve araştırılan olguyu deneyimleyen kişi sayısının az olmasından kaynaklı örnekleme alınan kişi sayısı daha az olmaktadır. Bu araştırmalardan elde edilen sonuçların evrene genelleme gibi bir amaç olmadığından, örneklemin seçiminde istatistiksel temsil edilebilirlik yerine örneklemin bütünsel olarak anlaşılması amaçlanmaktadır. Nitel araştırmalarda önemli olan, örneklem sayısının büyüklüğü ya da küçüklüğü değil, örneklemin araştırmacının ihtiyaç duyduğu bilgiyi karşılayıp karşılamadığıdır. Gerekli olan bilgilere ulaşıldığında

araştırma tamamlanmaktadır (Xhaxhaj, 2019). Nitel araştırmalarda örneklemin orijinalliğini sağlamak adına amaçlı ve kontrollü örnekleme teknikleri daha çok tercih edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu araştırmada nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan ölçüt örnekleme kullanılarak en az üç yıllık tıp mesleği deneyime sahip ve farklı bakış açılarını yansıtmaları amacıyla farklı branşlardaki 30 hekim örnekleme alınmıştır.

3.2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak ise konu ile ilgili literatür taramalarından ve ilgili uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu Ek 5’te mevcuttur. Araştırmanın tamamı, baştan sona değin, araştırmacı tarafından bizzat gerçekleştirilmiştir.

3.2.3. Veri Toplama Süreci

Görüşme yapılmadan önce ilgili kişilerden randevu alınmıştır. Görüşmeye başlamadan araştırma ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapılmış ve araştırmaya katılımları için onayları alınmıştır. Verilerin sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, katılımcıların kimliklerinin gizli tutulacağı belirtilmiştir. Görüşmenin daha sağlıklı ve hızlı yapılabilmesi için katılımcıların onay ve rızası alınarak ses kaydı yapılmıştır. Katılımcılar İçin Yazılı İzin Formu Ek 4’te mevcuttur. Ayrıca formda istediği zaman kaydı durdurabilme veya istemediği soruları cevaplamama gibi seçeneklerinin bulunduğu da ifade edilmiştir. Görüşmeler 01 Mart – 15 Temmuz 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada yüz yüze görüşme tekniği kullanıldığından elde edilen veriler sözel ifadeler şeklindedir. Sözel verilerin analizinde çok farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu analizlerde rakamların yerini sözcükler, cümleler ve paragraflar almaktadır (Yeşiltaş, 2018). Verilerin analizinde nitel veri analizi yöntemlerinden betimsel analiz ve içerik analizi kullanılmıştır. Betimsel analiz elde edilen verilerin önceden belirlenen temalara göre özetlendiği ve yorumlandığı bir yöntemdir. Bu tür analizde amaç, elde edilen bulguların düzenlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde okuyucuya sunmaktır. Bu nedenle elde edilen veriler, önce sistematik ve açık bir biçimde betimlenir. İçerik analizinde ise amaç toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere

ulaşmaktır. Betimsel analizde özetlenen ve yorumlanan veriler, içerik analizi ile daha derin incelemeye tabi tutularak betimsel analizle fark edilemeyen kavram ve temalara ulaşılmaya çalışılmaktadır. Betimsel analiz dört aşamada gerçekleştirilir;

1. Betimsel analiz için bir ereve oluşturma: Araştırma konusundan, sorularından veya görüşme/gözlemlerden elde edilen sonuçlardan hareketle verilerin analizi için genel bir ereve oluşturulur.

2. Tematik çerçeveye göre verilerin işlenmesi: Belirlenen çerçeveye göre veriler okunur ve tasnif edilir. Kullanılması planlanan direkt alıntılar seçilir.

3. Bulguların tanımlanması: Düzenlenen verilerin tanımlandığı, doğrudan alıntılar ile desteklendiği aşamadır.

4. Bulguların yorumlanması: Bulguların açıklandığı ve anlamlandırıldığı aşamadır. Bulgular arasındaki sebep-sonuç ilişkisi ortaya koyulmaktadır (Yıldırım ve şimşek, 2013).

Görüşmelerden elde edilen veriler bilgisayar aracılığıyla yazıya geçirilmiş ve ham veriler elde edilmiştir. Görüşme formundaki sorulara göre elde edilen veriler gruplandırılmıştır. Gruplandırılan bu verilere içerik analizi yapılmıştır. Analizler yapılırken ve alıntılar kullanılırken hekimlerin gerçek adları belirtilmemiş olup, kodlamalar kullanılmıştır.

4. BULGULAR

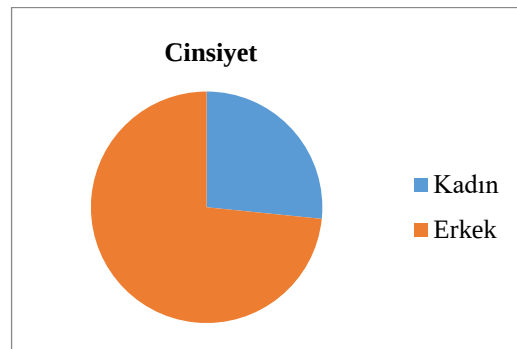
Bu bölümde tanımlayıcı bulgulara ve yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulgularda parantez içindeki ilk sayı kaç hekimin aynı cevabı verdiğini ifade etmektedir. Örneğin, (10/30) şeklindeki bir ifadede parantez içindeki 10 sayısı cevap veren hekim sayısı, 30 sayısı soru yöneltilen hekim sayısını ifade etmektedir. Ayrıca araştırmanın bulguları “Tablo 6.1. Araştırma Bulguları” adlı tabloda ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmanın katılımcıları cerrahi tıp bilimleri ve dahili tıp bilimleri alanında görev yapan 30 hekimden oluşmaktadır. Cerrahi tıp bilimlerinden çeşitli unvanlarda; 4 anestezi ve reanimasyon hekimi, 1 ortopedist, 1 kadın doğum uzmanı, 2 göz hastalıkları uzmanı, 2 üroloji uzmanı, 2 plastik ve estetik cerrah, 2 kalp ve damar cerrahı, 2 göğüs cerrahı ve 1 algoloji hekimi katılmıştır. Dahili tıp bilimlerinden çeşitli unvanlarda; 3 acil tıp hekimi, 1 dermatolog, 1 kardiyolog, 2 fizyoterapist, 2 aile hekimi, 2 psikiyatrist, 1 göğüs hastalıkları hekimi, 1 iç hastalıkları hekimi katılmıştır.

Katılımcılardan 6’sı Samsun Gazi Devlet Hastanesi’nde, 6’sı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, 18 tanesi ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışmaktadır.

Hekimlik yılı 3 ila 42 yıl arasında değişmekle birlikte çoğunluğu yani 30 hekimin 25 tanesi 10 yıldan daha uzun süredir hekimlik yapmaktadır.



Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı

Tablo 4.1. Katılımcılara ilişkin bilgiler

No	Hekim	Cinsiyet	Birim	Uzmanlık	Unvan	Hekimlik yılı
1	H1	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Acil tıp	Dr. Öğr. Üyesi	10
2	H2	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Anestezi ve reanim.	Uzman Dr.	21
3	H3	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Plastik ve estetik cerrahi	Doçent Dr.	23
4	H4	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Göğüs cerrahisi	Dr. Öğr. Üyesi	12
5	H5	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Göğüs hastalıkları	Profesör Dr.	32
6	H6	Kadın	Cerrahi tıp bilimleri	Anestezi ve reanim.	Doçent Dr.	25
7	H7	Kadın	Cerrahi tıp bilimleri	Kadın doğum	Uzman Dr.	20
8	H8	Kadın	Dahili tıp bilimleri	Acil tıp	Pratisyen Dr.	3
9	H9	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Psikiyatri	Asistan Dr.	3
10	H10	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Algoloji	Dr. Öğr. Üyesi	13
11	H11	Kadın	Cerrahi tıp bilimleri	Anestezi ve reanim.	Profesör Dr.	31
12	H12	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Kalp ve damar cerrahisi	Profesör Dr.	38
13	H13	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Kalp ve damar cerrahisi	Doçent Dr.	13
14	H14	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Plastik ve estetik cerrahi	Dr. Öğr. Üyesi	12
15	H15	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Acil tıp	Pratisyen Dr.	3
16	H16	Kadın	Dahili tıp bilimleri	Dermatoloji	Uzman Dr.	10
17	H17	Kadın	Dahili tıp bilimleri	Fizik ve tedavi	Asistan Dr.	4
18	H18	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Üroloji	Profesör Dr.	40
19	H19	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Üroloji	Uzman Dr.	33
20	H20	Kadın	Dahili tıp bilimleri	Kardiyoloji	Uzman Dr.	30
21	H21	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Aile hekimi	Uzman Dr.	10
22	H22	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Anestezi ve reanim.	Dr. Öğr. Üyesi	11
23	H23	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Göğüs cerrahisi	Profesör Dr.	42
24	H24	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Göz hastalıkları	Uzman Dr.	15
25	H25	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Psikiyatri	Uzman Dr.	10
26	H26	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Ortopedi	Asistan Dr.	5
27	H27	Erkek	Cerrahi tıp bilimleri	Göz hastalıkları	Uzman Dr.	18
28	H28	Kadın	Dahili tıp bilimleri	İç hastalıkları	Uzman Dr.	15
29	H29	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Aile hekimi	Uzman Dr.	20
30	H30	Erkek	Dahili tıp bilimleri	Fizik tedavi	Uzman Dr.	22

4.1. Sağlıkta Şiddet

Sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamalarına ilişkin görüşlerin toplandığı bu araştırma 2 ana tema olarak hazırlanmıştır. İlk ana tema “sağlıkta şiddet” olarak adlandırılmıştır. Yarı-yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler ile hekimlerin

sağlıkta şiddete ilişkin görüşlerine ulaşılmıştır. Sağlıkta şiddet ana teması altında toplanan alt temalar aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 4.2. Sağlıkta şiddet ana temasının alt temaları

Sağlıkta Şiddet
Hekimlerin Şiddete Maruz Kalma Durumları
Şiddeti Uygulayanlar
Sağlıkta Şiddetin Nedenleri
Sağlıkta Şiddetin Sonuçları
Sağlıkta Şiddeti Önlemek İçin Öneriler
Kurumun Güvenlik Önlemlerinin Yeterliliği
Hukuki Yaptırımların Yeterliliği
Tıp Hukuku

4.1.1. Hekimlerin Şiddete Maruz Kalma Durumları

Hekimlerin şiddete maruz kalma durumlarını öğrenmek amacıyla sorulan soruda hekimlerin neredeyse tamamı (25/30) şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Hekimler (25/30) özellikle sözel şiddete maruz kalırken, (10/30) tanesi ayrıca fiziksel şiddete de maruz kalmıştır. Şiddete maruz kalmadığını ifade eden 5 hekim ise çevresinde şiddet olayına tanık olmuştur. Zaten hekimlerin büyük bir çoğunluğu çevrelerinde sözel veya fiziksel şiddete tanık olduklarını ifade etmişlerdir. Konu ile ilgili bazı katılımcı görüşleri;

“Sözel şiddete sıklıkla maruz kalıyorum. Fiziksel şiddete neredeyse maruz kalıyordum, beyaz kodum var 3-4 tane.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 sözel şiddete sıklıkla maruz kaldığını, 3-4 tane beyaz kod bildiriminin bulunduğunu ifade etmiştir.

“Acil serviste pratisyen hekim olarak çalıştığım zamanlarda fiziksel de sözel de şiddete maruz kalmıştım.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 görevini yaparken sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.

“Kadın olduğum için fiziksel şiddetten çok, sözel şiddete maruz kalıyorum. Burada da bir cinsiyet ayrımcılığı var.” (H20, Kadın, Kardiyoloji)

H20 kadın hekimlerin fiziksel şiddete oranla daha çok sözel şiddete maruz kaldığını ifade etmektedir.

“Sözel şiddete maruz kaldım birçok kez ama davalık olduğum bir kişi. Beyaz kodum var, hatta şuan bir davam var avukatım davama devam ediyor. Bağımlılık yapan bir ilacın bağımlısıydı, ilacı yazdıramamış bana geldi. Benim yapabileceğim bir şey yok, doktorun ilaç yazmasına ben karışamam, muayene olmadıysan muayeneni yaptırayım dedim, biraz agresifleşmeye başladı. Odadan çıkmasını istedim ama çıkmadı bu sefer ben çıktım. Arkamdan hakaret etmeye başladı araya insanlar girdi.”(H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 sözel şiddete sıklıkla maruz kaldığını, beyaz kodunun bulunduğunu ve devam eden bir dava sürecinin olduğunu ifade etmiştir.

“2012 yılında biri arkamdan bıçaklamaya teşebbüs etmişti. Onun anca 3 ay kadar oluyor sonucu geldi işte. Meğer şâhısa bizim olaydan dolayı hiçbir ceza verilmemiş, ikinci kez birisini yaraladığı için ikincisinde ceza verilmiş öyle bir durum, zaten evrağı da okumadım çokta cezalara güvenmediğim için yani o zaman ölseydim şuan 8 yıllık ölü olacaktım. Acil serviste küçük tartışmalar, fiziksel şeyler onları saymıyorum. Onları artık bildirmiyoruz bile, bıktık artık beyaz kodun o evrak işleri ile uğraşmaktansa aman diyorsunuz, zaten ortaya bir şey de çıkmıyor.” (H1, Erkek, Acil Tıp).

H1 fiziksel şiddete maruz kaldığını fakat suçlunun herhangi bir ceza almadığını, şiddete maruz kalma durumunda artık bildirim yapmadığını ifade etmiştir.

4.1.2. Şiddeti Uygulayanlar

Şiddeti uygulayanların kimler olduğu sorusuna hekimler, hasta veya hasta yakını olan kişiler olduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin (23/30) şiddet uygulayanların hastalardan daha çok hasta yakınları olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan bazılarının görüşleri aşağıdaki gibidir;

“Sağlık ocağında pratisyen hekim olarak çalışırken bir hasta yakını hasta olmadan hastasına ilaç yazmamı istedi. Ama bende hastayı görmeden yazamayacağımı söyledim adam böyle sinirlendi elinde de balta vardı üstüme yürüdü. Daha sonra sağlık ocağının ekibi beni kurtardı adamı bir şekilde dışarı attılar.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H6 hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.

“Hasta yakınlarıydı bunu yapan. Çünkü hasta zaten bunu yapabilecek durumda olmuyor, acı içinde oluyor. Ama hasta yakınları hastasının acı

çekmesine dayanamadığından mı, yoksa sabırsızlıktan mıdır bilemiyorum, daha fazla şiddet sergiliyor.” (H16, Kadın, Dermatoloji)

H16 hasta yakınlarının daha çok şiddete başvurduğunu ifade etmiştir.

Hekimlerin (7/30) şiddet uygulayanların hastalar olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılardan birinin görüşü;

“Bizim insanımız zaten tez canlı, her şeyi hızlı olsun istiyor ama gerçekten o hızı her zaman sağlayamıyorsunuz ki hızlı olması da gerekmiyor bazı durumlarda. Acil olan bir şeyi zaten hızlı yapıyoruz. Ama işi acele olmasını isteyen bir grup var. Şöyle söyleyeyim acile gelip ben 6 ayda bir BT çektirip kontrol ettiriyorum diyen bir hasta var ve bu hastayı memnun edemiyorsunuz. Devamında şiddet ile karşılaşabiliyorsunuz.”(H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 hastaların işlerini çabuk halletmek istediğini bu sebeple şiddetin gerçekleştiğini ifade etmiştir.

4.1.3. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Katılımcılar sağlıkta şiddetin nedenlerini: “hekimlerin iletişim becerisinin yetersiz oluşu”, “defansif tıp uygulamaları”, “medyanın şiddete yönlendirmesi”, “olumsuz sağlık haberleri”, “yasal veya yasa dışı ek ödeme istenmesi”, “hukuki yaptırımların yetersiz oluşu”, “hasta yoğunluğunun fazla olması”, “iş yükünün fazla olması”, “kişilerin tahammülsüz oluşu”, “sağlık sistemi ve politikaları”, “şiddetin çözüm olarak görülmesi”, “kişinin geçmişinde şiddete maruz kalması”, “beklentilerin karşılanmaması”, “eğitim seviyesinin düşük olması”, “politikacıların söylemleri”, “hasta veya hasta yakını psikolojisi”, “hekimin ilgisiz tavrı”, “hekime olan güvensizlik”, “hekime olan saygının azalması”, “sağlık okuryazarlığının düşük olması” olarak belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Sağlıkta şiddetin nedenleri

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	Sayı	Yüzde
Hekimlerin iletişim becerisinin yetersiz oluşu	30	100
Defansif tıp uygulamaları	15	50
Medyanın şiddete yönlendirmesi	18	60
Olumsuz sağlık haberleri	16	53,3
Yasal veya yasa dışı ek ödeme istenmesi	13	43,3
Hukuki yaptırımların yetersiz oluşu	9	30
Hasta yoğunluğunun fazla olması	8	26,6

Tablo 4.3. Sağlıkta şiddetin nedenleri (devam)

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	Sayı	Yüzde
Sağlık sistemi ve politikaları	8	26,6
İş yükünün fazla olması	5	16,6
Beklentilerin karşılanmaması	5	16,6
Kişinin geçmişinde şiddete maruz kalması	4	13,3
Şiddetin çözüm olarak görülmesi	4	13,3
Kişilerin tahammülsüz oluşu	4	13,3
Eğitim seviyesinin düşük olması	4	13,3
Hekime olan saygının azalması	4	13,3
Politikacıların söylemleri	3	10
Hekimin ilgisiz tavrı	3	10
Hekime olan güvensizlik	3	10
Hasta ve hasta yakını psikolojisi	3	10
Sağlık okuryazarlığının düşük olması	3	10

Katılımcıların hepsi (30/30) “Hekimlerin iletişim becerisinin yetersiz olduğu” konusunda hemfikirdir. Bununla ilgili bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

“Sağlıkta şiddet konusunda iletişim becerileri bir numara etkilidir. İletişim çok önemlidir. Şu an tıp fakültesinden mezun olanların %10’u bu yeterliliğe anca sahiptir.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

“Çok kötü. İletişim becerileri çok kötü ve tıp fakültelerinin çok büyük bir eksikliği yani şunu düşünmelisin karşıdaki bir insan ve ona yeterince açıklama yapmak zorundasın yeterince açıklama yaparsan eğer karşı taraf aslında her şeyi kabul edebiliyor malpraktisi bile kabul edebiliyor yeri geldiğinde. Çok detaylı ve düzgün bir şekilde açıkladığında kabul edebiliyorlar çok görüyorum. Çok büyük eksikliklerimiz var bu konuda.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

“İletişim becerisindeki eksiklik büyük ihtimalle tıp fakültelerinde başlayan bir eksiklik. Tıp fakültelerindeki eğitimlerde buna yeterince yer verilmediğini düşünüyorum. Bu yönde çok suçlayamıyorum kimseyi çünkü öğrencilerin çoğu bilimsel anlamlardaki eksiklerini kapatmaya yoğunlaşıyorlar ki bunlar onlar için masal, hikâye gibi geliyor. Hâlbuki biz bir laborant değiliz dolayısıyla hekimlik sanatı dediğimiz o şeyin sanat kısmında iletişim becerileri belki de o kısmın yarısını ifade eder. (H25, Erkek, Psikiyatri)

H4, H6 ve H25 iletişim becerilerinin sağlıkta şiddeti etkilediğini, hekimlerin iletişim becerilerinin yetersiz olduğunu ve bunun tıp fakültelerinin büyük bir eksikliği olduğunu ifade etmişlerdir.

“İletişim ile ilgili katıldığım bir konferans veren bir uzman: “bir hasta sizin polikliğinize girdiğinde, konuşmaya başladığında doktorlar kaçınıcı saniyede hastanın lafını kesiyorlar biliyor musunuz? Hepimiz dedik 20 saniye, 1 dakika filan. 9.saniyede doktor, hastanın lafını kesiyormuş, yani dinlemiyormuş. Siz bu şekilde davrandığınızda hasta kapatıyor kendini. Hasta oraya geldiğinde dinlenmek istiyor. Hastayı dinlemek lazım, iyi bir iletişim kurmak lazım. Ama kuramıyoruz. Belki 100 kişiden bunu yapan 20 kişi 30 kişidir. 100 kişinin 40 kişi ise kalabalıktan dolayı bunu yapamıyordur.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 hekimlerin iletişim kuramamasında hasta yoğunluğunun etkisinden bahsetmiştir.

Hekimlerin (18/30) medyada yer alan içeriklerin insanları şiddete özendirdiğini ifade etmiştir. Katılımcı görüşlerinden bazıları;

“Medya şiddete özendiriyor. Mevcut diziler vb.ler sadece doktora değil tüm meslek gruplarına hatta anneye şiddete bile özendiriyor. Ayrıca doktor ve hasta ilişkisinin gösterildiği dizililerde davranış modeli olarak senarist olan kişinin tutum ve davranışı hiçbir zaman için hastanın ve doktorun kibar bir davranış içerisinde olduğunu sergilemiyor. Bunlar bilinçaltına itiliyor.” (H12, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

“Mesela Kurtlar Vadisi diye bir dizi vardı orda mafya babası doktoru korkutarak istediğini yaptırıyordu. Ve bunu rol model olarak alan insanlar hala aynı şeyi hastanelerde uygulamaya çalışıyor.” (H27, Erkek, Göz Hastalıkları)

H12 ve H27 medyanın insanları şiddete özendirdiğini, medyada yer alan doktor-hasta ilişkisinin ise kişilere kötü örnek oluşturduğunu ifade etmişlerdir.

Hekimlerin (16/30) medyada yapılan sağlıkla ilgili olumsuz haberlerin şiddete neden olabileceğini ifade etmiştir. Katılımcıların görüşlerinden bazıları;

“Medya işin kolayına kaçıyor. Negatif haberlerin daha dikkat çekici sansasyonel boyutu ön plana çıkıyor, gerçeği tamamıyla anlatma gibi bir çaba içine girmiyor. Genelde bir mağdur hasta veya hasta yakını televizyonda fakat

işini tıbbi boyutunu işini bilen kişiye çıkıp orda söz hakkı vermiyor. Haber ilgi çekici şekilde sunuluyor, kolayına kaçılıyor. Daha çarpıcı daha insanlara kulak kabartıcı hale nasıl getirebiliriz diye düşünüyorlar. Hafızaya bir mağduriyet varmış gibi kazanılıyor. “ (H19, Erkek, Üroloji)

H19 medyanın sansasyonel haber yaratma peşinde olduğunu, olayın tıbbi boyutunu önemsemediğini ifade etmiştir.

“Mesela embriyonik bant olayı yaşandı çok da haber oldu bu konu çok da dramatikti. Olay şöyle embriyonik bant dediğimiz şey gebelik ile alakalı bir durum özellikle daha önce geçirilen gebeliklerde rahim içinde kalan bazı oluşumlar fetüsün daha gelişim aşamasında fetüsün gelişimine zarar verebiliyor. Kadın doğumcu hekimimiz ultrason yapıyor ve böyle bir şüphe görüyor embriyonik bant? işareti ile hastanın eline ultrason sonucuna veriyor ve üst merkeze gönderiyor sonra bu haber kanallarında şu şekilde haber yapılıyor ‘hastanın ilk gebeliğinde rahminde bant unutuldu’ habercilerin sağlık eğitimi konusunda çok ciddiye zafiyeti olduğu gibi şöyle bir sıkıntı var hata arama kastı var haberci orada hastayı haber yapmıyor aslında burada bir hata vardır bir şey unutulmuştur algısına sahipler bir hata arama peşindeler bu haber 1 kanal tarafından yapıldı ve tüm kanallara verildi ve ülke gündemi birkaç gün bunu konuştu. Algı şu bu bir hatadır bunu haber yapmak fütursuzca haber yapmak doğrulamadan. Bu medyanın bariz bir örneği sonrasında çok özür dilendi açıklamada yapıldı. Ama insanların aklında bu kaldı yine bir şey unutmışlar.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 medyada yer alan kişilerin sağlık eğitimi konusunda eksik olduğunu, kasıtlı olarak haberler yapıldığını ifade etmiştir.

Hekimlerin (15/30) defansif uygulamaların hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesinde etkili olabileceğini ifade etmiştir.

“Defansif uygulama, gereksiz işlem demek daha fazla hastanede zaman geçirmek demek daha çok vakit geçirmek demek, onca zaman harcıyıp hala işini halledemezse şiddet gösterebilir.” (H30, Erkek, Fizik Tedavi)

“Negatif uygulamalar süreci daha çok uzatır, hasta tedavi edilmez, hastane hastane dolanmak zorunda kalabilir bu şiddete neden olabilir. (H16, Kadın, Dermatoloji)

H30 ve H16 defansif tıp uygulamalarının şiddete neden olabileceğini ifade etmiştir.

Hekimlerden bazıları ise (3/30) pozitif defansif uygulamaların hastalarda memnuniyet duygusu yarattığını ifade etmiştir.

“Biz de sağlık eğitimi çok zayıf olduğu için mesela bir tetkik istenmediği vakit sıkıntı oluyor ya da işte hasta ile ilgilenilmemiş gibi oluyor mesela hastayı muayene ediyorsunuz hiç bir sıkıntının yok diyorsunuz. Hasta ikna olmuyor ama o hastadan bir sürü tetkik isterseniz mutlu oluyor. Yani bu tarz şey ben pek şahit olmadım ama tersine şahit oldum. Yani hiçbir tahlil istenmediği için sinirlenip şiddet uygulayan gördüm bunun için sağlık eğitimi ve farkındalık olması gerekiyor bunun Türkiye’de yaşanması bence pek mümkün değil.” (H25, Erkek, Göz Hastalıkları)

H25 çok fazla tetkik istemenin hastayı mutlu ettiğini, aksine tahlil istenmediğinde şiddet olaylarının yaşanabileceğini ifade etmiştir.

Hekimlerin (13/30) yasal veya yasa dışı yollarla ek ödeme istenmesinin kişilerin şiddet göstermesinde etkili olabileceğini ifade etmiştir. Katılımcılardan birisinin görüşü;

“Hastalar hükümetin politikalarını bilmedikleri için ceplerinden para çıkmayacağını düşünüyorlar öyle bir algı yaratıyorlar hâlbuki öyle bir şey yok. Muayene bile olsanız o para eczanede sizden alınıyor. Bu bazı kişilerde şiddet sebebi olabilir” (H11, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H11 hastaların hükümet politikalarını bilmemelerinden kaynaklı kendisinden ödeme istendiğinde şiddet gösterebileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin (9/30) hukuki yaptırımların yetersiz olduğunu, caydırıcılıktan uzak olduğunu, bu sebeple sağlıkta şiddet olaylarının yaşanabileceğini ifade etmiştir. Katılımcılardan bazılarının görüşleri şu şekildedir;

“Sen gidip polise tokat atarsan ya da gidip bir savcıya omuz atarsan direkt hapis olabilir ama doktora yaptığın zaman hiçbir şey yapılmıyor. Adam acile geliyor her şeyi birbirine katıyor önüne geleni dövüyor ama hiçbir şey yapılmıyor tutuksuz yargılanmak üzere serbest bırakılıyor adam akşam haberlerde kendini izliyor bu ona en büyük ödül yani hukuki yaptırım yok.” (H10, Erkek, Algoloji)

H10 sağlıkta şiddet konusunda yaptırımların yetersiz olduğunu, kişilerin serbest bırakıldığını belirtmiştir.

Hekimlerin (8/30) hasta yoğunluğunun fazla olmasından kaynaklı şiddet olaylarının yaşanabileceğini ifade etmiştir. Katılımcılardan bazılarının görüşleri;

“Bir hastaya en az 15-20 dakika ayırmak lazım, hastayı dinlemek lazım. Hasta geliyor, neyin var diyorsun hocam ben göremiyorum. Tık tık gözlüklerine bakıyorlar, ölçümlerini yaptırıyor, geliyor, camlar koyuluyor. Görüyor musun, evet görüyorum diyor. 2 gün sonra hasta geliyor ben bu gözlükle göremiyorum, doktor bana yanlış gözlük verdi diyor, esip güreleyebiliyor. Hasta şeker hastası ve şekeri çıkmış o şekerle gelmiş size muayene olmuş. Doktor çok kalabalık olduğu için, hastanın sorgulamasını yapamıyor, öyküsünü de alamıyor. Hasta belki o sırada bir detayı sana söyleyecek ve o detayla sen hastanın tanısını koyabileceksin.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 hasta yoğunluğunun fazla olmasından kaynaklı, hastalara yeterli sürenin ayrılamadığını bunun da bazı problemleri beraberinde getireceğini belirtmiştir.

“Hastanelerin gereksiz yüksek hasta yüklerinden dolayı (hastaların gereksiz hastaneyi meşguliyetinden dolayı, %80'i hasta değil, hastaneleri işgal ediyorlar) tedavi almalarında sorun yaşanmasına, sabırsızlaşmasına neden olabiliyor bu da şiddeti doğurabiliyor.” (H13, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

H13 hasta yoğunluğundan dolayı sorunlar yaşanabileceğini ifade etmiştir.

Hekimlerin (8/30) sağlıkta şiddetin nedenlerinden birinin de sağlık sistemi ve politikalarının olduğunu ifade etmiştir. Bu görüşlerden birisi şu şekildedir;

“Hakların elde edilmesinin çok kolay ve rahat hale geldi. İnsanlar bir hakkı çok kolay elde ediyorlarsa çokta kolay suistimal ediyorlar. Sağlıkta basamak sistemi, sevk zinciri mutlaka gelmeli. Elini kolunu sallayarak bir kişi en üst kuruma gidebiliyorsa, elini kolunu sallayarak bugün A hastanesine yarın B hastanesine gidip seçim yapabiliyorsa, şımarıyordur. Şımaran insanlardan da her şeyi yapması beklenebilir. ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ sonrası hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımı arttı evet bu güzel bir şey. Ama şunlar da yaşanıyor. Hekime gidip benim belim ağrıyor ben emar çekirtmek istiyorum, illa bana emar çektir ya da şu ilacı istiyorum bunu bana yaz deyip ısrar eden başka bir toplum bulamazsın ama bizde bu vardır. Hekim artık kavga etmekten, çemkirmekten bıkmıştır. Lanet olsun deyip yazar. İlaçlar, tetkikler böylede ortaya çıkabiliyor. Neden çünkü çok kolay ulaşıyor. A

şahsına gitti yazmazsa, B şahsına gidiyor. Çok rahat gidebiliyor rahat elde edilen şeylerinde değeri olmuyor.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 sağlık politikalarındaki değişikliklerin hastalara rahatlık sağladığını, bunların kişilerin suiistimali ile sonuçlanabileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin (5/30) hasta beklentilerinin karşılanmaması sonucunda şiddetin ortaya çıkabileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan birisinin bu konudaki görüşü;

“Hasta beklentilerinin karşılanmaması şiddete neden olabiliyor. Mesela hasta kaybını tolere edemiyorlar. Hâlbuki önceden bilgilendirme yapıldığı halde yaşam beklentisi az olduğu halde kanser gibi vakalar tolere edilmiyor yakınlarından hırçınlık ya da şiddetle karşılaşabiliyorlar.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H6 hasta kaybının yaşanmasında durumunda hasta yakınlarının şiddet gösterebileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin (4/30) geçmişinde şiddete maruz kalan kişilerin herhangi bir olumsuz durumda şiddete başvurabileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan birisinin görüşü;

“Kişinin büyüdüğü sosyo-kültürel çevresi, çocukluğunda şiddete maruz kalması, her sıkıştığında şiddete başvurmasına neden olabilir.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 kişinin çocukluğunda şiddete maruz kalmasının, zor durumlarda şiddete başvurmada etkili olabileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin (4/30) şiddetin nedenlerinden birinin de eskiye oranla hekimlere olan saygının azalması olduğunu ifade etmişlerdir.

“Bizim meslek hayatımız kırkıncı yılı aştı. Öğrenciliğimizle birlikte nerdeyse yarım asırlık bir şey var. Bu süreç içerisinde geçmişte insanların, hastaların, hasta yakınlarının, hekime karşı saygısı daha fazlaydı. Bugün o saygı yıkıldı. “ (H23, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H23 hekimlere olan saygının yıkıldığını belirtmiştir.

Hekimlerin (3/30) hastaların hekimlere güvenmediğini bunun şiddete neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu konuda bir hekim görüşü;

“Birinci sırada güvensizlik var. Doktoruna hekimine güvenmiyor. Sağlık hizmetleri konusunda sağlık çalışanlarının yeterli hizmetleri yerine getirmediklerini düşünüyorlar, anlayışsız olduklarını düşünüyorlar yani ciddi bir önyargı var.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 hastaların önyargılı olduğunu, hekime güven duymadığını bunun sonucunda şiddet olaylarının yaşanabileceğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) sağlık okuryazarlığının düşük olmasının sağlıkta şiddet olaylarına neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu konuda bir hekim görüşü;

“Hastaya biz durumu anlatamıyoruz sağlık eğitimi konusunda çok ciddi eksiği var toplumumuzun. Hastaya hastalığının komplikasyonlarını anlatmakta, iletişim kurmakta sıkıntı yaşıyoruz.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 hastaların sağlık eğitiminin düşük olduğunu bu sebeple iletişim kurmakta zorlandıklarını belirtmiştir.

4.1.4. Sağlıkta Şiddetin Sonuçları

Katılımcılar sağlıkta şiddetin sonuçlarını: “defansif tıbbı yönelme”, “motivasyon eksikliği”, “fiziksel veya psikolojik zarar görme”, “hizmet kalitesi ve verimliliğinde düşüş”, “mesleği bırakma”, “meslekten soğuma”, “çalışma arkadaşlarını olumsuz etkilemesi”, “diğer hastalara karşı önyargı”, “diğer hastaların tedavi alamaması”, “işgücü kaybı”, “güven bağının zedelenmesi” ve “uzmanlık seçiminde değişimler” şeklinde olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Sağlıkta şiddetin sonuçları

Sağlıkta Şiddetin Sonuçları	Sayı	Yüzde
Defansif tıbbı yönelme	20	66,6
Motivasyon eksikliği	18	60
Fiziksel veya psikolojik zarar görme	9	30
Meslekten soğuma	8	26,6
Hizmet kalitesi ve verimliliğinde düşüş	7	23,3
Diğer hastalara karşı önyargı	7	23,3
Çalışma arkadaşlarını olumsuz etkilemesi	6	20
Diğer hastaların tedavi alamaması	6	20
Mesleği bırakma	4	13,3
İşgücü kaybı	3	10
Güven bağının zedelenmesi	3	10
Uzmanlık seçiminde değişimler	3	10

Hekimlerin (20/30) sağlıkta şiddet olaylarının hekimleri defansif tıbbıa y6neltebileceğini ifade etmiştir. Bu konu ile ilgili hekim g6r6şlerinden bazıları;

“Sağlıkta şiddet olayları daha fazla defansif uygulamaya sevk eder, daha az hastayla ve hastayla daha az temas etmek istersin. Bu sebeple mesela daha az riskli, rahat, branşlarda tercih edilebilir.” (H13, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

H13 sağlıkta şiddetin hekimleri defansif tıp uygulamalara sevk edebileceğini ve daha rahat uzmanlık alanlarının tercih edilebileceğini belirtmiştir.

“Sağlıkta şiddetin en 6nemli sonucu bence şu hekimleri defansif tıbbıa ittiği i6in halk sağlığı problemine yol a6acak yani halk sağlığı problemi olduğu zaman kıymetimiz anlaşılacak. Yani hastanelerde cerrahinin yapılmadığı doğru d6r6řt tedavinin verilmediği zaman insanlar o zaman anlayacak. 66nk6 ben de bir hastayım, hasta yakınıyım kamuda etkili bir tedavi olmak ben de isterim 6cretsiz bir şekilde, bu benim de hakkım olmalı ama ben şunu g6rmeye başladım 6zellikle kalifiye işlemlerin kıymetli girişimlerin kamuda yapılmaması 6ok ciddi bir problem bu gitgide artan bir sayıda asıl halk sağlığı problemi budur.” (H24, Erkek, G6z Hastalıkları)

H24 sağlıkta şiddetin en 6nemli sonucunun hekimleri defansif uygulamalara y6nlendirmesi olduğunu ve kalifiye işlemleri yapabilecek cerrahların bulunamaması gibi bir halk sağlığı problemine neden olacağını d6ř6nmektedir.

“Hastayı kurtarmak i6in elinden gelen her şeyi yapıyorsun fakat t6m m6dahalelere rağmen hasta kurtarılamıyor. Gaziantep’te g6đ6s cerrahisi doktorumuz Ersin Arslan, 80 yaşındaki dedeye t6m m6dahalelerini yapmış fakat 6ld6 diye 17-18 yaşlarındaki torunu gelip “dedemi 6ld6rd6n” diyerek bı6aklayarak 6ld6rm6řt6. Bu sebeple riskli hastalardan meslektaşlarımız ka6ıyor.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 şiddet olaylarının hekimleri defansif tıbbıa y6nelttiğini ifade etmiştir.

Hekimlerin (18/30) b6y6k bir 6oğunluğu sağlıkta şiddetin sonu6ları arasında motivasyon eksikliğinin olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan birisinin konu ile ilgili g6r6ř6;

“S6zel veya fiziksel şiddete maruz kaldığınızda ister istemez motivasyonunuz d6şer, bu 6ok normal bir durum bence. Sonraki s6re6te motive olmada zorluklar yaşanabilir, mesleğinizden soğuma, sevmeden

yapmak zorunda kalırsınız fakat hekimlik mesleği sevilmeden yapılabilecek bir iş değildir.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 şiddete maruz kalındığında motivasyonun düşeceğini belirtmiştir.

Hekimlerin (9/30) sağlıkta şiddet olayları sonucunda hekimlerde fiziksel veya psikolojik zararlar oluşabileceğini ifade etmiştir.

“Şiddete maruz kalan veya tanık olan sağlık çalışanlarının ilk zaten motivasyonları düşer. Fiziksel şiddet ise belki yaralanma hatta ölüm bile olur. Bunlar olmasa bile bir travma yaşanmıştır, illa ki psikolojisi etkilenir.” (H16, Kadın, Dermatoloji)

“Bir insan şiddete maruz kaldığı zaman bir travma yaşamış demektir. Travma yaşayan insan birkaç sorun yaşar. Bir anlamlandırmada güçlük çeker. O kişinin bunu anlamlandırmasına yardımcı olacak birilerinin olması lazım ve bunu yapacak kişilerin de o kişiye güven telkin etmesi lazım. Mevcut sistem hekim şiddete uğradığında onun bundan sonra böyle bir şeye uğrama ihtimalini güçleştirecek koşulların sağlandığına dair bir güven vermiyor. Bunu vermediği içinde bir çeşit süregelen travma yaşıyor.” (H25, Erkek, Psikiyatri)

H25 şiddete maruz kalmanın hekimlerde travma yaratabileceğini, mevcut sisteminde bu travmanın tekrarlanmasını önlemeden uzak olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin (7/30) sağlıkta şiddet olaylarının hekimlerde diğer hastalara yönelik önyargılar oluşturabileceğini ifade etmiştir.

“Maalesef, bir insana yardımcı olurken, onu tedavi ederken şiddet görme ihtimali aklınıza gelebiliyor.” (H20, Kadın, Kardiyoloji)

H20 hastaları tedavi ederken şiddet görme endişesi yaşadığını belirtmiştir.

Hekimlerin (6/30) sağlıkta şiddet sonucunda diğer hastaların tedavisinin aksayacağını ifade etmiştir. Hekimlerden birinin görüşü;

“Diyelim ki bir klinikte bir şiddet oldu diğer hastalar da etkileniyor onlarında vakti gidiyor tedavi olamıyorlar doktoru yok hemşiresi yok o klinik artık o gün çalışmıyor. Diğer hastaları da etkiliyor.” (H10, Erkek, Algoloji)

H10 şiddet olaylarının diğer hastaların tedavisini aksattığını ifade etmiştir.

Hekimlerden (4/30) sağlıkta şiddetin hekimlerin mesleklerini bırakmasına neden olabileceğini düşünmektedir. Hekimlerden birisinin görüşü;

“6 yıl okuyup tıp fakültesinden mezun olanlar bile doktorluk yapmayacağım diyor. Hatta uzman olduktan sonra bile mesleği bırakan var. Geçenlerde dahiliye uzmanı olan bir arkadaşımız doktorluğu bıraktı ve pdr’ci olacağım ben dedi.” (H5, Erkek, Göğüs Hastalıkları)

H5 mesleğini bırakan hekimlerin olduğunu belirtmiştir.

4.1.5. Sağlıkta Şiddeti Önlemek İçin Öneriler

Hekimlerin sağlıkta şiddeti önlemek için önerileri: “caydırıcı yasaların yapılması”, “hekimlere olan saygı ve güvenin artırılması”, “medyada yer alan şiddet içeriklerinin azaltılması”, “eğitim”, “iletişim becerilerinin geliştirilmesi”, “hasta yoğunluğunun azaltılması”, “sağlık okuryazarlığının artırılması”, “farkındalığın artırılması”, “verilen cezaların medyada gösterilmesi”, “sevk zincirinin uygulanması”, “politikacıların halkı kışkırtacak söylemlerde bulunmaması”, “medyanın yanlış haber yapmasının engellenmesi” şeklindedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Sağlıkta şiddeti önlemek için öneriler

Sağlıkta Şiddeti Önlemek İçin Öneriler	Sayı	Yüzde
Caydırıcı yasaların yapılması	16	53,3
İletişim becerilerinin geliştirilmesi	10	33,3
Eğitim	7	23,3
Hasta yoğunluğunun azaltılması	6	20
Sevk zincirinin uygulanması	5	16,6
Hekimlere olan saygı ve güvenin artırılması	4	13,3
Medyada yer alan şiddet içeriklerinin azaltılması	4	13,3
Medyanın yanlış haber yapmasının engellenmesi	4	13,3
Sağlık okuryazarlığının artırılması	3	10
Farkındalığın artırılması	3	10
Verilen cezaların medyada gösterilmesi	3	10
Politikacılar halkı kışkırtacak söylemlerde bulunmaması	3	10

Hekimlerin (16/30) caydırıcı yasaların sağlıkta şiddeti önleyebileceğini düşünmektedir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Caydırıcı yasal düzenlemelere ihtiyaç var, ertelenmeyen ve para cezasına çevrilemeyen türden.” (H23, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H23 ertelenmeyen, para cezasına çevrilemeyen caydırıcı nitelikte yasalara ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir.

Hekimlerin (10/30) hekimlerin iletişim becerilerinin artırılmasının sağlıkta şiddeti önleyebileceği görüşündedir. Bu görüşlerden bazıları;

“Ve bir mühim nokta daha iletişim. Ne kadar da hasta agresif olsa da iyi bir iletişim onu yumuşatabilir. Kapındaki personelinin de aynı şekilde ilgili olduğu daha çok hissettirilmeli.” (H11, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H11 iyi bir iletişimin agresif bir hasta ile mücadele etmede faydalı olacağını düşünmektedir.

“İnsanlara her iki taraf içinde iletişim becerileri kazandırılmalı. İletişimsizlik insanları şiddete sürüklüyor. Çıkar yolu olarak şiddeti görüyorlar. Çözümü şiddette buluyorlar. Herkesin iletişim eğitimi alması gerektiğini düşünüyorum.” (H20, Kadın, Kardiyoloji)

H20 hasta ve hekim arasındaki iletişimsizliğin hastaları şiddete sürüklediğini düşünmektedir.

Hekimlerin (7/30) sağlıkta şiddetin önlenmesi için eğitimin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konudaki hekim görüşleri;

“Sağlıkta şiddetin önlenmesi için öncelikle toplumdaki ki bu şiddet eğiliminin önlenmesi lazım. Şiddet her yerde; iş yerlerinde, aile de, trafikte, hayvana, yeşile şiddet var. Bu da eğitimle mümkün aileden ve küçük yaşta okulda başlayan bir eğitim gerekli.” (H7, Kadın, Kadın Hastalıkları ve Doğum)

H7 şiddetin önlenmesi için eğitimin gerekli olduğunu ifade etmiştir.

“Toplumun eğitim düzeyi artırılmalı. Mesela ben 10 yıl önce diyordum ki 10 yıl sonra biraz daha rahatlayacağız, toplumun eğitim seviyesi artacağı için biz de daha rahat bir ortamda çalışacağız diye düşünüyordum ama bir değişiklik yok. Herhalde bir 20 yıl daha geçmesi lazım o zaman da farklı sorunlar çıkabilir.” (H27, Erkek, Göz Hastalıkları)

H27 eğitim seviyesinin artırılması gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (6/30) hasta yoğunluğunun azaltılmasını önermektedir. Hekimlerden birisinin görüşü

“Koşulları iyileştirmek gerekir yani daha az hasta gelse her birine daha çok zaman ve ilgi gösterilebilir. Daha uzun dakikalar sıra beklemez mesela. (H2, Erkek, Anestezi ve Reanimasyon)

H2 hasta yoğunluğunun azaltılmasının faydalı olacağını düşünmektedir.

Hekimlerin (5/30) sağlıkta şiddetin önlenmesinde sevk zinciri uygulanmasının faydalı olacağı görüşündedir. Hekimlerden bazılarının bu konudaki görüşleri;

“Sağlık kurumlarına erişimin belirli bir sistematigi olması gerekiyor. Ve bunun gerçekçi bir şekilde oluşturulması gerekiyor. Kamu hastanelerinde hekim başına düşen muayene sayısı çok yüksek. Hastayı detaylı dinle, tedavisini düzenle ve bunun hepsini bilgisayara kaydet bu mümkün değil. Sadece tedaviyi düzenleme, şablon reçeteleri yazıp hastayı gönderme üzerine kurulu aksi halde bir günde 100-150 tane hastaya bakamazsın. Bu yükün azaltılması lazım bu da planlamanın düzgün yapılması ile mümkün. Sağlık kurumlarının basamaklarına uygun bir şekilde hastaların dağıtılması gerekir. Basit vakaları ikinci basamaktaki hekim yapsın, biraz daha zor olanları 3. Basamak eğitim ve araştırma hastaneleri, tıp fakülteleri daha karmaşık olan, çözülmesi özellik arz eden, daha yakın takip gerektiren vakalar gelsin bu fakültelerin asistan denilen zengin bir insan kaynağı var ve hastaların takibi, incelenmesi açısından daha çok olanaklara sahip.” (H3, Erkek, Plastik Estetik Cerrahi)

H3 sağlık kurumlarına erişimde belirli bir sistematigin bulunması gerektiğini, bu şekilde yığılmaların önlenebileceğini düşünmektedir.

“Sağlık sistemimiz şuan 2. basamağın üstüne yığılmış bir durumda. Birinci basamak bence aktif çalışmıyor. Sevk zinciri olması lazım. Birinci basamak tamamen koruyucu hekimlik yapması lazım. İnsanlara lavaboya girmeden önce ve çıktıktan sonra ellerini yıkamayı, sivrisineklerden korunmak için bataklıkların kurutulması gerektiğini, fazla tuz tüketilmemesi gerektiğini öğretmesi lazım. Bir şeker hastalığını, obeziteyi öğretmek lazım. Obez bir insanın ileride şeker hastası olabileceğini bunun da yanında farklı hastalıkları getireceğini bunları öğretmek lazım.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 sevk zincirinin gerekli olduğunu ifade etmiştir.

Hekimlerin (4/30) medyada yer alan program içeriklerinin denetlenmesinin sağlıkta şiddeti önleyebileceğini düşünmektedir. Hekimlerden birisi görüşünü şöyle ifade etmiştir;

“Medya biraz kontrol altına alınmalı, içerikleri kontrol edilmeli, bizim halkımızın eğitim seviyesi düşük çok TV izliyor oradaki kişileri rol model

alıyorlar, sonra karşımızda benzer kişileri görüyoruz.” (H28, Kadın, İç Hastalıkları)

H28 medyada yer alan kişilerin rol-model alındığını ifade etmekte, medyanın denetlenmesi gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) verilen cezaların medyada gösterilmesinin faydalı olacağını ifade etmişlerdir.

“Gerçekten caydırıcı bir yasa olması lazım. Medya da bu yaptırımın göz önüne canlı bir şekilde sergilenmesi daha etkili olabilir.” (H26, Erkek, Ortopedi)

H26 caydırıcı yasalara ihtiyaç olduğunu ve verilen cezaların medyada gösterilmesinin caydırıcılığı artıracığını düşünmektedir.

“Şiddet sonucunda ne olduğunu söylenmiyor. Bu insan ceza aldı mı, tutuklandı mı bunlar söylenmiyor. İnsanlar sanıyor ki doktora bunu yaptı, öbür kapıdan çıktı. Caydırıcı olması açısından sonuçlar söylenmeli.” (H30, Erkek, Fizik Tedavi)

H30 verilen cezaların medyada gösterilmesinin caydırıcı olacağını düşünmektedir.

4.1.6. Kurumun Güvenlik Önlemlerinin Yeterliliği

Hekimlere “Şiddetten korunmak için kurumunuzun gerekli güvenlik önlemlerini aldığını düşünüyor musunuz?” sorusu sorulmuştur. Hekimlerin (18/30) hayır cevabını vermiş ve güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Konu ile ilgili bazı hekim görüşleri;

“Kesinlikle almıyor sizin bu hastaneye silahla girmenizi önleyecek bir güvenlik sistemi yok.” (H25, Erkek, Psikiyatri)

H25 güvenlik hizmetlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir.

“Yeterli değil. Olay anında kişiyi koruyabilecek nitelikte bir güvenlik hizmeti yok. Olaydan sonra müdahale var.” (H5, Erkek, Göğüs Hastalıkları)

H5 güvenlik hizmetlerinin yeterli olmadığını, olay sonrasında müdahale edebildiğini ifade etmiştir.

Hekimlerin (12/30) kurumlarının aldığı güvenlik hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Hekimlerden bazılarının bu konudaki görüşleri aşağıdaki gibidir;

“Evet, şu telefon üzerindeki kodlar oldukça önemli. Bir keresinde yanlışlıkla o kodlardan birini girdik arkadaşlar geldiler ben bu kadar hızlı olduklarını bilmiyordum. Yanlışlık yapıp denemiş bulunduk. “(H11, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H11 beyaz kod uygulamasının önemli olduğunu düşünmektedir.

“Kurumlarda güvenlik tedbiri alınıyor ama en iyi güvenliği hekim kendisi alır. Güvenlik her yerde olamaz bahçede sokakta ne olacak size öfkeli kişiden kendinizi koruyamazsınız. Bina içinde korusanız da dışarıda koruyamazsınız.” (H19, Erkek, Üroloji)

H19 kurumların her ne kadar güvenlik önlemlerini alsalar da hekimleri öfkeli kişilerden korumanın pek mümkün olmadığını düşünmektedir.

4.1.7. Hukuki Yaptırımların Yeterliliği

Hekimlere sorulan “Sağlıkta şiddet ile ilgili hukuki yaptırımları yeterli buluyor musunuz?” sorusuna hekimlerin neredeyse tamamı (29/30) hayır cevabını vermiştir. Sağlıkta şiddet konusunda verilen cezaların yeterli olmadığını düşünmektedirler. Konu ile ilgili bazı hekimlerin görüşleri;

“Şiddet her geçen gün arttığına göre verilen cezaların yeterli olmadığı anlamına gelir.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 şiddet olaylarının her geçen gün arttığını bunun da cezaların yeterli olmadığı anlamına geldiğini belirtmiştir.

“Hayır, acil serviste kadın doktoru yerde sürüklüyor, hekim şikâyetçi oluyor fakat kişi serbest bırakılıyor.” (H5, Erkek, Göğüs Hastalıkları)

H5 şiddet uygulayan kişilerin serbest bırakıldığını ifade etmiştir.

“Hiçbir zaman için yeterli değil. Hâkime, savcıya şiddet gösteren kişilere ne ceza veriliyorsa sağlık çalışanlarına şiddet gösteren kişilere de öyle cezalar verilmelidir. Sadece bize değil, öğretmene de bir başka kişiye de. Çünkü şiddet insanlık işi değil. Sonuçta her yanlış için başvuru yapılacak merciler var. Eğer hekim bir yanlış yaptıysa bununla ilgili dilekçesini, şikâyetini yazar. Şiddet bir çözüm değil, suçtur.” (H12, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

H12 şiddetin bir suç olduğunu ve cezaların yeterli olmadığını düşünmektedir.

“Kesinlikle yetersiz. Son yasa da yetersiz. Uzmanlık derneklerimiz sahada daha aktif olmalı, tabipler odası, bakanlık bir araya gelmeli bir algoritma çıkartmalı. Aslında etki-tepki meselesi olarak bir düzenleme yapılıyor. Mesela Samsun’da sağlıkta şiddete maruz kalıp, kaybettiğimiz 2 doktorumuz var bunları herkes biliyor veya Ersin Arslan var öldürülen doktorlarımızdan. Bu alanlardaki düzenlemeler de yaşanmış bu olaylardan sonra oluyor. Bir olay yaşanıyor onun üstüne biraz alevleniyor, küçük bir düzenleme yapılıyor bir süre öyle gidiyor. Ama biraz daha proaktif olunmalı her meslek branşı kendi yaşayacağı problemi daha iyi bilir. Birinci basamakta çalışan bir hekimin neler yaşayacağını en iyi aile hekimi bilir ya da bir ameliyathanede yaşanabilecek bir problemi en iyi bir cerrah bilir. Onun için sahanın aktif olarak katılım yaptığı bir yasa tasarısı etkili çözüm olur.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 sağlıkta şiddet ile ilgili çıkan son yasanın da yetersiz olduğunu düşünmektedir. H17, H15, H14, H11 ve H25 de son yasanın yetersiz olduğunu ve sahada uygulanacağını pek düşünmediklerini ifade etmişlerdir.

4.1.8. Tıp Hukuku

Hekimlere “Sizce Tıp Hukuku’nun Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde ders olarak yer alması gerekli midir?” sorusu yöneltilmiştir. Hekimlerin neredeyse tamamı (29/30) bu konuda eksik olduklarını, böyle bir dersin faydalı olacağını düşünmektedir. Bu konudaki hekim görüşlerden bazıları;

“Kesinlikle almalıdır. Biz sadece doktorluğu öğreniyoruz onun dışında ne tıp hukukunu öğreniyoruz ne iletişimi öğreniyoruz. Kanunlarda attığımız imzaların ne anlama geldiğini bile bilmiyoruz. Bu konuda eksikliklerimiz var.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

“Kesinlikle yer almalıdır çünkü tıpçılar, sağlık sektöründe çalışanlar hukuku bilmiyorlar, hukuk bakış açısını bilmiyorlar.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

“Tıp hukuku bence çok önemli. Bazı şeyleri mezuniyet öncesinde veremiyorsunuz, bazı şeyleri mezuniyet sonrasında vermeniz gerekiyor. Programda belki küçük başlıklar olarak geçiyor ama benim kendi mezuniyetimde böyle bir şey yoktu. Ne zaman öğreniyorsunuz başınız sıkıntıya girince alaylı öğreniyorsunuz. Komplikasyon ne, doktorun sınırları ne, hangi durumlarda izin alınmalı, hangi durumlar acil durumlar izini beklemeden

hareket etmeli, bilinci etkileyen durumlar hekimin buradaki sınırları nelerdir. Pek çok konu var böyle konuşulması gereken bunlar tıp eğitiminde çekirdek eğitim programı içerisinde vardır diye düşünüyorum ama ben kendi eğitimimde görmedim, öyle bir başlık yoktu.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H6, H4 ve H1 tıp hukuku alanında sağlık çalışanlarının eksiklikleri olduğunu, tıp hukuku dersinin öğrenim sırasında verilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

4.2. Defansif Tıp

Sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamalarına yönelik hekim görüşlerinin toplandığı bu araştırmanın, ikinci ana teması “defansif tıp” olarak adlandırılmıştır. Yarı-yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler ile hekimlerin defansif tıba ilişkin görüşlerine ulaşılmıştır. Defansif tıp ana teması altında toplanan alt temalar aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 4.6. Defansif tıp temasının alt temaları

Defansif Tıp
Defansif Tıp Terimi
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları
Defansif Tıp Uygulanan Branşlar
Defansif Tıbbın Denetlenmesi
Defansif Tıbbın Nedenleri
Defansif Tıbbın Sonuçları
Defansif Tıbbi Önlemek İçin Öneriler

4.2.1. Defansif Tıp Terimi

Araştırmaya katılan hekimlere daha önce defansif tıp terimini duyup duymadıkları sorulmuş, hekimlerin (28/30) neredeyse tamamı bu defansif tıp terimini daha önce duyduklarını ve fikir sahibi olduklarını ifade etmiştir.

4.2.2. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Hekimlere “Aşağıdaki pozitif defansif tıp davranışlarından hangilerini uygulamaktasınız?” sorusu yöneltilmiştir. Pozitif defansif tıp uygulama örnekleri olarak aşağıdaki örnekler verilmiştir.

- Gereksiz tahlil ve tetkiklerin yapılması
- Gereksiz reçete yazılması
- Gereksiz hasta yatışları

- d. Detaylı kayıt tutma
- e. İhtiyaç olmayan konsültasyon taleplerinde bulunma
- f. Onam belgelerinde ince detaylara yer verme
- g. Hiçbiri

Hekimlerin (14/30) gereksiz tahlil ve tetkik yaptığını ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Acilde olduğum için atlamamak için hastanın şikâyetine göre tetkikler artmakta. Defansif tıp arttı ama öncelikle hastayı korumak için sonra kendimizi de bir taraftan korumak için tetkiklerimiz belki bir miktar yüksek. Günlük 2.500 hasta baktığımız oldu, hastaya ayrılan vakit kısıtlı, defansif tıp uygulamamak yani gereksiz tetkik istememek pek mümkün değil açıkçası.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

“Bunu ben dâhil çoğu hekim yapıyordur, maalesef başımız ağrımamız ne olur ne olmaz şuna da bakalım diyoruz. Çünkü bunları yapmaktan çok, yapmamaktan başımız ağrıyabiliyor.” (H16, Kadın, Dermatoloji)

“MR çekiminde dünyada birinci sıradayız. Bunun temel sebebi defansif tıp değil de nedir? Ne olur ne olmaz, şuna da bakayım diyorsunuz bir sürü tetkik, tahlil isteniyor. Bu gibi pozitif uygulamalar bir bakıma bakım standardı haline dönuştü de diyebiliriz. O kadar normal geliyor ki, defansif tıp uyguladığının bile farkında olmayabilirsiniz.” (H7, Kadın, Kadın Hastalıkları ve Doğum)

H1, H16, H7 gereksiz tetkik ve tahlillere başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Hekimlerin (4/30) gereksiz hasta yatışı yaptığını ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Sosyal endikasyon dediğimiz bir şey var bizim. Hasta uzaktan gelmiş, bir işlem yapılması gerekiyor bunun için ertesi gün git gel yapmasını onu yatıralım diyoruz mesela. Bu gereksiz aslında ama sosyal bir endikasyon olarak yapıyoruz.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 sosyal endikasyonlar sebebiyle gereksiz hasta yatışı yapılabileceğini ifade etmiştir.

Hekimlerin (20/30) hasta kayıtlarını daha detaylı olarak tuttuklarını ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Hasta ile ilgili önemli şeyleri kesinlikle not alıyorum. Mesela hastayı sevk ettiysem bunu yazıyorum, başka branşlarla ilgili bir bulgu bulunca bunu da not ediyorum, hastayı ilgili branşa yönlendirdiğimi kayıt altına alıyorum, ilerde ne olur ne olmaz diye.” (H28, Kadın, İç Hastalıkları)

H28 hasta ile ilgili önemli bilgileri ileride başına bir şey gelmesin diye not aldığını ifade etmiştir.

Hekimlerin (7/30) ihtiyaç olmadığı halde ekstra konsültasyon taleplerinde bulunduklarını ifade etmiştir. Hekimlerin (2/30) gereksiz reçete yazdığını ifade etmiştir. Hekimlerin (9/30) onam belgelerinde ince detaylara yer verdiğini ifade ederken, hekimlerin (5/30) tanesi bu pozitif uygulamalardan hiçbirine başvurmadığını ifade etmiştir.

4.2.3. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Hekimlere “Aşağıdaki negatif defansif tıp davranışlarından hangilerini uygulamaktasınız?” sorusu yöneltilmiştir. Negatif defansif tıp uygulama örnekleri olarak aşağıdaki örnekler verilmiştir.

- a. Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma,
- b. Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma,
- c. Riskli hastaların gözünü yan etkilerle korkutup kaçırma,
- d. Agresif hastalardan kaçınma
- e. Riskli hastaları başka sağlık kuruluşuna sevk etme
- f. Hiçbiri

Hekimlerin (15/30) riskli tedavi yöntemlerinden kaçındıklarını, hekimlerin (2/30) riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkuttuklarını ifade etmiştir. Hekimlerin (6/30) riskli cerrahi girişimlerden kaçındıklarını, hekimlerin (16/30) agresif hastalardan kaçındıklarını, hekimlerin (7/30) riskli hastaları başka kuruluşlara sevk ettiğini, hekimlerin (10/30) ise hiçbir negatif defansif uygulamaya başvurmadığını ifade etmiştir.

4.2.4. Defansif Tıp Uygulanan Branşlar

Hekimlerin hangi branşlarda daha fazla defansif tıp uyguladığını öğrenmek amacıyla sorulan soruya hekimlerin (29/30) cerrahi branşlarda defansif tıbbın daha fazla uygulanabileceğini belirtmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Bizim branşta var mesela. Çünkü riskler fazla, cerrahi branşlardır yani. Cerrahi branşların riskleri çok fazla, davalara maruz kalma riskleri de bu sebeple artıyor. Günümüzde cerrahi branşların tercih oranı düştü, TUS puanları düştü. Hekimler artık riski az, hastayla daha az haşır neşir olacakları branşlara yöneliyorlar, bu bölümlerin puanları bu sebeple yükseldi.” (H7, Kadın, Kadın Hastalıkları ve Doğum)

H7 cerrahi branşlarda risklerin daha fazla olmasının, davalara maruz kalma risklerinin arttırdığını bu sebeple bu branşlarda daha fazla defansif tıp uygulamalarına başvurabileceğini ifade etmektedir.

“Defansif uygulamaların sirkülasyonun daha yoğun olduğu, olası bir hata ihtimalinin hastalara kısa vadede daha fazla zarar verebileceği cerrahi branşlarda daha fazla olduğunu düşünüyorum.” (H25, Erkek, Psikiyatri)

H25 olası bir hata ihtimalinin hastalara daha fazla zarar verebileceği cerrahi branşlarda defansif uygulamaların daha fazla olacağını düşünmektedir.

4.2.5. Defansif Tıbbın Denetlenmesi

Hekimlere defansif tıp uygulamalarının Sağlık Bakanlığı veya hastane yönetimi tarafından denetlenip denetlenemeyeceği sorulmuştur. Hekimlerin büyük bir bölümü (18/30) bu uygulamaları denetlemenin mümkün olmadığını belirtirken, diğer bölümü (12/30) ise denetlenebileceğini belirtmiştir. Bu konudaki hekim görüşlerinden bazıları;

“Mümkün değil çünkü çok rahat tıbben açıklanabilir hekimin görüşü farklılık gösterebilir altı desteklenebilir.” (H2, Erkek, Anestezi ve Reanimasyon)

H2 hekimler arasında görüş farklılıkları olabileceğini ve bunun tıbben açıklanabileceğini dolayısıyla defansif tıp uygulamalarının denetlenemeyeceğini düşünmektedir.

“Çok mümkün olduğunu zannetmiyorum, birazcık daha kişi bazlı çünkü. Kişilerin kanunlara karşı kendilerini güvensiz hissetmeleri sonucunda ortaya çıkan bir davranış şekli, davranış değişikliğidir. Zaten kanunun korumadığını düşünen birini bu şekilde denetleyemezsiniz. Kanun demek ki o alanda yok orda bir boşluk var kanun yoksa da denetleme olmaz. Onun için bence çok mümkün değil.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 defansif uygulamaları denetlemenin mümkün olmadığını ifade etmiştir.

“Değildir. Çünkü sistem hekimleri buna ittiği için, denetlenmesinden ziyade sistem değişikliği ile bunun mümkün olduğunu düşünüyorum. Yani siz günde 20 hasta baktırmanız gereken hekime 40-60 hasta baktırıp bir de ben sizi denetleyeceğim dersiniz bu hekimlerin öfkesini arttırmaktan başka bir işe yaramaz. Bunun yerine sistemin değişip değişmeyeceği tartışılmalıdır. Düzgün bir yapılandırılmış sistem olsa, herkesin hak ettiği hizmeti alabileceği süreleri tanıyabilecek bir sağlık sistemi yapılandırması olsa, Türkiye gibi hekim sayısının hasta sayısına yeterli gelmediği bir ülkede bile nitelikli bir sağlık hizmetinin verilmesinin mümkün olduğunu düşünüyorum. Bu koşullarda bunların denetlenmesi uygun olmaz. Çünkü onların yol açtığı sistemsal bir hatadan ötürü kim kimi denetliyor? Doktor da bir insan neticede, hata yapacak eğer günde 80 hasta baktırırsanız bir insana bu sefer de ister istemez bilinçli veya bilinçsiz olarak defansif tıp davranışları gösterecektir.”
(H25, Erkek, Psikiyatri)

H25 sistemin hekimleri defansif uygulamalara ittiğini, bu sebeple denetlemenin mümkün olamayacağını düşünmektedir.

“Evet denetlenebilir onun için de çabalar olduğunu görüyoruz. Mesela radyoloji uygulamaları, mümkün mertebe tetkik yapmadan önce hastanın eski tetkiklerine bakmak isterim ben bakarım da. Örneğin bir tane 2 yaşında çocuk 30 kere BT çekilmiş. Ve sürekli düşme şikâyeti ile gelmiş, hep acil başvurusu var. Aslında bu hastanın üzerine gidilmesi, sosyal yardım, altta yatan başka nedenler var mı bunlarla uğraşılması lazım ama gerçekten hasta sayısının çok yüksek olması, hastaya yeterli vaktin ayrılmaması sebebiyle derinlemesine gidilemiyor. Ve şimdi geliştirilen eski tetkikleri görmeden tetkik istememe gibi bakanlığın teknolojisi var şuan e-nabızla entegre bir şekilde çalışıyor. Şuan ismini unuttum. Bu çok güzel ve faydalı bir şey ama altyapısının biraz daha geliştirilmesi lazım. Hastanın eski tetkiklerini görüyorsunuz mesela hasta Nevşehir’de yaşıyor bütün tetkikleri orda yapılmış, ama o olay sebebiyle Konya’ya gelmiş, Konya’daki doktor tek tek eskilerine bakıp, benzer tetkikleri olduğunu görüp tekrar istememesi açısından güzel. Bu konuda aslında bakanlığın bu çalışmaları var.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 defansif tıp uygulamalarının denetlenebileceğini ve bu konuda kısmen çalışmalar olduğunu belirtmiştir.

“Mümkün. Yapılması da gerekir zaten. Bu zaten denetleniyor. Herkes kendi cephesinden denetliyor. Örneğin SGK bunu denetliyor. Diyor ki bir

plastik cerrahi polikliniğine başvuran bir hastadan eğer sen kadın doğum ile ilgili bir test istersen, bu senin branşın ile ilgili değil deyip kesiyor. Geçenlerde vardı psikiyatri asistanı kadın hastanın birine hastanın isteği ile kadın doğum ile ilgili hormonal bir ilaç yazmış Sgk'de branş ile uyumlu olmadığı için kesmiş. Sgk bunları branş bazında yapıyor, parayı ödediği için bakıyor.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 defansif uygulamaların zaten denetlendiğini düşünmektedir.

“%100 olması bile denetlenmesi mümkündür. Denetlenebilir. Mesela bazı doktorlar var 10 yıldır hiç ameliyat yapmamış beyin cerrahı var yani onlar kayıtlara baksınlar gerçekten var. Bir hastanede iki cerrah var diyelim biri ayda 2 ameliyat yaparken diğeri ayda 20 ameliyat yapıyor bu farklılık neden?” (H10, Erkek, Algoloji)

H10 defansif uygulamaların denetlenebileceğini ifade etmiştir.

“Denetlenebilir. Her branştan birer komisyon oluşturulup, gelen hastalar incelendiğinde veya yapılan ameliyatlara incelendiğinde, ameliyat sayıları incelendiğinde rahatlıkla tespitler yapılabilir. Ek olarak sevkler, örneğin ben cerrahım defansif uyguluyorum sevkler yapıyorum benim o gün hastanede yaptığım sevkler bellidir bunlar tespit edilebilir. Tahliller konusunda da yapılabilir. Duruma göre hangi tahlillerin yapılması gerektiği az çok bellidir hangi tahlili ne zaman nasıl isteyeceğin belli, buralarda defansif uygulanıp uygulanmadığı tespit edilebilir.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 defansif uygulamaların oluşturulan bir komisyon aracılığıyla denetlenebileceğini düşünmektedir.

4.2.6. Defansif Tıbbın Nedenleri

Defansif tıbbın nedenlerine yönelik hekim görüşleri: “malpraktis”, “performans sistemi”, “şiddet görme korkusu”, “garantiye alma ihtiyacı”, “itibarını koruma”, “maddi kayıp”, “tıp hukukunun yetersizliği”, “tecrübesizlik”, “hasta yoğunluğu”, “tıp eğitimi”, “gelişen tıp teknolojisi”, “hasta istek ve beklentileri”, “hastaların saygı ve güven duymaması”, “şikâyet edilme korkusu” ve “medya” şeklindedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Defansif tıbbın nedenleri

Defansif Tıbbın Nedenleri	Sayı	Yüzde
Şiddet görme korkusu	25	83,3
Malpraktis	24	80
Performans sistemi	20	66,6
Tıp hukukunun yetersizliği	16	53,3
İtibarını koruma	6	20
Maddi kayıp	6	20
Tecrübesizlik	6	20
Tıp eğitimi	6	20
Hasta yoğunluğu	5	16,6
Hasta istek ve beklentileri	5	16,6
Şikâyet edilme korkusu	5	16,6
Medya	5	16,6
Garantiye alma ihtiyacı	3	10
Gelişen tıp teknolojisi	3	10
Hastaların saygı ve güven duymaması	3	10

Şiddet görme korkusu hekimlerin (25/30) defansif tıp nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır. Hekimlerin sıklıkla şiddete maruz kalması ve şiddetin giderek artması onları defansif tıp uygulamalarına yöneltmektedir. Konu ile ilgili bazı hekim görüşleri;

“Hasta ile yaptığın görüşmelerde hasta ve hasta yakınlarından aldığın geri dönüşler, senin tedaviye yön vermeni şekillendiriyor. Bazen duvara karşı konuşuyormuşsun gibi oluyor, karşı taraf anlamıyor ya da tersini anlıyor. Bu sefer yaptığın işin sonunda elde edeceğin olumlu veya olumsuz sonuçlar özellikle olumsuz sonuçlar olursa bunu anlayamayacağını, sonucunda istenmeyen durumlar yaşayabileceğini düşünüyorsun. Ben niye kendi başımı ağrıttayım diyorsun, olayın daha çok olumsuz yönlerini söyleyerek biran önce yıldırayım bana yaptırmasın diye düşünüyorsun.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 tedavi sonucunda gerçekleşen olumsuz sonuçlardan dolayı şiddete maruz kalabileceğini düşünmektedir. Bu sebepten ötürü böyle bir izlenim aldığı hasta ve hasta yakınlarından kaçındığını belirtmiştir.

“Şiddet görme korkusu hekimi pozitif olarak etkileyebilir he şunu da yapabilirim tetkik anlamında olabilir belki bakın ben emar da çektim ortada bir şey yokmuş. Belki gerekli olmadığı halde. Şöyle bir örnek

verebilirim eskiden ultrason ya da emar bu kadar sık kullanılmıyordu. Şimdi ne yapıyor genel cerrahlar ya da doktorlar ultrason isteyelim bir de tanıyı koyuyor bir de ultrasonla bakalım. Ultrasonu onayladıktan sonra ameliyata alıyor halbuki tanıyı koyduktan sonra klinik olarak bunu düşünüyorsa bütün bulguları varsa ultrasona gerek yok. Bunu san ki birazda aileye bak benim tanım doğru ya da ailede bunu talep ediyor ilginç bir şekilde. Birde ultrasonla mı baksaydınız boşu boşuna mı ameliyat ediyorsunuz gibi oluyor.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H6 şiddet görme korkusunun gereksiz tahlil ve tetkiklere neden olabileceğini düşünmektedir.

“Şiddet görme korkusu kesinlikle defansif uygulamaların artmasında etkili, ben her zaman asistan hekimlere şunu söylüyorum. Acil servise hasta ne şikayetle gelirse gelsin, kaydını yapın, anemnezini alın, o hasta acil olmayabilir ama öyle bir durumla karşı karşıya geliyorsunuz ki ya bu hasta gerçekten acil değil ama hekim öyle bir baskı öyle bir ortamla karşı karşıya kalıyor ki yani o kaydı ve o muayeneyi yapmak zorunda kalıyor, tetkik istemek zorunda kalıyor, hastanın istediği şeyleri yapmak zorunda kalıyor, şiddetin etkisi var. Maalesef alınan önlemler şiddet konusunda yetersiz, her gün görüyoruz haberlere çıkıyor, hukuki yaptırımlar yeterli değil.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 şiddet görme korkusunun defansif uygulamaları arttırdığını, bazen hekimlerin istenilen işlemleri yapmak zorunda kaldıklarını belirtmiştir.

“Agresif hastalarla muhatap olmak istemiyoruz çünkü onların sonrasında şiddet vs. bir sürü şey olabiliyor. En az çekindiğimiz kısım dava kısmı, biz o noktada kendimizi zaten koruyoruz. Bizim branş itibariyle de cerrahi hekimler anlamında da dava olayı değil, biz yaptığımız işe zaten güveniyoruz. Mesele zaten davaya gitmeden bunlar kendi kendilerine ceza kesiyorlar. Bizim bu kadar defansif tıbbi yönelmemizin nedeni dava açılması filan değil aslında. ABD, malpraktis kaynaklı davalar açılır mesela, orada kimse size şiddet uygulamaz, dava açar hakkı da varsa yüklü bir tazminat alır. Bizimkiler o bilinçte değiller, hukuki seviyede değiller, kendi cezalarını kendileri kesmeye çalışıyorlar. Siz anlatamıyorsunuz onlara, burada çok korunmasız çalışıyorsunuz, adam geliyor şu kadar metre karenin içinde bana her şeyi yapabiliyor, hiçbir güvenlik tedbiri yok, içeri silahla girebilir, bıçakla girebilir bunlar yaşandı. Türkiye’de hekimler katledildi bu kadar kolay bir

şekilde. Hasta geliyor cebinden silahını, bıçağını çıkartıp cezasını kesmeye çalışıyor. Bizim korkumuz hastaların kendi kendine ceza kesmesi. Bizi en fazla defansif tıbbı iten şey benim kendi düşüncem ve çevremdeki hekimlerin gözlemi fiziksel ya da sözel şiddete çok kolay bir şekilde maruz kalmamız ve bununla alakalı ne hukuki ne de uygulamaya dair bir güvencemizin olmaması, bizi koruyan hiçbir şey yok.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 hekimleri en çok korkutan şeyin hastaların kendi kendilerine ceza kesmesi olduğunu ve hekimleri defansif tıbbı iten en önemli sebebin şiddet görme korkusu olduğunu düşünmektedir.

“Sosyal, görsel medyada sağlık çalışanına olan şiddeti gördükçe tabi ki daha defansif bir tıp anlayışımız oluyor.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 sağlıkta şiddet olaylarının daha defansif davranmasına neden olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin büyük bir kısmı (24/30) malpraktisin defansif tıbbın nedenleri arasında olduğunu ifade etmiştir. Kötü sonuçlara maruz kalmamak için ekstra uygulamalar yaptıklarını veya bazı hastalardan kaçındıklarını ifade etmiştir.

“Eskiden hekimler daha rahattı ama şuan hepimiz avukatlar hastanenin önünde bekliyor gibi bir sanal gerçeklik yaratıldı. Hastalar bu konuda çok etkenler. Çünkü hep doktorun bu konuda bir hatası var mı diye soruyorlar. Hasta niye ben hasta oldum sorusunun cevabını aramak yerine bu hastalığımı neden tedavi edemiyorlar daha fazla irdeliyorlar. Halbuki hastanın şunu demesi lazım bu neden başıma geldi, sigara içtiğim için, hareketsiz yaşadığım için, aşırı yemek yediğim için bunları düzeltmeliyim de sağlığım yerine gelmeli demek yerine doktor hastalığımı niye tedavi edemiyor.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

“Ben 2010’da tıp fakültesinden mezun oldum. Bize o sıralar malpraktis davalarının son yıllarda arttığı anlatılıyordu. avukatların hastanelerde cirit attığından filan bahsediliyordu. Doktorluk, biraz gönül işidir, onsuz yapılacak bir iş değildir. Ne kadar profesyonel bir kalıba sığdırmaya çalışırsanız çalışın hasta-hekim ilişkisi herhangi bir profesyonellik kalıbına sığmayacak şekilde, her zaman gönüllülük, karşılıklı iyi niyet durumunun sürekliliği ile ancak iyi bir şekilde icra edilebilecek bir meslektir. Güven bağı oluşmalıdır. Şimdi siz karşınızdaki insanın kapıdan çıkarken beni dava eder mi diye düşündüğünüz

bir insana ne kadar nitelikli bir hizmet verebilirsiniz. Bu sebeple hekimler defansif uygulamalara yöneleceklerdir. “(H25, Erkek, Psikiyatri)

H4 ve H25 hekimlerin malpraktis davalarına maruz kalmaktan korktuklarını ve bunun da defansif tıp uygulamalarına neden olabileceğini ifade etmişlerdir.

“Yaşanmış tecrübeler ya da çevresinde bunu tecrübe edenlerin olması etkili. Malpraktis olmasa bile bununla ilgili kişiye bir yakıştırmada bulunulması bile etkilidir. Bir hasta vefat etti diyelim. Tıbbi açıdan her şey yapıldı. Gerekli endikasyonlar ortaya kondu, gerekli tedaviler yapıldı ama hastayı kaybettiniz. Bir soruşturma açılır veya açılmaz orda vefat eden hastanın yakını bir cümle söyler bundan sürekli kendinize bir şey çıkarırsınız “benim bir hatam var mı, acaba şu tetkiki de istese miydım, şu uygulamayı da yapsa mıydım, daha ne yapabilirdim, sevk mi etseydim” hani bunlar hasta kaybedilmiş bile olsa, malpraktis olmasa bile ortada hekimin hatası vardır burada veya biri yakıştırmada bulunsu ya da kendisi bile düşünse kişiyi defansif tubba yönlendirebilir.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 malpraktis korkusunun hekimlerde defansif uygulamalara neden olabileceğini ifade etmiştir.

“Bildiğim kadarıyla hâkimlerin, avukatların yaptığı hatalarda devletin bir koruması var. Ama biz sigorta ödüyoruz ve sigorta ödememize rağmen sigorta yapan şirketlerin sayısı az, bazen yaptırılmıyorsunuz. En riskli branştayım. Sigortamı yaptırmak için gittiğimde hocam bir çalışalım, hocam şöyle yapalım gibi geri dönüşler var doktorları da sigortalama ile ilgili sıkıntılar var. Hiçbir hekim bir hastaya zarar vermek istemez ama bu bireysel hatalardan daha çok sistemin getirisi ile alakalı” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 acil tıp gibi riskli branşların malpraktis sigortası yaptırmada güçlük çektiğini belirtmiştir.

Hekimlerin (20/30) performans sisteminin defansif uygulamalara neden olabileceğini ifade etmiştir. Riski az performansı fazla olan işlemlerin tercih edilebileceğini düşünmektedirler. Bu konudaki hekim görüşleri;

“3. basamak hastanelerde zehirlenme vakaları acil tıp ve anestezi yoğun bakım üzerinden gidiyor. Dahiliye ve diğer bölümler üniversite hastanelerinde çok fazla karışmıyor. Ama 2. basamak bir devlet hastanesinde zehirlenme olgularına dahiliye hekimleri baktığı için dahili tıp branşları baktığı için genellikle o hastaları yatırmama, dış merkeze sevk, 3. basamağa

sevk ediyorlar, aslında hasta takip edilebilir mi edilebilir, o an ki hastane koşulları aslında hastayı takip etmek için yeterli ama hekim arkadaşlar genellikle bundan kaçınıyorlar. Cerrahi branşlarda zaten daha hastayı açmadan, bt'sini almadan, kvc yok diğer konsültasyon branş olmadığı için sıklıkla hiç risk almadan gönderme var, tabi bunun altında defansif tıbbın yanında performans sistemi de etkili. Çünkü şöyle düşünün hasta geliyor, genel bir cerrah arkadaş nöbetçi o gece yapabileceği kadar basit ameliyat nedir işte safra kesesidir, apandisit, onları yapıp ertesi günde poliklinik vaktinde hiç takılmadan devam etmek istiyor. Düşünün bir tane komplike vaka var 6 saat 8 saat sürdü, ertesi günde çalışamayacağı için o tür vakaları almamazlık yapıyor.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 performans sisteminin hasta seçimine neden olabileceğini bu sebeple defansif davranılabileceğini düşünmektedir.

“Hekimlerin yaptıkları işlerden az para alması gelirinin az olması, onları defansa itebilir. Diyelim çok riskli bir ameliyat var ortada ama gelir olarak getirisi az olduğu zaman o işi yapmayabilir. İnsanın aptal olması lazım.” (H10, Erkek, Algoloji)

H10 hekimlerin aldıkları riske göre getirisi olmayan işlemlerden kaçınabileceklerini düşünmektedir.

“Performans sistemi kesinlikle etkilidir. Cerrahi işlem yapmıyorlar çünkü hiçbir farkı yok. Burada yapılmıyor, malzeme yok gibi sebeplerle bize gönderiyorlar. Neden risk alsın ki?” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 performansını artırmayacak cerrahiler için hekimlerin risk almaktan kaçındıklarını ifade etmiştir.

Hekimlerin (16/30) tıp hukuku konusunda yetişmiş uzman kişilerin bulunmayışını defansif tıp nedenlerinden biri olarak ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“En bariz nedeni bence hukuk sisteminin objektif olmaması, daha doğrusu hukukçuların sadece önceki içtihatlarla bakarak hüküm getirmeleri, kopyala yapıştır yöntemi ile kararlar veriyorlar. Doğruluğunu filan hiç sorgulamıyorlar. Çoğunlukla emsal kararlara bakıyorlar. Başımıza gelen bir olay: Enjeksiyon işlemleri bazen bacağın sinirine denk gelebilir ve kişinin bacağında felç gelişir. Bu uygulamaların yaklaşık olarak literatürde 1/3000 olasılıkla sinire denk gelme ihtimali vardır. Bunun nedenleri de

belirlenmektedir. Dolayısıyla yapıldığı kurumda enjeksiyondan kaynaklı bu tür sorunlar çok değilse, bu olasılığa denk geliyorsa bu kabul edilebilir bir düzeydir. Bizim hastalardan birinin başına geliyor böyle bir olay ve mahkemenin verdiği karar şuydu: 1. Yapan kişi görevini yerine getirmiştir, bundan dolayı suçlu tutulamaz. 2. Yapma emrini veren hekim, tıbbi gerekçeye dayandırdığı için bu emri vermiştir, sorumlu tutulamaz. 3. Hasta bundan dolayı zarar görmüştür tazminat hakkı doğar. 4. İdare bu tazminatı ödemekle yükümlüdür, uygulayana veya uygulatana da rücu ettiremez. Tazminatı hastaya kurum olarak ödedik ama ortada suçlu yok, suç olmadan ceza nasıl olur? Böyle garip uygulamalar var, bu yüzden hukukun bir an önce düzelmesi lazım.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 hukuk sisteminin objektif olmamasının defansif uygulamalara neden olabileceğini düşünmektedir.

“Burada galiba hukuk sisteminin eksiklikleri olabilir. Yani hukuk sisteminin bizim sistemi çok iyi bilmediği ya da hâkim olmadığı tıp hukuku konusunda belki yetişmiş eleman azlığı vardır. Tıp hukukuna hâkim olmayan hâkimler tarafından yargılanma korkusu, bizim çalıştığımız saha çok gerçekten değişik ve çok kişiye de yabancı bir saha. Orda karar vermek zorundasınız kararınız hastanın faydasına da olabilir zararına da olabilir ama o kararı da vermek zorundasınız. Verdikten sonra da kötüye gittiye eğer her şey geriye dönemiyorsunuz maalesef hasta hayatı etkilenmiş oluyor orda en iyisini yapmak için o kararı veriyorsunuz bunu hâkimin anlaması çok zor eğer yeterince tıbbi bilgisi yoksa. Biz tabi cerrahi branş olmamıza rağmen çok fazla girişim yapmıyoruz. Biraz önce mesela prematüre çocuğa kateter taktım. Normal de kabul etmeyebilirim yapmak zorunda değilim ama pediatri de yatıyor takılamamış damar yolu yok serum verilecek ilaç verilecek takılamamış bende taktım. Yani bu riski almamam lazım aslında benim. Çünkü herhangi bir şey komplikasyon yaparsa direkt bana diyecekler. Bu riski almaktan geri durmadım çünkü çocuğun o tedaviye ihtiyacı var.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H6 alanında uzman olmayan kişiler tarafından yargılanma korkusunun defansif uygulamalara neden olabileceğini düşünmektedir.

“Tıp hukukunda deniliyor ki komplikasyondan dolayı hekim yargılanamaz. Ama öyle bir bilirkişiye gidiliyor ki o komplikasyon taksirli adam öldürme olarak değerlendiriliyor. Bunların ayrımının güzel yapılması, görev

tanımlarının düzgün yapılması, uzman bilirkişiler olmazı lazım, bunun ayrı bir sektör olması lazım.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 alanında uzman olmayan kişiler tarafından kararlar alındığını düşünmektedir.

Hekimlerin (6/30) hükmedilen yüksek tazminat miktarlarının varlığını defansif tıbbın nedenlerinden biri olarak görmektedir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“ABD’de bir uzman hekimin yıllık ortalama kazancı 300.000 dolar civarında dolayısıyla bu adamı 500.000 dolar tazminata mahkûm edeceksen bu bedel onun verebileceği bir para oluyor. Ama benim maaşımı toplasan yıllık 120.000 TL filan kazanıyorumdur. Bu kadar kazanan bir doktora 500.000 TL’lik bir ceza kesemezsin ya da 1 buçuk milyon TL ceza kesemezsin. Bunlar defansif tıba neden olur tabi ki. Cezanın yıllık kazançla orantılı olması gerekiyor.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 hekimlere verilen cezaların gelirlerine oranla yüksek olduğunu, cezaların kazançlarına oranla verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (5/30) mesleki tecrübe eksikliğinin hekimlerde çekinik davranışlara neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşlerinden bazıları;

“Hekimlerin kendilerini garantiye alma isteğinden kaynaklı aslında. Gerek tecrübesizlikten gerek yetersizlikten kaynaklanabilir. Daha fazla konsültasyon, tetkik isteyebilir.” (H7, Kadın, Kadın Hastalıkları ve Doğum)

H7 mesleki tecrübesizlikten kaynaklı hekimlerin kendilerini garantiye alma amaçlı defansif davranabileceğini düşünmektedir.

“Bence mesleğe yeni başlayan hekimler daha fazla defansif tıp uyguluyorlar. Çünkü yeterli tecrübeye sahip değiller hep bir şüphe içindeler, tüm ihtimalleri düşünmek zorundalar bu sebeple daha fazla işlem, tetkik isteyebilirler.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 mesleğinin ilk yıllarında hekimlerin daha fazla defansif tıp uygulamalara başvurduklarını düşünmektedir.

Hekimlerin (6/30) medyada yer alan içeriklerin hekimleri defansif uygulamalara yöneltebileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşlerinden biri;

“Hekimler TV’lerde, gazetelerde yapılan aslı astarı olmayan sağlık skandalı olarak verilen haberleri görüyorlar. Sadece gündem yaratmayı

amaçlayan bu içerikler hekimlerin kendilerini korumaya almasına, çekinik davranmasına neden oluyor.” (H14, Kadın, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon)

“Medyada sağlık ile ilgili olumsuz haberlere yer verilmesi, hekimleri itibarlarını korumaya itiyor. Veya davalık olan hekim arkadaşlarını görüyorsun, bu da etkiler.” (H16, Kadın, Dermatoloji)

H14 ve H16 medyada yapılan sansasyonel haberlerin hekimleri kendilerini korumaya almalarına neden olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin (6/30) tıp eğitiminin defansif tıp uygulamalarına neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri,

“Yetersiz, niteliksiz tıp eğitimi, yetersiz uzmanlaşma defansif tıba neden olmaktadır.” (H13, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

H13 defansif tıbbın nedenlerinden birinin de tıp eğitiminin yetersizliği, niteliksizliği olduğunu belirtmiştir.

“Defansif uygulamalar tıp fakültesinde öğrenciyken öğreniliyor aslında. Zamanla da hekimlik uygulamalarının bir parçası haline geliyor. Malpraktis davalarının arttığı, bunlardan kendimizi korumamız gerektiğinden bahsedilirdi.” (H14, Kadın, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon)

H14 tıp eğitiminden kaynaklı defansif uygulamaların ortaya çıkabileceğini düşünmektedir.

Hasta yoğunluğunun fazla olmasının defansif uygulamalara neden olabileceği ifade eden hekim (5/30) görüşlerinden birisi;

“Günlük baktığımız hasta sayısı o kadar fazla ki hastalara ayrılan zaman yetersiz, gereksiz tetkik ve tahlil istememek pek mümkün olmuyor bu sebeple. Aslında bir bakıma hastayı ötelemekten başka bir şey değil bu.” (H26, Erkek, Ortopedi)

H26 hasta yoğunluğunun defansif uygulamalara neden olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin (5/30) hasta şikayetleri ile uğraşmamak için hekimlerin defansif tıp uygulayabileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşleri;

“Bazı hastalar oluyor, ne yapsanız memnun olmayan türden bunlarla uğraşmak istemiyorsunuz. Biran önce başınızdan savmaya çalışıyorsunuz.” (H18, Erkek, Üroloji)

H18 memnuniyetsiz hastalar tarafından şikayet edilmenin defansif tıbbi yönelttiğini ifade etmiştir.

“Yaptığı her şeyden sonra en basit bir Cimer-Sabim şikâyeti olduğunda lüzumsuz yere gelip hekime bu neden oldu diye sorulduğunda insanın canı sıkılıyor. Bunların süzülmesi lazım. Saçma sapan şeyler geliyor. Adam ben ameliyat oldum hapşırdım, niye hapşırdığım bana yazılsın diye yazıyor ve bunlar hiç denetlenmeden direkt ameliyat yapan hocaya geliyor. Hekimi bunlar da defansa iter.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 lüzumsuz hasta şikayetlerinin hekimleri defansif uygulamalara itebileceğini ifade etmiştir.

Hekimlerin (5/30) hasta istek ve beklentilerinin defansif uygulamalara neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Hastalarda sizi defansa yönlendirebiliyor mesela benim şuram ağrıyor ben MR çekirmek istiyorum, bunun için geldim diyen hastalarda oluyor. Gerek olmadığını söyleyen bile dinlemiyor, sen de şikayetlerle uğraşmamak adına istiyorsun.” (H7, Kadın, Kadın Hastalıkları ve Doğum)

H7 hekimlerin hasta istek ve beklentileri doğrultusunda defansif davranabileceğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) gelişen tıp teknolojisinin de defansif uygulamalara neden olabileceğini düşünmektedir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Defansif tıp teknolojiye bağımlılıktan da meydana geliyor. Mesela önceden stetoskopla batın ile ilgili çoğu işimizi halledebiliyorken bugün grafi görmeden, tomografi görmeden, bir ekokardiyografi görmeden bir kardiyolog çalışmıyor. İdarecilik dönemimde şöyle bir olay yaşamıştım. Kardiyolog geldi, 2 kardiyolog var, 1 tane eko var. İkinci polikliniği de açalım, siz de orada çalışın dedik. Dedi ki ekom olmasa ben ne yapacağım ki? Dedim EKG var, stetoskobunuz var illa ki bakabileceğiniz hastalar olacaktır dedim. Eko olmadan kesinlikle hiçbir şey yapamam dedi. Yani bir teknoloji bağımlılığı var ortada aslında, tetkik bağımlılığı değil bu, teknoloji bağımlılığı.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 teknoloji bağımlılığının var olduğunu bunun da defansif tıbbi neden olduğunu belirtmiştir.

4.2.7. Defansif Tıbbın Sonuçları

Hekimlerin defansif tıbbın sonuçlarına yönelik görüşleri “sağlık harcamalarını arttırması”, “zaman kaybı”, “tanı sürecini geciktirmesi”, “iş yükünü arttırması”, “hastalarda zarara neden olması”, “riskli işlem yapan cerrah bulunamaması”, “bazı hastanelerde yığılma”, “hasta yoğunluğunun artması”, “tıpta uzmanlık seçimini değiştirmesi”, “mesleki ilerlemenin durması”, “malpraktisi arttırması”, “şiddet”, “hekimlik mesleğinin tercih edilmemesi” şeklindedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Defansif tıbbın sonuçları

Defansif Tıbbın Sonuçları	Sayı	Yüzde
Tanı sürecini geciktirmesi	16	53,3
Sağlık harcamalarını arttırması	15	50
Hastalarda zarara neden olması	13	43,3
İş yükünü arttırması	10	33,3
Şiddet	10	33,3
Zaman kaybı	7	23,3
Riskli işlem yapan cerrah bulunamaması	7	23,3
Hasta yoğunluğunun artması	6	20
Bazı hastanelerde yığılma	5	16,6
Tıpta uzmanlık seçimini değiştirmesi	5	16,6
Mesleki ilerlemenin durması	3	10
Malpraktisi arttırması	3	10
Hekimlik mesleğinin tercih edilmemesi	3	10

Hekimler (16/30) defansif tıbbın en önemli sonucunun tanı koyma sürecini geciktirmesi ve bunun hastalarda geri dönüşü olmayan zararlara neden olması olduğunu ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“MR, tomografi, ultrason derken bir sürü tetkik isteniyor ve hastanın tedavisine başlamak için geç kalınabiliyor. Bazı hastalıklar çok hızlı ilerleyebiliyor bu seferde telafisi mümkün olmayan durumlar ortaya çıkabilir.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

H21 hızlı seyreden bazı hastalıklarda gereksiz tetkik ve tahlillerin hastalığın tedavisini geciktirdiğini ve bunun sonucunda hastanın zarar görebileceğini düşünmektedir.

“Gelişigüzel yapılan sevkler hastaların hastane hastane dolanmasına neden olmakta, tedavi sürecini geciktirmektedir.” (H2, Erkek, Anestezi ve Reanimasyon)

H2 gereksiz yapılan sevklerin hastaların zaman kaybetmesine neden olduğunu ifade etmiştir.

Hekimlerin (15/30) defansif tıbbın önemli sonuçlarından birisinin de sağlık harcamalarının artması olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konudaki hekim görüşlerinden bazıları;

“Bu aynı zamanda sağlık maliyetlerini de arttırıyor. Sağlık maliyetlerinin artması devletin üstüne ciddi bir yük, vergiler artıyor dolayısıyla kaybeden hep halk oluyor. Bu, toplum olarak herkesin düşünmesi gereken bir şey, herkesin şapkasını başının önüne koyması gerekiyor, sadece hekimin veya sadece idarecilerin düşüneceği bir durum değil. Mesela hasta ortopedik muayenesini olmaya geliyor, doktor muayenesini yapıyor, diz ağrısı var, grafiyi görüyor. Bir şeyin yok, gidebilirsin diyor. “Nasıl yani emar çekmeden mi göndereceksiniz beni “diyor. Bana güvenmeyecekse kime güvenecek?” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 defansif uygulamaların sağlık harcamalarını arttırdığını ve bundan zarar görenin yine halk olacağını belirtmiştir.

“Gereksiz tetkik bir kere maliyeti arttırıyor. Acil serviste kalış sürelerini arttırıyor. Böyle olunca zaten sıkıntılı bir sistem iyice hantal hale geliyor. Çoğu şeyi hep dışarıdan satın alıyoruz, aşırı tetkik mevcut devlet sermayesinin yurtdışına kaymasına sebep oluyor. Sağlık sektöründe yerleşme bu yıllarda, ihtiyaç vuku bulduğu için ortaya çıkmaya başladı. Şöyle söyleyeyim kendi hastanemiz adına video laringoskop dediğimiz bir malzeme var ortalama 10.000-100.000 TL arasında fiyatı var. Ama benim acil servisimde yok, biz ne yapabiliriz bunu yapabilir miyiz, daha uygun maliyete yapabilir miyiz? Düşünün o kadar maliyetli bir şeyi biz 350 TL gibi bir fiyata maal ettik. Bluetoothlu, wifi ile kullanabiliyorsunuz. Nasıl savaşta kendi merminizi üretmezseniz hayatta kalamayacağınızı biliyorsanız artık sağlık sektörü de o noktaya geldi. Yerli üretim yapmanız gerekiyor. Bir şeyler başladı bu covid süreci kötü bir süreç bazı konularda farkındalık yaratılması yerli bir ventilatörün yapılması çok güzel bir şey. Üretimi de artırırsak çok iyi olacak. Siz aşırı tetkik istiyorsunuz, aşırı malzeme kullanıyorsunuz, aşırı iş gücü

kullanıyorsunuz. Acil olmayan hastalar daha uzun süre kalıyor bu daha çok personel, daha çok maaş demek maliyeti artırdığı kesin.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 sağlık sektörünün dışa bağımlı olduğunu, gereksiz işlemlerin maliyetleri arttırarak devlet sermayesinin ülkeden dışarıya gittiğini belirtmiştir.

Hekimlerin (13/30) defansif uygulamalar sonucunda hastaların zarar görebileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşleri;

“Gereksiz yapılan bazı işlemler sonucunda hasta zarar görebilir. En basitinden gereksiz radyasyon alması ilerde kansere yakalanma riskini artırır.” (H19, Erkek, Üroloji)

H19 gereksiz yapılan işlemlerin hastalarda zararlara neden olabileceğini düşünmektedir.

“Özellikle negatif uygulamalar dediğimiz kaçınma davranışları sonucunda hastalar ciddi zararlara maruz kalabilir. Mesela acil ameliyat edilmesi gereken bir hastayı hiçbir sebep yokken, risk almamak için sevk ederseniz ve bu sırada hasta zarar görürse burada malpraktisle karşılaşılır.” (H2, Erkek, Anestezi ve Reanimasyon)

H2 negatif defansif uygulamalar sonucunda hastaların zarar görebileceğini, hekimlerin böyle bir durumda malpraktisle karşılaşabileceğini düşünmektedir.

Hekimlerin (10/30) defansif uygulamaların sağlık çalışanlarının iş yükünü artırdığını ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşü;

“İstenilen en ufak gereksiz tahlil ve tetkik yoğunlukta çalışan sağlık çalışanları açısından ekstra iş demektir.” (H15, Erkek, Acil Tıp)

H15 defansif uygulamaların zaten yoğun çalışan sağlık çalışanlarının iş yüklerinin artmasına neden olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin (10/30) defansif uygulamaların hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesine neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Hasta hastanede defansif uygulamalar dolayısıyla daha fazla vakit geçirdiği için agresifleşebilir ve şiddete başvurabilir.” (H27, Erkek, Göz Hastalıkları)

H27 defansif tıp uygulamaları sebebiyle hastanede uzun süre geçiren hastaların agresifleşebileceğini düşünmektedir.

“Defansif uygulamalar da hastalarda şiddete neden olabilir. Sürekli üst kuruma sevk edilip hastanelerde dolanan birisi bu kadar eziyete rağmen hastalığının teşhis edilmediği durumda bunun faturasını en son gittiği hekime kesebiliyor.” (H9, Erkek, Psikiyatri)

H9 defansif uygulamalar sebebiyle işini halledemeyen hastaların şiddet gösterebileceğini düşünmektedir.

Hekimlerin (7/30) defansif uygulamaların önemli bir sonucunun da riskli cerrahi işlemleri yapabilecek hekim bulunamaması sorunu olduğunu düşünmektedir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“İnsanlar riskli cerrahilerden kaçınmakta, şuan devlette nadir, ütöpik cerrahiler yapılmıyor. Çok yüksek risk barındıran cerrahiler yapılmıyor ya da çok az yapılıyor bunlar özelde yapılıyor. Dolayısıyla halk sağlığı açısından böyle nitelikli cerrahilerin kamuda yapılmaması çok ciddi bir halk sağlığı sorunu barındıracak. Ya da çok ciddi bir risk barındıran tedavilerin özel sektöre kayması gibi bir sonuç olacak. Biz de düşünüyoruz. Bizim de tıbbi olarak ihtiyacımız olabilir. Biz de hasta veya hasta yakını olabiliriz. Bu durumda şuan gerçekten devlette o nitelikte cerrahi yapan eskisi gibi hekimler yok.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 hekimlerin riskli işlemlerden kaçındığını, bu işlemlerin özel sektöre kaydığını ve dolayısıyla bunun ilerde bir halk sağlığı sorunu haline geleceğini düşünmektedir.

“Hekimler kendini riske atmayacaklar bu durumda zor, sıkıntılı hastalar belki ihmal olacak. Özellik gerektiren işlemler için kendilerini tedavi edecek hekim bulmakta zorluk çekecekler. Mesela ileri cerrahi gerektiren beyin cerrahisi ameliyatları, kalp damar cerrahisi tedavileri, plastik cerrahide doku nakli gerektiren işlemler serbest doku nakilleri bunlar uzun süren işlemler bunu git piyasadaki hiçbir plastik cerrah yapmaz ne özel ne kamu yapmıyorlar sadece üniversite hastanesinde yapılır. El cerrahisi şuan samsunda sadece burada yapılıyor başka hiçbir yerde yapılmıyor neden el nankör bir organ çünkü. Dikilmesi zor, hareket ettirmesi zor, iyileşmesi zor, elde edilecek ince hareketleri geri kazandırmak zordur. Muhakkak bir sekeller kalıyor bu sefer hastanın hayatını etkiliyor, hasta da bunu bir şekilde yansıtıyor, istiyor ki eskisi gibi olsun her şey, her şey eskisi gibi olmuyor millette hiç riske atmıyor.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 hekimlerin riskli işlemlerden kaçınması sonucunda mağdur olan hastaların olacağını belirtmiştir.

Hekimlerin (6/30) defansif uygulamaların zaman kaybına neden olduğunu ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Defansif uygulamaların aynı zamanda nasıl bir külfeti var zamandan alıyor acil hekiminin o kadar vakti yoktur, çok fazla hasta vardır.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 defansif uygulamaların zaman kaybına neden olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin (6/30) defansif uygulamaların hastanelerdeki hasta yoğunluğunu artıracığını ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Bu uygulamalar hastaneye gelen hastanın burada daha fazla zaman geçirmesine neden olur. Bu da hastanelerdeki hasta yoğunluğun artması demektir.” (H13, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

H13 defansif uygulamaların gereksiz hasta yoğunluğuna neden olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin (5/30) defansif uygulamaların tıpta uzmanlık seçiminde değişikliklere neden olduğunu ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Bundan 10-15 yıl sonra iyi bir cerrah etrafta bulamayacaksınız. Bu ameliyatlara yapacak cerrah bulamayacaksınız. Annenizi, babanızı veya akrabanızı kime teslim edeceğinizi bilemeyeceksiniz. Ben 1998 mezunuyum. Biz mezun olduğumuzda TUS’a girdiğimizde cerrahi branşlar yüksekti ve bu branşları tercih edenler zeki insanlardı. Şimdi insanlar malpraktis olaylarından dolayı ya da başka sıkıntılı olaylardan dolayı cerrahi olmayan branşlara girerim, basit, rahat bölümleri okurum diye düşünüyorlar. Defansif tıp, kesinlikle tıbbın yapısını, doktorların yapısını değiştiriyor. 10-15 yıl sonra iyi bir cerrah bulmak zor olacak ve onlara da ücretle ulaşmak gerecek.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H29 başarılı hekimlerin artık rahat branşlara yöneldiklerini, ilerleyen dönemlerde iyi bir cerrah bulmanın zorlaşacağını düşünmektedir.

“Ayrıca TUS puanları da değişti özellikle şuan beyin cerrahisi, kadın doğum gibi branşlar ben ihtisasa başlarken derece ile alınıyordu. Şimdi en düşük bölümlerden biri bu gibi bu gibi nitelikli bölümlerin puanları diplerde.

Bunun sebebi de defansif tıp bunun sonucu da şu olacak ileride gerçekten kalifiye bir beyin cerrah cerrahı veya iyi bir kadın doğum uzmanı olmayacak ya da bunlar çok az sayıda olacak ve hepsi özel sektörde olacak kamuda bu hizmetlerin verilmemesi çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olacak.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 tıpta uzmanlık seçimlerindeki değişimlerin ilerleyen dönemlerde başarılı hekim bulmayı zorlaştıracaklarını, bu hekimlerin özel sektörde yer alacağını kamuda bu hizmetlerin verilememesinin halk sağlığı sorunu olacağını düşünmektedir.

Hekimlerin (5/30) defansif uygulamaların bazı hastanelerde yığılmalara neden olduğunu ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşlerinden bazıları;

“Yapabileceği halde, uğraşmak istemeyen, risk almak istemeyen hekimler üst kurumlara sevkler yapabiliyor. Bunun sonucunda bu hastanelerinde yoğunluk oluşuyor. Hekimlerin iş yükü artıyor ve diğer hastaların da beklemesine, tedavilerinin gecikmesine de neden oluyor.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

“Riskli cerrahilerden kaçındıkça aslında hastaneler kitleniyor. Mesela, pekâlâ devlet hastanesi düzeyinde alınabilecek bir hasta alınmıyor üniversiteye sevk ediliyor, üniversitedeki yoğunluk artıyor. Normalde üniversitenin bakacağı bir üst düzey hastalar için daha az zaman ayrılması sonucu ile karşılaşıyoruz yani hastalar için mağdur oluyor.” (H6, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H4 ve H6 üst kurumlara yapılan gereksiz sevklerin bu kurumlarda yığılmalara neden olduğunu, çalışanların iş yüklerinin arttığını, bazı hastaların tedavilerinin aksadığını ifade etmiştir.

Hekimlerin (3/30) ilerleyen dönemlerde hekimlik mesleğinin popülerliğini kaybedeceğini ve tercih edilmeyeceğini ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Şuan hekimler hekimlik yapmak istemiyor, performans sistemi, defansif tıp bir çok sebepten dolayı insanlar çalışmak istemiyor, covid süreci var hekimlik mesleğinin popülaritesinin gelecek zamanda düşeceğine inanıyorum. Garanti meslek mantığı ile bunu seçiyoruz ama artık z kuşağının bu mantıkta olmadığını düşünüyorum, yeni kuşak artık öyle düşünmüyor. Daha rahat uzaktan kolay para kazanılabilecek bir şey istiyorlar. Ama hekimlik öyle bir meslek değil. Severek eşinizden çocuğunuzdan vakit ayırarak yaptığınız halde bir de şiddete maruz kalmak, mobbinge maruz kalmak insanın istemediği bir

şey. Elbette insanlar da başlarına bir şey gelmesin diye tetkik sayılarını artırıyor defansif tıp bu sebeple ortaya çıkıyor.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 hekimlerin maruz kaldığı birçok sıkıntıdan dolayı gelecekte bu mesleğin popülerliğini kaybedeceğini, tercih edilmeyeceğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) defansif uygulamalar sebebiyle hekimlerin mesleki olarak ilerleyemeyeceğini, kendini geliştiremeyeceğini ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Cesaret açısından bizi olumsuz olarak etkiler. Denenmemiş bir ameliyat veya riskli olan bir hastaya çoğu doktor yaklaşmak istemez.” (H26, Erkek, Ortopedi)

“Daha pısrık bir doktor ortaya çıkabilir her şeyden korkan, uzak duran kişiler.” (H12, Erkek, Kalp ve Damar Cerrahisi)

H26 ve H12 defansif uygulamaların hekimlerin mesleki gelişimini olumsuz etkilediğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) defansif uygulamaların malpraktis riskini arttırdığını ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Bu nedenle hekimlerin iş yükü çok artıyor. Komplikasyon oranları ve malpraktis sorunları da artıyor.” (H14, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H14 defansif uygulamaların hekimlerin iş yükünü arttırdığını, bunun malpraktise neden olabileceğini düşünmektedir.

4.2.8. Defansif Tıbbi Önlemek İçin Öneriler

Hekimlerin defansif tıbbi önlemeye yönelik önerileri: “yasal güvence sağlanması”, “eğitim ve farkındalık”, “şiddetin önlenmesi”, “hasta yoğunluğunun azaltılması”, “tıp eğitiminin iyileştirilmesi”, “şikayetlerin denetlenmesi”, “sevk zinciri”, “sağlık politikalarının iyileştirilmesi”, “risk/getiri oranının sağlanması”, “hekim saygınlığının geri kazandırılması”, “koruyucu hekimliğin geliştirilmesi”, “uzman bilirkişilerin yetiştirilmesi”, “sağlık mahkemeleri yapılanması” ve “medya denetimi” şeklindedir.

Tablo 4.9. Defansif tıbbi önlemek için öneriler

Defansif Tıbbi Önlemek İçin Öneriler	Sayı	Yüzde
Yasal güvence sağlanması	12	40
Şiddetin önlenmesi	12	40
Eğitim ve farkındalık	7	23,3
Hekim saygınlığının geri kazandırılması	5	16,6
Tıp eğitiminin iyileştirilmesi	5	16,6
Hasta yoğunluğunun azaltılması	4	13,3
Şikâyetlerin denetlenmesi	3	10
Sağlık politikalarının iyileştirilmesi	3	10
Risk/getiri oranının sağlanması	3	10
Sevk zinciri uygulaması	3	10
Uzman bilirkişilerin yetiştirilmesi	3	10
Sağlık mahkemeleri yapılması	3	10
Koruyucu hekimliğin geliştirilmesi	2	6,6
Medya denetimi	2	6,6

Hekimlerin (12/30) defansif tıbbın önlenmesi konusundaki önerileri arasında hekimlere yasal güvencenin sağlanması yer almaktadır. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Hekimleri savunan bir sistemin geliştirilmesi lazım. Tabip odalarına filan baktığımızda sadece siyasetle uğraşıyorlar bu durumdan çıkılması lazım. Hekimlerin problemlerine özelleşmesi lazım, siyaset üstü bir şeylerin olması lazım. Türkiye’de sadece siyaset olduğu için asıl problemlere yoğunlaşamıyoruz yani.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

H1 hekimleri savunan bir sisteme ihtiyaç olduğunu düşünmektedir.

“Sağlık çalışanlarının özlük haklarıyla beraber bazı alanlarda kanuni güvenceleri de olsa daha iyi olur. Komplikasyonun olabileceğinin kabul edilmesi bile sağlık çalışanlarını defansif tıptan uzaklaştırır. 2 milyonluk dava var. 2 yıl önce doğum olmuş. Doğumda bir komplikasyon oluşmuş. 2 yıl sonra gelmiş maddi ve manevi tazminat davası açıyor. Burada adli merciler yani kanun koruyucular bizi koruması gereken merciler o zaman olaya direkt şöyle bakıyorlar “burada bir hata var, burada bir eksiklik var” tıpta bizim komplikasyon dediğimiz istenmeyen durumlar, bu durumlar kanuna girmedir. Komplikasyon var, hekimler istemedikleri halde zarar verebilirler istemedikleri halde de istemedikleri sonuçlarla da karşılaşabilirler. Ve bu

alanlarda kanun, sağlık çalışanlarını korursa ister istemez defansif tıpta azalır.” (H21, Erkek, Aile Hekimi)

“Doktorlara hukuki olarak güvence verilmesi gerekir. Bir doktor diyelim ki ameliyat yaptı herkes insan herkes hata yapabilir bunların mahkemelerce doktorun lehine güvence verilmesi gerekir. Tabi bilerek ya da kasten olarak değilse adam işine alkollü gelmiştir o bir şey diyemem. Malpraktis ile komplikasyon ayrımı olması lazım. Şuanda hekimler komplikasyonlar yüzünden yıllarca mahkemeye gidip geliyor belki bir ifade ile bitebilecekken bir olay yıllarca gitmek durumunda kalıyor. Kimse bir hastanın ölmesini istemez herkes hastalar için alışıyor. Hem diyorsunuz ki riskli olan ameliyatlara yapın hem de en ufak ters giden bir durumda hekim mahkemelerde süründürüyorsanız o doktor bir daha eline bıçak almaz.” (H10, Erkek, Algoloji)

H21 hekimlere kanuni güvencelerin sağlanması gerektiğini ve bunun defansif uygulamaları azaltacağını düşünmektedir.

Hekimlerin (12/30) defansif uygulamaları önlenmesi için sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu konudaki hekim görüşü;

“Bir kere can korkusunun önüne geçilmesi gerekir. Fiziksel şiddetin engellenmesi lazım.” (H20, Kadın, Kardiyoloji)

H20 defansif tıbbi önlemek için öncelikle şiddetin önlenmesi gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (7/30) eğitim ve farkındalık sağlanması gerektiğini ifade etmiştir. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Sağlık eğitimi konusunda ciddi bir seferberliğe ihtiyaç var.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

“Telefona veya bilgisayara bir şey olursa dersin ki kapatalım, tüm bilgileri yedekleyelim ve format atalım. Şuanda topluma bu konuda format atmak mümkün değil. Eğitim yok. İnsanlara şunu söyleyeceksin tomografi isteyen bir kişiye bak bu yapılacak işlem, aldığın x ışını senin kanser olmana neden olabilir, kanser olma riskini artırır. Hastayı bilgilendireceksin bu konuda, bu yüzden bu işlemleri istemiyorum diyeceksin. Ama ne yazık ki şuan ki sistem hasta ile bu şekilde karşılıklı olarak konuşabilecek bir düzeni vermiyor. Hastanın toleransı yok, hekimin vakti ve toleransı yok. Dolayısıyla hepsi bir

araya gelince bir kısır döngü devam ediyor. Doktor da şunu diyor ben şimdi bunu anlatmaya kalksam en az 20 dakikamı vereceğim, 20 dakika vermek mi, tetkiki yaptırmak mı, git yaptır diyor, hasta da istiyor ısrar ediyor zaten. Şuan mesela toplum gereksiz antibiyotik kullanımını azalttı. Reçetesiz verilmiyor, gereksiz verilmiyor, fazla antibiyotik veren hekimler uyarılıyor. Bu sebeple biraz toparlandı, bunun gibi olacak ancak bu şekilde düzelir. Ameliyat öncesi profilaksi uygulanmıyordu, direkt tedavi gibi antibiyotik başlanıyordu, rehberlerde olmadığı halde. Dolayısıyla bu zaman isteyen bir şey, biraz mücadele etmek gerekiyor.” (H4, Erkek, Göğüs Cerrahisi)

H4 toplumun eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Gereksiz antibiyotik kullanımı konusunda verilen mücadelenin amacına ulaştığını, aynı şekilde defansif tıp ile mücadele etmek gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (5/30) defansif tıbbın önlenmesi için tıp eğitiminin kalitesinin iyileştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Ben hekimlerin defansif tıba yönelmesinde verilen tıp eğitiminin de etkili olduğunu düşünüyorum, ta öğrencilikteyken hastaya dokunmaktan korkar hale geliyorlar aslında. Bu sebeple tıp eğitimindeki hocaların yaklaşımları önemli, buna dikkat etmeli.” (H14, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi),

H14 tıp fakültesindeki akademisyen yaklaşımlarının, defansif tıba yönelmesinde etkili olduğundan bahsetmiştir.

Hekimlerin (5/30) hekimlerin öz saygınlığının geri kazandırılması gerektiğini ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Öncelikle hekimlerin öz saygınlığı geri kazandırılmalıdır.” (H8, Kadın, Acil Tıp)

Hekimlerin (4/30) defansif tıbbın önlenmesinde hasta yoğunluğunun azaltılması gerektiği üzerinde durmuştur. Bu konudaki bazı hekim görüşleri;

“Hasta sayıları azaltılacak, hekimlere düşen yük azaltılmalı.” (H1, Erkek, Acil Tıp)

“Mevcut sistemde hastalara yeterli süreyi ayıramıyorsun çünkü hasta sayısı çok fazla. Corona süreci öncesinde bizim acil serviste günlük 1600-1700 kişi muayene ediliyordu. Bizim bir beyin cerrahımız günde 100 hastaya bakıyor. 100 kişiyi şuraya dizsek selamlaşmaya kalksan 50’sinden sonra bırak

ya yapmıyorum der, bırakırsın. Bu kadar kişinin derdini dinliyorsun, test-tahlil istiyorsun, ilaçlarını yazıyorsun.” (H29, Erkek, Aile Hekimi)

H1 ve H29 hasta yoğunluğunun çok fazla olduğunu dolayısıyla bu durumun hekimlerin iş yüklerini arttırdığını, her hastaya yeterli sürenin ayırlamadığını belirtmişlerdir.

Hekimlerin (3/30) hasta şikâyetlerinin ön elemeden geçirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu konuda bir hekim görüşü;

“Yaptığı her şeyden sonra en basit bir Cimer-Sabim şikâyeti olduğunda lüzumsuz yere gelip hekime bu neden oldu diye sorulduğunda insanın canı sıkılıyor. Bunların süzülmesi lazım. Saçma sapan şeyler geliyor. Adam ben ameliyat oldum hapşırdım, niye hapşırdığım bana yazılsın diye yazıyor ve bunlar hiç denetlenmeden direkt ameliyat yapan hocaya geliyor. Hekimi bunlar da defansa iter. Bunların sonucunda bir şey çıkmayacağını bilsen bile yıpratıyor bu tür şeyler, bir süre sonra bezdiriyor. Yaptığın işten de iğrenmeye başlıyorsun.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 hasta şikâyetlerinin ön elemeden geçirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) defansif uygulamaların önlenebilmesi için sağlık politikalarının iyileştirilmesinin gerekli olduğunu düşünmektedir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Sağlıkta reform adı altında performans sisteminin kaldırılması ve her hastanın hak ettiği sürelerin onlara tanınmasını sağlayacak bir sağlık sisteminin getirilmesi lazım. Yani sistemsel bir değişiklik gereklidir.” (H25, Erkek, Psikiyatri)

H25 defansif tıbbın önlenebilmesi için sistemsel değişikliklere ihtiyaç olduğunu, performans sisteminin kaldırılması gerektiğini belirtmiştir.

Hekimlerin (3/30) sevk zinciri uygulamasının hasta yoğunluğunu azaltacağını böylece hekimlerin hastalara yeterli süre ayırabileceğini, sağlıklı bir iletişimin de defansif uygulamaları azaltacağını belirtmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Sevk zinciri uygulanırsa bazı hastanelerdeki gereksiz yoğunlukta azalacaktır. Böylece hekimler her hastaya yeterli süre ayırabilirler ve gereksiz işlemlerle hastayı ertelemez.” (H11, Kadın, Anestezi ve Reanimasyon)

H11 sevk zinciri uygulamasının defansif uygulamaların azalmasında etkili olacağını düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) defansif tıbbın önlenmesi için alanında uzman bilirkişilerin olması gerekliliğinden bahsetmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Hekimlerin karşılaştıkları riskler karşısında kendini güvende hissetmesi lazım. Başına bir şey geldiğinde, kendisine sorulduğunda açıklama yaptığında anlayabilecek bir makam olmalıdır. Bu makam işi bilen, belki mesleğin içinden gelen bir adalet sistemi olmalı. Sağlık mahkemeleri gibi yapılar olmalı. Bilirkişi en azından sağlığı bilen birisi olması lazım. Bunlarda ya hekim ya da hekimlikten ayrılıp tamamen hukuka yönelmiş kişiler olmalıdır. Yani konuştuğun dili anlamalı aksi takdirde bu elma ile armudu kıyaslamadan öteye gitmez o zamanda insanlar kendilerini güvende hissetmez ve risklerden kaçarak.” (H3, Erkek, Plastik ve Estetik Cerrahi)

H3 sağlığı bilen uzman bilirkişilere ihtiyaç olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) risk/getiri oranının sağlanmasının defansif uygulamaları önlemek için faydalı olacağını düşünmektedir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Diyelim çok riskli bir ameliyat var ortada ama gelir olarak getirisi az olduğu zaman o işi yapmayabilir. Aldığı riske değen oranda gelir sağlanmalı.” (H10, Erkek, Algoloji)

H10 hekimlere aldıkları riski karşılayabilecek oranda gelirler sağlanması gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin (3/30) defansif tıbbın önlenmesi için sağlık mahkemesi gibi yapılanmaya gerek olduğunu belirtmişlerdir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Sağlıkla ilgili konularda mahkemelere bakan ekibin bu konuda özel bir eğitimi plan yok genel hukuk çerçevesinde değerlendiriyorlar. O da bilirkişilerin üzerinden yürüyor. Mesela Amerika'da sağlıkla ilgili davaların bakıldığı sağlık mahkemeleri var hani bizim iş mahkemeleri gibi. Dolayısıyla sadece bilirkişi raporları üzerinden işlem yapılıyor bu raporlarda tek bir kişinin verdiği raporlar olduğu için bir takım sıkıntılara yol açıyor.” (H24, Erkek, Göz Hastalıkları)

H24 sağlık ile ilgili konularda uzman mahkemelerin gerekli olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin (2/30) defansif uygulamaların önlenmesi hususunda koruyucu hekimliğin geliştirilmesinin gerekli olduğunu ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Halk sağlığı politikaları yani koruyucu hekimlik gelişirse, kronik hastalıklar vb.ler azalacağı için hem hasta mağduriyetleri hem devletin bu nedenle yükleneceği ekonomik yükler azalacaktır. Hem sağlıklı hem ekonomik modeldir. Örnek veriyorum ben aile hekimliği yapıyorsam hastalar zaten çok fazla tuz tüketilmemesi gerektiğini çok küçük yaşlardan itibaren öğrendikleri, nasıl bir diyet düzeninin onların sağlığı için iyi olacağını öğrenip bunları çok küçük yaşta geliştiriyorlarsa dolayısıyla bu insanlar daha geç hipertansiyon olacağı için anti-hipertansif ilacını takip etmek gibi dert olmayabilir veya bu insanlar kardiyoolojiye gitmek zorunda kalmayabilir. Dolayısıyla defansif tıbbi önlemek için öncelikle halk sağlığı politikaları, koruyucu hekimliğin geliştirilmesi lazım.” (H25, Erkek, Psikiyatri)

H25 koruyucu hekimliğin geliştirilmesinin dolaylı yoldan defansif tıp uygulamalarının önlenmesinde etkili olacağını düşünmektedir.

Hekimlerin (2/30) defansif tıbbın önlenmesinde medyanın denetiminin gerekli olduğunu ifade etmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü;

“Medyanın sağlık çalışanlarını direkt hedef göstermesi engellenmelidir.”
(H8, Kadın, Acil Tıp)

H8 medyanın sağlık çalışanlarını direkt hedef göstermesinin engellenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırmada sağlıkta şiddet olaylarının hekimleri defansif uygulamalara yöneltip yöneltmediği incelenmiştir. Ayrıca araştırmada sağlıkta şiddet olaylarının ve defansif tıp uygulamalarının nedenleri, sonuçları ve önlenmesi için alınabilecek önlemlerin neler olduğu araştırılmıştır. Araştırma bulgularının tartışılması sağlıkta şiddete ilişkin ve defansif tıba ilişkin olmak üzere iki boyutlu olarak ele alınmıştır.

Araştırmaya cerrahi ve dahili tıp bilimlerinde görevli çeşitli unvanlarda 30 hekim katılmıştır. Hekimlik yılları 3 ila 42 yıl arasında olmakla birlikte hekimlerin 25'inin görev süresi 10 yıl ve üstü şeklindedir. Katılımcıların %26,6'sı kadın, %73,4'ü erkek hekimlerden oluşmaktadır.

5.1. Sağlıkta Şiddete İlişkin Değerlendirme

Araştırmada erkek hekimlerin %77,2'si kadın hekimlerin %100'ü şiddet mağdurudur. Kadın hekimlerin şiddete daha fazla maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrancı ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına oranla daha fazla şiddete maruz kalmıştır. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Nitekim bazı araştırmacılar erkek hekimlerin daha sık şiddet mağduru olduğunu ifade etmektedir. Bulut ve arkadaşları (2017)'nin çalışmalarında şiddete maruz kalan çalışanların %45,6'sının kadın, %53,4'ünün ise erkek olduğunu tespit etmiştir. Behnam ve arkadaşları (2011), erkek doktorların %79'unun ve kadın doktorların %75'inin şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşmıştır. Türkiye Psikiyatri Derneği (2018), tarafından yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı %64 olduğu, erkek sağlık çalışanlarına oranla daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

Hekimlerin büyük bir kısmı %83,3'ü sözel şiddete maruz kalmıştır. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Ayrancı ve arkadaşları (2004) tarafından 1.209 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada sağlık çalışanları %72,4 ile en çok sözel şiddete maruz kalmıştır. Kaya ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %87,3'ü sözel şiddete maruz kalmıştır. Bulut ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %77,2'sinin sözel şiddete maruz kaldığı gözlemlenmiştir. Çamcı ve Kutlu (2011) tarafından Kocaeli'nde 12 hastanede yapılan çalışmada en sık rastlanan şiddet türünün %98,5 ile sözel şiddet olduğu belirlenmiştir. Rafeea ve arkadaşları (2017) tarafından Bahrain Defense Force (BDF) Hospital'ın acil

servisinde yapılan çalışmada çalışanların %78'inin sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Hills ve arkadaşları (2012) tarafından Avustralya'da 9.449 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %70,6'sının da sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Amr ve arkadaşları (2010) tarafından 1.091 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada sözel şiddet maruziyet oranı %92,1 şeklinde bulunmuştur. Schoenfisch ve arkadaşları (2015) tarafından 11.000 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların 5.560'ı sözel şiddet mağduru olmuştur. Behnam ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada ise en sık rastlanan şiddetin %75 oranıyla sözel şiddet olduğu tespit edilmiştir. Franz ve arkadaşları (2010), tarafından yapılan bir çalışmada ise %89,4'ünün sözel şiddete maruz kaldığı gözlemlenmiştir.

Hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kalma oranı ise %33,3 olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerin tamamı erkektir. Bu bulgu literatürdeki fiziksel şiddete maruz kalanların çoğunlukla erkek hekimler olduğu sonucunu desteklemektedir. Sağlık-Sen (2013) kadın çalışanların fiziksel şiddet oranı %18,7 erkek çalışanların ise %35,7 olduğunu belirtmiştir. Araştırmada kadın hekimlerin tamamının sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürdeki kadın hekimlerin çoğunlukla sözel şiddete maruz kaldığı sonucunu desteklemektedir. Literatürden de hareketle fiziksel şiddete erkek çalışanların, sözel şiddete kadınların daha çok maruz kaldığını söylemek mümkündür (Ayrancı ve ark., 2002; Keser ve Bilgin, 2011; İlhan ve ark., 2012). Araştırmada ayrıca hekimlerin büyük bir çoğunluğu sıklıkla çevrelerinde sözel veya fiziksel şiddete tanık olduklarını ifade etmişlerdir.

Hekimlerin %76,6'sı şiddet uygulayanların hastalardan daha çok hasta yakınları olduğunu ifade etmiştir. Bu sonucu destekler bulgular benzer çalışmalardan da elde edilmiştir. Bunlardan bazıları; Li ve arkadaşları (2019) özellikle hasta ölümlerini takiben, hastanın aileleri ve arkadaşları tarafından aynı gün şiddet olaylarının %51'inin gerçekleştiğini ifade etmiştir. Ayrancı ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada saldırganların çoğunlukla hasta yakınları olduğu gözlemlenmiştir. Çuvadar (2017), tarafından yapılan bir çalışmada şiddet kaynağı ise %44,3 ile hasta yakınlarıdır.

Araştırmada sağlıkta şiddetin nedenleri: “hekimlerin iletişim becerinin yetersiz oluşu”, “defansif tıp uygulamaları”, “medyanın şiddete yönlendirmesi”, “olumsuz sağlık haberleri”, “yasal veya yasa dışı ek ödeme istenmesi”, “hukuki yaptırımların

yetersiz oluşu”, “hasta yoğunluğunun fazla olması”, “iş yükünün fazla olması”, “kişilerin tahammülsüz oluşu”, “sağlık sistemi ve politikaları”, “şiddetin çözüm olarak görülmesi”, “kişinin geçmişinde şiddete maruz kalması”, “beklentilerin karşılanmaması”, “eğitim seviyesinin düşük olması”, “politikacıların söylemleri”, “hasta veya hasta yakını psikolojisi”, “hekimin ilgisiz tavrı”, “hekime olan güvensizlik”, “hekime olan saygının azalması”, “sağlık okuryazarlığının düşük olması” şeklinde elde edilmiştir.

Hekimlerin hepsi “Hekimlerin iletişim becerilerinin yetersiz olduğu” ve bunun sağlıkta şiddet olaylarının yaşanmasında etkili olduğu konusunda hemfikirlerdir. İletişim becerisinin eksik olmasında tıp eğitimi sırasında bu konuya gerekli önemin verilmediği ifade edilmiştir. Hekimlerin kötü bir haber verme veya agresif bir hastayı sakinleştirme hususunda yeterli beceriye sahip olmadığı düşünülmektedir. Duğan ve Arslan (2015) sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel açıdan birbirinden çok farklı hasta ve hasta yakınları ile sürekli iletişim kurmak zorunda olduğunu, iletişim sürecinin bazen istenildiği gibi sürmediğini ve çatışma ya da şiddet oluşabileceğini ifade etmektedir. Oluşan bu çatışma veya şiddetin çözümünde hekimlerin iletişim becerisi önemli bir role sahiptir. Ayrıca hasta ile sağlıklı bir iletişimin kurulamamasının hasta yoğunluğundan da kaynaklandığı, hekimlerin her hastaya yeterli süreyi ayıramadığı bu sebeple sağlıklı bir iletişim kurulamadığı belirtilmiştir.

Araştırmada defansif uygulamaların hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesinde etkili olabileceği ortaya çıkmıştır. Defansif uygulamalar sebebiyle hastanın hastanede daha fazla vakit harcaması, tanı koyma sürecinin uzaması, hastane hastane dolanması gibi sebeplerle agresifleşebileceği ifade edilmiştir.

Hekimlerin yarısından fazlası medyada yer alan içeriklerin insanları şiddete özendirdiğini ayrıca medyada yer alan doktor-hasta ilişkisinin ise kişilere kötü örnek oluşturduğunu ifade etmiştir. Nitekim birçok medya metninde şiddet içeriği bulunmaktadır. Sosyal bilimcilerden Sears ve Freedman (1993), televizyonlarda şiddet eylemlere yer verilmesinin kişilerde saldırganlık düşüncesi uyandıracağını belirtmektedirler. Bu saldırganlık düşüncesinin, davranışlara yansması ile kişilerin şiddet eylemine hazır hale geleceğini vurgulayarak medya-şiddet ilişkisini açıklamaktadır. Ayrıca medyada yer alan şiddet içerikleri insanların şiddete karşı duyarsızlaşmasına da neden olmaktadır.

Medyada yapılan sağlık ile ilgili olumsuz haberler şiddete neden olmaktadır. Haber yapan kişilerin sağlık eğitimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamakla birlikte, kasıtlı olarak haberler yapılmaktadır. Medyanın sansasyonel haber yaratma peşinde olduğunu ifade edilmiştir. Büyükbayram ve Okçay (2013), medyada sağlık çalışanlarına yönelik yapılan olumsuz haberler, şiddet gösteren kişilere verilen cezaların gösterilmemesi gibi sebeplerden dolayı şiddet meşrulaşmakta ve insanların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet göstermesini kolaylaştırdığını ifade etmiştir.

Hukuki yaptırımların yetersiz olduğu, caydırıcılıktan uzak olduğu, bu sebeple sağlıkta şiddet olaylarına neden olacağı düşünülmektedir.  zyurt ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerinden birinin de şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması olduğu bulunmuştur. Kanunların uygulanmaması ya da yetersiz oluşu şiddet olaylarının artmasına neden olmaktadır (Narlıkaya, 2019). Yapılan başka bir çalışmada ise şiddete maruz kalan çalışanların %62'sinin şikâyetçi olmadığı bulunmuştur. Bunun sebepleri ise: Hukuki süreçte faille karşı karşıya gelmek istenmemesi, verilecek cezanın yetersiz olacağının düşünülmesinden ve sürecin uzun olmasından kaynaklanmaktadır ( ks z ve ark., 2016).

Hasta yoğunluğunun fazla olmasından kaynaklı şiddet olaylarının yaşanabileceği düşünülmektedir. Hasta yoğunluğunun fazla olması hasta bekllemelerini artırmakta ve her hastaya ayrılan sürenin azalmasına da neden olmaktadır. Hastalar biran önce işini halletmek istemekte ve bekledikçe içerisinde bulunan hasta psikolojisinin de etkisiyle tahammül seviyeleri azalmaktadır. Kapısında bir sürü hastası bulunan hekim de stres içerisindedir. Böyle bir ortam şiddeti doğurabilmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalarda hasta yoğunluğunun fazla olduğu örneğin acil servis gibi birimlerde şiddetin daha fazla yaşandığı bulunmuştur. şiddet olayları ve hasta yoğunluğu arasında pozitif bir ilişkinin söz konusu olduğu ifade edilmektedir.

Sağlıkta şiddetin nedenlerinden birinin de sağlık sistemi ve politikalarının olduğunu ifade edilmiştir. Sağlık politikalarındaki değişiklerin hastalara rahatlık sağladığını, bunların kişilerin suiistimali ile sonuçlanabileceği düşünülmektedir. Hasta haklarına ağırlık verilmekte, sağlık çalışanlarının hakları geri plana atılmaktadır. Altındış ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %60,2'si sağlık politikalarının hekim haklarını korumada yetersiz kaldığını düşünmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) etkisi bulunmaktadır. Verimlilik, kârlılık, performansa dayalı ödeme gibi iktisadi yapılanmalar bu artışların sebebidir (Elbek ve Adaş, 2012).

Hasta beklentilerinin karşılanmaması sonucunda şiddetin ortaya çıkabileceğini ifade edilmiştir. Günümüzde hasta beklentileri eskiye oranla değişkenlik göstermiş ve yükselmiştir. Bunda gerek sağlık politikaları gerek de toplumsal, bilimsel ilerlemeler etkili olmuştur. Daha yüksek kalitede hizmet beklentisine giren hasta veya hasta yakınları bu beklentiler karşılanmadığında hayal kırıklığı yaşamakta, şiddet gösterebilmektedir. Ağır durumda olan hastasını kaybeden bir hasta yakının sağlık çalışanını darp ettiğini, camları kırdığı gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Veya hekim istediği bir ilacı yazmadı diye hastaneyi birbirine katan hastalar olabilmektedir.

Kişinin büyüdüğü sosyo-kültürel çevresi, çocukluğunda şiddete maruz kalması, her sıkıştığında şiddete başvurmasına neden olabilmektedir. Şiddet öğrenilen ve aktarılan bir olgudur. Şiddet aile ortamından, akranlarından, medyadan öğrenilmekte ve süregelmektedir. Eskiye oranla hekimlere olan saygı ve güven çeşitli sebeplerle yitirilmiştir. Bu sebeplerin arasında sağlık politikaları ve politikacı söylemleri önem arz etmektedir. Neoliberal politikalar ile hastalara müşteri gözüyle bakılmakta ve hastalar sağlık çalışanlarına karşı kışkırtılmaktadır. Var olan herhangi bir olumsuz durumda sağlık çalışanları direkt suçlanmakta, insanlarda önyargılara neden olmaktadır. Bu gibi olumsuz durumlar hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına olan saygı ve güvenlerini kaybetmelerine neden olmaktadır.

Araştırmada sağlıkta şiddetin sonuçları: “motivasyon eksikliği”, “defansif tıbbi yönelme”, “fiziksel veya psikolojik zarar görme”, “hizmet kalitesi ve verimliliğinde düşüş”, “mesleği bırakma”, “meslekten soğuma”, “çalışma arkadaşlarını olumsuz etkilemesi”, “diğer hastalara karşı önyargı”, “diğer hastaların tedavi alamaması”, “işgücü kaybı”, “güven bağının zedelenmesi” şeklinde bulunmuştur.

Araştırmada sağlıkta şiddet olaylarının hekimleri defansif tıbbi yöneltebileceği sonucu bulunmuştur. Sağlık kurumlarında her geçen gün artan şiddet olaylarından korunabilmek için hekimlerin defansif tıp uygulamaları kaçınılmaz bir durumdur. 1 Nisan 2013 tarihinde “Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği” tarafından çevrimiçi olarak düzenlenen “Sağlıkta Şiddet” başlıklı bir oturum düzenlenmiştir. Sağlık sektörünün riskli olduğu, “silahların gölgesi altında hekimlik yapılamayacağı”,

yaşanan bu şiddet olaylarının defansif tıp uygulamalara yol açtığını, hekimlerin riskli hastalara dokunmaktan kaçınır hale gelebileceği ifade edilmiştir. Selçuk (2015), yaptığı çalışmada hekimlerin, hasta ve hasta yakınlarının şiddetinden korunabilmek için defansif uygulamalara başvurdıkları sonucuna ulaşmıştır. Yeşiltaş (2018), araştırmasında şiddetin sonuçlarından birinin de hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltmesi olarak bulmuştur. Hekimlerin sıklıkla sözel şiddete maruz kaldıkları, şiddet uygulayanlara verilen cezaların caydırıcı olmaması sebebiyle hekimlere yönelik şiddetin artarak devam etmesi, hekimleri defansif uygulamalara yöneltmektedir.

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu sağlıkta şiddetin motivasyonlarını düşürdüğünü ifade etmiştir. Yeşiltaş (2018) tarafından yapılan çalışmada da en çok değinilen sonuç bu olmuştur. İnsanlara faydalı olmaya çalışan hekimlerin aynı kişiler tarafından şiddet görmesi kabul edilecek bir durum değildir. Böyle bir ihtimalin söz konusu olması bile hekimleri negatif yönde etkilemektedir.

Sağlıkta şiddet olayları sonucunda hekimlerde fiziksel veya psikolojik zararlar oluşabilmektedir. Şiddete maruz kalan kişiler öz saygılarını kaybetmekte ve kendilerini suçlayabilmektedir. Şiddet kişilerde travma yaratmakta bir süre etkisi devam etmektedir. Bu kişiler uyku bozuklukları, yeme bozuklukları yaşayabilmektedir. Coker ve arkadaşları (2004), şiddete maruz kalma ve sağlık ilişkisi arasında olumsuz bir etki olduğunu bulmuşlardır. Yapılan bir meta analiz çalışmasında şiddete maruz kalanların depresyon riski, maruz kalmayanlara göre 3 kat daha fazladır. Jiménez ve arkadaşları (2019), tarafından yapılan bir çalışmada ise şiddet mağduru olmak, yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlıkta şiddet olayları hekimlerin diğer hastalara karşı önyargılı olmasına, hep bir şüphe içinde yaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum hekim ve hasta arasındaki güven bağının zarar görmesini ifade etmektedir. Şiddet olayları sonucunda hekim tedavi hizmeti verememekte ve diğer hastaların da tedavileri aksamaktadır. Ayrıca şiddet olayları hekimleri mesleklerinden soğutmakta ve hatta mesleği bırakmalarına bile neden olabilmektedir. Sağlıkta şiddet olayları böyle artarak devam ederse ilerleyen dönemlerde hekimlik mesleği cazibesini kaybedebilir ve tercih edilmeyebilir.

Araştırmada hekimlerin sağlıkta şiddeti önlemek için önerileri; “caydırıcı yasaların yapılması”, “hekimlere olan saygı ve güvenin artırılması”, “medyada yer alan şiddet içeriklerinin azaltılması”, “eğitim”, “iletişim becerilerinin geliştirilmesi”,

“hasta yoğunluğunun azaltılması”, “sağlık okuryazarlığının artırılması”, “farkındalığın artırılması”, “verilen cezaların medyada gösterilmesi”, “sevk zincirinin uygulanması”, “politikacıların halkı kışkırtacak söylemlerde bulunmaması”, “medyanın yanlış haber yapmasının engellenmesi” şeklinde olmuştur.

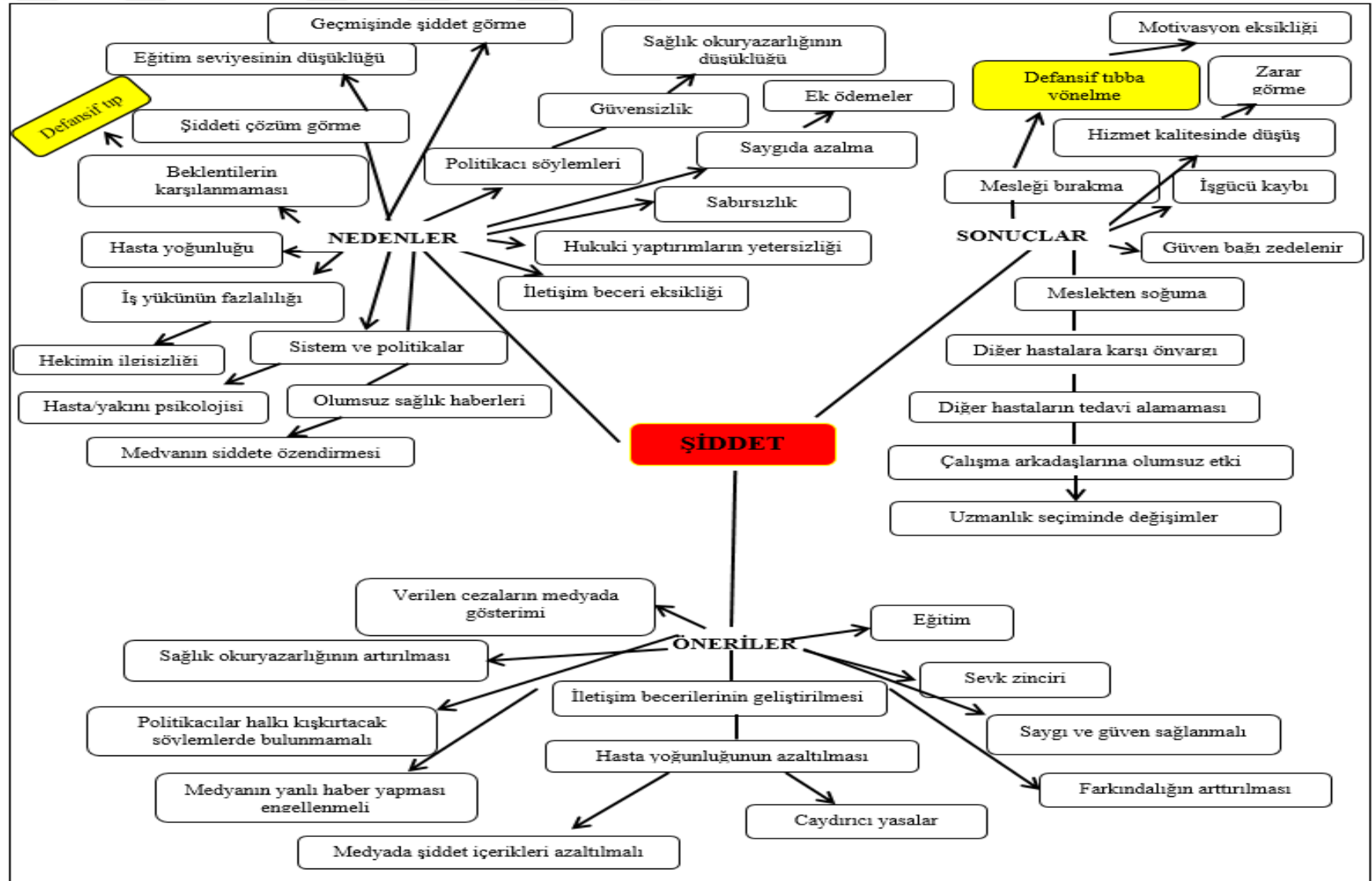
Hekimlerin yarısından fazlası caydırıcı yaptırımların uygulanması halinde sağlıkta şiddetin azalabileceğini düşünmektedir. Kişilerin serbest bırakılmasından, şiddet olaylarının her geçen gün artış göstermesinden bu yaptırımların caydırıcılıktan uzak olduğu söylemek mümkündür. Ayrıca verilen cezaların medyada gösterilmesi caydırıcılığın artırılması açısından faydalı olacağı da düşünülmektedir. Şiddet ile ilgili yaptırımların yeterli olmadığını ifade eden bir hekim görüşü; *“Hiçbir zaman için yeterli değil. Hâkime, savcıya şiddet gösteren kişilere ne ceza veriliyorsa sağlık çalışanlarına şiddet gösteren kişilere de öyle cezalar verilmelidir. Sadece bize değil, öğretmene de bir başka kişiye de. Çünkü şiddet insanlık işi değil. Sonuçta her yanlış için başvuru yapılacak merciler var. Eğer hekim bir yanlış yaptıysa bununla ilgili dilekçesini, şikâyetini yazar. Şiddet bir çözüm değil, suçtur.”* şeklindedir. Şiddet bir suçtur ve hak edilen ceza verilmelidir. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu sağlıkta şiddet ile ilgili çıkan son yasanın da yeterli olmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için bir diğer öneri ise eğitim olmuştur. Şiddet toplumun her alanında bulunmaktadır. Bu sebeple sağlıkta şiddeti önlemek için en temelden her kesimi kapsayan bütüncül bir eğitime ihtiyaç vardır. Şiddetin bir çözüm olmadığı, suç olduğu öğretilmelidir. Bu eğitimin de temel basamağı ailede başlamaktadır. Atalarımızın dediği gibi “ağaç yaşken eğilir” bu sebeple aile burada en temel unsurdur. Anne ve babalar çocuklarına iyi örnek olmalıdır. Konuşarak her şeyin halledilebileceği, şiddetin yanlış olduğu, suç olduğu anlatılmalı, kendileri de çocuklarına örnek olmalıdır. İlkokullardan itibaren insani değerler üzerine durulmalı, yaşam boyu eğitim verilmelidir.

Hekimlerin iletişim becerilerinin artırılması da sağlıkta şiddetin önlenmesinde diğer bir öneridir. Sağlıklı bir iletişim ortamının sağlanmasında hekime büyük bir yük düşmektedir. Çünkü hekim daha fazla eğitime sahiptir ve halkın her kesiminden insana tedavi hizmeti sunması gerekmektedir. Karşısındaki kişinin anlayabileceği bir dil kullanılmalı, ona değer verdiğini de hissettirmelidir. Çatışmaları şiddete dönüşmeden çözebilecek bir iletişim becerisine sahip olması gerekmektedir. Medyada yer alan içeriklerin denetlenmesinin sağlıkta şiddeti önleyebileceği ifade edilmiştir. Çoğu

medya içeriğinde şiddet yer almakta ve bu kişiler insanlar tarafından rol-model alınmaktadır. Medya insanları şiddete özendirmekte, şiddete karşı duyarsızlaştırmaktadır. Nitekim medya şiddeti yeniden üreten bir unsur olarak ya da pekiştirici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca medyada sağlık çalışanlarını hedef alan sansasyonel haberlerinde denetlenmesi gerekmektedir. Buradaki amaç doğru haber yapmak değil, haberi çarpıcı hale getirmektir. Kasıtlı bir şekilde yapılmaktadır, gerçeğin ne olduğu konusunda herhangi bir şüphe bulunmamaktadır. Bu haberler insanların hekimlere olan saygınlığına ve onlara olan güvenine şüphe düşürmekte, en ufak bir pürüzde hekimlerin kesinlikle hatalı olduğu düşünülmektedir. Hekimlere olan güven ve saygının yitirilmesi onlara şiddete göstermeyi kolaylaştırmaktadır.

Hasta yoğunluğunun azaltılması sağlıkta şiddetin önlenmesinde başka bir öneridir. Hasta sayısının fazla olması hastaların bekleme sürelerini arttırmakta, tahammüllerini azaltmakta, agresifleşmesine neden olabilmektedir. Diğer bir yandan hekimlerin iş yüklerinin artmasına neden olmakta her hastaya yeterli süreyi ayıramamakta, hastalara gerekli olan ilgi ve alakayı gösterememektedirler. Bazen bu kısır döngü şiddet ile sonuçlanabilmektedir.



Şekil 5.1. Sağlıkta şiddete ait kavram haritası

5.2. Defansif Tıbbı İlişkin Değerlendirme

Defansif tıp “hekimin olası davalardan korunmak amacıyla tanı-tedavi protokollerini gerek olmadığı halde kullanma ve tıbbi uygulama hatası iddialarına neden olma olasılığına karşı yüksek riskli işlemlerden kaçınma davranışları ”dır (Duke, 1971). En kısa tanımıyla defansif tıp: Yasal yükümlülük endişesiyle yapılması gereken tıbbi uygulamadan sapmalardır.

ABD’de 1214 ortopedi cerrahı ile yapılan çalışmada cerrahların %96’sının defansif uyguladığı bulunmuştur (Sethi ve ark., 2012). Pennsylvania’da yüksek riskli (acil tıp, genel cerrahi, ortopedik cerrahi, nöroşirürji, kadın doğum ve radyoloji) 6 uzmanlık alanında 824 hekim ile yapılan çalışmada, katılımcıların hemen hemen hepsi %93’ü defansif tıp uyguladıklarını bildirmiştir (Studdert ve ark., 2005). Hiyama ve arkadaşları (2006) tarafından Japonya’da 131 gastroenterolog hekim ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %98’i yani neredeyse tüm katılımcılar defansif tıp uyguladıklarını bildirmiştir. TTB’nin 2010 yılında 2.194 hekim ile yaptığı bir çalışmada; “ Katılımcılara bir olgu eşliğinde defansif tıp uygulayan bir hekim tutumu örneklenmiş ve benzer durumda tutumlarının nasıl olacağı sorgulanmıştır. *Hekimlerin yarıdan fazlası % 55,6’sı benzer bir durumda herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için kendilerinin de defansif tıp yaklaşımını benimseyeceklerini ifade etmiştir.*” Göcen ve arkadaşları (2018) tarafından Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmakta olan 200 araştırma görevlisi hekim üzerinde bir çalışmada; Pozitif ve negatif defansif tıp uygulama sıklığı sırasıyla %98, %92 olarak bulunmuştur.

Araştırmada hekimlerin neredeyse tamamı bu defansif tıp terimini daha önce duymuş ve fikir sahibidirler. Hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına negatif defansif tıp uygulamalarından daha fazla başvurdukları görülmüştür. Hekimlerin sıklıkla uygulamış oldukları pozitif defansif tıp uygulamaları gereksiz tahlil ve tetkiklerin istenmesi ve hasta kayıtlarının detaylı olarak tutulması olmuştur. Negatif defansif tıp uygulamaları ise; riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma ve agresif hastalardan kaçınma şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde benzer bulgular bulunmaktadır. Altındış ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %81,5’i ayrıntılı kayıt tuttuğunu, %44,4’ü riskli davranışlardan kaçındığını, %79,4’ü gerekli olmayan testleri de isteme eğiliminde olduğunu belirtmiştir. Solaroğlu ve arkadaşları (2014) cerrahların %62,6’sı yüksek riskli cerrahiden kaçındıklarını, %60,9’u ek görüntüleme yaptığını, %33,7’si ek testler istediğini, %31,2’si başka

kurumlara sevk ettiğini bildirmiştir. Sethi ve arkadaşları (2012) cerrahların %52,3'ünün yüksek riskli hasta sayısını azalttığını bildirirken, Chen ve arkadaşları (2015) 1.097 BT taramasının %38'inin (416), defansif amaçlarla sipariş edildiğini tespit etmiştir.

Araştırmada defansif tıp uygulamalarının cerrahi branşlarda daha fazla olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebepleri ise bu branşlarda risklerin daha fazla olması, yoğun emek gerektirmesi, davaya maruz kalma risklerinin daha fazla olması ve olası bir hata ihtimalinin kısa sürede hastanın zarar görmesine neden olabilmesidir. Yılmaz (2014), tarafından yapılan çalışmada en çok defans gerçekleştiren hekimlerin uzmanlık sıralaması: Beyin cerrahisi uzmanları, iç hastalıkları uzmanları, jinekoloji ve obstetrik uzmanlar olmuştur.

Araştırmada defansif tıp uygulamalarını denetlemenin mümkün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebepleri arasında hekimler arasında görüş farklılıkları olabileceği ve bunun tıbben açıklanabileceği, ayrıca hekimlerdeki bu davranış değişikliğinin sistemden kaynaklandığı, zaten kanunun kendisini korumadığını düşünen birinin bu şekilde denetlenemeyeceği kanun demek ki o alanda yok orda bir boşluk var kanun yoksa da denetleme de olamayacağı şeklinde ifade edilmiştir.

Defansif tıbbın nedenlerine yönelik hekim görüşleri: “malpraktis”, “performans sistemi”, “şiddet görme korkusu”, “garantiye alma ihtiyacı”, “itibarını koruma”, “maddi kayıp”, “tıp hukukunun yetersizliği”, “tecrübesizlik”, “hasta yoğunluğu”, “tıp eğitimi”, “gelişen tıp teknolojisi”, “hasta istek ve beklentileri”, “hastaların saygı ve güven duymaması”, “şikâyet edilme korkusu” ve “medya” olarak bulunmuştur.

Araştırmada şiddet görme korkusu defansif tıbbın nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır. Sağlıkta şiddet arttıkça sağlık çalışanlarının defansif tıp uygulama eğilimleri artacaktır (Sun ve ark., 2019). Selçuk (2015), yaptığı çalışmada hekimlerin, hasta ve hasta yakınlarının şiddetinden korunabilmek için defansif uygulamalara başvurdukları sonucuna ulaşmıştır. Yeşiltaş (2018), araştırmasında şiddetin hekimleri defansif tıp uygulamalarına iten öncelikli neden olduğunu bulmuştur. Toraman ve Çarıkçı (2019) tarafından yapılan çalışmada sağlıkta şiddet olaylarının defansif tıba neden olduğu bulunmuştur. Hekimlerin sıklıkla sözel şiddete maruz kaldıkları, şiddet uygulayanlara verilen cezaların caydırıcı olmaması sebebiyle

hekimlere yönelik şiddetin artarak devam etmesi, hekimleri defansif uygulamalara yöneltmektedir.

Malpraktis davasına maruz kalma ve sonucunda yüksek tazminatlara veya cezalara mahkum edilme endişesi hekimleri defansif uygulamalara iten önemli bir nedendir. Hekimlerin hastalara yönelik tutum ve davranışlarında değişiklikler olmuş; “önce zarar verme” ilkesi yerine “önce kendine zarar verme” veya “önce kendini koru” ilkesi benimsenir hale gelmiştir (Barlıoğlu, 2018). Bu sebeple kendilerini garantiye alma amacıyla gereksiz işlemlere yönelmiş veya kendilerini riske atacak işlemlerden kaçınmaya başlamışlardır. Defansif uygulamalar yaptığını ifade eden hekimlerin %90’ı tıbbi hata kaynaklı davalardan korunmak amacıyla defansif uygulamalara yöneldiklerini belirtmişlerdir (Bishop ve ark., 2010). Defansif tıp uygulayan hekimlerin %80’i yasal bir anlaşmazlığa karışacaklarından korktuklarını belirtirken, %60’ı tazminat talebinde bulunacaklarından korktuklarını ifade etmiştir (Catino, 2009). Davaların olumsuz sonuçlarından hekimleri korumak için oluşturulan mesleki sorumluluk sigortasının kapsamının dar olması, bu konularda uzmanlaşan avukatların olması, hekimlerin bunca iş yükü içinde bir de bu davalarla vakit harcamak istememektedir (Gökşen, 2014). Ayrıca böyle bir davaya maruz kaldıktan sonra itibarlarını kaybetmekten de korkmaktadırlar.

Performans sisteminin de defansif uygulamalara neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Riski az fakat performansı fazla olan işlemlerin tercih edilebileceği düşünülmektedir. Pirol (2018), hekimlerin performanslarını artırmak için tıbbi endikasyon olmadan veya zorlama endikasyonlar ile işlemler yapabileceğini, yani defansif davranabileceklerini belirtmektedir.

Tıp hukuku konusunda yetişmiş uzman kişilerin bulunmayışı defansif tıp nedenlerinden biri olarak ifade edilmiştir. Tıp hukukuna hakim olmayan hakimler tarafından yargılanma korkusu, hekimleri defansa itmektedir. Solaroğlu ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %89,6’sı mahkemelerin malpraktis ile komplikasyonu ayırt edebileceğine inanmadığını bildirmiştir. Bu kadar yüksek bir oranın varlığı hekimlerin defans göstermesinde etkilidir.

Araştırmada hasta şikayetleri ile uğraşmamak için hekimlerin defansif tıp uygulayabileceği ifade edilmiştir. Hekimlerin iş yükleri zaten fazladır. Bir de memnuniyetsiz hastaların yaptığı gereksiz şikayetlerle uğraşacak vakitleri yoktur. Bu

sebeple şikâyet edilme izlenimi aldıkları hastalardan kaçınmaktadırlar. Selçuk (2015) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %47,2'si şikâyet etme riski yüksek hastalardan kaçındığını belirtmiştir. Hasta istek ve beklentilerinin defansif uygulamalara neden olabileceğini de başka bir sonuçtur. Hekimler bazı hastaların yoğun ısrarları sonucunda onlardan biran önce kurtulmak için gereksiz işlemler yapabilmektedir. Çünkü anlatsa anlamayacaklar, sadece zaman kaybına neden olacaklardır. Diğer bir defansif tıba neden olan unsur medyadır. Medya hekimlere karşı olumsuz bir tavır içerisindedir ve en ufak hekim hatasını sağlık skandalı olarak vermektedir. Medyada yapılan asılsız haberler hekimlerin daha defansif davranmasına neden olmaktadır.

Hasta yoğunluğunun fazla olması defansif uygulamalara neden olmaktadır. Hasta yoğunluğunun fazla olması hekimleri yormakta, hekimler hastaları gereksiz işlemlerle ötelemekte veya sevk etmektedir. Nitekim yapılan bazı çalışmalarda hasta yoğunluğunun fazla olduğu branşların, defansif tıp uygulamalarının fazla olduğu branşlarla paralellik gösterdiği bulunmuştur.

Araştırmada defansif uygulamaların nedenleri arasında mesleki tecrübe eksikliği de bulunmuştur. Tecrübe hekimlerin karar almasını etkileyen önemli bir unsurdur. Nitekim mesleğine yeni başlayan bir hekim vakalara daha şüpheli yaklaşacak ve gereksiz işlemlere yönelecektir. Veya riskli gördüğü vakalardan kaçınacaktır. Göcen ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada defansif tıp puanları uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılında olanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Mutlu ve arkadaşları (2019) mesleğinin ilk 10 yılında olan hekimlerinin defansif tıp puanlarının daha yüksek olduğu tespit etmiştir. İtalya'da yapılan bir çalışmada defansif davranışları benimseme eğiliminde olan doktorlar oldukça genç olma eğilimindedir (Catino, 2009). Ortashi ve arkadaşları (2013) tarafından İngiltere'de yapılan bir çalışmada da mesleki tecrübeye sahip olan hekimlerin daha az defansif tıp uygulamalarına başvurduğu görülmüştür.

Araştırmada defansif tıbbın sonuçları: “sağlık harcamalarını arttırması”, “zaman kaybı”, “tanı sürecini geciktirmesi”, “iş yükünü arttırması”, “hastalarda zarara neden olması”, “riskli işlem yapan cerrah bulunamaması”, “bazı hastanelerde yığılma”, “hasta yoğunluğunun artması”, “tıpta uzmanlık seçimini değiştirmesi”, “mesleki ilerlemenin durması”, “malpraktisi arttırması”, “şiddet”, “hekimlik mesleğinin tercih edilmemesi” şeklinde bulunmuştur.

Defansif tıp uygulamalarının en önemli sonucu tanı koyma sürecini geciktirmesi ve bunun hastalarda geri dönüşü olmayan zararlara neden olmasıdır. Gereksiz işlemler ve gereksiz sevkler hastaların zaman kaybetmesine neden olmaktadır. Bazı hastalıkların seyrinin hızlı olduğu düşünüldüğünde tedavi edilebilmesi için çok geç olabilir ve hastanın organ kaybı yaşamasına veya hayatını kaybetmesine neden olabilir.

Burada bir hekimin ölümden döndükten sonra JAMA'ya yazdığı defansif tıbbi anlatan mektubundan bahsetmek istiyoruz (Archer, 1975'ten Akt: Aynacı, 2008).

“Defansif Tıp Küçük Görüldü.

Geçen cumartesi akşamı Chicago St James hastanesinde doktorlar Norman R. Brill, Branislav M. Dragisic, Aaron B. Gerber ve Clifford W. Smith cerrahi ekipleriyle birlikte istenmeyen durumlarla savaştılar ve beni peritoneal boşluğa repteire olarak ameliyattan önce şoka neden olan rüptüre abdominal aort anevrizmasından kurtardılar.

Belirgin kötü bir sonuç olasılığıyla karşılaşıncı, ekstra konsultasyon, birkaç daha fazla tetkik isteyerek ve zamanı boşa harcayarak kendilerini yanlış tedavi iddialarına karşı korumaya alabilirlerdi. Bunun yerine, olası teşhisi çabuk bir şekilde yaptılar ve benim lehime mümkün olduğunca hızlı bir şekilde ameliyata hazırlandılar ve yapılması gereken neyse onu yapmaya devam ettiler.

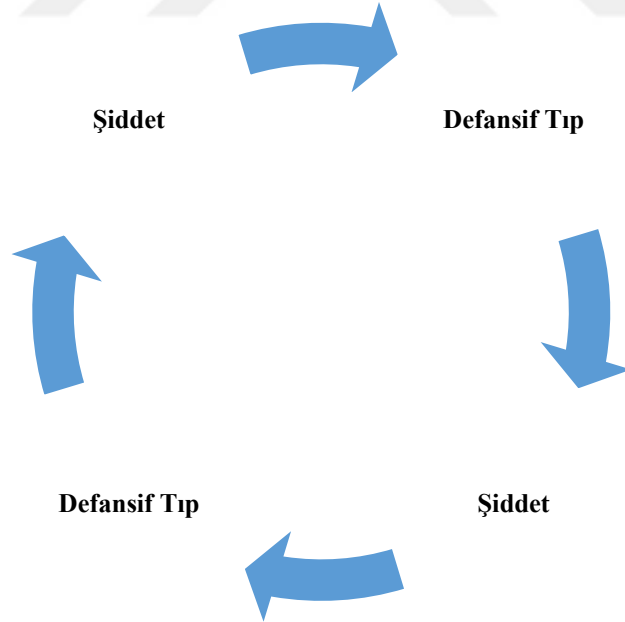
*Özetle, hayatımı bu doktorların bilgi, beceri ve kendilerini işlerine adamalarına borçluyum, ama işin içinde daha önemli bir şey vardı. **Hayatımı, aynı zamanda yasal trendler ve etkiler altında defansif tıp uygulamasının tüm doktorlar tarafından uygulanmaması gerçeğine de borçluyum.**”*

Dr. John Archer

Araştırmada defansif tıbbın ikinci önemli sonucu ise sağlık harcamalarının artmasına neden olması olarak bulunmuştur. Sağlık alanında kullanılan teknolojiler, ilaçlar yüksek maliyetler içermektedir. Bunların hasta faydasına değil de tamamen hekimin kendini koruma amaçlı kullanması sağlık maliyetlerinin gereksiz artması demektir. Sağlık malzeme ve teknolojisi konusunda dışa bağımlı bir ülke

olduğumuzdan, ülke sermayesinin yurtdışına çıkmasına neden olmaktadır. Jackson Healthcare (2010), 2,5 trilyon dolarlık sağlık harcamasının %26 ila %34'ünün defansif uygulamalardan kaynaklandığını bildirmiştir (Miller ve ark., 2012). ABD'de yapılan bir çalışmada defansif tıp uygulamalarının yıllık maliyeti 210 milyar dolardır (Sulmasy ve Weinberger, 2014). Defansif uygulamaların malpraktisi de arttırdığı düşünüldüğünde ödenen tazminatlar da bir maliyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastalarda zarara neden olması demek ekstra tedavilerin de yapılmasını gerektirmektedir. Bunlar da dolaylı olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır.

Defansif uygulamalar hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesine neden olabilmektedir. Bilgi asimetrisi söz konusu olduğundan hastalar kendilerine defansif davranıldığının farkında olmayabilir. Fakat gereksiz istenen tahlil ve tetkikler, konsültasyonlar, sevkler hastaların işini halletmesini geciktirmekte ve hastalar sabırsızlaşmaktadır. Şiddete başvurabilmektedir. Defansif tıp ve şiddet arasında kısır bir döngünün olduğu ifade edilmiştir. Bu konudaki bir hekim görüşü: *“Defansif tıp bence bir kısır döngü. Kişi o algı ile hasta-hekim ilişkisine başladığı zaman zaten hasta-hekim ilişkisi olumsuz başlıyor. Hekimde kendi tedavi seçeneklerini sınırlandırıyor veya gereksiz yere tedavi araçlarını artırıyor.”*



Şekil 5.2. Şiddet ve defansif tıp döngüsü

Bir diğ er sonuç ise bu uygulamaların hastalarda zararlara neden olmasıdır. Hizmet ve ilaçların gereksiz kullanımı hasta sağlığını tehdit etmekte, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olmaktadır. Örneğin gereksiz istenen görüntüleme istemleri hastanın gereksiz radyasyona maruziyeti ile sonuçlanmaktadır. Berrington ve arkadaşları (2009), bir hastanın 12 kez BT cihazına girmesi halinde, Hiroşima ve Nagazaki'ye atılan atom bombası sonucunda maruz kalınan radyasyon miktarına denk olduğunu, hatta daha çok miktarda radyoaktif ışınına maruz kalabileceğinden bahsetmektedir. Kolombiya  niversitesinde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, ABD'deki kanser vakalarının %1,5 ila %2'sine çekilen BT'lerin neden olduğu düşünülmektedir (Brenner ve Hall, 2007). Negatif defansif tıp uygulamalarının da hastalarda zararlara neden olma ihtimali yüksektir.    nk  hekim burada hastadan kaçınmakta ve hastanın tedavisi gecikmektedir. Bunun sonucunda istenmeyen durumların ortaya çıkması muhtemeldir. Elle tutulur bir sebep olmadan sadece kendini koruma amaçlı yapılan gereksiz sevkler hekimin malpraktisle kar ıla masına da neden olmaktadır.

Araştırmada defansif tıbbın Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı da etkilediği bulunmuştur. Eskiden çok yüksek puanlarla tercih edilen branşlar günümüzde tercih edilmemektedir. Bunun yerine bu yüksek puanlı kişiler daha rahat, riski az, hastayla daha az iletişim halinde olacakları branşlara yönelmektedir. Kaya ve arkadaşları (2014), 13 tane uzmanlık dalının TUS puanlarının 2007-2013 yılları arasındaki değişimini incelemiştir. Hekimlerin TUS tercihlerinde değişimler olduğu gözlenmiştir. Tıbbi biyokimya, tıbbi mikrobiyoloji puanları yükselirken; genel cerrahi, kadın hastalıkları,  ocuk sağlığı ve hastalıkları gibi bölümlerin puanlarında d    ler olduğu görülmüştür. Kasap ve arkadaşları (2015), de çalışmalarında benzer bulgulara eri mi tir. Bu çalışmalardan hareketle, TUS tercihlerindeki bu değişimlerden kaynaklı gelecekte branşlar arasında dengesizliklerin yaşanabilir ve sağlık hizmet sunumunda aksaklıklara neden olabilir. Ayrıca, riskli bran ların tercih edilmemesi sonucunda ilerleyen dönemlerde bu branşlarda nitelikli hekim bulmak g  le ebilir, bazı ameliyatların yapılması mümkün olmayabilir, bu hekimlere belirli bir ücret karşılığında ulaşmak gerekebilir ve ortaya bir halk sağlığı sorunun çıkmasına neden olabilir. Nitekim Ye ilta  (2018)'in çalışmasında, defansif tıbbın sonuçlarından birisi de başarılı hekim bulmanın zorla acağı, ve bu kişilere belirli bir ücret karşılığında

ulaşılabileceği sonucudur. Hekimlik mesleğinin ilerleyen dönemlerde tercih edilmeme probleminin yaşanabileceği de bahsedilen diğer bir defansif tıp sonucudur.

Araştırmada defansif uygulamaların hekimlerin iş yüklerini arttırdığı ve hasta yoğunluğuna neden olduğu sonucunu da ulaşılmıştır. Defansif uygulamalar hastanın hastanede fazla süre geçirmesine, işinin uzamasına, hastane hastane dolanmasına neden olmaktadır. Bu durum da kişilerde kızgınlık, bıkkınlık yaratabilmektedir. Bu sebeple defansif uygulamaların hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesine neden olabileceği söylemek de mümkündür.

Araştırmada defansif tıbbi önlemeye yönelik öneriler: “yasal güvence sağlanması”, “eğitim ve farkındalık”, “şiddetin önlenmesi”, “hasta yoğunluğunun azaltılması”, “tıp eğitiminin iyileştirilmesi”, “şikayetlerin denetlenmesi”, “sevk zinciri”, “sağlık politikalarının iyileştirilmesi”, “risk/getiri oranının sağlanması”, “hekim saygınlığının geri kazandırılması”, “koruyucu hekimliğin geliştirilmesi”, “uzman bilirkişilerin yetiştirilmesi”, “sağlık mahkemeleri yapılanması” ve “medya denetimi” şeklinde bulunmuştur.

Defansif tıbbın önlenmesi için hekimlere yasal güvence sağlanmalıdır. Öncelikle malpraktis ve komplikasyon ayrımı keskin sınırlarla yapılabilmesi ve komplikasyonun olabileceği kabul edilmelidir. Bu iki arasında ayrımın dahi yapılamadığı durumlar olabilmekte, hekimler usulsüz enstrümanlarla yargılanmaktan korkmaktadır. Uzman bilirkişiler yetiştirilmelidir. Defansif tıba iten önemli nedenlerden biri malpraktis davasına maruz kalma endişesi olduğu bilenen bir gerçektir. Hekimlerin kendilerini yasal olarak güvende hissedebileceği, defansa gerek duymayacağı bir ortam yaratılmalıdır. Tıp hukukuna gereken önem verilmeli hem tıp fakültelerinde hem de hukuk fakültelerinde özellikle üzerinde durulmalıdır.

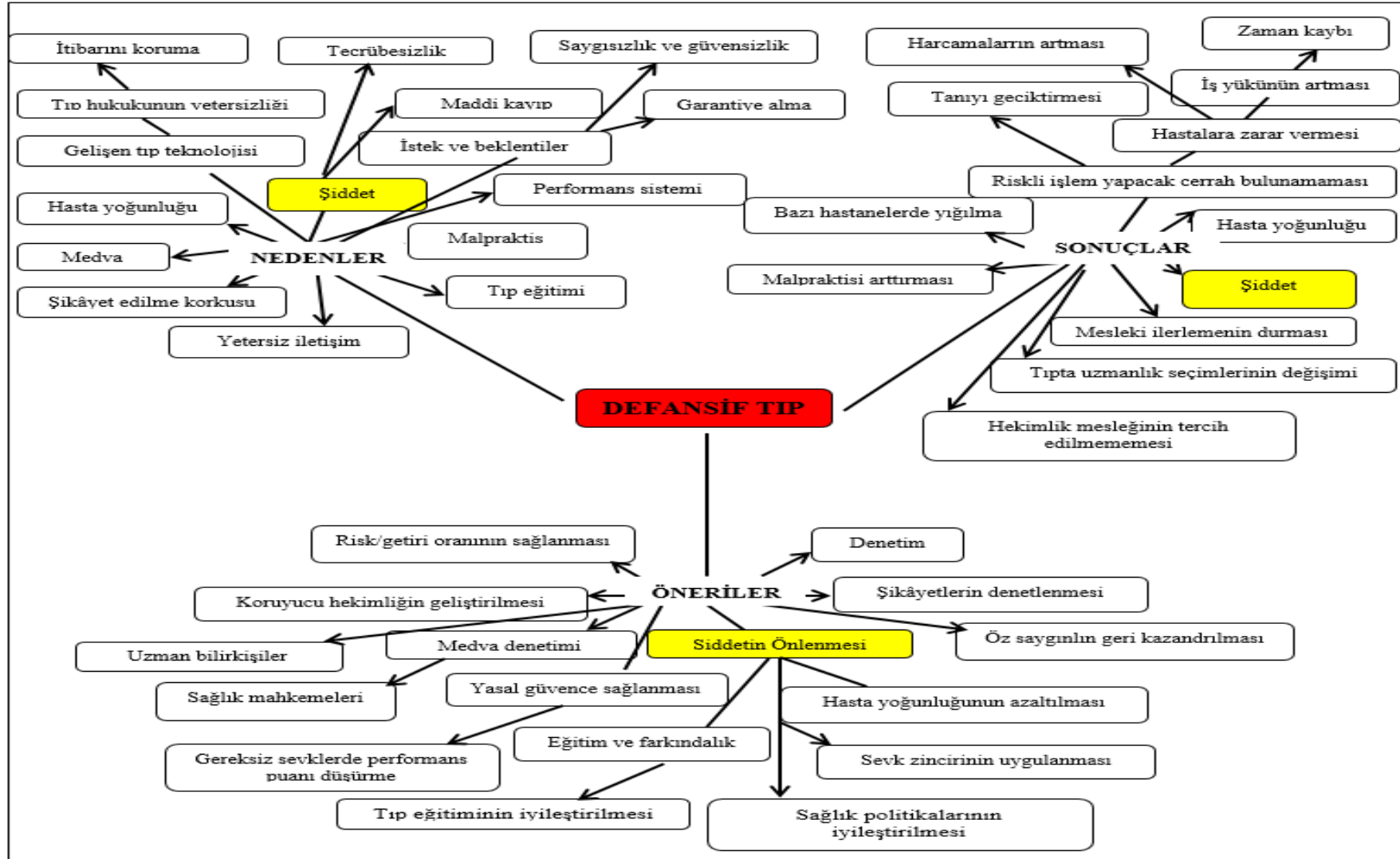
Eğitim ve farkındalığın artırılması defansif tıbbın önlenmesinde bir diğer öneridir. Öncelikle insanlara sağlık okuryazarlığı kazandırılmalıdır. İlkokul ve aile hekimliği beraberinde koruyucu sağlık hizmetleri tanıtılmalı, benimsetilmelidir. Hekimlerden zorlama ile tahlil ve tetkik talep edilmemesi gerektiği, MR çekilmenin gereksiz radyasyon olduğu bunun ileride kansere maruz kalma riskini artırdığı gibi konularda bilinçlendirilmelidir. Hekimlerin de defansif uygulamaların sonuçlarının neler olduğu konusunda yeterli bilgiye sahip olması sağlanmalıdır.

Sağlık politikalarının iyileştirilmesi gerektiği araştırmada çıkan başka bir sonuçtur. Defansif tıbbın önlenmesinde hasta yoğunluğunun azaltılması gerekmektedir. Hastanelerde sevk zincirinin uygulanmamasından kaynaklı yığılmalar olmaktadır. Hekimlerin iş yükleri artmakta, her hastaya yeterli süreyi ayıramamaktadır. Bu kısa sürede hastadan gereksiz test ve tahliller istenmekte, hastayı biraz olsun başından savmaktadır. Hasta yoğunluğu azaltılmalı ve her hastaya yeterli süre ayrılmalıdır. Hasta ile sağlıklı bir iletişim kurulabilecek bir ortam sağlanmalı, hastanın öyküsü dinlenmelidir. Hastanın neye ihtiyaç duyduğuna karar verilmelidir. Performans sisteminden kaynaklanan defansif uygulamaları önleyebilmek, hasta seçiminin önüne geçebilmek için hekimlere aldıkları riskleri karşılayacak getiriler sağlanmalıdır.

Defansif tıbbın önlenmesi için hekimlerin can korkusunun önüne geçilmelidir. Sağlıkta şiddet her geçen gün artarak devam etmektedir. Buradan verilen cezaların caydırıcılıktan uzak olduğu anlaşılmaktadır. Öncelikle caydırıcı cezaların verilmesi sağlanmalıdır. Hekimlerin çalışma ortamlarının daha güvenli hale getirilmesi, yeterli kolluk kuvvetlerinin bulundurulması, hastane giriş-çıkışlarının kontrolünün sağlanması gerekmektedir.

Hastaların SABİM, BİMER, CİMER gibi şikayet hatlarından gereksiz şikayetlerde bulunması, soruşturma açılması hekimlerin motivasyonunu kırmaktadır. Şikayetlerin süzülmeden gelişigüzel hekimlerin önüne gelmesi defansif uygulamalara neden olmaktadır. Araştırmada bu şikayetlerin denetimden geçirilmesinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. SABİM'e yapılan şikayetler sonucunda açılan davaların sadece %15'inde hekim hatalı bulunmuştur. Defansif tıbbın önlenmesinde medyanın denetlenmesi önerilmiştir. Medyada yer alan asılsız haberler hastaları olumsuz etkilemekte ve hekime olan güven duygusunun yok olmasına neden olmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki ilişkinin temelinde güven unsuru yer almaktadır. Güvenin kaybedilmesi hekimleri defansif davranışlara itebilmektedir.

Defansif tıbbın önlenmesinde önerilerden birisi de sağlık mahkemeleri yapılanmaları olmuştur. Çünkü hekimler mahkemelere güvenmediklerinden defansif davranışlar gerçekleştirmektedir. Haksız yere sorumlu tutulma kaygısı yaşayan hekimlerin, alanında uzmanlaşmış ve tarafsız bilirkişilerin yer aldığı sağlık mahkemelerinde yargılanırken kendilerini daha güvende hissedecekleri ileri sürülmektedir (Işık, 2018).



Şekil 5.3. Defansif tıbbi ilişkin kavram haritası

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İş yerlerinde yaşanan şiddet olayları her geçen gün artmaktadır. İş yerinde şiddete maruz kalma açısından sağlık sektörü çalışanlarının diğer sektör çalışanlarından daha fazla risk altında olduğu bilinen bir gerçektir. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları evrensel nitelik göstermektedir ve henüz tüm çalışmalara rağmen önlenememiş değildir.

Sağlıkta şiddet olaylarının hekimleri defansif uygulamalara yöneltip yöneltmediğini incelediğimiz araştırmamızda hekimlerin büyük bir kısmının %83,3'ünün şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Fiziksel şiddet mağdurlarının hepsi erkek hekimler olurken, kadın hekimlerin hepsi sözel şiddete maruz kalmıştır. Hekimlerin %76,6'sı şiddet uygulayanların hasta yakınları olduğunu ifade etmiştir. Araştırmada hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına negatif defansif tıp uygulamalarından daha fazla başvurdukları görülmüştür. Hekimlerin sıklıkla uygulamış oldukları pozitif defansif tıp uygulamaları gereksiz tahlil ve tetkiklerin istenmesi ve hasta kayıtlarının detaylı olarak tutulması olmuştur. Negatif defansif tıp uygulamaları ise; riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma ve agresif hastalardan kaçınma şeklinde olduğu tespit edilmiştir.

Şiddet görme korkusu hekimlerin defansif tıp uygulama nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır. Hekimlerin sıklıkla şiddete maruz kalması ve şiddetin giderek artması onları defansif tıp uygulamalarına yöneltmektedir. Sağlıkta şiddet arttıkça sağlık çalışanlarının defansif tıp uygulama eğilimleri de artacaktır. Araştırmadan elde edilen diğer önemli bir sonuç ise; defansif tıp uygulamalarının hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesine neden olmasıdır.

Özetle, sağlıkta şiddet ve defansif tıp arasında kısır bir döngü bulunmuştur. Sağlıkta şiddet olayları hekimlerin defansif davranmasına neden olurken, defansif uygulamalar hasta veya hasta yakınlarının şiddet göstermesine neden olabilmektedir. Herhangi birinin önlenmesi diğerinin de azalmasına katkı sağlayacaktır.

Araştırma sonuçlarından yola çıkarak sağlıkta şiddeti ve defansif tıp uygulamalarını önlemek için alınması gereken önlemler aşağıda sıralanmıştır.

❖ Sağlıkta şiddeti önleyebilmek için öncelikle toplumun her alanında yaşanan şiddetin önlenmesi lazımdır. Bu da ancak eğitim ile mümkündür. Ailede başlayan ve okulda devam eden nitelikte bir eğitim, şiddetin bir çözüm olmadığı, suç

unsuru barındırdığı hususunda bilinç kazandırılmalıdır. Sağlık okuryazarlığının artırılması hastanın hekimi anlamasını ve aralarında daha sağlıklı bir iletişimin kurulmasını sağlayacaktır. Hekim hastanın gerçekten neye ihtiyacı olduğunu anlarsa gereksiz işlemlere yönelmeyecektir.

❖ Hasta ve hekimlerin iletişim becerileri geliştirilmelidir. Hekimlere tıp fakültesinden başlamak üzere iletişim dersleri verilmeli, meslek hayatları boyunca da seminerler ve konferanslarla bu bilgiler yenilenmelidir. İletişim becerisi hayatın her alanında lazım olan bir özellik göstermektedir. Bu sebeple insanların bu beceriyi kazanabilmesi için okullarda bu konunun üstüne düşülmelidir. Nitekim sağlıklı bir iletişim kurulması çatışmaların şiddete dönüşmeden çözülmesini sağlayacaktır.

❖ Başta sağlık ortamında işlenen şiddet içeren suçlar olmak üzere, şiddet içeren suçlara verilen cezalar arttırılmalıdır. Caydırıcı cezalar verilmeli ve uygulanmalıdır. Verilen cezalar; ertelenmemeli, paraya çevrilmemeli ve HAGB uygulaması kesinlikle bırakılmalıdır. Bu cezalar medyada gösterilmek suretiyle caydırıcılığı arttırılmalıdır.

❖ Medyada yer alan programların şiddet içerikleri azaltılmalıdır. Medya, insanları şiddete teşvik edici bir unsurdur. İnsanlar medyadaki kişileri rol model olarak almaktadır. Özellikle hasta-hekim ilişkisinin yer aldığı bazı sahnelerde hekimlere karşı zor kullanıldığı, istenilen şeylerin zorla yaptırıldığı görülmektedir. Ayrıca medya yer alan yoğun şiddet içerikleri insanların şiddete karşı duyarsızlaşmasına, şiddetin toplumca kanıksanmasına neden olmaktadır.

❖ Medyada yapılan sansasyonel sağlık haberleri de insanların hekimlere karşı önyargılı davranmasına, güven unsurunun yitirilmesine neden olmaktadır. Medyanın sağlık alanında gelişigüzel haber yapması, tarafların düşüncelerini almaksızın haber yapması engellenmelidir. Gerçekdışı haber yapanlar konusunda kolay uygulanabilir yaptırımlar geliştirilmelidir.

❖ Şiddeti öven, mazur gösteren, şiddet uygulayıcıları maddi-manevi ödüllendiren ya da destekleyen yayınlar her durumda yasaklanmalı ve buna uymayanları hızlı-etkin şekilde cezalandıracak bir hukuksal yapı oluşturulmalıdır.

❖ Şiddet içeren programların, televizyonlarda (şifresiz ya da şifreli), kesinlikle saat 23.00 sonrasında gösterimine izin verilmelidir.

❖ Hekimlerin kendilerini güvende hissedecekleri bir sağlık ortamı yaratılmalıdır. Hekimler hukuki çekişmelerde ne ile karşılaşacakları konusunda endişe yaşamaktadır. Bu konuda uzman mahkemelerin varlığına ihtiyaç vardır. Nasıl ki iş

mahkemeleri gibi alanında özel mahkemeler bulunmakta ise sadece sağlıkla ilgili davalara bakan, alanında uzman kişilerin yer aldığı bir yapılanmaya kısacası sağlık mahkemelerine ihtiyaç vardır. Doğaldır ki, tıbbi uygulamalar ve malpraktis konusunda da derli toplu bir yasal düzenleme de yararlı olacaktır.

❖ Hekimler tıp hukuku konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Tıp eğitimi sırasında bu konuya önem verilmesi, hekimlerin hak ve sorumluluklarının neler olduğunu bilmesine ve ona göre kararlar almasını sağlayacaktır. Bu itibarla tıp fakültelerinde “Tıp Hukuku” derslerinin bütün öğrencilere zorunlu dersler kapsamında ve zengin bir içerikle verilmesi önerilir.

❖ Hasta şikâyetleri ön elemeden geçirilmelidir. Hekimlerin iş yükleri zaten fazladır ve gereksiz şikâyetlerle, evrak işleri ile uğraşacak vakitleri yoktur. Bu durum hekimlerin motivasyonlarını düşürmekte ve defansif davranışlara neden olabilmektedir.

❖ Malpraktis davalarında hükmedilen tazminat miktarları hekimin geliri ile orantılı olmalıdır. Bu konuda, objektif ve makul ölçütlerin belirlenmesi son derece yararlı olacaktır.

❖ Hekimlere aldıkları riskleri karşılayacak güncel gerçeklere uygun ve makul bir gelir sağlanmalıdır.

❖ Hastanelerde hasta yoğunluğu azaltılmalıdır. Talebi gereksiz yere arttırıcı uygulamalara son verilmelidir. Hasta başına ayrılması gereken sürenin muhakkak surette bilimsel ve etik değerlere uygun biçimde ve hekimlerle onların yasal örgütlerinin de görüşü alınmak suretiyle belirlenmesi ve bu sınırın hiçbir surette aşılması sağlanmalıdır. Hasta yoğunluğunun azaltılması ile defansif tıp ve şiddet olayları da azalacaktır ve aynı zamanda tıbbi bakımın kalitesi de yükseltilecektir.

❖ Hastanelerde yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulmalı, hastaneye giriş ve çıkışlar kontrollü bir şekilde yapılmalıdır. Bunun için X-Ray cihazlarının kullanımı önerilebilir. “Yüksek Güvenlikli Hastane” kavramının salt hasta bakımından değil, hekimler bakımından da ele alınması gereklidir.

❖ Sağlıkta şiddet nedeniyle ceza almış ve bu cezası kesinleşmiş olan kişiler sadece önceden belirlenmiş belli sağlık kurumları ve kuruluşlarına yönlendirilebilirler ve tıbbi hizmet bu kişilere sadece belli merkezlerde verilebilir. Başka bir deyişle, adı sağlıkta şiddete karışmış ve cezası kesinleşmiş kişilerin sağlık kurumu ve hekim seçme hürriyetleri, acil durumlar dışında, yasal düzenleme ile sınırlandırılmalıdır.

❖ Hekimlere defansif tıp hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Defansif tıp uygulamalarının olumsuz yönleri, sakıncaları konusu üzerinde aydınlatıcı bilgiler verilmelidir.



Tablo 6.1. Araştırma bulguları

Soru	Kod	Hekim
Defansif tıp terimini daha önce duydunuz mu?		
Evet	1.1	H1, H2, H3, H4, H5, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21, H22, H23, H24, H25, H26, H28, H29, H30
Hayır	1.2	H6, H27
Aşağıdaki pozitif defansif tıp davranışlarından hangilerini uygulamaktasınız?		
Gereksiz tahlil ve tetkiklerin yapılması	2.1	H1, H2, H4, H7, H11, H13, H14, H15, H16, H22, H23, H28, H29, H30
Gereksiz reçete yazılması	2.2	H13, H24
Gereksiz hasta yatışları	2.3	H4, H13, H14, H29
Detaylı kayıt tutma	2.4	H3, H4, H5, H7, H8, H9, H10, H11, H13, H14, H15, H30, H16, H17, H18, H20, H22, H24, H26, H28
İhtiyaç olmayan konsültasyon talepleri	2.5	H2, H7, H13, H17, H22, H24, H29
Onam belgelerinde ince detaylara yer verme	2.6	H8, H9, H10, H11, H14, H17, H19, H20, H24
Hiçbiri	2.7	H6, H12, H21, H25, H27
Aşağıdaki negatif defansif tıp davranışlarından hangilerini uygulamaktasınız?		
Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma	3.1	H3, H4, H7, H8, H11, H13, H16, H18, H20, H22, H24, H26, H28, H29, H30
Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma	3.2	H13, H14, H18, H22, H24, H29
Riskli hastaların gözünü yan etkilerle korkutup kaçırma	3.3	H13, H24
Agresif hastalardan kaçınma	3.4	H3, H4, H5, H16, H19, H20, H7, H8, H10, H22, H24, H13, H14, H28, H29, H30
Riskli hastaları başka sağlık kuruluşuna sevk etme	3.5	H7, H16, H24, H27, H28, H30, H20
Hiçbiri	3.6	H1, H2, H6, H9, H12, H15, H17, H21, H23, H25
Sizce hekimler defansif tıbbi hangi branşlarda daha çok uyguluyorlar?		
Cerrahi	4.1	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H22, H23, H24, H25, H26, H27, H28, H29, H30
Dahili	4.2	H21
Sizce defansif tıp uygulamalarının yönetim veya bakanlık tarafından denetlenmesi mümkün müdür?		
Evet, mümkün	5.1	H29, H27, H15, H13, H12, H10, H9, H8, H24, H5, H3, H1
Hayır mümkün değil	5.2	H30, H28, H26, H25, H6, H22, H21, H19, H18, H17, H16, H14, H11, H7, H4, H2, H20, H23

Tablo 6.1. Araştırma bulguları (devam)

Soru	Kod	Hekim
Sizce defansif tıbbın nedenleri neler olabilir?		
Malpraktis	6.1	H1, H2, H3, H4, H5, H7, H8, H9, H10, H11, H13, H14, H15, H17, H18, H19, H20, H21, H22, H23, H25, H26, H27, H29, H30
Garantiye alma ihtiyacı	6.2	H7, H17, H23
İtibarını koruma	6.3	H4, H7, H8, H16, H17, H26
Tecrübesizlik	6.4	H3, H7, H8, H17, H21
Maddi kayıp	6.5	H4, H7, H8, H16, H17, H26
Şikâyet edilme korkusu	6.6	H6, H11, H8, H18, H24
Şiddet görme korkusu	6.7	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H17, H19, H21, H22, H23, H24, H25, H26, H27, H28, H29
İstek ve beklentiler	6.8	H3, H7, H2, H5, H19
Saygısızlık ve güvensizlik	6.9	H8, H13, H4
Medya	6.10	H2, H6, H14, H19, H23, H27
Performans sistemi	6.11	H1, H2, H5, H6, H7, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H17, H22, H23, H24, H25, H26, H28, H29
Tıp hukukunun yetersizliği	6.12	H1, H2, H3, H28, H6, H10, H11, H7, H15, H16, H18, H21, H22, H23, H25, H30
Hasta yoğunluğu	6.13	H8, H13, H20, H21, H26
Tıp eğitimi	6.14	H10, H13, H14, H20, H23, H30
Gelişen tıp teknolojisi	6.15	H4, H19, H24
Yetersiz iletişim	6.16	H4, H8, H21
Sizce defansif tıbbın sonuçları neler olabilir?		
Sağlık harcamalarını arttırması	7.1	H22, H21, H20, H19, H17, H4, H15, H13, H10, H9, H8, H7, H1, H2, H27
Zaman kaybı	7.2	H22, H20, H19, H15, H14, H10, H1
Tanı sürecini geciktirmesi	7.3	H21, H20, H19, H18, H13, H11, H10, H9, H8, H7, H5, H2, H28, H27, H25, H23
İş yükünü arttırması	7.4	H22, H20, H19, H17, H4, H15, H13, H9, H8, H1
Hastalarda zarara neden olması	7.5	H19, H17, H16, H13, H11, H10, H9, H8, H7, H28, H27, H25, H23
Riskli işlem yapan cerrah bulunmaması	7.6	H18, H16, H3, H1, H29, H25, H24
Bazı hastanelerde yığılma	7.7	H4, H14, H13, H6, H30
Hasta yoğunluğunun artması	7.8	H1, H13, H4, H8, H17, H19
Tıpta uzmanlık seçimini değiştirmesi	7.9	H1, H3, H5, H24, H29

Tablo 6.1. Araştırma bulguları (devam)

Soru	Kod	Hekim
Sizce defansif tıbbın sonuçları neler olabilir?		
Mesleki ilerlemenin durması	7.10	H30, H12, H26
Malpraktisi artırması	7.11	H3, H14, H29
Şiddet	7.12	H9, H11, H18, H23, H27, H1, H3, H8, H14, H21
Hekimlik mesleğinin tercih edilmemesi	7.13	H1, H24, H25
Sizce defansif tıbbı önlemek için neler yapılabilir?		
Yasal güvence sağlanması	8.1	H1, H23, H17, H18, H21, H22, H7, H9, H10, H16, H28, H30
Eğitim ve farkındalık	8.2	H4, H20, H21, H9, H16, H28, H24
Şiddetin önlenmesi	8.3	H20, H22, H24, H14, H27, H26, H12, H18, H15, H9, H10, H4
Hasta yoğunluğunun azaltılması	8.4	H1, H4, H25, H11
Tıp eğitiminin iyileştirilmesi	8.5	H7, H8, H11, H13, H30
Şikâyetlerin denetlenmesi	8.6	H3, H18, H19
Sevk zinciri uygulaması	8.7	H3, H11, H29
Sağlık politikalarının iyileştirilmesi	8.8	H25, H13, H4
Risk/getiri oranının sağlanması	8.9	H3, H5, H10
Hekim öz saygınlığının geri kazandırılması	8.10	H27, H14, H13, H20, H8
Koruyucu hekimliğin geliştirilmesi	8.11	H25, H29
Uzman bilirkişilerin yetiştirilmesi	8.12	H3, H22, H24
Sağlık mahkemeleri yapılanması	8.13	H3, H22, H24
Medya denetimi	8.14	H4, H8
Sağlıkta şiddete maruz kaldınız mı veya tanık oldunuz mu?		
Kaldım	9.1	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H13, H14, H15, H16, H17, H19, H20, H21, H24, H25, H26, H28, H29, H30
Kalmadım	9.2	H12, H18, H22, H23, H27
Sizce sağlıkta şiddetin nedenleri neler olabilir?		
İletişim becerisinin eksikliği	10.1	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21, H22, H23, H24, H25, H26, H27, H28, H29, H30

Tablo 6.1. Araştırma bulguları (devam)

Soru	Kod	Hekim
Sizce sağlıkta şiddetin nedenleri neler olabilir?		
Defansif tıp uygulamaları	10.2	H1, H2, H4, H10, H11, H13, H14, H15, H16, H29, H18, H20, H30, H22, H23
Medyanın şiddete özendirilmesi	10.3	H17, H21, H22, H23, H27, H28, H29, H16, H25, H26, H30, H1, H6, H7, H8, H9, H11, H12
Olumsuz sağlık haberleri	10.4	H28, H17, H16, H18, H19, H20, H24, H25, H2, H3, H5, H7, H9, H10, H14, H15
Yasal veya yasa dışı ek ödeme istenmesi	10.5	H16, H20, H22, H23, H24, H25, H26, H5, H6, H11, H12, H13, H14
Hukuki yaptırımların yetersiz olması	10.6	H1, H10, H11, H13, H17, H21, H27, H28, H16
Sistem ve politikalar	10.7	H1, H2, H7, H24, H17, H22, H12, H14
Hasta yoğunluğu	10.8	H1, H13, H14, H30, H17, H21, H22, H29
Beklentilerin karşılanmaması	10.9	H6, H7, H19, H20, H21
İş yükünün fazla olması	10.10	H16, H21, H22, H29, H30
Şiddeti çözüm olarak görme	10.11	H11, H19, H28, H30
Geçmişinde şiddete maruz kalma	10.12	H1, H9, H12, H19
Eğitim seviyesinin düşük olması	10.13	H3, H10, H11, H28
Saygıda azalma	10.14	H13, H16, H23, H27
Tahammülsüzlük/sabırsızlık	10.15	H1, H2, H16, H30
Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü	10.16	H1, H4, H17
Hekime duyulan güvensizlik	10.17	H4, H7, H16
Politikacıların yaklaşımları	10.18	H1, H13, H7
Hekimin ilgisiz tavrı	10.19	H13, H11, H30
Hasta ve hasta yakını psikolojisi	10.20	H29, H30, H16
Sizce sağlıkta şiddetin sonuçları neler olabilir?		
Motivasyon eksikliği	11.1	H2, H6, H7, H8, H9, H12, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H22, H23, H26, H29, H30
Defansif tıba yönelme	11.2	H3, H6, H8, H12, H13, H19, H21, H24, H25, H30, H4, H5, H11, H14, H20, H1, H22, H27, H9, H17
Fiziksel veya psikolojik zarar görme	11.3	H7, H8, H9, H15, H16, H19, H22, H25, H30
Hizmet kalitesi ve verimliliğinde düşüş	11.4	H2, H14, H18, H24, H21, H27, H29
Mesleği bırakma	11.5	H3, H5, H17, H26
Meslekten soğuma	11.6	H5, H10, H12, H23, H25, H28, H29, H30
Çalışma arkadaşlarını olumsuz etkilemesi	11.7	H3, H7, H16, H23, H27, H9
Diğer hastalara karşı önyargı	11.8	H8, H11, H12, H14, H18, H20, H30

Tablo 6.1. Araştırma bulguları (devam)

Soru	Kod	Hekim
Sizce sağlıkta şiddetin sonuçları neler olabilir?		
Diğer hastaların tedavi alamaması	11.9	H10, H11, H15, H19, H22, H27
İşgücü kaybı	11.10	H9, H15, H27
Güven bağının zedelenmesi	11.11	H17, H18, H25
Uzmanlık seçiminde değişimler	11.12	H3, H13, H24
Sağlıkta şiddetin önlenmesi için önerileriniz nelerdir?		
Caydırıcı yasaların yapılması	12.1	H16, H6, H7, H8, H13, H24, H12, H11, H21, H18, H23, H26, H27, H2, H30, H28
Hekimlere olan saygı ve güvenin artırılması	12.2	H7, H4, H16, H23
Medyada şiddet içeriklerinin azaltılması	12.3	H7, H17, H28, H30
Eğitim	12.4	H7, H12, H18, H27, H5, H30, H28
İletişim becerilerinin geliştirilmesi	12.5	H6, H15, H13, H12, H11, H20, H19, H25, H27, H2
Hasta yoğunluğunun azaltılması	12.6	H16, H9, H13, H23, H25, H2
Sağlık okuryazarlığının artırılması	12.7	H2, H10, H24
Farkındalığın artırılması	12.8	H9, H10, H25
Verilen cezaların medyada gösterilmesi	12.9	H8, H26, H29
Sevk zincirinin uygulanması	12.10	H3, H16, H13, H25, H30
Politikacıların halkı kışkırtacak söylemlerde bulunmaması	12.11	H7, H17, H25
Medyanın yanlış haber yapmasının engellenmesi	12.12	H17, H22, H19, H30
Şiddetten korunmak için kurumunuzun gerekli güvenlik önlemlerini aldığınızı düşünüyor musunuz?		
Evet, düşünüyorum	13.1	H6, H8, H10, H11, H12, H15, H18, H19, H21, H20, H22, H27
Hayır, düşünmüyorum	13.2	H1, H2, H3, H4, H5, H7, H9, H13, H14, H16, H17, H23, H25, H26, H28, H29, H24, H30
Sağlıkta şiddet ile ilgili hukuki yaptırımları yeterli buluyor musunuz?		
Evet, yeterli	14.1	H22
Hayır, yeterli değil	14.2	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21, H23, H24, H25, H26, H27, H28, H29, H30
Sizce Tıp Hukuku'nun Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde ders olarak yer alması gerekli midir?		
Evet, gerekli	15.1	H1, H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21, H22, H23, H24, H25, H26, H27, H28, H29, H30
Hayır, gerekli değil	15.2	H3

KAYNAKLAR

- Abed, M., Morris, E., Sobers, GN. (2016). Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. *Occupational Medicine*, 1-4.
- Abualrub, RF., Al Khawaldeh, AT. (2014). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *J Clin Nurs*, 23 (14). 1937-47.
- Adalar, SS. (2015). *Kamu sağlık personelinin mobbing karşısındaki tutumu ve hukuki haklarının bilinirlik düzeyinin ölçülmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 19-25, İstanbul.
- Adaş, EB., Elbek, O., Bakır, K. (2008). Sağlık sektöründe şiddet: hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. *Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını*, 30-159.
- Adib, MS., Al-Shatti, AK., Kamal, S., El-Gerges, N., Al-Raqem, M. (2001). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies*, (39): 469-478.
- AFSCME (American Federation of State, County and Municipal Employees). (2006). *Preventing workplace violence: A union representative's guidebook*. 2. Basım, American Federation of State, 10-13.
- Aharon, AA., Warshawski, S., Itzhaki, M. (2019). Public knowledge, attitudes, and intention to act violently, with regard to violence directed at health care staff. *Nurs Outlook*, 00 (00). 1-11.
- Akca, N., Yılmaz, A., Işık, O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 13 (1). 1-12.
- Akın, A., Gülşen, M., Aşut, S., Akca, M. (2012). Yakın ilişkilerde şiddet sorumluluğu ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 12 (2). 175-184.
- Akkanat, NZ. (2017). *Tıp etiği bağlamında defansif tıp uygulamaları*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Anabilim Dalı, 68-120, Gaziantep.
- Aksaray, S. (2011). Siber zorbalık. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 20 (2). 405-432.
- Alexander, C., Fraser, J., Hoeth, R. (2004). Occupational violence in an Australian health care setting: implications for managers. *Journal of Healthcare Management*. 49 (6). 377-392.
- Alioğlu, M. (2014). *Acil tıp uzmanlık öğrencilerine karşı şiddet: düzeyi, nedenleri ve sonuçları*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 18, Mersin.
- Alkan, H. (2007). *İlköğretim öğretmenlerinin istenmeyen davranışlarla baş etme yöntemleri ve okulda şiddet*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 50, Niğde.
- Allen, PB. (2009). Violence in the emergency department: tools & strategies to create a violence-free ed. *Springer Publishing Company*, 58.
- Altındış, S., Coşar, E., Atasoy, AR., Akbaba, B., Şimşir, İ., Öz, S. (2019). Sağlık uygulamalarında defansif tıp. *Balıkesir Medical Journal*. 3 (1). 12-19.
- Altınok, R. (2018). *Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin şiddete maruziyet sıklığı ve ilişkili etmenler*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 17-19, Denizli.

- Altıntaş, N. (2006). *Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, 22-34, İstanbul.
- Amr, M., El-Wehady, A., El-Gilany, AH. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*. 25 (4). 716-734.
- Anderson, RE. (1999). Billions for defensive: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med*. 59: 2399-2402.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2 (2).
- Arendt, H. (2016). *Şiddet üzerine*. Bülent Peker (çev.), 8. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 83.
- Argon, T., Açıkgöz, A. (2010). İlköğretim okulu yöneticilerinin çatışma yaklaşımları ve öfke ifade tarzları. *Education Sciences*. 5 (2). 504.
- Arroya, ML. (2019). *Impact of a healthcare workplace violence prevention module on staff knowledge*. Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Nursing Practice Walden University, 19.
- Arslan, T. (2019). *Sağlık kurumlarında şiddet: gazete haberleri üzerinde bir araştırma*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 10-28, Düzce.
- Asher, ED., Seidman, DS., Greenberg-Dotan, S., Kadem, A., Sheizaf, B., Reuveni, H. (2013). Defensive medicine among obstetricians and gynecologists in tertiary hospitals. *Plos One Journal*. 8 (3). 1-5.
- Ashton, RA., Morris, L., Smith, I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing*. 39 (1). 13-19.
- Aslan, Ş. (2003). *Hastane İşletmelerinde örgütsel çatışma: teori ve örnek uygulama*. Basılmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 42-43, Konya.
- Atalay, A. (2010). *Hukuksal boyutları ile futbolda şiddet olgusu*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spor Yöneticiliği Anabilim Dalı, 15, Konya.
- Atan, SÜ., Dönmez, S. (2011). Hemşirelere karşı iş yeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*. 25 (1). 71-80.
- Ataş, S. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çalışanların iş motivasyonu üzerindeki etkileri*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 37, Karabük.
- Atik, D. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. *Medical Science*. 8 (2). 2-4.
- Atik, G. (2009). Zorbalığı yordayıcı bir değişken olarak umut. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 42 (1). 56.
- Avcı Balcı, S. (2014). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik bir araştırma*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 29-35, İstanbul.
- Ayan, S. (2007). Aggressiveness tendencies of the children exposed to domestic violence. *Anatolian Journal of Psychiatry*. (8). 206-214.

- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 33-60, İstanbul.
- Aydın, A. (2014). *Ailenin korunmasını sağlayan dayanışma örüntüleri ile kadına yönelik aile içi şiddet arasındaki ilişki: Çankaya belediyesi kadın sığınma evi'nde kalan kadınlar örneği*. Basılmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, 15-20, Ankara.
- Aydın, M. (2008). *Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı*. Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı.
- Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 25-75, Konya.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Şahin, F., Günay, Y., Ünlüoğlu, I., Özdamar, K., Kaptanoğlu, C. (2004). Sağlık kurumlarında şiddet: Türkiye'nin batısındaki sağlık çalışanları araştırması. *Yıllıklar Suudi Tıbbı*. 24 (1). 64-65.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Balci, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*. 21 (2). 276-296.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 147-154.
- Aytaç, S. (2011). *İş yerinde şiddet*. İstanbul: Beta Yayıncılık, 10-18.
- Baicker, K., Chandra, A. (2005). The effect of malpractice liability on the delivery of health care. *Forum for Health Economics & Policy*. 8 (4). 10-15.
- Baicker, K., Fisher, ES., Chandra, A. (2007). Malpractice liability costs and the practice of medicine in the Medicare program. *Health Affairs*. 26 (3). 841-852.
- Baker, L., Tolhurst, H., Murray, G., Bell, P., Sutton, A., Dean, S. (2003). Rural general practitioner experience of workrelated violence in Australia. *Australian Journal of Rural Health*. 231-236
- Baldwin, LM., Hart, LG., Lloyd, M., Fordyce, M., Rosenblatt, RA. (1995). Defensive medicine and obstetrics. *JAMA*, 274 (20). 1606-1610.
- Barlıoğlu, HC. (2018). *Defansif tıp unsuru olarak tıbbi malpraktis*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Anabilim Dalı, 20-75, Gaziantep.
- Başer, A., Kolcu, Mİ., Kolcu, G., Tuncer, Ö., Altuntaş, M. (2014). Diş hekimlerinin defansif diş hekimliği konusundaki görüşleri: kesitsel bir çalışma. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24 (2). 103-109.
- Başer, A., Kolcu, G., Çılgıgil, Y., Kadıncık, B., Öngel, K. (2014). İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 16-24.
- Baydin, A., Erenler, AK. (2014). Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *Int J Emerg Ment Health*. 16: 288-90.
- Bayındır, MS. (2007). Sağlık hizmetlerinde idarenin ve hekimlerin sorumluluğu. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 11 (1-2). 551-589.
- Bayrakcı, M. (2007). Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*. 200.

- Behnam, M., Tillotson, RD., Davis, SM., Hobbs, GR. (2011). Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *The Journal Of Emergency Medicine*. 40 (5). 565.
- Bernstein, H., Leys, C., Panitch, L. (2009). *Violence Today: Actually Existing Barbarism ?* Umut Haskan (çev.), Leys C, Panitch L, (eds.). 1.Basım, İstanbul: Yordam Kitap, 13-30.
- Berrington, GA., Mahesh, M., Kim, KP., Bhargavan, M., Lewis, R., Mettler, F., Land, C. (2007). Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the united states in 2007. *Arch Intern Med*. 2071-2077.
- Biçen, E. (2018). *Tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp konusundaki tutumlarının araştırılması*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 24-36, İzmir.
- Birtek, F. (2015). Tıbbi uygulama hataları bakımından taksir-bilinçli taksir ayrımı (komplikasyon- izin verilen risk ayrımı bağlamında). *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 10 (1). 63-106.
- Bishop, TF., Federman, AD., Keyhani, S. (2010). Physicians views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med*. 170 (12). 1081-1083.
- Blair, D., New, S. (1991). Assaultive behaviour: know the risks. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 29 (11). 25-29.
- Blando, JD., O'hagan, E., Casteel, C., Nocera, M., Peek-Asa, C. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*. 21 (3). 491-498.
- Bostan, S. (2009). *Sağlık dönüşüm programının hastane işletmeleri üzerinde değişim etkisi*. Basılmamış Doktora Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 22, Trabzon.
- Bozkurt, SA. (2017). *Sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi: Bir alan çalışması*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 47, Ankara.
- Brenner, DJ., Hall, EJ. (2007). Computed tomography an increasing source of radiation exposure. *New England Journal of Medicine*. 357 (22). 2277-2284.
- Browne, MN., Smith, MA. (2008). Mobbing in the worplace: the latest illustration of pervasive individuailsm in american law. *Employee Rights and Employment Policy Journal*. 131-161.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bulut, A., Özdemir, BN., İzgi, M. (2017). Sağlıkta şiddet olaylarının değerlendirilmesi: bir devlet hastanesi örneği. *Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongre Kitapçığı*. CNR Expo / İstanbul, 15-16.
- Bulut, Y. (2010). *Okul yöneticilerinin öğretmen algılarına göre şiddet eğilimleri*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 10-18, Sakarya.
- Bushman, JB., Anderson, CA. (2002). Violent video games and hostile expectations: a test of the general aggression model. *Society for Personality and Social Psychology*. 28 (12). 1679-1686.
- Büyükbayram, A., Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*. 4 (1). 46-53.

- Camerino, D., Conway, PM., Hasselhorn, HM., Heijden, B., Behar, E. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European Next study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 45 (1). 35-50.
- Campos, AS., Pierantoni, CR. (2010). *Violence in the health care workplace: a theme for international cooperation in human resources in the health sector*. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, 4(1): 79-85.
- Carrier, ER., Reschovsky, JD., Mello, MM., Mayrell, RC., Katz, D. (2010). Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Affairs*. 29 (9). 1585-1592.
- Castillo, DN., Pizatella, TJ., Stout, N., (2000). Injuries. In B. S. Levy, D. H. Wegman (eds.), in: *Occupational health: Recognizing and preventing work-related disease and injury* (4.ed.,) Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 461-476.
- Catino, M. (2009). Blame culture and defensive medicine. *Cogn Tech Work*. 11: 245-253.
- Catino, M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*. 15: 1-12.
- CDC. (2014). Workplace safety&health topics. Retrieved April 10, from <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training.html>
- Chen, J., Majercik, S., Bledsoe, J., Connor, K., Morris, B., Gardner, Sç, Scully, C., Wilson, E., Dickerson, J., White, T., Dillon, D. (2015). The prevalence and impact of defensive medicine in the radiographic workup of the trauma patient: a pilot study. *The American Journal of Surgery*. 210. 462-467.
- Chen, WC., Hwu, HG., Kung, SM., Chiu, HJ., Wang, JD. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*. 50 (3). 288.
- Choctaw, WT. (2008). Avoiding medical malpractice: a physician's guide to the law. *Springer Science + Business Media*. LLC. e-ISBN: 978-0-387-73064-6.
- Cihan, Ü., Karakaya, H. (2017). Kadın-erkek kavramları bağlamında şiddet ve şiddetle mücadelede sosyal hizmetin rolü. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17 (4). 297-324.
- Cinoğlu, A. (2015). *Sağlık kurumlarında şiddet*. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dönem Projesi,36-42, Denizli.
- Clements, PT., Deranieri, JT., Clark, K., Manno, MS., Kuhn, DW. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nurs Econ*. 23 (3). 119-124.
- Coker, AL., Sanderson, M., Dong, B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 260-269.
- Colling, RL. (2001). *Hospital and healthcare security*. 4. Basım, Butterworth-Heinemann, 65.
- Concha-Eastman A. (2001). Violence: A challenge for public health and for all. *J Epidemiol Community Health*. 55: 597-599.
- Constantinescu, V. (2014). Mobbing: psychological terror in the workplace. *International Scientific Committee*. 498-499.
- Cooper, CL., Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector: State of the art*. 3-35.
- Coşkun, S., Öztürk, AT. (2010). Bakırköy ruh sağlığı ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 16-23.

- Cote, DJ., Karhade, AV., Larsen, A., Castlen, JP., Smith, TR. (2016). Neurosurgical Defensive Medicine in Texas and Illinois: A Tale of 2 States. *World Neurosurg.* 89: 112-120.
- Crilly, J., Chaboyer, W., Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing.* 12 (1). 67-73.
- Curran, WJ. (1973). The malpractice commission report: controversy unabated: the findings. *N Engl J Med*, 288. 1222-1224.
- Çağlayan, HS., Fişekçioğlu, GB. (2004). Futbol seyircisini şiddete yönelten faktörler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 130.
- Çalışkan, T. (2013). *Kadına yönelik şiddet kampanyaları*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Medya ve İletişim Sistemleri Anabilim Dalı, 18, İstanbul.
- Çamcı, O., Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik iş yeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2 (1). 9-16.
- Çatel, M. (2015). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir üniversite hastanesi ölçeğinde incelenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 18, İstanbul.
- Çetin, ET. (2017). *Violence in Turkey: Prevalence rates and predictors of violence*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 17, İstanbul.
- Çetin, F. (2013). *15-49 yaş evli kadınların ruhsal durumları ve şiddet üzerine bir çalışma*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 13, İstanbul.
- Çınarlı, İ., Yücel, H. (2013). Sağlık iletişiminin bakış açısı ile Türkiye’de sağlık iş yeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi.* 32-51.
- Çiftcioğlu, CT. (2013). Türk Ceza Kanunu’nda taksir. *Ankara Barosu Dergisi.* 321.
- Çobanoğlu, S. (2005). *İş yerinde duygusal saldırı ve mücadele yöntemleri*. İstanbul: Timas Yayınevi. 21-22.
- Çolak, M. (2016). *Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik şiddetin farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 8-16, İzmir.
- Çuvadar, A. (2017). *Edirne merkez ilçede yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin boyutu ve nedenleri*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 15-25, Edirne.
- Dağ, E. (2017). *Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması: Burdur ili örneği*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 13, Isparta.
- Danzon, P. (2000). Liability for medical malpractice. *Handbook of Health Economics.* 1339-1404.
- Danzon, P. (1984). The frequency and severity of medical malpractice claims. *Journal Of Law And Economics.* 27 (1). 115-148.
- Davidson, R., Putnam, KM., Larson, CL. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation a possible prelude to violence. *Science.* 591-594.
- Dedeoğlu, AK. (2012). *Özel hastanelerde çalışan hekimlerin tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerinin*

- ölçümü: *Ankara ili özel hastaneler uygulaması*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, 14-39, Ankara.
- Demir, Y. (2019). *Hekimlerin karşılaştıkları problemlerin defansif tıp açısından araştırılması*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 18-24, İstanbul.
- Demirci, Ş. (2018). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 16, Ankara.
- Di Martino V. (2002). *Workplace violence in the health sector country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand) Synthesis Report*. Geneva, 23-45.
- Dichter, ME., Cerulli, C., Bossarte, RM. (2011). Intimate partner violence victimization among women veterans and associated health risks. *Women's Health Issues*. 21 (4). 190-194.
- Dikmetaş, E., Top, M., Ergin, G. (2011). Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22 (3). 137-149.
- Dilbaz, N. (1999). *Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım*. Klinik Psikiyatri (2): 182-184.
- Dilmen, NE., Turan, SG. (2016). Bilişim okuryazarlığı bağlamında siber şiddetin meşrulaştırılması. *Yeni Symposium*. 54 (3). 25-29.
- Dişsiz, M., Hotun Şahin N. (2008). Evrensel bir kadın sağlık sorunu: kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 1 (1). 50-58.
- Doğan, R. (2014). Kadına yönelik şiddetin bir türü olarak, ısrarlı takip (stalking) kavramı ve suçu. *Ankara Barosu Dergisi*. 138-145.
- Dove, A., Madeley, R., James, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 23 (6). 431-434.
- Dubay, L., Kaestner, R., Waidmann, T. (1999). The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *J Health Econ*. 18 (4). 491-522.
- Duğan, Ö., Arslan, A. (2015). Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanı-hasta iletişimi boyutu üzerine bir derleme. *Sağlık İletişim Sempozyumu*, Eskişehir.
- Duğan, Ö. (2015). *Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları*. Basılmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, 20-21, Konya.
- Duke, L. (1971). The medical malpractice threat: a study of defensive medicine. *Duke Law J*.
- Durmuş, M. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 acil sağlık hizmetleri'nde bir uygulama*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 8, Konya.
- Elbek, O., Adaş, EB. (2012). Hekimlere/Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. 7. *Uluslararası Türkiye Biyoetik Derneği Kongresi*. Değişen Dünyada Biyoetik. Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No: XVIII, İstanbul, 163-171.
- Elbek, O., Adaş, EB. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 12 (1). 33-44.
- Emini, FT. (2018). Tarihsel perspektiften Türkiye'de izlenen sağlık politikaları ve sağlıkta reform. *Rating Academy Yayınları*. 1-24.
- ENA. (2009). Emergency Department Violence Surveillance Study. *Emergency Nurses Association Institute for Emergency Nursing Research*.

- Ergil, D. (2001). Şiddetin kültürel kökenleri. *Bilim ve Teknik*. 40- 41.
- Erkol, H., Gökdoğan, MR., Erkol, Z., Boz, B. (2007). Aggression and violence towards healthcare providers a problem in Turkey? *J Forensic Leg Med*. 14: 423-8.
- Ersun, C. (2008). İstanbul'da şiddet ve şiddetin sosyolojik arka planı. *İstanbul Ticaret Odası Yayınları*. 11.
- Fernandes, C., Bouthillette, F., Raboud, JM., Bullock, L., Moore, C., Christenson, JM., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C., Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *The Canadian Medical Association Journal*. 16 (10). 1245.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., Di Lorenzo R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*. 9: 263-275.
- Fitzwater, E., Gates, D. (2000). Violence and home healthcare. *Home Healthc Nurse*. 18: 596-605.
- Ford, K., Byrt, R., Dooher, J. (2010). Preventing and reducing aggression and violence in health and social care A holistic approach. *M&K Update Ltd*. 25-37.
- Frakes, M. (2013). Defensive medicine and obstetric practices. *Journal of Empirical Legal Studies*. 9 (3). 457-481.
- Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), Public Services International (PSI), Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. 2002, Geneva.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany: a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*. 10 (51). 7-12.
- Fujita, S., Ito, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., Hasegawa, T. (2012). Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine*. 7 (2). 79-84.
- Gabe, J. (2008). *Violence against doctors in the english national health service: the undermining of trust?* [PPT], <http://www.fcm.unicamp.br>, 11.01.2013.
- Gacki, SJ., Juarez, AM., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., MacLean, SL. (2009). Violence against nurses working in us emergency departments. *The Journal Of Nursing Administration*. 39 (6/7). 340-349.
- Garg, R., Garg, N., Sharma, DK., Gupta, S. (2019). Low reporting of violence against health-care workers in India in spite of high prevalence. *Medical Journal Armed Forces India*. 211-215.
- Gascón, S., Martínez-Jarreta B, González- Andrade JF, Angel Santed M, Casalod, Y., Angeles Rueda M. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 15 (1). 29-35.
- Gates, D., Gillespie, G., Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *J Nurs Eco*. 29 (2). 59-66.
- Gates, DM., Ross, CS., McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*. 31 (3). 331-337.
- Gates, DM. (2004). The epidemic of violence against healthcare workers. *Occup Environ Med*. 649-650.

- Gerberich, SG., Church, TR., McGovern, PM., et al. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 495-503.
- Gilardi, S., Guglielmetti, C., Licata, M., De Luca G. (2016). The healthcare operators' experience with aggressive patients and their visitors: a cross-sectional study in four clinical departments. *Med Lav.* 107 (3). 223-234.
- Gillespie, GL., Gates, DM., Miller, M., Howard, PK. (2010). Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation Nursing.* 35 (5). 177-184.
- Gordon, T., Edwards, S. (2011). *Making the patient your partner communication skills for doctors and other caregiver.* (Editör Özkan B. Çeviri Aksoy E.) 2. Basım, İstanbul: Sistem Yayıncılık, 148-150.
- Göcen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Çelepkolu, T., Tuncay, S., Dirican, E. (2018). Hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. *TJFMPC.* 12 (2). 77-87.
- Göcen, Ö. (2017). *Araştırma görevlisi hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri.* Basılmamış Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 25-40, Diyarbakır.
- Gökçe, T., DüNDAR, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 15: 25-28.
- Gökşen, Ö. (2014). *Defansif tıp ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası.* Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 23-40, İstanbul.
- Gözüyeşil, E., Arslan, S., Taylan, S., Küçükakça, G., Akıl, Y., İnce, S. (2018). Hemşirelerin çatışma ve şiddete yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisi.* 3 (1). 1-20.
- Grant, D., McInnes, MM. (2004). Malpractice experience and the incidence of cesarean delivery: Physician-level longitudinal analysis. *Inquiry.* 41 (2). 170-88.
- Gülalp, B., Karcioğlu, O., Köseoğlu, Z., Sarı, A. (2009). Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi.* 15 (3). 239-242.
- Güler, BN. (2014). *Üniversite öğrencilerinde şiddet yaşantısı risk faktörlerini değerlendirme ve önceliklendirme aracı geliştirme.* Basılmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 11-16, Ankara.
- Gümüş, A. (2006). *Şiddetin nedenleri, toplumsal bir sorun olarak şiddet sempozyumu.* Eğitim Sen Yayınları, 39-92, Ankara.
- Gündoğmuş, ÜN., Bilge, Y., Kendi, Ö., Hancı, İH. (1997). Hekimlerin yasal sorumluluğunun yüksek sağlık şurası açısından değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni.* 2 (3). 127-30.
- Gündüz, M. (2019). *Hastaların sağlıkta şiddete yönelik görüşleri ile hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi.* Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 4, Edirne.
- Güneri, YE. (2017). Yaşam becerileri psikoloji dergisi life skills journal of psychology şiddet türleri ve kişilik özellikleri. *Life skills journal of psychology.* 35-50.
- Güneri, E. (2016). *Akıl hastalıkları ve şiddet: Şiddetim insanlığımdan, deliliğimden değil.* İstanbul: Gelişim Üniversitesi Yayınları, 11.
- Güngör, M. (2008). *Çalışma hayatında psikolojik taciz.* İstanbul: Derin Yayınları, 5-10.

- Gürhan N. (2017). Kültür ve şiddet. *Türkiye Klinikleri J Psichiatri Nurs-Special Topics*. 3 (2). 93-97.
- Gürhan, N. (2013). Yıldırma (mobbing): Nedenler, sonuçlar ve çözüm yolları. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*, 131-135, Ankara.
- Gürkan, ÖC., Coşar, F. (2009). Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2 (3). 124-129.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., Halfens, RJ. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*. 3535-46.
- Hakeri H. (2012). *Tıp hukuku*. 5. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 595-634.
- Hakeri H. (2007). Hekimin tıbbi hatalardan kaynaklanan hukuksal sorumluluğunun üç boyutu. Erişim: 11 Şubat 2020, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-hekimin-tibbi-hatalardan-kaynaklanan-hukuksal-sorumlulugunun-uc-boyutu-72-64-1009.html>
- Hamdan, M., Abu Hamra A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 13: 28.
- Hanson, GC., Perrin, NA., Moss, H., Laharnar, N., Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 15 (1). 3.
- Hartley, D., Ridenour, M., Craine, J., Costa, B. (2012). Workplace violence prevention for healthcare workers an online course. *Rehabilitation Nursing*. 37 (4). 202-206.
- Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith J., Rahmani, A., Mohammadi, E. (2018). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*. 39 (1). 20-25.
- Hasta, D., Güler, ME. (2013). Saldırganlık: Kişilerarası ilişki tarzları ve empati açısından bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4 (1). 67.
- Hatunoğlu, Z., Kılılı, M. (2014). Hastane işletmelerinin istihdam ettikleri muhasebe elemanlarında aradıkları nitelikler ve muhasebe eğitiminden beklentileri: Kahramanmaraş, Gaziantep ve Osmaniye illerinde bir alan çalışması. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*. 7 (1). 228-241.
- Hermer, LD., Howard, B. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *J Gen Intern Med*. 25 (5). 470-473.
- Hershey, N. (1972). The defensive practice of medicine: myth or reality. *Milbank Q*. 50: 2-3
- Hıdıroğlu, S., Önsüz, MF., Issa, A., Güç, B., Tatar, U., Erdoğan, Y., Karavuş, M. (2013). İstanbul'da hastanede çalışan bir grup hekimde şiddete maruz kalma durumu ve sonuçları. *16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, 256, Antalya.
- Hills, DJ., Joyce, CM., Humphreys, JS. (2012). A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Med J Aust*. 197 (6). 336-340.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterol*, 12 (47). 7671-7675.
- Honsell, Z., Topuz, M. (2010). Amerikan hukuk kültürü. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*. 16 (3-4). 355-373.

- ILO. (2003). *Workplace Violence in The Health Services*. Retrieved November 14, 2019, from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/sector/documents/publication/wcms_161953.pdf
- Ireland, TO., Smith, CA. (2009). Living in partner-violent families: developmental links to antisocial behavior and relationship violence. *J Youth Adolesc.* 38 (3). 323-39.
- Işık, ZK. (2018). *Defansif tıp uygulamalarında idarenin sorumluluğu*. Basılmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, 40-55, Ankara.
- Jawarkar, AK., Shemar, H., Wasnik, VR., Chavan, MS. (2016). Domestic violence against women: a crosssectional study in rural area of amravati district of maharashtra, India. *International Journal of Research In Medical Sciences.* 4 (7). 2713.
- JC. (2018). Sentinel event alert. *The Joint Commission Perspectives*, 1-10.
- JC. (2017). Workplace violence prevention: screening for the early detection of risk of harm to self or others. *The Joint Commission Perspectives*, 11.
- Jena, AB., Seabury, S., Lakdawalla, D., Chandra, A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *The New England Journal of Medicine.* 365 (7). 629-636.
- Jiménez, RE., Bachelet, VC., Gomolán, P., Lefio, LA., Goyenechea M. (2019). Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. *International Emergency Nursing.* 1-2.
- Kalaman, KG. (2019). *Hekimlerde tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamalar ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişki*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 28-36, İstanbul.
- Kanal, İ. (2008). *İmam hatip lisesi öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin çok yönlü olarak incelenmesi (İstanbul ili anadolu yakası örneği)*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, 14, İstanbul.
- Kapıcıoğlu, İ. (2008). *Üniversite öğrencilerinin şiddet algısı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, 17, Konya.
- Karakuş, B. (2019). *Televizyondaki şiddetin çocukların davranış ve tutumlarına etkisi hakkında ebeveynlerin düşünce, davranış ve tutumları*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 27, İstanbul.
- Karataş, ZB. (2002). *Anne baba saldırganlığı ile lise öğrencilerinin saldırganlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 23, Adana.
- Kart, E. (2013). Sağlıkta dönüşüm sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum.* 103-140.
- Kartal, H., Bilgin, A. (2009). İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenler ve öğrenim gören öğrencilerin zorbalığa yönelik görüşleri. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi.* 7 (3). 540.
- Kasai, Y., Mizuno, T., Sakakibara, T., Thu, S., Kyaw, TA., Htun, KA. (2018). A survey of workplace violence against physicians in the hospitals, Myanmar. *BMC Res Notes.* 133.
- Kasap, H., Akar, T., Demirel, B., Dursun, AZ., Sarı, S., Özkök, A., Aydamı, Ö. (2015). Tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının tıpta uzmanlık sınavında tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimi. *Adli Tıp Bülteni.* 20 (1). 34-37.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi.* 19 (2). 131-174.

- Kavak, F., Ekinci, M. (2013). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere yönelik şiddet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2 (3). 292-296.
- Kaya, A., Aktürk, Z., Çayır, Y., Taştan, K. (2014). 2007-2013 arası tıpta uzmanlık sınavları: bir trend analizi. *Ankara Medical Journal*. 14 (2). 53-58.
- Kaya, O. (2017). 2014-2015 Şubat-ağustos dönemleri bağcılar eğitim ve araştırma hastanesinde verilen beyaz kod vakalarının incelenmesi ve şiddete maruz kalan sağlık personeline olan etkisinin incelenmesi. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 14, İstanbul.
- Kaya, S., Bilgin, Dİ., Karsavuran, S., Ürek, D., İlgün, G. (2016). Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. *J Forensic Nurs*. 12 (1). 26-34.
- Kaymak, ÖS. (2004). Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 37 (2). 27-39.
- Keane, J. (2010). *Şiddet ve demokrasi*. Meral Üst (çev.), 1. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 48.
- Kelen, GD., Catlett, CL., Kubit, JG., Hsieh, YH. (2012). Hospital-based shootings in the United States: 2000 to 2011. *Annals of Emergency Medicine*. 60 (6). 790-798.
- Kemerli, N. (2002). Aile içinde kadına yönelik şiddet. *Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyum Kitabı*, 45-50, Ankara.
- Kendirci, A. (2013). *Evli bireylerin öfke ifade tarzları ve şiddet sorumluluğunun incelenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 28-32, Tokat.
- Keser, ÖN., Bilgin, H. (2011). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 31 (6). 1442-1456.
- Kessler, DP., McClellan, M. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*. 353-390.
- Kessler, DP., Sage, WM., Becker, DJ. (2005). Impact of malpractice reforms on the supply of physician services. *Journal of the American Medical Association*. 293 (21). 2618-2625.
- Kılıç, M. (2009). *Kadına yönelik şiddet: sosyo-psikolojik arka plan, manevi boyut, hukuki yaptırımlar*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Anabilim Dalı, 10-14, Ankara.
- Kilgore, ML., Morrissey, MA., Nelson, LJ. (2006). Tort law and medical malpractice insurance premiums. *Inquiry*. 255-270.
- Kim, B. (2007). The impact of malpractice risk on the use of obstetrics procedures. *J Leg Stud*. 36 (2). 79-119.
- Klagholz, J., Strunk, AL. (2009). *Overview of the 2009 ACOG Survey on Professional Liability*.
- Kocabıyık, N., Yıldırım, S., Öztürk, TE., Kayacı, TM., Ayer, A. (2015). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık personelinin şiddete uğrama sıklığı ve etkileyen faktörler. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. (28). 112-118.
- Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2 (1). 1-7.
- Kocadaş, B., Özgür, Ö., Özbulut, M. (2010). *Gençlik ve şiddet/ toplumsal alanda şiddetin yükselişi*. 1. Basım, Ankara: Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, 10-15.
- Koçöz, R. (2011). Şiddet üzerine. *Ankara Barosu Dergisi*. 245-254.

- Kumtepe, V. (2019). *İlimiz ve çevre illerde eğitim kliniği olan acil servislerde acil tıp asistanlarının defansif (çekinik) tıp uygulamalarının değerlendirilmesi*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 5, İzmir.
- Koritsas, S., Coles, J., Boyle, M., et al. (2007). Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GP's: a cross sectional study. *Br J Gen Pract.* 57 (545). 967-70.
- Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, GL., Succop, P., Mentzel, TK. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *American Journal of Emergency Medicine.* 31 (1). 197-205.
- Köknel, Ö. (2006). *Bireysel ve toplumsal şiddet*. İstanbul: Altın Kitaplar, 24-35.
- Kurnaz, M. (2019). *Hemşirelerde mobbing ve iş tatmini ilişkisinin meta analiz yöntemiyle incelenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 4, Samsun.
- Kurt, ME., Korkutan, M. (2018). Ülkemizde ve dünyada sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ve sonuçları. *1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi*, Şanlıurfa.
- Kurtoğlu, ZB., Kaya, N. (2019). Doğumda defansif tıp uygulamalarının hasta hakları ve ebelik etik kodları yönünden değerlendirilmesi. *Arc Health Sci Res.* 610-620.
- Küçük, DE. (2017). Medyada şiddetin bir başka yüzü: 'Doktora saldırı' haberleri. *Atatürk İletişim Dergisi Sağlık İletişimi Özel Sayı.* 45-60.
- Küçüker, H., Fidan, H. (2005). Sağlık personelinin mesleki uygulama kusurları ve yargısal dokunulmazlığının incelenmesi: batı karadeniz çalışması. *Adli Tıp Dergisi.* 19 (2). 33-37.
- Laleoğlu, A., Özmete, E. (2013). Mobbing ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi.* 7 (31). 13.
- Lancôt, N., Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior.* (19). 492-501.
- Leather, P. (2002). *Workplace violence: Scope, definition and global context*. Cooper C, Swanson N. (eds). Workplace violence in the health sector: State of the art. International Labour Organization, Geneva, 3-18.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims.* 5 (2). 119-126.
- Li, N., Wang, Z., Dear, K. (2019). Violence against health professionals and facilities in China: Evidence from criminal litigation records. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* (67). 1-6.
- Localio, AR., Lawthers, AG., Bengtson, JM., Hebert, LE., Weaver, SL., Brennan, TA., Landis, JR. (1993). Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. *JAMA.* 269 (3). 366-373.
- Loveless, L. (2001). *Workplace Violence: A Report to the Nation*. Iowa City: The University of Iowa, Injury Prevention Research Center (2001; 1-12). Retrieved December 10, 2019, from www.public-health.uiowa.edu/iprc/resources/workplace-violence-report.pdf
- Magnavita, N., Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 108.
- Mandiracioglu, A., Cam, O. (2006). Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. *Occupational Medicine.* 56 (5). 501-503.

- McPhaul, KM., London, M., Lipscomb, J. (2013). A framework for translating workplace violence intervention research into evidence-based programs. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 18 (1). 4.
- McPhaul, KM, Lipscomb, JA. (2004). Workplace violence in health care: Recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*. 9 (3). 7.
- Mello, MM., Brennan, TA. (2009). The role of medical liability reform in federal health care reform. *New Engl J Med*. 361 (1). 1-3.
- Mello, MM., Chandra, A., Gawande, AA., Studdert, DM. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Aff (Millwood)*. 29: 1569-1577.
- Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, R., Tatemichi, S. (2009). Disrespect, harassment, and abuse: All in a day's work for family physicians. *Canadian Family Physician*. 55 (12). 279-285.
- Miller, RA., Sampson, NR., Flynn, JM. (2012). The prevalence of defensive orthopaedic imaging: a prospective practice audit in Pennsylvania. *J Bone Joint Surg Am*. 94 (3). 181-186.
- Mutlu, A. (2010). *Eğitim hastanelerindeki acil servis çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının ve acil servislerdeki güvenlik durumunun incelenmesi*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 112, Kayseri.
- Mutlu, HH., Mutlu, HH., Ankaralı, H. (2019). Hasta şikâyetlerinin aile hekimlerinin defansif tıp davranışına etkisi: ikincil mağdurlar aile hekimleri mi? *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 24 (3). 237-243.
- Narlıkaya, Z. (2019). *Kadına yönelik ekonomik şiddetin iş yaşamına yansımaları: Elazığ ili örneği*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Girişimcilik ve İnovasyon Yönetimi Anabilim Dalı, 5-9, Elazığ.
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). (2002). *Violence occupational hazards in hospitals*. Retrieved November 24, 2019, from <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/resources.html>
- Nelson, R. (2014). Tackling violence against health-care workers. *The Lancet*. 1373-1374.
- OSHA (Occupational Safety and Health Administration) (2015). *Preventing workplace violence: A roadmap for healthcare facilities*. Retrieved November 20, 2019, from <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3827.pdf>
- OSHA (Occupational Safety and Health Administration) (2016). *Guidelines for preventing workrelated violence in healthcare and social service workers*. Retrieved November 24, 2019, from <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
- Odabaşı, AB., Tümer, AR., Odabaşı O. (2008). Bir grup hekimin 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile ilgili değerlendirmeleri: Anket çalışması. *Adli Tıp Bülteni*. 13 (2). 49-56.
- Odabaşı, AB., Tümer, AR. (2006). Çekinik (defansif) hekimlik; yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 15 (4). 55-59.
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R , Mutrynowski, T., Abu-Zidan F. (2013). The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BioMed Central Medical Ethics*. 42.
- Ökçün, S. (2020). *Tıp fakültesi araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete uğrama durumlarının mesleki ve kariyer bağlılıklarına etkisi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 4-5, Samsun.

- Öksüz, PE., Uygun, A., Özdem, Ş. (2016). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: bir kamu hastanesindeki şiddet olaylarının araştırılması. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*. 108-110.
- Özata, M., Özer, K., Akkoca, Y. (2018). Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7 (1). 132-139.
- Özcan, F., Yavuz, E. (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *Jour Turk Fam Phy*. 8 (3). 66-75.
- Özçetin, S., Balaban, M. (2015). *Sağlık hukuku: Güncel sorun ve yaklaşımlar örnek yargı kararları*. 2. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 77-145.
- Özdemir, TS. (2017). *Ankara Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi’ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusundaki görüş ve tutumları ile bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 3-4, Ankara.
- Özdevecioğlu, M. (2016). Mağdurlar mı mağdur etmektedir? Örgütlerde saldırgan davranışlar ve algılanan mağduriyet üzerine bir araştırma. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*. (58). 409.
- Özen ÇS. (2008). İş yerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. 107-134.
- Özen S. (2007). İş yerinde psikolojik şiddet ve nedenleri. *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 9 (3). 3-20.
- Özer, Ö., Taştan, K., Set, T., Çayır, Y., Şener, MT. (2015). Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 42 (3). 394-397.
- Özer, Ö. (2007). *Medya, şiddet, toplum*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi, 20-25.
- Özerkmen, N., Gölbaşı, H. (2010). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*. 23-37.
- Özerkmen, N. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*. 1-19.
- Özkan, N. (2013). *Şiddet içerikli yerli dizilerin gençler üzerindeki etkisi: Ankara ili örneği*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü Uluslararası Anabilim Dalı, 20, Ankara.
- Özlü T. (2013). *Sağlıkta yaşanan şiddet: nedenler, öneriler*. Erişim: 12 Mayıs 2020, <http://www.asyod.org/dokuman/13102016122643.pdf>
- Özmen, F. (1997). *Fırat ve İnönü Üniversite’lerinde örgütsel çatışmalar ve çatışma yönetimi yaklaşımları*. Basılmamış Doktora Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 12-13, Elazığ.
- Öztürk, A. (2008). Bir Haklı Savaş Tartışması: Şiddet Meşru Olabilir mi? *Doğu-Batı*. 115-128.
- Özyurt, A., Ogan, H., Solakoğlu, Z., Bilen, A., ve ark. (2009). *Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalıştay anket sonuçları*. İstanbul Tabip Odası.
- Palabıyıkoglu, R. (1997). Medya ve şiddet. *Kriz Dergisi*. 5 (2). 123-126
- Papa, A., Venella, J. (2013). Workplace violence in healthcare: Strategies for advocacy. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 18 (1). 5.
- Passmore, K., Leung, WC. (2002). Defensive practice among psychiatrists: A questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal*. 78 (925). 671-673.

- Pehlivan, M. (2015). *Hastanelerde çalışanlara yönelik şiddet ve önlenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, 19-26, İstanbul.
- Phillips, JM. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 1661-9.
- Pho, K. (2011). *Understanding patient violence against health care workers*. Retrieved January 14, 2020, from <https://www.kevinmd.com/blog/2011/03/understanding-patient-violence-health-care-workers.html>
- Pınar, N. (2006). *Görsel medya ve şiddet kültürünün orta öğretim öğrencileri üzerine etkisi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, 23-30, Konya.
- Pınar, T., Açikel, C., Pınar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Barışkın, E., Akdur, R., Sabuncu, H., Bodur, S., Eğri, M., Bakır, B., Açıkgöz, EM., Atçeken, İ., Cengiz, M. (2017). Workplace violence in the health sector in Turkey: A national study. *Journal of Interpersonal Violence*. 37 (15). 2345-2365.
- Pınar, T., Pınar, G. (2013). Sağlık çalışanları ve iş yerinde şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 12 (3). 315-326.
- Pirol, M. (2018). *Hekimlerin karar verme algılarının defansif tıp tutumları üzerine etkisinin araştırılması*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 35-45, Konya.
- Plank, A., Hegney, D., Parker, V. (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice*. 9 (1). 261-268.
- Polat, O., Pakiş, I. (2011). Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2 (3). 119-125.
- Polat, O. (2005). *Tıbbi uygulama hataları: klinik-sosyal-hukuksal-etik boyutları*. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 267-275.
- Polat, O. (2017). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 1*. 2.Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 8.
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*. 22 (1). 15-34.
- Privitera, MR., Arnetz, J. (2011). *Effect of workplace violence on staff, institution and quality of patient care*. Privitera MR. (eds). Workplace violence in mental and general healthcare settings. 1. Basım, Jones and Barlett Publishers, United States of America, 29.
- Rafeea, F., Al Ansari A., Abbas, EM., Elmusharaf, K., Abu Zeid MS. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force royal medical services' emergency department. *Open Access Emergency Medicine*. (9). 113-121.
- Reva, Z., Polat, O. (2018). Türkiye'de defansif tıp uygulamalarının sigortacılık boyutu. *Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi*. (12). 23-32.
- Rock, SM. (1988). Malpractice premiums and primary cesarean section rates in New York and Illinois. *Public Health Reports*. 103 (5). 459-463.
- Rothberg, MB., Class, J., Bishop, TF., Friderici, J., Kleppel, R., Lindenauer, PK. (2014). The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Internal Medicine*. 174 (11). 1867-1868.
- Ruby, RP., Safrunisa, S., Perveen, R., Sadiq, M. (2012). *Prevalence of phssical violence against nurses at emergency department at tertiarycare hospitals in karachi, pakista*. 3. International Conference on Violence in the Health Sector: Linking Local Initiatives

- with Global Learning, 24-26 October 2012 Vancouver Canada, Published Netherlands: Kavanah.
- Ruff, JR. (2011). *Erken modern Avrupasında şiddet (1500-1800)*. Didem Türkoğlu (çev.), 1. Basım, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 150.
- SB. (2017). TC. *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık-Sen. (2013). *Sağlık çalışanları şiddet araştırması*. Sağlık-Sen Ar-ge Birimi, Ankara.
- Sağlık-Sen. (2013). *Sağlıkta şiddetin nedenleri ve çözüm yolları yeni bir yaklaşım: sıfır toleranslı alan uygulaması*. Ankara.
- SKS. *Sağlıkta kalite standartları: hastane*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Erişim: 26 Ocak 2020, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52460/guncel-standartlar.html>
- Saines, JC. (1999). Violence and aggression in A&E: Recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*. 7 (1). 8-12.
- Salminen, S. (1997). Violence in the workplaces in Finland. *Journal of Safety Research*. 28 (3). 123.
- Salter, DC. (2003). *An investigation into healthcare staff exposed to workplace violence*. Clinical Psychology Unit Department of Psychology University of Sheffield. Master Thesis, 24-26.
- Sargın, N. (2010). Öğretmen adaylarının çatışma ve şiddete ilişkin farkındalık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 16 (4). 601-616.
- Sarı, T. (2018). *Ekolojik yaklaşımın okul psikolojik danışmanlığında kullanılması*. Oğuz Kutlu (eds.) Ankara: Akademisyen Yayınevi, 169-170.
- Saruhan, N., Altındış, S., Gojayeve, G. (2018). Diş hekimlerinin defansif tip uygulamaları konusunda tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of BSHR*. 2 (3). 165-173.
- Sayan, İÖ., Şahan, Y. (2011). Sağlık Bakanlığı'nda performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*. 34-70.
- Schoenfisch, AL., Lipscomb, HJ., Pompeii, LA., Dement, JM., Smith, CD., Upadhyaya, M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med*. 1194-204.
- Seabury, S., Chandra A., Lakdawalla, D., Jena, AB. (2013). On average, physicians spend nearly 11 percent of their, 40-year careers with an open, unresolved malpractice claim. *Health Affairs*. 32 (1). 111-119.
- Sekhar, MS., Vyas, N. (2013). Defensive medicine: A bane to healthcare. *Ann Med Health Sci Res*. 3 (2). 295-296.
- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (defansif) tıp*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Anabilim Dalı, 15-60, İzmir.
- Sells, DH. (2000). Workplace violence in the health care environment. *Aspen Publishers Inc*. 338.
- Sethi, MK., Obremskey, VT., Natividad, H., Mir, HR., Jahangir, AA. (2012). Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the united states: a national survey study. *Am J Orthop*. 41 (2). 69-73.
- Sezgin, H. (2007). *Partneri tarafından şiddet görmüş ve kadın sığınma evinde barınan kadınların kullandıkları başatma yöntemleri ile algıladıkları sosyal desteğin ruhsal*

sağlıkları ile ilişkisinin incelenmesi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, 36, İstanbul.

- Simon, HK., Khan, NS., Delgado, CA. (2003). Weapons detection at two urban hospitals. *Pediatr Emerg Care.* 248-51.
- Sloan, FA., Shadle, JH. (2009). Is there empirical evidence for "defensive medicine? A reassessment. *J Health Econ.* 28 (2). 481-91.
- Solakoğlu, Z. (2011). Sağlık alanında şiddet. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi*, Ankara.
- Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, HG., Metin, MM., Keles, GE. (2014). Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *Plos One.* 9 (10). 4-8.
- Sönmez, B., Yıldırım, A. (2018). Mobbing and its effects on Turkish nurses: A national literature review. *International Journal of Organizational Leadership.* (7). 178-184.
- Speegle-Clark K. (2013). *Violence in the Workplace: A Prevention Program for Healthcare Workers.* Master Of Science In Nursing Science And Healthcare Leadership In The Office Of Graduate Studies Of The University Of California Davis, 5-9.
- Steffgen, G. (2008). Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée.* 58 (4). 285-295.
- Stene, J., Larson, E., Levy, M., Dohman, M. (2015). Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *Perm J.* 19 (2). 113-117.
- Stonehouse, R. (2014). *Protect Yourself! Empowering Tips & Techniques for Personal Safety: A Practical Violence Prevention Manual for Healthcare Workers.* eBookIt.com, 25.
- Strickler, J. (2013). When it hurts to care: Workplace violence. *Nursing.* 58-62.
- Studdert, DM., Mello, MM., Brennan, TA. (2010). Defensive medicine and tort reform: a wide view. *Journal of General Internal Medicine.* 25 (5). 380-381.
- Studdert, DM., Mello, MM., Sage, WM., Desroches, CM., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, TA. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA.* 293 (21). 2609-2617.
- Sulmasy, LS., Weinberger, SE. (2014). Better care is the best defense: high-value clinical practice vs defensive medicine. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 81 (8). 464-467.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. *BMJ.* 310 (6971). 27-29.
- Summerton, N. (2000). Trends in negative defensive medicine within general practice. *British Journal of General Practice.* 565-566.
- Sun, Z., Lin, SX., Wang, S. (2019). An economic model of optimal penalty for health care workplace violence. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing Volume.* 56. 1-9.
- Sungur, C. (2019). Hekimlerde tıbbi hata suçlamalarına karşı savunmacı tıp davranışları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 22 (1). 191-206.
- Şen, F. (2013). Sağlık hakkı ve medya: Sağlıkta dönüşüm programı'nın medyada yansımaları. *Galatasaray Üniversitesi Dergisi.* 155-174.
- Şenol, D., Yıldız, S. (2013). *Kadına yönelik şiddet algısı-kadın ve erkek bakış açılarıyla.* Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları,10-12.

- Ergün F, Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev.* 52 (2). 154-60.
- Şenyurt, M. (2008). *Psikiyatri kliniklerinde yaşanan şiddet olaylarının kayıtlara yansımalarının ve ele alınışının incelenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 9-17, Ankara.
- Tancredi, L.R., Barondess, J.A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science.* 200 (4344). 879-882.
- Taşkale, N. (2019). *Şiddet mağduriyeti ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkide kullanılan başa çıkma yöntemlerinin biçimlendirici rolü*. Basılmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 10-14, İstanbul.
- TBMM. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*.
- TDK, 2020. Erişim: 5 Aralık 2019, <https://sozluk.tdk.gov.tr/>
- Tekin, İ. (2006). Acil hekimlerine yönelik şiddet. *Türkiye Klinikleri J Surg. Med Sci.* 2 (50). 68-73.
- Tengilimlioğlu, D., Mansur, F.A. (2008). İşletmelerde uygulanan mobbingin (psikolojik şiddet) örgütsel bağlılığa etkisi. 7. *Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi*.
- Terzoni, S., Ferrara, P., Cornelli, R., Ricci, C., Oggioni, C., Destrebecq, A. (2015). Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers. *Med Lav.* 106 (6). 403-411.
- Tetik, S. (2010). Mobbing kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi.* 12 (18). 81-89.
- Thomas, J.W., Ziller, E.C., Thayer, D.A. (2010). Low costs of defensive medicine, small savings from tort reform. *Health Affairs.* 29 (9). 1578-1584.
- Thompson, M.S., King, C.P. (1984). Physician perception of medical malpractice and defensive medicine. *Evaluation and Program Planning.* 7(1). 95-104.
- Tınaz, P. (2006). İş yerinde psikolojik taciz (mobbing). *Çalışma ve Toplum.* (4). 13-28.
- Tillinghast-Towers Perrin (2003). *U.S. Tort Costs: 2003 Update, Trends and Findings on the Cost of the U.S. Tort System*. Retrieved January 10, 2020, from https://www.omm.com/omm_distribution/newsletters/client_alert_class_action/pdf/tort_costs_trends_2003_update.pdf
- Tokgöz, H. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ il sağlık müdürlüğü kurumlarında sağlıkta şiddet vakaları*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 4-17, Tekirdağ.
- Toraman, A., Çarıkçı, İ.H. (2019). Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi.* 10 (23). 40-51.
- TTB "Sağlıkta Şiddet Yasası" Türk Tabipleri Birliği'nin Kazanımdır! Erişim: 25 Haziran 2020, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=89769254-7f21-11ea-bc5a-1802c1c4918a
- TTB, 2010. Erişim: 11 Şubat 2020, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf>
- Tuğlu A. (1996). *Örgütsel çatışma ve yönetimi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2, İstanbul.
- Tussing, A.D., Wojtowycz, M.A. (1997). Malpractice, defensive medicine, and obstetrical behavior. *Medical Care.* 35 (2). 172-191.

- TÜİK. Ceza İnfaz Kurumuna Giren Hükümlü Sayıları. Erişim: 12 Ocak 2020, <https://biruni.tuik.gov.tr/girenhukumluapp/girenhukumlu.zul>
- TCK. (Türk Ceza Kanunu). (2004). Erişim: 1 Şubat 2020, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- TTB. (Türk Tabipler Birliği). (2013). *Şiddetle başa çıkmak*. Teknik Hazırlık & Baskı Hermes Tanıtım Ofset, Ankara.
- TTB. (Türk Tabipler Birliği). (2019). *Şiddetle başa çıkmak: sağlık çalışanlarının sağlığı çalışma grubu*. 4.Basım, İstanbul, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türkdoğan, O. (1996). *Sosyal şiddet ve türkiye gerçeği*. 1. Basım, İstanbul. Timaş Yayınları, 106.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Resmi Gazete Tarihi: 09.11.1982 Erişim: 24 Ocak 2020, <https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi/turkiye-cumhuriyeti-anayasasi>
- Uludağ, A., Zengin, N. (2013). Sağlıkta şiddetle hasta şikâyetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: Konya örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 16 (3). 73-76.
- Uludağ, A. (2011). Hastane hasta hakları kurallarının iletişim sorunu içerikli başvuru bakışı: Konya hastaneler örneği. *Türkiye Klinikleri J Med*. 31 (3). 653-663.
- US Congress Office of Technology Assessment. (1994). *Defensive medicine and medical malpractice*. Publication OTA-H-602. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Us Coskun N, Erdem R. (2016). Şiddet ve sağlık. *10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Ankara.
- Uyumaz, A., Akdağ, İ. (2015). Türk özel hukukunda şiddet ve ısrarlı takip kavramı ile ısrarlı takip mağdurunun korunması. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 19 (2). 46-55.
- Ünal, S. (2010). *Ankara ili gölbaşı ilçesi 2 no'lu sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş dilimi şiddet gören ve görmeyen kadınlarda bekk depresyon ölçeğine göre depresif öge yükü*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 18, Ankara.
- Ünlüsoy, DN. (2010). *Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri*. Basılmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, 20-30, Ankara.
- Ünsal, A. (1996). Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. *Cogito*. 6 (7). 29-36.
- Üstü, Y., Uğurlu, M. (2015). Bir analiz: aile hekimliği ülkemizde etkin kullanılıyor mu? *Ankara Med J*. 15 (4). 244-248.
- Veldhuis, M. (1994). Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. *Family Medicine*. 27-9.
- Vento, S., Cainelli, F., Vallone, A. (2018). Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases*. 6 (11). 406-409.
- Virapongse, A., Bates, DW., Shi, P., Jenter, CA., Volk, LA., Kleinman, K., Sato, L., Simon, SR. (2008). Electronic health records and malpractice claims in office practice. *Archives of Internal Medicine*. 168 (21). 2362-2367.
- Volavka, J. (1999). The neurobiology of violence: an update. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 11 (3). 307-314.
- Whittington, R., Wykes, T. (1996). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 35 (1). 11-20.

- WHO. (2002). *World report on violence and health*. Edited by Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization, Geneva.
- William, S. (2011). On the defensive. *United Kingdom Casebook*. 9 (1). 8-11.
- Wiskow, C. (2003). *Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector: Comparison of Major Known National Guidelines and Strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA*.
- Xhaxhaj, M. (2019). *Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme: Arnavutluk Mother Teresa Üniversite Hastanesi Onkoloji Merkezi uygulamalarının incelenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 67-69, Samsun.
- Xing, K., Zhang, X., Jiao, M., Cui, Y., Lu, Y., et al. (2016). Concern about workplace violence and its risk factors in chinese township hospitals: a cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 1-11.
- Yalçın, F. (2012). *Rtük kararları çerçevesinde televizyon yayınlarında şiddet*. Basılmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Radyo Televizyon Üst Kurulu, 22, Ankara.
- Yan, SC., Hulou, MM., Cote, DJ., Roytowski, D., Rutka, JT., Gormley, WB., Smith, TR. (2016). International defensive medicine in neurosurgery: comparison of Canada, South Africa, and the United States. *World Neurosurgery*. 53-61.
- Yang, YT., Mello, MM., Subramanian, SV., Studdert, DM. (2009). Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care*. 47 (2). 234-242.
- Yardan T, Aksoy İ. (2019). *Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Uygulama Örneği*. Elif Dikmetaş Yardan (eds.), Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim, 1. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
- Yardımcıoğlu, D. (2018). Türk iş hukukunda iş yerinde şiddet ve uygulanacak hukuki yaptırımlar. *International Journal of Social and Humanities Sciences*. 2 (2). 144-160.
- Yavuz, S. (2014). *Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları ve medya metinleri aracılığıyla sunumu*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Medya ve Kültürel Bilimler Anabilim Dalı, 35-40, İstanbul.
- Yavuz, N. (2009). *İlköğretim 7 ve 8. sınıf öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Kocaeli ili Gebze ilçesi örneği*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, 11, İstanbul.
- Ybarra, LM., Mitchell, KJ. (2008). Youth engaging in online harassment: associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics. *J Ado-lesc*. 319-336.
- Yenğin, D. (2010). *Dijital oyunlarda şiddet kavramı: Yeni şiddet*. Basılmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Bilimleri Anabilim Dalı, 24, İstanbul.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 3 (1). 44-54.
- Yeşildal, N. (2005). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*. 4 (5). 280-302.
- Yeşiltaş, A., Erdem, R. (2019). Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 10 (23). 137-150.

- Yeşiltaş, A. (2018). *Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma*. Basılmamış Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 3-60, Isparta.
- Yetim, D. (2008). *Edirne şehir merkezinde kadınlara yönelik şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler*. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 18-25, Edirne.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. 9. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, A., Yıldırım, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (8). 1444-1453.
- Yıldırım, İ. (2015). Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6 (3). 121-129.
- Yıldız, AN., Kaya, M., Bilir, N. (2011). *İş yerinde şiddet*. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (Türk-İş), 7-15, Ankara.
- Yıldız, AN., Kaya, M. (2009). İş Yerinde Şiddet. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 28 (3). 1-6.
- Yıldız, M. (2014). *Futbol taraftarlarının şiddet gösterme davranışlarının, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 14, İstanbul.
- Yılmaz, A., Demiral, G., Şahin, G., Yener, O., Kocataş, A., Bölük, S. (2013). 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi. *Adli Tıp Dergisi*. 27 (3). 158-172.
- Yılmaz, K., Polat, O., Kocamaz, B. (2014). Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*. 5 (16). 20-51.
- Yılmaz, K. (2012). *Defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan değerlendirilmesi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, 24-32, İstanbul.
- Yılmaz, K. (2014). *Defansif tıp: Hekimin tıbbi uygulamalarda sorumluluktan kaçması durumunda ortaya çıkan problemler*. 1. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 133-243.
- York, TW., MacAlister, D. (2015). *Hospital and healthcare security*. 6. Basım, Butterworth-Heinemann, 50-52.
- Yorulmaz, M., Sabırlı, H. (2019). Sağlık hizmetleri arzında defansif tıp ve hekimlerin karar verme algısı. *BMIJ*. 7 (2). 579-590.
- Yüksel, Ş. (2009). Kadın ve cinsel travmalar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 12 (1). 12-16.
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs*. 19 (15/16). 2329-2341.
- Zhao, S., Liu, H., Jiao, M., Li, Y., Ma, H., Hao, Y., Sun, Y., Gao, L., Hong, S., Kang, Z., Wu, Q., Oiao, H. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: social support and strategies. *Int J Environ Res Public Health*. 12 (11). 14429-14444.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/865-943

04.12.2019

Sayın Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİĞİL

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma** başlıklı OMÜ KAİK 2019/761 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 14.11.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Onayı



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN İDARI
HİZMETLER BİRİMİ
13.02.2020 21:55 - 26521195 - 604.02 - E 324



Sayı : 26521195-604.02
Konu : Gönül KARA'nın Yüksek Lisans Tez
Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 27/12/2019 tarihli ve 61646299-28741 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazı ile Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Gönül KARA'nın Prof.dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL 'in danışmanlığında yürüteceği "Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma " konulu makale çalışması için izin istenmiştir.

İlgili makale çalışması izni için Müdürlüğümüz komisyonu tarafından yapılan değerlendirmede; çalışmanın 03.02.2020-01.09.2020 tarihlerinde SBÜ Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi ve Samsun Gazi Devlet Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

İl Sağlık Müdürlüğümüz ile ilgili kişi arasında imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini arz/rica ederim

e-imzalıdır.
Dr.Öğr.Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Dağıtım:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü

Samsun Gazi Devlet Hastanesi

Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN

Telefon: Faks No:

e-Posta: seda.hakyemez@saglik.gov.tr İnternet Adresi: S.HAKYEMEZ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 413fa91b-fe67-4187-8ad5-75416c6eb37d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: SEDA HAKYEMEZ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 362) 311 25 00

Ek 2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Onayı (devam)

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Gönül KARA arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar)

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı:

Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:

Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL, Gönül KARA

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve veya kuruma başsaran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında ilen hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından takip edilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü Personelinin veri çalışmalarına katılması tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası dosya halinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesini yerine getirmediği takdirde kurumunuza ait veriler yayın/proje tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

a) Başlangıç Tarihi 03/02/2020

Bitiş Tarihi 01/09/2020

b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Ayrıklık:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezaî müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

11.02.2020
Gönül KARA
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

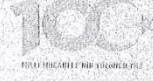
03.02.2020
Dr. Öğr. Üyesi Muharrem Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürlüğü

03.02.2020
Uzm. Dr. Mehmet KILIÇ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek 3. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-010.06.99-E.155715
Konu : Gönül KARA'nın Tez Çalışması Hk.

30/12/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 27/12/2019 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.155127 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Gönül KARA'nın "Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma" konulu tez çalışmasını 01.01.2020-01.09.2020 tarihleri arasında Hastanemizde yapma isteği uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR
Başhekim Yardımcısı

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Meral TULUM
meral.tulum@omu.edu.tr
Dahili Tel : 2327

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Ek 4. Katılımcılar İçin Yazılı İzin Formu

KATILIMCILAR İÇİN YAZILI İZİN FORMU

Merhaba,

Adım Gönül KARA. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL (Tıp Doktoru / Hukukçu) danışmanlığında “Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma” adlı bir yüksek lisans tezi hazırlamaktayım. Bu belgenin amacı sizi çalışmanın amacından haberdar etmek ve katılımınızla ilgili olarak sizden izin almaktır.

Bu çalışma ile siz hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumları, nedenleri, şiddet ve defansif tıp ilişkisini belirlemek, ortaya koymak amaçlanmaktadır. Özellikle son yıllarda artan sağlıkta şiddet olaylarının defansif tıp uygulamalarını nasıl etkilediğinin değerlendirilmesi açısından siz hekimlerin görüşleri büyük öneme sahiptir.

Görüşmemize geçmeden önce, görüşmemizin tamamen gizli kalacağını ve konuşmalarımızın ben ve tez danışmanım dışında hiç kimse tarafından bilinmeyeceğini belirtmek isterim. Hiçbir şekilde konuşulanlar, görevli olduğunuz kurum çalışanları/yöneticileri tarafından bilinmeyecektir. Ayrıca kimlik bilgileriniz ve çalıştığınız kurum kesinlikle çalışmamızda belirtilmeyecektir. Kodlar kullanılarak gerekli analizler yapılacaktır.

Görüşme sırasında siz değerli hekimlerimizin zamanını almamak ve kolaylık sağlaması açısından, görüşme süresince ses kayıt cihazı ile konuşmalarımız kaydedilecektir. (Eğer ses kaydı istemezseniz, not alarak görüşmeyi gerçekleştirebiliriz). Dilediğiniz zaman görüşmeyi kesebilirsiniz. Dilediğiniz sorulara cevap vermeyebilirsiniz. Toplanan veriler bilimsel amaçlı kullanılabilir. Çalışma hakkında başka sorularınız varsa yanıtlamaktan memnun olurum. Çalışmamı gösterdiğiniz ilgi için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

Gönül KARA

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıdaki açıklamaları okudum, anladım. Belirtilen konu hakkında görüşme yapmayı kabul ediyorum.

Ek 5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Defansif tıp terimini daha önce duydunuz mu?
2. Aşağıdaki pozitif defansif tıp davranışlarından hangilerini uygulamaktasınız?
 - a. Gereksiz tahlil ve tetkiklerin yapılması
 - b. Gereksiz reçete yazılması
 - c. Gereksiz hasta yatışları
 - d. Detaylı kayıt tutma
 - e. İhtiyaç olmayan konsültasyon taleplerinde bulunma
 - f. Onam belgelerinde ince detaylara yer verme
 - g. Hiçbiri
3. Aşağıdaki negatif defansif tıp davranışlarından hangilerini uygulamaktasınız?
 - a. Riskli tedavi yöntemlerinden kaçınma,
 - b. Riskli cerrahi girişimlerden kaçınma,
 - c. Riskli hastaların gözünü olası yan etkilerle korkutup kaçırma,
 - d. Agresif hastalardan kaçınma
 - e. Riskli hastaları başka sağlık kuruluşuna sevk etme
 - f. Hiçbiri
4. Sizce hekimler defansif tıbbı hangi branşlarda daha çok uyguluyorlar?
5. Sizce defansif tıp uygulamalarının yönetim veya bakanlık tarafından denetlenmesi mümkün müdür?
6. Sizce defansif tıbbın nedenleri neler olabilir?
 - a. Malpraktisin defansif tıp konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
 - b. Şiddetin defansif konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
 - c. Performansa bağlı ödemenin defansif tıp konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
7. Sizce defansif tıbbın sonuçları neler olabilir?
8. (Defansif tıbbı önlemek için örnekler verildi). Sizce defansif tıbbı önlemek için başka neler yapılabilir?
9. Sağlıkta şiddete maruz kaldınız mı veya tanık oldunuz mu?
10. Sizce sağlıkta şiddetin nedenleri neler olabilir?
 - a. Defansif tıp uygulamaları hasta veya hasta yakınlarının şiddet uygulamasına neden olabilir mi?
 - b. Medyanın sağlıkta şiddet konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
 - c. Hastalardan yasal veya yasa dışı ek ödeme istenmesi bir şiddet nedeni olabilir mi?
 - d. Hekimlerin iletişim becerilerinin sağlıkta şiddet konusunda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
11. Sizce sağlıkta şiddetin sonuçları neler olabilir?
12. Şiddetten korunmak için kurumunuzun gerekli güvenlik önlemlerini aldığını düşünüyor musunuz?
13. Sağlıkta şiddet ile ilgili hukuki yaptırımları yeterli buluyor musunuz?
14. Sağlıkta şiddetin önlenmesi için önerileriniz nelerdir?
15. Sizce Tıp Hukuku'nun Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde ders olarak yer alması gerekli midir?

Ek 6. Öz Geçmiş

ÖZ GEÇMİŞ

Gönül KARA, 24.02.1995 tarihinde Samsun’da doğdu. Samsun Ladik Akpınar Fen Lisesi’ni bitirdikten sonra Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi’nden 2017 yılında mezun oldu. 2020 yılında OMÜ LEE Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programını bitirdi. Mezuniyetinden bu yana Ankara Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı’nda memur olarak görev yapan Gönül KARA, orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları, sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi, yönetim ve organizasyondur.

İletişim Bilgileri

E mail : gonulkaraa00@gmail.com

Telefon : 0539 928 40 94

ORCID ID: 0000-0001-6474-5405

Yayınlanmış Çalışmalar:

- 1.
- 2.

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

- 1.
- 2.