



Avrupa Birliği tarafından  
finanse edilmektedir.



## Temmuz 2019 Safranbolu / KARABÜK



Bu rapor Avrupa Birliği'nin maddi desteği ile hazırlanmıştır. İçerikten tamamıyla Sağlık-Sen Karabük Şubesi sorumluluğu altındadır ve Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmak zorunda değildir.

## **Yazarlar ve Makaleleri**

- i. Aktaş H, Aktaş HS. Sağlıkta Şiddet ve Hukuk
- ii. Ayan G. Şiddetin Cazibesine Kapılanlar
- iii. Bilici N, Demir F, Duman S, Bilici, A. Tabak,B.A. Sağlıkta Şiddette Medyanın Tesiri
- iv. Çelebi C. Sağlık Çalışanına Şiddet ve Önlenmesine Yönelik Yasal Düzenlemeler
- v. Çelebi İ. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Risk Faktörleri
- vi. Çetin S. Sağlıkta Şiddet: Neden? Ne Sonuç Doğurur? Nasıl Önlenir?
- vii. Demir Z. Sağlıkta Şiddetin Rengi Beyaz
- viii. Hamidi AA. Hekimlikteki Etik Değerler ve Sağlıkta Şiddete Olan Etkisi
- ix. Karakaya C. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Psikososyal Boyutu
- x. Kundakçı, ON. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri
- xi. Mutlu T, Mutlu S. Sağlık Hizmeti ve Şiddet İlişkisi
- xii. Pazarlıoğlu F. Sağlıkta Şiddet ve Beyaz Kod Sistemi
- xiii. Postacı ES, Uysal İ. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Bir Kaygı Sebebi: Şiddet!
- xiv. Resuloğlu E. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Ve Neden Sonuç İlişkisi
- xv. Seçgin Y, Seçgin Ş. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Şiddet
- xvi. Türköz E. Hemşirelere Yönelik Şiddetin Nedenleri

## Önsöz

Sadece Sağlıkta değil yaşamın bütün alanlarında ayırma, öteleme, farklılık koyma, eşit davranmamanın en olağan adı; zulümdür. Bu bağlamda şiddet karşılığını kelime olarak anlamlandırmakta zorlandığımız zulmün dehşet verici hali olarak belki tanımlanabilir.

Şiddetin kendine özgü bir yapısı yoktur. Bütün dünyada ve bütün mesleklerde şiddet olayı sadece günümüzde değil tarihin ilk çağlarından beri mevcuttur. Bir dedikodu yüzünden İbni Sina'nın 3 ay hapsedildiği herkesin malumudur.

Günümüzde ise şiddetin bu kadar fazla gündeme oturmasının ana nedeni iletişim araçlarının hızlı ve eşzamanlı aktarımıdır. Sosyal medya başta olmak üzere yazılı ve görsel iletişim araçları meydana gelen her türlü olayı çok kısa bir süre içerisinde hemen, hemen herkesin duyabileceği bir frekansa getirmektedir. Yine aynı basın yayın kitle iletişim araçları normal haberciliğin dışında birçok meslek grubunu konu figürü edinmektedir. Sinema perdesindeki karakterler, televizyon dizisindeki başrol ve yardımcı elemanları, kabare ve tiyatrolardaki mesleki figürler örnek olarak verilebilir.

Elinizdeki kitapta ise 27- 28 Temmuz 2019 tarihlerinde ABSTGM tarafından finanse edilmiş Karabük Valiliği, Karabük Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Kulübü ve Sağlık-Sen iş birliği ile icra edilen yerel ve ulusal anlamlandırma, ve farkına vardırılmayı amaç edinen üniversite, kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve halkın da katılımı ile gerçekleştirilen çalıştayda daha önce gönderilmiş olan ve çalıştay esnasında elde edilen fikir ve düşüncelerden oluşmaktadır. Bu kitaptaki bütün fikir ve düşünceler her yönüyle yazarını bağlar. Çalıştay Koordinasyon Kurulu'nun ve redaktörün fikirleri olmayıp yazarlar bu konuda kendi düşünce, deneyim, bilgi, fikir ve görüşlerini açık ve özgürce dile getirmişlerdir.

Bu projenin gerçekleşmesinde emeği geçen başta ABSTGM olmak üzere bütün kurumları, türkiye'nin birçok vilayetinden gelerek katılım sağlayan kıymetli katılımcıları, telefon, faks, mail gibi kitle iletişim araçlarıyla ulaşarak bizleri tebrik eden herkese saygı borçluyuz.

Kitap içeriğinde yazarlar tamamen bağımsız bırakılmış olup değişik şekillerden yazılar görülecektir. Sağlıkta şiddet konusuna bir katkı da bizler sağlayabilir isek bu bizi mutlu ve bahtiyar eder.

Yaptığımız işin örnek olması ve şiddetin de bugün itibarıyla son bulması dilek ve temennilerimizle esenlikler dileriz.

Koordinasyon kurulu adına

Dr Namık BİLİCİ

Dr. Aziz Ahmet HAMİDİ

Ümit TOPÇUOĞLU



## SAĞLIKTA ŞİDDET VE HUKUK

Dr. Habibullah Aktaş<sup>1</sup> Hamza Sezai Aktaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karabük Üni.Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Hukuk, insan türünün yerleşik hayata başlamasından itibaren hayatının her alanında yer alan bir olgudur. Hukuk tarih boyunca farklı anlamlar ifade etmekle birlikte temelde her topluluk için aynı görevi üstlenmiştir ve bunun için oluşturulmuştur.

İnsanlar yerleşik hayata tarım yapmayı ve mahsul elde etmeyi öğrenmeleri sebebiyle geçmişlerdir. Bu yerleşik hayat beraberinde mülkiyet kavramını getirmiş ve ilkel zamanlarda insanlar, kendilerine ait olduğunu düşündükleri ve tarım yaptıkları alanları “burası benimdir” diyerek mülkiyet kavramının temelini atmışlardır. Mülkiyet kavramı ilerleyen zamanlarda daha da geliştirilmiş ve insanların parayı bulmasından itibaren ticaretin gelişmesiyle birlikte mülkiyetin önemi artmıştır. Mülkiyet haklarının korunması ve bu konudaki ilişkilerin geliştirilmesi ve düzenlenebilmesi için hukuk düzeni kurulması ihtiyacı duyulmuştur.

Günümüzde insanlar arası ilişkilerin ilk çağlara göre çok daha üst düzeyde olması hukukun insan hayatında vazgeçilemez bir noktaya ulaşmasını sağlamıştır. Günümüzde hukukun bahsedilemeyeceği ve içinde bulunmadığı bir alan bulmak oldukça zordur.

Hukuk, toplumsal hayatı düzenleyen ve insanlar arası ilişkileri sağlayan normlar bütünüdür. Hukuk yalnızca yazılı kurallardan yani anayasalardan, kanunlardan, tüzüklerden ve diğer türlü yazılı normlardan ibaret değildir. Hukuk, insanların birbirleriyle etkileşimlerinden beslenir ve bu sebeple örf ve adet kuralları ile dini kurallar da günümüz dünyasında hukukun kaynaklarından bazılarını teşkil eder.

İnsanoğlunun siyasi, teknolojik ve bilimsel gelişimi ile doğru orantılı olarak hukuk normları da gelişmiştir. Günümüzde insanların birbirleri ile etkileşime geçtikleri her türlü alan hukuka konu olmuştur. Siyasal gelişimlerden örnek vermek gerekirse devlet dediğimiz varlığın gelişmesi ile birlikte İdare Hukuku, Vergi Hukuku, Kamu Hukuku dediğimiz bir çok alan ortaya çıkmıştır ve devletlerin birbirleriyle etkileşiminden Uluslararası Hukuk ortaya çıkmıştır. Teknolojik gelişimlerden örnek verecek olursak, insanların hayatını kolaylaştıran her

türlü gelişme hukukun da bu alanlara dahil olmasını sağlamıştır.Bu sayede Bilişim Hukuku, Patent Hukuku alanları ortaya çıkmıştır.

Hukukun bu denli gelişmesi ve insanoğlunun hayatında vazgeçilemez bir noktaya gelmesi hukukun daha da derin ve ayrıntılı ilişkileri incelemesini de sağlamıştır.Sağlık Hukuku da bu gelişmeler sonucunda ortaya çıkmıştır ve gelişmeye devam etmektedir.

Hukukun temel gayelerinden bir tanesi insanların haklarını korumak ve gasp edilmesini önlemektir. Bu haklardan en önemlisi yaşama hakkı ve vücut bütünlüğü dokunulmazlığıdır. Yaşam hakkı insanların doğumundan itibaren insan olma nitelikleri sayesinde kazandıkları ve günümüz hukuk düzeni tarafından kimse tarafından elinden alınamayacak en temel haktır. Yaşam hakkının sadece nefes alıp vermek ve bir atan kalpten ibaret olduğu düşünülmemelidir. İnsanlar bu yaşam hakkına vücut bütünlüklerinin dokunulmazlığı ile birlikte sahip olurlar.İnsanların vücutları, yaşamlarının temelini teşkil eder bu noktada insanın yaşam hakkı ve vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı hukuk düzeninin korumayı amaçladığı en temel haktır.

Bu açıdan,insanlık tarihi boyunca şiddet, işkence ve soykırım suçları baş göstermiş olması yaşam hakkının neden bu kadar kutsal kılındığını anlamamız açısından önem arz eder.

Şiddet, bireyin sahip olduğu değerlerin zarar görmesine yol açacak her türlü hareketi ve davranışı oluşturur. Bireyin fiziksel, psikolojik, maddi ve manevi değerlerinde bozulmaya yol açacak, bireyi zarara uğratacak her türlü davranış şiddettir.

Özellikle ülkemizde sağlıkta şiddet konusunda sosyolojik ve psikolojik analizlerinin yapılması şiddetin kaynakları ve nedenleri hakkında daha yol gösterici olacaktır.

Şiddet, Türk toplumunda bireylerin erken yaşlarından itibaren hem toplumsal yaşantılarında hem de ailesel yaşamlarında tanıştıkları ve hayatları boyunca iç içe oldukları bir kavramdır. Şiddetin bu bakımdan bireylerin hayatında neredeyse olmazsa olmaz bir aşamaya gelmesinin sebepleri şöyle sıralanabilir; ailelerin çocuklarını yetiştirmede kullandıkları yöntemler ve bu yöntemler sonucu çocuğun/çocukların içine girdiği psikolojik durumlar, şiddeti bir caydırma ve cezalandırma yöntemi olarak kullanmak, kaba kuvvet ile çözülemeyecek bir durumun olmaması, kaba kuvvet dışındaki yöntemlerin zaman kaybı ve etkisiz olarak görülmesi, şiddetin caydırıcılığının bir hakkaniyetli ve etkin bir yöntem olduğu düşüncesi.

Şiddetin saydığımız etkenler sebebiyle kuşaktan kuşağa aktarılmakta ve insanların toplumsal hayatlarında yaşadığı sıkıntılar karşısında başvurdukları bir çözüm yöntemi olmaktadır. Şiddete şiddetle karşılık verme kültürü özellikle kaba kuvvetin sıkça başvurulduğu toplumlarda “göze göz dişe diş” adetinden gelmektedir. Birey kendisine zarar veren birine, kendi hakkaniyeti ve adalet terazisi gereği, aynı düzeyde zarar vermeyi uğradığı haksızlık ve içinde bulunduğu mağduriyet durumunun bir çözümü olarak görmekte ve şiddete başvurmayı yaşadıkları ve oluşmuş toplumsal kültür sebebiyle meşru görmektedir.

Bu aşamada hukukun şiddetin insanlar arası iletişim ve etkileşimde vazgeçilemez, olmazsa olmaz bir kavram haline geldiği bir düzende şiddete karşı nasıl bir eğiliminin olması gerektiği ve nasıl bir cezalandırma/ödüllendirme veya caydırıcılık sistemi oluşturması gerektiği yıllardır tartışılan bir durum olmuştur. Hukukun bir cebir düzeni olarak, gelişmemiş toplumlarda şiddete karşı şiddetle karşılık verme eğiliminde olduğunu görmekteyiz.21.yüzyılda hukukunu dini normlara dayandıran toplumların idam ve diğer yöntemlerle şiddete şiddet ile karşılık verdiğini; hukukunu somutlaştırmış ve insanlar arası etkileşimden hukuk normlarının oluştuğu ve beslendiği toplumlarda ise şiddete hapis cezası, tazminat gibi yaptırımlarla karşılık verildiğini görmekteyiz. Bu konudaki tartışmaların bir üst seviyesi felsefi bir nitelik kazanmakta ve kesin bir cevaba ulaşmak mümkün olmamaktadır.

Şiddetin her türüsüne geçmişten bugüne tüm hukuk sistemleri tarafından bir şekilde karşı gelinmeye çalışılması evrensel bir kabul iken, özellikle sağlıkçıya şiddet için daha özgün kurallar da evrensel norm haline getirilmiştir. 1949 yılında Cenevre'de kabul edilen sözleşme hemen hemen tüm dünyada benimsenmiştir: Sağlıkçı şiddete karşı ayrıcalıklı bir koruma altındadır.

Bundan 150 yıl önce Solferino denilen bir kasabada karşılıklı çatışan ve yaralanan tüm askerlere taraf gözetmeksizin kasaba halkı tarafından yapılan tıbbi yardımlar Cenevre sözleşmesinin bir nevi temelini oluşturmuştur.

Neredeyse bir asra yaklaşan bu haklı pozitif ayrımcılık ne yazık ki günümüzde nötr düzeyi bile aşarak, saldırıya daha açık bir kitle konumuna gelmiştir. Bunun en temel nedeni şiddete yönelenlerin, sağlıkçıları kendilerini savunma açısından daha zayıf gibi algıladıkları ilkel içgüdüleri olsa gerek. İstisnalar bir yana, tarih mücadelede kendilerini güçlü addedenlerin ,zayıf gördüklerine saldırılarıyla dopdoludur.

Şiddetin toplumların uygarlık düzeyiyle doğru orantılı bir realitedir. Sağlıkçıya yönelse bu düzeyi çok daha alt düzeylere indirir. Bu açıdan bakıldığında sağlıkçıya şiddetin artması toplumsal uygarlık düzeyi açısından acil koduyla irdelenmesi gereken bir durum oluşturur.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde son 6 yılda sağlık çalışanlarına yönelik kayda geçen şiddet vakası sayısı 68. 375'tir. Şiddetin nedeni olarak gösterilen tıbbi hatalar son tahlilde yapan bireyin değil, o bireyi yetiştirip o makama getiren tüm toplumun hatasıdır. Sözelimi yanlış teşhis yapan ve olumsuz bir sonuç doğuran bir hekim, suçluluk sıralamasında belki de son sıraya yerleşir. Aldığı eğitimden tutun, çalışma koşulları ve sahip olduğu donanımların yeterlilik düzeyi gibi birçok kriter ön sıralarda yer bulacaktır. Dünyanın en gelişmiş ülkelerinden Yeni Zelanda'da ciddi hata yapan bir sağlıkçıyla karşı karşıya gelindiğinde tavır nasıl oluyor demiştim orada çalışan bir meslektaşına. " Yuvarlak masa toplantıları ile bu hataya götüren zincirleme olayları irdeliyorlar" diye yanıt vermişti. Özetle, sağlıkçıya şiddetin nedeni tıbbi hataysa o hatanın esas sahibi de toplumun bizatihi kendisidir.

Bu çerçeveye bizi şiddeti sadece ceza hukukunun önleyemeyeceği gerçeğine götürür. Dünyanın en ağır cezai maddelerinin olduğu ülkelerde bile şiddet oranı sıfıra inmemiştir.

Suçta ve şiddete meyilli antisosyal kişilikli bireylerin eylemleri bir kenara bırakılırsa, toplumun ana katmanını oluşturan esas büyük kitleyi şiddetten uzaklaştıracak çaba , bireylerin birbirine olan güvenini artırmak olmalıdır. Bir bireyin bir başka bireye kasıt ya da ihmal yoluyla zarar vermeyeceğine inanan kitlelerde şiddet otomatik olarak en aza inecektir. Olabilecek en iyi eğitimi aldığına inandığımız bir meslek erbabının mesleki uygulamasından çıkacak bir olumsuzluğa , içimizdeki güven duygusuyla hoşgörülü yaklaşabilmemiz ,şiddetin önlenmesinin temelini meydana getirir.

En iyi altyapı ve üst yapı ve emekle yapıldığına inandığımız bir otoyolda ,aşırı yağışlar sonucu oluşabilecek bir selden kaynaklanacak zararda sorumlulara karşı hoşgörülü davranmamızın nedeni, yapım sırasında yapılabilecek her şeyin yapılmasına rağmen, öngörülemeyen miktarda yağışın gerçekleştiğidir. Olası tıbbi hatalarda takınacağımız tavır da bundan farklı olmamalıdır. Sonuçta kurum, sistem ve insan. Tamamı toplumun kendi kurduğu alt ve üst yapıdır.

Her şeye rağmen, tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi caydırıcı bir hukuk sistemi de elzemdir. Kanada'da dahiliye uzmanı olarak çalışan bir doktor arkadaşım "poliklinik salonlarında, elinde çay kaşığı vardı yere attı, bu ses dedi tüm salonda yankılanır çünkü kimseden çıt çıkmaz o kadar



sessizdir demişti. Sesini yükselten biri haklı dahi olsa iki görevli gelir kollarından tutar ve haklarında cezai işlem uygulanır. On yıllar içinde kurdukları bir uygarlık düzeyinin, bir bireyin olası hatası ile total olarak zedelenmesine izin vermeyen bir düzen geliştirmişler.

Küba için duymuştuk; Bir hekimin kontrol talimatlarına uymayan bir hastanın o ülkenin devrim kanunlarına ihanetten yargılandığını. Küba'nın sağlık düzeyinin dünyada ne kadar meşhur olduğunu bir kez daha anımsatmış olalım.

Ülkemizde aksadığını düşündüğümüz birçok alan olduğu (mesela futbolda bir dünya kupasına bile katılamıyoruz) kabul edilmesine rağmen, yine dünya standartlarına göre çok daha iyi olduğu kabul edilen bir sağlık hizmetinin yürütücülerinin " çok hata yapıyorlar " denilerek giderek artan bir şiddet sarmalında mağdur edilmeleri utanılacak bir durum olsa gerek.

Bu defacto durumun alfabesinin okunarak, en dibinden en tavanına kadar analizinin yapılması ve düzeltilmesi, Türkiye toplumunun geleceğinin şekillenmesinde, üretim yeteneğinin ve refah düzeyinin artmasında ve en sonunda çağdaş uygarlık düzeyine erişmesinde sembol ifade eden bir gerçeklik olacağına inanıyoruz.

## ŞİDDETİN CAZİBESİNE KAPILANLAR

Gülbahar AYAN

Karabük Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*“Sevgi yerine korku ile büyüyen yürekler yüzyılların getirisi şiddeti daha da büyüterek egemen kıldılar. Korkuyu bastırmak için saldırmak sorunları çözmek yerine daha da artırsa da istem dışı davranış olarak adlandırılır. İster tepki diyelim ister içgüdüsel dürtü! Duygular yerine şiddeti doğuran korku bastırılınca sevgi yeşerecektir. Sevgi çoğaldıkça da şiddet yok olmasa da azalacaktır.” (Koçöz 2011).*

Şiddet, insanlığın var oluşundan beri bulunan, kişinin kendisine ya da başka bir kişi veya gruplara yönelik zarar verme, öldürme ya da yıpratma amaçlı eylemde bulunmasıdır (Uzuntarla ve ark 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şiddet, birey, grup ya da topluluklar tarafından yaralama, ölüm, psikoloji zedelenme, gelişim bozukluğu, yoksunluğa yol açabilecek engellemeler, fiziksel güç kullanımı, tehdit vb. içeren eylemlerdir (Dağ ve Baysal 2017). Sağlık kurumlarındaki şiddet ise “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (Akça ve ark 2014).

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de toplumsal hayatın her anında yer alan şiddet ve saldırganlık olaylarına, iş ortamı göz önüne alındığında en fazla sağlık hizmeti sektöründe rastlanmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışanların şiddete uğrama olasılığının diğer kurumlarda çalışanlara oranla 16 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Sağlık kurumları içinde de en fazla şiddete maruz kalan grubun ise acil serviste çalışanlar olduğu belirtilmektedir (Oral ve ark 2018 ). Acil servislerde hasta sayısının fazla olması, yetersiz sağlık personelinin ihtiyacı karşılamak zorunda kalması ve yoğun iş yükü şiddet olaylarının fazlalığını açıklamaktadır.

Ne yazık ki Dünyada da, ülkemizde de yaşanan sıkıntıların çözümü konusunda Hobbes’in “kılıç olmaksızın sözleşmeler sözcükten başka bir anlam taşımaz” yaklaşımı kısmen kabul görmektedir. Bu nedenle toplumsal ve bireysel sorunların çözümü için ne yazık ki empati, ve iletişim kullanılmayıp ortak bir yol aranmazken, sorunların çözümünde insanların ilk başvurduğu yol şiddet olmaktadır (Adaş ve ark 2008). Günlük yaşantımızda şiddetle değişik biçimlerde karşı karşıya kalmaktayız. Hak ihlaline karşı hak alma olarak başlayarak kendisi de

hak ihlaline dönüşebilse de; insanların, çevrenin, toplumların hoş görmesiyle kendine meşruluk sağlama yolunu tutmuştur (Koçöz 2011). İnsanlarda güç kullanarak hakkı olduğunu düşündüğü hizmeti almak isteme çabası olarak görülen şiddet olayları, ne yazık ki Türkiye’de ve Dünya’da giderek artış göstererek devam etmekte ve son yıllarda özellikle sağlık kurumlarında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Alınan tüm önlem ve yapılan önerilere rağmen, sağlık alanında çalışan sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının her geçen gün katlanarak artması ve ölümle sonuçlanacak kadar ciddi boyutlara ulaşması sağlık çalışanlarını büyük risk altında bırakmaktadır (Aktaş ve Aydemir 2018). Bu durum risk altında çalışmak zorunda kalan sağlık personelinin hizmet kalitesini azaltmakta, sağlık profesyonellerinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sebep olarak çalışma performansını düşürmekte ve hastalara sunulan sağlık hizmetini kesintiye uğratabilmektedir.

Sağlık kurumlarında yoğun iş yükü ve yetersiz personel ile işlerini icra etmeye çalışan sağlık profesyonelleri şiddet konusunda kendilerini endişeli hissetmektedir. Literatüre bakıldığında Lahore, Pakistan’da yapılan bir çalışmada; hemşirelerin çoğunluğunun (%73,10) son 12 ayda bir çeşit şiddetle karşı karşıya bulunduğunu göstermiştir. Buna karşılık Türkiye’de yapılan birçok çalışmada doktorlara karşı şiddetin daha yaygın olduğu görülmüştür (Egici ve Öztürk 2018). Avustralya’da şiddetin en ciddi olduğu yer sağlık sektörüdür. Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre hapishane gardiyanları ve polis memurlarının ardından şiddete maruz kalma sıralamasında psikiyatri hemşireleri 3. sırayı, doktorlar 4. sırayı almışlardır (Akca ve ark 2014).

*Hastanelerde şiddet eylemlerini artıran faktörlere bakıldığında;*

- ✓ Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet sunulması,
- ✓ Stresli yaşam tarzı ve aile yapısının varlığı,
- ✓ Hastaların uzun süre beklemesi ve tıbbi bakım hizmetlerinden yeterli derecede yararlanamaması,
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının özellikle acil servislerde beklemek istememesi,
- ✓ Sağlık kurumlarındaki altyapı-donanım eksiklikleri,
- ✓ Çok sayıda muayene yapılması ve tetkikler istenmesi,
- ✓ Hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanamaması,
- ✓ Mental veya davranış bozukluğu olan hastaların sayısının fazla olması,
- ✓ Hekim, hemşire, hasta ve diğer sağlık çalışanlarına ait kişisel özellikler,

- ✓ Uygulanan yanlış politikalar sonucu hastaların yüksek beklentilerinin karşılanamaması,
- ✓ Hasta haklarının topluma abartılarak aktarılması ve çalışan haklarının arka plana atılması,
- ✓ Personel sayısının yetersiz ve işlerin yoğun olması,
- ✓ Kalabalık ortamda ve tek başına çalışma,
- ✓ Şiddetle baş etme ve öfkeli insanlarla baş etme konusunda çalışanlara verilen eğitimlerin yetersizliği,
- ✓ Güvenlik personeli çalışanlarının az olması,
- ✓ Hastaların ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uyulmaması,
- ✓ Özellikle hasta yakınlarının bir an önce kendileriyle ilgilenilmesini istemesi, kendi hastalarının daha acil olduğunu düşünmeleri,
- ✓ Bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması,
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının işlerin düzenli yürümediği veya içeri almada adil davranılmadığı hakkındaki şüphelerinin olması,
- ✓ Şiddete karşı yasalardaki sınırlamaların yetersiz olması gibi bazı faktörler şiddet riskini artırmaktadır (Durak ve ark 2014).

İnsan yaşamının devam ettiği tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmeti sunulan alanlarda da çeşitli riskler mevcuttur. Bu risklerin önceden tespit edilmesi, gerçekleşmesi durumunda neler yapılması ve risk yönetiminin nasıl sağlanması gerektiğinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Sağlıkta şiddetin ve riskin yüksek olması hasta ve çalışan güvenliği açısından bazı uygulamaların devreye sokulmasını da beraberinde getirmiştir (Uzuntarla ve ark 2019). Bu çerçevede, acil durumları yönetmek için çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmuş ve bunlara yönelik bir takım uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Tüm dünyada bu amaçla en yaygın kullanıma sahip olan araçlardan birisi olan renkli kodlar; hastane çalışanlarını haberdar etmekte, risk durumunda iletişime olanak tanımakta, kısa ve net mesaj vermekte, doğru müdahale için zaman kazandırmakta, panik oluşmasına engel olmakta, acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta ve hasta ve çalışan güvenliğini sağlamakta kurumlara yardımcı olmaktadır.

Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodu ise dünyada ve ülkemizde “Beyaz Kod” uygulaması olarak isimlendirilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları SKS’ye göre: Beyaz Kod uygulaması hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemek amaçlı acil yönetim aracıdır (Oral ve ark. 2018). Hizmet Kalite

Standartları HKS'ye göre de; Beyaz Kod uyarı sistemi ile amaç en kısa sürede ilk müdahalenin sağlanmasıdır (HKS 2011).

Sonuç olarak bir toplumda şiddet eylemlerinin sürekli artarak devam etmesi sağlık çalışanlarının verimsizliğine ve tükenmişliğine sebep olmakta, bununla birlikte sağlık hizmetini kesintiye uğratmaktadır. *Peki şiddetin önüne nasıl geçilebilir?*

- ✓ Renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesi ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodlarıyla ilgili eğitimler verilmeli, hastaneyle ilgisi bulunan herkesin haberdar olması sağlanmalı ve ortak bir dil oluşturulmalı,
- ✓ Hastanelerde özellikle şiddet olaylarının daha fazla olduğu acil servislerde güvenlik önlemleri ile ilgili fiziki koşullar sağlanmalı,
- ✓ Saldırgan davranışta bulunan hasta ve hasta yakınıyla baş etme konusunda hastanelerde eğitim verilmeli,
- ✓ Hastanelerde çalışan güvenlik görevlileri sayısının artırılarak, bu personellere şiddete eğilimli kişilerle iletişim kurma becerisi konusunda sık sık eğitim verilmeli,
- ✓ Acil servislerde, polikliniklerde, hasta ve muayene odalarında herhangi bir saldırı anında alarm verecek sistem kurulmalı,
- ✓ Yasal düzenlemelerin gözden geçirilerek şiddet olaylarında cezai yaptırımları artırılmalı,
- ✓ Hastanelerde sağlık çalışanlarına yönelik yapılan her türlü şiddet kayıt altına alınmalı ve hatta bununla ilgili birimler oluşturulmalı,
- ✓ Hastanelerde hasta ve yakınları için bekleme salonları ve oturma alanları oluşturulmalı,
- ✓ Polikliniklerde hastaların muayene olmak için çok sıra bekleme sıkıntılarına yönelik kurum içerisinde gerekli düzenlemeler yapılmalı,
- ✓ Özellikle şiddet olaylarının fazla olduğu alanlarda çalışan sağlık personeli sayısı artırılmalıdır.
- ✓ Sağlık çalışanlarının halkın gözündeki itibarını artıran bir tutum izlenerek, sağlık çalışanlarını değersizleştiren uygulamalardan kaçınılmalı.

Gerekli önlemlerin alınarak, sağlık hizmetlerinde uygulamaya konulması ve bu uygulamaların denetiminin gerekli mercilerce yapılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

Adaş EB, Elbek O, Bakır K. (2008). Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.

Akca N, Yılmaz A, Işık O. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 13(1):1-11.

Aktaş E, Aydemir İ. (2018). Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 3(1):32-47.

Çiçek Durak T, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V, Parlak İ. (2014). Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta Ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 24:130-137.

Dağ E, Baysal H. (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması Burdur İli Örneği. *ASEAD*, 4(11):95-118.

Egici MT, Öztürk GZ. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Ankara Med J*, 18(2): 224-231.

Koçöz R. (2011). 'Şiddet' Üzerine! *Ankara Barosu Dergisi*, 1:245-254.

Oral R, Günaydın H, Mazı Mİ. (2018). Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği). *Sağ Aka Derg*, 5(2):142-153.

Uzuntarla Y, Canlan M, Uzuntarla F, Şahin B. (2019). Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Eurasian JHS*, 2(1):6-9.

## Sağlıkta Şiddette Medyanın Tesiri

Namık BİLİCİ<sup>1\*</sup>, Fatma DEMİR<sup>2</sup>, Sinem DUMAN<sup>2</sup>, Akif BİLİCİ<sup>3</sup>, B.Oğulcan TABAK<sup>2</sup>

### Özet

Sağlıkta şiddet bütün dünyanın önemli bir problemidir. Ülkemizde de önemli bir sorundur. Şiddet olgusu küçük görmekten öldürmeye kadar olan skala içinde zararların bütünü kapsayan bir alandır. Şiddeti oluşturan faktörler insan zihninde şekillenir. Kitle iletişim araçlarıyla meydana getirilen algıların tamamı zaman içerisinde toplumun değerlerine dönüşmektedir. Toplum tarafından sahiplenilmekte ve aynen uygulanmaya çalışılmaktadır. Şiddette birçok nedeni olan ve farklı şekillerde öğrenilebilen bir olgudur. Özellikle sağlık çalışanlarına karşı şiddetin oluşmaması için kitle iletişim araçlarının rolü tartışılmazdır. İnsan saygınlığının korunabilmesi için sağlığının öncelikle korunması şarttır. Saygınlığı meydana getiren ise oluşturulan sosyokültürel değerlerdir. Kitle iletişim araçlarının sosyal kültürel değerleri pozitif yönde pekiştirici olmaları önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta şiddet, şiddet algısı, şiddetin ifadesi, şiddetin medyası

### Abstract

Violence in health is an important problem all over the world. It is also an important problem in our country. The phenomenon of violence is an area that covers all damages within the scale from humiliation to death. Factors that cause violence are shaped in the human mind. All of the perceptions created by the mass media are transformed into the values of society in time. It is owned and tried to be applied by the society. It is a phenomenon that has many causes and can be learned in different ways. The role of mass media is indisputable, especially in order to prevent violence against health workers. In order to maintain human dignity, first of all its health must be protected. The constitutes dignity of the sociocultural values created. It is important that mass media be positive reinforcing social cultural values.

Keywords: Violence in health, perception of violence, expression of violence, media of violence

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı, 3.Sınıf Koordinatörü, Balıklar Kayası Mevkii 78050 Karabük, [namikbilici@karabuk.edu.tr](mailto:namikbilici@karabuk.edu.tr)

\*Sorumlu yazar

<sup>2</sup> Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Öğrencisi

<sup>3</sup> Safranbolu Anadolu İ.H.L.12. Sınıf Öğrencisi

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kelimesinin bedensel ve ruhi tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Sağlık sektörü yeryüzündeki belkide en kutsal hizmet alanıdır. Bu hizmet alanı bilgi ve beceriden kaynaklanan rafine edilmiş bir erdemdir. Bunun için hekimlik sanatı tarih boyunca kutsanmış ve yüce kabul edilmiştir. Bütün kültürel farklılıklarda da bu böyledir. Bu kutlu erdem sunumunda meslek içi sorunların ötesinde dışarıdan hizmet sunulan yani **erdem**'in her türlü ayağına serilmiş olan insan figürünün bu çok özel öneme karşı saygısızlığı her boyutta şiddet olarak söylenebilir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddete başvurulma hadisesi tarihin ilk zamanlarından beri vardır. Bütün varlığımızla yok olmasını temenni etmekle beraber rasyonalite odur ki bundan sonra da devam edecektir.

Sağlık erdeminin sunumunda hayatın içinde diğer bütün mesleklerden olduğu kadar sorunlarla karşılaşılır. Şiddet bu sorunların ete kemiğe bürünmüş erdemi yontmak ve şekilsizleştirmek için yapılan kabalıkların bütünüdür. Mesleki Şiddet olayı sadece ülkemizde değil bütün dünyada bir sorundur. Sağlık sektörü ise insan ile içi içe olmasından dolayı bu sarmalın merkezinde yer alır. Kısacası şiddet öğrenilen, üretilebilen, paylaşılarak çoğalabilen ve genellikle sorun çözme bahanesine aracı olarak kullanılabilen niteliklere sahiptir. Sağlık-Sen tarafından 2013 yılında yayınlanan raporda şiddet hasta hasta yakınları ya da herhangi bir bireyden gelen sağlık çalışanı için risk olan tehdit; sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlamıştır (94).

Şiddet, tarihin bütün çağlarında bir çözüm aracı imiş gibi kullanılmıştır. Tarihte çok büyük üne sahip hekimler de şiddete uğramıştır. Örneğin İbni Sina (980-1037), yaşadığı dönemde melik olan Tâcülmülk kendisine rakip gördüğü Alâüddeve ile gizlice mektuplaştığı aracılar tarafından ihbar edildiğinde hapse atılır. Ferdecân adındaki bir kaleye koyulur ve burada 4 ay çetin geçen bir hapis cezası ile cezalandırılır. Ancak

Ibn Sînâ zindanda olduğu dönemi bir kaside ile süsler.

*"Sende de gördün ki atıldım kodese*

*Kurtuluş yok buradan kim ne dese"*

4 aylık hapis süresi boyunca boş durmaz ilimle meşgul olmaya devam eder ve:



1. el-Hidâyah
2. Hayy ibn Yakzân risâlesi
3. el-Kulunç kitaplarını kaleme alır.

Yine çok meşhur olan bir başka örnek de Abbasi halifelerinin ilim adamlarından ve baştabiplerinden biri olan Sabit Bin Kurre(veya Kurra) dır. Sabit Bin Kurre(veya Kurra) kendisi Sabii Bir Hristiyan olup günümüzde Urfa sınırları içerisinde bulunan Harran'da sadece fikirlerini dile getirdiği için Hristiyan din adamları tarafından kovulur. Bu Sürgün neticesinde Bağdat'a gider, orada ilim tahsil eder, iyi bir Hekim olur ve başhekimliğe kadar yükselir (7).

Tarihin çok eski zamanlarından beri meslek icra eden her sanatkara karşı şiddet olmuştur ve bu şiddette muhakkak ki yönlendirmelerin çok büyük rolü vardır. Günümüzde ise bu yönlendirmeleri yapan büyük oranda yazılı, görsel, işitsel ve algısal medya büyük önem taşımaktadır.

Sağlıkta şiddet konusuna ilişkin yapılmış birçok çalışma mevcut olmakla beraber bunlardan çıkarılan sonuçların toplumun eğitim düzeyine yeterli miktarda yansımadağı açıktır.

### **Sağlıkta şiddetin etkileri ve algı yönetimi üzerine yapılmış çalışmalardan özetlenenler**

Akbaş ve Arkadaşları tarafından Adana'da 640 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada 3 yıl çalışan paramediklerin %53'ünün kadın %46'sını acil tıp teknisyeni olduğu ve bunların tamamının şiddete maruz kaldığı %99,7 lik kısmının 112 çalışanlarından oluşan gruptan & 64,5 inin fiziksel şiddete ve%64,2 sinin hem fiziksel hemde sözlü şiddete maruz kaldığı değişik sebeplerden dolayı da yüzde 90,3 ünün beyaz kod uygulamasını kullanmadığı bildirilmiştir (7).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık çalışanları mesleki yaşamlarının herhangi bir döneminde ortalama %8 ile %38 arasında fiziksel şiddete maruz kalırlar (9,54,66).

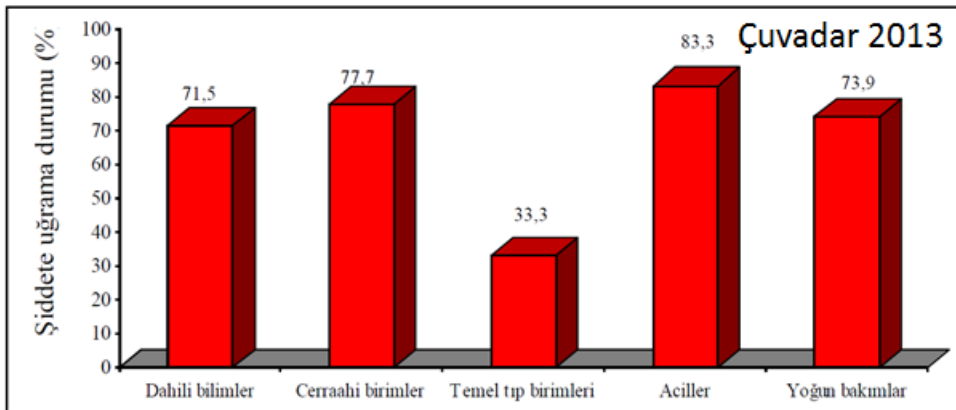
Sözlü ve cinsel şiddet ile Horizontal şiddet üzerinde ise rakamlar net olmamakla beraber %50 civarında şiddet söz konusu olduğu tahmin edilmektedir (14,39,50.96)

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yapılan araştırmalarda; iş yerinde şiddetin bütün sağlık çalışanları için ciddi ve büyük bir problem olduğu (41,48,49), şiddete maruz kalma oranının çok yüksek olduğu, sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne (4,12,13,17,18, 20, 22,57,93,113) ve en çok sözel şiddete maruz kaldığı (4,13,36, 79,101), en çok kadın sağlık çalışanlarının şiddete uğradığı (16,20,21)), en sık

şiddete maruz kalanların pratisyen hekimler ve hemşireler olduğu (3,8,36,82), en çok şiddet uygulayanların hasta, hasta yakını veya arkadaşlarının olduğu (3,5,19,), şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının hasta ile çalışmaktan daha az zevk aldığı (8,15,71), şiddetin bakımın kalitesini düşürdüğü (2,6,53,61) ve şiddeti önlemek için stratejiler geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (54-56,76,109)

Şiddete ilişkin karşı koyma yöntemleri noktasında zaafiyetin bütün dünyada çok düşük olmadığı (62) şiddete karşı eğitim alanların ya da hizmet içi eğitim görenlerin oranının % 60-70 aralığında olduğu bilinmektedir. Şiddet uygulanmasının daha ziyade öncelikli hasta yakını daha sonra hasta tarafından meydana geldiği bütün dünyada olduğu gibi ülkemizdeki verilerden de anlaşılabilir.

En çok sözel şiddet olmak üzere söz ile baskı altına alma ezme küçük düşürme mesleki yetersizliğini ifade etme ve benzeri olmak üzere en yüksek yüzde oranında bulunmaktadır. İkinci sırada küfür ve hakaret gelmektedir. 3. sırada sözlü tehdit ve sopa göstermek silah göstermek gibi görsel şiddet söz konusudur. Tekme tokat şeklindeki fiziki şiddet sözel şiddetten daha düşük oranda olmakla beraber sağlık personeli mesleki değerlerine olan inancı yitirmesinde çok daha etkili görülmüştür. Silah ile vurma yaralama gibi hayati kasıt taşıyan fiili girişimler ise 100 vakadan en fazla 5 vaka civarındadır. Görevini yerine getirirken yapılmış olan bu şiddet personelde görev algısının görevine olan saygısını hizmetin kusursuz yürütülmesi için yapılması gereken sıralı işlem sistematikliğini zaman içerisinde yitirmesine ya da mesleki bilgi İlim ve tecrübeye olan saygınlığın düşmesine neden olmaktadır (51103-105,107-109,111).



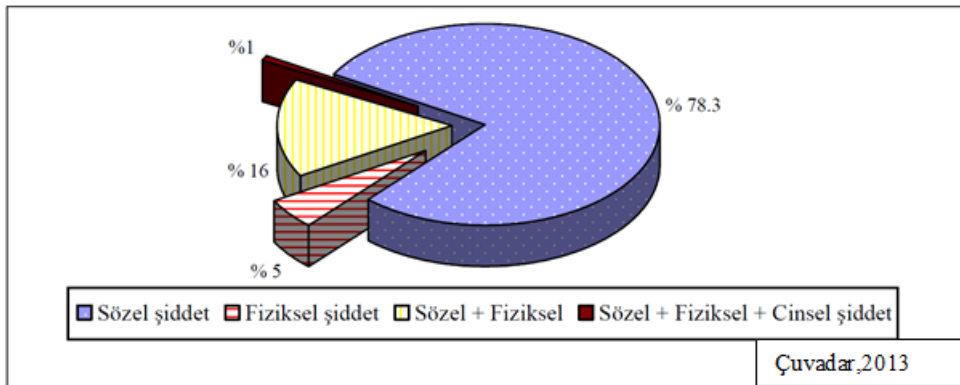
Şiddetin muhakkak ki çeşidi, kapsamı ve etkilerini belirlemeye yönelik yapılacak daha çok araştırmaya ihtiyaç olmakla beraber şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %70'e yakınının mesleki duygu, saygınlık, ve birikimlerine karşı olan güven ve saygılarında az ya da çok yitim

olduğu bilinmektedir. Hizmet içi eğitimlerin yaygınlaştırılması moral - motivasyon değerlerini aktarmadığı sürece sadece kuru bir bilgidir ibaret olmaktan öteye geçmemektedir.

Kamu sağlık kurumlarındaki şiddetin bir benzeri özel sağlık kuruluşlarında da daha az oranda olmak üzere görülmektedir ülkemizde hizmet kalite standartları açısından 2011 yılında Temmuz ayında beyaz kod sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Mavi kod ise bütün dünyada acil durum için aynı rengin kullanıldığı tek kod olarak bilinmektedir. Daha ziyade hastanın acil durumlarına yönelik bir yönetim aracıdır. Pembe kod ise hastane servislerinde tedavi veya bakımdaki bebeklerin korunmaya muhtaç çocukların kaçırma girişimi veya kaçırma durumunu tespit amacıyla acil bir durum yönetim sistemidir.

Bu kodların herhangi birinin kullanılmasında doğru olmayan yanlış gibi iletişim veya iletişim hataları ile kodun bildiriminden sonra uygulanmayan ya da uygulanamayan müeyyide ve doğru tetkikler veyahut tahkiklerin çok uzun sürmesi sağlık personeli üzerinde bıktırıcı ve yıldırıcı bir çözümsüzlük algısı oluşturucu niteliktedir (11,15,29,32,99).

2000 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Hemşireler Birliği (The International Council of Nurses-ICN) ve Uluslararası Kamu Örgütü (Public Services International-PSI) tarafından 7 ülkenin sağlık çalışanları (6099 kişi) üzerinde odak grup görüşmesi yöntemi ile gerçekleştirilen araştırmanın raporuna göre; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası son bir yıl içinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmışlardır. Ülkelere göre bu oran Bulgaristan'da %75,8, Avustralya'da %67,2 Güney Afrika'da %61 Tayland'da % 54 ve Brezilya'da % 46,7'dir. Araştırmaya katılan ülkelerde fiziksel şiddet oranları; Bulgaristan'da %7,5 Brezilya'da %6,4 Lübnan %5,8 Tayland %10,5 Portekiz % 3'dir. Psikolojik şiddet türlerinde ise en yaygın olarak; Brezilya'da %39,5 Bulgaristan'da %32,2 Tayland'da %47,7 Lübnan'da %40,9 ve Avustralya'da % 67 oranlarıyla sözlü taciz olayları yaşanmıştır (27,34,73,87,91,92).



İngiltere’de 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre, son 1 yıl içinde doktorların üçte birinin fiziksel ya da sözel saldırıya uğramış ancak bunlar rapor edilmemiştir. Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Polonya, Slovakya ve Hollanda’da sağlık çalışanlarının ortalama %22,7’si hasta ve hasta yakınlarından şiddet görmüştür. Türkiye’de 2011 yılında 384 hastanenin %79’unda şiddet olayları yaşanmıştır. Bu olaylardan % 79’u acil servislerde, % 59’u 18.00-24.00 saatleri arasında olmuştur. Şiddet uygulayanların %91’i hasta yakınıdır. Hastanelerden, 14 Mayıs- 1 Ekim 2012 tarihleri arasında 2 bin 94 sözel şiddet, 990 fiziksel şiddet olmak üzere toplam 3 bin 84 şiddet olayı rapor edilmiştir. Bakanlığın hukuk birimlerine 2 bin 106, adli mercilere de bin 982 olayın intikal ettirilmiştir (42,68,70,94,106, <http://www.memurlar.net/haber/294267/>).

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sanıldığından daha fazla olduğunu ve beyaz kod birimine bildirimlerin az olması nedeniyle gerçek rakamın ortaya çıkarılmadığı belirtilmektedir.

Japonya’da 2011 yılında 19 hastanede ve 8711 sağlık çalışanının katılımıyla yapılan bir çalışmada, çalışanların %36,4’ünün son bir yıl içinde işyerinde herhangi bir şiddete maruz kaldığı, bunların % 15,9’unun fiziksel şiddet, % 29,8’inin sözel şiddet ve % 9,9’unun cinsel taciz şeklinde olduğu saptanmıştır (38,62,63,79).

Portekiz, Avusturalya ve Brezilya’da hastalardan hem fiziksel hem de psikolojik şiddet uygulayanlar olduğu bildirilmiştir Avusturalya’da saldırıyı yapan hastaların genellikle bunaklık % 30, alkol veya uyuşturucu alışkanlığı % 16,2, akıl hastalığı % 12,5 bulunduğu görülmüştür. Brezilya’da hasta ve yakınları %56,3 oranında suç işlerken, çalışan personel % 29,1 oranında suç işlemektedir. Sözlü saldırıyı yapanların %60,4 ile genellikle hasta ve yakınları olduğu bildirilmiştir. Pakistan’da yapılan çalışmada, doktor ve hemşirelerin katıldığı anket sonucunda, 1 yıl içerisinde % 72,5 sözlü, % 16,5 fiziksel saldırıya uğradıklarını ifade etmişlerdir. Fiziksel saldırıyı gerçekleştirenlerin 3’te 1’inin silahı olduğunu belirtmişlerdir (46,58,61,62,67,88-90). Almanya’da da doktorlar, polis memurları ve psikiyatri terapi personeline sonra özel tehlike içerisinde bulunan meslek grupları içerisinde gösterilmektedir. Her yıl Almanya’da ortalama iki doktor hastası tarafından öldürülmekte ya da ağır biçimde yaralanmaktadır. Isırmak, tükürmek, yumruk atmak gibi daha az önemdeki şiddet davranışları özellikle acil servislerde gündelik olaylar arasında görülmektedir (37). Yine Almanya’da sağlık personeline yönelik şiddet olayları sistematik olarak kaydedilmemiş ve bu alanda yapılan çalışmalar, psikiyatri klinikleri ve hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Eylül 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında Alman Sağlık Sisteminde sağlık personeline yönelik anket yapılmıştır. Katılımcılar % 56,2’si fiziksel şiddet ve % 78’i sözel şiddet yaşadığını ifade etmiştir (37,44,60,62). Güney Afrika’da sağlık

sektöründe çalışanlar üzerinde yapılan araştırmada, 12 aylık dönemde özel sağlık sektöründe istihdam edilenlerin %9'u ve kamu sektöründe olanların % 17'si şiddet yaşadığını belirtmiştir (<http://www.ilo.org>).

Mısır Mansoura Üniversitesi Acil Hastanesi'nde Ocak 2012 yılında 68 kişiye anket uygulanan çalışmada, hekimlerin % 60,3 fiziksel, % 76,5 sözel, % 30,9 cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Genç ve kısa süre önce çalışmaya başlayan doktorların fiziksel ve sözlü şiddete maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınlar cinsel tacize erkekler ise fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmaktadır. Şiddet olaylarının çoğunluğunun hastane içinde meydana geldiği ve hasta yakınları tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Mağdurlara yönelik hiçbir güvenlik raporlama sistemi, destek ve hastane politikasının bulunmadığı belirtilmektedir.

Mısır'da 970 hemşirenin katılımı ile yapılan başka bir çalışmada da son bir yıl içinde birden fazla herhangi bir şiddet olayı ile karşılaşma oranı %27,7 olarak (%9,3'ü fiziksel şiddet, % 69,5'i sözel şiddet) saptanmıştır (94).

Pakistan'da üçüncü basamak hastanelerin acil servisinde hemşirelere karşı uygulanan fiziksel şiddetin sıklığını belirlemek için yapılan bir çalışmada, 50 hemşireye anket uygulanmıştır. Hemşirelerin %76'sı fiziksel şiddet yaşadığını ve şiddeti % 78,4 ile hasta yakınlarının uyguladığını belirtmiştir (59,60,86).

İran'da 2011 yılında doktorlar üzerinde yapılan çalışmada, %82,6 ile sözel şiddete ve %19,8 ile fiziksel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Şiddetin yaygın nedenleri arasında %60,9 hasta ile doktorların anlaşmazlığı, %39 hasta yakınlarının mantıksız talepleri, % 27,5 uzun bekleme süresi olarak sıralanmıştır. Şiddete çözüm olarak kültürel değişim gerekliliği olmazsa olmaz olarak belirtilirken daha fazla bilgi sağlayan doktorlara saygı ve güven inşa edeceği düşünülen televizyon, radyo, gazete ve okulların kullanılması gerektiği belirtilmiş, özellikle acil servis gibi hassas bölgelerde güvenlik görevlisi sayısının artırılması ve doktorları koruyan mevzuatın olması gerektiği ifade edilmiştir. Şiddetin nedenleri arasında katılımcıların %80,3 doktorları korumak için yasaların eksik olduğunu, %60,8 hastanelere kontrolsüz girişlerin şiddet nedeni olarak görüldüğünü, %39,5 güvenlik görevli sayısının eksik olduğunu ifade etmiştir. Doktor sayısının az olması ve hasta sayısının çok olması da şiddetin nedenleri arasında gösterilmiştir. Şiddet yaşayan doktorların %53,8'i yargı sistemine güvenmediği için şiddet sonrası rapor vermezken, yine doktorların çoğunluğu yavaş ve uzun davalar nedeniyle saldırganlara karşı şikâyetten vazgeçtiğini ifade etmiştir (Kazemi, 2012)

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet dünya ortalamasının daha yüksek oranlarda değildir. Ancak bildirim çok azdır. Sözel saldırılar genellikle ciddi bir sorun olarak

algılanmamaktadır. Bunun yanında fiziksel saldırılar can acıttığı ve yaktığı için daha çok bildirilmektedir. En az oranda bildirim yapılan şiddet türü psikolojik ve cinsel şiddettir. Bütün şiddet çeşitlerinde bildirim düşük olmasının en önemli nedeni kitle iletişim araçlarının etkisi altında değişen sosyo ekonomik kültür, alışılmışlık psikolojisi, uzun süren bürokratik prosedürlerdir. Şiddete maruz kalan doktorların sadece %30'u şiddet konusunda şikayette bulunmaktadırlar. Doktorların %62'si ise herhangi bir şikâyette bulunmaya gerek görmemektedirler. Şikayet konusunda yapılan işlemler konusunda % 23'ü şikayetlerine ilişkin herhangi bir işlem yapılmadığını, % 27,3'ü saldırganın güvenlik marifetiyle uzaklaştırıldığını, % 20'si ise özür dileme ve uzlaştırılma sonucunda sorunun uzlaşısı ile bitirildiğini dile getirmektedir.

Öte yandan her beş Türkiye'de yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının % 67'si, doktorların % 62'si, acil servis çalışanlarının % 60'ı herhangi bir şikayette bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Şikayette bulunmama gerekçeleri arasında sağlık yöneticilerine, idari yöntemlerde ve adalet mekanizmasında uzun süren işlemler ile şiddet uygulayanlar arasında azımsanmayacak bir oranda sağlık ve idari yöneticilerinin bizzat olması, şikayet konusunda herhangi bir şey yapılmayacağı inancı yer almıştır (19).

İstanbul Diş Hekimleri Odasının bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada; "sağlık çalışanlarının tepkisizliklerinin temelinde şiddeti hasta ve hasta yakınının normal davranışı olarak algılama, mesleğin gereği olarak kanıksama, harcanacak olan zaman ve emeğin karşılığının olmadığı, hukuk sistemine güven azlığı, uğradığından daha fazla zarara uğrama olasılığı, düşüncesi ve sağlık çalışanının kendisini yalnız, güçsüz ve korumasız hissetmesi gibi nedenlerin bulunduğu belirtilmektedir" ([http://www.ido.org.tr/lib\\_yayin/196.pdf](http://www.ido.org.tr/lib_yayin/196.pdf)) denilmiştir.

Şiddete ilişkin yapılabilecek tanımlamalarda geçmişten günümüze bir kısım teoriler geliştirilmiştir biyolojik teori, sosyal öğrenme teorisi ve zedelenme-saldırganlık teorileri bunlardan bir kısmıdır. Biyolojik teoriye göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları ile şiddete meyillidirler ve daha erken dönemde şiddete tevessül ederler. Temporal lobe epilepsi gibi beyin disfonksiyonu olanlar, şizofreni gibi hastalıkları bulunanlar bunlara örnek olarak verilebilir. Bunlar tıbbi yaklaşım gerektiren daha spesifik konulardır. Sosyal öğrenme teorisinde ise şiddetin bir kısım sosyal davranışlar gibi öğrenile gelen bir davranış kalıbı olduğu şeklinde tanımlanmaktadır. Otoriter bir ortamda sürekli dayak yiyerek büyüyen bir aile modelinin gelecekte aynı şiddeti uygulamak üzere kurgulanacağı muhakkaktır. Aile içerisinde anne baba mahallede büyükler veya yakın akrabalarından görülen şiddetler geleceğe ilişkin çocuk zihin algısında şiddete meyilli olmayı öneren komplimanlara

dönüşmektedir (1,23,25,54). Zedelenme saldırganlık teorisine göre ise isteklerin, beklentilerin, olması hayal edilenlerin, hayalindeki gibi oluşma şartları düzenlenmeyen her türlü fiile karşı verilmiş bir tepki veya yanıt niteliğindedir. Hastanelerde genelde karşımıza çıkan şiddet davranışı beklentilerin hayaldeki gibi karşılanamaması, istediği şeklin istediği koşullarda oluşmamış olması, beklenti ve umulan niteliklerin sağlık sektörü tarafından verilmemiş olması şeklinde tebarüz etmektedir. Bu durum uzun süreli kitle iletişim araçları vasıtası ile de oluşturulabilmesi mümkündür. Bu; artan beklentilerin bilinç altında karşılanması beklenen ancak karşılanamayan ummaların veya eşdeğer biçimlerinin arasındaki adaletsizliğe bir isyan, başkaldırı veya tepki olarak ortaya çıkabilir. Şiddet olgusu karışık bir davranış şekli olup açıklanmakta henüz zorluk mevcuttur (28-30,40,83).

Kanada'da fiziki Şiddet dışındaki bütün şiddetlerin oluşum oranı % 86 civarında iken, İngiltere'de bu oran 3 puan daha düşüktür. Aynı ülkelerde sağlık personeli dörtte birine yakın bir kısmı sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istediklerini %20 civarında acil servislerde ve acil hasta taşımada kesinlikle çalışmak istemediklerini ve mecbur kaldıkları için burada çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sağlıkta şiddete güvenli ortamın oluşturulması meselesi sadece ülkemize has bir durum değildir. Bütün dünyada aynı problem farklı versiyonlarda meydana gelmektedir (64,65,72).

Şiddet vakaları hastanın hastaneye başvurdu ilk 1 saat içinde en yoğun şekilde meydana gelmektedir. Bu bütün gelişmiş ülkelerde, Uzakdoğu'da ve bizim ülkemizde de benzerdir. Genellikle şiddet; eğer fiziki olacaksa öncesinde bir prodromal dönem mevcuttur. Sağlık çalışanlarından sağlık hizmeti beklentileri çeşitli nedenlerle karşılanmayacak er ya da geç kişinin gerginliğinin arttığı ve zaman içerisinde şiddete dönüştüğü bilinmektedir aslında sadece sağlık çalışanına karşı değil beklentilerin yerine gelmemesinden kaynaklı bir şiddet olarak düşünebilir. Sağlık tanımı her yönüyle iyi olma hali olarak tanımlanacak olursa sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların yakınlarının şiddete meyletmeleri hakkında kendi sağlık durumlarını algılayışlarına ilişkin herhangi bir çalışma mevcut değildir (69,75,88,89).

Dünya nüfusunun hızla artması yeni teknik ve teknolojileri icat edilmesi yeni eğitim materyal ve metotların uygulanması çevresel görsel ve işitsel birçok kültürel algı ve ritüelin değişmesine paralel olarak sağlık çalışanlarında ya da sağlık çalışanlarının vermiş olduğu hizmetin teknik niteliğinde bu denli hızlı bir değişim görülmesi mümkün değildir. Belki bu teorilerden farklı hipotez ve teorilere de ihtiyaç olduğu ve daha fazlasına da olacağı ayan beyan ortadadır. Son birkaç dekatta inanılmaz bir hızla eğitimi yönlendiren ve davranış modellerinin

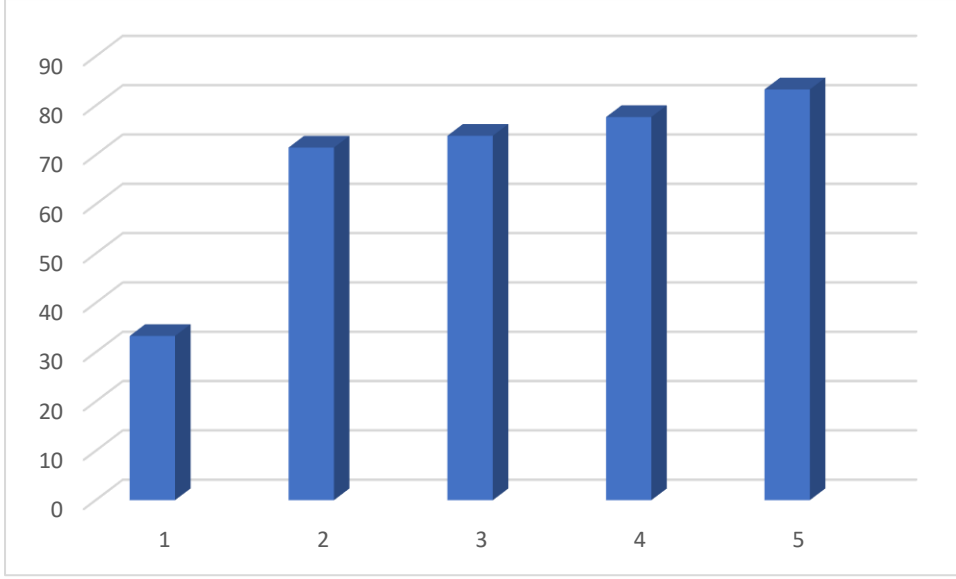
frekanslarını çok değişken hale getiren kitle iletişim araçlarının bu alana ilişkin dizaynları da hayati bir önem taşımakta olduğu ortadadır.

Yapılan çalışmalarda ülkemizde illere göre farklılık göstermekle beraber şiddet ortalaması Avrupa ortalaması civarındadır. Ancak daha ziyade kadınların özellikle hemşirelerin ve hastaya ilk müdahale etmekle görevli olan bir anlamda hastaneye götürmekle memur olan yardımcı sağlık personelinin; paramedik ve ATT gibi personelin şiddete en fazla maruz kaldığı bilinmektedir (84,85,99,101,102).

Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin %30,7'si devlet hastanelerinde, % 13,2'si üniversite hastanesinde, % 8,4'ü özel hastanelerde uygulanmıştır. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddet olayları sırasıyla en çok acil servis % 36,7, bekleme salonları % 21,8, poliklinik % 20,5, doktor muayene odası % 10,6 ve diğer ortamlarda meydana gelmektedir. Acil servisler, doğal olarak aşırı stresli mekanlar olup endişe içindeki yaralı hasta ve yakınlarının kişilik özellikleri, psikolojik sorunlarının varlığı, alkollü olma ve ilaç bağımlılığı ya da yoksunluğu durumu, uzun süreli bekleme, muayene ve tedaviler esnasında oluşan tartışma ve anlaşmazlıklar, öne sürülen tedavi yetersizliği nedeniyle hastanın ölümü sonucu hasta ve yakınlarının saldırganlaşma eğilimini arttırarak şiddet eylemlerini meydana getirebilir (20-23).

<b>Klinik</b>	<b>Şiddet durumu (%)</b>
Yoğun Bakım	73,9
Acil	83,3
Temel Bilimler	33,3
Dahili Klinikler	71,5
Cerrahi Klinikler	77,7





2010 yılı ATO raporuna göre; bir yıl içinde çalıştıkları kurumda şiddete maruz kalan sağlık mensuplarının oranı %45 iken; kadınlar arasında bu oran %58, erkekler arasında ise %26'dır. Kamuda çalışan uzman doktorlar arasında bu oran %45 iken, özel sağlık hizmetleri alanında çalışan uzman doktorlar arasında %5 oranında tespit edilmiştir. Hemşireler arasında %53, doktor ve hemşire dışındaki sağlık personeli arasında %33 oranında saptanmıştır. Her grupta kadınlar erkeklere nazaran daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. En fazla şiddete uğrayan grup %81 ile kadın pratisyen doktorlardır. Kadınlar ve genç doktorlarda şiddete uğrama sıklığı daha yüksektir (ATO raporu, 2010-2011: 13-14).

Sağlıkta şiddete karşı alınan önlemlerde gecikmelerin olması, cezai müeyyidelerin yeterli olmaması ya da yeterli güvenlik önlemlerinin kendisini koruduğunu düşünmeyen bir veya birkaç defa saldırıya uğramış, şiddet görmüş sağlık personelinin bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanını dışında bir mesleki tercih yaptıklarına, yaşamının ileriki dönemlerinde sağlığa ilişkin herhangi bir çalışma ve fiiliyat içinde olmadıkları bilinmektedir.

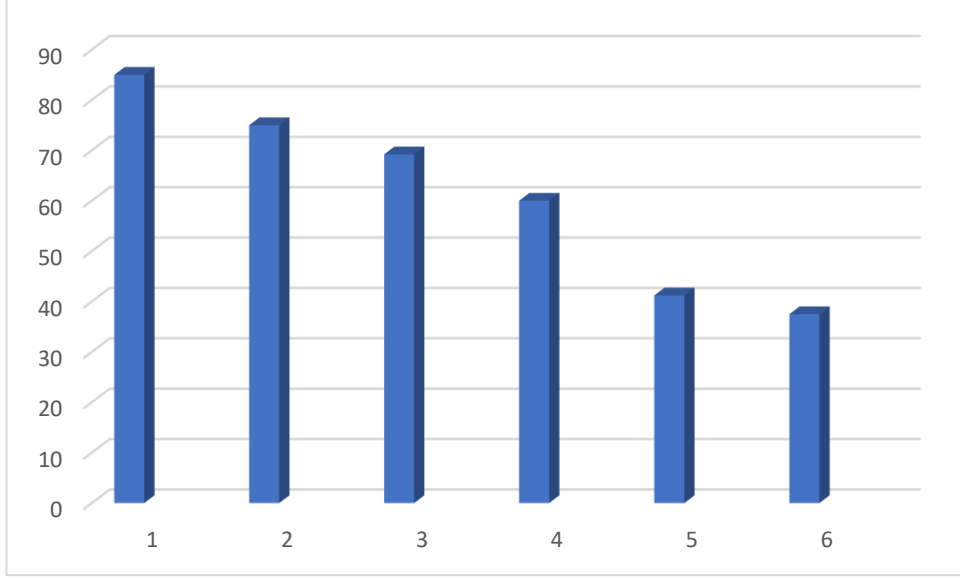
Sağlıkta şiddete karşı hizmet içi eğitimlerin verilmesi moral motivasyon yüksek tutulmasının her çeşit şiddet türüne maruziyet durumunda etkisini araştıran önemli bir araştırma kapsamlı olarak yapılmamıştır. Ancak iş yerinde eğitim gördükleri, moral motivasyon ve hizmet içi eğitimleri fiilen tamamladıkları bilinen birçok sağlık çalışanının değişik şiddet türlerine maruz kaldığı bilinmektedir. Ancak bu optimizasyonun etkinliğine ilişkin ölçüm parametreleri veya sonuçlarının ne olduğu bilinmemektedir. Bu şekildeki maruziyetin oranı %50'nin altında değildir (46,96).

Bütün eğitimlerle sağlık personelinin psikolojik durumları, moral ve motivasyonları, kriz yönetimleri, agresif davranışlara karşı gösterilmesi gereken tahammül ve açıcı yollar ve hukuki hakları ile ilgili bilgilendirilmiş olmakla beraber hasta yakınlarının hemen tamamı böyle bir eğitimden geçmemelidir. Toplumsal eğitimde kitle iletişim araçları bu alana ilişkin kamu spotu, film, dizi, sübliminal mesaj veya benzeri şekillerde verilmesi mümkündür. Eğitsel boyutunun da azımsanmayacak sosyo-kültürel kazanımlar getireceği de şüphesizdir.

Hastasını önemsemek, en önce iyileştirme arzusu, yani ‘‘iyilik hali yaratmak’’ talebi, hekimi veya sağlık çalışanlarını insanüstü güçler tahayyül etmek, çok kısa süredeki büyük beklenti ve herhangi bir kayıp ya da sorun anında tahammül sınırının düşük olması hasta yakınlarının şiddete başvurmasını kolaylaştırmaktadır. Özellikle eğitim dönemindeki görsel medyaya konu edilebilecek ‘‘beklentilerin’’ optimize edilmesi eğitsel bir süreç olarak işlenebilir (47,48).

Tıp fakültelerinde de tıp fakülteleri hastanelerinde de durum çok farklı değildir yapılan çalışma ve araştırmalarda gerek dünyada gerek ülkemizde yüzde 70’ler oranında çeşitli şiddet türleri görülmüş ve rapor edilmiştir. Özel Tıp merkezlerinde daha düşük yoğunluklu şiddet vakaları görülmekle beraber şiddete doğrudan maruz kalan yardımcı personelin sayısı %30 lar civarındadır ve fiziksel şiddet ise bu yüzdenin 10 puan gerisindedir.

Unvan-Meslek	Şiddete Maruziyet (%)
Hemşire	85
Pratisyen Tabip	75
Uzman Tabip	69,2
Yrd.Doç.	60
Doçent	41,2
Profesör	37,5



Sağlık çalışanlarının merkezi ya da periferdeki örgütlenme biçimlerinin sağlıkta şiddete karşı konulması ve uzun süreli bir reaksiyon ya da tepki verilmesi noktasında yetersiz olduğu bilinmektedir. Bireysel ve toplumsal olmak üzere iki düzlemde ele alınarak örgütsel bir yapı içerisinde belki araştırılması gereken önemli bir konu da burasıdır. Örgütlü yapıların toplumsal etkileri, politika yapıcıları üzerindeki doğru bilgilendirmeleri ve düzeltici faaliyetlerde bulunmaları bu alana ilişkin frekansı düşürecektir. Hastane ortamının girişinden çevre düzenlemesinden, otoparkından tutarak yoğun bakım üniteleri morg ve ameliyathaneler dahil olmak üzere gerek sağlık çalışanları açısından gerekse görsel ve sanat estetiği bakımından uygun yerler olması ya da uygunlaştırılması şiddetin performansında bir düşmeye neden olacağı tahmin edilebilir. Tarihte de Anadolu'da birçok darüşşifada estetik mimari, sakin ortam ve hakimlik nüansının kendine yaraşır her türlü enstrümanı doğru şekilde kullanılmıştır. Zaman içerisinde nüfusun kalabalıklaşması ve hizmetin artması ile beraber bu çevresel estetik sanat anlayışı giderek sıradanlaşmış sosyodemografik kozmopolitan yapı oluşmasından ötürü de çevresel algılarda ciddi değişimler söz konusu olmuştur. Şiddetin belki araştırılması gereken önemli bileşenlerinden bir kısmının da bunlar olabileceği düşünülmektedir.

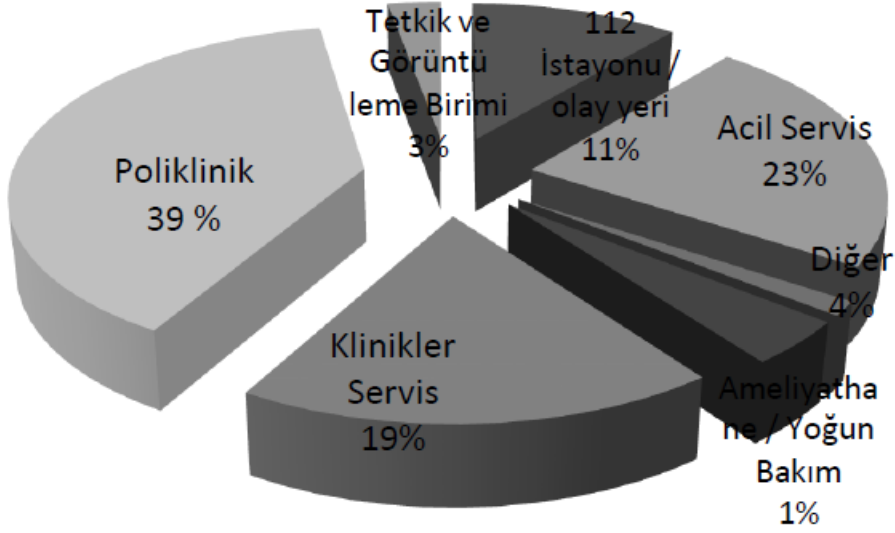
Şiddet olguları insanın masum olarak doğuşunda ya da bebeklik çağındaki mutlulukta mevcut değildir. Şiddetin daha sonra ortaya çıkması aile, çevre, eğitim, içinde bulunulan sosyoekonomik durum, şartların zorlaması ve çevresel koşullar ile töre, örf, anane ve geleneklere bağlı olarak zaman içerisinde şekillenir. Bu anlamda şiddet doğrudan kendisi doğurgan karakterlidir. Ahlaki etik ve hukuki kuralların bir olayın gidişatını düzenlemede

yetersiz kalması veya bu şekildeki algılayış doğal olarak bir tepkiye ve şiddetin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Günlük yaşamda neşe, umut, hayret, sevinç, sıkıntı, tedirginlik, üzüntü, korku, nefret, öfke, kızgınlık, isteksizlik, horlanmışlık, durgunluk durumlarında değişik tepkilerin verilmesi değişik sosyal çevrelerde farklı olmakla beraber aslında verilen tepkinin tamamı şiddet veya sevinç maskesi altında bir reaksiyondur. İşte şiddet kısmının sevgiye evrilmesi ancak eğitsel kültürel sosyo-ekonomik düzenlemeler ve etkilenmişliğin doğrultulmasından geçer. Saldırganlık insanın doğasında olsada aleni olmayıp, yürüyen bir sistemin doğrularının kişilik ve içgüdüsel öğrenilmiş ya da edinilmiş kazanımlardan farklı olması bir gerginlik hali yaratmaktadır. Kişinin yaşam alanının ya da zihinsel kavrayış içerisinde tahayyül ettiği alanın daraltılması. Bireyde bir stresi dolayısıyla korkuyu ve sonuç olarak da şiddeti tetiklemektedir. Aynı olayın veya benzer hadiselerin geçmişte kişi tarafından yaşanılmış olması şiddetin dozunu ve frekansını yükseltmektedir. Olumsuz ortamda, olumsuz çalışma koşulları iletişimin yetersiz frekans ve düzeylerde yeterli oranda doğru biçimde yapılmamış olması, yanlış yada yanlış yönlendirici aktarımların veya bilgi akışlarının o yöne evrilmesi psikolojik olarak bireyi etkiler. Bu tür durumlarda çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik; (zihninde bu çaresizlik ile güçsüzlük) karşısında kendini güçlü kılacak şiddete yönelmektedir. Bu haksızlığa uğradığını düşündüğü bireyde içe kapanma, öfke duyumsama ve şiddete başvurma gibi eğilimler artar. Her toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da bireysel öfkenin, çaresizliğin, vb. zirvesi olan intihara eğilim çok az da olsa vardır ve bu intihar eğilimlerinin nedenleri arasında şiddet de önemli bir yer tutar. Toplumsal ahlaki ve kültürel değerlerin değişiminin, gelişen teknolojiye uyumlu hale getirilmesini, imkanların kültür içerisinde yoğurularak düzenli ve sistemli şekilde fertlere dolayısıyla topluma aktarılması şiddetin nedenselliğini önemi ölçüde azaltır. Dolayısı ile yasal olmayan yollardan isteklerine ulaşmayı sınırlar. Şiddet her ne kadar bilinçli ve bilinçsiz olmak üzere yapılandırılıyor ve sınıflandırılıyor ise de aralarında çok büyük fark olmamakla beraber planlanmış bilinçli yapılan şiddetin çok daha büyük zararlara yol açtığı kanıtlanmıştır.

Çocuklar, (erken yaş) gençler, kadınlar ile güçsüzler ve yaşlılar üzerine uygulanan şiddette tükenmişlik, çaresizlik, vahşi duygular ve sadizm duygularının oldukça büyük payı vardır. Bazen de bir amaca yönelik tatmin amaçlı fiziksel güç patlamaları ile yapılan şiddetle karşılaşılır. Bunların nedenleri arasında psikolojik yitim, kişilik bozuklukları, toplumsal kast içerisinde şiddetin algılanış biçiminin önemli rolü vardır. Kitle iletişim araçları ile bu halin değişik sıklıklarda sunulması, erken çocukluk ve eğitim dönemindeki engellenmişlik hissi, kronik şiddet ve baskılanmaya maruziyet ve baskılanmışlık duygusu bunun önemli

nedenlerindedir. Fiziksel şiddet genellikle cinsiyete, yaşam-egitim düzeyine, meslek statülerine ve özellikle mesleklere göre farklılıklar gösterebilir. Bu farklılıklar güçlü konumda olandan güçsüze yönelik olmaya doğru eğilimlidir. Ailede şiddet daha çok erkekten kaynaklanırken çocukların kendi aralarında ya da gençlerin kendi aralarındaki fiziksel şiddetinin güçlüden yana olması bunun doğal bir sonucudur.



Sağlıkta şiddet olaylarının gerçekleştiği birime göre dağılımı (Öztürk ve Erdal 2013)

Psikolojik şiddet genellikle bireyin kendine yönelik değer duygusunu, benlik duygusunu ve saygısını yitirmesine neden olur. Bu; bireyin korkmasını güçsüzleşmesini, hislerine karşılık bulamamasına yönelik bir davranış olup şiddetle ile bunları edinmeyi hedefler. Böylelikle tehdit, zorbalık, tacizler, sözle tehdit, küçük düşürme, tahkir-tazyif etmek, manevi baskı altında tutmak, yok saymak, görmezlikten gelmek, saygı duymamak, dinlememek, şeklinde tebarüz eder. Mobing ise psikolojik şiddet alanına girmek ile beraber daha ziyade üstten alta doğru güçlüden güçsüze doğru, yöneten den yönetilene doğru yapılan ve kişiliği kemiren acımasız ve zalimce duygusal ve eylemsel davranışların bütünüdür. Meslek grupları arasında farklılık olmamakla beraber sağlık alanında hekimlerin %30 oranında psikolojik olarak sorun yaşadıkları bilinmektedir. Maalesef%50 den daha fazla miktarının ise kendi meslektaşlarından psikolojik baskıyla karşılaştıklarını belirtmeleri iç acıtıcıdır.

Cinsel şiddet özellikle karşı cins bireye daha çok kadına karşı olmakla beraber hedef gözetmeden, güçsüze, çocuklara karşı da cinsel şiddet davranışları toplumun her katmanında olduğu gibi sağlık alanında da mümkündür. Tetikleyici faktör olarak geçmişe ilişkin istenen ama ulaşılamayan duyguların olması ve gerçekleşmesini umduğu his ve duyumsamaların

istediği gibi oluşmaması gibi gerçek olamayan bütün eğilimlerin katalizör görevi gördüğü söylenebilir. Toplumun aileden başlanarak sosyo-kültürel bütün katmanlarda kitle iletişim araçları, özellikle medya bu konuda çok görev üstlenebilir ve sorunun kaynaklarının yaşam kültürü, inanç ve değerler düzleminde doğru üzerinde stabilizasyonuna vesile olabilir.

Tarihten beslenerek; yabancı düşmanlığı, fikir ayrımları, etnik körükleme, devrimci duygularla siyasi olarak hareket etme gibi nedenler bütün meslek gruplarında olduğu gibi sağlık alanında da şiddetin oluşmasının altyapısında mevcuttur. Mikro ayrımcılık, tarafgirlik ve küçük grup olarak farklılaşma ile ötelenen bireylere karşı hiyerarşik konumlandırmaya bağlı olarak da şiddet duygusu tetiklenebilir.

Sosyal, siyasi ve cinsel içerikli kitle iletişim araçları; basın-yayın ve görsel medya tarafından da farkına varılmadan desteklenebilecek algı yaratmak ya da subliminal verilebilen farkına varılmadan desteklenebilen araçlar şiddete sürükler. Bunun yönlendirilmesi, arttırılması ya da kronikleştirilmesi gibi kapalı duygular halinde olan psikolojik şiddet isteğini fiziksel şiddete çeviren bir tür fonksiyon görebileceği düşünülebilir. Medyada sağlık çalışanlarına ilişkin olumsuz haberlerin sonrasında yaşanan olumsuz davranış ve durumların bariz şekilde verilmesi sağlık enformasyon ihtiyacının karşılanmasında yönlendirmenin yapılması, medyanın şiddetteki rolünü ortaya koymaktadır. Medyanın şiddet gösterimi üzerine etkileri değişik ülkelerde farklı etki düzeylerinde olmakla beraber iletişim ve medyatik görselin özellikle bireylerde psikolojik olarak algıda tetikleyici olabileceği ortak bir kanı olarak bilinmektedir. Görsel ve işitsel yayınlarda özellikle haberler ve diziler başta olmak üzere temel olarak sorun çözme yöntemlerini; tartışma, gürültü, kavga ve benzeri şekilde taciz ile başarılması normal yaşamda fiziki şiddetin benzeri görsel materyallerinin çokça işlenmesi şiddeti sirkülasyonlu bir şekilde hızlandırmaktadır. Bu tür yönlendirmeler şiddet eğilimini tetikleyici bir görevi görmektedir. Toplumsal şiddetin küçük çaplı boyutları sosyologlara göre öbekler halinde büyüyerek ve kenetlenerek daha büyük kitlesel hareketlere dönüşebilme ihtimalin her zaman varlığı üzerinde dururlar. Gelişmiş ülkelerden, Örneğin Amerika Birleşik Devletleri şiddet içerikli birçok filmi kendi ülkesi'nin birçok eyaletinde gösterimini kısıtlanmakta ya da yurtdışı satışı yapılmak kaydıyla çekimlerine izin vermektedir (<https://ncac.org/resource/a-brief-history-of-film-censorship>). Sinema, televizyon yoluyla yapılagelen şiddeti özendirme sarmalı zihin derinliklerinde ciddi şiddet bilinci duygusu ve bunun zaman içerisinde kültüre dönüşümüne neden olmaktadır. Basın Yayın yoluyla meydana getirilen algılar genelde toplumun sadece izleyici katmanları değil izleyici dışındaki katmanlarında da içselleştirmiş izleyiciler tarafından etki alanı yaratılması ile bütün topluma

tesirlerinin olduğu söylenebilir. Bu tür medyatik Şiddet parametreleri sevenleri, izleyenlerin tarafından belli bir psikolojik bozulmaya neden olabileceken toplumun diğer kesimlerine örneğin kadınlar, çocuklar yaşlılar veya kişiliği ile ilgili zafiyetleri bulunanlar için ciddi korku endişe ve kaygı kaynağı olmaktan öteye geçmemektedir. Amerikan Psikiyatri Derneği'nin yapmış olduğu bir çalışmada 30 yılı aŐkın bir süreç içinde kitle iletişim araçları ile Şiddet ve benzeri sahnelerin verilmesi çocuklarda saldırgan davranışların artmasına neden olmuştur denilmektedir. Gazete, radyo televizyon ve sinema gibi medya araçlarında işlenen her türlü konunun toplumsal algılar da yönlendirme yönetme istikamet değiştirme baskı altına alma vesayet yaratma, sindirme ve davranış dizgelerini deđiŐtirmeye yönelik olduğu bilinmektedir (<https://www.apa.org/search?query=violence%20in%20the%20media>). Örneğin bazı reklamların subliminal mesajlar içermesi gibi ya da bazı dizilerde gizli reklamların veya yönlendirmelerin bulunması gibi günümüzde internet üzerinden sosyal medya araçları ile ve kontrol edilemeyen bir boyutta her türlü davranış ve ilişki Őeklinin sanal ortama aktarılması Şiddet kültürünü yaygınlaŐtırmakta, kültürel kişiliği yozlaŐtırmak tadır. Özellikle sahnelerde ocuk ve kadın ölümlerinin bulunması bu tip ölüm ya da eziyet olaylarında zevk alan bir kesimin mevcut olması gerçekte ocuk ve kadınların zihinlerinde onarılmaz yaralara neden olmaktadır özellikle eğlence programları dahil daha fazla reyting almak ve daha fazla izleyici kitlesini çekmek amacıyla yapılan baskı ve psikolojik algı, toplum tarafından zmsenmemiŐ davranışların ekrana taŐınmasıyla kişisel algılar yönetilmekte ve yönlendirmektedir. Günümüzde medya özellikle kişiliklerin deđiŐiminde ve daha önemli olmak üzere kültürlerin yozlaŐmasında önemli bir yere sahiptir.

Yapılan çalışmalarda ana haber bültenlerinde sunulan haberlerin dramatik ve negatif bilgi veren ya da kişilikleri etkileyen kötü yönlü haberlerin oranı %60 düzeyinde iken herhangi bir etkide bulunmayıp sadece iletilen normal haberlerin oranı %30 ve gülümseten ya da iyi olarak tanımlayabileceğimiz haber miktarı sadece %10 civarındadır. Medya kanallarıyla özellikle sembolik ve simgesel Şiddet denilebilecek bir Şiddet türü kullanmaktadır. Toplumun zihinsel düzlemini simgesel öğelerle, sembollerle veya sembolleŐtirilmiŐ materyallerle yönlendirmek, tüketimlerini teşvik etmekte olduğu gibi Şiddet algısını değiştirmekte de oldukça mahirdir.

Bilinçaltında meydana getirilen sansasyonel bilgi deriŐimi arttıca duygu veya duygulanımda ittirici bir g olarak da meydana çıkabilmektedir. Özellikle ekranlarda görülen kurtarıcı rolündeki ya da baŐroldeki özdekler tarafından uygulanan Şiddet, söylenen kötü kavramlar çocuklar başta olmak üzere toplumda çok geniş tabanlı bir yer bulmaktadır.

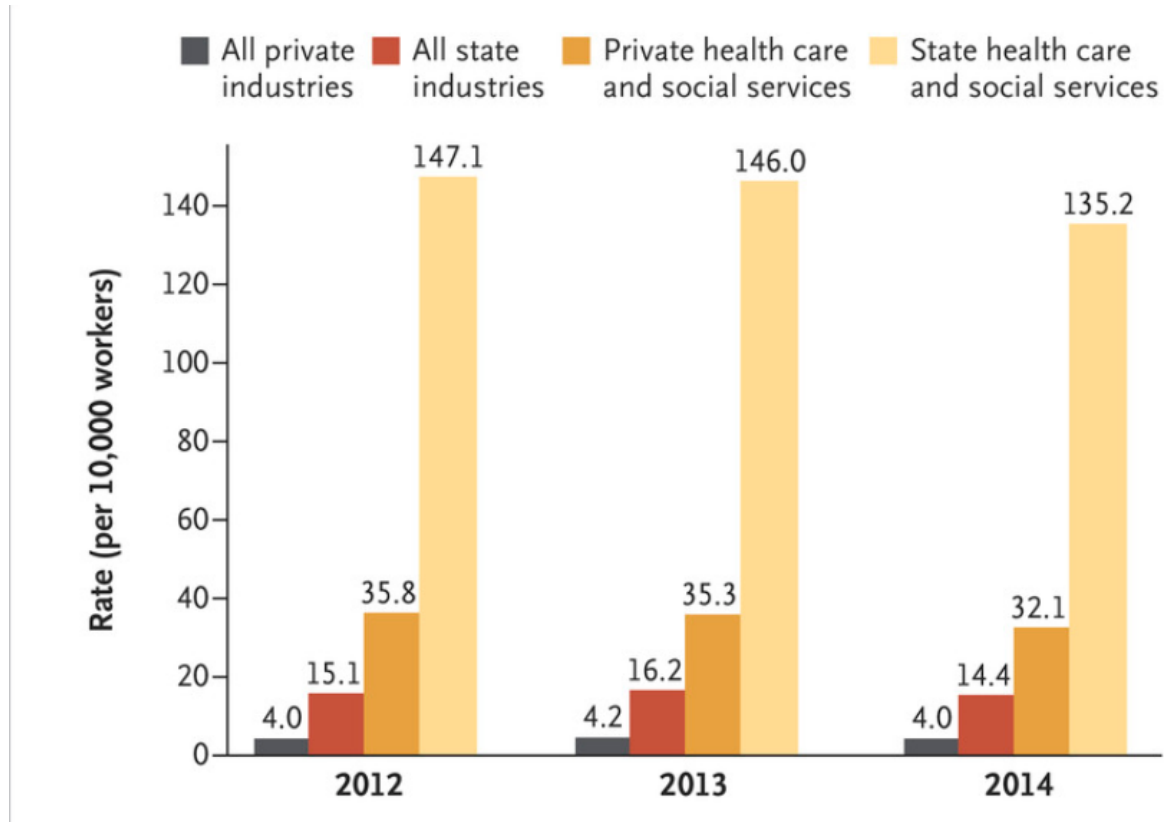
Mucizeleri olan, olağanüstü güçlere hâkim olabilen, olağandışı tedavi imkanları olan hekimlerin, sansasyonel olarak verilmesi bu şekildeki beklenti ve umarlıkları tetiklemektedir. Normalde reyting yapmaya yönelik olan bu tip davranışlar zihin altına yerleştikten sonra bir hastalık ya da sorun döneminde kışkırtıcı itici bir güç olarak meydana çıkmaktadır. Unutmamak gerekir ki anlık karikatür ya da anlık bir resim veya çizginin göz önünden geçmesi sadece o anlık alınan bir zevk veya görünen bir komedi ya da öfkeleniren bir dram olmaktan öte zihin altında, bilinçaltında tavır ve kişilik değişimini sağlayabilecek güç ve karaktere sahip olacağını bilmek gerekir. Zaman içerisinde herhangi bir konunun simgesel olarak çok fazla işlenmesi bireylerin karakterinde küntleşme, toplum karakterinde duyarsızlaşma bir süre sonra irritasyon ve duyarsızlıklara yol açmaktadır. Örneğin çocuklarda sürekli şiddetin işlendiği medya görsellerinde çocuğu şiddete meyil ettirmekte acı ve sorunlara karşı ilgisiz bir karakter ortaya çıkarmaktadır. Saldırganlık türlerinin açığa vurulması ya da boşaltılması ile azalmasının mümkün olacağını söylemek (Aristo gibi) bu meyanda mümkün görünmemektedir. Bu; nadir olarak görülebilecek bir hadise bile olsa özellikle bireyin bir alana karşı engellenmesi ve zaman içerisinde engel sınırının da yükseltilmesi bireyin ona karşı iştihak ve heyecanlı arttırmakta daha çok onu izlemek ya da görmek gibi bir kaygı, tasa, korku ve acıyı abartarak dışarı yansıtmaktadır. Buhad isenin sağlık alanı ile alakalı olduğu düşünüldüğünde bireylerin zihinlerinde hekime ve çalışanlara karşı farklı aralık ve frekanslarda şiddet eğilimine neden olabileceği açıktır. Özellikle çocuklarda sözle incitme ya da kendince naif bir espri ile utandırma hâdiseleri çocukların kişiliklerinde travmalara neden olmaktadır. Kırılgan ve kırılganlığı ölçüsünde şiddet sarmalına müptela olabilecek kişiliklerin olduğu medya organlarının yöneticileri tarafından unutulmamalıdır. Bunun yasal zemini de maddiyata dönüştürülemeyecek bir bedel ile otorite maslahatında yer almalıdır. Özellikle televizyonda şiddete eğilimin sübliminal mesajlarını içeren dizi ve benzer filmlerin yoğunlukla uzun süre seyredilmesi uzun zaman içerisinde psikiyatrik bir kaviteye dönüşmekte ve psikolojik olarak çözülemeyecek bir vaka halini almaktadır. Eğilimler, tasarılar, korkular ve duyular düzenlenmekte ve zaman içerisinde değişebilmektedir.

Diğer birçok farklı işlevsel kurumda şiddet sarmalı olmakla beraber sağlık kurumlarında yaklaşık 16 kat daha fazladır. Bunun da sağlıkta şiddetin üzerinde durulması gereken en önemli konulardan biri olduğu, diğer mesleklerden de çok daha farklı olduğu tezini kuvvetlendirmektedir. Eleştiri programlarında birbirlerini cezalandırırcasına eleştiren ve saygısızca birbirlerinin sözünü kesen ve hakaret eden bir eleştiri programında kişilikleri



oturmamış gençlerin özellikle çocukların çok fazla miktarda etkilendikleri dolayısıyla sözel şiddetin buradan zihin altına bir şekilde sembolik olarak yerleştiği söylenebilir.

Kitle iletişim araçlarının ahlaki yapı, psikolojik ve parapsikolojik yapı üzerinde ciddi etkilerinin olduğu su götürmez bir gerçektir. Fiziksel sağlığın karşısı fiziksel şiddet zihinsel sağlığın karşısı zihinsel şiddet, ruhsal sağlığın karşısı ruhsal şiddet, cinsel sağlığın karşısı belki cinsel şiddet olarak görmek sağlıkta şiddetin bu tümel boyutuyla vahameti noktasında daha önemlidir. Hastanelerde randevu sisteminin bütün dünyada hemen, hemen benzer çalışıyor olması çok önemli bir parametredir. Ancak alınan her randevu için hekimin bir önceki hastayı aynı süre içerisinde muayene etme imkan ve kabiliyeti olmayabilir. Hastanın muayenesi alınan randevu saatinin ötesine taşabilir veya öncesine düşebilir. Sağlık kurumunda pozitif bir yönlendirme pozitif leşmiş ilişkilerin oluşturduğu seviyeli bir karşılıklılık yoksa zihinsel algıları ve kitle iletişim araçlarının etkileri ile hak arama nedeninden dolayı kendini haklı görme kişiye daha rasyonel gelebilir. Veya bir yöntem olarak suçlamayı benimseme gibi kendini haklı çıkarma eğilimi sağlık çalışanlarına karşı şiddette ihmal edilemeyecek bir paradigmadır.



Kitle iletişim araçlarının etkin olduğu bir başka konu ise kurum içerisinde meydana gelen ve çoğu zaman açıklık kazanamayan değişik şiddet çeşitlerinin görülme sıklığıdır. Statü kazanma, veya kaybetme korkusu, yaşama yarış yapma, üstünlük sempatisi, hükmetme duygusu, öç alma ve benzeri saiklerle yapılan psikolojik şiddet türlerinin birçok işyerinde mevcut olduğu ancak sağlık alanında bunların daha yüksek düzeyde meydana geldiği bilinmektedir. Bunların altında yatan sosyo-psikolojik neden; genellikle kitle iletişim araçları vasıtasıyla çocukluktan itibaren kazanılan birikimlerin zihinsel derinlikte yerleşimi ve etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Kitle iletişim araçlarının modern çağ insanının kültürel altyapısı ve davranış kalıbını oluşturmada büyük katkısının olduğu şüphe götürmez bir gerçektir. Kültürel olarak emir kipinde konuşmaya alıştırılma, bireye verilen değer ile bireyselleşme, buyurgan ve fildişi kulede görülme isteği hem kendi sosyal çevresi ile hem de yakın düzeydeki personeli, emirleri veya amirleriyle iletişimde dramatik bir nedensellik içermektedir. Böylece; şiddet çağırıcı bir davranış kalıbı ile kendi meslektaşları ve yardımcı personeline eğilim ve iletişimde naif olmayan sağlıksız bir iletişim doğrudan ya da dolaylı olarak zaman içerisinde irritasyon ve olumsuzlama ile beraber şiddet olgusunu hem tetikler hem de besler. Doktor-hasta ilişkisindeki kopma noktalarından biri olan medeni iletişim eksikliği hastaların kendi aralarında hekimleri değerlendirme ve kıyaslamaları, hekim ve sağlık çalışanlarından beklenti ve umarlıkların çok yüksek tutulması, güler yüzlü ve samimi ifadelerden yoksun verdiği kararları uyuşmayan hastasını dinlemeyen yaşlılar bebekler çocuklar gibi dezavantajlı sosyal gruplara tahammülü olmayan nöbetlerinde ve boş zamanlarında son derece lüks-refah şaşaası içinde bir yaşamı serdeden kitle iletişim araçlarındaki hekimlik ve diğer sağlık çalışanları tanımlaması zaman içerisinde gerek toplumda gerek sağlık çalışanlarında ciddi travmalara neden olmaktadır. Hekimin ve sağlık çalışanlarının bulunduğu ortamın sunulan ya da beklenen ortamla örtüşmemesi zihinsel olarak çelişkiyi tetiklemektedir. Bu zihinsel çelişki zaman içerisinde kaygıları, endişeleri, farklı beklentileri körüklemektedir.

Hekimlerde şiddete karşı koymada belki en önemli olgu iletişim becerilerini arttırmaktır. Hizmet içi eğitimlerle moral-motivasyon ve krizle başa çıkma, kriz yönetme becerilerinin üst seviyelere çıkarmak, karakter analiz etme yeteneklerini arttırmak şüphesiz en gerekli olanıdır. Bunun yanı sıra hitabet yetenekleri geliştirilerek hasta ile olan ilişkilerinin gelişimi sağlanmakla kalınmaz sağlık personelin kendi aralarındaki iletişimsizlik de azaltılmış olur. Bu da yönetsel verimsizliği, âtıl olmayı, mesleki küskünlüğü, çalışma gücü ve güdüsü kaybını azaltacaktır. Sağlık çalışanlarının da örgütsel yapılarını mesleki ve sosyal alan dışına

taşırmamaları gerekir. Örgütsel yapıların siyasal beklenti ve yapılanmalarını daha ön planda tutmaları şiddet sarmalını çözümlenme sistematüğini bozucu bir faktördür. Bu tür sosyal kurumlar, mesleki duyarlılıkları ön planda tutarak bütüncül bir yaklaşım sergilemeli ve zaman içerisinde eğitim ve iletişim marifetiyle toplumun değışmesine dolayısıyla bu alanda pozitif bir dönüşüme önderlik edebilirler.

Sağlık çalışanlarının ulusal milli gelirden almış oldukları payın kitle iletişim araçları tarafından abartılarak verilmesi zorlu bir eğitim, sıkı bir denetim ve ciddi bir sorumluluk sahibi olan sağlık çalışanlarının örselenmesine, duyusal körelmelerine neden olmaktadır. Kurumların kurumsallaşma itibarları, çalışanların ve hizmet alanları etkilemektedir. Bu alana ilişkin içselleştirilme stratejileri süzülerek alınmalıdır. Değerlerin; hizmette bütünleşik, optimize edici olması hayati öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük pay hastanelere düşmektedir. Hastanelerde kurumsal imaj, kurumsallaşma stratejisi ve kurumsal standardizasyon özdeklerinin aktif giydirilmesi olmazsa olmazdır. Kurum içi yeni politikaların üretilmesi, çözümcü arayışların serdedilmesi, fiziki varlıkların uygun hale getirilmesi, idari akışın hızlı ve şeffaf olması kurumun içselleşmiş mesleki beceri stratejisinde ön plana çıkmasını sağlayacaktır. Belki de erken bir uyarı sistemi anlayışı ile şiddet henüz oluşmadan risk faktörleri yok edilerek önüne geçilebilecek ya da çok çok aza indirilecektir. Konum imajlarının hedef kitle alanlarına doğru şekilde lanse edilmesi pozitif ve proaktif taşınması elbette sosyal medyanın yapacağı doğru bilgilendirme ile mümkündür. Şiddetten önce şüphesiz ki tolerans limitleri kurumsal direnç politikaları örnek ve uygulamalar ile kuralların standardizasyonu ve bu standartları üst düzeyde uygulanabilmesini sağlayan stratejilerin konulması bir, bir yazılı hale getirilmesi şiddet düşüncesini çok daha aşağılara çekecektir. Bu anlamda şiddetin kitle iletişim araçları tarafından herhangi bir sağlık otoritesi denetiminden geçmeden ya da bir adalet mekanizmasından sorgulanmadan şüpheli olacak şekilde abartılı haber olarak ya da herhangi bir diğer iletişim şeklinde kamuoyuna lanse edilmesi kurumlara karşı toplumda zayıf görme, hizmet edememe, pörsümüş olma, işini doğru yapmama gibi algılara neden olmaktadır. Kitle iletişim araçlarının sağlık alanına ilişkin vermiş oldukları tıp bayramı, sağlık etkinlik seminer sempozyum bilgilendirme gibi birçok faaliyete daha fazla yayılmaları hizmet kalite standartları oluşturulurken hangi güçlüklerle karşılaşıldığını halka aktarılması zorlu çalışma koşullarının espritüel bir ritüelle topluma sunulması belki zaman içerisinde algı değışimine neden olacaktır

## Gazetelerde çıkan haberlerin istatistikleri

Gazetenin Sayfa Numarası	Sayı	Yüzde
1.sayfa	74	25,0
2.sayfa	5	1,7
3. sayfa	38	12,8
4.sayfa	34	11,5
5.sayfa	28	9,5
6.sayfa	21	7,1
7.sayfa	5	1,7
8.sayfa	10	3,4
9.sayfa	8	2,7
10.sayfa	9	3,0
Diğer	64	21,0
<b>Toplam</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>

	Sayı	Yüzde
Olay Yeri Fotoğrafı	5	1,9%
Şiddet Mağdurunun Olay Sonrası Fotoğrafı	45	17,0%
Şiddet Mağdurunun Vesikalık Fotoğrafı	12	4,5%
Şiddet Uygulayanın Fotoğrafı	9	3,4%
Şiddet Mağdurunun Olayla İlgisi Olmayan Fotoğrafı	10	3,8%
Şiddet Uygulayanın Olayla İlgisi Olmayan Fotoğrafı	1	,4%
Sağlık Yöneticisi	28	10,6%
Sivil Toplum Kuruluşu Temsilcisi	54	20,4%
Sağlık Çalışanı	95	35,8%
Vekil/Siyasetçi	6	2,3%
<b>Toplam</b>	<b>265</b>	<b>100,0%</b>

## Haberlerde kullanılan fotoğrafların içerik dağılımları

Sağlıkta şiddet haberleri ya da olayların lansmanı medya için çok büyük bir değer taşımaktadır toplumun algıları buna karşı açık ve bellekte durma süresi toplumumuzda oldukça uzundur. Gazete görsellerinde olay yeri fotoğrafları %2'nin altında iken şiddet mağduru na ait özellik ve fiziksel şiddete ilişkin kötü etkiler oluşturabilecek trajik fotoğrafların oranı % 15 ile %50) arasındadır. Sağlık yöneticilerinin konuya ilişkin açıklama ve görüşleri %10'u geçmez iken Sivil Toplum Kuruluşu (STK) temsilcilerinin münhasır açıklamaları sağlık yöneticileri açıklama yüzdelerinin 2 katıdır. Şiddet haberleri; okumaktan daha çok görsellere bakılarak geçirildiğinden şiddet mağdurunun görsellerini fiziksel şiddetten %30 dan daha fazla oranda gösterilmektedir. Sağlık çalışanı mağdur ile yapılmış olan röportajdan cımbızla alınan bir cümle ya da birkaç kelime manşete taşınarak veya haber başlığına alınarak haberin daha cazip okunabilir ve akılda kalabilir olmasını sağlamak amaçlı yapılmaktadır. Toplumda herhangi bir şekilde iki bireyin kavga etmesi haber konusu olmazken bir hastanın kendisini tedavi eden Hekim'in başına sert bir cisimle vurmuş olması kitle iletişim araçlarında çok büyük bir yer tutmaktadır. Özellikle haberlerin okunabilirliğin artırılması amacıyla cinsiyet, etnisite, meslek kariyeri ön planda görsel olarak verilmektedir. Şiddet mağdurlarının özellikle üniversitelerin tıp fakültesi hocaları olmaları haberin okunabilirliğini artırdığından mıdır ya da özel bir nedeni var mıdır bilinmez çokça kitle iletişim araçlarına konu edilir

	Yüzde
Profesör	1,2%
Uzman Hekim	25,3%
Araştırma Görevlisi	30,2%
Pratisyen Hekim	6,8%
Hemşire/Ebe	10,5%
Diğer Sağlık Çalışanları	25,9%

#### Şiddet Mağdurunun Ünvanına Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	1920	44
Kadın	2422	56
<b>Toplam</b>	<b>4342</b>	<b>100</b>

#### Şiddete Maruz Kalanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Şiddet türü	Sayı	%
Sözel Şiddet	2917	67
Fiziksel Şiddet	1425	33
<b>Toplam</b>	<b>4342</b>	<b>100</b>

#### Beyaz Kod Bildirimlerinin Türü ve Sayısı

Kamu otoritesi zaman zaman farklı statülerde kitle iletişim araçlarında yapılan haberlerin hem eleştirisini hem de hukuki boyutunu bir derecede ele alsa da haber kadar etkili olduğu söylenemez. Hukuken, zaman zaman bu haberlerin yalanlanması ya da yanlış verildiği aynı gazetede yayımlandığıda yayınlanan tekzip metinleri çok küçük bir ara sayfalarda olduğundan dikkat çekmemekte ve haber niteliği taşımadığından ilgi ve alaka uyandırmaktadır. Haber bültenlerinde genellikle sağlıkta şiddet haberlerinin dörtte biri şiddet mağduru ile alakalı olması yine ona yakın bir kısmının şiddet uygulayanlarla ilgili olması, az bir miktarda da STK temsilcilerinin sözlü açıklamalarına yer verilmesi bundan daha düşük oranda olmak üzere sağlık yöneticileri tarafından olaya ilişkin görüş düşünce ve bilgilendirme yapılması daha az rastlanan bir durumdur. Siyaset ve politika yapıcılarının bu konular üzerinde nadiren konuştuğları bilinmektedir. Sağlık yöneticileri sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sorumlusu olarak şiddeti uygulayanları, şiddetin nedenlerini ve o kültüre dönüşmedeki sorununu irdelerken sivil toplum kuruluşları özel kurumlar daha ziyade politika ve otoriteyi suçlamaktadır. Bu durum ise kitle iletişim araçlarının bu ikilemi her türlü kaynakta kullanılabilir şekilde getirmesine neden olmaktadır. Şiddet uygulayanlar ne kadar kitle iletişim araçlarında değişik isimler altında iyi olmayan bireyler olarak gösterilseler de haberin görsel niteliği, konunun ilgi çekiciliği ve okunma ya da görülme kaygısını artırma endişesi (rating) haberin daha cazip sunulmasını tetiklemektedir. Sağlık konusunda bilgi aktarımı yapılırken kitle iletişim araçlarının bireylerin tutumlarını kanaatlerini tavırlarını şekillendirici önermelerden uzak durması yapılan sağlık ilişkin bilgilendirmenin otoritece yapılması, dolayısıyla güvenilir olmasının sağlanması önem taşımaktadır. Küçük parçalar halinde

vermekten ziyade bir bütün olarak olduğu şekliyle aktarılması okunma cazibesi gibi bir hisse kapılmadan haberin yazılması ve görsellenmesi, görsellerde şiddet algısının çağrıştıracak veya gösterecek, özendirerek versiyonlardan uzak durulmalıdır. Bu yolla, eğilim sağlayacak korkutacak ya da çekinceye sebep olacak bir görsel veya söylem içerisinde olunması toplumun köklerden gelen geleneksel sınırlarını da az-çok hasara uğratmaktadır. Şiddet içeren olayların görselleştirmek demek özellikle çocuklar başta olmak üzere gençlerin zihinlerinde kalıcı bir etki bırakarak toplumun gelecek katmanlarına kendi kültürlerinde sosyal olarak küntleşecek zihinsel bir kronik algı irritasyonu oluşturacaktır.

Sağlık-Sen'in "Sağlık İş yeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri" konulu çalışmada, halkın, "kafamdaki sağlık çalışanı imajı genellikle olumludur" önermesine % 35'i kısmen katıldığını, % 32'si katıldığını, % 16'sı katılmadığını, % 9'u hiç katılmadığını ve % 8'i kesinlikle katıldığını ifade etmişlerdir. Medyadan bir sağlık çalışanının saldırıya uğradığını öğrendiğinizde ne hissedersiniz? sorusuna katılımcıların % 54'ü üzüleceğini, % 22'si şiddet uygulayanın ceza almasını isteyeceğini, % 12'si sağlık çalışanının da payı olduğunu düşüneceğini ve % 12'si ise üzerinde fazla düşünmeyeceğini belirtmişlerdir. ([http://www.saglikksen.org.tr/raporlar/5nci\\_olagan\\_genel\\_kurul\\_faaliyet\\_raporu\\_pdf.pdf](http://www.saglikksen.org.tr/raporlar/5nci_olagan_genel_kurul_faaliyet_raporu_pdf.pdf)). Bu çerçevede gazeteler, sağlık çalışanlarının imajını zedeleyici yayınlara yer verilmemesine dikkat edebilir.

Şiddetin her alandaki nedenleri; sosyal, ekonomik, psikolojik ve çevresel olabilir. Ancak bunun haber ya da kitle basın iletişim araçlarıyla herhangi bir şekilde sunulurken muhakkak dikkat edilmesi gerekir. Çünkü kitle iletişim araçları ile yapılan sunumlar toplumun bütün katmanlarında bilinç altında yer edinmekte ve gelecek kuşaklarda kültürel bir döngü ile ahlaki bir değişime neden olabilmektedir. Her türlü iş yerinde ve sağlık alanı da dahil olmak üzere şiddetin olabirliği mümkündür, fakat şiddet toplumsal bilinç için travmatik bir olaydır. Bütün hadiselerin doğru olmayan bir şekilde toplumun ahlaki ve etik değerlerine uygun olmayan şekillerde verilmesi toplumsal hafızada sağlık sorunlarına ve travmatik stres topluluklarının oluşumuna neden olabilir. Normal medya programlarını algılamada zorlanmaya, şiddet algısında etkilenmeye, şiddet görsellerine hassasiyetin yükselmesine neden olabilir. Bu da adalet anlayışının toplum vicdanında ertelenmesine neden olacaktır. Fiziksel şiddetin önlenmesine yönelik bütün sağlık kurumlarında bilgilendirici ekran duvarlar tavan dış cephe bahçe otoparklar her türlü bilgilendirici mesaj açısından doğru bilgilendirme açık olup bu şekildeki bir kullanımın hasta ve yakınlarına eğitim eden doğru Haber yapma bilincinin oluşturulmasında potansiyel bir bilgilendirme reklam mı aracı olması kanaatimizce

mümkündür. Bilim camiası tarafından daha sık anket ve istatistiklerin tutulması sivil toplum örgütleriyle bilim camiasının birlikte yapacağı ön çalışmalar sonrasında ciddi raporlar hazırlanması ve bu raporların kamu otoritesi ile paylaşılması bütün paydaşlarla ortak bazı kararlar alınması ve bunların içine muhakkak kitle iletişim araçlarının paydaş olarak kabul edilmesi ve sağlığa ilişkin haber ve her türlü iletişim tekniğinin doğru kullanılmasının sağlanması zorunlu gibi görünmektedir. Kitle iletişim araçlarında çıkan haberlerin bir kısmından sonra özellikle sağlık çalışanları başta olmak üzere kurumlara karşı da ciddi bir güven bunalımı meydana gelmektedir. Özelde ise kişiliği örselenmiş sağlık çalışanı birey kendini toplum vicdanında örselenmiş veya ötelenmiş olmaktan dolayı yalnız hissetmekte ve işiyle olan birliktelik duygusu ile barışı az-çok bozulmaktadır.

Kitle iletişim araçlarının toplumun gelenek, görenek, töre, örf, adet ve dini duyarlılıkları göz önünde bulundurarak şiddet olaylarını vermek zorundadırlar. Sağlık çalışanları başta olmak üzere kamu otoritesi ve sivil toplum örgütleri de bilgilendirme platformları ve kitle iletişim araçlarını kullanarak doğru bir bilinç altyapısı oluşturmakla sorumludurlar. Özellikle sosyal psikolojide yapılmış birçok deney şiddet çağrıştıran eğilimi arttıran unsurların yanlış algılatılması durumunda şiddete yönelmenin oluşabileceğini göstermektedir. Görsel platformdan öncelikle iletişimsel platforma çekilmesi, bilişimsel platformda da kuralların sağlık otoriteleri ve sivil toplum örgütleri ile diğer paydaşlarca ortak belirlenmesi olması gerektirir. Bir sorunun çözümünün oluşumuna katkı sağlayacak bu alana ilişkin toplumsal düşünce ve davranış çizgisinin oluşumu dikkatle yapılandırılmalıdır.

**TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddeti Araştırma Komisyonuna göre Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri** başlığında medyaya ilişkin ‘ ‘Görsel ve yazılı medya, RTÜK başta olmak üzere ilgili kurumlarca sağlık alanında yapılan haberlerin doğruluğu, tarafsızlığı konusunda denetimden geçmelidir. Olanaklı ise Medya Sağlık Etik Kurulu kurularak medyada çıkan haberler ve diğer ilgili programlar ve dokümanlar değerlendirilmelidir. Haberlerin yanında özellikle televizyon dizilerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik edici, şiddet uygulayarak sorunların çözüldüğünü ifade eden ifadelerden kaçınılmalıdır. Medyada olanaklı olduğu ölçüde sağlık çalışanlarının görevlerini hangi koşullarda ve duygular içerisinde yaptıkları, 7 gün 24 saat toplum için kesintisiz hizmet sundukları anlatılarak toplumsal farkındalık ve bilinç oluşturulmalıdır. Yazılı ve görsel medyada sağlık çalışanlarına şiddeti engellemeye yönelik “şiddete sıfır tolerans” vb. kamu spotlarına sıklıkla yer verilmeli, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayıcıların aldıkları cezalar duyurulmalıdır. Şiddet uygulayanların yalnızca kendilerine verilen hizmeti değil,

*hizmet almak için bekleyen diğer hastalara verilen hizmeti de aksattıkları vurgulanmalıdır. Bunun yanında ülke genelinde önderlik yapan kişilerin (siyasiler, sanatçılar, kanaat önderleri, iş adamları, sporcular vb.) sağlık çalışanları ile birlikte görünürlüğü artırılmaya çalışılarak sağlık çalışanları hakkındaki söylemlerine dikkat etmeleri sağlanarak toplumda olumlu duyguların arttırılması sağlanmalıdır.*

*Bunun yanında toplumda ve medyada farkındalık artırıcı etkinlikler, topluma şiddet ile sorunların çözülemeyeceğinin anlatılması, şiddet uygulandığında yaptırımını yüksek cezalarla karşılaşılacağı belirtilmelidir. Sağlık kurumlarında caydırıcılığı ortaya koyan güvenlik önlemlerinin alınması, fizik mekânların uygun biçimde düzenlenmesi, hizmet alanların ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvenli hissedecekleri çalışma ortamları hazırlanması gereklidir''.* denilmektedir.

Komisyon ayrıca şiddet faillerinin çarpıtıldıkları para cezaları medya tarafından görsel yazılı ve sosyal medya üzerinden kamuoyu ile paylaşılması ve sağlık çalışanlarının her türlü hukuki haklarının devlet otoritesince güven altında olduğunun hissedilmesini önemli görmüştür.

Hekimlere karşı şiddet olayları aslında sadece hekimlere ya da sağlık çalışanlarına karşı şiddet uygulanmıyor; kadınlara, çocuklara, yaşlılara kısacası herkese karşı şiddet olayları gündemimizden düşmüyor. Özünde temel sorunun hekimi hedef gösteren haberler ve televizyon programları olduğunu düşünüyorum. Diyor bir uzman hekimimiz. Bu duruma verebileceğim en güzel örnek ise; yüksek izleyici oranına sahip bir televizyon dizisinde rol alan popüler bir karakterin, yoğun bakıma hiçbir tedbir gözetmeksizin girmesi ve hekimi dikkate almaksızın hastane içerisinde kafasına göre gezmesidir. Bunu gören vatandaş ne yapıyor? Cevabı basit: örnek alıyor! İşi aksayınca da şiddete başvuruyor. Bu gibi senaryolara, bu tarz dizilerde kesinlikle yer verilmemeli. Şeklinde tamamlıyor.

Şiddet olayları sağlık çalışanları üzerinde kronik olumsuz sonuçlara neden olmaktadır(.) özellikle moral ve motivasyon düşüklüğü, iş kaybı, işinden ve işyerinden memnuniyetsizlik, iş yapma azminde ve frekansında düşme, anksiyete, yaşamı sorunlu hale getirecek şekilde psikolojik yaralanma, huzursuzluk, öfke stresi, kabus, uyku problemleri, etkili baş ağrısı, kronik sırt ağrıları, spazmlar, kore benzeri hareketler, kendine güvensizlik, ilaç ve alkol kullanma eğilimi, özgüvende azalma, mesleğe duyduğu saygıda inanç kaybı, kendini suçlama, çaresiz ve yalnız hissetme duygusu, cinsel sorunlar ve tükenmişlik duygusu gibi hem kendisi hem ailesi hem de yakın çevresi üzerinde birçok tesir meydana getirmektedir. Özellikle güvensizlik; işine ve mesleğine olan inancını yitirme, kendine olan güveni kaybetme, kaygılarında artış, kendi



kurumunun bireyden yararlanma düzeyini düşürmektedir. Bu stres hali zaman içerisinde öfke, suçlama, kendi içinde bir çatışma psikolojisini getirmekte, kendi mesleğine ve geleceğine karşı bir korku ve endişe yaratmaktadır. Bu travmatik durum genellikle fiziksel şiddet ile olmakla beraber uzun süreli psikolojik şiddet görülmesi, uzun süreli mobinge uğrama gibi durumlarda da meydana gelmektedir. Bu durum zaman içerisinde metabolik ve endokrinolojik problemleri de beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda kaygı endişe ve anksiyete oranı yüksek olan iş verimi düşük ve işinden zevk almayan bireylerin endokrinolojik parametrelerinde ciddi değişimlerin olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Bir öğrenme kuramı olan gözlem ya da model alma yoluyla öğrenme kuramında kitle iletişim araçlarında kendi oyuncağına arkadaşına, kardeşine, karşı cinse ya da bir çocuğa karşı sözlü şiddet uygulanması çocuğun gelecekle ilgili benzer davranışların sergilemesine yol açmaktadır. Televizyonlarımızda son 30 yıl içerisinde ve günümüzde dahil olmak üzere gösterile gelen birçok dizide öğrenmenin toplumsal ahlaki ilkeleri kısmen karşılamadığı bilinmektedir. Dizi içerisindeki davranış akışı şiddete yönlendirmekte, kâr ve reyting amacı ile yapılan bu tür medyatik yapımlar kitlesel bir yönlendirmeyi de içinde barındırdıkları bir gerçektir. Şiddetin yoğun şekilde kullanılması hekim figürlerinin devamlı yanlış karar vermesi işini aksatması ya da hastane içerisinde aşk yaşamaması hemşire ve diğer figürlerin farklı şekillerde sunulması doğru ve kabul edilebilir bir şey değildir.

Sağlıkta şiddet olaylarının özellikle medya guruplarında kitle iletişim araçlarında sunum şekilleri haber sıralamasındaki önceliği ve görüntülerin niteliği ile görüntüler üzerinde yapılan haklı ya da haksız yorumlar şiddet algısının zihin altında perçinlenmesini, eğilim düzeylerinin değişmesini sağlamaktadır. Bu anlamda iletişimin yönü muhakkak değiştirilmelidir. Medyanın iletişim noktasında yapmış olduğu yönlendirme negatiften pozitive çevrilmeli, kitle iletişim araçlarındaki sağlık çalışanları kavramı toplum içinde olduğu şekliyle alınmalı ve bunun bir eğitim sonucu olduğu hissettirilmelidir.

Yine sağlık çalışanlarına karşı özellikle televizyon başta olmak üzere sosyal medya ve diğer iletişim alanlarında önyargılı yaklaşımın bulunması sağlık çalışanlarının hasta ile ilgilenmediği algısının yaratılmaya çalışılması ya da gecikti diye veya kendilerinden daha farklı yaşam şekli ve kalitelerinin olduğuna ilişkin önyargıları silecek yayın şekilleri dizayn edilmelidir.

Kitle iletişim araçlarının naif ve pozitif iletişim modelleri devreye alınmalı, her meslek grubunda olduğu gibi sağlıkta ve sağlık kurumlarındaki şiddete karşı olan ilgi sadece olayın

oluş şekli niteliği, o anlık yarar ve zarar ilişkisinden daha çok ülkenin sosyal kültürel durumu tarihi ilkeleri ahlaki ve dini değerleri ön plana alınarak doğrusunun tarif edilmesi şeklinde bu yanlış örtülmelidir. Sağlıkta şiddet uygulayanlar ile ilgili yapılan röportaj ya da konuşturmalardan yönlendirici sorular sorulmalı toplumsal ahlaka yüce değerlere aykırı olabilecek ya da zihinlerde şiddeti körükleyecek söylem ve konuşmaların verilmesinden kaçınılmalıdır.

Doğru davranış kalıplarının oluşturulabilmesi amacıyla her türlü şiddet olgusu yıpratılmalı, toplumsal değer içerisinde yerinin olmadığı, kültür ve tarihi dinamiklerden yoksun olduğu haber ya da iletişim aracı ile beraber o süre içerisinde doğru şekilde verilmelidir. Toplumun doğru bilgilenmesini sağlayıcı sağlık alanında şiddeti yerici bilinç oluşturmaya teşvik edilmeli sağlık hizmetlerindeki önceliklerin gelişimi ona karşı saygınlığın gerekliliği öncelenmeli ve cazip halde sunulmalıdır.

Şiddetin nedenleri arasında önemli bir yer tutan hasta ve hasta yakınları tarafından pozitif iletişimin negatif iletişime döndüğü yasal olmayan iş ve işlemlerin talep edilmesi durumları ahlak ve kültürü uygun şekilde işlenerek verilmelidir. Sağlık çalışanlarının dizi ve filmlerde sürekli hata yapmaları toplumun değer, anane ve örfü ile dini değerleri ile bağdaşmayacak şekilde ilişki içinde bulunan sağlık çalışanlarını temsil eden figürler sağlık çalışanlarına zarar vermekle kalmayıp toplumun gelecekteki katmanlarının algılarını da zorlamaktadır. Yine sağlık alanına ilişkin hukuki olan ve olmayan birçok durumu benzeri ve örneklenmiş farklı şekillerinin kitle iletişim kanallarında verilmesi toplumun mahremlerinin de sergilenmesi ve birçok yaş grubundan farklı sosyal kültürel düzeydeki insanlar tarafından izlenmesi ve bunlardan etkilenilmesi olasıdır. Örneğin genetik analizler gibi, embriyo transferi gibi, sperm bankaları gibi, bekaretin ikası gibi ya da şekilsel değişiklikler gibi birçok konunun medya aracı edilmesi son derece tehlikeli ve eğer topluma bilgi verilecekse son derece sıkıntılıdır.

Sonuç olarak medya kitle iletişim organlarının tamamı olarak ifade edildiğinde günümüzde bütün bilişsel ve kültürel katmanlardan etkilidir. Elbette sağlık alanında da etkili olması doğaldır. ancak sağlıkta etkinliği ciddi bir ön değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu ön değerlendirme modern bilim, toplumsal ahlak, değer yargıları, töre, örf ve adetler ile toplumun tarihi sosyo-kültürel edinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Aksi takdirde insan değeri hem metabolik hem de psikolojik olarak yıpratılmış olur. İnsan değeri içinde bizim düşüncemize göre hekim de, hemşire de, ambulans şoförü de, yardımcı sağlık personeli de,

sağlık yöneticisi de velhasıl kelim bütün sağlık çalışanları da, hastalar, hasta yakınları, refakatçileri ve bütün insanlık buna dahildir.

## Kaynaklar

1. Abbot J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. (1995). Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 1995;273:1763-7.
2. Abu AlRub, R. F., Khalifa, M. F., & Habbib, M. B. (2007). Workplace violence among Iraqi hospital nurses. Journal of Nursing Scholarship, 39(3), 281-288, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00181.x>.
3. Acar YA., Çevik E., Uyguner C., Çınar O., (2013). Türkiye’de Basın Gözüyle ‘Acil Servis’: Ulusal Gazetelerdeki Acil Servis Haberlerinin İçerik Analizi”, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2013, Sayı: 13/4, <http://www.journalagent.com/tatd/pdfs/TATD-54926->
4. Açık Y, Deveci SE, Güneş G, Gülbayrak G, Dabak Ş, Saka G, ve ark. (2005). Türkiye’de Tıp Fakültelerinde Uzmanlık Eğitimi Almakta Olan Hekimlerin Sözel, Fiziksel ve Cinsel Şiddete Maruz Kalma Sıklığı. 9. Halk Sağlığı Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, GATA, 2005; 185: 415
5. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M.(2002). Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait. Int J Nurs Stud, 2002; 39: 469-478.
6. Akar, Hanife, (2016), Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri, Ed: Saban, A. ve Ersoy, A., Ankara: Anı Yayıncılık.
7. Ağırakça, A. (2016). İslam Tıp Tarihi. Akdem Yayınları, İlmi Eserler, 14 İstanbul.
8. Akdaş EB, Elbek O, Bakır K. (2008). Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası, Gaziantep, 2008.
9. Aktuğ K, Hancı H. (1999). Acil Serviste Şiddet Tehtidi-Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset. İzmir, 1999; s: 1- 7.
10. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökşen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. (2012). Increased Violence Towards Health Care Staff. JAEM 2012; 11: 115-124.
11. Al, Behçet; Zengin, Suat; Deryal, Yahya; Gökşen, Cem vd., (2012), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet”, The Journal of Academic Emergency Medicine, 11:115-124.
12. Annagür, Bilge (2010), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2):161173.
13. Arnetz JE., and Arnetz BB. (2000). Implementation and Evaluation of a Practical Intervention Programme for Dealing with Violence Towards Health Care Workers. J Adv Nurs. Sweden, 2000; 31: 668-680
14. Arnetz JE. and Arnetz BB. (2001) Violence Towards Health Care Staff and Possible Effects on the Quality of Patient Care, Social Science and Medicine, 2001; 52: 417-427.
15. Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur S, Tuğlu A. (2005) Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, Ankara, 2005; 47: 18-23.
16. Atan, S. U., Arabacı, L. B., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Guler, M. U., et al. (2012). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12027>.
17. Aydaş, S. (2014), “Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
18. Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükkuş A. (1980). Violence Against General Practitioners in Turkey. J Interpers Violence, 2009; 24: 1980-1994.

19. Aydın M. (2008). "İsparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı", TTB İsparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, 2008, İsparta.
20. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Güna Y, Kaptanoğlu C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3: 147-154.
21. Ayrancı Ü., Yenilmez Ç., Günay Y., Kaptanoğlu C., (2002). "Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002;3
22. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. (2006). Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence*, 2006; 21: 276-296.
23. Balcıoğlu, İ. (2000). Şiddet ve Toplum, Bilge Yayınları, İstanbul, Şubat, 2000; 191
24. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtuluş A, Turkcuer I. et al. (2006). Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 2006; 23: 364- 369
25. Büyükbayram A., Okçay H., (2013). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(1)
26. Büyükbayram, Ayşe ve Okçay, Hale. (2013). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, ss. 46-53.
27. Chen, W. -C., Hwu, H. -G., Lin, Y. -P., Guo, Y. -L. L., Su, T. -S., & Wang, J. -D. (2010). Workplace violence from psychiatric patients. *Journal of Occupational Safety and Health*, 18, 163–176
28. Couto, M. T., & Lawoko, S. (2011). Burnout, workplace violence and social support among drivers and conductors in the road passenger transport sector in Maputo City, Mozambique. *Journal of Occupational Health*, 53(3), 214–221.
29. Çımarlı, İnci ve Yücel, Halime. (2013). "Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet", *Galatasaray Üniversitesi, İletişim Fakültesi Dergisi Özel Sayı*, İstanbul, ss.35-57.
30. Davidson R. Putnam KM. ve Larson CL (2000). . Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation- a Possible Prelude to Violence. *Science*, 2000; 289: 591-594.
31. Demir, D., & Rodwell, J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 376–384.
32. Demiray, F. Nihan. (2014). "Türkiye'nin Sağlık Okur Yazarlığı Gerçeği", *Bakış Dergisi*, Aralık, Sayı:19.
33. Doğan S, Güler H, Kelleci M. (2001). Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2001; 5: 21-23.
34. Dolu, O., Büker, H., Uludağ,Ş., (2010). "Şiddet İçerikli Video Oyunlarının Çocuklar ve Gençler Üzerindeki Etkileri: Saldırganlık, Şiddet ve Suça Dair Bir Değerlendirme", *Adli Bilimler Dergisi*, Cilt:9, sayı: 4, (ss54-75).
35. Dussault, J., Jauvin, N., Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2010). Prévention de la violence entre membres d'une même organisation de travail: Évaluation d'une intervention participative. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 98.
36. Elbek, Osman; Bakır, Kemal, (2012), "Hekimlere/Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet", *Değişen Dünyada Biyoetik*, 163-171. Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No: XVIII, İstanbul.
37. Erkol H, Gokdogan MR, Erkol Z, Boz B. (2007). Aggression and Violence Towards Health Care Providers – A Problem in Turkey. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007; 14: 423-428.
38. Erten Y. ve Ardalı C. (1996). Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları, *Cogito*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1996; 6: 143-164
39. Ferri, Paola; Silvestri, Monica; Artoni, Cecilla and Di Lorenzo, Rosaria, (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*, 263-275.

40. 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* 2010;10:51.
41. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm* 2009;39:340-9.
42. Gates, D.M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59–66.
43. 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, 2008; 15: 25-28.
44. Gömbül Ö, Buldukoğlu, K. Hemşirelerin Kadın ve Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Görüşleri, *Kriz Dergisi*, 1997; 5: 103- 114.
45. Guay, S., Goncalves, J., & Jarvis, J. (2014). Verbal violence in the workplace according to victims' sex — A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 572–578.
46. Gülağ B, Karcioğlu Ö, Koseoğlu Z, Sarı A. Dangers Faced by Emergency Staff: Experience in Urban Centers in Southern Turkey. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 2009; 15: 239-242.
47. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. (2012). Patient and Visitor Violence in the General Hospital, Occurance, Staff Intervations and Consequences: A Cross-Sectional Survey. *J Adv Nurs*, 2012; 10: 1365-2648.
48. Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685–2699.
49. Henry LJ, Ginn GO. (2002). Violence Prevention in Health Care Organizations within a TQM Framework. *Journal of Nursing Administration*, 2002; 32: 479-486
50. Henzel, Zahide Olgun; Kadioğlu, Selim, (2012), Tıp-Şiddet İlişkileri Genel Çerçevesinde Hekimlere Yönelik Saldırıları Hakkında Analitik Bir Değerlendirme, *Değişen Dünyada Biyoetik*, 172-178.
51. M. S., & Barling, J. (2010). Towards a multi-foci approach to workplace aggression: A meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. *Journal of Organizational Behavior*, 31(1), 24–44, <http://dx.doi.org/10.1002/job.621>.
52. Herath, P., Forrest, L.,McRae, I., & Parker, R. (2011). Patient initiated aggression— Prevalence and impact for general practice staff. *Australian Family Physician*, 40(6), 415–418. Hershcovis,
53. Hewitt JB, Levin PF. (1997). Violence in the workplace. *Annu Rev Nurs Res* 1997;15:81-99.
54. Hills, D., & Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents,consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 554–569.
55. ILO, ICN, WHO, PSI. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, Workplace Violence in The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire, Geneva, 2003
56. İlhan, Mustafa Necmi. Çakır, Mustafa. Tunca, Müzeyyen Zeyneb ve Diğ., (2013). “Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar”, *Gazi Tıp Dergisi*, Ankara, C.24, S.1, ss.5-10.
57. Jansen GJ, Dassen TW, Groot Jebbink G.(2005). Staff Attitudes Towards Aggression in Health Care: A Review of the Literature. *J Psychiatry Ment Health Nurs*, 2005; 12: 3-13.

58. Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S.(2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010; 60: 22.
59. Keep N, Glibert P, (1992). 1990–1991 California ENA Government Affairs Committee. California Emergency Nurses Association’s informal survey of violence in California emergency departments. *J Emerg Nurs* 1992;18:433-9.
60. Kısa A, Dziegielewska S, Ateş M. Sexual harassment and its consequences: a study within Turkish Hospitals. *J Health Soc Policy* 2002;15(1):77-94.
61. Knowk RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK. et al.(2006) Prevalence of Workplace Violence Against Nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 2006; 12: 6-9. 17.
62. Farrell GA, Bobrowski CP. (2006). Scoping Workplace Aggression in Nursing: Finding From an Australian Study. *J Adv Nurs*, 2006; 55: 778-787.
63. Kurg, Etienne G. Dahlberg, Linda L. Mercy ,James A. ve diğ. (2002). “World Health Report on Violence and Health”. World Health Organization (WHO) Publications, Geneva.
64. Kynoch K, Wu CJ, Chang AM. (2011). Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review *Worldviews on Evidence-Based Nursing* Second Quarter, 2011; 76-86.
65. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. (2004). Violence in the Emergency Department: A Literature Review. *Aust Emerg Nurs J*, 2004; 7: 27-37.
66. Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL.(1988). Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1988;17:1227-33.
67. Stultz MS.(1993). Crime in hospitals 1986–1991 — the latest IAHSS surveys. *JHealthc Prot Manage* 1993;9:1-25.
68. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST. (1998). Insights of nurses about assault in hospitalbased emergency departments. *Image J Nurs Sch* 1998;30:249-54.
69. Lin YH, Liu HE. (2005). The Impact of Workplace Violence on Nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud*, 2005; 42: 773-778.
70. Lion JR, Snyder W, Merrill GL.(1981). Under-reporting of assaults on staff in a state hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1981;32:497-8.
71. Liss GM, McCaskell L. (1994). Injuries due to violence: Workers’ Compensation claims among nurses in Ontario. *AAOHN J* 1994;42:384-90.
72. Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203–210, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x>.
73. Mahoney BS. (1991). The extent, nature, and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania. *J Emerg Nurs* 1991;17:282-94.
74. Murray MG, Snyder JC. (1991). When staff are assaulted. A nursing consultation support service. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1991;29:24-9.
75. Newman, C. J., de Vries, D. H., d'Arc Kanakuze, J., & Ngendahimana, G. (2011). Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality. *Human Resources for Health*, 9(1), 19–31.
76. Ng, K., Yeung, J., Cheung, I., Chung, A., & White, P. (2009). Workplace violence—A survey of diagnostic radiographers working in public hospitals in Hong Kong. *Journal of Occupational Health*, 51(4), 355–363.
77. Nijman HLI, Merckelback HLG, Allertz WFF, Campo J. (1997). Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatr Serv* 1997;48:694-8.
78. Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR.(2009). Non-pharmacologic Management of Violence in Psychiatric Emergencies. *Prim Psychiatry*, 2009; 16: 49-53.
79. Opie, T., Lenthall, S., Dollard, M., Wakerman, J., MacLeod, M., Knight, S., et al. (2010). Trends in workplace violence in the remote area nursing workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 18–23.

80. Öktem, İbrahim Suat; Baykan, Zeynep; Çetinkaya, Fevziye; Naçar, Melis, (2013), İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Şiddete Uğrama Durumları, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ki-tabı, 27-31 Ekim 2013, Antalya.
81. Özcan, Fatih; Yavuz, Erdiñ, (2017), Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında, *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3):66-74.
82. Özen Çöl S. (2008). İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Çalışma ve Toplum, 2008; 4: 107-134.
83. Pane GA, Winiarski AM, Salness KA. (1991). Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Ann Emerg Med* 1991;20:283-6.
84. Pazarbaşı, B., Turanlı, E. (2014). Dijital Çağda Gündem Belirleme ve Sosyal Medyanın Rolü: Ulusal Basında Sosyal Medya Kaynaklı Haberler Üzerine Bir Değerlendirme, I. Uluslararası İletişim Bilimi ve Medya Araştırmaları Kongresi Bildiri Kitabı, Kocaeli Üniversitesi, 572599.
85. Pınar, Tevfik ve Pınar, Gül. (2013). “Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet”, *Derleme, TAF Preventi ve Medicine Bulletin*, ss.315-326.
86. Pinar, R., & Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: A survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 510–517, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03520.x>
87. Position Statement: Violence against nurses: ‘zero tolerance’ for violence against nurses and nursing students. The Registered Nurses’ Association Of Ontario (RNAO), 2008
88. Rees C, Lehane M. (1996). Witnessing violence to staff: a study of nurses’ experiences. *Nurs Stand* 1996;11:45-7.
89. Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing/Sigma Theta Tau*, 42(1), 13–22.
90. Rose M. (1997). A survey of violence toward nursing staff in one large Irish accident and emergency department. *J Emerg Nurs* 1997;23:214-9.
91. Ryan, E. P., Aaron, J., Burnette, M. L., Warren, J., Burket, R., & Aaron, T. (2008). Emotional responses of staff to assault in a pediatric state hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36(3), 360–368.
92. Saeki, K., Okamoto, N., Tomioka, K., Obayashi, K., Nishioka, H., Ohara, K., et al. (2011). Work-related aggression and violence committed by patients and its psychological influence on doctors. *Journal of Occupational Health*, 53(5), 356–364.
93. Sağlık-sen Raporu, 2013
94. Samir, N., Mohamed, R., Moustafa, E., & Saif, H. A. (2012). Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(3), 198–204.
95. Sarcan, Emine, (2013), Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı, Gazian-tep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
96. Selçuk, Mehmet, (2015), Çekinik (Defansif) Tıp, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
97. Studdert, M. David; Mello, M. Michelle; Sage, M. William; et al, (2005), Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment, *JAMA Internal Medicine*, 293(21):2609-2617.
98. Sullivan C, Yuan C.(1994). Workplace assaults on minority health and mental health care workers. *Am J Public Health* 1994;85:1011-4.
99. Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı FM, Öztürk D ve ark. (2011). Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011;11:110–4



100. T.B.M.M. (2013). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu” 24. Yasama Dönemi, 3. Yasama Yılı, Ankara.
101. Thompson, R. S., Rivara, F. P., & Thompson, D. C. (2000). Effectiveness of an intervention for domestic violence in primary care practice. *Am J Prev Med*, 19, 253-63.
102. Turhan, Ömer; Ahmed, Fahad; Aslan, Dilek; Erişgen, Gülriz; vd., (2014), Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik Şiddet Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
103. Tatal, Zehra Baykal; Babayiğit, Münire; Dereli, Necla; Güleç, Handan; vd. (2015), “Hastane-mizde 2013 Yılı İçinde Beyaz Kod-Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olaylarının Retrospektif Değerlendirmesi”, *Journal of Anesthesia – JARSS*, 23 (3): 156 – 159.
104. Türk Tabipler Birliği (TTB) (2013), Şiddetle Başa Çıkmak, Teknik Hazırlık & Baskı Hermes Tanıtım Ofset, Ankara. <http://www.ttb.org.tr/siddet>,
105. Türk Tabipleri Birliği. (2015). Merkez Konseyi 20142015 Çalışma Raporu.
106. Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu Raporu. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi, 2013; 454.
107. Uzun, O. (2003). Perceptions and Experiences of Nurses in Turkey About Verbal Abuse in Clinical Settings. *J Nurs Scholarsh*, 2003; 35: 81-85.
108. Ünsal, A. (1996). Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi. *Cogito*, 1996; 6: 29-36.
109. Walter, B. Aggression and Violence: Examine the Theories. *Nurs Stand*, 1998; 12: 36-37.
110. Winstanley S. and Whittington R. Aggression Towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments. Blackwell Publishing, 2004; 13: 3-10.
111. Winstanley S. and Whittington R. (2004). Aggressive Encounters Between Patients and General Hospital Staff: Staff Perceptions of the Context and Assailants’ Level of Cognitive Processing. *Aggressive Behavior*, 2004; 30: 534-543.
112. Winstanley S. (2005). Cognitive Model of Patient Aggression Towards Health Care Staff: The Patient’s Perspective. *Works & Stress*, 2005; 19: 340-350.
113. Yakut, İbrahim; Burhan, Başak Yalçın; Çiftçi, Atilla; Orhan, Mehmet Fatih, (2012), “Sağlıkta Güvenlik Ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkolo-ji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden Bir Çalışma”, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(3):146-154.
114. Yeşilbaş, Hande. (2016). “Sağlıkta Şiddete Genel Bakış”, *YÖHED, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Sağlıkta Şiddete Genel Bakış, Şubat, Cilt 3, Sayı 1, ss.44-54.
115. Yıldırım D, Yıldırım A. [Mobbing behaviors encountered by health science faculties staff and their responses to them]. *J Med Sci* 2010; 30 (2)559-70.



## Sağlık çalışanına şiddet ve önlenmesine yönelik yasal düzenlemeler

Cemile ÇELEBİ<sup>1</sup>

### Özet

Sağlıkta şiddet; tüm sağlık çalışanlarının ortak sorunu olarak her gün sıkça karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanları içerisinde en sık şiddete maruz kalanlar kadın sağlık çalışanları (hemşire ve hekimler), en çok şiddet olayının olduğu birimler ise acil servislerdir. Sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesi ve çalışan güvenliğinin sağlanması konusunda boşluklar meydana getirmektedir. Sağlıkta şiddetin engellenmesi için güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemeler de gereklidir. Sağlık Bakanlığı'nın, şiddete uğrayan sağlık çalışanı için başlattığı "1111-Beyaz kod" uygulaması, şiddeti önlemede önemli bir adımdır ve merkezi bir veri havuzu oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut yasal düzenlemeleri, sağlık çalışanına şiddet uygulayan kişilere idari bir yaptırım öngörmemektedir. Sağlık çalışanına yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler Türk Ceza kanunlarının genel hükümlerine tabi tutulmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlıkta şiddetin önlenmesinde, sağlık ortamının tüm bileşenleri, sağlık meslek kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları ve Adalet Bakanlığı ile işbirliği yapmalıdır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayı ile karşılaşıldığında kamudaki tüm yöneticiler aynı tepkiyi göstermelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanına şiddet, yasal düzenlemeler

<sup>1</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Arş. Gör. Uzm., ccelebi48@gmail.com

### Giriş

Toplumların en büyük sorunlarından biri olan ve her alanda görülen şiddet sağlık sektöründe de yaşanmaktadır. Araştırmalara göre, her yıl sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riski artmaktadır. Şiddet sadece sağlık çalışanlarına zarar vermekle kalmamakta aynı zamanda kuruma, tedavi hizmeti bekleyen diğer hastalara da zarar vermektedir. Sağlık çalışanlarının görevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirmeleri için her şeyden önce güvenli bir ortamda çalışmaya gereksinimleri vardır (Solmaz ve Duğan 2018).

WHO'nun işyeri şiddet tanımı "Diğer bir kişiye ya da bir gruba işle ilişkili bir durumda hem yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan hem de yüksek derecede bu neticelerle sonuçlanma ihtimali bulunan, gerçekleştirerek ya da tehdit ederek kasten güç kullanmaktır"(WHO 1995). Avrupa Komisyonunun tanımı ise "İşyerinde şiddet, çalışanın işi nedeniyle (işine gidip gelirken olanlar da dâhil) maruz kaldığı, açıkça ya da üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır." şeklindedir ( Wynne ve ark. 1997).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation–WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses -ICN), işyerinde şiddeti, uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilenilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak; Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), dünya genelinde uyuşturucu, alkol, sigara kullanımı ve HIV/AIDS ile birlikte dünya için büyük bir risk olarak; International Council of Nurses (ICN), etkili hasta bakım hizmeti verilebilmesini tehdit eden önemli bir faktör olarak değerlendirmektedir.( ICN, PSI, WHO, ILO. Switzerland, 2005)

İş yerinde yaşanan şiddete ilişkin farkındalık yaratmanın önemli olduğu ve sağlık kurumlarının şiddetin en fazla yaşandığı iş alanlarından biri olduğu bilinmektedir (Warren 2011, Büyükbayram ve Okçay 2013). Sağlık alanında hizmet veren bireyler, diğer iş alanlarındaki çalışanlara göre 16 kez daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar (Al ve ark. 2012).

Sağlık kurumlarında, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Ayrıca işlerin yoğun fakat çalışan sayısının yetersiz olması, aşırı kalabalık ortamda çalışma, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği ve yeterli sayıda güvenlik görevlisinin olmaması gibi bir takım faktörler şiddet riskini artıran unsurlar arasında sayılabilir (Çamcı ve Kutlu, 2011).

Dünya Sağlık örgütü (WHO), Uluslararası çalışma örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti " başlıklı ortak raporunda sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini uyguladıkları süre içinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Nau ve ark. 2009).

Öztunç (2005)' un yaptığı çalışmada gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin sözel taciz (% 70.9), sözel ve cinsel taciz (% 18.2), sözel korkutma (% 54.5) ve fiziksel saldırılara (% 18.2)

daha fazla uğradıklarını saptanmıştır. Bazı çalışmalarda gece vardiyasında şiddetin gündüz vardiyasına oranla daha fazla olduğu ve şiddetin en sık olduğu saat aralığının ise 16.00-20.00 olduğu saptanmıştır (Ergün ve Karadakovan 2005, Lau ve ark 2004).

Türkmenoğlu ve Sümer (2017)'nin yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının son bir yılda şiddete uğrama oranı (% 49.79), çalışma yaşamı boyunca herhangi bir zamanda şiddete uğrama oranı ise (% 95.51), son bir yıl içerisinde 112 çalışanlarının herhangi bir şiddete uğrama oranı (% 66.67), acil servis çalışanlarının ise (% 70.67) olduğu saptanmıştır. Şiddete uğranan kurum olarak devlet hastanesi (% 57.96), klinik olarak acil servisler (% 70.67) ve 112 aciller (% 66.67) ilk sırada almıştır. İlhan ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada, şiddet olaylarının en çok acil servislerde ve devlet hastanelerinde görüldüğü saptanmıştır.

Bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da sağlık çalışanları içerisinde kadınların daha çok şiddete uğradıkları gösterilmiştir. Meslek gruplarına göre incelendiğinde hemşirelerin daha sık şiddete uğradığı, ikinci sıklıkta ise pratisyen hekimlerin daha sonra da uzman hekimlerin ve diğer personelin olduğu gösterilmiştir (Ayrancı ve ark 2002, Lau ve ark 2004, Ayrancı ve ark. 2006).

Sağlık kurumlarındaki şiddetin bildiriminin düşük olduğu, yalnızca yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği çalışmalar da öne çıkmıştır. İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olaylarla sınırlı kaldığı belirtilmiştir (Erkol ve ark 2007). Sağlık çalışanlarının % 21'i şiddetin önlenemeyeceğini, % 66'sı şiddet uygulayanlara ceza uygulanmadığını düşünmektedir (İlhan ve ark. 2013).

### **Sağlık Çalışanına Şiddetin Nedenleri**

Hastalar ve hasta yakınları kendilerinin veya yakınlarının sağlık durumlarına ilişkin kaygıları yüksek olan kişilerdir. Hastanenin fiziksel koşullarındaki olumsuzluklar zaten kaygılı olan kişileri negatif etkileyebilir. Bunun yanında sağlık hizmetleriyle ilgili olarak yapılan yeniliklerin veya bu konudaki mevzuatın kişilere tam anlamıyla aktarılamamış olması da şiddeti tetikleyen bir nedendir. Mevzuatı veya prosedürleri tam olarak bilmeyen bireylerin beklentileri yükselecek ve yapılması gereken rutin işlemler kendilerine eksik yapıldığını düşünmektedir. Bunun yanında tedavi ve muayene sürelerinin kısa tutulması iş yoğunluğundan kaynaklansa da şiddetin temel nedenlerinden biridir. Yeterli güvenlik önlemlerinin alınamaması, sağlık çalışanı sayısındaki eksikliğin sisteme olumsuz geri dönüşleri, sağlık çalışanlarına şiddet konusunda

etkili bir çözüm bulunamamış olması ve performansa dayalı ödeme sistemi ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin olumsuz yönleri şiddetin örgütsel-kurumsal etkenlerine örnek verilebilir. (TBMM 2013)

Şiddetin toplumsal etkenleri incelendiğinde; toplum ve bireyin şiddet eğilimindeki artışın, günlük yaşamda da karşımıza çıkan hoşgörüsüzlüğün ve olumsuz olayların kanıksanmış olmasının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkilediği söylenebilir. Bunların yanı sıra sağlıklı iletişim kuramama, empati yapamama, şiddet ile hak arama ve bunların getirdiği önyargı günlük hayatı etkileyecek öneme sahip sorunlardır. Bunlara ek olarak medyanın olumsuz yönlendirmesi, hekimin bilgisinin sorgulanır hale gelmesi, televizyonda ve gündelik hayatta şiddetin özendirilir hale gelmiş olması şiddetin toplumsal etkenlerine örnek verilebilir (TBMM 2013)

Dünya Sağlık Örgütü, dünyadaki sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine oldukça önem vermektedir. Bu konu, sadece sağlık çalışanlarının psikolojik ve fiziksel iyilik halini olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda çalışma motivasyonlarını da bozmaktadır. Sonuçta, şiddet, sağlık bakımının kalitesini bozmakta ve sağlık bakımını riske sokmaktadır (WHO). Dünya Hekimler Birliği, hükümetlere ve şiddet durumuna müdahil olan tüm kesimlere, bazı sorunları anlama, farkına varma konusunda çağrıda bulunmuştur. Dünya Tabipler Birliği'nin, şiddet olaylarına konu olan tüm taraflara ve hükümetlere çağrısı aşağıdaki 7 maddede sıralanmıştır:

1. Cenevre Sözleşmeleri ve ek protokollerine uygun olarak silahlı çatışmalar ve diğer şiddet olayları da dâhil olmak üzere sağlık çalışanının bağımsızlığını ve kişisel güvenliğini her zaman sağlayın.
2. Sağlık çalışanının, yaralı ve hastalara çatışma sırasındaki rollerine bakılmaksızın hizmet vermelerini ve tıbbi görevlerini bağımsız olarak, ceza veya yıldırma korkusu olmaksızın meslek ilkelerine uygun olarak yürütmelerini sağlayın.
3. Yaralıların ve tıbbi yardıma gereksinim duyan diğer insanların, yeterli tıbbi olanaklara güvenli bir şekilde erişmeleri gereksiz yere engellenmemelidir.
4. Sağlık çalışanları için mümkün olan en güvenli çalışma ortamını sağlayın, onları, sağlık hizmetlerini, tıbbi nakilleri ve bunlardan yararlanan insanları koruyun.

5. Çatışma durumlarında tıbbi tarafsızlığı koruyan uluslararası insani ilkelere ve insan hakları hukukuna saygı gösterin ve teşvik edin.

6. “Silahlı çatışmalar ve diğer şiddet durumlarında sağlık çalışanlarının sağlamlığı ve korunması hakkındaki Dünya Tabipleri Birliği’nin bildirgesinde belirtildiği gibi sağlık çalışanına ve sağlık kurumlarına yönelik şiddeti belgeleyen raporlama mekanizmaları oluşturun.

7. Sağlık çalışanlarının korunmasıyla ilgili uluslararası hukuk kurallarının farkındalığını artırın ve sağlık hizmetlerine yönelik tehditlerle mücadele stratejilerini belirlemek için farklı meslek kuruluşları ile iş birliği yapın. Dünya Tabipleri Birliği ve Kızıl Haç Uluslararası Komitesinin “Tehlike altındaki sağlık hizmeti projesi” ndeki iş birliği buna bir örnektir (WMA, Özcan ve Yavuz 2017).

### **Ülkemizde Devletin Koruma Yükümlülüğü Kapsamında Alınan Önlemler**

Sağlık çalışanına şiddeti önlemeye yönelik yapılan çalışmalardan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı düzenleme Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası kapsamındaki bazı düzenlemeler çalışanı ve çalışan sağlığını koruyucu önlemleri içermektedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2013). İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ayrıca, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihli ve 6665 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” konulu genelge yayımlanmıştır. Bu genelgenin amacı, “sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması” şeklinde belirlenmiş ve genelge kapsamında sağlık çalışanına şiddeti önlemek amacıyla birtakım önlemler alınması istenmiştir. Ayrıca, 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde şiddete maruz kalan sağlık personellerine hukuki yardım yapılması kararlaştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenmesi için bir dizi yasal düzenleme yapılmış ve önlem alınmaya çalışılmıştır. Bunlardan ilki 2009 tarihli “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” dir (Yürürlük tarihi 16.10.2009). Bu tebliğ ile sağlık hizmetinin verildiği kritik alanlara giriş çıkışların kontrollü olarak sağlanması, yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulması, ortak kullanım alanlarında

kamera sistemi ile izlemenin yapılması ve gerekli önlemlerin alınması kararlaştırılmıştır (TBMM 2013).

06.04.2011 tarihinde yürürlüğe giren Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile çalışanların güvenliğinin sağlanması ve çalışanlara yönelik fiziksel şiddetin önlenmesine yönelik düzenleme yapılması ve tedbirlerin alınması gerektiği kararlaştırılmıştır (TBMM 2013). 28.04.2012 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı ve bu bakanlığa bağlı kuruluşlarda görev yapan çalışanlara sağlık hizmetinden yararlanırken veya görevlerinden dolayı gerçekleştirilmiş bir suçun varlığı durumunda yararlanacakları hukuki yardım kararlaştırılmıştır (TBMM 2013). 14.05.2012 tarihinde Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi ile hizmetten çekilme kurumu düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile sağlık çalışanları acil durumların gerektirdiği hizmetler dışındaki durumlar için, görevlerini yaparlarken şiddete uğradıkları takdirde ilgili kişi ve kurumlara bildirerek görevlerinden çekilebileceklerdir (TBMM 2013). 26.04.2012 tarihinde İçişleri Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi ile sağlık çalışanlarına kamu görevleri nedeniyle işlenen yaralama, tehdit ve hakaret fiilleri sebebiyle şikâyetleri aranmaksızın hastane polisi veya kolluk güçleri tarafından işlem yapılması ve durumun Cumhuriyet Savcılığına bildirilmesi kararlaştırılmıştır (TBMM 2013). Bunlara ek olarak Hastane Hizmet Kalite Standartları 2011 Rehberi ile her hastanede bir Çalışan Güvenliği Komitesi kurulması ve Beyaz Kod yöntemine ilişkin olarak düzenleme yapılması ve yöntemin gerektirdiği fiziksel ve kamusal önlemlerin alınması gerektiği kararlaştırılmıştır (TBMM 2013).

Yalnızca yasal önlemlerle yetinilmemiş, bunlara ek olarak konu ile ilgili sempozyumlar düzenlenmiş, spot reklamlar ve ilanlar ile toplumun bilgilendirilmesi sağlanmış, Beyaz Kod ile ilgili eğitimler verilmiş ve hastane personelleri ile sağlık çalışanlarına iletişim eğitimleri verilmiştir (TBMM 2013). Alınan önlemler arasında Beyaz Kod Sistemi yadsınamayacak derecede önemlidir. Bu sistem, bir erken uyarı sistemidir. Sistem dâhilinde şiddet vakasının belirtileri gerçekleşir gerçekleşmez Beyaz Kod bildirim ve çağrısı yapılır ve böylece olaya müdahale edilir ve olay ile ilgili tutanak tutulması sağlanır. Devamında hukuki prosedürler kamu avukatları tarafından yerine getirilir. Beyaz Kod sisteminin şiddeti önlemede önemli bir adım olduğu kabul edilmelidir. Ancak sağlık çalışanları sistemin uygulanmadığı ya da doğru uygulanmadığı görüşündeler.

## Hukuki Düzenlemeler

Türk Ceza Kanunu'na (2004 tarih, 5237 sayılı) göre kasten öldürme, kasten yaralama, cinsel taciz, cinsel saldırı, şantaj, cebir, ayrımcılık, hakaret, kötü muamele, iftira ve kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma gibi şiddet içeren durumlar kanunla belirtilen durumlarda uygulandığında suç teşkil etmektedir. Bu kanununun 105. maddesinde ise, cinsel tacize ilişkin hükümler yer almaktadır. "Eğer bir kimse bir başkasını cinsel amaçlı olarak taciz eder ve mağdur tarafından şikâyet edilirse, hakkında üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına mahkûm edilir," denilmektedir. Bu ve benzeri durumlar, eğitim, hiyerarşi, hizmet veya aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıda adı geçen fıkraya göre cezası yarı oranında arttırılarak uygulanmaktadır. Bu nedenlerle eğer kişinin işini terk etmek mecburiyetinde kalması söz konusu olursa, cezası bir yıldan az olamaz hükmü getirilmiştir (Türk Ceza Kanunu 2005).

Türk ceza kanununda sağlıkta çalışanlara yönelik hukuksal haklar iki ana başlık altında toplanmaktadır.

- 1. Ceza hukuku yaptırımları:** Sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların başında yaralama, tehdit ve hakaret suçları gelmektedir.

TCK.m.86: Yaralama

Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuzu kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silâhla,

İşlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır. Cezalar;

- 18 aydan 4,5 yıla kadardır,

- Uzlaşma mümkün değil.
- Hükmün açıklanması geri bırakılabilir.
- Erteleme mümkün.

#### TCK.m.106: Tehdit

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. Mal varlığı 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.m.125: Hakaret

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. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilât ederek işlenmesi gerekir.

### **2. Tazminat hukuku yaptırımları:** Hem yaralama hem de hakaret nedeniyle tazminat davası açılabilir.

Hem ceza hem de tazminat davalarında idareye bildirme-ispat takip-süreçleri önemlidir.

1. İdareye bildirerek, idarenin takip etmesinin sağlanması gerekir.
2. İspat bakımından, tanıkların varlığı ve tutanak tanzimi önemlidir.
3. Ceza davası kendiliğinden yürür. Polis, savcı ve mahkemede birer defa ifade verilir, herhangi bir masrafı yoktur.
4. Tazminat davasını aktif olarak yürütmek gerekir. Aksi takdirde dava düşer. Davayı açmak ve yürütmek belli bir maddi külfeti gerektirir. Dava kazanılırsa bu miktar karşı taraftan alınır.

### **Şiddetin bildirimi**

Çalışmalarda sağlık çalışanlarının genelde kendilerine olan şiddet olayını destek görüp görmeme endişesi ile bildirilme/rapor etme konusunda tereddüt yaşadıklarını belirtmektedirler (Yıldırım ve Yıldırım 2007). Bununla beraber fiziksel saldırı sonrası bildirim oranının sözel



saldırıya göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda da saldırının türüne bakılmaksızın bildirim oranının %50 ve üzerinde olduğunu belirtilmiştir (Uzun 2003, Ergün ve Karadakovan 2005). Hemşirelere yönelik cinsel içerikli şiddetin bildirim oranının düşüklüğü dikkat çekmektedir (%21.6) (Çelik ve Şenol Çelik 2003). Bazen de saldırıya uğrayanlar fiziksel saldırılardan daha fazla zarar gördüğü için bunu bildirmekte, diğer şiddet türlerini mesleğin doğasında olan bir durum olarak değerlendirmekte ya da bildirimde bulduklarında sonuç alamamaktan veya suçlanmaktan korkmaktadırlar (Öztunç 2005). Değişik kültürlerde saldırılar her zaman şiddet olarak algılanmamakta ve bu yüzden bildirim yapılmamaktadır (Ergün ve Karadakovan 2005).

## **Sonuç ve Öneriler**

Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayları son yıllarda artış göstermektedir. Sağlık çalışanlarının birçok nedenle şiddete maruz kalmasıyla birlikte şiddetten etkilenme durumları ve boyutları da farklılaşmaktadır. İşyerinde şiddet, hem bireyin sağlığının bozulmasına hem de kurumsal zararlara neden olmaktadır. İşyerinde şiddet önemsiz, nedenleri incelenmez ya da etkileri değerlendirilmezse, mağdurda fiziksel hastalıklara, psikolojik bozukluklara, mesleği bırakmaya, sigara ve alkol istismarı gibi birçok sağlıkla ilgili ve sosyal sorunlara neden olabilir ve bunlara bağlı olarak iş kazaları, sakatlıklar ve hatta intiharlar görülebilir. Hizmet verdikleri kişilere karşı kendilerini risk altında hisseden sağlık çalışanları, korkunun işlerinin bir parçası olduğuna inanmaya başlayabilirler. Sonuçta bu durum, risk oluşturan kitlenin sağlık bakımlarının daha az güvenle, daha az adanmışlıkla yapılması ya da ihmal edilmesi, hizmet kalitesinin olumsuz etkilenmesi sonucunu doğurabilir.

Şiddetin cezai yaptırımlarıyla ilgili yasal düzenlemelerin uygulanması, şiddet mağduru sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına kamu spotlarında yer verilmesi, sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarının yazılı ve görsel basınla sağlık çalışanları ve hizmet alanları içeren çift yönlü bakış açısıyla verilmesi gibi şiddetin önlenmesine yönelik önlemler ele alınmalıdır.

Sağlık çalışanlarının şiddeti önleme ve bu yönde duygu ve davranışlarını yönetme konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi, sağlık kurumlarında fiziki yapı ve donanımla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması, çalışanların sahip oldukları haklar, mevcut kanunlar, şiddet kapsamına giren davranışlar, şiddete maruz kaldıklarında neler yapabilecekleri konusunda gerekli bilgilendirmenin yapılması, sağlık kurumlarına yönelik alınacak önlemler arasındadır. Sağlık çalışanlarının uğradıkları şiddet olayını raporlamalarının sağlanması, sağlık

ekibi üyelerinin aralarında yaşadıkları rol belirsizliğinin giderilerek ekip üyesinin kendi iş tanımını dışındaki işlerden sorumlu tutulmaması ve sağlık çalışanlarının eğitiminde şiddet ve önleme konularına yönelik derslere yer verilmesi de sağlık çalışanlarına ilişkin olarak alınacak önlemler şeklinde ele alınabilir.

Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulmasına yönelik sivil toplum örgütlerinin desteklenmesinin sağlanması ile bireysel ve toplumsal şiddete duyarlılığın artırılmasının sağlanması gerekmektedir.

### **Kaynakça**

Al B., Zengin S., Deryal Y., Gökçen C., Yılmaz D. A., Yıldırım C. Increased violence towards health care staff. *JAEM*, 2012; 11: 115-24.

Ayrancı U, Yenilmez C, Balcı Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*, 2006; 21:276-296.

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3:147-154

Büyükbayram A, Okçay H. The sociocultural factors that affect violence in health care personnel. *J Psy Nurs*, 2013; 4: 46-53.

Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(1):9-16.

Çelik Y, Şenol Çelik S. Sexual harassment against nurses in Turkey. *J Nurs Scholarship*, 2007; 39: 200-6

Dikmen, E.A. Sağlık Hakkı'nda Devletin Koruma Yükümlülüğü: Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet Açısından Bir İnceleme. *Journal of Security Studies*, 2015, 7(3):79-95.

Ergün F. S., Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*, 2005;52:154-60.

Erkol H., Gökdoğan M. R., Erkol Z., Boz B. Aggression and violence towards health care providers-a problem in Turkey? *J Forensic Leg Med*, 2007; 14:423- 428.

Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector- The training manual. ICN, PSI, WHO, ILO. Switzerland, 2005.

İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, ve ark. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. *GMJ* 2013; 24: 5-10

İlhan N. M., Çakır M., Tunca M. Z., Avcı E., Çetin E., Aydemir Ö., Tezel A., Bumin M. A. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar ve Davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 2013, 24(1): 5-10.

Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. Aust Emerg Nurs J, 2004;7:27-37.

Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The DeEscalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs, 2009;65:1956-64.

Özcan F., Yavuz E. Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. The Journal of Turkish Family Physician, Yıl: 2017 Cilt: 8 Sayı: 3

Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2005;5:1-9.

Solmaz, B., Duğan, Ö. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2018, Cilt:18, Yıl:18, Sayı: 2, 18: 185-206

Türkmenoğlu B., Sümer H. E. Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı. Ankara Medical Journal, 2017, 4: 216-225. doi: 1017098/amj.364161

Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. J Nurs Scholarsh 2003; 35: 81-5.

Violence: A public health priority. Geneva: World Health Organization, 1995.

Warren B. Work place violence in hospitals: safe havens no more. J Health Prot Manage 2011; 27: 9-17.

WHO.Violence against health workers.

[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/workplace/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/) Erişim tarihi: 04.08.2019

World Medical Association. WMA Declaration on the Protection of Health Care Workers in situation of Violence. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-the-protection-of-health-care-workers-in-situation-of-violence> Erişim tarihi: 04.08.2019

Wynne R, Clarkin N, Cox T, Griffiths A. Guidance on the prevention of violence at work. Luxembourg: European Commission, DG-V, 1997.

Yıldırım A, Yıldırım D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in health care facilities in Turkey and its effect on nurses. J Clin Nurs 2007; 16: 1444-53

## Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve risk faktörleri

Öğr. Gör. İsmet ÇELEBİ

Gazi üniversitesi SHMYO-İlk ve Acil Yardım Programı

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti “kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan (ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan) kasıtlı güç kullanımı tehdididir” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2002:3; Annagür vd., 2010:161; Çelebi,2016:2). Sağlık kurumlarındaki şiddet ise, “Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (Annagür vd., 2010:161; Çelebi,2016:2; Türkmenoğlu vd., 2017:217). Elliot’un benzer şekilde yapılan çalışmasında sağlık kurumunda şiddete uğrama oranları diğer kurumlardan 16 kat daha yüksek bulunmuştur(Elliot,1997:40). Sağlık çalışanları kendilerine uygulanan şiddeti genellikle bildirmemektedir. Bunun sebebi çalışanların şiddete maruz kalmayı “işin bir parçası” veya küçük bir olay olarak algılamalarıdır (Hamdam,2015;31).

Sağlık çalışanlarına yapılan şiddet ile ilgili uluslararası literatüre bakıldığı zaman, Ferri ve arkadaşlarının İtalya’da bir hastanede yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarına şiddet oranının %65,9 olduğu, şiddetin en çok sabah saatlerinde, saldırıyı yapan kişinin çoğunlukla hastanın kendisinin olduğu, en çok fiziksel şiddetin acil serviste olduğu, kadın sağlık çalışanları erkek sağlık çalışanlarına göre daha çok şiddetle karşı karşıya kaldığı görülmektedir (Ferri vd.,2016:263). Sun ve arkadaşlarının Çin’de yapmış olduğu çalışmada fiziksel saldırıya uğrayan sağlık çalışanlarının yaklaşık %85’inin yasal işlem başlatmadığı ortaya çıkmıştır (Sun vd., 2017:96). Aynı şekilde Fallahi ve arkadaşlarının İran’da yapmış olduğu çalışmada da fiziksel şiddet görenlerin yarıdan fazlası yasal süreci başlatmamış ve neden olarak, yararsız olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Fallahi vd., 2016; 233).

Ulusal literatüre bakıldığı zaman, Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) sağlık çalışanlarının şiddete uğrama oranlarını araştırdığı çalışmasında iş yeri şiddeti oranı %45 olarak belirtilmiştir (Aydın,2008:34). Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmasına katılan pratisyen hekimlerin %69,6’sı hasta yakınlarından sözel ve fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir (Ayrancı vd., 2002;149). İlhan ve ark. çalışmasında hekimlerin %60,9’u mesleğini icra ederken şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (İlhan vd.,2009;18). Çelebinin 112 çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada 112 çalışanlarının %85,3’ünün son bir yılda şiddet olayı ile karşılaştığı, şiddet

görenlerin %8.1'inin yasal işlem başlattığı ve %57.6'sının yine de hastaya baktığı ortaya çıkmıştır (Çelebi,2016;6).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kabul edilemez bir durum olmakla birlikte sadece sağlık hizmetleri personelinin psikolojik ve fiziksel refahı üzerinde olumsuz bir etkisi olmakla kalmaz, aynı zamanda iş motivasyonlarını da etkiler. Sonuç olarak, sağlık çalışanına yapılan şiddet eylemi sağlık bakımının kalitesini tehlikeye atar, sağlık hizmeti sunumunu riske sokar ve aynı zamanda sağlık sektöründe büyük mali kayıplara yol açar (WHO,2018).

## **SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YAPILAN ŞİDDET İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ**

Türkiye'de sağlık sektöründe hastaların uzun süre bekleme süreleri, uygulanan tedavilerden memnuniyetsizlik, doktorlarla anlaşamama, kişi başına düşen sağlıkçı sayısının yetersiz olması ve istenilen süreler içerisinde isteklerin karşılanamaması gibi nedenlerden dolayı hastalar ile sağlık çalışanları karşı karşıya gelmektedirler(Sağ-Sen, 2013). Uluslararası çalışmalarda şiddetin daha sık meydana gelmesinin temel nedenleri; “hasta ile geçirilen süre”, ‘iletişim tarzı’ ve “yanlış bilgilendirme” olduğu görülmektedir (Edward vd., 2014:658). Sağlık çalışanlarının şiddet görmesine nedenleri ve riskleri aşağıda belirtilmiştir;

### **İletişim Tarzı**

Genç ve daha az deneyimli personelin daha çok şiddetle karşılaştığı görülmektedir (Ferri vd.,2016:263). Bu durumun temelinde deneyimsiz personelin sağlıklı iletişim kuramaması, kaos durumunda olayı çözmekte zorlanmasına neden olmaktadır. Fener ve Aydınтуğ'un yapmış olduğu çalışmada katılımcılara göre sağlıkta şiddetin en önemli nedenleri, sağlık çalışanlarının hastalara kötü davranmasıdır (Fener vd.,2019;1280). Bunun temelinde de sağlıklı iletişim geçmektedir. Literatür çalışmalarına bakıldığında zaman sağlık personeli tarafından hasta veya hastalık durumu ile ilgili herhangi bir bilgilendirme yapılmaması şiddet nedeni olarak görülmektedir (İlhan vd., 2013;8. Öztürk vd., 2014;77. Al vd., 2015;22). Lubna ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hasta yakınlarının şiddet uygulamasının sebepleri arasında %55 ile iletişimde yaşanan sorunlar yer almaktadır (Bai,2015;35). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen en önemli unsurlardan biri de personel tutum ve davranışlarıdır. Çalışanlar kuruma katkıları, çalışma ve nöbet saatleri, ücretleri, terfi olanakları, gelirleri ile ilgili eşit haklar elde edemediği durumlarda, iş performanslarının düşmesi gibi sorunlarla karşılaşılacaktır (Deniz vd., 2016;331). Bu durum sağlık çalışanlarının isteksiz çalışmasına, iş motivasyonunda azalmaya, iletişim ve davranışlarının gerilemesine etki ederek, hasta ve

yakınlarıyla iletişimlerini de olumsuz yönde etkileyecektir. Bu sebeple sağlık personelinin iş motivasyonu, performansını ve iş tatminini etkileyen örgütsel adalet anlayışının sağlık kurumları ve yöneticileri tarafından benimsenmesi önem verilmesi gereken konular arasında yer almaktadır (Fener,2019;63).

### **Yetersiz personel sayısı/Uzun Bekleme Süreleri**

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre, Türkiye’de bin kişiye düşen doktor sayısı 1,87 ile Güney Afrika’nın önünde yer almaktadır. Aynı sıralamada Avusturya 5.18 ile birinci sıradadır. Türkiye’de bin kişiye 2.1 hemşire düşerken Norveç’de bu oran 17.8’dir (OECD, 2019). Personel yetersizliği, uzun kuyruklar ve bekleme süreleri, buna bağlı hastalara yeteri kadar zaman ayırılamaması sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Takak vd., 2018;104). Hamdam ve Hamra’nın Filistin’de yapmış olduğu çalışmada fiziksel saldırıya uygulayanların %47.5’i uzun süre bekledikleri için bu eylemi gerçekleştirdiğini söylemiştir (Hamdani vd., 2015;28). APPNA Halk Sağlığı Enstitüsü'nden Lubna ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarına şiddetin nedenlerine yönelik yaptığı çalışmaya göre en önemli nedenler arasında %42.6 ile uzun bekleme süreleri olmuştur (Bai,2015;35). Hekimoğlu ve ark. çalışmalarında hasta memnuniyetini ölçmeye çalışmışlar ve en az memnun olunan durumun tetkik için hastaların çok bekletilmesi şeklinde bulunmuştur (Hekimoğlu vd., 2015;4).

### **Medya**

Günümüzde sosyal medya kirliliğine bağlı olarak bireyler hastaneye gitmeden hastalıkları hakkında birçok bilgi kirliliğine maruz kalmaktadır. Yine dizi, film sektöründe sağlık çalışanlarının ve sağlık sektörünün farklı lanse edilmesi hastaların sağlık çalışanlarından beklentilerini arttırmakta, ya da sağlık çalışanlarına yapılan fiziksel, sözlü şiddetleri görerek örnek almaları şiddet eylemini artırmaktadır.

Farkındalık eksikliği, hastaların ve / veya yakınlarının sağlık uzmanlarının gerçekçi olmayan beklentilerine sahip olmalarına ve sonuç olarak karşılanmayan beklentilerin şiddete neden olmasına neden olabilir (Fallahi vd.,2016;196). Hastaların aşırı talepleri, derhal klinik problemleri çözme beklentisi ve hekimleri problemleri için suçlama literatürde şiddet davranışlarının en sık nedeni olarak gösterilmektedir (Ferri vd.,2016:263. Baykan vd., 2015; 295. Wu vd., 2015). Çelebi’nin yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %14.1’i basının yanlış yönlendirmelerinden dolayı şiddet gördüğünü belirtmiştir (Çelebi, 2016;7).

Medyanın sağlık çalışanlarına yapılan şiddete önem vermemesi bir diğer sorundur. Ocak 2015'te, Boston'daki Kadın Hastanesinde bir cerrah, ölen hastanın oğlu tarafından işyerinde vurularak öldürüldü. Bir sağlık çalışanının öldürülmesinin nadir olmasına rağmen gazeteciler, ülke genelinde tıbbi sağlayıcılara karşı işyerinde şiddet olaylarının yaşandığı gerçeğini

vurgulamamıştır (FBI,2015). Ülkemizde de aynı şekilde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri medyada gerektiği ölçüde ve önemde yer almamaktadır. Gaziantep’de öldürülen Dr. Ersin Arslan medyada yeteri kadar önem görmemiştir.

### **Sosyo-ekonomik Düzey**

Daha fakir genç erkekler, daha iyi ekonomik durumda olanlara göre şiddet eylemini gerçekleştirme riski altındadır. Ölümler buzdağının sadece görünen yüzüdür. Raporlar ayrıca sosyo kültürel düzeyi düşük semtlerdeki okulların zorbalık prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir (WHO,2018). İran’da yapılan çalışmada da sosyo-kültürel yapının düşük olması sağlık çalışanlarına şiddet eylemini arttırdığı görülmüştür (Fallahi, 2016;293). İtalya’da yapılan çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireyleri daha çok şiddet eylemi içerisinde olduğunu göstermektedir (Ferri vd.,2016:263). Amerika’da yapılan çalışmalarda şiddet eylemini arttırıcı en önemli faktörün sosyo-kültürel düzeyin düşük olması olarak belirlenmiştir (Gacki,2009;342). Tetik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise öğrenim durumunun şiddet uygulama eylemine herhangi bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (Tetik vd., 2018).

### **Alkol/Madde Kullanımı**

Hastaların alkol veya uyuşturucu madde etkisi altında olmaları, psikiyatrik hastalık açısından tanı almış olmaları şiddet açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir(Takak vd., 2018;104. Al vd., 2012; 115. Kaplan vd., 2013; 5). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi, kişi başına en yüksek alkol tüketim seviyesine sahiptir. Cinayet gibi kişilerarası şiddet düzeyleri bölge genelinde geniş çapta değişiklik gösterse de, şiddet uygulayan kişilerin alkol tüketiminin rolünü giderek daha fazla olduğu çalışmalarda görülmektedir (WHO,2018). Çelebi’nin yapmış olduğu çalışmada şiddet eylemini gerçekleştirenlerin %45’inin alkollü olduğu ya da alkollü olabileceği görülmüştür (Çelebi,2016;7).

### **Şiddet deneyimi**

Gülalp ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada daha önce sabıkalı olan kişilerin şiddet eyleminin daha çok gerçekleştirdiği görülmektedir (Gülalp vd., 20019;241). Şiddet uygulayan kişilerin şikayet edilmemesi ya da şikayet sonucunda yeterli cezayı almaması sonucu şiddet eylemini tekrarlamaktadır. Şiddet mağduru sağlık çalışanlarının bildirim yapmamasının en önemli nedenleri, gereksiz raporlama ve zahmetli ve beceriksiz bir kişi olarak damgalanmama korkusunu göz önünde bulundurmadır (Fallahi vd.,2016;195). Bazı çalışmalarda, araştırmacılar önceki şiddet öyküsüne sahip hastaların (McPhaul vd., 2004;9) sağlık personeline yönelik şiddet eylemini uygulama riskini arttırdığı ancak, bu ilişkinin anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır. Faillerden ve mağdurlardan gelen demografik verilerin

analizleri, işyerinde şiddet riskini öngörmeye yararlı olan spesifik özellikler tanımlanmamıştır(Hartley,2012;126. Gates,2011;305).

### **Çalışılan Birim/Yer**

Şiddete uğrama eylemi için en fazla risk altındaki sağlık çalışanları, acil servis personelleridir (WHO,2018). Birçok hasta için tıbbi olaylar acil tıbbi servislerle başlar. İleriye dönük yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarını içeren şiddet olaylarının tamamının % 4.5'inin acil sağlık hizmetleri personeline yönelik şiddeti içerdiğini belirlemiştir. Hastalar bu şiddet içeren davranışların % 90'ını oluşturmaktadır (Philips, 2016; 1662). Filistin'de yapılan çalışmalar sonucunda özellikle fiziksel saldırıların hastane acil servislerinde daha yoğun gerçekleştiğini göstermektedir (Hamdam,2015;28). Acil servislerde şiddetin yüksek olması, acil servislerde hastaların bekletilmesinin hastanın hayatına mal olacağı inanişından dolayı hasta ve hasta yakınlarının normalden çok daha fazla gerilmelerine, ayrıca tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin geciktiriliyor gibi algılanmasına bağlı olabileceği değerlendirilebilir (Tetik vd., 2018;7). Yeşiltaş ve Gülün yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %15.5'i şiddet olaylarının az olup olmamasına göre çalışacakları birimi tercih ettiklerini belirtmiştir (Yeşiltaş vd., 2016;79).

### **Meslek/Hasta ile geçirilen süre**

Sağlık çalışanında şiddet görme oranı en fazla olan meslek grubu hemşireler ve klinisyenlerdir (WHO,2018). İran'da yapılan çalışmada fiziksel şiddete ve genel şiddete en fazla maruz kalan meslek grubunun hemşireler olduğu görülmektedir (Fallahi vd.,2016;296). Bunun sebebinin hastalarla ve / veya aileleriyle yakın/uzun süreli ilişkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Hamdan, 2015:28. Pompeii vd., 2015;1195). Aynı şekilde ABD'de yapılan çalışmada da şiddet görme oranları hastayla temas süresi ile korele olduğundan, hemşireler ve hemşirelik yardımları en yüksek oranlarda şiddete maruz kalmaktadır (Philips, 2016; 1665). Filistin'de yapılan çalışmada hemşire ve doktorlar gibi klinisyenlere karşı şiddet eylemlerinin dört kat daha yüksek olduğu görülmektedir (Hamdam,2015;29). ABD'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin meslek gruplarına göre dağılımında birinci sırayı %4.5' ile acil sağlık hizmetleri sunan paramedik ve ATT'ler oluşturmaktadır (Philips, 2016; 1666).

### **Cinsiyet**

Yapılan çalışmalar kadın sağlık çalışanlarının şiddet eylemine daha fazla maruz kaldığı görülmüştür (Fallahi vd.,2016;295. Ferri vd.,2016:263. Pompeii vd., 2015;1195. Terzoni vd., 2015; 409. Kaplan vd., 2013; 5). Özellikle cinsel taciz konusu sağlık kurumlarında ciddi bir sorundur ve Orta Doğu bölgesinde yeterince araştırılmamıştır; çünkü sağlık çalışanları,



özellikle de kadınlar, konunun kültürel duyarlılığı ve damgalanma korkusu nedeniyle yapılan çalışmalara cevap vermekten kaçınmaktadırlar (Hamdam,2015;30).

### **Sonuç ve çözüm önerileri**

1.Sağlık çalışanlarına şiddet olaylarının azaltılması için öncelikli olarak personel sayısında artış yapılarak iş yoğunluğunun azaltılması, mesai saatlerinde düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Böylece hem çalışanların motivasyonları artacak hem de doğrudan hastayı memnun ederek şiddetin önemli bir kaynağının ortadan kaldıracaktır (sağ-sen,2013).

2.Kişisel başarı düzeyini artırabilmek için hizmet içi eğitimlerin artırılması ve bu eğitimlere tüm personelin katılımının sağlanması önerilebilir (Çelebi,2016:6).

3.Eğitim müfredatlarında hasta ile iletişim konularının muhakkak eklenmesi ve müfredata eklenen iletişim derslerin mutlaka alanında uzman kişilerce verilmesi sağlanmalıdır.

4. Hastane girişlerine metal dedektörler konularak yaralamaya neden olacak materyallerin hastaneye girişi önlenmelidir.

5. Caydırıcı ceza olarak şiddet uygulayan kişilere sağlık kurumlarında görev verilerek, yaşayarak ortam yoğunluğu ve stresini görmeleri sağlanmalıdır.

6. Şiddetin sonuçları yaşam boyu etki edebilir ve etkili önleyici müdahalelerin ve politikaların uygulanması şiddeti ve sağlık, sosyal ve gelişimsel sonuçlarını büyük ölçüde azaltabilir. Bu sebeple şiddet mağduru sağlık çalışanlarına psiko-sosyal destek verilmeli, özellikle fiziksel şiddete maruz kalan sağlık çalışanları idari izne ayrılabilir.

7. Daha sistematik kısa sürede uygulanabilecek bir hukuki süreç yapılandırılmalıdır.

8. Sağlık çalışanlarına karşı suç ve şiddet eylemine örnek olan programlar RTÜK tarafından cezalandırılmalıdır.

### **Kaynaklar**

*Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Yılmaz Da, Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff. Jaem 2012;11(2):115.*

*Al, B., Sarcan, , E., Zengi, S., Yıldırım, C., Doğan, M., & Kabul, S. (2015). The Public's View Of Increasing Violence To Ward Healthcare Staff. The Journal Of Academic Emergency Medicine,(14), 19-25.*

*Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2(2):161-173.*

*Aydın M. Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Şiddet Algısı. İsparta, Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı Yayını, 2008:34.*

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *A-Nadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 147- 54.

Bai, L., Shaikh, S., & Polkowski, M. (2015, October). *Violence Against Health Care: Results From A Multi-Center Study In Karachi*

Baykan, Z., Öktem, İ. S., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2015). *Physician Exposure To Violence: A Study Performed In Turkey. International Journal Of Occupational Safety And Ergonomics*, 21(3), 291-297.

Çelebi, İ. (2016). *Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Şiddetle Karşılaşma Durumu Ve Bu Durumun Tükenmişlik Sendromu Üzerine Etkisi. Hastane Öncesi Dergisi*, 1 (2), 1-13. Retrieved From <http://Dergipark.Org.Tr/Hod/Issue/25839/272537>

Deniz, S., Çimen, M., & Özşarı, H. (2016). *Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. The Journal Of Academic Social Science Studies*(42), 329-343.

Edward Kl, Ousey K, Warelow P, Lui S. *Nursing And Aggression In The Workplace: A Systematic Review. Br J Nurs*. 2014;23(12):656–659.

Elliott Pp. *Violence In Health Care. What Nurse Managers Need To Know. Nurs Manage* 1997; 28: 38-41.

Fallahi-Khoshknab, M., Oskouie, F., Najafi, F., Ghazanfari, N., Tamizi, Z., & Afshani, S. (2016). *Physical Violence Against Health Care Workers: A Nationwide Study From Iran. Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 21(3), 232.

Fener, E., & Aydınтуğ, N. (2019). *Sağlıkta Şiddet Nedenlerinin Toplum Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi. Journal Of International Social Research*, 12(62).

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.

Gacki-Smith J, Juarez Am, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, Maclean Sl. *Violence Against Nurses Working In Us Emergency Departments. J Nurs Adm* 2009;39:340-349

Gülalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Ve Ark. *Dangers Faced By Emergency Staff: Experience In Urban Centers In Southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15: 239-42.

Gültekin, A., Tetik, B. K., Bağ, H. G., Sahil, S. A., Sharifi, Z., & Savaş, Z. (2018). *Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Nedenlerinin Ve Şiddet Uygulamayı Düşünen Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirmesi. The Journal Of Turkish Family Physician*, 9(1), 2-8.

Gates D, Gillespie G, Kowalenko T, Succop P, Sanker M, Farra S. *Acil Serviste Şiddet İle İlgili Mesleki Ve Demografik Faktörler. Adv Acil Hemşirelik J* 2011 ; 33: 303 - 313

Hamdan, M. (2015). *Workplace Violence Towards Workers In The Emergency Departments Of Palestinian Hospitals: A Cross-Sectional Study. Human Resources For Health*, 13(1), 28.

Hartley D, Doman B, Hendricks Sa, Jenkins El. *Amerika Birleşik Devletleri 'nde Ölümçül Olmayan İşyeri Şiddeti Yaralanmaları 2003-2004: Bir Takip Çalışması. Çalışma* 2012 ; 42: 125 – 135

Hekimoğlu L, Tekiner As, Ceyhun Peker C. *Kamuya Ait Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan Ve Yatan Hasta Memnuniyeti. Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(1): 1-5.

İlhan, M., Çakır, M., Tunca, M., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., . . . Bumin, M. (2013). *Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. Gazi Medical Journal*(24), 5-10.

İlhan Mn, Özkan S, Kurtcebe Zö, Aksakal Fn. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri Ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni* 2009; 3(28):15-23.

Kaplan B, Pişkin Re, Ayar B, *Violence Against Health Care Workers. Medical Journal Of Islamic World Academy Of Sciences*, 2013;21(1):4-10.

Mcphaul Km, Lipscomb Ja. *Workplace Violence In Health Care: Recognized But Not Regulated*. *Online J Issues Nurs* 2004;9:7-7

Organisation For Economic Co-Operation And Development  
<https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart> (Erişim Tarihi: 31.07.2019).

Öztürk, H., & Babacan, E. (2014). *Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri Ve İlgili Faktörler*. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 70-80.

Phillips, J. P. (2016). *Workplace Violence Against Health Care Workers In The United States*. *New England Journal Of Medicine*, 374(17), 1661-1669.

Pompeii, L. A., Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., Dement, J. M., Smith, C. D., & Upadhyaya, M. (2015). *Physical Assault, Physical Threat, And Verbal Abuse Perpetrated Against Hospital Workers By Patients Or Visitors In Six Us Hospitals*. *American Journal Of Industrial Medicine*, 58(11), 1194-1204.

Rugala Ea, Isaacs Ar, Eds. *İşyerinde Şiddet: Cevaben Sorunlar*. Quantico, Va: Kritik Olay Tepki Grubu, Ulusal Suç Analizi Merkezi, Fbi Akademisi, 2003 ( <https://www.fbi.gov/stats-services/publications/workplace-violence> Yeni Sekmede Açılırsağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası: Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları;2013. <http://www.saglikсен.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>, Erişim Tarihi: 03.06.2017

Takak, S. Ö., & Artantaş, A. B. (2018). *Hastalar Ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 103-116.

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*. *La Medicina Del Lavoro*, 106(6), 403-411.

Türkmenoğlu, B., & Sümer, H. E. (2017). *Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı*. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 216-225.

Who (2002). *World Report On Violence And Health*. Cenevre.

Who. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/workplace/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/) (Erişim Tarihi 31.07.2019).

Wu, J. C., Tung, T. H., Chen, P. Y., Chen, Y. L., Lin, Y. W., & Chen, F. L. (2015). *Determinants Of Workplace Violence Against Clinical Physicians In Hospitals*. *Journal Of Occupational Health*, 15-0111.

Yeşiltaş, A., & Gül, İ. (2016). *Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler Ve Tercih Nedenleri*. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 74-87.

## Sağlıkta şiddet: neden? Ne sonuç doğurur? Nasıl önlenir?

Dr. Sinan Çetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### Giriş

Şiddet, kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması olarak tanımlanmaktadır (1).

İşyerinde şiddet ise çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olayları olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation-WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office-ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) işyerinde şiddeti uluslararası düzeyde öncelikle ilgilenilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak değerlendirmektedir (2). İşyerinde şiddet, şiddetin kaynağına göre ve oluş şekline göre sınıflandırılmaktadır. Şiddetin sınıflamasında Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresinin geliştirdiği dört tipi içeren sınıflama kullanılmaktadır:

Tip 1: Önceden kuruluşla ilişkisi bulunmayan kişiler tarafından gerçekleştirilen suç eylemlerini kapsar ve ana hedef nakit para ve değerli şeylerdir

Tip 2: En yaygın tip olup saldırganın kurumla ilişkisi vardır. Müşteri/hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel ve/veya psikolojik saldırıyı kapsar. Sağlık çalışanları da en sık tip 2 şiddete maruz kalmaktadır.

Tip 3: Çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti içermektedir. Amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına ve diğer personele şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsar.

Tip 4: Kişinin yakınlarının (aile, arkadaş) gösterdiği şiddet türüdür. Aslen evden kaynaklanmasına karşın, önemli derecede işyerine yansıma gösterir.

Şiddet, oluş şekline göre fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir. Fiziksel şiddet, fiziksel kuvvet uygulanan basitçe itilip kakılmadan, yaralanma ve ölüm sebep olabilen olayları kapsar. Psikolojik şiddet, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmayı ifade eder. Sözel şiddet, mobbing/yıldırma, cinsel taciz ve tehdit şeklinde olabilmektedir.

Şiddet, toplumun her alanında görülmekle birlikte, sağlıkta şiddet ne yazık ki giderek artan oranda gündemimizde bulunmaktadır. Sağlık kurumlarındaki şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır (3). Sağlık çalışanlarına karşı şiddete yönelik ulusal ve uluslararası birçok çalışma mevcuttur. Schablon ve arkadaşlarının Almanya'da yaptığı, 39 farklı sağlık kuruluşundan 1973 sağlık çalışanının katılım sağladığı çalışmada, katılanların %56'sı fiziksel şiddete, %78'i sözlü şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (4). İtalya'da 700 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin %49'u son bir yıl içerisinde saldırıya maruz kaldığını, %82'sinin sözel olduğu ve sıklıkla acil servis, geriyatri ve psikiyatri kliniklerindeki kadın hemşirelere karşı gerçekleştirildiği belirlenmiştir (5). Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye'de çok merkezli olarak 1209 sağlık çalışanı içeren çalışmasında, son bir yıl içerisinde en az bir kez sözlü, fiziksel veya her ikisini içerecek şekilde şiddete maruz kalma oranı %49,5 olarak saptanmış olup, kadınlarda şiddete uğrama oranı daha yüksek bulunmuştur (6).

Sağlık hizmetleri toplumun her kesimi için bir gereklilik göstermektedir ve bu hizmetlerin doğası gereği taraflar arasında yakın iletişim kurulması kaçınılmazdır. Sağlık çalışanları her yaştan, her kesimden insanlarla ve sıklıkla sıkıntı ve keder içinde oldukları durumlarda karşılaşmaktadır. Bu durum dürtü ve öfke kontrolü yapmayı güçleştirmektedir. Bu şekilde sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile sıklıkla zor koşullar altında yakın ilişki içinde olması risk oluşturmaktadır. Şiddetin oluşmasına yönelik diğer risk faktörleri (7);

- 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi,
- Stresli aile üyelerinin varlığı,
- Aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışılması,
- İlaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerle çalışma,
- Vardiya halinde veya tek çalışma,
- Sağlıkta maliyeti azaltma girişimleri nedeniyle, hizmet sunumuna yansıyan eksiklikler,
- Saldırgan davranışla baş etme konularında sağlık bakım personeline eğitim ve deneyim yetersizliği,
- Fiziki koşulların yetersizliği, kötü aydınlatma,
- Şiddet içeren davranışların yasalarla sınırlanmamış olması
- Hasta ve yakınlarının bir an önce kendileriyle ilgilenilmesini istemesi ve kendi hastalarının daha acil olduğunu düşünmeleri,
- Muayene ya da tetkik için bekleme sürelerinin uzun olması,

- Bekleme odalarının yetersiz, düzensiz ve kalabalık olması,
- Hasta ve hasta yakınlarının hizmet sürecinin düzenli yürümediği veya muayene sırasında adil davranılmadığı hakkındaki şüphelerinin olması,
- Ateşli silah kullanma hakkı,
- Sağlık çalışanlarının güvenlik ile ilgili işlerle ilgilenmesi (güvenlik görevlilerinin yetersiz olmasından dolayı)
- Hasta yoğunluğu,
- Sağlık çalışanı sayısının yetersizliği,
- Hastane ortamının güvenliğini sağlamada yaşanan güçlükler,
- Hasta bilgilendirme ve yönlendirme personelinin eksikliği,
- Sağlık kurumlarının karışık işleyiş sürecine sahip olması,
- Bazı meslek ve hasta gruplarına tanınan öncelik haklarının bilinmemesi, itibar edilmemesi,
- Suç oranı yüksek, uyuşturucu kullanımının ileri düzeyde olduğu, yoksulluğun fazla olduğu bölgelerde hizmet verilmesi,
- Saldırgan davranışlara ait daha önceki kayıtlar,
- Uyuşturucu ya da alkol istismarı,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü,

İşyerinde gerçekleşen şiddet olayları sonrasında çalışanlar şiddetin yarattığı stres ile yanlış başa çıkma stratejileri gösterebilmektedir. Bu kişilerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı bu yöntemler arasında sayılabilir. Ayrıca mağdurlar gerekli desteği göremedikleri takdirde işinden ayrılma isteği ve hatta intihara giden süreçler görülebilmektedir. Şiddetin etkileri sadece bunu yaşayan çalışan ile sınırlı kalmamakta, aile ve arkadaşlarına da yansımaktadır. Aile içi ve sosyal aktivitelerde azalma, aile içi stres gibi sonuçlar görülmektedir. İşyerindeki diğer çalışanların şiddet sonrası durumu değerlendirildiğinde, artmış stres, kendi güvenliğinden endişe duyma ve sonuç olarak verimsiz çalışma ortamı oluşması gerçekleşebilmektedir.

Şiddetin normalleşmesi veya bir diğer ifade ile normalleştirilmesi bu konudaki en önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum tıpkı kadına şiddet konusunda olduğu gibi benzer özellik göstermektedir. Ailesinde babasının sürekli olarak annesine karşı şiddet uyguladığı bir erkek çocuk, ileride evlendiği zaman bu şiddetin meşrulaştırıldığı bir ortamda büyümenin verdiği izlenimlerle eşine de benzer şekilde şiddet uygulamaya eğilimli

olabilecektir. Sağlıkta şiddet konusuna bakıldığında ülkemiz için maalesef sıklıkla duymaya alıştığımız “bu doktorları boşuna dövmüyorlar” ifadesi toplumun bazı kesimlerinde artık kalıplaşmış bir söz olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ifadeyi sağlık hizmeti ile ilgili kendince “beğenmediği” durumlarda yargıyı kendisi dağıtabileceğine inanan kişilerin söylediği görülmektedir. Bu ve bunun gibi ifadeler ile sağlıkta şiddet meşrulaştırılmakta hatta kişiler bunu kendisinde hak olarak görebilmektedir. Şiddete karşı alınacak ilk önlem ve koruma şiddetin hoş karşılanmadığı bir toplum oluşturulmasıdır. Bunu, şiddet uygulayanlara karşı oluşturulacak caydırıcı yasal önlemlerin alınması izlemelidir. Hastanelerde hastane çalışanlarına yönelik risk yönetimi, iletişim teknikleri ve sağlık çalışanlarının şiddet yönetimindeki rolüne yönelik eğitimler düzenlenmesi yararlı olacaktır. Sağlık kurumlarındaki önlemler arasında etkili güvenlik eğitimi, 24 saat kurum içi güvenlik sağlanması, güvenlik kameraları ve güvenli kapılar, kontrol noktaları oluşturulması olarak sıralanabilir. Şiddet mağduru sağlık çalışanlarına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, yaşanmış şiddet olaylarından medyada bahsedilirken tek taraflı bakış açısı olmaksızın yayınlanması şiddet sonrası süreçte atılması gereken adımlardır.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olayları son yıllarda artış göstermekte olup, yaşanılmış olan hiçbir acı veya öfke, şiddeti haklı kılmamaktadır. Sağlık hizmetinin kaliteli olması, bu hizmetin huzurlu ve güvenli ortamlarda sağlanması koşulu gerektirmektedir. Şiddet, sağlık hizmetini kesintiye uğratarak; mağdurunun temel haklarını engellediği gibi, diğer hastaların sağlık hizmeti alma haklarını da ihlal eder. Unutulmamalıdır ki şiddet uyguladığımız kişiler yarın sizin veya yakınlarınızın hayatını kurtarabilir.

#### Kaynaklar

1. WHO | World report on violence and health. WHO [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 15]; Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)
2. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: The training manual. [cited 2019 Jul 15]; Available from: [https://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS\\_108542/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_108542/lang--en/index.htm)
3. Saines JC. Violence and aggression in A & E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs* [Internet]. 1999 Jan [cited 2019 Jul 15];7(1):8–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10232107>
4. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohlert C, Harling M, et al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2012 Oct 18 [cited

2019 Jul 15];2(5):e001420. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23087013>

5. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 Jun 14 [cited 2019 Jul 15];19(15–16):no-no. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20550621>
6. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence* [Internet]. 2006 Feb 2 [cited 2019 Jul 15];21(2):276–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368766>
7. Yeşilbaş H. A general overview of violence in healthcare. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Derg* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 15]; Available from: <http://shydergisi.org/jvi.aspx?pdir=shyd&plng=tur&un=SHYD-97269&look4=>



## Sağlıkta şiddetin rengi beyaz

**Zeynep Demir**

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Beyaz renk; saflığı, temizliği ve masumiyeti simgeler. Bu nedenle birçok kültürde gelinler beyaz giyer. Ayrıca temizliği simgelediği için doktorlar, hemşireler ve sağlık personelleri steril görünmek için beyaz giyerler <sup>1</sup>. Kod ise; bir bilginin simgesi, şifresi anlamına gelmektedir.

Kod uygulaması olarak bilinen sistemler ise, Beyaz Kod, Mavi Kod, Pembe Kod ve Kırmızı Kod uygulamalarını içermektedir. Ulusal Renkli Kodlarda (URK) yer alan her bir renkli kod için ayrı ortak bir numara belirlenmek amacıyla ulusal düzeyde uygulamada ortak bir dil oluşturulmuştur. Numaralar kodların baş harflerine uygun olarak alfabetik sırayla verilmiştir.

Renkli kodlar, belirlenmiş olan acil duruma göre;

- Hastane çalışanlarını haberdar etmekte
- Risk durumunda iletişime olanak tanımakta
- Kısa ve net mesaj vermekte
- Doğru müdahale için zaman kazandırmakta
- Panik oluşmasına engel olmakta
- Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır.

Bu kodlar hastanenin herhangi bir yerindeki telefondan tuşlandığında, önceden planlanmış birimlere bilgi gitmekte ve hastane bu sayede ilgili olaya anında müdahale etmesi sağlanmaktadır <sup>2</sup>.

Beyaz Kod sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek için kullanılan acil durum yönetim aracıdır. Hastanede hasta , hasta yakını ve sağlık çalışanlarının başına gelebilecek hırsızlık, fiziksel saldırı ,taciz ve şiddet durumlarında yeterli müdahale ve dış güvenlik gücü desteği sağlanarak, gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması ve gerçekleşen olayların analizinin yapılarak ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirlerin alınması için çalışma yapılması amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir. Sonuç olarak beyaz kod güvenliğimiz tehdit altında demenin şifreli halidir <sup>3</sup>.

Son günlerin en çok merak edilenlerinden biri de 'beyaz kod' oldu. Giresun'da Yusuf Topal adlı vatandaşın ölümü ile sonuçlanan olay sonra beyaz kodun ne olduğu merak edilmeye başlandı. Giresun'da, 24 Temmuz Salı günü, Gemiler çekeği Mahallesi'nde yürüme güçlüğü

çeken Fatma Topal'ın kronik hastalığı için kullandığı ilaçları bitince, eşi Yusuf Topal ilaçları yazdırmak ve evde bakım hizmeti kararının uygulanmasını sağlamak amacıyla 15 Temmuz Şehitler Aile Sağlığı Merkezi'ne gitti. Doktor Ö.Y.'ye başvuran Yusuf Topal, eşi adına düzenlenen sağlık kurulu raporunu göstererek ilaçları reçeteye yazdırmak istedi. Ancak, doktor, hastayı görmeden ilaçları yazamayacağını belirtti. Topal ise evde bakım hizmeti kararı olduğuna dair raporu göstererek, sağlık görevlilerinin eve gelmesini talep etti.

İddiaya göre, doktor Ö.Y. ile Yusuf Topal arasında tartışma çıktı. Tartışma sırasında doktorun 'beyaz kod' vermesi üzerine, polis ekipleri sağlık merkezine geldi. Polisler, Topal'ı gözaltına almak istedi. Yusuf Topal direndiği polisler tarafından yaka paça polis aracına bindirilmek istendi. Ters kelepçe takılan ve biber gazı sıkılan Topal, bu sırada fenalaşarak yere yığıldı. Polisler, yerde sürükleyerek araca bindirdikleri Yusuf Topal'ı Prof. Dr. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne götürdü. Kalp krizi geçirdiği belirlenen Topal, yapılan müdahalelere rağmen yaşamını yitirdi. Topal'ın zor kullanılarak gözaltına alındığı olayla ilgili ortaya çıkan görüntüler üzerine 2 polis memuru açığa alındı, haklarında soruşturma başlatıldı<sup>4</sup>. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına hukuki bir destek olan beyaz kod uygulaması yaşanan bu üzücü olaydan sonra tartışılmaya başlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü şiddet tanımı; kişinin kendisine, bir başkasına, grup veya topluluğa yönelik kasten uyguladığı ve sonucunun ölüm, yaralanma, gelişimsel bozukluğa ve psikolojik zarara yol açan veya açması olası fiziksel güç ve tehdittir olarak yapmıştır<sup>5</sup>. İş yerinde yaşanan şiddet Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından ise; "çalışanların işyerine ulaşmaları da dahil olmak üzere işle ilgili durumlarda istismar ve tehdit edildikleri veya saldırıya uğradıkları; güvenliklerine, sağlıklarına veya esenliklerine açık veya örtülü tehdit oluşturan olaylar" olarak tanımlanmaktadır<sup>6,7</sup>.

İş yerlerinde sık karşılaşılan şiddetle diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de sıklıkla karşılaşılmaktadır. Sağlık çalışanları işi gereği toplumun tamamına her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlü olması ve insan merkezli çalışması dolayısıyla hasta ve hasta yakınları ile bire bir temas hâlinde olmak durumundadır. Bununla birlikte; hastanın hastaneye gelmek istememesi buna rağmen yakınları tarafından zorlanarak hastaneye getirilmesi, hastanın kullandığı ilaçlarından kaynaklı bilinçsiz ve agresif davranışlarda bulunabilmesi, ağrı veya üzüntü durumu olan, kötü haber almış ve bu gibi problemler nedeni ile öfke kontrolü yapamayan bireylerle bire bir temas kurma durumunda olan sağlık personeli ciddi risk altında yer almaktadır<sup>8,9</sup>.

Hasta yakınları kendi hastasının daha acil olduğunu düşünerek bir an önce kendi hastasıyla ilgilenilmesini istemesi, hasta ve hasta yakınlarının hastane hizmetinden tam olarak

yararlanmadığını düşünmesi, bekleme odalarının fiziki koşullarının yetersiz olması ve hastayı içeri almada adil davranılmadıklarına dair şüpheleri olması şiddeti arttırmaktadır. Bunun dışında sağlık kurumlarında kesintisiz 24 saat hizmet verilmesi, iş akışından dolayı hasta ve yakınlarının uzun süre beklemek zorunda kalması, sağlık çalışanının iş yoğunluğunun fazla olmasına rağmen personel sayısının yetersiz olması sebebiyle personelin tek başına çalışmak zorunda olması şiddetin artmasına sebebiyet vermektedir.

Beyaz kodun amacı; sağlık kuruluşlarında, sağlık çalışanlarının ile birlikte hasta ve yakınlarının başına gelebilecek fiziksel saldırı, tehdit, hırsızlık ve taciz durumlarında güvenlik personellerinin hızlı şekilde durumdan haberdar edilmesi sağlanarak, olay yerine en kısa zamanda intikal etmeleri, olayın çözümlenmesinin sağlanması ve kayıt altına alınmasıdır<sup>10</sup>.

Beyaz kod; hastane personeli, hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçileri kapsar. Beyaz kodun sorumluları ise; Güvenlikten Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Hastane Müdürü, Psikolog, Güvenlik Amiri sorumludur. Mesai sonrası ise nöbetçi uzman hekim, nöbetçi gözetmen hemşire ve nöbetçi güvenlik şefi sorumludur<sup>11</sup>.

Hastane çalışanlarına herhangi bir saldırı durumunda, mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve çevresinde oluşabilecek olası bir şiddet, saldırı, çatışma, kavga ya da taciz olaylarında, olayın muhatabı veya görgü tanığı 1111 no'lu acil durum telefonundan arayarak beyaz kod çağrısı başlatmış olmaktadır. Daha sonra beyaz kodu alan güvenlik görevlisi ilgili beyaz kod güvenlik ekibini olay yerine yönlendirir. Ekip üyeleri ve güvenlik görevlisi olay yerine en geç 3 dakika içerisinde ulaşmış olmalıdır. Olay yerine ulaşan ekip üyeleri, sağlık personelinin ve ortamın güvenliğini sağladıktan sonra ilgili kişinin eylemine son verir. Saldırıya uğrayan personel travmaya uğramış ise gerekli ilk yardımın ve tıbbi tedavinin yapılması sağlanmalıdır<sup>11</sup>.

Ekip üyeleri yönetim kademesini acilen bilgilendirir. Olay yerini ve delilleri muhafaza eder, emniyet güçlerine bilgi verir (155 polis imdat) ve destek ister. Olay yeri kamera kayıtları gerektiğinde veya adli mercilerin talep etmesi durumunda vermek üzere yedeklenir<sup>11</sup>.

Güvenlik personeli olay mahallindeki suç aletlerini dokunulmadan muhafaza eder ve oradaki güvenliğini artırarak en iyi şekilde koruma sağlar. Güvenlik personeli ve ekip üyeleri emniyet güçleri bölgeye geldikten sonra onlara yardımcı olur, olayları ilgili kişilere gördüğü kadarıyla aktarır, gerekirse savcılıkta ifade verir ve şahitlik yapar. Hastaneye ait tüm çıkışlar güvenlik görevlileri tarafından kontrol edilir ve gerekli durumlarda giriş ve çıkışlar kapatılır<sup>11</sup>.

Olaydan haberdar edilen Beyaz Kod Ekibi, olaya maruz kalan personele gerekli bilgilendirmeleri yapar ve psikolojik destek sağlar. Beyaz koda maruz kalan hasta, hasta yakını veya personel için beyaz kod ekibi tarafından Beyaz Kod Kayıt Formu doldurulur<sup>11</sup>.

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 bilgileri, olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsayan Beyaz Kod Kayıt Formu İcra Kurulu Direktörü'nün onayından sonra kalite yönetim birimine gönderilir<sup>11</sup>.

Kalite Yönetim Direktörü Beyaz Kod Kayıt Formunu değerlendirdikten sonra, ilgili komiteye olayı sevk eder, komite kök neden analizi yaptıktan sonra gerekirse düzeltici önleyici faaliyet başlatır. Hastane Müdürü tarafından veya güvenlik ihaleline maruz kalan kişi tarafından Sağlık Bakanlığına ait 113 numaralı telefon aranarak durum rapor edilir. Aynı zamanda [www.beyazkod.saglik.gov.tr](http://www.beyazkod.saglik.gov.tr) adresindeki formlar hastane müdürü tarafından (veya olay mesai saatleri dışında olduysa Gece İdaresi Amiri tarafından) doldurulur. Olay adli makamlara hastane yönetimi tarafından haber verilir. Bu durum, güvenlik ihlaline maruz kalan kişinin şikayetçi olmasını gerektirmemektedir<sup>11</sup>.

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler dışında hizmetten çekilme talebinde bulunabilir. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına önem gösterilecektir<sup>11</sup>.

Beyaz kodun daha etkin kullanılması için yapılan öneriler;

- Beyaz kod verildiğinde sağlık çalışanlarının daha fazla yıpranmaması için mahkeme sürecinin hızlandırılması,
- Beyaz kod uygulaması hakkında daha fazla eğitimler yapılarak sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi,
- Şiddet olaylarında hastane yönetiminin sağlık çalışanının arkasında durması,
- Beyaz kod sonrası verilen cezaların caydırıcı nitelikte olması,
- Nöbetlerde tek başına çalışmak zorunda kalan sağlık çalışanları için güvenlik görevlisinin görevlendirilmesi,
- Hasta yakınlarını gerekmedikçe hastaya müdahale yapılan alanlara alınmaması durumunda beyaz kod daha etkin olabilir<sup>3</sup>.

## Kaynaklar

1. <http://www.kisiselgelisim.com/renklerin-psikolojisi-beyaz-renk-ve-anlami>
2. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6409,ulusal-renk-kodlarpdf.pdf?0>
3. Aktaş E, Aydemir İ. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının beyaz kod uygulamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 2018;3(1):32-47
4. <https://www.superhaber.tv/beyaz-kod-ne-demek-niye-verilir-beyaz-kod-nedir-ne-zaman-kullanilir-haber-125949>
5. World Health Organization (WHO). Consultation, violence against women. FRH/WHD/96.27. Geneva: WHO; 1996. p.38
6. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:147-54.
7. [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/63443/mod\\_resource/content/1/13.siddet.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/63443/mod_resource/content/1/13.siddet.pdf)
8. Çamcı O, Kutlu Y. Determination of workplace violence toward health workers in Kocaeli. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(1):9-16.
9. Annagür B. Violence towards health care staff: risk factors, aftereffects, evaluation and prevention. *Current Approaches in Psychiatry* 2010;2(2):161-73.
10. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Sıra Sayısı: 454. Ankara: TBMM; 2013. p.391
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Beyaz Kod Birimi. Çalışan Hakları ve Güvenliği Rehberi. Ankara: 2013. p.5

## Hekimlikteki etik değerler ve sağlıkta Şiddete olan etkisi

Dr. Aziz A. HAMİDİ  
Karabük Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Hekimlik mesleğinin g¼nbeę¼n bir hizmet alanından ticari bir sekt¼re d¼n¼Ő¼n¼ son yıllarda ¼z¼lerek izlemekteyiz. Mesleğin doğal yapısı gereği bir sekt¼re d¼n¼Ő¼ oldukça zordur. Nitekim alınan her t¼rl¼ ¼nleme rağmen hastaneler asla bir Şirket gibi çalıŐtırılmamaktadır. Zira mesleğin icrası esnasında başka mesleklere g¼re daha fazla ¼zveri ve diğergamlık gibi insani ¼zellikleri kullanmak zorunda kalınmaktadır. Hekimlik, hasta bir insanı veya kendisini hasta olarak tanımlayan bir insanı iyileştirme iddiasında olan bir başka insan arasındaki bir alışveriŐtir. Birisi sağlığına kavuŐmaktadır diğeri ise mesleğini-dolayısıyla sanatını-icra etmektedir. Bu sanatın değeri nedir? Paranın miktarını ve nasıl alınıŐını kim belirleyecektir? Nasıl ¼lç¼lecektir? Sağlığına karşı ne kadar ¼demesi gerekmektedir? Bu gibi sorular sorulduğunda etik konular devreye girmektedir. Bir hekimin etik dışı kazanç sağlaması nasıl engellenir? Toplumsal ahlak kuralları ne derecede etkili olacaktır? B¼t¼n hekimler aynı d¼zeyde ahlaklı mıdır? Ulusal sağlık sistemleri bu sorulara net bir yanıt verebilmekte midir? Yoksa b¼t¼n bunları hekimin insafına mı bırakmaktadır. Etik sorunlar oldukça geniş bir konu olup farklı boyutlara sahiptir. Bu yazıda, hekimlerin ve dolayısıyla sağlık sisteminin etik dışı uygulamalarının sağlıkta Şiddet olgusuna etkisi incelenmiŐtir.

### *Performans sistemi ve etik*

Şu anki sağlık sistemimizin ¼nemli bir ¼gesi performans sistemidir. Bu sistemde hekimlerin performansı kaba bir anlatımla, muayene ettiği veya ameliyat yaptığı hasta sayısına g¼re ¼lç¼lmektedir. Ameliyatların zorluk derecesine g¼re kimi sınıflaması tabii ki mevcuttur. Ama işin sonunda performans ¼lç¼m¼nde nicelik her zaman ¼n plandadır. Hekimlerin performansı bir yandan onların ne kadar çalıŐtıęını g¼sterirken diğer yandan alacakları maaŐı (d¼ner sermaye payı) da belirlemektedir. Bu da puanlama sistemiyle ifade edilmektedir. Her ayın sonunda her hekimin ne kadar puan (para) kazandığı belirlenmektedir. Bu sistemin ne kadar marazi ve ne kadar hekimlik ruhuyla baędaŐmayan bir uygulama olduğunu fazlaca anlatmaya gerek yoktur. Bu uygulamanın ne gibi etik dışı davranışlara yol açtığını ve bu davranışların sağlıkta Şiddete neden olduğu konusuna odaklanması planlandı. Hekimlerin puan (para) kazanmak için her g¼n m¼mk¼n olduğunca fazlaca hasta muayene etmeleri gerektiği

veya fazlaca ameliyat ve girişim yapmaları gerektiği açıktır. Sağlık sistemi, hekimin kaç hastayı sağlığına kavuşturduğunu sormazken kaç hastayı muayene ettiğini sormaktadır. Bu nedenle esas hedef hastanın doktora görünmüş olmasıdır, sağlığına kavuşmuş olup olmaması söz konusu değildir. Bu sisteme sağlık personelin baş aktörleri olan hekimler kolayca ve çarçabuk uyum sağladılar.

Artık hastalar birer rakamdan ibaret olmaya başlanmıştır. Günde 160 hasta muayene eden doktorlar yılın doktoru seçilmeye başladı bile. Doktorların bu yoğunluk ve keşmekeş içerisinde hastane otomasyonuna kayıt işlemlerini yapamadıklarından her bir doktora birer tıbbi sekreter ihdas edildi. Böylece muayene odasında artık hekim ve hastası yok, bir de kayıt işlemlerini hızlıca yapacak sekreterler de yer almaya başladı. Hekim birer birer hasta bakarsa yeterli bir sayıya ulaşamadığından kimi zaman ikişer, üçer, dörder ve bazen beşer hastayı birden muayene odasına almaya başladı. Birisine soru sorarken diğerinin tetkiklerini sisteme girmeye başladı. Yine birisine ilaç raporu düzenlemesi için sekretere yönlendirirken ötekisinin şikayetlerini dinlemeye başladı. Poliklinik kapısı açıldıktan sonra hızla dönen bir makine çarkı misali hastalar odaya girip çıkmaya başlar. Tahlil sonuçları çıkınca iş daha da hızlı yürümek zorundadır. Rutinler adı altında her hastadan malum bir takım kan ve idrar analizleri istenmektedir. Çıkan sonuçlara hızlıca göz atılır, varsa bozuk bir değer kendi alanıyla ilgili ise ilacını yazar. Değil bilemediği bir alanla ilgiliyse öteki birim hekimine gitmesi salık verilmektedir. Bu keşmekeş içinde hekimler hastasıyla bırak empati kurmayı ve hastalık öyküsü almayı göz teması bile kuramazlar. Hastalar da epey bir zamandır bu çeşit muameleye maruz kaldıklarından artık bu işi kanıksamışlardır. Doğrusu hastalar da durumdan memnun görünmektedirler. Başka türlüünü uzun zamandır unutmüşlardır. Dahili bilimler hekimlerinde durum bu şekilde yürümektedir. Cerrahi birimlerde durum pek farklı değildir. Bu sistemde ameliyat ve küçük girişimlerin endikasyonları giderek genişlemektedir. Gereksiz ameliyat ve girişimleri giderek artmaktadır. Bununla beraber defansif hekimlik uygulamalarının da giderek artmaktadır. Ciddi ameliyatlara veya önemli hastalıkların tedavisi birkaç kurum dışında hiçbir yerde yapılamamaktadır.

Bu sağlık sistemin doğasında aşırı tahlil ve tetkik yapmak vardır. Çeşitli vitamin testleri, kanser belirteçleri, görüntüleme yöntemleri, röntgenler, tomografiler ve manyetik rezonans çalışmaları çok sıradan ve kolaylıkla istenen tetkiklerdir. Hatta hastalar da bu tetkikleri hekimlerden yapılması konusunda talepte bulunmaktadır. Bu durum hem kamu hastanelerinde hem de özel hastanelerde giderek olağan bir hale gelmiştir. Hatta özel hastanelerde çalışan hekimlerin ayrıca etik dışı bir davranışı daha var. Ameliyat ettikleri veya sağlığına

kavuşturdukları hastalarla birlikte resimler çekip kişisel sosyal medya mecralarında paylaşarak reklam yapmaktadırlar. Onların da hedefi sayıyı artırmaktır.

Bu sistemde hekim kalmak ve hekimlik yapmak giderek zorlaşmıştır. Aşırı şımartılmış hastalar, hekimleri kendilerinin isteklerini yerine getirecek birer memur gözüyle bakmaktadır. İnternette öğrendiği eksik bilgilerle hekimi yönlendirmeye çalışmaktadır. Doğru olanı yapmak isteyen hekime sözlü veya fiziki şiddet uygulamaktadırlar. Bu durumda hekimlerin çoğu başka bir defansif hekimlik yöntemine başvurmaktadır. Yani hastanın her isteğini yerine getirerek-gereksiz tetkik ve ilaç-şiddetten korunmaktadırlar. Zira bu sistemde hasta şifa bulmak isteyen bir kişi değil velinimet olan bir müşteridir. Onu küstürmemek veya üzmemek gerek. Absürt de olsa isteklerini yerine getirmek gerekir. Hastanın her isteğini yerine getirirken bazen etik dışı yollara başvurmak gerekebiliyor. Örneğin hastanın gereksiz soruları ve suçlamalarından kurtulmak adına hastayı başka bir disipline yönlendirmek de defansif yaklaşımdır. Bu kez hasta öteki disiplindeki hekimden hıncını almak istemektedir. Randevusuz gittiği için hemşire ve tıbbi sekreterlere sözlü şiddette bulunabiliyor. Yani bir kez etik dışına çıkmakla şiddetin fitilini alevlendirmiş olmaktadır.

### ***Şiddetin önlenmesi***

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için birçok aşamayı geçmek gerekmektedir. Öncelikle şiddetin var olduğunu ve herkesin başına gelebileceğini tüm sağlık çalışanlarının özümsemesi gerekir. Olayları münferit olarak görmek veya “benim başıma gelmez” diye düşünmek sadece o an için konuyu kapatmaktadır. Bir hekim veya sağlık çalışanına uygulanan şiddetin tüm sağlık çalışanına uygulanmış gibi düşünmek gerekir. Hep bir avazdan bu eylemi kınamak ve lanetlemek gerekir. Asla gerekçe aranmamalıdır. Zira hiçbir davranış şiddeti mazur gösteremez.

Sağlıkta şiddeti, paydaşlarla paylaşmak ve onların farkındalığını artırmak bir diğer yapılması gereken durumdur. Bu konuda şiddet uygulayan kişinin caydırıcı cezalar alması için ilgili yasama ve icra kurumlarını harekete geçirmek gerekir.

Mesleğin elden gitmiş saygınlığını tekrar kazanmak ve halkın sağlıkçıya şiddet uygulamasının önüne geçmek için farklı vadelere uygulanacakları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

### ***Kısa vadede yapılacaklar***

- Güvenlik önlemlerin artırılması
- Sağlık çalışanına, agresif kişi karşısında iletişim yöntemleri konusunda eğitimler



- Performans sisteminden derhal vazgeçilmesi
- Mesai dışı polikliniklerin kaldırılması
- Randevu sisteminin etkin işletilmesi ve hekimlerin bu konuda desteğinin sağlanması

#### *Orta vadede yapılacaklar*

- Sağlık çalışanına şiddet konusunda eğitim verilmesi, horizontal şiddet konusunda farkındalık artırıcı faaliyetlerin yapılması
- Cinsel şiddet, cinsiyetçi şiddet ve ırkçı şiddet hakkında bilgilendirici eğitimler yapılması
- Hastane yöneticilerin hastalara bakış açısının değiştirilmesi. Hastalara müşteri olarak değil, yardım edilmesi gereken ve şifa arayan bir kişi olarak görmesi sağlanması.
- Aile hekimlikleri ve sağlık ocakları desteklenmeli
- Sağlıkta kademeli ve sevk zinciri biçiminde işleyişin hayata geçilmesi
- Kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti desteklenmeli ve teşvik edilmeli
- Sayısal değerlendirmelerden vazgeçilmeli. (En çok hasta bakan kişi değil, en etik davranan kişi yılın hekimi seçilmeli)
- Tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde deontoloji ve etik derslerinin süresi ve etkinliğinin artırılması
- Hekimlerin etik davranması ve öteki disiplinlere saygılı birer bilim insanı olması yönünde teşvik edilmeli
- Sorunların multidisipliner yaklaşımla çözümüne gidenlerin örnek gösterilmesi ve teşvik edilmesi
- Hastalara yeterli zaman ayırmak ve sorunlarına çok boyutlu olarak çözüm bulmaya yönelik hekimlik desteklenmeli
- Şiddet uygulayan şahısların hastane otomasyon sisteminde deşifre edilmeli ve gerekli önlemler alınmalı (daha önce şiddet uygulayan kişi kayıt esnasında sistem tarafından işaretlenmeli ve muayene işlemleri güvenlik görevlileri eşliğinde yapılmalıdır)

#### *Uzun vadede yapılacaklar*

- Sağlıkta şiddete yönelik özgün politikaların oluşturulması
- Sağlık çalışanına şiddeti teşvik edici veya meşru gösteren yayımlara ciddi ve yüklü cezalar verilmeli
- Kamu spotu yayınlarıyla şiddet uygulayanın ağır cezalara tabii tutulacağı halka bildirilmeli

- Tıp fakülteleri ve sağlık bilimleri fakültelerinde sağlıkta şiddet konulu dersler konulmalı
- Özellikle tıp fakültelerinde etik değerler ve deontolojik yaklaşımlar için dersler konulmalı
- Şiddet kültürünün azaltılması için sağlıklı politikalar oluşturulmalı
- Sağlık hizmetinin parayla satın alınacak bir meta olmadığı ancak bir kamu hizmeti olduğu bilinci topluma verilmelidir
- Şiddet uygulayanın cezai muayenedelerinin net ve bilinir kılınması

Sağlıkta şiddet toplumun genel şiddet kültürüyle doğrudan ilişkilidir. Toplumda başka alanlarda şiddet uygulayana öncelik tanınması ve ödüllendirilmesi sağlık alanında da yansımaları bulmaktadır. Bu nedenle halk önderleri ve politikacıların bu konuyla ilgilenmesi ve kitlelere şiddetsiz bir yaşayış biçimini salık vermesi yararlı olacaktır. “Ağlamayana meme yok” yaklaşımlarının terk edilmesi ve kişilerin haklarının kamu otoriteleri tarafından güvencede olduğu mesajı verilmesi gerekmektedir.

Sağlık çalışanların etik değerlere önem vererek görevlerini icra etmesi sağlıkta şiddeti azaltmaktadır. Zira birçok şiddet uygulayıcısı başka bir sağlık çalışanının ağzından çıkan sözlere dayanak (çoğu zamanda söylenenleri suiistimal ederek) şiddet zeminini oluşturmaktadır. “senin hastana yanlış tanı konulmuş”, “neden erken getirmedi, sana zaman kaybettirmişler”, “bu hastayı hastaneye yatırması gerekiyordu”, “bu hasta ameliyat olmalıydı” gibi yorumlar kolaylıkla hasta ve hasta yakınları tarafından suiistimal edilmekte ve şiddete dayanak oluşturmaktadır.

Mevcut performansa dayalı sağlık sistemi, sağlık çalışanlarının etik bir biçimde çalışmalarını giderek zorlaştırmaktadır. Buna rağmen yüreği elinde, etik değerlerinden ödün vermeyen nice nice hekim ve sağlık çalışanının hakkını ayrı tutarak konuşursak. Genel olarak bu sistemde hekimlik yapmak veya etik değerlere riayet etmek zordur. Bu sistem, şiddeti davet etmektedir. Bir an önce sağlık sektörü – müşteri ilişkisine son verilmelidir. Yerine ise sağlık hizmeti (hekim) – hasta ilişkisinin yenide ihya edilmesi gerekmektedir.

## Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin psikososyal boyutu

Cihangir **KARAKAYA**

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Sosyal Hizmet Uzmanı

[cihangir\\_5000@hotmail.com](mailto:cihangir_5000@hotmail.com)

### Özet

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları giderek artmaktadır. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasına sebep olan birtakım psikososyal faktörler bulunmaktadır. Ayrıca şiddet vakası sağlık çalışanı üzerinde de birtakım psikososyal etkilere sebep olmaktadır. Çalışmada şiddete neden olan psikososyal faktörler ile şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki psikososyal etkileri derlenmeye çalışılmıştır. Son olarak da şiddete neden olan psikososyal faktörlerin ve şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki psikososyal etkilerini en aza indirmeye yönelik çözüm önerileri sunulmuştur.

### 1. Şiddet

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2017).

Şiddet sınıflaması pek çok yönden değişebilmesine rağmen şiddet türleri şu şekilde sınıflandırılabilir (Polat, 2016):

- Fiziksel şiddet
- Cinsel şiddet
- Duygusal şiddet
- Ekonomik şiddet

**Fiziksel Şiddet:** Kontrol etmeyi, uygulanan kişide acı ve korku yaşatmayı amaçlayan, beden gücünü kullanmayı gerektiren ve kişide fiziki yaralanmalara yol açan, vurma, tekmeleme, yakma ve kesici ve delici aletler vasıtasıyla gerçekleşebilen davranış olarak tanımlanabilmektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006; Sarcan, 2013).

**Cinsel Şiddet:** Cinsel şiddet, her türlü cinsellik içeren şiddet biçimlerini ifade eder ve çoğu zaman içinde fiziksel şiddeti de bulundurur. Cinsel şiddet uygulayan kişi bir yabancı olabileceği gibi, eş, sevgili, arkadaş, akraba gibi yakın bir kişi de olabilir (İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2019).

**Duygusal Şiddet:** Karşıdaki kişiye sistemli bir biçimde yapılan, bireyin benliğini, psikososyal gelişimini, ruhsal sağlığını etkileyen olumsuz yargılar, atıflar ya da sözel davranışlardır. Sürekli

olması ve tekrarlanması en büyük özelliğidir (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2013).

**Ekonomik Şiddet:** Ekonomik şiddet, enflasyonun, işsizlik oranlarının yüksek olması ve sosyal güvenlik imkânlarının yeterli olmaması olarak nitelendirilebilir (Çatell, 2015).

## 2. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kapsamı

Şiddeti uygulayana göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tipleri 4 başlık altında incelenebilir. Bunlar şu şekildedir (Yıldız & Kaya, 2009):

- Tip 1
- Tip 2
- Tip 3
- Tip 4

**Tip 1:** Tip 1 şiddeti daha önceden sağlık tesisi ile herhangi bir ilişkisi olmayan kişilerce uygulanan şiddet eylemlerini kapsamaktadır. Burada asıl neden şiddete başvurmakta ziyade farklıdır. Bu tür şiddette esas hedef para ve değerli şeylerdir (Yaşar, 2019; Aytaç, 2011).

**Tip 2:** Hastanın/hasta yakınının çalışana karşı uyguladığı şiddet türüdür. Sağlık personeli, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları başta olmak üzere insanlarla sık ilişkide olunan tüm meslek grupları daha çok risk altındadır (Yıldız & Kaya, 2009).

**Tip 3:** Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet türüdür. Nedeni kişiler arası veya işle ilgili anlaşmazlıklardır. Şiddeti uygulayan kişi mağdurla aynı iş yerinde çalışan veya daha önce çalışmış bir kişidir (Yıldız & Kaya, 2009).

**Tip 4:** Kişiler arasında hizmete yönelik olmayan kişisel husumet veya sorunların sebep olduğu şiddet türüdür (Yaşar, 2019).

Şiddet tiplerinin kapsamı değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarına yönelik en çok uygulanan şiddet türünün Tip 2 türündeki şiddet türü olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlıkta hizmet sunumu esnasında maruz kaldığı sözel veya fiziksel şiddetler Tip 2 türündeki şiddet eylemleri kapsamına girmektedir. Mobbing veya iş yerinde psikolojik taciz ise Tip 3 şiddet tipi kapsamında değerlendirilmektedir.

## 3. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin psikososyal sebepleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pek çok farklı sebebi olabilir. Bunlar psikososyal etkenler, örgütsel etkenler, çevresel etkenler ve toplumsal etkenler olarak sınıflandırılabilir (Sarcan, 2013). Bahsedilen etkenler arasında en önemlisinin psikososyal etkenler olduğu göze çarpmaktadır. Örgütsel, çevresel ve toplumsal etkenler hasta, hasta yakını veya sağlık çalışanını psikososyal yönden etkilediği için sağlık personeline yönelik şiddete neden olan ana faktör psikososyal etkenler olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini psikososyal açıdan değerlendirildiği zaman pek çok neden karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenler şu şekilde sıralanabilir:

- Şiddet uygulayan bireyde meydana gelen sağlık problemleri, öfke, stres, travma, duygusal yoksunluk ve bilişsel sorunlar (Yaşar, 2019; Dillon, 2012),
- Engelleme veya tehlike ile karşılaşan bireylerin kendilerini güçsüz, yetersiz ve çaresiz gibi hissetmesi (Yaşar, 2019; Dillon, 2012),
- Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında genel olarak açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmemesi ve iletişim problemlerinin yaşanması (Yağbasan ve Çakar, 2006),
- Tarafların bireysel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi yaşanması (Yağbasan ve Çakar, 2006; Sarcan, 2013),
- Toplumdaki sosyo-ekonomik eşitsizlikler (Çatell, 2015),
- Toplumun ve kişilerin sosyokültürel ve eğitim sorunları (Aydın, 2008),
- Hasta, hasta yakını ve personelin beklentilerinin gerçekleşmemesi (Rew ve Ferns, 2005),
- Personelin hizmet içi eğitimlerinin ve iletişim eğitimlerinin yetersiz olması,
- Bazı hastalara iltimas geçilmesinin düşünülmesinden ötürü hasta ve hasta yakınlarının haksızlığı uğradıklarını düşünmesi (Özdemir Takak, 2017),
- Sağlık personelinin aşırı iş yükünden ötürü moral ve motivasyonunun düşük olması,
- Hasta yakınlarının umutsuzluk, üzüntü, şok veya yas gibi psikolojik problemler yaşaması,
- Şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği (Çamcı ve Kutlu, 2011),
- Sağlık bakım sistemi ve kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini karşılayamaması (Büyükbayram ve Okçay, 2013),
- Uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin toplumdaki varlığı (Büyükbayram ve Okçay, 2013),
- Toplumun şiddete duyarsızlaşması ve şiddeti pekiştirici yayınlar (Büyükbayram ve Okçay, 2013),
- Medya tarafından sağlık çalışanlarına yönelik toplumda oluşturulan önyargı gibi sebeplerdir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Şiddete sebep olan birçok psikososyal sebebi değerlendirdiğimizde karşımıza birkaç tane şiddete neden olan ana sebep çıkmaktadır. En önemli neden eğitim ve iletişim eksikliği olarak görülmektedir. Bir diğer neden ise hasta ve hasta yakınlarının içerisinde bulunduğu çaresizlik, üzüntü, şok gibi psikolojik durumlardır. Diğer bir neden ise toplumda sağlık

çalışanlarına karşı oluşan önyargıdır. Bir diğer önemli neden ise hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmet sunumundan memnun olmaması ve beklentilerinin karşılanmaması olarak göze çarpmaktadır.

#### **4. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çalışan üzerindeki psikososyal etkileri**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pek çok farklı sonuç doğurabilir. Sağlık personeline yönelik meydana gelen şiddet olayları kişilerde ciddi sağlık sorunlarına yol açabildiği gibi önemli mali kayıplara da neden olmaktadır. Sağlık personeline yönelik şiddet kişisel, örgütsel, toplumsal ve psikososyal etki ve sonuçlar doğurabilir (Yıldız & Kaya, 2009).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin psikososyal etki ve sonuçları şu şekilde sıralanabilir:

- İşyerinde meydana gelen şiddet olaylarının sonucunda çalışanlarda moral bozukluğu oluşması (Parlar, 2008; Çatel, 2015),
- Sağlık çalışanında iş doyumunun azalması (Parlar, 2008; Çatel, 2015),
- Sağlık çalışanında öfke, korku, güçsüzlük, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları oluşabilir (Parlar, 2008; Çatel, 2015),
- Sağlık çalışanında performans düşüklüğü (Annagür, 2010),
- Fiziksel şiddete maruz kalan çalışanlarda travma sonrasında stres bozukluğu gelişme ihtimali (Çatel, 2015),
- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının diğer hastalara vermiş olduğu hizmetin kalitesinde, dolaylı olarak düşüş yaşanması (Çatel, 2015),
- Sağlık çalışanında anksiyete veya irritasyon belirtileri (Annagür, 2010),
- Sağlık çalışanında kaygının yükselmesi (Annagür, 2010),
- Sağlık çalışanında işe devam etmeme veya işi bırakma gibi davranışlar görülmesi (Demirci, 2018),
- Sağlık çalışanın şiddetin etkisi olarak kendisini toplumdan soyutlaması (Gates ve arkadaşları, 2011),
- Sağlık çalışanın aile ilişkilerinde ve sosyal yaşamında bozulmalar (Demirci, 2018; Büyükbayram ve Okçay, 2013),
- Sağlık çalışanın yaşam kalitesinin düşmesi (Demirci, 2018),
- Sağlık çalışanında yeme bozuklukları görülmesi (Gates ve arkadaşları, 2011),
- Sağlık çalışanında cinsel sorunlar görülmesidir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

#### **5. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin psikososyal sebep ve etkilerinin en aza indirgenmesi için çözüm önerileri**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kişide geçici veya kalıcı psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlar sağlık çalışanının hem sosyal hem de mesleki hayatını olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlıkta şiddetin psikososyal sebep ve etkilerinin en aza indirgenmesi için birtakım çözüm önerileri sunulabilir. Çözüm önerileri şu şekilde sıralanmaktadır.

- Toplum düzeyinde eğitim ve öğretim faaliyetlerinin şiddetin önlenmesine yönelik olması,
- Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan düzenlemelerin personele ve kamuoyuna duyurulması,
- Sağlık tesisi kapsamında örgütsel ve organizasyon boyutunda düzenlemelerin yapılması,
- Sağlık tesisinin fiziksel koşullarının ve işleyişinin iyileştirilmesi,
- Sağlık çalışanlarına yönelik çalışan hakları ve güvenliği birimlerinde yetkin personellerin görevlendirilmesi,
- Sağlık tesislerinde sağlık personelini psikososyal açıdan destekleyecek psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi alanında uzman personelin görevlendirilmesi,
- Şiddete maruz kalan çalışana psikososyal destek ve danışmalık verilmesi,
- Sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi,
- Sağlık tesislerinde Beyaz Kod uygulamasının etkin bir şekilde uygulanması,
- Hasta ve hasta yakınlarının sağlık tesisinde sağlık hizmeti sunumundan memnun olacağı bir hizmet modelinin belirlenmesi,
- Kitle iletişim araçlarının ve medyanın sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik yayınlar yapmasının sağlanması,
- Toplumun farkındalığını arttıracak iş ve işlemlerin yapılması,
- Sağlık personelini destekleyici ve koruyucu hukuki ve yönetsel düzenlemelerin yapılması,
- Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik caydırıcı hukuki düzenlemelerin yapılması,
- Sağlık personelinin çalışma koşullarının ve iş yoğunluğunun personeli psikososyal açıdan olumlu etkileyecek şekilde düzenlenmesi gibi önlemler alınmalıdır.

## 6. Kaynakça

Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 161-173.

Aydın, M. (2008). *Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı*. Isparta-Burdur: Türk Tabipler Birliği.

Aytaç, S. (2011). *İş Yerinde Şiddet*. İstanbul: Beta Yayıncılık.

Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 46-53.

Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 9-16.

Çatel, M. (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demirci, Ş. (2018). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dillon, B. (2012). Workplace Violence: Impact, Causes and Prevention. *Work* , 15-20.

Dünya Sağlık Örgütü. (2017, Mayıs). *Violence and Injury Prevention*. Temmuz 13, 2019 tarihinde World Health Organization: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/> adresinden alındı

Gates, D., Gillespie, G., & Succop, P. (2011). Violence Against Nurses and Its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics* , 59-67.

İstanbul Bilgi Üniversitesi. (2019). *Cinsel Şiddet*. Temmuz 13, 2019 tarihinde <https://www.bilgi.edu.tr/upload/cinsel-siddet/> adresinden alındı

Özdemir Takak, S. (2017). *Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Görüş ve Tutumları ile Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Özkan, Ö., & Emiroğlu, O. (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* .

Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 547-554.



Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* , 22-1, 15-34.

Rew, M., & Ferns, T. (2005). A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *British Journal of Nursing* , 228.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. (2013, Aralık). Temmuz 13, 2019 tarihinde Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması: <http://www.saglikxen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf> adresinden alındı

Sarcan, E. (2013). *Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı*. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Yağbasan, M., & Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 609-629.

Yaşar, S. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çalışanların İş Motivasyonu Üzerindeki Etkileri*. Karabük: Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldız, A., & Kaya, M. (2009). İşyerinde Şiddet. *Toplum Hekimliği Bülteni* , 28 (3).

## Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Osman Nuri **KUNDAKÇI**

*Acil Tıp Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği Genel Başkan Yardımcısı*

Bu makalede amaç; Şiddetin tanımı ve çeşitlerine yer verirken son zamanlarda giderek artan sağlıkta şiddette görsel ve yazılı medyanın rolüne, bakanlık merkez teşkilatından taşra teşkilatları dahi olmak üzere dikkat edilmesi gereken konulara değinmektir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Şiddet “Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması” olarak tanımlanmıştır.

(World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.)

(WHO) Dünya Sağlık Örgütü, yayınladığı “ Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu’nda” şiddetin ortaya çıkışını şu şekilde tanımlamıştır.

Kendine Yönelik Şiddet,

Kişiler Arası Şiddet ve Topluma Yönelik Şiddet.

Yayımlanan raporda aşağıdaki maddelere de yer verilmiştir:

- Şiddet genellikle kasıtlıdır.
- Şiddetin yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ve yoksunluk gibi sonuçları vardır.
- Fiziksel olarak bir hasar vermese de Tehdit de bir şiddet davranışıdır.
- Yetkinin kasıtlı olarak kötüye kullanımı da şiddettir.

(World report on violence and health:Summary, WHO; Geneva, 2002/Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu - Dünya Sağlık Örgütü)

İkibinli yılların başından itibaren sağlıkla ilgili yapılan veya hastane (özellikle acil servis sahneleri) sahneleri içeren diziler kamuoyuna çok yanlış bilgiler vermişlerdir. Acile getirilen bir hastayı giriş kapısında karşılayıp hiçbir muayene ve tanı olmadan “hemen

ameliyathaneyi hazırlayın ve ameliyata alalım” veya hastanede yatan bir hasta veya yakınlarının “ulan doktor, hemşire hangi cehennemdesiniz çabuk gelin” gibi adap dışı bağırma ve hakaretler ve benzeri sahneler ve yazılar toplumu bilimsel olarak olması mümkün olmayan beklentilere yönelmiştir. Bu sahneleri izleyen ve acil servise gelen hasta yakınları daha kapı girişinde “neden hastam hemen ameliyata alınmıyor, neden hala burada bekletiliyor?” deyip şiddet uygulamaktadırlar. Hatta bazıları “burası hiç de dizilerdeki hastanelere benzemiyor, bunlar iyi çalışmıyor” diyebilmektedir.

Türk toplumu olarak televizyon film ve dizilerinin etkisinde fazlaca kalmaktayız. Yeşilçam filmlerinde uygulanan yanlış ilk yardım müdahalelerinin etkileri ile 112 personelleri gittiği vakalarda, ilk yardım eğitmenleri ise toplumun çeşitli kesimlerine eğitim verirken karşılaşmaktadır. Yılan sokmalarında etkilenen bölgenin kesilip emilerek zehirli kanın tükürülmesi, donmalara karşı kar ile ovma gibi birçok denetimsiz senaryonun olumsuz etkilerini yapılan yanlış müdahalelerle hem vatandaş hem sağlık çalışanları görmektedir.

Yeşilçam filmlerinin bu akılda kalıcı etkisini dizilerde de görebiliyoruz. Türk toplumu olarak izlediğimiz diziler ile gerçekçi bir bağ kurup senaryo gereği ölen oyuncu için baş sağlığı ilanı verip gıyabında cenaze namazı kılındığını, dizilerde sevilen karakterin öldürülmesi sonucu katiline sokakta saldırarak şiddet uygulandığını hepimiz dönem dönem haberlerde takip etmişizdir. Hal böyleyken sinema, dizi, görsel ve yazılı basında sağlıkta şiddet teması çok ciddi vurgulanırken bu konuda herhangi bir önlem alınmaması acaba sağlıkta şiddetin nedenleri arasında mıdır?

2013 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen) tarafından yapılan “Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması” raporunda sağlık sektöründe yaygın bir şekilde şiddette artış yaşandığı gözlenmektedir. Katılımcılara, meslek hayatları boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda; en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %86,8’dir. “Hiç kalmadım” diyenler %13,2, “1-3 kez kaldım” diyenler %30,4, “4-6 kez kaldım” diyenler %16,5, “7-10 kez kaldım” diyenler %9, “11 kez ve daha fazla” kaldım diyenler ise %30,8’dir (Sağlık-Sen AR-GE Birimi Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması Aralık 2013).

Toplumsal ve kültürel yapımız içerisinde şiddetin bulgularını atasözü ve deyimlerde de görmekteyiz. “Kızını dövmeven dizini döver”, “Dayak cennetten çıkmadır”, “Kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin” gibi... Acil tıp uzmanı Sarcan 2013’te hazırladığı uzmanlık tez çalışmasının sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarına yönelik artan

şiddetin nedeni olarak: “medyada tahrik edici haberler, yayınlar ve filmlerin yer alması ve siyasetçilerin sağlık çalışanları aleyhine olan beyanları” gibi faktörler olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada, “şiddetin bir hak arama yöntemi olduğu düşüncesine katılanların oranı (%20,3)” hiç de küçümsenmeyecek durumdadır.

Bakanlık merkez teşkilatının ve taşra teşkilatının şiddet ile ilgili yapılan yayınlara olayın ciddiyetini kavrayarak ortak bir bilinçle yaklaşım hareket etmesi gerekmektedir. Özellikle yazılı basında yapılan asılsız veya yanlış haberlere İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticileri tarafından hassas davranılmalı ve hukuk birimleri tarafından aynı sayfada aynı puntolarla tekzip yayınlatılması sağlanmalıdır.

9/6/2004 tarih 5187 Sayılı Basın Kanunu “ **Madde 14-** Süreli yayınlarda kişilerin şeref ve haysiyetini ihlâl edici veya kişilerle ilgili gerçeğe aykırı yayım yapılması halinde, bundan zarar gören kişinin yayım tarihinden itibaren iki ay içinde göndereceği suç unsuru içermeyen, üçüncü kişilerin hukuken korunan menfaatlerine aykırı olmayan düzeltme ve cevap yazısını; sorumlu müdür hiçbir düzeltme ve ekleme yapmaksızın, günlük süreli yayınlarda yazıyı aldığı tarihten itibaren en geç üç gün içinde, diğer süreli yayınlarda yazıyı aldığı tarihten itibaren üç günden sonraki ilk nüshada, ilgili yayının yer aldığı sayfa ve sütunlarda, aynı puntolarla ve aynı şekilde yayımlamak zorundadır. Düzeltme ve cevapta, buna neden olan eser belirtilir. Düzeltme ve cevap, ilgili yazıdan uzun olamaz. Düzeltme ve cevaba neden olan eserin yirmi satırdan az yazı, resim veya karikatür olması hallerinde düzeltme ve cevap otuz satırı geçemez. Süreli yayının birden fazla yerde basılması halinde, düzeltme ve cevap yazısı, düzeltme ve cevap hakkının kullanılmasına sebebiyet veren eserin yayımlandığı bütün baskılarda yayımlanır. Düzeltme ve cevabın birinci fıkrada belirlenen süreler içinde yayımlanmaması halinde yayım için tanınan sürenin bitiminden itibaren, birinci fıkra hükümlerine aykırı şekilde yayımlanması halinde ise yayım tarihinden itibaren on beş gün içinde cevap ve düzeltme talep eden kişi, bulunduğu yer sulh ceza hâkiminden yayımın yapılmasına veya bu kanun hükümlerine uygun olarak yapılmasına karar verilmesini isteyebilir. Sulh ceza hâkimi bu istemi üç gün içerisinde, duruşma yapmaksızın, karara bağlar. Sulh ceza hâkiminin kararına karşı acele itiraz yoluna gidilebilir. Yetkili makam üç gün içinde itirazı inceleyerek karar verir. Yetkili makamın kararı kesindir. 8839 Düzeltme ve cevabın yayımlanmasına hâkim tarafından karar verilmesi halinde, birinci fıkradaki süreler, sulh ceza hâkiminin kararına itiraz edilmemişse kararın kesinleştiği tarihten, itiraz edilmişse yetkili makamın kararının tebliği tarihinden itibaren başlar” ibaresi yer almaktadır.

Basın kanununda kanuni düzenlemeler bu hakkı vermişken taşra teşkilatlarında gerekli hassasiyetin ve tepkilerin gösterilmediği görülmektedir.

Radyo, Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) 2018 Yılı Faaliyet Raporu'na göre televizyonda şiddet içeren programların sayısının her geçen gün arttığı ifade edildiği raporda, kuruma bir yılda bu yayınlar nedeniyle yüz yirmi dört bin iki yüz otuz dört şikâyet geldiği belirtilmiştir. “Dizilerde Sizi rahatsız eden / Eleştirdiğiniz konular nedir?” sorusuna % 48 oranında şiddet olduğu belirtilmiştir (RTÜK Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması – 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı konuya daha hassas yaklaşmalı ve Radyo Televizyon Üst Kurulu ile ortak çalışmaları acilen yapmalı, Sağlık Bakanlığı Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği tarafından olumsuz içerik oluşturan haber, sinema ve dizilere yayına konulmadan müdahale edilebilecek bir yapı oluşturmalıdır. Dizi ve filmlerde, sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili tema ve canlandırmaların kullanılmaması ve sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların almış oldukları cezaların ulusal basında lanse edilmesi gerekmektedir. Bunun gerçekleştirilmesi için T.C Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

19 Eylül 2013 Tarihinde ATT DER ( Acil Tıp Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği) öncülüğünde 21 sendika, dernek ve Sivil Toplum Kuruluşunun “Sağlıkta Şiddete Karşı Tek Yürek” toplantısı sonrası şiddetin önlenmesine yönelik;

- Okul müfredatlarına sağlıkta şiddetin engellenmesi ile ilgili konuların eklenmesi.
- Diyanet İşleri Başkanlığınca Cuma hutbelerinde sağlık çalışanına şiddetin önlenmesine yönelik hutbe verilmesi.
- İnanç ve dini kurum temsilcilerinin halkı “sağlıkta şiddet” konusunda bilinçlendirmesi.
- Sağlık hizmetinin siyasi argümanlara alet etmeden herkesin ulaşabileceği bir sisteme kavuşturulması.
- Bakanlıklar arası iş birliği sağlanarak şiddet konusunda gerekli tedbirlerin alınması ve ivedilikle çözüme ulaştırılması.
- Yazılı ve görsel medyanın kullanılarak sağlıkta şiddetin engellenmesi ile ilgili kısa film ve spotlar hazırlanmasının sağlanması.

- Kurum içi şiddeti körükleyen mobbingin her türlüünün önlenmesi için özellikle idarecilere yönelik eğitim ve gerekli yönetmeliklerin çıkarılması.
- Kurumların çalışma şartlarının iyileştirilmesi.
- Çalışan hakları, çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği birimlerinin kurulması.
- Esnek ve angarya iş yükünün azaltılarak güvenceli çalıştırılma esas alınmalıdır.
- Şiddeti engelleyecek politikalar oluşturulması için Sağlık Bakanlığının göreve çağırılması.
- Kurumların hastalara yeterli zaman ayıracak şekilde politikalar düzenlenmesi önerilmiştir.

Yazılı ve görsel basında, sinema ve dizi sektöründe sağlık çalışanlarına karşı şiddet vurgusu yapan haber ve senaryoları düzeltebilmek için hem yasal düzenlemeler yapılmalı hem de o sektörle ilgili Sivil Toplum Kuruluşlarının bu konuda çok daha duyarlı olmalarını sağlayabilecek nitelikte birtakım adımlar atılmalıdır. Tarihte yapılan en büyük, en çetin savaşlarda bile cephelerden yaralıların tahliye edilmesi ve gerekli tedavilerinin yapılması için 1-2 saatlik ateşkeslerin yapıldığı ve sağlık çalışanlarına dokunulmadığı bilinmektedir. Ülkemizde ve Dünyada sağlık çalışanına şiddet olayları artış gösterirken medyanın da;

1. Eğitim ve kültür seviyesi düşük geniş toplum kesimlere yönelik bilgilendirici yayınlar yaparak,
2. Topluma doğru yolu göstererek,
3. Şiddeti artıracak yayınlardan uzak durarak,
4. Televizyonlarda şiddet görüntülerini sıfırlayıp veya azaltıp sağlık sistemi ve sağlık çalışanları ile ilgili doğru bilgiler aktararak,
5. Sağlık çalışanları ile ilgili olumsuz yayınları ve iftiraları önleyerek,
6. Medyadaki hekim düşmanı yayınlar konusunda hukuki işlemlere tabi tutularak,

7. Tarafsız duruş sergileyerek,

8. Hasta hakları kadar çalışan haklarını da vurgulayarak yaptığı tahribatı kısmen tamir edip sağlık çalışanına şiddeti önlemeye yardımcı olabilir.

## Sağlık hizmeti ve şiddet ilişkisi

Doç.Dr.Tansel MUTLU  
Dr.Öğr. Gör. Sibel MUTLU  
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi

Sağlıkta şiddet son 10 yılda giderek tırmanan ve tahminen giderekte artacağı öngörülen toplumsal bir trajedir. Multifaktöriyel olan bu sorunun, majör ve minör etkenlerin kümülatif etkisinin bir sonucu meydana geldiğini düşünmekteyim. Aslında sağlıkta şiddet, ülkemizdeki sağlık hizmetinin zayıf ve hassas halkalarının kırıldığına önemli bir göstergesidir. Bu sorunun çözümlenmesi ile sağlık hizmetlerindeki sorunlara büyük ölçüde çözüm sağlanmış olacağını düşünmekteyim. Sorunun giderek artması, hekimlik mesleğinin hak etmediği seviyelere çekilmesine sebep olmaktadır. Son yıllarda sağlıkta şiddetin artışı; hekimliğin sadece iş garantisi olması nedeniyle tercih edilmesine ve eskiye nazaran daha düşük puanlarla öğrenci alan tıp fakültelerinin ortaya çıkmasına ve tıp eğitimindeki kalitenin önemli ölçüde azalmasına neden olmuştur.

Sonuç olarak daha az donanımlı ve sadece iş garantisi nedeniyle öğrencilerin bu mesleğe yönelmesine sebep olmaktadır ki bu durum sorunun ileride daha da katlanacağını göstermektedir ve ülkem ve mesleğim adına üzücü bir senaryoya dönüşmektedir. Hekimlik hakikaten kıvrak zeka, çok parametrelili düşünme, iyi gözlem ve sabır gerektiren bir meslek grubudur. Hayatta sahip olduğumuz yegane varlık kendi yaşamımız ve değer biçilemeyen ailemizdir. Yaşama hakkı, sağlıklı yaşamın devam ettirilmesi konusu, varlığımızı oluşturan tek parametredir. Varlığımızın devam ettirilmesi için oluşan aksaklıklarda en iyiyi aramak ve ulaşmak herkesin ortak isteğidir. Bu nedenle hekimlik çok kıymetli bir meslektir. En değerli varlığımızın sağlıklı bir şekilde devamı için vazgeçilmezdir. Bu nedenle hekimlik yapacak sağlık personelinin optimal seviyede kişilerden seçilmesi gerektiği, dünyada her yerde olduğu gibi hekimliğin yüceltilmesi gerektiği ve bu mesleği elenerek seçilmiş kişilerin yapması gerektiği düşüncesindeyim.

Sağlıkta şiddetin sebeplerine şu şekilde maddeler halinde inceleyebiliriz.

- Hekimliğin kiskanılan bir meslek grubu olması. Hekimlik toplumumuzda en saygın meslek gruplarından ve belki çoğu kişinin imkanı olsa red edemeyeceği mesleklerdendir. Sosyal medyanın yaygınlaşması ile kişiler arası diyalogta da görüp takip ettiğimde toplumu bu tür kişiler etkilemekte ve hekimleri hedef göstermektedir,



bu da sağlıkta Şiddeti tetikleyen önemli parametrelerdendir. Toplumsal örgütlenme ve kutuplaşma meydan gelmektedir. Benzer bir şekilde hekimler arasındada hasta olarak karşılarına çıkan topluluğa karşı bir örgütlenme ve ön yargı oluşmaktadır. En ufak tetikleyici olaylar hazır olan iki taraf için bir kıvılcım ile Şiddetin oluşmasına neden olmaktadır.

- ‘‘Hekimler kibirlidirler’’ Toplumun bir kısmında böyle bir ön yargı mevcuttur. Ön yargılı olan bu kişiler hekimlerde hata ararlar, ‘‘hekime haddini bildirme duygusu ile’’ bu hataları ortaya çıkarmak için fırsat beklerler ve Şiddeti provoke ederler. Hekimlikte kibirliliğin bir dereceye kadar varlığı konusunda benim de Őahitliđim vardır. Özellikle 20-30 yıl önceki jenerasyonda bu durum daha çoktu, Őimdilerde oldukça azdır, ayrıca bu kişinin karakteri ile ilgilidir. Hekimler arasında bu tür kişilerin olması tüm hekimlere mal edilmemelidir. Özellikle yeni jenerasyonda kibirli hekim profili nadir görölmektedir. Toplumun eski hekimlere bakış açısını miras gibi taşıması sağlıkta Şiddeti doğuran etmenlerden biridir. Ayrıca toplumdaki bu ön yargı; hekim hasta diyalogunda istenilen sıcak ve samimi iliŐkiyi bulmasına engel olmakta ve hastalar çoğunlukla bunu kibir olarak algılamaktadır.
- Mesleğe yeni başlayan tecrübesiz hekimler; tecrübesizliği algılayan hayatını hastanelerde geçirmiş ve sık sık hastaneleri ziyaret eden profesyonel hastaların hedefi olabilmektedir. Bu kişiler bu fırsatı bahane ederek Şiddete başvurabilmektedir.
- Medyanın Rolü; Medya, özellikle sosyal medya günümüzde dijital dünyada önemli aktörler tarafından istenildiği gibi yönlendirilmektedir. Bu yönlendirmeler genellikle; kutuplaştırma, ayırma ve çatıŐtırma yönünde olmaktadır. Hasta ve karşılarındaki sağlık hizmeti sunucuları, bu tür platformlarda karşı karşıya getirilmektedir ve bu sağlıkta Şiddeti potansiyelize eden önemli bir unsurdur.
- Hekimlerin stresli yaşamı; toplumun büyük kesiminde hekimlerin çok para kazandığı ve konforlu, rahat bir hayat sürdürdükleri konusunda halen gerçek dışı bir inanıŐ mevcuttur. Hekimlerin büyük bir kısmı stresli zor bir hayat sürdürmektedir. Son yıllarda mutsuz, mesleğini icra etmek istemeyen hekimlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu durum özellikle uzman hekimler için geçerlidir. Oysa uzman bir hekimin yetiŐmesi uzun yıllar alan, ciddi emek ve fedakarlıklar barındıran zorlu bir süreçtir. Hekimlik hastaneden çıkınca diğer meslekler gibi biten bir iş değildir. Hastanede tedavi gördüğu sürece yatan bir hasta, özellikle ameliyat edilmiş bir hasta, takip eden hekimlerdir sürekli. Yemekte görünmez bir sandalyede oturur, evinde görünmez bir kanepede yatar, hafta sonunda arabasının bir koltuğundadır. Oysa bu fedakarlığı bilmeyen hasta en ufak

bir tatminsizlikte şikayet edebilmektedir ve şiddeti tetikleyen bir sebeptir. Bir tarafta fedakar hekim özel hayatı kalmamış diğer tarafta fedakarlıktan habersiz hasta “zaten işi bu mecbur yapacak, herşeyi kusursuz yapmak zorunda”. Bir hekim bir hasta gibi aynı insani özelliklere sahiptir ve maddi-manevi tatmini olmayan pek çok hekim artık mesleğini zorunlu olduğu için devam ettirmektedir. İşte bu ülkemiz için başlayan önemli bir kayıp, elle tutulmayan görünmeyen değerler böyle kaybolmaktadır. Sonuç kıymetsiz, ruhsuz bir işletme, robotlaşma buna doğru hızlı bir gidiş mevcuttur . Belki globalleşme denilen büyük çark bizi buna sürüklemekte, ama çok kıymetli ve yüzyıllar boyu oluşmuş değerler erimekte, bunları canlandırmak kaybetmekten çok daha zordur.

- Hekimliğin ilahi güçmüş gibi görülmesi; toplumumuzun büyük çoğunluğunun unuttuğu önemli bir noktadır bu. Hekimin hastasını mutlak suretle iyileştirme yeteneğini yoktur. Hatırlanması ve bilinmesi gereken hekimin tedavisi şifa için bir yoldur, bu hastalığın evresi, derecesi ve günümüzdeki imkanlar doğrultusunda belirlenir. Bu bir felsefedir aslında, bilinçli insanlar bilirki tedaviyi yapan hekim bir vesiledir ve mutlak şifa yüce yaratıcının dokunuşuna bağlıdır. Bu inanç ve felsefesi olmayan bireylerde beklenilmeyen hadiseler karşısında hekimi sorumlu tutmakta ve buda hekime şiddeti doğurmaktadır.
- Hekimlere yüklenmiş büyük sorumluluklar; hekimler hasta karşısında tüm ülkenin sağlıkla ilgili her basamağını temsil eder. Hastanın böyle bir algısı mevcuttur. Hastanın mutlu olmadığı herhangi sağlık hizmetinde hadiseyi, tüm ülkenin sağlık temsilcisi olan hekime aktarır, söylenir, aşağılar ... ve şiddet ortaya çıkar. Hekimlerin üzerindeki bu sorumluluk azaltılmalıdır.
- Sağlık hizmetinde çalışan tüm sağlık personellerin, kendi işine yeterince sahip çıkmaması. Sağlık hizmeti, pek çok meslek gurubu ile ortak yürütülen bir hizmettir ve en tepesinde hekim vardır. Aslında hekime verilen sınırlı saha vardır ve bu saha dışına çıkamaz, hasta bunu bilmez ve hekimden talebi karşılanmaz ise şiddet doğurur. Örneğin; ameliyat olması gereken bir hastanın ameliyat sonrası yoğun bakım ihtiyacı öngörüsü nedeniyle yoğun bakımdan hasta için yer bulunması gerekir. Yoğun bakımların yoğunluğu nedeniyle hasta için yatak bulamayan hekim hasta yönünden işini eksik yapmış kabul edilir, hasta ve yakınları tarafından şiddet nedeni olarak görülmektedir. Başka bir örnek; tedavisinin teknik veya farklı uzmanlaşma alanı

gerekliliği nedeniyle sevk edilen bir hastanın başka merkezlerden kabul edilmemesi sonucu bu süreçte hastanın sorumluluğu takip eden hekimindir, sevk edemezseniz hasta nezlinde yetersizsinizdir ve şiddet görme riskiniz artmıştır. Sağlık hizmetinde, hekim, hemşire, sağlık görevlisi, tıbbi sekreter, başhekim, baş hekim yardımcıları, hastane müdürü, yönetici kadrosu, bir sağlık tesisinde insan faktörünün olduğu bir yerde iş paylaşımlarında adaletsizlikleri, bilinçli veya bilinçsiz iş yükü paylaşımları, sağlık hizmeti sunucularını mutsuz etmekte ve hasta karşısında sinirli şiddet açısından potansiyel bireyler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu problemin çözümü şiddeti azaltacaktır.

- Hekimin hastasına duyduğu empati duygusunun körelmesi; toplumdaki kutuplaşmanın verdiği kısır döngü hekimimde empati döngüsünü söndürmektedir.
- Hekimin bir insan olduğunun unutulması
- Toplumsal beklentinin çok yüksek olması ve beklentinin karşılanamaması şiddeti tetiklemektedir. Özel hastanelerin reklamlarının beş yıldızlı otel reklamları gibi sunulması, sağlık ile ilgili garanti düşüncesi oluşturan sloganlar gibi. Toplumun her kesimi bu imkanlara ulaşmakta ve ulaşamayan toplumsal kesimde öfkeler tetiklenmektedir. Çünkü toplumda sosyal bir devlet algısı mevcuttur ve bu bireylerdeki düşünce “her birey ülke toprakları içinde her hizmeti alabilmeli” düşüncesini oluşturmakta ulaşamayınca sağlıkta şiddeti doğurmaktadır.
- Mediko-legal olayların doğru yönetilmemesi (hekimin girişimel yöntemlerden uzak durması). Cerrahi girişimler doğal olarak birtakım riskleride beraberinde getirir. Komplikasyon, bir cerrahi girişim sırasında ihtimal dahilinde istenmeyen bir durumun gelişmesidir. Hasta ve yakınları tarafında bu yanlış algılanır ve doktorun hatası olarak kabul edilir; dava açılması vefizikse şiddet ile tepki ortaya çıkar. Oysa komplikasyon malpraktis ile karıştırılır, komplikasyonun hastaya söylenmemesi, bilinçli atlanması veya tedbirini alınmaması durumunda hasta haklıdır. Yanlış bilinen ve toplumda yanlış algı oluşturulan bu hassas durumlar şiddeti tetiklemektedir.
- Ego ( hastanın egosu-müdür,siyasi bağlantıları olan kişiler, şirket ceo su, muhtar bile, sendika başkanı, veya bir öğretmen) hekim karşısında beklentisinin karşılanmaması. Bazen kendini tanıtır beklentisi karşılanmaz. Bazen kendisini tanıtamaz ve beklentisi vardır, yine sorun çıkar.
- Sosyo kültürel, entelektüel seviyemizin yetersiz olması (kişilerin, toplumdaki bireylerin, sağlık personeli ve özellikle hekim ile muhataplık seviyesinin resmi bir kurumda olması gerektiği gibi

- Medya ve sağlık politikalarında mükemmel hizmet görüntüsü madalyonun bir yüzünü oluşturmaktadır. Bu durum hasta ve yakınlarında çok büyük beklenti oluşturmaktadır. Madalyanın öbür yüzünde, zor şartlarda ve ağır yüklerle çalışan sağlık çalışanları. Örneğin; acil servislere gelen gelen gerçek aciliyet gerektirmeyen pek çok hasta bu hizmeti veren hekim ve sağlık personelinin enerjisinin büyük kısmını almakta, gerçek acil hastalarda aksaklıklar yaşanabilmektedir. Kadın doğum hekimleri, on yıl öncesi tıpta uzmanlık sınavında en yüksek puanla hekim alan branşlardan biriydi, günümüzde en düşük puanla alan branş. Ne değiştirdi? Günümüzde bir hekimin bir ömür boyu kazanamayacağı paralardan kat kat fazla tazminat davalarının açılması hatta kazılması hekimleri bu riskli branşlardan uzaklaştırmaktadır.
- Sağlık çalışanları kazançlarının iyileştirilmesi ve adaletli dağıtım. Sağlık çalışanları, özellikle hekimler performans denilen sistemle çalışmakta hekimlerin kazançları her branş hatta aynı branş içinde, farklı hastaneler farklı şehirler ve bölgelere göre bu değişmekte. Bu farklılık çalışanlar arasında adaletsizlik duygusunu doğurmaktadır ve mutsuz işini sevmeyen bir sağlık çalışanında verimi düşmektedir, buda şiddeti potansiyelize eden bir faktördür
- Şiddet ilkel bir davranıştır, primitif olan bu duygu durum, yeterince sosyalleşmemiş, kişilerde daha çok ortaya çıkan toplumsal sorunlarımızdan biridir. fakat buradaki şiddet kelimesi “sorun var” anlamında kullandım. Toplumumuz içindeki bazı bireylere yönlendirilmiş bir atıftır sadece. Aslında şiddeti uygulayan kişi “burda bir sorun var ve ben sana bunu kendi söylem tarzımla iletiyorum” anlamı, diğer bir anlamı “bir sorun var çözemiyorsun sana cezayı veriyorum” diğer bir anlamda oluşmaktadır.

Maalesef problemin çok yönlü olması, önemli sosyolojik komponentleri içermesi, çözümünü kompleks kılmakta, yıllarca sürebileceği öngörülmektedir. Kısa vadeli, daha pratik çözümler olarak sağlıktaki şiddetin, şiddeti azaltılarak yapılabileceğini düşünüyorum. Sağlık politikalarının daha optimist ve real yapılmaları, sağlık çalışanların özverisi pozitif bakış açısı ile medyada gösterilmesi ile önemli ölçüde yol alınabilir. Kişisel ve bireysel sorunlar medyaya yansıtılmamalıdır. Hasta hakları tabiki çok önemlidir; her hekim hayatının bir bölümünde çok önemli veya az önemli hastalığa yakalanmakta ve pratik anlamda hasta olmaktadır, bu nedenle empati kurması zor olmamaktadır. Ancak hekim olmayan bir hasta; vicdanı varsa empati kurabilir, ama asla hekim olamaz ve gerçek anlamda hekimliği yaşayamadığı için empati de gerçek olamaz. Özellikle uzman bir hekimin topluma hangi yollardan geçtiği anlatılması lazımdır. Belki bir film düzenlenebilir. Daha ilkokul, orta okul özellikle lise yıllarında en iyilerin olma

bedelinin ödemesi, milyonların aralarından ilklere olma bedelinin ödenmesi. Zorlu tıp eğitiminin başarılı bir şekilde bitirilmesi, tıpta uzmanlık gibi en zor sınavların kazanılması, tıpta uzmanlık eğitiminde özellikle cerrahi branşlarda komando eğitiminden farksız bir 5 yılın geçmesi ve 30 unda mecburi hizmet ile memleketin bilmediğiniz bir köşesinde çalışmaya başlama zorlukları, atlatılan her adımın zorluğunu hasta bilirse, yaklaşım şeklini değiştirecektir, çünkü toplumumuzda güçlü bir sağ duyu vardır. Bir hekimin nasıl yetiştiğini toplum bilirse, empati ile yaklaşır ve şiddet azalır. Hekim olmayan birine bunları anlatsanız, veya hekimlerin böyle bir süreçten geçtiklerinin bilselerdi çoğu hekim olmak istemeyecektir. Özellikle çalışmaya başladığınızda hukuki süreçlerle, değişik, şiddete eğilimli hasta profilleri ile karşılaşmanız çatışmalara sebep olmaktadır. Bu kadar özveri ile yetişmiş kişilerin hayattan beklentisi olmaktadır; onurlu refah içinde sürdürülen bir yaşam. Maalesef bu beklenti çok büyük bir kısmı karşılanmamaktadır. Özellikle çalışma koşullarının giderek zorlaşması hekim yönünden yaptıkları mesleklerinden soğutmaktadır. Böyle bir hekim karşısında, her yönüyle mükemmel bir sağlık hizmeti bekleyen hastanın, beklentisini karşılayamazsa şiddet oluşabilmektedir.

## Sağlıkta şiddet ve beyaz kod sistemi

Fatma PAZARLIOĞLU

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

fatmacyb@gmail.com

### Özet

Tüm dünyada sağlık çalışanlarının iş hayatında karşılaşmış olduğu en önemli problemlerinden biri de şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda ülkemizde artan oranlarda görülmektedir. Sağlıkta şiddetin yüksek olması hasta ve çalışan güvenliği açısından tedbir içeren uygulamaların devreye konulmasını da beraberinde getirmiştir. Sağlıkta şiddet durumunda ortak bir dil geliştirmek ve müdahale tarzı oluşturmak amacıyla Beyaz Kod uygulamasına geçilmiştir.

Beyaz Kod sisteminin devreye girmesine rağmen pek çok sözel hatta bazen fiziksel saldırının bildirilmemesi nedeniyle izleme kısmen gerçekleştirilmektedir. Beyaz Kod uygulamasının sonuçları yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkacaktır.

### Sağlıkta Şiddet ve Beyaz Kod Uygulaması

Bireysel ve toplumsal bir çok bileşeni olan Şiddet olgusu insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir (Kocacık F,2001). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şiddet, günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Genel olarak Dünya Sağlık örgütü tarafından da kabul edilen tanımı “kendine ya da bir başkasına grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralanma, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması şiddet olarak tanımlanmaktadır(Al ve ark., 2012).

İş yerinde yaşanan şiddet ise “Çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır(Warshaw LJ, Messite J.1996)

Sağlık kurumları şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından biridir (Çamcı, Kutlu, 2011).Sağlık kurumlarında şiddetin tanımı; “hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırı” biçiminde yapılmaktadır. Her bir sağlık çalışanı da potansiyel birer şiddet adayıdır(Al ve ark., 2012.). Yapılan, çalışmalar sağlık kurumlarında çalışanların diğer

alanlarda çalışanlardan 16 kat daha fazla şiddet riski altında olduğubildirmiştir (Temizyürek A. Veteriner Halk Sağlığı kitaplığı. [www.izmir-vho.org](http://www.izmir-vho.org) Erişim tarihi: 15.03.14.)

Şiddetin davranış biçimi olduğunu belirten teorisyenler, üç ana teori ileri sürülmüştür. Bu teriler biyolojik, soysal öğrenme ve zedelenme saldırganlık olarak sınıflandırılmıştır(Mohr WK, Mohr BD. Brain.2001). Sosyal öğrenme teorisine göre şiddet; diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır (Bandura A.1977). Zedelenme-saldırganlık teorisine göre şiddet; önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan ve zedelenmeye karşı olarak verilen tepkidir (Berkowitz L.1990). Diğer bir faktör de; Farrel ve ark. vurguladıkları gibi sağlık sistemi içinde hastaların adeta müşteri, tüketici gibi değerlendirilmesi ve bu anlayışla sağlık çalışanları ile hastaların karşı karşıya getirilmesidir (Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P.2006). Bu teoriler hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının sebebini açıklamaktadır.

Hasta yakınlarının kendi hastalarının daha acil olduğu düşüncesiyle bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemesi, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması, hasta ve hasta yakınları tarafından işlerin düzenli yürümediği veya öncelik sıralamasında adil davranılmadığı yönündeki şüpheleri, şiddet uygulayan kişinin alkol alması veya ilaç/ madde etkisi altında olması, bazı hastalık tanıları (deliryum, demans, psikoz vb.) ve stresli aile üyelerinin varlığı şiddet uygulayanlarla ilgili bazı faktörlerdir(Keser Özcan N, Bilgin H. 2011). Sağlık kurumlarında şiddet riskini arttıran diğer faktörler arasında, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, işlerin yoğun t personel sayısının az olması, aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması, şiddete karşı yasalarda sınırlamanın olmaması şiddet riskini arttıran diğer faktörler arasında sayılabilir (Cooper CL, Swanson N. 2008).

Bıçakcı'nın 2012 yılında yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarına şiddete neden olan faktörler sorulduğunda, %43,6'sı sağlık sistemi ile ilgili olduğunu, %25,6'sı hizmet alan kişilerin tutumlarından kaynaklandığını, %2,6'sı hizmeti veren kişilerin tutumlarından kaynaklandığını, %28,2 si de hepsinden kaynaklandığını ifade etmiştir, Erkol, Gökdoğan, Erkol, Boz (2007) ise şiddetin, %57,2'sinin beklemeden kaynaklı memnuniyetsizlik, %25,7'sinin alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve %17,1'inin ekonomik problemlerden kaynaklandığını belirtmiştir.

İlhan ve ark.nın 2013 yılında sağlık kurumlarına başvuran kişilerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %79'u sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenebileceğini düşündüğünü, %68.4'si şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılmasını, %66.7'si halka yönelik

eđitimler verilmesi gerektiđini; katılımcıların %22.9'si sađlık çalıřanına řiddetin bazı durumlarda gerekli olduđunu, %20.2'si sađlık çalıřanının řiddeti hak ettiđini dűřündűđünü ve bűyle dűřünenlerin %58.2'si buna neden olarak hastayla yeterince ilgilenmeme olduđunu; %93.8'si sađlık çalıřanına řiddet uygulanınca sorunların dűzelmeyeceđini, %33.1'i sađlık çalıřanına řiddet uygulayanlara ceza uygulandıđını dűřündűđünü ve bunlarında %50.5'i hapis cezası olduđunu belirtmiřlerdir

Ergűr ve arkadařaları 2001 yılında sađlık çalıřanlarının, sűzel veya fiziksel řiddete maruz kalma sıklıđının %58,7; ztun ise yaptıđı çalıřmada ise, %68,5'inin sűzel řiddet ve %16'sının fiziksel saldırıya uđradıđını ifade etmiřtir. Gűke ve Dűndar'ın (2008) yaptıđı çalıřmada sađlık çalıřanlarının %59,4'űnűn sűzel řiddet, %26,5 'inin sűzel ve fiziksel řiddete maruz kaldıđını, Erkol, Gűkdođan, Erkol, Boz (2007) ise, sađlık çalıřanlarının %46,9'unun sűzel řiddete, %19,4'űnűn fiziksel saldırıya uđradıđını ifade etmiřtir.

Sağlık hizmetinin sunumundaki hızlı değişimler, gerek yasal uygulamalardaki boşluklar şiddetin önlenmesinde ve çalışan gűveliliđinin sağlamasında eksikliklere neden olmaktadır (Al ve ark, 2012).

Sađlıkta řiddetin yűksek olması hasta ve çalıřan gűvenliđi açısından tedbir içeren uygulamaların devreye sokulmasını da beraberinde getirmiřtir. Sađlıkta řiddet durumunda ortak bir dil geliřtirmek ve műdahale tarzı oluřturmak amacıyla Beyaz kod uygulamasına geçilmiřtir.

Sađlık kurum ve kuruluřlarında gűrev yapan personele karřı gűrevleri sırasında veya gűrevleri dolayısıyla iřlenen kasten yaralama suçu, 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100 űncű maddesinin űűncű fıkrası kapsamında tutuklama nedeni vaysayılabilen suçlardan sayılmıřtır.

28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmű Gazete'de yayımlanan Sađlık Bakanlıđı Personeline Karřı Iřlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukukű Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yűnetmelikte ise, Sađlık Bakanlıđı ve bađlı kuruluřlarında sađlık hizmeti sunumu sırasında veya bu gűrevlerinden dolayı personele karřı iřlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının talebi űzerine Bakanlık ve bađlı kuruluřlarınca yapılacak hukukű yardıma iliřkin usul ve esaslar belirlenmiřtir Sadece kamu kurum ve kuruluřları deđil, özel sađlık kurum ve kuruluřlarında gűrev yapan personel de, bu gűrevleriyle bađlantılı olarak kendilerine karřı



işlenen suçlar bakımından Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere 7 gün 24 saat hizmet verecek şekilde 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuş, "[www.beyazkod.saglik.gov.tr](http://www.beyazkod.saglik.gov.tr)" internet adresi oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden alınan verilere göre, 14 Mayıs'ta uygulanmaya başlanan Beyaz Kod birimine günde ortalama 22,8, 5 ayda ise toplam 3 bin 764 bildirim yapılmıştır. Bildirilerin 2 bin 579'unu sözlü (yüzde 69), bin 185'ini (yüzde 31) fiziksel şiddet şikayetleri oluşturdu. Şiddet olaylarının bin 969'u (yüzde 52) devlet hastanesi, 806'sı eğitim ve araştırma hastanesi (yüzde 21), 228'i (yüzde 6) 112 istasyonu, 396'sı (yüzde 11) aile sağlığı merkezi, 178'i (yüzde 5) ağız ve diş sağlığı merkezi, 132'si (yüzde 3) üniversite hastanesi, 49'u (yüzde 1) özel, 6'sı da (yüzde 1) diğer kurumlarda yaşandı. Şiddete uğrayanların 2 bin 83'ü (yüzde 55) hekim, bin 135'i (yüzde 30) hekim dışı sağlık personeli, 205'i (yüzde yüzde 6) diş hekimi, 102'si (yüzde 3) idari hizmetli, 239'u (yüzde 6) sözleşmeli şirket çalışanı olarak bildirilmiştir. Şikayete konu olaylarının bin 246'sı (yüzde 33) acil servis, bin 159'u (yüzde 31) poliklinik, 580'i (yüzde 16) klinik/servis, 74'ü (yüzde 2) ameliyathane/yoğun bakım, 119'u (yüzde 3) tetkik bölümü, 91'i (yüzde 2) aile sağlığı merkezi, 230'u (yüzde 6) 112 istasyonu/vaka yeri, 265'i (yüzde 7) diğer bölümlerde gerçekleştiği ifade edildi. Beyaz Kod'a bildirimlerin bin 300'ünü (yüzde 35) şiddet mağdurları, 2 bin 464'ünü (yüzde 65) de kurum yöneticilerinin yaptığı bildirildi([www.medimagazin.com](http://www.medimagazin.com). Erişim tarihi: 24/07/2019).

“Beyaz Kod” sistemine başvuruların yıllara göre artış gösterdiği görülüyor. 2013 yılında 10 bin 715 kişi, 2014 yılında 11 bin 174 kişi, 2015 yılında 11 bin 881 kişi, 2016 yılında 13 bin 76 kişi ve 2017 yılında da 13 bin 545 kişi şiddet nedeniyle “Beyaz Kod” sistemine başvuruda bulunduğu ifade edilmektedir.

Beyaz kod sisteminin etkili olup olmadığı ileriki dönemlerde yapılacak olan çalışmalar neticesinde belirlenmiştir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Sağlıkta şiddetin çalışanlar üzerinde; morluk, kırık gibi fiziksel; öfke, şok, depresyon, tükenmişlik gibi duygusal sonuçlar doğurabilmektedir. Hizmetin yarıda kesilmesi yada kalitesinde dolaylı da olsa azalma olabileceğinden, adli süreçlerle uğraşacaklarından dolayı

hasta ve yakınları da etkilenmektedir. Hem çalışanı hem de hasta ve hasta yakınını etkilemesi nedeni ile sağlıkta Şiddet ile etkin m¼cadelenin gerekliliği açıktır. Topluma y¼nelik eğitimlerle, kamu spotları ve yazılı/g¼rsel medya aracılığıyla Şiddetin etik olmadığı, hukuki yaptırımlarından bahsedilerek cezasız kalmayacağı vurgulanarak caydırıcı bir politika izlenmelidir.

## **Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Bir Kaygı Sebebi: Şiddet!**

Dr. Öğr. Üyesi **Emine Sevinç Postacı**, Dr. Öğr. Üyesi **İbrahim Uysal\***

İnsanlığın var oluşundan bu yana süre gelen şiddet olgusu, “kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması” şeklinde tanımlanmış ve fiziksel, cinsel, psikolojik şiddet, mahrum bırakma veya göz ardı etme şeklinde sınıflandırılmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2019)

“Sağlık Sektöründe Mesleksi Şiddet” raporuna göre tüm şiddet olaylarının %25’i sağlık sektöründe gerçekleşmektedir (1). Yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanları tüm dünyada şiddet riski altındadır. Sağlık çalışanlarının % 8 ila % 38’i kariyerlerinde bir noktada fiziksel şiddete çok daha fazla oranda tehdit veya sözlü şiddete maruz kalmaktadır. Çoğu şiddet girişimi, hastalar ve yakınları tarafından gerçekleştirilmektedir. En fazla risk altındaki sağlık çalışanlarının kategorileri arasında hemşireler ve doğrudan hasta bakımı ile ilgilenen acil servis personeli ve hastane öncesi sağlık personeli yer almaktadır (4) (5). Kore de 104. 120 acil servis çalışanı ile yapılan çalışmada personelin % 86.7’sinin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (6). Çalışmalar gösteriyor ki şiddet, son yıllarda birçok sektörde olduğu gibi sağlık kurumları ve hastanelerde de toplum huzurunu tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (2) (3).

Dünya çalışma örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Kamusal Hizmetler (PSI) ortaklaşa sağlık sektöründe işyerinde şiddete yönelik acil durum ortamlarında şiddet önleme politikalarının geliştirilmesini desteklemek için çerçeve kılavuzlar geliştirmiş, ayrıca şiddetin büyüklüğünü ve sonuçlarını araştırmak için bir anket ve çalışma protokolü hazırlamıştır. Acil durumlar için DSÖ ayrıca sağlık tesisleri ve sağlık çalışanları yapılan saldırılarla ilgili sistematik olarak veri toplamak için yöntemler geliştirmiştir. Bizlerde bu politikaların izinde geliştireceğimiz önlemlerle şiddet sorunun önüne geçmemiz gerekmektedir.

\* Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Ülkemizde ise yasal boyutta sağlık personeline şiddeti önlemeye yönelik yapılan düzenlemelerden biri, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı yasa Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası kapsamındaki bazı düzenlemeler çalışanı ve çalışan sağlığını koruyucu önlemleri içermektedir

(Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2013). İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ayrıca, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihli ve 6665 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” konulu genelge yayımlanmıştır. Bu genelgenin amacı, “sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması” şeklinde belirlenmiş ve genelge kapsamında sağlık çalışanına şiddeti önlemek amacıyla birtakım önlemler alınması istenmiştir. Ayrıca, 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde şiddete maruz kalan sağlık personellerine hukuki yardım yapılması kararlaştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), 14 Ocak 2013 tarihinde, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla bir “Meclis Araştırması Komisyonu” kurarak şiddeti önlemeye yönelik 66 maddelik bir raporun yayınlanmasını sağlamıştır. Rapor, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olarak alınacak önlemleri içermektedir (TBMM, 2013). Son olarak 3359 sayılı Kanunun ek 12 nci maddesine, “Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanlar, kolluk görevlilerince yakalanır ve gerekli işlemleri yapılarak Cumhuriyet başsavcılığına sevk edilir. Cumhuriyet savcısı adli işlemleri tekemmül ettirir. Bu suçların soruşturmasında, kolluk tarafından müşteki, mağdur veya tanık olan sağlık personelinin ifadeleri işyerlerinde alınır. Bu fıkra hükmü, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlar hakkında da uygulanır.” Şeklinde fıkra eklenmiştir. Bu dayanaklara istinaden işlenen şiddet olaylarında personelin hakkını koruması kolaylaşacaktır.

Hastane ortamında çalışan personelin şiddet olgusunu bu denli ciddi boyutlarda yaşaması hastane öncesi dönemde sahada çalışan 112 ekibi için daha büyük kaygı oluşturmaktadır. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların tamamına yakınının meslek hayatının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldığı ancak 112’de çalışırken şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Sucu ve arkadaşları tarafından hastane acil servis ve

112 çalışanları üzerinde yapılan çalışmada ise katılımcıların %95.4’ünün sözel, %62.3’ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Daha geniş çaplı dokuz farklı ülkeden yapılan bir çalışma, hastane öncesi çalışan personele yönelik küresel şiddet erişimini

göstermektedir. On bir araştırma ABD'den, dördü Avustralya'dan, ikisi İsveç, Kanada ve İspanya'dan ve biri Polonya, İran, Hindistan ve Türkiye'den katılarak yapılan çalışmada, hastane öncesi personeline yönelik şiddetin dünya çapında birçok acil kurumu için bir sorun olduğunu göstermektedir. Üstelik acil personeline yönelik şiddet rapor edildiğinden daha büyük olabilir çünkü personelin şiddet olaylarının büyük bir kısmı bildirmediği tespit edilmiştir (8) (9).

112 çalışanlarının endişe yaşama oranı diğer bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarından daha yüksektir. Bu farklılık DSÖ'nün (WHO, 2015b) verilerinde de belirtildiği üzere 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Acil sağlık hizmeti sunanların şiddete maruz kalma durumlarının ve nedenlerinin yeterince araştırılmamasına veya araştırma sonuçlarının uygulamada kullanılmaması ve yasal düzenlemelere yansıtılmamasına bağlanabilir. Beyaz kod sisteminin katılımcıların tamamına yakını tarafından bilindiği, ancak çoğunun beyaz kod bildirimini yapmadığı, beyaz kod bildiriminde bulunmama nedeni olarak ise yasal sürecin uzun olmasını belirttikleri tespit edilmiştir. Katılımcılar, şiddete maruz kalma nedenlerinin başında izlenen sağlık politikalarının olduğunu ve şiddete karşı alınan güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Araştırmanın bulgularına dayanarak sağlık hizmetlerinin özellikle de 112 acil sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında çalışanların şiddete uğramalarını önlemeye yönelik etkili ve uygulanabilir önlemlerinin alınmasına odaklanılması, güvenlik önlemlerinin artırılması multidisipliner bilimsel çalışmaların yapılması, toplumun şiddet olaylarının önlenmesi konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi, şiddet konusundaki hizmet içi eğitimlere devam edilmesi, sağlık politikalarının ve şiddete ilişkin yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilerek şiddeti uygulayanlara karşı caydırıcı önlemlerin alınması önerilmiştir (10) (11).

Toplumun, sağlık ve 112 çalışanlarına karşı şiddete başvurmasının altında zayıf yönetim, kanunların yetersizliği, kültürel, sosyal ve toplumsal cinsiyet normları, işsizlik, gelir ve cinsiyet eşitsizliği; hızlı sosyal değişim, sınırlı eğitim fırsatları, ateşli silahlar ve diğer silahlara erişim kolaylığı, alkol kullanımı, yetersiz sosyal güvenlik ağı, yetersiz çocuk yetiştirme uygulamaları, evlilikte geçimsizlik, şiddet içerikli ebeveyn çatışmaları, şiddet uygulayan arkadaşlar, çocuk istismarı kurbanı olmak, psikolojik/kişilik bozuklukları, geçmişinde şiddet davranışları olması gibi faktörler yatıyor olabilir (Sağlıksen, 2013; WHO, 2015e;7).

Son yıllarda sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artması nedeni ile hastanelerde şiddeti önlemeye ve personel motivasyonunu arttırmaya yönelik oryantasyon ve hizmet içi eğitimler

verilmekte, bu eğitimlerde sağlık hukuku, risk değerlendirmesi ve risk yönetimi, iletişim teknikleri, öfke kontrolü konularına ve sağlık çalışanlarının şiddet yönetimindeki rolüne dikkat çekilmeye çalışılmaktadır (2).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kabul edilebilir bir olgu değildir. Çünkü sağlık hizmeti veren çalışanın psikolojik ve fiziksel refahı üzerinde olumsuz bir etkisi olmakla kalmaz, aynı zamanda iş motivasyonlarını da etkiler. Sonuç olarak, bu şiddet bakımın kalitesini tehlikeye atar ve sağlık hizmeti sunumunu riske sokar. Aynı zamanda sağlık sektöründe büyük mali kayıplara yol açabilmektedir (3).

Şiddet olgusunu önlemek için, öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortamın oluşturulması, işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının, şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması, bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gerekmektedir.

Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulmasına yönelik eylemlerin ve sivil toplum örgütlerinin desteklenmesinin sağlanması, yazılı/görsel basınla bireysel ve toplumsal şiddete duyarlılığın artırılmasının sağlanması birincil korumada alınacak diğer önlemler olarak belirtilmektedir. Sağlık kurumlarının şiddete yaklaşım konusunda daha donanımlı hale gelmesinin sağlanması, çalışanların sahip oldukları haklar, mevcut kanunlar, şiddet kapsamına giren davranışlar, şiddete maruz kaldıklarında neler yapabilecekleri konusunda gerekli bilgilendirmenin yapılması, şiddet mağduru olan personelin erken dönemde saptanmasının sağlanarak komplikasyonların gelişmesinin ve şiddet olaylarının yinelenmesinin önlenmesi, şiddet olaylarının tümünün bildirilmesinin sağlanması, şiddet olaylarının meydana geliş nedeninin araştırılarak girişimde bulunulması, şiddete maruz kalan çalışanlara örgütsel ve sosyal desteğin sağlanması, şiddet olaylarının erken tanınmasına yönelik rehberlerin hazırlanması gibi konular kurumsal olarak alınabilecek önlemler arasında sayılmaktadır. Sağlık kurumlarına ilişkin geniş çaplı önlemler ise uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat kurum içi güvenliğin sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal dedektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları şeklinde sıralanmaktadır. Hasta odaklı bireysel önleyici yöntemler ise hastayı yakından gözlemlemek, ayrıntılı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan iletişim beceriler gibi güncel yaklaşımların yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yöntemler şeklinde sıralanmaktadır. Saldırgan bir kişinin sakinleştirilmesinde ise önerilen üç seçenek bulunmaktadır Bunlardan ilki, konuşarak sakinleştirmek olup, konuşurken özellikle şiddet öncesi başlangıç döneminde hasta ya da

yakınlarının endişelerinin giderilmeye çalışılması, fazla umut verici konuşulmaması önerilmektedir. Bu aşamada konuşma sakin ve ses tonuna dikkat edilerek yapılmalıdır. İkinci seçenek güç kullanarak etkisiz hale getirmek olup, ortamda birey ile yalnız bulunuluyorsa güç kullanmaktan kaçınılması gerekmektedir. Son seçenek ise antipsikotik, sedatif ve hipnotik ilaçlar gibi farmakolojik ajanlardan destek alınarak şiddete yönelen kişiye müdahale edilmesidir (2,7).

Sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla güvenlik, eleman yeterliliği, fiziki yapı ve donanım, iletişim, eğitim gibi konularda iyileştirmeler yapılması gerekirken, şiddete ilişkin yasal düzenlemelerde yapılması gerekmektedir. Şiddetin cezai yaptırımlarıyla ilgili yasal düzenlemelerin uygulanması, şiddet mağduru sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, sağlık çalışanlarının özverili çalışma koşullarına kamu spotlarında yer verilmesi, sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarının medya ve diğer iletişim araçları kullanılarak sağlık çalışanları ve hizmet alanları içeren çift yönlü bir bakış açısıyla verilmesi vb. şiddetin önlenmesine yönelik olarak sağlık sisteminde alınması gereken önerileri oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanlarının şiddeti önleme ve bu yönde duygu ve davranışlarını yönetme konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi, sağlık kurumlarında fiziki yapı ve donanımla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması, tedavi süreci gibi konularda sağlık hizmeti alanların bilgilendirilmesi sağlık kurumlarına yönelik alınacak önlemler arasında sıralanırken, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayını raporlamalarının sağlanması, sağlık ekibi üyelerinin aralarında yaşadıkları rol belirsizliğinin giderilerek her ekip üyesinin kendi iş tanımları dışındaki işlerden sorumlu tutulmaması da alınacak önlemler şeklinde önerilebilir (2).

### **Kaynakça**

1. *International Labour Organization* . [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 15 07 2019.] <https://www.ilo.org/Search5/search.do?searchLanguage=en&searchWhat=healty+worker+and+violence>.
2. *Sağlıkta Şiddete Genel Bakış*. **Yeşilbaş, Hande**. 3, s.l. : Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 2016, Cilt 1. 2149-018X .
3. *Violence against paramedics – when will it stop?* **Malcolm Boyle, Jaime Wallis**. 1, s.l. : Australasian Journal of Paramedicine, 2016, Cilt 13.

4. [Çevrimiçi] Temmuz 2019.

[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVresearchprotocol.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVresearchprotocol.pdf?ua=1).

5. [Çevrimiçi] Temmuz 2019.

[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVresearchprotocol.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVresearchprotocol.pdf?ua=1).

6. *Workplace violence experienced by emergency department workers and its association with stress and depression assessment.* **Joong Hyun Kim, Han Sung Choi, Hyun Joo Jung, Seong Gwan Lim, Chang Min Lee.** 2019, The Korean Society of Emergency Medicine, s. s. 257-264, Volume 30, Number 3, June, 2019.

7. *Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet.* **Hüseyin Güleç, Mürüvvet Topaloğlu, Demet Ünsal, Merih Altıntaş.** 1, s.l. : Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar , 2012, Cilt 4. eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.

8. *International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report.* **Brian J. Maguire, Matthew Browne, Barbara J. O'Neill, Michael T. Dealy, Darryl Clare, Peter O'Meara.** 5, s.l. : Prehospital and Disaster Medicine, 2018, Cilt 33.

9. *Violence against emergency medical services personnel:A systematic review of the literature.* **Brian J. Maguire, Peter O'Meara, Barbara J. O'Neill, Richard Brightwell.** 61, s.l. : American Journal of Industrial Medicine, 2018. 1097-0274.

10. *112 Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddete Yönelik Davranışları.* **Meltem Akbaş, Ayça Boz, Aysel Dursun, Savaş Çetin, Ayla Kılıçaslan.** 2016, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, s. 93-100.

11. *Acil Birim Çalışanlarına Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet.* **Gülten Sucu, Fatma Cebeci, Ebru Karazeybek.** 4, s.l. : Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2007, Cilt 7.



## **Sağlıkta şiddetin nedenleri ve neden sonuç ilişkisi**

Uzm. Dr. Emir Resuloğlu

Muş Devlet Hastanesi Enf.Hast.Uzm.

Email:emirabadi@gmail.com

### **Şiddet**

Şiddet, kelime kökeni itibarıyla Arapçadır ve şedd kelimesinden gelmektedir. Bir hareketin, kuvvetin veya gücün derecesi olarak tanımlanmaktadır. Kelime özü itibarıyla aşırılık ve normal dışı davranışı içerdiği için bir duygunun aşırılığı veya inandırma veya uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma anlamlarına da gelmektedir (1).

Bazen fiziksel saldırı ile eş anlamlı kullanılan şiddet bu manada bir kişinin başkasına acı vermek veya yaralamak kastıyla yaptığı davranış olarak tanımlanmaktadır ve günümüzün popüler anlamı da budur.

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Kendine, bir başkasına, grup veya topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdidinin amaçlı olarak uygulanması” olarak tanımlanmaktadır (2). Bu tanımda şiddet, amaçlı olarak, bilerek ve isteyerek uygulanan bir eylem olarak dikkat çekmektedir.

### **Şiddetin tarihsel kökleri**

İnsanların var olduğu her yerde şiddet de var olmuştur. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma ve bunların yanı sıra başkaldırı, her toplumda derece derece, ama sürekli bir biçimde günlük yaşamın bir parçası olmak özelliğini korumaktadır. Ne var ki farklı olan durum, günümüz insanının, Jacques Ellul’ün de vurguladığı gibi, “şiddet bilincine” varmış olmasıdır (3). Şiddet, insanın türdeşleri ile birlikte yaşadığı her ortamda sözlerin yetersiz kaldığı ya da öfkenin kontrolden çıktığı durumlarda, savaşlarla, çıkar çatışmalarıyla, kin ve nefreti tetikleyen olaylarla karşımıza çıkar. Öfkenin kontrolüne yönelik yaptırımlar içeren sayısız kural ve kanunların ortaya çıkış nedenlerinden biri de muhtemelen şiddeti kontrol altına almak, en aza indirmek olmalıdır (4).

### **Teorilerin bazıları şöyledir:**

Hayvansal İçgüdüler: İnsan insan olmadan önce -Homo Sapiens öncesi- ortak atalarımız gibi hayvanlar gibi yaşıyorduk. Küçük gruplar halinde, toplayarak ve avlanarak yaşıyorduk.

Savaşların olmadığı bir dünya hayal edin. Ayrıca konuşma olmadığı için yalansız bir dünya. Bu dönemde insan şiddeti de diğer hayvanların yaptığı şiddet kadardı. Tavuklarınız var hepsi birbiri ile uyumlu mu? Veya kedileriniz. Dışarı bıraktığınız da diğer kediler ona ne kadar nazik davranacaklar (5-6).

Doğadan Gelen Şiddet: İnsan doğa ile etkileşim halindedir. Dağa birçok hediye sunarken, kimi zaman da acımasız olur. Yanardağlar lav püskürtür, depremler, su baskınları, fırtınalar olur. Doğa şiddetini göstermiştir (5-6).

Homo Sapiens: İnsan ayağa kalktı. Eller boşa çıktı. Bu ellerle objeleri tutmaya ve şekil vermeye başladı. Taştan silahlar ve oklar yaptı. Bedeni dışında güç kullanan varlığa dönüştü. Şiddeti arttı, doğaya ve diğer hayvanlara hâkim olmaya başladı (5-6).

Konuşma: İnsanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biri konuşmadır. Konuşma sayesinde kültürel dönem başladı. Böylece değişik kültürler ve ayrışmalar oluştu. Önceden sadece insan iken farklı dil grupları bizi daha çok ayırttı ve birbirimizden kopardı. Hayvanlarda olmayan özellikler insanda var olmaya başladı. Örneğin yalan, savaş gibi. Hayvanlar savaşmaz, savaşan tek varlık insandır. İnsanın doğaya ve kendi cinsine verdiği şiddet arttı (5-6).

Tanrısal Şiddet: Her İnsan topluluğu tarih boyunca çeşitli dinlere inanmıştır. Sümer, Babil, Asur, Mısır, Yunan, Roma, Aztek, İnka vb. birçok dinde, şiddetin Tanrı tarafından kutsandığı görülmüştür. Tanrılar arası savaş, tecavüzler vs. olmaktadır. Tanrı tarafından ya da temsilcisi kral/Firavun tarafından verilen cezalar olmuştur. Hatta insan kurban etmeye kadar giden ritüeller vardır (5-6).

Yahudilik “öldürmeyeceksin”, Hıristiyanlık “sağ yanağına vurana sol yanağını da çevir”, İslam “Her kime diğer bir kimseyi öldürürse bütün insanları öldürmüş gibi olur. Kim ise bir can kurtarırsa bütün insanların hayatını kurtarmış gibi olur” der. Buna rağmen günümüze kadar din savaşları ve şiddeti devam etmektedir. Dünyada tek din bile olsa şiddeti reddetse bile ayrılıklar ve buna bağlı olarak şiddet devam edecektir. Kabil’in kardeşi Habil’i öldürmesinden bu yana din şiddeti önleyememiştir.

Temel İhtiyaçlar: İnsanın temel ihtiyaçları yeme, içme, ısınma, üreme, korunma olarak belirlenmiştir. İlk insanlar arazi ele geçirme, ürün veya araç-gereç (silah, giyecek vb.) yağmalama, kadın kaçırmaya gibi nedenlerden dolayı kavgaya, saldırıya başladı. Eğer daha fazla ürün ya da verimli topraklarınız varsa saldırıya uğramanız kaçınılmazdır. Kendinizi

korunmalısınız. Dışiler de rakipleriniz için iyi bir ganimet olacaktır. Güçlü bir silahınız varsa onu da ele geçirmek isteyeceklerdir. Silahınız hem sizi koruyacak hem de düşmanları davet edecektir (6).

**Politik Şiddet:** Tarihte birçok hükümdar veya komutan şiddeti politika olarak uygulamıştır. Vahşet uygulayarak dehşet salmışlardır. Asur kralları uyguladıkları vahşetle övünüyor. Hanibal, Cengizhan, Timur gibi büyük hükümdarlar da şiddeti politika olarak kullandılar. Böylece korku imparatorluğu kurdular. Kimi zaman kaleleri direnç olmadan ele geçirdiler. Eğer direnç olursa şiddet artacak, kale yakılıp yıkılacak, kadınlara tecavüz edilecek, binlerce kişi kılıçtan geçirilecektir. Ya teslim olacaksınız, verginizi ödeyeceksiniz; ya da ağır bir şekil de cezalandırılacaksınız [Yakın örnek Hitler] (6).

**Eğlence Aracı Şiddet:** Yunan olimpiyatlarındaki boks, güreş, pankreas müsabakalarında birçok yaralanma ve ölüm olduğu halde en sevilen sporlardı. Roma İmparatorluğu'nda gladyatör dövüşleri en büyük eğlenceydi. Kan ve vahşet çılginca alkışlanıyordu. Şiddet zevk veriyordu ve sorunları unutturuyordu [Günümüz şiddet içerikli film ve oyunlar, boks vs.] (6).

**İnsan Doğuştan İyi midir, kötü müdür:** Beyin ve dil gibi organlarının sağladığı olanaklarla insanın üretebildiği maddesel ve simgesel araçların üretim araçlarına veya savaş silahlarına dönüştürülmesinin insan öncesi canlının organik evrimiyle (insanın fizyolojik doğasıyla) hiçbir ilişkisi yoktur. Aynı biçimde, üretilen araçların, hatta silahların iyi veya kötü amaçlarla kullanabilmesinin, insanın “çıplak doğası” ile bir ilişkisi bulunmamaktadır. Bunlar (araçları, silahları, iyi ya da kötü denebilecek amaçlarla kullanma ahlak sorunsalı) toplumsal / kültürel evrimin zamandan zamana toplumdan topluma değişebilen koşullarına bağlıdır. Bu olgulardan çıkarılabilecek tek zorunlu sonuç, insanın doğuştan (doğası gereği) iyi ya da kötü olduğunun söylenemeyeceğidir (5).

Eskiden insan daha iyi mi, daha kötü mü? Şiddet artıyor mu azalıyor mu? Örneğin, günümüzde İskandinav ülkeleri suçun en az olduğu yerlerden, oysa geçmişte Vikingler vahşilik ve gaddarlıkları ile ün salmışlardı. Şiddetin tarihsel kökleri çoğaltılabilir. Kadın erkek ilişkileri, ataerkil aile yapısı, efendi-köle ayrımı, sınıf rekabeti, ekonomik nedenler (yoksulluk) gibi (6).

Günümüz dünyası bir bilgi toplumu olarak yaşamını devam ettirmektedir. Bunca bilgi birikimine, uzay teknolojisine, bilimin inanılmaz ilerlemesine rağmen, insanlığın hala savaşlar, acılar, zulümler ve şiddet olayları yaşaması, sorgulanması gereken toplumsal bir yaradır (7).

İnsanın gerek maddi gerekse de manevi anlamda zarar görmesine neden olan günümüzün önemli bir sorunu “bireysel şiddettir. Günümüzde, “bireysel şiddet’in uygulanmasında çoğu zaman çıkar, kötülük veya hastalık gayesi altında gerçekleştirildiğine şahit olmaktadır.” Şiddet” uygulayan bireyin en önemli psikolojik özelliği, kendi öz-sevgisinin körelmesi sonucu benliğini hakimiyet altına alan nefret duygusudur. Şiddet’i uygulayan kimseler, genellikle sevgi açısından beklentili oldukları kişiler tarafından yine “şiddet’e maruz kalan bireyler olmaktadır.” Şiddete eğilimli birey “şiddet” uygularken içindeki manevi dünyasının nefretle ve sevgisizlikle oluşan boşluk hissini telafi etmeye çalışır. Bu boşluk gerilim, yalnızlık, kaygı ve agresyonla oluşmuştur. Onun saldırganlığının nedeni ve öfkelenen şeyin kaynağı, kendisini manevi açıdan rencide eden çeşitli deneyimlerin korkuyla ilintili bir şekilde algılanmasıyla artan güvensizlik ve aşağılık duygusudur. O kurbanını kendisine itaate zorlar ve de karşı saldırı veya başkaldırı da onu çileden çıkartır. Çünkü itaatsizlik, onun için aşağılanmakla aynı şeydir. Birey yaşadığı olumsuz deneyimler neticesinde kendi gözünde haklıdır. O, kendi gözünde haklıdır çünkü mağduriyete uğramıştır (7).

Günümüzde, şiddet davranışının giderek yaygınlaştığı ve sıradanlaştığı görülmektedir. Basında sık sık yaşanan şiddet olaylarına değinilmektedir. Erkekler, eğitim düzeyi ve genç yaş, şiddet için önemli birer risk faktörüdür. Psikolojik sağlık sorunu bulunanlar ile alkol ve madde bağımlılığı olanlar da şiddet içeren davranışlara daha sık başvurmaktadır (7).

Bazı iş kolları, bazı meslekler şiddet uygulamaları bakımından özel önem taşımaktadır. Yapılan işin türü kişinin şiddete maruz kalması bakımından önemli risklerden bir tanesidir. Özellikle sağlık sektörü diğer sektörlerle göre şiddet yönünden daha risklidir. ABD’de en fazla şiddete maruz kalanlar güvenlik güçleri ve ruh sağlığı çalışanlarıdır. İsveç’te ise ilk sıralarda sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerde çalışanlar yer almaktadır (8). Ancak sağlık çalışanına şiddet Yüzyılın yeni keşfi olarak da değerlendirmek mümkündür. Neden insanlar ihtiyacı olduğu halde kutsal sayılan bir mesleğin temsilcilerine saldırmakta? Belki Sorunun cevabı kültürel değerlerin değişmesinde gizlidir. Ama şu bir gerçek ki insanlarda şiddet genleri de mevcuttur.

## **Şiddet ve genetik**

Dopamin ve serotonin, monoamino oksidaz (MAO) tarafından metabolize edilirler. Bu yolak üzerine etkili ilaçların yan etki ve/veya istenen etki açısından duygu durum

değişikliklerine neden olduğu bilinmektedir. Bu da monoaminerjik yolağın, kişilik özelliklerinin belirlenmesinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Serotoninin ana metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasitin (5-HIAA) kan düzeyleri ile saldırgan davranışlar ve şiddete eğilim arasında ters ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu davranış paternini sergileyen bireylerde ağırlıklı olarak serotonin, dopamin ve MAO ile ilişkili genetik varyantlar tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda anksiyete ile ilişkili davranışlarla serotonin yollarında görevli genler (5HTT, 5HTR2A, 5HT2C) arasında ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmalar göstermiştir ki saldırganlık ve şiddet gibi anti sosyal davranışların genetik aktarımı, hırsızlık gibi anti sosyal davranışlara kıyasla daha fazladır (9).

Saldırgan davranışlar üzerine yapılan çalışmalarda agresif tutumun kişiler arasında değişkenlik göstermesinde genetik ve paylaşılmamış çevre sorumlu tutulmaktadır. Kasıtlı saldırgan davranış sergileyenlerde reaktif (impulsif) saldırgan davranış sergileyen kişilere göre genetik etkinin daha belirgin olduğu görülmüş ve saldırganlığa yönelik genetik çalışmalar için en umut verici fenotipin kasıtlı saldırgan bireyler olduğu vurgulanmıştır. Başka bir çalışmada fiziksel saldırganlığın kadınlarda çevresel faktörlerle, erkeklerde genetik faktörlerle daha ilişkili olduğu gösterilmiştir (9).

Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalan ve düşük MAO düzeyleri saptanan bireylerde saldırganlık ve anti sosyal davranışlara eğilim olduğu görülmüştür. Çocukluk çağında tanık ya da kurban olarak aile içi şiddete maruz kalma, şiddet suçu için önemli bir risk faktörüdür. Erkek egemen toplumlar ve çocukların erken yaşlarda şiddet kalıplarını izleyerek öğrenmesi bu duruma zemin hazırlamaktadır. Aile içi şiddetin kalıtılabilirliğine yönelik yapılan çalışmalarda bu oranın %16-69 arasında değiştiği görülmüştür (9).

Sonuç olarak, insanlardaki kompleks davranış modellerini tek bir genle ilişkilendirmek ya da bu davranışların sadece çevresel faktörlerin etkisi sonucu geliştiğini söylemek mümkün değildir. Kişilik oluşumu ve davranışların temelinde genetik yapı ve çevrenin karşılıklı etkileşimi önemlidir. Genetik yapı ile birlikte çevresel faktörler ve yaşam tarzının neden olduğu epigenetik değişiklikler genlerin ifadesini değiştirmekte bu da bireye özgü davranış kalıplarını oluşturmaktadır (9).

## **Tartışma ve sağlıkta şiddetin nedenleri**

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti tek bir faktöre bağlamak mümkün değildir. Tıbbi sitelerin arama motorlarını 'sağlık çalışanlarına şiddette' adı altında tarandığında makale

ve araştırmalarının çoğu üçüncü dünya ölkelerinden (Türkiye, İnan, Pakistan, Hindistan ve benzerleri ayrıca birkaç makalede Güney Kore) yayınlandığı görölmektedir. Elbette batı ölkelerinde özellikle Kanada gibi refah düzeyi yüksek ölkelerde de özellikle acil servislerden yüksek sayılabilecek sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili yayınlar var. Ancak son yıllarda az gelişmiş ölkelerden daha çok bildiri gelmektedir. Bu ölkelerin özelliği ataerkil, erkek egemen toplum, ekonomik durumları iyi olmayan, gelir dağılımı orantısız ölkeler ve otoriter ölkeler olduğu dikkati çekmektedir. Bu da bize ‘genel’ anlamda şiddete karşı acilen temelli önlemler alınmadığı durumlarda ve özel anlamda sağlık çalışanlarına şiddet az gelişmiş ölkelerde daha da artarak devam edeceğine şahit olacağız.

2012 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin araştırma komisyonunun raporunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti üç başlıkta altında sıralamıştır (10).

**1- Örgütsel / Kurumsal Faktörler:** Sağlıkla ilgili rutin ya da değişiklik yapılan uygulamaların halka tam olarak anlatılamamış olması, eksik ve hatalı bilgiler hasta ve hasta yakınlarında gerçekleştirilmesi mümkün olmayan beklentilere neden olmakta, bu beklentileri karşılamaması da şiddete başvurmalarına neden olabilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın SABİM uygulamasının hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları tarafından sağlık personelini şikâyet hattı olarak algılanması da hem hizmet sunan hem de hizmet alan tarafından şiddete eğilimi artırmaktadır. (10)

**2- Toplumsal Faktörler:** Şiddet konusundaki araştırmaların ulaştığı genel bir sonuç; şiddetin, bir fasit daire, bir sarmal şeklinde ilerlediği ve şiddetin şiddeti doğurduğudur. Toplumdaki bireylerin sağlıklı iletişim kuramamaları ve kendini ifade eksiklikleri de şiddeti doğuran nedenler arasında sayılmaktadır. Sağlıklı iletişim gerek bireylerin kendi durumlarını başkaları ile paylaşmada gerekse başkaları tarafından söylenenleri algılamada oldukça önemli bir unsurdur. Sağlıklı iletişimde bulunamayan ve kendini ifade edemeyen bireyler sağlık hizmeti taleplerinde de kendilerini ifade edemeyerek sağlık çalışanları tarafından da anlaşılamamakta, böylece iletişim eksikliğinden kaynaklanan sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hatta çoğu zaman sağlık çalışanının kasten kendisini anlamadığını düşünen bireyler, şiddeti sorun çözme aracı olarak görmekte ve şiddet uygulayarak sorun çözme yoluna gitmektedir. (10)

**3- Tarafların (Hizmeti Sunan ve Hizmeti Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim:** Sağlıkçıların kendi meslektaşları ile olan iletişimleri ise; rekabet, kötöleme, çıkar amaçlı olarak hekim ya da sağlık personeline karşı diğer sağlık çalışanlarının olumsuz söylem ve yönlendirmeleri hasta ve hasta yakınlarını şikâyete ve şiddete yönlendirebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengesiz dağılımı ve nicelik olarak yetersizliği ağır çalışma koşullarına neden olmakta ve bu da sağlık çalışanlarında ‘tükenmişlik sendromuna’ neden olabilmektedir. Ayrıca farklı yerlerde çalıştırılan sağlık çalışanları hizmet sunumunda verimli olmamakta ve yaşanan yoğun stresli ortam öfke kontrolünü ve iletişimi zora sokmakta, hasta ve hasta yakınları ile şiddete neden olabilmektedir (10).

Özyurt ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı “Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir Çalıştayı Anket Sonuçlarına göre”, “hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri” olarak sorulan açık uçlu soruya verilen cevaplardan aşağıdaki 10 madde öne çıkmaktadır (11).

1. Sağlıkta dönüşüm programı
2. Sağlık çalışanları hedef gösterilmesi
3. Toplum eğitim düzeyinin düşük olması
4. Sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz, yalan haberler ve yorumlar
5. İletişim becerilerinde yetersizlik
6. Yetişmiş insan gücü ve fizik kapasite yetersizliği
7. Aşırı iş yükü ve iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik
8. Toplumsal nedenler ve şiddete eğilimin artması
9. Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması
10. Çalışma ortamı ve mimari yapılanmanın uygunsuzluğu (11).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının nedeni olarak pek çok faktör ortaya çıkarken, en önemli nedenlerin başında, aşırı iş yükü ve yoğun stres altında çalışmak gösterilebilir. Bu kurumlarda verilen hizmetin konusunun doğrudan insan sağlığı ve insan hayatı olması nedeniyle hem çalışanlar hem de hasta ve hasta yakınları, sürekli değişen duygu durumları ile karşılaşmaktadır. Bu durum bireyler üzerindeki baskıyı arttırmaktadır.

Sağlık kurumlarında, yapılan işin niteliği nedeniyle şiddet olaylarının yaşanma ihtimali diğer işyerlerine göre daha yüksekken, içinde bulunan fiziksel şartlar da bu riski

arttırmaktadır. Özellikle hasta trafiğinin yoğun olduğu, uzun bekleme süreleri olan kamu sağlık kurumlarında şiddet olaylarını ortaya çıkartabilecek unsurlar daha fazladır (11).

Sağlık kurumlarında karşılaşılan şiddetin bir diğer nedeni de yürürlükteki sağlık politikalarıdır. Uygulanan sağlık politikaları nedeniyle, hasta ve hasta yakınlarının gözünde sağlık çalışanlarının konum ve itibarı zedelenmektedir. Asıl amacı halkın sağlık hizmetine ulaşım olanaklarını iyileştirmek olan bu uygulamalar, taraflar arasındaki sevgi, şefkat ve saygınlığı yok etmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, hekimlerin daha çok işlem üretmek için daha yoğun çalışmasına, gereksiz işlem uygulamalarına neden olmaktadır. Sağlık personelinin, ücret kesintisi endişesiyle izin kullanmaktan kaçınması, yaşanan yorgunluk ve stresi bir kat daha arttırmaktadır. Ortaya çıkan tüm koşullar, şifa bulmak amacıyla sağlık kurumlarına başvuran insanların daha çok yıpranmasına, personelin iş tatminsizliğine, sağlık hizmetlerinin aksamasına ve verilen hizmetin kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Hasta ve yakınlarına geniş haklar sunulurken, hastayı kışkırtan, sağlık personelinin küçük düşüren uygulamaların önüne geçilmelidir (11).

### **Medyanın etkisi**

Basının sağlık alanındaki aksaklıkları yansıtırken objektif ve bilimsel kıstaslara uymaması, bilerek ya da bilmeyerek hekim ve diğer sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, basının yanlış yönlendirmeleri, hekim hatası ile komplikasyon arasındaki farkların insanlar tarafından bilinmemesi, medya tarafından oluşturulan hekime yönelik güvensizlik ve önyargı, medyanın sağlık problemleri konusunda yaptığı haberlerde hedef olarak sağlık çalışanlarını göstermesi; medya tarafından olumsuz hekimlik örneklerinin sürekli gündeme gelmesi ve sağlık hizmetlerindeki bütün sorunlar için hekimlerin günah keçisi haline getirilmesi” neden olduğu belirtilmektedir (11).

### **Sistemle ilgili sorunlar**

Birçok çalışmada Türkiye’de sağlık çalışanlarının işyerinde uğradıkları şiddet oranının “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulamaya geçmesinden beri artış gösterdiği; sağlık çalışanlarının 24 saat kesintisiz hizmet vermesi, işlerin yoğun olduğu dönemlerde personel sayısının az olması nedeniyle hastaların uzun süre beklemek zorunda kalmaları, hastaların bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması, sağlık kurumunda yaşanan yatak, cihaz, ilaç vb. yetersizlikleri, aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışma, vardiya halinde veya tek çalışma, çevresel ortamın kötü olması (koridor/odalar/servislerin/diğer ilgili alanların kötü



ışıklandırılmış olması), bekleme salonlarının aşırı kalabalık olması, çalışma ortamının uygun olmaması nedeniyle şiddet uygulayabilecek kişilerle yalnız kalınması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması gibi faktörlerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artırdığı belirtilmiştir. Uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin, madde bağımlısı ve ruh sağlığı bozuk olanların, kendilerine ve başkalarına zarar veren, sorun çözmede şiddet kullanmayı tercih edenlerin de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aydın'ın (2008) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada son bir yıl içinde toplumda şiddet olaylarında %86, sağlık hizmetlerindeki şiddet olaylarında %72, sağlık çalışanlarının görev yaptıkları işyerlerinde %51 oranlarında artış olduğu; sağlık çalışanlarının %91'inin son yıllarda ülkemizde şiddetin yaygınlaştığını düşündüğü bildirilmiştir. Sağlık personelinin %78'i toplumda şiddetin yaygınlaşmasının en önemli ilk üç sebebi olarak; kişilerin yaşadığı ve ülkenin içinde bulunduğu ekonomik sıkıntıları, toplumun içinde bulunduğu sosyokültürel problemleri, kişisel ve toplumsal eğitim problemleri olduğunu belirtmişlerdir (11).

### **Sağlık çalışanlara yönelik şiddetin olumsuz etkileri**

Şiddet sadece çalışan üzerinde değil, çalışanın iş arkadaşları, ailesi ve arkadaşları üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilir. Ailesi ve arkadaşları üzerinde şok, güvensizlik/inancını yitirme inkar, üzüntü çalışanın gelecekte tehdit edilmesi ve yaralanmasından korkma, ailenin gelirinde azalma günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, aile içi ve sosyal aktivitelere katılımda azalma, olayın fiziksel ve psikolojik etkilerine bağlı olarak aile içi strese neden olduğu; çalışanın iş arkadaşları üzerinde de inkar, kendini suçlama öfke, artmış stres, kendi güvenliği konusunda korku duyma, işyerinde morallerin bozulması, mağduru suçlama, çalışma arkadaşları arasında çatışma ve güvensizliğe neden olma fiziksel ve/veya psikolojik olarak zarar gören personelin ayrılması nedeniyle iş programının değiştirilmesi/yeniden düzenlenmesi gibi olumsuz etkilere; görgü tanıkları ve diğerleri üzerindeki etkileri üzerinde de şok ve inancını yitirme/güvensizlik öfke, inkar, kendi güvenliği konusunda korku duyma gibi etkilere neden olduğu belirtilmektedir. Şiddet olayları sağlık çalışanları üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere sahiptir. Bunlar moral düşüklüğü, iş kaybı, memnuniyetsizlik, iş doyumunda azalma, anksiyete, yaşamını tehdit edecek şekilde yaralanma, huzursuzluk, öfke, stres bozukluğu, kabus, uyku sorunları, bitkinlik, sürekli baş ağrıları, kronik ağrı, spazm, kendine güvensizlik, hayal kırıklığı, korku, depresyon, alkol, sigara kullanımı, intihar, fiziksel yaralanma, özgüvende azalma, mesleğe saygı inancında azalma, kendini

suçlama, çaresizlik duygusu, cinsel sorunlar, tükenmişlik duygusu, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve işlerini bırakma düşünceleri şeklinde geniş bir aralıkta ortaya çıkabilmektedir (12).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bir nedeni de çalışanların iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimli olamamaları ve eğitim yetersizliklerinin olması nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı belirtilmiştir. Günaydın ve Kutlu'nun (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %3,4'ünün şiddet sonrası olayı rapor ettiği, %96,6'sının rapor etmediği bulunmuştur. Şiddet sonrası rapor etmeme nedeni olarak %45,3'ü sonuç alamayacağını düşündüğü, %43,7'sinin işinin bir parçası olarak düşündüklerini belirtmişlerdir (12).

CHP'nin Doktor Milletvekili Tekin Bingöl'ün 14 Mart Tıp Bayramı nedeniyle hazırladığı rapora göre, son 5 yılda 60 bin sağlık çalışanı şiddete maruz kaldı. Sağlıkta Dönüşüm Programı, hastaları müşteri haline getirdiği ve sağlık sistemini ticarileştirdiği için sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırmıştır. (14.03.2019 hürriyet gazetesi)

## ÖNERİLER

1. Sağlık hizmetini nicelikten ziyade niteliğine önem verilmeli,
2. Tıp fakültelerinin süresini altı yıldan sekiz yıla çıkarılmalı, son iki yılı üniversite hastaneleri ve/veya devlet hastanelerinde hekimlerin becerilerini geliştirmek amacıyla sarf etmelerine müsaade edilmeli. En az iki yıl periferde çalıştıktan sonra uzmanlık sınavına girilmeli, buna karşılık uzmanlık süresinden bir yıl azaltılmalıdır.
3. Aile hekimi, uzman hekim oranı 3/1 oranına getirilmeli. Tıpta uzman olma teşvikinden vaz geçilmelidir.
4. Mezuniyet sonrası meslek içi eğitim sistemi teşvik edilmeli, gerekirse sınavlar yapılmalıdır.
5. Medyada tiraj uğruna hekimler aleyhine mesnetsiz haberler izin verilmemeli, bu tür haberlere cezai muayedeler uygulanmalıdır.
6. Performans dayalı sistemi hafifletilmeli veya tamamıyla kaldırılmalıdır.
7. Sağlık çalışanlarının zorlu çalışma şartları düşünülerek, personelin izin kullanmasını teşvik edecek bir yapı oluşturulmalıdır.
8. Sağlık çalışanına yönelik şiddette caydırıcı tedbirler alınmalı. Diğer devlet kurumları gibi aranmadan kimse hastaneye alınmamaktadır. Bugün hastanelere her türlü kesici delici alet veya ateşli silahla girmek serbesttir. Önleme ve cezai muayedeler uygulanmalıdır.
9. Önemli sorunlardan biri hastalarla yeterli iletişim kurulmamasıdır. Bu nedenle hekimler ve sağlık personelinin alışkın olduğu kültürel ortamlarda çalıştırmanın daha rasyonel olacağı, dil ve kültür farkından kaynaklanacak çatışmalarının önüne geçilecektir. Sağlık personelinin kendi yörelerinde çalıştırması teşvik edilmelidir.

### Birkaç

### örnek:

Gazetelerde hekimlere yönelik gerçekleşen olaylardan birkaç örnek ve halktan gelen yorumlar.

**1.**İstanbul'da doktora silahlı saldırı, doktoru başından vuran şüpheli gözaltına alındı (Media Magazin 02 Ekim 2018)

**Yorumlar:** Artık devletin bizi korumayacağını hepimiz biliyoruz. Ben can güvenliğim yok diyerek silah taşıma ruhsatı için başvurduğum. Kendim güvende olmadan başkalarına yardım edemem.

Şiddet ve ölümler ‘‘Sağlıkta dönüşüm projesi’’ denilen Neoliberal sistem yüzünde körükleniyor. Hastalar artık şikâyetlerini ‘‘sorduğumda isteklerini’’ sıralıyor. İstedliğini alamayan ‘‘ Müşteri’’ de şiddet gösterme hakkının olduğun düşünüyor.

Sıra artık bize ne zaman gelecek ailelerimiz nasıl acı çekecek diye diye poliklinik yapıyoruz, hastaneleri bekliyoruz.

2.Ölüm haberini veren asistan doktora yoğun bakım kapısını kırıp saldırdılar (Media Magazin 12 Ağustos 2018)

Değerli hekim kardeşim çok geçmiş olsun, Allah bütün ömrün boyunca bu mesleği dilediğince güzelce yapmanı nasip etsin. Memlekette bize değer veren yok bana da silah çaktı yoğun bakımda hasta yakınları polis gelince ilk sözleri hocam darp var mı yoksa yapacak bir şey yok demeleri oldu. Sonrası da çekip gittiler. Üzgünüm fakat bu memlekette ilim yapılmaz gidip simsarcılık hırsızlık yapan daha çok hürmet görüyor.

Üniversitede daha önce de yoğun bakımın kapısını kırıp içerdekilere saldırmışlardı. Ceza aldılar mı? Kırılan kapı kimin parası ile onarıldı? Ceza eğer caydırıcı değilse ancak teşvik edicidir.

3. Askere elverişsiz raporu alamayan şahıs kadın doktoru darp etti. (Media magazin 15 Aralık 2018)

Hasta beni acilde darp etti. Para cezası bile almadı. Erteleme aldı. Sanığın tutuklandığına inanmıyorum. İfadesini alıp bırakmışlar. Ancak doktor hanımda hayati tehlike varsa bu tehlike kalkana kadar sanık nezarethanede kalır. O kadar.

4. Genç hekime 'sen öleceksin' dediler. İlk gününde istifa ettirdiler. (Media Magazin 08 Ekim 2018)

5.Tedavi gören hasta hayatını kaybetti. Hasta yakınları hastaneyi talan etti. (Media Magazin 17 Ekim 2018)

### **Kaynaklar**

1. Meydan Larousse, Meydan Yayınevi, İstanbul 1990, Cilt 11, s.777.
2. Tülin İçli, Aslıhan Öğün, Nilüfer Ö, Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu, Devlet Bakanlığı Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü yy, Ankara, 1995, s.9)
3. World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Volence and Health. Cenevre, WHO, 2002

4. Ruşen Keleş- Artun Ünsal, Cogito, Kış-Bahar 96 s.91
5. Songül Alpaslan Roodenberg, Aktüel Arkeoloji, Mayıs-Haziran 2016, sayı 51, s.33)
6. Alaeddin Şenel, Ahlak Kuramları Ahlaksızlık Durumları, Bilim ve Gelecek, Nisan 2013, sayı:110 s.10
7. Basit Derinlik: Burak Yaratıcı
8. Yıldız A.N, kaya M, biliri N. İşyerinde şiddet Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi halk sağlığı a.b.d türk-iş yayını temmuz 2011. S 15
9. Onur Cura D, Çankaya T, Genetik faktörlerin şiddet davranışı üzerine etkisi, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi cilt 31, sayı 2, (ağustos) 2017, 97-102
10. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin amacı ile kurulan ' meclis araştırma komisyonu raporu ocak 2013 ' sıra sayısı 454
11. Özyurt A, Ogan H, Solakoğlu Z, Bilen A ve ark. Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir Çalışmayı anket sonuçları. İstanbul Tabip Odası 2009. Erişim:17.06.2013
12. Büyükbayram A, Okçay H, Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):46-53

## Sağlık Kurumlarında Uygulanan Şiddet

Arş. Gör Yusuf SEÇGİN, Şeyda SEÇGİN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Şiddet uzun süredir bireyin en küçük yapı taşı olan ailede, sokakta, hastanede, okulda, kamu kuruluşlarında ve birçok alanda toplumun huzurunu bozmaktadır ve genişleyerek devam etmektedir.(Nesrin AKCA, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'ü şiddeti bireyin kendine, başkasına, herhangi bir topluluğa veya gruba yönelik uyguladığı fiziksel, sözlü, psikolojik, cinsel saldırı olarak adlandırmaktadır (Fatih Özcan, 2017). Şiddet cinsiyet, din, dil, ırk, eğitim düzeyi, maddi düzey fark etmeksizin her bir bireyin rutin yaşamının bir sorunu haline almıştır(Neslihan KESER ÖZCAN, 2011).

Sağlık kurumlarındaki şiddet; hasta, hasta yakını, personel veya herhangi bir bireyden gelen sözlü, fiziksel, cinsel saldırı olarak adlandırılmaktadır. Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet diğer tüm alanlardaki şiddetin %25' ini oluşturmaktadır (Sevil Özdemir Takak, 2018). Sağlık kurumlarında şiddetin meydana gelmesinde sayısız etkenin payı vardır. Kısaca bireye ait şiddet (akıl hastaları, alkol madde bağımlıları, iletişim bozukluğu olan bireyler, stresli çalışanlar), kurumsal şiddet (mobing, güvenlik yetersizliği, iletişim eğitimi yetersizliği, aydınlatma yetersizliği, çalışılan ortamın yetersizliği), toplumsal şiddet ( şiddeti olağan görme, ekonomik kaygı, sosyal sınıf) bunun gibi birçok unsur sağlık kurumlarında şiddetin ortaya çıkmasındaki etkenlerdir (Neslihan KESER ÖZCAN, 2011).

Sağlık kurumlarındaki şiddet, ekip koordinasyonu, yönetici desteği, yasal düzenlemeler, güvenlik önlemleri ile ters orantılı, hasta sayısı, mesai süresi ile doğru orantılı olduğu bildirilmektedir. Çalışılan birime göre de şiddete uğrama oranları değişmektedir. Örneğin birinci basamakta, acil serviste şiddete uğrama oranları daha fazla bildirilmiştir. Cinsiyetin de şiddete maruz kalma üzerine etkisi bildirilmiştir. Kadın çalışanın erkek çalışana göre daha fazla şiddete maruz kaldığı ortaya konulmuştur. Günümüzde sağlık çalışanlarının sadece beş kişiden birisi sağlıkta şiddet, yasal hakları, mesleki riskler, mesleki riskleri önleme konusunda gerekli ve yeterli eğitimi almaktadır. Bu yetersiz eğitim sonucunda şiddet öncesi, sırasında ve sonrasında nasıl davranılması gerektiğini sağlık kurumlarındaki personeller bilmemektedirler.(Osman ELBEK, 2012). Sağlık kurumlarındaki çalışanlar çalışma sürelerinin

fazlalığı, nöbet usulü çalışmanın zorluğu, hasta yoğunluğu, riskli birimlerde gerekli önlemlerin alınmaması, fiziki koşulların yetersiz olması (aydınlatma, hijyen), güvenlik personelinin yetersizliği, güvenlik personelinin olaylara müdahale konusunda yetersiz kalması, yeterli ücretin alınmaması, gelecek kaygısı, yönetim sorunları, görev tanımının açık olmaması, gerekli eğitimin verilmemesi, personel arasındaki uyumun olmaması konularında şikayetçiler ve bunun sonucu olarak sağlık kurumlarındaki şiddetin arttığını bildirmektedirler (Erhan DAĞ, 2017).

Sağlık çalışanlarının %67'si şiddete maruz kaldığı halde şikayette bulunmadığı ve bu oranın sözleşmeli sağlık çalışanlarında kadrolulara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Şiddetin %14'ünü sağlık yöneticileri ve idarenin tarafından meydana geldiği saptanmıştır (Fatih Özcan, 2017). Yapılan başka bir araştırmada sağlık çalışanlarının %67'si, doktorların %62'si, acil servis çalışanlarının %60'ının şiddet karşısında hiçbir şikayette bulunmadığı ortaya konulmuştur. Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına oranla şiddete maruz kalma oranları daha fazladır. Şiddetin %44.3'ünü hasta yakını tarafından meydana gelmektedir (Başak SOLMAZ, 2018). Şiddeti önleme konusundaki yol haritası:

- 1- Yasal düzenlenmenin yapılması, sağlık çalışanları ile yönetim, sendika, diğer kurum ve kuruluşlarla gerekli koordinasyon ve iş birliğinin oluşturulması sağlanmalıdır.
- 2- Şiddet olgularında tüm çalışanların, yönetimin, sivil toplum kuruluşlarının, yayın organlarının, sosyal medyanın aynı sert duruşu ve tepkiyi ortaya koymaları sağlanmalıdır.
- 3- Şiddeti yapan kişiye yönelik gerekli idari ve kanuni yaptırımın yapılması ve bunun takipçisi olunması sağlanmalıdır.
- 4- Sağlık çalışanlarının itibarının arttırılmalı ve gerekli sosyal sorumluluk projelerinin yapılmalıdır.
- 5- Sağlıkta mobingin önlenmesi için gerekli eğitim ve düzenlenme yapılmalıdır.
- 6- Sağlık kuruluşlarının fiziki şartlarının düzenlenmelidir.
- 7- Personelin mesai saatlerinin düzenlenmeli ve yoğun çalışma sürelerinin verimli sürelerle indirilmelidir.
- 8- Yeteri sayıda güvenlik personelinin istihdam edilip, gerekli yetkinliği sağlanmalıdır.
- 9- Mesai arkadaşları arasındaki iletişimi arttırmak için sosyal projeler geliştirilmelidir.
- 10- Toplumun şiddet hakkında bilgilendirilmeli ve gerekli eğitim verilmelidir.
- 11- Sağlık çalışanlarının ekonomik düzeyleri adil bir şekilde iyileştirilmelidir.
- 12- Alkol ve madde bağımlılığının önüne geçilmelidir.

13- Riskli çalışma alanları için önlemler daha fazla arttırılmalıdır.

14- Kadınların toplumdaki değeri arttırılmalıdır.

Bu yol haritaları uygulanmalı ve gerekli düzenlenmelerin yapılıp denetlenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının güvene alınması toplum sağlığının güvene alınmasıdır (Fatih Özcan, 2017). Çalışmalar toplumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını acil önlemlerin alınması ve toplumun ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır(Zehtiye füsun yaşar, 2016)

### **Kaynakça**

- Başak SOLMAZ, Ö. D. (2018). SAĞLIK ÇALIŞANI İLE HASTA VE YAKINLARI ARASINDA YAŞANAN ŞİDDETİN NEDENLERİNDEN ”İLETİŞİM”ÜZERİNE BİR İNCELEME. *Abant izzet baysal üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü*.
- Erhan DAĞ, H. B. (2017). Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması- burdur ili örneği. *avrasya sosyal ve ekonomi araştırmaları*.
- Fatih Özcan, E. Y. (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet altında *The Journal of Turkish Family Physician*. doi:10.15511/tjtfp.17.00366
- Neslihan KESER ÖZCAN, H. B. (2011). Türkiye’ de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*. doi:10.5336/medsci.2010-20795
- Nesrin AKCA, A. Y., Oğuz IŞIK. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*.
- Osman ELBEK, E. B. A. (2012). *Hekimlere/sağlık çalışanlarına yönelik şiddet*. istanbul.
- Sevil Özdemir Takak, A. B. A. (2018). Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumların Değerlendirilmesi. *Ankara Medical*. doi:10.17098/amj.409020
- Zehtiye füsun yaşar, e. d., berk halibeyoğlu, ırmak erdemir, erim berke yöney, ali can kanat, öner deniz aslan. (2016). sağlık çalışanlarında şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *adli tıp*, 143-152. doi:10.5505/adlitip.2016.85619



## Hemşirelere yönelik şiddetin nedenleri

ELİF TÜRKÖZ

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### GİRİŞ

Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir birey tarafından uygulanan, sağlık çalışanı için tehlike oluşturan sözlü ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel zarar vermedir. Bütün sağlık çalışanları potansiyel birer şiddet mağduru adaydır(Al ve ark. 2012).

Şiddet, son yıllarda birçok alanda olduğu gibi sağlık kurumlarında da çok önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalarda, şiddetin diğer çalışma alanlarına göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı belirtilmiştir.Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation–WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), International Council of Nurses (ICN), işyerinde şiddeti, uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilenilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak; Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), dünya genelinde uyuşturucu, alkol, sigara kullanımı ve HIV/AIDS ile birlikte dünya için büyük bir risk olarak; International Council of Nurses (ICN), etkili hasta bakım hizmeti verilebilmesini önleyen önemli bir sorun olarak değerlendirmektedir (Büyükbayram ve Okçay2013). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranları ve şiddetten etkilenme oranları çok yüksektir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları şiddet sonrası duygusal, fizyolojik, psikiyatrik sorunlar yaşamaktadırlar. Bireylerin iş performansı ve sosyal yaşantısı olumsuz yönde etkilenmektedir. Hemşireler şiddete tepki olarak işe gelmeme, işini bırakma yada değiştirme gibi davranışlarda bulunabilmektedir (Kahya ve ark. 2016). Hemşireler için bu kadar önemli bir sorun olmasına rağmen şiddet olaylarının bildirim yetersizdir (Kahraman2014). Dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerinde önemle durulması gereken ciddi bir konudur (Büyükbayram ve Okçay 2013).

Sağlık çalışanları ile hasta veya yakınları arasında pek çok vaziyetten dolayı şiddet yaşanmaktadır (Uludağ ve Zengin 2016). Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma vaziyetleri önemle incelenmeli ve risk faktörleri belirlenerek işyerinde şiddet olaylarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır(Pınar2013). Şiddet; sağlık çalışanı, hasta, hasta yakını veya sağlık sistemiyle alakalı sebeplerden gelişebilmektedir (Uludağ ve Zengin 2013).

## 1) Sağlık Personeline Bağlı Nedenler

Yapılan bir çalışmada hastaların %25'i, sağlık personelinin %59'u şiddet uygulayan hasta ve hasta yakınlarının erkek olduğunu belirtilmiştir. Şiddete uğrayan sağlık personelinin ise hastaların %19'u, sağlık personellerinin %48'i kadın olduğunu belirtmiştir. Ayrıca şiddet mağduru personelin; sağlık personellerinin %41'i hemşire olduğunu, %19'u hekim, %4'ü diğer sağlık personeli ve %11'i diğer hastane çalışanları (güvenlik görevlisi, sekreterler vb.) olduğunu belirtmiştir. Hemşireler ve diğer kadın olan sağlık personeli şiddet mağdurlarının hemşire olduğunu daha fazla desteklerken, acile başvuran hasta/yakınları tanık oldukları şiddet olaylarında şiddet uygulayanların erkek ve şiddet mağdurunun kadın sağlık personeli olduğunu daha fazla desteklemişlerdir (Öztürk ve Babacan 2014). Kadın sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin daha çok şiddet görme sebebi kadınların erkeklere göre daha küçük fiziksel yapıya sahip olmaları, hemşirelerin ise daha çok kadın grubundan oluşmasından hemşirelere yönelik şiddetin kadına yönelik şiddetin bir parçası olarak kabul edilmesinden kaynaklanabilmektedir (Büyükbayram ve Okçay 2013, Al ve ark 2012).

Hemşirelerin şiddete sık maruz kalma sebebi, hasta ve hasta yakınlarıyla yakın temas içinde olmaları ve hemşirelerin hastanın yatışından taburcu olmasına kadar tüm aşamalarda bulunmaları olabilir (Kahriman 2014).

Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin çalıştıkları bölümde çalışma sürelerine göre sözel şiddete maruz kalma durumları araştırıldığında; hastalar, hasta yakınları ve çalışma arkadaşları tarafından en fazla sözel şiddete maruz kalan hemşirelerin son çalıştıkları bölümde bir-beş yıllık çalışma deneyimine sahip oldukları saptanmıştır (Kahriman 2014). Hastanelerde şiddet olaylarının en sık görüldüğü birim acil servislerdir (Beydağ ve Can 2013). Acil servislerde deneyimsiz sağlık çalışanlarının fazla olması sebep olarak gösterilmektedir (Babacan ve Öztürk 2014). Tecrübesiz ve eğitimsiz personelin iletişim kurmaktaki beceri eksikliği nedeniyle ya da verilen hizmetin kalitesinin eksikliği nedeniyle şiddete uğrama riski artabilir (Pınar 2013).

Hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları tacizlerin mezun oldukları okullara göre yüzde dağılımının yapıldığı bir çalışmada hemşirelerin karşılaştıkları sözel tacizler en fazla ön lisans mezunu hemşirelerde görülürken, sözel cinsel taciz ve sözel korkutmalar ise en fazla Açık Öğretim Fakültesi Ön lisans Programı mezunu hemşirelerde görülmüştür. Fiziksel saldırı yaşayanlar ise en fazla Sağlık Meslek Lisesi mezunlarıdır. İki yıllık sıkıştırılmış bir programla eğitim almış olan ön lisans programı mezunları ile SML mezunu hemşirelerde tacizlerin daha fazla görülüyor olması eğitim programları kapsamında iletişim becerilerini

geliştirecek içeriklerin yeterli olmaması ve okuldan mezun olunan yaşın bu konudaki mesleki bilgi, beceri ve olgunluğu geliştirmede yetersiz kaldığından kaynaklanıyor olabilir (Öztunç2001).

Hemşireler artık bilgisayar işlemleriyle mecburen daha çok ilgili olmak durumundadır. Yoğun kırtasiye işlemleri ve karmaşık makinelerle uğraşmak zorunda kalmaları ve diğer işlerden dolayı hemşireler hastaya şefkat göstermekten uzak kalabilmektedir(Uludağ ve Zengin 2013).Teknolojinin insanların faydası için kullanılması, hastaların korunması, adil ve eşit hizmetin sunulması kadar verilen hizmete doğru algının verilmeside önemlidir. Doğru algının sağlığı koruyacak ve geliştirecek şekilde oluşturulması için iletişim becerisinin doğru kullanılması gerekir. Bu iletişim becerilerinin kullanımı, özellikle yaşadığı durum nedeniyle üzüntü içerisinde olan ve kötü haberi almasının etkisiyle öfkesini kontrol edemeyen hasta veya yakınları için daha da önemlidir. Bu durumda sağlık çalışanı, hasta veya yakını ile iletişim kurarken daha özenli olmalıdır (Solmaz ve Duğan 2018).

## 2) Hasta /Hasta Yakını ve Toplum Kaynaklı Nedenler

Sağlık personelinin %78'i toplumda şiddetin yaygınlaşmasının en önemli ilk üç sebebi olarak; bireylerin yaşadığı ekonomik sıkıntılar,sosyokültürel problemler ve bireysel ve toplumsal anlamda yaşanan eğitim problemleri olduğunu belirtmişlerdir (Kahriman2014).

Genel olarak şiddetin sosyal nedenleri:

- İnsan doğasında var olan “şiddet uygulama” eğiliminin, düzgün yönlendirilememesi:

Psikodinamik yaklaşıma göre; Tıbbi hastalığı olan kişiler başvurduğu kurumu ve doktoru yüceleştirir. Doktoru ve kurumu bir kurtarıcı olarak görür ve bütün sıkıntılarının geçeceğine inanır. Varoloşuna yönelik bir tehdit hissettiğinde ya da bir kayıp yaşadığında gerileme dönemi başlar.Doktora ya da kuruma güvenebilir ya da korku ve kaygıları sebebiyle tedaviye uyum gösteremez.Şikayetçi olmaya başlar.Birbirine zıt duygular yaşar. Bu gerileme sürecinde erken bebeklik döneminden itibaren doyurulmamış olan ihtiyaçlarına ilişkin birey, umutsuzluk duygusu ve bütünlüğünün bozulması ile kaygı ve suçlama duygularının etkisi altına girer.Böylece içindeki öfke ve haseti hekim veya hemşireye yansıtılır (Büyükbayram ve Okçay 2013)

- Çocukluktan itibaren sorunları şiddet kullanarak çözme
- Çocukluk çağından itibaren televizyonda ki şiddet sahnelerini seyrederek büyümek:

Film ve dizilerde şiddetin sonuçlarının doğru anlatılmaması veya bu sonuçların makul olmayan biçimde ele alınması izleyicilerde duyarsızlığa neden olmakta, saldırganlarla kendini özdeşleştiren izleyiciler bunun sonucunda şiddete başvurabilmektedir(Büyükbayram ve Okçay 2013).

- Toplumsal ahlakta, “güçlü olanın haklı olduğu” fikrinin benimsenmesi,sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının olmaması olarak. sıralanabilir.(Al ve ark.2012).

Sağlıkta şiddetin nedenleri arasında özellikle hasta yakınlarının kendi hastalarıyla ilk olarak ilgilenilmesini istemesi ve kendi hastalarının en önemli olduğunu düşünmeleri yer almaktadır.(Büyükbayram ve Okçay 2013). Hasta ve yakınları kaynaklı şiddet nedenleri incelendiğinen bir çalışmada; hastaların %66’sı, sağlık personelinin %85’i şiddetin öncelikle hasta/yakınlarının sabırsız ve anlayışsız davranmasından kaynaklandığını açıklamışlardır (Babacan ve Öztürk 2014).

Şiddeti uygulayanlar açısından yapılan bir araştırma Gaziantep il merkezinde gerçekleştirilmiştir. Gaziantep il merkezinde Kasım 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında 1600 sağlık çalışanı olmayan katılımcı üzerinde yapılan çalışmada, en çok şiddet uygulayan ve şiddete daha meyilli olan bireylerin , ; 24-30 yaş grubunda, erkekler ve eğitim düzeyi düşük (üniversite mezunu olmayan) olan kişiler olduğu belirlenmiştir. Özellikle şiddet durumunda sopa, bıçak gibi kesici alet ve silah kullananların %100’ü üniversite mezunu olmayan kişilerdir. Çalışmada; fiziksel şiddet uygulayanların ve şiddeti bir hak arama yöntemi kabul edenlerin büyük çoğunluğunun alkol kullanan kişiler olduğu görülmüştür (Uludağ ve Zengin 2013). Hemşire görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, hasta ve hasta yakınlarının eğitim seviyesinin düşük olması (%79.3), hasta yakınlarının çalışanlara karşı güvensiz olması (%33.3) ve çalışanların maddi yetersizliği (%23.0) şiddet nedenleri olarak gösterilmiştir.(Kahya ve ark. 2016).Yapılan başka bir çalışmada Hasta ve yakınları kaynaklı şiddet nedenleri incelendiğinde; hastaların %66’sı, sağlık personelinin %85’i şiddetin öncelikle hasta/yakınlarının sabırsız ve anlayışsız davranmasından kaynaklandığını açıklamışlardır (Babacan ve Öztürk 2014). Pediatri hemşireleri üzerine yapılan bir çalışmada pediatri hemşirelerine şiddetle karşılaşmalarındaki etkenler sorulduğunda sağlık personelinin sayıca yetersizliği ve ailelerinin eğitim seviyesinin düşüklüğü en önemli etken olduğu belirtilmiştir (Çevik ve Taş 2006).Yapılan başka bir araştırmada hastalar tarafından uygulanan sözel şiddetin sebebi olarak hemşirelerin %40.6’sı “hastanın eğitim düzeyinin düşük olmasını”, %33.3’ü fiziksel şiddet nedeni olarak ise “hastanın bilincinin yerinde olmamasını ifade etmişlerdir.. Hasta yakınları tarafından maruz kalınan sözel

şiddet nedeni en çok hasta yakınlarının “eğitim seviyesinin düşük olması fiziksel şiddet nedeni ise “hasta yakınlarının psikolojisinin sorunlu olması” ve “yeterli bilgi alamamaları” olarak belirtilmiştir (Kahriman 2013).

### 3.)Sağlık Politikalarından ve Hastane İdarecilerinden Kaynaklanan Nedenler

Sağlık çalışanı sayısının eksik olması , hasta sayısının çok olması da şiddetin en önemli nedenlerindedir.Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanları, sağlıkta dönüşüm ve onun getirdiği yeniliklerin sağlık çalışanlarının iş yükünü artırdığı için sağlıkta şiddetin yaşanmasını çok etkilediğini ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan benzer çalışmada, sağlık çalışanları, şiddete maruz kalma nedenlerinin başında izlenen sağlık politikalarının olduğunu ve şiddete karşı alınan güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir .(Büyükbayram ve Okçay 2013).

Sağlık politikalarından ve hastane idarecilerinden kaynaklanan nedenler:

#### 1. Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri ve personelle ilgili eksiklikler

- Personel yetersizliği

Acil serviste yapılan çalışmada, haftalık çalışma süresi ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu haftalık çalışma süresi 45saat ve 45 saatten fazla olan hemşirelerin daha fazla şiddetle karşılaştığı saptanmıştır . Hemşirelerin acil servislerde 40 saatten fazla çalışmaları hem kendilerini hem de verdikleri hizmeti olumsuz etkilemektedir.(Beydağ ve Can 2013).

- Boş yatak bulunamaması ve hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanamaması,
- Yemek ve ziyaret saatlerinde personel sayısının azalması,
- Hastanede sağlık personelinin tek başına çalışması,
- Hastane koridor ve ünitelerinin aydınlatılmasının yetersizliği,

2. İlaç, alkol ve madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü olan, psikiyatrik hastalık tanısı olan personelle çalışma,

#### 3. Hastane güvenliğinin yetersizliği:

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %91.9’u çalıştıkları birimde güvenlik görevlisi sayısının yeterli olmadığını söylemiştir. Sağlık çalışanlarının %91.6’sı uğradıkları şiddeti güvenlik görevlilerinin engelleyebileceğine düşünmemektedirler. Sağlık çalışanları

mevcut güvenlik görevlilerine güvenmemekte , hastanedeki güvenlik görevlisi sayısının yeterli ve etkili olmadığını düşünmektedirler (Durak ve ark.2014).

- Hastanede hasta ve hasta yakınlarının sürekli dolaşma özgürlüğünün olması,

4.) Farklı karakterde hastalarla iletişim sürdürebilmek için personelin eğitimsizliği:

5.) Personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikası eksikliği,

6.) Sağlık kurumlarının yönetiminde gözlenen iş odaklılık, verimsizlik ve ticarileşme,

7.) Sağlıkta sık değişen uygulamalar, örneğin bugün ödenen bir ilacın, yarın geri ödmeden çekilmesi; hasta sevk ve kabul usullerinin değişmesi hastaları isyana sevk etmektedir. Tüm bu verilerden anlaşıldığı üzere şiddetin çok farklı nedenleri vardır. (Büyükbayram ve Okçay 2013).

### **Sonuç ve öneriler**

Hastanede güvenlik önlemleri artırılmalıdır.Hasta yakınları ziyaretçi saatleri dışında hastanede başıboş bir biçimde gezmesi engellenmelidir.Refakatçilerin denetimi sıkı bir şekilde yapılmalı,kliniğe ziyarete gelen hasta yakınlarının üzeri aranmalıdır.

Bütün kliniklerde hasta ve çalışan güvenliği açısından iki hemşire nöbet tutmalıdır.

Yeni işe başlayan hemşireler tek başına nöbet tutan birimlerde çalıştırılmamalıdır.

Yeni işe başlayan hemşirelere uzun süreli bir oryantasyon eğitimi verilmelidir.

Sağlık personeline etkin iletişim ve diksiyon eğitimleri verilmelidir.

Sağlık personeline şiddete uğradığında ne yapması gerektiği ile ilgili eğitimler verilmelidir.

Televizyonda sağlık çalışanına şiddet uygulamanın cezasıyla ilgili reklamlar yapılmalıdır.

Sağlık hizmeti eşit verilmeli,kişiye göre davranılmamalıdır.Sağlık çalışanları birlik olup alınan kararları hep birlikte uygulamalıdır.

Basın yayın araçlarında mesleği kötüleyici ve meslek onurunu zedeleyici yayınlara izin verilmemelidir. Şiddet sonucu uygulanan cezalar caydırıcı olmalıdır.

### **Kaynakça**

1. Durak T., Yolcu S., Akay S., Demir Y.,Kılıçarslan R.,Değerli V. (2014). Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi 24;130-137.
2. Al B, Zengin S, Deryal Y,Gökçen C, Yılmaz D, Yıldırım C. (2012). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet, JAEM 11: 115-24.
3. Öztürk E., ve Babacan H. (2014). Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler,Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2(1):71-80.
4. Can K. ve Beydağ D. (2013), Acil Servis Hemşirelerine Hasta Ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /2 (4).
5. Büyükbayram A. ve Okçay H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 4(1):46-53.
6. Kahya B., Çetin Ç., Cebeci F. (2016). Acil Servis Hemşirelerine Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme, Fırat Tıp Dergisi 21(4): 170-17.
7. Taş F., Çevik Ü. (2006). Konya İlindeki Pediatri Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 3 62-68
8. Solmaz B., Duğan Ö. (2018). Sağlık Çalışanı İle Hasta Ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt:18, Yıl:18, Sayı: 2, 18: 185-206 .
9. Kahrıman İ. (2014). Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 5(2):77-83.
10. Pınar T. (2013). Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet , TAF Preventive Medicine Bulletin (3):315-326.
11. Uludağ A. ve Zengin N. (2013). Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt/Vol.: 16 - Sayı/No: 3 (71-86).

## **Sağlıkta yaşanan şiddet ve iletişimin etkisi**

Şadiye **YILDIRIM**

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
sadiyeldrm@hotmail.com

### **ÖZET**

Dünyada şiddet giderek yaygınlaşmakta, tüm ulusları ve meslek guruplarını etkileyen bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yaygınlaşan şiddet olayından en fazla etkilenen meslek gurubu ise sağlık çalışanları olmaktadır(Cooper CL, Swanson,2002). Dünyada, Sağlık çalışanları için şiddet mesleki bir risk olarak kabul edilmeye başlanmıştır(Beech B, Leather P,2003). Çalışma hayatında görülen şiddetin yaklaşık %25'i sağlık sektöründe görülmektedir(Irish Nurses Organisation,2003). Sağlık çalışanlarının şiddet ile karşılaşma oranı her yıl artmaktadır. Sağlıkta şiddet sadece sağlık personelini etkilememektedir. Şiddete uğrayan sağlık personeli ile birlikte, kurumun kültürünü, işleyişini ve tedavi hizmeti bekleyen hasta ve hasta yakınları ile birlikte tüm toplumu etkilemektedir(Yılmaz Meryem,2001).

### **Medya ve İletişimin Sağlıkta Şiddete Etkisi**

Sağlık çalışanının kendisini anlamadığını, kendisiyle ya da yakınıyla ilgilenmediğinden şikayet eden hasta ve yakını bazen şiddete başvurarak çözüm bulmaya çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının tıp eğitimi sırasında sağlık iletişimi, çatışma ve öfke yönetimi, hasta ve yakınlarıyla nasıl iletişim kurulur, hastaya kötü haber nasıl verilir, saldırgan hastalarla nasıl iletişim kurulur gibi konularda eğitim almaları önem arz etmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden biri olarak görülen "iletişim" yönü üzerinden inceleme, tartışma ve değerlendirme yapılmıştır. Sağlık hizmet sektöründe çalışanların iletişim becerilerini geliştirmeleri ve bu yönde eğitim almaları hasta ve yakınları ile kurdukları iletişimde kolaylık sağlayacaktır.

Toplumdaki bazı bireyler yaşanmış özgeçmişleri ve kültürel algılamaları nedeni ile sağlıklı iletişim kuramamakta ve ifade eksiklikleri şiddete neden olan faktörler arasında bulunmaktadır. Sağlıklı olarak iletişimde bulunamayan bireyler, sağlık çalışanları tarafından anlaşılammakta, sağlık çalışanının kendisini anlamadığını düşünen, hasta ve hasta yakını şiddete başvurarak sorunu çözmeye çalışmaktadır(Sağlıkta Şiddeti Önleme Komisyon Raporu 2013).



Dünyada şiddet giderek yaygınlaşmakta, tüm ulusları ve meslek guruplarını etkileyen bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yaygınlaşan şiddet olayından en fazla etkilenen meslek gurubu ise sağlık çalışanları olmaktadır(Cooper CL, Swanson,2002). Çalışma hayatında, her yıl 25 milyon kişinin şiddete maruz kaldığından bahsedilmektedir (Elliott, P.P.,1997). Sağlık çalışanlarının karşılaşmakta olduğu şiddete olgusuna yönelik yurt içi ve dışı çalışmalar yapılmaktadır. Çalışmaların sonucunda ortaya çıkan verilerin ortak bulgusu, sağlık sektöründe ortaya çıkan şiddet vakalarının diğer işyerlerine göre fazla olmasıdır. Çalışma hayatında şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olması nedeni ile, gerçek sıklığın bilinmediği, yalnızca bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmektedir (Annagür, B. 2010).

Sağlık çalışanlarının hangi davranışların şiddet kapsamına girdiğini bilmemeleri, raporlamada eksiklikler, işten atılma korkusu, sağlık yöneticilerine, idari yöneticilere ve adalet mekanizmasına güvensizlik, şiddet uygulayanlar arasında sağlık ve idari yöneticilerin bulunması, şikâyet konusunda herhangi bir önlem alınmayacağı inancı ve yasal düzenlemelerin yetersiz olması gibi gerekçelerle bildirimlerin az olması nedeniyle sağlıkta şiddetin gerçek rakamları ortaya konulamamaktadır(Dursun, Salih,2012). Ayrıca sağlık çalışanlarının % 40'ının şiddet olaylarına özel sorun olarak baktığı ve şiddeti bildirmekten çekindiği belirlenmiştir(Bechman, Ronet ,1994). Çalışma hayatında görülen şiddetin yaklaşık %25'i sağlık sektöründe görülmektedir( Irish Nurses Organisation,2003). Saines, (1999) Sağlıkta şiddeti, “hasta, hasta yakınları ya da diğer bireyler tarafından uygulanan, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmaktadır(Saines, J.C.1999). Türkmenoğlu ve Sümer 'in 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının % 49.79'u son bir yılda şiddete maruz kaldığı, çalışma yaşamının herhangi bir döneminde şiddete maruz kalma oranı ise % 95.51 olarak bildirmiştir. Aynı çalışmada; 112 çalışanlarının herhangi bir şiddete maruz kalma oranı % 66.67, acil servis çalışanlarının % 70.67 olduğu bulunmuştur(Türkmenoğlu, Bahar ve Sümer, Haldun Ergün,2017).

Şiddetin en çok yaşandığı yer olarak % 23 muayene odası, % 21 acil servis, % 19 klinik servis olduğu, şiddetin % 49 oranında gündüz ve % 30 oranında akşam nöbetlerinde yaşandığı belirlenmiştir(Demiroğlu, Tuğba, Kılınç, Erhan ve Atay, Emre,2015). Sağlık çalışanlarının % 21'i şiddetin önlenemeyeceğini, % 66'sı şiddet uygulayanlara ceza uygulanmadığını düşünmektedir(İlhan, Necmi Mustafa, Yılmaz, Defne, Barkan B. Onur, Toksoy, Nilüfer ve Uysaler, Yusuf Ziya 2015). Sağlık çalışanlarının % 88.3'ü çalışma ortamını riskli olarak

algılamaktadır(Erkan, Serap,2014). En çok şiddete uğrayan meslek grubu % 85 ile hemşirelerdir. Profesör ve doçentlerin şiddete uğrama oranları ağılık sektöründe çalışan diğerlerine göre önemli ölçüde düşük, hemşirelerin şiddete uğrama oranları öteki sağlık çalışanlarına oranla önemli oranda yüksektir. Yaşanılan şiddet en çok % 44.3 ile hasta yakınları tarafından uygulanmaktadır (Çuvadar, Ayşe (2017).

Medya, genelinde şiddete özelinde ise sağlıkta şiddete zemin hazırlamaktadır(Özer, Ömer 2010). Medya, toplumsal alan içerisinde bağımsız bir kurum olarak değil, hem toplum tarafından belirlenen hem de toplumu belirleyen bir yapılanma olarak ele alındığında, şiddeti yeniden üreten bir unsur olduğu ya da toplumsal alana yönelik pekiştirici bir etki oluşturduğu iddia edilebilir. Trend'in ifadesiyle, "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, David,2008). Kitle iletişim araçlarında şiddeti gören bireyler şiddete karşı duyarsızlaşmakta ve şiddeti çözüm yolu olarak görebilmektedir (Büyükbayram, Ayşe ve Okçay, Hale,2013).“Habercilikte haberin başlığı metinden daha önemlidir. Başlığın temel amacı, haberin özetini vermek, habere çekicilik kazandırmak ve okuyucuyu haber metnini okumaya teşvik etmektir” (İspirli, M.,2000). Çoğunlukla sonucunun başlığa taşındığı ve metinlerin de bu sonuç üzerine kurgulandığı görülmektedir. Başlıklarda kullanılan ‘sopayla dövdü, saçından sürükledi, hastanelik etti’ ya da ‘meydan dayağı, karnına tekme’ gibi ifadelerin yanı sıra bazen saldırı anının görüntülerinin de eşlik ettiği bu haberlerde saldırı eylemi trajik bir hikâyeye dönüştürülmekte ve okuyucunun ilgisini çekecek bir niteliğe büründürülmektedir. Şiddet uygulayanı güçlü olarak imleyen bu anlamlandırma ile bir yandan doktorların ve doktorluk mesleğinin toplumsal itibarı zedelenmekte diğer yandan şiddet eylemi meşruiyet kazanmakta ve aynı zamanda bayağılaşmaktadır.

Bu bağlamda, haber söyleminin yapılandırılmasında da önemli unsurlardan biri olan karşıtlık kurgusu dâhilinde, haber tarafları iyiler ve kötüler olarak belirlenir ve iyiden yana bir anlamlandırma stratejisi kullanılır. Bu bağlamda saldırı olayının anlatımında ‘darp’ gibi daha nötr bir ifade yerine tercih edilen ‘dövmek’ ya da ‘dayak’ ifadeleri, şiddet eylemini gerçekleştiren kişiyi güçlü ve kötü olarak temsil ederken, saldırıya uğrayan sağlık çalışanını daha zayıf ve savunmasız bir konuma indirgemektedir(Çınarlı, İnci ve Yücel, Halime,2013).

Medyadaki şiddet temsillerinin topluma olumsuz etkilerinin araştırılması iletişim alanına yönelik çalışmaların ana odak noktalarından biri olmuştur. Spesifik olarak medyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin analiz edildiği çalışmalar da oldukça sınırlıdır.

Sağlık çalışanlarına, sağlıkta yaşanan olumsuzlukları azaltmak için birbirinden farklı hasta ve yakınları ile nasıl iletişim kurulacağı öğretilmelidir. Hasta ve hasta yakınına haberin nasıl verileceği ve zor hastalar ile nasıl iletişim kurulacağı eğitiminin verilmesi gerekir. Tıp fakültesi ve meslek eğitimi sırasında iletişim ile ilgili derslerinin sayısının ve içeriğinin artırılması hasta ile iletişim kurarken sağlık çalışanlarına yol gösterici olabilir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini öğrenmeleri ve geliştirmeleri meslek hayatlarında hasta ve yakınları ile kolay iletişim kurmalarını sağlayacaktır( Atilla, Gaye, Oksay, Aygen ve Erdem, Ramazan,2012).

Sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla güvenlik, eleman yeterliliği, fiziki yapı ve donanım, iletişim, eğitim gibi konularda iyileştirmeler yapılması gerekirken, şiddete ilişkin yasal düzenlemelerinde yapılması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının şiddeti önleme ve duygu ve davranışlarını yönetme konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi, ve davranışa dönüştürülmesi sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarında fiziki yapı ve donanımla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması, hastane süreçleri, hastane kuralları gibi konularda hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi eksiksiz yapılmalıdır.

## **Sonuç ve Öneriler**

Sağlık sektöründe çalışanların yaşadığı şiddetin literatürde belirtildiği gibi pek çok nedeni mevcuttur. Sağlıkta yaşanan şiddetin nedenleri arasında gösterilen iletişimsizlik elbette tek başına bu soruna çözüm olamaz. Ancak yaşanan şiddetin azalmasına katkı sağlayabilir. Çünkü sağlık sektörü iletişimin en yoğun yaşandığı alanlardan biridir. Bu nedenle sağlıkta iletişimin rolü çok önemli ve değerlidir. Sağlık çalışanları mesleklerinin doğası gereği sosyo kültürel özellikleri birbirinden farklı hasta ve yakınları ile iletişim kurmak durumunda kalmaktadır. Şiddetin cezai yaptırımlarıyla ilgili yasal düzenlemelerin uygulanması, şiddet mağduru sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, sağlık çalışanlarının özverili çalışma koşullarına kamu spotlarında yer verilmesi,sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarının medya ve diğer iletişim araçları kullanılarak sağlık çalışanları ve hizmet alanları içeren çift yönlü bir bakış açısıyla verilmesi vb. şiddetin önlenmesine yönelik

olarak sağlık sisteminde alınması gereken önerileri oluşturmaktadır. Kitle iletişim araçlarında (medya) haberin verilme şekli ilgi çekmekten çok, yapılanın yanlışlığını vurgulamalıdır.

Sağlık sektöründe şiddetin gerçek boyutlarını, yapısını ve özelliklerini, şiddetin hangi koşullarda oluştuğunu, şiddete katkıda bulunan bireysel, organizasyonel, çevresel, toplumsal, kültürel risk faktörlerini, sağlık çalışanlarının şiddet probleminin nedenleri hakkındaki görüşlerini ve her gün karşılaştıkları problemlerin çözümü ile ilgili kendi önerilerini, şiddetle mücadelede mevcut durumla gerçek ihtiyaçlar arasındaki açığı saptayabilecek ve ülkemizi temsil özelliğine sahip bilimsel çalışmalara ve bu çalışmalardan elde edilecek verilere ve analizlere ihtiyaç vardır. Aksi durumda bilimsellikten uzak, söylentilere, varsayımlara, kanaatlere, ideolojik yaklaşımlara, bilimsel yeterliliği tartışmalı, ilgili toplumu temsil etme yeteneğinden uzak metodoloji ile yapılmış çalışmalara dayalı müdahaleler konunun çözümüne hiç bir katkıda bulunmayacağı gibi durumu daha da içinden çıkılmaz hale düşürecektir

Sağlık alanında ne kadar teknolojik gelişme sağlanırsa sağlansın sağlık çalışanı hasta veya yakını arasındaki iletişimin önemi azalmayacaktır

## **Kaynaklar**

1. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the art. ILO, 2002.
2. Beech B, Leather P. Workplace in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent Beh.* 2006; 11: 27-43
3. Irish Nurses Organisation. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva, 2003. )
4. Yılmaz, Meryem (2001). "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2): 69–74.)
5. Sağlıkta Şiddeti Önleme Komisyon Raporu 2013: 172, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>, 10 Mart 2018'de erişildi).
6. Elliott, P.P. (1997). Violence in healthcare: What nurse managers need to know. *Nurs Manage*; 28: 38-41
7. Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:2, 161-173.)
8. Dursun, Salih (2012). "İş yeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama". *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1): 105-115.).

9. Bechman, Ronet (1994). "Violence and Theft in the Workplace, Crime Victimization Survey". NCJ-148194, Washington, DC, U.S. Department of Justice. pp 1-2.).
10. Saines, J.C. (1999). Violence and aggression in A & E recommendations for action. *Accident & Emergency Nursing*, 7: 8-12. [http://dx.doi.org/10.1016/S0965-2302\(99\)80094-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0965-2302(99)80094-0)
11. Türkmenoğlu, Bahar ve Sümer, Haldun Ergün (2017). "Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı". *Ankara Medical Journal*, 4: 216-225. doi: 1017098/amj.364161)
12. Demiroğlu, Tuğba, Kılınç, Erhan ve Atay, Emre (2015). "Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis İli Örneği". *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1): 49-55).
13. İlhan, Necmi Mustafa, Yılmaz, Defne, Barkan B. Onur, Toksoy, Nilüfer ve Uysaler, Yusuf Ziya (2015). *Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter, Sasam Enstitüsü Analiz: Sasam Yayınları*.
14. Erkan, Serap (2014). *Pamukkale Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
15. (Çuvadar, Ayşe (2017). *Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri, Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).*
16. Özer, Ömer (2010). "Giriş." *Medyada Şiddet Kültürü*. Ed. Ömer Özer. İstanbul: Literatürk Yayınları.)
17. Trend, David (2008). *Medyada Şiddet Efsanesi*, (Çev. G. Bostancı), İstanbul: Yapı Kredi Yayınları) .
18. Büyükbayram, A., ve Okçay, H. (2013). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,4(1): 46-53.)
19. İspirli, M. (2000). *Medya Gerçeği ve Haberciler*, Ankara: Akçağ Yayınları).
20. Çınarlı, İnci ve Yücel, Halime (2013). Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye'de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, vol.3 (Melike Batur Yamaner Özel Sayısı), s.32-51).
21. Atilla, G., Oksay, Aygen ve Erdem, Ramazan (2012). "Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma". *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 43: 23-37.)



Avrupa Birliği tarafından  
finanse edilmektedir.



**Bu rapor Avrupa Birliği'nin maddi desteği ile  
hazırlanmıştır. İçerikten tamamıyla Sağlık-Sen  
Karabük şubesi sorumluluğu altındadır ve Avrupa  
Birliği'nin görüşlerini yansıtılmak zorunda değildir.**



**Temmuz 2019  
Safranbolu / KARABÜK**