



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE:
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİNDE SORUNLAR
VE ÇÖZÜMLER**

Hikmet Cansın İŞÇİ

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2024

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE: ANKARA
BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİNDE SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER

Hikmet Cansın İŞÇİ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Hikmet Cansın İŞÇİ tarafından hazırlanan ‘‘Sağlık alıŐanlarına Yönelik Şiddetle Mücadele: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Örneğinde Sorunlar ve çözümler’’ başlıklı bu çalışma, 12.06.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER (BaŐkan)

Prof. Dr. Tarık TUNCAY (Danışman)

Prof. Dr. İŐhak AYDEMİR (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRÖÖNÜŐŐEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

12/06/2024

Hikmet Cansın İŞÇİ

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.
* Tez danışmanının önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Tarık TUNCAY** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Hikmet Cansın İşçİ

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sürecinde, destek ve katkılarıyla yanımda olan birçok kişiye teşekkür etmek isterim. Öncelikle, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan, yol gösterici tavsiyeleri ve sürekli desteğiyle bu tezin ortaya çıkmasını sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Tarık TUNCAY'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Kendisi, sadece akademik değil, kişisel gelişimime de önemli katkılarda bulunmuştur.

Tezimin savunma sürecinde değerli görüş ve önerilerini esirgemeyen jüri üyeleri Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER ve Prof. Dr. İshak AYDEMİR'e de teşekkürlerimi iletmek isterim. Değerli eleştiri ve yönlendirmeleri, çalışmamın daha nitelikli bir hale gelmesine katkı sağlamıştır.

Çalışmam sırasında veri toplanması ve analiz edilmesi aşamalarında bana destek olan ve kaynak sağlayan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nin sayın yöneticilerine ve çalışanlarına da teşekkürlerimi sunarım. Onların yardımı olmadan bu çalışmayı gerçekleştirmek mümkün olmazdı.

Araştırma sürecimde bana her zaman destek olan, moral veren ve ihtiyaç duyduğumda hep yanımda olan değerli eşim Fatma CABAR İŞÇİ'ye, beni yetiştiren ve eğitimim konusunda daima teşvik eden babam İsmet İŞÇİ ve annem Adviyе DÜZGÜN'e, canım oğlum en değerli varlığım Can Efe'ye en derin teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak, sosyal hizmet anabilim dalındaki tüm hocalarıma ve bölüm çalışanlarına, bana sundukları olanaklar ve sağladıkları destek için teşekkür ederim. Bu süreçte kazandığım bilgi ve tecrübelerin kariyerime ve hayatıma önemli katkılarda bulunacağına inanıyorum.

ÖZET

İŞÇİ, Hikmet Cansın. *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetle Mücadele: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Örneğinde Sorunlar ve Çözümler*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, soruna etki eden çok boyutlu değişkenleri ile 21.yy'ın önemli toplumsal sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet olgusunun karmaşık dinamikleri ve sağlık hizmetlerinin hassasiyetinin bir araya gelmesi ile sadece güvenlik tedbirleri ile çözüme ulaştırılamayan dirençli bir yapı halini almıştır. Sorunun çözümüne ilişkin ülkemizde son on beş yıldır çeşitli adımlar atılmakla birlikte yaşanan şiddet olaylarının sıklığında ya da ciddiyetinde azalmadan bahsetmek maalesef güçtür.

Bu araştırma ile sağlıkta şiddet sorununun çözüme dirençli bir yapı göstermesindeki nedenler, soruna etki eden faktörler, şiddetin etkileri ve sorunun çözümüne ilişkin yapılması gerekenler, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi örneğinde sorgulanmaktadır. Çalışmada karma araştırma yöntemi benimsenmiş olup araştırmanın nicel aşamasını 2022 ve 2023 yıllarında hastane içerisinde çalışanlara yönelik gerçekleşen şiddet olaylarına dair kayıtların analizi oluşturmuştur. Bu bağlamda, 2 yıl boyunca gerçekleşen 623 şiddet vakası ve bu olaylarda mağdur olan 752 çalışan incelenmiştir. %91 ile olayların tamamına yakını sadece sözel şiddet içermiş olup olayların üçte biri acil servislerde gerçekleşmiştir. Şiddet en fazla hekimlere yönelmiş; fiziksel şiddete erkek sağlık çalışanları, sözel şiddete ise kadın sağlık çalışanları daha sık maruz kalmışlardır. Araştırmanın nitel aşamasında, şiddete maruz kalmış 22 sağlık çalışanı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışanların maruz kaldıkları şiddet deneyimine ilişkin tecrübeleri ile görüşleri alınmış; ülkemizde görülen sağlıkta şiddet sorununun nedenleri, sonuçları ve sorunun çözümüne ilişkin düşünce ve önerileri sorgulanmıştır. Yapılan görüşmelerden sağlık çalışanlarının, sağlıkta şiddet sorununu geniş bir çerçeveden ele aldıkları, toplumda görülen sorunlardan bağımsız değerlendirmedikleri anlaşılmıştır. Sağlıkta şiddetin en önemli sonucu, kalifiye sağlık çalışanı iş gücünün kaybedilmesi ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin düşmesi olarak öne çıkmıştır. Mevcut uygulama ve önlemlerin sorunun temelinde yatan değişkenlere odaklanmadığı, şiddet yaşandıktan sonra yapılan müdahalelerin ise şiddeti azaltmadığı görülmüştür.

Sorun ile mücadelede farklı kurum ve kuruluşların ortaklaşa müdahalelerine ihtiyaç duyulduğu, sadece güvenlik tedbirleri ya da ön görülen cezai yaptırımlardaki artırımların yeterli olmadığı görülmüştür. Toplumdaki sağlık okuryazarlığını artırıcı çalışmalar, çalışanlara yönelik ise iletişim, stres yönetimi ve gerilimi azaltma teknikleri konularında hizmet içi eğitimlere ihtiyaç öne çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler

Şiddet, sağlık çalışanı, sağlıkta şiddet, beyaz kod, sorunlar, çözümler.

ABSTRACT

İŞÇİ, Hikmet Cansın. Combating Violence Against Healthcare Workers: Problems and Solutions in the Case of Ankara Bilkent City Hospital, Master's Thesis, Ankara, 2024.

Violence against health workers is one of the important social problems of the 21st century with its multidimensional variables affecting the problem itself. With the complex dynamics of the phenomenon of violence and the sensitivity of health services, it has become a resistant issue that cannot be solved only with security measures. Although various steps have been taken in our country for the last fifteen years to solve the problem, it is unfortunately difficult to talk about a decrease in the frequency or severity of violent incidents.

With this research, the reasons why the problem of violence in healthcare shows a resistant to solution, the factors affecting the problem, the effects of violence and what needs to be done to solve the problem are questioned in the case of Ankara Bilkent City Hospital. In the study, the mixed research method is adopted. The quantitative phase of the research consists the analysis of the violent incidents against employees in the hospital between 2022 and 2023. In this context, 623 incidents of violence over 2 years and 752 employees who were victimized in these incidents were analyzed. Almost all of the incidents, 91% involved only verbal violence and one third of the incidents took place in emergency services. Violence was mostly directed against physicians; male healthcare workers were more frequently exposed to physical violence while female healthcare workers were more frequently exposed to verbal violence. In the qualitative phase of the study, semi-structured interviews were conducted with 22 healthcare workers who had been exposed to violence at work. The experiences and opinions of the employees regarding their experiences of violence were obtained; the causes and consequences of the problem of violence in health in our country and their thoughts and suggestions regarding the solution of the problem were questioned. From the interviews, it was understood that healthcare professionals address the problem of violence in health from a broad framework and do not evaluate it independently from the problems seen in the society. The most important consequence of violence in healthcare is the loss of qualified health workers and the decrease in the quality of health services provided. It has been observed that current practices and measures do not focus on the underlying issues, and that interventions made after the occurrence of violence do not reduce violence.

It has been observed that joint interventions of different institutions and organizations are needed to combat the problem, and that only security measures or increases in the prescribed criminal sanctions are not sufficient. The need for efforts to increase health literacy in the community and in-service trainings for employees on communication, stress management and de-escalation techniques came to the fore.

Keywords

Violence, healthcare workers, violence in healthcare, white code, issues, solutions.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
TABLOLAR DİZİNİ	xv
GRAFİK VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: ARAŞTIRMA HAKKINDA GENEL BİLGİLER	5
1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU	5
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	7
1.3. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	10
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	11
1.5. TANIMLAR.....	12
2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	14
2.1. İŞ YERİNDE ŞİDDET.....	14
2.1.1. İş Yeri Şiddetinin Tanımlanması ve Türleri.....	15

2.1.2. İş Yeri Şiddetinin Sıklığı.....	19
2.1.3. İş Yerinde Şiddeti Etkileyen Risk Faktörleri.....	21
2.1.3.1. Mesleki Faktörler	22
2.1.3.2. Kişisel Faktörler	22
2.1.3.3. Kurumsal ve Çevresel Faktörler.....	23
2.1.4. İş Yerinde Şiddetin Etkileri ve Sonuçları	24
2.1.4.1. Bireysel Etkileri	24
2.1.4.2. Örgütsel Etkileri	25
2.1.4.3. Toplumsal Etkileri.....	26
2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET	27
2.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Türleri	28
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Şiddeti Etkileyen Risk Faktörleri.....	30
2.2.2.1. Sağlık Çalışanına Dair Faktörler	30
2.2.2.2. Şiddet Uygulayana Dair Faktörler	32
2.2.2.3. Kurumsal ve Çevresel Faktörler.....	32
2.2.3. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Sonuçları	34
2.2.3.1. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Bireysel Sonuçları.....	34
2.2.3.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Toplumsal Sonuçları.....	36
2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE	37
2.3.1. Türkiye'deki Mevzuat ve Uygulamalar	38
2.3.2. Önleyici Çalışmalar	42
2.3.3. Şiddet Sonrası Müdahaleler	45
2.3.4. Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Sosyal Hizmetin Yeri.....	48

3. BÖLÜM: YÖNTEM	53
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	53
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	54
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	59
3.3.1. Belge İnceleme	59
3.3.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	60
3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	61
3.5. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ.....	62
3.6. SÜRE VE OLANAKLAR.....	64
4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM.....	65
4.1. NİCEL AŞAMAYA İLİŞKİN BULGU VE YORUMLAR.....	65
4.1.1. Şiddetin Türü.....	65
4.1.2. Mağdur Personelin Mesleği.....	67
4.1.3. Mağdur Personelin Cinsiyeti.....	71
4.1.4. Şiddetin Yaşandığı Zaman	72
4.1.5. Şiddetin Yaşandığı Yerler	74
4.1.6. Şiddet Uygulayana Göre Dağılım.....	78
4.1.7. Şiddeti Tetikleyen Nedenler	81
4.2. NİTEL AŞAMAYA İLİŞKİN BULGU VE YORUMLAR.....	91
4.2.1. Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular	92
4.2.2. Tanımlanan Şiddet Türleri	93
4.2.2.1. Psikolojik Şiddet	95
4.2.2.2. Sözel Şiddet.....	96

4.2.2.3. Fiziksel Şiddet.....	97
4.2.2.4. Mobbing.....	98
4.2.3. Şiddet Deneyimleri.....	99
4.2.3.1. Şiddete Maruz Kalma Sıklığı.....	99
4.2.3.2. Şiddetin Oluş Şekli.....	101
4.2.3.3. Şiddet Anında Verilen Tepkiler.....	105
4.2.3.4. Şiddet Sonrası Destek Görme.....	107
4.2.3.5. Şiddetin Adli/İdari Sonuçları.....	110
4.2.4. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri.....	111
4.2.4.1. Toplumsal Değişkenler.....	113
4.2.4.2. Sağlık Sistemine İlişkin Etkenler.....	117
4.2.4.3. Hasta Kaynaklı Etkenler.....	119
4.2.4.4. Çalışan Kaynaklı Etkenler.....	122
4.2.4.5. Kurumsal Eksiklikler.....	123
4.2.5. Sağlıkta Şiddetin Sonuçları.....	124
4.2.5.1. Sağlık Çalışanı Üzerindeki Etkileri.....	125
4.2.5.2. Sağlık Hizmetinin Kalitesi Üzerindeki Etkileri.....	132
4.2.6. Sağlıkta Şiddetle Mücadele.....	136
4.2.6.1. Önlenebilirlik.....	137
4.2.6.2. Mevcut Uygulamalarda Öne Çıkan Sorunlar.....	139
4.2.6.3. Sorunun Çözümü İçin Atılması Gereken Adımlar.....	142
4.2.6.4. Geleceğe Yönelik Tahmin ve Beklentiler.....	153
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	158

KAYNAKÇA	178
EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	191
EK 2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME YÖNERGESİ.....	194
EK 3. ÇALIŞMA İÇİN İDARİ İZİN.....	197
EK 4. ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	198
EK 5. BELGE VE VERİ PAYLAŞIM İZİNİ.....	199
EK 6. ORJİNALLİK RAPORU	200

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ILO	Dünya Çalışma Örgütü
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
NIOSH	Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (ABD)
NHS	Ulusal Sağlık Servisi (Birleşik Krallık)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OSHA	Mesleki Emniyet ve Sağlık İdaresi (ABD)
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAĞLIK-İŞ	Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası
SAĞLIK SEN	Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
UIIPRC	Iowa Üniversitesi Yaralanmaları Önleme Araştırma Merkezi
U.S. BLS	İşçi İstatistikleri Bürosu (ABD)
U.S. GAO	Hükümet Sorumluluk Ofisi (ABD)
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kamu Hastanelerinde Görev Yapan Personel	55
Tablo 2. Çalışana Yönelik Şiddet Olay Sayıları	56
Tablo 3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	57
Tablo 4. Şiddetin Tür Bazlı Dağılımı	66
Tablo 5. Fiziksel Şiddet İçeren Olaylarda Mağdurların Meslek Dağılımı	66
Tablo 6. Fiziksel Şiddete Başvuranın Kimliği	67
Tablo 7. Mağdur Personelin Meslek Dağılımı	68
Tablo 8. Hastanede Görev Yapan Personelin Meslek Dağılımı ile Şiddete Maruz Kalan Personelin Meslek Dağılımı Karşılaştırması	69
Tablo 9. Şiddete Maruz Kalan Hekimlerin Ünvan Dağılımı	70
Tablo 10. Hastanede Görev Yapan Hekimlerin Ünvan Dağılımları ile Şiddete Maruz Kalan Hekimlerin Ünvan Dağılımları Karşılaştırması	70
Tablo 11. Hastanede Görev Yapan Personelin Cinsiyet Dağılımı ile Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyet Dağılımı Karşılaştırması	71
Tablo 12. Mağdur Personelin Cinsiyetine Göre Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri	72
Tablo 13. Şiddetin Meydana Geldiği Saatler	73
Tablo 14. Şiddet Olaylarının Meydana Geldiği Bölümlere Dağılımı	74
Tablo 15. Acil Servislerde Yaşanan Şiddet Olaylarının Dağılımı	75
Tablo 16. Şiddet Olaylarının Hastane Bazlı Dağılımı	76
Tablo 17. Şiddet Olayları ile Personel Sayısı ve Hasta Başvuruları Karşılaştırması	77
Tablo 18. Şiddete Başvuranın Hastanede Bulunma Nedenine İlişkin Dağılım	78
Tablo 19. Şiddet Uygulayanın Kimliği ile Şiddetin Yaşandığı Bölüm Karşılaştırması	79

Tablo 20. Şiddete Başvuranların Cinsiyet Dağılımları	79
Tablo 21. Şiddet Başvuranın Cinsiyeti ile Uygulanan Şiddetin Türü Karşılaştırılması	80
Tablo 22. Şiddete Başvuranın Kimliği ile Uygulanan Şiddet Türü Karşılaştırması	80
Tablo 23. Şiddet Olaylarının Başlangıç Noktaları	82
Tablo 24. Acil Servislerde Yaşanan Olayların Başlangıç Noktaları	84
Tablo 25. Polikliniklerde Yaşanan Olayların Başlangıç Noktaları	85
Tablo 26. Yataklı Kliniklerde Yaşanan Olayların Başlangıç Noktaları	86
Tablo 27. Hekimlerin Maruz Kaldığı Olayların Başlangıç Noktaları	87
Tablo 28. Hekim Harici Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı Olayların Başlangıç Noktaları	88
Tablo 29. Güvenlik Görevlilerinin Maruz Kaldığı Olayların Başlangıç Noktaları	89
Tablo 30. Nitel Aşamadan Elde Edilen Tema ve Kategoriler	91
Tablo 31. Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular	92
Tablo 32. Katılımcıların Tanımladıkları Şiddet Türlerine İlişkin Kodlar	94
Tablo 33. Şiddeti Etkileyen Çalışan Kaynaklı Etkenler	122
Tablo 34. Şiddeti Etkileyen Kurumsal Eksiklikler	124
Tablo 35. Şiddetin Sağlık Çalışanı Üzerindeki Etkisine Dair Kategori ve Kodlar	125
Tablo 36. Şiddetin Çalışanın Hasta ve Yakınlarına Yaklaşımına Etkisi	128
Tablo 37. Sağlıkta Şiddetle Mücadeleye İlişkin Görüşlerin Kategori-Alt Kategori-Kodları	136
Tablo 38. Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Atılması Gereken Adımlar	142
Tablo 39. Güvenlik Tedbirlerine İlişkin Yapılması Gerekenler	151
Tablo 40. Toplum Düzeyli Müdahaleler	152

GRAFİK VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Grafik 1. İş Yeri Şiddeti Türleri	17
Grafik 2. İş Yeri Şiddetine Uğrayanların Bölge - Cinsiyet Dağılımları	20
Şekil 3. Nitel Aşamadan Elde Edilen Temalar	63
Grafik 4. Aylara Göre Olay Sayıları	73
Grafik 5. Tanımlanan Şiddet Türlerinin Sıklıkları	94
Şekil 6. Şiddet Deneyimlerine İlişkin Kategori Haritası	99
Grafik 7. Şiddete Maruz Kalma Sıklığı	100
Grafik 8. Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri	102
Grafik 9. Şiddet Anında Verilen Tepkiler	106
Grafik 10. Şiddet Sonrası Destek Görme	108
Grafik 11. Şiddetin Adli Sonuçları	110
Şekil 12. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Kod Haritası	113
Grafik 13. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	113
Grafik 14. Sağlıkta Şiddeti Etkileyen Toplumsal Değişkenler	113
Grafik 15. Sağlık Sistemine İlişkin Etkenler	117
Grafik 16. Hasta Kaynaklı Etkenler	120
Grafik 17. Şiddetin Çalışan Üzerindeki Psikolojik Etkileri	126
Grafik 18. Şiddetin Meslek ve Branş Seçimine Etkisi	131
Grafik 19. Şiddetin Sağlık Hizmetinin Kalitesi Üzerindeki Etkileri	132
Grafik 20. Maruz Kalınan Şiddetin Önlenebilirliği	137
Grafik 21. Şiddetle Mücadeleye İlişkin Uygulamalarda Öne Çıkan Sorunlar	139
Grafik 22. Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Atılması Gereken Adımlar	143

Grafik 23. Şiddetle Mücadelede Eğitim Çalışmaları	144
Grafik 24. Sağlık Sistemine İlişkin Gereken Müdahaleler	147
Grafik 25. Yaptırımlara İlişkin Atılması Gereken Adımlar	149
Grafik 26. Geleceğe Yönelik Tahmin ve Beklentiler	154

GİRİŞ

Modern toplum, bireylerin sayısız farklılıktaki rolü üstlenerek bir araya geldiği ve karmaşık içsel dinamiklere sahip çeşitli örgütlenmeler oluşturduğu bir yapı olarak ortaya çıkmıştır. Bu düzen içerisinde bireyler, örgütler ve hatta toplumlar arasında açıklaması güç etkileşimler yaşanmakta; günümüzde insanlık adeta bir organizma gibi hareket etmektedir. Aynı organizmalarda olduğu gibi sistemin bir çarkında yaşanan aksaklık diğerine yansımakta, toplumun genel sağlığını ve bütünlüğünü olumsuz etkilemektedir. Çalışma hayatı özelinde iş yerleri, bu organizmanın önemli bir parçasını oluşturmaktadır ve burada yaşanan sorunlar, sorunu yaşayan çalışanı etkilediği gibi iş yerini ve toplumun tamamı da etkilemektedir.

İş gücünde yer alan bireylerin ortalama çalışma süreleri göz önünde bulundurulduğunda bir çalışanın uyanık olduğu zamanın neredeyse yarısını iş yerinde geçirdiğini görürüz (OECD, 2023). Bireyler özel hayatlarına bile bu kadar uzun süre ayıramamakta iken güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışma hakkı, temel bir insan hakkı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hakkın her zaman sağlanamadığı açık olup sağlıklı bir iş ortamına engel teşkil eden birçok faktör bulunmaktadır. İlk bakışta bu faktörler arasında, kimyasal maddelere, radyasyona ya da düşme riskine maruz kalma gibi iş kazası başlığı altında sınıflandırılan durumlar akla gelmektedir. Fakat iş güvenliği kapsamında değerlendirilen ve çeşitli müdahalelerle giderilmeye çalışılan bu tür tehlikelere ek olarak son yıllarda iş yerinde şiddete maruz kalma tehlikesinin de öne çıktığını, bir pandemi gibi tüm toplumları etkilediğini görmekteyiz.

Dünya üzerinde iş güvenliği alanında görev yapan sivil toplum örgütleri ve devlet kurumları iş yerinde şiddet olgusuna dair çeşitli tanımlamalar yapmıştır (ILO, 2003; OSHA, 2016; NIOSH, 2023). Bu bağlamda, “çalışanın yaptığı işe bağlı olarak maruz kaldığı her türlü fiziksel veya sözel saldırı, psikolojik veya cinsel taciz eylemleri” bu tanımlamaların kesişen noktaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanımında birçok eylem ve tutum barındıran iş yerinde şiddet olgusu, çalışanların hem fizyolojik hem de ruhsal sağlıklarına zarar vermektedir. Çalışanların iş tatmini ve iş verimleri azaltmakta, genel olarak iş gücü kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durum, sadece gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeleri değil,

gelişmiş ülkeleri de etkilemekte olup yaygın bir küresel sorun haline gelmiştir. Yakın zamanda küresel çapta yapılan bir araştırmada çalışanların neredeyse dörtte birinin iş yerinde şiddet ya da tacize uğradığını bildirmesi bu açıdan önemlidir (ILO, 2022). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, çalışanların %44,8'i son bir yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Aytaç, ve diğerleri, 2011).

İş yerinde şiddet, birbirinden farklı birçok çalışma alanında kendini göstermekle birlikte bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde, araştırmaların önemli bir oranının sağlık alanında gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının iş yerlerinde daha sık şiddete maruz kaldığını ya da sorunun bu alanda daha görünür olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde iş yerinde şiddete maruz kalma oranları, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca açıklanan iş kazalarına dair istatistikler arasında sunulmamakla birlikte örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık ve sosyal hizmet iş kolunda çalışanların iş yerinde şiddete maruz kalma riskinin diğer alanlarda çalışanlara oranla 5 kat daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (U.S. BLS, 2022).

Sağlık hizmetini sunan ve alan arasında yoğun ve karmaşık etkileşimler yaşanmaktadır. Birçok farklı nedenle bu etkileşimlerden çatışmalar doğabilmekte ve yapılan işin doğası da gereği, hizmet sunumu sırasında yaşanan her türlü olumsuzluk, sadece çalışanı değil hizmet alanı da birinci dereceden etkilemektedir. Şiddetin mevcut olduğu bir ortamda çalışan sağlık personelinde, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik semptomları görülebilmekte, çalışanların mesleki azimleri, iş memnuniyetleri ve işe aidiyetleri olumsuz etkilenmekte, bunlara bağlı olarak yaptıkları işte hata yapma olasılıkları da artabilmektedir.

Sağlıkta şiddet konusunda, ülkemizde son yıllarda çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiş olup gerek akademik gerekse bürokratik çevrelerde bu konu irdelenerek şiddet ile mücadele amacıyla farklı önlem ve müdahale planları öne sürülmüştür. Bu bağlamda yıllar içerisinde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Türk Ceza Kanunu ve Ceza Muhakemeleri Kanunu'nda çeşitli düzenlemeler yapılmış, Sağlık Bakanlığı teşkilatlanmasında şiddetle mücadele

amacıyla özel birimler kurulmuş, güvenlik önlemlerinin artırılması, acil durum kodu uygulamaları, şiddet mağduruna hukuki destek gibi çeşitli araçlar ile sağlıkta şiddet ile mücadele edilmeye çalışılmıştır. Fakat her gün yaşanan şiddet olaylarının önüne geçilmesi mümkün olmamış, toplumun algı belleğinde sağlık ve şiddet kavramları her geçen gün birbirine biraz daha yaklaşmış ve sonuç olarak sağlıkta şiddet olgusu ısrarla kendisini sürdüren bir sosyal soruna dönüşmüştür.

Bu noktada, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele konusunda mevcut bilgi ve birikim ile literatürdeki boşluk ve sınırlılıkların belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma ile bu boşlukların ele alınarak bilgi birikime katkı sağlanması, şiddet ile mücadele konusunda yeni ve farklı araçların ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu amacın mümkün olan en kapsayıcı bakış açısı ile gerçekleştirilebileceği düşünülmekte olup bu nedenle çalışmada karma araştırma yöntemi kullanılmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen bu çalışmada iki farklı veri kaynağı kullanılarak sağlıkta şiddet olgusunun yaygınlığı, risk faktörleri, nedenleri, etkileri, sonuçları ve mücadele stratejileri konuları ele alınmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın nicel aşamasının veri kaynağı olarak Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde 2022 ve 2023 yıllarında meydana gelen ve beyaz kod uygulaması kapsamında işlem yapılan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bildirimlerinin geçmişe dönük gözlemsel analizi kullanılmıştır. Araştırmanın nitel aşamasının veri kaynağını ise görev yaptığı sırada şiddete maruz kalmış sağlık çalışanları ve yöneticileri ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler oluşturmuştur. Bu sayede sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ısrarlı bir şekilde varlığını sürdürmesinin nedenleri, sonuçları ve şiddet ile mücadele için gereken farklı yöntemler Ankara Bilkent Şehir Hastanesi örneğinde gerek sağlık çalışanlarının doğrudan şiddet deneyimleri ve çözüm önerilerinin detaylı irdelenmesi ve gerekse hastane acil durum kayıt sisteminin sistematik gözden geçirilmesi ile ortaya konmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümde araştırmanın sorunu, amacı, varsayımları, sınırlılıkları ve araştırma konusuyla ilgili tanımlara yer verilmiştir. İkinci bölümde iş yeri şiddeti ve sağlık kurumlarında şiddet olgularına dair yapılan literatür taramasıyla birlikte konuya ilişkin

kuramsal bir çerçeve çizilmiştir. Araştırmanın yöntemine ilişkin araştırma modeli, evreni, örnekleme, veri toplama araçları ile veri toplama ve işleme sürecine ilişkin başlıklara üçüncü bölümde yer verilmiştir. Karma yöntem ile gerçekleştirilen araştırmanın nicel ve nitel aşamalarından elde edilen tüm bulgular, çalışmanın dördüncü bölümde ortaya konulmuş olup konuyla ilgili gerçekleştirilmiş araştırmaların bulguları ışığında yorumlanmıştır. Son bölümde ise, çalışmanın diğer bölümlerinden elde edilen tüm iç görü ve bulgular sentezlenerek sağlık çalışanlarına yönelen şiddet sorunu ile mücadelede amacıyla atılabilecek adımlar, sistemsal bir yapı altında kurgulanarak ortaya konulmuştur.

1. BÖLÜM

ARAŞTIRMA HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın tasarımına ilişkin konular ele alınacak olup bunlar sırasıyla, araştırmanın sorunu, amacı, varsayımları, sınırlılıkları ve araştırma ile ilgili tanımlar başlıkları altında ele alınacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU

Sağlık çalışanına yönelik şiddet nedenleri, ortaya çıkış şekilleri ve sonuçlarına etki eden çok yönlü değişkenleri ile son yıllarda öne çıkan bir toplumsal sorun haline gelmiştir. Ülkemizde ve dünyada sorunun çözümü amacıyla gerek adli gerekse idari birçok önlem alınmakla birlikte sorunun dirençli bir yapı gösterdiği ve alınan önlemlerin yetersiz kaldığı görülmektedir.

Hâlihazırda sağlıkta şiddet olgusu, sadece sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alınmakta ve sorunun çözümü için çaba gösterilmektedir. Bu durum, sorunun eksik anlamlandırılmasına ve yetersiz çözüm önerilerinin üretilmesine neden olmaktadır. Sağlıkta şiddet olgusu, toplum içerisinde görülen kadına, çocuğa, yaşlıya şiddet ve kişilerarası şiddet gibi unsurlar bağlamında bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, yalnızca çalışanların güvenliklerini ve iyilik hallerini etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda hastaların aldığı bakım ve tedavinin kalitesini de etkilemektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları fiziksel yaralanmalara ek olarak psikolojik olarak da zarar görmekte, bu durum moral ve motivasyonun kaybına, tükenmişliğe, bakım sağlama becerilerinin düşmesine, işe devamsızlıklara ve işten ayrılmalara yol açmaktadır. Güvenli bir ortamda çalışmadığı algısı çalışanların hata yapma olasılıklarını da artırmaktadır. Buna ek olarak, yaralanan çalışanın tedavi masrafları, yasal işlem ve süreçlerin maliyeti, yeni çalışanların işe alınması ve eğitilmesi gibi ilk bakışta fark edilmeyen maliyetler de ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının hastalara yüksek kalitede bakım sağlamadaki önemi göz önüne alındığında, güvenli ve destekleyici bir ortamda çalışabilmeleri büyük öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi, hastaların mümkün olan en iyi bakımı almalarını sağlamak ve sağlık çalışanlarının refahını korumak için önemli bir önceliklidir. Sağlık özelinde şiddet olgusunu, toplumsal ölçekli şiddet olgusundan ayrı değerlendirmek mümkün değildir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin, aile içinde, okulda, sokakta ve iş yerinde yaşanan şiddet ile bir bütün halinde toplumsal açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sorunun çözümü için daha kapsamlı bir yaklaşımın ortaya konulması ve benimsenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırma sorununun belirlenerek temellendirilmesi amacıyla yapılan literatür taramalarında, gerçekleştirilen çalışmaların neredeyse tamamında nicel araştırma yöntemi kullanıldığı görülmektedir. Bu bağlamda ülkemizde gerçekleştirilenler arasında Annagür'ün (2010), Keser Özcan & Bilgin (2011), Bıçkıcı (2013), Bayram ve diğerleri (2017), Yücens & Kalkan Oğuzhanoglu (2020), Sahip Karakas ve diğerleri (2021) ve Ready'nin (2022) çalışmalarının öne çıktığı söylenebilir. Konuya ilişkin yabancı literatür incelendiğinde ise özellikle son yıllarda meta analiz ve sistematik derleme çalışmalarındaki artış dikkat çekmiştir. Bu bağlamda Liu ve diğerlerinin (2019), Byon ve diğerleri (2020), Hossain ve diğerleri (2020), Li ve diğerleri (2020), Aljohani ve diğerleri (2021), Fricke ve diğerleri (2022), Kumari ve diğerleri (2022) ile Ramzi ve diğerlerinin (2022) çalışmaları öne çıkmaktadır. Yoğunlukla kesitsel çalışmalar ile gerçekleştirilen bu araştırmalarda, sağlık çalışanının branşı görev yaptığı birimi, iş yoğunluğu, çalışma ortamının fiziksel özellikleri, şiddetin ruhsal sağlığa etkileri vb. değişkenler bağlamında betimleyici analizlerin ortaya konulduğu görülmüştür.

Bu çalışma ile bütüncül bir yaklaşım benimsenerek sağlık çalışanına yönelen şiddet sorunuyla mücadeleye odaklı bir iç görünümün sunulması, farklı araştırma yöntemleri sentezlenerek bu alanda daha önce ortaya konulan resme ilişkin daha kapsamlı bir çıkarım imkanının sağlanması amaçlanmış olup bu hedefler doğrultusunda literatüre katkı sağlanacağı düşünülmüştür.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada temel olarak önemli bir toplumsal sorun olan şiddetin genel niteliklerinden yola çıkarak sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin nedenlerinin, yaşanış şekillerinin ve sonuçlarının çok yönlü analizi ile soruna dair çözüm önerilerinin sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin gözünden ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Buna ek olarak, sağlık çalışanlarının şiddet karşısındaki deneyimleri, baş etme becerileri, stres, kaygı ve tükenmişlik durumları ile mesleki doyumları, kariyer planlarına dair toplumsal bilinç oluşturmak, sağlık hizmetleri sırasında yaşanan şiddet olgusunun iç yüzünü detaylı bir kapsam ile anlamlandırmak hedeflenmektedir.

Karma yöntem araştırması deseninde gerçekleştirilecek çalışmanın amaçlarını nicel ve nitel aşamaya dair alt başlıklar altında sınıflandırmak mümkün olacaktır. Bu bağlamda araştırmanın nicel aşamasında başlıca şu soruların cevaplarına ulaşmak amaçlanmaktadır;

- Hastanelerde görevi sırasında şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- Hastanelerde hangi sıklıkla çalışana yönelik şiddet içeren olaylar meydana gelmektedir?
- Hastanelerde sözel, fiziksel veya cinsel şiddet bağlamında şiddetin hangi türleri sıklıkla çalışana yönelik ortaya çıkmaktadır?
- Hangi bölüm ve birimlerinde daha sık çalışana yönelik şiddet içeren olay yaşanmaktadır?
- Hizmet verilen yere dair hasta yoğunluğu ve personel sayısı, şiddetin meydana gelme sıklığını nasıl etkilemektedir?

- Personelin cinsiyeti, şiddete maruz kalma olasılığı açısından risk oluşturmakta mıdır? Ortaya çıkan şiddetin türü ile mağdur personelin cinsiyeti arasında bir ilişki bulunmakta mıdır?
- Personelin meslek veya icra ettiği görevi, şiddete maruz kalma olasılığı açısından risk oluşturmakta mıdır?
- Sağlanan sağlık hizmetinin özellikleri (acil sağlık hizmeti, poliklinik hizmeti, yataklı klinikte sağlanan hizmet vb.) ortaya çıkan şiddetin türünü nasıl etkilemektedir?
- Şiddetin türü ile şiddete maruz kalan sağlık çalışanının mesleği ve ünvanı arasında bir ilişki var mıdır?
- Şiddete başvuran kişinin hastanede bulunma nedeni (hasta olarak, hasta yakını ya da üçüncü kişi olarak) şiddetin ortaya çıkış sıklığı ve türlerini nasıl etkilemektedir?
- Hastanelerde çalışana yönelik şiddete sıklıkla hangi cinsiyetten kişiler başvurmaktadır?
- Şiddetin gündüz veya gece mesailerinde ortaya çıkma sıklığı arasında bir fark var mıdır? Çalışma saatleri, çalışana yönelik şiddet olgusunda bir risk faktörü oluşturmakta mıdır?
- Yıl içerisinde şiddetin yaşanma sıklığının artış veya azalış gösterdiği belirli dönemler var mıdır? Bu dönemlere ilişkin hangi değişkenler öne çıkmaktadır?
- Meydana gelen şiddet olaylarının anlık tetikleyici unsurları nelerdir? Bu unsurlar, şiddetin türü ve sıklığını nasıl etkilemektedir?
- Şiddetin anlık tetikleyici unsurları ile personelin verdiği sağlık hizmetinin özellikleri arasında bir ilişki bulunmakta mıdır?

Araştırmanın nitel aşamasına dair alt amaçlar ise şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık çalışanları, iş yeri şiddetini nasıl tanımlamakta ve sınıflandırmaktadır?
- Sağlık çalışanları, görevleri sırasında maruz kaldıkları şiddet deneyimlerini nasıl anlamlandırmaktadır?
- Şiddetin sağlık çalışanlarının çalışma motivasyonu, tükenmişlik durumu başta olmak üzere öne çıkan etkileri nelerdir?
- Sağlık çalışanları, yaşadığı şiddet deneyiminin etkileri ile nasıl başa çıkmaktadır?
- Sağlıkta şiddetin, sağlık çalışanlarının meslek seçimi ve kariyer planları üzerindeki etkileri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin nedenleri hakkındaki görüşleri nelerdir?
- Sağlıkta şiddet sorununun çözüme ulaştırılamamasının mikro ve makro sonuçları hakkındaki görüşleri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının, sağlıkta şiddeti önleme amacıyla yürürlükte bulunan mevzuat ve uygulamalar hakkındaki görüşleri nelerdir?
- Sağlık kurumlarındaki şiddet ile mücadele amacıyla sağlık çalışanlarınca ne tür yöntem ve müdahaleler önerilmektedir?
- Sağlık çalışanlarının, ülkemizdeki sağlıkta şiddet sorunu hakkında geleceğe yönelik beklenti ve tahminleri nelerdir?

Çalışmada iş yeri şiddetinin, tarihsel gelişimi ile birlikte sıklığı, şiddeti ortaya çıkartan risk faktörleri ve etkilerinin çeşitli kuramlar çerçevesinden ele alınması ve sağlık alanında yaşanan şiddetin profilinin çıkartılarak risk değerlendirmesi yapılması, şiddetin azaltılması

amacıyla farkındalık oluşturulması ve sorunun çözümüne ilişkin farklı çözüm önerilerinin üretilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlıkta çalışan güvenliği konusunda mevcut mevzuat ve uygulamaların etkinlik algısının sorgulanması, bu toplumsal soruna sosyal hizmet perspektifinden yaklaşılarak çalışan güvenliğinin artırılması amacıyla muhtemel iyileştirmelerin önerilmesi çalışmanın diğer amaçları arasında bulunmaktadır.

1.3. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Son dönemde sağlık alanında yaşanan şiddetin sıklığının arttığı açıkça görülmektedir. Stres, yoğunluk, sorumluluk ve vicdani yükün yüksek olduğu bir hizmet alanında yaşanan bu sorunun sadece mağdurunu etkileyeceğini düşünmek anlamsızdır. Sağlık çalışanının yaşadığı şiddet, sunulan sağlık hizmetinin kalite ve etkinliğini olumsuz etkilemektedir.

Çalışma sonunda sağlık çalışanına yönelik gerçekleşen şiddetin; yaşanış şekline göre türleri (sözel, fiziksel, cinsel vb.) ile sağlık sisteminden / kurumsal süreçlerden kaynaklanan nedenler, hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan nedenler ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan nedenler başlıkları altında detayları ortaya konulacaktır. Bu bağlamda, personel yetersizliği ve iş yükünün fazlalığının şiddete neden olan faktörler arasında öne çıkacağı öngörülmektedir.

Kendisine yönelen şiddete karşı sağlık çalışanlarının verdiği tepkiler, uyarma, savunmaya geçme, ortamdaki ayrılma, içselleştirme, şaşkınlık, korku, öfke, tepki vermeme, görmezden gelme gibi davranış ve tutumlar ayrı başlıklar altında sorgulanacaktır. Verilen tepkiler arasında, görmezden gelmeye yönelik tutumların öne çıkacağı öngörülmektedir.

Şiddetin sonuçları ise, sağlık çalışanlarında meydana gelen zararlar ve sağlık hizmeti sunumuna verilen zararlar başlıkları altında değerlendirmeye alınacaktır. Bu bağlamda, iş

doyumunun düşüklüğü, motivasyon eksikliği, tükenmişlik durumlarının öne çıkacağı düşünülmektedir. Ek olarak, sağlıkta şiddetin kolluk kuvvetleri ya da yargılama organlarına yansıdığı miktardan çok daha sık meydana geldiği, sağlık çalışanlarının bu durumu mesleklerinin doğal bir parçası olarak görmeye başladığına dair verilerle karşılaşılabileceği düşünülmektedir.

Sağlıkta şiddetin çözümüne ilişkin öneriler, kurumsal yapıya dair önlemler, yasal düzenlemeler ve toplumsal algılara dair çalışmalar başlıkları altında sorgulanacaktır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele için mevcut uygulamalara yönelik farkındalık düzeyleri ile uygulamaların etkinliğine dair çalışanların algıları sorgulanacaktır. Şiddetin önlenememesinin nedenleri arasında yargılama süreçlerinin uzunluğu ve sonuçsuz kalmasının sıklığının öne çıkacağı öngörülmektedir. Çözümüne dair öneriler arasında; cezaların artırılması, şiddet uygulayanın ücretsiz sağlık hizmetine ulaşımının kısıtlanması, sevk zinciri ile hasta yoğunluğunun düşürülmesine dair düşüncelerin öne çıkacağı düşünülmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

İş yerinde yaşanan şiddet vakalarının çeşitli nedenlerle bildirim oranlarının düşük olduğu bilinmektedir. Sağlık alanı da dâhil olmak üzere bildirim süreçlerine yansımayan olaylara ilişkin kayıtlara ulaşmada güçlükler bulunmaktadır. Bu araştırmanın ikincil veri kaynağını oluşturan gözlemsel nicel araştırma, sadece bildirim süreçlerine yansıyan şiddet olayları kapsam dâhilinde değerlendirilmektedir. Bu veriler, toplam sağlık çalışanı içerisinde şiddete maruz kalan personel sıklığını ya da sağlık kurumlarında yaşanan tüm şiddet olaylarının sıklığı göstermemektedir.

Çalışma kapsamında sağlıkta şiddet olgusunun nedenleri, sonuçları ve mücadele stratejileri büyük oranla sağlık çalışanlarının perspektifi ile ele alınmaktadır. Yaşanan olayların adli süreçlere yansımış olması, kişilerin veri güvenliklerinin korunması nedeniyle şiddete başvuran hasta veya yakınlarının deneyim ve görüşlerine başvurulamamıştır.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, yanlı hatırlama (recall bias) olgusu olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın sorunu, katılımcıların geçmişteki olay ve deneyimlerini yanlı bir şekilde hatırlayarak bildirmelerine neden olabilmektedir. Buna ek olarak, yaşanan şiddet olaylarına ilişkin deneyimlerin sadece mağdur personel perspektifinden yansıtılmasının olayların öncesi, oluş şekli ve sonrasına ilişkin tamamen objektif bulgular sağlamayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

1.5. TANIMLAR

Çalışma kapsamında sıklıkla geçen bazı temel kavramların tanımlamaları şu şekildedir;

Sağlık Çalışanı: Bu çalışmada sağlık çalışanı kavramı, sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan ve “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” dâhilinde tanımları bulunan tüm meslekleri kapsamaktadır.

İş Yeri : Çalışma kapsamında iş yeri kavramı, ambulans hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunulduğu her türlü kuruluşu tanımlamaktadır.

Şiddet : Sağlık çalışanına yönelik hasta, hasta yakını ya da farklı bir kişiden yöneltilen fiziksel ya da psikolojik yaralanma ile sonuçlanan her türlü saldırı eylemidir.

Fiziksel şiddet : Tokat atmak, tekmelemek, yumruklamak, sıkmak, saç seçmek, kesici veya delici bir alet ile yaralamak dâhil olmak üzere mağdurda fiziksel yaralanma/incinme ile sonuçlanan her türlü saldırı eylemidir.

Psikolojik/Duygusal şiddet: Hakaret etmek, aşağılamak, taciz etmek, zorbalık yapmak, iftira atmak ve tehdit etmek dâhil olmak üzere mağdurun ruhsal/psikolojik bütünlüğü ve sağlığına zarar veren her türlü saldırı eylemidir.

Cinsel şiddet : Taciz, baskı, tehdit, manipülasyon ve zorlama yoluyla mağdurun rızası dışında gerçekleşen, istismarına yol açan ve mağdurun cinsel bütünlüğüne zarar verici her türlü eylemi kapsamaktadır.

Mobbing : İş yerinde belirli bir kişi ya da grubu hedef alan, kişilerin çalışmalarına engel olacak şekilde sistemli şekilde gerçekleştirilen yıldırma, gözden düşürme veya dışlamaya yönelik her türlü eylem ve tavırlar.

İş Yeri Şiddeti : Çalışma ortamında dâhilinde veya yapılan iş ile alakalı olarak farklı bir yerde meydana gelen, çalışanların güvenliğine, sağlığına veya iyilik durumlarına zarar verici her türlü yıkıcı eylemdir.

Sağlıkta Şiddet: Hasta, hasta yakını ya da farklı bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan fiziksel, sözel veya cinsel her türlü saldırıdır.

Beyaz Kod Uygulaması: Sağlık hizmeti sunumu sırasında ya da hizmet sunumuyla ilişkili olarak sağlık çalışanlarına yönelen suçlara acil müdahale, suçların bildirim ve takibi ile yargılama süreçlerinde mağdur personele hukuki yardım sağlamayı kapsayan prosedürlerin bütünüdür.

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırma sorununa ilişkin kuramsal bir çerçeve sunulması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu, öncelikle iş yeri şiddeti üst başlığında ele alınacak olup sonrasında sağlık kurumlarına özel hususlar incelenecektir. İş yerinde şiddetin tanımı, türleri, sıklığı, risk faktörleri ve sonuçlarını sağlık kuruluşlarında yaşanan şiddeti özeline indirgenecek ve son olarak sağlık çalışanlarına yönelik mücadele konusu irdelenecektir.

2.1. İŞ YERİNDE ŞİDDET

İş yerinde şiddet olgusu, özellikle son yıllarda günümüz dünyasının önemli toplumsal sorunlarından biri haline gelmiştir. Birçok tür ve şekilde ortaya çıkabilen bu sorun bireysel, örgütsel ve toplumsal çeşitli dinamiklerden etkilenmekte olup gerek nedenleri gerek sonuçları gerekse de meydana geliş şekilleri bakımından karmaşık süreç ve özellikler taşımaktadır. Bu etkileşim dâhilinde, iş yerinde şiddetin yıkıcı etkileri sadece çalışanı değil, kuruluşların bir bütün olarak etkilediği gibi kuruluşların her bir ögesini de ayrı ayrı etkilemektedir.

Bu karmaşık süreçlerin araştırılması amacıyla 1980'lerden itibaren farklı yöntemlerle çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmektedir (Nyberg, ve diğerleri; 2021). Batı ülkelerinde iş güvenliği konusunda görev yapan kamu kurumları ve meslek örgütleri tarafından sorunun varlığının kabul edilmesi ile bu süreç başlamış olup iş yerinde şiddet olgusu zaman içerisinde dünya çapında birçok araştırma ve çalışmaya konu olmuştur. Bu bağlamda, 1980, 1990 ve 2000'li yıllarda yapılan araştırmaların çoğunluğunun gelişmiş ülkelerde, 2010 yılından sonra yapılan araştırmaların ise daha çok gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirildiği görülmektedir.

İş yerinde şiddet sorunu farklı zamanlarda, farklı ülkeleri, farklı düzeylerde etkilemiş ve etkilemekte olup sorunun kalıcı bir çözümün bulunduğunu söylemek zordur. Bu konuda yapılmış akademik, idari ve yasal çalışmaların şiddet ile mücadele konusunda önemli bir bilgi birikimi sağladığı görülmektedir. Bu birikime rağmen, sorunun çözüme ulaştırılamamış olması olgunun çok daha derin bir kökten beslendiğini, insanı şiddete yönelten biyolojik nedenlerden çağdaş dünyanın karmaşık toplumsal dinamiklerine kadar birçok unsurun bu sorunda etkili olduğu görülmektedir.

2.1.1. İş Yeri Şiddetinin Tanımlanması ve Türleri

Yapılan araştırmalarının büyük çoğunluğunda bu sorun, ilk olarak iş yerinde şiddet olgusu tanımlanarak ele alınmaya başlanmıştır. Buna rağmen iş yerinde şiddetin tanımı hakkında üzerinde uzlaşılmış ortak bir tanımın bulunmadığı görülmektedir. Sivil toplum örgütleri, kamu (devlet) kurumları ve akademik çevrelerce yıllar içerisinde bu konuda çeşitli tanımlamalar ortaya konulmuştur. Bu bağlamda en güncel tanımlardan biri, 2019 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü Genel Konferansında onaya sunulan Şiddet ve Taciz Sözleşmesi'nde yapılmıştır. 2021 yılında yürürlüğe giren 190 sayılı bu sözleşme, iş yerlerinde şiddet ve tacizi önlemek için gerekli önlemleri alma sorumluluğunu imzacı ülke yönetimlerine yüklemektedir. Sözleşmede, “Çalışma yaşamında “şiddet ve taciz” terimi fiziksel, psikolojik, cinsel veya ekonomik zararı amaçlayan, bunlarla neticelenen veya neticelenmesi muhtemel olan, bir defaya mahsus veya tekrarlanan, bir dizi kabul edilemez davranış ve uygulamaları veya bunlarla ilgili tehditleri, ifade eder ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve tacizi de içermektedir.” ifadeleri ile iş yerinde şiddet olgusu tanımlanmıştır (Dünya Çalışma Örgütü, 2022).

Amerikan İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi ise iş yeri şiddetini; “bir çalışana iş yerinde fiziksel yaralanmaya neden olabilecek fiziksel güç kullanımı, kullanma denemesi veya tehdidi” olarak tanımlamıştır (OSHA, 2016).

Bu alanda görev yapan bir diğerk önemli kurum ABD Ulusal İş Güvenliğı ve Sağılığı Enstitüsü iş yerinde şiddeti, “iş yerinde veya görev başında bulunan kişilere yönelik sözlü tacizden fiziksel saldırıya kadar değışen her türlü şiddet eylemi veya tehditler” ifadeleriyle tanımlamaktadır (NIOSH, 2023). Genel olarak bakıldığında tanımlamaların birçok eylem ve tutumu kapsadığı görülmekle birlikte; Waddington ve diğerklerine (2005) göre bu konudaki tanımlamaların gereğinden fazla kapsayıcı olmasının muhtemel zararları da vardır. Bu zararları; özellikle kamu çalışanlarınca olumsuz algılanan her türlü davranış ve tutumun iş yerinde şiddet kapsamında değıerlendirilmesi, bu nedenle yaşanan olaylara dair nüansların kaybolması, hizmet alanların zarar görmesi, suçsuzken suçlu duruma düşebilmeleri ve kamu çalışanın hesap verebilirliğinin zarar görmesi olarak öne sürmüşlerdir.

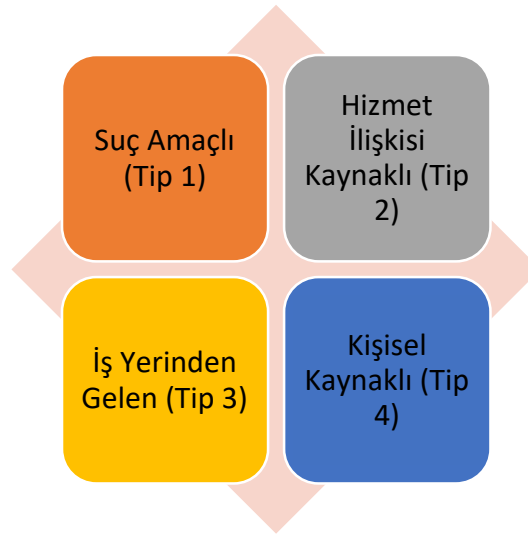
Türk Hukuku’nda iş yerinde şiddet olgusunun yeri incelendiğinde ise, 6331 sayılı İş Sağılığı ve Güvenliğı Kanunu’nun öne çıktığı görülmektedir. Kanunun 3. maddesinde iş kazası, “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay” olarak tanımlanmıştır. Kanunda şiddet olgusu doğrudan iş kazası olarak kabul edilmese de ilgili maddenin, iş yeri şiddetinin tanımı ve sonuçlarını kapsadığı görülmektedir.

Bu bağlamda öne çıkan bir diğerk kanun ise Türk Borçlar Kanunu’dur. Kanunun işçinin kişiliğinin korunmasına dair 416. maddesinde “İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağılamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür” ifadeler kullanılmıştır. Burada özellikle psikolojik taciz tanımlaması ile mobbing kavramının ilk kez Türk Hukuku’nda yer aldığı görülmekte olup iş yeri şiddeti ile mücadele konusunda önemli bir mevzuat olarak karşımıza çıkmaktadır.

İş yeri şiddetinin sınıflandırılması hususuna gelindiğinde ise birçok araştırmanın, Iowa Üniversitesi Yaralanmaları Önleme Araştırma Merkezi’nin 2001 yılında yayınlandığı raporu

kaynak aldığı görülmektedir. Bu bağlamda literatürde önemli bir yere sahip raporda iş yeri şiddeti, dört ana başlık altında sınıflandırılmış olup iş yerinde şiddetinin farklı dinamiklerine vurgu yapılmıştır (UIIPRC, 2001).

Grafik 1. İş Yeri Şiddeti Türleri



Raporda **birinci tür** başlığı altında, suç işleme niyetiyle yaşanan şiddet olayları tanımlanmaktadır. Bu tür olaylarda failin çalışan ya da iş yeriyle bir bağı bulunmamakta, hırsızlık gibi durumlar şiddete yol açmaktadır. İş yerinde yaşanan cinayetlerin büyük çoğunluğunun bu tür olaylardan kaynaklandığı, ateşli silahların sık kullanıldığı ve ciddi yaralanmaların yaşandığı belirtilmiştir. Güvenlik görevlileri, taksi şoförleri ve satış elemanları gibi çalışan grupların bu kapsamda yüksek risk altında olduğu öne sürülmüştür.

İkinci türde ise müşteri, hizmet alan ya da müracaatçının iş yeriyle organik bir bağı bulunmakta olup hizmet sunumu sırasında ya da buna bağlı olarak şiddet meydana gelmektedir. Bu gruptaki failere, müşteriler, hastalar, mahkûmlar gibi gruplar

dâhildir. Bu tür olaylarının büyük bir kısmının sağlık ve sosyal hizmet kurumlarında meydana geldiği belirtilmektedir. Hemşireler, hasta bakıcıları, polis memurları, öğretmenler ve sosyal hizmet uzmanları bu tür iş yeri şiddetine maruz kalabilecek bazı çalışanlara örnek gruptandırlar.

Üçüncü türde, çalışanın çalışana şiddeti sınıflandırılmış olup eski ya da mevcut bir çalışanın bir diğler çalışana yönelik her türlü şiddeti bu tanımlamaya dâhil edilmiştir. Bu tür şiddet sınıflandırmasına yönetici/işverenin şiddeti de dâhil olup mobbing bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Dördüncü tür kapsamında ise failin iş yeriyle bağı, çalışan ile kişisel ilişkisinden kaynaklanmakta olup aile içi şiddetin iş yerinde meydana gelmesi durumu bu türe örnek oluşturmaktadır.

Bu sınıflandırmanın, iş yeri şiddetini önlemeye yönelik stratejilerin oluşturulmasına yardımcı olabileceği, farklı şiddet türlerinin önlenmesi için farklı yaklaşımların gerekeceği, iş yerlerinin farklı sınıflandırmadaki şiddet türlerine farklı düzeylerde maruz kalabilme olasılıklarını bulunduğu öne sürülmüştür.

İş yerlerinde farklı türlerde şiddet eylemi ortaya çıkabilmekte olup bunları fiziksel saldırılar, sözel saldırı/psikolojik tacizler ve cinsel saldırılar başlıkları altında sınıflandırabiliriz. Fiziksel saldırılara, yumruk atmak, tokat atmak, tekmelemek, tükürmek, itmek, ısırarak, kesici/delici ya da farklı bir aletle yaralamak, kaçırmak, öldürmek gibi her türlü eylem dâhil edilmektedir. Fiziksel güç kullanımı ile ortaya çıkan bu tür şiddet olaylarının bildirim olasılığı sözel/psikolojik şiddet olaylarına oranla daha fazladır (Yeşildal, 2005).

Sözel saldırı ve psikolojik taciz eylemlerine, bağırarak, taciz etmek, tehdit etmek, hakaret etmek, gözdağı vermek, küçük düşürmek, aşağılamak, bezdirmek (mobbing), siber zorbalık yapmak gibi çeşitli eylemler dâhildir. Bu eylemlerin ortak yanı fiziksel gücün değil, dilin

kullanımı ile ortaya çıkmasıdır. Duygusal manipülasyon öğeleri de içeren bu tür şiddet eylemlerinin en sık neden olduğu sonuç ruhsal sağlığın zarar görmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Akyön, 2008) .

Cinsel saldırılara ise, istenmeyen flört girişimleri, sarkıntılık, ısrarlı takip, kişinin cinsel bütünlüğe zarar verebilecek her türlü sözel ve fiziksel taciz eylemleri dâhil edilmektedir. Bu tür şiddet olayları, toplumsal baskı, etiketlenme ya da inanılmama korkusu gibi birçok nedenlerle bildirimini düşük oranlarda kalmaktadır (Pietsch, 2015).

İş yeri şiddeti tüm dünyayı etkileyen bir sorun olmakla birlikte ülkemiz de dâhil olmak üzere bu konu üzerinde evrensel bir tanımlamanın bulunmadığı görülmektedir. Buna ek olarak, pandemi ile birlikte özellikle son yıllarda yaygınlığı artan uzaktan ya da hibrit çalışma, serbest çalışma gibi iş hayatında yaşanan değişimlerin göz önüne alınarak iş yeri şiddetinin sınıflandırılmasında yeni kriterlere ihtiyaç duyulmaktadır.

2.1.2. İş Yeri Şiddetinin Sıklığı

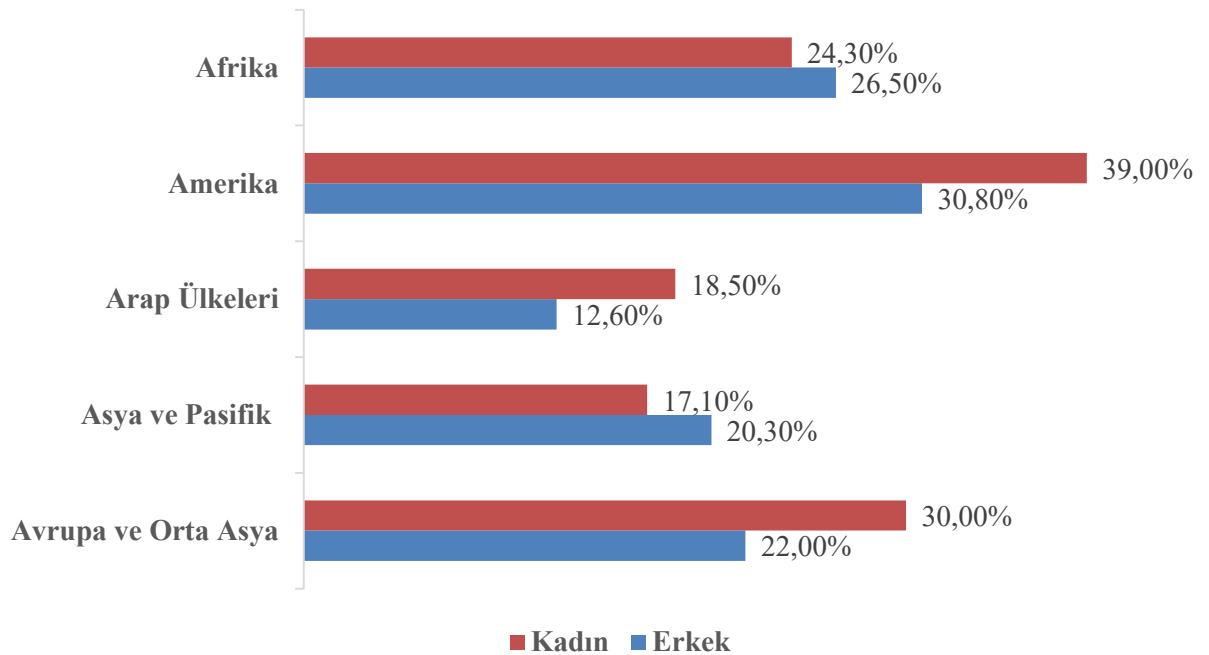
İş yerinde şiddetin, ne sıklıkta meydana geldiğinin ortaya konulmasına en büyük engel, meydana gelen olayların bildirilmemesidir. Hukuki süreçlerden sonuç alamama, işsiz kalma ya da şiddetin artması kaygılarıyla yaşanan şiddet olaylarının önemli bir oranının mağdurlarca bildirilmediği ve gizli tutulduğu düşünülmektedir. Çoğu durumda ise yaşanan şiddet olayı önemsenmemekte, yapılan işin bir parçası olarak görülmekte, hatta çalışanın kendini suçlamasıyla içselleştirilmektedir. Bildirim süreçlerinin belirlenmemesi gibi durumlar da eklendiğinde yaşanan sorunun gerçek büyüklüğü ortaya konulamamaktadır.

İş yerinde şiddetin yaşanma sıklığı konusunda Dünya Çalışma Örgütü'nün 2021 yılında gerçekleştirdiği çalışma büyük öneme sahiptir. Lloyd's Register Foundation ve Gallup kuruluşları ortaklığında yapılan araştırmada, iş yerinde şiddet konusunda dünyada ilk kez küresel çapta bir durum betimlemesi yapılmıştır (ILO, 2022). Çalışma kapsamında ulaşılan

125.000 katılımcının %22,8'i çalışma hayatları boyunca en az bir kez iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddete maruz kaldığını belirtenlerin %79,4'ü ise son 5 yıl içerisinde şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Kadınların iş yerinde şiddete maruz kalma olasılığının erkeklere oranla az bir farkla (%0,8) daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Kuzey ve güney dâhil olmak üzere Amerika kıtalarında iş yerinde şiddete maruz kalma durumu diğer kıtalara (bölgelere) oranla daha yaygın görülmüştür. Bu bağlamda araştırmaya Amerika'dan katılanların %34,3'ü çalışma hayatlarında en az bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Afrika kıtasında iş yerinde şiddetin görülme sıklığı %25,7; Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde ise %25,5 olarak kaydedilmiştir. Asya ve Pasifik ülkelerinde görülme sıklığı %19,2 olarak kaydedilmiş olup bu bağlamda en düşük oran %13,6 ile Arap ülkelerinde görülmüştür.

Grafik 2. İş Yeri Şiddetine Uğrayanların Bölge - Cinsiyet Dağılımları



Kaynak: ILO. (2022). *Experiences of violence and harrassment at work: A global first survey*. Geneva: International Labour Organization.

Amerikan Çalışma Güvenliği ve Sağlığı İdaresi, ABD’de her yıl ortalama iki milyon çalışanın iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (OSHA, 2002). Bildirim süreçlerine yansıyan olaylar çerçevesinde, Amerikan İş Gücü İstatistikleri Bürosu’nun istatistiklerine baktığımızda ise 2020 yılında ABD’de 37452 kez iş yerinde şiddet vakasının yaşandığı, bunların 392’sinin ölümle sonuçlandığı görülmektedir (U.S. BLS, 2022). Ölümcül olmayan iş yeri şiddeti vakalarının yarısının hizmet sektöründe, %23’ünün ise sağlık sektöründe yaşandığı görülmüştür.

Ülkemizde ise iş yeri güvenliği kapsamında açıklanan resmi istatistikler arasında “iş yerinde şiddet” sınıflandırılması yapılmamaktadır. Bununla birlikte Aytaç ve diğerlerinin (2011) gerçekleştirdiği araştırmada, çalışanların %44,8’inin son bir yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada kadın çalışanların yarısı, erkek çalışanların ise %36,2’i şiddete maruz kaldığını belirtirken sözel şiddet ve zorbalık en sık karşılaşılan şiddet türü olarak öne çıkmıştır.

Görüldüğü üzere gerek ülkemizde gerekse de dünyada iş yerinde şiddete maruz kalma oranları oldukça yüksek seyretmektedir. Bu oranlara, yaşanan şiddet olaylarının önemsenmemesi ya da daha fazla zarar görme korkusu nedenleriyle yapılmayan bildirimler de dâhil edildiğinde soruna müdahalenin önemi daha net ortaya çıkmaktadır. Bu noktada öncelikle, iş yerinde şiddeti oluşturan etkenlerin kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir.

2.1.3. İş Yerinde Şiddeti Etkileyen Risk Faktörleri

İş yerinde şiddeti ortaya çıkaran ya da yaşanacağını belirtisi olan birçok etken bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinin doğru tanımlanması iş yerinde şiddetin önlenmesi hususunda büyük öneme sahiptir. Bu faktörleri mesleki, kişisel, örgütsel ve çevresel faktörler başlıkları altında ele alabiliriz.

2.1.3.1. Mesleki Faktörler

Hemen hemen her çalışan iş yerinde şiddete maruz kalma tehlikesi altında olmakla birlikte bazı sektör ve çalışma alanlarında bu riskin daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşireler, doktorlar, sağlık teknikerleri, hasta bakıcıları, sosyal hizmet uzmanları, kolluk kuvvetleri, öğretmenler, güvenlik görevlileri, şoförler, hizmet sektörü çalışanları bu kapsamda yüksek risk altında bulunmaktadır (OSHA, 2016; ILO, 2022; U.S. BLS, 2023).

İnsanlarla etkileşimin fazla olduğu mesleklerin ve çalışma alanlarının yüksek risk altında olduğu; bu bağlamda özellikle ruhsal dengesi zayıf bireylerle çalışanların daha fazla risk altında olduğu görülmektedir.

2.1.3.2. Kişisel Faktörler

İş yerinde şiddet etkileyen kişisel faktörleri incelediğimizde, çalışanlar ve şiddete başvuranlar çerçevesinde ayırım yapmamız gerektiğini görmekteyiz. Bu bağlamda çalışanın yani mağdurun özelliklerine baktığımızda, öncelikli olarak kadınların erkeklere oranla iş yerinde şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğunu görmekteyiz (ILO, 2020). Bu durumun oluşmasında kadınların, sağlık ve sosyal hizmet alanlarında sıklıkla çalışmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

15-24 yaş arası genç çalışanların, diğer yaş gruplarından çalışanlara oranla iş yerinde şiddete daha fazla maruz kaldığı görülmektedir (ILO, 2020). Buna ek olarak, ayrımcılığa uğrayan azınlıkların da iş yerinde şiddete uğrama konusunda yüksek risk altında olduğu anlaşılmaktadır. Deneyimsizlik, eğitimsizlik, düşük iletişim ve baş etme becerileri gibi faktörler de çalışanın iş yerinde şiddete maruz kalma olasılığını artırmaktadır (ILO, 2003).

Şiddete başvuran kişilerin özelliklerine baktığımızda ise; öfke kontrolleri ve sosyal becerilerinin zayıf, öz güvenlerinin düşük olduğunu görmekteyiz. Genellikle kendileri de geçmişlerinde şiddete maruz kalan bu bireylerde reddedilme korkusu yaygın olarak

gözlemlenmektedir. Anti sosyal, narsisist, sadist kişilik bozukluğu vb. kişilik bozuklukları da gösterebilen bu bireyler arasında madde kullanımını da görülebilmektedir (Casadio ve diğerleri, 2016; Goretti ve diğerleri, 2017).

2.1.3.3. Kurumsal ve Çevresel Faktörler

Stresli bir çalışma ortamının, iş yerinde şiddete neden olabilecek kurumsal faktörler arasında öne çıktığını görmekteyiz. Kısa sürede bitirilmesi gereken işlerin yoğunluğu, çalışanın işi üzerindeki kontrolünün zayıflığı, yeterli sayıda çalışanın bulunmaması, güvenlik önlemlerinin alınmaması ve yanlış yönetim tutumları gibi etkenler iş yerindeki stresi artırmakta olup bu koşullara bağlı olarak iş yerinde şiddetin yaşanma olasılığı da yükselmektedir.

Kamu kurumlarında hizmet sunumu sırasında uzun bekleme süreleri ve hizmetin kalitesindeki düşüklük gibi etkenler de iş yerinde şiddete neden olabilecek risk faktörlerindedir. Bu bağlamda, özellikle uzun muayene ya da sonuç bekleme sürelerinin sağlık kurumlarında sıklıkla şiddeti doğurduğu görülmektedir.

Çalışanlar arasında adil iş bölümü sağlanamaması, çalışanlar arasında yaşanan çatışmaların çözüme ulaştırılmaması gibi durumlar da iş yerinde şiddete neden olabilmektedir. İletişimin zayıf olduğu, hiyerarşik ilişkilerin yeterli açıklıkta tanımlanmadığı iş yerlerinde çalışanlar arasında şiddet ortaya çıkabilmektedir.

Çalışanlar arasında yaşanan şiddet olaylarına dair risk faktörleri çerçevesinde en büyük riski ise, çalışma hayatı dışında şiddete eğilimi olan ve geçmişte şiddete başvurmuş bireyler yaratmaktadır (Resnick & Kausch, 1995). Bu özelliği taşıyan çalışanlar, iş yerinde de şiddete başvurmaktadır. Bu bağlamda önemli göstergelerinden bir diğeri, iş yerinde görülen saldırgan tutumlardır. Tam anlamıyla fiziksel saldırı ya da tehdit/hakarete dönüşmeyen fakat

gerek ima edilerek gerekse vücut diliyle hissettirilen saldırgan tutumlar zaman içerisinde şiddete dönüşebilmektedir.

Çevresel faktörler kapsamında birincil olarak iş yerinin suç oranının yüksek olduğu bir yerde bulunması görülmektedir. Yalnız veya az kişi ile çalışmak da iş yerinde şiddetin ortaya çıkmasında risk teşkil edebilmektedir. Bu bağlamda özellikle taksi şoförleri, güvenlik görevlileri gibi mesleklerin risk altında olduğu anlaşılmaktadır.

Suç oranlarının yüksek olduğu bir bölgede ve / veya ateşli silahlara ulaşımın kolay olduğu bir ortamda çalışmak çevresel faktörler altında değerlendirilmektedir.

2.1.4. İş Yerinde Şiddetin Etkileri ve Sonuçları

İş yerinde şiddetin etkileri, şiddete maruz kalan çalışandan toplumun geneline kadar farklı düzey ve türlerde ortaya çıkmaktadır. Bu etkileri bireysel, kurumsal ve toplumsal olmak üzere üç boyutta ele almak mümkün olacaktır.

2.1.4.1. Bireysel Etkileri

İş yerinde şiddet olgusunun en görünür etkileri, mikro (bireysel) bazda yani çalışana yönelik olanlardır. İş yerinde şiddetin çalışana etkileri ciddi ve kalıcı olabilmekte olup başlıca sonuç ve etkilerini altta verilen başlıklar altında toplayabiliriz (Dillon, 2012; Martinez, 2016).

Fiziksel yaralanma: İş yerinde şiddet, çalışanda basit tıbbi müdahale ile geçirilebilecek yaralanmalara neden olabilmekle beraber vücut bütünlüğünün bozulmasına, engel ve hatta ölüme dahi neden olabilmektedir.

Psikolojik örselenme: İş yerinde şiddetin en sık karşılaşılan sonuçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışanda psikolojik travmaya, anksiyete bozukluğuna, depresyona,

travma sonrası stres bozukluğuna ve diğer ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir. Bunun yanında iř yerinde yaşanan şiddetten dolayı uyku bozuklukları, konsantrasyon kaybı, öz güvenin yitilmesi, suçluluk hissi, iř yerinde verimliliğin dūřmesi, iř tatmininin kaybedilmesi gibi etkiler de sıklıkla görülmektedir. Bunlara ek olarak tükenmişlik sendromu hem iř yerinde şiddete neden olabilen hem de iř yerinde şiddetin sonucu olarak ele alınabilen bir etken olarak öne çıkmaktadır.

Sosyo-ekonomik zarar: İş yerinde şiddetin çalışan üzerindeki önemli etkilerinden biri de işsizliğe neden olmasıdır. şiddete maruz kalan çalışan, iş yeri yönetimince suçlanabilmekte ve işine son verilebilmektedir. Ayrıca şiddetin çalışan üzerindeki duygusal ve psikolojik zararları nedeniyle çalışan kendi inisiyatifiyle işinden ayrılabilir. Her iki durum da işsiz kalan çalışanın gelir kaybına uğramasına neden olabilmektedir. Çalışanın yaşadığı şiddet olayı, tüm çalışma hayatını etkileyebilecek uzun süreli izler bırakabilmekte, kariyer seçimlerini değiştirerek uzun dönemli zararlar ortaya çıkarabilmektedir. Buna ek olarak, şiddetin yarattığı travma bireylerin sosyal ilişkilerine zarar vermekte, kişinin toplumsal ortamlardan kendini soyutlamasına neden olabilmektedir.

2.1.4.2. Örgütsel Etkileri

İş yerinde yaşanan şiddet, sadece çalışanları değil iş yerini/kurumları da olumsuz etkilemektedir. Bu tür mezzo etkiler arasında en sık görülen durum, işe devamlılığın olumsuz etkilenmesidir. İş yerinde şiddete maruz kalan çalışanlar, işe gitmekten kaçınabilmekte, artan mazeret durumları bildirmekte ve ani bir kararla işten ayrılabilir.

Çalışanların iře devamlılığının olumsuz etkilenmediği durumlarda ise en sık karşılaşılan sonuç üretkenliğin ve verimliliğin dūřmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. İř yerinde şiddete maruz kalan çalışan, işine odaklanmakta zorlanmaktadır; iř yerinde şiddet, çalışanın işini yaparken hata yapma olasılığını da artırmaktadır. Bu durum, bir iř yerinin en önemli girdilerinden olan insan kaynağının kalitesinin dūřmesi anlamına gelmektedir.

İş yerinde şiddetin bir diğer etkisi, yasal sorumluluklar kapsamında ele alınabilir. İş yerleri, kurumlarında şiddetini önlemek ve yaşanması halinde uygun şekilde müdahale etmek için gerekli adımları atmadıkları durumlarda ortaya çıkan zararlardan sorumlu tutulacaklardır. Bu gibi durumlarda yaşanan uzun ve karmaşık hukuki süreçler, kuruluşlara olumsuz yansiyacaktır. İş yerinde şiddet olayları aynı zamanda kuruluşların itibarına da zarar vermektedir. Bu durum müşteri ve müracaatçı kaybına yol açmakta; buna ek olarak yeni çalışanları kuruluşa çekmeyi zorlaştırmaktadır.

Yaşanan şiddet olayları, çalışanlar arasında korku ve güvensizliğe neden olabilmekte; bu durum çalışanların morallerinin olumsuz etkilenmesine ve iş yerine bağlılıklarının zarar görmesine neden olmaktadır. Genel olarak bakıldığında tüm bu etkiler, kuruluşlarda birincil olarak ekonomik kayıplara neden olmak birlikte bu soruna yönelik gerekli önlem ve müdahale adımları atılmaması durumunda organizasyonların sürdürülebilirliğine engel olmaktadır.

2.1.4.3. Toplumsal Etkileri

İş yerinde şiddetin makro bazlı etkileri arasında toplumun genelini etkileyen olumsuzlukları görmekteyiz. Bu bağlamda birincil olarak, iş gücünde yaşanan üretkenlik ve verimlilik kayıplarının ülkelerin ekonomik gelişimlerine verdiği zarar öne çıkmaktadır. Şiddet kaynaklı yaşanan gerek fiziksel ve gerekse ruhsal yaralanmalar, sağlık harcamalarını artırarak toplum kaynaklarının gereksiz kullanımına neden olmaktadır.

İş yerlerinde yaygın bir şekilde şiddetin yaşanması, toplum güvenliğine zarar vermekte; bireylerin korku ve endişe içinde hayatlarını yaşamalarına neden olmaktadır. Buna ek olarak iş yerlerinde yaşanan şiddet, hayatın diğer alanlarına da taşarak toplum içinde suç oranlarında artışa neden olabilmektedir. Buna ek olarak, bireylerin kolluk kuvvetleri, yargılama organlarına ve diğer kamu kurum/kuruluşlarına olan güvenlerinin azalması ile toplum benliği ve toplumsal bütünlük de zarar görebilmektedir (UIIPRC, 2001; Barling, ve diğerleri, 2001).

İş yeri şiddetinin birçok düzey ve ciddiyette etkilerinin bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde bireysel etkilerin daha kolay, örgütsel ve toplumsal etkilerin ise daha zor görünür olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak iş yeri şiddeti, bir çalışma ortamında meydana gelen fiziksel şiddet, taciz, gözdağı veya diğer saldırgan davranış biçimlerinin tümünü kapsamaktadır. Bu tür olaylar dünyanın her yerinde sıklıkla yaşanmaktadır; özellikle hizmet ve sağlık sektörü bu konuda en riskli alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet davranışını çalışanlar, müşteriler, müracaatçılar veya diğer bireyler tarafından gerçekleştirilebilmekte olup şiddetin çalışanlar, kuruluşlar ve toplumun geneli için ciddi sonuçları bulunmaktadır. Çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığı, iş tatmini, üretkenliği ve genel refahı üzerinde zararlı etkileri bu bağlamda öne çıkan sonuçlardandır. Gerek ülkemizde gerekse dünyada iş yeri şiddeti kapsamında yapılan araştırmaların çoğunluğunun sağlık kurumlarında gerçekleştirildiği görülmekte olup sağlık çalışanlarının bu bağlamda yüksek risk altında bulunduğu açıktır.

2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

İş yerine şiddet vakalarının önemli bir kısmı sağlık kuruluşlarında meydana gelmektedir. Günümüzde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu, tüm dünyada tecrübe edilmekte olup sağlık çalışanları, her gün çeşitli form ve şekilde hasta, hasta yakını ya da diğer kişilerin şiddetine maruz kalmaktadır.

Bu sorunla mücadele amacıyla ülkeler kendi toplumsal değerleri ve hukuksal birikimleri kapsamında çeşitli önlemler almakla birlikte dirençli bir yapı gösteren sorunun tamamıyla çözümü henüz mümkün olmamıştır. Sağlık çalışanlarının önemli bir oranı, karşılaştıkları şiddeti işlerinin bir parçası olarak görmeye başlamış olup bu durum sorunun her geçen gün daha fazla derinleştiğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sadece şiddetin mağdurunu etkilememekte, sağlık hizmetlerini oluşturan parçaların her birini ve toplumun genelini de olumsuz etkilemektedir. Bu yönüyle de bir halk sağlığı sorunu haline bürünmüştür.

İş yerinde şiddet olgusu hakkında yapılan literatür taramasında, araştırmaların büyük çoğunluğunun sağlık kurumlarında gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu bağlamda gerçekleştirilen ilk araştırmalar meslek bazında hemşireleri, birim bazında ise acil servisler ve ruh sağlığı kurumlarını kapsamıştır. Zaman içerisinde sağlık kurumlarının tüm birim ve meslek gruplarının iş yerinde şiddet kapsamında araştırma konusu olduğu görülmüştür. Meslek örgütleri ve iş güvenliği alanında görev yapan devlet kurumlarının konu üzerine çalışmalarına akademik çevrelerin araştırmaları eklenmiş, bu konuda önemli bir bilgi birikimi sağlanmıştır. Sorunun tanımlanması, nedenleri ve önlem stratejileri hususlarında birçok öneri ileri sunulmuştur.

2.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Türleri

1980'lerden itibaren sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklıkla araştırma konusu yapıldığı görülmektedir. Genellikle meslek ve birim bazlı gerçekleştirilen araştırmalarda, sağlık çalışanlarının çalışma hayatlarında sıklıkla çeşitli tür ve seviyelerde şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Sağlık çalışanları görevlerini yerine getirirken ya da görevlerine bağlı nedenlerle şiddetin her çeşidiyle karşı karşıya kalabilmektedir. Yapılan çalışmalar sağlık kurumlarında en sık karşılaşılan şiddetin sözel şiddet ve psikolojik taciz, en nadir karşılaşılan türün ise cinsel taciz olduğunu ortaya koymaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete uğrama olasılıklarının diğer çalışanlara oranla 5 ile 12 kat arasında daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (U.S. GAO, 2016).

Liu ve diğeri (2019) tarafından yapılan meta analizde, sağlık çalışanlarının %61,9'unun son bir yılda iş yerlerinde sözsel ya da fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. 300 binden fazla katılımcıyı kapsayan toplam 253 araştırmanın derlendiği çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranlarının ülkelere, çalıştıkları bölüm, uygulama ortamları ve mesleklere göre büyük farklılıklar gösterdiği, özellikle Asya ve Kuzey Amerika lkelerinde sağlık kurumlarında şiddetin daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir.

in Halk Cumhuriyeti'nde gerçekleştirilen ve 80 binden fazla sağlık çalışanını kapsayan bir çalışmada, sağlık çalışanları arasında fiziksel şiddet %13,7, psikolojik şiddet %50,8, sözsel taciz %61,2, tehdit %39,4, cinsel taciz ise %6,3 sıklığında görüldüğü ortaya konulmuştur (Lu, ve diğeri, 2018). Bir diğer güncel sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında ise 17 bin sağlık çalışanı arasında şiddete maruz kalma oranı %47 olarak bulunmuştur (Ramzi, ve diğeri, 2022). Sadece acil servislerde görev yapan sağlık çalışanlarını kapsayan bir meta analizde ise çalışanların %77'sinin sözsel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Aljohani, ve diğeri, 2021).

Ülkemizde de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorunu özellikle 2000'lerin sonundan başlamak üzere gerek akademik çevreler gerekse sivil toplum örgütlerince sıklıkla ele alınmış, konu hakkında birçok araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda güncel çalışmalardan birinde 8 bin sağlık çalışanına ulaşılmış olup katılımcıların %78,6'sının son bir yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kaldığı sonucu ortaya konulmuştur (z Sağlık - İş Sendikası, 2020). Benzer bir oran, bir ile devlet hastanesi örnekleminde yapılan araştırmada da elde edilmiş olup bu çalışmada sağlık çalışanlarının %77,9'unun çalışma hayatlarında en az bir kez iş yerinde şiddetin herhangi bir türüne uğradıkları tespit edilmiştir (Terkeş, ve diğeri, 2022).

Ankara ilinde gerçekleştirilen bir başka araştırmada, son üç yıl içerisinde sağlık çalışanlarının %47,4' en az iki kez, %15,3' ise en fazla bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmiş; katılımcıların %37,2'si ise herhangi bir şiddete maruz kalmadığını belirtmiştir (Yıldız, 2019).

Sahip Karakas ve diğerklerinin (2021) bir üniversite hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmada ise araştırmaya katılanların %74,4'ünün çalışma hayatlarında en az bir kez iş yerinde şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. 1300 katılımcıya ulaşılarak yüz yüze anket metoduyla yapılan bir başka araştırmada ise sağlık çalışanlarının %86,8'i meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Sağlık-Sen, 2013).

Görüldüğü üzere ülkemizde son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaşanma sıklığının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar dünya ortalamalarına da paralellik göstermekte olup yaşanan sorunun ne derece yaygın olduğunu gözler önüne sermektedir.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Şiddeti Etkileyen Risk Faktörleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ortaya çıkmasında karmaşık dinamiklere sahip birçok etken bulunmaktadır. Şiddet ile mücadele stratejilerinin belirlenmesi amacıyla bu değişkenlerin sistematik bir şekilde ele alınması büyük öneme sahiptir. Bu risk faktörlerini sağlık çalışanına dair faktörler, şiddet uygulayana dair faktörler ve kurumsal/çevresel faktörler başlıkları altında sınıflandırabiliriz.

2.2.2.1. Sağlık Çalışanına Dair Faktörler

Sağlık hizmeti sunan çalışanın bazı sosyo-demografik özellikleri ile iş yerinde şiddete maruz kalma durumları arasında belirli ilişkiler ortaya konulmuştur. Bu bağlamda öne çıkan ilk faktör sağlık çalışanının yaşı ve deneyim durumudur. Birçok çalışmada, genç sağlık çalışanlarının daha tecrübeli meslektaşlarına oranla daha sık iş yerinde şiddete kaldığı ortaya konulmuştur (Gillespie, ve diğerkleri, 2010; Campbell, ve diğerkleri, 2011; Jiao, ve diğerkleri, 2015; Er, ve diğerkleri, 2021). Bu bağlamda ortaya çıkan sonuçlar, orta ve daha yaşlı çalışanların meslek hayatları boyunca edindikleri tecrübe sayesinde şiddeti doğurabilecek durumları daha kolay sezebildiklerini ve potansiyel şiddet uygulayıcıları daha etkin bir şekilde sakinleştirebildiklerini göstermektedir.

Sağlık çalışanının cinsiyeti konusunda ise araştırmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Campbell ve diğerleri (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, erkek hemşirelerin kadın hemşirelerden daha sık şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmış; erkek hemşirelerin daha sık gece nöbetlerinde ya da psikiyatri servislerinde çalışmalarının bu riski yükselttiği ve diğer personele yönelik korumacı tavırlarından kaynaklı daha sık şiddete maruz kaldıkları öne sürülmüştür. Keser Özcan & Bilgin'in (2011) sistematik derlemesinde ise kadın sağlık çalışanlarının sözel şiddete, erkek sağlık çalışanların ise fiziksel şiddete daha sık maruz kaldığı sonucu ortaya konulmuştur. Sağlık-Sen'in (2013) araştırmasında ise erkek çalışanların %79,1'i meslek hayatlarında en az bir kez şiddete maruz kaldığını belirtirken, kadın çalışanlarda bu oran %91,5 olarak ortaya çıkmıştır. Liu ve diğerleri ise (2019) sağlık çalışanlarına yönelik gerek fizik gerekse sözel şiddet kapsamında cinsiyetler arasında risk farkı bulunmadığını ortaya koymuştur.

Meslek bazlı risk değerlendirmesi amacıyla yapılan birçok çalışma, hekim ve hemşirelerin iş yerinde şiddete maruz kalma konusunda en riskli meslekler olduğu ortaya koymaktadır. Bunda sağlık hizmeti sunan çalışanların büyük çoğunluğunu bu iki meslek çalışanlarının oluşturması ve bu mesleklerde hasta ve yakınlarıyla etkileşimin üst düzeyde olmasının etkili olduğu söyleyebiliriz. Bu bağlamda bazı araştırmalarda hemşireler hekimlerden daha sık şiddete maruz kalırken bazılarında durum tersi şeklinde ölçülmüş olup iki meslek arasındaki şiddete maruz kalma riskinde önemli bir fark bulunmadığı görülmektedir. Liu ve diğerlerinin (2019); Khan ve diğerlerinin (2021) gerçekleştirdiği araştırmalarda hemşirelerin, hekimlere oranla daha sık şiddete kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hossain ve diğerlerinin (2020) ve di Martino'nun (2002) çalışmalarında ise hekimlerin hemşirelere oranla daha sık şiddete maruz kaldığı sonuçları elde edilmiştir. Ülkemizde de gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık alanında şiddete en sık maruz kalan mesleklerin hekim ve hemşireler olduğu, yabancı literatüre benzer şekilde bazı araştırmalarda hekimlerin bazılarında ise hemşirelerin bu bağlamda ilk sırada buldukları görülmektedir (Keser Özcan & Bilgin, 2011; Sağlık-Sen, 2013; Öz Sağlık - İş Sendikası, 2020; Ready, 2022; Terkeş, ve diğerleri, 2022).

Sağlık çalışanının geçmişte şiddete maruz kalmasının tekrar maruz kalmasında etken olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Stevenson, ve diğerleri, 2015; Renker, ve diğerleri, 2015). Hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalan sağlık çalışanının tolerans düzeyinin düştüğü, bu durumun bir sonraki çatışmanın da şiddeti doğurma olasılığını artırdığı öne sürülmüştür. Fakat bu durumun tekrarlayan şiddet olaylarına maruz kalan çalışanların şiddet riskinin yüksek olduğu birimlerde çalışmalarından kaynaklandığını öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (Hogh, ve diğerleri, 2008).

2.2.2.2. Şiddet Uygulayana Dair Faktörler

İş yerlerinde, sağlık çalışanları hastalar, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve yöneticilerinin şiddetine maruz kalmaktadır. Fakat sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun küresel bir toplumsal sorun haline gelmesinde hasta ve yakınlarından gelen şiddetin yeri çok daha fazladır. Bu bağlamda hangi hasta veya yakınının şiddete başvurabileceğine dair bazı risk faktörlerinin öne çıktığı görülmektedir.

Özellikle saldırgan davranış gösterebilen bilişsel bozukluğa sahip hastalar bu bağlamda yüksek risk oluşturmaktadır. Bu bağlamda ruh sağlığı alanında hizmet veren sağlık çalışanları sıklıkla hastaların şiddetine maruz kalabilmektedir. Benzer şekilde bilişsel bütünlüğü etkileyen bir diğer husus ise alkol ve madde kullanımınıdır. Bu kapsamda bağımlılıkla mücadele eden hastalar da şiddete başvurma konusunda risk teşkil etmektedirler (Arnetz, ve diğerleri, 2014). Bunlara ek olarak hastanın şiddetli acı içerisinde olması, geçmişinde şiddete maruz kalmış ya da uygulamış olması, hükümlü veya tutuklu olması gibi durumların iş yeri şiddeti çerçevesinde risk oluşturduğu belirtilmektedir (NIOSH, 2023).

2.2.2.3. Kurumsal ve Çevresel Faktörler

Sağlık kurumlarının yapısı ve özellikleri, içerisinde hizmet veren sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma olasılıklarını yüksek oranda etkilemektedir. Bu bağlamda acil servisler, psikiyatri servisleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete kalma

olasılıklarının diğer birimlerde çalışanlara oranla daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Lu, ve diğerleri, 2018; Liu, ve diğerleri, 2019; Vento, ve diğerleri, 2020; Er, ve diğerleri, 2021; Çınaroğlu, ve diğerleri, 2022). Özellikle acil servislere başvuran hastalar ve yakınları genellikle korku ve panik içerisinde hastaneye ulaştığı ve hasta profili toplumun her kesimini tamamen kapsadığı görülmektedir. Buna ek olarak, hasta yoğunluğunun en fazla görüldüğü birimlerden olan acil servislerde sağlık hizmetleri, karşılaşılan vakaların aciliyetlerine bağlı olarak kaotik bir ortamda sunulmaktadır. Hastalar diğer birim ve servislere oranla acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde daha sık vefat etmekte olup diğer hususlar da göz önüne alındığında bu birimlerde çalışan sağlık çalışanları daha sık şiddete maruz kalmaktadır. Bir diğer riskli alan olarak psikiyatri klinikleri ve hastaneleri öne çıkmaktadır. Hasta ajitasyonunun, bağımlılık ve ruhsal sağlığa bağlı saldırganlıkların yüksek olduğu bu alanlarda çalışanların hastalar tarafından şiddete maruz kalma risklerinin yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Ridenour, ve diğerleri, 2015; d’Ettorre & Pellicani, 2017).

Mesai bölüşme sistemi (nöbet usulü çalışma), şiddeti etkileyen kurumsal faktörlerden bir diğeri olarak öne çıkmaktadır. Nöbet usulüyle çalışmanın sağlık hizmeti sunumu sırasında şiddete maruz kalma riskinin artırdığı ortaya konulmuştur (Jiao, ve diğerleri, 2015; Fisekovic, ve diğerleri, 2015). Gerçekleştirilen bir vaka kontrol çalışması, nöbet usulü çalışmanın şiddete uğrama riskini artırdığını, buna ek olarak akşam ve gece nöbetlerinde şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Sun, ve diğerleri, 2017). Özellikle vardiya devirlerinde, vardiyayı devralan ekibin hastalar hakkında tüm bilgileri eksiksiz bir şekilde alamadığı durumlar, hasta ve yakınlarında kendileriyle ilgilenilmediği algısı yaratabilmektedir. Buna ek olarak, bazı yazarlar ise nöbet usulü çalışmanın genel olarak iş yeri uyumu ve örgüt kültürünü olumsuz etkilediğini öne sürmüştür (von Treuer, ve diğerleri, 2014).

Hasta yükü, belirli bir dönemde sağlık kurumuna başvuran toplam hasta sayısının sağlık hizmeti sunan çalışan sayısına oranı ile elde edilmekte olup sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. İş/hasta yükünü artıran tüm

faktörlerin aynı zamanda sağlık çalışanının şiddete maruz kalma olasılığını da artırdığı ortaya konulmuştur (Havaei & MacPhee, 2020). Psikiyatri kliniklerinde gerçekleştirilen bir çalışmada da hemşire başına düşen hasta sayısı ile iş yerinde gerçekleşen şiddet olayı sayısı arasında korelasyon bulunmuştur (Staggs, 2012).

Hasta yükü konusunda, özellikle ülkemizde görev yapan sağlık çalışanlarının birim nüfusa oranları, OECD ülkeleri ortalamasının oldukça altında kalmaktadır. Bin kişiye düşen doktor sayısının OECD ortalaması 3,7 iken ülkemizde bu oran 2,2'dir. Hemşire sayısında ise durum daha ciddidir. Bu bağlamda bin kişiye düşen hemşire sayısının OECD ortalaması 8,8 iken ülkemizde bu oran sadece 2,8'dir (OECD, 2023). Doktor başına düşen yıllık muayene sayılarında ise ülkemiz, Güney Kore ve Japonya'nın ardında üçüncü sırada gelmekte olup 3667 muayene sayısı ile bu değer, OECD ortalamasının iki katına denk gelmektedir.

2.2.3. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Sonuçları

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin, çok boyutlu sonuçları bulunmakta olup şiddete maruz kalan sağlık çalışanından toplumun geneline kadar birçok öge üzerinde etki bırakabilmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının ölümü de dâhil olmak üzere birçok ciddi ve görünür sonuç ortaya çıkabilmekle birlikte sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin düşmesi gibi ölçülmesi zor fakat birçok değişkeni etkileyen sonuçlarla da ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddetin sonuçlarını, bireysel ve toplumsal etkiler başlıkları altında sınıflandırabiliriz.

2.2.3.1. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Bireysel Sonuçları

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin, maruz kalan çalışan üzerinde farklı düzey ve özelliklerde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Fiziksel şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında sıklıkla çürükler, kesikler gibi hafif sayılabilecek yararlanmalar yaşanmakta

olup kemik kırıkları veya kafa travması gibi ciddi yaralanmalar da görülebilmektedir. Liu ve diğerlerinin (2019) çalışmasında sağlık çalışanlarının dörtte birinin son bir yıl içerisinde fiziksel saldırıya maruz kaldığı sonucuna ulaşılmış olup benzer çalışmalarda da sağlık çalışanlarının %17 ile %20'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı sonuçları elde edilmiştir (Li, ve diğerleri, 2020; Ramzi, ve diğerleri, 2022). Bu tür yaralanmaların giderilebilmesi ve sağlık çalışanının işine dönebilmesi için uzun süre izin ya da rapor alınması gerekebilmektedir.

Şiddet aynı zamanda anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi duygusal yaralanmalara da neden olabilmektedir. Bu durum çalışanın hem iş hem de özel hayatındaki işlevlerini yerine getirme becerisini olumsuz etkilemektedir. Bu tür yaralanmalar, fiziksel yaralanmalara oranla daha sık meydana gelmekte olup olumsuz etkileri daha uzun ömürlü olabilmektedir. Yaşanan yoğun yorgunluk hissi, azalan iş tatmini gibi nedenlerle şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının mesleklerinden ya da pozisyonlarından ayrılma olasılıkları da yükselmektedir.

Duygusal ve psikolojik yaralanmalar arasında tükenmişlik sendromu da önemli bir yer kaplamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre mesleki tükenmişlik, işle ilgili kronik stresten kaynaklanan bir sendromdur ve "enerji tükenmesi veya bitkinlik duyguları; kişinin işinden zihinsel olarak uzaklaşması veya işiyle ilgili olumsuzluk veya sinizm duyguları; ve mesleki yeterliliğin azalması" ile karakterize edilen semptomları bulunmaktadır (WHO, 2019). Japonya'da gerçekleştirilen çalışmada, iş yeri şiddeti ile tükenmişlik sendromu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup iş yeri şiddetinin sağlık çalışanları üzerinde uzun süreli ve kümülatif bir stres kaynağı haline geldiği ileri sürülmüştür (Kobeyashi, ve diğerleri, 2020).

Şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinden bir diğeri ise ekonomik zararlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda tedavi masrafları ve işten uzak kalınan süre nedeniyle çalışanlar gelir kaybına uğrayabilmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sadece şiddete maruz kalan sağlık çalışanını etkilememekte olup sağlık hizmeti alan mevcut ve potansiyel hastaları da etkilemektedir. Şiddet mağduru olan sağlık çalışanı, işten uzak kalacağı için hastaların randevuları iptal edilmekte veya gecikmeler gerçekleşmektedir. İşine devam etmesi halinde ise inisiyatif almaktan çekinebilmekte, hastalara şiddet öncesine oranla daha az ilgi gösterebilmektedir (Nowrouzi-Kia, 2017).

Diğer hastalar, sağlık hizmeti ortamlarındaki şiddetin bir sonucu olarak artan kaygı veya korku da yaşayabilmekte, bu durum hastaların tedavi ve bakıma erişimini zorlaştırarak ve olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Buna ek olarak, sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet, enfeksiyon kontrol önlemlerinin bozulmasına neden olabileceğinden hastalar için enfeksiyon riskini de artırabilmektedir (Kaur, ve diğerleri, 2020).

2.2.3.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Toplumsal Sonuçları

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin toplum üzerinde ciddi sonuçları bulunmakta olup bu sonuçlar farklı düzey ve ciddiyetlerde etkiler gösterebilmektedir. Bu bağlamda en önemli sonuçlardan biri, sağlık hizmeti sunum kalitesinin düşmesidir. Şiddete maruz kalan ya da şiddete bir rutin halinde tanık olan çalışanların, şiddetin yer almadığı çalışma ortamında görev yapan bir çalışana oranla daha düşük öz veri ile çalışacağı açıktır. Bu da toplum için olumsuz sağlık sorunlarına yol açabilir (Barling, ve diğerleri, 2001). Şiddetin yaygınlığı nedeniyle mesleklerini bırakan çalışanlar, buna ek olarak yeni nesil arasında sağlık sektöründe kariyer seçme eğiliminin azalması ile kurumlarda sağlık çalışanı açığı oluşması durumunda toplumun sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilenecektir.

Şiddete maruz kalan çalışanlar iyileşmek için tıbbi tedaviye ve işten izin almaya ihtiyaç duyabileceğinden sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına neden olabilir. Bu da hem çalışanlar hem de sağlık sistemi için gereksiz bir maliyet artışı anlamına gelmektedir. Sağlık hizmeti maliyetlerinin artışına ek olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, üretkenliğin

azalmasına da neden olabileceğinden bu durum da ekonomik üzerinde bir yük oluşturmaktadır (Dillon, 2012).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık sistemlerine olan güvenin azalmasına yol açabilmekte olup bu durum hastaların tedavi görme istekliğini olumsuz etkileyebilir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık ortamlarında kural ve düzenin bozulmasına neden olabileceğinden kamu güvenliği üzerinde de olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Bu da halk arasında güvensizlik ve korku hissi yaratabilir (ILO, 2002).

Sağlık çalışanları, görev yerlerinde ya da görevleriyle ilişkili olarak birçok farklı türde şiddet eylemine maruz kalabilmekte olup hâlihazırda zaten yüksek olan olay sıklığının artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Sağlık kurumlarında şiddetin ortaya çıkmasına neden olan değişkenler arasında yapılan işin niteliği, sağlık çalışanının, hasta ve hasta yakınlarının karakteristik özellikleri ve hizmet sunulan kurumun örgütsel ve fiziksel yapısı başlıkları öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanına şiddet, sadece mağduru değil mevcut ve olası tüm hastaları da etkilemekte, sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilirliğine zarar vermekte, sağlık hizmetinin kalitesinin düşürerek toplum sağlığına ve toplumun gelişmişlik düzeyine de zarar vermektedir. Tüm bu hususlar göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarına yönelik ile mücadele için toplumsal ortaklıklar ve proaktif politikaları içeren kapsamlı ve çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir.

2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE

Birbirini etkileyen çok sayıda dinamikleri ile şiddet olgusunun, sadece güvenlik önlemleri ya da sadece cezai yaptırımların artırılmasıyla önlenemediği açıkça görülmektedir. Bu nedenle önleyici strateji bağlamını geniş bir spektrumda ele alacağız. Sağlık kurumlarında şiddet ile mücadelenin yolu, şiddeti bütüncül bir bakış açısıyla ele alabilmekten geçmektedir. Toplumun diğer alanlarında yaşanan şiddet olaylarını doğru anlamak ve şiddeti doğuran toplumsal dinamikleri açık bir şekilde ortaya koyabilmek bu amaç için büyük önem taşımaktadır.

Sağlık kurumları özelinde iş yeri şiddeti ile mücadele için gerek sağlık çalışanları gerek kurum yöneticileri ve gerekse de politikacıların iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Sorunun dirençli yapısı da göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mevcut olandan daha kapsamlı bir yaklaşımın benimsenmesi ile mücadele edilebileceği görülmektedir.

Bu bölümde hâlihazırda ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele amacıyla yürürlükte olan uygulama ve yasal düzenlemeler ile durum tanımladıktan sonra önleyici ve müdahale edici çalışmalar başlıkları altında mücadele yöntemleri sınıflandırılarak ele alınacak; sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadelede sosyal hizmetin yeri ve önemine değinilecektir.

2.3.1. Türkiye’deki Mevzuat ve Uygulamalar

Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları ülkemizdeki meslek örgütleri, akademik ve bürokratik çevrelerin dikkatini çekerek konu hakkında çalışmalar 2000’li yılların ikinci yarısında hız kazanmıştır. Ülkemizdeki mevcut uygulama ve mevzuattan bahsetmeden önce uluslararası yasal düzenlemeler arasında öne çıkan Şiddet ve Taciz Sözleşmesi’nden (C190) bahsetmek yerinde olacaktır. Dünya Çalışma Örgütü’nün 2019 tarihli sözleşmesi, 25 Haziran 2021’de yürürlüğe girmiş olup bu sözleşme ile ülkelere iş yerlerinde şiddet ve tacizi önlemek ve ele almak için gerekli yasaları ve politika önlemlerini uygulamaya koyma sorumluluğu yüklenmiştir (ILO, 2022). Bu sözleşme TBMM tarafından henüz onaylanmamış olsa da ülkemizde de özellikle son on beş yıldır daha görünür hale gelen bu sorunun çözümü amacıyla yıllar içerisinde çeşitli mevzuat ve uygulamalar yürürlüğe girmiştir.

Bu bağlamda 29 Nisan 2009 yılında Resmî Gazetede yayınlanan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele amacıyla ilk düzenleme mevzuatta yerini almıştır. Tebliğin 18. maddesinde “*Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetini değerlendirecek ve üst yönetiminin*

desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılıır” ve “Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur” ifadeleri ile kurumlara sorumluluk yüklenmiştir. Takip eden süreçte 2011 yılında yürürlüğe giren “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile beyaz kod uygulamasının temelleri atılmıştır. Yönetmeliğin 7. maddesinde belirtilen hükümler ile sağlık kurumlarına, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapma görev ve sorumluluğu verilmiş, 8. maddede belirtilen hükümler ile renkli kod uygulamaları ve çalışan güvenliği komitelerinin kurulmasına karar verilmiştir. Bu düzenleme ile beyaz, mavi ve pembe kod uygulamalarına başlanmıştır. Yurtdışı örneklerine benzer şekilde çalışana yönelik saldırı veya saldırı olasılığı durumunda beyaz kod, güvenlik destek amacıyla kullanılacak acil çağrı sisteminin rengi olarak belirlenmiştir.

2012 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ile yargılama süreçlerine Sağlık Bakanlığınca dâhil olunmasının yolu açılmıştır. Aynı yıl yürürlüğe giren “Çalışan Güvenliği Genelgesi” ile Beyaz Kod Uygulaması ve hizmetten çekilme hakkının esasları belirlenmiş, hastanelerde Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri kurulmaya başlanmıştır. Bu sayede sağlık kurumlarında meydana gelen çalışana yönelik şiddet olaylarının yasal bildirim süreçlerinin düzenlenmesi, şiddetin önlenmesi amacıyla hizmet içi eğitimler, hasta bilinçlendirme çalışmalarına ve şiddet mağduru personele psiko-sosyal destek vermeye başlanmıştır. Acil sağlık hizmetleri hariç olmakta üzere şiddete maruz kalan personelin hizmetten çekilebileceği, personelin çekilme talebini sözlü ya da yazılı olarak yönetime bildirilebileceği, hasta tedavi ve takibinin devamlılığının

2016 yılında yürürlüğe giren “Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi” ile şiddet mağduru personele hizmet vermek üzere 7 gün 24 saat ulaşılabilen ALO 113 – Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurularak beyazkod.saglik.gov.tr adresi oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2016). Çağrı Merkezi ve internet portalı aracılığıyla personelin yaşadığı şiddet olayı hakkında bağlı bulunduğu sağlık kurumunun birimleri haricinde de bildirimde bulunabilmesi, hukuki süreçler hakkında danışmanlık alması ve sağlık personeline karşı

işlenen suçlara ilişkin ülke çapında vaka analizi sağlayacak bir veri tabanının oluşturulmasının amaçlandığı görülmektedir. Aynı zamanda bu Genelge ile 2012 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”in uygulama esasları belirlenmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunumu sırasında ya da sunumuna ilişkin görevler dolayı personele karşı hasta veya hasta yakınları tarafından işlenen suçların yargılanmasında Bakanlık bünyesinde görev yapmakta olan hukuk müşavirleri ve avukatların ilgili personeli vekil sıfatıyla temsili sağlanmıştır.

Sırasıyla 2014, 2018, 2020 ve 2022 yıllarında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Türk Ceza Kanunu ve Ceza Muhakemesi Kanunlarında yapılan değişikliklerle, sağlık çalışanına yönelik işlenen suçların cezalarında belirli oranlarda artırıma gidilmiş, şüphelinin tutuklanma şartları kolaylaştırılmış ve yargılama sonrası hapis cezasının hükmünün açıklamasının ertelenmesinin önüne geçilmiştir. Yapılan düzenlemeler incelendiğinde, sağlık çalışanına yönelik şiddet konusunda birincil yasal dayanak olarak Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun öne çıktığı görülmektedir. Kanunun ek 12. maddesinde sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarına ilişkin hükümler şu şekilde sıralanmıştır:

➤ *“Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında;*

a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır.

b) Türk Ceza Kanunu’nun 51’inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza

Kanunu'nun uygulanmasında kamu görevlisi sayılır (Ek fıkra:15/4/2020-7243/28 md.)”

- *“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 (Ek fıkra:15/11/2018-7151/21 md.)”*
- *“Şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir (Ek fıkra:15/4/2020-7243/28 md.)”*

Hâlihazırda ülkemizde sağlık çalışanınin şiddet mağduru olması durumunda;

- Acil çağrı kodları ve panik butonları aracılığıyla olaylara hızlı bir şekilde güvenlik müdahalesi amaçlanmaktadır.
- Yargılama süreçlerinde Sağlık Bakanlığına bağlı avukatlar mağdur çalışana hukuki yardım sağlamakta, davalara müdahil olmaktadır;
- Çalışanın şikâyetçi olmaması durumunda kamu hukuku devreye girmekte, suçun takibi yapılmaktadır;
- Kasten yaralama suçu tek başına tutuklama sebebi sayılmaktadır;
- Tehdit, hakaret, kasten yaralama ve görevin yerine getirilmesine karşı direnme suçlarının cezaları yarı oranda arttırılmaktadır;

- Şiddet uygulayana verilen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmamaktadır;
- Mağdur sağlık çalışanı ve tanıkların olayla ilgili ifadeleri iş yerinde alınmaktadır;
- Şiddet olayına bağlı çalışanın hizmetten çekilme hakkını bulunmaktadır;
- Şiddet olayının yarattığı ruhsal travmaya ilişkin psikolog veya sosyal hizmet uzmanlarınca psiko-sosyal destek sağlanmaktadır.

Bu uygulamalar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu ile mücadele amacıyla ülkemizde öne çıkmakta olup dünya genelinde sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi ya da etkilerinin mümkün olan en düşük seviyeye indirilmesi amacıyla farklı uygulama ve prosedürler bulunmaktadır. Bunlar arasında öne çıkan uygulamaları, şiddet meydana gelmeden alınan önlemler ve şiddet sonrası müdahaleler başlıkları altında sınıflandırabiliriz.

2.3.2. Önleyici Çalışmalar

Bir sağlık kurumunda çalışana yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla ilk olarak kurum içi risk değerlendirmelerinin doğru bir şekilde yapılması gerekmektedir (Fricke, ve diğerleri, 2022). İş/hasta yoğunluğunun fazla olduğu, hasta-sağlık çalışanı çatışmalarının sık yaşandığı birimlerin belirlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının davranış, tutum, talep ve beklentilerinin doğru bir şekilde ortaya konulması, şiddetin önlenmesine yönelik alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Risk değerlendirmelerinin, kurum içerisinde mümkün olan en geniş katılımcı ile gerçekleştirilmesi, yöneticilerin çalışanlardan detaylı geri bildirim almaları gibi unsurlar risk değerlendirmelerinin etkinliğini artıracak daha doğru şiddeti önleyici adımların atılmasına katkı sağlayacaktır (d'Ettoire & Pellicani, 2017).

Çalışanın eğitim ve öğretimi süreçleri, şiddetin önlenmesi amacıyla öne çıkan önemli yöntemlerden biridir. Özellikle kişilerarası çatışmaları ve gerginlikleri azaltma teknikleri

konusunda verilecek eğitimler ile sağlık çalışanlarının şiddete yol açabilecek durumları önceden görebilmesi ve şiddete dönüşmeden gerginliklerin çözüme ulaştırılması sağlanabilmektedir. Bu eğitimler, erken uyarı işaretlerini tanımayı, hastaları sakinleştirmek için doğru iletişim becerilerini kullanmayı ve gerekirse hastaları güvenli bir şekilde zapt etmek için fiziksel teknikler kullanmayı dahi içermelidir (Sayın, ve diğerleri, 2023).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün "Sağlık sektöründe iş yeri şiddetini ele almak için çerçeve yönergeler" adlı raporunda, güvenlik ve saygınlığın öncelikli olduğu, ayrımcılığın bulunmadığı, hoşgörü, fırsat eşitliği ve iş birliğine dayalı insan merkezli bir iş yeri kültürünün geliştirilmesinin önemine vurgu yapılmıştır (ILO, 2002). Bu ideal çalışma ortamını sağlayabilmek için öneriler ise şu şekilde sıralanmıştır;

- Yönetim ile çalışanlar ve çalışanlar arasındaki diyalog ve iletişimin sağlıklı kurulması,
- Belirlenen vizyon ve hedeflerin hem kurum hem de çalışanlarca benimsenmesi,
- İş yerinde şiddet ile mücadeleye kendini adanmış yöneticilerin atanması,
- Hizmet ve sorumlulukların kurum içi birimler özelinde özerkleştirilerek, yerel çözümlerin teşvik edilmesi,
- Sorunların kurum yöneticileriyle paylaşılması ve sorunlar üzerine grup halinde çalışmanın teşvik edilmesi,
- Çalışanların çabalarının ve geri bildirimlerin göz ardı edilmemesi, mesleki ve kişisel gelişim için fırsatların yaratılması,
- Güçlü ve destekleyici bir sosyal çevrenin yaratılması.

İş yeri şiddetiyle mücadelenin ilk adımı olarak insan merkezli bir iş yeri kültürünün oluşturulması öne sürülmüş olup bunu takiben iş yeri şiddeti konusunda açık bir ilke beyanı

(policy statement) yayınlamak önerilmiştir. Bu beyanda, iş yeri şiddetinin kapsayıcı tanımının, şiddet konusuna yüksek önem verileceğine yönelik taahhüdün ve hiçbir şiddet eyleminin tolere edilmeyeceğine yönelik açık beyanın bulunmasının önemine vurgu yapılmıştır.

Raporda, örgütsel/kurumsal müdahalelerin şiddet ile mücadelede büyük öneme sahip olduğundan bahsedilmekte olup sorunu kaynağında çözmenin, şiddetin çalışan üzerindeki somut etkilerine müdahale etmekten çok daha etkili ve daha az maliyetli olduğu savunulmaktadır. Bu bağlamda personel yönetimi kapsamında müdahale önerileri ise şu şekilde sıralanmıştır;

- Hasta yoğunluğunun fazla olduğu saatlere, yemek aralarında ve gece vardiyalarına uygun şekilde yeterli personel sayısının ayarlanması,
- Birim özellik ve ihtiyaçlarına göre personel sayısı ve kalitesinin ayarlanması,
- Personel rotasyonunun etkin şekilde sağlanması,
- Nöbet sürelerinin kontrol altında tutulması,
- Tehlikeli işlerde çalışanların tek başına çalışmasının önüne geçilmesi.

Kurumsal müdahaleler dâhilinde bir diğer önemli husus ise iş yeri yönetiminin tutum ve yaklaşımlarıdır. Şeffaflık ilkesine ve diyaloga dayalı, çalışanların mesleki ve insani onurlarına saygılı bir yönetim tarzı, iş yerinde şiddetin önlenmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Bu bağlamda, çalışanlar arasında meydana gelen çatışmaların ve gerginliklerin çözüme kavuşturulması, cinsel taciz, mobbing ve zorbalık içeren olayların ciddiyle değerlendirilerek somut adımların atılması çalışanların güvenli bir ortamda çalıştıkları hissiyatını kuvvetlendirmektedir. Yaşanması muhtemel bu tür olaylara yönelik grup eğitimleri, farkındalık toplantılarının düzenlenmesi teşvik edilmesi bu konuda öne çıkan öneriler arasında yer almaktadır.

Saldırı ve sözlü taciz riskinin azaltılması açısından hastalara ve yakınlarına zamanında bilgi verilmesi hususu da büyük önem taşımaktadır. Özellikle acil servislerde hastası hakkında bilgi alamayan yakınlarının şiddete başvurma riski yüksek olmakla birlikte bu risk artışı kronik tedavi ve bakım isteyen hastalar için de mevcuttur.

Hasta haklarının yanı sıra sorumluluklarını da açıklayan kural ve talimatların hazırlanması, sergilenmesi ve uygulanması kurumsal işleyişe olumlu katkı sağlayarak şiddet riskini azaltabilmektedir. Bu kurallar içerisinde personele yönelik şiddetin, hiçbir koşulda tolere edilmeyeceği ve faile karşı ne tür yaptırımların uygulanacağına dair detaylı bilgilendirmelere yer verilmesi şiddeti önlemede etkili olmaktadır.

Görev tanımlamaları da iş yerinde şiddet açısından önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanımlamalarının bir işin tüm adımlarını içerecek kapsamda ve çalışanların tamamı tarafından anlaşılabilir sadelikte olması önemlidir. Bu sayede, kurum içi işleyiş kaynaklı sorunların en aza indirilmesi ile hasta veya yakınlarının potansiyel agresyonunun önüne geçilmesi mümkün olmaktadır.

2.3.3. Şiddet Sonrası Müdahaleler

Çalışana yönelik şiddet olayına yapılan müdahaleler, iş yeri şiddetinin etkisini minimum düzeye indirmeye ve bu tür şiddetin gelecekte tekrarlanmamasına yönelik olmalıdır. Bu tür müdahaleler yalnızca mağduru değil, aynı zamanda şiddet uygulayan kişiyi, tanıkları ve şiddet olayından doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen diğer tüm personeli de kapsamalıdır (Martinez, 2016). Bu nedenle, olayın geniş etkilerinin olabileceğini farkında olmak gerekmektedir.

İş yerinde şiddet olaylarının ele alınmasına ve şiddetten etkilenen tüm kişilerin şiddetin direkt ve dolaylı etkileriyle başa çıkmasına yardımcı olmak, olayı takip eden süreçte ciddi psikolojik sorunların ortaya çıkmasını önlemek için müdahale planları hazır bulundurulması

ve bunların test edilmesi önem taşımaktadır. Bu tür olaylara verilen genellikle ani psikolojik tepkiler verilmekle beraber, benzer tepiler aylar hatta yıllar sonra dahi ortaya çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan anlık tepkiler arasında şok ve endişe duyguları yaşanmakta olup uzun vadeli tepkiler ise daha sıklıkla güvensizlik duygusu, öfke ve geri çekilme davranışını içermektedir. Şiddet içeren bir olayın duygusal olarak sindirilmesi çalışanlar için zorlayıcı olabilmektedir. Bu olayları tam olarak sindiremeyen çalışanlar kendilerini tam anlamıyla toparlayamaz ve işlerine tam kapasiteyle dönemeyebilirler. Süreçten etkilenen tüm çalışanlara danışmanlık hizmeti sağlama veya ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirme gibi destekleyici faaliyetlerin organizasyonu sağlanmalıdır.

Raporlama ve kayıt süreçleri, şiddetin sorun teşkil edebileceği yerlerin ve faaliyetlerin belirlenmesinde en önemli araçlardandır. Hem fiziksel hem de psikolojik şiddet içeren tüm olayların yanı sıra gerçek bir zararın ortaya çıkmadığı küçük çapta meydana gelen olaylar da rapor edilmeli ve kaydedilmelidir. Kurum yönetimleri, tüm işyeri şiddet vakalarının kaydedilmesi için prosedürler oluşturmalı ve bu tür vakalara müdahale edecek mekanizmaları hazırlamalıdır. İş yeri güvenlik önlemlerinin iyileştirilmesi için bir gösterge olarak bu tür olay raporlarının düzenli aralıklar ile incelemesi yapılmalıdır (ILO, 2002).

Tüm çalışanlar, eleştirilme ya da önemsenmeme endişesi yaşamadan nasıl ve nerede bildirimde bulunacaklarını, olayı nasıl tutanak altına alarak durumu raporlaştıracaklarını bilmelidir. Buna ek olarak, daha sık şiddet olayı yaşanan birimlerde çalışanların şiddet riskini azaltmaya veya çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik önerilerde bulunmaları teşvik edilmesi de önemli bir müdahale aracı olarak öne çıkmaktadır.

Bu bağlamda düzenlenecek rapor ya da tutanakların şu bilgileri içermesi önemlidir (ILO, 2002);

- Olayın meydana geldiği yer,
- Tarih ve saati,

- Olay anında gerçekleştirilen görev,
- İddia edilen faile dair tanımlayıcı detaylar,
- Mağdur ve fail olduğu iddia edilen kişi arasındaki ilişki,
- Tanıkların iletişim bilgileri,
- Ortaya çıkan sonuç,
- Olayın ardından alınan tedbirler,
- Gelecekte benzer bir olayın yaşanmaması için öneriler.

İş yeri şiddetinin mağduru çalışana yönelik danışmanlık, iş sağlığı veya klinik psikoloji hizmetinin bir parçası olarak doğrudan sağlık kurumu tarafından sağlanmalı; bunlar mevcut değilse harici hizmetlere sevk edilmelidir (Kumari, ve diğerleri, 2022).

Çalışanlar arası ya da çalışan – yönetici arasında meydana gelmesi olası zorbalık, mobbing veya farklı bir tür şiddet olayına mümkün olan en kısa zamanda müdahale etmek gerekmektedir. İş yerlerinde sıklıkla görülen “soruna müdahale etmeden kendiliğinden çözülmesini bekleme” eğilimi yaşanan çatışmaların derinleşerek istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını kesinleştirmektedir. Bu tür vakalara en hızlı şekilde müdahalede bulunabilmek için kurum içi başvuru yolları ve değerlendirmeye dair prosedürlerin belirlenmiş olması gerekmektedir. Bu prosedürler arasında, arabulucu rolü üstelenebilecek çalışan temsilcilerinin belirlenmesi, yaşanan olumsuzlukların soruşturulması için çoklu partili kurulların oluşturulması, uzlaşma fırsatı yaratılması amacıyla gayri resmi ya da resmi görüşme ve toplantıların düzenlenmesi gibi farklı araçlar yer alabilir. Bununla birlikte, bu tür bir prosedür temelinde çözüm mümkün değilse, şikayetçiye yasa ve uygulamalara uygun olarak resmi yargı organlarına şikâyetle bulunma yolu sunulması önem taşımaktadır (ILO, 2003).

İş yerinde şiddeti takiben mağdur çalışan iyileşme süreci için uzun bir rehabilitasyon dönemine ihtiyaç duyabilmektedir. Çalışanların tüm rehabilitasyon dönemi boyunca desteklenmesi, iyileşmeleri için gerekli sürenin tanınması ve aynı zamanda işe dönmeleri için teşvik edilmesi gerekmektedir. Mağdur çalışan ne kadar erken işe dönebilirse, çalışma grubuna yeniden katılması o kadar kolay olacak ve etkili bir iş performansı için gereken tecrübenin daha az miktarını kaçırmış olacaktır. Bununla birlikte, çalışanlar, çok fazla strese maruz bırakılmamalı ve yarı zamanlı çalışma, farklı bir görev verilmesi veya farklı bir birimde görevlendirilmesi gibi destekleyici müdahaleler ve buna benzer sağlanacak esneklikler ile mağdurların kendine güvenini yeniden kazanmasını sağlayabilir (ILO, 2002). İş yerinde şiddet mağdurları için, işe döndüklerinde kendilerini hem fiziksel hem de psikolojik şiddete karşı güvende hissetmeleri, bunu sağlayacak adımların eksiksiz atılması büyük bir öneme sahiptir.

2.3.4. Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Sosyal Hizmetin Yeri

Birey ile toplum arasındaki bağın koruyucusu olarak da tanımlanabilen sosyal hizmet disiplini, ilişkili olduğu farklı gruplar ve çok yönlü müdahale imkanları ile toplumun her kesimine dokunabilmektedir. Bu alan, özellikle partner şiddeti ve çocuğa yönelik şiddet konularında uzmanlaşmış olup gerek durum değerlendirme süreçleri gerekse soruna müdahale çeşitliliği anlamında önemli bir derinliğe sahiptir. Şiddet ile mücadelede sosyal hizmetin temel bir rolü ve mesleki sorumluluğu bulunmaktadır. Bu bağlamda toplumda görülen şiddeti anlamlandırmada ve gerek şiddet mağdurları gerekse sorunla ilişkili diğer toplum bileşenleriyle yapılan mesleki çalışmalarda ekolojik sistemler kuramı, sosyal öğrenme kuramı, feminist kuram, güçlendirme yaklaşımı, krize müdahale ve görev odaklı modeller gibi farklı teori ve yaklaşımlardan yararlanılmaktadır (Teater, 2015; Payne, 2020). Sosyal hizmet uzmanları, şiddeti önleyici programların geliştirilmesi ve uygulanması süreçlerinde, krize müdahale ile bireysel çalışmaların gerçekleştirilmesinde, şiddeti önleyici toplum politikaları için hak savunuculuğu yaparak, toplumu eğitici ve bilinçlendirici çalışmalarda yer alarak bu alanda aktif görev almaktadır. Bu çalışmalar göz önünde

bulundurulduğunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadelede sosyal hizmet disiplini ve sosyal hizmet uzmanlarının yeri ve önemi şu şekilde özetlenebilir;

Sosyal hizmet uzmanları, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına danışmanlık ve terapi sağlayabilmekte olup şiddet sonrası yasal ve idari süreçlerin yürütülmesinde rol almaktadır. Bu bağlamda, ülkemiz hastanelerinde teşkilatlanan Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinde psikologlar ile birlikte sıklıkla sosyal hizmet uzmanları görev yapmaktadır. Bu tür hizmetler, mağdur çalışana yönelik ihtiyaç analizi yapmak, psiko-sosyal destek sağlamak, ihtiyaç durumunda psikiyatrik destek almak için sevk ve yönlendirme süreçlerini içerebilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda farkındalık yaratmayı amaçlayan eğitim programları geliştirme ve sunma süreçlerinde de yer almaktadırlar. Bu tür eğitimler, sağlık iletişimi, gerilimi azaltma ve çatışmayı çözme teknikleri, sağlık hizmeti ortamlarında güvenliği sağlama stratejileri ve mobbing ile mücadele gibi farklı konuları kapsamaktadır. Özellikle göreve yeni başlayan sağlık personeline bu tür eğitimlerin verilmesi, eğitim içeriklerinin dolgun ve sonuca odaklı olması, şiddeti önlemede önemli bir araçtır.

Sosyal hizmet uzmanları, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeye ve faillerin sorumlu tutulmasına yönelik politikaları savunmakta ve bu yönde mevzuat düzenlemelerini talep etmektedirler. Bu bağlamda özellikle meslek örgütleri ve sorunla ilişkili diğer sivil toplum kuruluşlarında aktif rol oynayarak hak savunuculuğunda bulunmaktadırlar. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları, sağlık kurumu yönetimlerince gerçekleştirilen risk değerlendirmelerinde ve şiddeti önlemeye yönelik kurumsal strateji belirleme süreçlerinde yer almaktadırlar. Bu stratejiler güvenlik önlemlerinin, hastane içi prosedürlerin ve hasta – çalışan iletişim protokollerinin iyileştirilmesini ve şiddete katkıda bulunan sistemik sorunların ele alınmasını içermektedir. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri ve sonuçlarını daha iyi anlamayı amaçlayan araştırmaları gerçekleştirir veya katkıda bulunmaktadır. Bu yönde veri toplayarak ve çalışmalar yürüterek sorunun etkili bir şekilde değerlendirilmesi için kanıta dayalı müdahale planları geliştirebilir, mevcut uygulamalara katkıda bulunabilirler.

Genel olarak bakıldığında sosyal hizmet uzmanları, şiddet mağduru sağlık çalışanına mesleki müdahalede bulunarak destek sağlamakta, şiddeti önleyici politika değişikliklerini savunmakta, kurumsal boyutta şiddeti önleme stratejileri geliştirme ve uygulamada rol almakta olup sağlık kuruluşlarında ve toplum içerisinde bu soruna yönelik farkındalığı artırıcı çalışmalar gerçekleştirerek sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadelede önemli bir rol oynamaktadır.

Araştırma konusu hakkında çizilen kuramsal çerçevede buraya kadar sunulanlar şu şekilde özetlenebilir;

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, her ülkede aynı sıklık ve ciddiyette olmamakla birlikte tüm dünyada görülen toplumsal bir sorundur. Şiddet olgusu kadına yönelik şiddet, çocuk istismarı, yaşlı istismarı, akran zorbalığı, siber zorbalık, trafikte ve sporda şiddet gibi farklı sınıflandırmalar altında ortaya çıkabilmektedir. Ortaya çıkan bu şiddetin altında benzer biyolojik, ruhsal, çevresel ve ekonomik etkenler bulunmakla birlikte gerek nedenleri gerekse sonuçları ve olguya etki eden dinamikler bağlamında şiddetin türüne göre bazı farklılıklar da bulunmaktadır. Bu bağlamda iş yeri şiddeti, toplumda sık görülen şiddet türleri arasında öne çıkmaktadır.

İş yeri şiddeti, kişinin yaptığı iş ya da çalıştığı ortam nedeniyle sözel, fiziksel, cinsel ya da ekonomik şiddete maruz kalmasıyla tanımlanmaktadır. İş yeri şiddetinin sınıflandırılmasında, Iowa Üniversitesi Yaralanmaları Önleme Araştırma Merkezi'nin 2001 yılında yayınladığı iş yeri şiddeti hakkındaki ulusal raporu öne çıkmaktadır. Bu çalışmaya göre dört tip iş yeri şiddeti bulunmaktadır. Bunlar; suç işleme niyetiyle ortaya çıkan şiddet eylemleri (birinci tip), hizmet alımına bağlı ya da hizmet alımına bağlı nedenlerden ortaya çıkan şiddet eylemleri (ikinci tip – örnek: sağlık çalışanlarına yönelik şiddet), çalışanlar arası ortaya çıkan şiddet (üçüncü tip) ve kişisel nedenlerden iş yerinde meydana gelen şiddet eylemleri (dördüncü tip – örnek: iş yerinde flört şiddeti).

İş yeri şiddetinin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, ILO tarafından dünya çapında gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların %22,8'i, çalışma hayatlarında en az bir kez iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (ILO, 2022). Ülkemizde ise son bir yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %44,8 olarak tespit edilmiştir. (Aytaç, ve diğerleri, 2011). İş yeri şiddetinin ortaya çıkışında mesleki, kişisel, kurumsal ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Bu bağlamda mesleki faktörler arasında, ruhsal dengesi zayıf insanlarla etkileşimi yüksek meslek gruplarına ait olma; kişisel faktörler arasında, genç ve tecrübesiz olma; kurumsal faktörler arasında, örgütsel yapısı zayıf bir kurumda çalışma; çevresel faktörler arasında ise iş yerinin suç oranlarının yüksek olduğu bir bölgede bulunması gibi değişkenler öne çıkmaktadır.

İş yeri şiddeti, toplumun birçok sistemini aynı anda etkilemekte ve çeşitli ciddiyette zararlara neden olmaktadır. Bireysel etkiler içerisinde çalışanın fiziksel, ruhsal yaralanması ve sosyoekonomik zarara uğraması öne çıkmaktadır. İş yeri şiddetinin örgüt, kuruluş ya da iş yerlerine etkisi ise daha çok ekonomik zararlar ve iş gücü kalitesinin düşmesi ile kendisi göstermektedir. Toplumsal etkiler içerisinde ise şiddet davranışının benimsenerek normalleştirilmesi, şiddet eğiliminin hayatın diğer alanlarına sıçraması ve şiddeti yarattığı zararlar nedeniyle toplum kaynaklarının israfı unsurları öne çıkmaktadır.

İş yeri şiddetinin en sık görüldüğü çalışma alanlarının başında sağlık kuruluşları gelmektedir. Bu durum son yıllarda daha görünür hale gelmiş, özellikle ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında artış gözlemlenmiştir. Dünya çapında gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında sağlık çalışanlarının %61,9'u son bir yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiş olup ülkemizde yapılan kesitsel bir çalışmada bu oran %78,6 olarak tespit edilmiştir (Liu, ve diğerleri, 2019; Öz Sağlık - İş Sendikası, 2020).

Sağlıkta şiddeti tetikleyen değişkenler arasında sağlık çalışanına dair faktörler, şiddet uygulayana dair faktörler, kurumsal faktörler ve çevresel faktörler öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanına yönelik faktörler içerisinde sağlık çalışanının tecrübesiz oluşu birincil risk

faktörünü oluşturmaktadır. Şiddet uygulayana ilişkin risk faktörleri arasında ise hasta ya da hasta yakınının bilişsel bir bozukluğa sahip olması öne çıkmaktadır. Bunlara ek olarak, acil servislerde, psikiyatri kliniklerinde ya da hasta yoğunluğunun en fazla görüldüğü bölümlerde çalışma, iş yerinde şiddete maruz kalma riskini artırmaktadır.

Sağlıkta şiddetin sonuçlarını, bireysel etkiler ve toplumsal etkiler başlıklarında ele almak mümkündür. Şiddetin bireysel sonuçlarını ise sağlık çalışanına etkileri ve hastalara olan etkileri alt başlıkları ile sınıflandırabiliriz. Sağlık çalışanına yönelik etkiler içerisinde ruhsal sağlığın zarar görmesi, hastalara yönelik etkileri içerisinde ise alınan sağlık hizmeti kalitesinin düşmesi öne çıkmaktadır. Sağlıkta şiddetin toplumsal sonuçları arasında ise yüksek kalifiye iş gücünün kaybı ve sağlık hizmetlerinin ekonomik maliyetinin artması gibi unsurlar göze çarpmaktadır.

Sağlıkta şiddet olgusuyla mücadele amacıyla gerek ülkemiz gerekse dünya çapında çeşitli mevzuat ve uygulamalar bulunmaktadır. Fakat mevcut uygulamaların ve önleyici çalışmaların, bu toplumsal sorunu tamamen ortadan kaldırmada yetersiz kaldığı açıktır. Ülkemizde 2009 yılından itibaren sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele amacıyla yasal ve idari birçok düzenleme yürürlüğe konulmuştur. Bunlar arasında, beyaz kod uygulaması ve sağlık çalışanına yönelik hizmet sunumuyla ilişkili işlenen suçlarda uygulanan ceza artırımları öne çıkmaktadır. Dünyada ise sağlık çalışanına yönelik şiddet ile mücadele amacıyla, önleyici çalışmalara ve şiddete nasıl müdahale edileceği hususuna yoğunlaşmıştır. Bu bağlamda etkili iletişim konusunda hizmet içi eğitimler, şiddetin meydana geldiği hallerde izlenecek prosedürlerin belirlenmiş ve benimsenmiş olması, meydana gelen olayların eksiksiz raporlanması gibi hususların öne çıktığı görülmektedir.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde çalışmada kullanılan araştırma yönteminin modeli, örnekleme, veri toplama araçları ve veri toplama süreci ile verilerin analizine ve yorumlanmasına ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Çalışma kapsamında karma araştırma yöntemi benimsenmiş olup araştırmanın metodolojik yönelimi nitel araştırma yöntemi ağırlıktadır. Karma araştırma yöntemi, araştırılan olgunun derinlemesine anlaşılması için tek bir araştırma yöntemi ve veri kaynağının yeterli olmadığı varsayımına dayanmaktadır. Karma araştırmanın amacı hem nitel hem de nicel yöntemlerin güçlü yönlerini kullanarak araştırma konusunun daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu yaklaşımda, nicel ve nitel verilerin farklı türde bilgi sağladığı varsayımı üzerine kurulu olup katılımcıların bakış açıları hakkında detaylı niteliksel bilgi ve olguya ilişkin nicel sayılar ortaya konulmaktadır (Creswell, 2009; Teddlie & Tashakkori, 2009; Aziz, 2015).

Şiddet olgusunun karmaşık dinamikleri ve çözüme dirençli yapısı göz önüne alındığında, mümkün olan en kapsamlı değerlendirmeye olanak verecek olması nedeniyle bu yöntem kullanılmıştır. Buna ek olarak, şiddet ile mücadele stratejilerinin etkinliğinin analiz edilmesi, mağdur çalışanlar ve sağlık kurumları yöneticilerinin şiddet ile mücadele konusundaki deneyim, görüş ve önerilerinin nitel araştırma deseni ile ortaya çıkartılabileceği düşünülmüştür. Araştırmada yakınsayan paralel karma yöntemi deseni kullanılmış olup nitel ve nicel veriler beraber toplanmış, veriler kendi yöntemleri dahilinde ayrı ayrı analiz edilerek bulguların birbirini tamamlayıcı yönleri sorgulanarak yorumlanmıştır.

Araştırmanın nicel aşamasında, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi dahilinde meydana gelen şiddet olaylarına dair zaman, mekân, mağdur personel özellikleri, şiddet uygulayanın özellikleri, olayların tetikleyici nedenleri gibi değişkenler, betimsel retrospektif tarama modeli benimsenerek ele alınmıştır. Sağlıkta şiddet olgusu Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde yaşanan çalışana yönelik şiddet olaylarının düzeyleri sorgulanarak irdelenmiştir.

Araştırmanın nitel aşaması, fenomenolojik desen çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Kuramsal temellerini 20. yy'ın önde gelen filozoflarından Edmund Husserl'in attığı fenomenoloji / görüngü bilimi, öznel şekilde yaşanan ve deneyimlenen nesnel gerçekliğin felsefi incelemesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Sokolowski, 1999). Dış dünyaya ilişkin varsayımlardan kaçınarak bilincin evrensel özelliklerini araştırmayı, olguları özneye göründükleri haliyle tanımlamayı ve yaşanan deneyimlerin anlam ve önemini keşfetmeyi amaçlamaktadır (Öktem, 2005; Sokolowski, 1999). Bu yaklaşım özellikle sosyal bilimlerde gerçekleştirilen nitel araştırmalarda öne çıkmış olup davranışa odaklanmak yerine öznel deneyime ilişkin daha derin bir anlayış sunmak için kullanılmaktadır. Çalışmada fenomenolojik yöntemin yorumlayıcı (hermenötik) modeli benimsenmiş olup sağlık çalışanlarının şiddet deneyimleri ve şiddet ile mücadele konusundaki düşünceleri yorumlanmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın çalışma evrenini, kamu hastanelerinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. 2021 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 1.251.992 sağlık personel görev yapmakta olup personelin 728.020'si Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda, 178.359'u üniversitelere bağlı kurumlarda, 345.543'ü ise özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023). Toplam sağlık çalışmanı içerisinde kamu hastanelerinde görev yapan personelin dağılımına tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Kamu Hastanelerinde Görev Yapan Personel

Meslek / Ünvan	Sıklık (n)
Uzman Hekim	41,700
Pratisyen Hekim	15,768
Asistan Hekim	14,360
Diş Hekimi	5,527
Eczacı	3,610
Hemşire	139,640
Ebe	30,429
Diğer Sağlık Personeli	85,113
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	206,426
Toplam	542,323

Kaynak: Sağlık Bilgi Sistemleri Müdürlüğü, 2023.

Kamu hastanelerinde görev yapan personelin yaklaşık %15'sini hekimler, %47'sini hekim harici sağlık personeli, %38'ini ise diğer personeli oluşturmaktadır.

Araştırmanın nicel aşamasının örneklemini Ankara Bilkent Şehir Hastanesi dahilinde 2022 ve 2023 yılları arasında yaşanan ve hakkında hukuki süreç başlatılmış olan 623 çalışana yönelik şiddet vakası ve bu vakalarda şiddete maruz kalmış olan toplam 752 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Tablo 2. Çalışana Yönelik Şiddet Olay Sayıları

<i>Yıl</i>	<i>Olay Sayısı</i>	<i>Mağdur Personel Sayısı</i>
2022	348	425
2023	275	327
Toplam	623	752

Araştırmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesinde;

- İçerisinde 7 farklı hastane bulundurması ve bu hastanelerin uzmanlık gerektiren ileri tetkik ve tedavi sunan merkezler oluşu,
- 4190 yatak kapasitesi ve toplam yaklaşık 17 bin çalışanı ile hizmet vermekte olup Türkiye'nin en büyük hastanelerinden biri oluşu,
- Hastanenin büyüklüğü ve farklı alanlarda sağlık hizmeti sunması ile hizmet alan profiline temsil yetisinin güçlü oluşu etkili olmuştur.

Araştırmanın nitel aşamasında ise, amaçlı örnekleme yöntemi ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Nitel araştırmalarda örneklem oluşturma süreçleri, nicel araştırmalarda olduğu kadar katı ve önceden belirlenmiş kurallara bağlı tanımlanmamaktadır (Coyne, 1997). Bu bağlamda amaçlı örnekleme, ihtiyaç duyulan özelliklere sahip olanların kasıtlı olarak olasılıksız şekilde seçilmesi ile karakterize edilmektedir. Araştırmaya katılımın birinci kriteri olarak görev yaptığı sırada, hasta ya da hasta yakınından şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmış olmak belirlenmiştir. Araştırmanın nicel aşamasına konu olan vakalardan elde edilen bulgular ışığında, yaşanan olayların meydana geldiği yer ve şiddete maruz kalan meslek grubu dağılımı gözetilerek sağlık çalışanlarına ulaşılarak araştırmaya davet edilmiştir. Aktif olarak sağlık hizmeti vermekte olan 17 katılımcıya ulaşılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu katılımcılara ek olarak, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi içerisinde hizmet veren 7 hastanenin yöneticilerine ulaşılmış, kariyerinde en az bir kez iş yeri şiddetine uğramış ve araştırmaya katılıma gönüllüler arasından 5 katılımcıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgilere tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

<i>Katılımcı</i>	<i>Cinsiyeti</i>	<i>Yaşı</i>	<i>Medeni Durumu</i>	<i>Mesleği</i>	<i>Bransı / Görev Yaptığı Birim</i>	<i>Meslekte Geçirdiği Süre</i>	<i>Görüşme Süresi</i>
K01	K	47	Bekar	Hekim (Doç. Dr.)	Kardiyoloji	25 yıl	50:10
K02	E	29	Evli	Hekim (Asistan Dr.)	Acil Tıp	5 yıl	28:30
K03	K	40	Evli	Hemşire	Erişkin Acil Servis	17 yıl	31:18
K04	E	28	Evli	Hemşire	Erişkin Acil Servis	4 yıl	28:52
K05	K	45	Evli	Hekim (Uzm. Dr.)	Dahiliye / Yönetici	22 yıl	38:43
K06	E	63	Evli	Hekim (Pratisyen Dr.)	Hasta Hakları Sorumlusu	38 yıl	68:17
K07	K	38	Evli	Sosyal Hizmet Uzmanı	Tıbbi Sosyal Hizmet	14 yıl	24:21
K08	K	49	Bekar	Hekim (Doç. Dr.)	Psikiyatri	25 yıl	36:05
K09	E	28	Bekar	Hekim (Asistan Dr.)	Genel Cerrahi	2 yıl	48:20
K10	K	25	Bekar	Hekim (Asistan Dr.)	Psikiyatri	2 yıl	21:43
K11	K	53	Evli	Hekim (Prof. Dr.)	Nöroloji	32 yıl	33:12
K12	K	45	Evli	Hekim (Prof. Dr.)	Acil Tıp	23 yıl	28:12
K13	E	64	Evli	Hekim (Pratisyen Dr.)	Yönetici	33 yıl	54:56
K14	K	34	Evli	Hekim (Asistan Dr.)	Pediyatri	8 yıl	27:50
K15	E	36	Bekar	Uzm. Psikolog	Çocuk Psikiyatri	11 yıl	52:43

K16	E	27	Bekar	Hemşire	Çocuk Acil Servis	4 yıl	21:45
K17	E	44	Evli	Hemşire	Yönetici	25 yıl	32:46
K18	K	46	Bekar	Diş Hekimi	-	23 yıl	23:52
K19	K	30	Evli	Hemşire	Erişkin Acil Servis	6 yıl	21:11
K20	K	53	Evli	Hekim (Uzm. Dr.)	Anestezi	30 yıl	28:32
K21	E	53	Evli	Hekim (Uzm. Dr.)	Aile Hekimliği / Yönetici	27 yıl	60:23
K22	K	28	Evli	Hemşire	Erişkin Acil Servis	5 yıl	22:56

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın nicel ve nitel aşamalarında iki farklı veri kaynağından veri toplanmıştır. Nicel aşamada belge inceleme, nitel aşamada ise yarı yapılandırılmış görüşme araçları kullanılmıştır.

3.3.1. Belge İnceleme

Araştırmanın nicel aşamasında, 1 Ocak 2022 ve 31 Aralık 2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde meydana gelen ve beyaz kod uygulaması kapsamında hakkında adli ve idari bildirim işlemleri başlatılan hasta ve hasta yakınları tarafından çalışana yönelik şiddet içeren olaylar analiz edilmiştir. Hastane yönetiminden alınan izin ile bu olaylara ilişkin sağlık çalışanı, güvenlik görevlisi ve çalışan hakları sorumlusunca düzenlenen olay tutanakları, olay bildirim formları ve ihbar dilekçeleri incelenmiştir. Bu bağlamda yaklaşık 1500 sayfa belge okunmuş, aşağıda belirtilen değişkenler çerçevesinde Microsoft Excel programına kaydedilmiştir.

Belgelerden alınan değişkenler sırasıyla; Olay No - Olay Tarihi - Olay Saati - Olayın Meydana Geldiği Hastane - Bölüm - Birim - Mahal - Mağdur Personelin Mesleği - Mağdur Personelin Cinsiyeti - Şiddet Uygulayanın Hastanede Bulunuş Nedeni (Hasta/Hasta Yakını/Diğer) - Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti - Şiddetin Türü (Sözel/Fiziksel/Cinsel) - Olayın Kök Nedeni - Açıklayıcı Diğer Nedenler başlıkları altında toplanmıştır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarına ilişkin yukarıda belirtilen verilere ek olarak, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi dahilinde görev yapan personelin meslek ve görev yaptığı yer dağılımı ile hastanelere yapılan ayaktan ve yatan hasta başvuru sayılarına ulaşılmıştır.

3.3.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel aşamasının veri toplama aracı yarı yapılandırılmış görüşme olarak seçilmiştir. Görüşme formu aynı zamanda araştırmaya davet belgesi şeklinde hazırlanmış olup görüşme öncesinde katılımcının hazırlık yapmasına da olanak sağlamıştır. Katılımcı görüşme süresi boyunca soruları aynı zamanda görüşme formu üzerinden de takip edebilmiştir. Görüşmeye katılımcının yaşı, medeni durumu, mesleği, branşı, görev yaptığı birimi ve mesleğinde geçirdiği toplam sürenin sorulmasıyla başlanmıştır. Öncelikle katılımcılara, sağlık kurumları bağlamında iş yeri şiddetini nasıl tanımladıkları ve sıklıkla maruz kaldıkları ya da tanık oldukları şiddet türlerinin neler olduğu sorulmuştur. Bu iki soruyla, katılımcının iş yeri şiddetini nasıl algıladığı, şiddeti hangi genişlikte (dar ya da geniş) bir çerçevede tanımladığının analizi amaçlanmıştır. Takibinde sağlıkta şiddet sorununun, toplumda karşılaşılan diğer şiddet türleri ile benzer ya da farklı noktalarına dair görüşleri sorulmuştur. Bu soruyla, sağlıkta şiddet sorununun etkileri ve önemine ilişkin katılımcının görüşleri sorgulanmak istenmiştir.

Takibinde, katılımcının kariyeri boyunca iş yerinde şiddete maruz kalma sıklıkları sorulmuş ve maruz kaldıkları olaylar arasında kendilerini en çok etkileyen bir olayı anlatmaları istenmiştir. Bu sorular ile, maruz kalınan olayların oluş şekli, nedenleri, saldırganın kimliği, olaya verilen tepkiler, olayın yarattığı ruhsal ya da fizyolojik etkiler, şiddet ile baş etme stratejileri ve olayın adli/idari sonuçlarına dair deneyimlere ulaşılmak amaçlanmıştır.

Bir sonraki soruda, katılımcıdan kendi maruz kaldıkları ya da tanık oldukları olaylardan mümkün olduğu kadar sıyrılmaları istenmiş ve ülkemizde yaşanan sağlıkta şiddet olaylarının nedenlerine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Bu soruda, katılımcıya olayların kısa süreli tetikleyici unsurlarından ziyade, yaşanan olayların temelinde yatan sorunlardan bahsetmeleri yönünde açıklama yapılmıştır. Takip eden soruda ise, sağlıkta şiddet sorununun sonuçları ve etkileri hakkında görüşleri sorulmuştur. Bu soruda ise sorunun kısa, orta ve uzun vadede beklenen sonuçlarına değinilmesine yönelik açıklama yapılmıştır. Katılımcının meslek ve branş seçiminde sağlıkta şiddet olgusunun etkisinin olup olmadığı, halihazırda mevcut

kariyer planına etkisini ne olduğu sorulmuş olup sağlıkta şiddet sorunun sağlık personeli üzerindeki etkilerine ilişkin bulgulara ulaşılmak istenmiştir.

Katılımcılara aynı zamanda medyadaki sağlıkta şiddet haberlerine ilişkin görüşleri sorulmuş olup, bu haberlerin sağlık çalışanının ruhsal bütünlüğüne etkisi ve bu haberlerin sorunun çözümüne katkı sağlayıp sağlamadığına dair düşünceleri sorgulanmıştır. Görüşmenin sonunda ise, sağlıkta şiddet sorununa ilişkin mevcut uygulamaların yeterliliği ve eksik kalınan noktalar sorulmuş, devamında sorunun çözümüne ilişkin atılabilecek adımlar sorulmuştur. Son olarak, bu sorunun geleceğine ilişkin katılımcının tahmin ve beklentileri sorulmuş olup bu soruda da çözüme ilişkin beklentilerin sorgulanması amaçlanmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Öncelikle araştırma sorunu ve tasarımı belirlenerek çalışmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilebilmesi amacıyla hazırlanan tez öneri formu ile hastane başhekimliğine başvuruda bulunulmuştur. Çalışmanın hastanede gerçekleştirilebileceğine dair 01.02.2023 tarih ve E-72300690-770-208381527 sayılı yazı ile idari izin alınmıştır. Takibi süreçte çalışmanın kuramsal çerçevesi çizilmiş, araştırmanın etik kurul onayı için 05.06.2023 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonuna başvuruda bulunulmuştur. 01.08.2023 tarih ve E-35853172-300-00002990708 sayılı yazı ile araştırmanın etik onayı alınarak veri toplama sürecine başlanmıştır.

Araştırmanın nicel aşamasına konu olan belge ve verilere, yapılan başvuruya istinaden Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliğinin 02.11.2023 tarih ve E-72300690-770-228354389 sayılı yazısı aracılığıyla ulaşılmıştır. Bu bağlamda, 01.01.2022 ve 31.12.2023 tarihlerini kapsayacak aralıkta hastane içerisinde meydana gelen ve beyaz kod sistemine kaydedilen 623 çalışana yönelik şiddet olayına ilişkin değişkenler Microsoft Excel programında kaydedilmiştir. Aynı zamanda hastanenin Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi aracılığıyla hastanede görev yapmakta olan personelin meslek ve görev yeri dağılımı ile

hastaneye ayaktan ve yatan hasta başvuru sayıları alınmıştır. Nicel aşamaya ilişkin veri toplama süreci 05.01.2024 tarihinde sonlanmıştır.

Araştırmanın nitel aşamasına yarı yapılandırılmış görüşme formunun hazırlanması ile başlanmıştır. Bu amaçla yapılan literatür taramasında öne çıkan nitel araştırmalarda kullanılan görüşme soru ve yönergeleri incelenmiştir (Yeşilbaş, 2015; Nafaji ve diğerleri, 2018; Seyran ve diğerleri, 2018; Davey ve diğerleri, 2020; Özkan ve diğerleri, 2021; Abou-Abbas ve diğerleri, 2023; Alp, 2023). Literatürdeki çalışmalar ve araştırmacının alandaki mesleki birikimi çerçevesinde görüşme soruları ve görüşme yönergesi (soru açıklamaları) düzenlenmiştir. Katılımcıların araştırma konusunda paylaşımda bulunma isteklerinin yüksek olacağı varsayımı ile soru sayısı görece fazla tutulmuştur. İlk görüşme 20.10.2023 tarihinde gerçekleştirilmiş olup ilk üç görüşmeyi takiben katılımcılardan her bir sorunun anlaşılabilirliği, görüşme süresinin uzunluğu ve görüşmede eksik kalan noktalar konularında geri bildirimler alınmış; görüşme formunda düzenlemelere gidilmiştir. Aynı zamanda yapılan her görüşmenin sonunda katılımcıya yanıtladığı sorular haricinde eksik kalan ya da üzerinde yeterince durulmayan husus hakkında görüşleri sorulmuştur. Takibi süreçte beyaz kod sistemi üzerinden muhtemel katılımcılara telefon üzerinden ulaşılarak araştırma hakkında bilgi verilerek katılım davetinde bulunulmuştur. 29.11.2023 tarihinde gerçekleştirilen son görüşme ile katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan tema ve desenlerdeki tekrarlar göz önünde bulundurularak araştırmanın veri doyumuna ulaştığı kanısı oluşmuş ve veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Gerçekleştirilen 22 görüşmenin tamamı, veri çözümleme sürecine dahil edilebilmiştir.

3.5. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ

Araştırmanın nicel aşamasına dair veriler, ilgili belgeler incelenerek toplanmıştır. 01.01.2022 ve 31.12.2023 tarihleri arasında hasta / hasta yakınları tarafından çalışana yönelik gerçekleşen ve hakkında beyaz kod bildiriminde bulunulan 623 şiddet olayına ilişkin olay tutanakları, güvenlik bildirim formları ve ihbar dilekçeleri okunarak Microsoft Excel programında 16 değişken altında işlenmiştir. Sıklık ve yüzde hesaplamaları ile verilerin

çözümlemesinde aynı programdan yararlanılmış olup olaylara ilişkin elde edilen verilerin düzeyleri, değişkenler arasında gerçekleştirilen karşılaştırmalar ile analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

Nitel aşamadan elde edilen veriler (görüşmelerin ses kayıtları) öncelikle Microsoft Word programında metin haline getirilmiştir. Metin haline getirilen verilerin çözümlemesinde MAXQDA 24 adlı nitel veri analizine yönelik yazılımdan yararlanılmıştır. Metinler defaatle okunmuş, katılımcıların yanıtları ilgili programda analiz edilmeye uygun şekilde metin içinde konumlandırılmıştır. Görüşme kayıtlarında benzerlik gösteren ve tekrarlayan deneyim, düşünce ve görüşlere ilişkin ifadeler, kelime ve kelime öbekleri taranarak kodlanmıştır. Görüşme kayıtlarında en az 21, en fazla 38 alan kodlaması yapılmıştır. Belirlenen bu kodlar, alt kategoriler ve kategoriler altında sınıflandırılmıştır. İlgili kod-alt kategori-kategorilerden bir tema haritası elde edilmiştir. MAXQDA programı aracılığıyla elde edilen bulgular görselleştirilmiştir.

Şekil 3. Nitel Aşamadan Elde Edilen Temalar



Görüşmelerin ikinci bölümünde katılımcılara sorulan “Sağlık şiddet olgusunu nasıl sınıflandırırsınız?” sorusuna katılımcıların birbirinden oldukça farklı anlam atfettikleri görülmüş, elde edilen verilerden anlamlı bir yorumlama yapılamayacağı anlaşıldığından bu veriler çözümlenmeye dahil edilmiştir.

3.6. SÜRE VE OLANAKLAR

Bu çalışma 2023 yılı Ocak ve 2024 yılı Şubat ayları arasında tamamlanmıştır. Çalışmanın metodolojisinin belirlenmesi ve kuramsal çerçevesinin çizilmesi 2023 yılı Ocak - Haziran ayları arasında tamamlanmıştır. Araştırma verileri ise 2023 yılı Ekim ve 2024 yılı Ocak ayları arasında toplanmış olup veri analizi ve araştırma raporunun yazımı 2024 yılı Şubat ayı içerisinde sonlanmıştır.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birim sorumlusu olarak görev yapmam araştırmanın gerek nicel gerekse nitel aşamasına dair örneklem ve araştırma verilerine ulaşmam konusunda önemli imkanlar sağlamıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliğinin desteği sayesinde katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmeler, birim odası veya personelin hizmet verdiği mahallerde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirilmesinde gereksinim duyulan yazılımların kullanım lisansları, araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Bulgular ve yorum bölümünde öncelikle araştırmanın nicel aşamasına ilişkin elde edilen veriler sunulacaktır. Takibinde nitel aşamaya ilişkin gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmeler analiz edilerek iki yöntemden çıkarılan sonuçlar karşılaştırılarak yorumlanacaktır.

4.1. NİCEL AŞAMAYA İLİŞKİN BULGU VE YORUMLAR

Araştırmaya 01.01.2022 ve 31.12.2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde meydana gelen ve çalışan güvenliğine ilişkin beyaz kod mevzuatı kapsamında hakkında işlem başlatılan toplam 623 olay konu edilmiştir. Olaylara ilişkin güvenlik görevlilerince düzenlenen olay bildirim formları, mağdur personelce düzenlenen olay tutanakları ve ihbar dilekçeleri incelenmiştir. Veriler olay tarihi, saati, şiddetin türü, olayın meydana geldiği yer, mağdur personelin ünvanı ve cinsiyeti, şiddet uygulayanın hastanede bulunma nedeni (hasta, hasta yakını ve diğer), şiddet uygulayanın cinsiyeti ve şiddeti tetikleyen unsurlar parametrelerinde toplanmıştır. Elde edilen veriler betimsel tarama yöntemi benimsenerek analiz edilmiştir.

4.1.1. Şiddetin Türü

Olayların şiddetin türüne göre dağılımı sözel, fiziksel ve cinsel şiddet sınıflandırması ile ele alınmıştır. Sözel şiddet içeren olaylara sadece hakaret ve tehdit unsurlarının meydana geldiği durumlar dahil edilmiş olup fiziksel şiddet içeren olaylara ise her türlü itme, tutma, vurma ve kasten yaralamaya ilişkin eylemin meydana geldiği unsurlar dahil edilmiştir. Olayın fiziksel şiddet olarak sınıflandırılmasında adli muayene raporunun alınmış olması bir kriter olarak kullanılmamış, sağlık personeline düzenlenen tutanaklar üzerinden sınıflandırma yapılmıştır. Hem fiziksel hem de sözel şiddet unsurlarının yaşandığı olaylar fiziksel şiddet

içeren olaylar içerisinde sayılmış olup olayların şiddet türüne göre dağılımı tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Şiddetin Tür Bazlı Dağılımı

Şiddet Türü	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Sözel şiddet içeren	567	91,01
Fiziksel şiddet içeren	54	8,67
Cinsel şiddet içeren	2	0,32
Toplam	623	100

Bildirimde bulunulan olayların tamamına yakınının tehdit ve hakaret içeren sözel şiddet olayları olduğu görülmüştür. Olayların onda birinden azında fiziksel şiddet unsuru da meydana gelmiştir. Cinsel şiddet içeren iki olayda ise sarkıntılık ve teşhir suçuna ilişkin unsurların meydana geldiği görülmüştür.

Fiziksel şiddet içeren olaylarda sıklıkla hangi meslek grubunun mağdur olduğuna dair dağılım tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Fiziksel Şiddet İçeren Olaylarda Mağdurların Meslek Dağılımı

Meslek	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Güvenlik Görevlisi	22	40,74
Hekim	13	24,07
Hekim Harici Sağlık Personeli (Hemşire, Sağlık Lisansiyeri, Sağlık Teknikeri)	13	24,07
Destek Personeli (Hasta Kayıt, Yönlendirme Personeli)	6	11,11
Toplam	54	100

Güvenlik görevlilerinin fiziksel şiddet içeren olaylara maruz kalma risklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Olayların büyük çoğunluğunda hasta ve / veya yakınlarının birincil

muhataplarının diğerk sağlık personeli olduğu, guvenlik goevlisinin olaya mudahale sirasinda fiziksel siddete maruz kaldığı anlaşılmıştır. Hasta ve / veya yakınının olay yaşanan yerden uzaklaştırılması ya da alana girmesine engel olunması nedeniyle sıklıkla yumruk atma, itme, yakadan tutma vb. fiziksel siddet unsurlarının meydana geldiği gorumuştur. Takip eden tabloda fiziksel siddete başvuran tarafın hasta veya hasta yakını oluşuna dair dağılıma yer verilmiştir.

Tablo 6. Fiziksel Şiddete Başvuranın Kimliği

Hastanede Bulunuş Nedeni	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Hasta Yakın(lar)ı Olarak	40	74,07
Hasta Olarak	14	25,93
Toplam	54	100

Fiziksel siddet unsuru iğereren vakaların önemli bir çoğunluğunun hasta yakınları tarafından geręekleřtirildiđi gorumuştur. Olayların sadece dörtte birinde hastaların fiziksel siddete başvurduğu sonucu elde edilmiştir.

4.1.2. Mağdur Personelin Mesleği

2 yıl boyunca beyaz kod uygulaması kapsamında bildirimde bulunulan 632 olayda toplam 752 ęalıřanın mağdur olduğu gorumuştur. Bu ęalıřmada mağduriyet tanımlaması, personel veya guvenlik goevlilerince duzenlenen tutanaklar uzerinden yapılmış olup subjektif bir anlam taşımaktadır. Suç duyurusunda bulunulan bu olaylar hakkında geręekleřtirilen soruşturma ve kovuşturma suereğlerinin sonuçlarına dair bir tanımlama iğermemektedir. Bu bağlamda, mağdur personelin meslek dağılımına tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7. Mağdur Personelin Meslek Dağılımı

<i>Meslek</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Hekim	405	53,86
Hemşire	207	27,53
Güvenlik Görevlisi	66	8,78
Hasta Kayıt / HYRRT Görevlisi	22	2,93
Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	20	2,66
Ebe	15	1,99
İdari ve Destek Personeli	11	1,46
Sağlık Lisansiyeri	6	0,80
Toplam	752	100,00

Mağdur personelin meslek dağılımlarına bakıldığında yarıdan fazlasının doktor, dörtte birinin hemşire, onda birinin güvenlik görevlisi olduğu görülmüştür. Sağlık lisansiyeri (biyolog, çocuk gelişim uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı vb.) ise mağdur personelin yüzde birinden azını oluşturmuştur. Hastanede görev yapmakta olan personel dağılımına bakıldığında ise personelin üçte birini doktorların, yüzde otuzunu hemşirelerin; yüzde birini ise sağlık lisansiyerlerinin oluşturduğu görülmüş olup tablo 8’te bu dağılıma ilişkin karşılaştırma sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 8. Hastanede Görev Yapan Personelin Meslek Dağılımı ile Şiddete Maruz Kalan Personelin Meslek Dağılımı Karşılaştırması

<i>Meslek</i>	<i>Görev Yapan Personel Yüzdesi (%)</i>	<i>Şiddete Maruz Kalan Personel Yüzdesi (%)</i>	<i>Fark Yüzdesi (%)</i>
Hekim	31,39	53,86	+22,47
Hemşire	28,96	27,53	-1,43
Güvenlik Görevlisi	2,58	8,78	+6,20
Hasta Kayıt / HYRRT Görevlisi	8,50	2,93	-5,57
Sağlık Teknikeri / Teknisyeni	9,89	2,66	-7,23
Ebe	4,30	1,99	-2,31
İdari ve Destek Personeli	11,18	1,46	-9,72
Sağlık Lisansiyeri	3,21	0,80	-2,42
Toplam	100,00	100,00	-

Yapılan karşılaştırmada, hastane personelinin yaklaşık üçte birini oluşturan doktorların olayların yarısından fazlasına maruz kaldığı sonucu dikkat çekmiştir. Buna ek olarak, hastane personelinin yüzde üçünü oluşturan güvenlik görevlilerinin olayların onda birine maruz kaldıkları görülmüştür. Bu bağlamda, meslek ve yapılan görev bazlı risk değerlendirmesinde doktor ve güvenlik görevlilerinin öne çıktığı, şiddete daha sık maruz kaldıkları görülmüştür.

Doktorların diğer personele oranla daha sık şiddete maruz kalmaları dikkat çekmiş olup doktorlar arasında şiddete maruz kalma oranları ünvanları baz alınarak tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Şiddete Maruz Kalan Hekimlerin Ünvan Dağılımı

Ünvan	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Asistan Doktor	290	71,60
Uzman Doktor	73	18,02
Eğitim Görevlisi Doktor	38	9,38
Yönetici Doktor	4	0,99
Toplam	405	100,00

Şiddete maruz kalan hekimlerin çoğunluğunu asistan hekimlerin oluşturduğu görülmüştür. Bu duruma, asistan doktorların kariyerlerinin başında olmasına bağlı olarak tecrübe eksikliğinin ve sıklıkla hasta yoğunluğunun en fazla olduğu acil servis ve polikliniklerde görev yapmalarının neden olduğu düşünülmektedir. Tablo 10’da hastanede görev yapmakta olan hekimlerin ünvan dağılımları ile şiddete maruz kalan hekimler arasındaki ünvan dağılımı karşılaştırılmış olup asistan hekimlerin şiddet ile daha sık karşı karşıya geldiği sonucu pekiştirilmiştir.

Tablo 10. Hastanede Görev Yapan Hekimlerin Ünvan Dağılımları ile Şiddete Maruz Kalan Hekimlerin Ünvan Dağılımları Karşılaştırması

Meslek	Görev Yapan Hekimler (%)	Şiddete Maruz Kalanlar (%)	Fark %
Asistan Doktor	61,66	71,60	+9,94
Uzman Doktor	21,29	18,02	-3,27
Eğitim Görevlisi Doktor	15,28	9,38	-5,90
Pratisyen Doktor ve Diş Hekimi	1,21	0,00	-1,21
Yönetici Doktor	0,56	0,99	+0,43
Toplam	100,00	100,00	-

Asistan doktorlar, hastanede görev yapmakta olan doktorların yaklaşık üçte ikisini oluştururken şiddete maruz kalan hekimlerin %71,6’sını oluşturmaktadır. Uzman hekim ve eğitim görevlisi hekimlerin ise görev yapan tüm hekimlerin yaklaşık üçte birini oluşturduğu

fakat yaşanan şiddet olaylarının yaklaşık dörtte birinin mağdurlarını oluşturduğu görülmüştür. Bu bağlamda, kariyer basamaklarında daha ileride olan hekimlerin, şiddet ile daha seyrek karşılaştığı ya da meydana gelen şiddeti daha seyrek bildirdiği değerlendirilmiştir. Yönetici / idareci doktorlara yönelen şiddetin ise neredeyse tamamının kendi hastalarıyla olan ilişkiden değil, yönetici kimlikleri ile ilişkili meydana geldiği anlaşılmıştır.

4.1.3. Mağdur Personelin Cinsiyeti

Bu bölümde sağlık çalışanının cinsiyetinin şiddete maruz kalma riski üzerindeki etkisi değerlendirilmiş olup Tablo 11’de mağdur personelin ve hastanedeki toplam personelin cinsiyet dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 11. Hastanede Görev Yapan Personelin Cinsiyet Dağılımı ile Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyet Dağılımı Karşılaştırması

<i>Cinsiyet</i>	<i>Toplam Personel İçerisinde (%)</i>	<i>Şiddete Maruz Kalan Personel İçerisinde (%)</i>	<i>Fark (%)</i>
Kadın	65,89	61,30	-4,59
Erkek	34,11	38,70	+4,59
Toplam	100,00	100,00	-

Hastanede görev yapan personelin cinsiyet dağılımı ile şiddete maruz kalan personelin cinsiyet dağılımı karşılaştırılmış olup anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Bir sonraki tabloda mağdur personelin cinsiyeti ve yaşanan şiddetin türü arasında yapılan karşılaştırmaya yer verilmiştir.

Tablo 12. Mağdur Personelin Cinsiyetine Göre Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri

<i>Cinsiyet</i>	<i>Fiziksel Şiddet</i>		<i>Sözel Şiddet</i>	
	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Kadın	20	37,04	365	64,37
Erkek	34	62,96	202	35,63
Toplam	54	100,00	567	100,00

Yapılan karşılaştırmada, fiziksel şiddet içeren olayların üçte ikisinde erkek personelin, sözel şiddet içeren olayların üçte ikisinde ise kadın personelin mağdur olduğu görülmüştür. Hastane personelinin kadın – erkek dağılımı gözetildiğinde, fiziksel şiddete maruz kalma riskinin erkeklerde kadınlara oranla, sözel şiddete maruz kalma riskinin ise kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.1.4. Şiddetin Yaşandığı Zaman

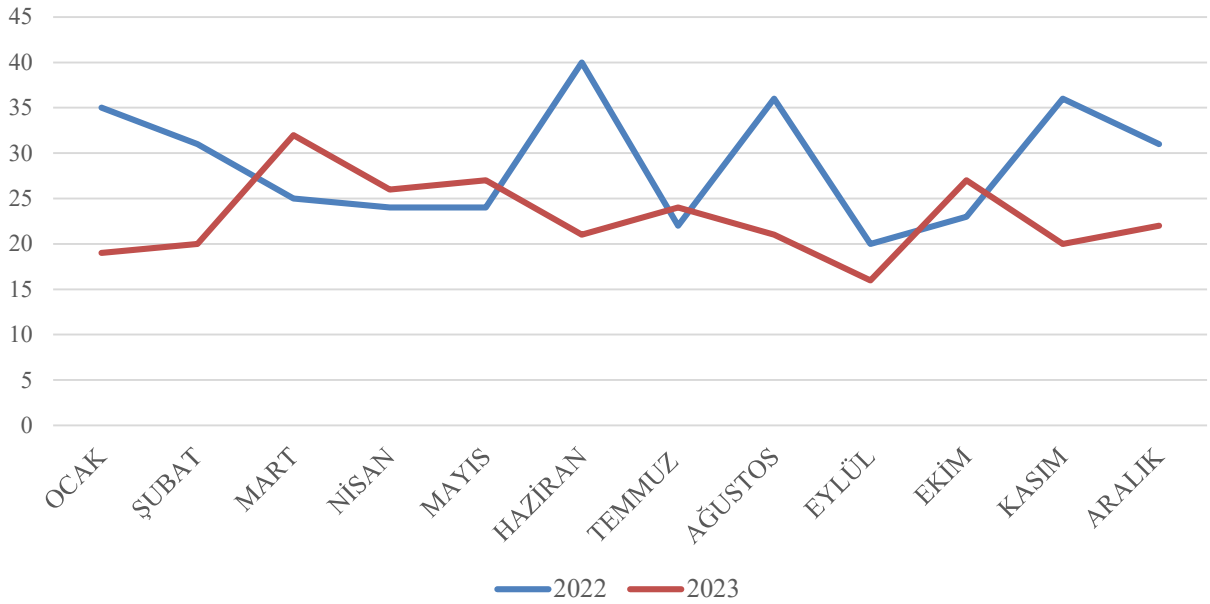
Şiddetin yaşandığı zamana ilişkin değişkenler, şiddetin gün içerisinde meydana geldiği saat ile yıl içerisinde meydana geldiği dönemler alt başlıklarında ele alınmıştır.

Öncelikle tablo 13’de şiddetin gün içerisinde meydana geldiği zaman bazlı dağılım ele alınmıştır. Bu bağlamda olayların yaklaşık üçte ikisinin mesai saatleri içerisinde, üçte birinin ise nöbet saatleri içerisinde meydana geldiği görülmüştür. Mesai saatleri haricinde hastanede görev yapan personel sayısının, mesai saatleri içerisinde görev yapan personel sayısına oranının yaklaşık dörtte bir olduğu ve sağlık hizmeti alan hasta sayısındaki fark göz önüne alındığında, çalışana yönelik şiddet içerikli olay yaşanma riskinin nöbet saatlerinde daha yüksek olduğu yorumunda bulunulmuştur.

Tablo 13. Şiddetin Meydana Geldiği Saatler

Olay Zamanı	Sıklık (n)	Yüzde (%)
08:00 – 17:00 Arasında	392	62,92
17:00 – 08:00 Arasında	231	37,08
Toplam	623	100

Şiddetin meydana geldiği zamana ilişkin bir diğer değişken, vaka sayılarındaki dönemsel farklılıklar olarak ele alınabilir. Grafik 4'te 2022 ve 2023 yıllarında yaşanan şiddet olaylarının aylara dağılımına yer verilmiştir.

Grafik 4. Aylara Göre Olay Sayıları

Araştırmada bir ayda meydana gelen olay sayılarının 20 ile 40 arasında değişkenlik gösterdiği görülmüş; yıl içerisinde şiddetin artış ya da azalış gösterdiği dönemlere ilişkin yorum yapılabilecek istatistiksel bir veriye ulaşılamamıştır. Buna ek olarak, 2022 yılında gerçekleşen 347 olayın, 2023 yılında %20 azalış ile 275 olaya düşmesi dikkat çekmiştir.

4.1.5. Şiddetin Yaşandığı Yerler

Tablo 14’de hastane içerisinde şiddetin meydana geldiği yerlerin dağılımı sunulmuştur. Hastane içerisinde sağlık hizmeti sunulan bölüm ve birimlerinin işleyiş ve hasta profilleri önemli farklar göstermekte olup şiddetin meydana gelmesinde bu farklılıkların etkisi sorgulanmıştır.

Tablo 14. Şiddet Olaylarının Meydana Geldiği Bölümlere Dağılımı

<i>Bölüm</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Acil Servisler	219	35,15
Poliklinikler	190	30,50
Yataklı Klinikler (Servisler)	128	20,55
Tetkik ve Görüntüleme Birimleri	41	6,58
Yoğun Bakım Üniteleri	20	3,21
Diğer Alanlar	11	1,77
İdari Birimler	8	1,28
Ameliyathaneler	6	0,96
Toplam	623	100,00

Hasta yoğunluğuna paralel olarak hastane içerisinde çalışana yönelik şiddet olayları, en sık acil servislerde, sonrasında poliklinikler ve yataklı servislerde meydana gelmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde Erişkin Acil Servis, Çocuk Acil Servis ve Kadın Doğum Acil Servis olmak üzere idari olarak birbirinden bağımsız olarak üç farklı alanda acil servis bulunmaktadır. Takip eden tabloda şiddet olaylarının bu acil servisler arasındaki dağılıma yer verilmiştir.

Tablo 15. Acil Servislerde Yaşanan Şiddet Olaylarının Dağılımı

Bölüm	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Yetişkin Acil Servis	163	74,43
Çocuk Acil Servis	50	22,83
Kadın Doğum Acil Servis	6	2,74
Toplam	219	100,00

Acil servislerde meydana gelen olayların neredeyse dörtte üçünün Erişkin Acil Servis'te yaşandığı görülmektedir. Kadın doğum acil servise kadın hastalar, gebeliklerine ilişkin durumlarda başvurmakta olup erişkin acil servise tüm hastalar başvurmaktadır. Bu bağlamda bölüme başvuran hasta profilinin şiddetin meydana gelme riski üzerindeki etkisi görülmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi dahilinde 7 farklı hastane hizmet vermektedir. Her hastanenin başhekimliği, kendine öz yönetim prosedürleri ve hasta profilleri bulunmaktadır. Gerek personel sayısı gerekse kapladığı alan bakımından bu hastanelerin en büyüğü Genel Hastane'dir. Genel Hastane'yi benzer büyüklükteki Çocuk Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Nöroloji-Ortopedi Hastanesi ve Kalp Damar Hastanesi takip etmektedir. Takip eden tabloda çalışana yönelik şiddet olaylarının hastane bazlı dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 16. Şiddet Olaylarının Hastane Bazlı Dağılımı

Hastane	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Genel Hastane	266	42,70
Çocuk Hastanesi	114	18,30
Onkoloji Hastanesi	70	11,24
Kalp Damar Hastanesi	55	8,83
Nöroloji-Ortopedi Hastanesi	55	8,83
Kadın Doğum Hastanesi	40	6,42
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	23	3,69
Toplam	623	100,00

Çalışana yönelik şiddet olayının en sık meydana geldiği hastanenin önemli bir fark ile Genel Hastane olduğu görülmektedir. Bu duruma, Erişkin Acil Servisin Genel Hastane dahilinde hizmet vermesinin ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesine gelen hastaların birincil başvuru noktalarının Genel Hastane’de olmasının neden olduğu söylenebilir. Buna ek olarak, hastaneler arasında personel ve hizmet verilen hasta sayılarında önemli farklar bulunmaktadır. Bir sonraki tabloda bu farklar gözetilerek çalışana yönelik şiddet olayları (ÇYŞ) ele alınmıştır.

Tablo 17. Şiddet Olayları ile Personel Sayısı ve Hasta Başvuruları Karşılaştırması

Hastane	*Personel Dağılımı %	*Hasta Dağılımı %	ÇYŞ Dağılımı %
Genel Hastane	29,05	34,85	42,70
Çocuk Hastanesi	14,86	16,68	18,30
Onkoloji Hastanesi	14,07	14,22	11,24
Kalp Damar Hastanesi	12,18	8,27	8,83
Nöroloji-Ortopedi Hastanesi	12,18	12,56	8,83
Kadın Doğum Hastanesi	12,32	10,73	6,42
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	5,33	2,69	3,69
Toplam	100,00	100,00	100,00

*Personel ve hasta dağılım oranları, 2 yılın ortancası olması amacıyla 2023 yılı birinci 3 aylık dönemine dair verilerden baz alınmıştır. Hasta sayılarına ayaktan ve yataklı servislerde tedavi gören tüm başvurular dâhil edilmiştir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde görev yapan personelin üçte birine yakını Genel Hastane’de çalışmaktadır. Hastaneye başvuruda bulunan tüm hastaların ise üçte birinden fazlası Genel Hastane’de tedavi görmüş olup yaşanan ve bildirimde bulunan çalışana yönelik şiddet olaylarının yarıya yakını bu hastanede meydana gelmiştir. Hastaneye başvuran hastaların öncelikli durak noktasının Genel Hastane olması, hasta profilinin çalışana yönelik şiddet riskine etki ettiği yorumuna neden olmuştur.

Bu bağlamda, ileri tetkik ve tedavi imkanları sunulan ve hasta profilleri (kanser hastası, gebe, rehabilitasyon hastası, çocuk hasta vb.) özel olan hastanelerdeki personel ve hasta dağılımına oranla daha düşük sıklıkta şiddet olayının yaşanması dikkat çekmiştir. Bu çerçevede yalnızca Çocuk Hastanesinde personel ve hasta dağılımına oranla daha sık şiddet olayı meydana geldiği görülmüştür fakat hesaplanan farkın istatistikî anlamlılığı sınırlıdır.

4.1.6. Şiddet Uygulayana Göre Dağılım

Sağlık çalışanına yönelik şiddet olgusuna etki eden önemli bir diğer etken ise şiddet uygulayanın kim olduğuyla ilişkilidir. Bu konuda, şiddet uygulayanın cinsiyeti ile hastanede hasta ya da hasta yakını olarak bulunması bağlamında elde edilen veriler analiz edilmiştir. Öncelikle şiddet uygulayanın hasta ve / veya hasta yakını oluşu irdelenmiş olup tablo 18’de bu dağılıma yer verilmiştir

Tablo 18. Şiddete Başvuranın Hastanede Bulunma Nedenine İlişkin Dağılım

<i>Hastanede Bulunma Nedeni</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Hasta Yakın(lar)ı	377	60,51
Hasta	204	32,74
Hasta ve Yakın(lar)ı Birlikte	39	6,26
Diğer	3	0,48
Toplam	623	100,00

Çalışana yönelik şiddet olaylarının çoğunluğunda şiddet uygulayanların hasta yakını olduğu görülmüştür. Vakaların üçte birinde hastaların, yüzde altısında ise hasta ve yakınlarının birlikte şiddete yöneldiği anlaşılmıştır. Bir vakanın kişisel husumet nedeniyle, bir vakanın ise hasta getiren farklı bir sağlık kurumu görevlisi ile hastane görevlisi arasında meydana geldiği görülmüştür. Bir vakanın tarafının hasta mı hasta yakını mı olduğu tespit edilemediği görülmüştür.

Şiddete başvuran kesimin çoğunlukla hasta yakınları olmasında, hastanın iyilik durumu hakkında hasta yakınlarının hissettiği endişe, korku ve duygusal stresin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, bu tür endişe ve olumsuz duyguların azaltılmasında hastanın durumu hakkında yakınlarının sık ve detaylı bilgilendirmenin şiddetin ortaya çıkma riskini düşürebileceği tahmin edilmektedir.

Hasta ve yakınlarının daha sık hangi bölümlerde şiddete başvurduğuna dair dağılımına tablo 19’da yer verilmiştir.

Tablo 19. Şiddet Uygulayanın Kimliği ile Şiddetin Yaşandığı Bölüm Karşılaştırması

<i>Hastanede Bulunma Nedeni</i>	<i>Acil Servisler</i>		<i>Poliklinikler</i>		<i>Yataklı Servisler*</i>		<i>Diğer Alanlar**</i>	
	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Hasta Yakın(lar)ı	127	64,14	68	43,04	118	76,62	38	63,33
Hasta	59	29,80	76	48,10	25	16,23	18	30,00
Hasta ve Yakın(lar)ı	11	5,56	14	8,86	11	7,14	2	3,33
Diğer	1	0,51	-	-	-	-	2	3,33
Toplam	198	100,00	158	100,00	154	100,00	60	100,00

*Yataklı servislere, yoğun bakım üniteleri ve ameliyathaneler dâhil edilmiştir.

** Diğer alanlara tetkik ve görüntüleme birimleri, idari birimler ve ara alanlar dâhil edilmiştir.

Acil servislerde meydana gelen olayların çoğunluğunda şiddete başvuranın hasta yakını olduğu, polikliniklerde ise en sık hastaların şiddete başvurduğu dikkat çekmiştir. Yataklı servislerde de en sık şiddete başvuran tarafında hasta yakınları olduğu görülmüştür. Takip eden tabloda ise şiddete başvuran kişilerin cinsiyet dağılımı sunulmaktadır.

Tablo 20. Şiddete Başvuranların Cinsiyet Dağılımları

<i>Cinsiyet</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Erkek	402	65,96
Kadın	221	34,04
Toplam (Olay)	623	100,00

Olayların üçte ikisinde şiddete başvuranların erkek olduğu görülmektedir. Bu sonuç, sağlıkta şiddeti etkileyen risk faktörleri arasında hasta veya yakınlarının cinsiyetinin önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Bir sonraki tabloda şiddete başvuran kişinin cinsiyeti ile uyguladığı şiddetin türü karşılaştırılmıştır.

Tablo 21. Şiddet Başvurunun Cinsiyeti ile Uygulanan Şiddetin Türü Karşılaştırılması

<i>Cinsiyet</i>	<i>Fiziksel Şiddet</i>		<i>Sözel Şiddet</i>		<i>Cinsel Şiddet</i>	
	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Erkek	40	74,07	360	63,49	2	100
Kadın	14	25,93	207	36,51	0	0,00
Toplam	54	100,00	567	100,00	2	100,00

Fiziksel şiddet içeren olayların üçte dördünde şiddet uygulayanın erkek olduğu sözel şiddet içeren olayların ise neredeyse üçte ikisinde şiddet uygulayanın erkek olduğu görülmüştür. Şiddet uygulayana ilişkin değişkenlerden son olarak şiddet uygulayanın hastanede bulunma nedeni ile uygulanan şiddetin türü karşılaştırılmıştır;

Tablo 22. Şiddete Başvurunun Kimliği ile Uygulanan Şiddet Türü Karşılaştırması

<i>Hastanede Bulunma Nedeni</i>	<i>Fiziksel Şiddet</i>		<i>Sözel Şiddet</i>		<i>Cinsel Şiddet</i>	
	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Hasta Yakın(lar)ı	39	72,22	337	59,44	1	50,00
Hasta	14	25,93	189	33,33	1	50,00
Hasta ve Yakın(lar)ı	0	0,00	39	6,88	0	0,00
Diğer	1	1,85	2	0,35	0	0,00
Toplam	54	100,00	567	100,00	2	100,00

Fiziksel şiddet içeren olayların çoğunluğunda şiddete başvuranın hasta yakını veya yakınları olması dikkat çekmiştir. Sözel şiddet içeren olaylarda ise şiddet uygulayanın kimliğinin uygulanan şiddetin türüne bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.1.7. Şiddeti Tetikleyen Nedenler

Çalışana yönelik şiddet eylemine neden olan faktörler oldukça karmaşık bir yapı göstermektedir. Yaşanan olaylarda özellikle hasta veya yakınının kişisel özellikleri, kurumsal/fiziksel yapı ve sağlık personeli bazlı değişkenler birbiri ile iç içe geçmekte olup şiddete neden olan faktörler, tek bir değişken altında sınıflandırılmamaktadır.

Bununla birlikte, şiddeti önleyici adımlar atabilmek ve şiddet ile mücadele kapsamında kurumsal prosedürler belirlemek adına yaşanan olayların başlangıç noktaları veya şiddeti tetikleyici unsurları sınıflandırabilmek önem kazanmaktadır. Tablo 23’de, yaşanan olaylara ilişkin tutulan tutanaklar ve mağdur çalışanların görüşleri doğrultusunda olayların kök nedenleri sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma, şiddetin tek nedeni anlamına gelmemekte olup aynı zamanda bir neden sonuç ilişkisini de tanımlamamaktadır. Şiddeti ortaya çıkaran değişkenler çok faktörlü olup bu bölümdeki amaç şiddet içerikli eylemi başlatan durumlara dair genel bir içgörü sunmaktır.

Tablo 23. Şiddet Olaylarının Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktası	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Tedavi / Bakımdan Memnun Olmama	135	21,67
Muayene Sırasına / Bekleme Süresine İlişkin Nedenler	128	20,55
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	85	13,64
Ziyaret / Refakat Kurallarına Uymama	63	10,11
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	41	6,58
Randevu Kurallarına Uymama	32	5,14
Rapor / Tetkik / Sevk Talepleri	30	4,82
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirilme	23	3,69
Hasta Ajitasyonu	19	3,05
Kan Alımı Sırasında Yaşanan Güçlük	17	2,73
Ameliyat / Yatış / Taburculuk / İşlem Gecikmesi	15	2,41
Tedavi / Yatış Reddetme	9	1,44
Hasta Mahremiyetinin İhlali	7	1,12
Hasta Olmadan / Kimliksiz İşlem Talebi	7	1,12
Özel Oda Talebi / Oda Değişimine İtiraz	6	0,96
Yemek / Temizlik Hizmetlerinden Memnun Olmama	3	0,48
Kişisel Mesele Kaynaklı / Diğer Nedenler / Diğer Nedenler	3	0,48
Toplam	623	100,00

Hasta veya yakınlarının sunulan tedavi ve bakım hizmetinden memnun olmaması, kök neden analizlerinde en sık karşılaşılan unsur olarak öne çıkmıştır. Bu sınıflandırma içerisinde, hasta ile ilgilenilmediği, kötü davranıldığı, yanlış tedavi uygulandığı vb. iddialar yer almıştır. Takibinde en sık karşılaşılan tetikleyici neden olarak muayene sırasına ilişkin nedenler ortaya çıkmıştır. Bu başlık altına ise muayene sırasının adil olmadığı iddiaları, hasta için öncelik talepleri ve muayene bekleme sürelerinin uzunluğu gibi durumlar dahil edilmiştir.

Hasta ve / veya yakınları ile sağlık çalışanları arasında sağlıklı bir iletişim kurulamaması nedeniyle başlayan olayların da sıklıkla tekrarlandığı görülmüştür. alışana yönelik şiddet olaylarının neredeyse tamamında sağlıklı bir iletişim kurulamamasının etken olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, bu sınıflandırmaya düzenlenen tutanak ve bildirim formlarından olayın başlangıç noktasının net bir şekilde anlaşılamadığı, genellikle sözel şiddet içeren vakalar dahil edilmiştir.

Ziyaret ve refakat kurallarına uyulmaması, olayların başlangıç noktaları arasında ne çıkan bir diğer değişken olarak tespit edilmiştir. Yataklı servislerde ziyaret saatleri ve acil servislerde yasaklı alanlara giriş ve çıkış kuralları nedeniyle uyarılan ya da engellenen hasta yakınlarının sıklıkla şiddete ynelebildiği görülmüştür. Bu bağlamda yaşanan olayların yaklaşık onda biri bu ve benzer nedenlerden başlamıştır. Ziyaret ve refakat kurallarına uyulmamasına benzer olarak hastane ve servis kurallarına uyulmama konusu da olayların yüzde altısını oluşturmuştur. Bu sınıflandırma içerisinde maske takma konusunda uyarılma, hastane içerisinde sigara içilmesinin tespit edilmesi, hasta nakil konusunda talepler, asistan hekime muayene olmama talepleri vb. değişkenler dahil edilmiştir. Genel olarak hastane ve servise özel prosedür ve kuralların uygulanması sırasında veya bağlı nedenlerden yaşanan şiddet olayları bu sınıflandırma altında incelenmiştir.

Olayların yüzde beşini oluşturan randevu kurallarına uymama sınıflandırmasında ise randevusuz muayene talepleri ve randevu saatini kaçırma bulunmaktadır. Aynı zamanda günlük bakılabilecek hasta kotasının dolması nedeniyle hastaya bakılamaması nedeniyle yaşanan şiddet olayları da bu sınıflandırma içerisine dahil edilmiştir. Olayların bir diğer yüzde beşini rapor, tetkik ve sevk talepleri oluşturmuş olup tıbbi gerekçesiz yapılan reçete, rapor, tetkik ve sevk talepleri ile farklı uzmanlık alanı ya da birimden yapılan talepler bu kapsam içerisinde değerlendirilmiştir.

Olayların meydana geldiği yerler bağlamında başlangıç noktalarının (kök neden) incelenmesi ile şiddeti ortaya çıkaran etkenlerin daha yakından incelenebileceği düşünülmüştür. Bu

bağlamda öncelikle, hastane içerisinde çalışana yönelik şiddetin en sık yaşandığı acil servislerde yaşanan olayların başlangıç noktaları ele alınmıştır.

Tablo 24. Acil Servislerde Yaşanan Olayların Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktaları	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Tedavi / Bakımdan Memnun Olmama	70	31,96
Muayene Sırasına / Bekleme Süresine İlişkin Nedenler	39	17,81
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	27	12,33
Ziyaret / Refakat Kurallarına Uymama	25	11,42
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirilme İddiası	12	5,48
Hasta Ajitasyonu	10	4,57
Rapor / Tetkik / Sevk Talepleri	9	4,11
Kan Alımı Sırasında Yaşanan Güçlük	7	3,20
Hasta Mahremiyetinin İhlali	4	1,83
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	4	1,83
Tedavi / Yatış Reddetme	6	2,74
Hasta Olmadan / Kimliksiz İşlem Talebi	3	1,37
Ameliyat / Yatış / Taburculuk / İşlem Gecikmesi	2	0,91
Kişisel Mesele Kaynaklı / Diğer Nedenler / Diğer Nedenler	1	0,46
Toplam	219	100,00

Acil servislerde en sık karşılaşılan tetikleyici unsurun tedavi / bakımdan memnun olmama olduğu görülmüştür. En fazla hasta yoğunluğunun yaşandığı acil servislerde yaşanan şiddette, hastalığa veya yaralanmaya bağlı belirsizliğin yarattığı kaygı ve korku, uzmanlık gerektiren poliklinik hizmetlerinin acil servisten talep edilmesi ve hasta yoğunluğunun neden olduğu uzun bekleme süreleri gibi etkenler etkili olmaktadır. Buna ek olarak, acil servislere adli olaylar ile ilişkili veya alkol ve madde kullanımına bağlı başvuruların sıklıkla yapılması da şiddet riskini artırmaktadır. Buna rağmen öne çıkan nedenler arasındaki sıralamaya

bakıldığında, hastane geneli ile acil servisler özelinde önemli bir farkın bulunmaması dikkat çekmiştir.

Tablo 25. Polikliniklerde Yaşanan Olayların Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktaları	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Muayene Sırasına / Bekleme Süresine İlişkin Nedenler	77	40,53
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	26	13,68
Randevu Kurallarına Uymama	24	12,63
Rapor / Tetkik / Sevk Talepleri	20	10,53
Tedavi / Bakımdan Memnun Olmama	19	10,00
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	7	3,68
Hasta Olmadan / Kimliksiz İşlem Talebi	4	2,11
Ameliyat / Yatış İşleminin Gecikmesi	3	1,58
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirilme İddiası	3	1,58
Hasta Ajitasyonu	3	1,58
Hasta Mahremiyetinin İhlali	2	1,05
Temizlik Hizmetlerinden Memnun Olmama	1	0,53
Kişisel Mesele Kaynaklı / Diğer Nedenler	1	0,53
Toplam	190	100,00

Tablo 25’de polikliniklerde meydana gelen olaylarda öne çıkan şiddeti tetikleyici unsurlar sunulmakta olup polikliniklerde yaşanan olayların önemli bir bölümünün muayene sırasına itiraz, öncelik talepleri ve muayene bekleme sürelerinin uzunluğu konularından başladığı görülmüştür. Özellikle hasta yoğunluğunun fazla olduğu göz sağlığı, kulak burun boğaz ve dahiliye gibi uzmanlık alanlarında otomasyon arızası, konsültasyon hastaları veya öncelikli hastalar nedeniyle zaman zaman yaşanan karışıklar bu sonuca neden olabilmektedir. Buna ek olarak, ilk muayene ve sonuç değerlendirme (kontrol) sıralarının sabah ve öğleden sonra olmak üzere birbirinden ayrılmasının şiddet eğilime neden olabildiği görülmüştür.

Randevunu saatini kaçırmama, randevusuz muayene olma talepleri ve günlük hasta kotasının dolması nedeniyle muayene olamama nedeniyle başlayan olaylar da polikliniklerde meydana gelen olaylar arasında yüksek sıralamada yer almıştır.

Tablo 26. Yataklı Kliniklerde* Yaşanan Olayların Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktaları	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Tedavi / Bakımdan Memnun Olmama	43	27,92
Ziyaret / Refakat Kurallarına Uymama	33	21,43
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	22	14,29
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	19	12,34
Ameliyat / Yatış / Taburculuk / İşlem Gecikmesi İddiası	11	7,14
Özel Oda Talebi / Oda Değişimine İtiraz	6	3,90
Kan Alımı Sırasında Yaşanan Güçlük	6	3,90
Tedavi / Yatış Reddetme	5	3,25
Hasta Ajitasyonu	5	3,25
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirilme İddiası	2	1,30
Yemek / Temizlik Hizmetlerinden Memnun Olmama	2	1,30
Toplam	154	100,00

*Yataklı servislere yoğun bakım, yanık üniteleri ve ameliyathaneler dahil edilmiştir.

Tablo 26’da görüldüğü üzere, yataklı servislerde öne çıkan tetikleyici nedenler ile acil servislerde öne çıkan nedenler benzerlik göstermektedir. Farklı olarak, ziyaret ve refakat kurallarına uyulmaması nedeniyle yapılan uyarı ve engellemelerden çıkan olaylarla daha sık karşılaşıldığı görülmüştür.

Olayların başlangıç noktaları kapsamında bir diğer önemli değişken ise mağdur personelin mesleği olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta ve / veya yakınlarının hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ile etkileşimleri birbirinden farklı beklenti ve prosedürler içerisinde

gerçekleşmekte olup personelin mesleği ve yaptığı görev şiddetin ne şekilde ortaya çıktığı üzerinde de etkili olmaktadır. Bu bağlamda bir sonraki tabloda hekimlerin en sık karşılaştığı şiddetin tetikleyici unsurlarına yer verilmiştir.

Tablo 27. Hekimlerin Maruz Kaldığı Olayların Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktaları	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Muayene Sırasına / Bekleme Süresine İlişkin Nedenler	110	29,81
Tedavi / Bakımdan Memnun Olmama	82	22,22
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	42	11,38
Rapor / Tetkik / Sevk Talepleri	30	8,13
Randevu Kurallarına Uymama	23	6,23
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	16	4,34
Ziyaret / Refakat Kurallarına Uymama	15	4,07
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirme	14	3,79
Ameliyat / Yatış / Taburculuk / İşlem Gecikmesi İddiası	12	3,25
Hasta Mahremiyetinin İhlali	6	1,63
Hasta Ajitasyonu	5	1,36
Tedavi / Yatış Reddetme	5	1,36
Özel Oda Talebi / Oda Değişimine İtiraz	4	1,08
Hasta Olmadan / Kimliksiz İşlem Talebi	4	1,08
Kişisel Mesele Kaynaklı / Diğer Nedenler	1	0,27
Toplam (Olay)	369	100,00

Hekimlerin en sık karşılaştığı tetikleyici nedenlerin muayene bekleme sürelerinin uzunluğu ve muayene sırasına ilişkin olduğu görülmektedir. Olayların yaklaşık beşte biri ise tedavi / bakımdan memnun olmama iddiası ile başlamıştır. Diğer sağlık personelinde farklı olarak tıbbi gerekçe olmadan veya usulsüz rapor / tetkik veya sevk taleplerinin de sıklıkla şiddetin tetikleyici unsuru olarak öne çıktığı görülmüştür.

Tablo 28. Hekim Harici Sağlık Personelinin* Maruz Kaldığı Olayların Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktaları	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Tedavi / Bakımdan Memnun Olmama	53	27,32
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	35	18,04
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	23	11,86
Ziyaret / Refakat Kurallarına Uymama	22	11,34
Kan Alımı Sırasında Yaşanan Güçlük	15	7,73
İşlem Sırasına İlişkin Nedenler	13	6,70
Hasta Ajitasyonu	11	5,67
Ameliyat / Yatış / Taburculuk / İşlem Gecikmesi İddiası	5	2,58
Tedavi / Yatış Reddetme	4	2,06
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirilme İddiası	3	1,55
Hasta Olmadan / Kimliksiz İşlem Talebi	3	1,55
Randevu Kurallarına Uymama	3	1,55
Özel Oda Talebi / Oda Değişimine İtiraz	2	1,03
Hasta Mahremiyetinin İhlali	1	0,52
Kişisel Mesele Kaynaklı / Diğer Nedenler	1	0,52
Toplam	194	100,00

*Hemşire, ebe, sağlık teknikeri/teknisyeni ve sağlık lisansiyerleri.

Hekim harici sağlık personelinin en sık tedavi / bakımdan memnun olmama iddiası ile şiddet ile karşı karşıya geldiği görülmüştür. Acil servisler ve yataklı servislerde, özellikle hemşirelere yönelik hasta ile ilgilenilmediği iddialarının sıklıkla tekrarlandığı anlaşılmıştır. Bu bağlamda ülkemizdeki hemşire başına düşen hasta sayısındaki yüksekliğin bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür.

Meslek bazlı dağılım kapsamında güvenlik görevlileri de öne çıkmaktadır. Sağlık personeli olmamakla birlikte sağlık hizmetinin güvenli bir ortamda sunulabilmesinde kritik bir öneme

sahip olan güvenlik görevlilerinin hangi nedenler ile şiddete maruz kaldıklarının incelenmesinde fayda olacaktır. Bir sonraki tabloda bu dağılıma yer verilmiştir.

Tablo 29. Güvenlik Görevlilerinin Maruz Kaldığı Olayların Başlangıç Noktaları

Başlangıç Noktaları	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Ziyaret / Refakat Kurallarına Uymama	26	76,47
Hasta Ajitasyonu	5	14,71
Sağlıklı İletişim Kurulamaması	1	2,94
Eksik veya Yanlış Yönlendirilme / Bilgilendirilme İddiası	1	2,94
Hastane / Servis Kurallarına Uymama	1	2,94
Toplam	34	100,00

Güvenlik görevlilerinin şiddete maruz kaldığı olayların dörtte üçünün ziyaret kurallarına uyulmamasına bağlı yapılan uyarı ya da engellemeler nedeniyle başladığı görülmüştür. Özellikle ziyaret saatleri sonrası servislerin terkedilmemesi, acil servis içerisindeki özellikli alanlara ya da yoğun bakım ünitelerine girilmeye çalışılması gibi durumların sıklıkla şiddet ile sonuçlanabildiği anlaşılmıştır.

Hastane tarafından bildiri yapılan çalışana yönelik şiddet olaylarına ait elde edilen tüm veriler değerlendirildiğinde, elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir;

- Vakaların neredeyse tamamını sadece sözel şiddet içeren olaylar oluşturmuştur;
- Sağlık çalışanının cinsiyeti ile şiddete maruz kalma seviyeleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir;
- Fiziksel şiddet unsuru içeren olaylarda erkek personel, sözel şiddet içeren olaylarda ise kadın personel daha sık mağdur olmuştur;
- Şiddet ile en sık karşılaşan meslek grubunu hekimlerin oluşturmuştur;

- Hekimler arasında, asistan hekimler daha sık şiddet ile karşı karşıya kalmıştır;
- Fiziksel şiddete en sık güvenlik görevlileri maruz kalmıştır;
- Acil servislerde şiddetin yaşanma düzeyi diğer bölüm/birimlere oranla yüksektir;
- Çalışan ve hasta sayısı gözetildiğinde nöbet saatlerinde şiddetin yaşanma riski daha yüksektir;
- Şiddete en sık hasta yakınları başvurmuştur;
- Şiddete başvuranlar arasında erkek hasta ve /veya yakınları, kadınlara oranla daha fazladır;
- Olayların çoğunluğu muayene sırasına ilişkin neden ve iddialar ya da tedavi / bakımdan memnun olmama (hasta ile ilgilenilmediği iddiası) nedenleri ile başlamıştır.

Takip eden bölümde araştırmanın nitel aşamasından elde edilen veriler analiz edilecektir. Bu bölüme kadar sunulan hukuki süreçlere yansımış verilere, personel deneyim ve görüşlerine ilişkin veriler dâhil edilerek araştırma konusunun şiddet ile mücadele boyutuna ağırlık verilecektir.

4.2. NİTEL AŞAMAYA İLİŞKİN BULGU VE YORUMLAR

Bu bölümde araştırmanın nitel aşamasında, yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler ile elde edilen veriler analiz edilerek yorumlanmaktadır. Öncelikle çalışma grubunun özelliklerine yer verilmiş olup takibinde yapılan derinlemesine görüşmelerden çıkarılan tema, kategori ve kodlar üzerinden yorumlama yapılmıştır.

Araştırma soruları ışığında 22 katılımcı ile yapılan görüşmelerden 650 anlatıya kodlama yapılmış; kategoriler altında sınıflandırılan verilerden beş ana temaya ulaşılmıştır. İlgili tema ve kategorilere tablo 30'da yer verilmiştir.

Tablo 30. Nitel Aşamadan Elde Edilen Tema ve Kategoriler

<i>Tema</i>	<i>Kategori</i>
Şiddetin Tanımları	Psikolojik Şiddet
	Fiziksel Şiddet
	Sözel Şiddet
	Mobbing
Şiddet Deneyimleri	Maruz Kalma Sıklığı
	Oluş Şekli
	Verilen Tepkiler
	Baş Etme / Destek Arama
	Adli / İdari Sonuçları
Şiddetin Nedenleri	Sağlık Sistemine İlişkin Nedenler
	Toplumsal Değişkenler
	Hasta Kaynaklı Nedenler
	Çalışan Kaynaklı Nedenler
	Kurumsal Eksiklikler

<i>Tema</i>	<i>Kategori</i>
Şiddetin Sonuçları	Sağlık Çalışanı Üzerindeki Etkileri
	Sağlık Hizmeti Üzerindeki Etkileri
Şiddetle Mücadele	Maruz Kalınan Şiddetin Önlenabilirliği
	Mevcut Uygulamalardaki Sorunlar
	Atılması Gereken Adımlar
	Geleceğe Yönelik Tahmin ve Beklentiler

4.2.1. Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular

Nicel aşamadan elde edilen veriler, sağlık çalışanının görev yaptığı birimin ve ünvanının şiddetin oluş şekli, sıklığı ve etkileri hususlarında etkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, nitel aşamada katılımcılar mümkün olan çeşitlikte çalışma ortamı ve mesleklerinden seçilmiştir. Aynı zamanda, kariyer basamaklarında daha ileride olan sağlık çalışanları, araştırmaya öncelikli olarak dahil edilmiş, fakat şiddetle daha sık karşılaşan genç sağlık çalışanlarının deneyim ve görüşlerine de başvurulmuştur.

Tablo 31. Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular

<i>Cinsiyet</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Kadın	13	59,09
Erkek	9	40,91
<i>Meslek</i>	<i>S</i>	<i>%</i>
Hekim	14	63,64
Hemşire	6	27,27
Diğer Sağlık Çalışanı	2	9,09

	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma (Min-Maks)</i>
Yaş	41,1	11,5 (25 – 64)
Meslekte Geçen Yıl	17,3	11,3 (2 – 38)
Görüşme Süresi	35:39	13:32 (21:11 – 01:08:07)

Hastanede son iki yıl içerisinde şiddete maruz kalan personelin cinsiyet dağılımına benzer şekilde nitel aşamanın öznesi olan katılımcıların %59'u kadın, %41'i erkektir. Görüşme gerçekleştirilen en genç katılımcı 25, en kıdemli katılımcı 64 yaşındadır. Görüşmeler ortalama 35 dakika sürmüş olup en kısa görüşme 21, en uzun görüşme ise 68 dakika sürmüştür.

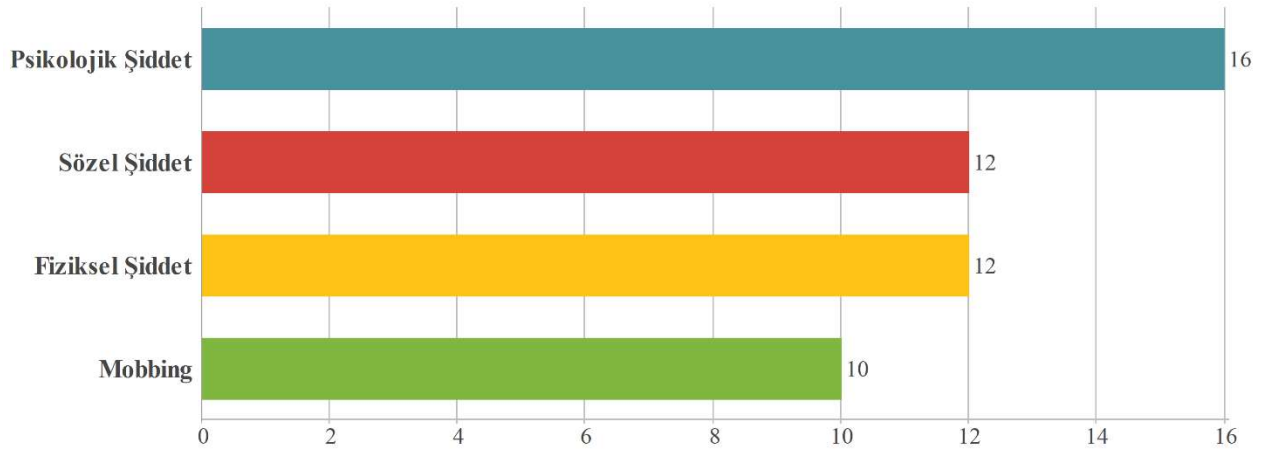
4.2.2. Tanımlanan Şiddet Türleri

Şiddet türleri teması altında katılımcılara öncelikle sağlık kurumlarında meydana gelen iş yeri şiddetini nasıl tanımladıkları, hangi tür davranış ve tavırları şiddet olarak algıladıkları sorulmuştur. Şiddetin geniş bir bakış açısıyla tanımlandığı, özellikle hakaret ve tehdit içermeyen psikolojik şiddet tanımlaması altında sınıflandırılacak davranış ve tavırların sıklıkla öne çıktığı görülmüştür. Görüşmelerde katılımcıların tanımladıkları iş yeri şiddetinin türlerine dair kategori - kod listesi tablo 32'de, elde edilen kodların sıklığına ise grafik 5'te yer verilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların Tanımladıkları Şiddet Türlerine İlişkin Kodlar

Psikolojik Şiddet	Fiziksel Şiddet	Sözel Şiddet	Mobbing
<i>Sözle Taciz/İş Bölme</i>	<i>Fiziksel Temas</i>	<i>Hakaret Etme</i>	<i>İş arkadaşından</i>
<i>Baskı Kurma</i>	<i>Yumruk Atma</i>	<i>Tehdit Etme</i>	<i>Yöneticiden</i>
<i>Ses Yükseltme/Bağırma</i>	<i>Üzerine Yürüme</i>		
<i>Aşağılama</i>	<i>Çarpma</i>		
<i>Tahammülsüzlük</i>	<i>İtme</i>		
<i>Saygısızlık</i>			
<i>Cinsiyetçi Tavır</i>			

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin tanımlanmasında, katılımcının mesleği, cinsiyeti veya tecrübesinin yapılan tanımlama ve sınıflandırmalar üzerinde önemli bir etki göstermediği, katılımcıların tamamının her türlü şiddet içerikli, zarar verici ya da engelleyici/rahatsız edici eylemi iş yeri şiddeti olarak değerlendirdiği, kapsayıcı tanımlamalarda bulunduğu görülmüştür.

Grafik 5. Tanımlanan Şiddet Türlerinin Sıklıkları

Sağlık çalışanlarınca tanımlanan ve algılanan iş yeri şiddeti türlerinin sıklığına bakıldığında, sözle taciz ile iş bölme, baskı kurma, ses yükseltme gibi psikolojik şiddet içeren davranışlar ve eylemlerin ilk sırada yer aldığı görülmüştür.

4.2.2.1. Psikolojik Şiddet

Yapılan tanımlamalar arasında psikolojik şiddet unsuru altında sınıflandırılabilir eylem ve tavırların öne çıktığı; bu bağlamda, sözle taciz, baskı kurma ve ses yükseltme yoluyla yaşanan şiddetin sıklıkla bu kategori altında paylaşıldığı görülmüştür.

“İlla hakaret değil tabi. Hakaretin dışında şöyle oluyor. Orada dikkat isteyen bir iş yapıyoruz. Sürekli kapı çalınıyor. “Sıram geldi mi, kaçınıcı sıradayım, şunu imzalar mısın” şeklinde sürekli bölünüyorsun. Durmadan bir taciz oluyor “bizi almadınız, bunları niye alıyorsunuz” şeklinde.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Her türlü küfür içerikli konuşmaları, tehditvari konuşmaları, psikolojik şiddet de olabilir, tacize varan. Kapıyı sürekli açıp, ‘ne zaman bitecek, neden bu kadar uzun sürüyor’, tahammülsüz davranışlar... Bunun gibi her türlü eylemi şiddet olarak değerlendirebilirim.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

“Yani çalışma esnasında veya çalışma dışında da olabilir, kişinin kendini rahatsız hissedeceği, tehdit altında hissedeceği, çalışma şevkini kırıcı, iş yeri barışını bozacak her türlü sözlü, yazılı, sözlü olmasına da gerek yok yani jestlerle yapılan şeyler bile şiddet sayılabilir bence.” (K21, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

Özellikle ses yükseltme ve bağırma davranışları da sağlık kurumlarında yaşanan şiddete sık verilen örnekler arasında yer almıştır.

“Yani sesin yüksek olması, ondan sonra iletişimsizlik ile başlayan önce sesin yükselmesi, sonra el kol hareketleri, ondan sonra kişinin zaten şiddete meyilli olduğunu gösterir tavırları... Arkasından tabi geliyor. Her zaman fiziksel olmuyor ama sözlü olarak da işte yüksek bir sesle çalışanı rahatsız edecek, işini yapmasını engelleyecek şekildeki tavırlar diyebiliriz.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Katılımcılardan bazıları ise iş yerinde şiddetin sadece sözle değil bir bakış ile dahi uygulanabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde üstü kapalı bazı ifadelerle ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

“Gözle bile bir baskı. Mesela sürekli gelip bir şeyler söylemek, işi bölmek, baskı yapmak, sen başka bir iş yapıyorken onunla ilgilenmesini söylemek falan da bence bir şiddet türü. Çünkü insanı psikolojik olarak yıpratıyor. Bana yapıldığı zaman yıpranıyorum bu şekilde. Bence onlar da şiddet kapsamında.” (K16, Hemşire)

“Söz ile hakaret olabilir, kişiyi küçük görme olabilir, aşağılama olabilir, mesela kullandığı bazı ifadeler “sen benim kim olduğumu biliyor musun?” veya buna benzer ifadeler sonuçta bir şiddet. Bakış bile bir şiddet olabilir.” (K06, Hekim)

4.2.2.2. Sözel Şiddet

Sözel şiddet ve psikolojik şiddet kavramları birbirine benzerlik göstermektedir. Bu çalışma kapsamında iki kavram arasındaki ayrım; tehdit etme, hakaret etme ya da küfretmek gibi hukukumuzda suç maddeleri olarak tanımlamaları bulunan eylemlerin sözel şiddet sınıflandırmasına dahil edilmesiyle sağlanmıştır. Bu bağlamda, bu sınıflandırma içerisinde hakaret etme ve tehdit etme kodları öne çıkmıştır. Sözel şiddeti içeren tanımlamalar arasından öne çıkan bazı örnekler şu şekilde sıralanmaktadır;

“Her türlü sözel şiddet bana göre şiddet anlamına geliyor. Yani iş yerindeki şiddeti sözel şiddet olarak tanımlayabiliriz daha çok onu söyleyebilirim. Onun haricinde hani bir şeyin tekrar tekrar sorulması bile bana göre bir şiddet. Bilinçli bilinçsiz mi soruluyor?” (K05, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

“Yani hakaret etme, tehdit etme... Bence sürekli aynı şeyleri sorup sorgulama da şiddete giriyor.” (K14, Hemşire)

“Tanımlaması zor benim için. Ama kişinin algıladığı düzeye göre değişiyor. Belli bir noktada bir hakaret duyduğum zaman direkt onu şiddet olarak sınıflandırmama eğiliminde olabiliyorum ben. Öncelikli olarak hakaretin gerçekçilik payını, neler oluyor, nasıl bir etkisi var falan onları bir düşünüyor olabilirim. Ama evet, çoğunlukla dümdüz yapılan hakaret bir şiddettir.” (K15, Psikolog)

“Hakaret olabilir, tehdit olabilir, fiziki bir davranış olabilir. Üzerime yürüyorsa ne bileyim elini kolunu sallayarak gelebilir, üzerime geliyorsa, aynı şekilde öyle konuşuyorsa, karşımda beni aşağılayıcı konuşuyorsa...” (K22, Hemşire)

4.2.2.3. Fiziksel Şiddet

Yapılan şiddet tanımlamalarında, psikolojik şiddete dair kavramlardan sonra en sık fiziksel şiddete dair kavramların kullanıldığı görülmüştür. Fakat bu tanımlamalarının odağının fiziksel şiddet eylemi üzerinde olmadığı, geniş kapsamlı yapılan tanımlamaların doğal bir parçası olarak fiziksel şiddet kavramının öne sürüldüğü anlaşılmıştır. Bu bağlamda öne çıkan bazı tanımlamalar şu şekildedir;

“Mesleğini icra ederken hasta veya hasta yakınları tarafından gerek sözel gerek fiziksel sana uygulanan ve mobbing tarzı, bazı zamanlarda ölüme kadar varan bir süreç.” (K04, Hemşire)

“Bence çalışma yapıyorken başımıza gelen her türlü sözlü, fiziksel saldırganlık, iş yeri şiddeti sayılabilir. Hizmet alanlar da buna dahil edilebilir. Hizmet veren başka insanlar da dahil edilebilir. Burada çalışan diğer personel de fark etmez kimden geldiği. İş icra ederken başımıza gelen her türlü şiddet.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

“İşte insanlar birbirlerini aslında sevmek zorunda değiller ama saygılı olmak zorundalar. Saygılı davranışların dışındaki her türlü hadise şiddettir. Yani bu bağırarak, çağırarak, küfretmek, hakaret etmek, fiziki darp...” (K13, Hekim, Yönetici)

“Elle yapılan müdahaleler, itmeler, çarpmalar bir şiddettir. Bir şekilde vücudunu bir şeyi ortaya koyarak bir şey yapmaya çalışma ya da kişiyi manipüle etme de bir şiddet olabilir.” (K15, Psikolog)

“Hastaların kendi sınırlarını aşacak şekilde gelip doktorlara saldırmaları, sözel olarak hakarete bulunmaları ya da fiziksel olarak şiddet göstermeleri.” (K20, Hekim, Uzm. Dr.)

4.2.2.4. Mobbing

Yapılan iş yerinde şiddet tanımlamaları içerisinde sıklıkla öne çıkan bir diğer kavram mobbingdir. Mobbing kavramı Türkçe olarak “bezdiri” karşılığıyla, iş yerinde yönetici ya da çalışma arkadaşlarınca uygulanan psikolojik şiddet / baskı eylemlerini ifade etmekte olup bu kapsamda katılımcılardan alınan cevaplar arasında öne çıkan bazı tanımlamalar şu şekildedir;

“Genel olarak hastanedeki tavırların sadece hasta değil yönetim, yönetici açısından da kendi meslek kurumlarımızdan ya da işte meslek büyüklerimizden onların da tavırları, hal hareketleri, güler yüz göstermemesine kadar kaba saba hareketleri, küfürler, asık surat her şey. Bunu ben bu iş yeri şiddetine ben dahil edebileceğimizi düşünüyorum.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

“Yani bazen çalışanlar arası olan gerginlikler, yükselmeler falan ya da bir meslek grubunun farklı bir meslek grubunu aşağılaması gibi şeyler de dahil edilebilir. Onlar da bana böyle bir psikolojik şiddet ya da bir zorlayıcı bir davranış gibi gelebiliyor.” (K15, Psikolog)

“İş yeri şiddeti benim için üstlerimden ya da diğer arkadaşlarım yani benimle aynı alanda çalışan diğer meslek arkadaşımından gördüğüm fiziksel olabilir, psikolojik olabilir ya da mobbing tarzında olabilir.” (K19, Hemşire)

Yönetici olarak görev yapmakta olan bir hekimin sağlık kurumlarında mobbingin, şiddetin diğer türlerinden çok daha sık meydana geldiği, fakat bu tür eylemlerin sağlık çalışanı tarafından benimsenmiş ve normalleştirilmiş olması nedeniyle şiddet olarak algılanmadığına dair şu ifadeleri dikkat çekmiştir;

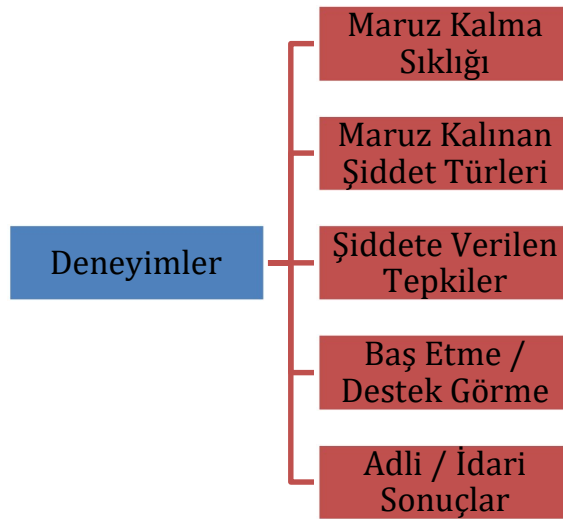
“Yani iş yeri arkadaşınızdan daha çok şiddet görürsünüz ama bunun farkına daha az varılır. Yani esasında elle tutulmayan ama hissedilen bir şiddet iş arkadaşları tarafından, hele ki üst düzey amir tarafından çok sık uygulanır. Ama bu hani çalışma yaşamında, özellikle sağlık tesisindeki hiyerarşinin getirdiği şeyler şiddet olarak algılanmaz. Bu, çalışmanın normal işleyişi gibi algılanır, benimsenmiştir artık. Şiddet olmasına rağmen algılanmaz bile.” (K21, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

Katılımcıların hangi tür eylem ya da tavrı, iş yeri şiddeti tanımı altında değerlendirdikleri incelendiğinde, özellikle fiziksel olmayan şiddet türlerinin sıklıkla öne çıktığı görülmüştür.

4.2.3. Şiddet Deneyimleri

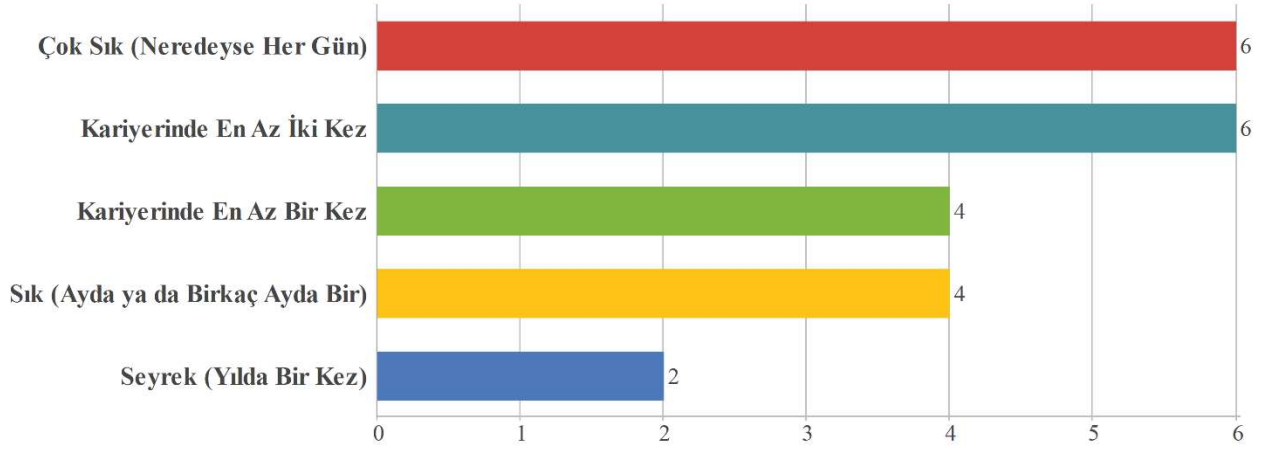
Katılımcıların şiddet deneyimleri şiddete maruz kalma sıklıkları, kendilerini en çok etkileyen şiddet içerikli olayın meydana geliş şekli, olaya verilen tepkiler, şiddetle baş etme stratejileri ve destek görme durumları ile olayın adli ya da idari sonuçları başlıkları altında sınıflandırılarak analiz edilmiştir.

Şekil 6. Şiddet Deneyimlerine İlişkin Kategori Haritası



4.2.3.1. Şiddete Maruz Kalma Sıklığı

Katılımcıların görevleri sırasında şiddete maruz kalma sıklıkları incelendiğinde tamamının, kariyerleri boyunca en az bir kez iş yerinde şiddete maruz kaldıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Buna ek olarak, 12 katılımcı belirli aralıklarla tekrarlayan bir şekilde şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Grafik 7. Şiddete Maruz Kalma Sıklığı

Şiddete her gün ya da haftada birkaç kez maruz kaldığını belirten 6 katılımcıdan 5'inin acil servislerde görev yapması bu bağlamda dikkat çekmiştir. Çok sık şiddete maruz kaldığını belirten bazı katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin sıklığına ilişkin deneyim ve görüşleri şu şekildedir;

“Burada sözlü tartışmalarımız çok oluyor. Hemen her gün 10 kişi, 15 kişi 20 kişiyle tartışmak durumunda kalıyoruz çünkü. Şimdi insanların bir sürekli biraz negatif taraflarından bahsettim gibi oldu ama birazcık da pozitif yani birazcık da bize bakan taraflarından bahsetmek gerekiyor. Yani biz dediğim aslında sisteme bakan tarafından bahsetmek gerekiyor. Yani bu sistemin temsilcisi bizmişiz gibi duruyor aslında insanların gözünde. Bunu birazcık bazen anlayışla karşılamak gerekiyor.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

*“Acil deyken çok daha sık karşılaşıyordum açıkçası. Hani yani oturduğun koltuğu hak etmiyorsun gibi şeylerden tutun, o*** diyen bile oldu. Öyle bir spektrumlu yani, fiziksel olarak da üzerime yürüyen hastalar oldu mesela.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)*

Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olaylarının düşük bir oranının bildirim süreçlerinden geçtiği, adli süreçlere yansiyandan çok daha fazla şiddet olayı yaşandığına dair

“Bir kere yaşadığım olayların yüzde 90'ında beyaz kod vermemişimdir. Beyaz kod verdiğim zaman gerçekten çok korktuğum ve artık darp edilerek hayati bir tehlike oluşabileceğini düşündüğüm zamanda ya da gerçekten fiziki darptan çok korktuğum

için vermişimdir beyaz kodu. Onun dışında yani acil servis nöbetlerinde sürekli uğruyorum zaten.” (K14, Hemşire)

“Sözel olarak en ufak şeyde bizi taciz ediyorlar. Laf atmaya başlıyorlar. Yani günde en az birkaç kere oluyordur bu. Ama kod vermiyoruz. Sonuçta kod versek de olumlu bir sonuç alınmadığı için bir söz dalaşı mı oldu, kod verelim gibi düşünmüyoruz yani. Zaten gidiyor falan aldırış etmiyoruz. Artık o şeye döndü. Sık yaşıyor. Benim gördüğüm burada herkes günde birkaç kişiyle yaşıyor. Yani acil ortamında. (K16, Hemşire)

Acil servislerde görev yapan katılımcıların şiddete çok sık maruz kaldıklarına dair bulgular, araştırmanın nicel aşamasından elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Çok sık olmasa da bir ya da birkaç ayda bir şiddete maruz kaldığını belirten katılımcılardan bazıları ise bu deneyimlerini şu şekilde ifade etmiştir;

“Ama yine de ayda bir kere sözlü şiddet bir oluyor, sözlü olarak tartışılıyor. Elini sallıyor, üflüyor, püflüyor, niye beklemek zorundayım diyor. Ondan sonra daha geçen hafta mesela yaşandı. Dedim parmağınızı sallayarak mı burada bizden bir hizmet almaya geliyorsunuz?” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

“Yani nereden baksanız en az iki üç ayda bir oluyor. Yani ne kadar siz böyle tecrübe kazanıp da bunu azaltmaya, kendi yapabileceğiniz ölçüde azaltmaya çalışsanız da bir noktada yetersiz kalıyor. En az iki üç ayda bir, mutlaka birilerinden bir şekilde sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalıyorum.” (K18, Diş Hekimi)

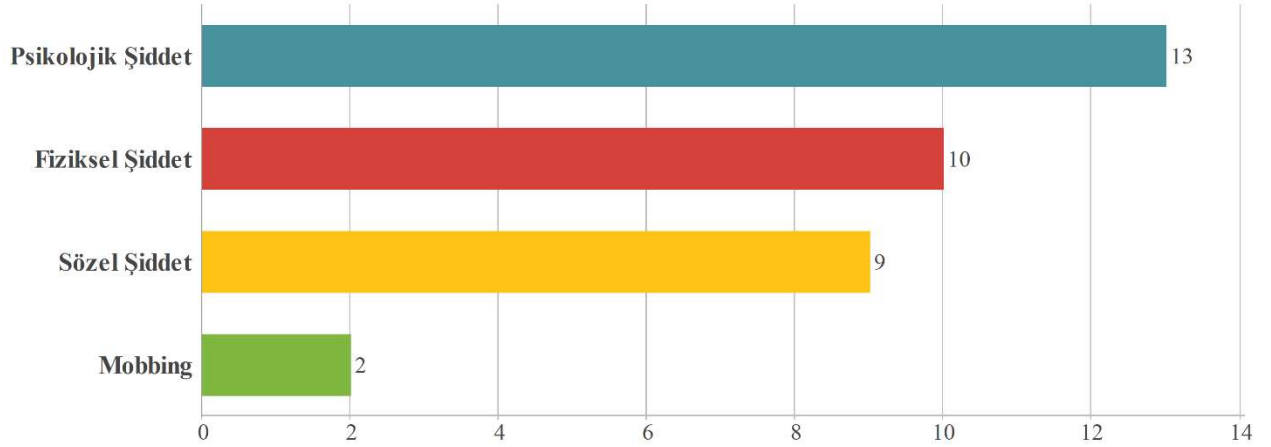
Yönetici olarak görev yapmakta olan katılımcıların ise şiddete maruz kalma sıklıklarının oldukça seyrek olduğu, paylaşılan şiddet olaylarının tamamını yönetici olmadan önce alanda görev yaparken yaşadıkları anlaşılmıştır.

4.2.3.2. Şiddetin Oluş Şekli

Katılımcılardan iş yeri şiddetini tanımlamalarına ek olarak, kariyerleri boyunca maruz kaldıkları şiddet olayları arasında kendilerini en çok etkileyen bir olayı paylaşmaları talep

edilmiştir. Yapılan paylaşımlardan maruz kalınan şiddet türüne dair elde edilen sonuçlar tanımlanan şiddet türlerine dair elde edilen veriler ile karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Grafik 8. Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri



Tanımlanan şiddet ile maruz kalınan şiddet frekansının benzerlik gösterdiği, fakat iş yeri şiddeti kavramı altında sıklıkla mobbing tanımlanırken şiddet deneyimleri arasında mobbingin diğer şiddet türlerinden daha seyrek paylaşıldığı görülmüştür.

Maruz kalınan ve en çok etkilenen psikolojik şiddet türleri ise sözle taciz, baskı kurma, ses yükseltme/bağırma, suçlama, beddua etme, bıçak ve silah gösterme şeklinde meydana geldiği görülmüştür. Bu bağlamda, hastanedeki görevi sırasında, odasında rehin alınan psikolog katılımcının, yaşadığı olaya dair deneyimi dikkat çekmiştir;

“Bir tane test yaparken içeriye bir kişi girdi. Hani bazen bu poliklinik kapılarından artık içeri çat diye girilmesi konusunu şiddet olarak ya da bir müdahale olarak algılamayız. Rutine binen bir şeydir. Biz de uyarırız, birazdan ilgileneceğiz deriz. Ama o kişi çıkmak istemedi. Bir daha söyledim, yine çıkmak istemedi. Onlar çıksın dedi, ben güvenliğe telefon aramak üzereyken işte beyaz kod gibi bir şey vermek üzereyken o sırada bıçağını çıkardı. Olaylar gelişti. Yani direk boğazımı yaklaştırma gibi bir şey yapmadı ama o bıçağı çıkarttıktan sonra o zaman içerdekiler çıksın dedim. Orada iki tane yaşlı birey vardı, onları çıkarttık. Önce biraz bağırma ve tehditleri vardı beni tehdit eden durumları. Dedikleri çok anlaşılıyordu ama bir suçlama vesaire durumu da vardı. Daha sonra beni değil de doktorların olmayışını, birtakım sıkıntıları falan

suçladığını fark ettim. Biraz daha zaman geçtikten sonra da nişanlısıyla ilgili çok sinirli olduğunu, orada yaşanan olaylar akabinde bu noktaya geldiğini, iyice çığırından çıktığını anladık. En başta tabii çok rahatsız ediciydi. Zemin katta camekanlı bir yer ama kapıyı kapattı, perdeleri çektirdi. Bana ne söylerse yapmam gerekiyordu. Ben suyuna gitmek istedim, itiraz etmek istemedim. Çünkü elinde bıçak olan, silah olan bir insan olduğu için. Hatta bir ara anahtarı buldu, kapıyı kilitledi. Yani güvenlik geldi, güvenlik ikna edemedi açması konusunda. O arada o zaten masayı falan da yıkıyordu kapının önüne. Sonra hastane polisi geldi. O da ikna edemedi. Sonra dışarıdan polis geldi, o da ikna edemedi. En son ilçe emniyet müdürü geldi. O sırada onu biraz kale aldı ve onunla konuştu. Nişanlısını getirttik oraya. Nişanlısını da bir ara içeri çekmeye çalıştı. Yani bir polis ordusu bir yandan kızı tutuyor, bir yandan o onu içeri çekmeye çalışıyor. Konuşmaya çalışıyorlar, birbirlerine kızıyorlar falan. Öyle bir şey oldu.” (K15, Psikolog)

Benzer şekilde silah gösterme yoluyla üstü kapalı tehdit ya da güven duygusunu zedeleyecek şekilde rahatsızlık verme şeklinde ortaya çıkan şiddete dair deneyim ve görüşler şu şekilde ifade edilmiştir;

“Yani Sağlık Bakanı'nın özellikle bu konuda bence nasıl diyeyim. Daha böyle katı sınırlar çizmesi gerekiyor. Çünkü AVM'ye girerken bile aranıyoruz. Silahla falan giriyor ama burada, ben EKG çekerken belindeki silahı bana gösterebiliyor. Bu hoş değil benim açımdan da. Bir odada oluyoruz, güvenlik ha deyince gelemiyor. Bazen sıkıştırılmış olunuyor.” (K19, Hemşire)

“Kapıdan girerken o adam önlenemez yani adam polis memuru, belinde silah ile üniformalı değildi ama ben polisim falan filan bağıra çağıra geliyor. Kapıdan girerken bir şey olması lazım yani sen polis memurusun tamam ama belindeki silahı göstererek de girmemesi lazım. Görevde değilsin sonuçta. Üniforman da yok. Ya da kimliğini görmüyorum. Belki polis de değilsin.” (K16, Hemşire)

Katılımcıları en çok etkileyen şiddet olayının oluş şekilleri arasında fiziksel şiddet unsurlarıyla da sıklıkla karşılaşmıştır. Katılımcıların yarısı bu yönde deneyim paylaşmış, bu yüksek oran dikkat çekmiştir. Asistan bir hekim poliklinikteki görevi sırasında hasta yakınının kafa atmasına ve yumruklu saldırısına uğramış; bir diğer asistan hekim ise acil servisteki görevi sırasında alkollü bir hastanın yumruklu saldırısına uğramıştır. Yine acil servisteki görevi sırasında bir hemşire, hasta yakınının yumruklu saldırısına uğramıştır. Sosyal hizmet uzmanı bir katılımcı, hasta yakınının kendisini duvara itmesi ve tehditleri ile

şiddete uğramış, altı katılımcının ise üzerlerine yürünmüş ve yaralamaya teşebbüs ile şiddete maruz kalmışlardır. Genel cerrahi asistan hekimi, yaşadığı darp olayını şu şekilde anlatmıştır;

“Şöyle öğleden sonra bunlar tekrar geldiler işte. Oğluyla gelmiş. Ben zaten anladım. Odaya girdiler, tehditvari konuşmalar başladı. Ben de dedim ki beyler tatsızlık çıkmasın, çok işim var. Gerçekten de çok işim vardı. Ondan sonra bu yaşlı amcamız sağ olsun yaşından başına utanmadan kapıyı kilitlemeye çalışınca ben kapıya doğru yöneldim. Oğlu da zaten şey tutmaya çalışıyordu. Beni muayene masasına itmeye başladı. Ama benim şöyle bir düşüncem var. Hani bir temas olur, insan bir şey yapar adrenalin... Hani odada bir sürü kesici delici alet var. Hani sadece onun için değil, benim için de var yani hani tehlikeli bir şey çünkü bilemezsin. Kendini korumak isterken bu tarz şeylerden de hoşlanmadığım için dışarı çıkmak istedim. Dışarı çıkmak isterken işte o an zaten ben kapıya doğru yönelince çekti, kafayı attı bana. Ondan sonra da kaçtı zaten. Sonra da boğazıma sarıldı. Millet araya girdi. Ondan sonra zaten süreç beyaz kod vesaire.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

Acil serviste alkollü bir hastanın saldırısına uğrayan diğer bir asistan hekim ise yaşadığı olayı şu ifadelerle özetlemiştir;

“112'nin bir tane sokakta baygın şekilde bulup getirdiği bir şahıs, hemen vitallerine bakıp çünkü anstabil olabilir hasta hızlıca onu değerlendirmemiz lazım. Başına gidip neyiniz var vesaire diye sormaya çalışırken 30 saniye içinde muhtemelen alkollü olduğunu düşündüğüm yabancı uyruklu biri yüzüme yumruk attı. Hiç beklemediğim bir anda.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

Yine acil serviste yaşanan fiziksel şiddet içeren bir olay şu şekilde meydana gelmiştir;

“Yani böyle bire bir hastalarla olarak bir kere yumruk, darp edildim ben. Yine böyle bir hastayı susturmaya hasta yakını susturmaya çalışırken, bizim sağlık çalışanlarından birisi hastaya yüklenmeye çalıştı. Yani sesini yükseltti. Agresif, fiziki olarak davranışlarda bulundu. Küfürler havalarda uçuştı. Hasta yakınına sesimi yükseltmek zorunda kaldım. Ben ortamı susturmak için bizim sağlık çalışanına diyorum ki “Dur sus sesini kes” “otur sen de bir sus dedim”. Sesimi yükselttim. Kalktı, yumruk attı o ara. Yani lafı anlatamıyoruz. Çok agresifti, çok sinirliydi.” (K17, Hemşire, Yönetici)

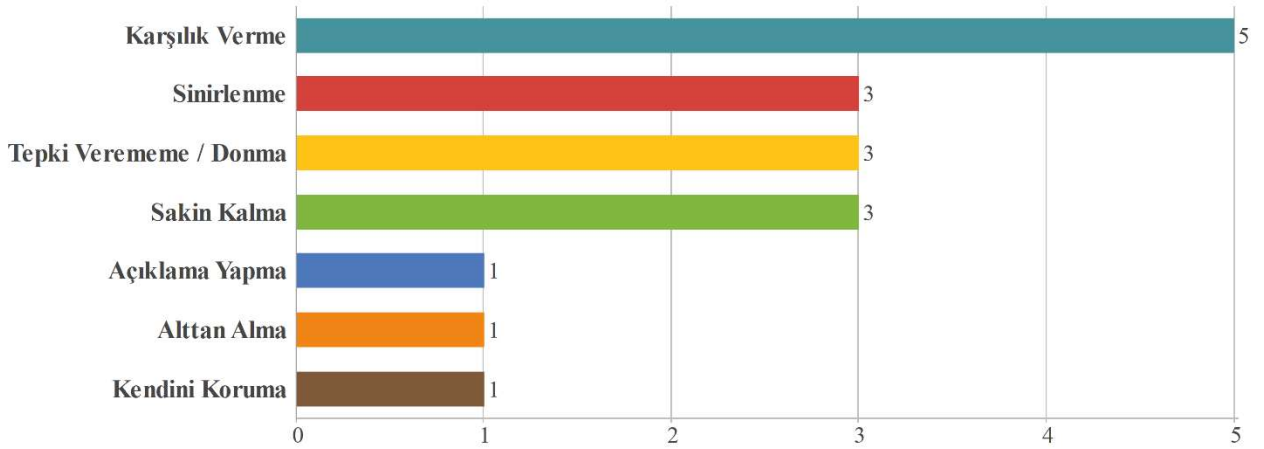
Fiziksel şiddet olayı deneyimleyen katılımcıların neredeyse tamamının erkek olduğu dikkat çekmiş, araştırmanın nicel aşamasından elde edilen bulgular ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Psikolojik ve sözel şiddete maruz kalan katılımcıların deneyimleri arasında öne çıkan bazı anlatılar ise şu şekildedir;

“Beyaz kod verdiğim bir olay vardı, 2 yıl öncesi kadar. Şu şekilde oldu, çocuk çok ağlıyordu ve konjenital bir kalbi de vardır. Ben de “bakın sussun ki bakabilelim, değerlendirelim” dedim. Defalarca girip çıktılar. Çocuk uyumamıştı, ben de tamam artık diyerek çocuğuna ağlarken baktım. Sonra babası sordu “ne gördünüz” diyerek. Ben bir şey göremedim, susturmanızı bundan istiyordum dedim. Görülmeyeceğini tekrar söylüyorum, “yaptığım muayene içime sindi mi sinmedi” dedim. Ondan sonra beddua etmeye başladılar karı ve koca; “Allah senin belanı versin, bizi beklettin” vb. şekilde. Kariyerimde ilk kez yüzüme karşı beddua edildi.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Hani gerektiği zaman alttan almak da gerekiyor ama neyi nerede yapacağın kesinlikle yine sana kalıyor. Baktığım zaman beyaz kod, bir kere verdim zaten şu ana kadarki mesleki hayatımda. Onda da direkt hasta yakınlarının küfür etmesinden dolayı şey yapmışım. Beyaz kod vermişim. Alan da çok kalabalıktı. Onda da baktığım zaman diğer hasta yakınlarının, benim meslektaşlarının yanında bana o şekilde hitap edilmesini şey yapamamışım.” (K04, Hemşire)

4.2.3.3. Şiddet Anında Verilen Tepkiler

Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet deneyimleri karşısında verdikleri tepkiler karşılık verme, sinirlenme, tepki verememe, sakin kalma, açıklama yapma, alttan alma ve kendini koruma davranışları altında incelenmiştir.

Grafik 9. Şiddet Anında Verilen Tepkiler

Verilen tepkiler arasında en sık ifade edilen davranış türü karşılık verme olarak öne çıkmıştır. Bu bağlamda öne çıkan bazı anlatılar şu şekildedir;

“Dediklerinizin hepsini size iade ediyorum dedim. Beyaz kod verdim. Zaten ağzımı açsak haksız oluyoruz. Onlar da hızlıca uzaklaştılar.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

Hasta hakları sorumlusu olarak görev yapan katılımcının, Dr. Ekrem Karakaya'nın Konya ilinde görevi başında öldürülmesini takiben hastanelerde gerçekleştirilen iş bırakma eylemi sırasında bir hasta yakını ile yaşadığı olaya ilişkin deneyimi dikkat çekmiştir. Hastasına bir sonraki gün yardımcı olunacağı anlatıldığı sırada silah ile hastanede bulunan hasta yakınının ifadeleri ve kendisine verilen tepki şu şekilde anlatılmıştır;

“İkna etmeye çalıştıkça, bir laf etti ki benim sabrımı taşırdı. ‘Zaten o öldürüldüyse bir problemi vardır’ deyince ben avazım çıktığı kadar bağırdım. ‘O şekilde kullanamazsınız, o hakareti söylemezsiniz’... Eşi de orada, o bana laf söylüyor, ben ona laf yetiştiriyorum. O sırada alnımın ortasından vurabilirdi. O anda gözüm onu görmedi.” (K06, Hekim)

Sinirlenme yine şiddet anında verilen tepkiler arasında sıklıkla öne çıkmıştır. Poliklinik muayenesinde kasten bekletildiği iddiasıyla yaşanan bir sözel şiddet olayında katılımcı, tepkisini şu ifadeler ile ortaya koymuştur;

“Çok sinirlenmiştim. Elim ayağım titredi. Ağlamak istedim, bağırarak istedim. Sesim benim de yükseldi. Ondan sonra beyaz kod verince de diğer hastalara bakamamıştım. Çünkü tamamen hastaneye gösterdiğiniz iyi niyetten birkaç hasta beklediği için bizi çok ciddi bir tepki göstermişti.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

Odasında hasta tarafından rehin alınan katılımcı ise olay anında verebildiği tepkileri ve aklından geçenleri şu şekilde ifade etmiştir;

“Olay sonrasındaki hissettiğim daha yoğun bir duyguydu. Daha gerçekçi bir duyguydu. Ama olayın içindeyken soğukkanlılık insanı bürüdü. Çok sakin ve dikkatli bir şekilde davranmaya odaklandım. Aklıma ilk gelen şey olayın ciddiye döndüğünü anladığımda, bu güvenlik görevlisine kapıyı açtırmadığı noktada şey oldu. Aha dedim benim Google sicilim bozuldu. Yani bir insan benim ismimi yazdığı zaman bunlar çıkacak falan. Böyle bir komik bir şey geldi aklıma. Yani bunu düşünmek saçma, sonradan kendime de kızdım.” (K15, Psikolog)

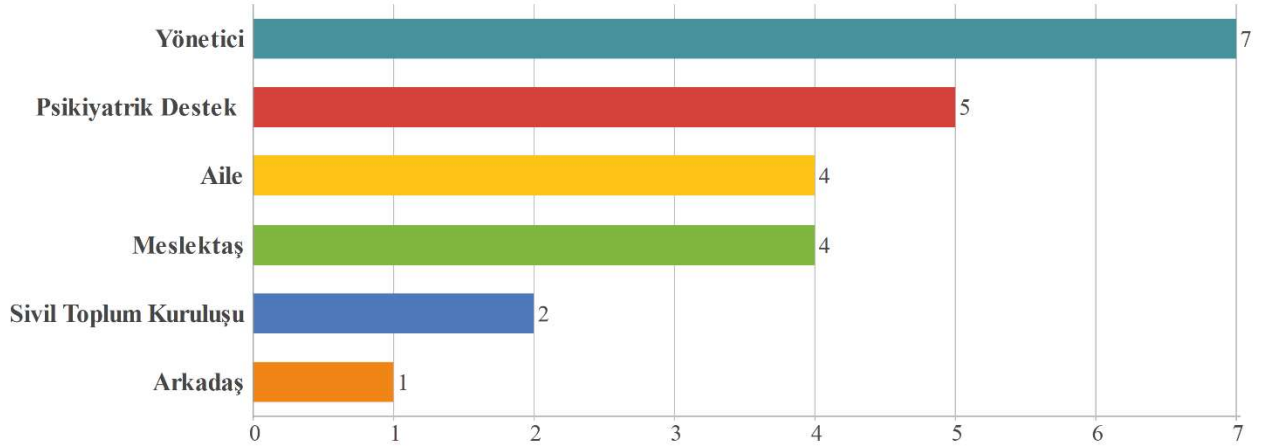
Yaşadıkları şiddet karşısında donakalarak herhangi bir tepki veremediğini belirten katılımcılardan ikisinin şiddet karşısında hissettiklerine dair şu ifadeleri dikkat çekmiştir;

“Yani aslında sindim, hiç tepki veremedim, bağırmadım, sesim bile çıkmadı. Yani elini tam başımın üstünde hissettim. Gördüm yani o elini parmaklarını. Vuracaktı. Ama sadece sindim. Hemşire hanım girmeseydi araya vurabilirdi. Korktum yani çok korktum.” (K18, Diş Hekimi)

“Yani hiçbir şey yapamadım, hiçbir şey yapamadım. Böyle bekledim. Ben orada bekledim. O bana saldırabilirdi yani araya birileri girmeseydi saldırmıştı zaten. Ben bekledim yani.” (K03, Hemşire)

4.2.3.4. Şiddet Sonrası Destek Görme

Katılımcıların yaşadıkları şiddet sonrası, şiddetin neden olduğu ruhsal etkiler ile nasıl başa çıktıkları, bu süreçlerde kimlerden destek aradıkları ve destek aldıkları sorulmuştur. Alınan yanıtlar altı değişken üzerinden değerlendirilmiştir.

Grafik 10. Şiddet Sonrası Destek Görme

Şiddete maruz kalındığında, mağdur personelin çoğunlukla yöneticisi ile iletişim kurduğu, bu süreçlerde destek aradığı anlaşılmıştır. Alınan desteklerin neredeyse tamamının olay sonrası kısa süreli gerçekleştiği ve genellikle geçmiş olsun mesajları şeklinde ortaya çıktığı görülmüştür.

“Görüşleri genelde insanların farklı olsa da başhekim falan da ilgilendi. Diğer tüm hastane çalışanlarının ilgilendiklerini, ellerinden geleni yaptıklarını biliyorum. Şu bile güzel bir şeydi; ön kapıdan, habercilerin olduğu yerden değil, arka kapıdan başka bir yerden çıktım ve istemeyeceğim bir şey olmadı. Sendika o dönem ilgilendi ve şeye de dikkat etti. Yani isminiz geçsin mi dediler. Çünkü bir basın duyurusu açıklaması yapacağız. Ben geçmesini istemedim ama basın açıklamasını destekledim, onlar oldu. Bakanlık özel kaleminden aradılar durumumu sordular. Nasıl oldu falan. Bunlar bence ince davranışlardı.” (K15, Psikolog)

Bir katılımcı yaşadığı şiddet sonrası gördüğü destekten bahsederken gördüğü desteğin temelde yüzeysel kaldığına dair düşüncelerini şu şekilde belirtmiştir;

“Genelde de desteklerini aldım açıkçası. Hani işte izin alabilirsin, gidip dinlenebilirsiniz. Şu an bu hastaya bakmayabilirsin, sıkıntı yok şeklinde desteklerini gördüm ama sanki bu yöntemlerin geçici olduğunu düşünüyorum. Yani o an için tamam yani kısa süreçte dönemde çözüm olabilir, biraz git dinlen, kafanı topla vs. ama sonrasında bunu önlemeye yönelik başka bir destek olmalı tabii ki. Tekrar olmaması için herhangi bir destek olmadı.” (K18, Diş Hekimi)

Mağdur personele destek olmak ve rehberlik etmek ile birlikte yaşanan olayın tekrarlamaması için iyileştirici ve önleyici tedbir alma sorumlulukları da düşünüldüğünde sağlık kurumu yöneticilerinin şiddet içeren bu tür süreçlerin mümkün olan her aşamasına dahi olması önem teşkil etmektedir.

Psikiyatrik destek arayan katılımcılar ise bu arayışa sadece yaşadıkları şiddetin neden olmadığını, farklı birtakım etmenlerin bu süreçte rol oynadığını belirtmişlerdir. Psikiyatrik destek arama kadar meslektaş ile olayın ve etkisinin tartışıldığı mesleki danışmanlıkların da sıklıkla yaşandığı ifade edilmiştir.

“Psikiyatrik destek derken biz kendi arkadaşlarımızla görüşmelerimiz bir bakıma süpervizyon gibi düşün, karşılıklı terapötik bir süreç aslında. O günkü olayı aktarırken bir hekim arkadaşımın beni dinlemesi güzel bir şey. Bunu psikiyatrik destek bağlamında düşünebilirsin.” (K08, Hekim, Doç. Dr.)

“Özellikle bu nedenle başvurmadım terapistte. Ama terapide bu konuyu konuştuğum oldu. Bence destek aramak sayılır bu ya. Yani başvurma endikasyonu olmasa bile sonuçta tavsiye ve destek istediğinizde evet doğru. Aldım.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

Aranan ve alınan destek kaynaklarından biri de çalışma arkadaşları olarak öne çıkmış olup bu konuda katılımcılardan gelen bazı anlatılar şu şekilde sıralanmaktadır;

“Tabii ki arkadaşlarım, meslektaşlarım. O çok gürültülü, çok yüksek sesler bir anda ayyuka çıktığında telaşlandı, geldiler. Tabii konuyu tatlıya bağladığımızda sorun çözüldü. Ama o süreçte tabii ki arkadaşlarımın yanımda olduğunu görmek çok rahatlatan bir şey. Yani orada yalnız olmamak güzel bir şey.” (K08, Hekim, Doç. Dr.)

“Meslektaşlarımın büyük desteği oldu. Yani bilinç olarak şunun farkında olduğum için, bu bir mesleğimizde çok sık zaten karşılaşılabileceğimiz durumlar... Çok daha fazla travmatik şeylerle de karşılaşılabiliyoruz.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

Bazı katılımcıların ise şiddete maruz kaldıklarında yöneticilerinden destek görmediklerine dair ifadeleri dikkat çekmiştir.

“Yöneticilerimden hiçbir destek almadım. Eşimden her zaman ciddi destek alıyorum. İşte böyle sorunlar yaşadığımın zaman, anlattığım zaman. Hatta eşimin hekim olmamasının müthiş bir avantajı var. O konuda gerçekten halktan biri olarak beni anlayıp bana güzel açıklamalarda bulunabiliyor. O bir pozitif artı benim için.” (K14, Hekim, Asistan Dr.)

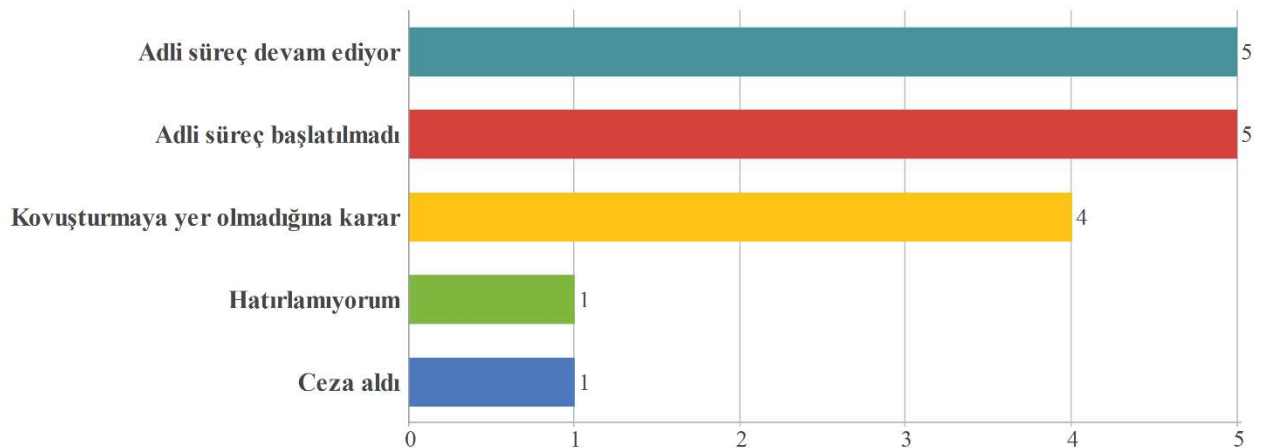
“Açıkçası yöneticilerimden yana bir destek görmedim. Çok gördüğümüz şeyler değil bunlar. Meslektaşlarımın büyük desteği oldu.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

“Bu konuda birazcık bu paniği ya da tırnak içerisinde kötü olayı yönetmede çok başarısızlar. İşte muhtemelen herkes, üstünü kapatalım da yaşanmamış gibi yapalım modunda davrandı. O çok rahatsız etti beni” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

4.2.3.5. Şiddetin Adli/İdari Sonuçları

Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet sonrası yaşanan adli süreçlere dair paylaşımları incelenmiştir. 5 katılımcı adli sürecin devam ettiğini, 5 katılımcı olay sonrası şikayetçi olmadığını, 4 katılımcı olay hakkında kovuşturmayaya yer olmadığına karar verildiğini, 1 katılımcı karşı tarafın ceza aldığını, 1 katılımcı ise adli sürecin sonucunu hatırlamadığını ifade etmiştir.

Grafik 11. Şiddetin Adli Sonuçları



Özellikle karşı taraftan şikayetçi olunmadığı durumlara dair anlatılar dikkat çekmiştir. Bu anlatılarda adli süreçten sonuç alınamayacağı kanısı nedeniyle şikayetçi olunmadığı sonucu öne çıkmıştır.

“Yine de çok emin değilim bundan ama yani çok bir sonuç alınamayacağı, hastanın daha çok üzerime gelebileceği gibi söylemler olunca biraz korktum, ondan da ayrıca korktum. Yani hakkımı aramaktan ayrıca korktum. O yüzden herhangi bir girişimde bulunmadım.” (K18, Diş Hekimi)

Yapılan ihbar ve soruşturma sonucu kovuşturmaya yer olmadığına dair verilen kararların, katılımcılarda hayal kırıklığına neden olduğu görülmüş olup bu yönde bazı anlatılar şu şekilde sıralanmaktadır;

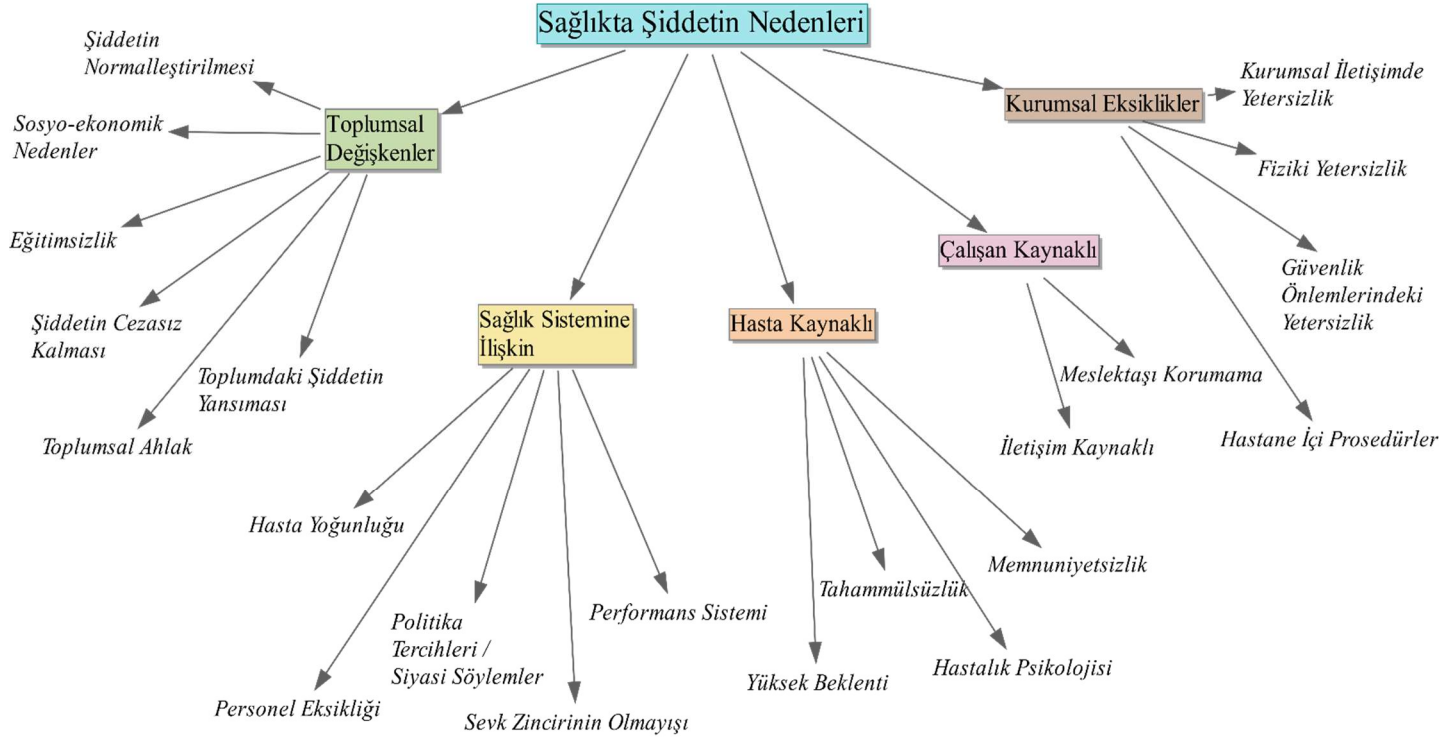
“Kovuşturulmaya gerek duyulmadı, söylenenler hakaret sayılmadı. Bana geri zekalısın, sen doktor musun, Allah senin belanı versin dedi, beyaz kod oldu ve kovuşturulmaya gerek duyulmadı. Ne biçim doktorsun gibi bir sürü şey.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Ben beyaz kod verdiğim için gittim, şikayetçi de oldum. Ama hastanın beni şikâyet etme hakkı olduğu için yasal bir süreç ilerlemedi. Ama herkesin içinde seni mahvedeceğim, seni işinden attıracağım, sen görürsün gününü falan bunlar olmamış gibi değerlendirildi.” (K19, Hemşire)

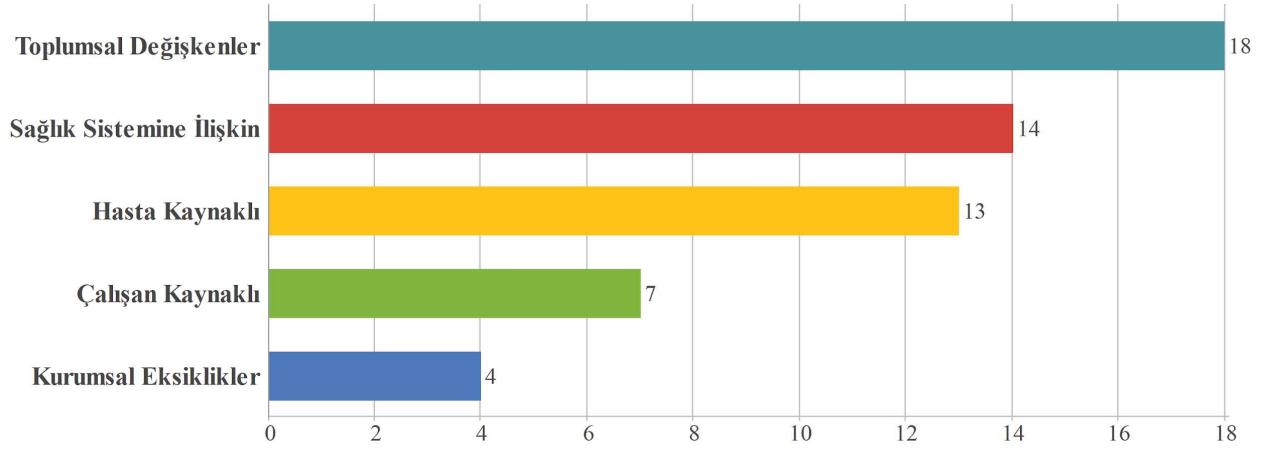
4.2.4. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Araştırma katılımcıların ülkemizde yaşanan sağlıkta şiddet olgusunun nedenleri hakkındaki görüşleri, 5 farklı kategori altında toplam 21 değişken (kod) dahilinde analiz edilmiştir. Kategorilerin belirlenmesinde, konu hakkında gerçekleştirilen nitel araştırmalardan yararlanılmıştır.

Şekil 12. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Kod Haritası

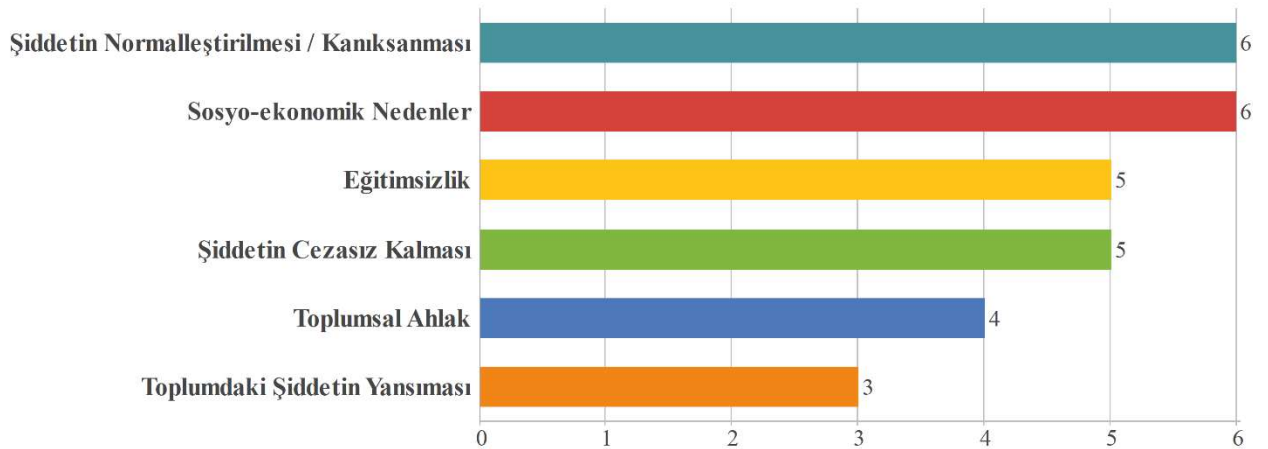


Grafik 13'te sunulan sıklık dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun sağlıkta yaşanan şiddetin nedenleri arasında toplumsal değişkenlere vurgu yaptığı görülmüştür. Sağlık sistemine ilişkin değişkenler ile hasta kaynaklı değişkenlerin de sıklıkla öne çıktığı görülmüştür.

Grafik 13. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

4.2.4.1. Toplumsal Değişkenler

22 katılımcıdan 18'i, sağlıkta şiddetin nedenleri arasında toplumsal değişkenlere atıf yapmış olup bu yüksek oran katılımcıların sağlıkta şiddet olgusunu geniş bir bakış açısıyla ele aldıklarını, toplumun diğer alanlarında ortaya çıkan şiddetten bağımsız değerlendirmedikleri yorumunda bulunulmuştur. Alınan yanıtlardan toplam 6 etken, bu kategori altında sınıflandırılmış olup bu katılımcıların bu kodlara yaptıkları atıfların sıklıklarına dair dağılım grafik 14'te sunulmaktadır.

Grafik 14. Sağlıkta Şiddeti Etkileyen Toplumsal Değişkenler

Şiddete neden olan unsurlar arasında, sağlık ya da toplumun diğer alanlarında meydana gelen şiddetin medya veya farklı yollarla normalleştirilmesi ve kanıksanmasının öne çıktığı görülmüştür. Bu bağlamda şiddetin teşvik dahi edildiğine dair yorumlar ile karşılaşılması olup buna dair bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

“Birincisi şu an benim gördüğüm televizyonlarda da ara ara çıkan işte doktor dövme, hemşire dövme bir lüks olarak algılanıyor bazı insanlar tarafından. Şimdi bu zihniyetle benim mücadele etmem mümkün değil. Bu hukukun, devletin mücadele etmesi gereken bir şey bence. Yani insanları bu şekilde davranmaya teşvik ederseniz ya da böyle davrananları engelleyemezseniz gören aynısını yapmaya devam edecek. Sonuçta medeniyeti medeniyet yapan şey biraz hukuk, toplumsal kurallar... Bunları tanımayan insana ben şahsen bir şey yapamam, gidebilirim ancak”. (K02, Hekim, Asistan Dr.)

“Biraz yönetim politikaları etkili bence. Şiddete karşı bir yaptırım olmaması ama şiddetin teşvik edilmesinin de gerçek olduğunu düşünüyorum. Yani insanlara biraz şey aşılandı bence. Bu da aynı alışveriş merkezine gidip bir şey almak gibi ve orada nasıl çingar çıkarabiliyorsanız hastanede de çıkarabilirsiniz.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

Benzer bir etken olarak toplumun diğer alanlarında yaşanan şiddetin sağlık alanına da yansıdığını düşünen bir katılımcının bu konudaki şu ifadeleri öne çıkmıştır;

“Ama sadece sağlıkta şiddet yok. Her yerde artıyor. Trafikteki de artıyor, kadına yönelik de artıyor. Yani genel olarak toplumun psikolojisi bozuk. Yani ihtiyaçları çok fazla. Kimse mutlu değil. Kendi içinde zaten şey değil. Dolayısıyla herhangi birisi ona dokunduğunda parlayabiliyor. Yani genel olarak bir gerginlik var her yerde. Öyle olunca da hani sadece sağlıkta değil okullarda, çocukların kendi arasında, işte, trafikte bilmem hani iş yerinde hani artacağını düşünüyorum açıkçası.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Bireylerin sosyo-ekonomik düzeylerinde görülen kötüye gidiş, sağlıkta şiddete neden olan toplumsal değişkenler arasında öne çıkmıştır. Bu bağlamda, bu unsurun insanları şiddete yönelttiğini düşünen bazı katılımcıların düşünceleri şu yöndedir;

“Bence genel olarak ülkede yaşadığımız bu kaos ortamı. Yani bence bunun en büyük nedeni sosyoekonomik olarak herkesin gün geçtikçe daha kötüye gidiyor olması. Bu

durum herkesi daha da tahammülsüzleştiriyor ve bir yerde patlıyorlar.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

“Sosyal, kültürel ve son zamanlarda ülkemizin içinde olduğu ekonomik krizden dolayı işte fahiş fiyat artışlarından dolayı vatandaşlarda böyle psikolojik etkenlerin daha çok artması, aile içi şiddetlerin daha çok had safhaya çıkmasından, bundan dolayı hastanelerde dediğim gibi sağlık çalışanlarına erişebilirlik daha kolay olduğu için vatandaş bir beklenti içinde o beklentiyi de gitmiş olduğu sağlık kurumundaki almış olduğu hizmetten karşılamak istiyor. Karşılayamayınca da altında yatan nedenlerden dolayı şiddet artıyor.” (K17, Hemşire)

“Toplumsal refahtaki azalma. Refah ve uygarlığın kişinin kendini tehdit altında hissetmemesi ile, kendini daha iyi ifade edebileceği bir ortam sağlanması ile sağlanır diye düşünüyorum. Nüfus artıyor, göç alıyoruz. Hem içerden hem dışardan belli illere yoğunlaşma oluyor.” (K15, Psikolog)

Bir diğer katılımcının toplumda görülen sosyo-ekonomik sıkıntıların şiddete yönelme dahil diğer sonuçlarına ilişkin görüşleri şu şekildedir;

“İnsanlar mutlu değiller yani genel olarak zaten toplum şu anda çok mutlu değil. Yani en önemlisi de sosyoekonomik sıkıntıları bence. Yani büyükşehirde yaşamak, trafik zaten ayrı bir stres. Maddi problemi varsa adamın zaten yani hasta olmak ya da bir hasta yakınınızın olması zaten psikolojinizi çok kötü etkiliyor. Çünkü buna vakit ayırmanız gerekiyor. Yani paranız olsa bile bir de vaktiniz olması lazım, ilginizi vermeniz lazım ve o hastayı götürmeniz lazım, getirmeniz lazım.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Sağlıkta yaşanan şiddet olaylarının cezasız kalmasının potansiyel saldırganlara örnek teşkil ederek bu tür olayları arttırdığını düşünen katılımcıların bu yöndeki görüşleri şu örnekler altında öne çıkmıştır;

“Biraz yönetim politikaları etkili bence. Şiddete karşı bir yaptırım olmaması ama şiddetin teşvik edilmesinin de gerçek olduğunu düşünüyorum. Yani insanlara biraz şey aşılandı bence. Bu da aynı alışveriş merkezine gidip bir şey almak gibi ve orada nasıl çingar çıkarabiliyorsanız hastanede de çıkarabilirsiniz.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

“Yani insanların saygısı da biraz azaldı için ve sağlığa bu kadar kolay ulaşabildiği için. Önceden böyle değildi. Şimdi diyor ki. Yani ben bundan kavga edersem engelleyen bir şey yok ki. Gider işte iki kilometre uzaktaki diğer hastaneden giriş yapar, orada da bizim hakkımızda konuşur eder, bakmadılar, etmediler. Demez ki ben orayı karıştırdım, böyle bir problem yaşadım gibi. O yüzden hani sağlıktan men edilmiyor, sağlığa zaten ulaşılabilir. O yüzden çok kolay yapıyorlar.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Bir katılımcının bireylerin sosyo-ekonomik yetersizliğinin değil, eğitimsizliğin sağlıkta şiddete neden olduğuna dair görüşleri de şu şekildedir;

“Herkes bir şeyi diyor. İşte alım gücünün zayıflığı, toplumun psikolojik olarak kötü olmasının bunlara yol açtığını söylüyorlar. Hayır. Sadece onun yol açtığını düşünmüyorum. Tamamen eğitimsizlik. Çok fakir bir insan geliyor size. Gayet sakin, saygılı davranabiliyor. Yani Türkiye’de bunun parasal bir şeyden anlatılması çok anlamsız. Parasız hizmet alıyorlar zaten. Bir günde 3 tane nöroloğa gözükebiliyor. O yüzden ben bunun bir yansıması olduğunu düşünmüyorum.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

Yine olgunun temelinde eğitimsizliğin ve buna ek olarak sistemsal sorunların olduğuna dair diğer bir katılımcının görüşleri ise şu şekildedir;

“Yani temelde tabii ki eğitimsizlik, elbette ki eğitimsizlik. Ama bu eğitimsizliğin üzerine dediğim gibi yanlış siyasi yönlendirmeler, sistemsal aksaklıkların yanlış hedefe yönlendirilmesi sebebi ile üzerine de zaten karşınızdaki insanlarda eğitim seviyesi düşük insanlar olunca maalesef bu olaylar oluyor diye düşünüyorum.” (K18, Diş Hekimi)

Eğitim görevlisi bir katılımcının konu hakkında toplumsal ahlak ve hoşgörü eksikliğine dair şu ifadeleri dikkat çekmiştir;

“Bizde de var, halkta da var. Türkiye açısından düşünürsek, saldırgan bir toplum, kutuplaşan bir toplum ve eğitimsizliğin prim yaptığı bir topluma doğru gidiyoruz. Paylaşım da yok mesela. Orada özürlü bir hasta var önce alıyım diyorsun; hayır benim sıram diyor. Hoşgörü yok. Toplum ahlakı çok bozuldu.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

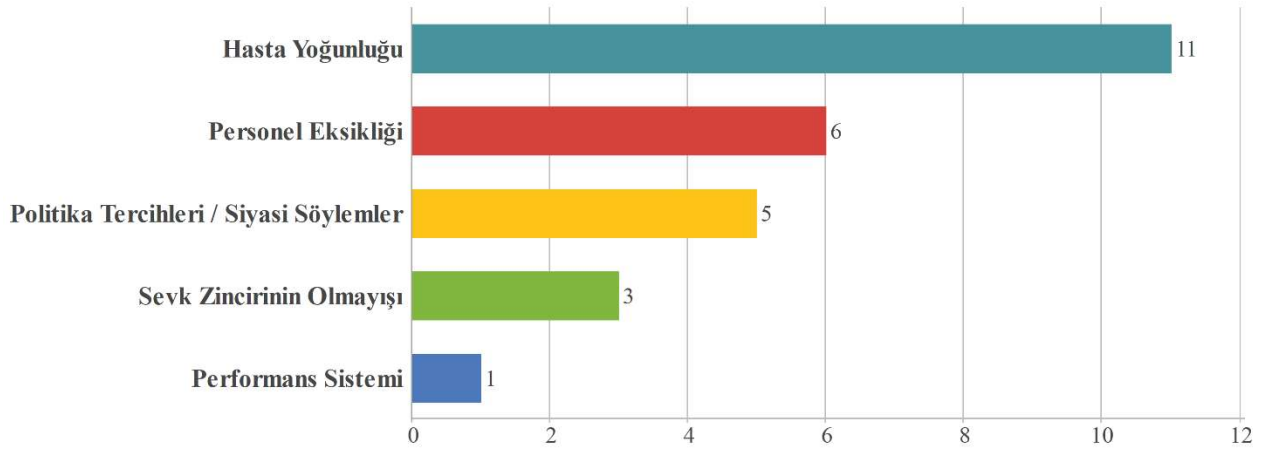
Sağlıkta şiddetin nedenleri arasında çoğunlukla toplumsal değişkenlere vurgu yapılması, şiddetin sağlık alanına özgü bir sorun olarak görülmediğini göstermekte olup toplumun tüm

kesimlerini etkileyen bir sorununun sağlık alanına da yansdığı yönünde bir algının mevcut olduğu söylenebilir.

4.2.4.2. Sağlık Sistemine İlişkin Etkenler

Toplumsal değişkenlerden sonra en sık karşılaşılan nedenler, sağlık sistemine ilişkin politikalar başlığında sınıflandırılmıştır. Bu bağlamda 5 koda ulaşılmış olup bu kodların sıklık dağılımı şu şekildedir;

Grafik 15. Sağlık Sistemine İlişkin Etkenler



Katılımcıların yarısı, hasta yoğunluğuna ilişkin nedenleri öne sürmüş olup personel eksikliği, sevk zincirinin olmayışı ve performans sistemi gibi hasta yoğunluğuna etki eden etmenler de göze alındığında katılımcıların neredeyse tamamının hastanelerdeki yoğunluğun sağlıkta şiddete neden olduğuna dair görüşü paylaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta yoğunluğuna/sayısına ilişkin anlatılar incelendiğinde hastaya yeterince zaman ayıramamanın, hasta yükü nedeniyle sağlıklı iletişim kurulamamasının ve hasta yükü nedeniyle ortaya çıkan tükenmişlik duygu ve durumlarının şiddet olgusunda etkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, hasta yoğunluğu hususunda katılımcılardan bazılarının görüşleri şu şekildedir;

“Hasta yükü de fazla, hastaya yeterince vakit ayıramıyorsun. Ama onun nedeni de, MHRS diye bir sistem var. İki gün önce gelmiş bir daha geliyor. Neden geldin diyorsun, göğsüm ağrıdı diyor. Üç ay sonra gel diyorsun, iki hafta sonra geliyor. O yükümüzü artırıyor, bir de performans derdimiz var bizim. Hasta bakmalıyız ki performans gelsin. Gereksiz yere çok hasta bakabiliyoruz, 30 hasta bakıyorsun belki ama onun 5'i gerçek hasta.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Hekim sayısı, hemşire sayısı Avrupa standartlarına baktığınız zaman OECD ülkelerine baktığınız zaman yarı yarıya. Türkiye ile Avrupa benim bildiğim kadarıyla son güncel durum nedir bilmiyorum ama yarı yarıya. Hastaneye başvuru sayısı da Türkiye'de bir buçuk kat daha fazla. O zaman yani ortada çok bariz bir gerçek var. Hekim sayınız, hemşire sayınız, sağlık profesyoneli sayınız az, hasta sayınız fazla. Dolayısıyla ister istemez kalitede düşüklük, daha iyi iletişim kurabileceğiniz zamanlar yerine hır gür geçen, hızlıca işi halletmek istediğin, hasta birinin de bu durumu psikolojik olarak kaldıramadığı zamanlar olacaktır.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

“Yani benim özel deneyimim de var. 7 ay kadar özelde çalıştım. Şimdi orada bir saat içerisinde iki üç hasta geliyordu. Tatlı dille, güler yüzle tüm sabrım, her şey ile sonuna kadar anlatıyordum. Ama burada kapıda bekleyen yetmiş hasta poliklinikte, sabah 8'den, akşam 4 buçuğa... Maksimum baktığım hasta sayısı yetmiştir. O yetmiş hasta içerisinde kötü hastalar da oluyor. Üç dört tanesi mutlaka yatış gerektiren hasta çıkıyor. Şimdi öyle bir durumda hem diğerlerine bakıp hem de o yatış gerektiren hastaya yatış ayarlamaya çalışıyorsun. Çünkü hastanede yatacak yer de yok, çok dolu işte servisler. En son çare olarak zaten genelde acil servise gönderip orada bir yatakta bekletiyoruz hastayı. Hani bu şeyi yönetmek bile, yetmiş hastaya bakıp eş zamanlı bu kötü hastaları yönetmek bile tabii beni çok stresli hale getiriyor. Dışarıdan bakıldığı zaman o stresim insanlara yansıyor muhtemelen.” (K14, Hekim, Asistan Dr.)

“Hekimler poliklinikte çok fazla hasta bakıyor. 10 dakika arayla hasta bakıyor. 10 dakikada hastanın şikayetini mi dinleyeceksin, muayene mi edeceksin, ona moral mi vereceksin, hastalığını mı açıklayacaksınız? Dolayısıyla hastalar kendilerine ayrılan vakitten çok memnun olmuyorlar. Ama kapıda da bekleyen hastalar var. 10 dakikada bir hekim ne kadar bir hastayla ilgilenip muayene edebilir? Sonuçta herkes elinden geleni yapıyor ama memnuniyetsizlik doğurabiliyor.” (K20, Hekim, Asistan Dr.)

Hasta yoğunluğuna benzer şekilde personel eksikliğine ilişkin görüşler de sıklıkla ortaya çıkmış olup personel eksikliğinin sağlık çalışanı – hasta iletişimi etkileyerek şiddete neden olabildiği görüşleri ile karşılaşılmıştır. Bu bağlamda öne çıkan bazı anlatılar ise şu şekildedir;

“Yani mesela ben alanımda 4 hemşire ile çalışıyorum. 8 hemşireyle çalışsam benim arkadaşlarım daha güzel dinlenerek çalışırlar. Dolayısıyla ikili bu iletişimi düzeltebilir belki. Çünkü atıyorum 100 tane hastaya maruz kalan ile 50 hastaya maruz kalanın stres düzeyi, psikolojik durumu falan filan aynı değildir. Yani diğeri daha sakin olabilir, şiddetin o üst şeyine gelmeyebilir yani.” (K03, Hemşire)

“Yani hastalara mesela çalışan sayısının az olması. Aslında bu bir kısır döngü. Yani çalışan sayısı zaten bu şiddet olayları yüzünden gittikçe azalıyor, insanlar istifa ediyor, başka daha rahat ve huzurlu çalışabilecekleri yerlere gidiyorlar. Böyle olunca daha bir sistem sıkıntıya düşüyor. İşte randevu alınamıyor bir hekimin üzerine çok daha fazla, ben hekim olduğum için oradan bakıyorum mevzuya, çok daha fazla hasta düşüyor bir hekim başına. İlgilenmeniz, uygun tedaviyi vermeniz, doğru tedaviyi vermeniz, kendinizi olaya vermeniz biraz daha güçleşiyor. Böyle bir kısır döngüye giriyorsunuz ondan sonra.” (K18, Dış Hekimi)

Sağlıkta şiddetin nedeni olarak görülen önemli bir diğer etken ise sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağına dair politika tercihleri ve bazı siyasi söylemler olarak öne çıkmıştır:

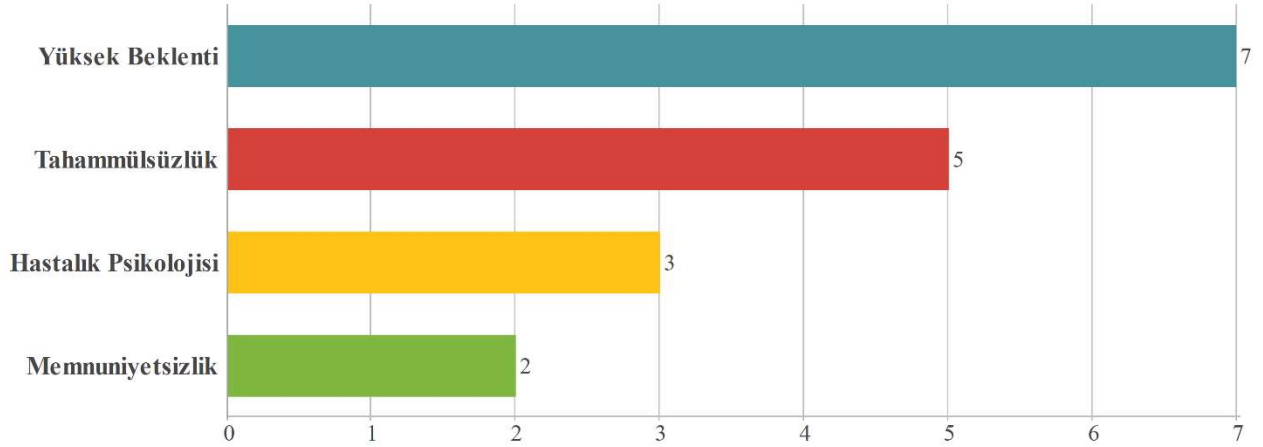
“Siyasal etkiler de olabiliyor. Mesela en basitinden doktorlara siyasiler bir şey söylediği zaman imam - cemaat mevzusunda olduğu gibi bir cesaret geliyor.” (K04, Hemşire)

“Tabii politikalar da biraz sıkıntılı. Doktorun koşulsuz hizmet veren, tamamen hizmete amade, kişilik vasıfları olmayan kişi olarak adlandırıldığı için bu da insanlara cesaret veriyor. Yani ben onlara hizmet vermeliyim. Her ne koşulda olursa olsun onların her isteklerini yerine getirmeliyim, istekleri ne olursa olsun.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

“Yani sağlıkla ilgili politikadaki yanlışlık bunun en büyük nedeni. Sağlık politikasının siyasileştirilmesi ikinci büyük neden.” (K14, Hekim, Asistan Dr.)

4.2.4.3. Hasta Kaynaklı Etkenler

Şiddetin hasta kaynaklı nedenleri başlığında, 4 olgu kodlanmış olup bunlar sıklıklarına göre hastaların yüksek beklentileri, tahammülsüzlük, hastalık psikolojisi ve memnuniyetsizlik olarak ele alınmıştır.

Grafik 16. Hasta Kaynaklı Etkenler

Hastaların karşılanamayan beklentileri arasında rapor talepleri, tıbbi gereklilik olmadan tedavi talepleri, öncelik talepleri, özel oda taleplerinin öne çıktığı görülmüş olup şiddetin nedenlerine hasta ve yakınlarının yüksek beklentilerini örnek gösteren bazı katılımcıların anlatıları şu şekildedir;

“Yani işte bugün senin randevun vardır, işte saat üçte bir randevun, işte bunu bire alamaz mıyız? Birileri aranır, birilerine telefon edilir, bir şeyler olur, bu saat bire alınır. Bu çok imkânsız bir şey değildir gerçekten. Ama doğru mudur? Değildir. İnsanlar hep bu minvalde kafaları, sürekli geliyorlar senden bir şeyler istiyorlar. Bizi öne alamaz mısın? Bize bunu yapamaz mısın? Bize ayrıcalık tanıyamaz mısın? Her konuda böyle. Her şeyde böyle. Yani şuradaki serviste dahi iki kişiyi aynı odaya yatıramıyorum. Eskiden bizim 9 Eylül Üniversitesi'nde 6 ile 8 yataklıydı odalar. Şimdi burada iki kişilik odaya hasta yerleştiremiyorum yani. Neden? İstemiyor, özel oda istiyor yani bunu ayarlayamıyoruz.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

“Yani gelip de ben yarın düğüme gideceğim deyip rapor almak isteyip rapor verilmediği takdirde de ortalığı yıkan insanlar görüyoruz. Şiddete uğrayan insanlar oluyor işte gidiyor. Yıllık izne gidiyor, ben bir hafta daha kalacağım. Hasta değil talep ediyor, talebi yerine getirilmiyor. Yine yıkıyor ortalığı. Tabii ki bu da bir çeşit politika sonuçta. Sizden beklenen o hastanın isteklerini yerine getirmeniz. Mesela damar yolu açtırmak için gelen insanlar oluyor. Grip, nezle oldum serum taktırmaya geldim diyor veya çocuğum kustu bir kere serum takılsın istiyor. Yani kişisel istekler yeri getirilsin, sorun çıkarılmasın isteniyor. O yüzden sorun ne kadar az çıkarırsa o kadar iyi doktor. Yani aslında iyi tedavi ettiği için değil, her şeye he dediği için iyi doktor oluyor ya da iyi bir hizmet veren oluyor.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

Şiddetin nedenleri arasında hasta ve yakınlarının yüksek beklentilerine benzer şekilde tahammülsüzlük cevabıyla da sıklıkla karşılaşmış olup hastane içi uzayan prosedürler ile uzayan muayene olma ve tetkik süreçlerine tahammül edilmediği ve bu süreçlerin şiddeti doğurabildiği paylaşılmıştır. Bu konuda öne çıkan bazı anlatılar şu şekildedir;

“Bence hastalar böyle ajite olarak geliyor buraya. Bizim de iş yükümüz fazla olduğu için ekstra bir ilgi istiyorlar. Biz de bütün hastalara eşit şekilde davrandığımız, eşit zaman ayırdığımız için biraz tartışmalar yaşandığını düşünüyorum. Burada iş yükümüz fazla. İnsanlar söylediği saniye işinin hallolmasını istiyor. Birkaç dakika bile bekleyecek tahammülleri olmuyor. Ama bir hastayı bırakıp ona gidemediğin için böyle atışmalar tartışmalar yaşanıyor.” (K16, Hemşire)

“Yani bence bunun en büyük nedeni sosyoekonomik olarak herkesin gün geçtikçe daha kötüye gidiyor olması. Bu durum herkesi daha da tahammülsüzleştiriyor ve bir yerde patlıyorlar. Yani bu bir dolmuşta da olabiliyor, bir metroda da olabiliyor, bir hastanede de olabiliyor. Genel olarak artık o kadar sinir sistemimiz yıprandı ki her şeye daha tahammülsüz yaklaşabiliyoruz. Bir 10 dakika beklemek bile bazen bizi çok gerebiliyor.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

“Yani toplumsal olarak bir kaynama ve bir rahatsızlık var. Genel bir tahammülsüzlük var, kızgınlık var. O kızgınlığı, siniri, gücü yettiği yerlere ulaştırmaya başlıyorlar. Yani bunu öyle yorumluyorum. Toplumun her aşamasında bir sıkıntı var.” (K15, Psikolog)

Hasta ve hastalık psikolojisi de hasta kaynaklı şiddet nedenleri arasında öne sürülen faktörlerden biri olmuş fakat yapılan diğer çalışmalara oranla çok daha az sıklıkta bu olguya atıfta bulunduğu gözlemlenmiştir.

“Maddi problemi de varsa adamın zaten yani hasta olmak ya da bir hasta yakınınızın olması zaten psikolojinizi çok kötü etkiliyor. Çünkü buna vakit ayırmanız gerekiyor. Yani paranız olsa bile bir de vaktiniz olması lazım, ilginizi vermeniz lazım ve o hastayı götürmeniz lazım, getirmeniz lazım. Ki düşünün bir de paranız yoksa bu imkân çok zor. İşte getiriyor, çok zorluklarla ilçeden getiriyor ama geldiğinde burada sedyeye alınamıyor. Mesela işte ne bileyim sandalyeye alınamıyor veya bekliyor. Yani beklentisi çok yüksek oluyor. Çünkü çok zor geldi buraya çok zor ulaştı. Büyük bir beklentisi vardı sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili. Onun düşündüğü hızda olmuyor bazen. Bu tarafı çok bilmiyor. Neden beklediğini söylemezse belki orayı da çok algılayamıyor.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Çoklu nedenlerden dolayı hasta memnuniyetinin sağlanamadığı durumlarda şiddetin ortaya çıkabildiğini paylaşan katılımcının bu konudaki görüşleri şu şekildedir;

“Kişilerin dediğim gibi beklentisine cevap verecek bir yapıyı oluşturamıyorsunuz. Bu sizin kendi duygu durumunuzdan, birikiminzden de olabilir. Bu çalıştığınız fiziki ortamın iş yoğunluğundan da olabilir. Verdiğiniz cevap karşısındaki tatmin etmez, ister ki saatlerce konuş ama sizin de vaktiniz yoktur. Vaktiniz olmadığı için kısa cümlelerle açıkladığınız şey karşı tarafı tatmin etmediği için ya hakaret ya da fiziki saldırı şekline dönüşüyor.” (K13, Hekim, Yönetici)

4.2.4.4. Çalışan Kaynaklı Etkenler

Nöbet koşulları, iş yükü, personel eksikliği, performans sistemi gibi sağlık çalışanını ilgilendiren konular, sağlık sistemine ilişkin nedenler altında sınıflandırılmış olup bu tür değişkenlerin dışında kalan bireysel bazı etmenler bu başlık altında değerlendirilmiştir. Bu bağlamda; çalışan kaynaklı şiddete neden olan faktörler arasında, çalışanın iletişim kabiliyetindeki eksiklikler cevabının öne çıktığı görülmüştür.

Tablo 33. Şiddeti Etkileyen Çalışan Kaynaklı Etkenler

Kod	Katılımcı
İletişim	K03; K08; K12; K13; K21
Çalışma arkadaşını korumama	K01; K10

Bu bağlamda iletişimsizlik olgusunu öne çıkaran eğitim görevlisi hekimin şu görüşü dikkat çekmiştir;

“Pek çok sebebi var ama en temeli iki tarafın yani hizmet almak isteyen ve hizmet veren iki tarafın iletişiminde yani alışverişinde yani birinin gönderdiği uyarının diğeri tarafından alınıp alınmaması sürecinde bir sıkıntı var. Yoksa biri kalkıp gelip sağlıkçı dövmez veya ona küfür etmez diye düşünüyorum.” (K08, Hekim, Doç. Dr.)

Uzun yıllardır yönetici olarak görev yapmakta olan bir diğerk hekim katılımcının bu konudaki benzer görüşü ise şu şekildedir;

“Sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimi son derece beceriksiz, yetersiz. Yani beceri konusunda çok yetersiz. Hastaları bazen sadece bilgilendirerek bu konuda ne yapabilirsiniz diyerek şiddeti engellemek mümkün oluyor. Çünkü sağlıkçılar, özellikle ağız kavgalarına baktığınızda en büyük problem bilgi verememek, haberi verememek. Gelecek hakkında bilgilendirmemek.” (K21, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

İki katılımcı ise meslektaş ya da çalışma arkadaşlarının bazı söylem ve davranışlarının, diğerk bir sağlık çalışana şiddet olarak dönmesine neden olabildiği ifade etmiş olup bu konuda öne çıkan bir anlatı şu şekildedir;

“Burada bizim de suçumuz var. Mesela başka doktora gidiyor, önceki doktorun söylediklerini eleştiriyor. Hastayı tedirgin ediyor. Sonra siz 7 mm ölçtünüz, 6 mm miş delik diyor. Halbuki doktor orada, aletten alete fark olabilir, sonuç olarak orta büyüklükte bir delik bulunuyor dese, çocuğun büyümesiyle deliğin görece büyüklüğü azalacak dese, hasta yakınıni rahatlatırsa saldırganlaşmayacak. Ama yapmıyorlar, korumuyorlar da meslektaşını. Kötüleyince o da saldırıyor sonra. Kendimize olan saygıyı da azaltıyoruz.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

4.2.4.5. Kurumsal Eksiklikler

Sağlık çalışanlarına yönelik nedenler arasında katılımcılar tarafından en seyrek şekilde kurumsal faktörlerden bahsedilmiştir. Bu başlık altında güvenlik önlemlerindeki yetersizlik, hastane içi prosedürlerin fazlalığı, kurumsal iletişimdeki sorunlar ve fiziki yetersizlikler yer almıştır.

Tablo 34. Şiddeti Etkileyen Kurumsal Eksiklikler

Kod	Katılımcı
Güvenlik önlemlerinde yetersizlik	K01; K22
Hastane içi prosedürlerin fazlalığı	K06; K22
Kurumsal iletişimdeki sorunlar	K15
Fiziki yetersizlikler	K15

Kurumsal eksikliklere ilişkin öne çıkan bazı görüşler şu şekilde sıralanmaktadır;

“Buradaki prosedür zaten çok karışık, saçma. Önce triyaja girecek, triyajdan muayeneye girecek, muayeneden tekrar bize gelecek. Biz de konsda değerlendiriliyor konsu yoksa tekrar doktor odasına gidiyor. Süreç uzadıkça adam zaten sinirlenip üstüne daha da sinirleniyor. Böyle olunca direk bize patlıyorlar yani. (K22, Hemşire)

“Hastanenin yönetim politikalarında kopukluk olması tabii bu şeyi arttıran bir noktaya gelebilir. Kendi amirlerimize rahat ulaşabiliyor olmamız lazım. Onların da kendi amirlerine rahat dolaşabiliyor ve işlerini gerektiğinde yaptırabiliyor olmaları gerekiyor. Bu güven sağlanmadığı zaman küçük gördüğümüz bir kusuru bile belki bildirmeme ihtiyacı hissediyoruz ve bu bildirmemeler birleşip işlerin daha da büyümesine, kötüleşmesine sebep oluyor.” (K15, Psikolog)

“Bir de eskiden hastanelerde polisler olurdu. Şimdi güvenlik var, ama onlara da olaylara çok dokunmayın deniyor. Onlar da çok karışmıyor. Ama polis olsa daha caydırıcı olabilir, ama güvenlik olunca çok halka müdahale edilmiyor. Biraz politik bir mekanizma var.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Yeterli denetimin olmaması bence. Yani ülkemizde başka hangi resmi kuruma insanlar cebinde çakı ile bıçakla, silahla girebiliyor?” (K19, Hemşire)

4.2.5. Sağlıkta Şiddetin Sonuçları

Çalışmada sağlıkta şiddetin sonuçları kapsamlı bir çerçeveden ele alınmak istenmiş olup bu amaçla katılımcıların bu konudaki görüşleri için katılımcılara maruz kaldıkları şiddet olayının ruhsal durumlarına etkileri, şiddet olaylarının diğer hasta veya yakınlarına

yaklaşımlarına etkisi, sağlıkta şiddet olgusunun kariyer seçimlerine etkisi ve bu sorunun çözüme ulaştırılamamasının makro düzey sonuçlarına dair farklı sorular sorulmuştur. Alınan cevaplardan şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki etkisi ve sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki etkiler başlıkları altında ele alınmıştır.

4.2.5.1. Sağlık Çalışanı Üzerindeki Etkileri

Maruz kalınan şiddetin, sağlık çalışanı üzerindeki etkileri olayların yarattığı ruhsal travmanın psikolojik etkileri, olayların diğer hasta veya yakınlarına yaklaşıma etkileri ile şiddet olgusunun katılımcıların meslek ve branş seçimine etkileri başlıkları altında, 3 alt kategoride değerlendirilmiştir. Bu bağlamda alt kategori – kod tablosu şu şekilde elde edilmiştir.

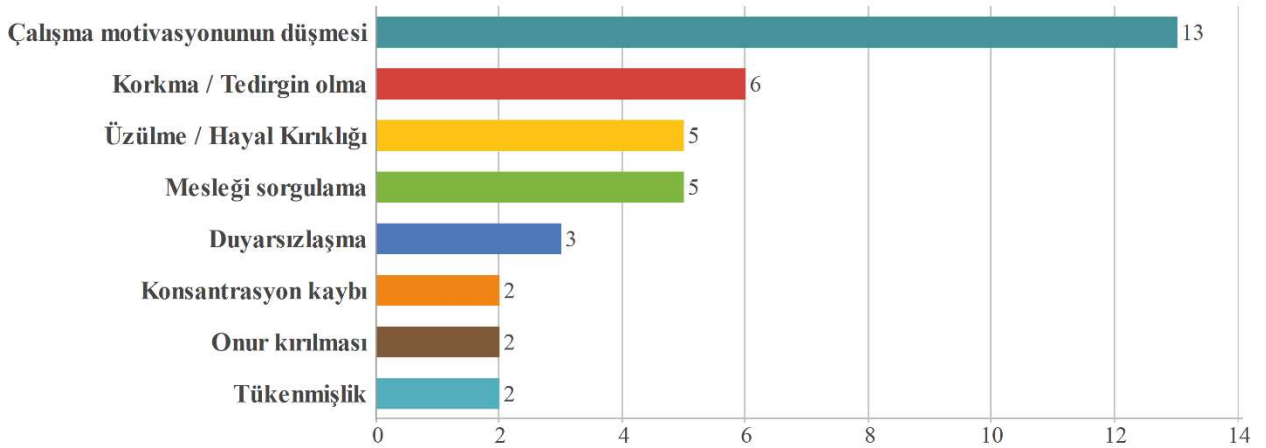
Tablo 35. Şiddetin Sağlık Çalışanı Üzerindeki Etkisine Dair Kategori ve Kodlar

<i>Alt Kategori</i>	<i>Kod</i>
Şiddetin psikolojik etkileri	Çalışma motivasyonunun düşmesi
	Korkma / Tedirgin olma
	Üzülme / Hayal kırıklığına uğrama
	Mesleği sorgulama
	Duyarsızlaşma
	Konsantrasyon kaybı
	Onur kırılması
	Tükenmişlik
<i>Alt Kategori</i>	<i>Kod</i>
Şiddetin diğer hastalara yaklaşıma etkisi	Etkilemedi
	Uzak durma / Çekinme
	Toleransın düşmesi
	Özveriden kaçınma
	Yumuşama

<i>Alt Kategori</i>	<i>Kod</i>
Şiddetin meslek/branş seçimine etkisi	Etkilemedi / Seçerken şiddet yoktu
	Etkilemedi ama pişmanım / memnun değilim
	Etkiledi

Psikolojik Etkiler: Şiddetin sağlık çalışanının psikolojik sağlığına etkileri arasında çalışma motivasyonunun düşmesi öne çıkmış olup katılımcıların yarısından fazlası bu etkiye atıfta bulunmuştur. Bunun haricinde sıklıkla, korkma/tedirgin olma, üzülme/hayal kırıklığına uğrama ve icra edilen mesleği sorgulama etkileri ile karşılaşmıştır.

Grafik 17. Şiddetin Çalışan Üzerindeki Psikolojik Etkileri



Çalışma motivasyonuna atıf yapan katılımcılar arasında öne çıkan anlatılar şu şekilde sıralanmaktadır;

“Baktığınız zaman ne kadar profesyonelim desen de, üniversite mezunu olsan da, bunun eğitimini almış olsan da, hemşirelikte iletişimi bilsen de şimdi on bir hastalık düzenlenen bir yerde yirmi bir hasta ile çalışıyorsun. Kendinden feragat ediyorsun zaten ve baktığın hastaların her birinin potansiyeli farklı. Kimisinin arrest olma ihtimali var, kimisi normal stabil hasta falan. Baktığınız zaman sen full kapasitede çalışıyorsun, bütün hastalara bakıyorsun. Ama böyle bir olay olduğu zaman ister

istemez seni şey yapıyor, sarsıyor. Yani enerjini düşürüyor, motivasyonunu alıyor. Ama sana bir can emanet edilmiş ve yapman gereken sorumlulukların var. En kısa sürede kendini toparlaman gerekiyor. (K04, Hemşire)

“Çalışma motivasyonumu çok düşürdü tabii ki. Yani çok isyan ettiğim de oldu. Neden bu durumu yaşıyorum? Neden bunu ben yapıyorum? O tedirginlikle yaşamak her an başıma bir şey gelebilecek korkusu motivasyonumu ve çalışma hayatımı olumsuz etkiledi.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

Şiddetin sağlık çalışanında yarattığı duygular arasında tedirgin olma ve korkmanın öne çıktığı görülmüş olup bu bağlamda bazı anlatılar şu şekildedir;

“Yani mesleğin başından itibaren böyle hep travmatik alanlarda çalıştığım için her nöbete gidişim benim için travmaydı. Bu nöbette de bir şeyle karşılaşacağım. Hasta ve hasta yakınlarıyla direkt bunu yaşayacağımdan hep korktum.” (K03, Hemşire)

“Daha sonrasında annenin de tehditlerine maruz kaldım. Kendi bileğini keserek işte “Seni de keseceğim” şeklinde tehditlerde bulunmuştu bana. Çok korkmuştum. Yani bir 15 - 20 gün boyunca güvenlikler ile dolaşmışım. Beni en çok etkileyen, sarsan bu şiddetti.” (K07, Sosyal Hizmet Uzmanı)

“Hemşire hanım girmeseydi araya vurabilirdi. Korktum yani çok korktum. Hatta o gün olaydan sonra eşimi aradım, izin aldım gitmedim. Hastane dışına çıkmaya bile korktum. Hani beni tekrar takip eder, kafasına takar vesaire gibi. Korktum, baya etkilendim. Birkaç gün etkilendim, etkisi altında kaldım olayın.” (K18, Diş Hekimi)

İcra edilen mesleği sorgulama, pişman olma duygularını ifade eden katılımcılardan biri yaşadıklarını şu şekilde aktarmıştır;

“Ama tabii ki çok fazla canımı sıktı ve mesleğimi sorgulamama çok fazla neden oldu. O gün için çalışamayacak durumdaydım. (K02, Hekim, Asistan Dr.)

Şiddetin hem tükenmişlik hem de mesleği sorgulamaya neden olduğunu belirten bir diğer katılımcı ise bu konudaki deneyim ve görüşünü şu şekilde ifade etmiştir;

“Çünkü çok yorucu bir iş yapıyoruz ve psikolojik anlamda da insan yoruluyor. Bununla birlikte bir de bu yaşandığı zaman bayağı bir tükenmişlik yaşıyorsun. Mesleğini sorguluyorsunuz. Yaptığın, bulunduğun durumu sorguluyorsun. Çok ciddi şeye varabilir bu. Yani ben bu noktalara geldim. Mesleği bırakma bu mesleği bir daha yapmamaya dönebilir. Benim ekibinden daha yakında, şiddet yaşayan, fiziki şiddet yaşayan arkadaşlarım var. Toparlanmak için uzun süre geçiyor psikolojik anlamda gerçekten.” (K03, Hemşire)

Bir diğer katılımcı, maruz kaldığı fiziksel şiddet karşısında hissettiği hayal kırıklığını ise şu ifadelerle açıklamıştır;

“Şimdi bu benim için çok büyük bir hayal kırıklığıydı. Niye? Birincisi işimi yapmaya çalışırken direkt kendisine yardım etmeye çalıştığım bir insandan fiziksel şiddet gördüm. Yani baktığınız zaman, hani şey de olur böyle gerilimin turmandığı, karşılıklı anlaşmazlıkların olduğu bir olay da değil. Durup dururken bir şekilde bir insan geliyor ve yumruk atıyor. Yani o beni çok üzmüştü.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

Şiddetin Diğer Hasta ve Yakınlarına Yaklaşımına Etkisi: Katılımcının maruz kaldığı şiddet olayının sonrasında diğer hasta ve yakınlarına yönelik yaklaşımının değişip değişmediği sorgulanmıştır.

Tablo 36. Şiddetin Çalışanın Hasta ve Yakınlarına Yaklaşımına Etkisi

Kod	Katılımcı
Değiştirmede	K07; K12; K15; K16; K17; K19
Uzak durma / Çekinme	K02; K03; K10; K14
Toleransın düşmesi	K04; K05; K09; K11
Özveriden kaçınma	K09; K11
Yumuşama	K10

Yaşadıkları şiddetin, hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımlarını değiştirmedeğini ifade eden katılımcılar, karşı tarafın bireysel özelliklerinden dolayı şiddete maruz kaldıklarını, her hastanın aynı olmadığını belirtmiştir. Bir diğer neden ise, şiddetin yapılan işin doğal bir

parçası olarak görmeleri nedeniyle yaşadıkları olaylara karşı duyarsızlaşma olarak öne çıkmıştır. Bu bağlamda öne çıkan bazı örnekler şu şekildedir;

“Bunların kişisel özellikleri olduğunu biliyoruz. Yani mümkün değil birisinden bir şekilde yaşadık diye ondan sonra her gelen hastaya öyle davranmak. O zaten olabilecek bir şey değil, hiç de şey değil. Her hasta kendi özelinde. Yani her hastanın farklı bir ihtiyacı var, farklı bir beklentisi var. Ben öyle bakmıyorum yani.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

“Olmuyor, çünkü her bireyin farklı olduğunun farkındayım. Yani bir şey oluyoruz, kişiye göre davranmak zorunda kalıyoruz. İyiyse iyi davranıyorsun. Hani kötüyse ona göre bir ket vuruyorsun, önlemini alıyorsun. Ama genel olarak davranışımı etkilemiyor.” (K19, Hemşire)

“Aslında diğer hastalara değiştirmedim, yani çok sıklıkla olay yaşadığımız için. İlk başlarda değiştiriyordum, yalan olmasın. Bütün hasta yakınları böyle davranacak gibi hissediyordum. Ama yaşaya yaşaya biraz alıştık. Eskiden öyle değildi. Bir çekincemiz oluyordu “ya bununla da mı tartışacağız” falan diye ama artık olmuyor.” (K16, Hemşire)

Maruz kaldığı şiddet sonrasında bazı hastalara yaklaşırken uzak durma eğiliminde olduğunu belirten bir hekimin deneyimi şu şekildedir;

“Zaten o gün ben mevcut fiziksel şiddet nedeniyle adli raporumu alıp çalışmadım daha fazla. Ama sonrasında baktığımız zaman insan şunu düşünüyor. Bu çok etik değil ama biraz şartlar öyle gerektiriyor. Ben o zaman biri çok alkollü ise yardıma ihtiyacı olabilir, ama önce kendimi güvene almam lazım. Yani uzak durayım biraz. Bu maalesef oluyor çünkü en azından kendimi bu kadar koruyabiliyorum.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

Konu hakkında bir diğer katılımcının görüşleri ise şu şekildedir;

“Hastalara yaklaşım konusunda bir yandan da hastalardan soğuttu yani. Kendi empati yeteneğimi kısıtım, özellikle acilde iken. Burada yatan hasta arasında, psikiyatride olaylar farklı tabii ki ama özellikle acildeyken hastayla özdeşleşmeme, özdeşim kurmamak için, hastayı nesneleştirmek için her türlü savunma mekanizmasını kuruyordum kafamda yani.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

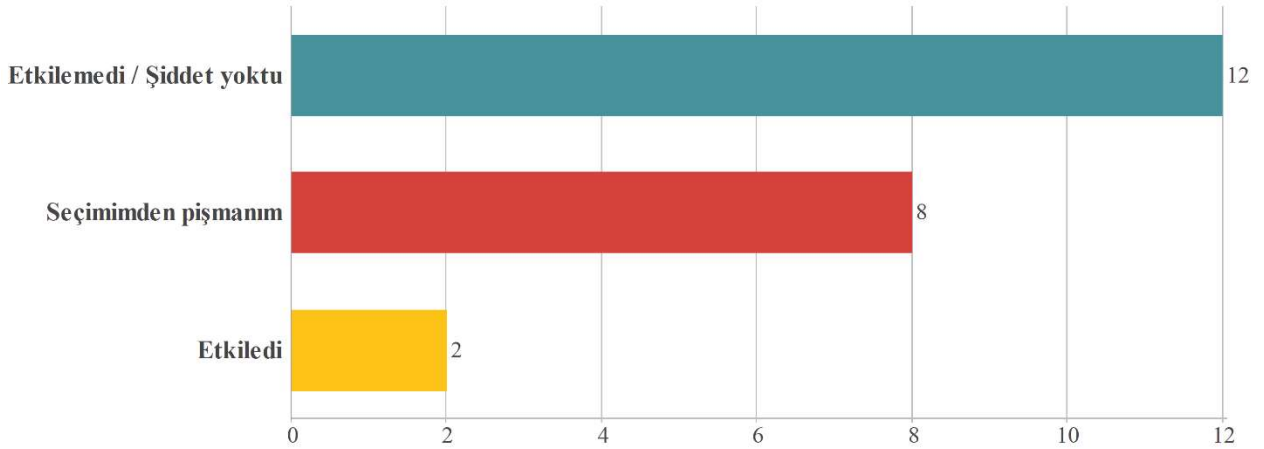
Şiddetin diğer etkileri ise hastalara yaklaşımda müsamaha göstermeme, toleransın düşmesi ve özveriden kaçınma şekillerinde ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, yakın zamanda bir hasta yakınının fiziksel şiddetine maruz kalan asistan hekimin görüşleri dikkat çekmiştir;

“Artık insanlara karşı iyi niyetli yaklaşmıyorum. Artık iyi niyetle yaklaşmıyorum insanlara, kesinlikle. Şimdi örnek veriyorum ayaktan başvuran bazı poliklinik hastalarına yatan hastalar gibi randevu vermeye çalıştığımız oluyor. Bunları bir şekilde ayarlamaya çalışıyoruz. Çünkü artık hani bazı şeyleri, hani hekimlik becerisi olarak da biliyoruz. Şey yapıyorsun, görüyorsun. Örnek veriyorum bu hasta bağılıyor. Malign, kanser bu hasta kötü, kötü yani bunun şey değil hani. Ya da acil bir görüntüleme yapılması lazım. Acil bir kolonoskopi yapılması lazım. Eskiden olsaydı bunları işte yatan hasta gibi işte tırnak içerisinde oradaki tanıdık sekreter arkadaşlara ya da o birimlerde çalışan arkadaşlarımıza telefonlarla vesaire yönlendirirdim. Hani insanlar mağdur olmasın vesaire değil ama artık olsunlar, umurunda değil. Neden umurunda değil. Çünkü biz bu insanlar için ekstra mesai harcadıkça, ekstra çaba sarf ettikçe aslında sen sanıyorsun ki daha kıymetli ve saygıdeğer olacaksın. Hayır, olmayacak. (K09, Hekim, Asistan Dr.)

Farklı bir hekim, yaşadığı şiddet sonrasında randevusuz hasta bakma konusunda özveriden kaçınmak zorunda kaldığını şu ifadelerde belirtmiştir;

“Burada aslında bizim nöroloji hastaları çok özel hastalar. Onların tabii ki zor durumda olduklarını biliyoruz, işleri görülsün diye bakıyoruz. Ama bir müddet bundan sonra hastaların işini görmemek gibi bir tutum sergilemişim maalesef. Yani randevusu varsa var, yoksa yok gibi bir tutum sergilemek zorunda kalmışım aslında. Üzerimize yürüyüp bizim mesleki yönümüz ile ilgili hakaret edince bakmak istememişim.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

Şiddetin Meslek/branş Seçimine Etkisi: Şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki etkileri kapsamında, ülkemizde yaşanan sağlıkta şiddet olgusunun sağlık çalışanlarının kariyer seçimlerini etkileyip etkilemediği konusunda sorgulamada da bulunulmuştur. Bu bağlamda katılımcılardan on ikisi meslek seçimlerinde bu sorunun etkisinin olmadığını ya da seçimde bulunurken sorunun bu boyutta olmadığını, sekizi yaptığı seçimden dolayı zaman zaman pişmanlık duyduğunu, ikisi ise branş seçiminde bulunurken bu sorunu dikkate aldıklarını ifade etmişlerdir.

Grafik 18. Şiddetin Meslek ve Branş Seçimine Etkisi

Yaptığı meslek ya da branş seçiminden zaman zaman pişmanlık duyduğunu belirten katılımcılardan bazılarının bu konudaki düşünceleri şu şekilde öne çıkmıştır;

“Yani ben böyle bir ortamda hekimlik yapacağımı görseydim, yazardım biyokimya otururdum laboratuvarında. Ama tabii bunda yaşın da etkisi var. Kendimi bu kadar veriyorum ve hakkettiğim değeri göremiyorum, o zaman gerek yokmuş diyorsun.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Meslek seçerken ben, böyle bir şey yoktu. Yani bu boyutta bir sağlıkta şiddet, asla yoktu. Olsaydı seçmezdim ya da farkında değildim belki ben. Farkına varmış olsaydım asla seçmezdim.” (K14, Hekim, Asistan Dr.)

“Keşke farklı bir seçim yapsaydım dediğim oluyor. Atıyorum mimarlık olabilirdi, veterinerlik olabilirdi. Ama şu anki aklım olsa hemşireliği tercih etmezdim. Sağlık sektöründen herhangi bir şey tercih etmezdim.” (K22, Hemşire)

Altı hemşire katılımcıdan dördünün, yaptığı meslek seçiminden zaman zaman pişmanlık duyduğunu belirtmesi dikkat çekmiştir. Sağlıkta şiddetin, branş seçimini etkilediğini belirten bir asistan hekimin bu konudaki düşüncesi ise şu şekildedir;

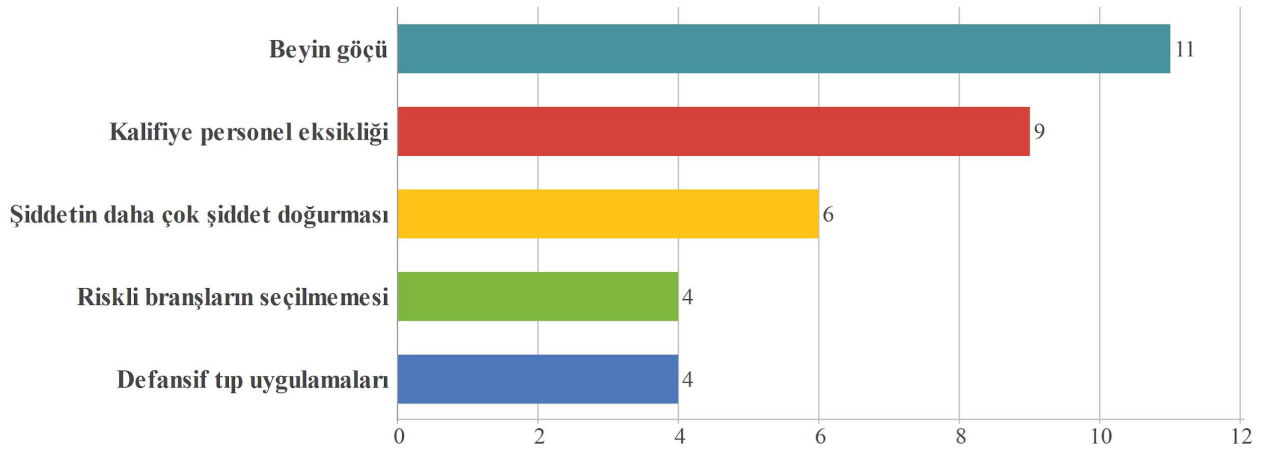
“Yani ben dahiliye de yazmayı düşündüm mesela ama dahiliye çok daha fena bu konuda. Psikiyatri nispeten daha korunaklı bir branş. İronik bir şekilde. ...Psikiyatride

daha çok risk olduğu düşünülür de öyle olmuyor çünkü buraya gelirken daha dikkatli oluyorsunuz. Zaten bekliyorsunuz başınıza bir iş gelmesini. Dahiliye polikliniğinde hasta bakarken niye bekleyesiniz hastanın size silah çekmesini? Psikiyatri polikliniğindeyken zaten karşıdakinin akli dengesi yerinde değil diye kendinizi güvenceye alıyorsunuz. Biraz öyle bir şey var. Bir de şöyle bir şey var. Ben mesela devlette çalışmayı düşünmüyorum sağlıkta şiddet sebebi yüzünden. Psikiyatri daha rahat özelleşebilen bir branş.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

4.2.5.2. Sağlık Hizmetinin Kalitesi Üzerindeki Etkileri

Bir önceki başlıkta ele alınan şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki etkileri, dolaylı olarak sağlık hizmetinin kalitesini de etkilemekle beraber katılımcıların sağlıkta şiddetin sonuçları kapsamında, sağlık hizmetinin kalitesine yaptıkları doğrudan atıflar bu başlık altında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda öne çıkan etkilerin sıklıkları şu şekilde elde edilmiştir;

Grafik 19. Şiddetin Sağlık Hizmetinin Kalitesi Üzerindeki Etkileri



Sağlıkta şiddetin sonuçları kapsamında katılımcıların yarısının, yurt dışına yapılan beyin göçüne atıfta bulunması dikkat çekmiştir. Bu sonuca dair öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

“Mesela hekimlerin çoğu yurt dışına kafayı takmış durumda. Kimse burada yapmak istemiyor. En basit benim yeğenim hemşire, hemşirelikten nefret ederek yapıyor. Yani

insanların mesleğini sevmesini engelliyor bu tarz şeyler.” (K05, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

“Yani bence büyük fotoğraf olarak ya da uzun vade olarak düşünürseniz kaliteli sağlık hizmeti yok oluyor yavaş yavaş. Gidebilen durumdaki her doktor ya yurtdışına gidiyor ya da devletten ayrılıyor.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

“Tabii ister istemez, yurt dışına gidiyor insanlar. Ben çok iyi anlıyorum, tabii ki gider yani niye kalsın ki? Hani tamam vatanımız elbette, vatanımıza hizmet etmemiz boynumuzun borcu. Biz bu ülkenin tıp fakültelerinden mezunuz. Ama mesela o arkadaş da diyor ki ‘Tamam evet öyle. Ben şimdi gidip Amerika’da şu şu eğitimleri üstüne ekleyip en azından hoca olarak döndüğümde yine ülkeme bir faydam dokunur’ diyor. ‘Şu an, şu asistanlık süreci ve sonrasındaki uzmanlık süreci ve o geçişleri kaldıramayacağım’ diyor. Yani bence çok haklı. Bunun gibi yurt dışına gidişler çok fazla artacak ve hekim kalitesi de düşecek.” (K14, Hekim, Asistan Dr.)

“Hangi pozisyonda çalıştığı önemli değil, insanların motivasyonunu kırıyor ve insanların bu ülkeden gitmelerine neden oluyor. Benim için de en önemli sebeplerden birisi bu. Ben de gitmeye çalışıyorum çünkü hasta yakınlarının verdiğimiz özveriyi fark edememesi... Yani onlar için hiçbir şey yapmıyor gibi görünüyoruz ama aslında çok şey yapıyoruz.” (K19, Hemşire)

“Beyin göçü direkt. Yani şu an benim tanıdığım sağıktaki en yakın çevremden en az bir 10 kişi yurt dışına gitmiş durumda. Direkt gittiler. Hani gitmek isteyen de çok fazla. İmkan olsa gidecek olan da çok fazla. Bunlardan eminim. Hatta arada ben bile düşünüyorum.” (K22, Hemşire)

Benzer şekilde, başarılı bireylerin doktorluk ya da diğer sağlık mesleklerini seçmemesi ya da sağlık çalışanlarının özel kurumlara geçmesi nedenleriyle kalifiye personel eksikliğinin görüleceğini belirten katılımcılarla da sıklıkla karşılaşmıştır. Bu bağlamda öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

“Artık eskisi kadar saygın değil, saygınlığı düşüyor. Bu saygınlığın düşmesi de artık turnak içerisinde bunun cazip hale gelmemesi demek. Bunun gelmemesi de artık belli bir disiplin ve belirli seviyeden gelen insanların bunu seçmemesine sebep oluyor. Ve göreceğiz, on sene sonra artık daha kalitesiz insanlarla muhatap olacağız maalesef. Çok daha kalitesiz insanlarla muhatap olacağız. Hastalar belli bir zaman sonra artık hiçbir derdini, sıkıntısını çözemeyecekler.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

“Sağlık alanında özellikle bu şiddeti bir şekilde kontrol altına alamazsak yüksek kapasiteli insanların sağlık mesleğini tercihinde bir düşüş gidecek. Eğer ki sağlıkta şiddet dediğimiz olay çok yaygınlaşır, gündelik hayatı işgal ederse bizim bu yüksek kapasiteli insanların sağlık mesleğini seçmesi azalacaktır. Bu da titizlikle, yüksek kalitede yürütülmesi gereken bir hizmetin, meslek grubunun bu işleri yapacak insan kalitesinin, kapasitesinin de düşmesi anlamına geliyor. Bu da sonuçta hizmetin kalitesinin düşmesi ile sonuçlanacak. Yani esasında şiddet, sağlık hizmetinin kalitesini, niteliğini, niceliğini her yönden etkileyen bir olgu. Eğer ki sağlık alanını, şiddetin görülebileceği bir doğal alan algısından çıkaramazsak sonuçta hani bu işi hakkında işte yani bir insan canını emanet alabilecek kalitedeki insanlarla yapma yolundan uzaklaşmaya başlayacağız. Ki esas asıl tehlike bu.” (K21, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

Sağlıkta şiddetin etkileri arasında, daha riskli görülen ve hasta – hekim ilişkisinin yoğun yaşandığı uzmanlık alanlarında hekimlerin sayı ve kalitesinde düşüşün gerçekleştiğini, genç hekimlerin bu alanları tercih etmediklerine ilişkin anlatılar da dikkat çekmiştir;

“Kendimi bu kadar veriyorum ve hakkettiğim değeri göremiyorum, o zaman gerek yokmuş diyorsun. Şu an mesela girişimsel branşlara bakıyorsun, en başarılıları göremiyorsun. En yüksek puanlılar şimdi biyokimya, patoloji yazıyor. Eskiden en düşük puanla girilen bölümler şimdi peakte. Yakında girişim yapacak akli başında hekim bulunamayacak.” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Genç nesil cerrahi branşlarda yer almak istemiyor. Riskli branşlarda yer almak istemiyor. Ben pediatriye başlarken ciddi bir puanla girerdik. İlk onda mutlaka yer alırdık, şu anda barajı geçen geliyor. Cerrahi branşlar, kadın doğum öyle. Kadın doğum doğuma derece yapanlar girerdi ben yeni mezun iken şimdi barajı geçen 50 55 gibi son derece basic puanlarla geliyorlar. Bu neye yol açıyor? Gerçekten yoğun branşların, riskli branşlara çok düşük puanlarla altyapısı zayıf bir eğitimle geldikleri için yetersiz hizmet verip malpraktisleri de artırıyor. Bu bir kısır döngü, iyice çözümsüzleştiriyor. (K11, Hekim, Prof. Dr.)

“Tabii uzun vadede gençler acil gibi en önemli yerlerde çalışmak istemiyorlar. Bununla karşı karşıya kalmak istemiyorlar. Riskli yerleri seçmek istemiyorlar. Zaten az buçuk ortaya çıktı. Yani cerrahi branşları istemiyorlar. Sonu kötü sonlanacak çok ciddi önemli cerrahi işleri hiç istemiyorlar. Çünkü hasta yakınları buralarda daha şey mortal seyreden, ölümle seyreden ameliyatlar sonrasında çok sıkıntılı oluyor.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Sağlıkta şiddetin sonuçları arasında defansif tıp uygulamalarına değinen yönetici hekimin görüşleri ise;

“Yani bizi defansif tıba doğru itiyor. Biz de önyargılı olmaya başladık. Hekim de sağlıkçı da önyargılı olmaya başladı. Acaba şunu yaparsam bana bir şey yapar mı? Bunu istesem bana bir şey yapar mı? Bir de insanların hekimin dışında, değerlendirmesinin dışında talepleri var. Hocam bir MR istesek mi? Bana ultrason yapmadınız. Benim aslında karaciğerimde şu var. Şüphelendim bir ultrason yaptırsak mı? Aslında bunların sistematik olarak düzene konması lazım.” (K13, Hekim, Yönetici)

Şiddetin sonuçları arasında öne çıkan bir diğer olgu, yaşanan şiddet olaylarının daha fazla şiddeti doğurması olmuştur. Birden fazla katılımcı, şiddetin etkileri ile yüksek kalifiyeli personel sayısının azaldığını, personel yetersizliğinin daha fazla şiddete neden olduğunu, mevcut durumun bir kısır döngüye dönüştüğünü ifade etmiştir. Bu yöndeki görüşler şu şekildedir;

“Birincisi maalesef bir takım hemşire ve doktorlar ülkeden gidiyor ve sayıları da giderek artıyor. Bu durumda kalanlara ekstra iş yükü de binmiş oluyor maalesef. Çünkü sonsuz bir kaynağımız yok. Yani yetişmiş insan her zaman bulamıyorsunuz, yerine hemen koyamıyoruz. Kalanların iş yükü arttıkça, sistem de düzelmedikçe bu sirkülasyon gibi, daha fazla şiddet oluşuyor gibi bir sarmalın içindeyiz. En büyük sorunu yine bir süre sonra hepimiz yaşayacağız.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

“Yani gerçekten sağlık hizmetine ihtiyacı olan, sosyoekonomik düzeyi de düşük olan kitle sağlık hizmetine erişemez hale geliyor ve bu bir kısır döngüye giriyor. Yani sağlık hizmetinin kalitesi düştükçe halkın da beklentisi zaten yüksek, iyice şiddete müsait bir ortam geliyor. Katlanarak artıyor şiddet.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

“İşte insanlar kaçıyor yani haliyle. Huzursuz bir ortamda çalışmak istemediği için insanlar kaçıyor, gidiyor. Verdiğiniz hizmetin kalitesi düşüyor. Yani nitelik olarak da nicelik olarak da zayıflıyor verdiğiniz hizmet. Bu da aslında daha da çok şiddete meyli de artırıyor. Çünkü bir taraftan asıl çözülmesi gereken mevzu çözülmediği için yöneticiler, idareciler tarafından durum gittikçe daha da artıyor, daha da şiddet boyutu, miktarı artmış oluyor haliyle. Sonuç bu aslında. Neden sonuç. İşte kısır döngü demem buradan kaynaklı.” (K18, Diş Hekimi)

Sağlıkta şiddetin sonuçlarına dair alınan tüm görüşler incelendiğinde, şiddetin öncelikle sağlık çalışanının hayat kalitesi üzerindeki etkileri, sonrasında bu etkilerin sağlık hizmetinin sunumuna yansımalarının öne çıktığı görülmüştür.

4.2.6. Sağlıkta Şiddetle Mücadele

Araştırmanın nitel aşamasına dair son bölümde sağlıkta şiddet ile mücadele teması ele alınmıştır. Bu başlık altında, katılımcıların maruz kaldıkları şiddet olaylarının önlenabilirliği, şiddet ile mücadele amacıyla yürürlükte olan mevzuat ve uygulamalardaki eksiklikler, sorunun çözümü için atılması gereken adımlar ile sorunun geleceğine ilişkin katılımcıların tahmin ve beklentileri kategorileri ortaya çıkmıştır değerlendirilmiştir.

Tablo 37. Sağlıkta Şiddetle Mücadeleye İlişkin Görüşlerin Kategori-Alt Kategori-Kodları

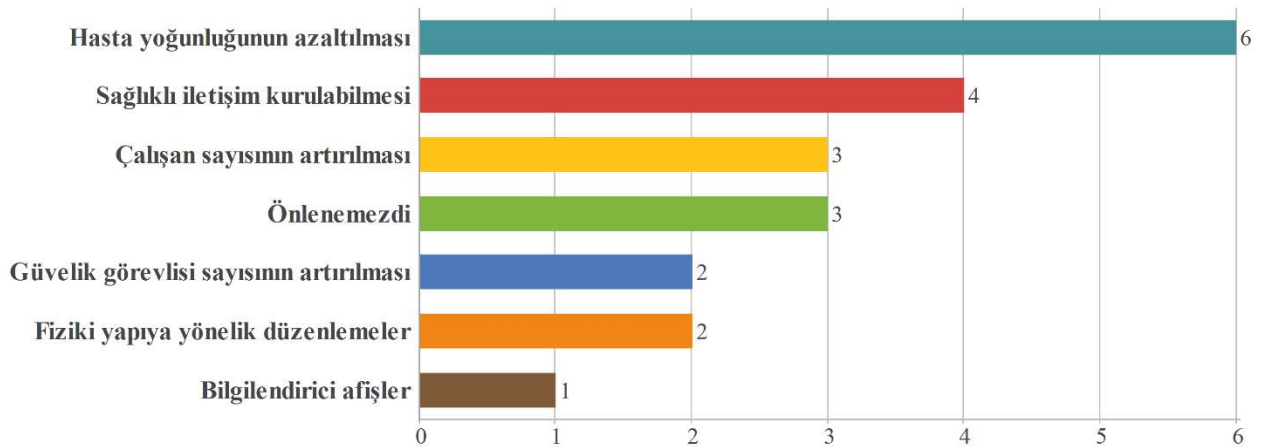
<i>Kategori</i>	<i>Kod</i>
Maruz kalınan olayların önlenabilirliği	Hasta sayısının azaltılması
	Sağlıklı iletişim kurulabilmesi
	Çalışan sayısının arttırılması
	Önlenemez
	Güvenlik görevlisi sayısının arttırılması
	Fiziki yapıya yönelik düzenleme
	Bilgilendirici afişler
<i>Kategori</i>	<i>Kod</i>
Mevcut uygulamalarda öne çıkan sorunlar	Adli süreçlerden sonuç alınamaması
	Prosedürlerin fazlalığı
	Şiddet yaşanmadan tedbir alınmaması
	Cezaların yetersiz kalması
	SABİM aracılığıyla yapılan tehditler
<i>Kategori</i>	<i>Alt Kategori</i>

	Eğitim alışmaları
	Sağlık sistemine ilişkin müdahaleler
Sorunun özm için atılması gereken adımlar	Yaptırımlar
	Güvenlik tedbirleri
	Toplumsal müdahaleler
<i>Kategori</i>	<i>Kod</i>
	Olumsuz
Geleceğe yönelik tahmin ve beklenti	Olumlu
	Ne olumlu ne olumsuz

4.2.6.1. nlenebilirlik

şiddet deneyimleri başlığı altında katılımcılara kariyerleri boyunca kendilerini en çok etkileyen şiddet olayının nasıl yaşandığı sorulmuştur. Daha sonrasında bu olayın nlenebilirliği ve benzer bir olayın tekrar yaşanmaması için yapılması gerekenler hakkında görüşlerine başvurulmuştur.

Grafik 20. Maruz Kalınan şiddetin nlenebilirliği



Elde edilen kodların sıklıkları incelendiğinde, başvuruda bulunan hasta sayısını azaltıcı önlemlerin öne çıktığı görülmektedir. Gereksiz başvuruların yarattığı hasta yoğunluğuna atıf yapan katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

“Yani şimdi bizim insanların ciddi sıkıntıları var. Bu gelen hastanın fitik kesesi patolojisi sonucu için ameliyat oldu. Ameliyatını zaten yapan kişi benim. Bunun için biz hastaları taburcu ederken randevu alıp gelmeleri gerektiğini, 3 - 4 hafta sonrasına çıkabileceğini, bunun çıkıp çıkmasının şey olduğunu biz zaten bu konuda bilgilendirerek taburcu ediyoruz hastaları. Buradaki temel problem, az önce söylediğim gibi hastaneye gelen insanın, yani canı sıkıldığı için hastaneye gelebiliyor olması. Benim bir şuram ağrıyordu da ya da bir patoloji raporum aklıma düştü de diyerek geliniyor. Böyle de bir gerçek insanların, gerçek hastaların maalesef şikayetleri arada kaynıyor. Yani bunlar nasıl önlenabilir? Gerçekten şikayeti olan insanın bu kadar büyük yerlerde, bu kadar hastanın döndüğü yerlerde bir süzgeçten geçirildiği takdirde bu olaylar engellenebilir. Yoksa işte tırnak içerisinde benim başıma silahlı gardiyan bile dikseler ya da benim cebime silah dahi koysalar bu sorun çözülebilecek bir sorun değil.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

Hasta yükünü etkileyen bir diğer etken ise personel sayısındaki yetersizlik olarak öne çıkmakta olup bu konuya değinen acil serviste görevli bazı katılımcıların görüşleri ise şu şekildedir;

“İnsanlarımızın biraz daha anlayışlı olması lazım ya da hastanedeki hasta sayısının azaltılması gerekiyor. Çünkü şöyle düşünün acile, yetişkin acile daha doğrusu bizim yeşil alana günlük nereden baksanız 1200 hasta girişi var ve yeşil alanda sadece 4 hemşire çalışıyor. Yani bunun en az yarısına bile serum yapsalar 600 yapar. 600 de böldüğümüz zaman ortalama kişi başı 150 hastaya denk gelir.” (K22, Hemşire)

“Yani daha çok sistemsal olarak yani acile kim girebilir, kim çıkabilir, hangi işlemler yapılabilir? Yani rutin enjeksiyonların yeri mi orası? Eleman eksikliği çok. Eğer daha fazla insan konulsa daha tıkrında işler her şey. Millet de gerilmez yani. Bireysel seviyede çözülebilecek bir problem olduğunu düşünmüyorum ben.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

Dört katılımcı ise şiddetin gelişmesinde, karşı taraf ile sağlıklı bir iletişim kurulamamasının etkili olduğunu, kendisinin ya da kendisinden önce hasta veya yakını ile etkileşim kuran çalışma arkadaşının karşı taraf ile daha sağlıklı bir iletişim kurmuş olması halinde maruz

kaldıkları olayın gerçekleşmeyeceğini belirtmiştir. Bu bağlamda öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

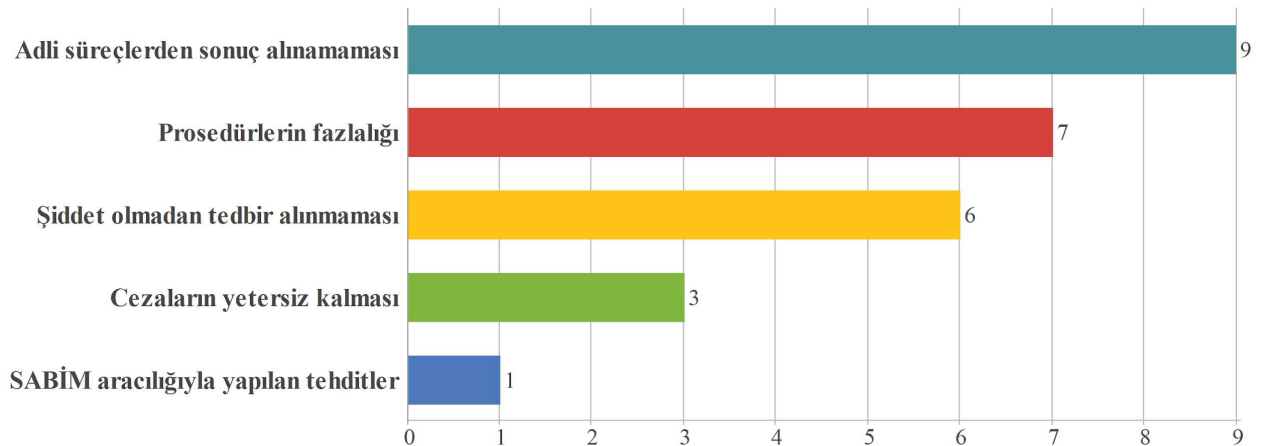
“Fakat orada da dediğim gibi yine artık bir cümleyi fazladan kurabilip karşıdakinin beni anladığından emin olabilseydim, o noktaya varmazdı. Bu benim kendi öz eleştirim. Çünkü ben ne kadar derya deniz bilgiye sahip olursam olayım, karşıdaki beni anlamamış ise elde var sıfır oluyor. Yani benim kendimi karşıdakinin anlayacağı düzeye yeniden kalibre etmem gerek iletişim sırasında.” (K08, Hekim, Doç. Dr.)

“... aniden geliyor, istemediği bir nedenle geliyor. Dolayısıyla onlar daha tabii duyguları yüksek oluyor. Bizim onları evet karşılayabilmemiz, anlatabilmemiz, iletişim kurmamız, bilgilendirmemiz bunlar şiddeti aslında azaltan şeyler. Hani kontak kurmamız, anlatmamız, güvende olduğunu, elimizden geldiğini yapacağımızı söylememiz onları rahatlatıyor.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

4.2.6.2. Mevcut Uygulamalarda Öne Çıkan Sorunlar

Sağlık kuruluşlarında şiddet ile mücadele amacıyla yürürlükte olan beyaz kod uygulaması, adli süreçlerde sağlanan hukuki destek, hizmetten çekilme hakkı, kanunlarda öngörülen ceza artırımlarına ilişkin katılımcıların görüşleri incelenmiştir.

Grafik 21. Sağlıkta Şiddetle Mücadeleye İlişkin Uygulamalarda Öne Çıkan Sorunlar



Katılımcılar arasında sıklıkla, şiddeti takip eden adli süreçlerden sonuç alınamamasına yapılan atıflar dikkat çekmiştir. Adli mercilere yapılan başvuruların çeşitli nedenlerle cezaya dönüşmemesi, çoğunlukla olayların kovuşturma sürecine dahi ulaşmadığı, sonuç alınamayacağı düşüncesi ile mağdur personelin şikayetçi olmadığı anlatıları ile karşılaşılmış olup bu bağlamda öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

“Şimdi ben beyaz kod veriyorum bir olay yaşandığı esnada. O esnada beyaz kod verdiğimi gören hasta yakını bir adım kendini geriye çekiyor. Tek işe yaradığı nokta burası. Çünkü sonrasındaki yasal süreç tamamen bir fiyasko. Hiçbir şekilde hastanın aleyhine sonuçlanan bir beyaz kod davası görmedim ben. Yani ya tamamen böyle dayak yemeniz gerekiyor sağlam bir şekilde ya da böyle ciddi ciddi küfür ettiğine dair işte kamera kayıtları falan olması gerekiyor. Onun dışında yani canınızı çok büyük sıkacak bir şey de yaşasanız, işte hakarete de uğrarsanız asla hastanın aleyhine sonuçlanmıyor.” (K14, Hekim, Asistan Dr.)

Adli süreçlerden sonuç alınamayacağı düşüncesi ve karşı taraftan daha ciddi şiddet görmekten çekinme nedeniyle şikâyetle bulunulmadığına dair anlatılar da dikkat çekmiştir.

“Süreçle ilgili problem var. Şiddete maruz kalan bir sağlık çalışanı maruz kaldığı kişiye maruz kalmaya devam ediyor. Sonrasında deklere olduğu için işte nöbetten çıktığı zaman başına bir şey geleceğinden korkuyor. O kişilerin onu tanıdığından, işte dava ettiğinden falan filan bundan korkuyor. O yüzden bildirimini yapmaya çekiniyor.” (K03, Hemşire)

“Gidiyorsun ifade veriyorsun, oraya gidiyorsun buraya gidiyorsun. Sonra bir şey olmuyor. Bir de şunu da istemiyorlar. Oldu burada da hasta yakınlarıyla tartışma yaşıyorsun işte. Beyaz kod veriyorsun. Hasta yakını seni biliyor, senin burada çalıştığını biliyor. Sürekli geliyor gidiyor işte rahatsız ediyor. Sen de diyorsun lanet olsun işte benden bulmasın, kimden bulursa bulsun. O yüzden herkes vazgeçiyor. Yani sonrasında çok da sonlandırmıyorlar.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

Mevcut uygulamalara ilişkin öne çıkan bir diğer sorun ise, şiddet sonrası başvuru ve takip eden süreçlerdeki prosedürlerin fazlalığı olarak öne çıkmıştır. Katılımcılar arasında, şiddete maruz kaldıktan sonra adli sürecin mağdurun aktif katılımına ihtiyaç duyulmadan

işletilebilmesine dair taleplerle karşılaşmıştır. Bu duruma ilişkin bazı görüşler şu şekilde sıralanabilir;

“Beyaz Kod bir kez verildiğinde hekim arkadaşımızın işi bitmiyor. İşte karakola çağrılıyor, mahkemeye çağrılıyor. Bilmiyorum, hiç tecrübe etmedim. Yani hekim üçüncü bir unsura muhtaç olmadan bu sorunu çözme becerisi geliştirmeli.” (K08, Hekim, Doç. Dr.)

“Beyaz kod verildiğinde kağıt kürek işi, yazı çizi işi, ondan sonraki işler, ondan sonraki süreçler, ondan sonraki yapılan evrak takipleri bizi çok yoruyor. Bunun sorulmaması gerekiyor. Ben orada çağrıyı açtığımda direk benim adıma direk avukatın devreye girmesi hukuki sürece yansdı ise, eğer adli soruşturma başladıysa, başlatıldı ise eğer bunu benim takip etmemem gerekiyor. İlgili hukuk birimin takip etmesi gerekiyor, ilgili kurumun hukuk birimi takip etmesi gerekiyor. Ben orada beyaz kodu verdikten sonraki sürecin aktif olarak başlaması gerekiyor. Ondan sonraki yazışmalar, kağıt işleri, belge hazırlamaları falan bu bizi yoruyor sağlık çalışanı olarak. Ondan sonra polise gidip ifade vermem, polise gittiğimde karşı tarafla karşı karşıya gelmem, bunlar bizi yoruyor. Beyaz kod verildiğinde ki öngörüm direk adli sürecin başlaması. Bu beni rahatlatır.” (K17, Hemşire, Yönetici)

“Yani bir de prosedür de biraz çok fazla. Yani sen bir şikayette bulununca yok karakola git, yok onu yap. O kadar çok prosedür var ki. Çoğu kişi de aman diyor, benden uzak gitsin de yani ben bu işlerle uğraşmayım. Onun için de vazgeçenler oluyor. Yani sen burada her gördüğün şiddete kalkıp şikayetçi olsan işini yapamazsın. Yani adam işini gücünü bırakacak. Karakola gidecek, ifade verecek, mahkemeye gidecek vesaire. Kimse yani bu yoğun iş akışı içinde bu işlere vakit ayırmak istemiyor. Dolayısıyla işte beyaz kod da çok da fazla işlemiyor yani.” (K20, Hekim, Uzm. Dr.)

Var olan uygulamalar ile şiddetle mücadele edilemeyeceği, şiddetin yaşanmadan önlenmesine yönelik tedbirlere ihtiyaç duyulduğuna ilişkin görüşler de dikkat çekmiş olup bu yöndeki düşüncelere bazı örnekler şu şekildedir;

“Kanunlar çok güzel. Yapmak problem değil de şimdi şiddeti doğuran sebepleri ortadan kaldırmadığın müddetçe bu şiddet hep gelecek. İşte ceza bir ay iken iki aya, iki ay iken üç aya çıksa dahi bu şiddeti doğuran sebepler ortadan kaldırmadan yani bataklığı kurutmadığın müddetçe sivrisineklerle mücadele etmek pek işe yaramıyor.” (K06, Hekim)

“Bence bir çaba gösteriliyor ama palyatif bunlar yani dediğim gibi. Beyaz kod vermek, gri kod vermek, panik butonu yapmak yerine bunların olmasına fırsat vermeyecek tedbirler almak lazım. Yani beyaz kod verecek kadar o duruma gelecek bir yapıyı oluşturmamak lazım.” (K13, Hekim, Yönetici)

“Bu tür uygulamalarda şey var. Şiddete daha şey yapmadan, ortaya çıkmadan, yolunu değiştirme tarzında önlemler değil. Yolunu değiştirme tarzında uygulamaların faydası var. Yani şiddet uygulanan cezanın arttırılması, en azından tutuklanması gibi bunlar caydırıcı şeylerdir. Bunların bir miktar faydası olduğunu düşünüyorum. Ama yine de şey yapmak lazım. Yani sağlık alanında şiddet önlemenin temel noktası sağlık hizmetlerinin düzgün dağıtımının sağlanması. Eğer ki bir insan bir hastaneye geldiğinde muayene olmak için 6 7 saat bekliyorsa, işini halledmeden gidiyorsa, bunun sonucunda sabrının tükenmesi, bir yerde meşru olmayan yolları tercihe zorlanması çok doğal.” (K21, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

4.2.6.3. Sorunun Çözümü İçin Atılması Gereken Adımlar

Katılımcılara kendi maruz kaldıkları ya da tanık oldukları şiddet olaylarından sıyrılarak, ülkemizdeki sağlıkta şiddet sorununun çözümü için atılması gereken adımlar sorulmuştur. Alınan cevaplardan 5 alt kategoriye ulaşılmış olup alt kategori – kod tablosu şekilde ortaya çıkmıştır;

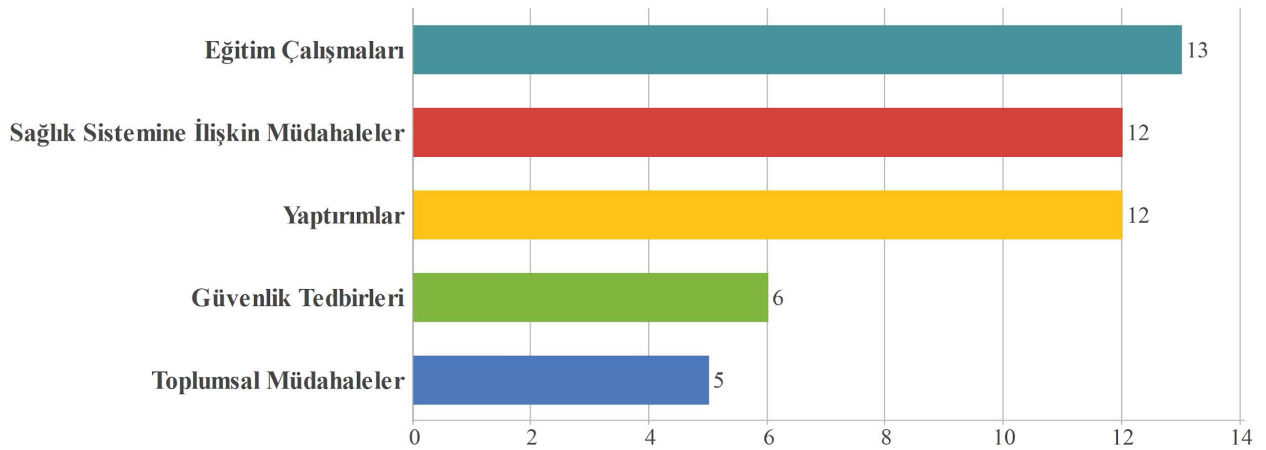
Tablo 38. Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Atılması Gereken Adımların Alt Kategori-Kod Tablosu

<i>Alt Kategori</i>	<i>Kod</i>
Eğitim çalışmaları	Toplumu bilinçlendirici çalışmalar
	Temel eğitim kalitesinin arttırılması
	İletişim eğitimleri
	Tıp eğitiminde iyileştirmeler
Sağlık sistemine ilişkin müdahaleler	Hasta sayısını azaltıcı önlemler
	Sevk zincirinin kurulması
	Performans sisteminin kaldırılması
Yaptırımlar	Cezaların arttırılması

	Saldırana ücretsiz sağlık hizmetinin sınırlandırılması
	Saldırmanın etiketlenmesi
Güvenlik tedbirleri	X-ray cihazlarının kullanılması / sağlık kurumlarına silah ile girişin önlenmesi
	Güvenlik görevlisi sayısının artırılması
Toplumsal müdahaleler	Toplum refahını artırıcı önlemler
	Sendika çalışmaları / Çalıştaylar
	Toplumun diğer alanlarındaki şiddetin önlenmesi

Takip eden grafikte ise görüşmelerden elde edilen alt kategorilerin katılımcılar arasındaki sıklığı sunulmaktadır.

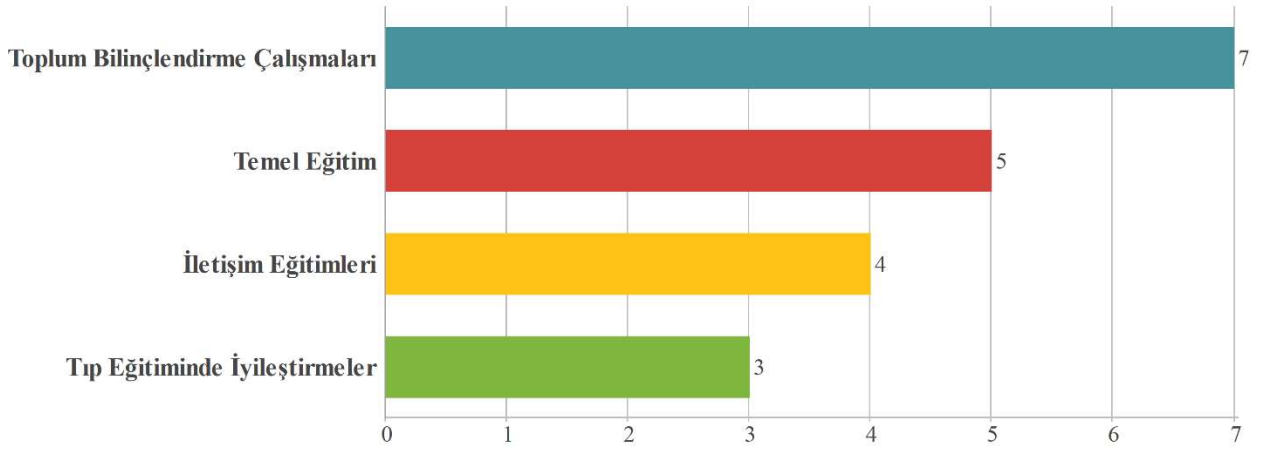
Grafik 22. Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Atılması Gereken Adımlar



Eğitim Çalışmaları: Sağlıkta şiddet ile mücadelenin eğitim çalışmaları ile gerçekleştirilebileceğini ifade eden katılımcılar çoğunluğu oluşturmuştur. Eğitim çalışmaları başlığında ise toplumu bilinçlendirici çalışmalar / kamu spotları, temel eğitimde reform,

çalışanlara yönelik iletişim eğitimleri ve tıp eğitiminde iyileştirme konularına vurgu yapılmıştır. Elde edilen bu kodların sıklıkları ise şu şekilde elde edilmiştir;

Grafik 23. Şiddetle Mücadelede Eğitim Çalışmaları



Özellikle sağlık okur-yazarlığının artırılması amacı da güden toplumu bilinçlendirme çalışmalarına vurgu yapan katılımcılardan bazılarının bu konudaki görüşleri şu şekildedir;

“Hepimiz eğitilebiliriz her konuda. Sağlık konusunda bir hastanın görevi, sorumluluğu nedir? Bir hekimin görevi, sorumluluğu nedir? Hangi durumlarda nasıl şikayetçi olmak ya da sonuç olarak bir insan hekiminden memnun olmayabilir. Çok doğal bir şey yanlış yaptığını, hekiminin ona yanlış davrandığını da düşünebilir. Bunun şikâyet mercii nedir? Neyi şikâyet etmeli gibi aslında kamu spotu geçilebilir ama ona göre de bir çalışma yok.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

“Sağlıkta okur yazarlık dediğimiz olayın çok arttırılması lazım. İnsanların ta ilkokuldan hatta ana sınıfından drama yöntemiyle bir hastanede nasıl davranılır, nasıl yemek yemeyi öğreniyoruz ya işte elimizi yıkıyoruz, geliyoruz, oturuyoruz, kaşığı alıyoruz işte, bardağın nerede durması gerektiğini öğrettiğimiz gibi insanlara da hastaneye gelişi, davranışı ve alması gereken sürenin nasıl olması gerektiğini anlatan bir sağlıkta okur yazarlık dediğimiz belki ben yanlış kullanıyor olabilirim ama insanların bu şekilde eğitilmesi lazım.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

“Yani beyaz kod verecek kadar o duruma gelecek bir yapıyı oluşturmamak lazım. Bu da insanların eğitimiyle olur. Yani sigarayla mücadelede spot reklam geçiyor. Yani işte pandemide bir sürü spot reklam geçti değil mi? Yani. Kurumdakiler sizin hizmetinizdedir. Hizmet edenlere zulmetmeyin. Yani bunun eğitimi nasıl verilecekse yani iletişim birimi böyle şeyler ayarlamalı, spot reklam gibi geçmeli.” (K13, Hekim, Yönetici)

“Burada görev hükümetlere, iç ve dış politikaları yöneten kişilere düşüyor. İlk başta onlara düşüyor. Sonrasında, toplumun önemli bulduğu kesim kesimlere. Örneğin öğretmenler, örneğin imamlar, muhtarlar falan gibi... Bunların da akli selim kişilerden seçilmediği sürece bunlar şey oluyor. Kişilerin bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi, desteklenmesi çok önemli. Böylece tabandan tavana yayılan, köyden kente yayılan bir şey sağlanabilir. Biraz daha rahatlama sağlanabilir.” (K15, Psikolog)

Okul öncesi ve ailede verilecek eğitim de dahil olmak üzere ilk ve ortaöğretimde yapılacak bazı düzenlemeler ile bu sorunla mücadele edilebileceği görüşü de sıklıkla ifade edilmiştir. Bu konuda öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

“Çocuklar yetişkinlerin eğiticileridir. Okulda öğrendiklerini ebeveynlerine, annelerine, babalarına yönlendir, böyle yapmamalıyız der. Okulda iyi yetiştirmeliyiz yani. Bir kamu işletmesinde davranış nasıl yapılmalı? Alışverişe gittiğimizde nasıl davranmalıyız, nasıl hitap etmeliyiz? Yani cümleye başlarken ne demeliyiz? En azından konuşmaya müsaade var mı? Uygun musunuz? Bir şey sorabilir miyim? Bu insani yaklaşım modülü değil mi?” (K13, Hekim, Yönetici)

“Eğitim, eğitim, eğitim diyeceğim. Ta baştan aile içinde eğitimden başlayarak okul hayatı boyunca şiddetin kötülüğü konusunda örnek davranışlarla bir eğitim olmazsa bunun sonu maalesef yok.” (21. Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

Eğitim başlığı altında öne çıkan bir diğer konu, sağlık çalışanlarına yönelik iletişim eğitimlerinin verilmesi olmuştur. Hastanelerde toplumun her kesiminden insan ile muhatap olunması nedeniyle gerilimi düşürücü iletişim tekniklerinin öğretilmesi gerektiği düşüncesi katılımcılar tarafından tekrarlanmıştır. Bu bağlamda öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

“Portföyümüzde çok çeşitli insan var çünkü. Her zekâ düzeyinde, sınıf düzeyinde, kabiliyet düzeyinde, yaşam olaylarına maruz kalmış stresörleri çok fazla. Yani karşılaştığımız insan unsuru da tek tip homojen sınıf değil. Yani orada kişiye göre

kişinin o anki durumuna bizim anlayışla yaklaşabilmemize göre bence sağlıkta şiddet azalacaktır. Orada da yine dediğim gibi bize bu hizmeti veren sağlıkçıların iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik çalıştayların, atölyelerin, çalışma gruplarının oluşturmasını öneriyorum.” (K08, Hekim, Doç. Dr.)

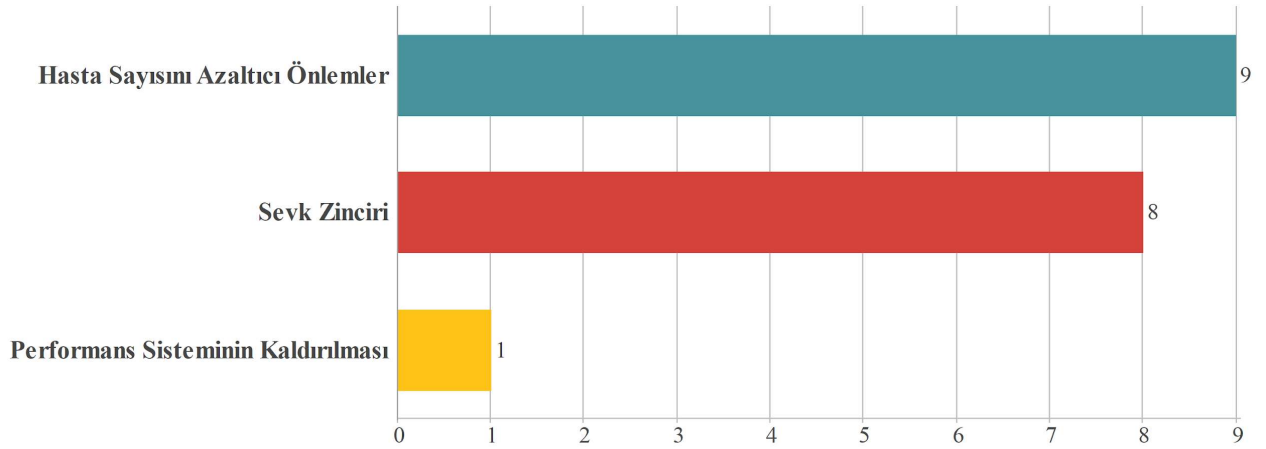
“Hasta yoğunluğu, doktor azlığı, doktorun eğitimi de önemli. Doktorun iletişim eğitiminin de olması gerekiyor. Yani biraz insanlarla nasıl konuşacağını da bilmesi gereken birisi olması gerekiyor doktorun. O zaten fakültede ders vererek çok yapabileceğiniz bir şey değil.” (K10, Hekim, Asistan Dr.)

“Profesyonel olmamız gerekiyor. Sonuçta her gelen bizden bir çare, bir medet umuyor. Yeşil alan hastası da olsa, kırmızı alan hastası da olsa, hasta da olsa, hasta yakını da olsa bir beklenti içinde olduğu için biz kendi içimizde bunu minimize edip hastayı, hasta yakınına sakinleştirmemiz gerekiyor.” (K17, Hemşire, Yönetici)

Bazı katılımcılar ise tıp eğitiminin kalitesinde yıllar içerisinde bir düşünüş yaşandığını, bunun da sağlıkta şiddet olgusu üzerinde etkili olduğunu, bu nedenle eğitimin kalitesinin artırılması gerektiğine dair görüş paylaşmıştır;

“Bizim zamanımızdaki eğitim de yok. Eğitim anlamında düzelmemiz lazım. Bundan yirmi yıl önceki hoca kalitesi artık hiç yok. Profesörler geliyor mesela asistanlar çok kötü diyor. Sen ne verdin ki diyorum. Asistan sana çay, kahve getiriyor, seni yormuyor, asistan yoruluyor, eğitim bu... Ne verdin ki ne alsın? Eskiden eğitimci olmak zor bir şeydi. Geçemezdin o basamakları, kriterler vardı. Şimdi farklı kriterler var. (K01, Hekim, Doç. Dr.)

Sağlık Sistemine İlişkin Müdahaleler: Sağlıkta şiddet ile mücadele kapsamında atılacak adımlardan sağlık sistemine ilişkin olanları, üç başlık altında değerlendirilmiş olup bunlar başvuru sayısını azaltıcı önlemler, sevk zincirinin kurulması ve performans sisteminin kaldırılması olarak öne çıkmıştır.

Grafik 24. Sağlık Sistemine İlişkin Gereken Müdahaleler

Sevk zincirinin kurulması ve performans sisteminin kaldırılması taleplerine, hasta yükünün fazlalığının neden olduğu görülmekte olup sağlık sistemine ilişkin müdahale kapsamında öneride bulunan katılımcıların tamamının hasta yükünü azaltıcı önlemlere vurgu yaptığı anlaşılmaktadır. Bu bağlamda öne çıkan bazı görüşler şu şekilde sıralanmaktadır;

“Baştan hastaneye gelen yoğunluğun azaltılması gerekiyor. Acil servislere özellikle. Bunun azaltılması gerekiyor. Bir enjeksiyon yaptırmak için acil servise gelinmemeli mesela. Bu hasta bekleme sürelerini arttırıyor. Enjeksiyon için de gelmeyeceksin yani sen. Ufak tefek problemlerini aile kimliğinden bir kısmı orada gider, bir kısmı öbür tarafta gider. Senin aslında bakman gereken hasta profiline acilde bakabiliyor olman lazım bu meseleler içinde. Her taraf için de aynısı geçerli. Yani polikliniklerin mesela bu kadar yoğun olmaması için aile hekimin çalışıyor olması lazım gibi. Yani hastaneye gelen yoğunluğu azaltmak lazım bir kere. Bütün hastaneler çok yoğun.” (K03, Hemşire)

Hasta yükünün MHRS’de yapılacak düzenleme ile düşürülmesi gerektiğini belirten katılımcının düşünceleri şu şekildedir;

“MHRS güzel hoş yapılması gereken bir şey ama MHRS’nin 5 dakikaya bir olması, aynı zamanda ayaktan hasta alma, aynı zamanda acilden gelen hastayı alma 5 dakikayı bir mümkün kılmadığı için MHRS çok kavga çıkıyor. 65 yaşı önce almam gerekiyor. Zaten onlar bir öne düşüyor. Bir zaten ben bir 20 25 kişi öne düşüyor. Sabah başka

yerlerden yönlendirilmiş acil hastalar, acilden gelenler sana düşüyor. MHRS saat 8 buçukta başlıyor veya 8'de başlıyor. Bir insan olarak bunların aynı anda bakılması mümkün değil. Bununla ilgili de bir düzenleme yapmak gerekiyor bence.” (K05, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

Acile başvuru sayılarının azaltılması hususunda bir diğer katılımcının önerisi şu şekildedir;

“Bir de şey yani sadece hastane açmak değil de poliklinikte hasta sayısı sınırlanması, hastaya verilen hizmetin kalitesinin arttırılması lazım. Mesela yeşil alan muayenesi paralı olmalı. Böyle olursa hastalar boş sebepler yüzünden gelmeyi azaltır. Gerçek acil hastalara daha çok vakit ayrılır. (K10, Hekim, Asistan Dr.)

Hasta muayenelerine yeterince zaman ayrılamaması nedeniyle gereksiz tetkik istendiğine ve başvuru sayısını azaltma hususunda koruyucu sağlık hizmetlerine vurgu yapan katılımcının görüşleri şu şekildedir;

“Türkiye'de baktığımız zaman bunu hepimiz yapıyoruz. Bunu kime sorsanız muhtemelen aynısını söyleyecektir, Gereksiz tetkik istiyoruz diye. Niye? Sınırlı zamanda hastayı iyice değerlendirilmediği için birçok branş aman bir şey kaçmasın, aman bir şey olmasın yani diye çok fazla gereksiz tetkik görüntüleme tetkiki istiyoruz. Bir şeyin olmadığını biliyorsunuz ama olmadığını ispatlamak için sistemde bir yerde dursun diye tetkik istiyoruz. Bu görüntüleme sıralamayı sırasını, zamanını, randevusunu uzamasına yol açıyor. Onun dışında hastanın gereksiz işlem yapmış oluyor. Devlete de aslında maddi olarak büyük yük oluyor. Birincisi bu konuda düzenlemeye gidilmesi şart. Yani koruyucu sağlık hizmetlerine de dönmemiz gerekiyor. Çünkü 80 milyon insana hasta olduğunda bakacak kadar hiçbir ülkenin sistemi yok. Öncelikle hasta olmayı engelleyecek. Yani aile hekimliğinin hayatımızın çok daha içinde, sağlık sorunlarımızın yüzde 70'ini, 80'ini hal edebileceğimiz yerde olması gerekiyor ki bu sistem işlesin.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

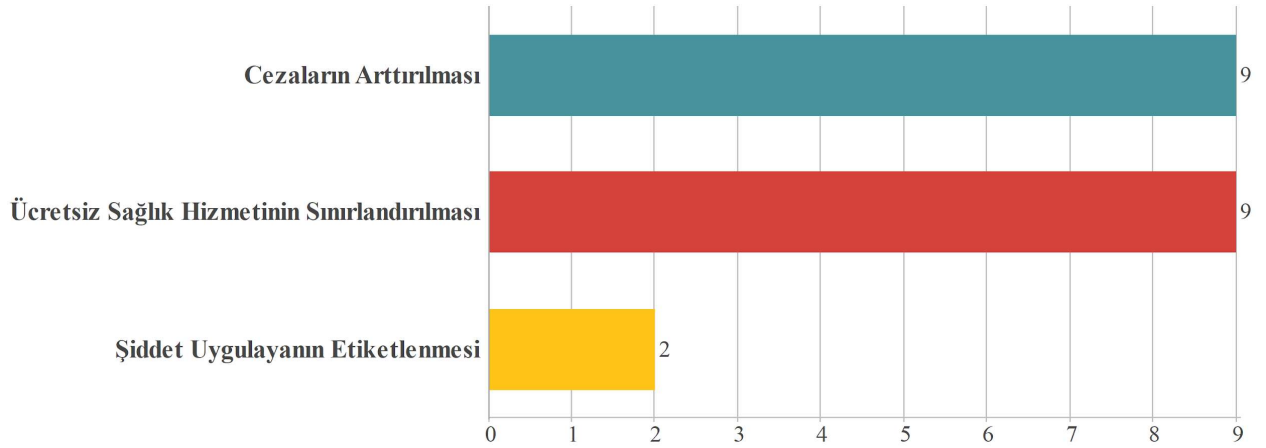
Sevk zincirine ve yurt dışındaki sağlık hizmetlerine vurgu yapan yönetici olarak görev yapan katılımcının bu konudaki görüşleri dikkat çekmiştir;

“Hiçbir ülkede bizim verdiğimiz gibi sağlık hizmeti verilmiyor. Onların irdelenmesi lazım. Onlar nasıl veriyor? Onlar süreçleri nasıl planlamışlar? Kesinlikle öyle elini kolunu sallayarak kimse hastaneye gidemez, illa bir hekimin sevk etmesi gerekiyor. Elini kolunu sallayarak gelenin Sosyal Güvenlik Kurumu parasını ödemiyor, cebinden

ödüyor. Sevk zinciri iyi organize edilmeli. Yani kişiler buraya geliyor, karnım ağrıyor diye geliyor ama karnında bir sürü organ var. 24 tane, yani hastalık sayabiliriz karında. Bunun hangisini bilecek? Bilemezsin. Karnım ağrıyor diye genel cerraha geliyor. O diyor ki beni ilgilendirmiyor, sen git gastroya veya ne bileyim git dahiliyeye diyor. Şimdi hasta oradan oraya sekince geriliyor yani. Dahiliye diyor ki böyle bir şeyin var hematoloji gitmen lazım. Bunun bir önden elenmesi için sevk zincirinin iyi kullanması lazım.” (K13, Hekim, Yönetici)

Yaptırımlar: Sağlıkta şiddet sorunu ile mücadele amacıyla önerilen yöntem ve stratejiler arasında sağlık çalışanına şiddet uygulayan kişilere yönelik yaptırımlara yapılan vurgular da öne çıkmıştır. Bu bağlamda cezaların arttırılması, şiddet uygulayana ücretsiz sağlık hizmeti sunumunun sınırlandırılması ve şiddet uygulayanın etiketlenmesi önerileri dikkat çekmiştir.

Grafik 25. Yaptırımlara İlişkin Atılması Gereken Adımlar



Yapılan görüşmelerde, caydırıcı cezalar ile sağlıkta şiddet ile mücadele edilebileceği düşüncesi sıklıkla ortaya çıkmış olup bu bağlamda öne çıkan bazı görüşler şu şekildedir;

“Ceza, ceza yani. Hepimiz nasıl korkuyoruz trafikte? Bir kere kırmızı ışıkta geçiyoruz. Ceza geliyor, parasını ödüyoruz, ağlıyoruz, birbirimizle konuşuyoruz. Ne kadar artmış, aman dikkat edelim diyoruz. Bunu nasıl ödeyeceğiz diyoruz. O da o zaman o bağırmanın, dokunmanın, bir şey yapmanın sonrasında bunun cezasını görecek. Bunun cezalarını anlatmamız lazım. Bak o ona öyle yapmış, nasıl ceza görmüş.” (K12, Hekim, Prof. Dr.)

“Cezai yaptırımların artması. Yani biraz önce bahsettiğim gibi alkollü araç kullanan cezasını biliyorsa, kırmızı ışıkta geçen vatandaş geçmemeye özen gösteriyorsa bunları toplumda oluşturmamız gerekiyor. Sağlıkta da bir şiddet yaptığında o şiddeti yani fiziki olur, sözel olur. Sağlıkta şiddet kapsamına girdiğinde o cezayı almasını bilecek. Bilinçlendirdiğimizde vatandaşın biraz daha geri adım atacağını düşünüyorum. Bizim için de geçerli.” (K17, Hemşire, Yönetici)

“Bizim insanımız bence paradan ve cezadan korkar. Genel Türk milleti için söylüyorum. İşte ne bileyim şiddet uyguladı. O zaman bir tazminat direkt yapacaksın. Bin lira olur, 50 lira olur, 100 olur hiç önemli değil. Cüzi bile olsa tazminat davası olacak bu işte. Ne bileyim bir hayır kurumuna gidebilir. Bu şekilde olması gerekiyor. Ya da yurt dışında falan oluyor ya kamu hizmeti yapıyorlar o tarz bir şeylere yönlendirilebilir. En azından mesleğin içinde olunabilir. Hani ne bileyim gelip burada bir ay gündüzde refakat nöbeti tutabilir. Hasta bakması gerekmiyor tabii ama olabilir yani.” (K19, Hemşire)

Cezaların artırılması kadar sağlık çalışanına şiddet uygulayanın aldığı sağlık hizmetinin sınırlandırılması veya bu hizmetin ücretsiz olarak sağlanmaması gerektiğine ilişkin görüşler de öne çıkmıştır. Bu bağlamda bazı katılımcıların düşünceleri şu şekildedir;

“Sağlıkta şiddete yönelik mesela benim çok arzu ettiğim bir şey var. Bir insan bile isteye birine, sağlıkta şiddete, bir hekime, hemşireye, personele, hasta taşıyan kişiye, burada kim çalışıyorsa, bir şey yapıyorsa burada acil vakalar dışında bu hastanede hizmet alamaması lazım.” (K02, Hekim, Asistan Dr.)

“Bence insanları bu hizmetten mahrum bırakmak gerekiyor diye düşünüyorum ben. En başta bu. Artık belli bir zaman sonra bunun tamamıyla ve tamamıyla geri dönüşsüz olarak ücretli bir biçime dönüşmesi gerektiğini. Kesinlikle bedava herhangi bir şeyde belli bir süre hizmetten mahrum bırakmayı, mahrum bırakmayı ve üstüne üstlük artık bir daha ücretsiz herhangi bir sağlık hakkından hizmetten yararlanmaması gerektiğini düşünüyorum. Bu bile bazı şeyleri en başında çözeceğini düşünüyorum.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

“Bir de diyelim bu hasta bana fiziki bir şekilde ya da psikolojik, sözel bir şekilde şiddet uyguladı. Bu hastanın sağlık hakkı elinden alınmasını istiyorum. Yani muayene olamasın. Gerçekten olamasın ya da gitsin parasıyla olsun. O zaman görsün dünya kaç bucak. (K22, Hemşire)

Şiddet uygulayan kişinin sonraki hastane başvurularında önlem amaçlı etiketlenmesi ve güvenlik önlemleri eşliğinde muayenelerinin sağlanmasına yönelik görüşler ile de karşılaşmış olup bu bağlamda acil serviste görev yapan katılımcının düşüncesi şu şekildedir;

“Böyle elini kolunu sallaya sallaya bunların böyle gezmemesi gerekir. Yani bir şekilde mimmenecek. Her hastaneye gittiğinde bu sistemde görünecek. Adamlar da ona göre şey yapacak ve yanında kolluk kuvveti olmadan giremeyecek mesela. Belki o zaman, o adam da kendine çeki düzen verir. Belki diğer insanlar da onun gördüğü şeyi yapar. Ona yaptırımında bulunur.” (K20, Hemşire)

Güvenlik Tedbirleri: Şiddet ile mücadele amacıyla güvenlik önlemlerinin arttırılmasına yapılan atıflar, hastanelere girişlerde x/ray cihazları ile aramaların yapılması ve güvenlik görevlisi sayısının arttırılması üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 39. Güvenlik Tedbirlerine İlişkin Yapılması Gerekenler

Kod	Katılımcı
X-ray cihazları kullanımı / Silahla girişin önlenmesi	K04; K16; K18; K20
Güvenlik görevlisi sayısının arttırılması	K04; K19; K22

Yapılan görüşmelerde, hastanelere sivil giyimle silah taşıyarak girilmesinin, taşınan silah gözükecek şekilde muayene ya da tedavi olunmasının yarattığı kaygı dikkat çekmiş olup bunun önlenmesine yönelik güvenlik tedbirlerinin arttırılması hususunda öne çıkan bazı düşünceler şu şekildedir;

“Yani şu şekilde olursa insanlar elini kolunu sallayarak böyle delici kesici aletle hastaneye girememesi, silahla girememesi lazım. Güvenlik önlemlerinin arttırılması, xray cihazlarının getirilmesi lazım. Bazen öyle kişiler geliyor ki böyle bakıyorsun bir, belinde silah var ama sakalı böyle olmuş. Baksan polis, asker değil. Giyim kuşama bir farklı ama silahla geziyor. Hastaneye girmiş ve mesela çocuğa damar yolu açarken silah gösteriyor sana. Böyle bunların girememesi lazım tabii ki. Sonuçta adamlar tartışma yaşasın belli ki adam bir şeyleri göze alarak gelmiş.” (K16, Hemşire)

“Güvenlik önlemleri arttırılmalı hastaneye giriş çıkışlarda. Hani bir keresinde bir hastanın tabancasını, silahını gösterdiğine şahit olmuştum. Hani bunlar da bu güvenlik planları içinde olmalı bence. Yani silahıyla, tabancasıyla ne bileyim ya da bu tür zarar verebilecek aletlerle hastane girişi olmamalı diye düşünüyorum.” (K18, Diş Hekimi)

“Şimdi şöyle en basitinden AVM ye bile girerken xray cihazından geçiyorsun. Adam kemerin varsa ya da başka kesici aletin varsa orada bile seni çevirebiliyor, geri gönderebiliyor. Onu çıkartın ya da bir yere teslim edin ondan sonra gelin diyebiliyor. Hastanelerde bunun olmaması için hiçbir engel yok. Hani günlük 1 milyon girişin olduğu bir AVM'de bile bunu yapabiliyorsa hastanede de yapabilirsin.” (K04, Hemşire)

Toplumsal Müdahaleler: Şiddet ile mücadele stratejileri kapsamında makro düzey müdahale öneriyle de sık karşılaşılmış olup toplum refahını artırıcı önlemler, sendika çalışmaları/çalıştaylar ve toplumun diğer alanlarında yaşanan şiddeti önleyici tedbirler başlıkları öne çıkmıştır.

Tablo 40. Toplum Düzeyli Müdahaleler

Kod	Katılımcı
Toplumsal refahın arttırılması	K15; K21
Sendika çalışmaları / Çalıştaylar	K05; K14
Toplumun diğer alanlarındaki şiddet ile mücadele	K06

Katılımcıların toplum düzeyli müdahale önerilerine örnek teşkil edecek bazı düşünceleri şu şekilde sıralanabilir;

“Şiddeti biraz önce konuştuğumuz kökenine kadar inerek, yani toplumdan izole etmezsek bu işi böyle yani asayiş tedbirlerle falan engellemek mümkün değil. Yani şöyle söyleyeyim; kapıda istediğiniz kadar şey yapın, bütün kesici delici aletleri alın, yerdeki sandalyeyi kaldırıp ya da işte yerdeki taşı söküp birisine vurmaya niyetlenmiş birisine istediğiniz kadar bir şey yapın yine engelleyemezsiniz. Yani birisi böyle bir şiddet uygulamaya niyetlenmiş ise içerdeki yanındaki hastanın koltuk değneğini alır, yine silah niyetine kullanır yani. Bu işin çok sistematik olarak eğitim tarzında toplum mimarisiyle, sosyolojik mimari, mühendislik çalışmalarıyla yeniden ele alınması lazım.

Yoksa cezalandırmak hiçbir zaman işi kurutmadı. Yani şu anda hırsızlığın cezası var mı? Hırsızlık bitiyor mu? Hayır. Cinayetin cezası var mı? Var. Cinayet bitti mi? Ama azaltılabilir. Ama bu işi yapanlar, yani toplumun bir parçası olmaktan çıkartılabilir.” (K21, Hekim, Uzm. Dr., Yönetici)

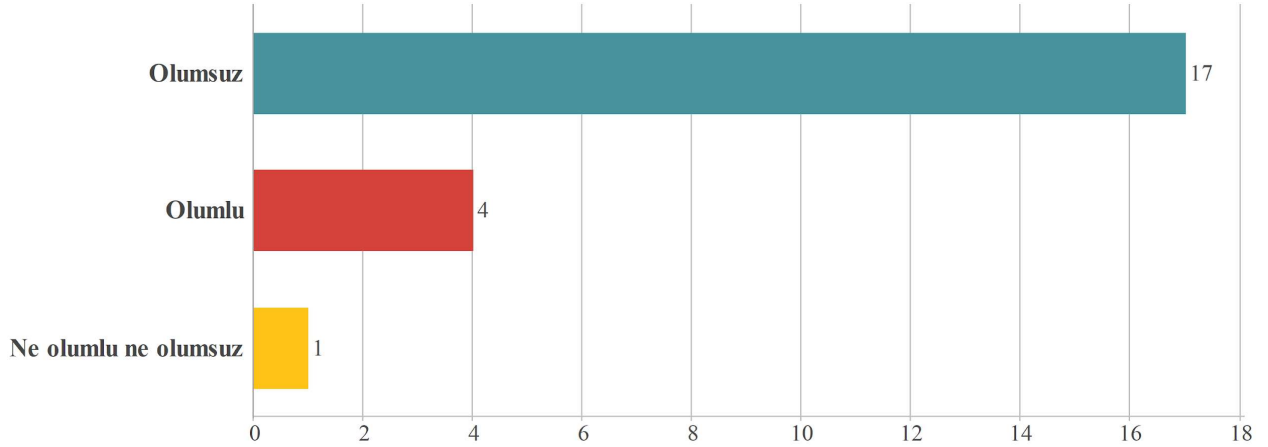
“Levent Kırca'nın vakti zamanında bir parodisi vardı. Çalıştığı kurum amiri, bir alt amiri fırçalıyor, o diğerini fırçalıyor, o onu o onu rencide ediyor, en son temizlik görevlisini ediyor. O da evde hanımına şiddet uyguluyor, çocuğuna şiddet uyguluyor. Şimdi bu şeyi kırmadığımız müddetçe olmaz. Evde şiddeti bir kere önleyeceğiz. Görüyoruz kadın cinayetleri, görüyoruz çocuk cinayetleri. Bu evdeki şiddeti ortadan kaldırmadığın müddetçe, ne bileyim okuldaki şiddeti ortadan kaldırmadığın müddetçe, o kişi gidiyor örneğin sağlıkta, en kolay yerde şiddet uyguluyor.” (K06, Hekim)

“Bu lokalde değil genelde yaşanan bir problem. Her bireyin tek tek taranması ve sorgulanması, ne tür bir derdinin olduğunun bilinmesi lazım. Yani çok çok geniş bir noktadan bahsediyorum. Uygulanabilirliği zor olan bir şey. Ama uygulanabilir yöntemler de yetersiz kalıyor. Çok ciddi bir tarama ve anlama hizmetine girmemiz gerekiyor. Devletin gerçek anlamda halkına kucak açması gerekiyor.” (K15, Psikolog)

Ülkemizdeki sağlıkta şiddet sorununun çözümü için atılması gereken adımlar başlığından elde edilen tüm öneriler arasında en sık, hasta yükünü azaltıcı tedbirler, cezaların arttırılması ve şiddet uygulayana ücretsiz sağlık hizmetinin sınırlandırılması ile karşılaşmıştır.

4.2.6.4. Geleceğe Yönelik Tahmin ve Beklentiler

Sağlıkta şiddetle mücadele teması dahilinde ele alınan bir diğer konu ise katılımcıların bu sorunun çözümüne ilişkin geleceğe yönelik tahmin, beklenti ve umutları olmuştur. Bu bağlamda alınan cevaplar olumlu, olumsuz ve ne olumlu ne olumsuz başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

Grafik 26. Geleceğe Yönelik Tahmin ve Beklentiler

Katılımcıların dörtte üçünden fazlası sağlıkta şiddet sorununun çözüme ulaştırılacağını düşünmediğini, hatta sorunun daha kötüleşeceğine inandıklarını belirtmişlerdir. Soruna ilişkin geleceğe yönelik umutlu olduğunu belirten katılımcıların da sorunun çözümünün oldukça zor olduğunu belirttiği görülmüş olup genel bir değerlendirme yapıldığında katılımcıların geleceğe yönelik karamsar bir duygu durumu içerisinde buldukları görülmüştür. Buna yönelik öne çıkan bazı duygu ve düşünceler şu şekilde öne çıkmıştır;

“Böyle giderse daha kötüleşerek devam edecek. Yani hem bizim yanlışlarımız hem de halka verilen yanlış mesajlarla daha kötü olacak. Bu politika, insanların da hoşuna gidiyor. Ben gittim doktora bağırdım, bir şey yapamadı. Doktorlar da olay büyümesin, gürültü olmasın diye susuyor. Ama her gün daha kötü, her gün daha kötü...” (K01, Hekim, Doç. Dr.)

“Eğer bir müdahale edilmezse bunun boyutları ve şeyleri artacak. Bunun boyutları artacak. Artık tırnak içerisinde eskiden küfür eden adam artık kafa atıyor. Şimdi kafa atan adam yarın bıçaklayacak. Buna engel olmadığın sürece bu şiddetin boyutu her zaman, her geçen saat, her geçen gün, her geçen dakika bunlar daha da artacak.” (K09, Hekim, Asistan Dr.)

“Bu ülke nezdinde değerlendirirsek, bu toplum nezdinde değerlendirirsek yani bu halk artık çok güzel, çok sağlıklı, çok kaliteli, nitelikli, nicelikli bir sağlık hizmeti alamayacak artık. Çünkü gerçekten ciddi bir beyin göçü var bu ülkeden. Yani bunu aslında sadece sağlık anlamında da söylemek istemiyorum. Diğer türlü eğitilmiş, kaliteli

bu ülke için hizmet verecek hiçbir insan bu ülkede kalmak istemiyor artık bu toplumda yaşamak istemiyor. Ben de bir sağlıkçı olarak ben de istemiyorum aslına bakarsanız. Yani gelecekte çok olumlu düşüncelerim yok kısaca. Yani çok daha düşecek kalite ve şiddet olayları çok daha artacak diye düşünüyorum.” (K18, Diş Hekimi)

“Gelecekte umudum ölmek, ölmeden evime gidebilmek. Nöbetimde ölmeden başıma bir şey gelmeden eve gidebilmek.” (K19, Hemşire)

Sağlıkta şiddet olgusuna ilişkin mevcut durumun değişeceğine dair umutlu olduğunu belirten bazı katılımcıların düşünceleri ise şu şekilde öne çıkmıştır;

“Yani hayat devam ettiği her zaman ümit var demek lazım. Hiçbir şeyi değiştiremiyoruz diye düşünürsek hep, hiçbir şekilde yaşamının da anlamı kalmaz. Değişecektir inşallah. Değişmeli, iyi bir gelecek olmalı. Bizler gidiyoruz, siz geliyorsunuz.” (K11, Hekim, Prof. Dr.)

“Her zaman bir umudum var aslında ama küçük bir umut diyelim. Yani bir takım idari, yönetsel değişiklikler olursa ya da birisi biraz daha bu konuların üzerine eğilip anlamaya çalışırsa... Her zaman bir umut var ama küçük bir umudum var. (K18, Diş Hekimi)

“Ümitvarız inşallah. Eğitileceğiz, eğiteceğiz mutlaka yani işte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız olsun Millî Eğitim Bakanlığımız olsun çocuklara hastanelerde nasıl davranılması gerektiğini... Çocuklar yetişkinlerin eğiticileridir.” (K13, Hekim, Yönetici)

Araştırmanın nitel aşamasından elde edilen bulgular özetlenmek üzere;

- Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde görev yapmakta olan ve görevi sırasında hasta ya da hasta yakınlarından şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmış olan 22 sağlık çalışanıyla yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.
- Yapılan görüşmeler 5 ana tema altında değerlendirilmiş olup bu temalar şiddet tanımlamaları, şiddet deneyimleri, sağlıkta şiddetin nedenleri, sonuçları ve şiddetle mücadele konuları olarak öne çıkmıştır.

- Sağlık çalışanlarının sağlık kurumlarında meydana gelen şiddeti geniş bir bakış açısıyla tanımladıkları, özellikle fiziksel olmayan şiddet türlerine daha sık vurgu yaptıkları görülmüştür. Bu bağlamda, tam anlamıyla tehdit ya da hakaret olarak tanımlanamayan sözle taciz ve yapılan işi bölme gibi davranışlar, sık karşılaşılan şiddet türleri olarak öne çıkmıştır.
- Şiddet deneyimleri teması altında sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete maruz kalma sıklıkları, maruz kalınan şiddet türleri, şiddet anında verilen tepkileri, şiddet sonrası görülen destekler ve şiddet olayının adli/idari sonuçları analiz edilmiştir.
- Yönetici olarak görev yapmakta olanlar dahil olmak üzere görüşme gerçekleştirilen tüm sağlık çalışanları kariyerinde en az bir kez iş yerinde şiddete maruz kalmıştır. Hemşire ve asistan doktorlar ile acil servislerde görev yapan sağlık çalışanları daha sık şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.
- Maruz kalınan şiddet karşısında en sık verilen tepki sözle karşılık verme şeklinde ortaya çıkmış olup şiddetin sağlık çalışanı üzerinde yarattığı ruhsal etki arasında çalışma motivasyonunun düşmesi öne çıkmıştır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanın birincil destek aradığı kişilerin yöneticileri olduğu, şiddetin yarattığı travma ile başa çıkmak üzere psikiyatrik destek ya da mesleki danışmanlık arandığı görülmüştür.
- Sağlıkta şiddetin nedenleri teması toplumsal değişkenler, sağlık sistemine ilişkin nedenler, hasta kaynaklı nedenler, çalışan kaynaklı nedenler ve kurumsal eksiklikler kategorileri altında incelenmiş olup en sık ileri sürülen neden olarak hasta yoğunluğunun fazlalığı öne çıkmıştır. Bunu hasta ve yakınlarını yüksek beklentileri, şiddetin normalleştirilmesi / kanıksanması, sosyo-ekonomik yetersizlikler ve hasta ile sağlık çalışanı arasında sağlıklı iletişim kurulamaması takip etmiştir.
- Sağlıkta şiddetin sonuçları değerlendirildiğinde, katılımcıların neredeyse tamamının beyin göçü ve kalifiye personel eksikliğine vurgu yapması dikkat çekmiştir. Şiddete maruz kalan personelin diğer hasta veya yakınlarına yönelik yaklaşımının etkilendiği,

genellikle çekinme / uzak durma ya da müsamaha / tolerans göstermeme şeklinde davranışlarının değiştiği görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası, sağlıkta şiddet olgusunun meslek ve branş seçimlerini etkilemediğini ifade etmiş; fakat bu sorunun kariyer seçimi yaparken bu noktada olmadığına da vurgu yapmışlardır. Buna ek olarak, katılımcılardan sekizinin yaptığı meslek veya branş seçiminden pişmanlık duyduğu görülmüştür.

- Sağlıkta şiddet ile mücadele kapsamında öne sürülen görüş ve düşünceler incelendiğinde, atılması gereken birincil adımların hasta yoğunluğunu azaltmaya yönelik önlemler olması gerektiği düşüncesinin öne çıktığı görülmüştür. Bu bağlamda sevk zincirinin kurulması, MHRS randevu sıklığının azaltılması ve personel sayısının artırılmasına sıklıkla vurgu yapılmıştır.
- Şiddet ile mücadele konusunda eğitim çalışmaları ve şiddet uygulayana yönelik yaptırımlara da sıklıkla vurgu yapılmıştır. Eğitim çalışmaları kapsamında toplumu bilinçlendirici çalışmalar ve kamu spotlarının artırılması, yaptırımlar kapsamında ise şiddet uygulayana ücretsiz sağlık hizmetinin sınırlandırılması gerektiğine dair düşünce ve öneriler öne çıkmıştır.
- Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet sorununun çözümüne ilişkin gelecekte beklenen ve geleceğe yönelik tahminlerinin ise çoğunlukla karamsar nitelikte olduğu, bu sorunun çözüme ulaştırılacağına yönelik inançlarının zayıf olduğu görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma ortamı modern insanın hayatının gerek zaman gerekse mekân bakımından önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda güvenli, sağlıklı ve elverişli bir ortamda çalışma hakkı öne çıkan insanlar hakları arasında değerlendirilmektedir. Fakat bu hakkın elde edilmesinin önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Çalışma alanına göre büyük farklılıklar göstermekle birlikte iş kazası kavramı daha çok kimyasal maddeler ile çalışma, radyasyona, kirli havaya maruz kalma ya da yüksek düşme riskli ortamlarda çalışma gibi etmenler ile bağdaştırılmaktadır. Bu ve benzeri kazalar kadar ön planda olmayan fakat çalışanların gerek ruhsal gerekse fiziksel sağlığını ve bütünlüğünü önemli bir derecede etkileyen bir diğer gerçeklik ise iş yeri şiddeti olarak karşımıza çıkmaktadır.

İş yeri şiddetine dair gerek ülkemiz gerekse dünyada gerçekleştirilen araştırma çalışmalarının, hukuksal düzenlemelerin ve yönetsel prosedürlerin önemli bir oranının sağlık alanına odaklandığı görülmektedir. Bu durum iş yeri şiddetinin en sık sağlık çalışanlarını etkilediğini ya da sorunun bu alanda daha görünür olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmeti sunumu birçok değişkenin birbiri ile etkileşimde bulunduğu, farklı aciliyette aksiyonların önceden belirlenen prosedürler çerçevesinde aynı anda alındığı, farklı mesleki disiplinlerden gelen insanların bir arada çalıştığı ve tıp alanındaki gelişmeler ile sürekli kendini yenileyen ve değişen süreçlerin toplamı olarak değerlendirilebilmektedir. Bu karmaşık yapı içerisinde sağlık çalışanına yönelik şiddet olarak ortaya çıkan soruna etki eden faktörler de birçok kaynaktan beslenmekte ve birbirlerini etkilemektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen bu çalışmada sağlıkta şiddet sorununun derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesinde, içerisinde 7 farklı uzmanlık alanında hizmet veren hastanenin bulunması nedeniyle hasta profilinin çeşitlilik göstermesi ve gerek sağlık personeli sayısı gerekse hizmet verilen hasta sayısı bakımından Türkiye'nin en büyük hastanelerinden biri olması etkili olmuştur. Karma yöntem ile iki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın evreni kamu hastanelerinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları olarak belirlenmiştir. Bu

kapsamda Türkiye’de görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının sayısı 2021 yılında 542 bin olarak kayıtlara geçmiştir (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023).

Araştırmanın nicel aşamasının veri kaynağını, Ankara Bilkent şehir Hastanesi’nde 2022 ve 2023 yıllarında yaşanan çalışana yönelik şiddet olaylarına ilişkin gerçekleştirilen beyaz kod bildirimleri oluşturmuştur. Bu bağlamda hastanenin alışan Hakları ve Güvenliği Birimince toplanan ve düzenlenen olay tutanakları, bildirim formları ve ihbar formları incelenmiştir. Bu kapsamda 2022 yılına ait 348, 2023 yılına ait 275 olmak üzere toplam 623 olay araştırmaya dahil edilmiştir. Bu olaylarda 2022 yılında 425, 2023 yılında 327 çalışan olmak üzere toplam 752 çalışanın mağdur olduğu grlmştir. Araştırmanın nitel aşamasının veri kaynağını ise, sağlık hizmet sunumu sırasında hasta veya hasta yakınlarının şiddetine maruz kalmış sağlık çalışanı ve yöneticileri ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler oluşturmuştur. Bu bağlamda Ankara Bilkent şehir Hastanesi’nde görev yapmakta olan 17 sağlık çalışanı ve 5 yönetici sağlık çalışanı ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatür çerçevesinde değerlendirilerek ve sağlık çalışanlarına yönelen şiddet sorununun çözümüne ilişkin müdahale nerileri ayrı başlıklar altında ele alınacaktır.

SONUÇLAR VE TARTIşMA

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin ortaya çıkış türleri incelendiğinde, beyaz kod kapsamında bildirim yapılan olayların tamamına yakınında sadece sözel şiddetin unsurlarının meydana geldiği grlmştir. Bu kapsamda en sık hakaret yoluyla sözel şiddet uygulandığı, bunu tehdit eyleminin takip ettiği anlaşılmıştır. Benzer değerkenler ile 345 vaka üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, beyaz kod bildirimlerine konu olan olayların %90,5’inin sözel şiddet, %9,5’inin ise fiziksel şiddet içerdiği bulunmuştur (Polat & ırak, 2019). Bir diğer çalışmada ise meslek hayatında en az bir kez iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirten sağlık çalışanlarının %91,5’inin sözel şiddete maruz kaldığı ortaya konulmuştur (Terkeş, ve diğerleri, 2022)

Literatürdeki araştırmalara benzer şekilde erkek personelin fiziksel şiddete kadın personele oranla daha sık maruz kaldığı, kadın personelin ise sözel şiddete erkek personelden daha sık maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Keser Özcan, ve Bilgin, 2011; Aytaç, ve diğerleri, 2011; Egici ve Öztürk, 2018; Sahip Karakaş, ve diğerleri, 2021; Abou-Abbas, ve diğerleri, 2023). Kariyer basamaklarının görece başlarında olan asistan doktorların, uzman ve eğitim görevlisi doktorlara oranla daha sık şiddete maruz kaldığı görölmüş olup literatürdeki genç sağlık çalışanlarının daha sık şiddete maruz kaldığına dair bulgularla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Gillespie, ve diğerleri, 2010; Campbell, ve diğerleri, 2011; Jiao, ve diğerleri, 2015; Er, ve diğerleri, 2021). Fiziksel şiddete maruz kalma riski içerisinde, mağdur personelin mesleğinin de etkili olduğu görölmüştür. Bu bağlamda, güvenlik görevlilerine daha sık fiziksel şiddet uygulandığı anlaşılmıştır. Güvenlik görevlilerine yönelen fiziksel şiddetin, hastane kurallarının uygulanmasına yönelik yaptırım ya da engellemeler sırasında meydana geldiği görölmüştür. Buna ek olarak, fiziksel şiddete genellikle hasta yakınlarının başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık alışanları, iş yeri şiddetini geniş tanımlı bir çerçeveden değerlendirmekte olup özellikle psikolojik şiddet unsurları ile daha sık karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu bağlamda sözle taciz ile yapılan işi bölme, baskı kurma, bağırma/ses yükseltme ve hakaret etme eylemlerinin öne çıktığı görölmüştür. Sağlık çalışanlarınca yapılan iş yeri şiddeti tanımları içerisinde sıklıkla mobbing de dahil edilmiştir. Mobbingin gerek mağdur gerekse yönetici tarafından çoğunlukla görmezden gelindiği düşüncesi ise dikkat çekmiştir. Davey ve diğerlerinin (2020) 205 katılımcı ile gerçekleştirdiği nitel yöntemli bir araştırmada, sağlık çalışanlarının algıladıkları şiddet türleri fiziksel ve sözel şiddet başlıkları sınıflandırılmış olup katılımcıların %81,4'ü iş yerinde şiddet kavramını sözel şiddet ile bağdaştırmıştır. Bir diğer çalışmada ise hastane sistemi içerisinde meydana gelen şiddet olayları fiziksel saldırı, taciz, korkutma, tehdit ve sözel saldırganlık sınıflandırması dahilinde analiz edilmiştir (Arnetz, ve diğerleri, 2014). Abou-Abbas ve diğerlerinin (2023) alışmasında, sözel ve fiziksel şiddete ek olarak, sözel olmayan tavır ve hareket ya da ses tonu ile şiddetin meydana gelebildiği görölmüştür.

Görüşme gerçekleştirilen katılımcıların iş yerinde şiddete maruz kalma sıklığı incelendiğinde, yaklaşık olarak yarısının tekrarlayan farklı aralıklarla hasta veya hasta yakınlarından psikolojik ya da sözel şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Şiddet anında verilen tepkiler arasında ise karşılık verme, sinirlenme ve donakalma tepkileri ile sıklıkla karşılaşılmıştır. Yeşilbaş'ın (2015) çalışmasında ise, sağlık çalışanlarının uğradıkları şiddet karşısında sıklıkla tepki göstermeme/görmezden gelme, korku ve şaşkınlık yaşama gibi tepkiler verdikleri görülmüş olup özellikle duyarsızlaşmaya yönelik ortaya çıkan sonuçlar dikkat çekmiştir. Şiddet sonrası ise sıklıkla yöneticilerden destek arama ve görme anlatıları öne çıkmış, çalışanların önemli bir kısmının ise psikiyatrik destek ya da mesleki süpervizyon aradıkları görülmüştür. Buna ek olarak, yaşanan şiddet olayını takiben başlatılan adli süreçlerden nadiren sonuç alınabildiği anlaşılmıştır. Şiddet olaylarına dair bildirim prosedürlerinin fazlalığı, ifade verme ve duruşmalara katılmanın zorlukları ile bu süreçlerden istenen bir sonuç alınabileceğine olan zayıf inanç nedeniyle yaşanan birçok şiddet olayının bildirilmediği, kısaca sağlık çalışanlarının bunlara zaman ayırmak istemediği görülmüştür.

2 yıl boyunca hastanede gerçekleşen olayların yarısından fazlasında mağdur personeli hekimler oluşturmuştur. Hastane içerisinde hizmet veren toplam personelin meslek dağılımları incelendiğinde, hekimlerin hasta veya hasta yakınlarının şiddetine diğer sağlık mensuplarına oranla daha sık maruz kaldıkları anlaşılmıştır. Tekirdağ ilinde hizmet veren sağlık kurumlarında gerçekleştirilen bir araştırmada, 2018 yılında beyaz kod bildiriminde bulunan şiddet olaylarının %58'inde hekimlerin, %31'inde hekim dışı sağlık personelinin, %11'inde ise diğer personelin mağdur olduğu görülmüştür (Tokgöz, 2019). Bir diğer çalışmada ise sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olaylarının %48'inde hekimlerin, %35'inde ise hekim dışı sağlık personelinin mağdur olduğu sonucu elde edilmiştir (Torun, 2020).

Hekimler arasında ise asistan doktorların, uzman, yönetici ya da eğitim görevlisi doktorlara oranla daha sık şiddete maruz kaldıkları görülmüş olup kariyer basamaklarında daha ileride olan hekimlerin, şiddet ile daha seyrek karşılaştığı ya da meydana gelen şiddeti daha seyrek

bildirdiği değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, literatürdeki bazı araştırmalar ile paralel olarak genç sağlıklarının görevleri sırasında daha sık şiddete maruz kaldığına dair sonuçlara ulaşılmıştır (Gillespie, ve diğerleri, 2010; Campbell, ve diğerleri, 2011; Jiao, ve diğerleri, 2015; Er, ve diğerleri, 2021). Hekim harici sağlık personelinde ise meslek bazlı şiddete maruz kalma riskinde önemli bir fark tespit edilmemiştir. Fakat bu sonuçlar hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının meslek dağılımları ile şiddete maruz kalan personelin meslek dağılımlarının karşılaştırılması ile elde edilmiş olup sağlık çalışanı – hasta etkileşiminin her meslek grubuna özel farklı dinamiklerinin olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ek olarak her sağlık çalışanı, meslek ve görev yaptığı birime göre farklı sayıda ve nitelikte hasta ve hasta yakını ile karşı karşıya gelmektedir. Bu değişkenler şiddetin ortaya çıkış sıklığını ve oluş şeklini etkilemektedir.

Şiddet olaylarının üçte birinden fazlasının mesai saatleri dışında meydana geldiği görülmüş olup bu saatlerde hastane içerisinde hizmet veren personel sayısı ve hizmet verilen hasta sayıları göz önüne alındığında nöbet saatlerinde şiddet olayının meydana gelme olasılığının daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Benzer şekilde Sağlık-Sen'in (2013) raporunda sağlık kurumlarında çalışana yönelik şiddet olaylarının %33,9'unun nöbet saatleri içerisinde meydana geldiği ortaya koyulmuştur. Torun'un (2020) araştırmasında, yıl içerisinde sağlık kurumlarında çalışana yönelik şiddet olaylarının en sık Temmuz, en seyrek Aralık aylarında meydana geldiği sonucuna ulaşılmış olup bu çalışmada olay sayılarının aylara göre dağılımında istatistiki anlam ifade edecek bir sonuca ulaşılmamıştır.

Şiddetin yaşandığı yerler incelendiğinde, olayların acil servislerde daha sık yaşandığı görülmüş, literatürdeki araştırmalara benzer bir sonuç alınmıştır (Esen ve Aykal, 2020; Er, ve diğerleri, 2021; Çınaroğlu, ve diğerleri, 2022; Ready, 2022). 2012 – 2018 yılları arasında meydana gelen beyaz kod bildirimlerini inceleyen Torun'un (2020) çalışmasında, olayların %37,88 ile en sık acil servislerde meydana geldiği görülmüş, bu oranı %29,82 ile poliklinikler ve %14,53 ile yataklı servisler takip etmiştir. Hastane içerisinde hizmet veren üç farklı acil servisten ise Erişkin Acil Serviste, hastanenin diğer bölüm ve birimlerine oranla daha sık çalışana yönelik şiddet olayı meydana geldiği görülmüştür. Bu duruma acil servise

başvuran hasta profilindeki çeşitliliğin, hasta yoğunluğunun, hasta ve yakınlarında görülen akut panik, şaşkınlık ve korku duygularının neden olduğu söylenebilir. Şiddet olaylarının şehir hastanesi içerisinde hizmet vermekte olan 7 farklı hastaneye göre dağılımında ise, hastaların birincil başvuru noktası olan Genel Hastane öne çıkmıştır.

Şiddete başvuran kişinin özellikleri sağlık çalışanına yönelik şiddeti etkileyen bir diğer değişken olarak öne çıkmış olup bu kapsamda kişinin hastanede bulunma nedeni ve cinsiyeti ele alınmıştır. Bu bağlamda, hastanede hasta yakını olarak bulunanların hastalardan daha sık şiddete başvurduğu görülmüştür. Aydemir ve diğerlerinin (2020) çalışmasında acil serviste yaşanan şiddet olaylarının %64'ünde şiddete hasta yakınlarının başvurduğu sonucu ortaya konulmuş olup bu araştırmada da benzer şekilde şiddete başvuranların üçte ikisinin hasta yakınları olduğu görülmüştür. Çınaroğlu ve diğerlerinin (2022) araştırmasında, olaylarının %49,6'sında hasta yakınlarının, %40,7'sinde hastaların, %9,7'sinde hasta ve yakınlarının birlikte şiddete başvurdukları sonucu elde edilmiştir. Benzer şekilde bir diğer çalışmada, şiddet uygulayanın %50,71'ini hasta yakınlarının %47,39'unu hastaların, %1,9'unu ise diğer kişilerin oluşturduğu görülmüştür (Tokgöz, 2019). Şiddete başvuran kişinin genellikle hasta yakını olmasında, hastasının sağlık durumu hakkında yakınının hissettiği endişe, korku ve duygusal stresin etkili olduğu düşünülmüştür. Yapılan derinlemesine görüşmelerde ise sağlık çalışanlarının hasta yoğunluğu nedeniyle her hastaya istedikleri kadar zaman ayıramadıkları, özellikle hasta yakınlarına yapılan bilgilendirmelerin yetersiz kaldığı görülmüştür. Bu iki etmenin şiddet üzerinde etkili olduğu yorumunda bulunulmuştur. Buna ek olarak, şiddet uygulayanın cinsiyetinin şiddetin ortaya çıkmasında etkili olduğu; bu bağlamda erkek hasta ve hasta yakınlarının kadınlara oranla daha sık şiddete başvurduğu görülmüştür. Özellikle fiziksel şiddete erkeklerin kadınlara oranla çok daha sık başvurduğu, kadınların ise daha sık sözel şiddete başvurduğu anlaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin nedenleri farklı başlıklar altında ele alınmıştır. Öncelikle hastane içerisinde 2 yıl boyunca meydana gelen beyaz kod olaylarının gelişimi, mağdur personellerin ve güvenlik görevlilerinin düzenlendiği tutanaklar üzerinden analiz edilmiştir. Sonrasında sağlık çalışanlarına yapılan görüşmelerde sağlıkta şiddetin nedenleri

gerek kişisel şiddet deneyimleri bağlamında gerekse sorunun altında yatan temel değişkenler bağlamında irdelenmiştir. Bildirimde bulunulan olaylarda, hasta ve / veya hasta yakınlarının sunulan tedavi ve hizmetten memnun olmaması ile hastayla yeterince ilgilenilmediği iddiaları şiddeti tetikleyen unsur olarak öne çıkmıştır. Olayların tamamına yakınında ise hizmet alan ve hizmet veren arasında sağlıklı bir iletişim kurulamaması dikkat çekmiştir. Bir diğer unsur olarak, muayene bekleme süresinin uzunluğu ve muayene sırasına ilişkin yapılan itirazlar öne çıkmıştır. Yatan ve ayaktan hasta olmak üzere Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden hizmet alan kişi sayısının 2023 yılındaki aylık ortalaması 530 binin üzerindedir. Bu seviyelerdeki hasta yoğunluğu, sunulan sağlık hizmetinin tüm aşamalarını etkilemekte olup bu süreçlerde yaşanan gecikmeler, sistemsel arızalar ve bilgilendirme eksiklikleri hasta ve hasta yakınlarının aşırı tepki vermelerine neden olabildiği görülmüştür. Çalışana yönelik şiddeti tetikleyen hususlar, sağlık hizmeti sunulan birim ve hizmet sunan personelin meslek ve ünvanına göre değişiklik göstermektedir. Acillerde hasta ile ilgilenilmediği iddiası ve tedaviden memnun olmama durumları ile başlayan çatışmalarda şiddet ortaya çıkabilirken polikliniklerde genellikle muayene bekleme süresinin uzunluğu ve muayene sırasına ilişkin itirazların şiddeti doğurabildiği görülmüştür. Yataklı kliniklerde ise sıklıkla ziyaret, refakat ve diğer servis kurallarına uyulmaması nedeniyle başlayan çatışmalarda şiddetin ortaya çıkabildiği görülmüştür. Tetikleyici unsur olarak sunulan bu değişkenlerin birçoğu, sağlık alanı dışında gerek kamu kuruluşları gerekse özel kuruluşlarda sağlanan hizmetlerin sunumu süreçlerinde de görülebilmektedir. Sağlık hizmeti sırasında öne çıkan bu değişkenlerin, sağlıkta şiddet ile mücadele kapsamında göz önünde bulundurulması önemlidir. Fakat bu hususların hiçbiri sağlık çalışanına yönelen ne fiziksel ne de sözel şiddeti meşrulaştırmaktadır. Buna ek olarak, bir neden-sonuç ya da doğal bir etki-tepki ilişkisi içerisinde değerlendirilmesi de mümkün değildir.

Sağlıkta şiddetin nedenlerine ilişkin gerçekleştirilen çalışmalarda yapılan sınıflandırmalarda önemli farklılıklar dikkat çekmektedir. Lim ve diğerlerinin (2022) çalışmasında, şiddetin nedenleri hasta ve yakınlarının tutum ve davranışları, çalışma koşulları ve çevresel faktörler altında sınıflandırılmış olup hastaların yüksek beklentileri, personel sayısında yetersizlik ve uzun bekleme süreleri öne çıkan faktörler arasında yer almıştır. Najafi ve diğerlerinin (2018)

çalışmasında ise şiddetin nedenleri hasta ve yakınlarının karşılanamayan beklentileri, etkin olmayan kurumsal yönetim, uygun olmayan mesleki iletişim, sağlık çalışanına yönelik faktörler ve hasta / hasta yakınına yönelik faktörler başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Ülkemizde hemşireler ile nitel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilen bir çalışmada ise sağlıkta şiddetin nedenleri sağlık sistemine ilişkin, kurumun özelliğine ilişkin, sağlık çalışanlarına ilişkin ve hasta / hasta yakınına ilişkin nedenler başlıkları altında incelenmiştir (Yeşilbaş, 2015). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları ve şiddete başvuran hasta ve hasta yakınları ile gerçekleştirilen nitel yöntemli bir diğer çalışmada ise, sağlık çalışanları açısından şiddetin nedenleri olarak iletişim problemleri, medyada yer alan sağlıkta şiddet haberleri ve hastaların yasal olmayan istekleri öne çıkmıştır (Dağ & Baysal, 2017). Aynı çalışmada hasta ve hasta yakınları açısından sağlıkta şiddetin nedenleri olarak hasta ve yakınlarının içindeki buldukları durumun sıra dışılığı, bilgilendirilmeme veya yanlış yönlendirilme ve çalışanların görevlerini ihmal ettikleri algısı öne çıkmıştır. Özkan ve diğerlerinin (2021) hekimler üzerine nitel yöntemle gerçekleştirdiği çalışmasında da sağlık kurumlarında şiddetin ortaya çıkmasında birincil etkenin sosyal yapılar olduğu sonucu elde edilmiştir.

Araştırmanın nitel aşamasında gerçekleştirilen görüşmelerden sağlıkta şiddetin nedenlerine ilişkin değişkenler, 5 farklı kategori altında sınıflandırılmıştır. Bunlar toplumsal değişkenler, sağlık sistemine ilişkin nedenler, hasta kaynaklı nedenler, çalışan kaynaklı nedenler ve kurumsal eksiklikler olarak öne çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet olgusunu bütüncül bir bakış açısıyla ele aldıkları görülmüştür. Toplumun farklı alanlarında görülen şiddetin sağlık hizmeti sunumu süreçlerine de yansıdığına yönelik anlatılar öne çıkmış olup bu şiddetin son zamanlarda normalleştirilerek kanıksandığı, bu durumun şiddetin görülme sıklığını ve ciddiyetini de artırdığına inanış dikkat çekmiştir. Buna ek olarak, farklı etki alanına sahip mikro, mezzo ve makro ölçekli sosyal ve ekonomik değişkenlerin birbirleriyle etkileşim halinde şiddeti doğurduğu düşünceleri öne çıkmıştır. Bu bağlamda sosyo-ekonomik yetersizlikler, eğitimsizlik ve toplumsal yozlaşma sıklıkla şiddetin nedenleri arasında gösterilmiştir.

Hasta yoğunluğu ve etkin bir sevk zincirinin eksikliği ise sağlık sistemine ilişkin nedenler arasında öne çıkmıştır. Davey ve diğerlerinin (2020) çalışmasında sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin öncü nedeni olarak hasta yoğunluğu/bekleme sürelerinin uzunluğu öne çıkmış, bu etkeni hastalarda sağlık okuryazarlığının yetersizliği takip etmiştir. Bu bağlamda merkezi hekim randevu sistemine ve performansa dayalı ek ödeme sistemine bağlı olarak hasta başına ayrılabilen sürenin yetersiz olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanları, kısa sürede çok sayıda kişiye hizmet vermenin verilen hizmetin kalitesi ile birlikte hizmet alanın memnuniyetine zarar verdiğini düşünmektedir. Hekimlere göre, hastaların uzmanlık dallarında hizmet veren polikliniklere konsülte ya da sevk edilmeden başvurabilmesi hasta yükünü sağlıksız bir şekilde artırmakta ve o uzmanlık alanına ihtiyacı olan gerçek hastalara sağlanan hizmetin kalitesini de düşürmektedir. Sağlık hizmetine ulaşmada karşılaşılan zorlukların hasta beklentilerini de artırdığı, özellikle uzak mesafeden hastaneye başvuran hasta ve yakınlarının taleplerinin beklenen süre içerisinde gerçekleştirilememesi halinde yaşanan hayal kırıklıklarının sıklıkla şiddete yönelebildiği görülmüştür. Özellikle acil servislere yapılan başvurularda hastanın durumu, şikayetinin ciddiyeti ve hastalığın belirsizliği nedenleriyle hasta ve yakınlarının beklentileri oldukça yüksektir. Aydemir ve diğerlerinin (2020) çalışmasında, acil servis çalışanlarına göre sağlıkta şiddetin temel nedenleri arasında hasta ve yakınlarında görülen sabırsızlık ilk sırada yer almıştır. Buna ek olarak, acil olmayan durumlarda yapılan acil servis başvurularının da bu süreçte yük olduğu görülmektedir. Toplum bilinçaltında sağlıkta şiddet olgusunun yer edindiği, yaşanan basit sorunlar veya kısa süreli gecikmeler karşısında dahi şiddete başvurma doğal bir tepki olarak görüldüğü anlaşılmıştır. Şiddetin nedenleri arasında çalışanlara yönelik etmenler de dikkat çekmiştir. Bu bağlamda özellikle iletişim becerilerinde yetersizlik, sağlık çalışanlarınca öz eleştiride bulunan konular arasında öne çıkmıştır. Bilgilendirme ve yönlendirmelerde eksiklikler ile zaman zaman çalışan tarafından kullanılan yanlış dil ve terminolojilerin istenmeyen tepkilere neden olabildiğine yönelik anlatılar ile karşılaşılmıştır. Şiddeti tetikleyen kurumsal eksikliklere yönelik değişkenler arasında ise hastaların hizmet alımı süreçlerindeki prosedürlerin fazlalığı ve karışıklığı ile güvenlik görevlisi sayısındaki yetersizlik ve hastanelere girişlerde xray cihazlarının kullanılmaması konularına atıflarda bulunulmuştur.

Yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarında meydana gelen şiddetin sonuçları, çeşitli parametreler altında ele alınmış olup bu parametreler sağlıkta iş gücü üzerindeki zararlar ve hizmet sunumunda verim / kalite kayıpları üst başlıkları altında sınıflandırılabilir (Vento, ve diğerleri, 2020; Arnetz, 2022; Pariona-Cabrera, ve diğerleri, 2023). Bu çalışmada ise sağlıkta yaşanan şiddetin sonuçlarına yönelik elde edilen bulgular, şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki etkileri ve sağlık hizmetinin kalitesi üzerindeki etkileri başlıkları altında değerlendirilmiştir. Çalışanın psikolojisi üzerindeki olumsuz etkiler, bu bağlamda sağlıkta şiddetin en görünür sonucu olarak öne çıkmıştır. Şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki bir diğer etkisi ise diğer hasta ve yakınlarına yönelik yaklaşımını değiştirmesi ile kendini göstermiştir. Bu bağlamda, şiddete uğrayan çalışanın hastalar için özveriden kaçınabildiği ve hasta yüküne toleransının düştüğü görülmüştür. Şiddet olgusunun sağlık çalışanının kariyer planlarını da etkileyebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Akademik başarısı yüksek genç hekimlerin hasta ile etkileşimin yüksek olduğu uzmanlık alanlarını seçmediği, özellikle önümüzdeki yıllarda bu alanlarda hem nicelik hem de nitelik bakımından önemli bir çalışan eksikliği yaşanacağına dair düşüncenin hâkim olduğu görülmüştür. Şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki bu etkiler, sağlık hizmeti kalitesini de doğrudan düşürmektedir. Bunlara ek olarak şiddetin sonuçları arasında, beyin göçü ile kalifiye personel eksikliği anlatıları öne çıkmıştır. Riskli branşların seçilmemesi ve hekimlerin riskli durumlarda defansif tıp uygulamalarına yönelmeleri de bu bağlamda öne çıkmıştır. Rija ve diğerlerinin (2022) iç savaş ya da politik karışıklık yaşanan beş Orta Doğu ülkesinde gerçekleştirdiği çalışmada, özellikle COVID-19 salgını süreciyle birlikte sağlık çalışanına yönelen şiddetin, sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerini ve çalışanlar arasında ruhsal rahatsızlık görülme sıklıklarını artırdığı bulunmuş; bu durumun çalışanların özel hayatları ve mesleki gelişimleri üzerinde önemli etkiler gösterdiği, çalışanların mesleklerini bırakmalarına ve hatta ülkelerini terk etmelerine neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Arnetz ve Arnetz'in (2001) çalışmasında ise, sağlık personelinin iş yerinde şiddete maruz kalma geçmişi ile hasta tarafından değerlendirilen bakım kalitesi oranı arasında ilişki bulunmuş, bu sonucun nedeni olarak şiddetin sağlık çalışanının ruhsal bütünlüğü üzerindeki uzun süreli etkilerine vurgu yapılmıştır. Najafi ve diğerleri (2018) tarafından hemşireler üzerinde gerçekleştirilen araştırmada ise, sağlıktaki şiddetin etkileri

arasında “çalışanda korku/tedirginlik”, “mesleki saygınlığın kaybı”, “iletişim becerilerinin zayıflaması” ve “şiddetin yayılması” sonuçları öne çıkmıştır.

Sağlıkta şiddeti önleme ve şiddete müdahale amaçlı yürürlükte olan mevzuat ve uygulamalar hakkında sağlık çalışanlarının görüşleri homojen bir yapı göstermiştir. Bu bağlamda, mevcut uygulamaların şiddetle mücadelede yetersiz kaldığı ve sorunun çözümüne yönelik olmadığına dair düşünceler öne çıkmıştır. Aktaş ve Aydemir’in (2018) araştırmasında ise beyaz kod uygulamasının şiddeti önleme konusunda etkili olduğu görüşüne sağlık çalışanlarının %47’si tamamen, %26’sı kısmen katılmıştır. Sağlık çalışanlarının adli süreçlerden sonuç alınamamasından oldukça memnuniyetsiz oldukları görülmüştür. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet sorununun çözüme ulaştırılacağına dair inançlarının da zayıf olduğu anlaşılmıştır. Sorunun çözümü için radikal tedbirlerin alınması gerektiğini belirten sağlık çalışanları, bu adımların atılmaması halinde sağlıkta şiddetin yaşanma sıklığının ve ciddiyetinin daha artacağını düşünmektedir.

Gerek sivil toplum örgütleri gerekse akademik çevreler tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda sıklıkla sağlıkta şiddetin önlenmesi ve bu sorunla mücadeleye ilişkin stratejilere yer verilmiştir (d’Ettorre & Pellicani, 2017; Fricke, ve diğerleri, 2022; Kumari, ve diğerleri, 2022; Sayın, ve diğerleri, 2023). Bu çalışmalarda sorunla mücadele için sistemli ve uzun süreli müdahale planlarına, multidisipliner ve toplumun tüm kesimlerini kapsayıcı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Buna ek olarak yasal düzenlemeler, hizmet alan ve hizmet verenlere yönelik eğitim çalışmaları, sağlık kurumları ile güvenlik güçleri arasında etkili entegrasyon ve şiddete sıfır tolerans politikaları gibi önlemlerin öne çıktığı çalışmalar da bulunmaktadır (Seyran, ve diğerleri, 2018; Davey, ve diğerleri, 2020; Lim, ve diğerleri, 2022; Abou-Abbas, ve diğerleri, 2023). Bu çalışmada ise sağlık çalışanlarının, sağlıkta şiddet sorununun çözümü için atılması gereken adımlara ilişkin görüşleri eğitim çalışmaları, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin müdahaleler, yaptırımlar, güvenlik tedbirleri ve toplumsal müdahaleler başlıkları altında analiz edilmiştir. Çalışanların şiddetle mücadele konusunda ileri sürdükleri fikir ve öneriler değerlendirildiğinde, öncelikli olarak hasta yoğunluğunu azaltacak tedbirlerin alınması gerektiği öne çıkmıştır. Bu

bağlamda, sevk zincirinin etkin bir şekilde uygulanması, Merkezi Hekim Randevu Sisteminde randevu aralıklarının ve sağlık personeli sayısının artırılmasına yönelik çözüm önerileri sıklıkla öne sürülmüştür. Sağlık çalışanlarınca ortaya konulan mücadele stratejileri arasında yaptırımlara da sıklıkla ve derinlikle yer verilmiştir. Bu bağlamda özellikle sağlık çalışanına yönelik şiddete başvuran kişilerin sağlık sigortası kapsamında çıkartılması ve ücretli hasta olarak hastanelere başvurabilmesine dair tedbir önerilerinin öne çıktığı görülmüştür. Son olarak sağlıkta yaşanan şiddeti, toplumun diğer alanlarında görülen şiddet içerikli olaylardan farklı görmeyen sağlık çalışanlarınca toplumsal refahın artırılması ve toplumdaki genel şiddet eğilimi ile mücadele amaçlı eğitim çalışmalarına ihtiyaç olduğu ileri sürülmüştür.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu ve şiddet ile mücadele için atılması gereken adımlar, sadece şiddete maruz kalan sağlık çalışanını değil sağlık hizmeti sunumu süreçlerine dahil olan tüm paydaşları yakından ilgilendirmektedir. Araştırmanın gerek nicel gerekse nitel aşamasından elde edilen bulgular ışığında sağlıkta şiddet sorununun çözüme ulaştırılmasına yönelik stratejiler, toplumsal etkenlere yönelik önleyici tedbir önerileri, sağlık hizmeti sunumuna yönelik tedbir önerileri, hasta ve sağlık çalışanlarının etkileşimine yönelik önlem önerileri ile güvenlik ve adli süreçlere ilişkin önleyici tedbirler başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

Toplumsal Etkenlere Yönelik Çözüm Önerileri

Sağlık hizmeti sunumu sırasında ya da sunumuyla ilişkili olarak ortaya çıkan şiddet olgusunun, sadece sağlık kurumları bağlamında ele alınmaması gerektiği açıkça görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sağlandığı kurumlar dışında kalan kamusal alanlarda görülen şiddet, sağlık kurumlarına da yansiyabilmekte olup sağlıkta görülen şiddet de

toplumun diğer alanlarına yansiyabilmekte, şiddetin kanıksanmasına ve normalleştirilmesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda, sağlıkta şiddetle mücadele amacıyla;

- Toplumun tüm alanlarında görülen şiddeti azaltıcı söylemler geliştirilmeli ve bu amaçlı politikalar oluşturularak uygulanmalıdır. Şiddetin kimden geldiğine bakılmaksızın karşısında durulmalı, ilgili paydaşlar tarafından şiddete sıfır tolerans gösterilmelidir.
- Politika belirleyicileri sağlıkta şiddeti kınayan açıklamalar yapmalı, güvenli bir ortamda sağlık hizmeti sağlayabilmenin önemi vurgulanmalıdır.
- Sorunun sadece güvenlik hizmetlerine odaklanan dar bir bakış açısı ile ele alınamayacağı tüm paydaşlar tarafından benimsenmelidir.
- Şiddetin temelinde yatan derin ve karmaşık etkenler ile şiddetin sosyal ve kültürel dinamikleri hakkında çoklu disiplin çalışmaları teşvik edilerek artırılmalı; bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ışığında politikalar belirlenmeli veya mevcut politikalar revize edilmelidir.
- Bireysel silahlanmayı önleyici politikalar desteklenmeli, kayıt dışı silah sahipliği oranlarını azaltıcı uygulamalar geliştirilmelidir.
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sonrası verilen mahkûmiyet veya diğer cezai yaptırım kararları medya yoluyla kamuoyuyla paylaşılmalı, toplum bilincinde şiddet eylemlerinin cezasız kalmayacağı algısı oluşturulmalıdır.
- Şiddeti önlemeye yönelik toplumun her kesimine ulaşabilecek nitelikte kamu spotları hazırlanmalı ve düzenli aralıklarla yayınlanmalıdır. Bu bilgilendirme çalışmalarında, sağlık kurumlarından hizmet alan toplam insan sayılarına, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına, hizmetlerin yedi gün yirmi dört saat kesintisiz sunulmasına atıflarda bulunulmalı; sağlık çalışanlarının ve sunulan sağlık hizmetlerinin taşıdığı hayati önem vurgulanmalıdır.

- Toplumun sağlık okuryazarlığını arttırıcı eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır; temel öğretim programında yer alan Sağlık Bilgisi ve Trafik Kültürü dersi dahilinde sağlık kurumlarından yaralanma usulleri, hasta hakları ve sağlıkta şiddetin etkileri gibi konuların ağırlıkları arttırılmalıdır.
- Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları veya malpraktis vakalarının medyaya yansımalarında magazinsel eğilimlerden kaçınılmalı, sağlık haberciliğinin etik ilke çerçevesi dahilinde haberlerin sunulmasına özen gösterilmelidir. Haberlerin doğruluğu ve tarafsızlığı konusunda öz ve dış denetimlerin esasları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

Sağlık Hizmeti Sunumu Süreçlerine Yönelik Çözüm Önerileri

Sağlık hizmetlerinin sunum prosedürlerinden kaynaklanan olumsuzlukların önüne geçilmesi ile sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin azaltılabileceği görülmektedir. Bu tür olumsuzluklar, sağlıkta şiddeti meşru kılmamakla birlikte bu konularda gerçekleştirilecek iyileştirici müdahaleler sağlık çalışanlarına yönelen şiddet hususunda sağlık kurumlarında risk yönetimi açısından büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda yapılması gerekenler şu şekilde sıralanmaktadır;

- Polikliniklerde ve acil servislere öne çıkan hasta yoğunluğu daha etkin yönetilmeli, sağlık çalışanının üstlendiği hasta yükünü azaltıcı sağlık politikaları belirlenerek uygulanmalıdır.
- Uzmanlık gerektiren tıbbi değerlendirme ve müdahaleler öncesinde aile hekimliğine yapılacak başvurular ile etkin bir sevk zinciri sistemi kurulmalı, bu yolla uzmanlık dallarında ortaya çıkabilen ihtiyaç dışı başvuruların önüne geçilmelidir. Uzmanlık alanına gerçekten ihtiyaç duyan hastalara ayrılabilen muayene süreleri artırılmalıdır.
- Benzer şekilde, acil servislere başvurma koşulları hakkında toplumu bilinçlendirici çalışmalar ve acil olmayan durumlarda yapılan başvurulara ilişkin düzenlemeler

yapılmalı; aciliyet göstermeyen kronik şikayetlerle, polikliniklerde randevu bulamama nedeniyle ya da ilaç yazdırma gibi taleplerle acil servislere yapılan başvuruların önüne geçilmelidir.

- Ülkemizde bin kişiye düşen ortalama doktor ve hemşire sayıları, OECD ülkeleri ortalamasının oldukça altındadır. Bu durum hemşire sayılarında daha fazla ciddiyet göstermekte olup sağlık çalışanlarının sayıları radikal bir oranda arttırılmalıdır. Son yıllarda artış gösteren tıbbi sekreter istihdamı, süreklilik göstererek devam ettirilmelidir.
- Sağlık kurumları yöneticilerince birim ve bölüm bazlı hasta başvuru sayıları, ortalama bekleme süreleri, ortalama işlem sayılarına ilişkin parametreler yakından takip edilmeli, düzenli aralıklarla risk değerlendirmeleri yapılarak güvenlik önlemleri alınmalı, bu parametrelere göre sağlık çalışanları görevlendirilmelidir.
- Acil servislerde, bu alanda uzmanlaşmış sağlık çalışanının görevlendirilmesine dikkat edilmeli, kritik alanlarda görevlendirmelerde yüksek deneyimli personele önem verilmelidir.
- Hasta ve yakınlarının hastane içerisindeki tüm hareketleri takip edilmeli, sağlık hizmeti alımı öncesi ve sonrasında maruz kalabildikleri otopark yetersizliği, ulaşım imkanlarının eksikliği, yetersiz market, eczane vb. imkanlarının karşılanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Hastane içerisinde bekleme alanlarının konforu artırılmalı, belirlenen alanlarda günün her saatinin yoğunluğunu karşılayabilecek sayıda oturma ve dinlenme imkânı sağlanmalıdır.
- Hastane içerisindeki tüm alanlarda yeterli ışıklandırma yapılmalı, hastane içerisinde kafa karışıklığına imkân vermeyecek sıklıkta yönlendirici işaret ve tabelalar kullanılmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının kurum içerisindeki görev alanlarına dengesiz dağılımının önüne geçilmeli, tüm çalışanlara adil bir şekilde yaklaşılmalı ve bu doğrultuda görev dağılımları yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının mesai ve nöbet saatleri, bu konuda yapılan bilimsel çalışmalar ışığında yeniden düzenlenmeli, konsantrasyon gereksinimi yüksek birim ve alanlarda görev yapan personelin çalışma koşulları farklılaştırılmalıdır. Hiçbir koşul altında nöbet ertesi çalışmaya imkân verilmemelidir.
- Hastanelerde şiddete başvurma ile herhangi bir sonuç alınamayacağı, hiçbir koşulda şiddete başvurulmaması gerektiğine dair afişler ve panolar bulundurulmalı, sıra takip ekranlarından bu konu hakkında kamu spotları yayınlanmalıdır.
- Çalışma barışını bozan veya dolaylı yoldan hasta yoğunluğunu artırmakta olan performansa dayalı ek ödeme sistemi yeniden düzenlenmeli, performans değerlendirmelerinde nicelikten çok niteliğin ön planda olmasına özen gösterilmelidir. Bu konuda farklı uzmanlık alanlarında ve birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının düşüncelerine başvurulmalıdır.
- Çalışana yönelik şiddet olaylarının sık yaşandığı alanlarda, kriz yönetimi sağlamak üzere psikolog ve sosyal hizmet uzmanları görevlendirilmelidir.
- Hastane yönetimlerince çalışanların çalışma motivasyonlarını artırıcı yaklaşımlar geliştirilmeli, bu amaçlı örnek uygulamalar (ayın personeli, hizmet ödülü vb.) yaygınlaştırılmalıdır. Hastane yönetimleri ve çalışanlar arasındaki iletişim ve etkileşim artırılmalı, çalışanlardan düzenli aralıklarla geri bildirim alınmalıdır.

Hasta – Çalışan Etkileşimine Yönelik Çözüm Önerileri

Sağlık hizmetini sunan ve alanlar arasındaki etkileşimin sağlam temeller üzerine oturtulamamasının sıklıkla olumsuz sonuçlara neden olduğu görülmektedir. Bu etkileşimi etkileyen faktörlere yönelik alınabilecek bazı çözüm önerileri şu şekildedir;

- Gerek hasta gerekse sağlık çalışanlarının hakları ve sorumlulukları, sağlık hizmeti sunumu aşamalarında hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır.
- Hasta beklentileri etkin bir şekilde yönetilmeli, hastane içi prosedürler açık ve net olmalıdır. Prosedürlerin altında yatan nedenler hakkında da bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Hasta talep ve şikayetleri, sistematik bir kurguda alınmalıdır. Bu başvurular her yönetim biriminin (başhekimlik, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, teknik hizmetler müdürlüğü, destek hizmetleri müdürlüğü vb.) müdahil olduğu bir yapıda değerlendirilmeli ve sonuçlandırılmalıdır.
- Hasta ve yakınlarına etkili ve yeterli bilgilendirme yapılmasına imkân sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, bu tür bilgilendirmeler sorumlu sağlık çalışanı tarafından özenle yapılmalıdır.
- Acil servislerde, yoğun bakım üniteleri ya da yataklı kliniklerde takip edilirken vefat eden hastanın yakınlarına en kıdemli sağlık çalışanı tarafından bilgilendirme yapılmalı, bu tür haberler yalnız verilmemelidir.
- Sağlık eğitimi veren lise, yüksekokul ve fakülteler ile tıp fakültelerinin eğitim programlarında yer alan iletişim derslerine ek olarak, agresyonu yönetme teknikleri ve çatışma çözümü konularında eğitimler verilmelidir.

- Bu eğitimler, alanda aktif görev yapan personele de uyarlanarak sağlık çalışanlarının meslek hayatına entegre edilmelidir. Hizmet içi eğitimler, alanında yetkin öğreticiler tarafından verilmelidir.
- Hasta reddi ve hizmetten çekilme hakkı konularında hasta ve yakınları bilgilendirilmeli, hekim – hasta güven ilişkisinin bozulması halinde acil durumlar hariç olmak üzere hekim tarafından hastanın reddedilebileceği vurgulanmalıdır.
- Acil sağlık hizmetlerine başvuru esasları hakkında bilgilendirici afiş ve broşürler hazırlanmalı ve hastalarla paylaşılmalıdır.

Güvenlik Tedbirleri ve Adli Süreçlere Yönelik Çözüm Önerileri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele amacıyla ülkemizde sıklıkla güvenlik tedbirleri ve kolluk kuvveti müdahalelerine yönelik tedbirler alınmakta olup yargılama süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmaktadır. Bu çalışmada sağlıkta şiddet sorununun çözüme kavuşturulamamasında, müdahale ve önlem planlarının şiddetin ortaya çıkmasını takip eden sürece yönelik olmasının etkili olduğu görülmüştür. Fakat bu durum şiddet ile mücadele kapsamında herhangi bir iradenin bulunmadığı veya bu konunun politika belirleyicileri arasında gündem olmadığı anlamına gelmemektedir. Özellikle son on beş yıldır, bu tür suçların takibi ve öngörülen ceza miktarları konularında birçok yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen düzenlemelere ek olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele kapsamında atılabilecek adımlar şu şekilde özetlenebilir;

- Hastanede görevlendirilen polis memuru sayısı artırılmalıdır. Bu memurlara sağlıkta şiddet konusunda ve hastane içi prosedürler hakkında eğitim verilmeli. Bu alanda uzmanlaşmaları ve tüm şiddet olaylarına aktif müdahaleleri sağlanmalıdır.
- Hastanelere girişlerde, Xray cihazları ile kontrol noktaları oluşturulmalıdır. Hastanelere ateşli veya delici/kesici silahla girilmesinin önüne geçilmelidir.

- Hastanelerde görevlendirilen güvenlik görevlisi sayısı artırılmalıdır. Kurum içerisinde güvenlik görevlisi dağılımının belirlenmesinde hastane yönetimlerince sıklıkla risk değerlendirmeleri yapılmalı, personel ve güvenlik görevlilerinin geri bildirimleri dikkatle ele alınmalıdır.
- Kurum içerisinde kör alan bırakmayacak sayıda güvenlik kamerası yerleştirilmeli, görüntüye ek olarak ses kaydı alımı zorunlu tutulmalıdır. İlgili kayıtların soruşturma ve kovuşturma süreçleri göz önünde bulundurularak yedeklenmelidir.
- Beyaz kod uygulamasında sabit telefona ek olarak, panik butonları ve mobil uygulamalar da kullanılabilir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 yılında başlatılan Gri Kod Uygulaması geliştirilerek sağlık çalışanları arasında kullanım yaygınlığı artırılmalıdır.
- Madde bağımlılığı, sarhoşluk veya psikiyatrik hastalık gibi yüksek agresyon veya ajitasyona neden olabilecek durumlarda, önceden belirlenen özel alanlarda hastalara müdahale edilmeli, takipleri sağlanmalıdır. Bu alanlarda, sağlık çalışanına muhtemel bir saldırı durumunda kullanabilecekleri kaçış noktaları belirlenmeli ve panik butonları yerleştirilmelidir.
- Sağlık çalışanına yönelik suçlarda mevzuatta düzenlenen ceza artırımları ile kasten yaralamanın tutuklama nedeni sayılması, iş yerinde ifade verme hakkı gibi özel hükümler hakkında bilgilendirmeler yapılmalı, sağlık çalışanlarının hak ve sorumlulukları konularındaki farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.
- Sağlık çalışanı veya kurumuna yönelik tehdit ve hakaret içeren SABİM üzerinden yapılan şikâyet başvurularına yönelik koruyucu müdahaleler ve yargılamalar re'sen başlatılmalıdır.
- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanı müdahil olmadan veya minimum düzeyde müdahil olarak yargılama süreçlerinin yürütülebilmesi sağlanmalıdır.

Görüldüğü üzere, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete neden olan etkenlerin kompleks yapısına paralel olarak sorunun çözümünde de kompleks, çok boyutlu ve bütüncül müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Soruna bakış açısının bu bulgular ışığında revize edilmesi, devamlılık gösterir şekilde uzun süreli müdahale planlarının uygulanması ile sağlıkta şiddetle etkili mücadele edilebileceği ve sorunun çözüme ulaştırılabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abou-Abbas, L., Nasrallah, R., Yaacoub, S., Ramirez Mendoza, J. Y., & Al Wais, M. (2023). Healthcare workers' experiences of workplace violence: a qualitative study in Lebanon. *Conflict and Health*, 17(45). doi:10.1186/s13031-023-00540-x
- Aktaş, E., & Aydemir, İ. (2018). Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri*, 3(1), s. 32 – 47. doi: 10.5336/healthsci.2017-57385
- Akyön, F. V. (2008). İşyerinde Şiddete (Workplace Violence) Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Öneri*, 8(30), s. 163 - 75. doi:10.14783/maruoneri.679681
- Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q. K., Chen, C., Beisenova, K., & Pourmand, A. (2021). Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*(196), s. 186-97. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.009
- Alp, B. (2023). Sağlıkta Şiddetin Kök Nedenleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Ordu Üniversitesi.
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Arnetz, J. E. (2022). The Joint Commission's New and Revised Workplace Violence Prevention Standards for Hospitals: A Major Step Forward Toward Improved Quality and Safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(4), s. 241-45. doi:10.1016/j.jcjq.2022.02.001
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52(3), s. 417-27. doi:10.1016/s0277-9536(00)00146-5

- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Essenmacher, L., & Upfal, M. (2014). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), s. 338-48. doi:10.1111/jan.12494
- Aydemir, İ., Üçlü, R., & Aydoğan, A. (2020). Acil Servis Personeline Göre Şiddetin Nedenleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 83(1), s. 60-8. doi: 10.26650/IUITFD.2019.0018
- Aytaç, S., Bozkurt, V., Bayram, N., Yıldız, S., Aytaç, M., Sokullu Akıncı, F., & Bilgel, N. (2011). Workplace Violence: A Study of Turkish Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), s. 385-402. doi:10.1080/10803548.2011.11076902
- Aziz, A. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri* (10. b.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Barling, J., Rogers, A. G., & Kelloway, E. K. (2001). Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), s. 255–69. doi:10.1037/1076-8998.6.3.255
- Bayram, B., Çetin, M., Çolak Oray, N., & Can, İ. Ö. (2017). Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 7(6). doi:10.1136/bmjopen-2016-013568
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), s. 43-56.
- Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 46-53.
- Byon, H. D., Lee, M., Sagherian, K., Crandall, M., & Lipscomb, J. (2020). Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, s. 1-14. doi:10.1002/ajim.23095

- Campbell, J. C., Messing, J. T., Kub, J., Fowler, B., & Bolyard, R. (2011). Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *Journal of Occupational and Environmental Health*, 53(1), s. 82-9. doi:10.1097/JOM.0b013e3182028d55
- Casadio, P., Olivoni, D., Bonafede, R., & Atti, A. (2016). Co-occurrence of Substance Use and Personality Disorders: Epidemiology, Etiopathogenesis, and Treatment. V. Preedy içinde, *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse* (s. 239-248). London: King's College London.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), s. 623-30. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3. b.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Çınaroğlu, O. S., Efgan, M. G., & Payza, U. (2022). Violence Against Healthcare Professionals; Is It A New Pandemic? *Journal of Contemporary Medicine*, 12(5), s. 626-30. doi:10.16899/jcm.1162404
- Çoşkun, S., & Tuna Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.
- d'Ettorre, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), s. 337-42. doi:10.1016/j.shaw.2017.01.004
- Dağ, E., & Baysal, H. (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması - Burdur İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(11), s. 95-118.

- Davey, K., Ravishankar, V., Mehta, N., Ahluwalia, T., Blanchard, J., Smith, J., & Douglass, K. (2020). A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(1). doi:10.1186/s12245-020-00290-0
- di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector: Country case studies*. Geneva: ILO.
- Dillon, B. L. (2012). Workplace violence: impact, causes, and prevention. *Work*, 42(1), s. 15-20. doi:10.3233/WOR-2012-1322
- Dünya Çalışma Örgütü. (2022). *ILO Türkiye Ofisi - C190 Resmi Olmayan Çeviri*. Ocak 21, 2023 tarihinde Uluslararası Çalışma Örgütü: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-ankara/documents/genericdocument/wcms_719975.pdf adresinden alındı
- Egici, M. T., & Öztürk, G. Z. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Ankara Medical Journal*, 18(2), s. 224-31. doi:10.17098/amj.436537
- Er, T., Ayoğlu, F. N., & Açıkgöz, B. (2021). Violence against healthcare workers: Risk factors, effects, evaluation and prevention. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), s. 69-78. doi:10.20518/tjph.680771
- Esen, H., & Aykal, G. (2020). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(1), s. 1-9.
- Fisekovic, M. B., Trajkovic, G. Z., Bjegovic-Mikanovic, V. M., & Terzic-Supic, Z. J. (2015). Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *European Journal of Public Health*, 25(4), s. 693-8. doi:10.1093/eurpub/cku247
- Fricke, J., Siddique, S. M., Douma, C., Ladak, A., Burchill, C. N., Greysen, R., & Mull, N. K. (2022). Workplace Violence in Healthcare Settings: A Scoping Review of

- Guidelines and Systematic Reviews. *Trauma Violence Abuse*, 24(5), s. 3363-83. doi:10.1177/15248380221126476
- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2010). Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), s. 177-84. doi:10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x
- Goretti, S., Sanchez, M., Borja, P., Rivera, G., & Lara, M. (2017). The relationship between personality disorders and substance abuse disorders. *European Psychiatry*, 41, s. 473-4. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.547
- Havaei, F., & MacPhee, M. (2020). The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: An application of human factors framework. *Nursing Open*, 7(3), s. 731-41. doi:10.1002/nop2.444
- Hogh, A., Sharipova, M., & Borg, V. (2008). Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(7), s. 706-12. doi:10.1177/1403494808096181
- Hossain, M. M., Sharma, R., Tasnim, S., Al Kibria, G. M., Sultana, A., & Saxena, T. (2020). Prevalence, Characteristics, and Associated Factors of Workplace Violence against Healthcare Professionals in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence Based Psychosocial Health*. doi:10.1101/2020.01.01.20016295
- ILO. (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: International Labour Office.
- ILO. (2003). *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. Geneva: International Labour Office.

- ILO. (2013). *Work-related violence and its integration into existing surveys*. ILO Department of Statistics. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_222231.pdf adresinden alındı
- ILO. (2020). *Safe and healthy working environments free from violence and harassment*. Geneva: International Labour Organization.
- ILO. (2022). *Experiences of violence and harassment at work: A global first survey*. Geneva: International Labour Organization.
- ILO. (2022). *Violence and Harassment Convention, 2019*. International Labour Organization: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:3999810:NO adresinden alındı
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., & Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 5(3), s. 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2014-006719
- Kaur, A., Ahamed, F., Sengupta, P., Majhi, J., & Ghosh, T. (2020). Pattern of workplace violence against doctors practising modern medicine and the subsequent impact on patient care, in India. *PLOS ONE*, 15(9). doi:10.1371/journal.pone.0239193
- Keser Özcan, N., & Bilgin, H. (2011). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), s. 1442-1456. doi:10.5336/medsci.2010-20795
- Khan, M. N., Haq, Z. U., Khan, M., Wali, S., Baddia, F., Rasul, S., . . . Ramirez-Mendoza, J. Y. (2021). Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional stud. *BMC Public Health*, 21(1). doi:10.1186/s12889-021-10243-8

- Kılıç, M. (2020). *Sağlıkta Şiddeti Önleme Politikasının Mediko-Sosyal ve Yasal Dinamiği*. İstanbul: SETA Yayınları.
- Kobeyashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura, N. (2020). Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). doi:10.3390/ijerph17082747
- Kumari, A., Sarkar, S., Ranjan, P., Chopra, S., Kaur, T., Baitha, U., . . . Klanidhi, K. B. (2022). Interventions for workplace violence against health-care professionals: A systematic review. *Work*, 73(2), s. 415-27. doi:10.3233/WOR-210046
- Li, Y., Li, R., Qiu, D., & Xiao, S. (2020). Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), s. 1-19. doi:10.3390/ijerph17010299
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022, Haziran). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine & Surgery*, 78. doi:10.1016/j.amsu.2022.103727
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., . . . Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), s. 927-937. doi:10.1136/oemed-2019-105849
- Lu, L., Dong, M., Wang, S.-B., Zhang, L., Ng, C. H., Ungvari, G. S., . . . Xiang, Y.-T. (2018). Prevalence of Workplace Violence Against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-12. doi:10.1177/1524838018774429

- Martinez, A. (2016). Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(4), s. 31-36. doi:10.3928/02793695-20160817-05
- Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2018). Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), s. 116-28. doi:10.1111/jocn.13884
- NIOSH. (2023). *Occupational Violence*. Ocak 21, 2023 tarihinde The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html> adresinden alındı
- Nowrouzi-Kia, B. (2017). The impact of workplace violence on health care workers' quality of life. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(7). doi:10.1111/dmcn.13466
- Nyberg, A., Göran, K., Hanson, L. M., & Rajaleid, K. (2021). Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(2), s. 69-81. doi:10.1136/oemed-2020-106450
- OECD. (2023). *Employment Outlook*. Ocak 21, 2023 tarihinde OECD iLibrary: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2022_1bb305a6-en adresinden alındı
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/7a7afb35-en
- OSHA. (2002). *Workplace Violence Fact Sheet*. Ocak 21, 2022 tarihinde Occupational Safety and Health Administration: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/factsheet-workplace-violence.pdf> adresinden alındı

- OSHA. (2016). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. Washington DC: U.S. Department of Labor. Ocak 15, 2023 tarihinde <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf> adresinden alındı
- Öktem, Ü. (2005). Fenomoloji ve Edmund Husserl'de Apaçıklık (Evidenz) Problemi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 45(1), s. 27-55.
- Öz Sağlık - İş Sendikası. (2020). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırması: Sonuç Raporu*. Ankara: Öz Sağlık ve Hizmet İşçileri Sendikası. https://ozsaglikis.org/wp-content/uploads/2022/03/Siddet-arastirmasi-Sonuc-Raporu_12Ocak_baski-2.pdf adresinden alındı
- Özişli, Ö. (2022). Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(1), 62-68.
- Özkan, Y., Bayraktar, T., & Bingöl, U. (2021). "Why We're Exposed to Violence?" A Qualitative Research For The Reasons According To Physicians. *Turkish Studies - Social Sciences*, 16(1), s. 185-205. doi:10.47356/TurkishStudies.48275
- Pariona-Cabrera, P., Bartram, T., Cavanagh, J., Halvorsen, B., Shao, B., & Yang, F. (2023). The effects of workplace violence on the job stress of health care workers: buffering effects of wellbeing HRM practices. *The International Journal of Human Resource Management*. doi:10.1080/09585192.2023.2237876
- Payne, M. (2020). *Modern Sosyal Hizmet Kuramı*. (K. Karataş, Çev.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Pietsch, N. (2015). Barriers to Reporting Sexual Harassment. *Learning Network Brief*. London, Ontario: Learning Network, Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children. <http://www.vawlearningnetwork.ca/> adresinden alındı
- Polat, Ö., & Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15, s. 393-8. doi:10.4274/BTDMJB.galenos.20190918115436

- Ramzi, Z. S., Fatah, P. W., & Dalvandi, A. (2022). Prevalence of Workplace Violence Against Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, s. 1-8. doi:10.3389/fpsyg.2022.896156
- Ready, F. N. (2022). *Sağlıkta Şiddet Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Renker, P., Scribner, S. A., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work, 51*(1), s. 5-18. doi:10.3233/WOR-141893
- Resnick, P. J., & Kausch, O. (1995). Violence in the workplace: Role of the consultant. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 47*(4), s. 213-22. doi:10.1037/1061-4087.47.4.213
- Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R., & Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work, 51*(1), s. 19-28. doi:10.3233/WOR-141894
- Rija, A., Islam, Z., Bilal, W., Qamar, K., Gangat, S. A., Abbas, S., . . . Kashyap, R. (2022). The impact of violence on healthcare workers' mental health in conflict based settings amidst COVID-19 pandemic, and potential interventions: A narrative review. *Health Science Reports, 5*(6), s. 1-11. doi:10.1002/hsr2.920
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık-Sen. (2013). *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen AR-GE Birimi.
- Sahip Karakas, T., Gamsızkan, Z., & Cangur, S. (2021). Exposure of Violence and its Effects on Health Care Workers. *Konuralp Medical Journal, 13*(2), s. 327-33. doi:10.18521/ktd.861057

- Sayın, F. K., Denton, M., Brookman, C., Davies, S., & Zeytinoğlu, I. U. (2023). Violence, Harassment, and Turnover Intention in Home and Community Care: The Role of Training. *Healthcare, 11(1)*(103). doi:10.3390/healthcare11010103
- Seyran, F., Gözlu, M., & Ready, F. N. (2018). İş Yerinde Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Personelinin Şiddet Algısı ve Boyutu Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi, 2(1)*, s. 8-29.
- Sokolowski, R. (1999). An Initial Statement of What Phenomenology Is. *Introduction to Phenomenology* (s. 42-65). içinde Cambridge: Cambridge University Press.
- Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., & Velonis, A. J. (2021). A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Safety and Health at Work*, 1-7.
- Staggs, V. S. (2012). Nurse Staffing, RN Mix, and Assault Rates on Psychiatric Units. *Research in Nursing & Health, 36(1)*, s. 26-37. doi:10.1002/nur.21511
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing, 14(35)*. doi:10.1186/s12912-015-0079-5
- Sun, S., Goodwin Gerberich, S., & Ryan, A. D. (2017). The Relationship Between Shiftwork and Violence Against Nurses: A Case Control Study. *Workplace Health & Safety, 65(12)*, s. 603-11. doi:10.1177/2165079917703409
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri*. (A. Karatay, Çev.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Teddle, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. London: Sage.

- Terkeş, N., İter, S., & Zorlu, E. (2022). Sağlık Çalışanlarının Şiddetle Karşılaşma Durumları ve Sağlık Çalışanları Bakış Açısıyla Şiddetin Nedenleri. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(2), s. 620-34. doi:10.52538/iduhes.1037787
- Tokgöz, H. (2019). Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları. *Yüksek Lisans Tezi*. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.
- Torun, N. (2020). Şiddete yönelik beyaz kod verilerin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), s. 977 - 984. doi:10.17826/cumj.726340
- U.S. BLS. (2022). *Workplace violence: homicides and nonfatal intentional injuries by another person in 2020*. Ocak 21, 2023 tarihinde The Economics Daily: <https://www.bls.gov/opub/ted/2022/workplace-violence-homicides-and-nonfatal-intentional-injuries-by-another-person-in-2020.htm> adresinden alındı
- U.S. BLS. (2023). *Fact Sheet | Workplace Violence in Healthcare, 2018 | April 2020*. U.S. Bureau of Labor Statistics: https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm#_edn1 adresinden alındı
- U.S. GAO. (2016). *Additional Efforts Needed to Help Protect Health Care Workers from Workplace Violence*. Washington DC: U.S. Government Accountability Office. <https://www.gao.gov/assets/gao-16-11.pdf> adresinden alındı
- UIIPRC. (2001). *Workplace violence - A report to the nation*. Iowa City: University of Iowa.
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Front Public Health*, 8. doi:10.3389/fpubh.2020.570459
- von Treuer, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Little, G. (2014). The Impact of Shift Work and Organizational Work Climate on Health Outcomes in Nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(4), s. 453-61. doi:10.1037/a0037680

- Waddington, P., Badger, D., & Bull, R. (2005). Appraising the Inclusive Definition of Workplace "Violence". *The British Journal of Criminology*, 45(2), s. 141-64. doi:10.1093/bjc/azh052
- WHO. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Mart 5, 2023 tarihinde World Health Organization: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> adresinden alındı
- Yeşilbaş, H. (2015). Hemşirelerin Hasta ve Hasta Yakınlarından Şiddet Görme Durumları. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi.
- Yeşildal, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), s. 280-302.
- Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), s. 135-56.
- Yücens, B., & Kalkan Oğuzhanoglu, N. (2020). Sağlık çalışanlarının şiddet algısı, şiddete uğrama ve şiddetten etkilenme durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(2), s. 321-329. doi:10.31362/patd.669733
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., . . . Qiao, H. (2015). Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 14429-14444.

EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Sağlıkta şiddet olgusuna ilişkin yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Örneği”dir. Sizi de bu araştırmaya katılmanız için davet ediyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, dirençli bir toplumsal sorun haline gelen sağlıkta şiddet olgusunun çok yönlü olarak araştırılması ve şiddet ile mücadele hususunda bilgi üretilmesidir. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tarık TUNCAY’ın akademik danışmanlığında Hikmet Cansın İŞÇİ tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı açısından önemlidir. Çalışmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde gerçekleştirilebilmesi için 01.02.2023 tarih ve E-72300690-770-208381527 sayılı resmi yazıyla idari izin alınmıştır. Araştırma için etik kurul izni, Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan 01.08.2023 tarih ve E-35853172-300-00002990708 sayılı yazı ile alınmıştır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizden konu hakkındaki görüşlerinizi, düşüncelerinizi, deneyimlerinizi aktarmanız istenecektir. Çalışma için ayırmanız gereken 25 dakikanın yeterli olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için yol yemek gibi bir masraf olması durumunda bu miktar araştırma bütçesinden karşılanacaktır. Bunun dışında size herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Çalışma için ses kaydı alınması gerekmektedir. Bu ses kaydı yazılı metin haline getirildikten sonra imha edilecektir. Ses kaydı alınmasını kabul etmezseniz yazılı kayıt alınacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler

kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Ancak çalışmanın verileri etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde hiçbir olumsuz durumla karşılaşmayacaksınız. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının Beyanı)

Prof. Dr. Tarık TUNCAY'ın akademik danışmanlığında Hikmet Cansın İŞÇİ tarafından Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalında nitel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca gerektiğinde araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da yol ve yemek ücreti dışında bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma kapsamında yapılacak görüşmede ses kaydı yapılmasını kabul ediyorum. Bana ses kayıtlarının üçüncü kişilerin erişemeyeceği biçimde saklanacağını, metin haline getirildikten sonra imha edileceğinin, kimlik bilgilerimin açığa çıkarılmayacağını güvencesi verilmiştir. Araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tarık TUNCAY'a 0312 297 63 63 (115) numaralı telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı

geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

KATILIMCININ			
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza

GÖRÜŞMEYİ GERÇEKLEŞTİREN ARAŞTIRMACI			
Adı Soyadı	Adres	GSM - eposta	İmza
Hikmet Cansın İŞÇİ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi – Çocuk Hastanesi		

Görüşme Tarihi ve Saati: . . / . . / 2023

EK 2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME YÖNERGESİ

Dirençli bir toplumsal sorun haline gelen sağlıkta şiddet olgusuna dair dinamik ve değişkenlerin kapsayıcı ve sistematik bir yapıda ortaya konulmasını ve sorun ile mücadele amacıyla yeni bilgi, model ve yöntem üretmeyi amaçlayan, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tarık TUNCAY'ın danışmanlığında gerçekleştirilen yüksek lisans tez çalışması dâhilinde sizinle görüşme gerçekleştirmek istiyorum. Sizin bu konudaki deneyimleriniz, duygularınız, düşünceleriniz, beklentileriniz ve önerileriniz çalışmanın başarıya ulaşması açısından büyük önem teşkil etmektedir. Kimliğiniz ve görüşmenin içeriği gizli tutulacak olup benimle paylaşacağınız bilgiler ad/soyad ve iletişim bilgilerinizi içermeksizin anonim olarak yalnızca araştırma kapsamında bilimsel amaçlar dâhilinde kullanılacaktır. Görüşme sürecinde aktaracağınız her bilginin önemli olması ve aktarılacak bilgilerin sadece yazarak eksiksiz bir şekilde kaydetmenin zorluğu nedeniyle görüşme boyunca ses kaydı almak istiyorum. İlgili ses kayıtları, metne aktarıldıktan sonra imha edilecektir. Görüşme sürecinde ve sonrasında hiçbir mazeret belirtmeksizin araştırmadan çekilebilirsiniz. Görüşme için yaklaşık 20 ile 45 dakika arasında bir süre ayırmanızın yeterli olacağı düşünülmektedir. Araştırmaya katılarak size yönelteceğim soruları içtenlikle cevaplayacağınız için şimdiden teşekkür ederim.

Katılımcının sosyo-demografik bilgileri

- Mesleği ve branşı
- Yaşı
- Cinsiyeti
- Medeni durumu
- Meslekteki geçirdiği toplam süre
- Hâlihazırda görev yaptığı kurumda geçirdiği toplam süre

1. Katılımcının iş yeri şiddeti kavramının tanımı ve sınıflandırması hakkındaki görüşleri

- a. İş yeri şiddeti kavramını nasıl tanımlarsınız?

Açıklayıcı soru: Sizce hangi tür eylem ve tavırlar iş yeri şiddetine girmektedir?

- b. İş yeri şiddetini nasıl sınıflandırırsınız?

Açıklayıcı soru: Sağlıkta görülen şiddet ile kadına, yaşlıya, çocuğa yönelik şiddet, taraftar şiddeti ya da akran zorbalığı gibi toplumda görülen diğer şiddet türleri arasındaki benzer ya da farklı özellikler nelerdir?

2. Katılımcının kendi yaşadığı iş yerinde şiddet deneyimine ilişkin deneyim ve görüşleri

- a. Sağlık hizmeti sunumu sırasında ne sıklıkla şiddete maruz kalıyorsunuz?
- b. Yaşadığınız şiddet olayları arasında sizi en çok etkileyen bir olayın nasıl yaşandığını anlatabilir misiniz?

Açıklayıcı soru: Şiddet ne şekilde kimden geldi, nasıl bir tepki verebildiniz, ruhsal ve fizyolojik sonuçları ne oldu, bu süreçte nasıl bir destek aldınız, yaşadığınız olayın diğer hasta veya hasta yakınlarına yaklaşımınıza etkisi oldu mu, yaşadığınız olay nasıl önlenebilirdi?

3. Katılımcının ülkemizde yaşanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu hakkındaki görüşleri

- a. Ülkemizde sağlıkta şiddetin temel nedenleri ve yaşanma sıklığı hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Açıklayıcı soru: Şiddetin anlık tetikleyicileri dışında, temelinde yatan sorunlar hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Zaman içerisinde yaşanan olaylarda bir artış ya da azalış eğilimi görüyor musunuz?

- b. Yaşanan şiddet olaylarının etkileri ve sonuçları hakkında görüşleriniz nelerdir?

Açıklayıcı soru: Sağlıkta şiddet sorununun çözüme ulaştırılmamasının orta ve uzun vadede sonuçlarını nasıl görüyorsunuz?

- c. Meslek ve branş seçerken ülkemizde yaşanan sağlıkta yaşanan şiddet olgusunu dikkate aldınız mı? Kariyer planınıza bu olgunun etkisi oluyor mu?
- d. Medyada yer alan sağlıkta şiddet haberleri hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Açıklayıcı soru: Bu tür haberlerden etkileniyor musunuz? Haberlerin geleneksel medyada sunulmuş şekli hakkında ne düşünüyorsunuz?

4. Katılımcının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele stratejilerine ilişkin görüşleri

- a. Sağlıkta şiddet sorununun çözümü için yapılması gerekenler hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Açıklayıcı soru: Kurum yönetimlerince ve / veya politika yapıcılar tarafından atılabilecek adımlar nelerdir?

- b. Şiddet ile mücadele amacıyla sağlık kurumlarında mevcut beyaz kod uygulaması, hukuki yardım desteği, hizmetten çekilme hakkı konularındaki düşünceleriniz nelerdir?

Açıklayıcı soru: Sorunun çözümü için yeterince çaba sarf edildiğini düşünüyor musunuz? Uygulamalarda öne çıkan başlıca sorunlar ya da eksiklikler nelerdir?

- c. Gerçekçi bir bakış açısıyla ülkemizdeki sağlıkta şiddet olgusunun geleceğine ilişkin tahminleriniz, beklenti ve umudunuz ne yöndedir?

5. Yanıtladığınız sorular haricinde konu ile ilgili olarak paylaşmak istediğiniz, eksik kaldığınız düşündüğünüz hususlar var mıdır? Nelerdir?

EK 3. ÇALIŞMA İÇİN İDARİ İZİN



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliği

ANKARA BILKENT ŞH KOORDİNATÖR BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI
(DOÇ. DR. BURAK CİVELEK)
ANKARA BILKENT ŞH KOORDİNATÖR BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI
YAZI İŞLERİ

1.02.2023 08:35:28 E-72300690-770-208381527



Sayı : E-72300690-770-208381527
Konu : Tez Çalışması Hk. (Hikmet Cansın İŞÇİ)

01.02.2023

Sayın; Hikmet Cansın İŞÇİ
(Sosyal Çalışmacı)

İlgi : 30.01.2023 tarihli ve E-72300690-000-208275744 sayılı dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde bahse konu olan "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Sorunlar ve Çözüm Önerileri-Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Örneği" adlı tez çalışmasını hastanemizde gerçekleştirmeniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr. Abdulvahap ŞAHİN
Koordinatör Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3E20DED2-CC23-4FB8-85FE-F7A1438D4549

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Üniversiteler Mahallesi 1604. Cade No: 9 Çankaya/ANKARA 06800
Telefon No: 03125526000
e-Posta: ankarasehir@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://ankarasehir.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ankarasehirhastanesi@hs03.kep.tr

Bilgi için: Rabia ALKAN
Tıbbi Sekreter

Telefon No: 03125526000 - 770073



EK 4. ETİK KOMİSYON İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-35853172-300-00002990708
Konu : Etik Komisyon İzni (Hikmet Cansın İŞÇİ)

01/08/2023

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 14.07.2023 tarihli ve E-12908312-300-00002955148 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Hikmet Cansın İŞÇİ**'nin Prof. Dr. Tarık TUNCAY danışmanlığında yürüttüğü “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Örneği” başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 25 Temmuz 2023 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sibel AKSU YILDIRIM
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 1A483074-9B02-4BA8-8C80-C0512E99C3A9

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiyc.gov.tr/hu-cbys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Musa KAYA

E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Memur

Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992

Telefon: 3051008

Keş: hacettepeuniversitesi@hs01.kep.tr



EK 5. BELGE VE VERİ PAYLAŞIM İZİNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-72300690-770-228354389
Konu : Tez Çalışması Hakkında
(Hikmet Cansın İŞÇİ P11592)

02.11.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 01.11.2023 tarihli ve E-72300690-000-228307657 sayılı dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçe tarafımızca değerlendirilmiş olup; "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sorunlar ve Çözüm Önerileri - Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Örneği" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere talep edilen verileri, hastanemiz Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi'nden temin etmeleri uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Gülşen DUMAN TALAS
Koordinatör Başhekim a.
Koordinatör Başhekim Yardımcısı

Dağıtım:
Sayın; Hikmet Cansın İŞÇİ (Sosyal Çalışmacı)
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Koordinatör Teknik
Hizmetler Müdürlüğü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: FDD54997-7483-475F-953D-6C00987E550C

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Üniversiteler Mahallesi 1604. Caddesi No: 9 Çankaya/ANKARA 06800
Telefon No: 03125526000
e-Posta: ankarasehir@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://ankarasehir.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ankarasehirhastanesi@hs03.kep.tr

Bilgi için: Ebru AKSOY
Sürekli İşçi

Telefon No:

