



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

POLİTİKA ANALİZİ ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA ŞİDDETİN NİTEL OLARAK İNCELENMESİ

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN

Doktora Tezi

Ankara, 2024

POLİTİKA ANALİZİ ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA ŞİDDETİN NİTEL
OLARAK İNCELENMESİ

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN tarafından hazırlanan “Politika Analizi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlıkta Şiddetin Nitel Olarak İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 24.05.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fikriye YILMAZ (Başkan)

Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK (Danışman)

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK (Üye)

Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN (Üye)

Doç. Dr. Gamze BAYIN DONAR (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

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⁾

24/05/2024

[İmza]

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN

¹“**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 özgün olduğunu, **Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN

TEŞEKKÜR

Yalnızca tez sürecinde değil doktora eğitimim boyunca beni her zaman sabırla dinleyen, bana yol gösteren ve inanan değerli danışmanım Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK’a teşekkürü bir borç bilirim. Biliyorum ki, varlığı ve desteği bu süreçte olduğu gibi akademik hayatımın diğer süreçlerinde de benimle birlikte olacak.

Lisans dönemimden bugüne dek tüm akademik süreçlerime yakından şahitlik eden, benim için anlamını ve değerini tarif etmenin imkânsız olduğu; ayrıca Tez İzleme Komitesi’nde yer alarak bu çalışmanın hayata geçirilmesinde de emeği büyük olan değerli hocam Prof. Dr. Fikriye YILMAZ’a çok teşekkür ederim.

Tez İzleme Komitesi’nde yer almayı kabul ederek görüş ve önerilerini büyük bir titizlikle sunan, çalışmanın şekillenmesine ve bu aşamaya gelmesine katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN’a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Tüm akademik yaşantımda olduğu gibi, çalışmanın hayata geçirilmesinde özellikle de katılımcılara ulaşmamda çok büyük katkısı olan değerli hocam Prof. Dr. Korkut ERSOY’a,

Akademik eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen çok değerli hocam Prof.Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI’na,

Eğitim hayatım boyunca beni dinleyen, bana yol gösteren ve öneriler sunan değerli hocam Doç. Dr. Çiğdem BASKICI’ya bu tez sürecindeki desteği için de,

Beni cesaretlendiren, her çıkmaza girdiğimde sabırla dinleyen ve öneriler sunan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sema DÖKME YAĞAR’a,

Bu süreçte bana sabreden, beni her daim dinleyen, fikirleriyle bu çalışmaya katkı sunan ve benim kendime inanmadığım zamanlarda bile bana inanan, bana güç veren oda arkadaşım Arş. Gör. Zelal ÖZYILDIZ’a,

Aynı dönemde tez yazdığım, birçok duyguyu birlikte paylaştığım ve bu çalışmanın her aşamasında katkısı olan değerli arkadaşım Arş. Gör. Beyza YILMAZ'a,

Zamanlarını ayırarak görüşmeyi kabul eden tüm katılımcılara çalışmaya verdikleri destekten dolayı çok teşekkür ederim.

Son teşekkürüm,

Varlığıyla her daim bana güç veren Emre'ye.



ÖZET

GÜNGÖR ÖZCAN, Deniz. *Politika Analizi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlıkta Şiddetin Nitel Olarak İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2024.

Sağlıkta şiddet hem dünyada hem Türkiye’de son yıllarda gerekli birçok önleyici politikalar belirlenmesine rağmen artmaya devam eden toplumsal problemdir. Bu çalışmayla Walt ve Gilson’un ‘politika analizi çerçevesi’nde Türkiye’de sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik mevcut politikaların analiz edilmesi, soruna dair makro, mezo, mikro düzeyde belirlenen paydaşların bu şiddetin nedenlerine ve çözümüne dair önleyici uygulamalar hakkındaki görüşlerinin ele alınmasına odaklanmaktadır.

Nitel araştırma yöntemi aracılığıyla tasarlanmış bu çalışmada öncelikle sağlıkta şiddete yönelik geliştirilen politikaları açıklamak amacıyla doküman analizi kullanılmıştır. Bu doğrultuda sağlıkta şiddetle ilgili oluşturulan kanun, genelge ve yönetmelikler, Walt ve Gilson’un ‘politika analizi çerçevesi’nde incelenmiştir. Sonrasındaysa sağlıkta şiddetin nedenleri, çözümleri ve önlenmesine yönelik politikaları değerlendirmek üzere yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla makro, mezo ve mikro düzeyde belirlenen 28 katılımcıyla derinlemesine mülakatlar yapılmıştır.

Çalışmanın ilk teması ‘şiddetin nedenleri’dir. Bu tema altında ‘kısıktırılmış talep’, ‘sevk zinciri’ ‘performans sistemi’, ‘eğitim düzeyi’, ‘medya’ ve ‘iletişim’ alt temaları belirlenmiştir. İkinci tema ‘politikaların değerlendirilmesi’dir. Bu başlıkta ‘uygulanabilirlik’, ‘sürdürülebilirlik’, ‘kapsam’ ve ‘aktörler’ alt temaları mevcuttur. Son temaysa “çözüm önerileri”dir. Bu temada ‘denetim’, ‘yaptırım’, ‘katılımda çoğulculuk’ ve ‘kök neden’ analizi alt temaları bulunmuştur.

Sağlıkta şiddetin nedenlerine ilişkin, makro düzeydeki katılımcılar eğitim düzeyini öne çıkarmaktayken, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılarsa kısıktırılmış talebin etkili olduğunu dile getirmişlerdir. Çözüm önerileri hususunda makro düzeydeki katılımcılar denetimin daha etkili olduğunu düşünmekteyken, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılara ilişkin anlamlı farklılık görülmemiştir. Şiddetin önlenmesi için şiddete neden olan temel etmenlerin ortaya çıkarılması amacıyla kök neden analizinin yapılması gerektiği,

tüm paydaşları kapsayıcı bir konum alınması, cezai yaptırımların artırılması, kamuoyuna yönelik kampanyaların artırılması ve sağlık yöneticileri ve çalışanlarına bu konudaki eğitimlerin verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışma kapsamında belirlenen hedeflere ulaşmada politikanın ne derece etkili olduğunu değerlendiren yeterli ve güçlü bir denetim mekanizmanın olmadığı da bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler

Sağlıkta Şiddet, Politika Analizi, Sağlık Çalışanları, İş Yerinde Şiddet, Çalışan Güvenliği



ABSTRACT

GÜNGÖR ÖZCAN, Deniz. *Qualitative Examination of Health Violence in Turkey within the Framework of Policy Analysis*, Doctoral Thesis, Ankara, 2024.

Violence in healthcare is a social problem that continues to increase despite many necessary preventive policies being determined in recent years both in the world and in Turkey. This study focuses on analyzing the current policies for the prevention of violence in healthcare in Turkey within the framework of Walt and Gilson's 'policy analysis', and addressing the views of stakeholders determined at the macro, meso and micro levels regarding the problem, about the causes of this violence and preventive practices for its solution.

In this study designed through qualitative research method, document analysis was used primarily to explain the policies developed for violence in healthcare. In this regard, the laws, circulars and regulations regarding violence in health were examined within the 'policy analysis framework' of Walt and Gilson. Afterwards, in-depth interviews were conducted with 28 participants determined at macro, meso and micro levels through a semi-structured interview form to evaluate the causes, solutions and prevention policies of violence in health. .

The first theme of the study is 'causes of violence'. The second theme is 'evaluation of policies'. In this heading, there are sub-themes 'applicability', 'sustainability', 'scope' and 'actors'. The last theme is "solution suggestions". In this theme, the sub-themes of 'audit', 'sanctions', 'pluralism in participation' and 'root cause' analysis were found.

Regarding the causes of violence in health, macro level participants emphasized the level of education, while meso and micro level participants stated that provoked demand was effective. It has been concluded that in order to prevent violence, root cause analysis should be carried out in order to reveal the main factors that cause violence, a position that is inclusive of all stakeholders should be taken, criminal sanctions should be increased, public campaigns should be increased and healthcare professionals should be trained on this subject.

Keywords

Violence in Health, Policy Analysis, Healthcare Workers, Workplace Violence, Employee Safety



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ	xvi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: ŞİDDET: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. ŞİDDETİ AÇIKLAYAN YAKLAŞIMLAR	9
1.1.1. Biyolojik Temelli Yaklaşım	9
1.1.2. İç GÜDÜ Temelli Yaklaşımlar	10
1.1.2.1. Etolojik Yaklaşım.....	10
1.1.2.2. Psikanalitik Yaklaşım.....	10
1.1.3. Sosyal Temelli Yaklaşımlar	11
1.1.3.1. Sosyal Öğrenme Kuramı	11
1.1.3.2. Sosyal Kontrol Teorisi	11
1.1.4. Psikolojik Temelli Yaklaşımlar.....	12
1.1.4.1. Kendine Zarar Verme Kuramı	12
1.1.4.2. Engellenme Kuramı	12
1.1.5. Psikososyal Temelli Yaklaşımlar	13
1.1.5.1. Problem Davranış Kuramı.....	13
1.1.5.2. Ekolojik Sistem Kuramı	14
1.2. İŞ YERİNDE ŞİDDET.....	15
1.2.1. İş Yerinde Şiddet Türleri.....	15
1.2.1.1. Kaynağına Göre Şiddet Türleri	16
1.2.1.2.1. Fiziksel Şiddet.....	17

1.2.1.2.2. Psikolojik Şiddet	18
1.2.2. Sağlıkta/Sağlık İş Yerinde Şiddet	20
1.2.3. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri.....	21
1.2.4. Dünyada Sağlıkta Şiddetin Yaygınlığı.....	22
1.2.5. Türkiye’de Sağlıkta Şiddetin Yaygınlığı	26
1.2.6. Dünyada Sağlıkta Şiddeti Önlemeye Yönelik Uygulamalar.....	28
1.2.6.1. İngiltere	29
1.2.6.2. Amerika Birleşik Devletleri	31
1.2.6.3. Belçika ve Fransa	32
2. BÖLÜM: SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMSAL ÇERÇEVE	34
2.1. POLİTİKA BELİRLEME SÜRECİ	36
2.1.1. Gündem Belirleme	36
2.1.2. Politika Oluşturma	37
2.1.3. Politikaların Uygulanması.....	37
2.1.4. Politikaların Değerlendirilmesi	38
2.2. POLİTİKA ANALİZİ.....	39
2.3. SAĞLIK POLİTİKASI	41
2.3.1. Sağlık Politikası Belirleme Süreci	44
2.3.2. Sağlık Politikası Analizi.....	46
2.3.3. Sağlık Politikası Analizi Yöntemleri	47
2.3.3.1. Politika Analizinde Sekizli Yol.....	47
2.3.3.2. Politika Haritalama Yöntemi.....	49
2.3.3.3. Kingdon’un Çoklu Akım Modeli	50
2.3.3.4. Walt ve Gilson’un Politika Analizi Çerçevesi	51
3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	53
3.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ	53
3.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ	54
3.3. ÇALIŞMANIN DESENİ.....	56
3.4. ÇALIŞMANIN KATILIMCILARI.....	59
3.5. ÇALIŞMANIN VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ, SÜRECİ VE ANALİZİ.....	61
3.6. ÇALIŞMADA GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK KONUSU	65
3.7. ÇALIŞMANIN ETİK İZNİ.....	67

3.8. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI.....	68
3.9. ÇALIŞMANIN VARSAYIMLARI.....	68
4. BÖLÜM: BULGULAR.....	70
4.1. SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK POLİTİKA ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	70
4.1.1. Ortam Boyutu.....	70
4.1.2. İçerik Boyutu.....	84
4.1.3. Süreç Boyutu.....	89
4.1.4. Aktörler Boyutu	91
4.2. KATILIMCI GÖRÜŞLERİNE AİT BULGULAR.....	96
4.2.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler	98
4.2.2. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri.....	99
4.2.2.1. Kısırlanmış Talep.....	102
4.2.2.2. Performans Sistemi	104
4.2.2.3. Sevk Zinciri.....	106
4.2.2.4. Eğitim Düzeyi	108
4.2.2.5. Medya.....	110
4.2.2.6. İletişim.....	111
4.2.3. Politikaların Değerlendirilmesi	113
4.2.3.1. Politikaların Kapsamı.....	115
4.2.3.2. Politikaların Uygulanması.....	117
4.2.3.3. Politikaların Sürdürülebilirliği	119
4.2.3.4. Önleyici Politikaların Aktörleri.....	121
4.2.4. Sağlıkta Şiddeti Önlemeye Yönelik Çözüm Önerileri	123
4.2.4.1. Yaptırım	126
4.2.4.2. Denetim	127
4.2.4.3. Katılımda Çoğulculuk	129
4.2.4.4. Kök Neden Analizi.....	130
5.BÖLÜM: TARTIŞMA.....	132
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	146
KAYNAKÇA	154
EK 1. GÖRÜŞME FORMU	188

EK-2 GÖNÜLLÜ KATILIM VE BİLGİLENDİRME FORMU	189
EK-3 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZNİ	191
EK- 4 ORJİNALLİK RAPORU	192



KISALTMALAR DİZİNİ

AKP	: Adalet ve Kalkınma Partisi
DB	: Dünya Bankası
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
IMF	: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)
NIOSH	: The National Institute for Occupational Safety and Health (Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü)
OECD	: Organization for Economic Co-operation Development (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)
OSHA	: Occupational Safety and Health Administration (İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi)
RTÜK	: Radyo ve Televizyon Üst Kurumu
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SES	: Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİG	: Teşhisle İlişkili Gruplar
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği

TÜSEB : Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSPE : Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlıkta Şiddete Yönelik Politika Belirleme Süreci	46
Tablo 2. Katılımcı Bilgileri	61
Tablo 3. Çalışmanın Metodolojisi	65
Tablo 4. Walt ve Gilson'un Politika Analizi Yaklaşımı ile Sağlık Şiddetin Değerlendirilmesi	94
Tablo 5. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler	99



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İşyerinde Şiddet Türleri	17
Şekil 2. Politika Belirleme Süreci.....	36
Şekil 3. Gelişmiş Bir Toplumda Sağlık Politikası Bağlamı	43
Şekil 4. Politika Analizi Çerçevesi	52
Şekil 5. Sağlıkta Şiddete Yönelik Politika Analizi Çerçevesi	93
Şekil 6. Oluşturulan Temalara İlişkin Hiyerarşik Kod Alt Modeli.....	97
Şekil 7. Kelime Bulutu	98
Şekil 8. Şiddetin Nedenleri Temasına Dair Kod Birlikte Oluşum Modeli.....	100
Şekil 9. Şiddetin Nedenleri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Makro Düzey).....	101
Şekil 10. Şiddetin Nedenleri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Mezo ve Mikro Düzey)	102
Şekil 11. Politikaların Değerlendirilmesi Temasına Dair Kod Birlikte Oluşum Modeli.....	114
Şekil 12. Sağlık Şiddeti Önlemeye Yönelik Çözüm Önerilerine Dair Kod Birlikte Oluşum Modeli	124
Şekil 13. Çözüm Önerileri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Makro Düzey).....	125
Şekil 14. Çözüm Önerileri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Mezo ve Mikro Düzey)	125

GİRİŞ

Bireysel ve toplumsal bir olgu olarak insanlık tarihi boyunca var olan şiddet kavramını tanımlamak oldukça güçtür. Şiddet denince akla ilk gelenin fiziksel güç olduğu söylenebilir. Nitekim, TDK'nin tanımında şiddet, “bir hareketin, bir gücün derecesi, sertlik ve karşıt görüşte olan kimselere karşı kaba kuvvet uygulama” şeklinde ifade edilmektedir. Buna ek, World Health Organization (WHO) (1996) tanımında ise “bir kişinin yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya sosyal açıdan mahrum kalma ile sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan fiziksel kuvvet veya gücü, tehdit şeklinde veya fiilen kendisine, başka birine veya bir grup ya da topluluğa karşı kasıtlı olarak kullanması” şeklinde ifade edilmektedir.

Gelinen noktada Keleş ve Ünsal'ın (1996) belirttiği gibi şiddetin toplumsal yaşamın her alanında -mahallelerden okullara, hastanelere, iş yerlerine kadar pek çok alanda- mevcut olduğu ve medyada da güncelliğini koruduğu hatta küresel çapta bir boyut kazandığı açıkça söylenebilir. Yukarıda da değinildiği gibi şiddet yalnızca fiziksel bir güç şeklinde tanımlanmamakta ve bu bağlamda kavramın fiziksel şiddet dışında farklı türleri bulunmaktadır. Bunlardan biri olan sözel şiddet bireyin kişiliğine yönelik sözlü olarak zarar vermeyi amaçlayan şiddet türüdür (Altıntaş, 2006). Öyle ki bir kişiye yapılan hakaret ve tehdit içerikli sözler, aşağılayıcı ve alay edici ifadeler sözel şiddet içerisinde düşünülmelidir (Polat, 2001). Bir diğer şiddet türü olarak psikolojik şiddet, kişi veya gruba yönelik ruhsal, zihinsel, fiziksel, ahlaki veya sosyal anlamda zarar vermek için kasıtlı bir güç kullanımını içermektedir (Di Martino, 2002). Bu şiddet türünde söz ve hareketler; cezalandırma, sindirme ve korkutma amaçlı kullanılmaktadır (Polat, 2016). Bireye cinsel içerikli fiziksel, sözel ya da psikolojik davranışta bulunma ya da imada bulunma ise cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Kılıç, 2019). Ekonomik şiddet ise maddi kaynakların kişilere yönelik bir tehdit, yaptırım veya kontrol aracı olarak kullanılması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Milet, 2016). Bilgi teknolojisindeki gelişmelerle birlikte literatürde yerini alan bir diğer şiddet türü de sanal şiddettir. Bu şiddet türüne göre teknolojik araçlarla bireye, sanal ortamda zarar verme amaçlanmaktadır (Barındık, 2021). Toplumsal yaşamın her alanında görülen şiddet, sağlık kurumlarında da meydana gelmektedir. Saines (1999) sağlıkta şiddeti, “sağlık

çalışanının işini yaptığı sırada ya da işini yaptığı mekânda hasta, hasta yakınları ya da herhangi bir bireyden gelen sözel tehdit, fiziksel ve cinsel saldırı” şeklinde tanımlamaktadır. Bir diğer tanıma göre sağlıkta şiddet (*health violence*); sağlık çalışanının çalıştığı ortamda hasta ya da toplum tarafından sözlü taciz, tehditkar davranış ya da fiziksel saldırıya maruz kalma durumu olarak ifade edilmektedir (Bloom, 2019).

Tüm bu ifadelerden hareketle sağlıkta şiddet olgusu, küresel bir sorun olarak tanımlanabilir. Nitekim, Liu ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının %62’si iş yerinde en az bir kez şiddeti deneyimlediği, sağlık çalışanlarının %58’inin fiziksel olmayan şiddetin en yaygın hali olan sözel şiddete ve %12’sinin ise cinsel tacize maruz kaldığı belirtilmiştir. Di Martino’nun (2002) çalışmasına göre son bir yıl içinde sağlık çalışanlarının duygusal ya da fiziksel şiddet yaşadığı ifade edilmektedir. Raporda sağlık çalışanlarının Avustralya’da %67,2, Güney Afrika’da %60, Brezilya’da %46,7 oranında şiddete uğradıklarına değinilmiştir. Chakraborty ve arkadaşlarının (2022) sistematik derleme çalışması ile Sahebi ve arkadaşların (2022) meta analiz çalışması, sorunun yalnızca düşük ve orta gelirli ülkelerde değil, yüksek gelirli ülkelerde de var olduğunu göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Nitekim U.S. Bureau of Labour Statistics (USBLS) (ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu) (2020), 2011- 2018 yılları arasında sağlık çalışanlarına yönelik iş yeri şiddet oranını incelemiş ve yıllar içinde şiddet oranındaki artışı ortaya koymuştur. Çalışmaya göre, 2011 yılında her 10.000 çalışandan 6,4’ü şiddete maruz kalırken, 2018’de bu oran 10,4’e yükselmiştir.

Türkiye’de Pınar ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada, sağlık çalışanlarının %44,7’si son bir yıl içinde şiddete uğradığı, şiddet türlerine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %43,2’si sözel şiddete, %6,8’i fiziksel şiddete, %1’inin de cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Öyle ki, Sağlık-Sen’in 2021 yılı “Sağlıkta Şiddet Raporu”na göre, bir yıl içinde 190 şiddet olayının meydana geldiği, 316 sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. 190 şiddet olayının 146’sının acil servislerde, 13’ünün aile sağlığı merkezlerinde, 31’inin ise saha çalışmalarında (112 sağlık çalışanları) meydana geldiği görülmektedir.¹ Diğer taraftan Türk Tabipleri Birliği’nin Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu’nun 2019 yılında hazırladığı “Şiddetle Başa Çıkmak”² isimli

¹ Bkz. <https://www.sagliksen.org.tr/haber/10831/genel-baskan-durmus190-siddet-olayinda-316-saglik-calisani-magdur- oldu>.

² Bkz. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetlebasacakmak4.pdf>.

raporunda 2012- 2017 (veri 30 Nisan 2017'ye kadardır) yılları arasında Beyaz Kod³ sistemine başvurular incelenmiştir. Rapora göre, 2012 yılında Beyaz Kod'a toplam başvuru 5.079 iken, 2016 yılında bu sayı 11.939'a yükselmiş ve 2017 yılının ilk çeyreğinde bu sayının 2.753 olduğu ifade edilmiştir. Sağlık Sen'in 2022 yılında hazırlamış olduğu "Sağlıkta Şiddet Raporu"⁴una göre bir yıl içerisinde 249 şiddet olayı meydana gelmiştir. Rapordan hareketle bir önceki yıla göre şiddet, %76'lık bir artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2023 Yılı Kurumsal Mali Durum ve Beklentiler Raporu'nda⁵ ise, 2023 yılının ilk altı aylık döneminde Beyaz Kod'a toplam 9.035 başvurunun yapıldığı belirtilmiştir. Tüm bu istatistiklerden yola çıkarak sağlıkta şiddetin halen ciddi bir sorun olduğu söylenebilir.

Hem dünyada hem de Türkiye'de sağlıkta şiddet, yapılan pek çok düzenlemeye rağmen güncelliğini koruyan bir sorundur. "Peki bunca politika ve düzenlemeye rağmen sorun neden hala her geçen gün katlanarak devam etmektedir?" "Mevcut politikaların sorunun çözümündeki etkisi nedir?" "Sorunun çözümüne yönelik ne tür politika(lar) oluşturulmalıdır ve nasıl bir yol izlenmelidir?" tüm bu sorulara yanıt aramak üzere Türkiye'de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik geliştirilen yasa, mevzuat ve düzenlemelerin değerlendirilmesi amacıyla bu çalışmada öncelikle Walt ve Gilson'un 'politika analizi çerçevesi' (*policy analysis framework*) kullanılmıştır. Literatüre göre bu analiz, soruna yönelik politikaların hazırlanması ve uygulanması noktasında kavramsal bir çerçeve sunmaktadır (Saltman ve Figueras, 1998; Buse ve ark., 2012). Bu analizde dört temel unsur söz konusudur. Bu unsurlardan ilki mevcut politikaların oluşturulduğu ve uygulandığı durumsal, yapısal, kültürel, politik ve ekonomik olarak ifade edilecek ortam faktörleridir. İkinci unsur, politikaların neyi ifade ettiğine dair içerik faktörleridir. Üçüncü unsur, politikaların formülasyonu, uygulanması ve değerlendirilmesini zamanlama, aşamalama ve uygulama stratejileri bağlamında ele alan süreç faktörleridir. Son unsur ise politika içeriğini, ortamını, sürecini etkileme ve tüm bunlardan etkilenme özelliğine sahip aktörleri ifade etmektedir (Walt ve Gilson, 1994).

³ Hastanelerde sağlıkta şiddeti önlemeye ve çalışanların güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan bir alarm uygulamasıdır.

⁴ bkz <https://www.saglikksen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu>

⁵ bkz. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/46128/0/saglik-bakanligi-2023-yili-kurumsal-mali-durum-ve-beklentiler-raporu.pdf>

Walt ve Gilson'un analizinin çalışmaya yerleştirilmesinin ardından, bu analize bağlı olarak sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik politikaların alana nasıl tecessüm ettiğinin ortaya konulması adına makro boyutta politika yapıcılar, mezo düzeyde sivil toplum örgütleri, mikro düzeyde ise sağlık çalışanlarını kapsayan katılımcılarla derinlemesine mülakat yoluyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler aracılığıyla hem politikaların sahadaki uygulanabilirliğine hem de gelecek için eksikliklerinin ortaya konulup bunların giderilmesine ışık tutulması hedeflenmiştir.

Çalışmanın birinci bölümünü oluşturan kuramsal çerçevenin ilk kısmında; şiddet olgusunun tanımlanması, kavrama ilişkin geliştirilen kuramsal yaklaşımlar, işyerinde şiddet (*workplace violence*) ve onun önemli bir türü sağlıkta şiddetin nedenlerine, dünyada ve Türkiye'deki yaygınlığına ve buralardaki önleyici politikalara yer verilmiştir. İkinci kısımda ise sağlık politikası kavramsal çerçevesi altında politika, kamu politikası, politika belirleme süreci, politika analizi, sağlık politikası ve sağlık politikası analizlerine ve yöntemlerine dair tartışmalar sunulmuştur.

Çalışmanın gereç ve yöntem bölümünde çalışmanın amacı ve önemi, çalışmasının metodolojisi, deseni, katılımcı bilgisi, veri toplama süreci, tekniği ve analizi, geçerlilik ve güvenilirliği konusu, etik izin ve sınırlılıklar hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmanın bulgular kısmında ise öncelikle Walt ve Gilson'un 'politika analizi çerçevesi'nden hareketle serimlenen ortam, içerik, süreç, aktör unsurlarına dayanarak sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik politikalar analiz edilmiştir. İkinci kısımda ise bu analizden hareketle derinlemesine mülakat yoluyla katılımcılarla gerçekleştirilen çözümlemelerden ortaya konulan bulgulara yer verilmiştir.

Çalışmanın tartışma bölümünde, elde edilen bulgular, ulusal ve uluslararası ilgili literatür etrafında karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirilerek ayrıntılandırılmıştır. Böylelikle çalışmanın literatür içerisindeki farklı ve benzer yanları ortaya konulmuştur.

Çalışmanın sonuç bölümünde, çalışmadan elde edilen sonuçlar net ve açık bir şekilde ifade edilmiştir. Böylelikle Türkiye'nin sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik politikaların avantajlarına, eksikliklerine, geliştirilmesi gereken yanlarına ve gelecek öngörülerine odaklanılmıştır. Son olarak öneri bölümünde çalışmanın sonuçlarından hareketle mikro

(sağlık çalışanları), mezo (sivil toplum örgütleri) ve makro düzeyde (politika yapıcılar) öneriler sunulurak, sorunun çözümüne ilişkin yol haritaları aktarılmıştır.



1. BÖLÜM

ŞİDDET: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Küresel düzeyde varlığını sürdüren şiddeti konuşmak ve yazmak günümüzde bir zorunluluk haline gelmiştir. Toplumsal yaşamın hemen hemen her alanında görülen şiddet, özellikle insan etkileşiminin yüksek olduğu ortamlarda farklı yoğunluk ve türlerde etkisini göstermektedir (Dursun, 2011). Şiddet ve şiddetin yarattığı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılabilmesi için şiddetin derinliğinin kavranması ve anlamlandırılması büyük önem taşımaktadır.

Şiddetin antropoloji, felsefe, sosyoloji, siyaset bilimi, psikoloji ve hukuk gibi pek çok farklı disiplin tarafından farklı şekillerde ele alınmasının temelinde çok boyutlu ve karmaşık yapısının anlaşılabilmesi yönündeki çaba yatmaktadır. Nitekim Richers (1989), şiddetin kültürel ortamlar dizisi üzerinden ve çeşitli sosyal durumlar içinde incelenmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Çünkü şiddet bütün toplumlarda açık veya örtülü bir biçimde var olmakta, şiddeti doğuran tek bir süreç olmadığı gibi toplumlar ve kültürler arasında da şiddet algısının farklılaştığı görülmektedir (Richers, 1989; Kocacık ve Çağlayandereli, 2009). Şenol ve Yıldız (2013) da bir toplumda hangi eylemlerin şiddet olarak algılanacağını o toplumun sosyal ve kültürel yapısına bağlı olarak değişebileceğini ifade etmektedir. Richers (1989), şiddetle ilgili farklılıkların yanı sıra kimi genellemelerin de yapılabileceğini belirtmektedir. Bu genellemeler şu şekilde özetlenebilir:

- Şiddetin kapsamı ve devinimselliği her ne kadar tüm kültür ve toplumları kapsayacak tek ve geçerli bir şiddet tanımının yapılmasını zorlaştırsa da şiddetin dinamiğine ilişkin birtakım genellemelerin yapılabileceğini düşündürmektedir.
- İnsan etkileşiminin olduğu her ortamda ister kuvvet kullanımı ister iktidar kurma isteği ister hakların ihlali, isterse olumsuzlama şeklinde olsun şiddetin farklı görünüm ve yoğunlukta varlığından söz etmek mümkündür.
- Şiddet algısı ve tanımlamasının kültürel göreceliği vardır. Herhangi bir toplumda şiddet olarak adlandırılan ve gayri meşruluğu kabul edilen bir edim, farklı bir kültürde kutsanan toplumsal değerlerin ve geleneklerin göstergesi olabilir.

- Şiddet fiziksel olduğu kadar duygusaldır. Şiddetin yöneldiği ilk alan beden olmakla birlikte psikolojik, sosyal ve ekonomik türlerinin de olduğu ifade edilebilir. Bu noktada şiddet açık ve görünür olabildiği gibi gizli ve örtük de olabilmektedir.
- Şiddet hem pratik hem de sembolik araçlar doğrultusunda kullanılmaktadır. Hem karşıdakini değiştirme aracı olarak hem de kendini ifade etmenin, varlığını duyurmanın, benimsetmenin, gücün ve kontrolün sağlanmasının bir aracı olarak kullanılmaktadır.
- Şiddet döngüseldir, yani şiddet, şiddeti doğurmaktadır. Bu genelleme, şiddete tanık olan ve maruz kalanın da sorunu çözme ya da ilişki kurma biçimi olarak şiddeti seçmesi ve içselleştirmesini açıklamaktadır.

Şiddetin kökeninin Latince *violentia* anlamına gelen “*sert ya da acımasız kişilik, güç*” kelimesine dayandığı söylenebilir. Bu sözcüğün fiil çekimi olan *violare*; “*şiddet kullanarak davranmak*” ifadesine denk düşmektedir⁶ Türkçe sözlükte şiddetin, “a) bir hareketin, bir gücün derecesi; yeğlilik, b) bir hareketten doğan güç c) karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet uygulama d) kaba güç e) sertlik” gibi anlamları mevcuttur (Türk Dil Kurumu, 2023). Graham ve Gurr’a (1969) göre şiddet, “*insanı yaralamaya ve mala zarar vermeye yönelik herhangi bir eylem*” şeklinde tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre, “*biri üzerinde acı ve bedensel yara oluşturmak amacıyla yapılan eylem*” şeklinde ifade edilmektedir (Gelles ve Strauss, 1979). Yetim (2000) ise şiddeti, “*özel olarak saldırgan davranışları, kaba kuvveti, beden gücünün kötüye kullanılmasını, yakan, yıkan, yok eden eylemleri, taşlı, sopalı, silahlı, bıçaklı saldırıları ferde ve topluma zarar verme eylemleri*” şeklinde açıklamaktadır.

Tüm bu tanımlar, şiddet denildiğinde -dar anlamıyla- bir başkasına ve(ya)/ ya da bir şeye uygulanan *fiziksel gücü* temsil etmektedir. Nitekim, WHO (1996) “*fiziksel güç ya da kuvvetin amaçlı bir şekilde kendine, başkasına, bir gruba ya da topluluğa karşı fiziksel zararlar sonuçlanma ihtimalini artırmasına, psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına ya da yoksunluğa neden olacak şekilde tehdit edici bir biçimde doğrudan kullanılması*” şeklindeki şiddet tanımı da fiziksel gücü vurgular niteliktedir.

⁶ Bkz. https://www.academia.edu/37664584/Latince_T%C3%BCrk%C3%A7e_S%C3%B6zl%C3%BCk_PDF

Cinoğlu'nun (2015) tanımına göre şiddet, bireyin güç kullanarak başka bir bireye veya gruba zarar vermesini içermektedir. Söz konusu zarar, fiziksel olabileceği gibi psikolojik de olabilmektedir. Bu tanıma ek Süneci ve arkadaşları (2016), şiddetin yalnızca fiziksel açıdan değil, zihinsel ve psikolojik bağlamda da bireye zarar verebileceğini ifade etmektedir. Özerkmen ise (2012) şiddetin bireyin yalnızca bir başkasına uyguladığı fiziksel ve ruhsal edimleri içermediği, aynı zamanda bireyin bu edimleri kendisine de yöneltebileceği üzerine durmaktadır. Şiddeti, maruz kalan bireyler üzerinden tanımlayan Keane'e (1998) göre ise şiddet, fiziksel güce maruz kalan bireyin bu güçten rahatsız olması, bu güç yoluyla alıkonulması, sertçe müdahaleye uğraması, dokunulmazlığının bozulması, onurunun kırılması ve aşağılanması şeklinde açıklanmaktadır. Şiddete dair bu tanımlamalar şiddetin yalnızca fiziksel olarak ortaya çıkmadığını ve bireyin bir başkasına yönelttiği şiddeti kendisine de yöneltebileceğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Yine de şiddetin diğer boyutlarını da içeren daha genel ve kapsayıcı bir tanıma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda, Michaud'un (1991), "bir karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan biri ya da birkaçı doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak diğerlerinin bedensel veya törel (ahlaki/moral/manevi) bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel, sembolik ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranması" tanımı öne çıkmaktadır. Bu tanıma ek, 08/03/2012 tarihli 28239 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'da şiddet, *"kişinin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı içermektedir"* sözleriyle betimlenmektedir.

Yukarıdaki tanımlardan hareketle şiddet için denebilir ki, bireyin kendisine yönelik olabileceği gibi bir başkası tarafından da bir birey ya da gruba kısa veya uzun süreli fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik ve kültürel açıdan zarar vermeyi içeren her türlü edimdir.

1.1. ŞİDDETİ AÇIKLAYAN YAKLAŞIMLAR

Alan yazında saldırganlık ve şiddetin sıklıkla birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Her ne kadar iki kavram arasında benzerlik söz konusu olsa da temelde şiddet, *saldırganlığın eyleme dökülmüş hali* olarak ifade edilmektedir. Saldırganlık ise bireyin psikolojik ve ruhsal durumuna yönelik bireyi kıran, engelleyen ve örseleyen davranışları içermektedir (Karakulak, 2018). Saldırganlık ve saldırganlık sonucu ortaya çıkan şiddeti açıklayan pek çok yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar aşağıda ayrıntılı bir biçimde ele alınmaktadır.

1.1.1. Biyolojik Temelli Yaklaşım

Genetik faktörler yoluyla oluşan ve yaşam boyu devam eden biyolojik bir yapı olarak tanımlanan mizaç, psikososyal çevrenin de etkisiyle bireyin davranışlarını şekillendirebilmektedir. Zor mizaca sahip çocukların daha fazla antisosyal davranış sergiledikleri ve madde kullandıkları gözlenmektedir. Ayrıca bu tür yapıya sahip çocukların kontrol becerilerinin zayıf ve daha fazla dürtüsel davranış sergilemeye yatkın oldukları ifade edilmektedir (Kaminer ve Bukstein, 2008).

Vücuttaki dopamin ve serotonin seviyeleri bireylerin saldırgan davranış göstermesinde, depresyona girme ya da intihar düşüncesinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Dopamin ve serotonin seviyesi düşük olan bireylerin bu davranışları sergileme olasılığı da artmaktadır. Bu hormonların yanı sıra testosteron seviyesi yüksek, kortizol seviyeleri düşük olan bireylerin daha fazla antisosyal davranış içinde bulunduğu da belirtilmektedir (Collins ve Sprinthall, 1995).

Biyolojik yaklaşımlar içinde son olarak, limbik sistemde bulunan amigdalanın da saldırganlıkla ilişkisi olduğu ifade edilmektedir. Amigdalanın normalden fazla çalışması ve aşırı uyarılması tetikte olmayı ve saldırgan davranışlar içinde bulunmayı artırmaktadır (Kaminer ve Bukstein, 2008).

1.1.2. İç Güdü Temelli Yaklaşımlar

İç güdü temelli yaklaşımlar bireyin saldırganlık ve şiddet davranışını doğuştan gelen bazı eğilimlere dayalı açıklamaktadır. Bu yaklaşımlarda dışsal uyaranlar ve çevresel faktörler devre dışı kalmaktadır. Aşağıda iç güdü temelli yaklaşımlar ayrıntılandırılmaktadır.

1.1.2.1. Etolojik Yaklaşım

Etolojik yaklaşım, bireylerdeki saldırganlık davranışlarını evrimsel bağlamda ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre bireyler ve doğadaki tüm canlılar ortak bir saldırganlık eğilimini paylaşmaktadır. Söz konusu bu saldırganlık eğilimi içgüdüsel bir gereksinim olup canlıların hayatta kalmaları, üremeleri, beslenmeleri ve bölgelerini korumaları için gereklidir. Darwin, hayvanlarda görülen aynı tre yönelik saldırganlığın aslında daha güçlü olanın hayatta kalmasını sağladığını ve böylece daha güçlü kromozomların bir sonraki nesle aktarıldığını açıklamaktadır (Başegmez ve zerk, 2021). Lorenz (1996) de insanlarda da benzer motivasyona dayalı içgüdüsel saldırganlık davranışlarının olduğunu ifade etmiştir.

Etolojik yaklaşıma göre, insanlar da doğadaki diğer canlılar gibi kendi bölgelerini oluşturma, bölgelerini savunma, hayatta kalma ve üreme gereksinimi duymaktadır. Egemenlik hiyerarşisi içerisinde sosyal normlar ve iş bölümü sonucunda iç güdüsel saldırganlık eğilimi her ne kadar bastırılıyorsa da varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Bu yaklaşım saldırganlığın dış etkenlerden bağımsız olarak saldırganlığın bireyde doğuştan, yani içgüdüsel olarak var olduğunu iddia etmektedir (Krk, 2020).

1.1.2.2. Psikanalitik Yaklaşım

Freud'un 20.yy'da geliştirdiği bu kuram, "bireyin ancak saldırıya uğradığında kendini koruyan, sevgi arayan uysal ve sokulgan bir varlık olmadığı, saldırganlığını, onun içgüdüsel yani doğasının bir parçası olarak görmek gerektiğini" ifade etmektedir (Freud, 1997). Freud, yıkıcı saldırganlığı ego içgüdüleri ile açıklamaktadır. Ona göre birey, kendisini korumak ve muhafaza etmek durumundadır. Bu noktada bireyin bütünlüğüne yönelik bir tehdit söz konusu olduğunda birey tepkisel olarak savunmaya geçmekte, yani

saldırıda bulunmaktadır (Efilti, 2016). Bu yaklaşıma toplumsallaşma doğrultusunda bir bakış açısı sunan Adler ise saldırganlık ve şiddetin temelinde “sosyal/toplumsal ilgi” unsurunun yer aldığını ifade etmektedir. Söz konusu bu unsur bireylerde yeteri kadar karşılanmadığında saldırganlık ve şiddetin meydana geldiğini belirtmektedir. Bir başka ifadeyle birey, sosyal veya toplumsal ortamda yerine getirilmeyen davranışlar sonucunda şiddete yönelebilmektedir (Gündoğdu, 2016).

1.1.3. Sosyal Temelli Yaklaşımlar

Sosyal temelli yaklaşımların temelinde bireylerin toplum tarafından onaylanma ve kabul görme istenci yer almaktadır. Bu yaklaşımlardan ‘sosyal öğrenme’ ve ‘sosyal kontrol’ teorisi hakkında aşağıda ayrıntılı bilgi verilmektedir.

1.1.3.1. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramı, Bandura (2011) tarafından geliştirilmiştir. Kuramın temelinde çocuklarda gözlenen antisosyal davranışların nedenleri açıklanmaya çalışılmaktadır. Çocuklar, çevrelerindeki ebeveyn, akraba ve arkadaş vb. kişileri izleme, öğrenme ve taklit etme yoluyla rol model alma eğilimindedir. Bu kişilerin sergiledikleri davranışlar, saldırganlık ve şiddet eğilimi içeriyorsa ancak kişiler bu eylemleri sonucu herhangi bir ceza almıyorsa çocuğun da bu kişiye benzer davranışta bulunma olasılığı oldukça yüksektir (Dökmen, 2009). Bu noktada Gözümlü ve Bağ (1998) çocuğun, akran grubu içerisinde kabul görmek, bir başka ifadeyle sosyal çevresinden onay almak amacıyla olumsuz davranışlarda -alkol, madde kullanımı, şiddet gibi- bulunabileceğini açıklamaktadır.

1.1.3.2. Sosyal Kontrol Teorisi

Sosyal kontrol teorisi, toplumla güçlü bağlar kuran bireyin olumsuz davranışlar sergilemek yerine bu güçlü bağla sosyal kontrolünü artırabileceğini savunmaktadır. Teori, daha çok toplumsal yapıya uygun davranışlar üzerinde odaklanmakta ve bu yapıya uygun davranışlar sergilemenin dört unsuruna değinmektedir (Hirschi ve Stark, 1969). Bu unsurlar bireyin toplumla daha güçlü bağlar geliştirmesine katkı sağlamakta ve aynı

zamanda bireyin olumsuz davranışlar sergilemesine de engel olmaktadır. Hirschi ve Stark'a (1969) göre bu unsurlardan ilki *bağlanmadır*. Bireyin toplumsal yapıya bağlanması için içinde bulunduğu toplumsal yapıya ait değerleri bilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Bu doğrultuda, bireyin içinde bulunduğu toplumda yer alan özellikle ebeveyn, kardeş ve akrabalar bu değerleri bireye aktarmada büyük rol oynamaktadır. Bir diğer unsur, *sorumluluk yüklenmedir*. Bu unsura göre birey içinde bulunduğu sosyal yapının farkında olarak hareket etmeli ve bu yapı içerisinde yer alan diğer kişilerden değer görebilmek için bu yapıyı bozacak her türlü davranıştan uzak durmalıdır. Üçüncü unsur *katılımdır*. Bu unsur içerisinde bireyin gelişimine katkı sağlayacak her türlü faaliyet yer almaktadır. Özellikle bireyin katılımını artırmaya yönelik kişisel gelişim kursları, spor aktiviteleri bu faaliyetlere örnek gösterilebilir. Son unsur ise *inançtır*. Toplumsal yapı içerisinde yer alan kültürel norm ve değerlerin bireylerin yaşamında ne derece gerekli olduğunun sorgulanmasıyla ilgilidir.

1.1.4. Psikolojik Temelli Yaklaşımlar

Bu yaklaşımlardaki temel varsayım, benlik algısındaki değişime ve genel stres düzeyine bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz duygularla baş etmek amacıyla bireyin şiddete başvurduğu hipotezine yaslanmaktadır.

1.1.4.1. Kendine Zarar Verme Kuramı

Kendine zarar verme kuramı, Kaplan ve arkadaşları (1984) tarafından ortaya atılmıştır. Bu kurama göre birey rol model olarak gördüğü, kendisini yakın hissettiği kişiler tarafından devamlı olumsuz değerlendirmelere maruz kalması halinde benlik algısında değişim meydana gelebilmekte ve bireysel yeterliliğine olan inancının zayıflamasıyla kendine zarar verecek davranışlarda bulunabilmektedir. Madde kullanımı, şiddete başvurma vb. bu davranışlara örnek gösterilebilir.

1.1.4.2. Engellenme Kuramı

Saldırganlık eğiliminin deneysel olarak açıklanmasında önemli bir yer tutan engellenme yaklaşımı, Dollard ve arkadaşları (1939) tarafından geliştirilmiştir. Bu kuram, Frued'un

Psikanalitik Kuramını ele almakla birlikte, saldırganlık eğiliminin doğuştan gelen bir iç gücü olmadığını, bunun yerine bireyin çeşitli ihtiyaçlarının karşılanmaması ve engellenmesi sonucu bir tepkisellik olarak ortaya çıkan bir eğilim olduğunu ileri sürmektedir.

Engellenme ne kadar çok olursa saldırganlığın da o denli artacağını ifade eden bu kuramda engellenmenin her zaman dışsal faktörlerden kaynaklı olmadığı, aynı zamanda içsel faktörlerin de etkili olabileceği vurgulanmaktadır. Bu kurama yönelik önemli eleştirilerden biri, her engellenmenin bir saldırganlığa neden olamayacağıyla ilgilidir. Her ne kadar engellenme söz konusu olsa da saldırganlığın ortaya çıkmasında bireyin kişiliği, deneyimleri ve beklentileri de belirleyici olmaktadır (Arıcak, 1995).

1.1.5. Psikososyal Temelli Yaklaşımlar

Bu yaklaşımlar davranışların bireysel, çevresel ve davranışsal faktörler yoluyla ortaya çıktığını iddia etmekte ve şiddet olgusunu da bu bakış açısıyla açıklamaya çalışmaktadır.

1.1.5.1. Problem Davranış Kuramı

Problem davranış kuramı, saldırganlık ve şiddet davranışların ortaya çıkma nedenlerini açıklamaya çalışmak üzere Jessor ve Jessor (1977) tarafından geliştirilmiştir. Kuram davranışların ortaya çıkışını üç temel psikososyal sistemle açıklamaktadır. İlk sistem, *kişiliktir*. Bu sistemin güdüleyici yapı, inanç yapısı ve kişisel kontrol yapısı unsurları bulunmaktadır. Güdüleyici yapı, bireyin geleceğe yönelik amaçları gerçekleştirme noktasında sahip olduğu güdülenmeyi ifade etmektedir. Kişisel inanç yapısı, sosyal eleştiri ve yabancılaşıma olmak üzere iki faktör üzerinden açıklanmaktadır. Sosyal eleştiri faktörü, bireyin toplum tarafından benimsenen norm ve kültürel değerleri reddetmesi olarak tanımlanırken, yabancılaşıma faktörü bireyin sosyal ortamdan kendisini soyutlamasıyla ilgilidir. Birey tarafından bu iki faktörün kabul edilmesi halinde şiddet oranında bir artışın söz konusu olacağı belirtilmektedir. Kişisel kontrol yapısı ise bireyin yıkıcılık toleransının seviyesi ile ilişkilendirilmektedir. Yüksek toleransa sahip bireyler toplum tarafından kabul edilmeyen olumsuz davranışlar sergileme eğilimindedir (Donovan ve Costa, 1994).

İkinci sistem *algılanan çevre*dir. Çevreden kasıt, bireyin davranışlarını etkileyen ve davranışlarına doğrudan şahitlik eden yakın çevre ile bireyin davranışlarına dolaylı yönden etkisi bulunan uzak çevredir. Her iki çevre de bireyin saldırganlık ve şiddet davranışı göstermesinde önemli etkiye sahiptir. Bireyin göstermiş olduğu şiddet davranışı özellikle yakın çevresi tarafından onaylandığında ve yakın çevrede bu davranışı gösteren kişilerin olması durumunda birey şiddet içerikli davranışları göstermeye devam edecektir (Jessor ve Jessor, 1977).

Son sistem *davranış sistemi*dir. Bu sisteme göre sosyal, yasal ve kültürel faktörler aracılığıyla uygun ve uygun olmayan davranış kalıpları belirlenmektedir. Bireylerin alkol, madde kullanımı, şiddet gibi uygunsuz davranışlar yerine sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, düzenli uyku gibi davranış kalıplarını benimsemesi için düzenlemeler getirilmelidir (Jessor ve Jessor 1977).

1.1.5.2. Ekolojik Sistem Kuramı

Bireyi etkileyen çevresel koşulların kapsamlı bir biçimde ele alınmasına dayanan bu kuram, birey ve onu çevreleyen ortamı bir sistem olarak ele almakta ve bu sistem ya da sistemler içerisinde meydana gelen değişimin diğer sistemleri de etkileyebilme özelliğine işaret etmektedir. Sistemler arasındaki bu etkileşim, iletişim aracılığıyla meydana gelmektedir (Patterson ve Geber, 1991).

Bu yaklaşıma göre bireyi etkileyen sistemler dört grupta ele alınmaktadır. Bunlardan ilki, sistemler içerisinde yer alan ilk sistem olarak bireydir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklere sahip bir varlık olan birey; bilgi beceri inanç, davranış ve tutumlarıyla toplumda yer almaktadır. İkinci grup, bireyin doğrudan iletişim halinde bulunduğu aile, akraba, arkadaş, okul gibi yakın çevresi ve bu çevre ile ilişkisini tanımlayan makro sistemdir. Bireyin gelişim sürecinde doğrudan ya da dolaylı olarak katkıdan bulunan sosyal yapı ve koşullar ise egzo sistem olarak ifade edilmektedir. Son grupta ise makro sistem yer almaktadır. En dış katmanı yani bireyin ilişki içerisinde bulunduğu kurumsal örüntüleri, bir kültürü ya da kültüre ait alt katmanı temsil etmektedir (Heise, 1998).

1.2. İŞ YERİNDE ŞİDDET

Şiddetin meydana geldiği alanlardan biri de iş yerleridir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office- ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (International Council of Nurses – ICN) 2002 yılındaki çalışmasında iş yeri şiddetinin uluslararası düzeyde bir sorun olduğunu ve bu sorunu önlemeye yönelik politikaların geliştirilmesi gerektiği aktarılmıştır.

WHO’nun (1995) iş yeri şiddet tanımı *“diğer bir kişiye ya da bir gruba işle ilişkili bir durumda hem yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan hem de yüksek derecede bu neticelerle sonuçlanma ihtimali bulunan, gerçekleştirerek ya da tehdit ederek kasten güç kullanmak”* şeklindedir. Avrupa Komisyonu’na göre iş yerinde şiddet, *“çalışanın işi nedeniyle yalnızca işinde değil aynı zaman işe gider gelirken de maruz kaldığı, açıkça ya da üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan her türlü istismar, korkutma, tehdit ya da saldırıyı”* içermektedir (Wynne ve ark., 1997). ILO (2018) iş yerinde şiddeti, *“kişinin çalışma sırasında veya çalışmanın doğrudan bir sonucu olarak maruz kaldığı, saldırı, tehdit, zarar, yaralanma vb. sonuçlara sebep olan makul olmayan eylem, olay ve davranışlar”* olarak tanımlanmıştır. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (The National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH) (2004) ise *“tehdit, göz dağı vermek, bağırarak, küfretmek, takip etmek ve iş yerinde meydana gelen sözel saldırı ve fiziksel şiddet uygulaması davranışları”* şeklinde açıklamaktadır.

İş yerinde şiddetle ilgili tüm bu tanımlamaların ortak paydası, meydana gelen şiddetin genellikle çalışma ortamında ve işle ilgili oluşudur. İş yerinde şiddet, çalışanların çalıştığı alandan bağımsız olarak her iş kolunda her zaman ortaya çıkabilmektedir. Ancak insan etkileşiminin yüksek olduğu bilinen bazı sektörlerde şiddete maruziyet düzeyinin daha fazla olduğu söylenebilir (Occupational Safety and Health Administration- OSHA, 2016).

1.2.1. İş Yerinde Şiddet Türleri

İşyerinde şiddet, ‘şiddetin kaynağı’ ve ‘oluş’ şekline bağlı olarak iki grupta ele alınmaktadır (Pınar ve Pınar, 2012).

1.2.1.1. Kaynağına Göre Şiddet Türleri

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH) (2004), kaynağına göre dört farklı şiddet türü olduğundan söz etmektedir.

Tip I: İş yeri şiddetinin bu türünde, şiddeti uygulayan bireyin yani saldırganın kurumla hiçbir alakası yoktur. İş yerinde meydana gelen suçların %85'ini oluşturan bu tür, genellikle hırsızlık, gasp, soygun şeklinde olmaktadır.

Tip II: Hizmet sunumu esnasında çalışana uygulanan şiddet türüdür. Bu şiddet genellikle, hastalar, öğrenciler, müşteriler ve mahkumlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Kısacası bu tür çalışanın çalıştığı ortamda işle ilgili karşılaştığı şiddet türünü ifade etmektedir.

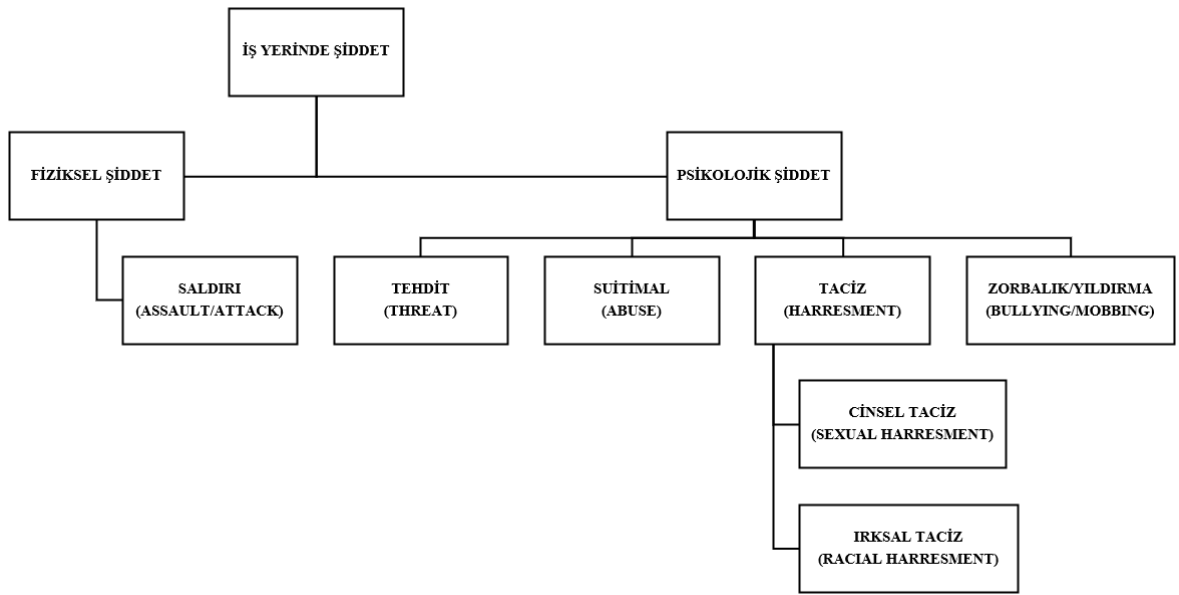
Tip III: Şiddetin taraflarının aynı ortamda çalıştığı, bulunduğu şiddet türüdür. Bir başka ifadeyle çalışanın bir başka çalışana uyguladığı şiddeti ifade eden bu türde şiddeti uygulayan kişi ile mağdur şu an aynı çalışma ortamında olabileceği gibi bir daha önceden de bir arada çalışmış olabilir.

Tip IV: Bireyin yakın çevresi tarafından bireye gösterilen şiddet türüdür. Bu türdeki şiddet genellikle bireyin çalıştığı ortama sıçraması durumu söz konusudur.

İşyerinde meydana gelen bu şiddet türleri, hemen hemen her meslek grubu ve çalışma ortamında görülse de insan etkileşiminin yüksek olduğu bilinen sağlık sektöründe daha fazla görülmektedir (Özen, 2007). Sağlık çalışanları yukarıda ifade edilen şiddet türleri arasından hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan Tip II şiddet türüne ve çalıştığı ortamda meslektaşları tarafından uygulanan Tip III şiddet türüne daha fazla maruz kalmaktadır (NIOSH, 2004)

1.2.1.2. Oluş Şekline Göre Şiddet Türleri

Yıldız ve arkadaşları (2011), oluş şekline göre şiddet türlerini iki grupta ele almaktadır. Şekil 1 iş yerinde meydana gelen şiddet türlerini göstermektedir.



Şekil 1. İşyerinde Şiddet Türleri

Kaynak: Yıldız ve ark. (2011)

1.2.1.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, bir birey ya da gruba fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar vermek amacıyla uygulanan fiziksel gücü ifade etmektedir. Bu şiddet türü ayrıca, tekmeleme, dayak atma, itme, çekme, ısırma gibi eylemler ile kendisini göstermektedir.⁷ Bir başka tanımda bu şiddet türü bireyin çalıştığı ortamda çalışma arkadaşları ya da dış ortamdaki kişiler tarafından bireye uygulanan fiziksel zarar şeklinde tanımlanmaktadır (Mento ve ark., 2020). Bir başka tanımda ise “bir birey ya da gruba karşı vurma, fırlatma, tokat atma, kesici veya delici alet kullanma, silahla ateş etme, itme, ısırma vb. fiziksel müdahaleler yoluyla birey ya da gruba zarar vermeyi” içermektedir (ILO,ICN,WHO, Public Services International (PSI), 2003). Bu tanımlardan yola çıkarak, fiziksel şiddetin fiziksel zarar vermeyi içermesi bakımından diğer şiddet türlerine göre daha somut ve görünür olduğu ifade edilebilir.

⁷ Bkz. <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>.

Saldırı: Fiziksel şiddetin bir alt türü olan bu şiddet türü, bir birey ya da gruba fiziksel olarak kasti zarar vermeye yönelik tüm eylemleri ifade etmektedir. Bu eylem, cinsel bir saldırı olabileceği gibi itmek, tartaklamak şeklinde de ortaya çıkmaktadır (Yıldız ve ark., 2011).

1.2.1.2.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet, “bir birey veya gruba fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal yönden zarar verebilecek şekilde kasıtlı davranışlarda bulunmanın yanı sıra fiziksel güç kullanılabileceği hissettirilerek bireyi korkutmayı da içermektedir.” Bu şiddet türü içerisinde tehdit, suistimal, taciz ve mobbing/yıldırma yer almaktadır (Pınar ve Pınar, 2012).

Psikolojik şiddeti tanımlamak, fiziksel şiddeti tanımlamak kadar kolay olmamaktadır. Çünkü birey yaşadığı sıkıntıyı tanımlamakta ve nedenini belirlemekte, anlamlandırmakta zorluk yaşamaktadır. Bireyin kişiliğine ve yaşam tarzına yönelik şiddet içerikli herhangi bir davranış söz konusu olduğunda birey kendisini yalnız, savunmasız hissedebilmekte ve bu türden davranışlara karşılık vermekten çekinebilmektedir. Böylelikle, süreç kısır döngüye girmekte ve bireyin şiddeti tekrar tekrar yaşaması durumu ortaya çıkmaktadır (Özen, 2008).

Tehdit: Sözlü ya da sözel şiddet olarak da ifade edilen bu şiddet türü birey veya grubu aşağılamaya, küçük düşürmeye yönelik her türlü davranışı içermektedir. Bu davranış bazen bir ses tonuyla bazense kelimelerle ortaya çıkmaktadır (Judkins-Cohn, 2010). Hahn ve arkadaşları (2012) tehdidi küfürlü veya saldırgan dil, aşağılayıcı sözler şeklinde tanımlanmaktadır.

Suistimal: Bireyin kişisel değerlerine yönelik psikolojik zarar vermeyi içeren bu şiddet türü alan yazında kötü muamele şeklinde de ifade edilmektedir. Psikolojik şiddetin bu türünde bireyi küçük düşürme, bireyin gururunu kırmaya yönelik eylemler söz konusudur (Yıldız ve ark., 2011). Bu şiddet türü özellikle alay etme, iğneleme, bağırma, ad takma şeklinde görülmektedir (Wieser ve Mata Greenwood, 2013).

Taciz: Bir birey olarak kadın ya da erkeğin çalışma ortamında saygınlığını etkileyecek, karşılığı olmayan ya da istenmeyen davranışlarla karşılaşması şeklinde tanımlanmaktadır. Taciz denildiğinde, özellikle akla cinsel taciz gelmektedir. Bu noktada cinsel taciz, *“bireye saldırı niteliğinde olan, onun korkmasına, aşağılanmasına ve utanmasına, kendini rencide olmuş hissetmesine neden olan, istenmeyen, karşılık verilmeyen, hoş karşılanmayan cinsel nitelikteki davranışlar”*dır. Bunu ILO (2011) *“bireyin korkmasına, aşağılanmasına, utanmasına ve kendini rencide hissetmesine neden olacak, istenmeyen, karşılık verilmeyen cinsel nitelikteki fiziksel, psikolojik, sözlü, jestlerle ya da beden diliyle, yazılı ve görsel materyallerle yapılan davranış”* olarak görmektedir. Bu davranışlar iş ortamında bir kez meydana geldiği gibi, birden çok kez de meydana gelmekte ve bu süreklilik mağdurun üzerinde telafisi mümkün olmayan yıkıcı etkilere neden olabilmektedir (Chappell ve Di Martino, 2006). Yeşildal’a (2005) göre, bu tür şiddetin meydana gelmesinde bireyin engellilik durumu, cinsel yönelimi, yaşı önemli olmakla birlikte cinsiyet ayrımcılığı, ırk, dil, din, inanç gibi birçok faktörün de etkisi olduğunu belirtmektedir. Yıldız ve arkadaşları (2011) iş yeri ortamında meydana gelen şiddet türü gruplandırmasından hareketle ırksal tacizi, *“bireyin algılanan veya gerçek ırkıyla ilgili olan ve bireyin saygınlığını ihlal etmek veya bireye yönelik korkutucu, düşmanca, aşağılayıcı, küçük düşürücü veya saldırgan bir ortam yaratmak”* şeklinde betimlemektedir.

Zorbalık/Yıldırma (Bullying/Duygusal şiddet/Mobbing): Bir birey veya gruba yönelik her türlü yıldırma, sindirme, bastırma ve dışlama şeklinde kendini gösteren psikolojik şiddet kavramı temelde bireylerin iş yerinde pasifleştirilmesi sürecini içermektedir. Duygusal saldırı olarak da tanımlanan bu şiddet türünde bir birey veya gruba sistematik/düzenli olarak psikolojik baskı kurulmakta ve bu sayede bireyin iş yerindeki etkisi en aza indirilmeye çalışılmaktadır (Aldıg, 2011).

Zorbalık (bullying) kavramı ise *“bireyin sürekli olarak belirli aralıklarla bir iş arkadaşı ya da işvereni tarafından olumsuz davranışlara maruz kaldığını algıladığı ve bu davranışlara karşı kendini savunma güçlüklerinin farkında olduğu durumu”* ifade etmektedir. Alan yazında zorbalık ve yıldırma kavramları sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da aralarında farklılıklar söz konusudur. Yıldırma, iş yerinde bir birey veya

grup tarafından bir başka bireye yöneltilen sistematik şiddeti tanımlarken, zorbalık daha çok birey birey ile işveren arasında gerçekleşmektedir. İki kavram arasındaki bir diğer fark, fiziksel şiddetin zorbalıkta daha fazla görülmesiyle ilgilidir (Özen, 2007).

1.2.2. Sağlıkta/Sağlık İş Yerinde Şiddet

Neredeyse her iş yerinde meydana gelen gerek kurum yapısını gerekse çalışanları farklı açılardan olumsuz yönde etkileyen şiddet, bazı çalışma ortamlarında daha sık görülmektedir (Özen, 2007). Bu çalışma ortamlarından biri de “sağlık iş yerleri”dir (*health workplace*). Sağlık işyerinde meydana gelen şiddet olayları, iş yerinde meydana gelen şiddet olaylarının neredeyse dörtte birini oluşturmaktadır (Nordin, 1995). WHO (2022), sağlık çalışanlarının %8 ila %38’i çalışma hayatlarının belirli bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.⁸ Dolayısıyla sağlık iş yerinde meydana gelen şiddet, yalnızca Türkiye’de değil, dünyada da yaygın bir sorun niteliği taşımaktadır (Atan ve Dönmez, 2011; Tatal ve ark., 2015).

Saines (1999), sağlık iş yerinde şiddeti “*hasta/hasta yakınları ya da diğer herhangi bir birey (diğer sağlık çalışanları gibi) ile sağlık çalışanları arasında meydana gelen ve taraflar açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum*” olarak tanımlamaktadır. Bloom’a (2019) göre de sağlık iş yerinde şiddet, “*sağlık çalışanının çalıştığı ortamda hasta ya da üçüncü taraflar tarafından sözlü taciz, tehditkâr davranış ya da fiziksel saldırıya maruz kalma durumu*” olarak ifade etmektedir. Bir başka tanıma göre sağlıkta şiddet, “*bir veya birden fazla sağlık çalışanı, hasta/hasta yakınları veya üçüncü şahıslar ile diğer sağlık çalışanları arasında cereyan eden ve fiziksel veya ruhsal olumsuz sonuç yaratan davranışlar*” şeklinde açıklanmaktadır (Sadullah, 2009). Tüm bu tanımlar sağlık iş yerinde meydana gelen şiddetin kim ya da kimler tarafından- hasta, hasta yakını, üçüncü şahıslar ve aynı ortamda çalışan sağlık çalışanları- uygulandığı ve hangi türde- fiziksel, cinsel, psikolojik ve sözlü- gerçekleştirildiğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

⁸ Bkz. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

İlgili alan yazında sağlık iş yerinde meydana gelen şiddet, fiziksel ve fiziksel olmayan şiddet olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Şiddet denildiğinde akla ilk gelenin fiziksel şiddet olduğu düşünülse de sağlık iş yerinde fiziksel şiddet kadar fiziksel olmayan şiddet de meydana gelmektedir (Cooper, 2002).

Bu sınıflamanın yanı sıra sağlık iş yerinde şiddetin kimler tarafından gerçekleştirildiğine yönelik yedili bir sınıflama söz konusudur (Yıldırım, 2012). Bu sınıflamaya göre sağlık iş yerinde şiddet:

- Sağlık çalışanları- sağlık çalışanları
- Sağlık çalışanları- hasta/hasta yakınları
- Sağlık çalışanları- üçüncü şahıslar
- Sağlık çalışanları- hasta/hasta yakınları- üçüncü şahıslar
- Hasta/hasta yakınları- Hasta/hasta yakınları
- Üçüncü şahıslar- üçüncü şahıslar
- Hasta/hasta yakınları- üçüncü şahıslar arasında meydana gelebilmektedir.

Bu sınıflamaya göre birinci grup, aynı ortamda çalışan bir sağlık çalışanı ile diğer sağlık çalışanı arasında meydana gelen şiddeti, özellikle de sistematik bir biçimde uygulanıyorsa genellikle mobbingi (yıldıma/psikolojik şiddet) ifade etmektedir. İkinci, üçüncü ve dördüncü grupta meydana gelen şiddet, “sağlık çalışanlarına yönelik şiddet” çerçevesinde ele alınmaktadır. Beş, altı ve yedinci gruptaki şiddet ise sağlık iş yerinde meydana gelen “üçüncü grup şiddet olayları” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çalışma yalnızca ikinci, üçüncü ve dördüncü grupta meydana gelen “sağlık çalışanlarına yönelik şiddet” olayları üzerinde durmaktadır.

1.2.3. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Sağlıkta şiddetin nedenlerine değinmeden önce bu alanda meydana gelen şiddetin anlaşılmasındaki zorluklardan söz etmek önemlidir. Curbow (2002) göre bu zorluklar şu şekilde serimlenmektedir:

- Sağlık kurumlarının örgütsel açıdan karmaşık yapısı ve bu yapı içinde yer alan çalışanların farklı görev ve sorumluluklarının bulunması,
- Şiddetin farklı gruplar -hasta, hasta yakını, diğer çalışanlar, üçüncü taraf kişiler- tarafından meydana gelmesi,
- Şiddetin farklı biçimlerde – kasıtlı, kasıtsız, fiziksel, psikolojik vb.- ortaya çıkmasıdır.

ILO (2003), sağlıkta şiddetin nedenlerini bireysel, toplumsal ve kurumsal olmak üzere üç kategoride ele almaktadır. Curbow (2002) ise nedenleri dört düzeyde toplamaktadır. Bu düzeylerden ilki, taraflar arasındaki etkileşimdir. Bu düzey, özellikle hasta ve hasta yakınlarıyla sağlık çalışanları arasındaki etkileşime odaklanmaktadır. Sağlıklı bir etkileşimin söz konusu olabilmesi için taraflar arasında bilgi paylaşımına, yani iletişimin önemine vurgu yapılmaktadır. İletişimden kaynaklı sorunlar arasında ortamsal özellikler, tarafların bireysel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi ile sağlık çalışanların kullandığı terminoloji sayılabilir. İkinci düzey, kurumsal faktörlerdir. Kurumun alt yapısı, kültürü, insan kaynağı gibi faktörler şiddete neden olabilmektedir. Bu noktada kurumda çalışan yetersizliği, uzun bekleme süreleri, alt yapıdaki eksiklikler vb. örnek gösterilebilir. Bir diğer düzey çevresel faktörlerdir. Bu düzey toplumdaki sosyo-demografik ve kültürel yapıyı ifade etmektedir. Toplumda görülen suç düzeyi, ateşli silah kullanımı, nüfus yoğunluğu, yoksulluk gibi pek çok faktör sağlık iş yeri ortamını etkileyebilmektedir. Son düzey, toplumsal faktörlerle ilgidir. Ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı olumsuz durumlar, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilmekte ve dolayısıyla şiddete neden olabilmektedir.

1.2.4. Dünyada Sağlıkta Şiddetin Yaygınlığı

Sağlıkta şiddetle ilgili alan yazın incelendiğinde ülke verilerinin yer aldığı ve karşılaştırıldığı uluslararası bir veri setinin olmadığı ifade edilebilir. Bununla birlikte WHO, 2024 yılının Mart ayında sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti ele alan bir veri seti oluşturmuştur.⁹ Ancak oluşturulan veri setinde yeterli veri kaynağı olmayışı nedeniyle bu

⁹ Bkz. https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on%20health%20care%20description&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who

bölümde uluslararası alan yazında sağlıkta şiddete yönelik yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Di Martino'nun 2002 yılında yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanları, çalışma yaşamları boyunca en az bir kez fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Altı ülkeden toplanan veriler doğrultusunda; çalışanların %75,8'i (Bulgaristan), %67,2'si (Avustralya), %61'i (Güney Afrika), %60'ı (Portekiz), %54'ü (Tayland) ve %46,7'si (Brezilya) hasta, hasta yakınları ve çalışanlar tarafından son bir yıl içerisinde fiziksel ya da sözlü şiddete maruz kaldığını ifade etmektedir.

Bir diğer çalışma Zhao ve arkadaşlarının (2015) Çin'de yapmış olduğu çalışmadır. 1793 sağlık çalışanı ile yapılan bu çalışmaya göre son bir yıl içerisinde çalışanların %9,5'i fiziksel şiddete, %69,2'si ise psikolojik şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Şiddete maruz kalan katılımcıların %31,5'i bu durumu meslektaşları ile konuştuğunu, %27,8'i ise psikolojik destek aldığını belirtmiştir.

İtalya'da 745 sağlık çalışanı ile yapılan bir başka çalışmaya göre, kadın sağlık çalışanlarının (%54,2) erkek sağlık çalışanlarına (%40,6) göre daha fazla şiddete maruz kaldığı, bununla birlikte erkek çalışanların şiddet türleri içerisinde fiziksel şiddeti (%30,4) daha fazla deneyimlediği tespit edilmiştir (Ferri ve ark., 2016).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti belirlemek üzere, Barbados'ta 102 sağlık çalışanı ile yapılan bir diğer çalışmada çalışanların %63'ünün son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Çalışanların %60'ı tacize ve %19'u ise zorbalığa uğradığını ifade etmiştir. Şiddetin uygulayanlar içerisinde ilk sırada hastalar (%64) yer almaktadır. Çalışmada ayrıca cinsiyet ve iş yerinde şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı belirlemek üzere regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, kadın ve hemşire olanların şiddeti daha fazla deneyimlediği tespit edilmiştir (Abed ve ark., 2016).

Anand ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Yeni Delhi'de hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde hekimlerin %40,8'inin şiddete maruz kaldığı, şiddete

maruz kalma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, şiddetin en sık acil servislerde (%42,4) yaşandığı, hekimlerin %75,4'ünün sözlü şiddete maruz kaldığı ve yalnızca %44,2'sinin maruz kaldığı şiddeti yetkililere bildirdiği ortaya konmuştur.

Suudi Arabistan'da 738 kişiyle yapılan bir başka çalışmada ise çalışanların %57,5'nin en az bir kez şiddete uğradığı %55,9'unun sözlü şiddete, %11,1'nin fiziksel şiddete ve %32,9'nun ise hem sözlü hem de fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya konmuştur. Ayrıca şiddete en fazla maruz kalanların hemşireler (%63,2) olduğu, 30 yaş altı çalışanların (%51,4) daha sık şiddete uğradığı şiddetin en sık gece saatlerinde (%68,8) meydana geldiği ve Suudi olmayan çalışanların (%56,4) daha fazla şiddeti deneyimlediği belirlenmiştir (Alsaleem ve ark., 2018).

Polonya, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Türkiye ve İspanya'da toplam 260 hemşire ile yapılan çalışmada, katılımcıların %20,4'ü son bir yıl içerisinde fiziksel şiddete uğradığını ve %76,9'u uğramış olduğu bu şiddetin önlenemeyeceğini dile getirmiştir. Polonya (%33,3) ve Slovakya'daki (%32) hemşireler, Türkiye'deki hemşirelere kıyasla işyerlerinde fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. Ayrıca çalışmada acil servis hemşirelerinin %58,3'ü ve bakımevi/huzurevi/rehabilitasyon merkezinde çalışan hemşirelerinin ise %50'si fiziksel şiddete uğradığını ifade etmiştir. Türkiye'deki hemşirelerin %92,3'ü şiddetin hastalar tarafından meydana geldiğini ortaya koymuştur (Babiarczyk ve ark., 2019).

Ogboghodo ve Okojie (2020) tarafından Nijerya'da yapılan bir çalışmada, fiziksel şiddete uğrayanların %64,5'i hemşire, %19,7'si doktor ve %6,6'sı ise eczacıdır. Çalışmada sağlık kuruluşlarında şiddetin en fazla meydana geldiği birimler acil servisler (%65) olmuştur. Acil servisleri psikiyatri servisleri (%50,4) takip etmektedir. Sağlık çalışanlarının %78'i çalışma yaşamları boyunca şiddeti en az bir kez deneyimlediği, %73,8'nin fiziksel, %69,2'sinin sözlü, %34,5'nin cinsel ve %26,9'nun ise psikolojik şiddete maruz kaldığı ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra çalışanlara en fazla şiddet uygulayanların %55,6'sının hasta yakınları olduğu bulunmuştur.

Mambrey ve arkadaşlarının 2023 yılında Almanya’da 424 tıbbi sekreterler ile yapmış olduğu çalışma hekim ve hemşirelerin yanı sıra diğer sağlık çalışanlarının de şiddete maruz kaldığını göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmaya göre tıbbi sekreterlerin %59,4’ünün sözlü, %5,9’unun fiziksel, %3,8’i cinsel tacize uğradığı ortaya konmuştur. Katılımcıların %80,5’i her hafta sözlü şiddete maruz kaldığını, maruz kaldıkları şiddetin %46,8’i hasta yakınları, %19,4 çalışma arkadaşları ve %19’unun ise yöneticileri tarafından gerçekleştirildiğini dile getirmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %60,1’i son bir yıl içinde şiddeti deneyimlediklerini belirtmiştir.

Franz ve arkadaşlarının yine Almanya’da gerçekleştirdiği araştırmasında son bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarının %70,7’inin fiziksel, %89,4’ünün ise sözlü saldırganlık yaşadığı tespit edilmiş ve fiziksel saldırganlığın daha çok yaşlı bakım kliniğinde (çalışanların %83,9’u) görüldüğü, sözel saldırganlıkla ise psikiyatri kliniğinde (çalışanların %96,7’si) daha sık karşılaştığı belirlenmiştir (Franz ve ark., 2010).

Jakobbsson ve arkadaşlarının İsveç’teki cerrahi servislerde çalışanlarla ilgili olarak yaptığı çalışmada katılımcıların en sık sözlü şiddetle (%28,8), ardından fiziksel (%24,2) ve cinsel şiddetle (%12,1) karşılaştığı tespit edilmiştir (Jakobsson, 2023).

Fujimoto ve arkadaşlarının Japonya’daki psikiyatri kliniğindeki hemşirelerle yaptığı çalışmada katılımcıların %41’inin son bir yılda, %53’ünün ise kariyeri boyunca şiddete maruz kaldığı ve en çok da sözel şiddetle karşılaştıkları vurgulanmıştır (Fujimoto, 2017).

Kaur ve arkadaşlarının Hindistan’daki doktorlar odağındaki çalışmada doktorların %77,3’ü işyerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiş ve onlar şiddetin ana nedenleri olarak ‘hastanın durumunda iyileşme olmadığı veya kötüleştiği algısı’ (%40) ile ‘yanlış tedavi verildiği düşüncesi’nin (%37,3) geldiğini aktarmışlardır (Kaur ve ark., 2020).

Bula ve arkadaşlarının Letonya’da acil servis çalışanlarıyla yaptığı çalışmada katılımcıların en çok sözlü taciz (%97), daha az oranda fiziksel saldırı (%36) ve korkutma/zorbalığa (%30) maruz kaldıkları belirlenmiş ve bu personeller şiddeti önlemeye yönelik düzenlemeler noktasında ‘işyerinde uygulanan değişikliklerden

haberdar olma' (%29), 'herhangi bir değişiklik hakkında bilgi sahibi olmama' (%33) ve 'değişikliklerin etkisini yaşanmama' (%47) yönünde görüş belirtmişlerdir (Bula, 2018).

Faflioria ve arkadaşlarının Yunanistan'daki üçüncü basamak sağlık hizmeti yürüten bir hastanedeki hemşireler odaklı araştırmasında katılımcıların %76'sı iş yerinde şiddete maruz kaldığını, bunların %98'inin de sözel şiddet olduğunu belirtmiş ve %80'i bu nedenle olumsuz bir psikolojiye girdiklerini, %65'iye kendisini güvende hissetmediğini vurgulamıştır. Ayrıca katılımcılar şiddetin ana nedeni olarak uzun bekleme süresini (%99) işaret etmiş, çözüm olaraksa hastane güvenliğinin artmasını serimlemiştir (%93) (Faflioria ve ark., 2016).

1.2.5. Türkiye'de Sağlıkta Şiddetin Yaygınlığı

Dünya'da yapılan çalışmaların yanı sıra Türkiye'de de sağlıkta şiddete yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

Ayrancı ve arkadaşları tarafından 2006 yılında 1209 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmada çalışanların %49,5'i son bir yıl içerisinde hasta, hasta yakınları ve çalışma arkadaşları tarafından fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Maruz kalınan şiddet türüne göre çalışanların %72,4'ü sözel şiddete, %11,7'si fiziksel şiddete ve %15,9'u ise her iki şiddet türünü deneyimlediği belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada katılımcıların meslek grubuna göre şiddete maruz kalma durumları da incelenmiştir. Pratisyen hekimlerin % 69,6'sı, asistan hekimlerin %57,6'sı ve hemşirelerin %57,2'si çalışma yaşamı boyunca şiddetin herhangi bir türünü deneyimlediğini dile getirmiştir.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde görev alan acil tıp teknisyeni, hemşire ve sağlık memuru ile yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %50,7'si sözlü, %45,9'u fiziksel ve %3,45'i ise cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Çalışmada katılımcıların %70,1'i şiddete maruz kaldıktan sonra da hastaya bakmaya devam etmiştir. Şiddeti deneyimleyen katılımcıların görev dağılımlarına bakıldığında %58'inin hemşire, %22,9'unun sağlık memuru ve %10,3'ünün acil tıp teknisyeni olduğu görülmektedir. Çalışmada acil serviste meydana gelen şiddetin en

önemli nedeninin hasta ve hasta yakınlarının (%79,3) eğitim seviyesinin düşük olması bulunmuştur (Şahin ve ark., 2011).

Hekimler üzerinde yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların %86,4'ü çalışma yaşamları boyunca en az bir kez şiddeti deneyimlediği ve kadın hekimlerin (%89,5) erkek hekimlere (%84,7) göre daha fazla şiddete maruz kaldığı ortaya konulmuştur. Çalışmanın bulgularından hareketle, erkek hekimlerde fiziksel şiddet (%48,2) kadın hekimlerde ise sözlü şiddet (%51,4) daha sık meydana gelmektedir. Hekimlerin çalıştığı ortama göre şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde, öğretim üyelerinin, uzmanların, Toplum Sağlığı Merkezi ve özel hastanede çalışanların diğer gruptaki çalışanlara göre daha az şiddete maruz kaldığı görülmektedir (Baykan ve ark., 2015).

Bu alanda yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri Pınar ve arkadaşlarının (2015), 12.944 sağlık çalışanıyla yapmış olduğu çalışmadır. Tabakalı örnekleme yöntemiyle tasarlanan çalışmada, çalışanların hangi şiddet türü veya türlerine maruz kaldığı ortaya konmaya çalışılmıştır. Katılımcıların %52,3'ü çalışma yaşamları boyunca en az bir kez şiddeti deneyimlediği ve çalışanların %10,4'ü fiziksel, %48,2'si sözlü, %15'i mobbing ve %1'i ise cinsel tacize uğradığını bildirmiştir. Maruz kalanların %70,2'si hekim ve diş hekimi iken, şiddetin %45,7'si hasta yakınları tarafından uygulanmaktadır (Pınar, 2015).

Aydemir ve arkadaşları (2020) acil servis çalışanlarıyla (hekim, hemşire, laborant, acil tıp teknisyeni, güvenlik ve idari personel) gerçekleştirdiği çalışmada, çalışanların %52,1'inin daha önce şiddete maruz kaldığı ve şiddet türleri içerisinde %52 ile en çok sözlü şiddete uğradığını belirtilmiştir. Bunun yanı sıra çalışanlara yönelik şiddeti gerçekleştirenlere bakıldığında %64 ile hastalar ilk sırada yer almaktadır.

Hoşgör ve Türkmen'in 2021 yılında sağlıkta şiddete yönelik yazılı basında çıkan haberleri incelemek amacıyla tasarladığı çalışmada, 214 adet haber incelenmiştir. İçerik analizi sonucunda şiddet olaylarının 2017-2021 tarihleri arasında 5,2 kat daha fazla meydana geldiği, özellikle Marmara Bölgesi ve İstanbul il, ilçe devlet hastanelerinde görüldüğü ifade edilmektedir. Çalışmada hasta ve hasta yakınları tarafından gerçekleştirilen şiddetin en çok hekim ve erkeklere yönelik olduğu tespit edilmiştir.

Şiddet olaylarının değerlendirilmesi amacıyla 2017-2019 yılları arasında Düzce ilindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev yapan çalışanların beyaz kod bildirimleri incelenmiştir. Çalışmada toplamda 122 beyaz kod bildiriminin yapıldığı ve bu bildirimlerin %49,2'sinin kamu hastanesine, %46,7'sinin ise üniversite hastanesine ait olduğu belirlenmiştir. Beyaz kod bildirimlerinin şiddet türlerine göre dağılımına bakıldığında %80,3'ünün sözlü, %4,9'unun fiziksel ve %14,8'inin ise hem sözlü hem de fiziksel olduğu görülmektedir (Özen Bekar ve Çevik, 2021).

Sağlıkta şiddetin beyaz kod verileriyle değerlendirilmesi amacıyla, 2014-2021 tarihleri arasında 180 beyaz kod verisi retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya göre 2014 yılında hiç şiddet olayı bildirilmemişken, 2017 yılında 43 bildirim yapılmıştır. Çalışmada şiddet olaylarının yarısından fazlasının (%52,2) 08.00-17.00 saatleri arasında meydana geldiği, kadın çalışanların (%63) daha fazla şiddete uğradığı, meslek grupları arasında hekimlerin (%58) şiddeti daha fazla deneyimlediği, şiddet türüne göre en fazla sözel şiddetin (%69) yaşandığı ve şiddeti uygulayanların büyük bir çoğunluğunu (%83) hasta yakınları olduğu bulunmuştur. Gözaltına alınanların oranının (%5) oldukça düşük olduğu görülmüştür. Şiddetin en çok gerçekleştiği yerin acil servisler (%35) olduğu, ikinci sırada klinikler (%30,6) ve üçüncü sırada poliklinikler (%26,7) olduğu tespit edilmiştir (Albay ve Nizam, 2022).

Sağlıkta şiddetin yaygınlığını ortaya koymak amacıyla Malatya'daki bir kamu hastanesinde yapılan bir diğer çalışmaya göre katılımcıların %60,5'i çalışma yaşamları boyunca şiddeti en az bir kez deneyimlediğini, %28,7'sinin fiziksel şiddete, %59,9'unun psikolojik şiddete ve %3,4'ü ise cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %65,6'sı şiddet olaylarının engellenebilir olduğunu, %54'ü güvenlik önlemlerinin yetersiz bulunduğunu ve %92,6'sı da şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemelerin yapılması gerektiğini dile getirmiştir (Uğurlu ve Şantaş, 2023).

1.2.6. Dünyada Sağlıkta Şiddeti Önlemeye Yönelik Uygulamalar

Bu bölümde dünyada sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik bazı ülkelerin düzenlemiş olduğu uygulamalara yer verilmektedir.

1.2.6.1. İngiltere

Diğer ülkelere kıyasla İngiltere sağlıkta şiddeti önlemek için bütüncül bir yaklaşımı benimsemiş ve bu doğrultuda ulusal bir sağlık politikası izlemiştir. 1999 yılında Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu "Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personele Yönelik Şiddeti Durdurma Kampanyası: Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Şiddete Sıfır Tolerans" kampanyası yürürlüğe konmuştur. İki temel amaç üzerine oluşturulan kampanyada sağlıkta şiddetin kabul edilemez olduğu anlatılmaya çalışılmaktadır. Bu noktada ilk amaç, halka şiddetin kabul edilemezliğini anlatmak iken, ikinci amaç sağlık çalışanlarına bu sorunun bütüncül bir biçimde ele alındığı ve kabul edilemezliğini anlatmak için oluşturulmuştur. Oluşturulan kampanyanın içeriğinde aşağıdaki öğeler yer almaktadır (Holmes, 2006; Gabe, 2008; Paniagua, 2009):

- Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyası ile ilgili poster ve kartpostallar,
- Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyası için Yönetici Rehberi,
- Yöneticiler ve çalışanlar için hazırlanan broşürler,
- Dokümanlar ve iletişim bilgilerini içermektedir.

Söz konusu kampanyanın sistemli bir biçimde yürütülebilmesi noktasında Ulusal Sağlık Hizmetleri Tröstleri, Sağlık Otoriteleri ve Özel Sağlık Otoriteleri ile iş birliği içerisinde hareket edilmesine önem verilmiş ve bu noktada bazı amaçlar belirlenmiştir. Bu amaçlar şu şekildedir:¹⁰

- Çalışanların farkındalığını artırmak ve kampanyaya destek vermelerini sağlamak amacıyla oluşturulan posterlerin hastanedeki tüm bekleme alanlarına ve tüm personel odalarına asılmasını sağlamak,
- Özellikle yerel düzeydeki çalışma koşullarının güvenli hale getirilmesi için risk değerlendirmesinin yapılması, riski önlemeye veya azaltmaya yönelik benimsenecek stratejilerin belirlenmesi ve uygulanması için çalışanları sürece dahil etmek,

¹⁰ Bkz. <https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/health-and-wellbeing-programmes/violence-prevention-and-safety/>.

- Meydana gelen şiddet olaylarının raporlanması amacıyla bir sistem oluşturmak ve bu sistemin işlerliğini sağlamak,
- Yerelde güvenliğin sağlanması amacıyla güvenlik güçleri ile hareket etmektir.

“Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyasının hayat geçirilmesinde, devlet kurumlarının yanı sıra sivil toplum kuruluşlarının da katkısı söz konusudur. Kampanya hakkında bilgi vermek üzere tüm çalışanlara bilgilendirici evraklar oluşturulmuşken, sağlık kurumlarına afişler asılmış, broşürler dağıtılmıştır. Halkı bilgilendirmek için de kamu spotları yayınlanmış ve ülke genelinde halkın görebileceği şekilde afişler asılmıştır. Kampanya hakkında daha fazla bilgi almak isteyen bireyler için bir web sitesi oluşturulmuş ve aynı zamanda bu web sitesi aracılığıyla bireylerin materyallere online ulaşılabilmesi sağlanmıştır. Devlet bütçesi tarafından karşılanan bu kampanya ile sağlık kurumlarında bazı düzenlemeler de gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemeler aşağıda yer almaktadır (Wiskow, 2003: Gabe, 2008):

- Kameraların yerleştirilmesi,
- Giriş çıkışların kontrol altına alınması,
- Güvenlik elemanı alımlarının yapılması,
- Işıklandırmanın artırılması,
- İşaretlerin artırılması,
- Çalışma alanlarının genişletilmesi ve yeniden düzenlenmesi,
- Sigara içiminin yasaklanması,
- Temizlik ve hijyenin artırılması,
- Gürültünün yasaklanması,
- Oda sıcaklıklarının ayarlanması şeklindedir.

Bakanlık, kampanyanın benimsenmesi ve uygulanabilmesi amacıyla çalışanlara eğitimler yoluyla şiddet hakkında detaylı bilgi vermek, farkındalığı artırmak, korunma yöntemleri olmak üzere üç aşama belirleyerek eğitimler düzenlemiştir (Wiskow, 2003).

Tüm bunların yanı sıra psikolojik şiddeti önlemek amacıyla 1995 yılında bir yasa hayata geçirilmiştir. Bu yasaya göre çalışanların iş ortamında psikolojik şiddete maruz kalmaları

durumunda sorumluluk iş verene/yöneticiye yüklenmektedir. Bu yasaya ek 1997’de “Tacizden Korunma Yasası” yürürlüğe girmiş ve çalışanların iş ortamında tacizle karşılaşma durumuna karşı düzenlemelere de yer verilmiştir (TBMM, 2013).

Tüm bu uygulamaların yanı sıra sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının devam etmesi nedeniyle Eylül 2018’de cezaların 6 aydan 12 aya çıkarılmasına yönelik yasal düzenleme yapılmıştır.¹¹ 2022 NHS’nin (Nationel Helath Service) sağlık çalışanlarında şiddeti ortaya koymak amacıyla yapmış olduğu çalışmada çalışanların %14,7’sinin son bir yıl içinde hasta, hasta yakınları ve toplum tarafından fiziksel şiddete, %27,8’inin ise hasta, hasta yakınları ve toplum tarafından taciz, zorbalık ve istismara maruz kaldığını bildirmiştir.¹² Ambulans çalışanlarının ise %45,8’i istismara maruz kaldığını ifade etmiştir. İngiltere, özellikle acil servis çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla cezaları 12 aydan 2 yıla çıkarmıştır (Belizzi ve ark., 2022).

1.2.6.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), sağlık çalışanlarının güvenliğinden devlet kurum ve kuruluşları sorumlu değildir. “Her kurumun kendi güvenliğini kendisinin sağlaması” anlayışından hareketle her bir eyaletteki sağlık kurumları çalışanlarının güvenliğini özel güvenlik birimi kurarak ya da dışarıdan özel güvenlik hizmeti satın alarak gerçekleştirmektedir. Bu duruma ek, bir sağlık kuruluşu geçici güvenlik tedbirinde bulunmak istediği durumda ancak belirli bir ödeme karşılığında polis çağırabilmektedir (TBMM, 2013).

Şiddeti önlemek amacıyla bazı hastanelerin acil servislerinde K-9 köpekleri bulunmaktadır. Türkiye’de olduğu gibi, ABD’de bazı sağlık kuruluşlarında Beyaz Kod uygulaması bulunmakta ve uygulanmaktadır (Johnson, 2005). Bu uygulamanın yanı sıra, failin silahlı olduğu durumda hastanede bulunan çalışan, hasta ve hasta yakınlarının saldırgandan uzak tutulmasını amaçlayan Gümüş Kod Uygulaması da mevcuttur. Bu uygulamanın temel amacı, saldırganın kurumda bulunan tüm bireylerden uzak tutularak

¹¹ Bkz. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/23/contents/enacted>

¹² Bkz. <https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/health-and-wellbeing-programmes/violence-prevention-and-safety/>

bireylere zarar vermesini engellemektir.¹³ Ayrıca 2019'da yapılan Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları İçin İşyerinde Şiddetin Önlenmesi Yasası ile; sağlık çalışanlarını iş yerinde şiddetten korumaya yönelik işverenlerin alması gereken önlem standartları belirlenmiştir.¹⁴

1.2.6.3. Belçika ve Fransa

Çalışanların iş yerinde korunması ve güvenliği hakkında 1998 yılında Belçika'da çıkarılan kanunun 2002 yılında kapsamı genişletilmiş ve iş yerinde meydana gelen tüm şiddet türleri kanun kapsamına dahil edilmiştir (TBMM, 2013). Ülkede özellikle Covid-19 salgını sonrası sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarındaki artışla birlikte hükümet, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla cezai yaptırımları artırmıştır. Bu doğrultuda faillere beş yıla kadar hapis cezası uygulanacağı belirtilmiştir.¹⁵

Fransa'da ise Belçika'daki kanuna benzer nitelikte bir kanun hazırlanmıştır. Kanun kapsamında iş yerinde meydana gelen şiddeti önlemek amacıyla büyük oranda yöneticilere sorumluluk yüklenmiştir. Kanun kapsamında her iş yerinde mağdurlara hizmet vermesi amacıyla danışmanların yer almasına ve çalışma ortamlarının düzenlenmesine karar verilmiştir. Kanunlara uyulmaması durumunda 8 ila 1 yıla kadar cezai işlem uygulanmaktadır (TBMM, 2013). Sağlıkta şiddet olaylarının artışıyla Fransa, sağlıkta şiddet odağında düzenlemeler hayata geçirmeye başlamıştır. Sağlıkta şiddetle önlemek amacıyla 2023 yılında hükümet 42 yeni önlem açıklamıştır. Bu önlemler içerisinde şiddet olayı ortaya çıkmadan önleme yönünde farkındalık çalışmaları ortaya koymak, çalışanlara eğitimler vermek ve ulusal kampanyalar düzenlemek yer almaktadır. Ayrıca şiddeti uygulayanın 7500 Euro para cezasına çarptırılması veya 5 yıla kadar hapis cezası almasına karar verilmiştir.¹⁶

¹³ Bkz. <https://www.aamc.org/news/threats-against-health-care-workers-are-rising-heres-how-hospitals-are-protecting-their-staffs>

¹⁴ Bkz. <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/1309>

¹⁵ Bkz. <https://www.brusselstimes.com/318222/tougher-penalties-for-attacks-on-healthcare-workers>

¹⁶ Bkz. <https://www.medscape.com/viewarticle/997349?form=fpf>

- Tüm bu ülkelere ek olarak yukarıdaki ülkelerin yanı sıra Hindistan ve Cezayir’de de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla cezai yaptırımlarda değişiklikler meydana gelmiştir. Nisan 2020’de Hindistan’da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanların 7 yıla kadar hapis cezası alabileceği ve kefaletle serbest bırakılamayacağına bir düzenleme getirilmiştir. Düzenleme ayrıca, failin 6576 dolara kadar adli para cezasına çarptırılabilmesine, mağdura tazminat ödemesine ve zarar verdiği malın piyasa değerinin iki katını ödemekle yükümlü olmasına da yer vermektedir.¹⁷ Cezayir’de sağlık çalışanlarını şiddete karşı korumak ve sağlık kurumlarına zarar veren kişileri cezalandırmak amacıyla ceza kanununda değişiklik yapılmıştır (Belizzi ve ark., 2022).
- Bir başka örnek olarak Almanya’da hekimlerin şiddete maruz kalması halinde hizmetten çekilme hakkı mevcuttur. Fakat bu hak acil durumları kapsamamaktadır; hekimler bu hakkı kullanacakları zaman sigorta şirketini bilgilendirmelidir. Diğer taraftan aksi durumdan söz edilebilecek ülke İsrail’dir. İsrail’de sağlık çalışanları bu haktan mahrumdur. Şiddetle karşılaşıldığında fail, önce yazılı uyarı alır, ardından bir yıl içerisinde aynı kişi tekrar şiddet uygularsa hastane yöneticileri bu kişinin acil durumlar haricinde hizmetten yararlanmasını engelleyebilecek yetkiye sahiptir (Taştemir ve ark., 2022).

¹⁷ Bkz. <https://pib.gov.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=202493>

2. BÖLÜM

SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın öncelikli amacı, Türkiye’de sağıkta şiddete yönelik düzenlenen politikaların analizine dayanmaktadır. Dolayısıyla bu bölümde öncelikli olarak politika kavramı, kamu politikası, kamu politikasının bir alt başlığı olan sağık politikası olguları tanımlanmakta, daha sonra politikaların nasıl belirlendiği ve politika analizinin neyi ifade ettiği üzerinde durulmaktadır. Son olarak sağık politikası analizinde kullanılan yöntemlerden bahsedilmektedir.

Sağık politikası kavramını tanımlamadan önce politika ve kamu politikası kavramlarının tanımlanmasında yarar vardır. Politika dendiğinde akla ilk gelenin İngilizcede *politics*, yani siyaset kavramı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu çağrışımın temelinde Türkiye’de siyaset ve politika kelimelerinin birbirlerinin yerine sıklıkla kullanılıyor oluşu yer almaktadır. İngilizcede *policy* olan politika kavramı ise en temelde “belirlenen amaçlara ulaşmak için izlenen yol, yöntem” şeklinde tanımlanmaktadır (Güçlü, 2003). Buse ve arkadaşlarına (2012) göre politika, sorumluluk sahibi kişilerin belirli konular hakkında almış olduğu kararlar şeklinde ifade edilmektedir. Barker (1996) ise politikanın belirli bir konu hakkında bir dizi uygulama, açıklama ve düzenlemeyi içerdiğini belirtmektedir. Politikaların temelde bireyler arasındaki çatışmalara odaklandığını iddia eden Kapani’ye (2014) göre bireyler sosyo-ekonomik düzeylere bağlı olarak farklı görüş ve çıkarları benimseyebilmekte ve bireyler arasındaki bu farklılıklar da çatışmalara neden olabilmektedir. Heywood’a (2015) göre politika, farklı çıkarların uzlaştırıldığı bir uzlaş alanı olarak görülmektedir. Nitekim Tansey (1995) politikayı “bölünmüş toplumları, serbest ve ortak bir zemin üzerinde bir araya getirerek, aşırı şiddete ve çatışma süreçlerinin yaşanmasına engel olmaya çalışan yönetme ve yönlendirmenin yolu” olarak tanımlaması, Heywood’un uzlaş alanı düşüncesini destekler niteliktedir. Tüm bu tanımlamalardan hareketle politika kavramının pek çok araştırmacı tarafından farklı şekillerde kavrandığı söylenebilir.

Sanayi Devrimi'nin bir sonucu olarak toplumsal alanda meydana gelen problemlerin azaltılması ve bireylerin yaşam koşullarının iyileştirilmesi amacıyla devletin müdahalesi gündeme gelmiştir. Özellikle, 20. yy'nin ilk çeyreğinde liberal düşüncenin görece zayıflaması ve refah devleti modelinin kendisine yer bulmasıyla birlikte devletin toplumsal yaşamdaki rolünde bir artış söz konusu olmuştur (Demir, 2011). Refah devletin bu konumlanış ve rolü, kamu politikalarının oluşumunun belirleyici gücüdür (Tatar, 2007).

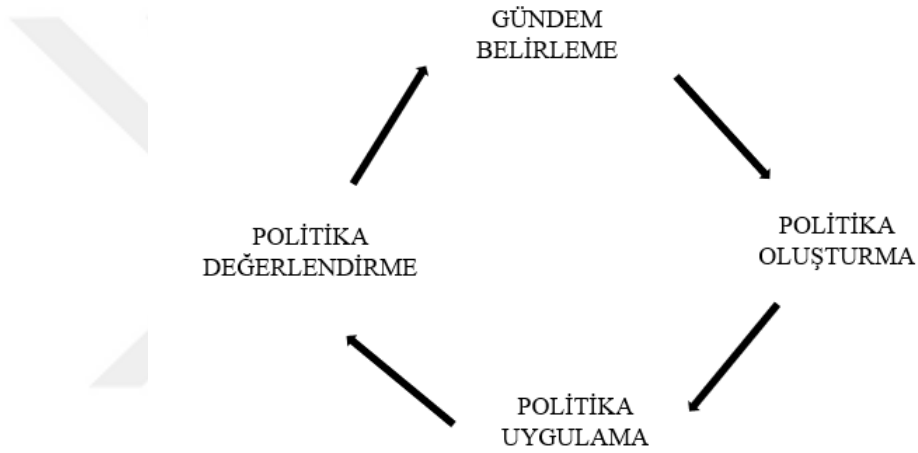
Sağlık, eğitim, çevre, sosyal güvenlik gibi pek çok alanla ilgili olabilen kamu politikaları, politik-toplumsal sistemin meydana getirdiği kolektif bir yapıdır. Bu yapının beş unsuru bulunmaktadır. Aktörler, yetki sahibi otoriteleri temsil eden birey ya da gruplardır. Tasvirlerse eylem, koşul ve tepkilere yön veren normatif yapılardır. Kurumlar, eylemleri yöneten kural ve normlardır. Süreçler, aktörlerin zaman içerisinde değişen eylemlerini açıklamakta ve aktörler arasındaki karşılıklı etkileşimi ifade etmektedir. Sonuçlar ise kamusal nitelikte eylemlerin çıktılarını ve söz konusu çıktılarının toplumu ne denli etkilediği ile ilgilidir (Çevik ve Demirci, 2012; Şahin ve Yıldız, 2013).

Kamu politikaları bir problemin çözümüne yönelik alınan kararların ve söylemlerin izlenmesi sonucunda yapılan her şeyi ifade etmektedir. Örneğin, bir yol inşaatını ya da sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bir hizmeti içerebilmektedir. Kamu politikaları bir problemi çözmeye yönelik olabileceği gibi çevresel bir analiz ya da bir durum saptamasını ortaya koymak amacıyla da oluşturulabilir (Dye, 2012). Bu politikalar her ne kadar gerçekleştirilmesi gereken birer eylem olarak görülse de Blank ve Brau'ya (2007) göre probleme dair eylemsizlik kararı da bir politika olarak nitelendirilmektedir.

Tüm bunlara ek ülkelerin benimsediği kamu politikaları birbirinden farklılık göstermektedir. Devlet müdahalesinin yoğun olduğu ülkelerde kamu politikaları gündemi belirlemede önemli bir yer tutarken, liberal düşüncüyü benimseyen ülkelerde devletin müdahalesi sınırlı düzeyde kalmaktadır. Bununla birlikte toplumsal dönüşümler, ekonomi, nüfus, yoksulluk, kentleşme gibi pek çok faktör kamu politikaları ve devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2020).

2.1. POLİTİKA BELİRLEME SÜRECİ

Alan yazında politikaların belirlenmesinde kullanılan farklı modeller söz konusudur. Bu modellerin ortak noktası bir süreç doğrultusunda politikaların nasıl serimleneceğiyle ilgilidir. Nitekim Lasswell'in (1979) yedi aşamadan oluşan süreç modeli ve Sabatier (2007)'in beş aşamalı modeli bu modellerin örnekleridir. Süreç modelleri sağlık politikalarının oluşturulmasında da sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmada Lehmann'ın (2016) dörtlü süreç modelinden hareketle politika belirleme süreci açıklanmaktadır.



Şekil 2. Politika Belirleme Süreci

Kaynak: Lehmann (2016)

2.1.1. Gündem Belirleme

Lehmann'a (2016) göre sağlık politikası belirleme sürecinin ilk adımı gündem belirlemedir. Gündem belirleme toplumsal yaşamla ilgili bir konu ya da sorunun belirlenmesi, nedenleri ve soruna dair çözüm önerilerinin araştırılmasına yönelik faaliyetleri içermektedir (Memişoğlu, 2018). Bir konu ya da sorunun belirlenmesinde medya, toplum ve kamu aktif rol almaktadır. Ancak, Rogers ve Dearing (1988) medyayı bu süreçte ayrı tutmaktadır. Çünkü onlara göre medya toplumun düşünce ve davranış yapısını değiştirebilme, şekillendirebilme becerisine sahiptir. Medyanın yanı sıra kamunun odağında yer alan konu ya da sorunları ifade etmek üzere kullanılan kamu

gündemi ile politika yapıcıların, yani üst düzeyin belirlenen bir durumu konu ya da sorun olarak görmeleri ve kabul etmeleri de yine bu süreçle ilgilidir. Bu noktada gündemin belirlenmesinde medya, kamu gündemi ve politika gündemi etkileşim içerisinde hareket etmekte ve etkileşim süreci genellikle medyadan kamu gündemine, kamu gündeminden politika gündemine doğru ilerlemektedir.

Gündem belirleme sürecinde bir diğer önemli nokta aktörlerdir (Demir, 2011). Sağlık sektöründe politika belirleme sürecinde kamuya ait aktörler (Cumhurbaşkanı, Sağlık Bakanlığı, Milletvekilleri, İl Sağlık Müdürlüğü vb.) akademisyenler, meslek odaları (TTB, Türk Hemşireler Derneği vb.), uluslararası kuruluşlar (DSÖ, DB, ILO vb.) ilaç ve sigorta şirketleri yer almaktadır. Bu politika aktörleri toplumsal bir sorunun hükümet tarafından fark edilmesi ve gündeme alınmasında katkısı fazladır.

2.1.2. Politika Oluşturma

Politika belirleme sürecinin ikinci adımı politika oluşturmaktır. Bu adım, sorunun tanımlanarak gündem belirleme adımına taşınmış olması varsayımından hareketle bir sorunun çözümüne yönelik gerekli düzenleme ve uygulamaların geliştirilmesiyle ilgili faaliyetleri kapsamaktadır (Knill ve Tosun, 2011). Bu adımda ilgili aktörlerin sürece dahil edilmesiyle sorunun çerçevesi, amaç ve öncelikler belirlenmekte, alternatif çözüm önerileri ortaya konmaktadır. Politika oluşturulurken sorulması gereken bazı sorular aşağıda ifade edilmektedir (Demir, 2011):

- Sorunu ele almaya yönelik plan nedir?
- Sorunla ilgili belirlenen hedef ve öncelikler nelerdir?
- Belirlenen hedeflere ulaşmak için hangi alternatifler söz konusudur?
- Her bir alternatifin fayda ve maliyeti nedir?
- Alternatiflerin ne gibi pozitif ve negatif dışsallıkları söz konusudur?

2.1.3. Politikaların Uygulanması

Üçüncü adım politikaların uygulanması adımıdır. Politika oluşturma sürecinde sorunun çözümüne yönelik geliştirilen uygulama ve düzenlemelerin hayata geçirildiği adımdır.

Bir başka ifadeyle mevcut politika beklentileri ve algılanan politika sonuçları arasındaki durumu temsil etmektedir (Buse ve ark., 2012). Bürokratik işlemler, idari düzenlemeler, kamu harcamaları gibi kamu politikası ile ilgili faaliyetler yer aldığı bu adımla ilgili olarak alan yazında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (Dilaveroğlu, 2017). Bu yaklaşımlardan ilki ‘yukarıdan aşağıya’ yaklaşımıdır. Bu yaklaşım ilgili politikanın merkezi hükümet tarafından başlatılarak hiyerarşik açıdan daha alt düzeylerde yer alan kurum ve kuruluşlara iletilmesi şeklinde ilerlemektedir. Bir başka deyişle üst düzeyde belirlenen politikaların alt düzeyler tarafından uygulanması durumu söz konusudur. ‘Aşağıdan yukarıya’ yaklaşımıysa hiyerarşik açıdan alt düzeyde yer alan kurum ve kuruluşların politikanın uygulanması sürecinde daha çok inisiyatif almasına ve uygulanma şeklinde değişiklik yapabilmelerine imkân sunmaktadır (Mazmanian ve Sabatier, 1983; Knill ve Tosun, 2011). Yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya yaklaşımının birleşimi olan ‘melez yaklaşım’ ise temelde her iki yaklaşımın zayıf yönlerini ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Bu doğrultuda, politikanın uygulanma sürecinde hem merkezi hükümetin hem de alt düzey kurum ve kuruluşların etkileşim halinde olmasına odaklanmaktadır (Knill ve Tosun, 2011). Son yaklaşım ise ‘vekalet veren-vekil’ yaklaşımıdır. Politikayı hayata geçirenler (vekalet veren) ile politikayı uygulayanlar (vekil) arasındaki ilişkiye vurgu yapan bu yaklaşımın temelinde politikanın etkin bir biçimde hayata geçirilmesinde rol alan yöneticiler (merkezi yönetimden hastane yönetimine kadar tüm düzeyler kastedilmektedir) ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapılmaktadır (Mayntz, 1977; Buse ve ark., 2012).

2.1.4. Politikaların Değerlendirilmesi

Politika belirleme sürecinin son aşaması politikaların değerlendirilmesidir. Politika sürecinde belirlenen amaç ve hedeflerin ne kadarının gerçekleştiği sorusu üzerinde durulmaktadır. Değerlendirme süreci yalnızca bu son aşamada değil, aslında politika döngüsü içerisinde aralıklı olarak gerçekleştirilmelidir. Bu noktada uygulama öncesi dönem (etki ve sonuçları öngörme), uygulamanın hayat geçirildiği dönem (ara dönem etki ve sonuçları), uygulama sonrası dönem (belirlenen hedeflerle sonuçlar arasındaki uyum) olmak üzere üç aşamada değerlendirme süreci yürütülmektedir (Wollman, 2007). Knill

ve Tosun'a (2011) göre değerlendirme sürecinde kullanılan yöntemler aşağıda belirtilmiştir:

- Resmi değerlendirmeler (rutin görevlerin izlenmesi)
- Müşteri memnuniyetinin değerlendirilmesi (birinci fonksiyonların performansının ölçülmesi)
- Çıktıların değerlendirilmesi (ölçülebilir ve amaçlanan sonuçlarının listesinin tatmini)
- Maliyet fayda değerlendirmesi (maliyetlerin karşılaştırılması ve politikanın etkisi)
- Uzun vadeli sonuçların değerlendirilmesi (toplumsal sorunlar üzerindeki etkisi)

Her ne kadar politikaların değerlendirilmesi politika belirleme sürecinin son aşaması olarak görülse de mevcut politikanın belirlenen hedeflere ulaşmadığı durumda döngü yeniden başlamakta, yani gündem belirleme sürecine geri dönmektedir.

2.2. POLİTİKA ANALİZİ

Özellikle 20. yy'de reform çalışmalarının gündeme gelmesiyle birlikte alan yazında kendine yer bulan politika analizi kavramı, temelde mevcut politikaların değerlendirilerek güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya konduğu bir yöntem olarak ifade edilmektedir. Bu noktada Dye (2012) kavramı hükümetlerin nasıl bir politika oluşturduğu, bu politikayı neden hayata geçirdiği ve politikanın etkisini, yani toplum tarafından nasıl karşılandığını anlamak üzere yapılan tüm çalışmalar şeklinde açıklamaktadır. Browne ve arkadaşları (2018) da bu tanıma benzer bir tanım yaparak hükümetlerin ilgili politikayı niçin yürürlüğe koyduğu ve politikanın nasıl bir etkiye neden olduğu üzerine odaklanmaktadır. Tüm bunların yanı sıra politika analizi, kanıtlar yoluyla alternatif politikaları değerlendiren ve alternatifler arasından en iyi politikanın seçilmesinde de kullanılan bir yöntem olarak da ifade edilmektedir. O halde politika analizi yalnızca mevcut politikaları değerlendirmemekte, yeni politikaların oluşturulma sürecinde de kullanılmaktadır. Nitekim Dunn'ın (2004) politika analizi kavrayışı bu düşüncüyü desteklemektedir. Dunn'a (2004) göre politika analizi, mevcut politikaların anlaşılmasına ve yeni politikaların geliştirilmesine katkı sağlayacak bilgiler oluşturmak, bu bilgileri eleştirel açıdan değerlendirmek ve paylaşmak amacıyla tasarlanan bir araştırma sürecidir. Ayrıca

politika analizinin aşağıda ifade edilen beş soruya yanıt aradığını belirtmektedir (Dunn, 2004):

- Sorun nedir, neyi içermektedir?
- Sorunun çözümünde alternatifler arasından hangisi seçilmelidir?
- Seçilen alternatifin ne gibi sonuçları söz konusudur?
- Sonuçlar, sorunun çözümüne katkı sağlamakta mıdır?
- Diğer alternatiflerin seçilmesi durumunda sonuçlarda ne gibi değişiklikler söz konusu olabilir?

Parsons'a (1995) göre politika analizi, 'politikanın analizi' ve 'politika için analiz' olmak üzere iki farklı yaklaşımı içermektedir. Politikanın analizi yaklaşımı 'geriye dönük', yani retrospektiftir. Tanımlayıcı politika analizi olarak da ifade edilen bu yaklaşım, politikanın nasıl ortaya çıktığı, gündeme geldiği, formüle edildiği, içeriğinin ne olduğu ve nelerden oluştuğuyla ilgilidir. Ayrıca yaklaşım ile mevcut politikanın değerlendirilmesinin de yapılarak istenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı/politikanın neticede başarısı üzerinde de durulmaktadır (Buse ve ark., 2012). Diğer yaklaşım olan politika için analiz yaklaşımı 'ileriye dönük', yani prospektiftir. Yeni politikalar oluşturmak için kullanılan bu yaklaşıma göre oluşturulan bir politikanın uygulanmaya başlandığı noktada etkilerinin ne olacağının değerlendirilmesi söz konusudur. Bir bakıma politikanın uygulanabilirliği üzerinde durulmaktadır (Patton ve ark., 2016). Walt'a (1996) göre bu yaklaşım, tarafların tutumları ve beklentilerini değerlendirmek için de yapılmaktadır.

Alan yazında politika analizinin güçlü ve zayıf yönlerine değinilmiştir. Politika analizi sayesinde (Kraft ve Furlong, 2007; Gilson, 2012);

- Mevcut politikanın neden ve nasıl başarılı veya başarısız olduğunu açıklanabilmekte,
- Gelecekteki politika oluşturma sürecinin geliştirerek gelecekte politikaların daha iyi uygulanmasını sağlamakta,
- Mevcut politikanın kanıta dayalı oluşturulması sayesinde politikanın uygulanabilirliği artmakta,

- Mevcut politika ile ilgili daha fazla paydaş katılımı sağlanmakta, politikanın temsil gücü artmaktadır.

Politika analizinin zayıf yönleri ise şu şekilde aktarılmaktadır (Çevik, 1998):

- Politikalar genellikle siyasi nedenlerle oluşturulmakta zaman ve mekâna göre farklılık göstermektedirler. Ayrıca oluşturulduğu dönemi temsil etmeleri nedeniyle genelleştirmeleri oldukça zordur.
- Sürecin karmaşık olması nedeniyle bir politikanın oluşturulması uzun zaman almaktadır.
- Politikanın analizi için elde edilen bilgilere kimi zaman ulaşmak zordur ya da ulaşılması durumunda kullanılması mümkün olmayabilir.
- Elde edilen bilgilerin pek çok açıdan taraflı olabileceği araştırmacı tarafından göz önünde bulundurulmalı, ayrıca araştırmacı analiz sürecinde tarafsız olmalıdır.

2.3. SAĞLIK POLİTİKASI

Kamu politikasının bir alt başlığı olarak ele alınan sağlık politikasına dair alan yazında pek çok farklı tanım söz konusudur. Her bir disiplin, kavramın farklı yönüne vurgu yapmakta, onu farklı şekillerde tanımlamaktadır. Bir ekonomiste göre sağlık politikası kıt kaynakların sağlık alanında nasıl kullanılacağı ile ilgiliyken, bir hekime göre sağlık hizmetleri, bir sağlık planlamacısı içinse halk sağlığını geliştirmek için sağlık faktörlerini etkileyen yöntemlerle ilgilidir (Buse ve ark., 2012; Tengilimoğlu ve Toygar, 2020). Disiplinlerarası bu farklılıklardan hareketle sağlık politikası için denebilir ki, hastalık, ilaç gibi teknik konularla ilgili olmasının yanı sıra finansman, sağlık hizmeti yönetimi, ödeme gibi kurumsal konuları da içermektedir (Janovsky ve Cassels, 1996). Diğer kamu politikalarından farklı olarak sağlık politikasının kendine has bazı özelliklerine vurgu yapan Palmer ve Short (1998) bu özellikleri üçe ayırmaktadır. Bunlar:

- Diğer alandaki meslek gruplarına göre tıp mesleğinin sağlık politikaları sürecine etkisi,

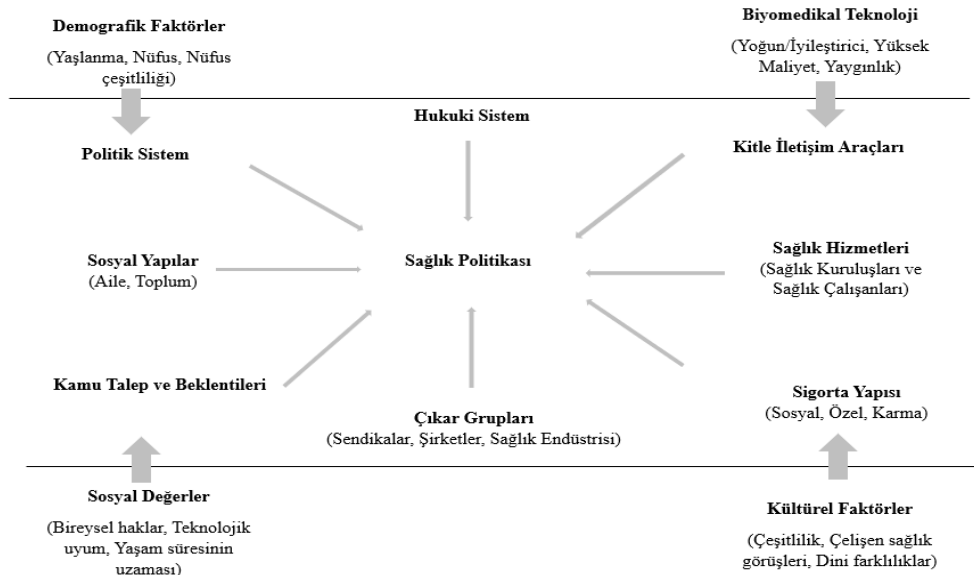
- Karar verme sürecinin diğer politika alanlarına göre -ölümle sonuçlanma olasılığının yüksek olması nedeniyle- daha riskli olması,
- Sağlık sistemlerinin karmaşık ve yer yer tekелci yapısıdır.

Fişek (1985), kavramı ‘dar’ ve ‘geniş’ anlamıyla ele almaktadır. Ona göre dar anlamda sağlık politikası, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, sağlığı geliştirici hizmetler sunmak iken, geniş anlamda sağlığı etkileyen ve sağlıktan etkilenen tüm sektörlerin sürece dahil edilmesi ve dengeli bir biçimde sağlıktaki gelişimin öngörülmesi şeklinde aktarılmaktadır. Kavrama dair bir başka kapsayıcı tanım ise Walt ve arkadaşlarına (2008) aittir. Walt ve arkadaşları, sağlık politikasının tanımlarken sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olduğu düşünülen aktörleri, çevre ve sosyo ekonomik faktörleri de sürece dahil etmektedir. Onlara göre sağlık politikası sağlık sisteminin kurumları, hizmetleri ve finansman düzenlemeleri ile ilgili olmakla birlikte sağlığı etkileyen çevresel ve sosyo-ekonomik faktörler ile de yakından ilişkilidir (Walt ve ark., 2008).

Leichter (1979) sağlık politikasını etkileyen faktörlerin kapsamını biraz daha genişleterek faktörleri dört kategoride ele almıştır. Bunlardan ilki ‘durumsal’ faktörlerdir. Politika üzerinde etkisi olduğu düşünülen savaş, doğal afetler, salgın ya da kuraklık gibi değişken durumları ifade etmektedir. Bu durumlara bağlı olarak yeni politikalar geliştirilebilir; sağlık kurumlarının bu durumlara uygun olarak yeniden düzenlenmesine yönelik yönetmelikler oluşturulabilir (Buse ve ark., 2012). Bir diğeri ‘yapısal’ faktörlerdir. Bu faktörler bir ülkenin ekonomik, siyasi, demografik ve teknolojik özellikleri ile ilgili olup değişimin çok hızlı olmadığı unsurları ifade etmektedir. Bir ülkede yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki oranının artmasıyla kronik hastalıklara bağlı olarak sağlık ve ilaç harcamalarında da artış meydana gelecektir. Bu noktada yapısal faktörler kapsamında artan harcamalara ve yaşlı bakım sürecine yönelik politikalar oluşturulmalıdır. ‘Kültürel’ faktörler ise toplumu oluşturan bireylerin ait oldukları sınıfla ilgili olan dil, din, cinsiyet, etnik kökene bağlı olarak şekillenen faktörlerdir. Bu faktörler politikaları güçlü bir biçimde etkileyebilmektedir. Bazı etnik grupların hakları hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması ya da sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları engelleri ortadan kaldırmak üzere politikalar geliştirilebilir (Buse ve ark., 2012). Son faktör ise ‘uluslararası veya dışsal’ faktörlerdir. Hükümetler, ulusal düzeydeki sağlık sorunlarına yönelik politikalar geliştirmektedir. Ancak uluslararası manada tüm dünyayı etkileyen ya da etkileyebilecek

olan bir sağlık sorununun çözümünde ülkeler ve sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşlar arasında iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü çoğu zaman söz konusu kuruluşların yardımıyla uluslararası alanda sorunların çözümü mümkün olabilmektedir.

Sağlık politikası bir toplumda sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla alınan kararlar, oluşturulan planlar ve hayata geçirilen eylemler şeklinde tanımlanmasının yanı sıra temelde süreç ve güçle de ilgilidir (WHO, 2005). Tatar (2006) sağlık politikasını sağlıkla ilgili olan kamu, özel ve gönüllü kuruluşların gerçekleştirdiği eylemler şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık politikalarının hayata geçirilmesinde hükümetler aktif rol oynamaktadır. Çünkü hükümetler sağlık sistemiyle ilgili kurumların organizasyonu, hizmetin sunuluş biçimi, finansmanı ile ilgili eylemleri (ya da eylemsizlikleri) hayata geçiren yetkiye, güce ve konuma sahiptir. Hükümetlerin sağlık politikası sürecinde Green ve Thorogooğ'un (1998) da belirttiği üzere, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı ile ilgili politikaların yanı sıra sosyo-ekonomik, kültürel, hukuki faktöre yönelik politikaları da gündemlerine almaları gerekmektedir. Ancak bu şekilde kapsamlı bir politikanın varlığından söz etmek mümkün olacaktır. Bu açıdan düşünüldüğünde gelişmiş bir toplumda sağlık politikası bağlamı aşağıdaki gibi olmalıdır (Blank ve Brau, 2007):



Şekil 3. Gelişmiş Bir Toplumda Sağlık Politikası Bağlamı

Kaynak: (Blank ve Brau, 2007).

Şekilden de anlaşıldığı üzere demografik ve kültürel faktörler, teknolojiye de değişimler ve sosyal değerlerden hareketle bir ülkenin politik ve hukuki sistemi, sosyal yapısı, kullandığı kitle iletişim araçları, sigorta yapısı, ülkedeki kamu talep ve beklentileri, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve çıkar grupları sağlık politikalarını doğrudan etkilemektedir.

2.3.1. Sağlık Politikası Belirleme Süreci

Sağlık politikalarının nasıl belirlendiğine geçmeden önce ülkelerin politika belirleme sürecinde kullandığı bazı yaklaşımlardan da bahsetmek gerekir. Politika belirleme sürecinde öne çıkan yaklaşımlar, ‘rasyonel politika belirleme ve planlama yaklaşımı’, ‘artırımcı (marjinal) politika belirleme ve planlama yaklaşımı’ ve ‘karma tarama gözlem yaklaşımı’dır (Simon, 2007). İlk yaklaşım karar vericinin alternatifler arasında en doğru kararı seçeceği varsayımına dayanmaktadır. Bu noktada karar verici elindeki gücü sayesinde tüm alternatifleri ortaya koymakta, alternatiflere dair uygulamanın sonuçlarını öngörmekte, değerlendirmekte ve alternatifler arasından en verimli olanı seçebilmektedir (Jabes, 1982; McGrew ve Wilson, 1982). Marjinal politika belirleme ve planlama yaklaşımı, rasyonel yaklaşımının tek bir karar vericinin olması, köklü reform ve dönüşümlere odaklanması bakımından eleştirmektedir (Simon, 2007). Bu yaklaşım, sorunun çözümünde ilgili aktör ve/veya grupların da sürece dahil edilerek uzlaşılı yoluyla sorunların çözülmesine, küçük düzenlemelerle bu sorunların ortadan kaldırılabileceğine odaklanmaktadır (Lindblom, 1979). Son yaklaşım, ‘karma tarama politika ve planlama’ yaklaşımıdır. Bu yaklaşım tek bir soruna ve bu soruna yönelik geliştirilecek politikaları merkezine almaktadır. Bunu yaparken de geliştirilecek politikalara dair ortamın ve sorunun bir kamera titizliğinde incelenmesi ve kaydedilmesi söz konusudur (Etzioni, 1967).

Sağlık alanında politika belirleme süreci -yukarıda da ifade edilen kendine has özelliklerinden dolayı- kamuda yer alan diğer alanlara göre farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bahsedilen bu yaklaşımların sağlık politikası sürecinde kullanımına daha çok dikkat etmek gerekir. Rasyonel politika ve planlama yaklaşımının sağlık politikalarında kullanılması durumunda alternatiflerin ekonomik açıdan değerlendirilmesi ve faydaların ölçülmesi söz konusudur. Faydaların ölçülmesinde kullanılan tekniklerin doğru teknikler

olduğundan emin olunması ve yerinde kullanımı bu noktada büyük önem arz etmektedir. Sağlık politikası belirlerken marjinal politika belirleme ve planlama yaklaşımının kullanılması durumunda ilgili aktörlerin -özellikle de hekimlerin- sürece dahil edilmesi, görüşlerinin alınması ve oluşturulan politikaları aktörler tarafından kabul edilmesi sistemin işleyişi açısından gereklidir. Sağlık politikası sürecinde karma tarama ve politika planlama yaklaşımının kullanılması durumunda sorunun doğru tespit edilmesi ve soruna yönelik oluşturulacak politika ortamının titizlikle incelenmesi ön plana çıkmaktadır (Tatar, 2007: Aba, 2018).

Tablo 1 sağlıkta şiddete yönelik politika belirleme süreciyle ilgilidir. Her bir aşamada hangi faaliyet ve aktörlerin yer aldığını göstermektedir. Tablo 1'e bakıldığında gündem, Türkiye'de artan sağlıkta şiddet olgusudur. Gündemi belirleyen aktörler, Sağlık Bakanlığı, TBMM, TUSPE, siyasi partiler, uluslararası kuruluşlar gibi üst düzey aktörler olmakla birlikte STK'lar, meslek odaları ve sendikalar da yer almaktadır. Politika oluşturma sürecinde sorun ayrıntılandırılmakta, sorunun nedeni ve sonuçları belirlenmeye çalışılmaktadır. Sorunun çözümüne yönelik hedefler belirlenmekte, alternatif çözüm önerilerinin değerlendirilmesi ve alternatifler doğrultusunda politikanın çerçevesi oluşturulmaktadır. Bu aşamada cumhurbaşkanlığı, TBMM, TUSPE, siyasi partiler, ilgili bakanlıklar (Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı), STK, sendikalar, meslek odaları ilgili aktörlerdir. Üçüncü aşama, politikanın hayata geçirilmesi, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları tarafından kabul edilmesi ve uygulanmasını içermektedir. Bu aşamadaki temel aktörler, sağlık kurumları yöneticileri ve sağlık çalışanlarıdır. Son aşama olan politikanın değerlendirilmesi aşamasında, başlangıçta belirlenen hedefler ile politikanın sonuçlarının karşılaştırılması, hedeflerin ne kadarına ulaşıldığının değerlendirilmesi mevcuttur. Değerlendirme sürecinin aktörleri ise Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumları yöneticileri, sağlık çalışanları ve hastalar olarak düşünülebilir.

Tablo 1. Sağlıkta Şiddete Yönelik Politika Belirleme Süreci

Aşama	Faaliyet	Aktörler
Gündem Belirleme	Türkiye’de artan sağlıkta şiddet olgusu	Sağlık Bakanlığı TBMM TUSPE Siyasi Partiler Medya Kuruluşları Uluslararası Kuruluşlar STK’ler
Politika Oluşturma	- Sağlıkta şiddetin görülme sıklığı, artışı nedenleri, olası sonuçlarının tanımlanması, - Sağlıkta şiddetle mücadelede hedeflerin belirlenmesi, - Hedeflere yönelik alternatif çözüm yollarının oluşturulması - Oluşturulan alternatiflerin öngörülen sonuçlarının karşılaştırılması, - Alternatifler doğrultusunda geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin araçların belirlenmesi ve politikanın oluşturulması - Oluşturulan politikanın yasal çerçevesinin hazırlanması	Cumhurbaşkanlığı TBMM TUSPE Siyasi Partiler İlgili Bakanlıklar (Sağlık Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı) İl Sağlık Müdürlükleri Akademisyenler STK’ler
Politikanın Uygulanması	- Politikanın bürokratik süreçler sonucunda hayata geçirilmesi - Sağlık çalışanları tarafından politikanın kabul edilmesi ve uygulanması	Sağlık Çalışanları Sağlık Yöneticileri
Politikanın Değerlendirilmesi	- Hayata geçirilen politikanın sonuçlarının takip edilmesi - Başlangıçta belirlenen politika hedefleri ile politika sonuçlarının karşılaştırılması, hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesi,	Sağlık Bakanlığı Sağlık Çalışanları Sağlık Yöneticileri Hastalar

Kaynak: Tablo, araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

2.3.2. Sağlık Politikası Analizi

Sağlık politikasını bir kamu politikası olarak tanımlayan Barker’e (1996) göre sağlık politikası analizi sayesinde hükümetlerin sağlık ile ilgili hedefleri nasıl belirlediği ve öncelikleri nasıl oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bu noktada Buse ve arkadaşları (2012), tutulan istatistikler ve toplanan veriler yoluyla toplumun istek ve ihtiyaçlarının belirlendiğini ve bu verilerin de politikaların analiz sürecinde kullanıldığını iddia etmektedir. Bir başka tanıma göre sağlık politikası analizi, sağlık ile ilgili politikaların niçin, nasıl ve kimler tarafından hangi varsayımlarla hayata geçirildiği, etkilerinin ne

olduğu üzerine odaklanmaktadır (Blackmore ve Lauder, 2005). Aynı zamanda bu analiz, politika sürecinde yer alan kurumları, kurumların çıkar ve düşüncelerini kurumlar arası etkileşimleri ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır (Buse ve ark., 2012). Walt ve arkadaşları (2008), sağlık politikası analizinin hem geriye hem de ileriye doğru olabileceğini vurgulamaktadır. Onlara göre sağlık politikası analizi ile hem mevcut politikaların başarıları ve başarılılıklarını anlaşılmakta hem de oluşturulacak olan politikalar planlanmaktadır.

Sağlık politikası analizi, 20. yüzyılda devlet, siyasi partiler, bürokratlar ve çıkar grupları aracılığıyla ele alınıyorken, küreselleşme ve kamu özel sektör arasında ortaklıkların da etkisiyle ulusal ve uluslararası kâr amacı güden ve gütmeyen pek çok aktör tarafından ele alınmaya başlanmıştır. Bu değişimin temelinde ülkeler tarafından sağlıkla ilgili ulusal politikaların yanı sıra uluslararası politikaların benimsenmesi yer almaktadır. Söz konusu durum uzun yıllardır politika sürecinin temel aktörü olan devletin gücünü ve etkisinin değiştiğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır (Keck ve Sikkink, 1998; Buse, 2012).

2.3.3. Sağlık Politikası Analizi Yöntemleri

Sağlık politikalarının analizi sürecinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu çalışmada sağlık politikalarında sıklıkla kullanılan analiz yöntemlerinden bahsedilecektir. Bu yöntemler; Bardach'ın 'politika analizinde sekizli yol'u, Reich'in 'politika haritalama yöntemi', Kingdon'un 'çoklu akım modeli' ve Walt ve Gilson'un 'politika analizi çerçevesi yöntemi'dir.

2.3.3.1. Politika Analizinde Sekizli Yol

Bu yöntem, tüm politika analizi süreçlerinde ele alınmakla birlikte özellikle de sağlık politikası analizinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bardach'a (1977) göre politikanın analizi sekiz adımını şöyle açıklamaktadır:

Bu adımlardan ilki sorunun belirlenmesi adımıdır. Bu adımda güç kavramı ön plana çıkmaktadır. Gücü elinde bulunduran karar vericiler sorunu, toplumun sağlıkla ilgili

belirlemiş olduğu konulardan seçebilecekleri kendileri tarafından oluşturmaya da tercih edebilirler (sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmaması ya da aile sağlığı politikalarının yetersiz oluşu gibi). Kısaca hangi konunun sorun ya da gündem olarak belirleneceğı karar vericiler tarafından belirlenmektedir.

İkinci adım, kanıtların bir araya getirilmesidir. Bu adımda veri toplama sürecinde zaman kaybetmemek ön plana çıkmaktadır. Analiz sürecine katkı sağlayacak ve bilgiye dönüştürülebilecek verilerin toplanması gerekmektedir.

Alternatiflerin oluşturulması üçüncü adımdır. Bardach'a göre, alternatifler sorunu çözmek için hangi müdahale stratejilerinin kullanılması gerektiğidir. Bu adımda belirlenen sorunun çözümüne yönelik stratejiler oluşturulmaktadır.

Kriterlerin seçilmesi bir diğer adımdır. Bu adımda analitik yöntemle elde edilen somut gerçeklerin yanı sıra değer yargılarının da kriterlerin seçilmesinde etkisi söz konusudur. Değer yargılarından arındırılmış analitik düşünme beceresinin ön planda olduğu durumlarda doğru kriterlerin seçilebileceğı ifade etmektedir.

Beşinci adım, sonuçların öngörülmesi adımdır. Söz konusu adımda üç farklı zorluktan bahsedilmektedir. Politikanın geçmişe dair analizi içermesine rağmen temelde geleceğe yönelik bir bilim olmasından hareketle gelecekte ne tür gelişimlerin yaşanacağı ve bu gelişmelerin ne gibi sonuçlar doğuracağı tam olarak bilinmemekte, dolayısıyla geleceğe dair bir belirsizlik durumu zorluğa neden olabilmektedir. İkinci zorluk, politikaların gerçekçilik düzeyi ile ilgilidir. Mevcut politikayla şu an ne durumdayız? Hedeflerin ne politikaya dair umutsuzluğa kapılmaya ya da politikadan tamimiyle vazgeçilmesine neden olabilmektedir. Son zorluk ise 51-49 prensibidir. Bu prensibe göre toplumun çoğunluğu tarafından benimsenmemiş bir politika yürürlüğe konulduğunda politikanın davranış değişikliği yaratmayacağı ifade edilmektedir.

Altıncı adım, politika seçenekleri arasındaki farklılıkların yönetilmesiyle ilgili dengelemelerle yüzleşme adımdır. Bu adımda politika seçenekleri arasında farklılıklar söz konusu olduğunda seçenekleri arası bir dengelemenin yapılması politika sürecine daha fazla katkı sağlayabilecektir.

Yedinci adım, tüm sürecin özetlendiği karar verme adımıdır. Bu adımda politika analizinin nasıl yapıldığı değerlendirilmektedir. Aynı zamanda karşılaşılan bu süreçte bir zorluğun ya da problemin çözülmesi de karar verme ile ilgilidir. Bu noktada problemin çözümü için etkin bir karar verme yöntemleri tercih edilmelidir.

Son adım hikâyenin hedef kitleye anlatılması ile ilgili adımdır. Politika analizi yapmak isteyen kitleye sorunun nasıl tanımlandığı, kanıtların nasıl bir araya getirildiği, alternatiflerin nasıl oluşturulduğu, kriterlerin nasıl seçildiği, sonuçların nasıl öngörüldüğü, dengelemelerin yeniden nasıl hesaplandığı ve nasıl karar verildiği bir rapor yardımıyla anlatılır.

2.3.3.2. Politika Haritalama Yöntemi

Bir diğer analiz yöntemi Reich (1995) tarafından oluşturulan ‘politika haritalama yöntemi’dir. Siyaset bilimine dayanan bu yöntem, reform süreçlerinde değere bağlı olarak ortaya çıkan çekişmeyi ve reformun gruplar arasında yaratmış olduğu rekabeti açıklamakta aynı zamanda reformun oluşturulduğu siyasi dönemin reformu nasıl etkilediğiyle ilgilenmekte ve siyasi sürecin ana hatlarını ortaya koymaktadır. Bu yöntem, bir kararın politik fizibilitesi yani geçerliliğini ve uygulanabilirliğini ortaya koymak ve geliştirmek açısından da önem taşımaktadır. Reich (1995) bu analiz türü sayesinde;

- Problemlerin hızlı tanımlandığı,
- Kurumlararası iletişimin arttığı,
- Karar vericiler için yeni fikirlerin ortaya çıktığı ve
- Etkin stratejiler sayesinde politikanın başarı olasılığının arttığını ifade etmektedir.

Bu analizle politika değişikliklerinin tanımlanması ve değerlendirilmesi söz konusu olmakla birlikte değişiklikler için yeni stratejiler de geliştirilebilmektedir. Bu noktada analizin hem ileriye yönelik hem de geriye dönük olduğu söylenebilir (Toygar, 2018).

Analiz, politika konuları, aktörler, kaynaklar ve iletişim ağlarını kapsayan altı aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalardan ilki ‘karar sonuçları’ aşamasıdır. Bu aşama, karardan

kimin, hangi düzeyde, ne zaman etkileneceğini göstermektedir. Ayrıca politikanın etkileri kimlik, boyut, zamanlama ve etkilerin şiddeti olmak üzere dört boyutta ele alınmaktadır. İkinci aşama, ‘pozisyon haritası’ aşamasıdır. Bu aşamada, politikanın tarafları ve karşıtları belirlenmektedir. Bir başka ifadeyle kimin politikayı desteklediği, kimin istemediği, kimin politikayı desteklemek adına harekete geçmediği tanımlanmaktadır. ‘Paydaş analizi’ aşaması, politikayla ilgisi olan birey ve kurumların politikayı nasıl değerlendirdiği üzerine durmakta, söz konusu paydaşların öncelikli hedefleri ile politika arasındaki uyuma odaklanmaktadır. ‘Politika ağ analizi’ ise paydaşlar arasındaki resmi ve resmi olmayan bağlantıları tanımlamakta ve bu bağlantıların yönü ve gücünü ortaya koymaktadır. ‘Değişim değerlendirmesi’ aşaması, politikanın uygulanmasından sorumlu kurumda meydana gelen değişiklikleri içermektedir. Son aşama, ‘değişim stratejileri’ aşamasıdır. Bu aşamada politikayı etkileyen ve politikanın değişimine neden olabilecek stratejiler analiz edilmektedir (Reich, 1995).

2.3.3.3. Kingdon’un Çoklu Akım Modeli

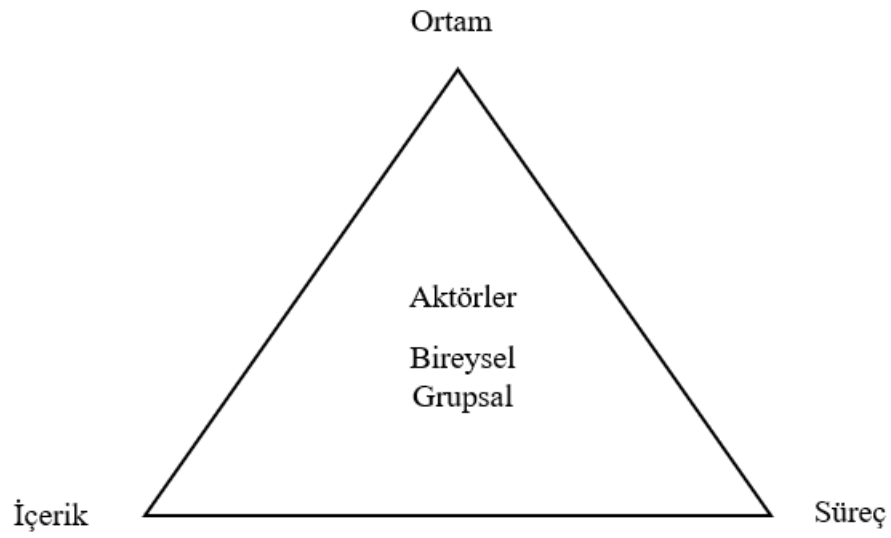
Bu model, politika sürecinin anlaşılması ve aktörler arasındaki etkileşimin ortaya konması bakımından önem taşımaktadır. Ayrıca model, bir sorunun gündem belirleme yoluyla hükümetlerin politika gündemine nasıl girdiğini göstermesi bakımından ön plana çıkmaktadır. Bu noktada Kingdon (1984) politika sürecinin üç bağımsız akışın (sorun, politika ve siyaset akışının) birbirine yaklaşması sonucu ortaya çıktığını ifade etmektedir. Ayrıca bu yaklaşma sayesinde gündemin belirlendiğini belirtmektedir. Sorun akışı, salgın, hastalıkların artması sağlık gösterilerinin iyileştirilmesi gibi hükümetin müdahalesini içeren sorunlara odaklanmaktadır. Politika akışı bu sorunlara yönelik çözümlerin araştırılması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır (Buse ve ark., 2012). Soruna yönelik nitelikli çözümler sunulması, çözümün hükümet politikası gündemine girmesine ve uzun süre gündemde kalmasında neden olmaktadır. Siyaset akışı ise, hükümet değişiklikleri siyasi partiler ve çıkar grupları arasında fikir ayrılıklarını kapsamaktadır. Soruna yönelik çözüm önerilerinin kim ya da kimler tarafından geliştirildiği ve bu kişilerin hükümetle olan ilişkisi soruna yönelik çözümlerin hayata geçirilmesinde rol oynamaktadır (Whiteford ve ark., 2016). Kingdon modelinde doküman analizinin önemli olduğunu belirtmekte yarar vardır. Bu doğrultuda soruna

yönelik oluşturulan politikaların değerlendirilebilmesi ve boşlukların belirlenebilmesi amacıyla ilgili tarafların hazırlamış olduğu raporların incelenmesi gerekmektedir (Buse ve ark., 2012).

2.3.3.4. Walt ve Gilson'un Politika Analizi Çerçevesi

Politika üçgeni olarak da bilinen Walt ve Gilson'un (1994) 'politika analizi çerçevesi', sağlık reformları başta olmak üzere tüberküloz, üreme sağlığı, ruh sağlığı, bağımlılık vb. konulara yönelik hayata geçirilen politikaların analizinde sıklıkla kullanılmaktadır (Cansever, 2022). Bu analiz, politika analizinde yalnızca içeriğe odaklanması ve diğer faktörlerin göz ardı edilmesine bir eleştiri olarak ortaya çıkmıştır (Gilson ve Raphaely, 2008). Walt ve Gilson (1994) analiz sürecinde politikanın içeriği kadar ortam, süreç ve aktörlerin de önemli olduğunu belirtmekte ve dolayısıyla bu üç unsurun da analiz sürecine dahil edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Düşünörlere göre 'ortam unsuru', politikanın oluşturulduğu dönemde yer alan politik, ekonomik, demografik ve kültürel faktörler ile ilgilidir. 'İçerik unsuru', oluşturulan politikanın kapsamını yani hangi ihtiyaç ve beklentileri karşıladığı ile ilgilidir. 'Süreç unsuru', politikanın sahaya nasıl yansıdığı, uygulandığı ve taraflarca nasıl değerlendirildiğine odaklanırken, 'aktörler', politikanın içeriğini, sürecini ve ortamını etkileyen aynı zamanda bunlardan etkilenen kişi ve grupları temsil etmektedir. Politika analizi çerçevesi şekil 4'te gösterilmektedir. Bu analiz türü hem ileriye yönelik hem de geriye dönük olmasından hareketle sağlık politikalarının analizinde kullanılmasının yanı sıra bir politikanın hayata geçirilmesinde de kullanılabilir.

Analizin uygulanabilir (basit ve anlaşılır) ve kapsamlı olması (yalnızca içeriğe değil ortam, süreç ve aktörleri de analiz sürecine dahil etmekte) nedeniyle bu çalışmada Walt ve Gilson'un politika analizi çerçevesi tercih edilmiştir. Özetlemek gerekirse, daha anlaşılır ve uygulanabilir, aktörlerin süreç içerisindeki konumunun vurgulanması, politika belirleyeceğinin amaçlarını ne yönde belirlediklerinin ele alınması, ihtiyaç ve öncelikler konusunda hangi kararları aldıklarının anlaşılmasında kritik bir öneme sahiptir. Bu kapsamda çalışmada sağıkta şiddetle ilgili hayata geçirilen politikalar ortam, içerik, süreç ve aktörler açısından analiz edilmiş ve analiz sonuçları bulgular kısmında detaylandırılmıştır.



Şekil 4. Politika Analizi Çerçevesi

Kaynak: Walt ve Gilson (1994)

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma kapsamında bir önceki bölümde ifade edildiği üzere sağıkta şiddetin hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan pek çok düzenlemeye rağmen güncelliğini koruduğu iddia edilebilir. Bununla birlikte ilgili alan yazın incelendiğinde Türkiye’de sorunu sağık politikaları özelinde şiddet sorununu bütüncül açıdan ele alan çalışmaların yaygın olmadığı gözlemlenmektedir. Dolayısıyla bu çalışma, sağıkta şiddetin nedenlerine, çözümüne ve şiddete yönelik geliştirilen düzenlemelerin politika analizi çerçevesinde değerlendirilmesine ve akabinde makro, mezo ve mikro düzeyde belirlenen paydaşların konuyla ilgili görüşlerinin ele alınmasına odaklanmaktadır.

Bu bölümde, öncelikle çalışmanın amacı belirtilmekte bu bağlamda oluşturulan temel amaç ile makro, mezo, mikro olmak üzere üç düzeyde belirlenen alt amaçlar ortaya konulmaktadır. Ardından çalışmanın önemi, metodolojisi ve deseni, çalışmada katılımcıların nasıl belirlendiği, veri toplama süreci ve verilerin analizi ayrıntılı bir biçimde açıklanmaktadır. Daha sonra geçerlilik ve güvenilirlik konusuna, çalışmanın etik durumuna ve sınırlılıklarına, son olaraksa çalışma kapsamında karşılaşılan güçlüklerle yer verilmiştir.

3.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışmayla Walt ve Gilson’un ‘politika analizi çerçevesi’nde Türkiye’de sağıkta şiddetin önlenmesine yönelik mevcut politikaların analiz edilmesi ile soruna dair makro (sosyal politika geliştiriciler), mezo (ilgili STK’ler) ve mikro düzeyde (sağık yöneticisi ve çalışanları) belirlenen paydaşların sağıkta şiddetin nedenlerine, çözümüne ve şiddete yönelik geliştirilen mevcut politikalara dair görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bununla birlikte politikaların değerlendirilmesinde düzeyler arası bir farklılığın olup olmadığını ortaya koymak amacıyla alt amaçlar oluşturulmuştur. Bu kapsamda çalışmanın alt amaçları şunlardır:

- Sağlıkta şiddetin nedenlerinin, çözümünün ve şiddete ilişkin geliştirilen politikaların makro düzeyde,
- Sağlıkta şiddetin nedenlerinin, çözümünün ve şiddete ilişkin geliştirilen politikaların mezo düzeyde,
- Sağlıkta şiddetin nedenlerinin, çözümünün ve şiddete ilişkin geliştirilen politikaların mikro düzeyde değerlendirilmesini merkezine almaktadır.

Bu amaçlar doğrultusunda Türkiye’de sağlıkta şiddet sorununa yönelik geliştirilen politikaları kavramsal çerçevede değerlendiren, sorunu analiz boyutuyla bütüncül bir biçimde şözümleme noktasında geniş paydaşlara yer veren çalışmaların ciddi bir yer kaplamayışı, özellikle sağlık yönetimi disiplininde bu kapsamda yapılan araştırmalara duyulan ihtiyaç bu çalışmanın hayata geçirilmesinin temel dayanağıdır. Bu açılardan bakıldığında çalışmanın uluslararası ve ulusal alan yazına katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

3.2. ÇALIşMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma, yorumsamacı paradigma ve bu paradigmaya bağlı olarak nitel araştırma yöntemi aracılığıyla tasarlanmıştır.

Doğa bilimlerinde sıklıkla kullanılan pozitivizm, akıl ve bilime dayalı olarak nesnel, gözlenebilir ve ölçölebilir nitelikte tek bir gerçekliğe ulaşma amacı taşımaktadır (Kaya, 2019; Yıldırım ve şimşek, 2021). Sosyal bilimlerde ise bu paradigmanın özellikle sosyolojinin kurucu düşünörllerinden Comte’la birlikte gündeme geldiği ve doğa bilimlerinde olduğu gibi gerçekliğin gözlem ve ölçmeye dayalı rasyonellik yoluyla anlaşılacağı iddia edilmektedir (Görbüz ve şahin, 2015).

Pozitivist paradigmanın olguyu etkileyen faktörleri ve süreçleri soyutlayarak nesnel, gözlenebilir ve ölçölebilir hale getirmesine bir eleştiri olarak (ki, bu eleştirinin temelinde sosyal dünyanın yalnızca deney, gözlem ve sayısal verilerle anlaşılamayacağı iddiası hakimdir) 20. yüzyılın başlarında yorumsamacı paradigma ortaya çıkmıştır (Görbüz ve şahin, 2015). Schwartz ve Ogilvy’e (1979) göre bu paradigmanın temelleri, Einstein’ın Görelilik Kuramı’ndaki gözlemcinin süreçteki etkisini ortaya koymasına dayanmaktadır.

Bu kuramla birlikte pozitivist paradigmanın temel özelliği olan “araştırmacının incelediği olgunun dışında kalması” yani nesnellik ilkesi sorgulanmaya başlanmıştır. Araştırmacı artık bu süreçte soyutlanan olmaktan çok, katılımcı olarak aktif bir rol üstlenmektedir.

Söz konusu değişikliklerle birlikte yorumsamacı paradigma gerçekliği, yani varlığın doğasını öznel ve sosyal aktörlerden bağımsız olmayacak şekilde tanımlamaktadır. Bu paradigmaya göre tek ve kesin bir doğru yoktur (Schwartz ve Ogilvy, 1979). Bir olgunun ancak belirli bir bakış açısıyla, belirli bir yönden ve durumsal bağlamdan hareketle tanımlanabileceği düşüncesi hakimdir (Patton, 2014). Morgan ve Smircich (1980), yorumsamacı paradigma doğrultusunda “bir olgunun onu deneyimleyenlerin bakış açısı sayesinde daha iyi anlaşılabilirliği”ni iddia etmektedir. Nitekim Neuman’ın (2014) bir olgunun toplumsal bağlam içerisine yerleştirilerek, iç görü edinerek veya ötekilere ait bakış açısının kavranarak anlaşılacağı düşüncesi Morgan’ın ifadesini destekler niteliktedir. Denebilir ki, sosyal bilimlerde yorumsamacı paradigma ile sosyal dünyaya ait olay ve olgular kendi ortamı içerisinde incelenmekte, bireylerin olay veya olgular hakkındaki duyguları, düşünceleri ve davranışları derinlemesine ele alınmaktadır.

Sosyal dünya içerisindeki olay ve olguları doğal ortamları içerisinde ele alan, birey ve/veya grubun davranışının nedenini ve nasılını anlamaya çalışan yorumsamacı paradigmada nitel araştırma yöntemi tercih edilmektedir. Çünkü olay ve olguların kendine özgü ortamlar içerisinde incelenmesi, araştırmacının söz konusu bu olay ve olguları kendi ortamı dahilinde ayrıntılı bir biçimde ele alması, anlaması ve yorumlaması gerekmektedir (Gülbüz ve Şahin, 2015). Denzin ve Lincoln’un (2011) nitel araştırma tanımı yorumsamacı paradigmada neden nitel araştırma yönteminin tercih edildiğini açıklar niteliktedir. Onlara göre “dünyadaki gözlemcinin yerini tespit eden konumlandırılmış bir aktivite olan nitel araştırma, dünyayı görünür hale getiren bir dizi yorumlayıcı, metaryal uygulamalardan oluşur. Bu uygulamalar dünyayı dönüştürür. Dünyayı; alan notları, mülakatlar, konuşmalar, fotoğraflar, kayıtlar ve araştırmacının notlarını da içeren bir temsiller serisine dönüştürür” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanıma ek olarak Glaser (1978) nitel araştırmayı, olay veya olguları doğal ortamlarında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde anlayabilmek için gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı bir yöntem olarak kavramaktadır. Nitel araştırma yönteminin tasarımına vurgu yapan Creswell (2023) ise nitel araştırmanın

başlangıç noktasının birey ve/veya grupların sosyal dünyaya dair herhangi bir soruna yükledikleri anlamlar yani varsayımlar olduğunu iddia eder. Creswell'e (2023) göre bu sorunun incelenmesi noktasında öncelikle kuramsal bir çerçeve oluşturulmalıdır. Daha sonra birey ve sorunun doğal ortamından hareketle veriler toplanmalı, örüntü ve temalar oluşturularak verilerin analizi gerçekleştirilmelidir. Verilerin analizi sonrasında sorunun açıklanması ve yorumlanmasını içeren bir rapor hazırlanmalı son olarak da çalışmanın alan yazına katkısı ortaya konmalıdır.

3.3. ÇALIŞMANIN DESENİ

Türkiye’de sağlıkta şiddet olgusunun ele alınması (tek bir olgunun derinlemesine incelenmesi) adına sağlıkta şiddetle ilgili mevcut politikaların Walt ve Gilson’un politika analizi çerçevesinde analiz edilmesi (olgunun dinamikleri ve süreçlerinin incelenmesi) ve ayrıca bu analize bağlı olarak şiddetin nedenleri, çözümü ve önlenmesine yönelik politikaların sahada makro, mezo ve mikro boyutta nasıl değerlendirildiğinin tespit edilerek ortaya konulması (olgunun nedeninin ve nasılının araştırılması) nedeniyle bu çalışmada durum çalışması (*case study*) deseni kullanılmıştır.

Nitel araştırma yönteminde çalışmanın yaklaşımını belirlemek ve çalışmanın aşamalarının tutarlı olmasını sağlamak amacıyla çeşitli araştırma desenleri¹⁸ kullanılmaktadır. Çalışmanın odağını belirlemede veri toplama ve verilerin analiz sürecinde araştırmacıya yol gösteren bu desenler, kesin çizgilerle birbirlerinden ayrılmamakla birlikte farklı yaklaşım ve gelenekleri de temsil etmektedir (Patton, 2014; Creswell 2023). Bu desenlerden biri olan ve alan yazında örnek olay, vaka çalışması gibi farklı isimlerle anılan durum çalışması, “güncel bir olgunun kendi yaşam çerçevesi (içeriği) içinde ele alındığı, olgunun ve içinde bulunduğu içeriğe dair sınırların belirgin olmadığı, birden fazla veri kaynağının yer aldığı durumlarda kullanılan bir araştırma deseni” şeklinde tanımlanmaktadır (Yin, 2003). Creswell’e (2023) göre durum çalışması “araştırmacının gerçek yaşam, güncel sınırlı bir sistem (bir durum) ya da belirli bir zaman içerisindeki çoklu sınırlandırılmış sistemler (durumlar) hakkında çoklu bilgi kaynakları

¹⁸ Sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan nitel araştırma desenleri fenomenoloji (olgu bilim), etnografya (kültür analizi), kuram oluşturma (gömülü kuram), anlatı araştırması ve durum çalışmasıdır (Patton, 2014; Creswell, 2023).

(gözlem, mülakat, görsel işitsel materyaller, doküman ve raporlar vb.) aracılığıyla detaylı ve derinlemesine bilgi topladığı bir durum betimlemesi ya da durum temaları ortaya koyduğu nitel bir yaklaşım” şeklinde ifade edilmektedir. Hessler (1992) ise durum çalışmasının yaşamın tüm aşamalarında çeşitli olayların derinlemesine incelenmesine imkân sağladığını kaydetmektedir. O halde durum çalışması, aralarında nedensel bağlantı olduğu düşünülen olay veya olguları tanımlamak, açıklamak, keşfetmek ve kategorilendirmek üzere nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Yin, 2003; Hancock ve Algozine, 2006).

Yin (2003), durum çalışmasının kullanılabilmesi için bazı kriterlerin varlığından söz etmektedir. Bu kriterler şu şekildedir:

- Çalışmanın konusu, ‘neden’ ve ‘nasıl’ sorularına yanıt arıyorsa,
- Güncel bir olayın veya olgunun araştırıldığı ve çalışma kapsamında belirlenen katılımcıların davranışları manipüle edilemiyorsa,
- Araştırılan olay veya olgunun meydana geldiği ortamda incelenmesinin önemli olduğuna inanılıyor, ayrıca olgunun kapsamlı ve karmaşık olduğu düşünülüyorsa,
- Araştırılan olay veya olgu ile bağlamsal ortam arasında sınırlar tam olarak belirlenemiyorsa durum çalışmasının kullanılması uygundur.

Yin’in belirlemiş olduğu kriterlere ek biçimde Hartmann (2011) bir olgunun dinamikleri veya süreçleriyle ilgilenildiğinde de durum analizinin kullanılabileceğinden bahsetmektedir.

Durum çalışmalarıyla ilgili alan yazında farklı sınıflamalar söz konusudur. Yin’in (2003) oluşturmuş olduğu dördü sınıflama, durum çalışmalarında sıklıkla kullanılan sınıflama türüdür. Bu sınıflamanın ilki, *bütüncül tek olay sınıflaması*dır. Çalışma konusu hakkında iyi tasarlanmış bir kuramın mevcut olduğu, standart olmayan kendine özgü olayların araştırıldığı ve daha önce kimsenin çalışmadığı ya da ulaşamadığı bir durumda bütüncül tek olay sınıflaması tercih edilebilir. Bir diğer sınıflama türü *bütüncül çoklu olay sınıflaması*dır. Bu sınıflamaya göre her bir olay kendi başına bütüncül olarak ele alınabilir

ve olaylar birbirleriyle karşılaştırılabilir. *İç içe geçmiş tek olay sınıflaması* ise tek bir olay içerisinde birden fazla katman veya birim söz konusu olduğunda kullanılabilir. Bu sınıflamaya göre olayla ilgili farklı alt birimler oluşturulmuş olsa da olay tek bir analiz birimi olarak ele alınmaktadır. Son sınıflama ise *iç içe geçmiş çoklu olay sınıflamasıdır*. Birden fazla olayın söz konusu olduğu ve her bir olayın alt birimlere ayrılarak ayrı ayrı ele alındığı sınıflama türüdür.

Bir diğer sınıflama Merriam'a (1998) aittir. Bu sınıflamaya göre durum çalışmaları *disiplin odaklı*, *amaç* ve *durum sayısına* göre farklılık göstermektedir. *Disiplin odaklı* durum çalışmaları; etnografik, tarihsel, psikolojik ve toplumsal olmak üzere dört grupta incelenmektedir. *Amaçlarına göre* durum çalışmaları betimleyici, yorumlayıcı ve değerlendirici olarak ele alınmaktadır. *Durum sayısına* göre tekli ve çoklu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tek bir durumun çalışıldığı araştırmalarda tekli, birden fazla durumun aynı anda çalışılması söz konusu olduğunda ise çoklu durum çalışması kullanılmaktadır.

Diğer taraftan Stake'in (2005) yapmış olduğu sınıflamaya göre durum çalışmaları *gerçek/asıl*, *araçsal* ve *kolektif* olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bir olgunun ortaya çıkışını belirlemek ve olgunun daha iyi anlaşılması sağlamak amacıyla *gerçek* durum çalışması kullanılmaktadır. *Araçsal* durum çalışmasında asıl olan olay ya da olgunun anlaşılmasından çok, başka bir konunun anlaşılması ön plandadır. Birden fazla olay ya da olguyu kapsayan *kolektif* durum çalışmasında ise her bir olayın birimleri birbirinden bağımsız şekilde ele alınmakta ve karşılaştırılmaktadır.

Yukarıda ifade edilen bu sınıflamalar, durum çalışmasının farklı yönlerine değinmektedir. Sağlıkta şiddetin nedenleri, çözümü ve şiddete yönelik geliştirilen politikaların makro, mezo ve mikro olmak üzere üç kategoride ele alınması nedeniyle bu çalışmanın Yin'in iç içe geçmiş tek olay sınıflamasına, Merriam'ın tekli durum çalışmasına ve Stake'in gerçek/asıl durum çalışmasına girdiği ifade edilebilir.

3.4. ÇALIŞMANIN KATILIMCILARI

Çalışmada, araştırmacı tarafından, olguya dair belirlenen ölçütleri derinlemesine ele alacak ve konuyla ilgili mevcut politikaları değerlendirebilecek bilgi ve tecrübeye sahip katılımcıların seçilmesini karşılamak amacıyla kişilerin tespit edilmesinde ölçüt örnekleme yöntemi ve konuya dair ilgili kurum ve gruplar arasında kilit rol üstelenen kişilerin seçilmesi (ki, bu sayede olgunun nedeni, çözümüne yönelik öneriler ve mevcut politikaların değerlendirilmesi daha net ortaya konacaktır) amacıyla maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır.

Olay ve olguların tanımlanması, açıklanması ve keşfedilmesi amacıyla amaçlı örnekleme yöntemleri¹⁹ nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla tercih edilmektedir. Bu örnekleme yöntemleri sayesinde olay ve olgu ile ilgili durumlar derinlemesine incelenebilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu örnekleme yöntemlerinden biri olan maksimum çeşitlilik örnekleme, çalışılan konuya dair bireylerin çeşitliliğini maksimum düzeyde yansıtmayı hedeflemektedir. Patton’a (2014) göre bu örnekleme yöntemi sayesinde çalışmaya dahil edilen her bir katılımcı ile ele alınan konunun boyutları ayrıntılı bir biçimde açıklanmakta ve ortak temalar ortaya çıkarılmaktadır. Bir diğer örnekleme yöntemi olan ölçüt örnekleme, temelde araştırmacı tarafından çalışma kapsamında belirlenen ölçütlerin karşılanması yer almaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2021).

Bu noktada çalışma kapsamında sağlıkta şiddet olgusunun nedenlerini, çözüm önerilerini ve mevcut politikaları bütüncül bir biçimde değerlendirmek üzere belirlenen paydaşlar aşağıda ayrıntılandırılmıştır.

Makro düzeyde Sağlık Bakanlığı’na bağlı ilgili birimlerde çalışan üç yetkili, Türkiye Büyük Millet Meclisi 24. Dönem milletvekilleri tarafından oluşturulan “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu”nın üyesi, 6569 sayılı kanun ile 2014 yılında kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

¹⁹ Patton’a (2014) göre; aşırı veya aykırı durum örnekleme, maksimum çeşitlilik örnekleme, benzeşik örnekleme, tipik durum örnekleme, kritik durum örnekleme, kartopu örnekleme, ölçüt örnekleme, doğrulayıcı veya yanlışlayıcı örnekleme ve kolay ulaşılabilir durum örnekleme olmak üzere dokuza ayrılmaktadır. Yalnızca bu çalışmada kullanılan örnekleme yöntemleri ayrıntılandırılmıştır.

(TÜSEB) bünyesinde yer alan “Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü’nde (TÜSPE)” ekibinde yer alan bir araştırmacı ve bu düzeyde son olarak sağlık sosyolojisi, sağlık hukuku, sağlık yönetimi ve halk sağlığı alanında uzmanlığını almış sağlıkta şiddetle ilgili çalışmaları olan akademisyenler ile görüşme yapılmıştır.

Mezo düzeyde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın sağlık ve sosyal hizmetler kolunda yer alan üç büyük sendikada²⁰ (Sağlık- Sen, Türk Sağlık Sen ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)) görev alan kişiler, Türk Tabipleri Birliği bünyesinde “Şiddet Çalışma Grubu”nda yer alan bir yetkili, Türk Hemşireler Derneği’nin Merkez Komisyonu üyesi, Sağlık Çalışanları Hak ve Mücadele Derneği yetkilisi, şiddetin sağlık kurumlarında en fazla meydana geldiği yerler olarak bilinen acil servis, yoğun bakım ve psikiyatri kliniğini temsil etmek üzere Türkiye Acil Tıp Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Yoğun Bakım Uzmanları Derneği’nin yönetim kurulundaki yetkililerle görüşülmüştür. Son olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde meydana gelen şiddeti ele almak üzere Ankara Aile Hekimleri Derneği yönetim kurulu üyesi ile görüşülmüştür.

Mikro düzeyde ise Ankara ilinde faaliyet gösteren bir şehir hastanesi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir devlet hastanesi ve bir vakıf üniversitesi hastanesinde şiddetin en çok meydana geldiği yetişkin ve çocuk acil birimleri, yoğun bakım üniteleri ve psikiyatri kliniklerinde yer alan sağlık çalışanları ile görüşme yapılmıştır.

Çalışma kapsamında makro düzeyde dokuz, mezo düzeyde on ve mikro düzeyde dokuz olmak üzere toplamda 28 kişiyle görüşülmüştür. Nitel bir çalışmada “ideal” bir örneklem boyutu bulunmamaktadır. Çalışmanın konusuna, tasarımına, veri toplama yöntem(ler)ine ve daha pek çok faktöre göre katılımcı sayısı değişim göstermektedir (Denzin ve Lincoln, 2011). Nitekim Given (2021) katılımcı sayısını belirlerken, çalışmanın tasarımına, amacına, çalışmada kullanılan yöntem sayısına ve üretilecek veri miktarına göre değişikliklerin söz konusu olabileceğinden bahsetmektedir. Bu çalışmada seçilen örnekleme yöntemleri ile 28 kişiye ulaşılmış ve doygunluğa ulaşıldığı için veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Tablo 2’de katılımcılara ait bilgilere yer verilmiştir.

²⁰ Sendikaların belirlenmesinde üye sayıları ve kuruluş yılları dikkate alınmıştır.

Tablo 2. Katılımcı Bilgileri

Katılımcı Bilgileri		
Katılımcı 1 – Katılımcı 9	Makro Düzey	• Sağlık Bakanlığı'na bağlı ilgili kuruluşlarla görev alan yetkililer • 24. Dönem milletvekili • TUSPE- araştırmacı • Akademisyenler (sağlık sosyolojisi, sağlık yönetimi, halk sağlığı ve sağlık hukuku)
Katılımcı 10- Katılımcı 19	Mezo Düzey	• Sendikalar (Sağlık Sen, Türk Sağlık Sen, SES) • TTB • Türk Hemşireler Derneği • Çalışan Hakları Mücadele Derneği • Acil Tıp Derneği • Türkiye Psikiyatri Derneği, • Türk Yoğun Bakım Uzmanları Derneği • Ankara Aile Hekimleri Derneği
Katılımcı 20 – Katılımcı 28	Mikro Düzey	• Şehir Hastanesi • Devlet Hastanesi • Vakıf Üniversitesi Hastanesi

3.5. ÇALIŞMANIN VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ, SÜRECİ VE ANALİZİ

Nitel araştırma yöntemlerinde veri toplama tekniklerinden biri olan doküman analizi, “olay veya olgulara dair bilgi içeren yazılı materyallerin analizi” şeklinde tanımlanmaktadır. Doküman analizi bir çalışmada tek başına kullanılabildiği gibi özellikle gözlem görüşme gibi diğer veri toplama teknikleri ile de sıklıkla kullanılmaktadır (Mogalakwe, 2006). Nitel araştırmalarda kullanılan bir diğer veri toplama tekniği ise ‘derinlemesine mülakat’tır. Bu teknik, katılımcıların ilgili konu ya da durum hakkındaki görüşlerini derinlemesine ve ayrıntılı biçimde paylaşmasına olanak

sunmaktadır (Karataş, 2015). Bir başka ifadeyle bu veri toplama tekniğinde katılımcılar ele alınan konu ya da durum hakkında bakış açılarını çok daha köklü olarak ortaya koymaktadır (Patton, 2014).

Bu iki teknik doğrultusunda çalışmanın ilk kısmında sağlıkta şiddete yönelik geliştirilen politikaları açıklamak amacıyla doküman analizi tercih edilmiştir. Doküman analizi sürecinde Walt ve Gilson'un Politika Analizi Çerçevesi'nde ortam boyutunda sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik uygulamaların oluşturulduğu dönemde özellikle sağlık hizmetleri ile ilişkili olabileceği düşünülen Türkiye'de sağlık politikaları ele alınmıştır. İçerik boyutunda resmi gazetede yayınlanan Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi kullanılarak Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta 1923 ten 2024 e kadar toplam bir yasa (2020'de aynı yasaya ek madde eklenmiştir.) iki tebliğ, üç yönetmelik ve iki genelgenin yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları ve Çalışan Hakları ve Uygulama Rehberi de incelenmiştir. Sağlıkta şiddet ile ilgili tüm bu düzenlemeler tek tek okunarak neyi ifade ettiği ortaya konmuş ve kapsamaları özetlenmiştir. Süreç boyutunda söz konusu mevzuatların sorunu önleme noktasında içeriklerinden hareketle değerlendirilmeleri yapılmıştır. Öncelikle mevcut yasaların, yönetmeliklerin, genelgelerin yürürlükte olup olmadığına ve yerine başka bir düzenlemenin yer alıp almadığına bakılmıştır. Buna ek uygulamanın önünde diğer kanunlar çerçevesinde engeller olup olmadığı incelenmiştir. Aktörler boyutunda mevzuatların kimler tarafından hayata geçirildiğinin yanı sıra mevcut politikalardan etkilenenlere de yer verilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada sağlıkta şiddetle ilgili oluşturulan kanun, genelge ve yönetmeliklerin yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan raporlar, Walt ve Gilson'un 'politika analizi çerçevesi'nde incelenmiştir. İkinci kısımda ise sağlıkta şiddetin nedenleri, çözümleri ve önlenmesine yönelik geliştirilen politikaları değerlendirmek üzere yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla makro, mezo ve mikro düzeyde belirlenen katılımcılarla derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Formun oluşturulması aşamasında öncelikli olarak sağlık yönetimi alanında bir akademisyen, bir meslek örgütü yetkilisi ve bir üniversite hastanesinin acil servis biriminde çalışan sağlık çalışanı ile ön görüşme icra edilmiştir. Yapılan görüşmeler ve ilgili alan yazın

doğrultusunda yarı yapılandırılmış görüşme formu²¹ oluşturulmuştur. Ek- 1’de yer alan görüşme formu doğrultusunda katılımcılara;

- Şiddet ve sağlıkta şiddetin tanımlanmasına,
- Şiddetin nedenlerine,
- Şiddete yönelik geliştirilen politikaların oluşturulduğu ekonomik, sosyal ve politik ortama,
- Politikaların şiddeti nasıl ele aldığına,
- Politikaların şiddetin çözümüne yönelik ihtiyaç ve beklentileri karşılama düzeyine,
- Politikaların sahaya yansımalarına ve değerlendirilmesine,
- Politikaların oluşturulduğu süreçte yer alan ve yer alması gereken aktörlere,
- Şiddetin çözümüne yönelik önerilere dair sorular yöneltilmiştir.

Görülmektedir ki, çalışmada bu iki tekniğin kullanılması ‘veri çeşitlemesi’ne (*data triangulation*) işaret etmektedir. Aynı anda birden fazla veri toplama yönteminden yararlanılması olarak kabaca tanımlanan veri çeşitlemesi, aynı olgu ve araştırma sorunsalına dair farklı kaynaklar ve koşullar aracılığıyla toplanan verilerin karşılaştırılması imkanını sunmaktadır (Hammersely ve Atkinson, 1995). Böylelikle birbirinden farklılaşan veriler karşılaştırılarak, doğrulanarak veya yanlışlanarak çok daha geniş bir perspektifte çözümlenebilmektedir (Patton, 1994).

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup görüşmeyi kabul eden 28 katılımcı ile görüşmeler yüz yüze ve online şekilde, 5 Ocak – 5 Nisan 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Katılımcılardan 17’si ile yüz yüze görüşülmüş, farklı şehirlerde olması ve yoğunlukları sebebiyle geri kalan 11 katılımcı ile görüşmeler online yapılmıştır. Katılımcıların kabul etmesi dahilinde görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Çalışma kapsamında 6 katılımcı görüşme esnasında ses kayıt cihazının kullanılması kabul etmemiştir. Bu katılımcıların ifadeleri araştırmacı tarafından yalnızca not edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen kayıtların dökümü alınmış ve analiz edilmek üzere nitel araştırma yöntemlerinin analizinde kullanılan lisanslı MAXQDA 2024 paket programına

²¹ Yarı yapılandırılmış görüşme formuna göre, görüşme esnasında görüşmeci önceden hazırladığı soruların yanı sıra ilgili sorular hakkında ayrıntılı bilgi almak üzere ek sorular sorabilme özgürlüğüne sahiptir.

aktarılmıştır. Bu program sayesinde konuyla ilgili çok sayıda kavram ve kategori elde edilmekte, görsel hale getirilmekte, kavram ve kategoriler arasındaki ilişkiler anlaşılmaktadır (Clarke, 2016). Program tarafından yapılan analiz sonuçlarına bulgular kısmında ayrıntılı bir biçimde yer verilmektedir.

Katılımcılardan elde edilen verilerin anlaşılabilmesi ve yorumlanabilmesi amacıyla bu çalışmada içerik analizi kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinde verinin içerdiği anlama odaklanıldığından verinin kavramsallaştırılması ve kavramlar arası örüntülerin ortaya çıkarılması büyük önem taşımaktadır (Guba ve Lincoln, 1994). Çünkü verilerin betimlenmesinin ötesinde olay ve olguların arka planındaki anlamlar sayesinde bulgular sistematik bir yapıya dönüşebilmektedir. Nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla kullanılan içerik analizi, olay veya olguların altında yatan kavramlar arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bu analiz türüne göre, elde edilen verilerin kodlamaya dayalı olarak anlamlı ve sistematik bir yapıya dönüşmesi söz konusudur (Baltacı, 2017).

Miles ve Huberman'a (1994) göre içerik analizi dört düzeyde incelenmektedir. Bu düzeylerden ilki verilerin kodlanmasıdır. Çalışma doğrultusunda elde edilen veriler, birden fazla kez okunmakta ve anlamlı parçalara ayrılarak her bir parçanın hangi kavramı tanımladığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Kodlama, verilerin analizi boyunca devam eden bir süreçtir. Öyle ki, temalar oluşturulmuş olsa dahi araştırmacının analiz sürecinde yeni kodlarla karşılaşma durumu söz konusu olduğu için bu kodlama süreci analiz boyunca devam etmektedir (Silverman, 2016).

İkinci düzey, kategori ve temaların belirlenmesi düzeyidir. Çalışma kapsamında belirlenen kodlardan hareketle kategori ve temalara ulaşılmaktadır. Bu süreçte ilk olarak kodların gruplandırılması söz konusudur. Birbiriyle benzerlikleri bulunan kodlar bir araya getirilir ve bu sayede kategoriler oluşturulur. Türdeş kategorilerin bir araya gelmesi ile de temalar ve alt temalar oluşmaktadır. Kodlardan kategorilere kategorilerden de temalara ulaşılması amacıyla yürütülen sistematik süreç tematik kodlama olarak tanımlanmaktadır (Merriam ve Grenier, 2019).

Üçüncü düzey verilerin kod, kategori ve temalara göre yeniden düzenlenmesi ile ilgilidir. Çalışma boyunca tematik kodlama yoluyla oluşturulan verilerin yeniden düzenlenmesi,

kodların gözden geçirilmesi gerekebilir. Bu sayede bulgular yeniden tanımlanabilir ve yorumlanabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2021).

Son düzey ise bulguların yorumlanmasıdır. Bu düzey kapsamında araştırmacı elde ettiği verileri açıklamak, veriler arasındaki ilişkileri ortaya koymak, yorumlamak, veriler arasında – eğer var ise- neden- sonuç ilişkisini açığa çıkarmak durumundadır (Connelly, 2016). Nitel araştırmaların doğası gereği, araştırmacının ele alınan olay veya olgu hakkında yapacağı değerlendirmeler öznel niteliktedir. Dolayısıyla araştırmacının ele alınan sorunu içselleştirme ve farkındalık düzeyi, yorumlama becerisi de bulguların oluşum sürecinde büyük etkiye sahiptir (Creswell, 2023).

Tablo 3’te çalışmanın metodolojisi özetlenmiştir.

Tablo 3. Çalışmanın Metodolojisi

Çalışmanın Yöntemi	Nitel Yöntem
Çalışmanın Deseni	Durum Çalışması
Veri Toplama Tekniği	• Doküman İncelemesi • Derinlemesine Mülakat
Veri Toplama Aracı	• Yasa, Yönetmelik, Genelge, Uygulama vb. • Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

3.6. ÇALIŞMADA GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK KONUSU

Bilimsel bir çalışmanın inandırıcılığı, geçerlilik ve güvenilirlik konusu ile yakından ilgilidir. Nicel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirliğe yönelik farklı ölçme yöntemleri söz konusu iken, nitel araştırmalarda ele alınan olay ya da olgunun niteliğine, yani var oluşuna, anlamına odaklanılıyor olması bağlamında bu ölçme yöntemleri kullanılmamaktadır (Guba ve Lincoln, 1994). Elbette nicel araştırmalarda kullanılan ölçme yöntemlerinin nitel araştırmalarda kullanılmaması bu araştırmaların geçerlilik ve güvenilirlikten yoksun olacağı anlamına gelmemelidir.

Araştırmacının ele aldığı konuyu olabildiğince yansız bir biçimde olduğu gibi gözlemesi anlamına gelen (Kirk ve Miller, 1986) nitel araştırmalarda geçerlilik kavramı alan yazında

iki boyutta incelenmektedir (Morse, 2016; Creswell, 2023). Bunlardan ilki ‘iç geçerlilik’ tir. Çalışmaya ait süreçlerin ele alınan konuya dair gerçekliği ortaya koymadaki yeterlilik düzeyine odaklanan iç geçerlilik kavramı, aynı zamanda araştırmacı tarafından gözlenen olaylar ve olguların gerçeği ne derece yansıttığı ile de ilgilenmektedir. Bu noktada araştırmacının devamlı olarak kendisini ve araştırma süreçlerini eleştirel gözle değerlendirmesi, bulgu ve sonuçların gerçeği yansıtıp yansıtmadığını kontrol etmesi ve açıklaması gerekmektedir (Given, 2021). Bunun yanı sıra çalışmadan elde edilen verilerin tutarlı olması da büyük önem taşımaktadır (Merriam ve Grenier, 2019). Genellenebilirlik ile ilişkili olan ‘dış geçerlilik’ ise bir çalışmanın benzer ortam ve durumlara göre genellenebilir olduğu durumlarda söz konusudur. Sosyal dünyada meydana gelen olay veya olguların zaman içerisinde değişim göstermesi nedeniyle nitel araştırmalarda çalışma sonuçları doğrudan genellenememektedir. Ancak nitel araştırmalar deneyimler ve örnekler yoluyla dolaylı yünden bir dereceye kadar benzer ortam ve durumlara genellenebilmektedir (Lincoln ve Guba, 1985).

Çalışmalardan elde edilen sonuçların tekrar edilebilmesi ile ilgili olan güvenilirlik kavramı, nitel araştırmaların doğasıyla örtüşmemektedir. Çünkü nitel araştırmalarda gerçeklik içinde bulunan duruma ve bireylere göre sürekli değişim göstermekte, sosyal olay ya da olgu dair çalışmaların değişimle birlikte birebir tekrarı söz konusu olmamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2023). Dolayısıyla nitel araştırmalarda güvenilirlik adı altında çalışmaya dair bazı önlemler alınmaktadır (LeCompte ve Goetz, 1982). Bu önlemler aşağıda yer almaktadır:

- Çalışma sürecinde araştırmacının konumu belirlenmeli (katılımcı gözlemci vb.)
- Çalışmada katılımcıların nasıl belirlendiğinin net bir biçimde ifade edilmeli,
- Verilerin elde edildiği sosyal ortamın net bir biçimde tanımlanması,
- Verilerin analizi sürecinde kullanılan kavramsal çerçeve ve varsayımların açıklanması,
- Veri toplama ve verilerin analiz sürecinin ayrıntılı bir biçimde açıklanması aynı konuda çalışma yapacak olan araştırmacılara yol gösterecektir.

Çalışma kapsamında verilerin analiz edilme sürecinde uzman kişilerin görüşlerine başvurulmuştur. Konunun uzmanlarından, yapılan kodlamalara eleştirel gözle bakmaları

ve geri bildirimlerde bulunmaları istenmiştir. Akabinde tutarlılığı sağlamak üzere araştırmacı tarafından kodlar yeniden gözden geçirilmiştir.

3.7. ÇALIŞMANIN ETİK İZNİ

Her ne kadar anlamsal farklılıklar söz konusu olsa da nicel araştırma yöntemlerinde olduğu gibi nitel araştırma yöntemlerinde de etik kurallar büyük önem taşımaktadır. Nitel araştırma yöntemiyle tasarlanan çalışmalarda, dünya ve birey hakkında çoklu, kuramsal açıdan farklı çok sayıda mevcut yapıdan söz edilmektedir (Hammersley ve Traianou, 2017). Bu yapıların kontrollü deneysel ortamlar yerine olay veya olguların meydana geldiği doğal ortamlarda ele alınmasından hareketle söz konusu çalışmalarda, temel araştırma ve yayın etiği kapsamında katılımcıların özgür iradeleri ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmeleri, yani ‘bilinçli onayları’ kritik öneme sahiptir. Araştırmacı ayrıca çalışma kapsamında gizlilik ve özel hayata saygı, zarar vermeme, yanıltmama, verilere sadık kalma gibi etik kurallara uygun hareket edeceğini beyan etmek durumundadır (Yıldırım ve Şimşek, 2021).

Bu kapsamda çalışmanın etik ilke ve kurallara uygun yürütüleceğine dair Ek-2’de yer alan ‘Gönüllü Katılım ve Bilgilendirme Formu’ hazırlanmış, bireylerin çalışmaya katılmadan önce formu ayrıntılı okumaları ve katılmayı kabul etmeleri halinde ilgili yerleri doldurmaları istenmiştir. Formda da belirtildiği üzere katılımcıların izin vermesi durumunda ses kayıt cihazı ile görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Ayrıca her bir katılımcı için kod isim belirlenmiştir.

Çalışmanın etik ilke ve kurallar doğrultusunda yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulu’nun E-66777842-300-00003397206 sayılı ve 20.02.2024 tarihli kararı ile de çalışmanın etik açıdan uygunluğu ortaya konmuştur (Ek-4).

3.8. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Katılımcılarla yapılacak görüşmeler yüz yüze planlanmış ancak bazı katılımcıların veri toplama sürecinde farklı şehirlerde olması ve/veya yoğunlukları sebebiyle görüşmelerin bir kısmı online olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla veri toplama sürecinde meydana gelen bu farklılık, veri toplama farklılığı doğurabileceğinden çalışmanın sınırlılığı olarak düşünülebilir. Veri toplama sürecindeki söz konusu farklılıktan kaynaklı sınırlılığı önlemek amacıyla online gerçekleşen görüşmelerde görüşme boyunca katılımcılardan ses ve görüntülerini paylaşımları istenmiştir.

Çalışmada devlet kurumları tarafından hayata geçirilen kanun, genelge ve yönetmeliklere yer verilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada TBMM'nin, meslek odalarının, sendikaların, siyasi partilerin sağlıkta şiddetle ilgili yapmış olduğu çalışmalara yer verilmiyor olması bir diğer sınırlılıktır.

Çalışma kapsamında belirlenen katılımcıların görüşmeyi kabul etmemesi halinde aynı kurum ve grubu temsil eden alternatif katılımcılar belirlenmiştir. Özellikle mikro düzeyde yer alan kurum ve sağlık çalışanlarının alternatifleri planlanmıştır. Belirlenen katılımcıların çalışmayı kabul etmediği durumlarda aynı niteliklere sahip alternatif katılımcılarla görüşmeler tamamlanmıştır.

Çalışmada 24. Dönem Meclis Araştırma Komisyonun'da görev alan milletvekillerine – her bir partiyi temsil edecek şekilde- ulaşılmaya çalışılmış, ancak vekillerden bazıları çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, bazı vekiller ise 31 Mart 2024 tarihli Yerel Seçim çalışmalarında aktif rol almaları sebebiyle yoğun olduklarını belirtmiştir. Sonuç olarak komisyonda yer alan dört partiden yalnızca bir parti vekiliyle görüşme gerçekleşmiştir. Ne yazık ki, bu katılımcılar için alternatif katılımcılar oluşturulamamıştır.

3.9. ÇALIŞMANIN VARSAYIMLARI

Çalışmada katılımcılar her ne kadar makro, mezo ve mikro olmak üzere üç düzeyde belirlenmiş olsa da düzeyler arası kesin çizgilerin olmadığı ifade edilmelidir. Şu an makro düzeyde yer alan bir katılımcı geçmiş dönemde mezo ve hatta mikro düzeyde yer almış

olabilir. Dolayısıyla sağlıkta şiddete y6nelik değerlendirmesini yalnızca makro d6zey 6er6evesinde değil aynı zamanda mezo ve mikro d6zey 6er6evesinde yaptığı varsayılmaktadır. Nitekim bu durum, mezo d6zeyde yer alan bir katılımcının sorunu mikro d6zeyde değerlendirmesi şeklinde de ortaya 6ıkabilmektedir. 6alışmanın bir diğer varsayımı makro, mikro ve mezo d6zeyde yer alan katılımcıların yarı yapılandırılmış g6r6şme formuna vermiş oldukları cevapların samimiyeti ile ilgilidir. 6alışmada katılımcıların samimi cevaplar verdiği varsayılmıştır.



4. BÖLÜM BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde öncelikli olarak Walt ve Gilson'un politika analizi çerçevesinde Türkiye'de sağlıkta şiddetle ilgili hayata geçirilen politikaların çözümlenmesine yer verilmiştir. Ardından makro, mezo ve mikro düzeyde belirlenen katılımcıların sağlıkta şiddetin nedenlerine, çözüm önerilerine ve önlenmesine yönelik politikalara odaklanan görüşlerine ait analizler sunulmuştur. Bunun yanı sıra bu bölüm kapsamında tema ve alt temalar açısından makro, mezo ve mikro düzey arasında bir farklılık olup olmadığı da belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışma kapsamında bulgular üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, mevcut politikaların -ortam, süreç, içerik ve aktörler olmak üzere dört boyut üzerinden değerlendirilmesi aktarılmıştır. İkinci bölümde, katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara ait bilgiler yer almaktadır. Son bölümde ise MAXQDA 24 paket programı aracılığıyla katılımcıların görüşlerine ilişkin analiz ve analiz sonuçları aktarılmıştır.

4.1. SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK POLİTİKA ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR

Walt ve Gilson'un politika analizi çerçevesi ortam, içerik, süreç ve aktörler olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır. Ortam boyutu, politikaların hayata geçirildiği ve uygulandığı dönemi ifade etmektedir. İçerik boyutu, politikaların neyi ifade ettiği ve kimleri kapsadığıyla ilgilidir. Süreç boyutu, politikaların uygulanması ve değerlendirilmesini içermektedir. Son boyut olan aktörler boyutu ise politikaları etkileyen ve politikalardan etkilenen kurum, kişi ve kuruluşları tanımlamaktadır (Walt ve Gilson, 1994).

4.1.1. Ortam Boyutu

Ortam boyutu içerisinde, Türkiye'de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik politikaların hayata geçirildiği dönemlerin politik, ekonomik ve toplumsal yapısı ele alınmaktadır. Bu

doğrultuda, Türkiye’de özellikle sağlık ve sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların uygulanmaya başlandığı ’80 ve sonrası dönem sağlık hizmetleri ve sağlık emek sürecindeki dönüşümden bahsedilmektedir.

Tüm dünyada 1980’lerle başlayan süreçte neoliberal dönüşüm ve küreselleşme, kamusal nitelikteki hizmetlerin piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik anlayış çerçevesinde yürütülmesini gündeme getirmiştir (Hamzaoglu, 2017). Nitekim Türkiye’de de ’61 Anayasasında sağlık hizmetleri sunumunda devlet aktif rol almakta iken, ’82 Anayasası ile devlet sağlık hizmeti sunumunda düzenleyici ve denetleyici bir role geçmiştir (Kol, 2015). Söz konusu bu değişiklik ’82 Anayasasının 56. maddesinde açıkça ifade edilmektedir. Maddeye göre, *“devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”*²²

Denilebilir ki, neoliberal anlayışla birlikte devlet artık, sağlık hizmetlerinde *“kürek çeken değil, dümen tutan”* bir konumdadır (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Bu anlayışla birlikte kamusal alanda devletin rolü ’80’li yıllardaki piyasalaştırma düzeniyle aşınmaya başlamış ve bu aşınma ’90’larda reform hareketleri ile yaygınlaşmış, 2000’lerde ise sistematik bir hal almıştır (Belek, 2016).

Bakanlar Kurulu Kararı ile ’80’li yıllarda özel sağlık yatırımları devlet teşviki kapsamına alınmış ve kamu kaynaklarının özel sektör tarafından kullanılmasının önü açılmıştır (Kayaduvar, 2023). 15/05/1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” sağlık hizmetlerindeki dönüşümü ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır. Kanun, iş sağlığının korunması ve geliştirilmesi sürecinde özel ve kamunun bir arada hareket etmesini öngörmüştür. Kanunla kamu sağlık kuruluşlarının birer işletmeye dönüştürülmesi ve bu kuruluşlarda verilen her bir hizmetin fiyatlandırılması gündeme gelmiştir.

²² Bkz. 1982 Anayasası, m.56

Bu dönemde sağlık hizmetlerine yönelik hayata geçirilen bir diğer önemli adım, '61 yılında yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa”sıdır. Yasa dolayısıyla sağlık kurumlarında döner sermaye uygulaması başlatılmış ve bürokrasiyi azaltmak amacıyla kurumlara satın alma ve kiralama yetkisi verilmiştir. '83 yılında yasada yapılan değişiklikle ilgili kurumlara üretmiş oldukları mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırmalarına olanak sağlanmıştır. Bu değişiklikle birlikte sağlık kurumları bağımsız ve kâr odaklı birer işletme haline dönüştürülmüştür (Akçanat ve Çarıkçı, 2019).

Yine bu dönem kapsamında sağlık emek gücüne yönelik de değişiklikler de söz konusu olmuştur. '81'de hekimlere mecburi hizmet yükümlülüğü getirilmesinin yanı sıra kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehane açmasının önündeki engeller kaldırılmıştır. 3359 sayılı yasa ile sağlık kurumlarında sözleşmeli personel çalıştırılması gündeme gelmiş, ancak meslek odalarının ve sendikaların olayı gündeme taşıması ile sözleşmeli personelin çalıştırılmasına yönelik yasada geçen bazı bölümler Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir (Mazgit, 1998). Pala'ya (2017) göre, bu yasa neoliberal politikaların sağlık emek sürecine etkisini göstermesi bakımından oldukça önem taşımaktadır.

Sağlık kurumlarının döner sermayeden elde ettiği gelirlerin yarısını kurum çalışanına ek ödeme olarak dağıtabilmesi için '89'da Kanun Hükmündeki Kararname çıkarılmıştır. Bunun yanı sıra yataklı tedavi kurumlarda dışarıdan alım yoluyla personel çalıştırılmasına ve bu personelin giderlerinin döner sermayeden karşılanmasına karar verilmiştir (Akçanat ve Çarıkçı, 2019)

Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlık emek sürecindeki neoliberal dönüşümün başlangıcı '80'ler olarak vurgulansa da Belek'e (2012) göre, sağlık hizmetlerinde neoliberal yapılanma '90'lara dayanmaktadır. Bu kapsamda Türkiye'de sağlık sektörünün mevcut durumunu değerlendirmek üzere Sağlık Sektörü Master Planı Çalışması hazırlanmıştır. Bu çalışma ile sağlık reformları gündeme gelmekte ve Sağlık reformların çerçevesinin oluşturulduğu vurgulanmaktadır. Ulusal Sağlık Politikasının gelişimi de bu çalışmaya dayanmaktadır. Bu çalışmayı biri 1991 ve diğeri 1995 yılında hayata geçirilen ve Dünya Bankası (DB) tarafından finanse ettiği Sağlık Projeleri takip etmektedir. İlk proje, kaliteli

ve görece kendi kendini finanse edebilen bir sağlık sistemi kurmayı hedeflemektedir. Bu amacı gerçekleştirmek üzere proje bölgesinde sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve hizmetlerin sunumunda etkinliği artırmak amaçlanmıştır. Bütçesi 150 milyar dolara civarında olan projede harcama kalemleri belirlenmiş, kredinin nereye ve ne şekilde harcandığı DB tarafından kontrol edilmiştir. Birincinin devamı niteliğinde olan ikinci projenin temel amacı projenin kapsamının genişletilerek 23 ilde uygulanabilirliğinin sağlanmasıdır (Belek, 2012). Yenimahalleli Yaşar (2008), bu projelerin sağlıkta özelleştirmeyi destekleyici nitelikte olduğu, yani koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sunulmasını, tedavi edici hizmetlerin ise özel sektör tarafından üstlenilmesini içerdığını ifade etmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 1992 ve 1993 yılında düzenlediği Ulusal Sağlık Kongreleri'nde Ulusal Sağlık Politikası'nın alt yapısı oluşturulmuş ve aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve sağlık kuruluşlarının birer işletmeye dönüştürülmesini içeren üç ana strateji belirlenmiştir. Belek (2012) belirlenen bu üç stratejilerin Türkiye'deki sağlık sistemini yeniden yapılandırmayı amaçladığını vurgulamaktadır. Bu dönemde stratejilerin hayata geçirilmesine yönelik çabalar söz konusu olsa da koalisyon hükümetleri nedeniyle söz konusu bu stratejilerin uygulanması tam anlamıyla geçirilememiştir (Kayaduvar, 2023).

Türkiye'de 1994 yılında meydana gelen ekonomik kriz sonrasında 5 Nisan İstikrar Programı açıklanmış ve bu program kapsamında bütçede meydana gelen açığı azaltmak, sağlık hizmetlerinin finansmanını genel bütçenin yanı sıra diğer kaynaklardan (ki, burada daha çok döner sermaye geliri kastedilmektedir) karşılamak amaçlanmıştır. Sağlık hizmetleri finansmanında genel bütçenin sınırlandırılması hizmet sunumunda gerekli olan araç, gereç ve tıbbi sarf malzemenin tedarikinde sorunlar yaşanmasına neden olmuştur. Yine bu programla birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda katkı payı alınmaya başlanmıştır (Mazgit, 1998; Soyer, 2003).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun "sağlık kurumlarının kamu tüzel kişiliğine haiz işletmeye dönüştürülmesi" maddesine dayanarak 1995'de 22165 sayılı "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik" oluşturulmuştur. Bu yönetmelik doğrultusunda Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastanesi döner sermaye gelirlerinin yüksek olmasından da hareketle birer işletmeye

dönüştürülmesi sağlıkta özelleştirmeye yönelik ilk örnek olması bakımından önem taşımaktadır (Eke, 2019).

Türkiye’de özellikle ’90’ların sonlarına doğru neoliberal gündem ile küresel düzeydeki aktörlerin rolü artmıştır. Nitekim 1999 yılında IMF (International Monetary Fund – Uluslararası Para Fonu) ile “stand by” anlaşmasının imzalanması, 2000 ve 2001 krizi sonrası Dünya Bankası’nın (DB) başta ekonomi alanı olmak üzere yapısal reform adı altında sağlık alanına da müdahalesi söz konusu olmuştur. Söz konusu reform, sosyal devlet uygulamalarının daraltılmasıyla mali yükün hizmetten yaralananlar tarafından üstlenilmesini ve iş gücü piyasalarında mevcut politikaların terk edilmesini içermektedir (Boratav, 2014; Çetin, 2017).

Kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi amacıyla 2002’de çıkarılan 24708 sayılı “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Özel Hastane Hizmetleri Verilmesine Dair Yönetmelik” ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde mesai saatleri dışında özel sağlık hizmeti verilmesinin önü açılmış, hizmetlerden elde edilen gelirlerin döner sermayeye dahil edileceği ve döner sermayeden çalışanlara yapılacak ek ödemenin Sağlık Bakanlığı tarafından belirleneceği belirtilmiştir.

Türkiye’de sağlık politikalarını belirlemede uluslararası aktörlerden biri olan DB, 2002 yılında “Türkiye’de Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” başlıklı bir rapor yayınlamıştır. Rapora göre, sağlık hizmetleri finansmanında ek ve tamamlayıcı sağlık sigortasını da içeren kapsayıcı bir genel sağlık sigortası programının hayata geçirileceği, genel sağlık sigortası kapsamında yer alacak hizmetlerin temel teminat paketinin belirleneceği, hastanelerin özerkleşmesini sağlamak amacıyla organizasyon yapısında değişikliklerin yapılacağı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçileceği ifade edilmektedir (DB, 2002).

Koalisyon hükümetlerinin ’90’lı yıllarda uluslararası aktörler tarafından oluşturulan reformları hayata geçirmekte başarısız olması ve 3 Kasım 2002 genel seçimlerinde Adalet ve Kalkınma Partisi’nin (AKP) iktidar olması söz konusu reformların hayata geçirilme sürecini hızlandırmıştır. AKP’nin iktidara gelişiyle birlikte politik, ekonomik, eğitim, kültür ve en önemlisi toplumsal sahada Türkiye’de yeni bir dönemin kapıları açılmıştır.

Derin toplumsal ve politik dönüşümlerin uzantısı olarak sağlık alanında da neoliberalizm dayanaklı köklü reformlara gidilmiştir (Uzgel ve Duru, 2013). Bu reformlar oldukça hızlı boyut kazanmıştır. Seçimlerin hemen ardından Kasım 2022’de sağlık alanında gerçekleştirilmesi planlanan hedeflerin yer aldığı “Acil Eylem Planı” açıklanmıştır. Planda belirlenen hedefler aşağıda yer almaktadır (Akdağ ve ark., 2008).

“Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle iş birliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinin dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde bir yıl içinde,

- *Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımını ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar başlatılacak,*
- *Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacak,*
- *Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,*
- *Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak*
- *Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak*
- *Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.*

İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde,

- *Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır.”*

Planda belirlenen hedefler doğrultusunda 2003 yılında Ulusal Sağlık Politikası’nda belirlenen hedeflerin hayata geçirilmiş versiyonu olan Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklanmıştır. Bu programın amaçları, “sağlık hizmetlerinin, etkili, verimli, hakkaniyete uygun bir biçimde organize edilmesi, finansmanın sağlanması, sunulmasıdır” (Akdağ ve ark., 2008). Programın temel bileşenleri Sağlık Bakanlığı tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

“1.Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

2.Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

3.Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Sistemi

- *Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği*
- *Etkili, Kademeli Sevk Zinciri*
- *İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri*

4.Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

5.Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmeti için Kalite ve Akreditasyon

6.Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

- *Ulusal İlaç Kurumu*
- *Tıbbi Cihaz Kurumu*

8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi”

Dünya Bankası rehberliğinde hayata geçirilen SDP ile öncelikli olarak 2004 yılında 5258 sayılı “Aile Hekimliği Yasa”sı çıkarılmış ve bu yasa ile koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirmek, zevk zincirinin uygulanması ile hastanelerdeki gereksiz kullanımı ve harcamaları azaltmak, ikinci üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında nitelikli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amaçlanmıştır. Uygulama öncelikle pilot illerde başlamış, 2011’deki kanun hükmünde kararname ile tüm Türkiye’ye yayılmıştır. Bu değişiklikte birlikte sağlık ocağının nüfusa dayalı örgütlenmesi ve çok amaçlı hizmet sunumu anlayışı, yerini hekim ve muayenehane merkezli daha pasif bir hizmet sunumuna bıraktığı iddia edilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık ocağının bulunduğu coğrafi alandaki nüfusa koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunan bir sistem olarak tanımlanırken, aile hekimliğinde coğrafi alan sınırlılığı bulunmamakta ve hasta, hekim seçme ve değiştirme hakkına sahip olmaktadır. Bu uygulama bütüncül sağlık hizmeti sunumunu engellediği için eleştirilmektedir (Ekiyor ve Uyanık, 2018; Kayaduvar, 2023).

Aile hekimliği uygulamasıyla Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti sunumundan çekilmeye başlamış, hizmet veren çalışanlar sözleşmeli çalışan statüsüne getirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rekabete açılması amacıyla hastalara hekim seçme ve değiştirme hakkı tanınmış, ayrıca performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile çalışanlar üzerindeki denetim ve iş yükü artmıştır. Nitekim, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun 2016 yılında yayınladığı faaliyet raporunda uygulamanın istenilen

düzeye ulaşamadığı, hizmetlerin sunumunda güven probleminin yaşandığı ve çalışanların motivasyonunu artırmaya yönelik çalışmaların olmamasından söz edilmektedir.

“Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”nin 2004 yılında hayata geçirilmesiyle temelde ’89 yılından günümüze dek süre gelen döner sermaye gelirlerinin %50’sinin çalışana ek ödeme olarak dağıtılması uygulamasına dayanmaktadır. Ancak 2004 yılındaki uygulamayla gelirin dağıtımında meslek, kıdem, uzmanlık, hekimlerin tıbbi hiyerarşideki konumu etkili olmakla birlikte gerçekleştirilen ameliyat, muayene ve girişimsel işlem sayısı da belirleyici olmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından başlayarak “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinde Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile tüm sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlanan bu uygulama ile tüm hizmet unsurları en küçük ayrıntısına kadar tanımlanmış, hizmetlerin standardı ve puanı belirlenmiştir (Aydın ve Demir 2007; Pala, 2017). Zencir’e (2009) göre ücret esnekliği olarak da anılan bu uygulama özellikle başhekim, hekim ve klinik şeflerinin ücretlerinde ciddi bir artışa neden olurken, yardımcı sağlık personelinin gelirlerindeki artışın bu denli yüksek olmadığı ifade edilmiştir. Dolayısıyla performansa dayalı ücretlendirmeye gerçekleştirilmeye çalışılan denetimin hekimler için bir rıza, yardımcı sağlık personeli için bir zorunluluk alanına dönüştüğü vurgulanmaktadır (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

Bireysel ve kurumsal düzeyde performansı içeren performansa dayalı ödeme sistemi hem kurum içi hem de kurumlar arasında rekabetin artışına neden olmaktadır. Nitekim Kablay’ın (2014) çalışmasında hekimler gelirlerini artırmak için rekabete dayalı çalışma biçimini benimsemekte, yöneticilerin ise hastanelerin karını artırmaya ve maliyetleri azaltmaya yönelik çalışmalar yürüttüğü ifade edilmektedir. Bireysel ve kurumsal performansı artırmak amacıyla daha fazla kişinin muayene edilmesi, daha fazla tetkik ve işlemin yapılması, puanı yüksek olan işlemlerin tercih edilmesinin önünü açmıştır (Pala, 2005). Özellikle 2000’lerde benimsenen neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılarak sağlık hizmeti talebi yükseltilmiş, performans ve kalite uygulamaları ile de hizmet arzının artışı sağlanmıştır (Gönç, 2017). Bu durum poliklinik hizmetlerinde, tetkik ve ameliyat sayılarında artışa neden olmaktadır. Öyle ki, 2022 Sağlık İstatistik Yıllığı’na göre, 2002 yılında toplam hekime müracaat sayısı, 208.966.049, bu sayı 2018’de 782.515.204, 2022’de ise 854.828.824’e yükselmiştir. Kişi

başı hekime müracaat sayısı ise, 2002’de 3,1 iken, 2019 yılında 9,8, 2022 yılında ise 10 olarak kaydedilmiştir. Hekime müracaat sayıları OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) ülkeleri ile karşılaştırıldığında, en yüksek sayısının Güney Kore’ye (16,9) ait olduğu, Türkiye’nin (10) ise dördüncü sırada yer aldığı görülmektedir. 2018 yılında hastanelerde cihaz başına düşen görüntüleme sayısı 45.282 iken, 2022 yılında 48.480’e yükselmiştir. Türkiye’de MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısı 2018 yılında 16.703 ve 2022 yılında 18.124’tür. Her iki yılda da OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Görüntüleme sayısındaki artışa bağlı olarak hastanelerdeki cihaz -MR, BT, Ultrason, Doppler Ultrason, EKO ve mamografi cihazları dahil edilmiştir- sayılarında da artış söz konusudur. Bu noktada, 2018 yılında toplam cihaz sayısı 17.015 iken, 2022 yılında bu sayı 20.164’e yükselmiştir. Nitekim, 2018’de 5.201.738 ameliyat yapılırken, 2022 yılında ise 5.773.049 ameliyat gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

“Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliği”, 2022 yılında kaldırılmış ve yerine “Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği” getirilmiştir. Bu yönetmelik ile ek ödeme alacak çalışanların kapsamı genişletilmiştir. Kapsam içerisine “2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre görevlendirilen üniversite personeli, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun tabip ve eczacı unvanlı kadrolarında çalışanlar ile sağlık hizmetleri ve teknik hizmetler sınıfı kadrolarına atanmış olup, kurumun analiz ve kontrol laboratuvarlarında fiilen görev yapan personeli” dahil edilmiştir. Bunun yanı sıra bir önceki yönetmelikte ek ödeme tutarı sağlık kuruluşlarındaki döner sermaye komisyonu tarafından belirlenirken yeni yönetmelikle birlikte bu tutar bakanlık tarafından belirlenmektedir. Ayrıca yönetmelik kapsamında çalışanlara üç farklı ödemenin yapılacağı ifade edilmektedir. Çalışanlara her ay herhangi bir katkıya bağlı olmaksızın merkezi yönetim bütçesinden yapılacak *sabit bir ödeme*, kadro unvanı ve mesai içi aktif çalışma gün katsayısı dikkate alınarak oluşturulacak *bir taban ödeme* ve son olarak da personelin hizmet katkısı ve verimliliği dikkate alınarak verilen hizmetin niteliği, mesai içi ve mesai dışı çalışmalarından hareketle *teşvik ek ödemesi* verileceği ifade edilmektedir. Kapsam içerisinde yer alan çalışanların bu yönetmelikle birlikte ücretlerinde belirli bir miktar artış söz konusu olsa da bir önceki yönetmelikte olduğu gibi

rekabeti teşvik edeceği, iç barışı bozacağı ve meslek grupları ve branşlar arasındaki ücret farkının açılacağı iddia edilmektedir.²³

Hastanelerde harcamaları azaltmak, verimlilik ve etkinliği artırmak amacıyla '80'lerde Amerika'da uygulanmaya başlanan, Türkiye'de ise SDP ile gündeme gelen Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) uygulaması, sağlık kuruluşlarına yapılan geri ödemelerin standartlaştırılmasına ve kurumlarda maliyet kontrolüne dayalı bir 'yatan hasta sınıflama' yöntemidir. Bu uygulama, klinik verilere ve maliyet verilerine dayalı benzer hastalıkların benzer gruplara dahil edildiği bir hastalık gruplandırmasını ifade etmektedir (TİG Uygulama Rehberi, 2011). İlgili gruplandırma öncelikle ana tanıya, daha sonra işlemlere göre şekillenmektedir. 2005'te "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönteminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi" ile TİG, 7 hastanede pilot olarak uygulanmaya başlanmıştır. 2010'da il merkezinde bulunan 206 hastane sisteme dahil edilmiş, 2011'de ilçe merkezlerindeki hastanelerin de dahil edilmesiyle toplamda 555 kamu hastanesinin hizmet bedeli ödemelerinin %10'u TİG tarafından karşılanmaktadır (TİG Uygulama Rehberi, 2011). Kamu hastanelerinin yanı sıra üniversite hastaneleri ve özel hastaneler de 2013-2014 yıllarında sisteme dahil edilmiştir. 2016 yılına gelindiğinde TİG'e dayalı ödeme yöntemi kaldırılmış, ancak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan stratejik planlarda TİG uygulamasının yaygınlaştırılmasına yönelik tedbirlere yer verilmiştir. Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2019-2023 Stratejik Planı'nda kamu hastanelerine yapılan geri ödeme yönetimleri içerisinde TİG'in payının yükseltilmesine yönelik hedef bu duruma örnek gösterilebilir (Kayaduvar, 2023).

Zorunlu hizmet uygulamasına geçilmesi ile hekimlerin tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve yan dal eğitimini tamamlamaları durumunda her bir eğitim için ayrı olmak şartıyla zorunlu hizmet yapmalarına karar verilmiştir. Bu uygulamayı, 2010 yılında 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa" takip etmektedir. Söz konusu yasa ile kamu kurumlarında çalışan hekimlere tam gün çalışma zorunluluğu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışma yasağı

²³ Bkz, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b1205cc4-60ea-11ed-bf6b-ea4185d8abce

getirilmiştir. Yasaya dair ilgili taraflarca yapılan eleştiriler nedeniyle (Özalp, 2015) uygulama ancak 2014 yılında 6514 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa” ile hayata geçirilmiştir.

“Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur’un tek bir çatı altında toplanması amacıyla 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur (Alper, 2007). Akabinde finansman modelinde değişikliğe gidilmesi amacıyla 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” oluşturulmuştur. Tüm vatandaşların katılımının zorunlu olduğu, primlere dayalı, hizmetten yararlanan katılımcıların katkı payı ödediği, hizmetlerin teminat paketi ile belirlendiği bir yapı söz konusudur. Bu model aracılığıyla cepten ödemeyi ve katkı payını içeren özel finansmanın da desteklendiği karma bir model oluşturulmaya çalışılmaktadır (Yenimahalleli Yaşar, 2007; Korucu ve Oksay, 2018).

Yine 2006 yılında ileriye yönelik bir ödeme modeli olan global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Bu modele göre, sağlık hizmetlerinin hacmi belirlenmekte ve hizmetler için toplam bir bütçe ayrılmaktadır. Bir başka ifadeyle belirli bir programa yönelik harcama limitinin belirlenmesine ve hizmet sunucularının yıl sonunda kadar belirlenen bütçe ile tüm programı gerçekleştirmesine dayalı bu model vasıtasıyla maliyetlerin kontrol altına alınması ve hizmet sunucularının belirlenen bütçeyi verimli kullanması amaçlanmaktadır (Akyürek, 2012; Arık ve İleri, 2016).

“Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun 2006 yılında yürürlüğe girmesi ile hastalar, SGK ile anlaşması bulunan özel sağlık kuruluşlarına doğrudan müracaat edebilmekte, ayaktan ve yatarak sağlık hizmeti alabilmektedir. Bu durum, özel hastane sayısında artışa neden olmuştur. Nitekim 2002 yılında özel hastane sayısı 271 iken, 2022’de bu sayı 572’ye yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). SGK’nın sözleşme yoluyla özel hastanelerden hizmet alması kamu hastaneleri üzerindeki rekabet baskısını artırıcı olarak nitelendirilmektedir (Kayaduvar, 2023).

Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerini planlayıcı ve düzenleyici rolü 2011 yılındaki “663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname” ile hayata geçmiştir. Sağlık hizmetinin

piyasalaştırılmasına yönelik bu adımda hizmet alıcısı ve hizmet sunucuları ayrılmıştır (Ataay, 2007). Bu doğrultuda SGK, sağlık alanında tek satın alıcı pozisyona getirilmiş, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan Sağlık Bakanlığı'na bağlı "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" sorumlu iken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sorumluluk "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na" devredilmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2008).

Kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla 2011 yılında KHK ile Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların yapısında değişikliğe gidilerek idari ve mali açıdan özerk, rekabet edebilen kuruluşlara dönüştürülmesi amaçlanmaktadır (Ataay, 2007). Bu model dolayısıyla sağlık kuruluşları ürettikleri hizmet karşılığında gelir elde eden kar temelli kuruluşlara dönüştürülmeye çalışılmıştır. Bir diğer deyişle sağlık kuruluşları sağlık hizmeti üreten, ürettiğini SGK'ya satan işletmeler olarak tanımlanmaktadır (Tükel, 2017). KHB modeli ile kamuya bağlı sağlık kuruluşlarının organizasyon yapısında değişiklik söz konusu olmuştur. İl düzeyinde kurulan Kamu Hastane Birlikleri, CEO olarak adlandırılan Genel Sekreterler tarafından yönetilmekte iken, bu birliklerin bünyesinde yer alan hastanelerin yönetimi de hastane yöneticilerine devredilmiştir. Başhekimlik bu yöneticiye bağlı olarak çalışmaktadır. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ile hastanelerde rekabeti ve verimliliği artırmak amacıyla bakanlık tarafından hastanelerin hizmet alt yapısı, organizasyon yapısı, kalite verimlilik ve hasta memnuniyeti ile ilgili değerlendirme kriterleri oluşturulmuştur. Altı aylık veya bir yıllık periyotlarla bu kriterlere göre değerlendirilen hastaneler belirli bir puan almakta ve bu puana göre gruplandırılmaktadır. Bu gruplandırmaya bağlı olarak hastanelerin düşük performans sergilemesi durumunda genel sekreter, sözleşmeli olarak istihdam edilen hastane yöneticisinin sözleşmesin feshedebilme yetkisine sahiptir. Dolayısıyla performansı artırmayı amaçlayan yönetim, çalışan ve girdi maliyetlerini azaltmaya ve hizmet üretimini artırmaya yönelik hedefler belirlenmektedir. Söz konusu hedefler arasında hasta sayısını artırmak ve daha fazla kar getireceği düşünülen alanlara yoğunlaşmak yer alabilir (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Kamu Hastane Birlikleri "çok başlılık getirdiği ve verimliliği düşürdüğü"²⁴ gerekçesiyle 2017 yılında 694 sayılı KHK ile kaldırılmış ve sağlık hizmetlerinin yeniden tek çatı altında

²⁴ Bkz. <https://www.trthaber.com/haber/gundem/saglikta-cok-basiligi-kaldiriyoruz-330658.html>

toplanmasına karar verilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri ile Sağlık Bakanlığı'na "bağlı kuruluş" olarak kurulan Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bakanlığa bağlı genel müdürlüğe dönüştürülmüştür. Her ne kadar Kamu Hastane Birlikleri kaldırılrsa da önceki düzenlemeler devam etmekte, bakanlık tarafından belirlenen değerlendirme kriterlilerine göre hastaneler belirli bir puana göre gruplandırılmaktadır (TTB, 2018). Bu dönemde kamu hastaneleri sağlık il müdürlüklerine bağlansa da hastane gelirlerinin temelde döner sermaye gelirlerinden oluşması nedeniyle hastanelerin mali açıdan özerkliğini- kaynakların serbestçe kullanılmasına izin verilmesi durumu söz konusudur- artırmaktadır. Nitekim Kamu Hastane Birlikleri döneminde oluşturulan performans kaygısının bu dönemde de devam ettiği söylenebilir (TTB, 2018; Kayaduvar, 2023).

Türkiye'de Toplam Kalite Yönetimi uygulaması, 2001 yılında "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi"²⁵ aracılığıyla hayata geçirilmiştir. Bu uygulamanın sistematik hale getirilmesinde SDP'nin "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon" bileşeninin etkisi oldukça fazladır. Özellikle 2005 yılından itibaren TKY'ye yönelik çalışmalara ağırlık verilmiş ve çalışmaların üç temel yapı üzerinden ilerleyeceği vurgulanmıştır. Bunlardan ilki Sağlık Bakanlığı, il, ilçe ve hastane düzeyinde kalite ile ilgili kurumsal yapıların oluşturulmasıdır. Bir diğeri Türkiye'deki sağlık sistemine yönelik bilimsel ve uygulanabilir kalite standartlarının (hizmet sunumunun kalitesini artırmaya, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışanların memnuniyetini sağlamaya yönelik standartlardır) belirlenmesidir. Sonuncusu ise standartların belirli aralıklarda ölçümünün ve denetiminin sağlanmasıdır (Dinçer, 2005).

Özel ve kamu hastanelerine yönelik 2009 yılında "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" (Sağlık Bakanlığı, 2009), 2011 yılında ise sağlıkta ulusal kalite sisteminin oluşturulması amacıyla 621 kriterden oluşan "Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları Hastane Seti" yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Söz konusu standartlara hasta memnuniyeti boyutunun eklenmesi ile sağlık hizmetlerinde "müşteri odaklılık" anlayışı gündeme gelmiştir. '90'lı yıllarda her ne kadar hekim-hasta

²⁵ Bkz. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.nemko.com.tr/stan31.pdf

ilişkisinde paternalist, geleneksel anlayışa bağlı olarak sağlık hizmeti sunucuları tedavi süreçlerinde karar verici ve yönlendirici pozisyonunu sürdürse de 2000’lerde sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre yeniden düzenlenmesi ile hastaların “müşteri” olarak sisteme dahil olduğu bir anlayış benimsenmiştir. Özellikle hastane gelirlerinin büyük bir kısmının döner sermayeye dayalı olması bu anlayışın temelini oluşturmaktadır (Aygaz ve Önsüz, 2017: Özer ve Çiftçi, 2023).

“Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge”²⁶ ile 2003 yılında hasta hakları birimleri kurulmuştur. 2004 yılında ise vatandaşların şikâyet ve önerilerini iletebilmeleri amacıyla Alo 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hattı²⁷ kurulmuştur. Vatandaşlar ayrıca öneri ve şikayetlerini bakanlığa ait sosyal medya hesapları aracılığıyla ve e- posta yoluyla da iletebilmektedir. Hasta hakları kapsamında bir diğer uygulama 2004 yılında hayata geçirilen “Hekim Seçme Hakkı”²⁸ dır. Bu uygulama dolayısıyla “poliklinik sayılarını artırarak yığılmaları önlemek ve bekleme sürelerini azaltmak, hastaların tedaviye etkin katılabilmeleri ve tedaviden en etkili şekilde faydalanabilmeleri amacıyla iş birliği yapabileceği hekime gitmesini sağlamak ve hastaların istedikleri takdirde aynı hekime muayene olabilmelerini sağlamak” amaçlanmaktadır (Seçtim, 2019).

Hasta memnuniyetini artırmak, hastanelerde gereksiz beklemleri ortadan kaldırmak ve poliklinik önündeki kalabalıkları azaltmak amacıyla 2010 yılında “Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)” uygulamasına geçilmiştir²⁹ Randevu sisteminin merkezileştirilmesine dayalı bu uygulama vasıtasıyla vatandaşların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak ve hizmet sunumunu artırmak temel ilke olarak benimsenmiştir. Ancak, vatandaşların yoğun talebi nedeniyle günümüzde MHRS uygulaması ile randevu almak neredeyse imkânsız hale gelmiştir. Sağlık Bakanı sosyal medya hesabından bu soruna yönelik bazı tedbirlerin hayata geçirileceğini duyurmuştur. Bakan bu noktada MHRS üzerinden randevu alıp randevusuna gelemeyecek durumda olan ve iptal etmeyen vatandaşların 15 gün içerisinde aynı branştan randevu alamayacağını, ikinci kez

²⁶ Bkz. [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglefindmkaj/https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/12122019115713um_sagliktesislerindehastahaklari.pdf](https://efaidnbnmnnibpcajpcglefindmkaj/https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/12122019115713um_sagliktesislerindehastahaklari.pdf)

²⁷ Bkz. <https://sabim.gov.tr/>

²⁸ Bkz. <https://ahievrenghh.saglik.gov.tr/TR-175591/hekim-secme-hakki-nedir.html>

²⁹ Bkz. <https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html>

randevusuna gelmeyen vatandaşların ise 15 gün boyunca tüm branşlardan randevu alamayacağını ifade etmiştir.³⁰ Bu kapsamda kamu hastanelerinde randevuların iptal edilmesiyle boş kalan kapasitenin hizmet bekleyen hastalar için kullanılması amacıyla 13 Mayıs 2024 tarihinde bakanlık tarafından “Onaylı Randevu Sistemi” hayata geçirilmiştir. Bu uygulamayla -65 yaş üstü ve kanser hastaları hariç- randevu alan vatandaşların randevudan bir gün önce saat 20.00’ye kadar MHRS üzerinden randevusunu onaylaması gerekmektedir. Randevusunu onaylamayan ya da randevusuna gelemeyecek olup iptal etmeyen vatandaşların 15 gün boyunca MHRS üzerinden randevu alamayacağı belirtilmektedir. Her ne kadar bu uygulamayla randevu sisteminin etkili kullanılması amaçlansa da vatandaşlar aynı zamanda Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kuruluşlarından randevusuz sağlık hizmeti almaya devam edebileceklerdir.³¹

4.1.2. İçerik Boyutu

İçerik boyutu, Türkiye’de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik hayata geçirilen politikaların neyi ifade ettiği ve kapsayıcılığının ne olduğu üzerinde durmaktadır. Bu doğrultuda Türkiye’de sağlıkta şiddete yönelik düzenlenen uygulamaların içeriğinden bahsedilmektedir.

Türkiye’de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik uygulamalardan ilkinin ’87 yılında 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” olduğu ifade edilebilir. Sağlık çalışanına yönelik şiddetin cezai hükmü belirlendiği bu kanunun 12. maddesi “*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*” şeklindedir. Kanun, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu kurum ve kuruluşlarında görev alan

³⁰ Bkz. <https://www.ntv.com.tr/turkiye/bakan-koca-acikladimhrsdeki-sorunlarin-cozumu-icin-yeni-karar-larimmDQOziJECeXap60eCpCQ>

³¹ Bkz. <https://www.diken.com.tr/9-soruda-hastanede-onayli-randevu/>

sağlık çalışanlarının yanı sıra özel sağlık kurumlarında görev alan çalışanları da kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından, 1998 yılında hayata geçirilen “Hasta Hakları Yönetmeliği”nde, hastaların uymaları gereken kurallara yer verilmiştir. Hastanın sağlık hizmeti alırken uyması gereken yedi kural içerisinde “*personeler sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz*” ibaresi yer almaktadır. Bakanlık, hastaların sağlık çalışanlarına şiddet uygulayamayacağını ilgili yönetmelikle güvence altına almıştır. Sağlıkta şiddete yönelik hayata geçirilen uygulamaların büyük çoğunluğunun 2000’ler ve sonrasına ait olduğu ifade edilebilir.

Bu kapsamda öncelikli olarak 2005 yılında hayata geçirilen Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Kalite Standartları” içerisinde çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili bölümlerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddete yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu standartlar çerçevesinde sağlık kuruluşlarında “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi”nin bulunması gerektiğinden ve bu komitenin görevleri arasında “çalışanların şiddete maruz kalma risklerinin azaltılması” yer almaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında “çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme”lerin bulunması gerektiği ve bu düzenlemelerin de çalışana yönelik şiddeti önlemesine ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale etmesine vurgu yapılmıştır. Çalışanlara yönelik şiddet olaylarının yönetilmesinde Beyaz Kod uyarı sisteminin oluşturulması ve sağlık kuruluşlarında bu sistemden sorumlu kişilerin belirlenmesi de yine ilk kez Sağlıkta Kalite Standartları içerisinde gündeme gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Sağlıkta şiddetin en fazla meydana geldiği yerler olan acil servislerde şiddeti önlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” çıkarılmıştır. Söz konusu tebliğ yoluyla çalışanların güvenliğini sağlamak amacıyla acil servislerde güvenlik personeli ve/veya kolluk kuvvetleri bulundurulması ve güvenlik kameraları ile birimin 24 saat izlenmesine karar verilmiştir. Tebliğ; kamu, özel ve üniversitelere ait tüm yataklı sağlık tesisleri ile burada görev yapana personeli kapsamaktayken; ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve merkezleri bu kapsam içerisinde yer almamaktadır.

Bu Tebliğ'in yanı sıra 2011 yılında "Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" çıkarılmıştır. Bu tebliğde sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla yoğun bakım ünitelerine girişler geçiş özellikli kapılar yoluyla yapılmakta, 24 saat güvenlik kameraları ile izlenmekte ve personel dışında birime girişler yasaklanmaktadır. Tebliğ; kamu, özel ve üniversitelere ait tüm yataklı sağlık tesisleri ile burada görev yapan personeli kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2011 yılında "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" hazırlanmıştır. Yönetmelik; kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Bu yönetmeliğin temel amacı "*hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesi, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanması*"dır. Bu doğrultuda sağlık kurumları çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla bazı tedbirler almakta ve düzenlemeler yapmak durumundadır. Bu yönetmelik ile düzenleme ve tedbirler çalışanlara yönelik fiziksel saldırıları da önlemeyi içermektedir. Sağlıkta Kalite Standartları'nda belirtildiği gibi bu yönetmelikte de hastanelerde çalışan güvenliği komitesinin kurulması ve Beyaz Kod Uygulamasının hayata geçirilmesinden söz edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı kurum ve kuruluşlarında görev alan kadrolu ve sözleşmeli personelin görevi esnasında ya da bu görevinden dolayı şiddete uğraması durumunda çalışanlara verilecek hukuki yardımı belirlemek amacıyla 2011 yılında "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkına Yönetmelik" çıkarılmıştır. Bu yönetmelikte çalışanın hukuki yardım alabilmesi için "a) sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması. b) İlgilinin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması. c) İlgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunmaması." gerekmektedir. Bu yönetmelik kapsamında hukuki süreç ancak "mağdurun talebi" doğrultusunda başlatılmaktadır.

İçişleri Bakanlığı tarafından 2012 yılında “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi”³² yayınlanmış ve genelge ile çalışanın görevi esnasında şiddete maruz kaldığı durumda “*mağdurun şikâyeti aranmaksızın*” hukuki sürecin başlamasına karar verilmiştir. Aynı yıl içerisinde çalışanların güvenliğini sağlamak amacıyla “Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi”³³ çıkarılmış ve bu genelge ile çalışanın şiddete uğraması durumunda “*hizmetten çekilme hakkı*” tanınmıştır. Bunun yanı sıra genelge kapsamında sağlık kurumlarında şiddete yönelik Beyaz Kod uygulamasına başlanacağı, çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin kurulacağı, risk değerlendirmelerinin ve güvenlik tedbirlerinin artırılacağı, çalışanlara eğitimler verileceği, hasta ve hasta yakınlarına sağlıkta şiddet ile ilgili bilgilendirileceği ifade edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği tarafından 2016 yılında “Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi”³⁴ yayınlanmıştır. Genelge kapsamında kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışan personelin hizmet sunumu sırasında şiddete maruz kalması durumunda, “<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr>” adresine giriş yaparak, telefonla 113 numaralı çağrı merkezini arayarak ve çalışan hakları ve güvenliği birimine başvurarak olayı bildirebileceği ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra genelge aracılığıyla Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında hizmet sunan kadrolu personelin (memur), 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/B maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personelin, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanların şiddete maruz kalması durumunda bakanlık tarafından hukuki yardımın yapılacağı belirtilmişken, hizmet alma yoluyla çalıştırılanlar, stajyer ve intörnler bu kapsam içerisine dahil edilmemiştir. Genelgede bakanlığa bağlı kuruluşlar ile üniversite ve özel sağlık kuruluşlarında Beyaz Kodun işleyişi ayrıntılandırılmıştır. Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan personel de bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’na dayanarak kamu görevlisi sayılmaktadır. Genelge ile bakanlık her ilde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Beyaz Kod koordinatörlüğünü kurmuştur. Koordinatörlük, yapılan başvuruları inceleyerek

³² Bkz. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://turkdermatoloji.org.tr/media/file/s/file/001.pdf>

³³ Bkz. <https://edremitadsm.saglik.gov.tr/TR,551268/calisan-guvenliginin-saglanmasi-genelgesi.html>.

³⁴ Bkz. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/439/0/hybupdf.pdf>.

başvurunun Beyaz Kod kapsamında olup olmadığını değerlendirmekte ve kapsam dahilinde yer alan başvuruların hukuki sürecini başlatmakla yükümlüdür.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında “Çalışan Hakları ve Uygulama Rehberi” hazırlanmıştır. Bakanlığın çalışan hakları ve güvenliği ile ilgili yapmış olduğu tüm düzenlemelerin yer aldığı rehberde, çalışanların şiddet hakkında bilgilendirilmesi amacıyla sağlıkta şiddete yönelik yukarıda ifade edilen düzenlemelere yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Şiddeti önlemek amacıyla yapılan son düzeleme 2020 yılında hayata geçirilen “Sağlıkta Şiddet Yasası”dır. Bu yasa temelde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 12. maddesine ek yükümlülükleri içermektedir. Bir başka ifadeyle 12. maddeye “kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen kasten yaralama, tehdit, hakaret ve görevi yaptırmamak için direnme suçlarında; tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır ve Türk Ceza Kanunu’nun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz” şeklinde ağırlaştırıcı hüküm eklenmiştir. “hapis cezasının ertelenmesi (TCK m. 51) hükmü uygulanmayacağı düzenlenmiş olmasına rağmen, somut olay özelinde şartların oluşması halinde a) CMK m. 231 kapsamında “Hükmün Açıklanmasının Geri Bırakılması (HAGB)”; b) CMK m. 171 kapsamında “Kamu Davasının Açılmasının Ertelenmesi”; c) TCK m. 50 kapsamında “Kısa Süreli Hapis Cezasına Seçenek Yaptırımlar (örneğin; adli para cezası, kamuya yararlı bir işte çalıştırılma vb.)” hükümlerinin uygulanmasında bir engel bulunmamasıdır” (Taştemir ve ark, 2022).

Sağlıkta şiddetle ilgili son olarak Sağlık Bakanı, Gri Kod uygulamasına geçileceğinden söz etmiştir (pilot çalışmalar başlatılmıştır). “Ramak Kala” olarak da ifade edilen bu uygulamada şiddet olayı meydana gelmeden önce en yakın kolluk kuvvetlerinin olaya müdahalesi söz konusu olacaktır.³⁵

³⁵ Bkz. <https://www.saglik.gov.tr/TR,99948/gri-kod-uygulamasinda-sona-gelindi.html>

4.1.3. Süreç Boyutu

Süreç boyutu, Türkiye’de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik hayata geçirilen politikaların uygulanması ve değerlendirilmesi üzerinde durmaktadır. Bir başka ifadeyle bu boyut, belirlenen politikaların ne zaman uygulanmaya başlandığı ve nasıl değerlendirildiği ile ilişkilidir.

Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik hayata geçirilen uygulamaların büyük bir çoğunluğunun 2000’ler ve sonrasına ait olduğu ifade edilebilir. 2000’ler sonrasının dönüşümleri sosyolojik anlamda daha çok “bilgi toplumu”, “enformasyon çağı”, “dijitalleşme, “internet çağı” gibi kavramsallaştırmalarla düşünülmektedir (Gözü ve Mutioğlu, 2012). Özellikle şiddetin teknolojiye bu dönüşümlere bağlı olarak çok daha fazla görünürlük kazanması, toplumsal hareketlerin bu görünürlük paralelinde bu konuya daha fazla reaksiyon göstermesi, şiddetin sadece sağlıkta değil, toplumsal yaşamın birçok alanında vücut bulması kamu politikalarının ve daha özelinde sağlık politikalarının bu olgunun önlenmesinde daha aktif rol alması mecburiyetini doğurmaktadır (Kaya ve Köken Tok, 2021).

Çalışan Güvenliği Komitesi, Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında “Sağlıkta Kalite Standartları” çerçevesinde ilk kez gündeme gelmiştir. Hastanelerde komitenin kurulması, gündeme geldikten altı yıl sonra ancak 2011 yılında “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile hayata geçirilmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde gündeme gelen bir diğer düzenleme, Beyaz Kod Uygulamasıdır. Söz konusu uygulamanın, 2011 yılında yürürlüğe giren “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile ilerleyen dönemlerde hayata geçirileceği ifade edilmiştir. Beyaz Kod Uygulaması, 2012 yılında çıkarılan “Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile ancak 2013 yılında tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır.

Söz konusu düzenlemelerin hayata geçirilmesinde yaşanan gecikmelerin temelinde, enformasyon ve bilgi sistemlerinin oluşturulmasına yönelik teknolojik alt yapı çalışmalarının planlanandan daha uzun sürmesi ve bakanlık bünyesindeki yönetim

kadrolarındaki değişikliğin sıklığı yer almaktadır. Bir önceki yönetim tarafından oluşturulan herhangi bir uygulama, yönetimin değişmesi ile rafa kaldırılabilmekte ya da uygulamanın hayata geçirilmesinde süreç daha da uzayabilmektedir. Ayrıca bu gecikmeler mevcut politikaların hızlıca sürdürülebilir bir nitelik kazanmasının önünde engel oluşturmaktadır.

Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik 2011 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkına Yönetmelik”te hukuki süreç “*mağdurun talebi*” doğrultusunda başlatılmaktayken, 2012 yılında İçişleri Bakanlığı tarafından çıkarılan “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi” ile artık “*mağdurun şikâyeti aranmaksızın*” hukuki sürecin başlayacağı belirtilmiştir. Dolayısıyla artık sağlıkta şiddetin bireysel bir düzlemde kavranmasından ziyade (bireyin tercihine/insayatifine bırakılmaksızın) kamusal bir sorun teşkil ettiğine yönelik yeni bir yaklaşıma adım atılmıştır. Nitekim bu yaklaşım sorununun çok daha büyük ve yakıcı olduğunu göstermekle birlikte kamu müdahalesine duyulan ihtiyacın kritik bir önem arz ettiği gerçeğini ortaya koymaktadır. Kamu örgütlenmesinin daha aktif rol aldığına ve ilerleyen süreçlerde de bu rolü genişleteceği söylenebilir. Bu da devletin konuya ilişkin önemli bir konum değişikliği içerisine girdiğinin dikkate değer bir nüvesidir.

Çalışanların güvenliğini sağlamak amacıyla 2012 yılında çıkarılan “Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile çalışanın şiddete uğraması durumunda kendisine “*hizmetten çekilme hakkı*” tanınmıştır. Ancak bu hak, acil servis dışındaki hizmet sunumlarını kapsamaktadır. Bu yasa, her ne kadar böylesi bir kısıtlılık barındırsa da sağlık çalışanlarının kendilerini tehdit altında hissettiklerinde hizmeti sonlandırma yönünde bir mecburiyet içerisinde olmamalarına dair yasal bir güvence sağlamaktadır.

Türkiye’de sağlıkta şiddetin güncelliğini koruması nedeniyle ilgili aktörler (TTB başta olmak üzere diğer meslek odaları, dernekler, STK’lar vb.) cezai hükümlerin şiddeti önlemede yetersiz olduğunu belirtmiş ve Sağlıkta Şiddet Yasası’nın meclis tarafından onaylanmasına katkı sağlamıştır.³⁶ Bu doğrultuda, ilgili aktörlerin katkısıyla 3359 sayılı

³⁶ Bkz. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=89769254-7f21-11ea-bc5a-1802c1c4918a

“Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nun 12. maddesine ağırlaştırıcı hüküm getirilmiştir. Bunun çok daha uzun yılları kapsayacağı hedeflenmektedir.

Beyaz Kod Uygulaması’nın şiddet meydana geldikten sonraki süreci ve özellikle hukuki süreci ele aldığı ifade edilebilir. Gri Kod Uygulaması ise şiddet meydana gelmeden önce şiddeti önlemeyi amaçlamaktadır. Bu noktada Bakanlığın, zaman içerisinde şiddetin meydana gelmeden önce çözülmesine yönelik bir anlayışı benimsediği ve bu anlayışla Gri Kod Uygulamasının hayata geçirildiği söylenebilir. Aynı zamanda Gri Kodun Beyaz Kodun bir öncülü olduğu düşünülebilir. Çalışan şiddetle karşılaşacağını hissettiğinde önce Gri Koda, sonrasında Beyaz Koda başvurmak durumundadır. Bu tablo, Beyaz Kodun her ne kadar aynı aktif düzeyde kullanılamayacağını açığa çıkarsa da Gri Kodla paralel olarak varlığını sürdürmeye devam edeceğini göstermesi bakımından öne çıkmaktadır.

Şiddeti önlemeye yönelik yukarıda ifade edilen politikaların sorunu çözmede ne derece etkili oluğuna dair bakanlık tarafından ne yazık ki herhangi bir veri paylaşılmamıştır. TTB Şiddet Araştırma Komisyonu, Danıştay’a başvurarak 2012-2017 (veri, ilk çeyreğine kadardır) yıllarına ait Beyaz Kod verilerine ulaşabilmiştir.³⁷ Yıllar itibariyle Beyaz Kod’a başvuru sayısında bir artış söz konusudur (2012 yılında toplam başvuru 5.079, 2016’da 11.939 ve 2017 yılının ilk çeyreğinde 2.753 başvuru yapılmıştır.) Dolayısıyla sağıkta şiddete ilişkin veriler, yalnızca Beyaz Kod başvuruları düzeyinde ele alınmaktadır. Bu durum sağıkta şiddet eğrilerinin Beyaz Koda indirgendiği/sıkıştırıldığı bir çerçeve sunmaktadır ve sebeple genel şiddet eğrisine dair tam anlamıyla bir gösterge söz konusu olmamaktadır.

4.1.4. Aktörler Boyutu

Aktörler boyutu, Türkiye’de şiddeti önlemeye yönelik hayata geçirilen politikaları etkileyen ve bu politikalardan etkilenen kişi, kurum ve kuruluşları ifade etmektedir. Aktörler, politikaların oluşturulmasında ve uygulanmasında kritik öneme sahiptir. Sağıkta şiddeti önlemeye yönelik aktörler üç grupta ele alınmaktadır:

³⁷ Bkz. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetlebasacikmak4.pdf>.

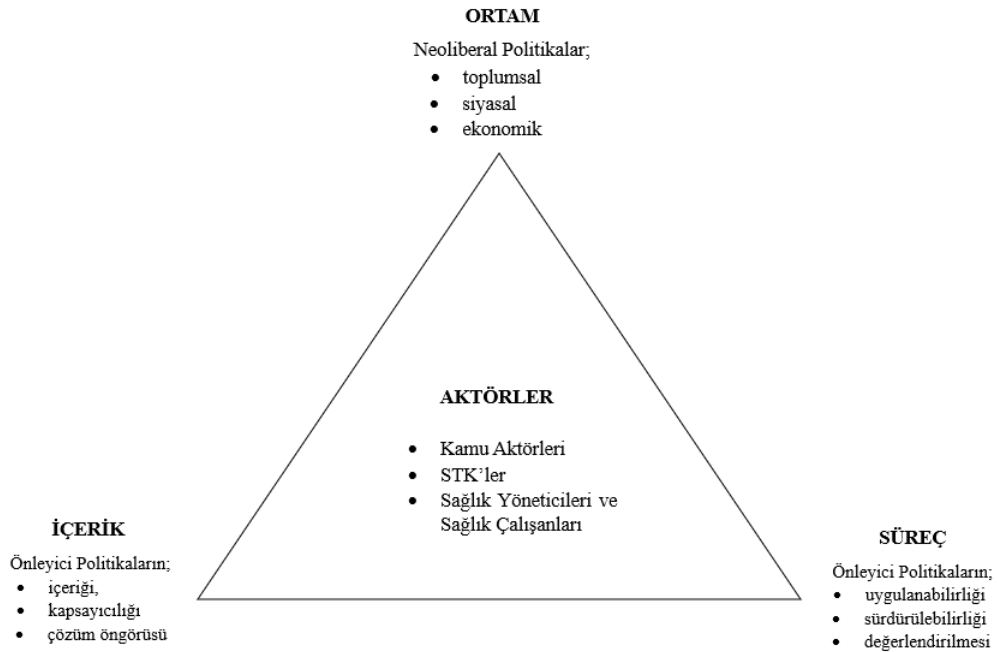
- Bunlardan ilki, kamu örgütlenmesini oluşturan; cumhurbaşkanlığı, TBMM, Sağlık Bakanlığı, TÜSPE, İçişleri Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı, siyasi partilerdir.
- İkincisi, STK'ler çatısında toplanan; meslek odaları, sendikalar ve derneklerdir.
- Üçüncüsü ise sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.

Türkiye’de sağlıkta şiddete yönelik politikaların oluşum sürecinde ana aktör Sağlık Bakanlığı’dır. Süreç, bakanlık tarafından şiddeti önlemeye yönelik oluşturulan politikaların, ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından benimsenmesi ve uygulanması şeklinde ilerlemektedir. Oysaki politikaların uygulanabilmesi ve benimsenmesi, sorunun çözülebilmesi için sağlıkta şiddetle ilgili kamu örgütlenmesi dışında rol alıcıların, aktörlerin sürece dahil edilmesi gerekir. Aşağıda sağlıkta şiddetle ilgili aktörlerin yürütmüş olduğu çalışmalardan bazılarına yer verilmektedir:

- TBMM, 2013 yılında “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu” kurmuştur. Bu komisyon tarafından hazırlanan raporda Türkiye’de şiddetin güncel durumuna, hayata geçirilen politikaların içeriğine ve şiddetin önlenmesine yönelik yapılması gerekenlere dair önerilere yer verilmiştir. Raporun hazırlanma sürecinde oluşturulan komisyonda milletvekillerinin yanı sıra, akademisyenler (halk sağlığı ve sağlık yönetimi alanından), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Bilgi ve Teknoloji İletişim Kurumu, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü yetkilisi de bu komisyonda uzman olarak aktif rol almıştır. Komisyon uzmanları sağlıkta şiddetle ilgili meslek odaları, sendikalar, STK’lar, dernekler ile komisyon toplantıları gerçekleştirmiştir.
- Sağlık çalışanlarına yönelik meslek örgütleri içerisinde en büyük/güçlü meslek örgütü olarak görülen TTB, Türkiye’de sağlıkta şiddetin mevcut durumunu ortaya

koymak ve şiddeti önlemek amacıyla “Şiddet Önleme Komisyonu” kurmuştur. Komisyon, şiddetin önlenmesi ve çalışanların şiddete yönelik bilgilendirilmesi amacıyla çalışmalar yürütmektedir. Bu kapsamda komisyon tarafından 2010 yılında “Şiddetle Başa Çıkmak”³⁸ isimli bir rapor hazırlanmıştır. Raporla sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin gerçekte sağlık sistemine karşı bir şiddet olduğu ifade edilmektedir. Oluşturulan raporda TTB, raporun hazırlanma sürecinde sendikalar ve derneklerle iş birliği içerisinde hareket etmektedir.

- Sağlık-Sen tarafından 2022 yılında “Sağlıkta Şiddet Raporu”³⁹ hazırlanmıştır. Bu rapor kapsamında da yine Türkiye’de şiddetin mevcut durumu, şiddetin çalışanlar üzerindeki etkileri ve şiddeti önlemeye yönelik uygulamalara değinilmiştir.
- Acil Tıp Derneği⁴⁰, dernek üyelerinin şiddete uğramaları durumunda hangi hukuki süreçleri takip etmeleri gerektiğine dair bilgi vermekte ve belirli aralıklarda eğitimler düzenlemektedir.



Şekil 5. Sağlıkta Şiddete Yönelik Politika Analizi Çerçevesi

³⁸ Bkz. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetlebasacikmak4.pdf>.

³⁹ Bkz. <https://agri.sagliksen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu>

⁴⁰ Bkz. <https://tatd.org.tr/>

Araştırmacı tarafından geliştirilen Şekil 5’te, Walt ve Gilson’un Politika Analizi Yaklaşımı’nda Türkiye’de sağlıkta şiddetle ilgili hayata geçirilen politikaların görseline yer verilmektedir. Ortam boyutu, sağlık hizmetlerindeki neoliberal politikaları ve söz konusu bu politikaların gerçekleştirildiği ekonomik, siyasal ve toplumsal dönüşümü ifade etmektedir. İçerik boyutu, sağlıkta şiddete yönelik hayata geçirilen politikaların içeriği, kapsayıcılığı ve çözüm öngörüsünü içermekteyken, süreç boyutu sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik politikaların uygulanması, sürdürülebilirliği ve değerlendirilmesi ile ilgilidir. Son olarak, sağlıkta şiddet ile ilgili aktörlere yer verilmiştir. Bu aktörler içerisinde, Sağlık Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, TBMM, TUSPE, STK’lar (meslek odaları, dernekler ve sendikalar), akademisyenler, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları bulunmaktadır

Tablo 4. Walt ve Gilson’un Politika Analizi Yaklaşımı ile Sağlık Şiddetin Değerlendirilmesi

ORTAM	İÇERİK	SÜREÇ	AKTÖR
Neoliberal Politikalar - Talepteki artış - Performansa Dayalı Ödeme - Sevk Zinciri	- Hizmetten çekilme hakkı (Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi - 2012) - Mağdurun talebine bakılmaksızın hukuki sürecin başlaması (Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi- 2012) - Sağlıkta Şiddet Yasası (2020) - Gri Kod Uygulaması	- Yasal güvence - Bireyselden kamusal kavrayışa geçiş - Cezai yaptırımın artırılması - Şiddet olayı meydana gelmeden önce çözülmesine yönelik anlayış	- Kamu örgütlenmesi - STK’lar - Sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları

Tablo 4’te Türkiye’de sağlıkta şiddetin Walt ve Gilson’un politika analizi çerçevesi ile değerlendirilmesinde öne çıkan hususlara yer verilmektedir. Bu doğrultuda ortam boyutunda, neoliberal politikalar başlığı altında talepteki artış, performansa dayalı ödeme sistemi ve sevk zincirinin olmayışı öne çıkmaktadır. İçerik boyutunda, “Sağlık Bakanlığı

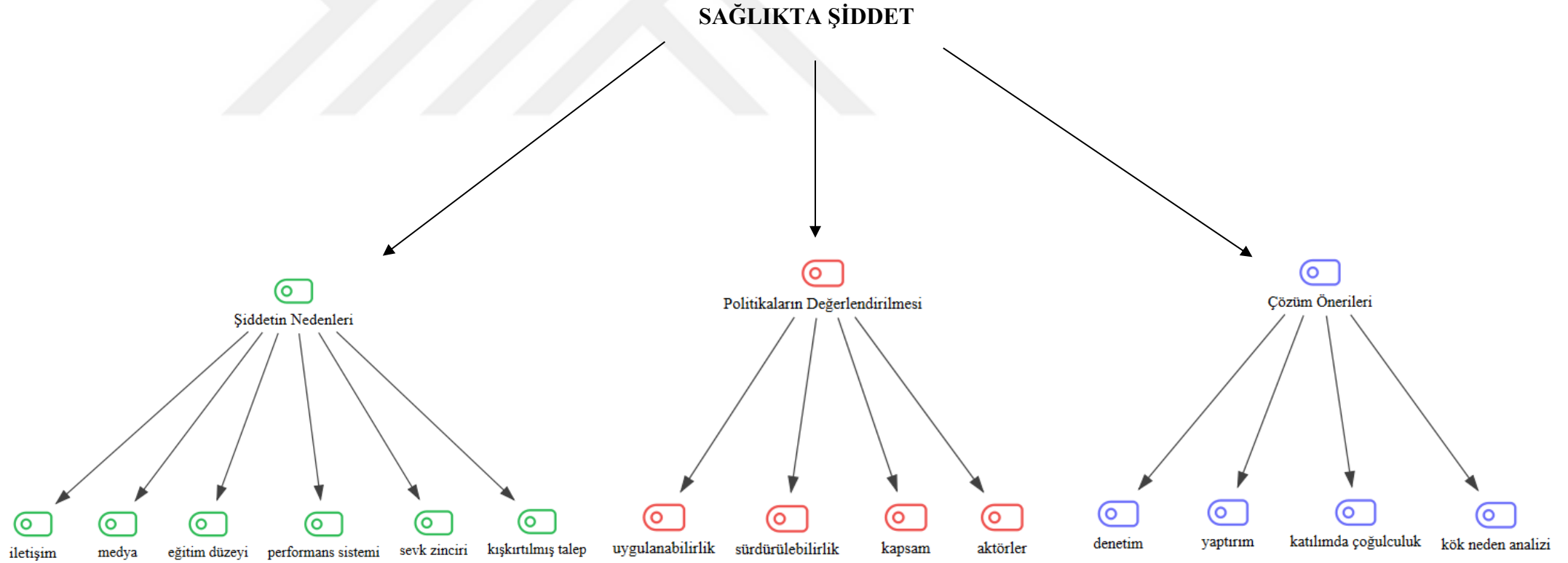
Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile çalışanlar, şiddete maruz kalmaları durumunda hizmetten çekilme hakkına sahip olmaktadır. Bu durum devletin şiddete maruz kalan çalışanlara yasal bir güvence vermesi şeklinde sürece yansımaktadır. “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi” ile mağdurun talebine bakılmaksızın hukuki sürecin başlaması ile şiddete maruziyetin bireysel bir sorun olmaktan çok kamusal bir kavrayışla ele alındığı bir sürece geçilmiştir. Şiddet olaylarının güncelliğini koruması nedeniyle Sağlıkta Şiddet Yasası olarak da bilinen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 12. maddesine ek yükümlülük getirilmesiyle cezai yaptırımın artırılması sağlanmıştır. Bunların dışında Beyaz Kod uygulamasının yanı sıra Gri Kod Uygulamasının da devreye sokulması planlanmaktadır. Devletin, şiddet olayı meydana gelmeden önce şiddetin çözülmesine yönelik bir anlayışı benimsediği söylenebilir. Aktörler boyutunda ise şiddeti önlemeye yönelik politika oluşturma sürecinde yer alması gereken aktörlere değinilmektedir. Üç grupta ele alınan bu aktörler; kamu örgütlenmesi, STK’ler, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarıdır.

Tüm bunların doğrultusunda bulguların ilk bölümünde Türkiye’de sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik çalışmaların Walt ve Gilson’un politika analizi çerçevesinden hareketle analiz edildiği söylenebilir. Ancak sosyal politikalar ve daha özelinde sağlık politikaları sadece kuramsal düzeyde anlaşılabilecek bir olgu değildir. Sosyal politika ampirik bir disiplin olmasının yanı sıra uygulamalı bir disiplindir (Develi ve Karagöl, 2020). Sosyal politika incelediği araştırma konusundan hareketle teorik bir analizin ampirik bir araştırmayla ilişkilendirilmesi gerektiğine vurgu yapan Alcock ve arkadaşlarının (2011) belirttiği gibi, “sosyal politikada kullanılan araştırma yöntemleri, tasarımları ve yaklaşımları ile araştırma incelemelerinden elde edilen bulgular, disiplinin (onun çok katmanlı analiz, teori ve bilgisinin) ve uygulamasının (politika üretme, gerçekleştirme, eylem, sosyal değişim, evrim) üzerine inşa edildiği temeldir.” Dolayısıyla sosyal politikaların uygulama sahasına nasıl yansıdığının ampirik değerlendirilmesi hem bugüne hem de geleceğe dair kayda değer aktarımları sunması ekseninde olmazsa olmazdır. Buna bağlı olarak çalışmanın ikinci bölümünde sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik politikaların sahaya nasıl yansıdığının açığa çıkarılması hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda makro, mezo ve mikro boyutlarda belirlenen katılımcılarla

derinlemesine mülakat yoluyla görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu görüşmelere ait bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

4.2. KATILIMCI GÖRÜŞLERİNE AİT BULGULAR

Makro, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılardan toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda temalar üç başlık altında toplanmıştır. Çalışmaya ait ilk tema ‘şiddetin nedenleri’dir. Bu tema altında Türkiye’de neoliberal politikaların bir yansıması olan ‘kışkırtılmış talep’, ‘sevk zinciri’ ve ‘performans sistemi’ alt temaları yer almaktadır. Bunun yanı sıra çalışmada ‘eğitim düzeyi’, ‘medya’ ve ‘iletişim’ de bu temanın diğer alt temaları olarak belirlenmiştir. İkinci tema ‘politikaların değerlendirilmesi’ temasıdır. ‘Uygulanabilirlik’, ‘sürdürülebilirlik’, ‘kapsam’ ve ‘aktörler’ alt temaları bu tema başlığı altında yer almaktadır. Çalışma kapsamında belirlenen son tema ise “çözüm önerileri” başlığıdır. Katılımcıların şiddetin çözümüne yönelik ifadelerinden yola çıkarak ‘denetim’, ‘yaptırım’, ‘katılımda çoğulculuk’ ve ‘kök neden’ analizi alt temaları bulunmuştur. Çalışma kapsamında sağlıkta şiddete ait tema ve alt temaların görseline Şekil 6’da yer verilmiştir.



Şekil 6. Oluşturulan Temalara İlişkin Hiyerarşik Kod Alt Modeli

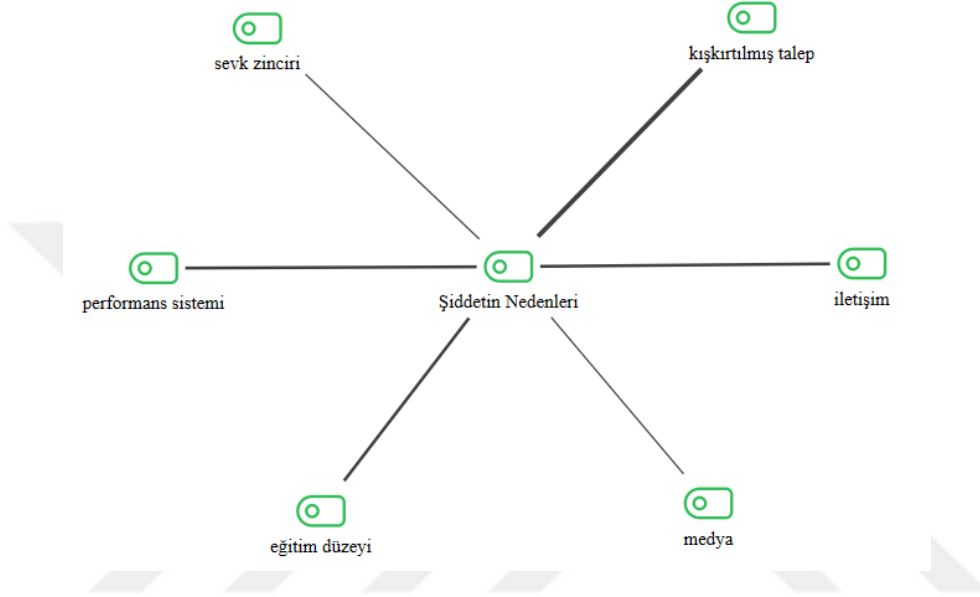
Tablo 5. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

DEĞİŞKENLER	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	17	60,71
Erkek	11	39,28
Yaş		
35 ve altı	10	35,71
36 ve üzeri	18	64,29
Çalıştığı Kurum		
Sağlık Bakanlığı	4	14,28
Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü	1	3,57
Meclis	1	3,57
Üniversite (Akademisyen)	4	14,28
Meslek Odaları	3	10,71
Sendikalar	3	10,71
Dernekler	4	14,28
Üniversite Hastanesi	3	10,71
Şehir Hastanesi	3	10,71
Devlet Hastanesi	3	10,71
Bu Kurumda Çalışma Süresi		
1-5 yıl	5	17,85
6-9 yıl	10	35,71
10 yıl ve üzeri	12	42,85

4.2.2. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Çalışma kapsamında sağlıkta şiddetin nedenlerini ortaya koymak amacıyla katılımcılara “sağlıkta şiddetin nedenleri sizce neler olabilir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılar, şiddetin nedenleri içerisinde neoliberal politikalar bağlamında özellikle sağlık hizmetlerine yönelik talep artışının üzerinde durulması gerektiğini ifade etmişlerdir. Kademeli sevk zincirinin olmayışının da bu talep artışına ve şiddete neden olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcılar sağlık çalışanlarının aynı sürede daha çok hastaya bakmak durumunda olmaları, muayeneye ayrılan sürenin kısalması, daha fazla tetkik ve işlemin

yapılmasını öngören performans sisteminin şiddete neden olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki neoliberal politikaların yanı sıra katılımcılar toplumun eğitim düzeyinin, geleneksel ve sosyal medyada sağlık çalışanlarına yönelik çıkan haberlerin ve hasta, hasta yakını ile hekim arasındaki iletişimin de şiddete neden olduğunu dile getirmişlerdir.

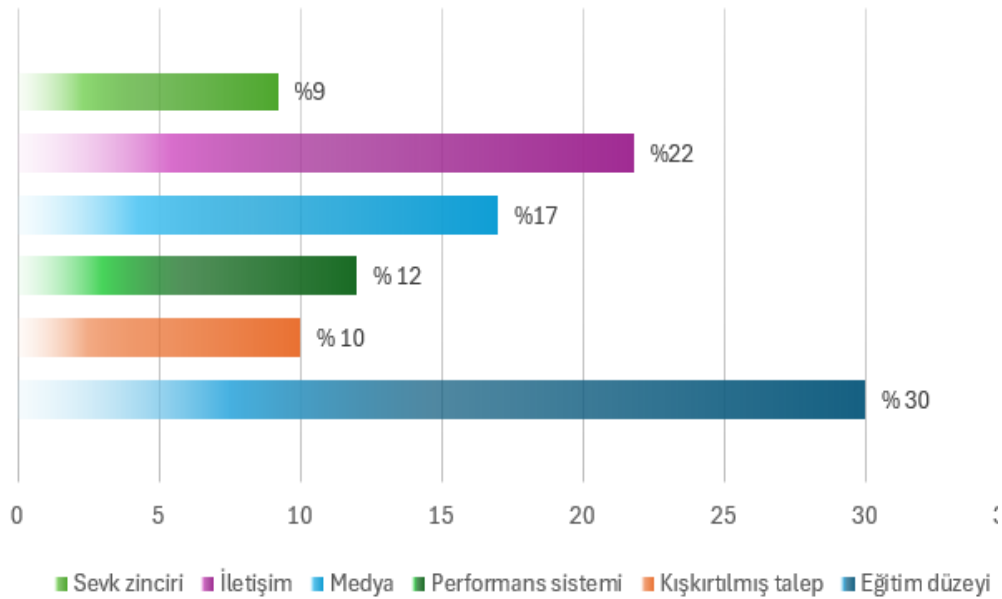


Şekil 8. Şiddetin Nedenleri Temasına Dair Kod Birlikte Oluşum Modeli

Şekil 8’de MAXQDA 24 programı aracılığıyla oluşturulan Türkiye’de sağlıkta şiddetin nedenleri teması altında yer alan kodlamaların birbiriyle ilişkisine yer verilmektedir. Kalın çizgiler daha yakın kod ilişkisini, ince çizgiler ise uzak kod ilişkisini göstermektedir. Bu doğrultuda ‘şiddetin nedenleri’ teması ile ‘kışkırtılmış talep’ kodlaması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcılar sağlıkta şiddetin nedenleri arasında sağlık hizmetlerinde meydana gelen talepteki artışı ve bu çerçevede hastalara yetişememe gerçeğini öne çıkarmışlardır. Bunun yanı sıra eğitim düzeyi, performans sistemi ve iletişim kodlamalarının da diğer kodlamalara göre daha güçlü bir ilişkiye sahip oldukları ortaya çıkmıştır.

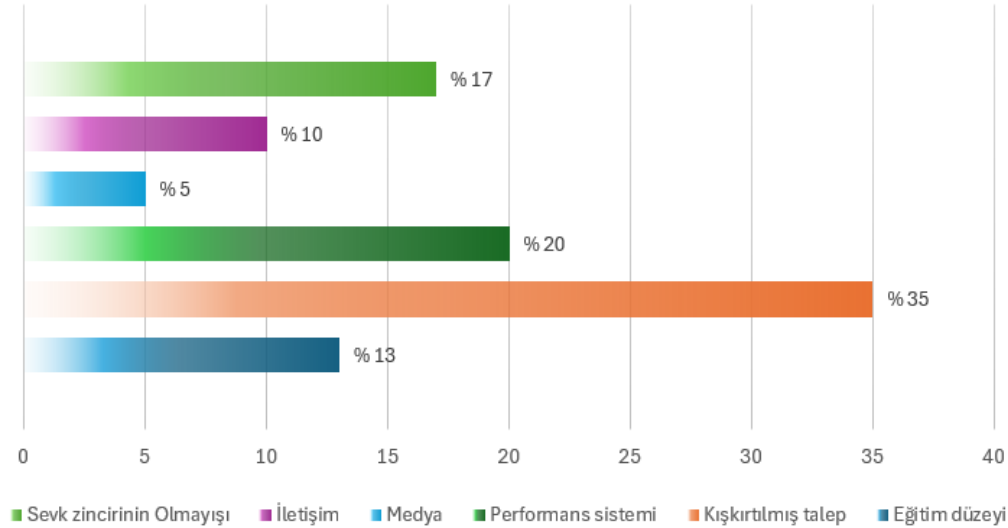
Şiddetin nedenlerine yönelik katılımcıların vermiş olduğu cevaplar incelendiğinde düzeyler arasında bir farklılık ortaya çıkmıştır. Makro düzeydeki katılımcılar şiddetin

nedeni olarak eğitim düzeyini ön plana çıkarırken, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılar neoliberal politikalar bağlamında talepteki artışı, sevk zincirinin olmayışını ve performansa dayalı ödeme sistemini önceliklendirmektedir. Dolayısıyla mezo ve mikro düzeydeki katılımcıların benzer veya aynı bulgulara dikkat çektikleri görülmektedir. Buna ilişkin altı çizilmesi gereken ilk husus, STK'ler bağlamındaki hak savunucusu mezo düzeyli katılımcıların, aynı zamanda sahadaki sağlık çalışanları grubunu da oluşturuyor olmalarıdır. İkinci unsursa önleyici politikaların örgütsel ve çalışanlar bazında görüş birliği oluşturacak şekilde sahaya aynı düzlemde yansıdığına açıkça çıkmasıdır. Diğer taraftan makro düzeyli katılımcıların eğitim seviyesini öne çıkarması, a) şiddeti sadece uygulayıcılar bağlamında ele aldıklarını; b) sağlıkta şiddeti toplumsal bir problem olarak, toplumsal sahanın diğer alanlarına da taşan bir olgu olarak gördüklerini; c) toplumun eğitim seviyesi önleyici politikaların çok fazla çare olamayacağına inandıklarını göstermektedir.



Şekil 9. Şiddetin Nedenleri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Makro Düzey)

Şekil 9 makro düzeydeki katılımcıların şiddetin nedenleri teması altında yer alan alt kod frekanslarına verdikleri cevaplarla ilgilidir. Eğitim düzeyi alt kodu %30 ile ilk sırada yer alırken, eğitim düzeyini %22 ile iletişim alt kodu takip etmektedir. En düşük frekans %9 ile kademeli bir sevk zincirinin bulunmayışı alt koduna aittir.



Şekil 10. Şiddetin Nedenleri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Mezo ve Mikro Düzey)

Mezo ve mikro düzeyde şiddetin nedenleri teması altında yer alan alt kodlara ait frekanslarda ciddi bir farklılık söz konusu olmaması nedeniyle mezo ve mikro düzeydeki katılımcılara yönelik frekanslar bir arada verilmiştir. Şekil 10 mezo ve mikro düzeydeki katılımcıların şiddetin nedenleri teması altında yer alan alt kod frekanslarına verdikleri cevapları göstermektedir. Kışkırtılmış talep alt kodu %35 ile ilk sırada iken %5 ile medya alt kodu son sırada yer almaktadır. Düzeyler arası bu farklılığın temelinde makro düzeydeki katılımcıların sağlık sistemi dışındaki değişkenlere vurgu yapmaları, mezo ve mikro düzeydeki katılımcıların ise neoliberal politikalar bağlamında sağlık sisteminin şiddete neden olduğu üzerinde durmaları yatmaktadır.

4.2.2.1. Kışkırtılmış Talep

Türkiye’de şiddet olaylarının meydana gelmesinde en önemli nedenlerden biri ‘ortam’ bölümünde değinildiği üzere hasta odaklı sağlık politikalarının önceliklendirilmesidir. Nitekim Sağlık- Sen 2022 yılındaki Sağlıkta Şiddet Raporu’nda⁴¹ talepteki artışın ve bunun yol açtığı yoğunluğun/tıkanıklığın şiddeti en çok tetikleyen başlıklardan biri olabileceğini ifade etmektedir. Katılımcılar da sağlıkta şiddetin temel nedenlerinden biri olarak sağlık hizmetlerine yönelik talepteki artışa vurgu yapmaktadırlar. Bu doğrultuda

⁴¹ Bkz. <https://agri.saglikksen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu>

katılımcı 16, şiddetin en temel nedeninin sağlık hizmeti talebindeki artış olduğunu şu sözlerle ifade etmektedir:

“...Ama topluma bu sözü verip hem birinci basamakta hem ikinci ve üçüncü basamakta yoğun bir başvuru yaratınca, ekonomide arzın talep yaratmasının yanında bir de kışkırtılmış talep var, bu da kışkırtılmış bir talep yaratınca, bu talep de karşılanamayınca şiddete uygun bir zemin oluşmaya başladı. Sağlık çalışanlarının bu talebe yanıt vermesi çok zor.” (K 16-mezo düzey)

Katılımcı 24 ise zaman içerisinde yaratılan talebi karşılamakta iş yükünün artmasına bağlı olarak zorlandıklarını dile getirmektedir.

“Artan talebi karşılamakta zorlanıyoruz. Bu noktada kendimizden ve hastalardan çalarak bu talebi karşılamaya çalışıyoruz. Bu süreç eskiden böyle değildi. Bu kadar değildi en azından. Hasta odaklı bir sağlık sisteminin sonucunu yaşıyoruz. Bu durum elbette uzun bekleme sürelerine sebep oluyor. Bekleyen ve tedavi olamayan hasta öfkesini sizden çıkarıyor. Hasta odaklı dedim ama hastanın da artık bu sistemde değerli olmadığını düşünüyorum.” (K 24-mikro düzey)

Yine ‘ortam’ bölümünde aktarıldığı üzere Türkiye’de neoliberal politikaların bir uzantısı olan Sağlıkta Kalite Standartları içerisinde hasta memnuniyeti boyutu tartışılmaya başlanmıştır. Ünlütürk Ulutaş (2011), bu durumu sağlık hizmetlerinde ‘müşteri odaklı’ bir yaklaşımın benimsenmeye başlanması ve sağlık hizmetlerinin metalaşmasıyla ifade etmektedir. Katılımcı 14’ün görüşleri, talepteki artışın Türkiye’de neoliberal politikaların bir sonucu olarak değerlendirmesi bakımından önem taşıdığını gözler önüne sermektedir.

“Neoliberal süreçte bir sağlık reformundan geçti ve bu dönem, sağlık hizmeti sunma sürecinde hizmet alanların müşterileştiği ve bu müşterileşme üzerinden de sağlığın temel bir hak olmaktan ziyade müşteriye sunulan bir hizmet ya da mal gibi kurgulandığı bir dönem. Bence şiddeti artıran noktalardan bir tanesi de bu aslında. Türkiye özeline geldiğimizde, bunu şiddetlendiren başka bazı şeyler var. Yani bütün dünyada ve yeni kamu işletmeciliği modeli tam söylediğim şeyi, yani bir kamusal hizmet olan sağlığı kamusal özelliklerinden uzaklaştırıp, bir çeşit işletmecilik modeli içinde sunmaya dönük bir sistemi bize getiriyor ve bu, dediğim gibi, aslında Türkiye’nin keşfettiği bir şey de değil, maalesef bütün dünyada egemen olan bir eğilim, bir dönüşüm.” Amma velâkin, Türkiye’de bu dönüşüm gerçekleştirilirken, bütün dünyada izlenen yolun dışına çıkan bazı başka özellikler oldu. Örneğin sevk sisteminin olmayışı, herkesin her basamağı dilediği biçimde kullanabilmesi, süper erişim diye adlandırdığımız, bazı grupların sağlık hizmetlerine hiç erişemediği, ama grupların ise hiper erişebildiği ve aynı zamanda bu hiper erişimin yanında kışkırtılmış bir talebin olduğu bir durum görüyoruz.” (K 14-mezo düzey)

Katılımcı 8 de bu tanımı destekler nitelikte ifadelerde bulunmuştur. Özellikle sağlıkta şiddetin alan yazında da bahsedildiği üzere acil servislerde meydana gelen artışa bağlı olarak (Şahin ve ark., 2011; Şen-Savaş ve ark., 2016; Aydemir ve ark., 2020;) hastaların müşteri olarak kabul edildiği bir sistemden kaynaklı ortaya çıktığını vurgulamaktadır.

“Sağlıkta şiddetin nedenlerini ele alacak olursak, hastaların müşteri olarak sağlık hizmeti sürecine dahil edildiğini görebiliriz. Nasıl ki diğer sektörlerde müşteriler satın aldığı hizmetin karşılığında istediği zaman istediği şekilde hizmet görmek ister, buradaki durum da tam olarak aynı. Kişi istediği zaman, istediği şekilde sağlık hizmeti almak istiyor. Acil servislerdeki artışı da bu açıdan düşünebiliriz. Adı üzerinde acil ama bizim ülkemizde acil servislerde daha çok acil olmayan sağlık hizmetleri veriliyor. Bunu ben ödemedim bu benim hakkım şeklinde bir düşünce söz konusu. Tabi bu düşüncenin temelinde ülkedeki politik ortamın, yöneticilerin söylemlerinin de etkisi var bu noktada. Bu anlayıştan vazgeçemediğimiz sürece bence şiddetin önlenmesi mümkün olmayacak.” (K 8-makro düzey)

Bu görüşler bize göstermektedir ki, sağlıkta şiddet olgusu, refah devletinin gereği olarak sağlık hizmetlerinin sunumunun ‘sosyal hak’ olduğu bir sistemden kopulup, neoliberal dönüşüm doğrultusunda metalaştığı bir çerçeveye yakından ilişkilidir. Özellikle hasta ve hasta yakınlarının hizmetlere ilişkin beklentilerindeki artış, kendilerini müşteri yerine koyarak sürekli talep eden bir konuma yerleştirmeleri ve hep en kaliteli ve en iyi hizmet beklentisi içerisinde olmaları şiddet gerilimini tetikleyen sebeplerden biri olabilmektedir. Bu durum, aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının kendilerini hekimden üstün bir statüye yerleştirmeleri gerçeğini de ortaya koymaktadır.

4.2.2.2. Performans Sistemi

‘Ortam’ bölümünde performans sisteminin çalışanların verimini artırmak amacıyla uygulamaya konmasının yanı sıra, çok daha temelde çalışandan en üst düzeyde kar elde etme amacına yaslandığına değinilmişti. Bu noktada çalışanların kaç hasta baktığı, kaç tetkik istediği ya da kaç operasyon yaptığı üzerinde durulmaktadır. Performans ve buna bağlı yüksek maaş kaygısıyla birlikte çalışanlar daha fazla hastaya bakmak durumunda kalmış ve dolayısıyla çalışanların her bir hastaya ayırdığı süre azalmıştır. Bu noktada katılımcılar performans sisteminin şiddete neden olabileceğini ifade etmektedir. Katılımcı 10, performans sistemi ile ilgili görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir:

“Hastane sizden daha fazla hasta bakmanızı, hastalara daha az zaman ayırmanızı istiyor. Yönetim bunu doğrudan dile getirmese de sistem bu şekilde ilerliyor diyebiliriz. Ne oluyor hastalarla istediğin gibi ilgilenemiyorsun. Yetişemiyorsun. Hasta da benimle ilgilenmedin diyerek tepki gösteriyor, hatta bazen şiddet uyguluyor.” (K 10-mezo düzey)

Katılımcı 26 ise performans sisteminin hem hastayı hem de hekimi birçok açıdan olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir.

“Gelen herkesi MR’a gönderiliyor. 90 kişi geliyor, 90 kişiye hemen MR. Ondan sonra hasılat geliyor, bakıyor MR’a, ameliyatlksa hayır diyor, değilse fizik tedaviye git diyor, başka şeye git diyor. Sistem böyle. Bu durum şiddete neden oluyor mu evet oluyor. Sistem kar elde etmek istiyor ama olan hasta ile hekime oluyor. Hasta oradan oraya koşturuyor derdine çare bulmak için hekim ise performansını artırmak için daha fazla tetkik talebinde bulunabiliyor.” (K 26-mikro düzey)

Katılımcı 11’in aşağıdaki sözleri, performans sistemin, yeni adıyla teşvik sisteminin bireysel düzeyde hekim-hasta arasındaki güven ilişkisini ve bilhassa hekime duyulan saygıyı nasıl zedelediğini, bu ilişkinin sağlığın metalaşmasıyla birçok yönden dönüştüğünü ortaya koyması bakımından öne çıkmaktadır.

“Performans sistemi hasta yoğunluğunu, birim hasta başına verilen sürenin kısıtlanmasını yaratıyor; bütün bunlar çok yoğun konsültasyon, çok yoğun tetkik gibi şeylere yol açıyor. Bunlar aslında hem sağlık sisteminin ekonomisi, finansmanı üzerinde bir yük yaratırken, hem hastaya verilen sağlık hizmetinin kalitesini azaltıyor hem verilen süreyi azaltıyor hem hekimlerin ve hekim dışı sağlık personelinin sürece dair angajmanını, hastayla kurdukları o temel ilişkiyi azaltıyor. Yine çok sevdiğim, her sunuşumda verdiğim bir örnek: Mc Kindley ve Arths’ın tanımı bu. Eskiden sağlık hizmeti alan ile sağlık hizmet sunucuları arasında uzun süreli, uzun soluklu, bağlılığa dayalı, kimi zaman da paternalist bir ilişki vardı; şimdi taksi sürücüsü ile taksi yolcusu arasındaki ilişkiye döndü diye. Performans da tam böyle bir ilişki biçimi yaratıyor aslında. Bu da şiddeti körükleyen bir şey bence.” (K 11-mezo düzey)

Performans sistemiyle birlikte sağlık hizmetleri ve hekim algısındaki dönüşüme dikkat çeken bir diğer katılımcı 24, bu durumun şiddete neden olabileceğini açıkça ifade etmiştir.

“Tetkik yapmayan hekim iyi hekim değil” diyor. Halbuki fizik muayeneyle de belli olacak bir hastalık, ama ‘mutlaka MR, bir şey isteyelim’ deniliyor. Gittiği hekim bunu karşılamadığı zaman, tetkik yapmadığı zaman o hekimin iyi olmadığını ve başka hekime gitmek istediğini söylemişlerdi. Bu durum bazen de şiddete neden olabiliyor, hekim bana bakmadı beni başından savdı şeklinde.” (K 24-mikro düzey)

Katılımcı 14 performans sisteminin kapsayıcılığına ve farklı meslek grupları arasında sorunlara neden olabildiğine değinmektedir.

“Performans sistemiyle ilgili de yine sıkıntı var. Normalde mevzuata, kim, ne işlem yaparsa onu alacak diye... Ama biz mevzuatın uygulanmasına da okeyiz aslında. Gerçi performans sistemini tamamıyla reddediyoruz biz. Çünkü sağlık hakkı ve çalışan hakkını düşündüğümüz zaman, zaten benim ona bunu sunmam lazım. Maliyetini düşündüğüm zaman, gerekli gereksiz işlem yapmamam lazım benim zaten; ancak, öyle bir hal aldı ki... Pandemi döneminde de çok fazla yapıldığına şahit olduk. Önce şurayı söyleyeyim: Hekim diyor ki, “Bu işlemi sen gir”. Senin yaptığın işlemi neden ben gireyim? Bu da çok ciddi bir şey. Mesela oluşturulan hastane sistemlerinde hemşirenin performans girmesini sağlayacak kayıt yeri yok.” (K 14-mezo düzey)

Bu görüşlerin dolayımında neoliberal politikaların belirleyiciyi olduğu ‘ortam’ boyutundaki performans odaklı modelin, sadece doktorlar değil, hastalar açısından da kesintisiz bir hizmet sunumunun getirisi olarak olumsuz yansıdığı görülmektedir. Bilhassa hekimlerin maaşlarının bu sistemce inşa edilmesi, onları fazladan (gereksiz) işlere de sürüklediğini, performans ve başarı kaygısı yüklediğini göstermektedir ki, bu nokta hastalara ayrılan süreyi doğrudan etkilemektedir. Bu tablonun en temel sonucu olarak çalışanlar üzerindeki baskının ve stresin artması, motivasyon kaybı, iş doyumunun düşmesi ve tükenmişliğin su yüzüne çıkmasından bahsedilebilir yol açması gösterilebilir (Akıncı, 2013).

4.2.2.3. Sevk Zinciri

‘Ortam’ boyutuna istinaden neoliberal politikalar altında ele alınan bir diğer alt tema Türkiye’de kademeli bir sevk zincirinin uygulanmayışıdır. “Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesi” olarak sevk zinciridir (Başol, 2015). Sağlık sisteminin sürekliliği ve verimliliği açısından en önemli konulardan biridir. Ancak bu başlık 2003’teki SDP’nin bileşenlerinden biri olsa da ne yazık ki bu uygulama hayata geçirilememiştir. Hastalar her basamaktaki sağlık hizmeti sunucusuna başvurabilmektedir, yani herhangi bir kısıtlama olmadan birinci basamakta tedavi edilebilecek basit sağlık sorunlarında dahi hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına başvurabilmektedir (Bankur, 2017). Bu durum sağlık hizmeti sunumunda yoğunluğa, kargaşaya, belirsizliğe ve

bunların yansıması olarak çalışanlara yönelik şiddete neden olabilmektedir. Katılımcı 18 de sevk zincirinin olmayışının sağlık hizmetlerinde erişimi zorlaştırdığı gibi şiddete neden olabileceğini şu sözlerle dile getirmektedir:

“Sağlıkta Dönüşümün temel bileşenlerinden biriydi kademeli bir sevk sistemi ancak ne yazık ki hayata geçirilemedi. Tabi bu durum da sağlık hizmetlerinde hastanın doğrudan üçüncü basamağa gidebilmesinin önünü açtı. Sonra ne oldu, niteliksiz bir aile hekimliği sistemi ve isteyen istediği basamaktan sağlık hizmeti satın alabilmesi durumu ortaya çıktı. Tabi bir de sağlık hizmetine ihtiyacı olup da randevu alamayan, sağlık hizmetine erişemeyen bireyler ortaya çıktı. Bu durum doğrudan olmasa bile dolaylı yönden şiddeti neden olmakta elbette.” (K 18- mezo düzey)

Katılımcı 20 de sevk zincirinin olmaması nedeniyle hastanelerde uzun bekleme sürelerinin meydana geldiğinden ve aile hekimliği sisteminin işlevsizleştirildiğinden söz etmektedir.

“Sevk zincirinin olmayışı hastanın istediği zaman istediği sağlık kurumundan hizmet almasının önünü açtı. Hastanelerde beklenenden fazla yoğunluk ortaya çıktı. Bizlerin hizmete yetişemez duruma gelmesinin nedenlerinden bir de bu bence. Tabi aile hekimliği uygulamasının da niteliksizleştirildiğini söylemek lazım. İnsanlar yalnızca ilaç yazdırmak için aile hekimine gidiyor. Gidenlerin çoğu da kronik hastalığı olanlar. Çevremde hiç aile hekimine hiç gitmeyen, aile hekimini tanımayan insanlar var.” (K 20- mikro düzey)

Yapıcı (2023) Türkiye’de etkili bir sevk zincirinin oluşturulması noktasında dikkat edilmesi gereken bazı hususlara değinmiş ve bunlarla alakalı olarak bilhassa ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki hasta yükünün artmasıyla birlikte çalışanlara yönelik şiddet olaylarının artabileceğini belirtmiştir. Nitekim katılımcı 8 de sevk zinciriyle ilgili olarak benzer kaygıyı dile getirse de bunun da tek başına yeterli olacağını düşünmektedir.

“Sistemin olumsuzluklarını ortadan kaldırırken elbette sevk zincirini de konuşmamız gerekir. Ancak, şunu mutlaka tartışmalıyız: Sevk zincirini getirdiğinizde, sevk zincirini kolaylaştırabilecek bir yapıyı da kurmanız gerekir. Örneğin bugün listesinde 4 bin kişinin olduğu bir aile hekimi için sevk zorunluluğu getirecek olursanız, bu şiddeti artırır. Çünkü 4 bin kişiye bakmak zorunda olan bir aile hekimi sevkleri yönetemez ve insanlar doğrudan üçüncü basamağa gitmeye alıştırmışken, “sen önce aile hekimine gideceksin” denildiğinde, aile hekimi eğer onu sevk etmezse, bu yeni bir şiddet kaynağı olur. O yüzden de sistemi çok düzgün bir şekilde baştan ele alıp, örneğin aile hekimi listesinde 1500 kişiden fazla insan olmayacak şekilde düzenleme yapıp, insanlara da niye bu

düzenlemeyi yaptığımızı zaman içerisinde anlatıp iyi uygulama örnekleriyle gösterdikten sonra bunu hayata geçirecek bir mekanizma üretmek lazım. Tek başına sevk zinciri bu sorunu çözmeye yetmeyecektir.” (K 8-makro düzey)

Dolayısıyla sevk zincirinin sağlık hizmetlerinin nitelikli sunumunda önemli bir ihtiyaç olduğu açıktır. Hastaların öncelikle sevkin gerekli olup olmadığının tespiti adına ilk başvuruyu birinci basamak hizmet sunucusuna yapmaları sistemin işlevselliği açısından kritiktir. Bu, hastalar ve sağlık sistemi açısından maliyeti düşürmesinin ve hizmete kolay erişebilirliği sağlamasının yanı sıra birinci basamağın güçlendirilmesi de demektir. Fakat bu ihtiyacın hayata geçirilmemesi çalışanlar üzerindeki iş yükünün artması şeklindeki ciddi sorunu teşkil etmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018). Buradan hareketle ortaya çıkan hekim-hasta gerilimi ve özellikle hekim üzerindeki talep yoğunluğu kaynaklı baskı ve stres şiddeti doğrudan harekete geçirebilmektedir.

4.2.2.4. Eğitim Düzeyi

‘Ortam’ boyutu bağlamında toplumsal dönüşüm çerçevesinde düşünülmesi gereken eğitim düzeyi hususu sağlıkta şiddeti etkileyebilmektedir. Nitekim Özyurt ve arkadaşlarının (2009) sağlıkta şiddetin nedenlerini ortaya koymak üzere yapmış olduğu çalışmada toplumun eğitim düzeyinin düşük olmasının şiddeti artıran bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır. Adib ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu çalışmada da hastaların eğitim düzeyi şiddetin nedenleri arasında yer almaktadır. Katılımcılar, toplumun eğitim düzeyi ile artan şiddet olayları arasında güçlü bir ilişkinin varlığından söz etmektedir. Bu doğrultuda katılımcı 2 eğitimin önemine şu sözlerle değinmektedir:

“Şiddet konusunun çözümü bence eğitimden başlıyor. Ben buna da çok üzülüyorum. Ben, bana yapılan şiddete üzülüyorum; ben başka arkadaşşıma, meslektaşşıma ve başka birine yapılan şiddete üzülüyorum. Ersin Bey'e, Samsun'da göğüs cerrahına oldu, kalp damar cerrahına oldu. Geçen en son anestezi asistanına olmuştu galiba. Bana yapıldı değil, bunlara daha çok üzülüyorum. Ama burada zaten eğitimde sıkıntımız var. Bizim birbirimize saygımız yok. Toplumda da hep öyle değil mi? Siz de öbür türlü şiddet görüyorsunuz. En basiti, sırada şiddet görüyorsunuz, trafikte şiddet görüyorsunuz. Burada eğitim var. Burada eğitim olmadığı sürece, bu böyle olduğu sürece, insana saygı olmadığı sürece her yerde şiddet göreceğiz.” (K 2-makro düzey)

Benzer şekilde katılımcı 4 de şiddetin sağlık çalışanlarına yönelmesini eğitim düzeyi üzerinden değerlendirmektedir.

“Toplumun genelinde görülen şiddetin eğitimsizlikten kaynaklı olduğunu düşünüyorum. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin kendilerini ifade etmekte zorlandığını, öfkелendiğini ve bu nedenle daha fazla şiddete başvurduğunu söyleyebilirim. Sağlıkta şiddette de durum bu şekilde. Hasta ve hasta yakınları eğitim seviyelerinden kaynaklı kendilerini ifade etmekte zorlanabiliyor. Bazen hekimin ne dediğini anlayamayabiliyor. Hasta da olunca şiddet oluşabiliyor.” (K 4-makro düzey)

Katılımcı 14 de toplumda eğitim düzeyinin düşük olması ile sağlıkta şiddet arasında bir bağ olduğunu şu sözlerle ifade etmektedir:

“Mesela hasta yakınına sinirleniyorsunuz, bir şey diyorsunuz; ama düşünüyorsunuz ki, benim uğraştığım şey kişisel bir şey değil, sağlıkla uğraşıyorum ben, onu bertaraf ediyorsunuz; ama karşıdaki onu anlamıyor ve süreç gerçekten çok zor geçiyor. Sakin kalmaya çalışıyorsunuz. Eğitim düzeyi düşük olan hasta ve hasta yakınları ile çalışmak gerçekten zor” ... “Şiddet eğitim düzeyi düşük hastalarda daha fazla görülüyor evet. Bu demek değil ki her zaman böyle ama bu şekilde de olabiliyor.” (K 14-mezo düzey)

Sağlıkta şiddetin belirleyici faktörlerinden birinin hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyi olduğundan bahsedilse de burada kastedilenin çok daha genel düzeyde toplumsal sahaya yayılan şiddetin artmasındaki rolün eğitim düzeyinde olmasıdır. K 2’nin bu yöndeki görüşleri şu şekildedir.

“Şiddet veya eğitimsizlik her yerde karşılaşılan bir sorun neticede. Sadece sağlık ortamlarında yok neticede şiddet. Her yerde kolayca görebilirsiniz şiddeti. Ben bunda insanların eğitimin seviyesinin oldukça etkili olduğunu düşünüyorum.” (K 2-makro düzey)

Neticede sağlıkta şiddetin toplumların eğitim düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğinden açıkça bahsedilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının daha bilinçli davranması, iletişime açık olması, hekimle olan ilişkisini saygı çerçevesinde kurması vb. noktalarda eğitim faktörü öne çıkabilmektedir. Eğitim hususuna odaklanılmasının ardında, şiddetin sadece sağlıkta değil, toplumsal bir problem olarak toplumun geneline yayıldığına dair görüşün ön plana çıkmasının yatması düşünülebilir. Böylesi bir yaklaşım, hem sağlık çalışanlarının toplumdaki diğer şiddet türlerini de gözlemlemeleriyle hem de hekim-hasta ilişkisinde açığa çıkan bızatihi kendi deneyimleriyle karakterize olmaktadır.

4.2.2.5. Medya

Yine ‘ortam’ boyutu ekseninde algılaması gereken medya, birey ve toplumların bilgi, tutum, davranış ve duygularını etkileyebilme ve şekillendirebilme özelliğine sahiptir. Medyadaki dönüşümler, aynı zamanda toplumsal-ekonomik ve politik birçok dönüşümü de karakterize edebilmektedir. Bu dönüşüm çerçevesinde geleneksel medyada reyting kaygısı, habere olan ilgiyi artırma, çeşitli çıkar gruplarına tabi olma gibi nedenlerle kullanılan dil ve görsellerle haberlerin içeriği popülerleştirilmektedir. Burada önemli olan medyanın çıkarlarının değil, halkın çıkarlarının önceliklendirilmesi olmalıdır. Özellikle sağlıkta şiddetle ilgili medyada yer alan haberlerin etik anlayıştan yoksun olduğunda, reyting kaygıları öne çıktığında şiddeti artırıcı bir rol oynadığı söylenebilir (Kaya ve Tok, 2021). Katılımcı 26 medyada yer alan haberlerin içeriğinin şiddeti artırmada önemli bir yordayıcı olduğundan bahsetmektedir.

“Medyada neredeyse her gün karşılaşıyoruz şiddet haberleriyle. Haberlerin içeriğinde genellikle failin ceza almadığı, aldıysa bile cezasının ertelendiğini okuyoruz. Bu durum neye mi sebep oluyor? Ben sağlık çalışanına şiddet uygularsam ceza almam ya da cezam ertelenebilir diye düşünüyor karşı taraf. Eyleminin bir yaptırımını yok yani. Bu bilgi insanın aklında yer ediyor.” (K 26-mikro düzey)

Katılımcı 14 ise haberlerin içeriğinde saldırganın ceza almayışına dair bir ifadenin söz konusu olmasına dikkat çekmekte ve bu konuda medyanın etik dikkatten uzak olduğunun altını çizmektedir.

“Toplumda görülen şiddet olaylarına dair cezai işlem uygulanmadıkça, kişiler bir gün ben de şiddet uygularsam ceza almayacağım, alırsam da ertelenecek diye düşünebiliyorlar. Bir de tabi şu da var. Cezai bir yaptırımını olmadığı için ve medyada bu haberlerde sürekli sağlık çalışanları mağdur saldırgan güçlü algısı olduğu için de şiddet daha fazla görülebiliyor. Bu algıyı medya oluşturuyor. Güçlü ve güçsüz algısını. Bu algıyı ne yazık ki kırmak çok zor.” (K 14-mezo düzey)

Özellikle makro düzeydeki katılımcılar, şiddetin medyadaki görünürlüğü nedeniyle toplumda sağlıkta şiddetin arttığına dair bir algının olduğundan, yani sağlıkta şiddetin artışına yönelik düşüncelerin medyada bundan sürekli söz edilmesine bağlanabileceğinden bahsetmektedir. Bu noktada katılımcı 4 şu sözleri kayda geçirmektedir:

“Sağlıkta şiddetin arttığını düşünmüyorum. Medyadaki haberler bu şekilde bir algıya sebebiyet veriyor bence. Eskiden yok muydu şiddet? Elbette vardı. Ama bu kadar göz önünde değildi. Medya, şiddetin göz önünde bulunmasını sağlıyor. Haberler bunu pompalıyor. Eskisinden farklı bir durum söz konusu değil bence. Biz arttığını zannediyoruz. Hatta nüfus artışına göre şiddet aynı düzeyde artmıyor. Medyanın bu konudaki etkisi oldukça fazla.” (K 4-makro düzey)

Katılımcı 3 sağlıkta şiddetin önceden de var olduğunu veya aynı oranda kaldığını, ancak medyadaki (bilhassa sosyal medya) haberlerle bunun popülerleştirilerek yaygınlaştırıldığını dile getirmektedir.

“Medyanın özellikle de sosyal medyanın, kamuoyunun bunu daha çok dile getirmesi durumu var. Medya bazen bazı konuları öne çıkarmak ister ya şimdi de şiddeti gündemine almış durumda. Ben şiddet yok demiyorum ancak abartıldığını düşünüyorum. STK’lerin de etkisi var tabi popülerleştirilmesinde. Sürekli basın açıklaması yapıp bu konuyu gündemde tutmaya çalışıyorlar.” (K 3-makro düzey)

Neticede şiddete ve daha özelde sağlıkta şiddete ilişkin algıları oluşturan, kamusallaştıran en önemli faktör hem geleneksel hem de yeni medya araçlarıdır. Özellikle yeni medya kapsamında gelişen dijital medyanın, sosyal medyanın vb. yaygınlaşması, bireylerin birçok şeyi anında görüntüye alabilme potansiyelinin olması şiddet de dahil olmak üzere birçok toplumsal probleme yaygınlık ve görünürlük kazandırmaktadır. Geleneksel medyanın da bu görünürlükte işlev kazandığı aşikardır. Sağlıkta şiddet haberlerinin sunuluş biçiminde gizliliğin ihlal edilmesi, hekimlerin ‘kurban’ gibi sunulması, şiddetin ayrıntılandırılması, cezasızlığın vurgulanması gibi hususlar sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti tetikleyebilmektedir.

4.2.2.6. İletişim

Sağlık kuruluşlarındaki muayene sürelerinin kısılması ve artan iş yoğunluğu gibi sebeplerin en temel sonucu hekim-hasta ilişkisinin zayıflamasıdır. İletişimin ortadan kalkma derecesine geldiği bu durum, sağlıkta şiddete neden olabilmektedir (Zeng ve ark., 2018). Söz konusu iletişim sorunlarının hekim-hasta mesafesini büyüttüğünü ve şiddeti ortaya çıkarabileceğini katılımcı 12 şu şekilde serimlemektedir:

“Hekimler yoğunlukları nedeniyle hastalara daha az zaman ayırmak durumunda kalabiliyorlar. Yani hekimlerle hastaların görüşme süresi kısalıyor. Hasta kendini anlatamadığı için öfke duyup şiddete başvurabiliyor.” (K 12-mezo düzey)

Katılımcı 14 ise hekim ile hasta arasında kurulamayan ilişkinin temelinde ‘ortam’ boyut bağlamında düşünülebilecek iş yoğunluğundaki artış ve personel eksikliğinin var olduğunu belirtmektedir. Bu problemin şiddete neden olabileceğini şu sözlerle ifade etmektedir:

“Bizim bu olaylarla en çok karşılaşma durumumuz personel eksikliği. Hastaya iyi bakım veremediğimiz için, iyi iletişim imkânı bulamadığımız için oluyor, daha az zaman ayırdığımız için oluyor. Muhatabı benim çünkü. Hasta benimle iletişim kurmak istiyor. İstedığı gibi bir iletişim kuramadığında öfkeleniyor ve hakaret edebiliyor. Fakat bu tek taraflı değil elbette. Hasta da bizimle iletişim kurarken kaba, buyurgan bir üslup benimseyebiliyor” (K 14-mezo düzey)

Hekim-hasta ilişkisinde karşılıklı anlayış, güven ve saygı oldukça önemli bir husustur. Singh (2017) hekimlerin hastalara daha fazla şefkat göstermesi, daha çok empati kurması gerektiğini ifade etmektedir. Katılımcı 21 hekim-hasta iletişiminde sağlık çalışanlarının iletişimsel becerilerinin önemli olduğunu şu cümlelerle ifade etmektedir.

“Diğer taraftan, sağlık çalışanı açısından, özellikle kriz yönetimine yönelik iletişimsel beceriler, bu tür şeyler olabilir, karşıdaki hastayla iletişim konusunda. Normal bir insan gelmiyor çünkü sana; sorunu var, ağrısı var, sızısı var, büyütebiliyor, normal durumda olsa yapmayacağı tavır ve tutumlar içerisine girebiliyor. Onun da onu kontrol edebileceği, baskılayabileceği, krizi yönetebileceği bir oryantasyon sürecinin sağlık çalışanları açısından yapılması gerekir.” (K 21-mikro düzey)

Sağlıklı, yapıcı, rahatlatıcı ilişki, hekim-hasta bağında dikkate değerdir. Aksi durumlar, bu ilişkide birçok olumsuzluğu doğurabilmektedir. Ganguly (2020) şiddet olayının iletişim boşluğundan kaynaklanabileceğini savunmaktadır. Katılımcı 12 bu konunun önemine dair şu sözlere yer vermiştir.

“O yüzden bence iletişim çok önemli bizim mesleğimiz açısından. Hasta yakını olarak da çok zor, kendimiz de hasta yakını olduğumuz dönemlerde. O yüzden, iletişim bizim mesleğimizin bir parçası. Biz ne kadar anlayışlı olursak, onların bizi anladığını hissedersen onlar daha güzel olur; ama bunu her zaman, her hasta yakınında da sağlayamıyorsunuz.” (K 12-mezo düzey)

Sağlık hizmetlerinde tek karar verenin hekim olduğu geleneksel hekim-hasta ilişkisinin terk edilmesiyle birlikte tedavi sürecinde hastaların da katılımını öngören bir anlayış benimsenmiştir (Kayaduvar, 2023). Hekimlerin bu anlayış değişikliğine verdiği tepkiler hekim-hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Nitekim katılımcı 1 hekim-hasta ilişkisi arasındaki bu değişikliğe yönelik hekimlerin direnç gösterdiğini şu sözlerle dile getirmektedir:

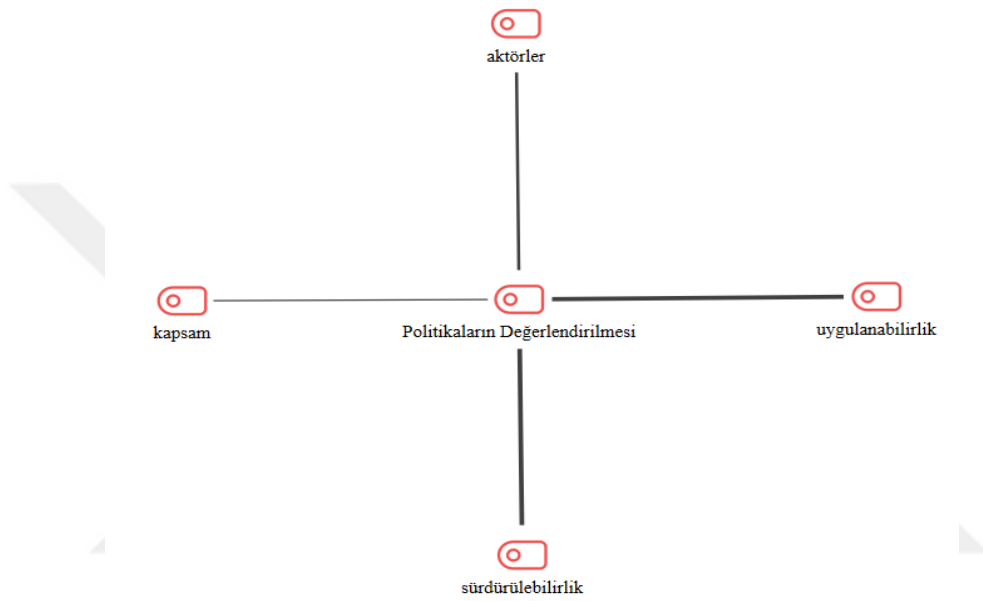
“Hekimler eski anlayışlarını devam ettirmek istiyor. Hasta sürece dahil olmasın, tedavi sürecinde tek karar veren biz olalım istiyorlar. Bu anlayış geride kaldı. Artık hasta da tedavi sürecine dahil olacak ikisi birlikte bu süreci yönetecek. Aksi takdirde hastanın dahil olmadığı süreç tedavinin yarım kalması demektir.” (K 1-makro düzey)

Görüşmeler değerlendirildiğinde -bilhassa hastaların da katılımını sağlayan kavrayışa bağlı olarak- hekim-hasta ilişkisinin iki taraflı düşünülmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. İki tarafın da birbirine saygı çerçevesinde yaklaşması, kaba-buyurgan-üstenci bir dil kullanmaması vb. güvenilir ve sağlıklı bir iletişimin olmazsa olmazıdır. Ancak görüşmeler göstermektedir ki, özellikle sağlık çalışanları yoğunluk, iş yetiştirememe, angarya işlerle uğraşma, birden fazla işle uğraşma vb. sebeplerle gergin olabilmekte ve yer yer empatiden yoksun kalabilmektedir. Hastalarsa bu durum karşısında öncesinde de değinildiği üzere “müşteri” kimliği üzerinden anlayışsız, talepkar, yüksek beklentili, empatiden yoksun bir konum aldığı anda hekim-hasta ilişkisinde şiddet de dahil olmak üzere birçok kriz doğabilmektedir.

4.2.3. Politikaların Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik politikaların değerlendirilmesi amacıyla katılımcılara “politikaların şiddeti önlemeye yönelik hangi ihtiyaç ve beklentileri karşıladığı”, “politikaların sahaya nasıl yansıdığı ve nasıl değerlendirildiği” ile “hangi aktörler tarafından oluşturulduğu”na dair sorular yöneltilmiştir. Katılımcılar, politikaların değerlendirilmesi teması altında politikaların içeriğinden ziyade politikaların uygulanabilir ve sürdürülebilir olması gerektiği üzerinde durmaktadır. Bunun yanı sıra özellikle mezo ve mikro düzeydeki katılımcılar, söz konusu politikaları oluşturan aktörlerin yalnızca kamusal nitelikteki aktörler olduğunun da altını çizmektedir. Dolayısıyla makro düzeyli katılımcıların politikaların uygulanmasındaki sorunlara, mezo

ve mikro düzeyli katılımcılarınsa politikaların oluşturulmasındaki çoğulcu yapılanmanın gerekliliğine vurgu yaptığı söylenebilir. Bu durum STK'lerin ve sağlık yöneticisi ve çalışanlarının seslerini daha fazla duyurabilme, sorunların çözümüne daha fazla temas edebilme vb. ihtiyacı içerisinde olduğunu göstermektedir. Politika geliştiriciler ise oluşturdukları politikaların sahada ve bununla ilgili olarak kolluk kuvvetlerince ve hukuk sistemince daha titizlikle ve ciddiyetle uygulanmasını beklemektedir.



Şekil 11. Politikaların Değerlendirilmesi Temasına Dair Kod Birlikte Oluşum Modeli

Şekil 11’de MAXQDA 24 programı aracılığıyla sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik mevcut politikaların değerlendirilmesi teması altında yer alan kodlamaların birbirleriyle ilişkisine yer verilmiştir. Bu doğrultuda ‘politikaların değerlendirilmesi’ teması ile “uygulanabilirlik” ve “sürdürülebilirlik” kodlaması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcılar şiddeti önlemeye yönelik oluşturulan politikaların sahada yeterli düzeyde uygulanmıyor oluşundan söz etmektedir. Ayrıca politikaların hayata geçirilmesinde yaşanan aksaklıkların ve yönetimde meydana gelen değişikliklerin politikaların sürdürülebilirliğinin önünde büyük bir engel teşkil ettiğinden de bahsetmişlerdir.

4.2.3.1. Politikaların Kapsamı

Türkiye’de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik politikaların tüm sağlık çalışanlarını kapsamaması oldukça kritiktir. Nitekim makro, mezo ve mikro düzeydeki katılımcıların çoğu, ilgili düzenlemelerin kapsayıcı olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcı 2 bu kapsayıcılığı şu şekilde dile getirmektedir:

“Bakanlığımız tarafından oluşturulan politikalar, tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak niteliktedir. Bunu beyaz kod uygulamasında da görebilirsiniz, çalışan güvenliğinin sağlanması ile ilgili genelgede de görebilirsiniz. Çalışanlarımızın güvenliği her şeyden önemli. Bizim bu noktada çalışanlar arasında herhangi bir ayrıma gitmemiz söz konusu olamaz.” (K 2-makro düzey)

Katılımcı 13 de benzer şekilde mevcut politikaların sağlık alanındaki tüm çalışanları kapsadığını ve bunun umut verici olduğunu ifade etmektedir.

“Yapılan düzenlemeleri yakından takip ediyoruz. İçeriklerini okuyoruz, değerlendiriyoruz. Sonrasında şiddetle ilgili hazırladığımız raporlarda da bu uygulamaların içeriğine yer veriyoruz. Bakanlığın oluşturduğu bu politikaların tüm çalışanları kapsamaması elbette önemli. Ülkemiz özelinde demiyorum ama bakanlık şiddeti önlemek için kayda değer çalışmalar yapıyor. Zamanla bu politikaların benimsenmesi ile şiddetin de azalacağını düşünüyorum şahsen.” (K 13-mezo düzey)

Benzer şekilde katılımcı 27 de şu cümlelerin altını çizmektedir:

“Bu konuya yönelik oluşturulan yönetmelikler, düzenlemeler hepimizi kapsıyor evet. Başka türlü de olmaz sanki değil mi? Yaptığımız iş bir ekip işi çünkü. Onu kapsadım seni kapsamıyorum olmaz tabi ki de.” (K 27-mikro düzey)

Hizmet satın alma yoluyla çalıştırılanlar, stajyer ve intörnlerin Beyaz Kod’a başvurmaları durumunda hukuki yardım alamayacakları politikaların değerlendirildiği ‘süreç’ boyutunda vurgulanmıştı. Bu değerlendirmeye benzer nitelikte bazı katılımcılar da Beyaz Kod’a başvurulması durumunda hukuki yardım alacak kişiler içerisinde intörnlerin ve hizmet satın alma yoluyla çalışanların kapsam içinde yer almadığını ifade etmektedirler. Katılımcı 23 şiddete yönelik hukuki yardım durumunun sınırlı oluşunu şu sözlerle dile getirmektedir:

“Bir intörn şiddete maruz kaldığında beyaz koda başvurmak istemeyebiliyor. Bizim hastanede değil başka bir hastanede böyle bir durum yaşandı. Hasta hocanı çağır diye intörne bağırıyor. İntörn de hastayı sakinleştirmeye çalışırken şiddete maruz kalıyor, şiddetten

kastım yumruk yiyor. Hukuki yardım alamayacağını bildiğinden beyaz koda da başvurmadığını bizzat ben biliyorum.” (K 23-mikro düzey)

Katılımcı 8 de tabloyu şu sözlerle eleştirmektedir:

“Şiddetse yalnızca bize değil onlara da yapılıyor. Hepimiz burada işimizi yapıyoruz. İşimizi yaparken şiddete uğrayabiliyoruz. Bakanlığın bu mağduriyeti yasal zemine taşınması önemli ama bunu yalnızca bize yönelik değil o kurumda şiddete uğrayan herkes için yapması gerekir. Sonuçta kişi işini yaptığı sırada şiddete uğruyor değil mi? Bizden farkı ne o zaman kadrosu mu?” (K 8-makro düzey)

Şiddete maruz kalan çalışanlara yasal bir güvence sunan hizmetten çekilme hakkının acil servis dışındaki hizmetleri kapsadığı ‘süreç’ boyutunda açıklanmıştır. Bazı katılımcılar acil servislerde hizmetten çekilme hakkının olmamasını uygulamanın bir sınırlılığı olarak vurgulamaktadır. Katılımcı 28 hizmetten çekilme hakkının acil servisleri kapsamıyor oluşunu değinmektedir:

“Hizmetten çekilme hakkı tanıdılar. Şiddet durumunda bu hak kullanılabilir. Ancak şiddetin en çok yaşandığı acil servislerde böyle bir seçenek yok. Şiddete uğrasanız da kaldığınız yerden hizmet vermeye devam etmek durumundasınız. Bu o kadar zor ki. Hasta ya da hasta yakını beş dakika önce size şiddet uygulamış ama siz hiçbir şey olmamış gibi hizmet vermeye devam ediyorsunuz. Bunun psikolojik yükü inanılmaz ağır. Olayın etkisini üstünüzden atlamamışken... Bir de tekrar şiddete uğrar mıyız diye korkarak, çekinerek, sinerek iletişim kurmak durumunda kalıyorsunuz. Kısaca kendinize, yaşadıklarınıza yabancılaştığınız bir durum ortaya çıkıyor.” (K 28-mikro düzey)

Katılımcı 23’ün ifadesi de acil serviste görev yapan hekim katılımcı 28’e paraleldir:

“Bizlerin hizmetten çekilme hakkı yok. Evet anlıyorum acil hizmet adı üstünde. Gerçi Türkiye’de acil servislere başvuruların çoğu acil değil bu da ayrı bir konu. İlaç yazdırmaya bile gelen oluyor. Mesela hasta yakını size bağıyor çağırıyor, hakaret ediyor bazen yumruk atıyor. O gün özellikle hele ki acilde tekseniz hasta bakmaya devam ediyorsunuz. Zor bir durum tabi ki. Psikolojik olarak kaldırmanız zor. Biraz zaman sonra aynı kişiyle muhatap olmak durumundasınız. Olay yaşandı bitti de olmuyor böylelikle.” (K 23-mikro düzey)

Tüm bu görüşler şiddetin önlenmesine yönelik politikaların genel anlamda kapsayıcı bir nitelikte olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak burada iki başlığın altını çizmekte yarar vardır. Birincisi, *hizmetten çekilme hakkının* acil servis çalışanlarını da farklı, alternatif

düzenlemeler ışığında kapsamasının gerekliliğidir. İkincisi ise intörnler, hizmet satın alma yoluyla çalıştırılanlar ve stajyerlerin Beyaz Kod'a başvursalar dahi hukuki yardım alamayırlardır.

4.2.3.2. Politikaların Uygulanması

Katılımcılara politikaların uygulanabilirliği, yani sahaya nasıl yansıdığına dair sorular yöneltilmiştir. Politikaların uygulanması noktasında katılımcılar önemli bazı sorunlardan bahsetmiş ve bu kapsamda kayda değer gelişmeler olsa da istenilen aşamaya henüz gelinmediğini vurgulamışlardır. Katılımcı 3 politikaların uygulanması noktasında hedeflenen seviyede olunmadığını şu sözlerle dile getirmektedir:

“Şiddeti önlemeye yönelik oluşturduğumuz politikaların alanda uygulanması noktasında bazı sıkıntıların olduğunu biliyoruz. Çalışanların beyaz koda başvururken bazı çekincelerinin olduğuna dair söylentiler kulağımıza geliyor. Hukuki süreç başladığına bizler avukatlarımızla destek oluyor, süreci takip ediyoruz ancak hukuk sistemimizde dava bireysel olduğu için dava sürecinde çalışanın kişisel bilgileri davalıyla yani şiddet uygulayan kişi ile paylaşılmış oluyor. Bu durumda çalışan tekrar şiddete maruz kalırım veya tehdit edilirim diye beyaz koda başvurmaktan vazgeçiyor. Bunu önlemek için çalışanların kişisel adresleri yerine hastanelerin adreslerinin paylaşılmasını gündeme getirdik. En kısa sürede de bu değişikliği başlatacağız.” (K 3-makro düzey)

Katılımcı 7 ise ‘süreç’ bağlamında da değinildiği üzere mevcut uygulamaların şiddet meydana geldikten sonraki sürece yönelik hukuki düzenlemeleri içerdiği yönünde eleştiri geliştirmiştir.

“Yapılan düzenlemeler elbette önemli. Ancak şiddet meydana geldikten sonraki süreci ele alıyor. Şiddeti önlemeye yönelik değil. Şiddeti önlemeye yönelik çabalar ortaya çıkmadıkça sorunun çözülmesi ne yazık ki mümkün görünmüyor. Tabi toplumsal bir çaba da önemli bu noktada.”... “Bakan bir gri kod uygulamasından bahsetti. Şiddet gerçekleşmeden önce şiddeti önleyecek bir uygulama olacaktı. Belki bu uygulama ile bir adım atılmış olur.” (K 7-makro düzey)

Katılımcı 18 ise şiddet olayı meydana geldiğinde, failin ifadesinin emniyette alınması gerektiğini, ancak bunun yerine sağlık kuruluşunda alınıp serbest bırakıldığını ifade etmektedir.

“Şiddet meydana geliyor. Hastanede polis de var onlar da geliyor. Hekimin ve şiddet uygulayanın ifadesi alınıyor aynı anda aynı yerde. Sonra ne mi oluyor oldu bittiye getiriliyor. Hasta yakını karakola bile götürülüyor orada ifadesi alınıp serbest bırakılıyor. Siz ne düşünüyorsunuz? Hani cezalar artırılmıştı ve daha da önemlisi uygulanacaktı? Ben burada uygulamayla ilgili bir şey görmüyorum. Bunu gören birçok insan da a ben de şiddet uygulasam demek ki ceza almayacağım diye düşünebilir. Aslında bu durum herkesin içinde yaşandığı için şiddeti daha da artırıyor.” (K 18-mezo düzey)

Diğer taraftan katılımcı 20 Beyaz Kod’a başvurup hukuki sürecin başlaması sonrasında faillerin ceza almadığını, bazı davalarda ise beraat kararının çıktığını belirtmektedir.

“Şiddete maruz kaldığınızda beyaz koda başvuruyorsunuz. Hukuki süreciniz başlıyor. Tabi hemen değil. Mesela benim davam 3 ay sonra görüldü. Yapanın yanına kar kalmasın, bir daha yapmasın, ceza alsın istiyorsunuz. Hükmün açıklanmasının geri bırakılması ile kişi serbest kalıyor. Bu şu demek kişi beş yıl boyunca herhangi bir suç işlememesi gerek demek ama bu ceza aldığı anlamına mı geliyor hayır. Hani yasa ile cezalar artırılmıştı ve uygulanacaktı?... “Bu saatten sonra beyaz koda tekrar başvurmam anlamsız benim için. Boşu boşuna iş yükü üstüne üstelik. Doldurmanız gereken formlar var. Mahkemeye gidiyorsunuz. Ne gerek var bunca şeye.” (K 20-mikro düzey)

Katılımcı 22 de diğerleriyle benzer şekilde hukuki sürecin uygulanmadığını vurgulamaktadır.

“Bir sürü yasa çıkarıldı. Bizi korumak adına bu yasalar bizi korumuyor. Failler hala ceza almıyor. İlla ceza almaları için ölmemiz mi gerek anlamıyorum Hoş bu sadece sağlıkta şiddet için geçerli değil, neyse konuyu daha fazla uzatmıyorum. Beyaz koda başvuruyorsunuz. Yaşadığınız olay sonuçsuz kalmasın diye. Uğradığınız şiddet sözlü olunca karşı taraf bırakın ceza almayı davadan beraat bile edebiliyor. İlla fiziksel şiddete mi maruz kalmam lazım beyaz koda başvurmak için. Gerçi onda da kişi ceza almıyor. Değişen bir şey yok yani.” (K 22-mikro düzey)

Katılımcı 11 hayata geçirilen politikaların uygulanmadıkça tam anlamıyla sorunu çözmede yetersiz kalacağını dile getirmektedir.

“İyi hoş çok güzel düzenlemeler var. Ancak bunlar uygulanmadıktan sonra anlamsız. Bizlere önce bu düzenlemelerin hayata geçeceğine dair güvence vermeleri gerek. Siz ne kadar iyi düzenlemeler yaparsanız yapın uygulanmadıktan sonra hiçbir anlamı yok. Uygulamalar kâğıt üzerinde kalmaya devam ettikçe bu sorunu çözmek mümkün olamayacak.” (K 11-mezo düzey)

Katılımcı 16 ise konuya çalışanlar açısından yaklaşıp politikaların uygulanmasında çalışanların bilinçlendirilmesinin önemli olduğuna değinmektedir.

“Politika geliştiriyorsunuz ancak bu politikaları çalışanlar biliyor mu? Buna yönelik eğitimler verdiniz mi? Derneklerin meslek odalarının bu konuda büyük çabası var. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında eğitim alıyoruz ancak bu eğitimlerde şiddete çok az yer veriliyor. En azından benim kurumumda böyle olduğunu söyleyebilirim. Çalıştığım kurumun şiddetle ilgili beni daha fazla bilgilendirmesini isterdim.” (K 16-mezo düzey)

Tüm bu görüşlerin öne çıkardığı konular şu şekilde değerlendirilebilir. Birincisi, mevcut politikaların şiddetin ortaya çıkmadan öncesini hedeflemesi gerektiğidir ki, ‘süreç’ boyutuna değinildiği üzere Gri Kod, bunun umut verici örneği olabilir. İkincisi ise şiddetin faili konumundaki kişilerin ifadelerinin emniyette alınması gerektiği ve bu bağlamda sağlık kuruluşlarında yürütülen ifade alma biçimlerinin konuyu önemsizleştirdiğidir. Üçüncüsü, genel anlamda açığa çıkan bir cezasızlık tablosudur, yani çok daha ağır cezaların uygulanmıyor oluşudur. Sonuncusu ise politikaların uygulanması noktasında sağlık çalışanlarının da farkındalık kazandırılmasına duyulan ihtiyaçtır.

4.2.3.3. Politikaların Sürdürülebilirliği

‘Süreç’ boyutunda şiddeti önlemeye yönelik oluşturulan politikaların sürdürülebilirliği üzerinde de durulmuştur. Politikaların hedeflenenenden daha uzun sürede hayata geçirilmesinin sürdürülebilirlik önünde engel teşkil ettiğinden bahsedilmişti. Katılımcı 2 de mevcut politikaların hedeflenenenden daha geç bir zamanda hayata geçirilmesinin olumsuz sonuçlarına değinmektedir.

“Bir düzenleme veya bir uygulama üzerinde çalışıyorsunuz. O esnada yönetim değişiyor ve sizin çalışmanızın akıbeti bir anda belirsiz hale geliyor. Bazen aradan zaman geçiyor ve yeni yönetim uygulamanın hayata geçirilmesi için start veriyor. Ancak başta belirlediğini, hedeflediğiniz süreyi çoktan geçmiş oluyorsunuz. Bu durum tabii ki sürdürülebilirlikle ilgili. Bazen yönetim değişikliğiyle birlikte tamamen yeni bir uygulamaya geçilebiliyor. Politikaların etkili olabilmesi için devamlılığın sağlanması oldukça önemli.” (K 2-makro düzey)

Hem bir önceki kısımda hem de ‘süreç’ boyutunda ifade edildiği üzere devlet, şiddet olayı meydana gelmeden önce şiddetin çözülmesine yönelik bir anlayışı benimseyerek Gri Kod

uygulamasını hayata geçirmektedir. Fakat bu, Beyaz Kod'un devre dışı anlamına gelmemektedir. Buna ilişkin olarak katılımcı 5 şunları dile getirmektedir.

“Hali hazırda 2012 yılından bu yana beyaz kod uygulaması tüm Türkiye’de kamu ve özel sağlık kuruluşlarında uygulanıyor. Zaman içerisinde bu uygulamaya hukuki boyutunu da ekleyerek sürdürmeye devam ettik ve hala ediyoruz. Gri Kod uygulaması yakın zamanda hayata geçecek. Bu uygulama ile beyaz koddan vazgeçmiyoruz elbette. Şiddetin oluşmadan önlenmesine yönelik adım atıyoruz.” (K 5-makro düzey)

Politikaların sorunu çözmede ne derece etkili oluşuna yönelik geniş kapsamlı bir veri setinin ve değerlendirmenin mevcut olmadığı ‘süreç’ boyutunda da dile getirilmiştir. Bu kapsamda katılımcı 19 bu olumsuzluğun yansımaları sürdürülebilirlik noktasında şu sözleri vurgulamaktadır:

“Sürdürülebilirlik dediğimizde ben politikaların değerlendirilmesini anlıyorum. Mesela beyaz kod uygulamasına dair bakanlık 2017 yılının ilk çeyreğinden beri herhangi bir veri paylaşmıyor. Bu uygulama Türkiye’de şiddetin mevcut durumunu ortaya koyuyor mu? Biz bunu değerlendiremiyoruz. Bizimle paylaşılmadığı için bilmiyoruz.” (K 19-mezo düzey)

Buradaki en önemli hususlardan biri STK’lerin uygulamaları yetersiz bulduğuna dair görüşleridir. Birçok STK’nin Sağlıkta Şiddet Yasası’nın meclis tarafından onaylanmasına katkı sağladıkları ‘süreç’ boyutunda belirtilmişti. Katılımcı 20 de şiddeti önleme noktasında 2020 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Şiddet Yasası’na değinerek, bir önceki cezai hükümlerin şiddeti önlemede cılız kaldığına ve bu sebeple cezaların artırılması gerektiğine dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra verilen cezalarda 3359 sayılı yasanın uygulanmaya devam ettiğini de belirtmektedir.

“Bahsedilen yasa, yani sağlıkta şiddet yasası 3359 sayılı yasaya ek hükümleri içeriyor. Yasanın meclis tarafından kabul edilmesiyle biz şunu anlıyoruz 3359 sayılı yasa hala şiddeti önlemede temel yasa. Cezalar ise bu yasa üzerinden verilmekte. Cezai hükümlerin yetersiz olduğunu birçok mecrada dile getirdik. Olayı meclise taşıdık. Bizim açımızdan kazanılmış bir hak elbette bu durum.” (K 20-mikro düzey)

Sivil toplum örgütlerini temsilen katılımcı 18 de benzer şekilde cezasızlığın altını çizmektedir.

“3359 şiddeti önlemenin en temel yasasıdır. Ancak sonradan eklenen ek madde cezai yaptırımları artırsa da (iki kat oranında artırma, erteleme olmaması vb.) bunlar uygulanmıyor. Hüküm açıklanmasının geri bırakılmasıyla fail serbest kalıyor.” (K 19-mezo düzey)

Bu başlık altında öne çıkan en önemli konulardan birincisi, mevcut yasaların geç devreye giriyor oluşudur. Mecliste alınan kararların ve yürütme onayının geniş zamana yayılması, alınan kararların hızlı ve etkili uygulanabilirliğini ve kalıcı olarak sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir. İkincisi ise cezasızlıkla ilgilidir. Her ne kadar 3359 sayılı yasa güçlendirilmiş olsa da bu yasanın tam anlamıyla uygulanmayışı, bu yasanın ve daha genel anlamda şiddeti önleyici mevcut politikaların geniş zaman aralığında sürdürülebilir olabileceği yönünde gösterge sunmamaktadır.

4.2.3.4. Önleyici Politikaların Aktörleri

Türkiye’de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik oluşturulan politikaların ana aktörünün kamu ve hatta Sağlık Bakanlığı olduğu ‘aktör’ boyutunda ifade edilmiştir. Katılımcılardan bazıları da bu görüşü destekler nitelikte açıklamalarda bulunmaktadır. Nitekim katılımcı 23 politikaların oluşturulmasında bakanlığın tek aktör olduğunu şu sözlerle dile getirmektedir

“Baktığınız zaman politikaları oluşturan yalnızca devlet. Hatta devlet organı bakanlık. Bakanlık oluşturuyor. Sonra da bizim bu uygulamalara sahip çıkmamız isteniyor. Tek söz sahibinin olduğu bir yerde politikalar benimsenebilir mi?” (K 23-mikro düzey)

Politikaların uygulanması ve benimsenmesi noktasında kamu örgütlenmesinin yanı sıra politikalardan etkilenen diğer aktörlerin de sürece dahil edilmesi gerektiğine ‘aktör’ boyutunda değinildiği dikkate alındığında, katılımcı 13 STK’ler başta olmak üzere sorunla ilgili diğer paydaşların da politikaların oluşturulmasında yer alması gerektiğini şu şekilde açıklamaktadır

“Bizler politikaların oluşturulduğu süreçte yokuz. Dahil edilmiyoruz. Gerek muhalif görüldüğümüz için gerek kamu nezdinde bir hükmümüz olmadığı için. Ama işte bu anlayışla sorun çözülüyor. Tamam politikalar yapılıyor ama o politikaların etkisini bizler yaşıyoruz. Oluşturulan politikaları deneyimleyenler bizleriz ama bizim fikrimizin bir kıymeti yok.” (K 13-mezo düzey)

Diğer taraftan politikaların oluşturulması sürecinde bilhassa sağlık çalışanlarının da sürece dahil edilmesi gerektiği katılımcı 25 tarafından şu sözlerle kayda geçirilmektedir:

“Şiddeti önlemeyle ilgili politikalar oluşturuluyor evet ama bizden beklenen politikalara uymamız, benimsememiz yalnızca. İçinde olmadığım bir şeyi benimsemek hiç kolay değil. Yani ne yaparsanız yapın size dışsal kalıyor bu durum. Politikaların oluşum sürecinde bizler daha aktif rol almalıyız. Mesela bizim politikalara dair fikrimizi ele alan bir çalışma yapsa bakanlık... İşe buradan başlasa mesela...” (K 25-mikro düzey)

Katılımcı 28 ise öncesinde de değinildiği üzere acil servislerde hizmetten çekilme hakkının olmayışına vurgu yaparak, politikaların oluşturulma sürecinde aktif rol almak istediğini şu şekilde açıklamaktadır:

“Mesela acil servislerde hizmetten çekilme hakkınız yok ama buna yönelik başka bir düzenleme olamaz mıydı? Tamam durum acil ama başka bir alternatif yaratılmaz mıydı yine de? Bence yaratılabilirdi. Bizler sürece dahil edilseydik eğer başka bir seçenek ortaya çıkabilirdi. Politikayı yaptım bitti ile olmuyor. Bizlere yönelik bir politikada bizler söz sahibi değiliz ne yazık ki. Birliğin bununla ilgili çabaları var. Ama bu sorunu yaşayan olarak bana sorulmasını tercih ederdim.” (K 28-mikro düzey)

Politikaların oluşturulma sürecinde çok daha aktif rol almaları gerektiğini ifade eden sivil toplum örgütleri paydaşlarından K 21, soruna yönelik mevcut durumu ortaya koymak, politikaları değerlendirmek ve yeni politikalar önermek amacıyla yoğun çalışmalar yürüttüklerini ve hazırladıkları raporların dikkate alınması gerektiğini şu sözlerle aktarmaktadır.

“Bizler sendika olarak soruna elimizden geldiğince değinmeye çalışıyoruz. Mümkün mertebede yıllık raporlar hazırlayıp kamuoyuyla da bu raporları paylaşmaya çalışıyoruz. Bu çabamız sorunu ortaya koymak mevcut politikaları değerlendirmekle sınırlı kalıyor. Bizler soruna yönelik politikaların oluşum sürecinde yer almıyoruz. Raporda ifade ettiklerimiz politikalara maalesef yansımıyor.” (K 21-mikro düzey)

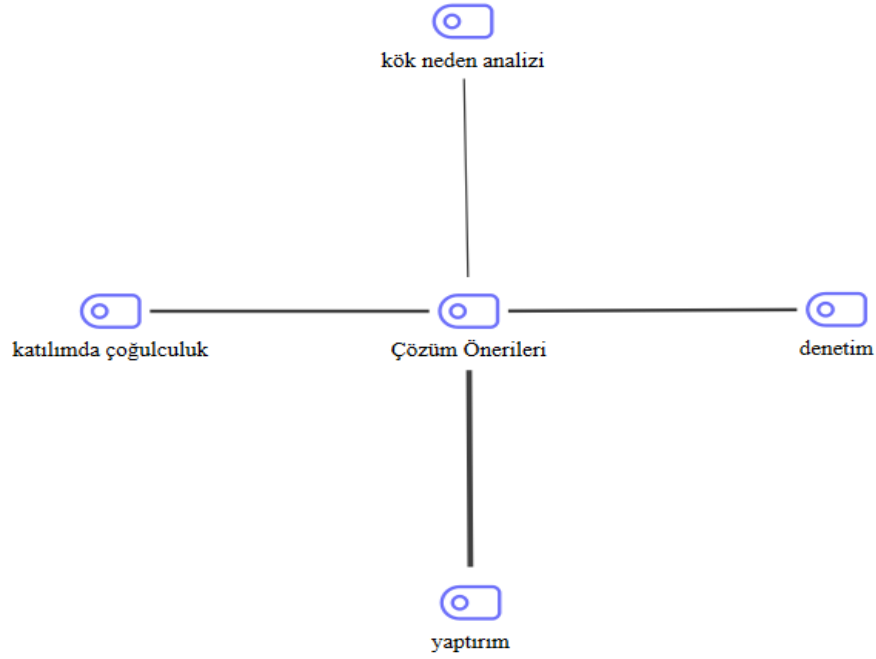
Nitekim katılımcı 16 da TBMM Araştırma Komisyonu’nun şiddetle ilgili yapmış olduğu çalışmada tüm paydaşlara yer verdiğini belirterek sorunu çözmede ve politika oluşturmada aktörlerin önemine vurgu yapmaktadır.

“Meclisin 2013 yılında yaptığı çalışmada biz de vardık. Bizimle de görüştüler. Kapsamlı bir çalışma yürüttüler. Sonra ben de okudum. Karar mercilerin de böyle bir çalışma yürütmesi lazım. Sorunun mağdurları ile tek tek konuşması lazım. Oluşturulan düzenlemeleri değerlendirmesi lazım. Soruna yönelik etkili politikalar ancak bu şekilde oluşturulabilir.” (K 16-mezo düzey)

Görüşmelerin ortaya koyduğu üzere sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik uygulamalar sadece kamu örgütlenmesi boyutuna indirgenmemek durumundadır. Bilhassa bu konuda uzun süreli, yoğun çalışmaları olan sivil toplum örgütlerinin ve sahada bu politikaların doğrudan öznesi konumunda olan sağlık çalışanlarının sürece dahil edilmesi yasaların güçlendirilmesinde kayda değer bir işleve işaret etmektedir. Burada STK’ler düzeyindeki aktörlerin, aynı zamanda birer sağlık çalışanı olduğunun unutulmaması gerekir. Nitekim onların sahip oldukları bilgi ve deneyimler, doğrudan sahadan gelen bilgi ve deneyimlerdir. Bir diğer altı çizilmesi gereken nokta ise sorumluluğun çoğunun devlette taşınmamasıdır ki, bu durumun devlete aşırı yük bindireceği göz ardı edilmemelidir. Son kertede çok daha geniş katılımlı tüm paydaşlarıyla ortaya konan politikalar, hem alandaki eksikliklerin ve aksaklıkların giderilmesindeki hem de yükün dağıtımının yapılması adına en kritik başlıklardan birini oluşturmaktadır.

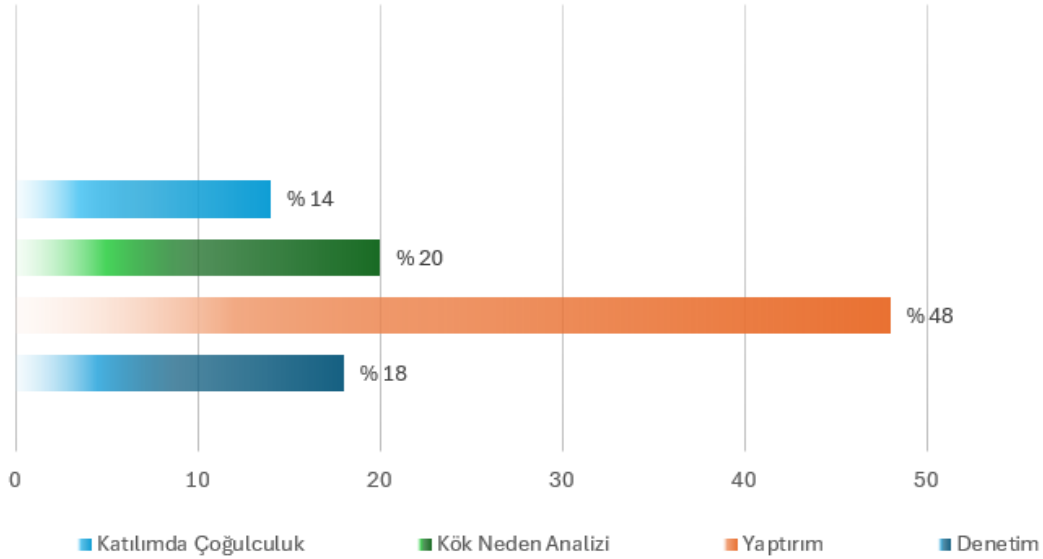
4.2.4. Sağlıkta Şiddeti Önlemeye Yönelik Çözüm Önerileri

Çalışma kapsamında sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik çözümlerin belirlenmesi amacıyla katılımcılara temel zeminde “şiddetin çözümüne yönelik önerileriniz nelerdir?” sorusu yöneltilmiştir. Bu tema altında ‘yaptırım’, ‘denetim’, ‘kök neden analizi’ ve ‘katılımda çoğulculuk’ alt temaları yer almaktadır.



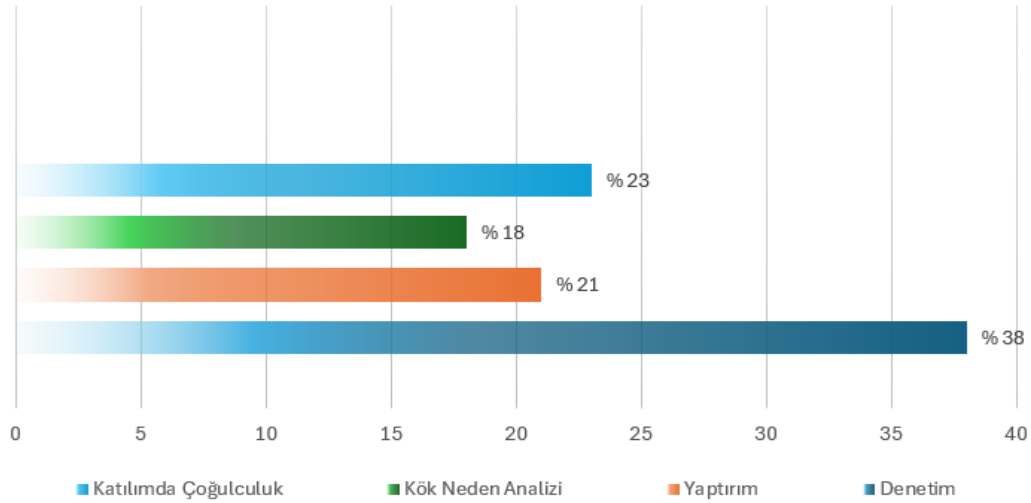
Şekil 12. Sağlık Şiddeti Önlemeye Yönelik Çözüm Önerilerine Dair Kod Birlikte Oluşum Modeli

Şekil 12’de MAXQDA 24 programı aracılığıyla oluşturulan çözüm önerileri teması altında yer alan kodlamaların birbiriyle ilişkisine yer verilmektedir. Bu doğrultuda “Çözüm Önerileri” teması ile “yaptırım” kodlaması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcılar sağlıkta şiddetin çözülebilmesi için cezai yaptırımların uygulanması gerektiğine işaret etmişlerdir. Bunun yanı sıra katılımcılar, şiddetin çözülebilmesi noktasında bir denetim mekanizmasının olması ve konuyla ilgili tüm aktörlerin sürece dahil edilmesi gerektiğine değinmektedir. Şiddetin çözümüne yönelik katılımcıların vermiş olduğu cevaplar incelendiğinde düzeyler arasında bir farklılıktan söz edilebilir. Makro düzeydeki katılımcılar şiddetin çözümünde denetim mekanizmalarının oluşturulmasına öncelik verirken, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılar cezai yaptırımların uygulanması ve bu yaptırımların daha da artırılması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Dolayısıyla politika geliştiriciler, kamusal örgütlenmeden olduğu kadar hastane yöneticilerinden ve STK’lerden politikaların denetime tabi tutulması noktasında beklentilere sahiptirler. Mezo ve mikro düzeyli katılımcılar ise daha ziyade hukuk sistemin güçlendirilmesi talep etmektedirler.



Şekil 13. Çözüm Önerileri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Makro Düzey)

Şekil 13 makro düzeydeki katılımcıların çözüm önerileri teması altında yer alan alt kod frekanslarına verdikleri cevaplarla ilgilidir. Denetim alt kodu %38 ile ilk sırada yer alırken, denetimi %23 ile katılımda çoğulculuk alt kodu takip etmektedir. En düşük frekans %18 ile kök neden analizi alt koduna aittir.



Şekil 14. Çözüm Önerileri Temasında Yer Alan Kodlu Bölümlerin Yüzdelikleri (Mezo ve Mikro Düzey)

Mezo ve mikro düzeyde çözüm önerileri teması altında yer alan alt kodlara ait frekanslarda ciddi bir farklılık söz konusu olmaması nedeniyle mezo ve mikro düzeydeki

katılımcılara yönelik frekanslar bir arada verilmiştir. Şekil 14 mezo ve mikro düzeydeki katılımcıların şiddetin nedenleri teması altında yer alan alt kod frekanslarına verdikleri cevapları göstermektedir. Yaptırım alt kodu %48 ile ilk sırada yer alırken, son sırada %14 ile katılımda çoğulculuk alt kodu yer almaktadır.

4.2.4.1. Yaptırım

Sağlıkta şiddetle ilgili öne çıkan konulardan biri yaptırımlardır. Sağlık çalışanları şiddetin önlenmesi için söz konusu cezai yaptırımların uygulanması ve artırılması gerektiğinden sıklıkla söz etmektedir ki, belki de en çok üzerinde durulan konulardan biri budur (Er ve ark., 2021; Uğurlu ve Şantaş, 2023). Nitekim mezo ve mikro düzeydeki katılımcılar da bunu destekler nitelikte açıklamalarda bulunmuşlardır. Katılımcı 22 sağlıkta şiddetin önlenmesi noktasında şiddet uygulayanlara yönelik yaptırımların artırılmasının çözüm adına gerekli olduğunu vurgulamaktadır.

“Cezalar yeterli mi? Caydırıcı mı? Bence hayır. Sorunu çözebilmek için cezaların artırılması gerek. Para cezası da getirilebilir. Hatta para cezasının daha etkili olacağını düşünüyorum. Mevcut cezaların sorunu çözmediğini görmemiz lazım.” (K 22-mikro düzey)

Katılımcı 14 ise benzer şekilde bu gerekliliği şu sözlerle aktarmaktadır.

“Bence sorun yaptırımların yetersiz olmasından değil, uygulanmıyor olmasından kaynaklı. Diğer ülkelerde de şiddet uygulayana yönelik cezalar var. Hatta son zamanlarda yeni cezalar da eklendi mesela Almanya’da. Orada cezalar ertelenmiyor, uygulanıyor. Bizim en büyük problemimiz bu. Oluşturduğumuz yasayı uygulamıyoruz.” (K 14-mezo düzey)

Katılımcı 27 de cezaların uygulanmadığı durumda şiddetin daha da artabileceğine değinmektedir.

“Cezalar uygulanmadıkça bu sorunu çözmeniz mümkün değil. Toplum da görüyor bunu. A ben de şiddet uygulasam demek ki ceza almayacağım diye düşünüyor. Topluma bunu göstermeniz lazım. Şiddet uyguladığınızda bu bu bu cezalarla karşılaşacaksınız demeniz lazım. Toplumu bilgilendirmeniz lazım. Kaç kişi biliyor şiddet uyguladığında alacağı cezayı? Ceza almayacağını düşünüyor. Çünkü çevresine bakıyor medyadan okuyor, şiddet uygulayan ceza almamış. İşte cezaların ertelenmemesi lazım. Ancak bu şekilde sorunu çözülür.” (K 27-mikro düzey)

Katılımcı 28 de bu konunun en önemli ayaklarından birinin yaptırımlar olduğunun altını çizmektedir.

“Bu işin olmazsa olmazı yaptırımlardır. Her suç için geçerli bu. Fail yeterli cezayı almadığını bildiğinde suçu tekrarlayabilir veya insanlar nasıl olsa bir yaptırımı yok mantığıyla şiddete yönelebilir” (K 28-mikro düzey)

Dolayısıyla ağır cezai yaptırımlar, sağlıkta şiddetin önlenmesindeki en kritik sac ayaklarından biridir. Özellikle sağlık yöneticileri ve çalışanları ağır cezai yaptırımların şiddeti en asgari düzeye indireceğine inanmaktadırlar, bir anlamda bu konuda hukuk sistemini yüksek düzeyde sorumlu görmektedirler. Nitekim cezasızlık tablosu, şiddet sarmalını sadece sağlık alanında değil, toplumsal sahada görüldüğü her yerde büyütebilmektedir. Bu yüzden cezaların hukuki anlamda caydırıcı seviyede ağırlaştırılmasının sağlık alanında da bu sarmalın kırılmasını sağlayabileceği öngörülmektedir.

4.2.4.2. Denetim

Sağlık kuruluşlarındaki denetim veya kontrolün güçlendirilmesi şiddetin önlenmesindeki kritik aşamalardan biridir. Sağlık kuruluşlarında şiddeti değerlendirmeye ve önlemeye yönelik kamusal nitelikteki denetim veya kontrol mekanizmalarının kurulamamış olması şiddetin önlenmesine ve sorunun çözülmesine engel olmaktadır (Dağ ve Baysal, 2017). ‘İçerik’ boyutunda da yer verildiği üzere çalışan hakları güvenliğinin sağlanması amacıyla sağlık kuruluşlarında Çalışan Güvenliği Komiteleri’nin oluşturulmasına karar verilmiştir. Ancak bu komitelerin istenen düzeyde çalışmadığını katılımcı 4 şu sözlerle dile getirmektedir:

“Sağlık kurumlarında oluşan çalışan hakları ve güvenliği birimleri, komiteleri İl Sağlık Müdürlükleriyle koordineli olarak kurumlarda şiddeti önlemek için çalışmalar yürütüyor. Ancak bu komitelerin şiddeti önlemede daha fazla rol alması gerek. Bakanlık da bu birimleri denetlemesi lazım. Veriler doğru giriliyor mu? Bir sorun yaşandığında yetkili birimlere haber veriliyor mu? Şiddete yönelik eğitimler veriliyor mu? Bunların hepsinin ele alınması lazım.” (K 4-makro düzey)

Katılımcı 2 şiddetin çözümünde, oluşturulan politikaların değerlendirilmesine yönelik çok daha güçlü bir denetim mekanizmanın gerekliliğine değinmektedir.

“Oluşturduğumuz politikalar şiddeti önlemede gerçekten etkili mi? Politikaları oluşturuyoruz ama onları değerlendirmiyoruz. Hedeflerimize ulaştık mı? Sorunu çözebildik mi? Bir denetleme mekanizması kurmamız lazım bunun için. Sahada bu politikalar uygulanıyor mu? Buna yönelik çalışmalarımız ne yazık ki eksik. Enerjimizi yalnızca politikaların oluşturulmasına veriyoruz.” (K 2-makro düzey)

Bazı sağlık çalışanları ise bu komitenin varlığından dahi haberdar değildir.

“Ben bu komiteyi hiç duymadım. Demek ki, aktif çalışmıyor. Aktif çalışsaydı haberim olurdu diye düşünüyorum.” (K 22- mikro düzey)

Katılımcı 6 ise mevcut politikaların kontrolü yoluyla politikadaki eksiklerin tespit edilebileceğinden ve yeni politikaların oluşturulabileceğinden bahsetmektedir.

“Politikaların değerlendirilmesi politika sürecinin son aşaması. Eğer politikaları değerlendirmezseniz süreci tamamlamış olmuyorsunuz. Değerlendirilmelisiniz ki eksikleri görebilesiniz, fark edebilesiniz. Sonra tekrar başa dönüp o eksikleri tamamlayabilesiniz. Şiddeti çözmek için bu anlayışa ihtiyacımız var. Maalesef bu anlayışı benimsediğimizi düşünmüyorum.” (K 6-makro düzey)

Katılımcı 13 de aynı şekilde bu kapsamda yeterli bir düzeyde olunmadığına vurgu yapmaktadır.

“Politikayı oluşturan kişiler şunu düşünmeli, ben bu politikayı oluşturdum iyi de bu politika işliyor mu? Sahada karşılığı var mı? Caydırıcı mı? Etkili olacak mı? Şiddeti önüyor mu gerçekten? Çalışanları koruyor mu? Bu sorulara yanıt verilmesi lazım. Bakanlık daha beyaz kod verilerini paylaşmıyor. Eylem planı oluşturduklarını söylediler onu da paylaşmadılar. Gelineen noktada biz hiçbir şey bilmiyoruz. Kendi çabalarımızla süreci değerlendirmeye çalışıyoruz.” (K 13-mezo düzey)

Katılımcı görüşlerine istinaden anlaşılmaktadır ki, politikalara dair güçlü bir değerlendirici kontrol mekanizmasının bulunmaması handikap olarak öne çıkmaktadır. Politikaların uygulanması, izlenmesi, güçlendirilmesi ve bunların kamuoyuyla paylaşılması noktasında çok daha farklı komitelere ve mevcut komite olarak Çalışan Güvenliği Komiteleri’nin etkinliğinin artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada sağlık çalışanları ve yöneticilerinin ve aynı zamanda STK’lerin katılımı da kritik değerdedir.

4.2.4.3. Katılımda Çoğulculuk

Sağlık politikalarının hayata geçirilmesinde tüm aktörler büyük öneme sahiptir. Çalışmanın ‘aktör’ boyutunda da ifade edildiği üzere kamu aktörlerinin yanı sıra konuyla ilgisi olan diğer bileşenlerin de bu sürece dahil edilmesi çözüm adına bir gerekliliktir. Nitekim katılımcılar da bu çözüm noktasında tüm aktörlerle iş birliği içerisinde hareket edilmesi gerektiğini dile getirmektedir. Katılımcı 17’nin konuyla ilgili düşünceleri şu şekildedir

“Sorunu çözmek istiyorsanız tüm aktörlere bu süreçte yer vermeniz, önerilerini dikkate almanız gerekir. Ancak mevcut durumda bizler politikaların bir parçası değiliz. Biz daha sorunlarımızı dile getirme noktasında muhatap bulamıyoruz. Randevu alamıyoruz. E durum böyle olunca onca düzenlemeye rağmen sorun maalesef çözümsüz kalıyor.” (K 17-mezo düzey)

Katılımcı 9 da konuyla ilgili düşüncelerini şu sözlerle dile getirmektedir.

“Topyekûn bir mücadele içerisine girmek gerekiyor. Şiddeti çözmek için evet bu gerekli. Bunun için de tüm paydaşların katılımı önem arz ediyor. Yalnızca katılımları da yetmez, önerilerinin de dikkate alınıyor olması lazım. Sorunun çözümünde sizin görmediğinizi onlar görebiliyor. Hatta toplumun da dahil edilmesi gerek. Onların bu konudaki düşüncelerinin de ele alınması sorunun çözümüne elbette katkı sağlayacaktır.” (K 9-makro düzey)

Katılımcı 23 yalnızca sağlıkla ilgili kuruluşların ve çalışanların değil, bu konuyla temas edebilecek tüm paydaşların sorunun çözümünde aktif rol alması gerektiğini vurgulamaktadır.

“Sorunun çözümünde emniyet genel müdürlüğü, içişleri bakanlığı, kolluk kuvvetleri, adalet bakanlığının da bulunması lazım. Medya kuruluşları da olmalı tabi. Medyadaki haberlerin şiddeti artırmasının önüne geçilmesi için çalışmalar yürütülmeli kesinlikle. Tabi şiddet yalnızca sağlık alanında görülüyor. Sosyologların, psikologların da bu sürece dahil edilmesi gerek.” (K 23-mikro düzey)

Çözüm önerileri bağlamındaki önemli hususlardan biri konuyla ilgili STK’ler ve sağlık yöneticileri ile çalışanlarının, hatta kamuoyunun sürece dahil edilmesinin elzemliğidir. Bu durumun öncesinde de değinildiği üzere hem kamu örgütlenmesinin yükünü azaltacağı hem de önleyici politikaları çok daha güçlü ve etkili kılacağı düşünülmektedir. Farklı görüşlerin varlığı, algılanmakta ve uygulamakta zorluk çekilen noktaların tespitini kolaylaştırabileceği gibi başka çözüm önerileriyle mevcutlar arasında karşılaştırma

yapılmasını da sağlayacaktır. Tabi buradaki olmazsa olmaz koşul; mikro, mezo ve makro ayakları oluşturan bileşenlerin iş birliği ve ahenk içerisinde çalışıyor olmasıdır. Bu ayaklar arasındaki etkileşim ve koordinasyon oldukça kritiktir.

4.2.4.4. Kök Neden Analizi

Şiddetin çözülebilmesi noktasında şiddeti açığa çıkaran ‘kök neden’lerin ortaya konulması kritik önem taşımaktadır. Kabaca sorunun kaynağını, temel nedenini tespit etmek anlamına gelen kök nedene dayalı analiz, Seyran’ın (2018) belirttiği gibi, şiddetin çözümündeki başlangıç noktalarından birini teşkil etmektedir. Katılımcılar kök neden olarak mevcut sağlık sistemi kaynaklı (SDP’nin işaret ettiği) personel yetersizliği talep yoğunluğu, artan iş yükü, karşılanamayan hasta beklentileri, muayene sürelerinin uzunluğu gibi nedenleri öne çıkarmaktadır. Örneğin, katılımcı 5’in kök neden analizine dair aşağıdaki düşünceleri bu fotoğrafı destekler niteliktedir:

“Şiddeti çözmek için kök nedenler üzerinde durulmalı, ne şiddete yol açıyorsa onları ortadan kaldırarak ilerlemek lazım. Nedenler kısmında konuşmuştuk bunları. Benimsenen sağlık politikalarının şiddete olan etkisini konuşmamız lazım. Başvuru sayılarındaki artışı konuşmamız lazım. Performansa dayalı ödeme sistemini konuşmamız lazım. Bu politikalarda değişikliğe gitmedikçe sorun da ne yazık ki çözülmeyecek.” (K 5-makro düzey)

Katılımcı 6 sağlık sistemi temelli kök neden analizinin yapılması sayesinde şiddetin önlenileceğine dair umut taşımaktadır.

“Bizim bununla ilgili çalışmamız var şiddetin önlenmesi noktasında mevcut politikaların değiştirilmesini öngörüyoruz. Ne mesela, kademeli bir sevk zincirinin hayata geçirilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir. Bu sayede sağlık kurumlarına başvuru oranlarında bir azalma meydana gelecektir. Özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yoğunluk azalacak, şiddetin görülme sıklığı da belli bir oranda azalacaktır. Tabi bunun yanı sıra rekabete dayalı performans sisteminin de şiddete neden olduğunu söyleyebiliriz. Daha fazla tetkik, daha fazla işlem ama hastayla daha az iletişim kurulması da şiddetin en önemli nedenlerinden biri bana göre.” (K 6-makro düzey)

Katılımcı 22 de aynı şekilde kök nedenlerin öncelikle tespiti, ardından ise ortadan kaldırılması gerektiğini vurgulamaktadır.

“Şiddeti çözmek istiyorsak dönüp nedenlerine bir bakalım. Hani medya diyoruz, hastaların eğitim düzeylerinin düşük olduğunu söylüyoruz ama bunların da altında yatan nedenler var

bence. Daha derine inmek gerek. Türkiye’deki ekonomik, toplumsal dönüşümden bahsetmeliyiz. Şiddetin normalleştirildiği bir çağdayız. Her alanda şiddet var sizin de bildiğiniz gibi. Bunu görmeden, konuşmadan şiddetin çözülebileceğini düşünmüyorum. Toplumsal dönüşümden bağımsız bir şiddet okuması yapmak doğru olmayacaktır.” (K 22-mikro düzey)

Tüm bunlardan hareketle kök neden analizinin gerek şiddetin kaynağına inilmesine gerekse de önlenmesine yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesindeki can alıcı bağlamlardan biri olduğu görülmektedir. Şiddeti ortaya çıkaran toplumsal, ekonomik, politik vb. birçok nedenin ve daha özelde sağlık hizmetleri sunumundaki sorunlara bağlı faktörlerin ortaya konulması ve bu nedenlerin hangi uygulamalarla en aza indirilebileceğinin veya ortadan kaldırılabileceğinin serimlenmesi sağlık alanının şiddet olgusundan arındırılmasındaki kritik adımlardan biri olabilmektedir. Dolayısıyla kök neden analizi çözüme ulaşmanın başlıca yollarından biri olarak kendisini göstermektedir.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmanın bulgularına ilişkin alan yazın temelli değerlendirmeler, ulusal ve uluslararası alan yazın olmak üzere iki hatla gerçekleştirilmektedir. Böylelikle sağlıkta şiddeti önleyici politikalara ait ortaya konulan bulguların hem ulusal hem de uluslararası düzeyde karşılaştırılmasının olanağı ortaya konulmaktadır.

Çalışmanın bulguları kapsamında öncelikli olarak sağlıkta şiddetin en çok acil servislerde meydana geldiği ifade edilmektedir. Bu bulgunun ulusal alan yazınla benzerlikte bir gerçeği serimlediği görülmektedir. Nitekim Er ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında acil servislerdeki sağlık çalışanlarının diğer birimlerdeki çalışanlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bayram ve arkadaşlarının (2017) 713 acil servis hekimiyle yapmış olduğu bir başka çalışmada, hekimlerin %78,1'inin son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı ve %65,9'unun birden fazla şiddet olayı yaşadığı bulunmuştur. Bir başka çalışma, Şahin ve arkadaşlarının (2011) şiddetin en fazla meydana geldiği acil serviste görev alan acil tıp teknisyeni, hemşire ve sağlık memuruyla yaptığı çalışmadır. Çalışmada hemşirelerin %58'inin, sağlık memurlarının %22,9'unun ve acil tıp teknisyenlerinin %10,3'ünün şiddeti deneyimlediği bulunmuştur. Aydemir ve arkadaşları (2020) acil servis çalışanlarıyla (hekim, hemşire, laborant, acil tıp teknisyeni, güvenlik ve idari personel) gerçekleştirdiği çalışmada ise çalışanların %52,1'inin şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. En nihayetinde acil servis birimleri, sağlık çalışanları için en zorlayıcı, yorucu ve yıpratıcı birimlerin başında gelmektedir. Buralar doğası gereği, özellikle hastanın yaşamının risk altında olmasına bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olduğu, sorunlarının ivedilikle çözülmesi noktasında fazlasıyla talepkâr ve sabırsız olduğu birimlerdir. Bu birimlerdeki aşırı yoğunluk, bekleme sürelerinin uzunluğu, bilgi eksikliği, personel yetersizliği gibi konular hem hastalarda hem de çalışanlarda gerginliğe, strese, karmaşaya ve iletişimsizliğe yol açabilmekte ve şiddeti tetikleyebilmektedir.

Çalışma doğrultusunda şiddetin nedenleri arasında hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin belirleyici olması sonucuna varılmıştır. Ulusal alan yazında bu sonuca

benzer bulguların yer aldığı çalışmalar söz konusudur. Örneğin, Adaş ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında eğitim düzeyi ve kültürel farklılıkların şiddete neden olabileceği vurgulanmaktadır. İlhan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında eğitim düzeyi düşük erkek hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına daha fazla şiddet uyguladığı belirtilmiştir. Özişli (2022), Kırılmaz ve Şantaş (2016), Özdemir Takak ve Baydar Artantaş (2018), Erkol ve arkadaşların (2007) ile sistematik derlemeye dayalı Alcelik ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında bireylerin eğitim düzeyleri ile şiddet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Al ve arkadaşlarının (2012) sistematik derleme çalışmasında da şiddetin nedenleri arasında bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu vurgulanmıştır. Tüm bunların toplamında eğitim düzeyi ile sağlıkta şiddet arasında kurulan ilişki, öncesinde de değinildiği gibi sağlıkta şiddetin toplumdaki genel şiddet sorununun bir tezahürü olarak algılandığını göstermektedir. Eğitim düzeyine yapılan göndermeler hem toplumsal sahada hem de sağlık alanındaki şiddetin yaygınlığını çok daha köklü, yapısal bir çerçevede ele almaktadır.

Sağlıkta şiddetin geleneksel ve yeni medya araçlarında yer alma biçimleri şiddeti tetikleyen unsurlardan biri olarak bu çalışmada bulgulanmıştır. Benzer tarzda, Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) (2020) tarafından yapılan çalışmada her 10 katılımcıdan 7'si televizyon yayınlarında şiddete yer verildiğini ve bu durumun da şiddeti normalleştirdiği raporda belirtilmiştir. Adaş ve arkadaşları (2008) şiddetin nedenleri arasında medyaya dikkate değer bir yer vermektedir. Çalışmaya göre hekimlerin %12,5'i medyadaki şiddet içeriğinin toplumdaki şiddeti artırdığını ifade etmiş ve ayrıca %31,6'sı medyada hekim karşıtı çalışmalar yürütülmesi nedeniyle hedef gösterildiklerini dile getirmişlerdir. TBMM Araştırma Komisyonu'nda (2013) "medyada sağlık çalışanlarına yönelik geçekliği araştırılmamış olumsuz haberlerin yer alması toplumda; hekimi hemşire, 112 çalışanı gibi personele karşı olumsuz ön yargıların" oluşacağına değinilmiştir. Nitekim TTB de doğruluğu araştırılıp sorgulanmayan haberlerin medyaya servis edilmesinin sağlık çalışanlarını hedef haline getirdiğini vurgulamaktadır.⁴² Terkeş ve arkadaşları (2021) ile Kaya ve Tok (2021) medyada sağlık çalışanlarının aleyhine yapılan haberlerin sağlıkta şiddete neden olabileceğinin altını çizmekle birlikte medyadaki haber, film ve dizilerin sağlıkta şiddeti artırıcı bir etkisi olduğu sonucuna

⁴² Bkz. https://saglikcalisanisagligi.org/806copyfitb1b373/e-s_pn072/e-s_pns90a4.shtml

ulaşmışlardır. Şiddet haberlerinin sürekli yayınlanması ve haberin sunulmuş tarzının çalışanları değersizleştirdiği, ayrıca şiddetin bir çözüm olarak film ve dizilerde sıklıkla yer almasının da şiddeti meşrulaştırdığını belirtmektedirler. Durmuş'un (2019) çalışmasında sağlık çalışanlarının %93,8'i medyanın şiddeti artıran bir unsur olduğunu aktarmaktadırlar. Medyada özellikle faillilerin ceza almadığı ya da hafif cezalarla serbest kaldığına yönelik haberlere yer verilmesinin şiddeti artırmada rol oynadığı belirlenmiştir. Uğurlu ve Şantaş'ın (2023) çalışmasında sağlık çalışanlarının %79'u medyanın sağlıkta şiddete neden olabileceğini vurgulamaktadırlar. Sarcan'ın (2013) çalışmasında toplumdaki özellikle hakim medya kültürünün ve sağlıkla ilgili bilgilerin şiddeti tetikleyebildiği sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra çalışmada medyada tahrik edici haberler, filmler ve yayınların yer alması olumsuz bir etki olarak aktarılmaktadır. Tüm bu çalışmalar gerek yeni medyanın gerekse de geleneksel medyanın bu konuda denetimsiz, duyarsız, cezasızlığı üreten ve etik hassasiyetten uzak olmasının sorunu üreten ve yeniden üreten bir yerden çok daha can alıcı hale getirdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın bulgularında hasta ve hasta yakınlarıyla çalışanlar arasındaki iletişim problemlerinin şiddete neden olabileceği ifade edilmektedir. Aynı şekilde ilgili ulusal alan yazında da iletişim ile şiddet arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ne var ki, Dağ ve Baysal (2017) ile Akca ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında sağlık çalışanları ve hasta-hasta yakınları arasındaki iletişim eksikliklerinin şiddete neden olabileceği vurgulanmaktadır. Er ve arkadaşlarının (2021) sağlık çalışanları ile yapmış olduğu bir diğer çalışmada ise çalışanların %65,6'sı şiddetin nedenleri içerisinde çalışanlar ile hastalar arasındaki iletişim eksikliğine işaret etmektedir. Solmaz ve Duğan (2018) hasta ve hasta yakınlarının kendilerini ifade etmede güçlük yaşadığı ve çalışanlarla etkili iletişim kuramadığı durumda şiddete başvurabildikleri sonucuna ulaşmıştır. Keser Özcan ve Bilgin (2011), taraflar arasında yanlış anlaşılmaya dayalı iletişim sorunlarının şiddete neden olabildiği sonucuna ulaşmıştır. Terkeş ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hasta ve hasta yakınlarından kaynaklı şiddetin nedenleri arasında hasta ve hasta yakınlarının yapılan açıklamaları dinlememesi ve iletişime kapalı olmaları yer alırken; çalışan kaynaklı şiddetin nedenleri arasında çalışanların güler yüzlü ve yeterince kibar olmamaları yer almaktadır. Sari ve arkadaşları (2023) iletişim problemlerinin

(%27,4) şiddetin ana nedenleri arasında yer aldığını ortaya koymakla birlikte bu problemin en çok acil servisler (%14,2) ve polikliniklerde (%10,6) görüldüğü bulunmuştur. Dolayısıyla bu araştırmaların dikkate-değer sonuçlarından biri hekimlerin aşırı iş yükü altında, stres düzeyi yüksek, personel desteğinden mahrum çalışma ortamlarında işlerini icra etmelerinin hastalarla kurdukları iletişimi olumsuz yönde etkileyebildiği ve burada ortaya çıkan gerginliklerin, kaosun şiddete yol açabildiğidir.

Çalışmanın bulgularıyla ilişkili olarak ‘ortam’ boyutunda bahsedilen ve kök neden olarak sunulan neoliberal politikalar eksenindeki SDP’nin ortaya çıkardığı kısıktılmış talep, sevk zincirinin olmayışı, performans/teşvik ödeme sistemi, muayene sürelerinin kısalığı, iş yükündeki artış gibi unsurlar ulusal alan yazında da değerlendirilmektedir. Fakat öncelikli olarak neoliberal sistemin sağlık hizmeti sunumunu ticarileştirdiği/ metalaştırdığı ve böylelikle temel hak ve özgürlükler alanından çıkardığı yönündeki anlayışın, tüm bu unsurlara bir şemsiye oluşturduğu yönündeki bir kavrayışın ulusal alan yazına hâkim olduğundan bahsedilebilir. Çetin’e (2017) göre sağlığın ticarileştirilmesiyle çalışanların rekabete dayalı sağlık hizmeti sunucularına, hastaların ise birer müşteri niteliğinde hizmet satın alıcılarına dönüştürülmesine yönelik bir anlayış ortaya çıkmıştır. Bu anlayışın SDP ile inşa edildiğini belirten Elbek ve Adaş (2012), bu süreçte hekimlerin değer kaybettiği, toplumsal saygınlıklarının azaldığı, çalışma güvenliklerinin zayıfladığından bahsetmektedirler. Tüm bunlarla birlikte ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı psikolojik ortam; toplumda tahammülsüzlüğe, empati ve toleransın azalmasına ve rekabetin olumlu bir değer olarak kodlanmasına neden olmakla birlikte sağlık özelinde hastalar ve sağlık çalışanları arasında olumsuz etkileşimlere bağlı olarak şiddeti ortaya çıkarmaktadır. Soyer (2011) de sağlık çalışanlarının başta şiddet olmak üzere çalışma ortamında yaşadığı sorunların temelinde SDP’nin olduğunu vurgulamaktadır. Ünlütürk (2023), hastaların tüketici rolünü üstlenerek, sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen tüm aksaklıklardan çalışanları sorumlu tutmaya başladığı bir anlayışla sağlıkta şiddetin arttığını vurgulamaktadır. Buna ek Kayaduvvar (2021) “hastaların ‘müşteri kimliği’nin pekiştirilmesinin, hasta şikâyet mekanizmalarına başvuruların ve şiddet olaylarının artmasına” neden olduğuna değinmektedir. Nitekim Kablay (2021), “muayene sırası beklemek, istenilen ilacın yazılmaması, hastayı bizzat görmeden reçete yazmayı reddetmek veya hasta yakınlarının yoğun bakım girişlerine

konulan kısıtlamalar”ın şiddeti doğurduğunu ifade etmektedir. TTB’nin Şiddetle Başa Çıkmak Raporu’nda belirtildiği üzere, SDP’nin bir sonucu olarak sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerin artması, kışkırtılmış bir talep yaratılması, hasta sevk sisteminin uygulanmaması ve performans sisteminin sağlık hizmetlerinde temel çalışma anlayışı olarak benimsenmesi sağlıkta şiddete neden olan faktörler arasında görülmektedir.⁴³ Ne var ki, bu faktörler sorunun çözümünün, mevcut sağlık hizmetleri sunum sisteminin dönüşümü veya revizesinden geçtiğini göstermektedir.

Kart (2013) ile Elbek ve Adaş (2012) performans sistemine bağlı olarak çalışanlar üzerindeki performans baskısının/kaygısının artmasıyla aynı sürede daha fazla hastaya bakılmasının ve daha fazla tetkik istenmesinin uzantısına dönüşen şiddetin arttığını dile getirmektedirler. Cinoğlu (2015) performans sistemiyle sağlık çalışanlarının yoğun, gergin ve baskı altında işlerini icra etmelerinin onları şiddete açık hale getirdiğini vurgulamaktadır. Çuvadar ve Ekuklu (2020) performans sistemi kapsamında sağlık çalışanlarının her bir hastaya ayırdığı sürenin azalmasının, aynı sürede daha fazla hastaya bakılmasının şiddeti tetikleyebildiğinin altını çizmektedirler.

Taştemir ve arkadaşları (2022) sağlık hizmetlerine yönelik çeşitli sebeplerle oluşan talepteki artışın şiddete neden olabileceğini vurgulamaktadır. Aydemir ve arkadaşlarının (2020) acil servis çalışanlarıyla yapmış olduğu çalışmada artan hasta sayısının şiddete neden olabileceği bulunmuştur. Erten ve arkadaşlarına (2019) göre uzun süreli beklemlerle oluşan gecikmeler de şiddetin nedenleri arasında yer almaktadır. Özdemir Tatak ve Artantaş (2018) ile Tetik ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında hastalara muayene için yeterli süre ayrılmaması, hastalar tarafından şiddetin nedeni olarak ifade edilmektedir.

Bu talep yoğunluğunu azaltacak uygulamaların başında sağlık sevkinin geldiğinden öncesinde bahsedilmişti. Acil Hizmetleri Çalıştay Raporu’na (2019) göre, kademeli bir sevk zincirinin olmaması acil servislerde yoğunluğa bağlı olarak şiddete neden olmaktadır.⁴⁴ Çuvadar ve Ekuklu (2020) ile Kara (2020) çalışmalarında sevk zincirinin

⁴³ Bkz. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetlebasacikmak4.pdf>

⁴⁴ Bkz. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://tatd.org.tr/uzmanlik/wp-content/uploads/sites/26/2021/10/Yeni-C%CC%A7alis%CC%A7tay-O%CC%88neri-Taslag%CC%86i-v10.pdf>

olmamasını şiddetin nedenleri arasında sıralamaktadır. Sarıçoban (2017) sağlık çalışanlarıyla yapmış olduğu çalışmada sevk zincirinin uygulanmaması sebebiyle daha fazla hastaya bakmak zorunda kalan çalışanların fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşmıştır.

Önleyici politikaların güçlendirilmesi noktasında öne çıkan başlıklardan biri bulgulara da ifade edildiği üzere cezai yaptırımların artırılmasıdır. Ulusal alan yazına bakıldığında Yeşiltaş ve Erdem'in (2018) çalışmasında belirttiği üzere cezai yaptırımların güçlenmesinin şiddeti önleyebileceği belirtilmiştir. Ayrıca Atık (2013) ile Cenger ve arkadaşları (2018) şiddetin azaltılması için cezai yaptırımların güçlendirilmesi ve uygulanması noktasında daha sağlam yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bunların doğrultusunda ortaya çıkan cezasızlık, sağlık çalışanlarının vakaları hem yöneticilere hem de kolluk kuvvetlerine bildirmemeleri neticesini doğurmaktadır. Nitekim Alkan ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında şiddet faillerinin cezasız bırakıldığı durumda şiddet olaylarının devam edeceği vurgulanmaktadır. Ayrıca bu durum şiddete yönelik adli ve idari düzenlemelerin yeterli olmaması ve şiddete maruz kalınması durumunda herhangi bir sonuç alınmayacağı inancından hareketle bildirimde bulunmamaya yönelik bir anlayışı beslemektedir (Durak ve ark., 2014). Diğer taraftan Yıldız (2019) ve Cenk (2019) çalışmalarında herhangi bir neden belirtilmemekle birlikte şiddete maruz kalan çalışanların bildirimde bulunmayı tercih etmedikleri görülmektedir. Tüm bu tablo, sağlık çalışanlarının hukuk sistemine duydukları güvenin ve beklentinin düşük olduğunu açığa çıkarmaktadır. Cezai sistemin tam manasıyla uygulanmayacağı yönündeki hâkim inanç, mağdur çalışanların şiddetin hasır altı edilmesine neden olmaktadır ki, bu da şiddet sarmalının kırılmasındaki kayda değer güçlüklerden biridir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu olarak önleyici politikaların hukuki düzeyde kaldığı, hayata geçirilmesinde gerekli hassasiyetin gösterilmediği ifade edilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında Yeşiltaş (2018) ile Bekar ve Çalış (2021) çalışmalarında şiddetin önlenilmesi noktasında hayata geçirilen politikaların yeterli düzeyde uygulanmadığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla politikaların yasal düzeyi ile sahadaki gerçekliği arasındaki mesafenin açık olduğu görülmektedir.

Sağlıkta şiddetin minimum düzeye çekilmesi veya ortadan kaldırılması noktasında sivil toplum aktörlerinin yasama ve yürütme üzerindeki baskı ve çıkar grubu olarak etkisini hissettirdiği hakikati, çalışmanın bulguları açısından en dikkat çekici tezahürlerden biridir. Özellikle Türkiye’de bu aktörlerin kendisine geniş alanlar bulabildiği ölçüde etki gücünün artması yadsınamaz bir gerçektir. Örneğin, Taştemir ve arkadaşlarının (2022) “Sağlıkta Şiddetin Önlenmesine Yönelik Yapılan Nisan 2020 Tarihli Yasal Düzenlemenin İncelenmesi” başlıklı çalışması meclisteki siyasi açmazlara (partiler arası) rağmen partiler üstü bir karar alınmasında Türk Tabipleri Birliği ve tabip odalarının bizatihi düzenleyici rolde olduğunu vurgulamakla birlikte bu grupların birçok talebinin aynı zamanda meclisten geçirilmediğine de değinilmektedir ki, bu yasanın çıktığı süreçte Covid-19 pandemisinin olduğu ve sağlık çalışanlarının yoğun emeğinin ön plana çıkarıldığı da göz ardı edilmemelidir. TTB’nin bu aktif rolü Yeşilbaş’ın (2015), Annagür’ün (2010), Özcan ve Yavuz’un (2017) ve Çınarlı ve Yücel’in (2014) metinlerinde de aktarılmıştır. Sağlık-Sen 2022 Sağlıkta Şiddet Raporu’nda, sorunun çözümüne yönelik yürütmüş olduğu çalışmalarla toplumsal duyarlılığı artırdıklarını ve karar mercilerini harekete geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra kamu öncülüğündeki toplumsal seferberlik çağrısı yaparak, sorunun neredeyse olağanüstü hale işaret eden ülke çapındaki bir eylemlilikle çözülebileceğinin altını çizmektedir.⁴⁵ Diğer taraftan İstanbul Aile Hekimleri Derneği, şiddeti su yüzüne çıkaran mağduriyetlerinin kendi gruplarına özgü açmazlardan kaynaklandığının altını çizmektedir. Örneğin, hastayı görmeden reçete yazma, gereksiz talep edilen hekim raporları, iş yerlerinde izin verme konusundaki çekincelerin raporla çözülmeye çalışılması, kronik rahatsızlığı bulunan hastaların reçete için her seferinde sağlık kurumuna gelmek zorunda kalması vb. durumlar hasta-hekim gerginliğine istinaden şiddete neden olabilmektedir. Bu özgün haller sebebiyle aile hekimleri, sorunlarının çözümünde siyasi partiler ve yürütmeyle iş birliği içerisinde hareket etmeyi istemektedir.⁴⁶ Şiddetin en yoğun görüldüğü meslek gruplarından olan acil servis çalışanları da konunun değerli ayaklarından biridir. Nitekim Acil Tıp Derneği kendi içinde oluşturduğu çeşitli komisyonlar, örgütlenme birimleri aracılığıyla Türkiye’nin birçok yerinde, karşılaştıkları şiddetin sıklığını, türünü vb. ölçen çalışmalar gerçekleştirmektedir. Bu çalışmalarla kendi çalışma alanlarına özgü olumsuz

⁴⁵ Bkz. <https://agri.sagliksen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu>

⁴⁶ Bkz. <https://istahed.org.tr/multimedya/dosya/>

tabloya dikkat çekip, bunun giderilmesinde yasama ve yürütmeye seslenmektedir.⁴⁷ Şiddetin bir diğer mağduru olan dış hekimleri de konuya kayıtsız kalmayarak 25. Uluslararası Dış Hekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu'nda 'sağlıkta şiddet ve önlenmesi' çalışma grubu oluşturmuş ve bu grubun kaleme aldığı raporla bilhassa siyasi partilere somutlaştırılması gereken adımlar hakkında hassasiyetli çalışmalarını ve beklentilerini aktarmaktadırlar.⁴⁸

Uluslararası alan yazına gelindiğinde hem bu çalışmanın bulgularına hem de ulusal alan yazına paralel olarak diğer ülkelerde de sağlık kuruluşlarındaki şiddet olaylarının daha çok acil servislere görüldüğü belirtilmektedir. Örneğin, Lui ve arkadaşlarının (2019) tespit ettiği üzere Asya ve Kuzey Amerika ülkelerinde şiddet vakalarının başta acil servislerde, ardından da psikiyatri kliniklerinde hemşireler ve doktorların hedef alınmasıyla gerçekleştiği belirtilmektedir. Amerikan Federal Soruşturma Bürosu'nun istatistiklerine de istinaden Phillips (2016) şiddetle ilişkili olarak en riskli alanları acil servisler, psikiyatri klinikleri, kabul departmanları ve akut bakım üniteleri şeklinde sıralamaktadır. Seema ve arkadaşlarının 2019 yılında Amerika'nın Kuzey eyaletlerinde 123 doktor, 112 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmada şiddet vakalarının çoğunlukla acil servis güvenliğine ve acil servis personeline yönelik olduğu belirtilmektedir (Seema ve ark., 2019). Ogboghodo ve Okojie'nun (2020) Nijerya'da gerçekleştirdiği çalışmada da şiddetin en fazla meydana geldiği birimlerin acil servisler (%65) ve ardından psikiyatri servisleri (%50,4) olduğu ifade edilmektedir. Nitekim Jabbari-Bairami ve arkadaşlarının (2013) İran'ın kuzeybatısındaki Tebriz'deki beş sevk hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmada da şiddet vakalarının en çok acil servis kliniklerinde ortaya çıktığı betimlenmektedir. Diğer taraftan bu tablonun aksine şiddetin en çok psikiyatri kliniğinde gerçekleştiğine işaret eden Seun-Fadipe ve arkadaşlarının (2019), Basfr ve arkadaşlarının (2019) Sisawo ve arkadaşlarının (2017), Iozzino ve arkadaşlarının (2015) çalışmaları da söz konusudur. Bunun nedenini ise diğer şiddet birimlerinden farklı olarak bu kliniklerin doğası ekseninde aramak gerekmektedir. Neticede buralardaki şiddet vakalarında "kişisel kasıttan çok hastalığın seyrinin etkili olabildiği" göz önünde bulundurulmalıdır (Durmaz ve ark., 2017).

⁴⁷ Bkz. <https://tatd.org.tr/haber-ve-duyuru/acil-servislerde-siddeti-onleme-raporu/>

⁴⁸ Bkz. https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Basindan_Yansimalar_Saglikta_Siddet.pdf

Uluslararası alan yazında, ulusal alan yazındakinin aksine eğitim düzeyiyle sağlıkta şiddet arasında ilişki kuran çok fazla bulguya rastlanmasa da⁴⁹ Ogbonnaya ve Aguwa (2012) Nijerya’da gerçekleştirdiği çalışmasında, eğitim düzeyi sağlıkta şiddetin etkileyen önemli yordayıcılardan biri olarak aktarılmaktadır. Aynı şekilde Adib ve arkadaşları (2022) da Kuveyt’teki araştırmasında eğitim düzeyinin düşüklüğünü sağlıkta şiddeti artıran faktörlerden biri şeklinde ele almaktadır.

Çalışmanın önemli bulgularından biri olan medya konusu da uluslararası alan yazında sağlıkta şiddeti tetikleyen olgular arasında değerlendirilmektedir. Kesavan ve arkadaşlarının (2020) Hindistan’ın Chennai kentinde hayata geçirdikleri çalışması, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet eğiliminde medyanın ağırlığını %70,5 olarak belirtmektedir. Hindistan’ın bir diğer kenti Mangalore’de Rekha ve arkadaşlarının (2022) şiddet mağduru doktorlar üzerinden ele aldığı çalışmasında ise katılımcılar, bilhassa sosyal medya araçlarının şiddetin artmasında, onları olumsuz şekilde yansıtarak önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Katılımcılar tıbbi uygulama hatası, ihmal ve organ hırsızlığıyla ilgili paylaşılan hikayelerin kamuoyunun gözünde doktorlara dair olumsuz bir imaj yarattığına değinmişlerdir. Huesmaan ve Taylor (2006) ise medyadaki şiddeti normalleştiren yazılı ve görsel unsurların yeğlilik kazanmasına dikkat çekerek, bu yeğliliğin sağlıkta şiddeti artıran bileşenlerin başında geldiğini savunmaktadırlar. Teoh ve arkadaşları (2019) Çin’deki duruma değinerek, Çin medyasında yaygınlık gösteren sağlık çalışanlarına yönelik şiddet içeriklerinin şiddeti daha da ivmelendirdiğini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan Lian ve Dong (2021) sosyal medyanın, özellikle devletin katkılarıyla etkili bir şekilde kullanıldığında sağlık işyerindeki şiddete ilişkin kamuoyu algısını büyük ölçüde iyileştirdiğine değinmektedir. Liu ve arkadaşları (2019) da aynı şekilde kitlesel medya araçları üzerinden yürütülecek sivil toplum örgütlü destekli kampanyaların sağlıkta şiddetin azaltılmasında önemli bir işlevi olduğunu serimlemektedir. Hoyle ve arkadaşları (2018) hemşirelerin medyada nasıl algılandığı ve temsil edildiğine odaklanarak, çalışmasında bu temsillerin olumsuz ve indirgemeci olduğunu tespit edip, bu durumun hemşirelere yönelik şiddetin artmasına neden

⁴⁹ Bu noktada daha ziyade çalışanların eğitim düzeyine odaklanan uluslararası çalışmalardan söz edilebilir (Lelapi ve ark., 2021; Zainal, 2018; Sun, 2017; Kitaneh ve Hamdan, 2012). Bunu nedenlerinden biri olarak eğitim konusundan uluslararası alan yazının hasta ve hasta yakınlarından ziyade çalışanların profilini odağına almış olması gösterilebilir. Bir diğer neden ise sağlıkta şiddete eşlik eden genel toplumsal etmenlerin etkisine yönelmek anlamında eğitim konusuna eğilinmemesidir.

olduğunun altını çizmektedir. Kumari ve arkadaşları (2020) doktorlar üzerindeki şiddeti merkezine alarak, doktorların medyadaki olumsuz tasvirinin şiddetin öncülleri arasında yer aldığına değinmektedir.

Hekim-hasta iletişimindeki sorunlar, şiddeti üreten ve yeniden üreten unsurlardan biri olarak bu çalışmada bulgulanmıştır. Uluslararası alan yazında da benzer şekilde bu ikili iletişimdeki aksaklıkların sağlıkta şiddeti etkilediğine dair araştırmalar mevcuttur. Mento ve arkadaşları (2020) sistematik derleme yöntemiyle ortaya koyduğu çalışmasında iletişim problemlerinin önemli bir risk faktörü olduğuna değinmektedir. Brophy ve arkadaşları (2017) da Kanada'daki deneyimlere odaklanarak, statü farklılığının hekim-hasta ilişkisine olumsuz yansıdığını, hastaların ve ziyaretçilerin saygılı davranış gösterme halinden uzaklaştıklarını, her ne kadar kamuya açık konuşma söz konusu olsa da tehditlerde bulunmaktan çekinmediklerini vurgulayıp, sağlıklı iletişim kanallarının terk edilmesiyle şiddetin tetiklendiği gerçeğini ele almaktadır. D'Ettore ve arkadaşları (2018) ise acil servis çalışanlarıyla gerçekleştirdiği araştırmasında, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesinin şiddet riskini azaltacak önemli unsurlardan biri olduğunu aktarmaktadır. Alfuhaha ve arkadaşları (2022) ise doktorların ve hemşirelerin işyerindeki şiddete ve COVID-19 sağlık acil durumu sırasındaki iletişim becerilerine dair algılarını ortaya koymayı amaçladığı Ürdün'deki araştırmasında, iletişim becerilerinin hekimlerde yüksek düzeyde, hemşirelerde ise orta düzeyde olduğunu ifade edilip, iki grup arasındaki bu farklılığın maruz kalınan şiddet türüyle de farklılaştığını ele almaktadır. Najafi ve arkadaşlarının (2017) İran'daki hemşirelerden oluşturduğu örneklem grubuna ait çalışmasında, şiddete neden olan beş faktörden biri olarak 'uygunsuz profesyonel iletişim'e işaret edilmektedir. Kumari ve arkadaşlarının (2020) doktorlara yönelik şiddeti irdelediği araştırmasında, hekim-hasta arasındaki yanlış iletişimin şiddeti tetiklediği gibi hizmet sunum kalitesini de olumsuz yönde etkilediğini bulgulamaktadır. Sundeep ve arkadaşları (2020) ile Anand ve arkadaşlarının (2016) Hindistan'daki araştırmalarında doktorlardaki zayıf iletişim becerileri, şiddete dair önemli risklerden biri olarak serimlenmektedir.

Çalışmanın gerek kuramsal gerekse de bulguları bağlamında öne çıkan hususlardan birisinin sağlıkta dönüşüm politikaları olduğu öncesinde de aktartılmıştı. Bu dönüşüm bağlamında düşünülen talep yoğunluğu ve buna bağlı olarak fazla mesai, personel

yetersizliği, hastaların farklılaşan/gerçekçi olmayan beklentilerinin karşılanamayışı, muayene sürelerinin darlığı, uzun bekleme süreleri şeklindeki ‘kök neden’ olarak da yukarıda vurgulanan sağlık sistemi kaynaklı başlıklar uluslararası alan yazında da sorunsallaştırılmaktadır. Sundeep ve arkadaşları (2020) çalışmasında en sık görülen şiddet türünün hasta yakınlarından gelen sözlü şiddet (%91,2) olduğunu betimleyip, şiddetin nedenlerini %69,7 hasta aşırı yükü, yine %69,7 uzun süreli görev saatleri ve aşırı iş yükü ve %66,9 uzun bekleme süreleri olarak aktarmaktadır. Aynı zamanda katılımcıların çoğunluğu (%75,6) yeterli sayıda profesyonellerin olmadığını ve profesyonel olmayan meslek elemanlarının işe alındığını belirtmektedir. Kumari ve arkadaşları (2020) hastaların ve refakatçilerinin hizmetlerdeki beklentilerinin karşılanamamasına dair memnuniyetsizliklerin şiddeti gerekçelendirdiğine değinmektedir. Najafi ve arkadaşları (2017) hastaların ve yakınlarının karşılanmayan beklentilerinin hemşireler üzerindeki şiddetin yordayıcılarından biri olduğunu ortaya koymaktadır. Mento ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında personel yetersizliği, şiddete sebep olan bileşenler arasında gösterilmektedir. Pariona-Cabrera ve arkadaşlarının (2020) çalışması da iş yükünün yoğunluğuna dikkat çekerek, bu tarz kuruluşlara daha fazla personelin atanmasının şiddeti azaltacağını göstermektedir. Sun ve arkadaşları (2017) Çin’deki araştırmasında doktorların artan talepler ve yoğunluk doğrultusunda uzun sürelerle çalışmasının (fazla mesai), başka işlerle de ilgilenmesinin şiddete maruz kalma riskini artırdığını bulgulamaktadır. Bunun nedeni olarak da hastaların oluşturduğu ağır yükün doktorlardaki iş baskısı ve stresini artırması gösterilmektedir. Alkorashy ve arkadaşlarının (2016) ise Südi Arabistan’daki üniversite hastanelerindeki hemşirelerle gerçekleştirilen çalışması, personel yetersizliği ve uzun süre bekleme sürelerinin şiddet krizindeki en önemli faktörler olduğunu göstermektedir. Magnativa (2014) aşırı iş yükü ve buna bağlı olarak işlerle ilgili yeterli kontrolün oluşmaması gerçeği ve personel yetersizliğinin sağlıkta şiddet riskini artırdığını ifade etmektedir. Dopelt ve arkadaşları (2022) Covid-19 sürecindeki sağlıkta şiddet vakalarını merkezine aldığı çalışmasında en yüksek oranda ortaya çıkan (%70) uzun bekleme sürelerinden kaynaklanan hayal kırıklığının sözel (%69) ve fiziksel (%11) şiddeti ürettiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın bulgularında da ifade edildiği üzere sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik çözüm pratiklerinin kayda değer ayaklarından biri cezai yaptırımların artırılmasıdır. Cezai

yaptırımlar güçlendirilmedikçe sağlıkta şiddetin ivmelenmeye devam edeceği yönündeki görüş kolaylıkla dikkati çekmektedir. Uluslararası alan yazında da benzer çözümlemelerle karşılaşılmaktadır. Warshawski ve arkadaşlarının (2019) İsrail’de gerçekleştirdiği karma metodolojiye yaslanan çalışmasında cezai yaptırım düzeylerinin güçlendirilmesinin önleyici tedbirlerin başında geldiği vurgulanmaktadır ki, çalışmanın nicel kısmında bu tedbirlerin halk tarafından onaylandığına da değinilmektedir. Harthi ve arkadaşlarının (2020) Sudi Arabistan’daki araştırmasında şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%67) bunu cezasızlıkla ilişkilendirmektedir. Jiao ve arkadaşları (2015) ise Çin’deki araştırmasında faillerin yasalardaki açıklardan yararlanarak, kanunen ceza gerektirmeyecek şekilde aşırı eylem veya suç teşkil eden davranışlara başvurabildiklerinin altını çizmektedir. Xiao ve arkadaşları (2022) da Çin’deki aynı duruma temas ederek, ağır yasal cezalar ortaya konulmadıkça caydırıcılığın söz konusu olamayacağından söz etmektedir. Ori ve arkadaşları (2014) Hindistan’daki Manipur eyaletindeki araştırmasında özellikle yeni mezun hekimlerin %78,26’sının cezaların kefaletle serbest bırakılamayan suç haline getirilmesini talep ettiğine değinmektedir. Kaur ve arkadaşları (2020) ise Hindistan’ın geneline yansıyan konuya dair açmazlardan başında şiddet vakalarının taraflar arasındaki uzlaşmaya taşınmasını görmekte ve bunun esasında cezasızlık olduğunun altını çizmektedir. Li ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında ise şiddet mağduru pratisyen hekimlerin %55,63’ü, hemşirelerinse %62,64’ü ilgili vakalarında failin herhangi bir ceza almadığını belirtirken, katılımcıların %47,62’si çalıştıkları kuruluşların şiddeti bildirmeye yönelik herhangi bir prosedürü olmadığını bulgulamaktadır. Bordignon ve arkadaşları (2021) da Brezilya’da artan sağlıkta şiddet vakalarına karşı en değerli önlem olarak cezasızlığın önüne geçilmesine değinmektedir.

Cezai yaptırımlar konusunun tezahürlerinden birinin bu yaptırımların savcılık makamları ve mahkemelerce ne ölçüde uygulanıp uygulanmadığına dairdir. Nelson ve arkadaşları (2023) Kanada özelinde bu duruma dikkat çekip, mahkemelerin -bilhassa işvereni cezalandıran kararlar alma noktasında geride durduğuna değinerek- devletin almış olduğu birçok caydırıcı etmenin varlığına rağmen bazı yaptırımları uygulamada isteksiz olduğunu serimlemektedir. Nelson ve arkadaşlarının ortaya koyduğu en önemli hakikatlerden biri, mağdurun doktor ya da hemşire olmasının mahkemelerde cezayı her zaman ağırlaştırıcı bir faktör olarak görülmemesidir. Warshawski ve arkadaşlarının

(2019) İsrail’den hareketle açığa çıkardığı gibi mevcut cezai yaptırımların tam anlamıyla uygulanmaması şiddeti yeniden üretmektedir. Dolayısıyla varaolan yaptırımların yargı makamlarınca ne ölçüde uygulandığı dikkate değer bir sorunsaldır. Bu çalışmanın bulgularında da değinildiği üzere bu sorun, sağlık çalışanlarını şiddet vakalarını bildirmekten/raporlamaktan uzaklaştırmaktadır. Garcia-Perez ve arkadaşlarının (2021) ortaya koyduğu üzere gerekli yaptırımların uygulanmaması ve önlemlerin alınmaması, eksik bildirim/raporlamaya yol açmaktadır ki, bu da şiddet vakalarına ilişkin gerçek sayıların bilinmemesini doğurmaktadır.

Bu çalışmada şiddeti önleyici çözüm öngörülerinden bir diğerini, STK’lerin ve sağlık yönetici ve çalışanlarının politikaların oluşturulma süreçlerinde aktif rol ve sorumluluk almaları oluşturmaktadır. Geniş paydaş katılımının sağlanması yoluyla daha güçlü ve etkili politikaların ortaya çıkacağı ele alınmaktadır. Uluslararası alan yazın incelendiğinde Spelten ve arkadaşları (2022) sorunun çözümünde sağlık çalışanlarının kendisinden ziyade bir bütün olarak sisteme odaklanması (sistem temelli yaklaşım) gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışmada politikaların etkili olabilmesi için sağlık kuruluşlarında sistem bazlı stratejilerin uygulanması, desteklenmesi ve meslek kuruluşları, sendikalar, kamu politikaları ve düzenlemelerle güçlendirilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Thomas ve arkadaşları (2021) ise acil servis çalışanlarıyla yaptıkları odak grup çalışmasından elde ettikleri çıktılardan birini “örgütsel takip sistemi” olarak ifade etmektedir. Bu noktada sağlık yöneticilerinin verimli ve standartlaştırılmış raporlama süreçlerini savunarak, saldırıya uğrayan personelin net bir takip algısına sahip olmasını ve takip sürecine dahil edilmesinin hayata geçirilmesini ve bu takip sürecine failin de içerilmesinin ve tüm bunların kamu kuruluşlarıyla paylaşılmasının sağlıkta şiddeti azaltacağını serimlemektedir. Diğer taraftan Nelson ve Baumann (2021) Kanada özelindeki hemşirelere yönelik şiddete dair çalışmalarında, hak savunucusu sendikaların ayrışmalar içerisinde olduklarına ve bu ayrışmalardan kurtularak ortak hareket etme kapasitesine eriştiklerinde güvenli sağlık kuruluşları yaratmaya politika uygulayıcıları da etkisi altına alarak yardımcı olacaklarına değinmektedir. Alameddine ve Yassin (2013), Lübnan’daki çalışmalarında sağlık çalışanlarının, sendikaların desteğinden tam anlamıyla yararlanmadıklarını, bilhassa vakaların sendikalara da bildirilme zorunluluğu ihtiyacını

ortaya koymaktadırlar ki, bu durumda ayrıca sendikalar üzerinden kamu örgütleriyle inşa edilecek ortak hareket etme becerisine de katkı sağlanacağından bahsedilmektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de sağlıkta şiddetin nedenlerine ve çözümüne yönelik önerileri ortaya koymak amacıyla tasarlanan bu çalışmada öncelikle Walt ve Gilson’un politika analizi çerçevesinde mevcut politikalar analiz edilmiş daha sonra soruna dair makro, mezo ve mikro düzeyde belirlenen paydaşların sağlıkta şiddetin nedenlerine, çözüm önerilerine ve şiddete yönelik geliştirilen mevcut politikalara dair görüşlerine yer verilmiştir. Bu kapsamda aşağıda çalışmanın sonuçları yer almaktadır.

- Sağlıkta şiddetin nedenlerine ilişkin, makro düzeydeki katılımcılar eğitim düzeyini öne çıkarmaktayken, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılar ise neoliberal politikalar altında düşünülen kısıktırılmış talebin etkili olduğunu dile getirmiştir.
- Politikaların değerlendirilmesi temasıyla ilgili olarak makro, mezo ve mikro düzeyler arasında katılımcıların görüşleri arasında farklılık oluşturacak bir değerlendirme tespit edilememiştir.
- Çözüm önerileri hususunda makro düzeydeki katılımcılar denetimin daha etkili olduğunu düşünmekteyken, mezo ve mikro düzeydeki katılımcılarsa yaptırımının etkisinin daha değerli olduğunu ortaya koymuştur.
- Sağlıkta neoliberal politikalar rekabete dayalı bir sağlık anlayışının benimsenmesine neden olmuştur. Ortam boyutunda da ifade edildiği üzere bu anlayış sağlık çalışanlarını, hastalara mal ve hizmet satan bireylere, hastaları ise hizmeti satın alan müşterilere dönüştürmüştür. Bu çalışmada şiddete neden olan faktörler arasında yer alan sağlık hizmetlerine yönelik talebin artması, sevk zincirinin olmaması ve performansa dayalı ödeme sisteminin bu anlayışın bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır.
- Şiddetin nedenleri arasında görülen bir diğer önemli faktör toplumun eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyinin düşmesine bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının kendilerini ifade etmede zorlandığı ve öfkelenildiği bu noktada daha fazla şiddete başvurduğu sonucuna varılmıştır.

- Çalışma doğrultusunda medyanın da şiddetin nedenleri arasında yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Reyting kaygısı, habere olan ilgiyi artırmak amacıyla kullanılan dil ve görsellerle haberlerin içeriğinin popülerleştirilmesi şeklinde ortaya çıkan geleneksel medya araçları ve teknolojideki değişime bağlı olarak yeni medya araçlarının özellikle sosyal medyanın şiddetin görünürlüğünü artırdığı sonucuna varılmıştır.
- Şiddetin bir diğer nedeni hastalar ve sağlık çalışanları arasında yaşanan iletişim problemidir. Çalışmada kriz yönetimi kapsamında özellikle hastaların iletişimsel becerilerini artırmak amacıyla eğitim faaliyetlerinde bulunulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinde tek karar vericinin hekim olduğu geleneksel hekim-hasta anlayışı yerini tedavi sürecinde hastaların da katılımını öngören bir anlayışa bırakmıştır. Hekimlerin bu anlayış değişikliğine verdiği tepkiler de hekim-hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- Süreç boyutunda da ifade edildiği üzere sağlık çalışanına yönelik şiddet meydana geldiğinde hukuki süreç “*mağdurun talebi*” doğrultusunda başlamaktayken şiddetin kamusal bir sorun olarak ele alınmasıyla birlikte “*mağdurun şikâyeti aranmaksızın*” sürecin başlatılmasına karar verilmiştir. Bu durum devletin şiddete yönelik bir konum değişikliğine gittiği sonucu doğurmaktadır.
- Almanya, İngiltere, Avusturya ve Fransa’da olduğu gibi Türkiye’de de şiddete uğraması durumunda çalışana hizmetten çekilme hakkı tanınmıştır. Bu hak süreç boyutunda da ifade edildiği gibi çalışanın kendini tehdit altında hissettiği durumda hizmeti sonlandırabilmesine olanak sunmakta, çalışanı yasal güvence altına almaktadır. Ancak acil servis çalışanlarının kapsam dahilinde alınmaması uygulamanın sınırlılığına ait bir sonuçtur.
- İngiltere, Fransa, Hindistan vb. ülkelerde şiddeti önlemek amacıyla son yıllarda cezai yaptırımların oranlarında artış söz konusu olmuştur. Nitekim Türkiye’de de sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik cezai yaptırımların oranında belirli bir artış meydana gelmiştir. Ancak çalışma kapsamında cezai yaptırımların artırılmasından çok uygulanmaması sonucu ortaya çıkmaktadır.

- İçerik boyutunda da ifade edildiği gibi şiddetin meydana geldikten sonraki süreci özellikle de hukuki süreci ele alması nedeniyle bakanlık beyaz kod uygulamasının yanı sıra gri kod uygulamasını hayata geçirmektedir. Süreç boyutunda da vurgulandığı üzere bakanlığın şiddet meydana gelmeden önce çözülmesini amaçlayan bir anlayışı benimsediği sonucuna varılmaktadır.
- Çalışmanın süreç boyutunda da belirtildiği üzere politikaların hedeflenenenden daha uzun sürede hayata geçirilmesi sürdürülebilirlik önünde bir engel oluşturmaktadır. Bakanlık bünyesindeki yönetim kadrolarında meydana gelen değişimlerin sık olmasının sürdürülebilirlik önünde bir engel oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra politikaların etkili olabilmesi ve devamlılığının sağlanması amacıyla bakanlık başta olmak üzere diğer aktörlerin de katılımıyla politikaların değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.
- Çalışmanın aktör boyutunda değinildiği üzere Türkiye’de şiddete yönelik politikaların oluşturulmasında ana aktör Sağlık Bakanlığı’dır. Bu çalışma ile şiddetin önlenmesine yönelik politikaların oluşturulma sürecinde kamu dışında yer alan STK’lerin ve sağlık çalışanlarının bu süreçte yer almadığı sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda akademisyenler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Bilgi ve Teknoloji İletişim Kurumu, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü vb. kamu kurumlarının yanı sıra meslek odaları, sendikalar ve derneklerin ve sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde sorunun çözümüne yönelik politikaların geliştirilmesi gerektiğine ulaşılmıştır.
- Çalışan hakları güvenliğinin sağlanması amacıyla sağlık kuruluşlarında oluşturulan çalışan güvenliği komitelerinin istenen düzeyde çalışmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca çalışma kapsamında belirlenen hedeflere ulaşmada politikanın ne derece etkili olduğunu değerlendiren yeterli ve güçlü bir denetim mekanizmanın olmadığı da bulunmuştur.
- Bakanlık tarafından şiddetin önlenmesi amacıyla oluşturulan politikaların değerlendirilmesine yönelik kamuoyuyla herhangi bir bilgi paylaşılmadığı sonucuna

varılmıştır. Süreç faktöründe de belirtildiği üzere şiddete ait 2012 -2017 yıllarına ait beyaz kod verilerine TTB'nin raporunda yer verilmiştir. Dolayısıyla sağlıkta şiddete ilişkin veriler, yalnızca Beyaz Kod başvuruları düzeyinde ele alınmaktadır. Şiddete dair mevcut durumu ortaya koymak için nesnel ve gözlenebilir başka verilere ihtiyaç duyulması ve bu verilerin kamuoyuyla paylaşılması gerektiği sonucu bulunmuştur.

- Şiddetin önlenmesi noktasında şiddete neden olan temel etmenlerin ortaya çıkarılması amacıyla kök neden analizinin yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tüm bu sonuçlara istinaden -çalışmanın da temel düzlemini inşa eden- makro, mezo ve mikro düzeylerdeki önerilere aşağıda yer verilmektedir:

Makro Düzey (Politika Geliştiriciler)

- Yasama yoluyla oluşturulan mevcut politikaların çok daha hızlı bir şekilde yürütme sürecinden geçerek somutlaştırılarak bir an önce sahadaki karşılığının alınmasının sağlanması,
- Şiddetin faillerine yönelik cezai yaptırımların daha da ağırlaştırılması (maddi yaptırımlardan hapis cezasına kadar geniş bir yelpaze içerisinde) ve mevcut hukuki yaptırımların somut bir şekilde uygulanması ve denetlenmesine yönelik daha güçlü yasal düzenlemelerin kamu örgütlenmesi tarafından hayata geçirilmesi,
- Mevcut politikaların güncel olarak sahadaki karşılığının sürdürülebilirlik odağında takibinin, denetiminin yapılması için gerekli mekanizmaların hem yerel hem de ulusal düzeyde geliştirilmesi ve bu mekanizmalara STK'ler, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarının aktif katılımının sağlanması,
- Şiddet meydana geldikten sonrasına istinaden oluşturulan çalışmalardan ziyade şiddetin ortaya çıkmadan önce önlenmesine dair Gri Kodla da desteklenen uygulamaların başka, yeni pratiklerle güçlendirilmesi,

- Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı arasındaki etkileşimin özellikle Gri Kod projesi ve emniyet mensuplarının yapılması gereken uygulama ve aşmalarla ilgili olarak bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi noktasındaki faaliyetlerin düzenlenmesi
- Sağlıkta şiddete ilişkin oluşturulması gereken veri setlerinin sadece Beyaz Kod altında toplanmaması, çok daha büyük veri kaynaklarının yine hem yerel hem de ulusal ölçekte geliştirilerek kamuoyuyla objektif bir şekilde ve belirli aralıklarla paylaşılması gerektiği,
- Önleyici uygulamaların sağlık çalışanlarının neredeyse tamamını yasal olarak korumasına rağmen acil servis çalışanlarının hizmette çekilme hakkında mahkûm bırakılarak bu korumanın dışında kaldığı dikkate alındığında, onları da kapsayacak alternatif ve bütüncül yeni mevzuatların vücut buldurulması,
- SDP çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarına yüklenen ağır, yorucu, yıpratıcı gerekliliklerin (başvuru sayılarında artış, muayene sürelerinin kısalması, performans – teşvik ödemesi, sevk zincirinin olmayışı vb.) yumuşatılması yönünde yeni yasa ve mevzuatların hayata geçirilmesi,
- Sağlıkta şiddeti ortaya çıkaran kök nedenler, şiddetin sonuçları, türleri ve şiddet anında yapılması gereken pratiklerle ilgili sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesine dair var olan eğitimlerin (iş sağlığı güvenliği eğitimi, STK ve derneklerin verdiği eğitimlere, hastanelerin sunduğu eğitimler vb.) yanı sıra daha aktif ve kapsamlı yeni eğitimlerin düzenlemesi ve bu konuda hastanelere belirli zorunlulukların getirilmesi,
- Aynı zamanda sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisinin bina edilmesi adına kamuoyunu bilinçlendirici faaliyetlerin kamu spotları, geleneksel ve yeni medya araçları, broşür ve afişler kullanılarak yerel ve ulusal düzeyde yaygınlaştırılması,
- Şiddet olgusunun sadece iş yerinde ve sağlık alanındaki yansımalarıyla ele alınmaması, bunun bir toplumsal probleme işaret ettiği gerçeğinin serimlenmesi adına akademisyenlerin (halk sağlığı, sağlık yönetimi, sosyoloji, hukuk vb. disiplinleri

kapsayacak biçimde) görüşlerine yer verilecek çalıştay, seminer vb. toplantıların hayata geçirilmesi,

- İntörn, stajyer ve hizmet satın alma yoluyla çalıştırılan kişilerin Beyaz Koda başvurması halinde hukuki yardım alamamaları durumunun ortadan kaldırılması yönünde uygulamaların başlatılması,
- Geleneksel ve yeni medya araçlarında medya etiğinin ihlal edilerek sağlıkta şiddeti üreten ve yeniden üreten, sembolize eden, normalleştiren, magazinleştiren, cezasızlığa teşvik eden vb. ifade ve içeriklerin azaltılması veya ortadan kaldırılması doğrultusunda güncel yasa ve mevzuatların oluşturulması ve bunlar yoluyla bu medya araçları üzerindeki denetimin artırılması, aynı zamanda medyanın bu konuda bilinçlendirilerek farkındalık kazanması yönünde adımların atılması,

Mezo Düzey (İlgili STK'ler)

- Kamu politikaları nezdinde STK'lerin üstlendikleri baskı ve çıkar grubu oluşturma rolünün, sosyal politika geliştiricilerle kurulan diyalog ve iş birliği zemininde onları hızlandıracak ve tetikleyecek düzeye yükseltilmesine yönelik adımların atılması aracılığıyla daha da güçlü ve aktif kılınması,
- Çok daha genişletilmiş kapsamda, sağlık çalışanları için geliştirdikleri bilgilendirici ve bilinçlendirici mevcut eğitim faaliyetlerine yenilerinin eklenmesi vasıtasıyla bu gruplarla sıkı etkileşim ve iş birliğinin artırılmasının sağlanması,
- Şiddetin önlenmesine yönelik sahip oldukları 'hak savunuculuğu' misyonunun hayata geçirilmesi noktasında sadece bünyesinde barındırdıkları üyeleriyle ilgili değil, barındırmadıkları sağlık çalışanları için de faaliyetlerini sürdürmesi,
- Aynı zamanda kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık yöneticileriyle de ilişki düzeylerinin artırılıp, şiddetin önlenmesi bağlamında yeni ortaklıkların geliştirilmesi,

- Medyadaki sağlıkta şiddet olgusunun etik dışı temsilinin yol açtığı sorunların azaltılmasına yönelik medya iş birliklerinin yapılandırılması,
- İlgili STK'lerin, konu hakkında çalışma yürüten diğer STK'lerin çatışma (ideolojik, hiyerarşik, sınıfsal vb.) içerisine girmeden birlikteliklerinin sağlanarak tek bütün halinde hareket etmeleri,
- Şiddet mağduru sağlık çalışanlarıyla ilgili ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda tüm süreç boyunca hukuki, ekonomik ve psikolojik desteğin sağlanması ve bu bireylerle ilgili bilhassa hukuki aşamaların kaydının, takibinin ve değerlendirilmesinin onları ve sosyal çevrelerini de koruyarak (yaşam ve iş güvenliklerinin dikkate alınması) gerçekleştirilmesi,
- Sağlıkta şiddete dair devletin oluşturduğu veri setlerine alternatif olarak geliştirdikleri veri havuzlarını güncelleyip tarafsız bir biçimde kamuoyuyla paylaşmaları,

Mikro Düzey (Sağlık Yöneticileri ve Sağlık Çalışanları)

- Gerek kurum içinde gerekse kurum dışında STK'ler veya kamu kuruluşlarınca gerçekleştirilen eğitim faaliyetlerine sağlık çalışanlarının aktif olarak katılmaları,
- Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile kurdukları iletişimde empati odaklı bir beceri geliştirerek, onların içinde bulundukları durumlara duyarlılıklarını güçlendirmeleri,
- Sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarının STK'ler ve kamu kuruluşlarıyla gerçekleştirilecek olan iş birliklerine açık, katılımcı ve katkıda buluncu pozisyonda olmaları,
- Sağlık çalışanlarının hem herhangi bir şiddet olayının belirmeye başladığında hem de olay gerçekleştiği anda başta Beyaz Kod başvurusu olmak üzere hastane güvenlik personelinin sağlık yöneticileri ve emniyet kuvvetlerine uzanan geniş bir hatta bildirimde bulunmaktan geri adım atmamaları,

- Sağlık yöneticileri şiddet mağduru sağlık çalışanlarının hukuki süreçleriyle ilişki olarak hangi haklara sahip oldukları hakkında ayrıntılı bilgileri barındırmaları ve bu süreçlerin takibini gerçekleştirmeleri,
- Sağlık yöneticilerinin şiddet mağduru çalışanlarının haklarının ve çıkarlarının savunulması noktasında ilgili süreçleri dikkatli bir şekilde takip etmeleri, kayıtlamaları ve bunları gerektiğinde gerekli kuruluşlarla paylaşmaları,
- Sağlık yöneticilerinin mevcut Çalışan Güvenliği Komitelerinin sorun dahilinde daha aktif rol almalarına katkı sunmaları,
- Sağlık yöneticilerinin kurum çalışanlarına yönelik iş sağlığı güvenliği, çalışan hakları, hasta memnuniyeti, hasta hakları, iletişim becerileri vb. başlıklardaki eğitim aktivitelerini yoğunlaştırmaları,
- Sağlık yönetici bünyesinde bulundukları sağlık kuruluşlarındaki güvenlik tedbirlerini artırmaları ve bunların denetimine yoğunlaşmaları önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aba, G. (2018). *Sağlık politikası ve planlaması*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Abed, M., Morris, E. & Sobers- Grannum, N. (2016). Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados, *Ocuupational Medicine*, 66(7), 580-583.
- Adaş, E. B., Elbek, O. & Bakır, K. (2008). Hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı, sağlık sektöründe şiddet raporu-1, Gaziantep: Gaziantep-Kilis Tabip Odası Yayını.
- Adib, S. M., Al-Shatti, A. K., Kamal, S., El-Gerges, N., & Al-Raqem, M. (2002). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International journal of nursing studies*, 39(4), 469-478.
- Aile Hekimliği Kanunu*. (2004, 24 Kasım) Resmî Gazete (25665) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 09.11.2023).
- Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (2012, 8 Mart). Resmi Gazete (28239) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6284&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 08.10.2023).
- Akca, N., Yılmaz, A. & Işık, O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Özel tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.
- Akçanat, T. & Çarıkçı, İ. H. (2019). *Performansa dayalı ücret sistemi ve sağlık kurumlarında uygulanması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Al, B. Zengin, S., Deryal, Y. Gökçen, C., Arı Yılmaz, D. & Yıldırım, C. (2012). Increased violence towards health care staff. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 11,115-124.

- Alameddine, M., & Yassin, N. (2013). Addressing health workers' exposure to violence at Lebanese emergency departments: What do the stakeholders think. *Journal of Hospital Administration*, 2(4), 31-36.
- Albay, A. & Nizam, F. (2022). Sağlıkta şiddetin beyaz kod verileri ile değerlendirilmesi Elâzığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Örneği, *Journal of Medical Topics & Updates*, 1(2), 54-61.
- Alcelik, A., Deniz, F., Yesildal, N., Mayda, A.S. & Ayakta Serifi, B. (2005). Health survey and life habits of nurses who work at the medical faculty hospital at AIBU. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 4, 55-65.
- Alcock, P., May, M. & Rowlingson, K. (2011). *Sosyal politika: Kuramlar ve uygulamalar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Aldığ, E. (2011). *İş yerinde yıldırma (mobbing) ve örnek bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Alfuqaha, O. A., Albawati, N. M., Alhiary, S. S., Alhalaiqa, F. N., Haha, M. D. F. F., Musa, S. S., ... & Al Thaher, Y. (2022). Workplace violence among healthcare providers during the COVID-19 health emergency: a cross-sectional study. *Behavioral Sciences*, 12(4), 106.
- Alkorashy, H. A. E., & Al Moalad, F. B. (2016). Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *International Nursing Review*, 63(2), 226-232.
- Alper, Y. (2007). Kurumsal yapıda tek çatı hayata geçti. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 53,141-171.
- Alsaleem, S.A., Alsaabani A., Alamri R.S., Hadi, R.A., Alkhayri M.H....& Al- Bishi, A.M. (2018). Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, (25)3, 188-193.
- Altıntaş, N. (2006). *Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Akdağ, R., Aydın, S. & Demirel, H. (2008). *İlerleme raporu: Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akyürek, Ç.E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 124-153.
- Anand, T., Grover, S., Kumar, R., Kumar, M. & Ingle, G.K. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *The National Medical Journal of India*, 29(6), 344-348.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Arıcak, O. T (1995). *Üniversite öğrencilerinde saldırganlık, benlik saygısı ve denetim odağı ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Arık, Ö. & İleri Y.Y. (2016). Sağlıkta geri ödeme sistemleri ve global bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(4), 78-92.
- Ataay, F. (2007). *Kamu hastane birlikleri tasarısı üzerine değerlendirme*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Atan, Ü. & Dönmez, S. (2011). Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25(1), 71-80.
- Atik, D. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. *NWSA-Medical Sciences*, 8(2), 1-15.
- Aydemir, İ., Üçlü, R. & Aydoğan, A. (2020). Acil servis personeline göre şiddetin nedenleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 83(1), 60-68.
- Aydın, S. & Demir, M. (2007). Sağlıkta performans yönetimi: Performansa dayalı ek ödeme sistemi. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Aygar, H. & Önsüz, M.F. (2017). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2(1), 26-32.

- Ayrancı, U., Yenilmez, Ç., Balcı, Y. & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 276-296.
- Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagova, M., Zelenikova, R., Önler, E. & Cantus, D.S. (2019). Violence against nurses working in the health sector in five European countries- pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 25, 1-8.
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
- Bandura, A. (2001). *Social Cognitive theory: An agentic perspective*, Annual Reviews Psychology.
- Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. *Sosyal Güvence*, (12), 60-88.
- Bardach, E. (1977). *The implementation game: What happens after a bill becomes a law*. Cambridge: MIT Press.
- Barındık, G. (2021). *Dijitalleşen medya ve yarattığı yeni şiddet alanı: Dijital şiddet*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Barker, C. (1996). *The healthcare policy process*. London: Sage Publications.
- Basfr, W., Hamdan, A., & Al-Habib, S. (2019). Workplace violence against nurses in psychiatric hospital settings: perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(1), e19.
- Başğmez, C.A. & Özerk, H. (2021). İnsanın saldırgan ve şiddet içeren davranışlarını psioterapi kuramlarının ele biçimlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(44), 1-25.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.

- Baykan, Z., Öktem, İ. S., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2015). Physician exposure to violence: A study performed in Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(3), 291-297.
- Bayram, B., Çetin, M., Oray, N. Ç., & Can, İ. Ö. (2017). Workplace violence against physicians in turkey's emergency departments: A cross-sectional survey. *BMJ Open*, 7(6), 1-10.
- Belek, İ. (2012). *Sağlıkta dönüşüm: Halkın sağlığına emperyalist saldırı*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Belek, İ. (2016). *Sağlığın polittik ekonomisi: Sosyal devletin çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Belizzi, S., Nivoli, A., Loretto, L., Farina, G., Ramses, M. & Ranzoi, A.R. (2020). Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, 291-297.
- Blackmore, J. & Lauder, H. (2005). Researching policy. (Somekh, B., C. Lewin, Ed.) Research methods in the social science. London: Sage Publications.
- Blank, R.H. & Burau, V. (2007). Comperative health policy. (2nd Ed.) London: Palgrave MacMillan.
- Bloom E.M. (2019). Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nurs Forum*, 54(1), 77–83.
- Bordignon, M., Trindade, L. D. L., Cezar-Vaz, M. R., & Monteiro, M. I. (2021). Workplace violence: legislation, public policies and possibility of advances for health workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, e20200335.
- Boratav, K. (2014). *Türkiye iktisat tarihi*. (19. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Brewer, G. ve Leon, P., (1999), *The Foundations of Policy Analysis*, Homewood, Dorsey Press.

- Browne, J., Coffey, B., Cook, K., Meiklejohn, S. & Palermo, C. (2018). A guide to policy analysis as a research method. *Health Promotion International*, 34(5), 1032-1044.
- Bula, S., Deklava, L., Reste, J., & Lusena-Ezera, I. (2018). The presence of violence at work of health care personnel and their work ability. In *SHS Web of Conferences* 51,01013.
- Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 118-132.
- Buse, K., Mays, N. & Walt, G. (2012), *Making health policy*, (2nd Ed.) New York: Open University Press.
- Cansever, H.İ. (2022). Sağlık politikası analizi: Kavram, yöntem ve teknikler. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 69-92.
- Cenger, C.D., Börüluoğlu, A., Tüzün, B., Göktepe, M.C., Sezgin, A.U. & Fincancı, Ş.K. (2018). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Olgu serisi. *Adli Tıp Bülteni*, 23(2), 133-137.
- Cenk, S.C. (2018). An analysis of exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 21-25.
- Chakraborty, S., Mashreky, S.R. & Dalal, K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health*, 30, 1837-1855.
- Chappell, C. & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Office, Geneva.
- Cinoğlu, A. (2015). *Sağlık kurumlarında şiddet* (Dönem Projesi). Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Clarke, A.E. (2016). *From grounded theory to situational analysis: What's new? Why? How?* in J.M.Morse, P.N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz & A.E. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory: The second generation* (p.194-233) Routledge, New York.

- Collins, W.A. & Sprinthal, H.A. (1995). *Adolelescence psychology: A developmental view*. New York: McGraw Hill.
- Connelly, L.M. (2016). Trustworthiness in qualitative research. *Medsurg Nursing*, 25(6), 435-337.
- Cooper, C.L. (2002). *Introduction* (C.L. Cooper and N. Swanson Eds) in wokplace violence in the health sector- State of the Art, WHO.
- Creswell, J.W. (2023). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma desenleri* (7. Baskı) (Çeviri Editörleri: Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Curbow, B. (2002). *Origins of violence at work* (C.L. Cooper ve N. Swanson, Eds) in workplace violence in the health sector- State of the Art, WHO.
- Çınarlı, İ., & Yücel, H. (2014). Sağlık iletişiminin bakış açısı ile türkiye’de sağlık işyeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3152.
- Çevik, H.H. (1998). Kamu poltikaları analizi çalışmaları üzerine Türkiye açısından bir değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 31(2), 103-112.
- Çevik, H.H. & Demirci, S. (2012). *Kamu Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Çetin, F.G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlûın ekonomi politiğı, *Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.
- Çuvadar, A. & Ekuklu, G. (2020). Edirne merkez ilçede yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin sıklığı ve nedenleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 212-220.
- Dağ, E. & Baysal, H. (2017). Hasta ve hasta yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması- Burdur ili örneğı. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(11), 95-118.
- Demir, F. (2011). Kamu politikası ve politika analizi çalışmalarının teorik çerçevesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30, 107-120.

- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. Sage, Thousand Oaks, California.
- d'Ettorre, G., Mazzotta, M., Pellicani, V., & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(Suppl 4), 28.
- Develi, A. & Karagöl, E.T. (2020). *Sosyal politika: Teori, politika ve uygulamalar*. Ankara: Umuttepe Yayınları.
- Dilaveroğlu, A. (2017). Kamu politika sürecinin politik çevre bağlamında değerlendirilmesi. *Journal of Research in Business & Social Science*, 6(2), 37-51.
- Dinçer, C. (2005). *Kamu hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve sağlık sektöründeki uygulaması*, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector: Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO.
- Dollard, J., Miller, N.E., Doob, L.W., Mowrer, O.H. & Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Donvan, J.E., & Costa, F.M. (1994). *Beyond adolescence: Problem behaviour and young adult development*. New York: Cambridge University Press.
- Dopelt, K., Davidovitch, N., Stupak, A., Ben Ayun, R., Lev Eltsufin, A., & Levy, C. (2022). Workplace violence against hospital workers during the COVID-19 pandemic in Israel: implications for public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4659.
- Dökmen, Z.Y. (2009). *Toplumsal cinsiyet: Sosyal psikolojik açıklamalar*. Ankara: Remzi Kitabevi.
- Dunn, W.N. (2004). *Public policy analysis an introduction*. (3rd Ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Durak, T.Ç., Yolcu, S., Akay, S., Demir, Y., Kılıçaslan, R., Değerli, V. & Parlak, İ. (2014). Bozkaya eğitim ve araştırma hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta

yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 24, 130-137.

Durmuş, M. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 acil sağlık hizmetlerinde bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Dursun, Y. (2011). Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir? *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 12,1-8.

Dünya Bankası (2002). *Türkiye: yaygınlığı ve verimliliği iyileştirmek amacıyla sağlık sektöründe yapılan reformlar*, Dünya Bankası Dökümanı, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Rapor No.24358-TU.

Dye, T.R. (2012). *Understanding public policy*. (14th Ed.), California: Pearson.

Efiliti, E. (2016). *Saldırganlıkla ilgili kuramsal yaklaşımlar: Eğitim ve psikolojiden yansımalar*. Konya: Çizgi Yayıncılık.

Eke, E. (2019). *Sağlıkta dönüşüm-dönüşen devlet anlayışı çerçevesinde sağlık sektöründe bir alan araştırması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.

Ekiyor, A. & Uyanık H.H. (2018). Aile hekimliği uygulamasında hizmet sunucuların memnuniyet düzeylerinin demografik özellikler açısından farklılıkları. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 93-108.

Elbek, O., ve Adaş, E. B. (2012). *Şiddetin gölgesinde hekimlik*. Aydın tabip odası şiddete sıfır tolerans çalışma grubu. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/siddetingolgesindehekimlik.pdf](https://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/siddetingolgesindehekimlik.pdf). (Erişim Tarihi: 12.04.2024).

Er, T., Ayoğlu, F. & Açıkgöz, B. (2021). Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 69-78.

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

- Erten, R., Öztora, S. & Dağdeviren, H.N. (2019). Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23(2), 52-63.
- Etzioni, A., (1967), Mixed-scanning: A "third" approach to decision-making, *Public Administration Review*, 27(5), 385-392.
- Fafliora, E., Bampalis, V. G., Zarlas, G., Sturaitis, P., Lianas, D., & Mantzouranis, G. (2016). Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*, 53(3), 551-560.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorezo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian General Hospital: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 263-275.
- Fişek, N. (1985). Türkiye’de sağlık politikası. *Toplum ve Hekim*, 6(34), 30-31.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10(51), 1-8.
- Freud, S. (1997). *Psikanalize giriş dersleri* (S. Budak, Çev.). Ankara: Öteki Yayıncılık.
- Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C., & Hashimoto, T. (2017). Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), 638-647.
- Gabe, J. & Elston, M.A. (2008). We don’t have to take this: Zero tolerance of violence against health care workers in a time of insecurity. *Social Policy & Administration*, 42(6), 691-709.
- Ganguly, G. (2020). Violence against doctors: A multisystem failure. *Current Science*, 118(1), 10.
- García-Pérez, M. D., Rivera-Sequeiros, A., Sánchez-Elías, T. M., & Lima-Serrano, M. (2021). Workplace violence on healthcare professionals and underreporting:

- Characterization and knowledge gaps for prevention. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 31(6), 390-395.
- Gelles, R.J. & Strauss, M. (1979). Violence in american in family. *Journal of Social Issues*, 35(2), 15-39.
- Gilson, L. & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literatüre, 1994-2007. *Health Policy Planning*, 23(5), 294-307.
- Gilson, L. (2012). Health policy and systems research: A methodology reader, Geneva, Allience for health policy and systems research & World Health Organization.
- Given, L.M. (2021). *100 soruda nitel araştırma* (A.Bakla, İ. Çakır Çev.) Anı Yayıncılık, Ankara.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press, Mill Valley, California.
- Gönç, T. (2017). Neoliberal Politikaların küresel düzeyde sağlık üzerindeki etkileri, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.
- Gözü, F. & Mutioğlu, H. (2012). Toplumun değişen yüzü: Bilgi toplumu ve bilişim kültürü, *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleti Dergisi*, 1, 465-476.
- Gözüm, S. & Bağ, B. (1998). Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(2), 1-12.
- Graham, H.D. & Gurr, T.R. (1969). *The history of violence in America*, New York: Bantham Books.
- Green, J. & Thorogood, N. (1998). Analysing health policy: Sociological approaches, California: Addison Wesley Longman Limited.
- Green, A., Ali, B., Naeem, A., ve Vassall, A., (2001), *Using Costing as a District Planning and Management Tool in Balochistan, Pakistan*, Health Policy and Planning, C.16, S.2, ss.180-186.

- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*, 2(105), 163-194.
- Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim. *Gazi Üniveristesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 61-85.
- Gündoğdu, Y.B. (2016). Psikanlitik kişilik kuramlarında göre gelişim ve değişim imkanı. *Turkish Studies*, 11(17), 373-404.
- Gürbüz, S. & Şahin F. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: Felsefe- yöntem – analiz* (2. Baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hacettepe Üniversitesi (2005). *Sağlık hizmetleri finansaman yapısının güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılmasın için alt yapı geliştirilmesi projesi*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/Eklenti/3504/0/hastanerauoru-tr2pdf.pdf (Erişim Tarihi: 21.10.2023).
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685-2699.
- Hammersley, M.& Traianou, A. (2017). *Nitel araştırmalarda etik: İhtilaflı konular ve bağlam*. (S. Balcı & B. Ahi Çev.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.
- Hamzaoglu, O. (2017). *Dünyadda sağlık reformu sağlık hizmetlerine neden kriz, neden reform/dönüşüm?* içinde insana karşı piyasa: Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik (Ed. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, Ö. Birler) (s. 21-42) İstanbul: Notabene Yayınları.
- Hancock, R.D. & Algozzine, B. (2006). *Doing case study research*. Teachers College Press, New York.

- Harthi, M., Olayan, M., Abugad, H., & Wahab, M. A. (2020). Workplace violence among health-care workers in emergency departments of public hospitals in Dammam, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(12), 1-10.
- Hartmann, S. (2011). *External embeddedness of subsidiaries influence on product innovation in MNCs*, Köln: Josef Eul Verlag GmbH.
- Hasta Hakları Yönetmeliği*. (1998, 1 Ağustos), Resmi Gazete (23420). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&=5> (Erişim Tarihi: 09.08.2023).
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik* (2011, 6 Nisan) Resmi Gazete (27897). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (Erişim Tarihi: 07.09.2023).
- Heise, L.L. (1998). Violence against women: An integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.
- Hessler, R.M. (1992). *Social research methods*. West Publishing Company, Minnesota.
- Huesmann, L.R., & Taylor, L.D. (2006). The role of media violence in violent behavior. *Annual Reviews Public Health*, 27, 393-415.
- Heywood, A. (2015). *Siyaset* (B.B. Özipek, B. Şahin, M. Yıldız, Z. Kopuzlu, A. Yayla, U. Candan Karaca, H.Y. Başdemir, Çev.) (16. Baskı). Ankara: Adres Yayınları.
- Hirschi, T. & Stark R. (1969). Hellfire and delinquency. *Social Problems*, 17(2), 202-213.
- Holmes, C.A. (2006). Violence, zero tolerance and the subversion of professional practice. *Contemporary Nurse*, 21(2), 212-227.
- Hoşgör, H., & Türkmen, İ. (2021). Bitmeyen çile: Sağlıkta şiddet: Medimagazin haber portalı üzerinden bir araştırma). *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(2), 192-211.
- Hoyle, L.P., Smith, E., Mahoney, C. & Kyle, R.G. (2018). Media depictions of “unacceptable” workplace violence toward nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 19(3-4), 57-71.

- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 10(6), e0128536.
- İlhan, M.N., Çakı, M., Tunca, M.Z., Avcı, E., Çetin, E....& Bumin, M.A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: Nedenler, türümler, davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24(1), 5-10.
- International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), Public Services International (PSI) (2002). *Framework guidelines for adressing working violence in the health sector*, Geneva.
- International Labour Office (ILO) (2003). *Fact sheet workplace violence in health services*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://webapps.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_161953.pdf. (Erişim Tarihi: 12.09.2023).
- International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), Public Services International (PSI) (2003). *Workplace violence in health sector: Lebanon country case study*. Geneva: ILO.
- International Labour Office (ILO) (2011). *Guidlines on sexual harresment prevention at the workplace*. Geneva: ILO.
- International Labour Office (ILO) (2018). *Endin violence and harassment against women and men in the world of work, international labour conference 107th session*. Geneva: ILO.
- Jabes, J. (1982), *Individual decision-making*, in McGrew, A. ve Wilson, M.J., *Decision making, approach and analysis* (p.2174-317). Manchester: Manchester University Press.
- Jakobsson, J., Örmon, K., Axelsson, M., & Berthelsen, H. (2023). Exploring workplace violence on surgical wards in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 106.

- James, J.H., (1995), *Reforming the British National Health Service: Implementation Problems in London*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 20(1),191-210.
- Janovsky, K. ve Cassels, A. (1996). Health policy and systems research: Issues, methods, and priorities, (K, Janovsky Ed.) Health policy an system development: An agenda for research, Geneva: World Health Organization.
- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1997). *Problem behavior and psycho-social development: a longitudinal study of youth* . New York: Academy Press.
- 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), e006719.
- Johansson, S.E., Konlaan, B.B. ve Bygren, L.O., (2001), *Sustaining Habits of Attending Cultural Events and Maintenance of Health: a Longitudinal Study*, Health Promotion International, 16(3), 229-234.
- Johnson, D., Jones- Laskowski, L., Vickers, S.M., Parker, D., Marine, M. & Workman, R. (2005). Canine units: The softer side of security. *Nursing*, 35(7), 54-57.
- Judkins-Cohn, T. (2010). Verbal abuse: the words that divide impact on nurses and their perceived solutions. *Southern Online Journal of Nursing Research*,, 10(4), 234-247.
- Kablay, S. (2014). Performansa dayalı döner sermaye primi uygulaması ve sağlık çalışanlarına etkisi, İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 16(4), 85-110.
- Kablay, S. (2021) *Neoliberal transformation of turkey's health sector and its effect on the health labour force*. (Ç.E. Şahin ve M. E. Erol Ed.). The Condition of the Working Class in Turkey içinde, London: Pluto Press.
- Kahn, A., (1969), *Theory and Practice of Social Planning*, New York, Russel Sage Foundation.
- Kalkınma Bakanlığı (2018) Kamu özel işbirliği raporu 2017, Yayın No:2983.

- Kaminer, Y. & Bukstein, O.G. (2008). *Adolescent substance abuse: Dual diagnosis and high risk behaviors*. Binghamton, New York: Haworth.
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik*. (1995, 11 Ocak). Resmî Gazete (22165) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=946407&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 08.10.2023).
- Kapani, M. (2014). *Politika bilimine giriş*. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. & Robbins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.
- Karakulak, F. (2018). *Çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalan ergenlerde saldırganlık eğilimi*, (Yüksek Lisans Tezi), Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karasu, K. (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(03), 217-262.
- Karataş, Z. (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 62-80.
- Kart, E. (2013). Sağlıkta dönüşüm sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3(38), 103-140.
- 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), e0239193.
- Kaya, F. (2019). Yorumsamacı yaklaşımda anlama kavramının önemi ve pozitivism eleştirisi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(22), 1-10.
- Kaya, K. & Köken Tok, Ö. (2021). Sağlıkta şiddetin bir başka yüzü: Medya etkisi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 217-220.

- Kayaduvar, M. (2021). *Şehir hastanelerinde sağlık emek gücünün dönüşümü*. Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kayaduvar, M. (2023). Sağlık politikalarının 100. Yılı. *Fiscaeconomia*, 7, 526-551.
- Keane, J. (1998). *Şiddetin uzun yüzyılı*. (B. Peker, Çev.). Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
- Keck, M.E. & Sikkink, K. (1998). *Activists beyond borders*. New York: Cornell University.
- Keleş R., Ünsal, A. (1996). Kent ve siyasal şiddet. *Cogito*, 6-7, 91-104.
- Keser Özcan, N. & Bilgin, H. (2011). Türkiyede sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 31(6), 14422-56.
- Kesavan, R., Abraham, C.M., Reddy, V., Khan, T., Sankar & Swathi, R. (20220). Workplace violence against healthcare professionals- A crosssectional study to assess the current scebario in chennai city, India. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(35), 1-10.
- Kılıç, G. (2019). Kadın akademisyenlerin kadına yönelik ekonomik şiddet algısı: Düzce Üniversitesi örneği. *Muhakeme Dergisi*, 2(1), 1–33.
- Kırılmaz, H. & Şantaş, G. (2016). A research for determining psychosocial risk factors among health employees. *Open Access Library Journal*, 3(e3149), 1-14.
- Kingdon, J. (1984). *Agendas alternatives and public policies*. Boston: Little Broewn and Company.
- Kitaneh, M., & Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 1-9.
- Knill, C. & Tosun, J. (2011). *Policy making*. (D.Caramani, Ed.) in comperative politics (p.373-388). New York: Oxford University Press.
- Kocacık, F. & Çağlayandereli, M. (2009). Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 24-43.

- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Korucu, S.K. & Oksay, A. (2018). Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir eşidi: Katkı payları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(32), 265-313.
- Krk, S. (2020). *Saldırđanlık ve şiddeti açıklayan yaklaşımlar*, çağımızın çözüm arayan sorunu içinde (N.ř. zabacı, Ed.). Ankara: Pegem Akademi.
- Kraft, M.E. & Furlon, S.R. (2007). *Public policy*. Washington: CQ Press.
- Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S., & Baitha, U. (2020). Workplace violence against doctors: characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of postgraduate medicine*, 66(3), 149-154.
- Lelapi, N., Andreucci, M., Bracale, U. M., Costa, D., Bevacqua, E., Giannotta, N., ... & Serra, R. (2021). Workplace violence towards healthcare workers: an Italian cross-sectional survey. *Nursing Reports*, 11(4), 758-764.
- Lasswell, H. (1979). *The politics and economics of public policy*. Homewod, II: Dersey Press.
- LeCompte, M.D. & Goetz, J.P. (1982). Problems of realibility and validity in ethnograpgic research. *Review of Educational Research*, 52, 31-60.
- Lehmann, U. (2016). *Understanding and analysing health policy south africa: school of public health* , university of the western cape.
- Leichter, H.M. (1979). A comperative approach to policy analysis. Health care policy in four nations. Cambridge: Cambridge Universty Press.
- Li, P., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., ... & Liu, M. (2018). Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-10.

- Lian, Y. & Dong, X. (2021). Exploring social media use age in improving public perception on workplace violence against healthcare workers. *Technology in Society*, 65, 1-9.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Sage Publications, California.
- Lindblom, C.E. & Cohen, D.K. (1979), *Usable knowledge: Social Science and social problem solving*, New Haven: Yale University Press.
- 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. *Occup Environ Med*. 76(12), 927-937.
- Lorenz, K. (1996). Saldırganlığın spontanlığı (M. Şahinoğlu, Çev.), *Cogito*, 6-7, 165-168.
- Mackintosh, M., (1992), *Questioning the State*, içinde Wuyts, M., Mackintosh, M. ve Hewitt, T., *Development Policy and Public Action*, Open University Press, Milton Keynes.
- Magnavita, N. (2014). Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-and-egg situation—results of a 6-year follow-up study. *Journal of nursing scholarship*, 46(5), 366-376.
- Mambrey, V., Ritz- Timme, S. & Loerbroks, A. (2023). Prevalence and correlates of workplace violence against medical assistants in Germany: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23(350), 1-13.
- Mayntz, R. (1977). Die implementation politischer programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet. *Die Verwaltung*, 10, 51-66.
- Mazgit, İ., (1998). *Ekonomik kalkınma sürecinde Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılanması*, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Mazmanian, D. & Sabatier, P. (1983). *Implementation and public policy*. Glenview.
- McGrew, A. & Wilson, M.J. (1982), *Decision making, approach and analysis*, Manchester, Manchester University Press.

- Memişoğlu, D. (2018). Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. *Yasama Dergisi*, 34, 62-93.
- Mento, C., Silvestri, M.C., Bruno, A., Muscatello, M.R.A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R.A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 1-15.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Merriam, S.B. & Grenier, R.S. (2019). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. Jossey- Bass Publishers, San Francisco.
- Michaud, Y. (1991). *Şiddet (cep üniversitesi)* (Cem Muhtaroglu, Çev.). Ankara: İletişim Yayınları.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage Publications, New York.
- Milet F.M. (2016). *Sağlık çalışanlarına şiddet davranışlarının değerlendirilmesi ve sağlık çalışanları iş doyumu*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırklareli.
- Mogalakwe, M. (2006). The use of documentary research methods in social research. *African Sociological Review*, 10(1), 221-230.
- Morse, J. M. (2016). *Mixed method design: Principles and procedures*. Routledge, New York.
- Morgan, G. & Smircich, L. (1980). The case for qualitative research. *Academy of Management Review*, 5(4), 491-500.
- Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2017). Human dignity and professional reputation under threat: Iranian nurses' experiences of workplace violence. *Nursing & Health sciences*, 19(1), 44-50.
- Navarro, V., (2000). *Assessment of the World Health Report*, Lancet, S.356, ss. 1598-1601.

- Nelson, S., & Baumann, A. (2021). Not part of the job: an analysis of characterizations of workplace violence against nurses in Canada by unions and professional associations. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 34(1).
- Nelson, S., Leslie, K., McCormick, A., Gonsalves, J., Baumann, A., Thiessen, N. J., & Schiller, C. (2023). Workplace violence against nurses in Canada: a legal analysis. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 24(4), 239-254.
- Neuman, W. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Pearson, Essex.
- Nordin, H. (1995). *Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System*, Swedish Board of Occupational Safety and Health.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Occupational Safety and Health Administration: U.S. Department of Labor.
- Ogbonnaya, G.U. & Aguwa, E. (2012). A study on workplace biolence against healh workers in a Nigerian tertiary hospital. *Nigerian Journal of Medicine*, 21(2), 174-179.
- Ogboghodo, E.O. & Okojie, O.H. (2020). Workplace violence against health care workers in Nigeria, *Nigerian Journal of Medicine*, 31(6), 605-610.
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname* (2017, 24 Aralık). Resmi Gazete (30280) chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/19149/0/olaganustu-hal-kapsaminda-bazi-duzenlemeler-yapilmasi-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname-khk-694-25082017-tarihli-ve-30165-sayili-resmi-gazetepdf.pdf (Erişim Tarihi: 20.11.2023).
- Ori, J., Devi, N. S., Singh, A. B., Thongam, K., Padu, J., & Abhilesh, R. (2014). Prevalence and attitude of workplace violence among the post graduate students in a tertiary hospital in Manipur. *Journal of Medical Society*, 28(1), 25-28.

- Özerkmen, N. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*, 28, 1-19.
- Özalp, N. Y. (2015). Yasa, kanun hükmünde kararname ve mahkeme kararları ışığında tam gün sorunsalı. *Gazi Üniveristesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2, 259-289.
- Özcan, F.,Yavuz, E. (2017). Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3), 66-74.
- Özdemir Tatak, S. & Baydar Artantaş, A. (2018). Hastalar ve yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri konusunda görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medikal Journal*, 18(1), 103-116.
- Özen, S. (2007). İşyerinde psikolojik şiddet ve nedenleri. *İş- Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9(3), 1-24.
- Özen, S. (2008). İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerinde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*. 4, 107-134.
- Özer, M.A. & Çiftçi, A. (2023). Yeni kamu yönetimi anlayışı sonrası kamu yönetiminde paradigma değişimi ve Türkiye açısından bir durum analizi. *Yıldız Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 25-38.
- Özen Bekar, E. & Çevik, E. (2021). Beyaz kod verileri ışığında Düzce ilindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 298-304.
- Özişli, Ö. (2022). Sağlıkta şiddetin nedenleri üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(1), 62-68.
- Özyurt, A., Ogan, H., Solakoğlu, Z. & Bilen, A. (2009). *İstanbulda hekimlerin görüşleri, hekime yönelik şiddet çalıştay kitabı* içinde (s. 114- 127). İstanbul Tabip Odası Yayını.
- Pala, K., (2005), Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması. *Toplum ve Hekim*, 20:1, 72-74.

- Pala, K. (2017). *Türkiye’de sağlık reformu/sağlıkta dönüşüm programı süreci*. içinde Ed. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler, Türkiye’da sağlık ve sosyal güvenlik: İnsana karşı piyasa (43-74). İstanbul: Notabene Yayınları.
- Pala, K. (2018) Türkiye’de sağlıkta kamu- özel ortaklığı şehir hastaneleri, (Ed: Bora, T.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Palmer, G. & Short, S. (1998). *Health care and public policy: An Australian analysis*. Melbourne: MacMillan.
- Paniagua, H., Bond, P. & Thompson, A. (2009). Providing an alternative to zero tolerance polices. *British Journal of Nursing*, 18(10), 1-12.
- Pariona-Cabrera, P., Bartram, T., Cavanagh, J., Halvorsen, B., Shao, B., & Yang, F. (2024). 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*, 35(9), 1654-1680.
- Parsons, W. (1995). *Public policy: An introduction to the theory and practice of policy analysis*. London: Edward Elgar Publishing.
- Patton, M. (2014). *Qualitative research and evaluation methods*. (4th edition), Sage, Thousand Oaks, California.
- Patton, C.V., Sawicki, D.S. & Clark, J.J. (2016). *Basic methods of policy analysis and planning* (3rd Ed). New York: Routledge.
- Patterson, J.M., & Geber, G. (1991). Preventing mental problems in children with chronic illness or disability. *Journal of Family Therapy*, 22, 126-134.
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661-1669.
- Pınar, T. & Pınar, G. (2012). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulltein*, 12(3), 315-326.

- Pınar, T., Açikel, C., Pınar, G., Karabulut, E., Saygun, M., . . . & Cengiz, M. (2015). Workplace violence in the health sector in Turkey: A national study. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(15), 1-21.
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve şiddet*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Radyo Televizyon Üst Kurumu (RTÜK) (2020). Televizyon yayınlarında şiddet araştırma raporu. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.rtuk.gov.tr/Media/FM/Birimler/KAMUOYU/televizyon_yayinlarinda_siddet_2020.pdf](https://www.rtuk.gov.tr/Media/FM/Birimler/KAMUOYU/televizyon_yayinlarinda_siddet_2020.pdf). (Erişim Tarihi: 08.03.2024).
- Reich, M.R. (1994). Political mapping of health policy: A guide for managing the political dimensions of health policy data for decision making. Boston: Harvard School of Public Health.
- Rekha, T., Kausthubh, H., Nishanta, B., Nithin, K., Bhaskaran, Bhaskaran, U., Prasanna, M., Ramesh, H. & Darshan, B. (2022). Violence against doctor: Perception among doctors and patient caretakers- A facility based cross sectional study in Mangalore. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 17(2), 249-255.
- Richers, D. (1989). *Antropolojik açıdan şiddet* (D. Hatatoğlu, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Rogers, E.M. & Dearing, J.M. (1988). Agenda- setting research: Where has it been, where is it going? *Annals of The International Communication Association*, 11(1), 555-594.
- Sabatier, P.A. (2007). *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press.
- Sachs, J.E., (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, World Health Organization.

- Sadullah Ö. (2009). *İnsan kaynakları yönetiminde koruma işlevi (iş güvenliği ve iş gören sağlığı)* içinde: Uyargil C. vd. İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Sahebi, A., Golitaleb, M., Moayedi, S., Torres, M. & Sheikhbardsiri, H. (2022). Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: An umbrella review of meta-analyses. *Public Health*, 10, 1-9.
- Sağlık Bakanlığı (2005). *Sağlıkta kalite standartları hastane*. Ankara: Pozitif Matbaa.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu*. file:///C:/Users/user/OneDrive/Masa%C3%BCst%C3%BC/_Ekutuphane_kitaplar_turkiyeSDP.pdf (Erişim Tarihi: 15.10.2023).
- Sağlık Bakanlığı (2009). *Özel hastaneler hizmet kalite standartları*. Ankara: Matsa Basımevi.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2010)*.(Ed. R. Akdağ) chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf (Erişim Tarihi: 05.11.2023).
- Sağlık Bakanlığı (2016). *Sağlık Bakanlığı faaliyet raporu*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyasb.saglik.gov.tr/Ekle nti/7585/0/raporpdf.pdf?_tag1=F1A6373975612DD13B4BB7531E88B2A4F0853 8F6 (Erişim Tarihi: 07.11.2023).
- Sağlık Bakanlığı (2018). *Çalışan hakları ve güvenliği uygulamaları rehberi*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://khgmcalisanhaklaridb.saglik.gov.tr/Eklenti/28684/0/calisan-haklari-ve-guvenligi-uygulamaları-rehberipdf.pdf (Erişim Tarihi: 10.09.2023).
- Sağlık Bakanlığı (2022). *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyasb.saglik.gov.tr/Ekle nti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf (Erişim Tarihi: 14.11.2023).

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun. (1961, 4 Ocak) Resmî Gazete (10702) [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.209.pdf](https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.209.pdf) (Erişim Tarihi: 08.10.2023).

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Özel Hastane Hizmetleri Verilmesine Dair Yönetmelik. (2002, 27 Mart). Resmî Gazete (16750). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4854&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 12.10.2023).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011, 2 Kasım) Resmî Gazete (28103). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (Erişim Tarihi: 08.10.2023).

Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (2011, 28 Nisan) Resmî Gazete (28277). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16104&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 08.10.2023).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987, 15 Mayıs). Resmî Gazete (19461) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 05.11.2023).

Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği (2020, 12 Ağustos). Resmi Gazete (31921) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39663&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 08.12.2023).

Saines, J.C. (1999). Violence and aggression in A&E: Recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12.

Saltman R.B. ve Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs* 17(2): 85108.

Sarcan, E. (2013). *Toplumun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete bakış açısı. Tıpta Uzmanlık Tezi*, Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep.

- Sarıçoban, S. (2017). *Sağlık çalışanına yönelik şiddet ve şiddetin işten ayrılma niyetine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Sari, H., Yildiz, İ., Baloglu, S., Ç., Özel, M. & Takalp, R. (2023). The frequency of workplace violence against healthcare workers and affecting factors. *PLoS ONE*, 18(7), 1-12.
- Schwartz, P. & Ogliviv, J. (1979). *The emergent paradigm: Changin patterns of thought and belief* (Analytical report: Values and lifestyles program, SRI International, California.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm proğrmı üzerine bir değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- Seema, S., Jamshed, N., Aggarwal, P. & Kashyap S. (2019). Perception of workplace violence in the emergency department. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock* 12(3), 179–84.
- Seun-Fadipe, C. T., Akinsulore, A. A., & Oginni, O. A. (2019). Workplace violence and risk for psychiatric morbidity among health workers in a tertiary health care setting in Nigeria: Prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 272, 730-736.
- Siddiqi, S. vd., (2004), *Pakistan's Maternal and Child Health Policy: Analysis, Lessons and the Way Forward*, Health Policy, 69(1),117-130.
- Silverman, D. (2016) (Ed). *Qualitative research*. Sage Publications, New York.
- Simon, C.A. (2007). Public policy: preferences and outcomes. Boston: Pearson Education.
- Singh, M. (2017). Intolerance and violence against doctors. *Indian Journal of Pediatrics*, 84(10), 768–773.
- Sisawo, E. J., Ouédraogo, S. Y. Y. A., & Huang, S. L. (2017). Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. *BMC Health Services Research*, 17, 1-11.

- Solmaz, B. & Duğan, Ö. (2018). Sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden iletişim üzerine bir inceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Soyer, A. (2003). 1980'den günümüze sağlık politikaları. *Praksis*, 9, 301-319.
- Soyer, A. (2011). Sağlıkta dönüşüm ve kamu sağlık çalışanları. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 12-22.
- Spelten, E., van Vuuren, J., O'Meara, P., Thomas, B., Grenier, M., Ferron, R., ... & Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What strategies do workers use?. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 78.
- Stake, R. R. (2005). *Case studies*. in N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (Third edition). Sage Publications, London.
- Sun, T., Gao, L., Li, F., Shi, Y., Xie, F., Wang, J., ... & Fan, L. (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ open*, 7(12), e017182.
- Sundee, M. (2020). *Violence against doctor: Causes, effects and solutions*. in Legal issues in medical practice. London: Jaypee Brother Medical Pub.
- Sünetci, B., Say, A., Gümüştepe, B., Enginkaya, B., Yıldızdoğan, Ç. & Yalçın, M. (2016). Üniversite öğrencilerinin flört şiddeti algıları üzerine araştırma. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), 1-28.
- Şahin, B. & Yıldız, S. (2013). *Kamu politikasında politik ağlar* (A. Kaptı, Ed.) içinde Kamu politikası süreci (s. 137-151). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şahin, B., Gaygısız, Ş., Balcı, F.M., Öztürk, D., Sönmez, M.B. & Kavalcı, C. (2011). Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(3), 110-114.
- Şen-Savaş, N. (2016). *Acil servislerde yaşanan şiddet olaylarının sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Şenol, D. & Yıldız, S. (2013). *Kadına yönelik şiddet algısı- kadın ve erkek bakış açılarıyla*. MÇD/Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları, Ankara.
- Tansey, S.D. (1995). *Politicis the basic*. L.A.: Routledge Press.
- Taştemir, S.Y., Akay, A., Balcı, I. & Yorulmaz, A.C. (2022). Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik yapılan nisan 2020 tarihli yasal düzenlemenin incelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 27(1), 86-92.
- Tatar, M. (2006). Sağlık politikası nedir? Makro bakış. Sağlık Politikası Gündemi.
- Tatar, M. (2007). Sağlık politikası ve politika belirleme süreci: Teori ve türk sağlık politikalarına genel bir bakış. (C.C. Aktan ve U. Saran Ed.) içinde sağlık ekonomisi ve politikası (s.397-434). İstanbul: Aura Kitapları.
- Tengilimoğlu, D. & Toygar, Ş.A. (2020). Sağlık politikası ve planlaması ile ilgili temel kavramlar (2. Baskı) (D. Tengilimoğlu, Ed.) içinde sağlık politikası (s. 1-10). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Teoh, R.J.J., Lu, F. & Zhang, X.Q. (2019). Workplace violence against healthcare professionals in China: A content analysis of media reports. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(2), 95-100.
- Terkeş, N., Değirmenci, K. & Bedir, G. (2021). Hasta/hasta yakınları bakış açısıyla sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 328-336.
- Tetik ,B.K., Bağ, H.G., Gültekin, A., Savaş, Z., Sharifi, Z. & Sahil S.A. (2018). Sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerinin ve şiddet uygulamayı düşünen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(1),2-8.
- The International Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2004). *Wokplace violence prevention strategies and research needs, partnering in workplace violence prevention: Translating research to practice*.

- Thomas, B., McGillion, A., Edvardsson, K., O'Meara, P., Van Vuuren, J., & Spelten, E. (2021). Barriers, enablers, and opportunities for organisational follow-up of workplace violence from the perspective of emergency department nurses: a qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 21, 1-10.
- TİG Uygulama Rehberi (2011). *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı* chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/Eklenti/3621/0/teshis-iliskili-gruplar-uygulama-rehberi.pdf (Erişim Tarihi: 05.11.2023).
- Tutal, Z.B., Babayiğit, M., Dereli, N., Güleç, N., Alparalsan M...& Horasanlı E. (2015). Hastanemizde 2013 yılı içinde beyaz kod- sağlık çalışanlarına şiddet olaylarının retrospektif değerlendirilmesi, *Journal of Anesthesiology and Reanimation Specialists' Society*, 23(3), 156-159.
- Tükel, R. (2017). *Kamu hastane birlikleri modelinin iflasi ve sağlık bakanlığı teşkilat yapısında değişiklikler*. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birliklerimodelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/> (Erişim Tarihi: 14.10.2023).
- Türk Dil Kurumu (2023). *Şiddet tanımı*. <https://sozluk.gov.tr/>. (Erişim Tarihi: 10.10.2023.)
- Türk Tabipleri Birliği (2018). *Sağlıkta dönüşüm programı çöktü: Kamu hastane birlikleri ne dediler ne oldu?* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyonu raporu.
- Uğurlu, H. & Şantaş, F. (2023). Sağlıkta şiddete ilişkin bir çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 305-334.

- U.S. Bureau of Labour Statistics (USBLS) (2020). *Workplace violence in healthcare*, [https:// www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018-chart1data.htm](https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018-chart1data.htm). (Erişim Tarihi: 05.09.2023).
- Uzgel, İ. & Duru, B. (2013). *AKP kitabı bir dönüşüm bilançosu* (3. Baskı). Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa* (2010, 30 Ocak) Resmî Gazete (27428). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> (Erişim Tarihi: 09.11.2023).
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Proleterleşme ve profesyonelleşme tartışmaları ışığında Türkiye’de sağlık emek sürecinin dönüşümü*. İstanbul: Notabene Yayınları.
- Ünlütürk, Ulutaş, Ç. (2023). Sağlık hizmetleri dönüşürken hekim emeği naasıl dönüştü: Proleterleşme, şiddet ve göç. *Çalışma ve Toplum*, 4(79), 3311-3332.
- Ünsal, A. (2018). şiddet (9. Baskı) *Cogito*, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Van Herten, L.M. ve Gunning-Schepers, L., (2000), *Targets as a Tool in Health Policy. Part II: Guidelines for Application*, *Health Policy*, 53(1), 13-23.
- Warshawski, S., Amit Aharon, A., & Itzhaki, M. (2021). It takes two to tango: public attitudes toward prevention of workplace violence against health care staff: a mixed-methods study. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15-16), NP8724-NP8746.
- Walt, G. & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning Journal*, 9, 335-70.
- Walt, G. (1996). Policy analysis: An approach, (K. Jannovsky, Ed.) *Health policy system development: An agenda for research*, Geneva: World Health Organization.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S.F., Brugha, R. & Gilson, L. (2008). Doing health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Planning*, 23(5), 308-317.

- Whiteford, H.A., Meurk, C., Carstensen, G., Hall, W., Hill, P. & Head, W. (2016). How did youth mental health make it onto Australia's 2011 federal policy agenda? *SAGE Open*, 6, 1-12.
- Wieser, C. & Mata- Greenwood, A. (2013). *Work-related violence and its integration into existing surveys*, 19th International Conference of Labour Statisticians, Geneva.
- Wiskow, C. (2003). *Guidelines on workplace violence in the health sector- comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA* (OSHA and California: ILO/WHO/ICN/PSI), Geneva.
- Wollmann, H. (2007). Policy evaluation and evaluation research. (F. Fisher, G.J. Miller, M.S. Sidney Ed.) in *Handbook of public policy analysis: Theory Politics and Methods* (p. 393-400) Londra: CRC Press.
- World Health Organization (WHO) (1995). *Violence: A public health priority*. Geneva.
- World Health Organization (WHO) (1996). *Global consultation on violence and health. violence: a public health priority*, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2005). Policy development process, WHO (Ed). *Health Service Planning and Policy Making: A toolkit for nurses and midwives, module Philippines: World Health Organization Western Pacific Regional Publications*.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T. & Griffiths, A. (1997). *Guidance on the prevention of violence at work*. Luxembourg: European Commission, DG-V.
- Xiao, Y., Chen, T. T., Zhu, S. Y., Zong, L., Du, N., Li, C. Y., ... & Jia, J. (2022). Workplace violence against Chinese health professionals 2013–2021: a study of national criminal judgment documents. *Frontiers in Public Health*, 10, 1030035.
- Yapıcı, B. (2023). *Türkiye’de sağlık sisteminde sevk zinciri uygulaması hakkında paydaş görüşlerinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Yaşar, E. (2021). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ve hukuki boyutunun adli bilimler açısından değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çorum.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ* (2009, 16 Ekim). Resmi Gazete (27378) <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm> (Erişim Tarihi: 11.10.2023).
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ* (2011, 20 Temmuz) Resmi Gazete (28000) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 05.09.2023).
- Yayın E. & Alper Y. (2023). Türkiye’de aile hekimliği modeline geçiş süreci ve sosyal güvenlik kurumunun aile hekimlerinin sosyal sigortalılık statülerine ilişkin uygulaması hakkında bir değerlendirme. *Çalışma ve Toplum*, 1(76), 121-158.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). *Sağlığın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi* (Doktora Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2008). Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında gözlenen neoliberal dönüşüm ve sonuçları üzerine değerlendirme. *Mülkiye*, 260, 157-192.
- Yetim, A. (2000), *Sosyoloji ve spor*. Ankara: Topkar Matbaacılık.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 44-54.
- Yeşildal, N. (2005). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), 280-302.
- Yeşiltaş, A. (2018). *Şiddet ve Defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma*. Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yeşiltaş, A., & Erdem, R., (2018). Şiddet ve Defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(74), 486-500.

- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (12. Baskı). Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yıldırım, H.H. (2012). *Sağlık işyeri ortamında şiddet: Halkın şiddet algısı ve değerlendirmeleri*. Ankara: Sağlık- Sen Yayınları.
- Yıldırım, H.H. (2018). *Sağlık iş yerinde şiddet: Kuramsal bir çerçeve*. TÜSPE Analiz, TÜSPE Yayınları, Ankara.
- Yıldız, A.N., Kaya, N. & Bilir, N. (2011). *İşyerinde şiddet*. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. Ankara: Ziraat GURUP Matbaacılık A.Ş
- Yıldız, M.S. (2019). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Ankara ilinde araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 135-156.
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research: Design and methods* (Third Edition). Sage Publications, California.
- Zainal, N., Rasdi, I., & Saliluddin, S. M. (2018). The Risk Factors of Workplace Violence among Healthcare Workers in Public Hospital. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 14.
- Zencir, M. (2009). Sağlık hizmetlerinde metalaşma ve sağlık emekçilerinin sömürüsü kapitalizm ve sağlık hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 24(3), 177-187.
- Zeng, Y., Zhang, L., Yao, G. ve Fang, Y. (2018). Analysis of current situation and influencing factor of medicine disputes among different levels of medical institutions based on the game theory in xiamen of China, a cross-sectional survey. *Medicine*, 97(38), 1-10.
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y..... & Qiao, H. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: Social support and strategies. *International Journal Environment Research Public Heealth*, 12(11), 14429-14444.

EK 1. GÖRÜŞME FORMU

Görüşme Tarihi:

Görüşme Süresi:

- 1-) Şiddet ve sağlıkta şiddet olgusu sizce neyi ifade etmektedir?
- 2-) Sağlıkta şiddetin nedenleri sizce nelerdir?
- 3-) Sağlıkta şiddete yönelik geliştirilen politikalar hangi ekonomik ve politik ortamda oluşturulmuştur?
- 4-) Ortamın politikalar üzerindeki etkileri nelerdir? Politikaların oluşturulduğu dönemde ülkemizde hangi ekonomik, politik, sosyo- kültürel faktörler ön plandadır?
- 5-) Oluşturulan politikalarda sağlıkta şiddet nasıl ele alınmaktadır? Sağlıkta şiddet nasıl ifade edilmektedir?
- 6-) Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik hayata geçirilen bu politikalar hangi ihtiyaç ve beklentileri hedef almaktadır?
- 7-) Sağlıkta şiddete yönelik oluşturulan politikalar uygulamaya yani sahaya nasıl yansımaktadır? Politikalar, sahada nasıl uygulanmaktadır?
- 8-) Politikaları sorunun çözümü noktasında nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 9-) Hayata geçirilen bu politikalar ihtiyaç ve beklentileri ne düzeyde karşılamaktadır?
- 10-) Politikaların oluşum sürecinde aktif rol alan aktörler sizce kimlerdir? Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik geliştirilen politikalarda hangi aktörlerin yer alması gerektiğini düşünüyorsunuz?
- 11-) Hayata geçirilmemiş olup kurumunuz tarafından soruna yönelik raporlanmış/ oluşturulmuş bir çalışmanız bulunmakta mıdır?
- 12-) Sağlıkta şiddetin çözümüne yönelik önerileriniz nelerdir? Sizce bu sorun nasıl çözülebilir?

EK-2 GÖNÜLLÜ KATILIM VE BİLGİLENDİRME FORMU

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü’nde yürütülen “Sağlıkta Şiddetin Nedenlerine, Sonuçlarına ve Çözümlerine Yönelik Nitel Bir Araştırma” başlıklı doktora tez çalışması kapsamında makro, mezo ve mikro düzeyde belirlenen katılımcılarla görüşmeler yapılmaktadır. Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulu tarafından gerekli izin alınmıştır. Çalışma ile sağlıkta şiddetin nedenlerine, şiddete yönelik geliştirilen politikaların katılımcılar tarafından değerlendirilmesine ve şiddetin önlenmesine yönelik görüşlerinizin alınması amaçlanmaktadır. Görüşmeler sonrasında sağlıkta şiddete dair düzenlenen uygulamaların değerlendirilmesinden yola çıkarak sağlıkta şiddete yönelik bir politika önerisi sunulması hedeflenmektedir. Aşağıda araştırmaya ilişkin aklınıza gelebilecek sorular ve cevapları yer almaktadır. Bunların dışında araştırmaya dair tüm sorularınız araştırmacı tarafından cevaplanacaktır.

1. Bu araştırma kim tarafından yürütülecektir?

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK danışmanlığında, araştırmacı Deniz GÜNGÖR tarafından yürütülecektir. Araştırmacı doktora programı öğrencisidir ve halen Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır. Bu araştırmaya dair sürecin her aşamasında ortaya çıkabilecek sorularınız araştırmacı tarafından cevaplanacaktır. Araştırmacıyla mesai saatleri içerisinde Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünü arayarak, cep telefonu veya yüz yüze görüşme yapmak mümkündür.

2. Araştırma nasıl yürütülecektir?

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından belirlenen katılımcılarla yaklaşık 1 saat sürecek yüz yüze ve çevrimiçi görüşmeler yapılacaktır. Görüşmelerin ana konusu sağlıkta şiddete yönelik oluşturulan politikaların değerlendirilmesi olacaktır. İzin verilmesi halinde görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilecek; görüşme sırasında gerekli görülmesi halinde daha sonra hatırlatıcı olması bakımından araştırmacı tarafından notlar alınacaktır. Görüşme kayıtlarına yalnızca araştırmacılar erişebilecek, kayıtlar hiç kimseyle paylaşılmayacaktır.

3. Araştırmaya katılan katılımcıların kimlik bilgileri paylaşılacak mıdır?

Bu araştırmanın raporlanması dâhil hiçbir aşamasında görüşülen katılımcıları kimlik bilgileri, hiç kimseyle paylaşılmayacak, araştırma sürecinde görüşülen her bir katılımcı için kod isimler kullanılacaktır.

4. Bu araştırmada katılımcılardan ne beklenmektedir?

Yapılacak görüşmelerde katılımcılardan sorulan soruları dürüstlikle ve mümkün olduğu kadar detaylı yanıtlamaları beklenmektedir. Bununla birlikte cevaplanmak istenmeyen sorular cevaplanmayabilir, görüşmeye devam edilmek istenmemesi halinde görüşme

katılımcılar tarafından sonlandırılabilir. Ayrıca katılımcılar bu araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçebilirler. Katılımcıların araştırmaya katılmaktan vazgeçmesi halinde görüşme kayıtları ve alınan notlar silinecektir.

5. Bu araştırmaya katılım sonucunda doğabilecek bir risk var mıdır?

Bu araştırmaya katılmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.

6. Bu araştırmaya katılmamanın ne gibi bir yararı olacak?

Bu araştırma sağlıkta şiddeti nasıl tanımladığınızı, şiddete yönelik mevcut politikaları nasıl değerlendirdiğinizi ve sorunun çözümüne yönelik önerilerinizi paylaşmanıza olanak sağlayacaktır. Ayrıca araştırmanın sonuçlarının sağlıkta şiddete yönelik geliştirilecek politikalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

7. Araştırmaya katılmayı kabul etmemem halinde herhangi bir zararım olacak mı?

Araştırma gönüllük esasına dayanmaktadır. Katılmayı kabul etmek ve etmemek konusunda katılımcı kararı esastır. Katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri halinde herhangi bir olumsuz durum ya da tutum ve davranışla karşılaşmayacaklardır.

8. Araştırmayı kabul etmem halinde ne yapmam gerekir?

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde aşağıdaki beyanı okuyarak imzalamanız gerekmektedir.

GÖNÜLLÜ KATILIM BEYANI

Doç.Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK ve Deniz GÜNGÖR tarafından yürütülecek olan "Sağlıkta Şiddetin Nedenlerine, Sonuçlarına ve Çözümlerine Yönelik Nitel Bir Araştırma" başlıklı doktora tez araştırmasına katılmam talep edilmiştir. Katılımın gönüllük esasına dayalı olduğunun ve bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgür olduğumun, araştırmaya katılmaya karar verdikten sonra bile istediğim zaman vazgeçebileceğimin ve bunun bana hiçbir sorumluluk getirmeyeceğinin, kimlik bilgilerim ve benimle yapılacak görüşmelere ait kayıtların gizli tutulacağını bilincindeyim. Bana araştırma konusunda yapılan açıklamaları anladım ve bu araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı- Soyadı:

Çalıştığı Kurum:

İmzası:

EK-3 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulu

Tarih: 22/02/2024 15:31

Sayı: E-66777842-300-00003397206



00003397206

Sayı : E-66777842-300-00003397206
Konu : Etik Kurulu İzni (Deniz GÜNGÖR ÖZCAN)

22/02/2024

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07.02.2024 tarihli ve E-12908312-300-00003362635 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencilerinden **Deniz GÜNGÖR ÖZCAN**'ın, **Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK** danışmanlığında yürüttüğü *“Sağlıkta Şiddetin Nedenlerine, Sonuçlarına ve Çözümlerine Yönelik Nitel Bir Araştırma”* başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulunun **20 Şubat 2024** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İsmet KOÇ
Kurul Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 00D57D0D-B445-473C-A6EF-17EE5792A628

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys>

Adres:

Bilgi için: Burak CİHAN

E-posta: Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Bilgisayar İşletmeni

Telefon: Faks:

Telefon: 03123051082

Kep:



EK- 4 ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev. Date	25.01.2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih:31/05/24

Tez Başlığı Politika Analizi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlıkta Şiddetin Nitel Olarak İncelenmesi

Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 150 sayfalık kısmına ilişkin, 31/05/24 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 9 ’dur.

Uygulanan filtrelemeler**:

1. ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
2. ☒ Kaynakça hariç
3. ☐ Alıntılar hariç
4. ☒ Alıntılar dâhil
5. ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları’nı inceledim ve bu Uygulama Esasları’nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Deniz GUNGOR OZCAN	
	Öğrenci No	N19248087	
	Enstitü Anabilim Dalı	Sosyal Bilimler Enstitüsü	
	Programı	Sağlık Yönetimi Doktora Programı	
	Statüsü	Doktora ☒	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr ☐

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
(Doç.Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK)

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı Tez Yazım Dilinde yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3’te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmıştır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

**TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT.**

Date:31/05/24

Thesis Title (In English): Qualitative Examination of Health Violence in Turkey within the Framework of Policy Analysis

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 31/05/24 for the total of 150 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 9 %.

Filtering options applied**:

- ☒ Approval and Declaration sections excluded
- ☒ References cited excluded
- ☐ Quotes excluded
- ☒ Quotes included
- ☒ Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Deniz GÜNGÖR ÖZCAN

Student Information	Name-Surname	Deniz GUNGOR OZCAN	
	Student Number	N19248087	
	Department	Social Sciences Institute	
	Programme	Health Management Doctoral Programme	
	Status	PhD ☒	Combined MA/MSc-PhD ☐

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
(Associate Professor Pınar YALÇIN BALÇIK)

**As mentioned in the second part [article (4)/3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.