

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİNDE HEKİMLERİN ŞİDDETE UĞRAMA SIKLIĞI,
UĞRADIKLARI ŞİDDETİN ÖZELLİKLERİ VE ŞİDDET
KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ**

DR. BÜLENT KORAY KARACA

UZMANLIK TEZİ

SAMSUN - 2014

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLI TIP ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİNDE HEKİMLERİN ŞİDDETE UĞRAMA SIKLIĞI,
UĞRADIKLARI ŞİDDETİN ÖZELLİKLERİ VE ŞİDDET
KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. BÜLENT KORAY KARACA

DANIŞMAN

Doç. Dr. BERNA AYDIN

TEŞEKKÜRLER

Adli Tıp Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri; tez danışmanım *Doç. Dr. Berna AYDIN* ve *Yrd. Doç. Dr. Ahmet TURLA*'ya, Halk Sağlığı Anabilim Dalından *Prof. Dr. Cihad DÜNDAR*'a, Tıp Eğitimi Anabilim Dalından *Yrd. Doç Dr. Akan KARAKUŞ*'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım *Uz. Dr. Cenk SÜER*, *Dr. Serkan ÇAĞLAYAN*, *Dr. Gülsüm DAMAR* ve *Dr. Salih Tunahan POLAT*'a,

Ömrüm olduğunca saygıyla anacağım *Babama*, sevgisini bir an olsun benden esirgemeyen *Annem*'e

Yaşamıma anlam katan canım oğlum *Görkay Tunç* ve eşim *Hilal KARACA*'ya,
Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Bülent Koray KARACA
Ekim - 2014

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KISALTMALAR	2
ÖZET (Türkçe)	3
ÖZET (İngilizce)	4
GİRİŞ ve AMAÇ	5
GENEL BİLGİLER	6
1. ŞİDDET NEDİR?.....	6
2. ŞİDDETİN KÖKENLERİ.....	7
3. ŞİDDETİN NEDENLERİ.....	8
3.1. Davranışçı yaklaşım	
3.2. Psikodinamik yaklaşım	
3.3. Biyolojik yaklaşım	
3.4. Psikososyal yaklaşım	
3.5. Medya ve şiddet	
4. ŞİDDETİN TÜRLERİ.....	12
4.1. Psikolojik şiddet	
4.2. Fiziksel şiddet	
4.3. Cinsel şiddet	
4.4. Ekonomik şiddet	
5. BAZI ÖZEL ŞİDDET TÜRLERİ.....	14
5.1. Aile içi şiddet	
5.1.1. Kadına yönelik şiddet	
5.1.2. Çocuğa yönelik şiddet (Çocuk istismarı)	
5.1.3. Yaşlıya yönelik şiddet (Yaşlı istismarı)	
5.2. Okulda şiddet	
5.3. İşyerinde şiddet (mobbing)	
5.4. Siber şiddet	
5.5. Kişinin kendisine yönelik şiddet (intihar)	
6. ŞİDDET SUÇLARI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER.....	24
7. HEKİME YÖNELİK ŞİDDET.....	24
7.1. Hekime yönelik şiddetin boyutu	
7.2. Hekime yönelik şiddetin nedenleri	
7.3. Hekime yönelik şiddeti uygulayan ve uğrayanların özellikleri	
7.4. Hekime yönelik şiddetin olası etkileri	
7.5. Hekime yönelik şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar	
7.5.1. Yasal çalışmalar	
7.5.2. Meslek örgütü çalışmaları	
MATERYAL ve METOD	35
BULGULAR	38
1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	38
2. ÇALIŞMA YAŞAMI.....	39
3. ÇALIŞMA YAŞAMI BOYUNCA YAŞANAN ŞİDDETİN ÖZELLİKLERİ.....	40
4. EN SON YAŞANAN ŞİDDETİN ÖZELLİKLERİ.....	42
5. ŞİDDETE KARŞI ALINAN ÖNLEMLER.....	56
6. PERFORMANS ŞİDDET İLİŞKİSİ.....	58
7. ŞİDDETİ ÖNLEMeye YÖNELİK ÖNERİLER.....	59
TARTIŞMA	60
SONUÇ ve ÖNERİLER	71
EK (Anket Formu)	75
KAYNAKLAR	81

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
DZ	Dizigot
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GABA	Gamma-Aminobütirik Asit
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
MZ	Monozigot
NCPEA	Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu
OMÜ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TTB	Türk Tabipler Birliği
TV	Televizyon

ÖZET

Giriş ve Amaç: Şiddet; bütün ulusların yaşamında olan, bütün sosyal meslekleri, yaş ve etnik grupları etkileyen çağımız toplumunun en kontrol dışı sosyal olgularından biridir. Hemen her gün hekime yönelik şiddet haberlerinin medyada yer bulduğu, hekime yönelik şiddetin arttığı algısının oluştuğu, bunun ötesinde hekime yönelik şiddetin arttığını gösteren verilerin elimizde olduğu bir ortamda, hekime yönelik şiddeti ve hekimlerin bu konudaki düşüncelerini araştıran kapsamlı bir çalışmanın faydalı olacağı düşünülmüştür.

Materyal ve Metod: Samsun ili genelinde doktorların her kesiminin temsili amacıyla öğretim üyesi, uzman, uzmanlık öğrencisi, aile hekimi, toplum sağlığı hekimi, acil hekimi, 112 hekimi ve diğer olmak üzere 8 (sekiz) farklı grup baz alınmış olup, çalışma için anket uygulama tekniği kullanılmıştır. Bu amaç ile araştırılmak istenen konuya uygun anket formu hazırlanmıştır. Çalışmamıza 865 hekim katılmıştır. Elde edilen veriler kaydedilerek, paket istatistik programı Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 13.0 kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan toplam 865 hekimin 342'si (%39,5) kadın, 523'ü (%60,5) erkektir. Hekimlerin 587'si (%67,8) çalışma yaşamı boyunca en az bir kez mesleği nedeniyle şiddete uğramıştır. En çok karşılaşılan şiddet tipi duygusal ya da sözel şiddet olup şiddetin en fazla hasta yakınları ve erkekler tarafından uygulandığı bulunmuştur. Haksız isteklerin reddedilmesi şiddet nedenleri arasında ilk sırada (%42,7) bulunmuş, hekimlerin sadece %24'ünün şiddet olayını adli makamlara ilettiği görülmüştür. Hekimlerin %50,1'i performans sisteminin hekime yönelik şiddeti arttırdığını belirtirken, şiddeti önlemeye yönelik tedbirlerden hekime yönelik şiddet konusunda yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi gerektiği ilk sırada (%79,6) bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Hekime yönelik şiddet her türlü sağlık kurumunda tüm hekimler arasında sık görülen, hekim hasta arasındaki güvene zarar veren, kurumların ve hekimlerin toplum ve hasta sağlığı için harcaması gereken enerjisini boşa harcamasına sebep olan, çok yönlü, çok boyutlu önemli bir sorundur. Bu sorunun çözümü içerisinde hasta ve yakınları ile hekimler dışında karar alıcılar ile medyaya da önemli görevler düşmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Violence, that is one of the social uncontrolled case of our society, has been effecting all jobs, age and ethnic groups and available in the life of all nations. A comprehensive study researching violence against to physician and physicians opinion on this subject was thought to be useful in the medium of availability of the violence news against to physician on the media almost every day, being comprised of the perception of increasing violence against to physician and having the data of showing increase of violence directed to physician in our hand.

Material and Method: 8 (*eight*) different group consisting teaching staff, specialist, student of specialization family physician, physician of society health, physician of emergency and physician of 112 calling center were taken basis with the aim of representation of all groups of physicians in Samsun, questionnaire application technique was used for this study. Questionnaire Form was prepared as suitable for the subject desired to research. 865 Physicians participated to our study. Obtained data were analyzed by recording and using package statistical program of Statistical Package For Social Sciences.

Findings: 342 (%39,5) of 865 physicians participating to the study are women, 523 (%60,5) of participants are men, 587 (%67,5) of participant physicians were engaged in violence once along their working life because of their profession. Violence type mostly met was emotional, oral and found to have been engaged by patient relatives and men. Rejection of unjust wishes was primarily found (%42,7) amongst the reasons of violence, %24 of Physicians was seen to have conveyed the violence case to the judicial authorities. While %50,1 of physicians were stating that the performance system had increased the violence against to physicians. The necessity of being redrawn of legal sanctions was primarily found (%79,6) from precautions directed to prevention the violence about the subject of violence directed to physicians.

Discussion and Result: Violence directed to physician is multi-directional, multi-dimensional problem mostly seeing amongst all the physicians all kind of health institutions, damaging the reliance between physician and patient, causing Physicians wasting their energy necessary to spend for community and patient health. Decision makers and media out of patients' relatives and physicians have important duties in solution of this problem.

GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet; bütün ulusların yaşamında olan, bütün sosyal meslekleri, yaş ve etnik grupları etkileyen çağımız toplumunun en kontrol dışı sosyal olgularından biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şiddet; *“kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan kasıtlı güç kullanımı tehdididir”* (1). İş yerinde şiddet ise *“çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar”* olarak tanımlanmıştır (2). Sağlık kurumlarındaki şiddet de *“hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum”* olarak tanımlanmıştır (3). Yapılan çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı bildirilmektedir.

Hemen her gün hekime yönelik şiddet haberlerinin medyada yer bulduğu, hekime yönelik şiddetin arttığı algısının oluştuğu, bunun ötesinde hekime yönelik şiddetin arttığını gösteren verilerin elimizde olduğu bir ortamda, hekime yönelik şiddeti araştıran kapsamlı bir çalışmanın eksikliği göze çarpmaktadır. Bu çalışmada; hekime yönelik şiddetin türlerini, oranlarını, nedenlerini, hekimlerin hekimlere yönelik şiddete bakışlarının ne olduğunu, hekimlerin şiddet gördükten sonraki tutumunu, hekimlerin şiddet ile başa çıkmak için ne yaptıklarını, hekimlerin hekime yönelik şiddet konusunda nasıl bir çözüm yolu önerdiklerini Samsun hekimleri ölçeğinde saptayıp değerlendirilerek, doğru tanıyı (*tanıları*) koyup, tedavi yöntemlerinin neler olabileceği konusunda öneriler sunulması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

1. ŞİDDET NEDİR?

Şiddet olgusu günümüz toplumlarının temel sorun alanlarından birisi olduğu gibi aynı zamanda sosyal bilimciler ile ruh bilimcilerin temel araştırma konularından da birisidir. Gerek ele alındığı bilim dalının perspektifine göre, gerekse toplumsal ve tarihsel koşullara göre farklı ele alınış biçimleri olan şiddet olgusunun, bu değişkenlere bağlı olarak üzerinde uzlaşmış temel bir tanımı da yoktur. Tüm soyut kavramlar gibi şiddet kavramının da tanımlanması hem zor hem de kolaydır. Zorluk ve kolaylık bu kavramın sınırlarının kolaylıkla genişletilebilip bulanıklaştırılabilmesinden kaynaklanmaktadır (4).

Riches'e (5) göre şiddet, tanığın görüş açısından dile getirilen bir kavramdır. *Riches*; şiddetin en iyi şekilde, bir kültürel ortamlar dizisi üzerinde ve çok çeşitli sosyal durumlar içinde incelendiğinde anlaşılır olacağını savunur.

Türk Dil Kurumu'nun (TDK) sözlüğünde şiddet; 1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğnlik, sertlik. 2. Karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma şeklinde tanımlanmaktadır (6). *Püsküllüoğlu'nun* (7) sözlüğünde de benzer şekilde şiddetin; 1. Bir devinimin, bir gücün, bir davranışın derecesi, yeğnlik, sertlik. 2. Bir devinimden doğan güç 3. mec. (*duygu ve davranış için*) aşırılık, yeğnlik. 4. Karşıt tutumda, görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, sert davranma sertlik şeklinde tarifleri bulunmaktadır. Burada yeğn ve yeğnliğin sözlük anlamları önem kazanmaktadır. Yeğn; zorlu, katı, şiddetli, yeğnlik ise yeğn olma durumu, bir etkinliğin veya bir gücün derecesi olarak tariflenmektedir (6).

Şiddet sözcüğü dilimize Arapça'dan giren bir sözcüktür. “*Peklik*”, “*sertlik*”, “*sıkılık*” anlamları bulunduğu, anlamının bu haliyle, İngilizce ve Almanca'daki karşılıklarından bazı farklarla ayrıldığı, örneğin İngilizce *violence* sözcüğünün Latince *violentus* ve *violare*'den geldiği, cebri, kuvvetli, hiddetli, sert, zorlu, taşkın anlamlarına gelen ilkinin “*bir şeyin yapılma tarzını*” vurgularken, diğerinin yani *violare*'nin, incitmek, zarar vermek, bozmak, lekelemek, tecavüz etmek, zorlamak, çiğnemek, ihlal etmek anlamlarına gelip “*yapılan şeyi*” vurguladığı, dolayısıyla sözcüğün İngilizce kullanımının latince köklerinde göze ilk çarpan şeyin, biri genel olarak kuvvet fiilini gerektiren, diğeri de ihlal etmeyi içeren iki temel anlamının olduğu bildirilmektedir. Şiddetin eski Yunanca'sına bakıldığında, *bia* sözcüğünün kullanımının da bu etimolojiye paralel bir

kökte yer aldığı görülmektedir. Şiddetin Yunanca karşılığında da kökensel olarak kuvvet ve ihlal anlamlarının var olduğu söylenmektedir. Ayrıca şiddet sözcüğünün bizdeki Arapça kullanımının, onun kuvvet anlamına daha yakın olduğu, çünkü sertlik, pekliğin daha ziyade kuvvette bulunan bir özellik olduğu belirtilmektedir. En azından Arapça şiddetin, “*yapılan şeyden*” daha çok “*yapma, etme tarzına*” bir göndermede bulunduğu ve bu haliyle eylemin kendisini yansıttığı bildirilmektedir (8).

2. ŞİDDETİN KÖKENLERİ

Şiddet; cinayet, işkence, darbe, vuruş ve etkili eylem, savaş, terör, baskı, sindirme, tehdit, şantaj gibi tüm davranışları kapsar (9). Şiddet, insanın belirsizliklere ve korkulara karşı aktif olmasını sağlayan motivasyon sürecidir. Şiddet sadece yıkıcılık, sindirme ve pasifleştirme anlamlarında algılanmamalıdır. Şiddet aynı zamanda haklı nedenlere dayandığı sürece ilerletici, yapıcı ve eğitici özelliklere de sahiptir (10).

Morris (11) insanların içgüdülerinin, kendilerini, ailelerini ve kabilelerini savunma görevlerini yüklediğini, evrimsel olarak kabaca iki topluluğun çatışmasında, bu toplumlardan birinin yok olacağını, galip gelenin ise biyolojik açıdan daha başarılı olduğunu denebileceğini, nüfus artışının yarattığı gerilimin topluluklar arasındaki çatışmalara zemin hazırladığını belirtmektedir.

Fromm (12) her canlının kendi doğal yapısına uymayan bazı kısıtlamalara tepki gösterdiğini, bu tepkiyi kırabilmek için bilinçli ya da bilinçsiz fiziksel ya da ruhsal şiddet kullanılmasının şart olduğunu belirtmektedir.

Leroi-Gourhan (13) saldırganlığın insan doğasının bir parçası olduğunu, şiddetin olgunlaşmada bir değişikliğe uğramadığını ve insanlığa özgü bir tür davranışı olduğunu belirtmektedir. *Le Bon* (14), kitlelerin cinayetlerinin genellikle güçlü bir telkinden sonra meydana geldiğini ve bu cinayete katılmış olan bireylerin bir göreve uyduklarına inandıklarını belirtmiştir. *Le Bon* (8), toplumlarda kitlelerde görülen yıkıcılığın bilinç ve rasyonalite ölçülerine sığdırılamayacağını öne sürmüş ve buna neden olarak ilkel, atalardan kalma dürtülerinin varlığını ve ırkın esas yapısının rolünü vurgulamıştır.

3. ŞİDDETİN NEDENLERİ

3.1. Davranışçı Yaklaşım

Davranışsal yaklaşım, bireyin gözlenebilen dolayısıyla ölçülebilen davranışlarının incelemesinin psikolojinin ana yöntemi olması gerektiğini savunur. Davranışçı kurama göre kızgınlık ve saldırganlık tepkileri, ortaya çıkarıcı nedene ikincil olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumsal etkileşimin dışında insan doğasının şiddetle ilişkisi burada temel etmen olarak rol oynamaktadır. Şiddetin bireysel değil kolektif, toplum dışı veya karşıtı değil toplumsal olduğuna vurgu yapılmaktadır (13).

Şiddet pek çok toplumda kutsal olanın ve törenlerin ayrılmaz bir parçasıdır. Bilindiği gibi şiddetin baskılandığı ve yüceltildiği toplumlar da vardır. Örneğin tarihte en şedit (*şiddet*) toplumlarından biri olarak bilinen *Vikingler*, şiddeti bir erdem olarak benimsemişlerdir. *Vikinglerin* en üstün tanrılarından olan *Tor*, bir savaşçıdır. *Vikinglerin* cenneti *Valhala* bile yalnızca cengâverlerin girebildiği bir yerdir (5). Günlük yaşamdaki şiddetin oyunlaştırılarak zararlı ve yıkıcı yönüyle baş edildiği, böylece; sağaltıcı, yararlı şiddete geçildiği de görülmektedir (13). Sık tekrarlanan şiddet davranışları kendisini o toplumun ritüellerinde ortaya koyar. Bir şiddet davranışı ritüel özelliği kazandığında ona toplum tarafından artık şiddet damgası vurulmaz (5).

Trafikte kalmak, başkalarının eleştirel ve saygısızca yorumları, çalışmayan televizyon, yiyecekten veya içecekten yoksun bırakılma, aşırı sıcaklık, gürültü ve nem gibi engelleyici ve tahrik edici olayların öfke ile saldırganlığı arttırdığı belirtilmiştir (15,16).

Bandura'ya göre (13) saldırganlık; ya taklit yoluyla, ya saldırgan dürtülerin serbest kalmasıyla, ya geçmişte oluşmuş saldırgan davranış eğilimlerin su yüzüne çıkmasıyla ya da genel tahrik unsurlarının artmasıyla oluşmaktadır.

3.2. Psikodinamik Yaklaşım

Freud şiddet olgusunu “*kendiliğindenci*” bir davranış olarak açıklayarak, şiddeti bastırılmış içgüdüsel eylem olarak tanımlamıştır (10).

Klein (17), saldırganlık içgüdüleriyle hayatta kalabilmek için başkaları üzerinde egemenlik kurma arzusunun, yaşamın başlangıcından beri var olduğunu ve çocuğun annesiyle ilişkisinde de esas olduğu görüşünü savunur. *Kernberg* (13) ise saldırganlığı bir doyum sağlama aracı olarak göstermiştir. Bu görüşe göre, hem kötü nesneyi yok ederek ondan kurtulurken, hem de iyi nesne ile ilişkisini sürdürme yeniden sağlanmaktadır.

Fromm (18) şiddeti, savunucu ve kıyıcı şiddet şeklinde ikiye ayırmıştır. Savunucu olan, canlıya özgü ve genetik programında vardır yani biyolojik temellidir. Kıyıcı olan ise biyolojik temelli olmayan ancak insana özgü bir saldırganlıktır. *Kohut* (19) şiddeti *Fromm*'a yakın bir şekilde kendini korumaya yönelik yok edici olmayan şiddet ile yok edici bir amaçla yapılan düşmanca şiddet şeklinde sınıflandırmıştır.

3.3. Biyolojik Yaklaşım

Şiddete eğilimli, kontrolsüz kişilerin, frontal korteks bölümünün çalışmasını gerektiren işleri pek iyi yerine getiremediklerinin gözlemlendiği, şiddet ile beynin bu bölümü arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (20). Şiddetin biyolojik mekanizmaları üzerinde yapılan çalışmalarda; mezolimbik dopamin yollarının çevreye affektif yanıt modüle ederek agresyonda işe karıştığı, bu yollarda dopaminerjik aktivite artışının irritabiliteyi arttırdığı, aynı anda agresif yanıt verme alışkanlığını değiştirdiği, noradrenerjik aktivite artışının hayvan deneylerinde agresif davranışı arttırdığı, serotoninin ise agresyon üzerinde inhibitör bir etkisi olduğu, bu etkinin yüksek olasılıkla dorsal raphe den amigdalaya giden projeksiyonlar veya medial raphe den septohipokampal alana veya prefrontal kortekse giden projeksiyonlar aracılığı ile olduğu, serotonerjik aktivite artışına bağlı olarak dopaminerjik aktivitenin azaldığı, Gamma-aminobütirik asitin de (GABA) agresyon üzerinde inhibitör etkisi olduğu belirtilmektedir (21).

Şiddet içeren davranışların çoğunlukla erkeklerde ortaya çıkması, şiddetin oluşmasında androjenlerin rolü olduğunu da düşündürmektedir. Ancak bu güne kadar yapılmış olan çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamamaktadır. Aynı zamanda antiandrojenik tedaviler de şiddet içeren davranışların sergilenmesini önlememektedir (22). Yapılan çalışmalar şiddet davranışları ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ajitasyon ve risk alma davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (23).

Genetik yönden yapılan araştırmalar genetik etkinin sıklık olarak %50'nin üzerinde olduğunu göstermektedir (24). *Tardiff* (25) 1995 yılında yaptığı bir çalışmada cinsiyet kromozomlarının fazlalığının (XXY ve XYY karyotipleri), santral sinir sisteminde gelişim kusurlarına yol açarak suç şeklinde davranım sapmalarına yol açabileceğini belirtmiş, *Lyons* (25) 1995 yılında yayınladığı çalışmada suçluluk konkordansını monozigot (MZ) ikizlerde %39, dizigot (DZ) ikizlerde %30 olarak bildirmiştir.

Ayrıca şiddetli fiziksel istismara maruz kalmış kişilerde buna bağlı sinirsel bir harabiyet oluştuğu, bu sinirsel harabiyetin de bu kişileri biyolojik olarak şiddete yatkın yaptığını ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (4).

Genel olarak şiddetin biyolojik nedenleri arasında; soyaçekim, hormonal dengeler, adrenalin, erkeklik, testosteron, serotonin, genetik bozukluklar, kromozomlar gibi etkenler sayılabilir (26).

3.4. Psikososyal Yaklaşım

Şiddet öğrenilebilen bir davranıştır. En önemli öğrenme kaynağı ise ailedir. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde şiddetin uygulandığı bir ortamda yetişenlerin şiddet gösterme eğilimine sahip olacakları söylenebilir. Şiddetin, toplum tarafından paylaşılan bir değer yargısı olarak kabul edilmesi şiddetin kuşaktan kuşağa aktarılmasına neden olmaktadır (27).

Toplumların sahip oldukları iletişim becerilerinin yetersizliği, duygu ve düşüncelerin kışkırtıcı biçimlerde ifade edilmesi, bilinçsizce yapılan suçlamalar, hatalı namus ve ahlak anlayışları, yoksulluk, beklentilerin ve kazanılmış niteliklerin yoksunluğu, alkol ve madde bağımlılığı, ailenin yıkılması, sapkın akranlarla birlikte olma, okul başarısızlığı, geleneksel grup ve normlara olan bağlılığın zayıflaması, kültürel yapıdaki düşük özgüven, sosyal dışlanma, bireysel ve kişilik eğilimleri (*düşüncesizce hareket etme, empati yetersizliği*), okul çevresi, silahlara kolay yollardan ulaşabilme imkanının olması, ebeveynlerin zayıf bir benlik yapısında olup yetersiz denetim ve tutarsız davranışlara sahip olmalarının şiddet olaylarına neden olduğu bildirilmektedir (27,28).

3.5. Medya ve Şiddet

Genel bir değerlendirme ile medya, demokrasinin erdemlerine seslenmekten daha çok, bireyin sahip olduğu tüketici kapasitesine seslenmektedir. Durum bu olunca şiddet eğlencelik bir malzeme olarak medyada sıkça kendine yer bulmaktadır (29).

Medya araçlarının hayatımızdaki yeri her geçen gün artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada, katılımcıların %65'i dünya görüşlerinin temel olarak televizyon (TV) aracılığıyla biçimlendiğini belirtmektedir (30).

Günümüzde medya, özellikle TV, sadece şiddet ve suç için değil, çocukların cinsiyet rollerini algılamada, politik görüşlerini geliştirmede, etnik ve ırka ilişkin

tutumlarını ve sosyal davranışlarını oluşturma ve geliştirme hakkında bilgi sağlamak gibi birçok önemli sosyal olay için de etkin olmaktadır (13,31).

Palabiyıklıoğlu (32) TV etkisinin, içerik, izleme süresi ve izleme sıklığına bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Medyadaki şiddetin kısa dönem etkileri yetişkinlerde daha sık ortaya çıkarken, uzun dönem etkilerinin ise daha çok çocuklarda ortaya çıktığı gösterilmiştir (33).

TV’de yer alan şiddetin, izleyicileri, özellikle de gerçek-fantezi ayrımını yapamayan küçük yaştaki çocukları olumsuz yönde etkileyerek şiddet eğilimlerini arttırdığını belirten çalışmaların yanı sıra, arttırmadığını savunan çalışmalarda bulunmaktadır (30,33).

Özellikle duyarlı çocuklarda, şiddet içeren programları izleme ile şiddet içeren davranışlar sergileme arasında bir ilişkinin varlığı bildirilmektedir. TV’de şiddetin, yalnız çocuklar için söz konusu olmayan bir başka önemli sonucu da, şiddet içeren programların genel olarak yoğun bir biçimde yayınlanması dolayısıyla, “*dünyanın güvensiz bir yer olduğu*”na ilişkin bir “*kültürleme*” yaratmasıdır. Bir başka önemli etki de, çizgi filmlerde ve video oyunlarında çoğunlukla bir sorun çözme aracı olarak şiddetin kullanılmasıyla ilgilidir. Şiddet filmlerini ve video oyunlarını izleyen çocuk, kötülerini cezalandırmak adına da olsa şiddetin “*işe yaradığı*” iletisini almakta ve “*gözlemsel öğrenme*” aracılığıyla şiddet davranışını benimsemektedir (30).

Bir çocuk için yeterli gerçek yaşam tecrübeleri mevcut olmadığından TV, toplumun gerçek bir tasviri olarak algılanmakta, TV’deki sosyal gerçeklik tasviri de çocuğun temel sosyal gerçekliliği haline gelebilmektedir. Çocukların pek çok şeyi TV vasıtasıyla öğrenerek davranış haline getirmesi düşüncesinden hareketle, şiddet içeriği izlemenin gözlemsel öğrenme aracılığıyla saldırgan davranışları etkileyip etkilenmediğinin araştırıldığı bir çalışmada her gün çizgi filmler, polis şovları, yüksek oranda şiddet içeren cinayet dramaları izleyen genç izleyicilerde TV’nin kısa dönemde şiddet davranışı üzerine etkisi olduğu görülmüştür (34,35).

Gerçek yaşamda saldırgan davranışlar gösteren çocuklarla, TV’de saldırgan davranışları izleyen çocuklar arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (33). Çok fazla TV programları, özellikle şiddet içeren programları izleyen çocuklarda ileri yaşlarda dikkat eksikliği ortaya çıkmakta; çocukların bilişsel, duygulanım ve davranışsal süreçlerinde olumsuz değişikliklere neden olmakta ve sonuçta izleyenlerde yaşam olaylarına karşı

duyarsızlaşma başlamaktadır (30). Kişilik gelişimlerinin önemli bir evresinde olan lise öğrencilerinin de saldırgan davranışlar gösteren bireyleri kitle iletişim araçları aracılığıyla rol model olarak görüp onları içselleştirerek saldırganca davranışlar sergileyebilecekleri ifade edilmektedir (36).

Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre ortalama olarak günlük 4,5 saat televizyon seyredilmektedir (29). ABD’de televizyonlar üzerine, 1993-2001 yıllarını kapsayan bir araştırmada, başlıca yayın saatlerinde (*prime time*) yayınlanan programların yaklaşık %60’ının bazı şiddet unsurlarına sahip olduğu saptanmıştır (13,37).

Çeşitli yayınlarda saldırganlığın doğuştan var olan ya da sonradan öğrenilen ve çevreden gelen uyarılara bir tepki olduğuna ilişkin farklı görüşler öne sürülmektedir. Özellikle sonradan öğrenilen saldırganlığın artmasında medyanın oldukça önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (30). Gücün, şiddetin, saldırgan davranışların medya karakterleri yoluyla model olarak sunulmasının, özellikle de çocuk ve gençlerin bu karakterlerle özdeşim kurmasının, şiddetin meşru olarak görülmesini etkilediği kabul edilmektedir (29).

Günümüzde medyada şiddetin bir araç olarak kullanıldığı, içinde şiddet olmayan bir haberin haber olarak nitelendirilmediği durumlara gelinmiştir. Bu da dünyada olup bitenler hep bu kadar olumsuz mu sorularına, karamsar bir bakış açısına yol açarak medyanın toplumda gözlenen şiddeti artırdığı tartışmalarına neden olmaktadır (32).

4.ŞİDDETİN TÜRLERİ

4.1.Psikolojik Şiddet

Bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum psikolojik şiddet olarak değerlendirilmektedir (38).

Psikolojik (*duygusal*) şiddet, kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin, şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığını hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türüdür. Ayrımcılık yapmak, küçük düşürmek, manevi baskıda bulunmak, görmezlikten gelmek psikolojik (*duygusal*) şiddet davranışlarına örnek olarak sayılabilir (38).

Duygusal şiddet psikolojik temellere dayanan ve güç ilişkisinden kaynaklanan bir durumdur. Daha çok duygusal sınırlamaları, psikolojik yıpratmaları ve en önemlisi şiddete

maruz kalan birey üzerinde (ya da grup üzerinde) görünmez “kontrol” mekanizmaları kurmayı içermektedir. Hem fiziksel hem de duygusal şiddet, yaşam boyunca süreklilik kazanmakta, yine çocuklar üzerinden bir davranış biçiminde bir nesilden diğerine aktarılmaktadır. Öyle ki; şiddete maruz kalan birey bu durumu içselleştirmekte, hatta durumu “normal”, “kendi suçu” şeklinde algılamakta, yakınmamakta ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Bazı durumlarda ise yardım talebinde bulunsu bile duygusal şiddeti “normal” gören toplumsal değerlerle karşılaşmaktadır (39).

4.2.Fiziksel Şiddet

Doğrudan temasla, bir eşya, araç ve hayvan ile, ya da fiziksel üstünlüğün kullanılması ile, korkutucu, tehdit edici bir beden dili, yüksek ses tonu ve tahakküm edici jest ve mimiklerle sergilenen her tür tutum ve davranış fiziksel şiddettir. Tokat, yumruk, tekme, itme, sertçe tutup sarsma, bağırma, sıkıştırma, bir yere kilitleme, tehlikeli bir yerde yalnız bırakma, korktuğu bir şeyle baş başa bırakma, yaralayıcı, kesici, delici bir alet ya da silahla tehdit etme ya da zarar verme en yaygın fiziksel şiddet örnekleri arasındadır (40).

Toplumda yaşanan şiddet olayları cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmaktadır. Ancak genel olarak fiziksel şiddet “güçlü konumda olandan” “güçsüze” yönelik olmaktadır. Örneğin, ailede şiddet daha çok erkekten kadına, ebeveynlerden çocuklara ve gençlere yönelen fiziksel şiddet biçiminde ortaya çıkmaktadır (38).

Toplumda yaşanan şiddet olaylarının bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmasının, eğitilmiş, kültürlü, önemli mesleki statü kazanmış kısaca sosyal ve kültürel açıdan belirli bir düzeye ulaşmış bireylerin şiddetin mağduru veya aktörü olmayacağı anlamına gelmediği de unutulmamalıdır (38).

4.3.Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet; çocuğa, gence, kadına ve diğer bireylere yönelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen cinsel taciz ve saldırıdır. Telefonla, mektupla ya da sözlü cinsel içerikli tacizlerde bulunmak, sarkıntılıkta bulunma, sıkıştırma, istenmeyen yer ve zamanda cinsel ilişkiye zorlamak, istenmeyen şekilde cinsel ilişki kurmak, başka insanlarla cinsel ilişkiye zorlamak, ensest, fuhuşa zorlamak, zorla evlendirmek, çocuk doğurmaya ya da

doğurmamaya zorlamak, kürtaja zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, kadınlığa laf söylemek, namus gerekçesiyle öldürmek ya da öldürmeye zorlamak, cinsel şiddete örnek olarak sayılabilir. Cinsel şiddet eylemlerinin önemli bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddet de içermektedir (38,41).

Cinsel şiddetin sonuçları; ölümcül olmayan sonuçlar (*istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik sorunlar, kendine zarar veren davranışlar, düşükler, baş ağrısı*), psikolojik sonuçlar (*depresyon, korku, kaygı, kendine güvensizlik, cinsel bozukluklar, yeme sorunu*) ve ölümcül sonuçlar (*intihar, öldürme, HIV/AIDS*) olarak üç grupta toplanabilir (42).

4.4.Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet; ekonomik kaynakların ve paranın birey üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (43).

Yüksek enflasyon oranlarının, işsizlik düzeyi ve yetersiz sosyal güvenlik olanaklarının bir çeşit ekonomik şiddet olarak değerlendirilmesi mümkündür. Çok düşük düzeydeki ücretler ve kronik enflasyon, insanca yaşamı tehdit eder (38). Bu durum insanları daha sorunlu ve gerilimli yaptığı için, olağan şiddete de katalizör etkisi yapar ve saldırgan davranışları artırır (44).

Ekonomik şiddetin mağduru insanlar yoksul, yoksun veya engellenmiş bireylerdir ve fiziksel şiddet uygulamaya eğilimlidir. Birey, ekonomik olarak beslenme ve barınma gibi temel fiziki ihtiyaçlarını dahi karşılayamaz bir durumda ise şiddet ve saldırgan davranışlar artmakta ve şiddet en olası çözüm yöntemi olmaktadır (38).

5. BAZI ÖZEL ŞİDDET TÜRLERİ

5.1.Aile İçi Şiddet

İnsanlık tarihi boyunca var olduğu düşünülen aile içi şiddet; sağlığı tehdit eden, bozan durumlar içinde en önemlilerinden biri olup, içinde yaşadığımız yüzyılda üzerinde en çok durulan toplumsal sorunlardan biridir (45).

Aile içinde yaşanan şiddet geniş bir tanımlamayla bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal baskı altına alınmasına yol açan fiziksel veya herhangi bir şekilde hareket, davranım veya muamele olarak ele alınabilir (46).

Aile içi şiddet, istismar ve ihmal olarak da iki alt gruba ayrılmaktadır. İstismarda şiddeti uygulayan kişi aktif bir tutum içerisinde (45). İhmalde ise, şiddet uygulayan kişi, daha çok pasif bir tutum içerisinde (46). “*Herkese Sağlık Türkiye Hedefleri’ne*” göre 2020 yılında aile içi, cinsiyetle ilgili ve organize şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerin en az %25 azaltılması planlanmıştır (47). Günümüzde aile içi şiddet, ailede etkilenen kişiye bağlı olarak eşler arası, çocuğa yönelik ve yaşlıya yönelik şiddet olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (46).

5.1.1.Kadına Yönelik Şiddet

Birleşmiş milletler kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi bildirgesi, kadınlara yönelik şiddeti; “*ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ızdırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma*” şeklinde tanımlamaktadır. Bildirge ayrıca kadına yönelik şiddetin “*kadının erkek tarafından ezilmesine ve ayrımcılığa yol açan, kadın ile erkek arasındaki eşit olmayan tarihsel güç ilişkilerinin bir göstergesi*” ve “*kadına yönelik şiddetin kadını, erkeklerinkiyle karşılaştırıldığında daha alt bir statüye indirgeyen sosyal mekanizmaların en önemlilerinden birisi*” olduğunu belirtmektedir (42).

Kadına yönelik şiddet oldukça gündemde olan bir konu olup, bu konudaki örneklerin medyada sıklıkla karşımıza çıktığını görebilmekteyiz. Kadına yönelik şiddet kadınlarda travmatik arızalara, cinsel yolla bulaşan hastalıklara, depresyona, intihara, anksiyeteye, madde bağımlılığı gibi sorunlara neden olabilmektedir. Şiddet sonucu kadınların genel sağlık durumu kötüleşmekte, yaşam kaliteleri düşmekte ve sağlık hizmeti kullanma oranları artmaktadır (43).

DSÖ’nün 2013 verilerine göre dünyada kadınların %35’i eşi veya partneri tarafından cinsel veya fiziksel şiddete uğramaktadır. DSÖ’nün 11 ülkede 24.000 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %13-61’inin fiziksel, %6-59’unun cinsel, %15-71’inin hem fiziksel hem de cinsel, %20-75’inin ise duygusal şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ise, ülkemizde kadınların %39’u fiziksel, %15’i cinsel ve %44’ü duygusal şiddete maruz kalmaktadır (49).

Dünyada milyonlarca kadının şiddete maruz kaldığı bilinmekte, ancak gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğunlukla gizli tutulmaktadır (50). Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden, şiddet kullanımı toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde, o davranışın şiddet olarak algılanıp tanımlanması da güç olmaktadır (51,52).

Kadına yönelik aile içi şiddetin ortaya çıkışını etkileyen faktörler; bireysel faktörler, ilişki faktörleri, yakın çevreye ilişkin faktörler ve toplumsal faktörler olarak dört temel yapıda açıklanmıştır. Bireysel faktörler arasında; eşlerin erken yaşta evlenmeleri, depresyon ya da kişilik bozuklukları, düşük gelire sahip olmaları ve çocukken şiddete maruz kalmaları ya da tanık olmaları, ilişki faktörleri arasında; evlilikte çatışma, yaşama ve ilişki problemlerini çözememe, ailede erkek hâkimiyetinin baskın olması, ailenin koruma ve destekleme işlevini yerine getirememesi, yakın çevreye ilişkin faktörler arasında ise; yakın çevrenin şiddeti olağan sayarak desteklemesi ve aile içi şiddete karşı yakın çevrenin yaptırımlarının yetersiz olması, toplumsal faktörler bağlamında ise; geleneksel toplumsal cinsiyet normları ve şiddeti destekleyen sosyal normlar olarak ifade edilmektedir (53).

5.1.2.Çocuğa Yönelik Şiddet (Çocuk İstismarı)

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur (54,55). DSÖ bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (56). Çocuk istismarı ihmal, fiziksel, cinsel, duygusal istismar olarak dört ana grupta sınıflandırılmaktadır (55).

Kempe (57,58) 1962 yılında ilk kez hırpalanmış çocuk “*battered child*” terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini çocuk istismarı “*child abuse*” terimine bırakmıştır. Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişmeye kuşkusuz 1989’da Birleşmiş Milletlerce (BM) kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’dir (56). Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (59).

Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar olasılığı o kadar fazladır, 12 yaşından sonra belirgin bir şekilde istismar oranı azalmaktadır (56). Son yıllarda istismar ve ihmale uğrayan çocuk sayısı ve/veya bildirilen vaka oranında artış gözlenmektedir (60). Kız çocuklar istismarla erkeklerden biraz daha fazla karşılaşmaktadırlar (%52'ye %48). Cinsel istismar dışında fail %77 olasılıkla aile, %11 olasılıkla diğer akrabalar, %5 bakımla ilgisi olmayan kişiler, %2 ise çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişiler arasından saptanmıştır (57). Cinsel istismar vakalarında da istismarın yüksek oranda aile bireyleri veya akrabalar tarafından yapıldığı bilinmektedir. Faillerin çoğu 20-40 yaşlarında erkeklerdir (56).

İstismara bağlı ölüm nedenleri sıklık sırasıyla süt çocuklarında sarsılmış bebek sendromu, künt travma ve boğulma, 1-4 yaş arasında künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve ihmal, dört yaş üzerindeki çocuklarda ise künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve zehirlenmelerdir (61).

Kadınlar genellikle çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olduğundan, istismardan erkeklere göre daha fazla sorumludur. Ancak baba da evdeyse, özellikle de işsizse bu istatistik tersine dönmektedir. İstismarcı anne-babalar genellikle kendi kişisel memnuniyetini çocuğunkinden üstün tutan, çocuğu gereksinimlerini karşılayacak bir alet yerine koyan, çocukla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı, duygularını kontrol edemeyen kişilik yapısındadır (56). Çocuk anne-babasının beklentilerini kaçınılmaz olarak karşılayamadığında anne-baba bunu hıyanet olarak algılar ve kızar, sık sık çocuğu cezalandırma yöntemine başvurmaya başlar (57). Anne-babalarda ilaç veya alkol bağımlılığı ile psikotik sorunların varlığı istismar riskini artırmaktadır. İstenmeyen gebeliklerden doğan, gayrimeşru, anne-babanın istediği cinsten olmayan, kriz dönemlerinde doğan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklar istismara açıktır. Bu çocuklarda sıklıkla kötü beslenme, huysuzluk, uyku düzensizlikleri, aşırı ağlama, hiperaktivite, davranış bozuklukları, mental veya fiziksel sorunlar, kronik hastalıklar gibi başka sorunlar da eşlik eder. Konjenital anomali, prematürite, ikiz eşi olmak veya annenin sorunlarına bağlı olarak erken dönemde anne-bebek ayrılığı öyküsü, dolayısıyla da anne-bebek bağının iyi kurulamamış olmasına sık rastlanır. İstismarın sık yaşandığı dönemler, sıklıkla anne-babanın başa çıkma mekanizmalarının tükendiği kriz yaratan durumlar tarafından tetiklenir. Çocuk istismarının sosyo-ekonomik açıdan avantajsız kabul edilen gruplardan çıkma olasılığı daha fazladır. Bunlar arasında ilk akla gelenler maddi sorunlar, işsizlik, ailevi tartışmalar, hastalıklar ve anne-babadan birinin olmayışdır (56).

Eşleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların kendi çocuklarına daha ağır cezalar verdikleri ve kötü muamelede bulundukları saptanmıştır. Ailede yaşanan olaylardan erkek çocuklar, erkeklerin kadınlara istedikleri gibi davranmaya hakları olduğu, kız çocuklar ise kadınların istismarcı davranışlara katlanmaları gerektiğini düşünür (56). Ev içi şiddetle karşılaşan çocuklarda davranış bozuklukları, gelişmede gecikme sık görülmektedir ve bu çocukların geleceğin istismarcıları olma olasılığı daha fazladır (62).

5.1.3.Yaşlıya Yönelik Şiddet (Yaşlı İstismarı)

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden bir değişim süreci olarak kabul edilmektedir (63). Bizler yeteneklerimizle doğmayıp, bunları yaşla birlikte elde ederiz, dolayısıyla eğer yeterince uzun yaşarsak bunların çoğunu yeniden kaybederiz (64). Yaşlılık dönemi bireyin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir (65).

DSÖ'nün 1998 yılı Dünya Sağlık Raporu'nda yaşlanma, özürllüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma şeklinde tanımlanmaktadır (45). Her toplumda, her kültürde ve her ekonomik düzeyde görülebilen istismar sadece aile içinde veya genel nüfusta değil, sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda da görülen fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıya zarar verme ve ondan faydalanma şeklinde kendini gösteren ciddi toplumsal bir sorundur (65).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu (NCPEA) ve DSÖ Toronto Deklarasyonuna göre yaşlı istismarı, güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış veya belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması şeklinde de tanımlanabilmektedir (66).

Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (*aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar*), yaşlının günlük gereksinimlerini karşılamaması durumudur (67,68). Ayrıca yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (69).

Son 30-40 yıl içinde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması, beslenme alışkanlığının olumlu yönde gelişmesi gibi faktörler ölüm hızını düşürmüştür. Bunların sonucunda, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (66). Dünya'nın 1995'te 542 milyon olan 60 yaş ve üzerindeki nüfusunun 2025 yılına kadar yaklaşık 1,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir (67). Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, artık gelişmiş ülkeler kadar, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde 1998-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfusunun %240 oranında artacağı beklenmektedir. Ülkemizde 1985 nüfus sayımlarına göre nüfusun %4,2'sini, 2003 yılında ise %7'sini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmuştur. Doğumdan beklenen yaşam umudu geçtiğimiz yarım yüzyılın ortalarında 50 yıl iken giderek artarak 70-75 yıla ulaşmıştır (66).

Bu demografik değişimin etkileri her toplumda farklı sorunlarla kendini göstermektedir. Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler, tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket, geniş haneleri çekirdek aileler halinde bölünmeye zorlamaktadır. Geniş aile kurumundan çözülmeye, çekirdek aileye dönüşmeye yol açan sosyo-ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturulan evi dar ve yetersiz bulma gibi biçimler şeklinde kendini göstermekte; bireydeki bu yansımalarıyla önemli sağlık ve bakım sorunlarını yaratmaktadır (66). Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte yaşanan ekonomik güçlükler yaşlı bireyin evde veya kurumda bakımında, bakım ilişkisinin yeterince desteklenemediği durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelebilmektedir (70-72).

5.2.Okulda Şiddet

Öğrenim çağındaki bir bireyin en fazla zamanını geçirdiği ortamlardan biri, belki de birincisi okuldur. İyi ve mutlu bir toplum yaratmak için oluşturulan, eğitim ve öğretim etkinliklerinin gerçekleştirildiği yer olan okul, ergenlere çok yönlü sosyal destek sağlar ve onları toplumdan alır, yetiştirerek geleceğe hazırlar ve tekrar topluma sunar. Okulun basitleştirme, denge kurma ve temizleme olmak üzere üç temel işlevi vardır (73). Okulun basitleştirme işlevi; karmaşık bilgileri basitleştirmek, denge kurma işlevi; bireyi

topluluktan toplum yaşamına ulaştırmak, temizleme işlevi; mevcut çevrede var olan işe yaramaz ve zararlı özellikleri olanaklar ölçüsünde ortadan kaldırarak temiz bir çevre hazırlamaktır (74). Okulun bu işlevlerine rağmen okullarda istenmeyen öğrenci davranışları görülebilmektedir. Herhangi bir davranışın istenen bir davranış mı, yoksa istenmeyen bir davranış mı olduğu; davranışta bulunan kişinin, davranışın yöneltildiği kişinin ve davranışın olduğu ortamın özelliklerine bağlıdır (73). Bununla birlikte, okuldaki eğitsel çabaları engelleyen her türlü davranış istenmeyen davranış olarak ifade edilmektedir (75). İstenmeyen davranışlar yıkıcı olmayandan yıkıcı olana kadar geniş bir davranış dağılımını kapsamaktadır (73). Saldırganlık ve şiddet içeren öğrenci davranışları da okullarda bu davranışlar kapsamında yer almaktadır (76). Okullarda saldırganlık ve şiddetin görüntüsü, bir öğrencinin bir kişiye (öğrenci, öğretmen, yönetici gibi) küfür etmesinden, fiziksel zarar vererek sözlü tehditte bulunmaya, okul koridorunda iterek düşürmeye, kavgaya kavgaya, silahla bir başka kişiyi tehdit etmeye, tecavüz etmeye/tecavüze teşebbüse, bıçakla yaralamaya veya öldürmeye ya da uyuşturucu/alkol alarak okula gelmeye kadar uzanan farklı biçimler de görülebilmektedir (77).

Ülkemizde yapılan araştırmalar, okullarda saldırganlık ve şiddet olaylarının dikkat çekici oranda olduğunu ortaya koymaktadır (78-81). Gencin veya çocuğun saldırganlık ve şiddet davranışı gösterme ihtimalini arttıran risk faktörleri toplumsal (*yoksulluk gibi*), ailesel (*olumsuz ebeveyn modeli gibi*), okulla ilgili (*düşük öğrenci katılımı, sosyal aktivitelerin yetersizliği, adaletsiz uygulamalar ve öğretmen tutumları gibi*) ve bireysel faktörler (*gelişimsel zorluklar, antisosyal davranışlar, akademik başarısızlık, okula uyum sağlayamama gibi*) olmak üzere dört grupta özetlenebilir (73).

Okul da öğrencilerin saldırgan ve şiddet davranışlarını artıran risk faktörlerine sahip olabilir. Okulun fiziksel yetersizlikleri, personel ve öğrenciler arasındaki ilişkilerdeki yetersizlik, öğrenci mevcudunun fazlalığı, katı kurallar, sıkı disiplin, program seçeneklerinin sınırlı olması, adaletsiz uygulamalar ve öğrenci özgürlüğünün sınırlandırılması ile okullardaki şiddet olayları arasında yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Olumlu okul davranışları ile okul özellikleri arasında da anlamlı bir ilişki vardır. Bu özellikler; etkili sınıf yönetimi, açık ve net okul kuralları ve okul değerlerinin sürekliliğidir (73).

5.3.İşyerinde Şiddet (*Mobbing*)

İşyeri ve çalışma koşulları ile yakından ilişkili olan işyeri şiddetinin, küresel ölçekte yaygın bir sorun olduğu kabul edilmektedir. İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir (83). İşyerinde psikolojik yıldırma veya İngilizce söyleniş şekliyle *mobbing*, çalışma yaşamının var oluşundan bu yana yaşanan, ancak insan doğasının gereğinden ötürü açığa çıkarmaktan kaçınılan, adeta bilinmezden gelen karmaşık, çok boyutlu ve çok disiplinli bir kavramdır. *Mobbing* kavramı son on yıldır akademik olarak birçok boyutuyla incelenen bir konudur (84).

Başlangıçta işyerinde var olan rekabetten kaynaklanan psikolojik baskılarla ortaya çıktığı düşünülen, ancak varlığı ve boyutunun önemi daha önce fark edilmeyen ve özellikle istifa ederek işyerlerinden ayrılan çalışanlar arasında sık görülen bu olguya, “*mobbing*” (*işyerinde psikolojik taciz*) adı verilmektedir. *Mobbing*, işyerinde diğer çalışanlar veya işverenler tarafından tekrarlanan saldırılar şeklinde uygulanan, bir çeşit psikolojik terördür (82). Kavram, çalışanlara üstleri, astları veya eşit düzeydeki çalışanlar tarafından sistematik biçimde uygulanan her tür kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama gibi davranışları ifade eden anlamlar içermektedir (85).

Kavramın terminolojisine baktığımızda “*mobbing*”, yuvalarını korumak için saldırganın etrafında uçan kuşların davranışlarını betimlemek amacıyla ilk kez 19. yüzyılda biyologlar tarafından kullanılan İngilizce bir terimdir (84). Kavramın daha sonra 1960’larda, hayvan davranışlarını inceleyen sosyal psikolog *Lorenz* tarafından, küçük hayvan gruplarının daha güçlü ve yalnız bir hayvana toplu şekilde hücum ederek uzaklaştırması; ya da aynı kuluçkadan çıkan kuşlar arasında yaşanan ve diğer kuşların, aralarındaki en zayıf kuşu yiyecek ve sudan uzak tutarak dışlaması, iyice güçsüz bir hale getirmesi ve en sonunda da fiziksel saldırılarla öldürerek grubun dışına atması durumunu ifade etmek amacıyla kullanıldığı görülmektedir (82).

İş yaşamında ise *mobbing* kavramı ilk kez, 80’li yıllarda İsveç’te yaşayan Alman çalışma psikologu *Leymann* tarafından, belli bir işyerinde çalışanlar arasında benzer tipte, uzun dönemli, düşmanca ve saldırgan davranışların varlığına dair yaptığı saptamaların sonucunda kullanılmıştır. İşyerinde psikolojik şiddet anlamına gelen “*mobbing*” kavramı,

çalışma psikolojisi alanında yapılan araştırmalarda, çalışanların birbirlerini rahatsız ve huzursuz edici davranışlarla taciz etmeleri, birbirlerine kötü davranmaları; kısaca, kişilerarası psikolojik şiddet uygulamaları anlamında kullanılmaktadır. İşyerinde psikolojik şiddet, örgüt içinde gerilimin ve çatışmalı bir iklimin oluşmasına neden olan tüm psikolojik faktörlerin birleşimi sonucunda ortaya çıkan, örgüt sağlığını bozan, çalışanların iş doyumu ve çalışma başarısını olumsuz yönde etkileyen temel bir örgütsel sorundur. Bu durum uzun bir süre devam ettiği takdirde bireyin, örgüt ve çalışma yaşamının dışına itilmesi kaçınılmazdır (82). 2001’de İngiltere’de *Griffith Üniversitesi*’nde yapılan bir araştırmada, işyerlerinde yaşanan psikolojik şiddet olaylarının, ulusal ekonomiye yıllık toplam maliyetinin 17-36 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (83). Avrupa Birliği ülkelerinin birçoğu işyerinde uygulanan psikolojik tacizle mücadele için düzenleyici önlemler almış olup, ortak bir anlaşma üzerinde çalışmaktadırlar (82).

5.4.Siber Şiddet

Günümüz de yeni gelişmelerin odak noktasını, insanın insana ve insanın bilgiye ulaşması sürecinin yeniden tanımlanmasına yol açan teknolojik gelişmeler oluşturmaktadır. Tüm dünyayı saran iletişim ve bilgisayar ağları yaşam tarzını değiştirmekte ve biçimlendirmektedir (86). Bu dönüşüm ile birlikte haber akışı hızlanmakta, gereksinim duyulan bilginin yapısı değişmektedir (87).

Günümüzde bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanımının sıklığının artması ve ulaşılabilirliğinin kolaylığı şiddet ile zorbalığın siber ortamın teknoloji alanında yer almasına neden olmuştur. Yapılan birçok araştırmada bilgi ve iletişim araçlarının kullanım sıklığı ile siber zorbalık arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (88-90). Bilgi ve iletişim araçlarının kullanım sıklığı arttıkça siber zorba/kurban olma durumu da artmaktadır (86).

Siber şiddet elektronik posta, cep telefonu, SMS mesajları, internet siteleri gibi elektronik iletişim araçları kullanılarak herhangi bir bireye bilerek, isteyerek ve tekrarlayan bir şekilde zarar verme durumudur. Söz edilen taciz; tehdit edici söylem veya mesajlar, rahatsız edici, bıkırtıcı, utandırıcı tacizler, kişiyi sosyal ortamdan dışlamak ya da dışlanmasına zemin hazırlamak şeklinde olabileceği gibi, sanal ortamda cinsel saldırı şeklinde de gerçekleştirilebilir. Ayrıca başkalarının e-postalarının izinsiz olarak okunması, kişisel şifrelerinin kullanılması da siber şiddet olarak nitelendirilmektedir (88).

Siber zorbalık, failin anonimliği ve günün 24 saati rahatsız etme gücü açılarından, geleneksel zorbalıklardan farklıdır (91,95). Bunların yanında geleneksel zorbalıkta, zorba ve kurban arasında fiziksel bir dengesizlik olması gerekirken, sanal zorbalıkta bu güç dengesizliği fiziksel nitelikte değil dijital teknolojiye sahip olma ve teknoloji okuryazarı olma yönünde eğilim göstermektedir (94).

5.5.Kişinin Kendisine Yönelik Şiddet (İntihar)

İntihar; kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir. Kişinin özbenliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir. DSÖ'nün verilerine göre dünyada yılda 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Bu nedenle bu durum bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilebilir (96).

Ülkemizde 2013 yılı istatistiklerine göre erkeklerde intihar hızı 6,08/100.000, kadınlarda 2,30/100.000, genelde 4,19/100.000 olarak bulunmuştur. İntihar hızının en yüksek olduğu yaş grubu, erkeklerde yüz binde 14,63 ile “75 ve üzeri” yaş grubu, kadınlarda ise yüz binde 5,52 ile “15-19” yaş grubu olmuştur (98).

Kişinin kendi yaşamını kendi eliyle sonlandırma isteğinin altında yatan süreçler karmaşıktır ve biyolojik, psikolojik, toplumsal birçok etmenin birlikte rol oynamasıyla harekete geçmektedir. İnsanları, kendini öldürmeye iten en önemli nedenlerin başında psikiyatrik rahatsızlıklar gelmektedir (101).

Travmatik yaşam olayları psikiyatrik rahatsızlıkların görünürdeki en önemli nedenlerindendir. Travmatik yaşam olayları kişinin anne-babasından, sevgilisinden, eşinden, arkadaşından ayrılması, doğup büyüdüğü yerlerden ayrılması veya koparılması, bedensel herhangi bir hastalığa yakalanması, savaş-işkence-cinsel taciz ve tecavüz gibi şiddet olaylarını yaşaması, deprem, sel, toprak kayması, yangın gibi doğal felaketler yaşaması, ekonomik kayıplar, mesleki, akademik ve ticari başarısızlık gibi durumları kapsamaktadır (101). Hasta olmayanlarla karşılaştırıldığında, bu tür olayların psikiyatri hastalarının başlarına gelme oranı daha yüksektir (102,103). Travmatik yaşam olayları kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirmektedir (101).

6.ŞİDDET SUÇLARI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

Şiddet suçları ile ilgili düzenlemeler Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) içinde yer almaktadır. Şahıslara karşı işlenen şiddet suçları gerek bireyi gerekse toplumu derinden yaralayan sonuçlar ortaya çıkarmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. 5237 sayılı TCK'da şiddet içeren davranışları ve cezalarını tanımlayan birçok madde mevcuttur. Bunlar içerisinde; soykırım suçları (md.76), insanlığa karşı suçlar (md.77), kasten öldürme suçu (md.81), intihara yönlendirme suçu (md.84), taksirle öldürme suçu (md.85), kasten yaralama suçu (md.86), kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi suçu (md.88), taksirle yaralama suçu (md.89), işkence suçu (md.94), eziyet suçu (md.96), cinsel saldırı suçu (md.102), çocukların cinsel istismarı suçu (md.103), cinsel taciz suçu (md.105), cebir suçu (md.108), hakaret suçu (md.125) sayılabilir (108).

Ayrıca bazı özel şiddet türleri için çıkartılmış yasal düzenlemeler de bulunmaktadır. Bunlar arasında; 08.03.2012 tarih ve 6284 sayılı "*Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine*" dair kanun ve 31.03.2011 tarih ve 6222 sayılı "*Sporda Şiddet ve Düzensizliğin Önlenmesine*" dair kanun sayılabilir (109,110).

7. HEKİME YÖNELİK ŞİDDET

7.1.Hekime Yönelik Şiddetin Boyutu

Son birkaç yılda saldırıya uğrayarak ölen ya da yaralanan hekimlerin sayısındaki artış kaygı verici düzeydedir. Öte yandan sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrasında belirgin biçimde arttığı açıktır. Verimlilik, rekabet, karlılık, performans ücretlendirilmesi gibi iktisadi kavramlar ekseninde yürütülen sağlık tartışmalarının işaret ettiği piyasa eksenli yapılandırma bu artışın temel nedeni olarak gösterilmektedir (111).

Mesleki riskler konusundaki eğitim düzeyinin düşüklüğü düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının ne kadar büyük bir sorunla karşı karşıya olduğu daha iyi anlaşılabilir (112,113). Ayrıca bu tablo karşısında sağlık çalışanları sıklıkla yalnız kalmakta, olayları rapor etmemekte, rapor edilen durumlarda ise olay bir şekilde kapatılmaya çalışılmaktadır (114).

Araştırmacılar şiddetin iş yerlerinde yaygın olduğunu ve mesleki tehlike oluşturduğunu, iş yeri şiddetinde artış olduğunu belirtmişlerdir (119-122). Yine, alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı

şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır (123). Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı belirtilmektedir (115). Bir çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu, sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği bildirilmiştir (116). Bu konuda yapılan başka bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarının %40'ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları ortaya konmuştur (117). Toplumda ve işyerlerinde şiddet sıklığının yaygın olduğu ancak bu durumun bildirilmediği için kayıt altına alınamadığı belirtilmiştir (118).

Dünyadaki duruma baktığımızda; Amerika'da şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının sayısının da % 34 artış olduğu, son beş yılda ise 73 sağlık çalışanının şiddete uğrayarak hayatını kaybettiği, İngiltere'de her yıl ortalama 65 bin sağlık çalışanının şiddet gördüğü belirtilmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) verilerine göre; Bulgaristan'da sağlık personelinin %75'inin, Avustralya'da %67'sinin ve Portekiz'de %60'ının her yıl en az bir kere fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kaldığı ifade edilmektedir.

İngiltere'de 14 yıldır “*Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans*” kampanyası yürütülmektedir. Bu kapsamda İngiltere'de hastanelere güvenlik kameraları yerleştirilmekte, giriş-çıkışlar kontrol altına alınmakta, ışıklandırma sistemleri ve bilgilendirici işaretler artırılmaktadır. Fransa'da sağlık çalışanları şiddete maruz kaldığı anda hizmetten çekilebilmekte ve iş bırakabilmektedirler. Kuzey İrlanda'da birçok klinikte panik butonu sistemi bulunmaktadır. Belçika, Danimarka ve Fransa'da sağlık kurum ve kuruluşlarında özel güvenlik şirketlerinden hizmet satın alarak koruma sağlanmaktadır.

Ülkemizde Türk Tabipler Birliği (TTB) Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın hazırladığı 2008 tarihli şiddet raporunda; hekimlere meslek hayatları boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda, her dört hekimden üçü en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kaldıklarını belirtmektedir. Kariyeri süresince hiç şiddete maruz kalmadığını ifade eden hekimlerin oranı sadece %25,5'dir. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygınlaşma eğilimini gözler önüne sermektedir. Zira her üç hekimden biri (%36,5) son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kaldığını dile

getirmektedir (113). Yine Türkiye’de yapılan diğer çalışmalar da, sağlık hizmeti alanında şiddetin son yıllarda giderek yaygınlaştığı yönündedir (124,125).

7.2.Hekime Yönelik Şiddetin Nedenleri

SDP ile sağlık alınır satılır bir meta haline getirilmiştir. Bu yapı, hastaların ekonomik gücünü öne çıkardığı için hasta-hekim ilişkisinin temelini sarsmaktadır (111). Performans sistemiyle birlikte hem hekimlerin mesleğe bakış açısı değişmiş hem de hasta ve hasta yakınlarının hekimlere güveni sarsılmıştır. Hasta sayısına göre ücretlendirme; gereksiz tahlil yaptırma ve tedavi uygulama gibi yollara hekimi sevk ederken, bunu deneyimleyen hasta ve hasta yakınları da genelde hastanelere ve özelde ise hekimlere güven duymamaya, yapılan işlemleri sorgulamaya/hesap sormaya başlamıştır (127). Yaşanan bu süreç hekimlerin toplum nezdinde statü ve saygınlığında aşınmaya yol açmaktadır (111).

Gerçekten de Türkiye’de son on yılda uygulamaya konan SDP, kamu sağlık sunumunun kurumsal yapısında ve çalışma ortamında köklü değişimlere yol açmıştır (128). Bu çerçevede SDP, kamu sağlık sunumunda var olan devlet ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri ayırımına dayalı modeli sonlandırarak kamu sağlık hizmet sunumunu tek model altında birleştirmiştir. Birinci basamakta yer alan sağlık ocaklarının yerine aile sağlık merkezleri uygulamasına geçilmiştir. Diğer taraftan özel sektör yatırımları teşvik edilmiştir. Öte yandan kamu sigortası özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımının önünü açmıştır. Bu bağlamda özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmet sunum modeli, hasta karşılama ve çalışma prensiplerine ilişkin pozitif deneyim, kamu hizmet sunum modelindeki sorunlara ilişkin var olan negatif algıyı daha da derinleştirmiştir (111). Bu durum “*verimli çalışan*” özele karşı, “*hantal ve verimsiz çalışan*” kamu algısını güçlendirmiştir (129).

Diğer taraftan SDP çerçevesinde kamuda özel muayenenin sonlandırılması, kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehane işletmelerine son verilmesi, tam-gün çalışma ve malpraktis gibi düzenlemeler kamuda görev yapan hekimlerin ücret ve refah düzeylerinde baskıyı beraberinde getirmiştir. Performans sistemi ile beraber hastalar kendilerine önerilen tedavinin gerçekten hastalıklarından mı, yoksa performans koşullandırmasının bir sonucumu olduğu konusunda açmaza düşmüşlerdir (111). Hastalarda artan bu güvensizlik malpraktis kaygısı ile birleştiğinde hem sağlık harcamalarını gereksiz yere arttırmış, hem

de güvene dayalı kurulması gereken hasta-hekim etkileşimini negatif yönde biçimlendirmiştir (125).

Hasta haklarının iyileştirilmesi ve bu konuda hastaların daha da bilinçlendirilmesi beraberinde hastaların hakları doğrultusunda hizmet talep etmelerini sağlamıştır. Hastalar hizmet aldıkları sağlık personeline karşı güvensizlik duymakta, hekimlerin koyduğu teşhislere itibar etmemekte, hekimler tarafından konulan teşhisler farklı hekimlerin de aynı teşhisi koymasıyla geçerlilik kazanmaktadır. Bir hekimin ortaya koyduğu teşhisi başka bir hekim yalanlıyorsa ya da aynı teşhisi koymuyorsa hastalar bunların hesabını sormak adına, hekimlerin cezalarını kendileri kesme yoluna başvurmaktadırlar. Yasal süreci takip ederek hekime karşı suç duyurusunda bulunmak yerine, o hekime gidip şiddet uygulamayı tercih etmektedirler (127).

SDP'nin tetiklediği/inşa ettiği bu değişim süreci, hekimler tarafından belirsizliklerin arttığı, mesleki prestij, toplumsal saygınlık ve özlük haklarında aşınmayla birlikte çalışma güvenliğinin de zayıfladığı bir dönem olarak deneyimlenmektedir (111).

Böylesi bir ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi olağan bir durum haline gelmektedir (113,125). Nitekim son yıllarda sadece geleneksel olarak şiddete maruz kalma riski yüksek olan acil servis, psikiyatri, 112 çalışanları dışında tüm hekim gruplarının yaygın olarak sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldıkları bir süreç yaşanmaktadır. Hiç şüphesiz ki, zaman zaman cinayetlerle sonuçlanan sağlıkta şiddet ortamı, çalışma güvenliğini zedelemekte ve hekimlerde/sağlık çalışanlarında umutsuzluk ve mağduriyet duygusunu derinleştirmektedir (111).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışının artışı, sağlık sistemine ilişkin etmenler, ekonomik, sosyal ve politik süreçlerin yanı sıra saldırgan bireyin içsel yaşantılarının, aktarım dinamiklerinin ve “hasta” rolüne ilişkin ruhsal ihtiyaçlarının da önemli olduğu belirtilmektedir (130,131). Psikodinamik yaklaşıma göre; hastalar önce başvurduğu doktoru idealize eder, yüceleştirir. O doktor onun son çaresidir. Varlığına yönelik tehdit durumunda hasta ya doktora tam olarak kendini teslim eder, ya da tedirginlik içinde tedaviye uyum göstermez, “*iyi bakılmadığını*”, doktorun onun “*hastalığını anlamadığını*” söylemeye başlar (132).

Sağlık çalışanlarının, saldırgan davranışla baş etme, hastalarla iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimli olamamaları ve eğitim yetersizliklerinin olması nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı ifade edilmektedir (133).

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin temel nedenlerinden birisi de sağlık kurumlarında yaşanan organizasyonel sorunlardır. Benzer biçimde sağlık birimlerinde acil durumlara ve kriz sorunlarına nasıl yaklaşılacağı yazılı olarak tanımlanmamış, sorumlular belirlenmemiş ve özellikle acil hizmet organizasyonları hasta yakınları üzerinden sürdürülmeye çalışılmıştır. Tüm bu sorunların yanı sıra sağlık sisteminde her geçen gün etkisini arttıran bir evrak, bilgisayar bazlı kayıt sorunu ve sürekli değişen bürokratik uygulamaların yarattığı karmaşa ortamı mevcuttur (111).

Şiddete maruz kalan hekimlerin her geçen gün artması, medyanın bu konuda hekimlerin yanında olmaktan kaçınması ve hükümetin yayınladığı hasta haklarına yönelik yasa ile birlikte hükümet kendisini arka plana atmakta ve yaşanan, yaşanabilecek hemen hemen her konuda sorumluluğu hekime yüklemektedir. Hekimlerin çalışma saatlerinin fazlalığı, performans sisteminin hali hazırda devam eden bir uygulama olması nitelikli sağlık hizmetinin imkânsız hale gelmesine sebebiyet vermektedir (111).

7.3.Hekime Yönelik Şiddeti Uygulayan ve Uğrayanların Özellikleri

Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanlar çoğunlukla hastalar ve hasta yakınlarıdır (134-140). Cinsiyet açısından ele alındığında, şiddet uygulayanlar genellikle erkeklerdir (133-135,139,141). Bekar sağlık çalışanlarının daha fazla şiddete maruz kaldığına yönelik araştırmalar da bulunmaktadır (142,143).

Hasta yakınlarının kendi hastalarının daha acil olduğu düşüncesiyle bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemesi, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması, işlerin düzenli yürümediği veya öncelik sıralamasında adil davranılmadığı yönünde şüphelerinin olması, bekleme sürelerinin yüksek olması, kalabalığın olması, stresli aile üyelerinin varlığı, kafa travmasının olması, metabolik hastalığı olanların, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyonu olanların, nörolojik sorunu olanların (*Alzheimer hastalığı veya beyin disfonksiyonu gibi*), psikiyatrik hastalığı olanların bulunması şiddet uygulayanlarla ilgili faktörlerdir (133,137,141,143-148). Ayrıca hızlı konuşan, ses tonu kızgın, yerinde duramayan, paranoyak sanrısız yorumlarda bulunan, saldırgan ifadeler ya da tehditlerde bulunan, yumruklarını sıkmış, gergin bir duruşu

bulunan kişiler şiddet uygulamaya adaydır (149). Şiddete eğilimli kişilerin daha çok otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişiler olduğu belirtilmektedir (150).

Acil servis, psikiyatri servisleri, yoğun bakım üniteleri, yaşlı bakım üniteleri ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (133,137,139-141,144). Aynı zamanda gece nöbetlerinde daha fazla şiddet görülmektedir (140).

Sağlık çalışanlarından şiddete uğrayanlar sıklıkla kadınlardır (139,144,146,147,151-153). Buna karşın bazı araştırmalarda erkeklerin daha fazla şiddete uğradıkları belirlenmiştir (141,142). *İlhan ve arkadaşlarının* (154) sağlık kurumlarına başvuran bireylerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %56,3'ü sağlık çalışanlarının en çok acil servislerde şiddete maruz kaldığını, %55,5'i şiddet olaylarının en çok devlet hastanesinde meydana geldiğini düşündüğünü ve %79,4'ü sağlık çalışanlarının en çok sözel şiddete maruz kaldığını, katılımcıların %62,7'si sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma nedeninin “*muayene sırasında fazla bekleme*” olduğunu, katılımcıların %38,2'si sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddetin, %43,4'si sözel şiddetin cinsiyete göre değişmediğini belirtmişlerdir.

Birçok çalışmada çalışanların deneyimleri de irdelenmiştir. Bazı çalışmalarda 5-10 yıl arası çalışanlarda şiddet riski daha yüksek bulunmuştur (144). Bazı çalışmalarda ise ilk 5 yılda şiddete uğrama riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (155). Yine kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığına ve şiddetin en fazla acilde olduğuna yönelik araştırmalar da bulunmaktadır (138,156).

Adaş ve arkadaşlarının (113) raporunda; hekimlerin %60'a yakın bir bölümü hasta yakınlarından şiddet gördüklerini ifade etmektedir. Hastalardan hekimlere yönelik gelen şiddet ise %6,3'tür. Hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde; hekimlerin %87'si bu iki gruptan gelen şiddete maruz kalmaktadır. Diğer taraftan, hekimlerin %13 gibi azımsanmayacak bir bölümü ise hem sağlık çalışanlarından ve hem de hastane yönetiminden şiddet gördüklerini dile getirmektedir. Şiddete başvuranlar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; şiddet uygulayanların ezici bir çoğunluğu erkeklerden oluşmaktadır. Hekimlerin %93'ü ya tamamen erkeklerden ya da çoğunluğu erkeklerden oluşan kişiler tarafından şiddet görmektedir. Şiddete başvuranların çoğunlukla kadınlardan

veya tümünün kadınlardan oluştuğunu dile getiren hekimlerin oranı sadece %7'dir. Hekimlere şiddete başvurma ile hastaların gelir durumu arasındaki ilişki sorulduğunda; hekimlerin büyük bir çoğunluğunun, hastaların gelir düzeyi arttıkça şiddete başvurma eğiliminin azaldığı yönünde bir görüşe sahip oldukları görülmektedir. Buna göre, “*yoksul hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurmaktadır*” önermesine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı %66 iken, orta ve üst sınıf mensubu kişilerin daha çok şiddete başvurdıkları fikrine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı ise, sırasıyla %36,9 ve %28,6'dır. Hastanın eğitimi ile şiddete başvurma eğilimi arasındaki ilişki sorulduğunda, hekimlerin %87'si düşük, %18,4'ü yüksek eğitilmiş hastaların daha çok şiddete başvurdıkları fikrine katılmaktadır.

Ayrancı ve arkadaşlarının (155) araştırmasında; erkek sağlık çalışanlarının şiddete uğrama oranı %48.4 dür. Yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, en fazla şiddetin 30-39 yaş grubunda (%54.4), ikinci sırada %52.0 oranla 29 ve altı yaş grubunda görüldüğü, en az şiddete uğrayanların ise 50 yaş ve üzerinde (%21.1) olduğu görülmektedir. Pratisyen hekimlerin şiddete uğrama oranı (%67.6), dâhili grup (%47.9) ve cerrahi gruptaki (%53.8) hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Üniversite hastanesi, SSK hastanesi ve özel sağlık birimlerinde çalışanlarda şiddete uğrama oranı, birinci basamak ve devlet hastanesine göre daha düşük saptanmıştır. Acil serviste çalışanların şiddete uğrama oranı diğer birimlerde çalışanlara oranla daha yüksektir.

İlhan ve arkadaşlarının (143) 2009 yılında yayınladıkları çalışmada; asistan ve intern hekimlerden son bir yıl içinde bekarların %62,2'sinin, evlilerin %58,3'ünün, mesleğini isteyerek seçenlerin %60,5'inin, isteyerek seçmeyenlerin %63,6'sının, meslekle ilgili gelecek kaygısı duyanların %76'sının, duymayanların da %48,9'unun şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir. Fiziki koşullardan hiç memnun olmayanların daha fazla şiddete maruz kaldıklarını (%76), üstlerle ilişkilerinden (%78,1) ve çalışma sürelerinden hiç memnun olmayanların (%71,1) şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada vardiyalı (*shift*) çalışanların %72'sinin, vardiyalı (*shift*) çalışmayanların ise %59,3'ünün şiddete maruz kaldıklarını saptandığı, iş yükünü çok ağır olarak değerlendirenlerin şiddete uğrama durumlarının daha yüksek olduğu, ekonomik sıkıntı yaşayanların %67,4'ünün şiddete maruz kaldığı, ekonomik sıkıntı yaşama ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir.

7.4.Hekime Yönelik Şiddetin Olası Etkileri

Şiddet olayları sağlık çalışanları üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere sahiptir (157). Bunlar moral düşüklüğü, iş kaybı, memnuniyetsizlik, iş doyumunda azalma, anksiyete, yaşamını tehdit edecek şekilde yaralanma, huzursuzluk, öfke, stres bozukluğu, kabus, uyku sorunları, bitkinlik, sürekli baş ağrıları, kronik ağrı, spazm, kendine güvensizlik, hayal kırıklığı, korku, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol, sigara kullanımı, intihar, fiziksel yaralanma, özgüvende azalma, mesleğe saygı inancında azalma, kendini suçlama, çaresizlik duygusu, cinsel sorunlar, tükenmişlik duygusu, kişiler arası ilişkilerde bozulma, tekrarlayan saldırı korkusu ve işi bırakma şeklinde geniş bir aralıkta ortaya çıkabilmektedir (158-166).

Çalışmaların bir ortak verisi de, şiddete uğrayan sağlık çalışanının diğer hastalara sunduğu bakım ve tedavi kalitesinin düşmesidir (160,161,167). Hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratarak tükenmişliğe neden olmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (168).

Türkiye’de 2006 yılında yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43.5’i herhangi bir ruhsal sorun belirtmezken, %56.2’sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87.8) tedavi almadığı görülmüştür (159). Samsun’da yapılan bir çalışmada ise, psikiyatri kliniği çalışanlarının durumluk kaygı ve sürekli kaygı skorları yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni de psikiyatri kliniklerinde şiddete uğrama riskinin yüksek olması olarak gösterilmiştir (169). Genel olarak bu yönde yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında akut ve ileriki dönemde ortaya çıkan psikiyatrik durumlara ilişkin ayrıntılı veriler olmadığı görülmektedir (170).

Şiddet sadece çalışan üzerinde değil, çalışanın iş arkadaşları, ailesi ve arkadaşları üzerinde de olumsuz etki oluşturma potansiyeli taşır (157). Ailesi ve arkadaşları üzerinde şok, güvensizlik/inancını yitirme, inkâr, üzüntü, çalışanın gelecekte tehdit edilmesi ve yaralanmasından korkma, ailenin gelirinde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, aile içi ve sosyal aktivitelere katılımında azalma, olayın fiziksel ve psikolojik etkilerine bağlı olarak aile içi strese neden olduğu, çalışanın iş arkadaşları üzerinde de; inkâr, kendini

suçlama, öfke, artmış stres, kendi güvenliği konusunda korku duyma, işyerinde morallerin bozulması, mağduru suçlama, çalışma arkadaşları arasında çatışma ve güvensizliğe neden olma fiziksel ve/veya psikolojik olarak zarar gören personelin ayrılması nedeniyle iş programının değiştirilmesi/yeniden düzenlenmesi gibi olumsuz etkilere; görgü tanıkları ve diğerleri üzerinde de; şok ve inancını yitirme/güvensizlik, öfke, inkâr, kendi güvenliği konusunda korku duyma gibi etkilere neden olduğu belirtilmektedir (162,165).

Vancouver’da acil serviste çalışan 163 kişi ile yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %48’inin şiddet sonrası vardiyada veya haftanın geri kalanında iş performansının bozulduğu, %74 ünün iş memnuniyetinin azaldığı, %73’ünün hastadan şiddet görmekten korktuğu, %38’inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18’inin acil serviste çalışmak istemedikleri belirtilmiştir (167).

Ayrıca hekimler şiddet görme korkusuyla hasta ve hasta yakınları “benimle ilgilendi” desin diye işe yaramayacak tahliller yaptırabilmekte, riskli hastalara dokunmaya, tedavi etmeye çalışmaya korkmakta, hastanın o anki kurumda tedavi edilme ihtimali varsa dahi sonrasında başına geleceklerden korktuğundan, hastayı sevk etmeyi tercih edebilmektedir (127).

7.5.Hekime Yönelik Şiddeti Önlemeye Yönelik Çalışmalar

7.5.1.Yasal Çalışmalar

Çalışan güvenliğine yönelik mevzuatlardan ilki 16.10.2009 tarihinde yürürlüğe girerek Resmî Gazete’de yayımlanan “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*”dir. “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” 06.04.2011 tarihinde, “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” 28.04.2012 tarihinde resmî gazete de yayınlanarak sağlık çalışanları şiddetten korunmaya çalışılmıştır (38).

14.05.2012 tarihinde “*Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi*” çıkartılmıştır. Bu genelgenin 6’ncı maddesinde; sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunmaları düzenlenmiştir (38).

İçişleri Bakanlığınca 26.04.2012 tarihinde yayımlanan “*Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması*” genelgesi ile yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle

sağlık çalışanlarına karşı; yaralama (*TCK Madde 86–87*), tehdit (*TCK Madde 106*), hakaret (*TCK Madde 125*) fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması görevi verilmiştir (38).

Sağlık Bakanlığı’nca 2011 yılında güncellenen “*Sağlıkta Kalite Standartları*” rehberi ile hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, her yıl düzenli olarak değerlendirmeler yapmak suretiyle, kurumların çalışan güvenliğine yönelik aldığı tedbirlerin uygulanmasını izlemek amaçlanmıştır (38).

Çalışan Güvenliği Genelgesi ile hastane düzeyinde Beyaz Kod uygulaması başlatılmıştır. Beyaz Kod bildirimi; şiddet olayının bildirilmesi ve Beyaz Kod çağrısı (1111) verilmesini takiben olaya müdahale edilmesi ve olayla ilgili tutanak ve formların düzenlenmesi süreçlerini kapsamaktadır (38).

İllerde hukuki süreçleri birebir takip etmek üzere avukatların sorumluluğunda 81 il sağlık müdürlüğünde Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri, bakanlık merkezde ise şiddet olaylarını takip etmek ve süreçleri koordine etmek amacıyla Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuştur. Bakanlık Beyaz Kod Birimi 24 saat hizmet veren “113” numaralı telefon hattı ve “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet adresi ile koordinasyonu sağlamaktadır. Bakanlık Beyaz Kod Biriminin görevleri: Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarını izlemek, sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak, hukuki süreçlerin başlatılması ve takibi ile veri toplama ve analizdir (38).

Sağlık çalışanlarını ilgilendiren 02.01.2014 tarihinde kabul edilen 6514 nolu kanun ile 3359 sayılı kanuna ek madde eklenerek, kamu ve özel de sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 4.12.2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100 üncü maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlar kapsamına sokulmuştur (171). Belirtmek gerekir ki, bu hükmüm şiddete karşı çok etkili olacağı şüphelidir. Sonuçta tutuklama yine hâkimin yetkisindedir. Bu hükmün sınırlı bir etkisi olacağı görülmektedir.

7.5.2.Meslek Örgütü Çalışmaları

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini saptamak ve çözüm önerileri geliştirmek amacıyla, meslek örgütleri ve sendikalarca birçok araştırma, toplantı, çalıştay ve sempozyum yapılmıştır.

Türk Tabipler Birliğinin şiddet ile ilgili çalışmalarının bulunduğu <http://www.ttb.org.tr/siddet/> isimli internet adresi bulunmaktadır. Burada tabip odaları üyeleri hekimler ve sağlık çalışanlarının görevleriyle ilgili maruz kaldıkları şiddetin bildirimini amacıyla tabip odalarının “*alo şiddet hatları*”, Türk Tabipleri Birliği tarafından hekim ve sağlık çalışanlarının sağlık kurumlarındaki görevleriyle ilgili maruz kaldıkları her türlü (sözlü, fiziksel, cinsel) şiddeti bildirmeleri için hazırlanan “*şiddet başvuru formu*”, “*şiddet başvuru istatistikleri*” bulunmakta; ayrıca şiddete uğrandığında yapılması gerekenler anlatılmaktadır. Buna göre şiddete uğrandığında yapılması gerekenler; “*öncelikle kişisel güvenliğinizi sağlayın, saldırgandan uzaklaşarak güvenli bir alanda durun. Hukuksal algoritma; olay yerinde ve anında tutanak tutun ve görgü tanıklarına imzalatın. Hastane polisine/güvenlik birimine bilgi verin. Kurum/çalıştığınız işyeri yetkilisine bilgi verin. Sağlık durumunuzla ilgili tıbbi rapor alın. Tabip odanızın şiddet başvuru hattını arayın/tabip odanıza bilgi verin, kurumsal ve hukuki destek isteyin. İnternet üzerinden Tabip Odası/TTB şiddet başvuru formunu doldurun. Hukuki işlem için şikâyetçi olmasanız dahi (olmanız gerekmez) yine de süreci izleyin. Açılan kamu davasına istediğiniz takdirde müdahil olma hakkınız olduğunu unutmayın. Saldırgandan ya da çalışılan kurum yönetiminden tazminat talep etme hakkınız olduğundan mevcut durumu bu yönüyle de değerlendirin. Şiddet sonrası bedensel/ruhsal tıbbi destek alın*” denilmektedir. Tutanak içeriğinde; şiddete dair olayın gelişiminin/öyküsünün konuşma diliyle anlatılması, saldırının olduğu tarih, saldırı saati, saldırıya uğranılan yer, saldırı anında yapılan iş, saldırının başlama nedeni, detaylı olarak saldırının oluş şekli, türü, kullanılan araçlar, saldırı sonucu vücutta ve çevrede oluşan olumsuzluklar, saldırgan/saldırganların yaş ve cinsiyetleri, biliniyorsa isimleri, saldırıyı görenlerin ad ve soyadları, imzaları varsa iletişim bilgilerinin kayıt alınması gerektiği anlatılmaktadır (172).

Ayrıca yine bu internet sitesinde TTB bünyesinde Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu kurulmuş olup, şiddete maruz kalan hekimlere kurumsal ve hukuki destek verilmektedir (172).

MATERYAL VE METOD

Samsun ili genelinde doktorların her kesiminin temsili amacıyla öğretim üyesi, uzman, uzmanlık öğrencisi, aile hekimi, toplum sağlığı hekimi, acil hekimi, 112 hekimi ve diğer olmak üzere 8 (*sekiz*) farklı grup baz alınmış olup, çalışma için anket uygulama tekniği kullanıldı. Bu amaç ile araştırılmak istenen konuya uygun verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ve uzman görüşüne başvurularak düzenlenen anket formu kullanılmıştır. Anketimizi hekimlerimizin doldurabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi etik kurulundan, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığı ile Sağlık Bakanlığından, sağlık müdürlüğü aracılığı ile Samsun Valiliğinden, Samsun Kamu Hastaneleri Birliğinden ve her bir özel hastanenin başhekimliklerinden ayrı ayrı gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmamıza Samsun merkezi ve ilçelerindeki; üniversite hastanesinden, eğitim ve araştırma hastanesinden, devlet hastanelerinden, aile sağlığı merkezlerinden, toplum sağlığı merkezlerinden, özel hastanelerden, özel klinik ve dal merkezlerinden, 112 acillerinden, adli tıp şube müdürlüğünden, halk sağlığı müdürlüğünden, sağlık müdürlüklerinden olmak üzere toplam 865 hekim katıldı.

Çalışmanın yapıldığı dönemde Samsun il genelinde kamuda, üniversitede ve özelde olmak üzere toplamda 2000'in üzerinde aktif çalışan hekim bulunmaktadır (173,174). Çalışmaya katılan hekim sayısının 865 kişi ile sınırlı kalmasında; anketin yoğun olarak çalışıldığı zamanın yaz mevsimine denk gelmesi nedeniyle hekimlerin önemli bir kısmının izinli olması, gerekli izinler alınmış olsa da bazı kurum idarecilerinin istenilen ilgiyi göstermemesi, azımsanamayacak sayıda hekimin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, hekimlerin çalışma koşulları ile beraber, poliklinik dışında servis, ameliyathane ya da acil'de olabilmeleri nedeniyle ulaşılabilirliklerinin zor olması, birçok hekimin yoğun çalışma tempoları nedeniyle çalışmaya zaman ayıramaması etkili olmuştur.

Bu çalışma 01.06.2013-30.11.2013 tarihleri arasında Samsun il genelinde ankete katılan tıp hekimleri ile tek tek görüşülerek hazırlanmıştır.

Anket çalışması sırasında profesyonel anketörlük kuralları uygulandı. Bu çerçevede içinde; anket hakkında kısa açıklamaların yapıldığı ön bilgilendirme, anket çalışmasının yapılma amacı ve yapan kurumun belirtilmesi, uygun ve rahat bir ortamın sağlanması, anket sorularının cevaplanması için geçen ortalama sürenin bildirilmesi, anketin

doldurulmasının gönüllülük esasına dayandığının hatırlatılması ve sözel onamlarının alınması, anketin cevaplanması esnasında herhangi bir yorum yapılmaması, yönlendirici davranışlarda bulunulmaması, tarafsızlık ilkesine uyulması, anket cevaplandırılması sırasında toplu görüşmeler yapılmaması gibi kurallara azami dikkat ve özen gösterildi. Anketin doldurulması sırasında ankete katılanların içerikle ilgisi bulunmayan, yönlendirme ve tarafsızlığı bozma özelliği bulunmayan sorularına cevap verildi. Anket formları ankete katılanlar tarafından cevaplandıktan sonra uygulayıcı tarafından eksik yönlerin tamamlanması açısından kontrol edildi, eksiklik tespit edilen durumlarda ankete katılanlardan eksikliklerin giderilmesi konusunda uyarıda bulunuldu ve eksiklerin giderilmesi sonrası anket formları ankete katılan katılımcılara yardımları nedeni ile teşekkür edilerek teslim alındı.

Belirlenen anket uygulama esasları doğrultusunda anketlerin cevaplanması sırasında standardizasyonun sağlanması ve anket bilgilendirmesi arasında fark oluşmaması amacı ile çalışmada tek bir anketörün çalışmasına karar verilerek, çalışmada yer alan tüm anket görüşmeleri bizzat tezin yürütücüsü tarafından gerçekleştirildi.

Hazırlanan anket soruları ile saha çalışması yapılmadan önce toplam 10 kişiden oluşan bir grup ile pilot bir anket uygulaması gerçekleştirildi. Bu pilot çalışmanın ardından anket formunda yer alan sorulara içerik ve şekil olarak son hali verildi.

Anket formu tez uygulayıcısı tarafından 38 sorudan oluşacak biçimde hazırlandı ve Microsoft Office 2007 programından faydalanılarak 6 tam sayfa olarak biçimlendirildi (Ek).

Anket formunun ilk sayfasının giriş bölümünde katılımcıları anket hakkında bilgilendirmek için bir giriş paragrafı hazırlandı. Bu paragrafta yapılan çalışmanın amacı, anket formları doldurulurken verilecek doğru cevapların alınacak sonuçların gerçekleri yansıtmaya gücünün arttıracak bilgisi, çalışmada toplanan verilerin tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacağı bilgisi katılımcılara verildi. Ayrıca anket formu doldurulurken verilen yanıtların kime ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için anket formlarına ad ve soy ad yazılmaması bilgisi koyu harflerle uyarı niteliğinde yazıldı.

İki bölümden oluşan anket formunun birinci bölümü kişisel bilgiler (*yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sayısı, fakülteden mezuniyet yılı, meslekteki süre*) ve işyeri bilgilerine (*çalışılan yerleşim yeri, çalışılan kurum, hangi görevde bulunduğu, şu an çalışılan yerdeki görev süresi, haftalık ortalama çalışma saati, günlük ortalama hasta/tetkik*

sayısı, haftalık ortalama nöbet sayısı, günlük çalışma temposu) ait tanımlayıcı 14 sorudan oluşmuştur. Şiddet bilgilerine ait soruların yer aldığı ikinci bölüm ise çalışma yaşamı boyunca şiddete maruz kalınıp kalınmadığı, şiddete maruz kalınmış ise şiddetin türü ve sayısı, en son maruz kalınan şiddetin; türü, şiddeti uygulayanın kimliği, cinsiyeti, yaşı, yaşandığı kurum, meydana geldiği gün, yer, zaman, şiddete uğranıldığında ne yapıldığı, şiddet ile baş etmek için ne yapıldığı, hiç bir şey yapılmadıysa neden yapılmadığı, şiddet sonrası ne yapıldığı, şikâyetçi olunduysa sonucunda ne olduğu, çalışma kaybı olup olmadığı, şiddetin oluşturduğu olumsuz etkilerin ne olduğu, uğranılan şiddetin nedeni sorulmuş, ayrıca çalışılan kurumun şiddete karşı aldığı tedbirlerin yeterli olup olmadığı, iş yerinde hangi şartların olması durumunda daha güvende hissedileceği, hekimlerin maruz kaldığı şiddetin genel olarak nedenleri, performans sisteminin şiddete etkisi ve hekime yönelik şiddeti önlemeye yönelik neler yapılabileceğine yönelik 24 (*yirmi dört*) sorudan oluşmuştur.

Çalışma sonunda tamamlanan 865 anket formu kontrol edilip kodlamaları yapıldıktan sonra Microsoft Office Excel 2007 ve SPSS for Windows bilgisayar programının 13,0 versiyonu kullanılarak hesaplamalar yüzde (%) ve ortalamalar ile saptandı. $p<0,05$ olan sonuçlar istatistiksel öneme sahip olarak kabul edildi.

BULGULAR

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılan 865 hekimden 342'si (%39,5) kadın, 523'ü (%60,5) erkektir. Hekimlerin 183'ü (%21,2) 25-29 yaş grubunda, 165'i (%19,1) 35-39 yaş grubunda ve 146'sı (%16,9) 30-34 yaş grubundadır. Çalışma grubunu oluşturan hekimlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve çocuk sayısının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hekimlerin cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve çocuk sayısının dağılımı.

	Sayı	%
Cinsiyet (n=865)		
Kadın	342	39,5
Erkek	523	60,5
Yaş grubu (n=865)		
<25	22	2,5
25-29	183	21,2
30-34	146	16,9
35-39	165	19,1
40-44	141	16,3
45-49	104	12,0
50-54	49	5,7
55-59	34	3,9
≥60	21	2,4
Medeni durum (n=865)		
Evli	644	74,4
Bekâr	204	23,6
Diğer*	17	2
Çocuk sayısı (n=862)		
Yok	306	35,4
1	248	28,8
2	255	29,6
3	47	5,5
≥4	6	0,7

*Boşanmış, eşi ölmüş

2. ÇALIŞMA YAŞAMI

Meslekteki çalışma sürelerine baktığımızda 20 yıl üstü çalışanların 200 kişi (%23,2) ile en büyük grup olduğu, daha sonra bu grubu 183 kişi (%21,2) ile 11-15 yıl çalışanların ve 168 kişi (%19,5) ile 1-5 yıl çalışanların takip ettiği görülmüştür. Hekimlerin 674'ü (%78,6) il merkezinde çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin 322'si (%37,2) Üniversite Hastanesi, 229'u (%26,5) Devlet Hastanesi, 92'si (%10,6) ise Aile Sağlığı Merkezinde görev yapmakta olup 326'sı (%37,8) uzman doktor, 216'sı (%25,1) uzmanlık öğrencisi, 96'sı (%11,2) öğretim üyesidir. Hekimlerin meslekteki çalışma süreleri, çalıştıkları yerleşim yeri, çalıştıkları sağlık kurumları ve çalıştıkları yerdeki görevlerinin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Hekimlerin meslekteki çalışma süreleri, çalıştıkları yerleşim yeri, çalıştıkları sağlık kurumları ve çalıştıkları yerdeki görevlerinin dağılımı.

	Sayı	%
Süre (Yıl) (n=862)		
<1	44	5,1
1-5	168	19,5
6-10	142	16,5
11-15	183	21,2
16-20	125	14,5
>20	200	23,2
Yerleşim yeri (n=857)		
İl	674	78,6
İlçe	183	21,4
Çalışılan Kurum (n=864)		
Üniversite hastanesi	322	37,2
Eğitim ve araştırma hastanesi	76	8,8
Devlet hastanesi	229	26,5
Aile sağlığı merkezi	92	10,6
Toplum sağlığı merkezi	24	2,8
Özel hastane/klinik	80	9,3
112	11	1,3
Diğer	30	3,5
Unvanı (n=861)		
Öğretim üyesi	96	11,2
Uzman	326	37,8
Uzmanlık öğrencisi	216	25,1
Aile hekimi	93	10,8
Toplum sağlığı merkezi hekimi	22	2,6
Acil servis hekimi	63	7,3
112 Acil yardım hekimi	11	1,3
Diğer	34	3,9

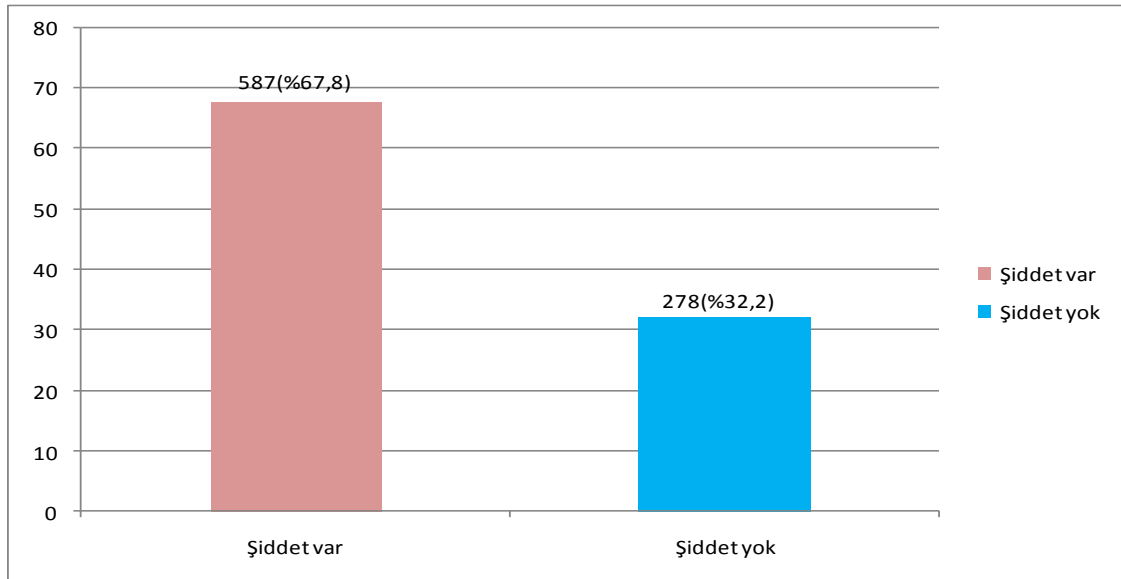
Hekimlerin şu anda çalıştıkları sağlık kurumunda haftalık ortalama çalışma ve nöbet saatleri, günlük ortalama hasta/tetikik sayıları ve kendi çalışma tempoları konusunda düşüncelerinin dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Hekimlerin haftalık ortalama çalışma ve nöbet saatleri, günlük ortalama hasta/tetikik sayısı ile günlük çalışma tempolarının dağılımı.

	Sayı	%
Haftalık ortalama çalışma saati (n=851)		
≤20	5	0,6
21-40	286	33,6
41-60	388	45,6
≥61	172	20,2
Haftalık ortalama nöbet saati (n=823)		
Nöbet yok	353	42,9
≤15	165	20,1
16-30	109	13,2
31-45	67	8,1
≥46	129	15,7
Günlük ortalama hasta/ tetikik sayısı (n=799)		
≤15	172	21,5
16-30	218	27,3
31-55	203	25,4
≥56	206	25,8
Günlük alışma temposu (n=823)		
Çok ağır	153	18,6
Ağır	331	40,2
Normal	294	35,7
Ağır değil	30	3,7
Hiç ağır değil	15	1,8

3. ÇALIşMA YAşAMI BOYUNCA YAşANAN şİDDETİN ÖZELLİKLERİ

Hekimlerin 587'si (%67,8) alışma yaşamı boyunca en az bir kez mesleği nedeniyle şiddete uğradığını ifade etmiştir. Hekimlerin yaşamları boyunca şiddete uğrama durumlarının dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.



Grafik 1. Hekimlerin yaşamları boyunca şiddete uğrama durumlarının dağılımı.

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin %72,2'si, erkeklerin ise %65'i çalışma yaşamı boyunca en az bir kez meslekleri nedeniyle şiddete maruz kaldıklarını bildirmiş olup şiddete uğrama ile cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hekimlerin cinsiyetlerine göre şiddete uğrama durumlarının dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hekimlerin cinsiyetlerine göre şiddete uğrama durumlarının dağılımı.

Cinsiyet	Şiddet var		Şiddet yok		Toplam		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kadın	247	72,2	95	27,8	342	100	4,93	0,03
Erkek	340	65	183	35	523	100		
Toplam	587	67,8	278	32,2	865	100		

En fazla (%97,7) maruz kalınan şiddet türü duygusal veya sözel şiddettir. Duygusal veya sözel şiddet kadın hekimlerde, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddet ise erkek hekimlerde daha fazla görülmektedir. Şiddetin türü ile cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma yaşamı boyunca maruz kalınan şiddet türlerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Çalışma yaşamı boyunca maruz kalınan şiddet türlerinin cinsiyetlere göre dağılımı.*

Şiddet türü	Kadın (n=247)		Erkek (n=340)	
	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel	51	20,6	124	36,4
Duygusal veya sözel	243	98,3	331	97,3
Cinsel	6	2,4	12	3,5
Ekonomik	39	15,7	63	18,5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.
 $\chi^2=10,1$; $p=0,017$

4. EN SON YAŞANAN ŞİDDETİN ÖZELLİKLERİ

Cinsiyet ile en son yaşanan şiddetin türü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde duygusal ya da sözel şiddetin erkeklerde %82,6 ve kadınlarda %91,4'lük oranlar ile ilk sıralarda olduğu, fiziksel şiddetin ve fiziksel şiddet ile duygusal ya da sözel şiddetin beraber olduğu durumun ise erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir. En son yaşanan şiddetin türü ile cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). En son yaşanan şiddet türlerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. En son yaşanan şiddet türlerinin cinsiyetlere göre dağılımı.

Şiddet türü	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel	14	5,7	35	10,3	49	100
Fiziksel / Duygusal veya sözlü	3	1,2	15	4,4	18	100
Duygusal veya sözlü	226	91,5	281	82,6	507	100
Duygusal veya sözlü / Ekonomik	2	0,8	2	0,6	4	100
Ekonomik	2	0,8	7	2,1	9	100
Toplam	247	100	340	100	587	100

$\chi^2=11,3$; $p=0,029$

Hekimlerin %81,3'ü erkeklerden, %27,7'si kadınlardan şiddet gördüklerini belirtmiştir. Hekimlere %74,4'lük oran ile en çok hasta ve yakınları tarafından şiddet uygulanmıştır. Hekimlere şiddet uygulayanların 92'si (%19,2) 35-39 yaş grubunda, 87'si

(%18,2) 40-44 yaş grubunda ve 80'i (%16,7) 30-34 yaş grubundadır. Saldırgana ait bazı demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Saldırganın demografik özelliklerinin dağılımı.

	Sayı	%
Cinsiyeti (n=569)*		
Kadın	158	27,7
Erkek	463	81,3
Kimliği (n=586) **		
Hasta	228	38,9
Hasta yakını	436	74,4
Hekim	17	2,9
Kıdemli	10	1,7
Amir	16	2,7
Diğer sağlık personeli	7	1,2
Resmi görevli	11	1,9
Diğer	6	1
Yaş grubu (n=478)		
<25	24	5
25-29	39	8,2
30-34	80	16,7
35-39	92	19,2
40-44	87	18,2
45-49	65	13,6
50-54	51	10,7
55-59	14	2,9
≥60	26	5,5

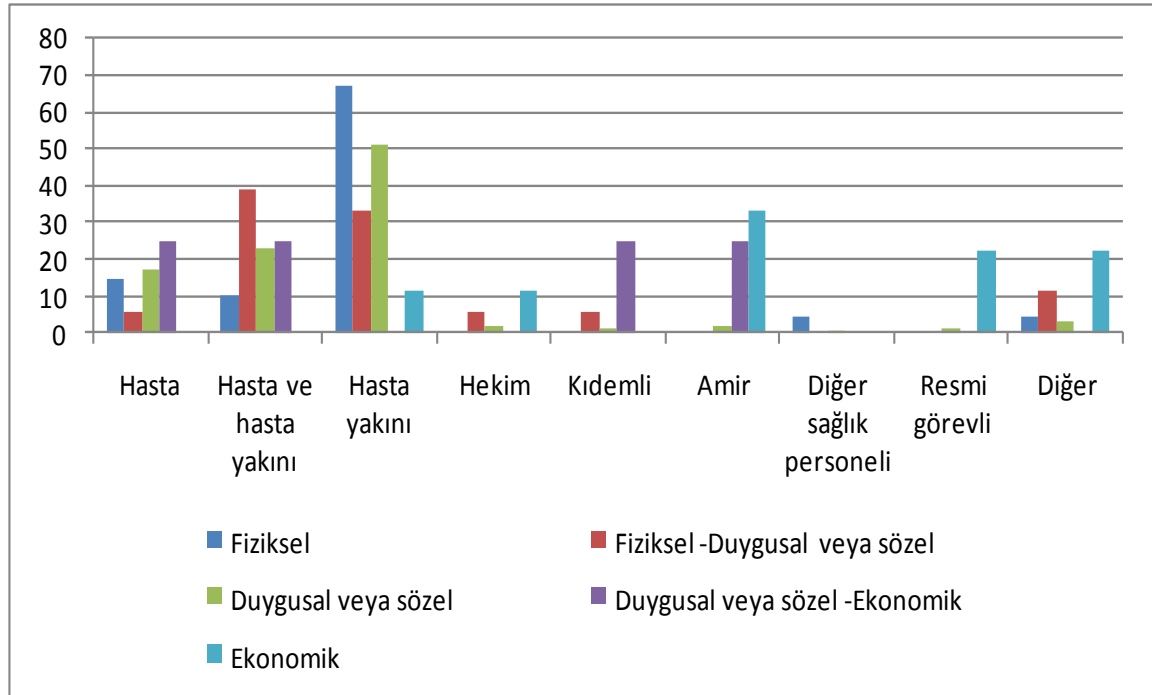
*52 hekim birden fazla seçenek işaretlemiştir.

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hekimlere hasta ve yakınları tarafından en çok fiziksel ile duygusal ya da sözel şiddet uygulanmıştır (Tablo 8-Grafik 2). Saldırganın yaş grubunun şiddet türlerine göre dağılımı Tablo 9-Grafik 3’te gösterilmiştir.

Tablo 8. Saldırganın kimliğinin şiddet türlerine göre dağılımı.

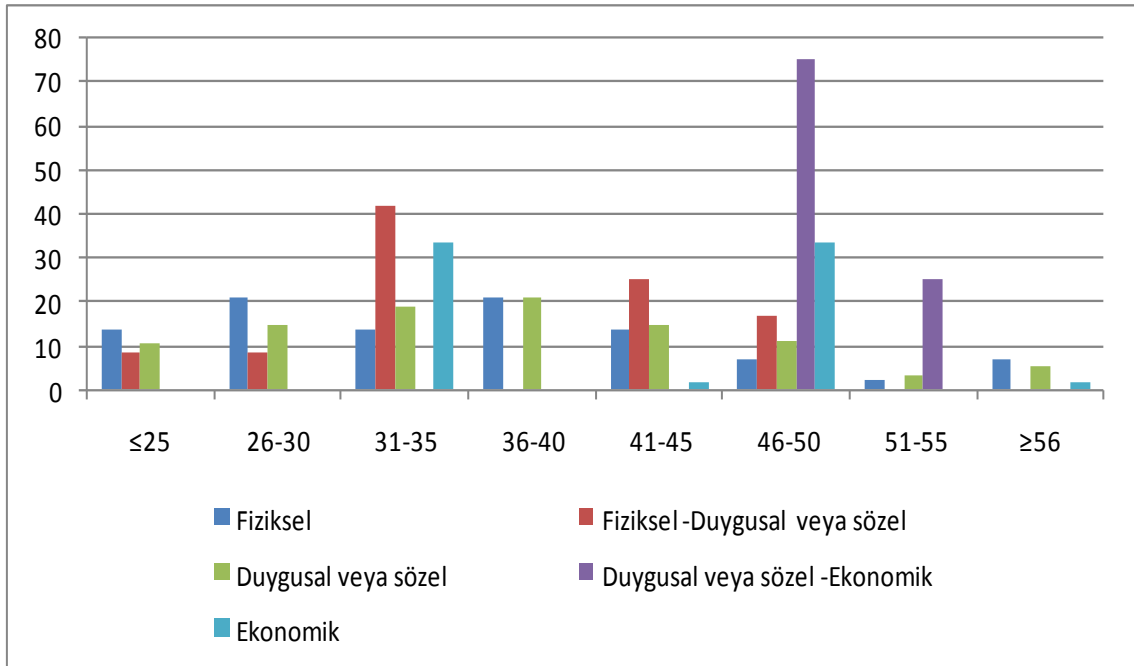
Saldırganın kimliği	Fiziksel		Fiziksel - Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel - Ekonomik		Ekonomik	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta	7	14,3	1	5,55	87	17,1	1	25	-	-
Hasta ve hasta yakını	5	10,2	7	38,9	115	22,7	1	25	-	-
Hasta yakını	33	67,3	6	33,35	258	50,9	-	-	1	11,1
Hekim	-	-	1	5,55	8	1,6	-	-	1	11,1
Kıdemli	-	-	1	5,55	5	1	1	25	-	-
Amir	-	-	-	-	9	1,8	1	25	3	33,3
Diğer sağlık personeli	2	4,1	-	-	4	0,8	-	-	-	-
Resmi görevli	-	-	-	-	5	1	-	-	2	22,2
Diğer	2	4,1	2	11,1	16	3,1	-	-	2	22,2
Toplam	49	100	18	100	507	100	4	100	9	100

**Grafik 2.** Saldırganın kimliğinin şiddet türlerine göre dağılımı.

Tablo 9. Saldırganın yaş grubunun şiddet türlerine göre dağılımı.

Yaş grubu	Fiziksel		Fiziksel - Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel - Ekonomik		Ekonomik	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
≤25	6	13,9	1	8,3	43	10,4	-	-	-	-
26-30	9	21	1	8,3	62	15	-	-	-	-
31-35	6	13,9	5	41,7	78	18,9	-	-	2	33,3
36-40	9	21	-	-	86	20,8	-	-	-	-
41-45	6	13,9	3	25	62	15	-	-	1	1,7
46-50	3	7	2	16,7	46	11,1	3	75	2	33,3
51-55	1	2,3	-	-	14	3,4	1	25	-	-
≥56	3	7	-	-	23	5,4	-	-	1	1,7
Toplam*	43	100	12	100	414	100	4	100	6	100

*Şiddet gördüğünü belirten 108 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.



Grafik 3. Saldırganın yaş grubunun şiddet türlerine göre dağılımı.

Şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddet türlerinin dağılımı incelendiğinde; en yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerin %25 ile diğer seçeneğini ve %20 ile 112 acil seçeneğini işaretleyen hekimler olduğu, duygusal veya sözel şiddet gördüğünü bildiren hekimlerin %95 ile en fazla özel hastane hekimleri, ekonomik şiddet gören hekimlerin ise en fazla üniversite hastanesi hekimleri olduğu görülmüştür. En son yaşanan şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddet türlerinin dağılımını Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. En son yaşanan şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddet türlerinin dağılımı.

Kurumlar	Fiziksel		Fiziksel - Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel - Ekonomik		Ekonomik		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversite Hastanesi	6	3,4	7	4	155	88	4	2,3	4	2,3	176	100
Eğitim ve araştırma Hastanesi	7	12,5	2	3,6	47	83,9	-	-	-	-	56	100
Devlet Hastanesi	19	9,8	7	3,6	165	85	-	-	3	1,6	194	100
Aile sağlığı merkezi	9	9,9	1	1,1	79	86,8	-	-	2	2,2	91	100
Özel Hastane/Klinik	1	2,5	1	2,5	38	95	-	-	-	-	40	100
112 acil	2	20	-	-	8	80	-	-	-	-	10	100
Diğer*	5	25	-	-	15	75	-	-	-	-	20	100
Toplam	49	8,4	18	3	507	86,3	4	0,7	9	1,6	587	100

*Toplum sağlığı, sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlüğü, adli tıp hekimleri.

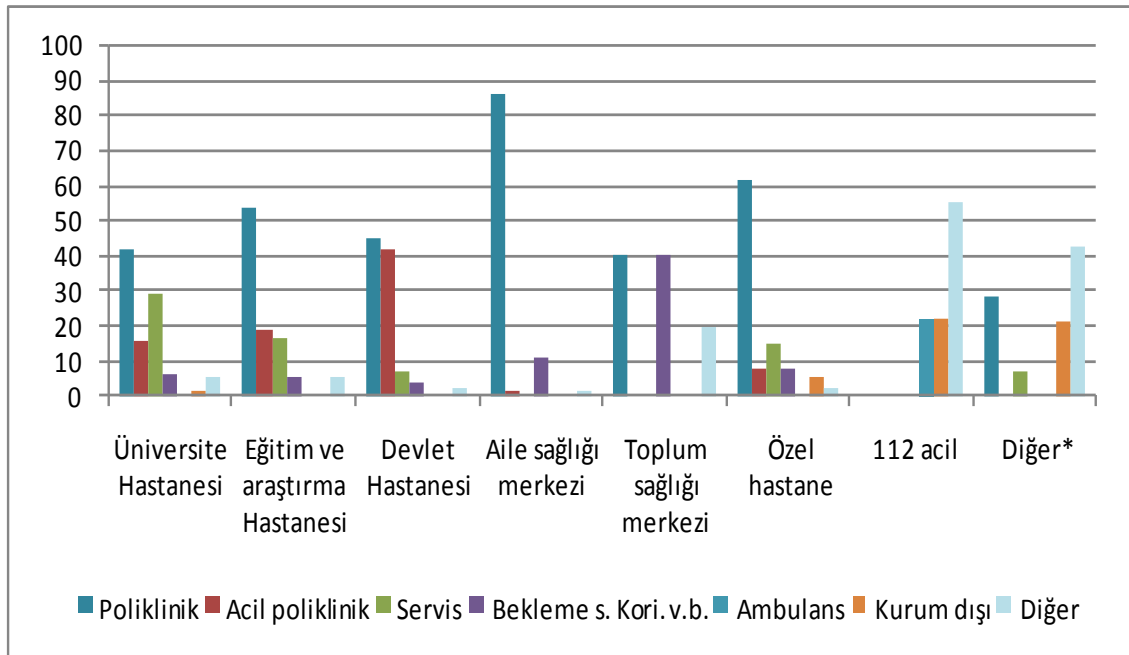
Şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği yerler incelendiğinde; polikliniklerde %86,7 ile Aile Sağlığı Merkezlerinde, acil poliklinikte %41,6 ile Devlet Hastanelerinde ve serviste %29,3 ile Üniversite Hastanesinde en fazla şiddete maruz kalındığı görülmüştür. En son şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği yerlerin dağılımı Tablo 11-Grafik 4’de gösterilmiştir.

Tablo 11. En son şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği yerlerin dağılımı.

Kurumlar	Poliklinik		Acil poliklinik		Servis		Bekleme salonu / Koridor v.b.		Ambulans		Kurum dışı		Diğer		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversite Hastanesi	73	42	28	16,1	51	29,3	11	6,3	-	-	2	1,1	9	5,2	174	100
Eğitim ve araştırma Hastanesi	29	53,7	10	18,4	9	16,7	3	5,6	-	-	-	-	3	5,6	54	100
Devlet Hastanesi	87	45,3	80	41,6	13	6,7	7	3,6	-	-	-	-	5	2,6	192	100
Aile sağlığı merkezi	78	86,7	1	1,1	-	-	10	11,1	-	-	-	-	1	1,1	90	100
Toplum sağlığı merkezi	2	40	-	-	-	-	2	40	-	-	-	-	1	20	5	100
Özel Hastane / Klinik	25	62,5	3	7,5	6	15	3	7,5	-	-	2	5	1	2,5	40	100
112 acil	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	100
Diğer*	4	28,6	-	-	1	7,1	-	-	-	-	3	21,4	6	42,9	14	100
Toplam**	298	51,6	122	21,1	80	13,8	36	6,2	2	0,3	9	1,6	31	5,4	578	100

*Sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, adli tıp hekimleri.

** Şiddet gördüğünü belirten 9 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.



Grafik 4. En son şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği yerlerin dağılımı.

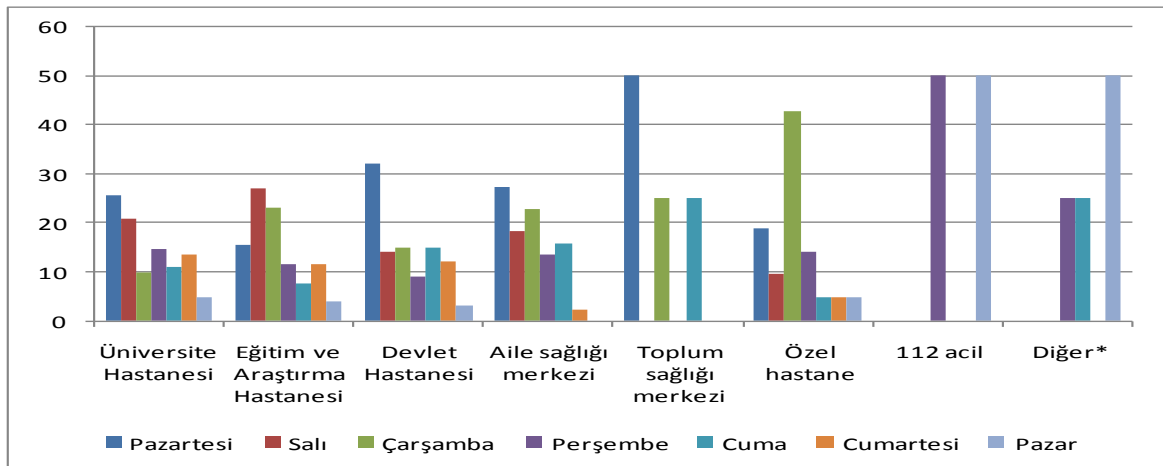
Üniversite Hastanesi, Devlet Hastanesi, Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezinde sırasıyla %25,6, %32, %27,3, ve %50 oranları ile Pazartesi günü, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde %27 ile Salı günü, Özel Hastanelerde ise %42,9 ile Çarşamba günü en fazla şiddete maruz kalınmıştır. En son şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği günlerin dağılımı Tablo 12 –Grafik 5’de gösterilmiştir.

Tablo 12. En son şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği günlerin dağılımı.

Kurumlar	Pazartesi		Salı		Çarşamba		Perşembe		Cuma		Cumartesi		Pazar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversite Hastanesi	21	25,6	17	20,7	8	9,8	12	14,6	9	11	11	13,4	4	4,9	82	100
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4	15,4	7	27	6	23	3	11,5	2	7,7	3	11,5	1	3,9	26	100
Devlet Hastanesi	32	32	14	14	15	15	9	9	15	15	12	12	3	3	100	100
Aile sağlığı merkezi	12	27,3	8	18,2	10	22,7	6	13,6	7	15,9	1	2,3	-	-	44	100
Toplum sağlığı merkezi	2	50	-	-	1	25	-	-	1	25	-	-	-	-	4	100
Özel hastane	4	19	2	9,5	9	42,9	3	14,2	1	4,8	1	4,8	1	4,8	21	100
112 acil	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-	-	-	1	50	2	100
Diğer*	-	-	-	-	-	-	2	25	2	25	-	-	4	50	8	100
Toplam**	75	26,1	48	16,7	49	17,1	36	12,5	37	12,9	28	9,8	14	4,9	287	100

*Sağlık müdürlüğü, halk sağlığı, adli tıp hekimleri.

** Şiddet gördüğünü belirten 300 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.



Grafik 5. En son şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddetin meydana geldiği günlerin dağılımı.

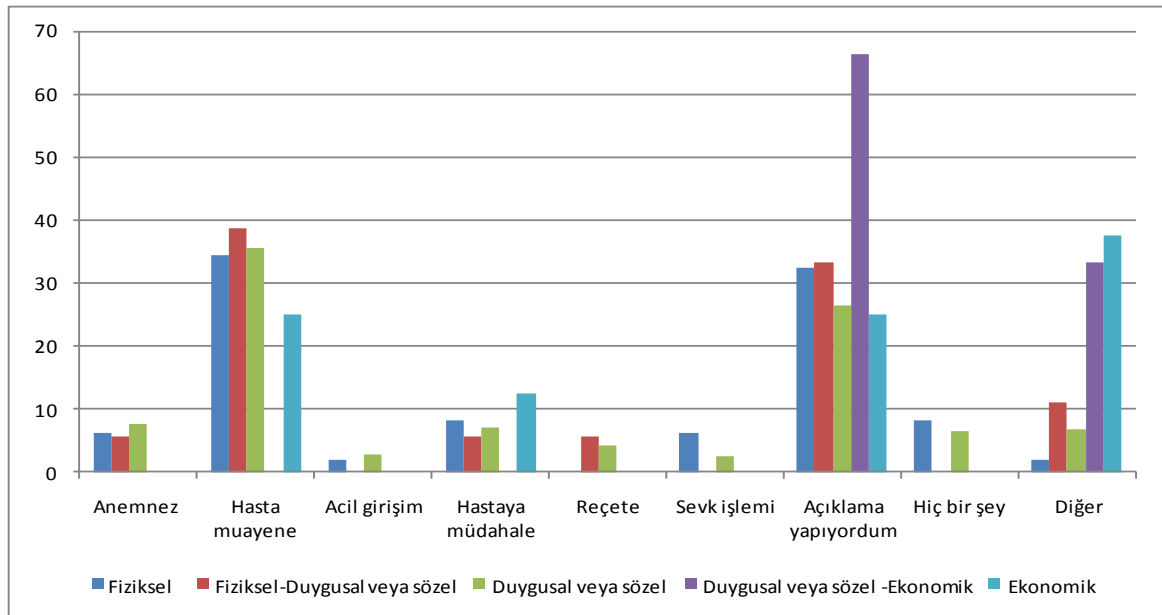
Hekimler en fazla (%35,2) hasta muayene ederken ve hasta ve/veya hasta yakınlarına açıklamada bulunurken (%27,5) şiddete uğramıştır. Hekimlerin şiddete uğradıkları sırada yaptıkları işe göre şiddet türlerinin dağılımı Tablo 13-Grafik 6'da gösterilmiştir.

Tablo 13. Hekimlerin şiddete uğradıkları sırada yaptıkları işe göre şiddet türlerinin dağılımı.

Olay sırasında yaptıkları iş	Fiziksel		Fiziksel-Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel - Ekonomik		Ekonomik		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anemnez alıyordum	3	6,1	1	5,6	38	7,6	-	-	-	-	42	7,3
Hasta muayene ediyordum	17	34,7	7	38,9	178	35,5	-	-	2	25	204	35,2
Acil girişimde bulunuyordum	1	2	-	-	14	2,8	-	-	-	-	15	2,6
Hastaya müdahale ediyordum	4	8,2	1	5,6	36	7,2	-	-	1	12,5	42	7,3
Reçete yazıyordum	-	-	1	5,6	21	4,2	-	-	-	-	22	3,8
Sevk işlemi yapıyordum	3	6,1	-	-	13	2,6	-	-	-	-	16	2,8
Hasta/hasta yakınlarına açıklamada bulunuyordum	16	32,7	6	33,3	133	26,5	2	66,7	2	25	159	27,5
Hiç bir şey yapmıyordum	4	8,2	-	-	33	6,6	-	-	-	-	37	6,3
Diğer *	1	2	2	11,1	35	7	1	33,3	3	37,5	42	7,2
Toplam**	49	100	18	100	501	100	3	100	8	100	579	100

*Rutin işlerimi yapıyordum, vizitten dönüyordum, koridordan geçiyordum, başka bir hasta yakını ile görüşüyordum, nöbet listesinde düzeltme yapıyordum, başka bir hastayı muayene ediyordum, vizitte hasta sunuyordum, telefonla hasta yakını ile görüşüyordum, toplantı yapıyorduk, asistanımla konuşuyordum, evde televizyon seyrediyordum şeklinde ifade edilmiştir.

** Şiddet gördüğünü belirten 8 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.



Grafik 6. Hekimlerin şiddete uğradıkları sırada yaptıkları işe göre şiddet türlerinin dağılımı.

Hekimlerin %42,7'si haksız isteklerin reddedilmesinin, %31'i sağlık politikalarının ve %22'si kişisel nedenlerin şiddete neden olduğunu ifade etmiştir. Hekimlere göre en son yaşadığı şiddetin nedenlerinin dağılımı Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Hekimlere göre en son yaşadığı şiddetin nedenlerinin dağılımı.

Bildirilen şiddet nedeni*	Sayı (n=581)	%
İlaç/alkol/madde etkisi	37	6,4
Muayene için uzun bekleme süresi	104	17,9
Tetkikler için uzun bekleme süresi	32	5,5
Tedaviden memnun olmama	73	12,6
Mekan, araç-gereç, personel eksikliği	56	9,6
Tetkik ve tedavi ücretinin yüksek olması	4	0,7
Haksız isteklerin reddedilmesi (reçete, rapor, v.b)	248	42,7
Kişisel nedenler	128	22
Sağlık politikaları	180	31
Medyanın etkisi	114	19,6
Diğer **	52	9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Hasta yakınının cahil olması, hastanın sırasını takip etmeyip sırasını kaçırdıktan sonra içeride hasta varken muayene olmak istemesi, operasyon öncesi hastanın aç beklemesi, öncelikli hasta muayenesine karşı çıkılması, insanların birbirine saygısının azalması, IQ düşüklüğü, bakanlığın hekimi vatandaşın önüne atıp milleti birbirine kırdırıp bu durumdan oy devşirme politikası, kalp masajı yaparken tonsillitli hastanın muayene olmak istemesi, doktorun bayan olması, hasta ve hasta yakınlarının hastalıkla ilgili umudunu kaybetmesi, hasta yakınının eşine şiddet uygulamasına karşı yapılan müdahale, hasta yakınının beklentisinin farklı olması, gelen kişinin ruh hastası olması, hasta yakınının çocuğuna öncelik verilmesini düşünmesi, ajitasyon, yanlış bakan ve başbakan açıklamaları, şımarıklık, tıp fakültesine istenilen gereksiz sevk verilmemesi, uygunsuz saatte hasta ziyareti, sosyokültürel ve eğitim düzeyi yetersizliği, hastanın hastalığının özelliği, nakil talebi, hastanın hekimden beklentisinin aşırı fazla olması, bebeğin inrauterin ex olması nedeniyle histerektomi yapılması şeklinde ifade edilmiştir.

Devlet hastanelerinde %35 ile tek başına sağlık politikalarının, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde %33,9 ve 112 Acil'de %50 ile sağlık politikalarının, diğer bütün kurumlarda ise haksız isteklerin kabul edilmemesinin tek başına en fazla şiddete neden olduğu ifade edilmiştir. Tek tek şiddet nedenleri açısından ise haksız isteklerini kabul edilmemesinin %62,6 ile Aile Sağlığı Merkezlerinde, tedaviden memnun olmamanın %18,7, mekân, araç-gereç eksikliğinin %19,3, muayene için uzun bekleme süresinin %26,7 ve tetkikler için uzun bekleme süresinin %10,2 ile Üniversite Hastanesinde, medyanın etkisinin %35 ve tetkik ve tedavi ücretlerinin yüksek olmasının %2,5 ile Özel Hastanelerde,

ilaç/alkol/madde etkisinin %12,5 ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, kişisel nedenlerin %65 ile diğer sağlık kurumlarında, sağlık politikalarının ise %50 ile en fazla 112 acillerde hekime yönelik şiddete neden olduğu görülmüştür. Şiddetin gerçekleştiği kurumlara göre hekimlerin bildirdiği şiddet nedenlerinin dağılımı Tablo 15-Grafik 7’de gösterilmiştir.

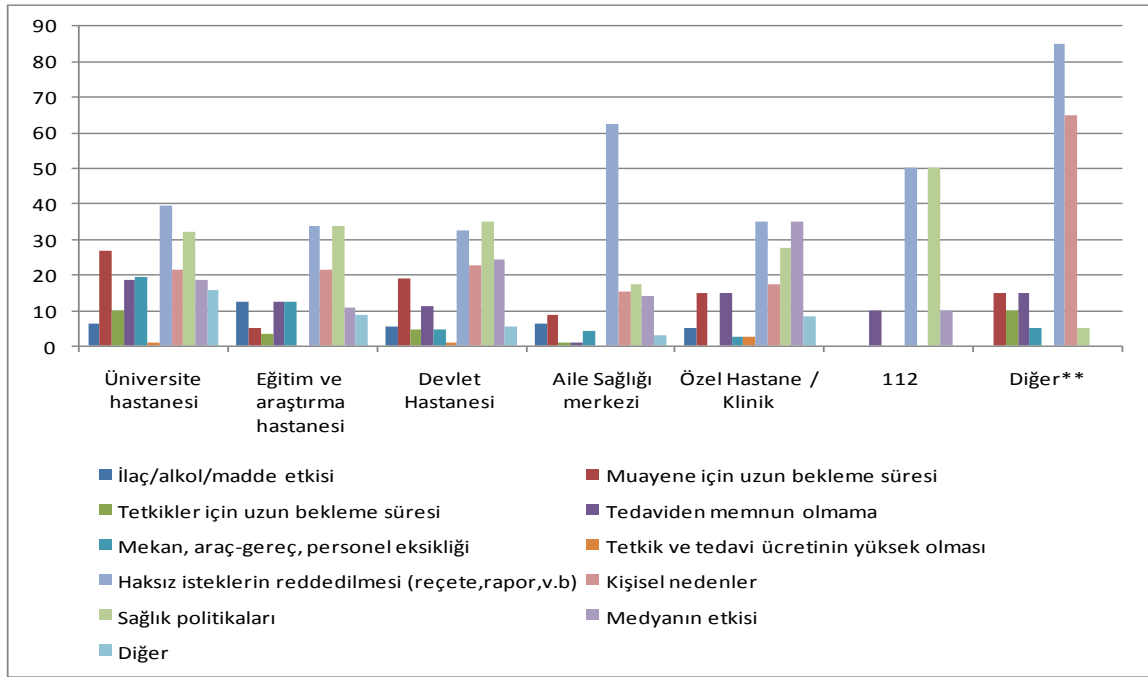
Tablo 15. Şiddetin gerçekleştiği kurumlara göre hekimlerin bildirdiği şiddet nedenlerinin dağılımı.

Bildirilen şiddet nedeni*	Üniversite hastanesi (n:176)		Eğitim ve araştırma hastanesi (n:56)		Devlet Hastanesi (n:194)		Aile Sağlığı merkezi (n:91)		Özel Hastane / Klinik (n:40)		112 (n:10)		Diğer** (n:20)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç/alkol/madde etkisi	11	6,2	7	12,5	11	5,6	6	6,5	2	5	-	-	-	-
Muayene için uzun bekleme süresi	47	26,7	3	5,3	37	19	8	8,7	6	15	-	-	3	15
Tetkikler için uzun bekleme süresi	18	10,2	2	3,5	9	4,6	1	1,1	-	-	-	-	2	10
Tedaviden memnun olmama	33	18,7	7	12,5	22	11,3	1	1,1	6	15	1	10	3	15
Mekan, araç-gereç, personel eksikliği	34	19,3	7	12,5	9	4,6	4	4,3	1	2,5	-	-	1	5
Tetkik ve tedavi ücretinin yüksek olması	2	1,1	-	-	2	1	-	-	1	2,5	-	-	-	-
Haksız isteklerin reddedilmesi (reçete,rapor,v.b)	70	39,7	19	33,9	63	32,4	57	62,6	14	35	5	50	17	85
Kişisel nedenler	38	21,5	12	21,4	44	22,6	14	15,3	7	17,5	-	-	13	65
Sağlık politikaları	57	32,3	19	33,9	68	35	16	17,5	11	27,5	5	50	1	5
Medyanın etkisi	33	18,7	6	10,7	47	24,2	13	14,2	14	35	1	10	-	-
Diğer ***	28	15,9	5	8,9	11	5,6	3	3,2	3	8,3	-	-	-	-

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Toplum sağlığı, sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, adli, tıp hekimler

***Hasta ve yakınlarının eğitim ve kültür düzeyinin düşük olması, doktorların birbirini kötülemesi, mesai saatinde hasta yakınına önceden yazılmış bir reçete hakkında bilgi verirken söylenenleri anlamayıp kendi sorunu doktorun çözmemi isteyerek sorun çıkarması, hasta ve yakınının ahlaka aykırı davranışı, bebeğin yatağına yatan annenin yataktan kalkmasının istenmesi, vatandaşın aceleci olması, kendisine haksızlık yapıldığı düşüncesi, hasta yakınının tedavi ile ilgili ayrıntıları bilememesi, anlatılanları anlayamaması şeklinde ifade edilmiştir.



Grafik 7. Şiddetin gerçekleştiği kurumlara göre hekimlerin bildirdiği şiddet nedenlerinin dağılımı.

Şiddete uğrayan hekimlerin %42'si saldırgana sözlü cevap vermiş olup %25'i ise hiçbir şey yapmadığını ifade etmiştir. Hekimlerin yaşadıkları şiddete karşı kendilerini nasıl savunduklarının dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Hekimlerin yaşadıkları şiddete karşı kendilerini nasıl savunduklarının dağılımı.

Savunma amacıyla yapılanlar*	Sayı (n=581)	%
Hiçbir şey yapmadım	145	25
Meslektaşlarımdan yardım istedim	46	7,9
Yöneticilerimden destek istedim	43	7,4
Oradan uzaklaştım	71	12,2
Sözlü karşılık verdim	244	42
Fiziksel karşılık verdim	23	4
Polis çağırdım	77	13,3
Diğer**	32	5,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Sakince karşılık verdim, beyaz kod istedim, mahkemeye verdim, güvenliğe haber verdim, hasta yakınına açıklama yaptım, hastayı sakinleştirdim, tabip odasından destek aldım, başka hekime gidebileceğini söyledim, bende onları tehdit ettim, şikâyet etmesi için dekanlığa yönlendirdim şeklinde ifade edilmiştir.

Şiddete uğrayan ve kendini savunmak için hiçbir şey yapmayan 145 hekimden 143'ü bunun nedenini belirtmiş olup bu hekimlerin %33,6'sı bir şey çıkacağına inanmadığı, %25,2'si olumsuz sonuçlarından çekindiği, %23'ü ise önemsemediği için kendisini savunmak için hiçbir şey yapmadığını bildirmiştir. En son yaşanan şiddet sırasında hekimlerin bir şey yapmama nedenlerinin dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. En son yaşanan şiddet sırasında hekimlerin bir şey yapmama nedenlerinin dağılımı.

Bir şey yapmama nedenleri	Sayı	%
Önemsemedim	33	23
Uzlaştım	13	9,1
Olumsuz sonuçlarından çekindim	36	25,2
Bir şey çıkacağına inanmadım	48	33,6
Başka türlü hallettim	1	0,7
Ne yapacağımı bilemedim	7	4,9
Diğer*	5	3,5
Toplam	143	100

*Şiddet uygulayanın kıdemli olması, iş yoğunluğundan bir şey yapacak vaktim yoktu, şaşkırdım şeklinde ifade edilmiştir.

Yaşadıkları şiddet sonrası kadın hekimlerin %25'i, erkek hekimlerin %23,2'si, genel olarak da hekimlerin %24'ü adli makamlara şikâyet bulunduğunu belirtmiştir. En son yaşanan şiddet sonrası adli makamlara şikâyet varlığının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. En son yaşanan şiddet sonrası adli makamlara şikâyet varlığının cinsiyetlere göre dağılımı.

Cinsiyet	Şikâyet var		Şikâyet yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	61	25	183	75	244	100
Erkek	78	23,2	258	76,8	336	100
Toplam	139	24	441	76	580	100

$\chi^2=0,25$; $p=0,619$

Hekimler %77,8'lik bir oran ile en fazla fiziksel şiddet ile duygusal ya da sözel şiddetin beraber olduğu durumlarda adli makamlara şikâyetle bulunmuş olup yaşanan şiddetin türü ile şikâyet edilme arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). En son yaşanan şiddet sonrası adli makamlara şikâyet varlığının şiddet türüne göre dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. En son yaşanan şiddet sonrası adli makamlara şikâyet varlığının şiddet türüne göre dağılımı.

Şiddet türü	Şikâyet var		Şikâyet yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel	25	51	24	49	49	100
Fiziksel-Duygusal veya sözel	14	77,8	4	22,2	18	100
Duygusal ve sözel	97	19,4	404	80,6	501	100
Duygusal veya sözel - Ekonomik	2	50	2	50	4	100
Ekonomik	1	12,5	7	87,5	8	100
Toplam	139	24	441	76	580	100

$\chi^2=56,2$; $p=0,000$

Yaşadıkları şiddet sonrası adli makamlara şikâyetle bulunan 139 hekimden 134'ü sonucun ne olduğunu belirtmiş olup bu hekimlerin %42,5'i tatmin edici bir sonuç alamadığını ifade etmiştir. Hekimlerin şikâyetinin sonucunda ne olduğunun dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Hekimlerin şikâyetinin sonucunda ne olduğunun dağılımı.

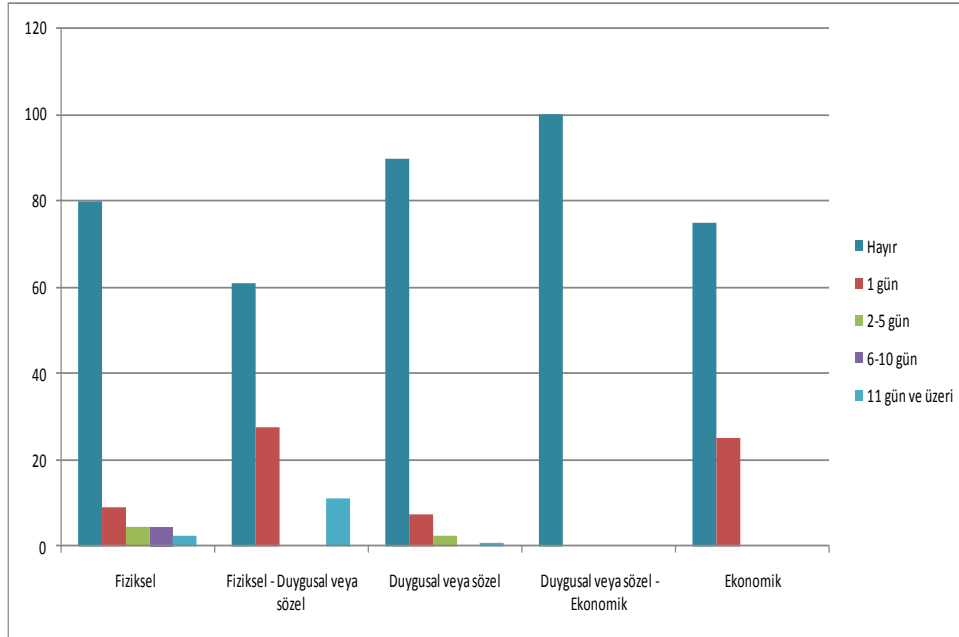
Şikâyet sonucu ne olduğu	Sayı	%
Tatmin edici bir sonuç aldım	34	25,4
Tatmin edici bir sonuç alamadım	57	42,5
Şikâyetçi olduğuma pişman oldum	11	8,2
Üzerini kapattılar	9	6,7
Sonuçlanmasını bekliyorum	18	13,4
Diğer*	5	3,8
Toplam	134	100

*Yaşının küçük olmasından dolayı daha sonra şikâyetimden vazgeçtim, mahkeme beni suçlu buldu ama neyse ki hasta yakını şikâyetçi olmadı, kimi kime şikâyet edeyim şeklinde ifade edilmiştir.

Şiddet sonrası %38,9'luk oran ile en fazla çalışma kaybının fiziksel şiddet ile birlikte duygusal ya da sözel şiddete uğrayan hekimlerde olduğu görülmüştür. Yaşanan şiddet sonrası meydana gelen çalışma kaybının şiddet türüne göre dağılımı Tablo 21-Grafik 8'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Yaşanan şiddet sonrası meydana gelen çalışma kaybının şiddet türüne göre dağılımı.

	Fiziksel		Fiziksel - Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel		Duygusal veya sözel - Ekonomik		Ekonomik		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	36	80	11	61,1	447	90	4	100	6	75	504	88,1
1 gün	4	8,9	5	27,8	36	7,2	-	-	2	25	47	8,2
2-5 gün	2	4,45	-	-	11	2,2	-	-	-	-	13	2,3
6-10 gün	2	4,45	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,3
11 gün ve üzeri	1	2,2	2	11,1	3	0,6	-	-	-	-	6	1,1
Toplam	45	100	18	100	497	100	4	100	8	100	572	100



Grafik 8. Yaşanan şiddet sonrası meydana gelen çalışma kaybının şiddet türüne göre dağılımı.

Yaşanan şiddet sonrası hekimlerin %69'u çalışma motivasyonunun azaldığını, %32,1'i hekim olduğu için pişmanlık duyduğunu ve %31,4'ü ise yaşam ve insan sevgisinin azaldığını belirtmiştir. Yaşanan şiddetin hekimlerde oluşturduğu olumsuz etkilerin dağılımı Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Yaşanan şiddetin hekimlerde oluşturduğu olumsuz etkilerin dağılımı.

Şiddetin hekimlerde oluşturduğu olumsuz etkiler*	Sayı (n=581)	%
Herhangi bir olumsuz etki oluşmadı	64	11
Hekim olduğum için pişmanlık duydum	187	32,1
Kendimi suçladım	10	1,7
Görev yerimi değiştirdim	12	2
Yaşam ve insan sevgim azaldı	183	31,4
Çalışma motivasyonum azaldı	401	69
Kendime zarar vermeyi düşündüm	6	1
Bir başkasına zarar vermeyi düşündüm	11	1,8
Sürekli hastalar ve yakınları tarafından şiddete uğrayacağım kaygısı oluştu	100	17,2
Şiddet ile ilgili anıların tekrarlama var	50	8,6
Diğer**	20	3,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** Bu tarz olaylara alışmak, önce kendimi düşünmeye başladım artık benim için hastalar ikinci planda, diğer hastalara verilen sağlık hizmetinin aksamaması, aritmi oluştu, psikolojim bozuldu, korktum, mesleki enerjinin harcanması gereken uğraşlardan uzaklaştım, konsantrasyon bozukluğu yaşadım, katil olmaktan korkuyorum, insana olan saygım azaldı şeklinde ifade edilmiştir.

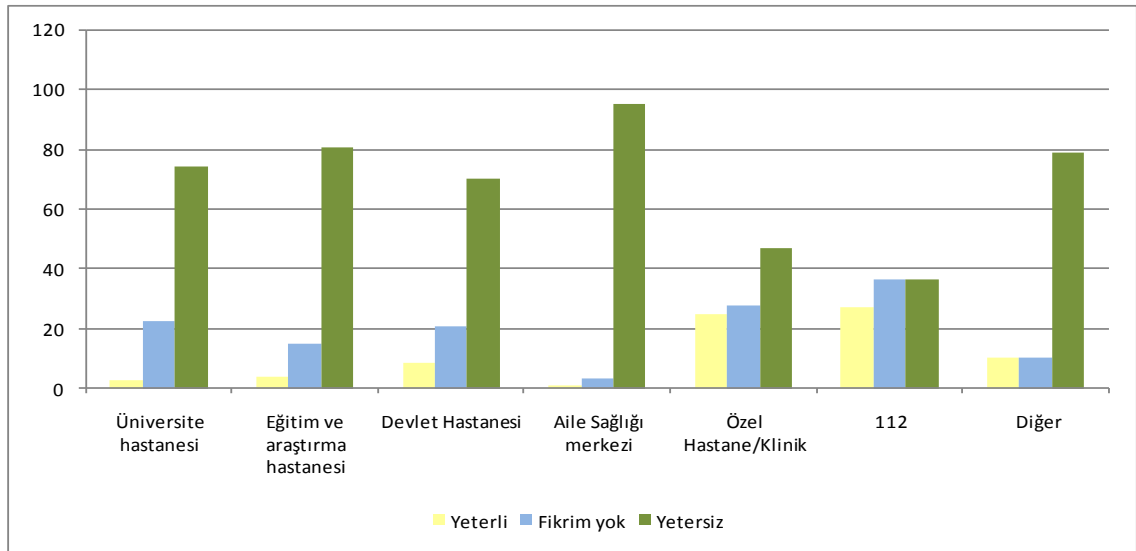
5. ŞİDDETE KARŞI ALINAN ÖNLEMLER

Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre şiddete karşı alınan önlemlerin yeterli olduğunu en çok düşünenlerin %27,3 ile 112'lerde çalışan hekimler olduğu, alınan önlemlerin yetersiz olduğunu ifade edenlerin ise %95,5 ile en çok Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimler olduğu görülmüştür. Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre kurumlarının şiddete karşı aldıkları önlemlerin yeterliliği konusundaki düşüncelerinin dağılımı Tablo 23-Grafik 9'da gösterilmiştir.

Tablo 23. Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre kurumlarının şiddete karşı aldıkları önlemlerin yeterliliği konusundaki düşüncelerinin dağılımı.

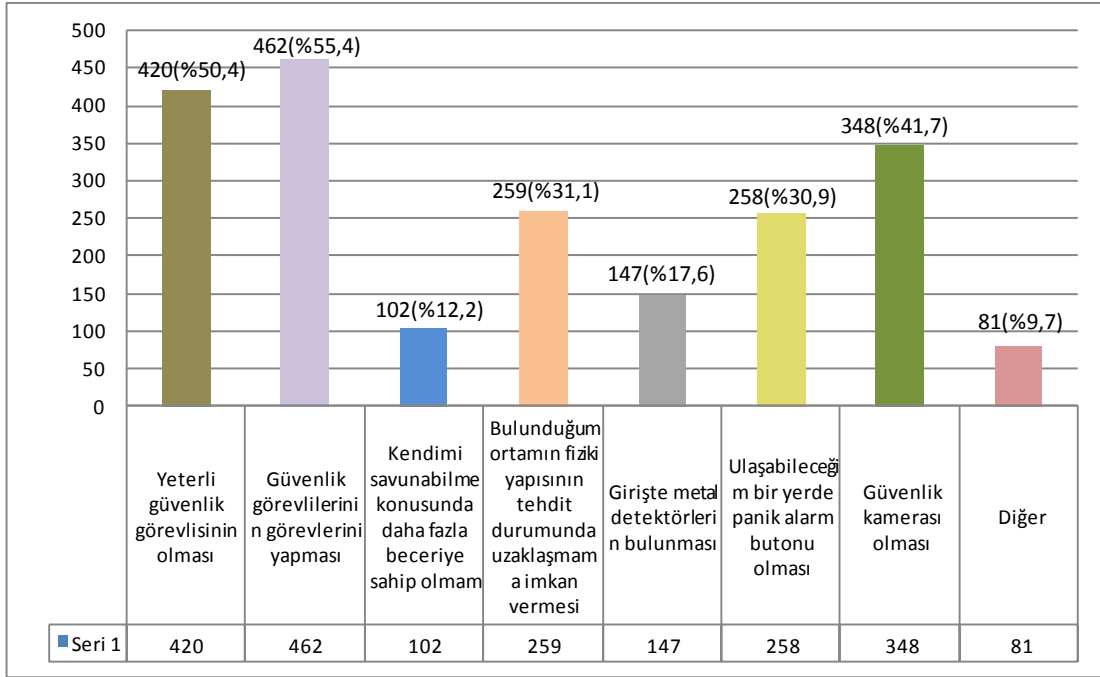
(N=853)	Üniversite hastanesi		Eğitim ve araştırma hastanesi		Devlet Hastanesi		Aile Sağlığı merkezi		Özel Hastane/ Klinik		112		Diğer*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yeterli	9	2,8	3	4,1	20	8,7	1	1,1	20	25,3	3	27,3	4	10,5	63	7,4
Fikrim yok	72	22,7	11	14,9	48	21	3	3,3	22	27,9	4	36,3 5	4	10,5	171	20
Yetersiz	236	74,5	60	81	161	70,3	86	95,5	37	46,8	4	36,3 5	30	79	619	72,6
Toplam	317	100	74	100	229	100	90	100	79	100	11	100	38	100	853	100

*Toplum sağlığı, sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, adli tıp hekimleri.



Grafik 9. Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre kurumlarının şiddete karşı aldıkları önlemlerin yeterliliği konusundaki düşüncelerinin dağılımı.

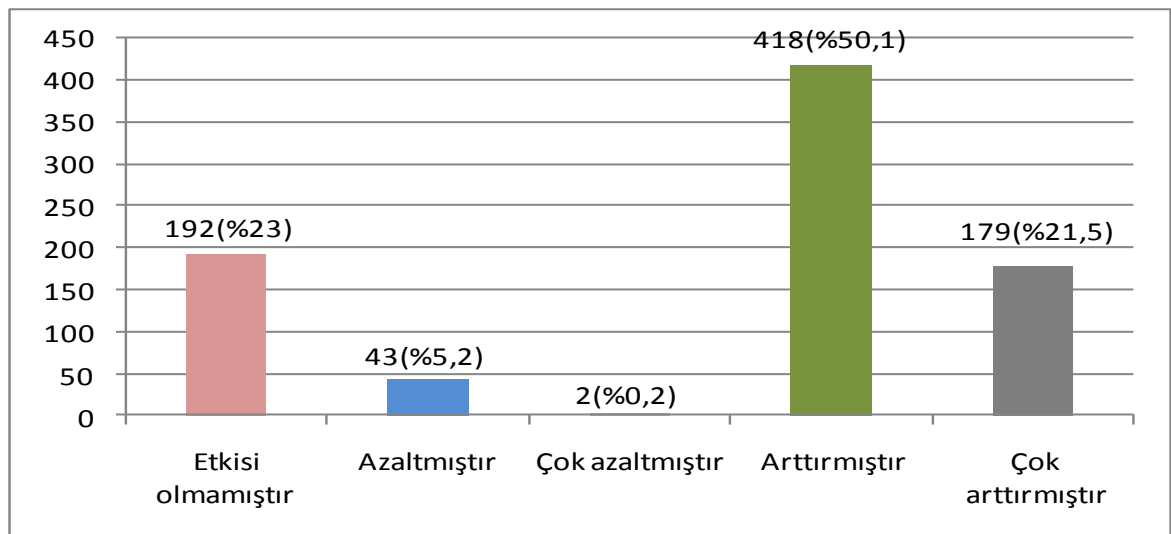
Çalışmaya katılan hekimlerden 462'si (%55,4) güvenlik görevlilerinin görevlerini yapması, 420 (%50,4)'si yeterli güvenlik görevlisinin olması, 348'i (%41,7) de güvenlik kamerası olması halinde çalıştığı kurumda kendisini daha güvende hissedeceğini belirtmiştir. Hekimlerin hangi şartların olmasının kendilerini daha güvende hissettireceğinin dağılımı Grafik 10'da gösterilmiştir.



Grafik 10. Hekimlerin hangi şartların olmasının kendilerini daha güvende hissettireceğinin dağılımı (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

6. PERFORMANS ŞİDDET İLİŞKİSİ

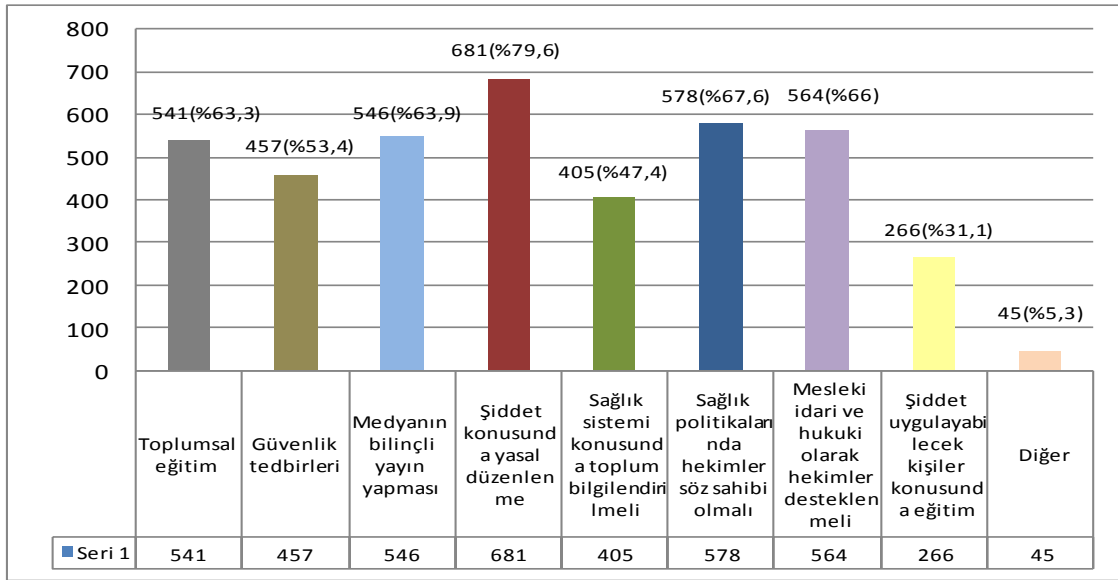
Çalışmaya katılan 834 hekimin 418'i (%50,1) performans sisteminin hekime yönelik şiddeti arttırdığını, 192'si (%23) ise şiddete bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir. Hekimlerin, performans sisteminin hekimlerin uğradığı şiddete etkileri hakkındaki düşüncelerinin dağılımı Grafik 11'de gösterilmiştir.



Grafik 11. Hekimlerin, performans sisteminin hekimlerin uğradığı şiddete etkileri hakkındaki düşüncelerinin dağılımı.

7. ŞİDDETİ ÖNLEMeye YÖNELİK ÖNERİLER

Çalışma grubunu oluşturan hekimlerin 681'i (%79,6) şiddetin önüne geçmek için ülkemizde hekime yönelik şiddet konusunda yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi ve 578'i (%67,6) sağlık politikalarını belirlemede hekimlerin de söz sahibi olmasının sağlanması gerektiğini vurgulamıştır. Hekimlerin şiddeti önlemeye yönelik önerilerinin dağılımı Grafik 12'de gösterilmiştir.



Grafik 12. Hekimlerin şiddeti önlemeye yönelik önerilerinin dağılımı (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

TARTIŞMA

Şiddet sadece ülkemizde ve hekimler arasında değil tüm dünyada birçok meslek grubu için önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Aktif olarak çalışan hekimler ile 01.06.2013-30.11.2013 tarihleri arasında yapılan bu çalışmaya 865 hekim katılmıştır. Ulaşılabilen yurt dışındaki çalışmalara bakıldığında; en yüksek katılımcı sayılı araştırma 1 Mart 2010-30 Haziran 2011 tarihleri arasında Avustralya’da 9449 klinik tıp hekiminin katılımıyla yapılan çalışmadır (175). Türkiye’de hekime yönelik şiddet konusunda bu güne kadar yapılmış çalışmalarda katılımcı sayısı 61 ila 616 arasında değişmektedir (113,143,176,177). 865 hekim ile yapılan bu çalışma ise katılımcı sayısı açısından Türkiye’de hekimler arasında yapılan çalışmalar içerisinde ilk sıradadır.

Yapılan benzer çalışmalar ile uyumlu olarak bu çalışmaya katılan 865 hekimin 587’si (%67,8) çalışma yaşamı boyunca en az bir defa şiddete maruz kalmıştır (113,143,175-182) (Grafik 1).

Benzer çalışmalar ile uyumlu olarak çalışmaya katılan kadın hekimlerin %72,2’si, erkek hekimlerin ise %65’i mesleklerini uygularken şiddet türlerinden herhangi birine maruz kaldığını belirtmiştir (176,178). Şiddete maruz kalma açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4). Kadın hekimlerin genel olarak daha fazla şiddet görmesinin nedeninin fiziksel olarak erkeklere göre kendilerini savunabilme potansiyellerinin daha az olması ve kadınların olaylara daha duyarlı olması sebebiyle erkek hekimlerin şiddet olarak düşünmedikleri bazı olayları da şiddet olarak niteleyebilmeleri ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Hemen hemen tüm çalışmalarda olduğu gibi sözlü ya da duygusal şiddetin hekime uygulanan şiddet türleri arasında %97,7’lik oran ile ilk sırada olduğu görülmüştür (113,135,169,175–177,179,180,183). Cinsiyete göre şiddetin türüne bakıldığında şiddete maruz kalan kadın hekimlerin %20,6’sı fiziksel, %98,3’ü duygusal veya sözlü, %2,4’ü cinsel, %15,7’si ekonomik şiddete, erkek hekimlerin ise %36,4’ü fiziksel, %97,3’ü duygusal veya sözlü, %3,5’i cinsel, %18,5’i ekonomik şiddete maruz kalmıştır (Tablo 5). Cinsiyet ile yaşanan şiddet türleri arasında istatistikî olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada özellikle kadın ve erkek hekimler arasındaki fiziksel şiddet oranları farklılık göstermiş, erkek hekimlerin diğer başka çalışmalarda olduğu gibi kadın hekimlere göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür

(175,176,179,183,184) (Tablo 6). Fiziksel şiddete uğramada cinsiyetler arasındaki bu farklılıkta, kadınlara kültürümüzde fiziksel şiddet uygulamanın hoş karşılanmamasının ve kadın hekimlerin şiddete uğrama kaygısı ile tansiyonun yükseldiği yerlerde erkek hekimlere göre daha pasif kalmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada da benzer çalışmalar ile uyumlu olarak hekimlerin en son yaşadıkları şiddet olayında saldırganların daha çok erkek olduğu görülmüştür (Tablo 7) (113,179,184). Şiddet uygulayanların daha çok erkek olması, fiziksel ve davranış kalıpları açısından erkeklerin şiddet uygulayabilme potansiyelinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmada en son şiddeti uygulayanın %74,4'lük oran ile en fazla hasta yakınları olduğu, bunu %38,9 ile hastaların izlediği görülmüştür (Tablo 7). Şiddetin türü ile en son şiddet uygulayanın kimliğine bakıldığında, fiziksel ile duygusal ya da sözel şiddet uygulayanların en fazla hasta ve yakınları, ekonomik şiddet uygulayanların ise en çok resmi görevliler ile amirler olduğu görülmüştür (Tablo 8) (Grafik 2). Bu çalışmada hekime şiddet uygulayanlar arasında hasta yakınlarının ilk sırada çıkması genel olarak ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer araştırmalardaki sonuçlar ile uyumlu bulunmuştur (113,177,180,183–185). Farklı olarak *Hills ve Joyce'un* (175) araştırmasında olduğu gibi hekimlerin %57,1'inin hastalardan, %48,3'ünün hasta yakınlarından, %26,9'unun iş arkadaşlarından sözlü şiddet, hekimlerin %27,6'sının hastalardan, %18,6'sının hasta yakınlarından, %6,9'unun iş arkadaşlarından fiziksel şiddet gördüğünün belirtildiği araştırmaların da olduğu görülmüştür. Ülkemizdeki sağlık sisteminde hasta yakınlarının hastalarını bir sağlık kurumuna götürdüklerinde gerektiğinde evrak takibi yapmak, kan ya da ilaç bulmak, alınan örnekleri laboratuara götürmek, hastasının temizlik dâhil bütün ihtiyaçları ile ilgilenmek gibi işlerin ve sağlık sisteminden kaynaklanan birçok sorunun kaynağını hekimler olarak görmesinin, hasta yakınlarının şiddet uygulama oranları üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür. Ekonomik şiddet uygulayanlar arasında amir ve resmi görevlilerin öne çıkması bu iki grubun ekonomik yaptırım uygulayabilme yetkisini elinde bulundurmasıyla açıklanabilir.

Çalışmada fiziksel şiddet uygulayanların 45 yaş altında, duygusal ya da sözel şiddet uygulayanların ise 50 yaş altında daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 9) (Grafik 3).

Çalışmada en son yaşanan şiddetin meydana geldiği kurumlara göre şiddet türlerinin dağılımına bakıldığında; fiziksel şiddetin en fazla 112 acil hekimlerinde (%20) ve diğer kurum hekimlerinde (%25), en az olarak da özel hastane ve kliniklerde (%2,5)

görüldüğü belirtilmiştir (Tablo 10). 112 acil hekimlerinin acil hastalara müdahale etmesinin, 112’lerde çalışan hekimlerin genelde genç ve deneyimsiz olmasının, 112’lerde çalışma koşulları nedeniyle yaşanabilecek bir şiddete karşı güvenlik tedbirlerinin neredeyse hiç olmamasının, 112 hekimlerinin fiziksel şiddet yüzdelerinin yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Özel hastane ve klinikler için ise müşteri memnuniyetinin öncelikli bir konu olması, bu amaçla yetiştirilmiş profesyonel görevlileri bünyelerinde bulundurmaları, ayrıca riskli hastaları tedavi etmek istememelerinin düşük çıkan fiziksel şiddet yüzdesinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada en son şiddetin meydana geldiği yer, en fazla %51,6 ile poliklinikler olup bunu %21,1 ile acil poliklinikler izlemektedir. 112 dışındaki tüm kurumlarda şiddetin en fazla polikliniklerde meydana geldiği görülmüştür (Tablo 11) (Grafik 4). TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında şiddetin görüldüğü yerlerden çoklu ortamın %42,7 ile ilk sırada geldiği, 2. sırayı %18,2’şerlik yüzdeleri ile muayene odası ile acil polikliniğin paylaştığı, TTB’nin 2014 yılındaki Ankara’daki çalışmasında şiddetin en fazla gerçekleştiği ilk 3 yerin sırasıyla %48,8 ile servis, %23,3 ile poliklinik ve %20,9 ile acil olarak bulunduğu, Karaçi’deki çalışmasında ise ilk 3 sıranın sırasıyla %70 ile acil, %13,3 ile poliklinik ve %6,7 ile doktor odası olduğu bildirilmiştir (113,175). *Carmi-Iluz ve arkadaşlarının* (180) çalışmasında; sözlü şiddetin sırasıyla %38,1 ile serviste, %29,2 ile hekimin ofisinde ve %25,7 ile acil serviste uygulandığı, fiziksel şiddetin ise servis, hekim ofisi ve acil serviste eşit oranlarda görüldüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada şiddetin en fazla polikliniklerde görülmesinin polikliniklerde bakılan hasta sayısının yoğunluğu ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Acil polikliniklerdeki yüksek şiddet oranlarının ise burada çalışan hekimlerin endişeli, acı çeken hastalarla ve bu hastaların uyarılabilirliği artmış hasta yakınları ile ilgilenmek durumunda olmaları, ani beklenmeyen ölüm olayları sonrası hasta yakınlarının tepkilerini göğüslemek durumunda kalmaları, burada çalışan hekimlerin genelde genç ve deneyimsiz olması, acil polikliniklere gece ve tatil günleri müracaat edilmesi durumlarında ilk müdahaleden sonra hastanın özelliğine göre çağrılan icap nöbetçisi uzman hekimlerin hastaneye gelişine kadar geçen süre boyunca hasta ve hasta yakınlarının tepkilerini göğüslemek zorunda kalmaları ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Diğer çalışmalar ile bu çalışma arasında benzerlikler olduğu, TTB’nin 2014 yılındaki çalışması ile aradaki farklılığın çalışılan grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (177). *Carmi-Iluz ve arkadaşlarının* (180) çalışması ile

aradaki farklılığın ise bu çalışmanın yapıldığı ülke ile ülkemizdeki hekimlerin çalışma koşullarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada polikliniklerde en fazla şiddetin olduğu sağlık kurumu %86,7 ile aile sağlığı merkezleri, acil polikliniklerinde en fazla şiddetin olduğu kurum %41,6 ile devlet hastaneleri, servislerde en fazla şiddetin olduğu kurum ise %29,3 ile üniversite hastanesi bulunmuştur (Tablo 11) (Grafik 4). Polikliniklerde en fazla şiddetin aile sağlığı merkezlerin de olması, çeşitli ve çok sayıda hizmet veren bu merkezlerin bu iş yüküne cevap verememesi ile açıklanabilir. Servislerde en fazla şiddetin üniversite hastanesinde olması da daha ağır hasta gruplarının üniversite hastanelerinde tedavi görmesi, tedavi ve yatış sürelerinin uzun olması, tetkik sayı ve çeşitliliği nedeniyle süreçlerin uzamasının hasta ya da hasta yakınlarını öfkeliendirdiği düşünülebilir. Devlet hastanesi acillerindeki şiddet oranlarının yüksekliği ise acil durumlarda ilk başvurunun yapıldığı yerlerin devlet hastaneleri olması ile açıklanabilir.

Çalışmada haftanın günleri ile şiddet arasındaki ilişki incelendiğinde %26,1 ile en fazla şiddetin pazartesi günü yaşandığı görülmüştür (Tablo 12) (Grafik 5). Pazartesi görülen şiddetin daha fazla olması Pazartesi gününün tatil sonrası haftanın ilk çalışma günü olması, bu nedenle hasta-hekim-hasta yakını üzerinde stres yaratması ile yine Pazartesi günü yaşanan şiddetin hafta sonu hastalanıp acile başvurmamış hastaların başvurusu ile oluşan yoğun iş yükünden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada belirlenmek istenen bir diğer konuda hekimlerin ne yaparken şiddete maruz kaldıklarıdır. Hekimler %35,2 ile en çok hasta muayene ederken ve %27,5 ile hasta/hasta yakınlarına açıklamada bulunurken en son şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir (Tablo 13) (Grafik 6). *İlhan ve diğerlerinin* (143) çalışmasında en son karşılaşılan şiddet sırasında hekimlerin %80'nin üzerindeki kısmının tanı/tedavi işlemleriyle uğraştığını ifade etmesi çalışmamızdaki sonuçları destekler nitelikte bulunmuştur. “*En son şiddet gördüğünüzde ne yapıyordunuz*” sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin en yüksek oranda “*hasta muayene ediyordum*” ve “*hasta/hasta yakınlarına açıklamada bulunuyordum*” yanıtını vermesi çalışmada en çok şiddet görülen yerin poliklinikler olması ile açıklanabilir.

Aydın ve arkadaşlarının (176) pratisyen hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, sağlık ocaklarında daha çok isteklerin reddedilmesinin, devlet hastanesi acil servisleri ile 112 acilde ise saldırganın olumsuz tutumunun şiddete neden olduğu, hekimlerin en fazla

usulsüz reçete (%62,6) ve rapor isteği (%35,2) nedeniyle şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Bu çalışmada da uyumlu olarak hekimlerin yaşadıkları en son şiddetin nedeninin %42,7'lik oran ile en çok haksız isteklerin reddedilmesi olduğu görülmüştür (Tablo 14). Çalışmada şiddet nedenleri arasında haksız isteklerin reddedilmesinin ilk sırada olmasında; bilinçsiz ilaç kullanımı nedeniyle insanların hekime danışmadan eczanelerden ilaç alıp daha sonra hekimlere bu ilaçları yazdırmak istemelerinin, her ne kadar bazı önlemler alınsa da özellikle liseye geçiş ile üniversite sınavları öncesinde sınavlara daha iyi hazırlanabilmeleri için öğrenci velilerinin hekimlerden rapor talep etmesinin, askere gitmek istemeyenlerin askerlik yoklamaları zamanlarında alınmak istenen istirahat raporlarının yine doğum sonrası doğum izni bitiminde annelerin bebekleri ile daha fazla zaman geçirmek için talep edilen rapor istekleri gibi birçok farklı nedenin etkili olduğu düşünülmüştür.

TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında kişilerin şiddete başvurma nedenlerinin %37,8 ile ihmal ve tedavi memnuniyetsizliği, %31,1 ile kurum yetersizliği, %31,6 ile medyada hekim karşıtı yayın, %18,2 ile haksız istek, ilaç/alkol etkisi, %18,1 ile sağlık politikaları olarak bulunduğu bildirilmiştir (113). *Tolhurst ve arkadaşlarının* (179) çalışmasında; hastalar açısından sözlü tacizin genelde uyuşturucuyla, alkolle ve ayrıca kişilik bozukluğu veya hizmetten memnun kalmama gibi spesifik şeylerle bağlantılı olduğu, fiziksel tacizin ise genellikle psikiyatrik etkenler ve alkol bağımlılığı ile alakalı olduğu, *Carmi-Iluz ve arkadaşlarının* (180) İsrail Necef'te yaptığı araştırmada hekimlerin şiddet nedeni olarak en fazla öne çıkardığı 2 nedenin %46,2 ile uzun bekleme süreleri ve %15,4 ile hastaların tedaviden memnuniyetsizlikleri olduğu belirtilmiştir. Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışması ile bu çalışma arasındaki şiddet nedenlerinin farklılığında iki çalışma arasında geçen zamanda değişen mevzuat, çalışma koşulları, kurum yapıları ile coğrafi ve kültür farklılıklarının etkili olduğu, yurt dışındaki çalışmalar ile görülen farkın ise bu ülkelerde çalışma koşullarının değişik olması ve bu ülkeler ile aramızdaki psikososyal gelişim düzeyi farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmada genelde tüm kurumlarda haksız isteklerin reddedilmesi şiddetin en sık nedenidir (Tablo 15) (Grafik 7). Haksız isteklerin reddedilmesinin aile sağlığı merkezlerindeki %62,6'lık yüzdesi dikkat çekici bulunmuştur. Aile sağlığı merkezlerinin ulaşılabilirliğinin kolay olmasının, hasta ya da hasta yakınlarının aile hekimleri ile arasındaki ikili ilişkilerin nispeten yüksek olmasının haksız rapor ve reçete isteklerinin aile

sağlığı merkezlerinden daha fazla talep edilmesine neden olduğu düşünülmüştür. Yine en son görülen şiddet nedenlerinden tetkikler için uzun bekleme süresinin diğer kurumlara göre üniversite hastanesinde %10,2 ile daha yüksek çıkmasını üniversite hastanelerine diğer kurumlara göre daha komplike hastaların gelmesi ve bu hastalarda daha ayrıntılı tetkiklerin istenmesi nedeniyle tetkik sayılarıyla beraber tetkik sürelerinin uzaması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada yaşanan şiddete karşı hekimlerin verdikleri tepkiler incelendiğinde, hekimlerin %42'sinin yaşanan şiddete sözlü karşılık verdiği, %25'inin hiç bir şey yapmadığı, %13,3'ünün polis çağırdığı görülmüştür (Tablo 16). TTB'nin Ankara'daki çalışmasında yaşanan şiddete karşılık vermeyenlerin %41,9 ve sözel karşılık verenlerin %23,3 olduğu bildirilmiştir (177). Sözel karşılık vermenin uygulanabilirliği ve hekimlere uygulanan şiddetin en çok sözel ya da duygusal şiddet olduğu düşünüldüğünde hekimlerin verdiği tepkiler arasında ilk sırada olması anlaşılır bulunmuştur.

Çalışmada şiddet gören hekimlerin %76'sı şiddet sonrası şikâyetçi olmamış, %24'ü şikâyetçi olmuştur (Tablo 18). Çalışmada tek başına fiziksel şiddetin ve fiziksel ile duygusal ya da sözel şiddetin beraber olduğu durumlarda şikâyet edilme oranları daha yüksektir (Tablo 19). *Atik D'nin* (183) bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada şiddet gören doktorların %21,6'sının uğradıkları şiddet olayını ilgili merciye bildirdiği, *Çamcı ve Kutlu'nun* (135) çalışmasında şiddet olaylarını rapor etmenin %59,2 bulunduğu, *Kitaneh ve Hamdan'ın* (184) çalışmasında çalışmaya katılanların %56,3'ünün şiddet vakasını bildirmediği, %20,4'ünün sözlü olarak, %19,2'sinin ise yazılı olarak üstlerine bildirdiği belirtilmiştir. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında şiddet sonrası şikâyetçi olanların %37,8, şikâyetçi olmayanların %62,2 bulunduğu, TTB'nin 2014 yılında Karaçi'deki çalışmasında şiddetin takibi için girişimde bulunanların %6,7, bulunmayanların %93,3 olduğu bildirilmiştir (113,177). Burada özellikle Karaçi'deki yapılan çalışma ile bu çalışmanın şiddet sonrası girişimde bulunma yüzdeleri arasındaki fark dikkat çekici bulunmuş; bunun nedeni olarak Türkiye'ye kıyasla Pakistan'da ve özellikle Karaçi'deki etnik, mezhepsel ve siyasi şiddet olaylarının yoğunluğunun hekimleri duyarsızlaştırmış olabileceğinin bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmadaki düşük şikâyet edilme yüzdesi üzerinde adalete olan güven kaybı ile şikâyet sonrası yaşanacak dava sürecinin zorluğu ve tedirginliğinin etkili olduğu düşünülmüştür. Fiziksel şiddetteki yüksek, sözlü şiddetteki düşük şikâyet edilme oranlarının fiziksel şiddetin

kanıtlanabilmesinin sözel şiddete göre daha kolay olması (*örneğin sağlık kuruluşlarındaki güvenlik kameralarının görüntü kaydedip ses kaydetmemesi fiziksel şiddeti ortaya çıkarmada etkili olurken sözel şiddeti anlamada yetersiz kalmaktadır*), yine sözel şiddetin fazla görülmesi nedeniyle hekimlerin bu tür olayları olağan karşılayıp önemli görmemeleri ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan hekimlerin %57,4'ü şikâyet sonrası istedikleri etkinin oluşmadığını ifade etmiştir (Tablo 20). Burada hekime yönelik şiddette cezai yaptırımların yeterli düzeyde olmamasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada benzer çalışmalar ile uyumlu olarak şiddet sonrası şikâyetçi olmayan hekimlerin şikâyetçi olmama nedenlerinin en çok “*bir şey çıkacağına inanmaması*” olduğu görülmüştür (Tablo 17) (135,177,180,183,184). Hekimlerin uğradıkları şiddet konusunda gerekli yasal düzenlemelerin olmadığı düşüncesinin şikâyet sonrasında bir şey çıkacağına inanmama yüzdesi üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada yaşanan şiddet sonrası çalışma kaybı olmadığını belirtenler %88,1 oranında bulunmuş, %11,9'u ise 1 gün ve üzeri çalışma kaybı tariflemiştir (Tablo 21) (Grafik 8). Fiziksel şiddetin içinde olduğu şiddet olaylarında çalışma kaybının arttığı görülmüştür. Fiziksel şiddetin duygusal ya da sözel şiddet ile beraber olduğu şiddet durumlarında %38,9 ile en yüksek çalışma kaybı yaşandığı, sadece duygusal veya sözel şiddetin olduğu durumlarda %10 ile en az çalışma kaybı olduğu, şiddet sonrası çalışma kaybının kadınlarda %9,1 erkeklerde %14,1 olduğu bulunmuştur. Şiddet sonrası çalışma kaybının diğer araştırmalarda pek sorgulanmadığı, *Çamcı ve Kutlu* (135)'nin çalışmasında şiddet sonrası sağlık çalışanlarının izin alma yüzdesinin %3.6 olduğu görülmüştür. Çalışmada şiddet sonrası çalışma kaybının erkeklerde yüksek çıkması, erkeklerin fiziksel şiddet görme oranlarının yüksek olması ile açıklanabilir. Fiziksel şiddet sonrası çalışma kaybı yüzdesinin yüksekliği bu hekimlerin sağlık sorunları, hukuki ve sosyal nedenler ile açıklanabilir.

Çalışmada şiddet görenler arasında yaşanan şiddetin oluşturduğu olumsuz etkilere bakıldığında ilk üç sırayı sırasıyla 401 (%69) kişi ile hekimlerin çalışma motivasyonunun azalması, 187 (%32,1) kişi ile hekimlerin hekim oldukları için pişmanlık duyması, 183 kişi (%31,4) ile hekimlerin yaşam ve insan sevgisinin azalması oluşturmuştur (Tablo 22). *Kitaneh ve Hamdan*'ın (184) yaptığı çalışmada fiziksel saldırıların en yaygın sonuçlarının; öfke (%44), depresyon (%22), korku veya stres (%14), baş ağrısı/yorgunluk (%8) ve hayal

kırıklığı (%6) şeklinde olduğu, fiziksel olmayan saldırının sonuçlarının ise yüzdeler farklı olarak; öfke (%50,3), baş ağrısı/yorgunluk (%18,2), depresyon (%12,6) ve hayal kırıklığı (%8,4) şeklinde olduğu, ilaveten fiziksel saldırı mağdurlarının %48'inin işyerinde sınırlanma (%16), işi kaybetme (%16) veya başka bir yere transfer olmayı (%12) içeren saldırıyı müteakip iş statülerinde meydana gelen bazı değişiklikler olduğunu beyan ettiği, fiziksel olmayan saldırı mağdurlarının %59,2'sinin de benzer değişikliklerden bahsettiği belirtilmiştir. *Carmi-Iluz ve arkadaşlarının* (180) yaptığı çalışmada çalışmalarına katılan hekimlerin %25,5'inin şiddetin yaşamlarında zarar verici etkileri olduğunu belirttiği, *Heponiemi ve arkadaşlarının* (181) yaptığı çalışmada fiziksel şiddet ve sataşmanın işten ayrılma niyetleriyle ilişkili olduğu, daha yaşlı katılımcıların genç meslektaşlarına göre daha az işten ayrılma niyetinde olduğu, fiziksel şiddet ve sataşmanın iş memnuniyetiyle ters orantılı bulunduğu, *Coles ve arkadaşlarının* (182) araştırmasında; 17 katılımcının işle ilgili bir şiddet vakasından sonra çalışma performansında herhangi bir etki olmadığını belirttiği, bir katılımcının ise küçük bir etki olduğunu belirttiği (toplamda %21), 5 katılımcının (%6) önlem alıcı hareket belirttiği, geri kalan katılımcıların (%62,73) ise stres, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, şiddetin meydana geldiği yer ve hastalardan kaçınma ve iş memnuniyetinde kayıp şeklinde şikayetleri olduğu, travma sonrası stres bozukluğunu belirtilerinin 62 katılımcı tarafından belirtildiği, bu belirtilerin; endişe, korku, stres, güven kaybı ve çekinmeyi içerdiğinin bildirildiği, yine bu çalışmada şiddet nedeniyle hekimlerin konsantre olmada zorlandıkları, hastaları dinleme yeteneğini yitirdikleri, danışma odası gibi kapalı mekanlarda kalmada isteksizlik oluştuğu, endişe ve korku gibi sebeplerle hekimlerin danışmanlık yapmada kendilerinin daha az etkili olduklarını hissettikleri, ayrıca hekimlerin hastalara danışmanlık yaparken şiddet tecrübelerini düşünüp daldıkları ve kötü düşüncelerin zihinlerini bulandırdığı hatta titreme ve ağlama gibi fiziksel tepkiler yaşadıkları, hekimlerde bu etkilerin birkaç saat, gün hatta ay boyunca sürdüğü belirtilmiştir. Yine bu çalışmada hekimlerin kendilerinden şiddet gördükleri hastalara karşı çeşitli tepkiler verdiklerini ifade ettiği, bazı pratisyenlerin doktor-hasta ilişkisinde herhangi bir değişiklik olmadığını beyan ederken, diğerlerinin hastalarla görüştüklerinde stres, korku ve çekingen hareketleri içeren bir huzursuzluk hissettiklerini belirttiği, bazı pratisyenlerin hastaların tedavisine devam edemeyecek duruma geldiklerini belirtirken, bazılarının bu tür şiddet uygulayan hastaların tedavisinde güçlük çektiklerini bildirdiği (örn; *madde bağımlısı, alkolik, psikiyatrik, engellenmiş, sinirli ve bir şekilde*

huzursuzluk çıkaran hastalar.), bazı pratisyenlerin şiddetin meydana geldiği yerden, evde bakımdan, hastanelerden ve kendilerini “sınırlanmış” hissettikleri danışma odalarından kaçındıklarını ifade ettiği, bazılarının ise; mesai saati dışında gelen telefonlardan, akşam ve hafta sonu çalışma gerektiren kliniklerden, geç saatlere kadar çalışmaktan ve mesai saatleri dışındaki ameliyat ve hasta ziyaretlerinden kaçındıklarını bildirdiği, bir kısım hekimin ise, çaresiz kalabilecekleri durumlara karşı biber gazı ve köpek aldıklarını belirttiği, şiddet gördükten sonra iş memnuniyetlerinde azalma olduğunu bildirdikleri, bazı hekimlerin ise şiddet nedeniyle başka kariyer fırsatlarını düşündüklerini söylediği belirtilmektedir. Yaptıkları iş nedeniyle şiddet gören hekimlerin şiddet sonrası yaptıkları işe karşı motivasyonlarının azalmasının ilk sırada çıkması anlaşılır bulunmuştur. Bu çalışma ile diğer çalışmalar arasındaki şiddetin oluşturduğu olumsuz etkiler arasındaki farklılıkların diğer çalışmalar ile arasındaki şiddetin oluşturduğu olumsuz etkilere yaklaşım farklılıklarından kaynaklandığı, bazı çalışmalarda şiddetin etkilerinin daha ayrıntılı sorgulandığı, bu çalışmanın ise anket tabanlı olmasının getirdiği kısıtlılıkların bulunduğu, temelde tüm çalışmalardaki etkilerin birbirine benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmada tüm hekimlerin %72,6’sı, en fazla da %95,5’lik oran ile Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimler çalıştıkları kurumun şiddet konusunda aldıkları tedbirlerin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 23) (Grafik 9). TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında da “*kurumda yeterli güvenlik önlemi var mı*” sorusuna katılımcıların %32,4’ünün evet, %67,6’sının hayır yanıtını verdiği bildirilmiştir (113). Aile sağlığı merkezlerinde kurumsal ve gelişmiş bir güvenlik sisteminin (güvenlik görevlisi, kamera v.s) olmaması hekimlerin kendilerini güvende hissedememelerine neden olmaktadır.

Kitaneh ve Hamdan’ın (184) yaptığı çalışmada, sağlık çalışanları şiddete karşı güvenlik personeli (%75,4), güvenlik alarmları (%36), kamera takip sistemi (%26,3), cep telefonları (%15) ve metal detektörler (%8,3) talep ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmada da çalışmaya katılan hekimlerin hangi şartlarda kendilerini daha güvende hissettireceği sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde *Kitaneh ve Hamdan’ın* (184) yaptığı çalışma ile uyumlu olarak 1. sırada %55,4 ile güvenlik görevlilerinin görevlerini yapması, 2. sırada, %50,4 ile yeterli güvenlik görevlisinin olması, 3. sırada %41,7 ile güvenlik kamerası olması, 4. sırada ise %31,1 ile bulunulan ortamın fiziki yapısının tehdit durumunda uzaklaşmaya imkân vermesi cevaplarının geldiği görülmüştür (Grafik 10). Güvenlik görevlilerinin görevlerini yapması seçeneğinin üniversite hastanesi ve devlet

hastanelerindeki yüksek diğer kurumlardaki düşük, yeterli güvenlik görevlisinin olması seçeneğinin üniversite hastanesi ve devlet hastanelerindeki düşük diğer kurumlardaki yüksek oranlarının, üniversite hastanesi ve devlet hastanelerinde diğer kurumlara göre daha fazla güvenlik görevlisi bulunduğu için sayılarından daha çok görevlerini yapıp yapmadığının sorgulandığı, diğer kurumlarda ise güvenlik görevlilerinin sayısı yetersiz ya da hiç olmadığı için görevlerini yapıp yapmadığının sorgulanamayıp sayılarındaki yetersizliğin öne çıkarıldığı düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan hekimlerin %50,1'i performans sisteminin şiddeti arttırdığını belirtmiştir (Grafik 11). Performans sisteminin şiddeti arttırdığı düşüncesinin hekimlerin performans sisteminin baskısı ile daha fazla hastaya daha kısa sürede bakmaya zorlanmasıyla ilgili olduğu açıktır.

Bu çalışmada ayrıca hekimlerin şiddete karşı neler yapılabileceği konusundaki duygu ve düşünceleri araştırılmıştır. Çalışmada hekimlerin %79,6'sı hekime yönelik şiddet konusunda yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi gerektiğini, %67,6'sı sağlık politikalarını belirlemede hekimlerin de söz sahibi olmasının sağlanmasını, %66'sı mesleki idari ve hukuki olarak hekimlerin desteklenmesi gerektiğini, %63,9'sı medyanın bilinçli yayın yapması için çalışmalarda bulunulması gerektiğini, %63,3'ü toplumsal eğitim çalışmaları yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Grafik 12). *Aydın ve arkadaşlarının* (176) çalışmalarında şiddetin önüne geçmek için ülkemizdeki sağlık politikalarının iyileştirilmesinin ve toplumsal eğitimin gerekli olduğu, *Hills and Joyce'un* (175) çalışmasında; ışıklandırmanın iyi olmasının, gürültü seviyesinin düşüklüğünün, konforun yüksek olmasının, hastaların bekleme süresinin kısalığının şiddet ile ters orantılı çıktığı, *Carmi-Iluz ve arkadaşlarının* (180) araştırmasında hekimlerin %68,9'unun şiddet sorununun hastane veya toplum sağlığı merkezlerinde hiçbir şekilde çözülemeyeceğini, %17,9'u güvenlik görevlisinin saldırganı uzaklaştırmasıyla ve %9,4 ise yasal yollarla bu sorunun çözülebileceğini belirttiği görülmüştür. Hekimlerin şiddete karşı neler yapılabileceği konusundaki duygu ve düşüncelerinde; şiddet uygulayanlara yaptırımların yeterli düzeyde olmamasının, hekimleri doğrudan ilgilendiren sağlık politikalarının hekimlere danışılmadan popülist bir yaklaşımla belirlenmesinin, işi nedeniyle şiddete uğrayan hekimlerin şiddet sonrası ne yapacağını bilemeyip, yeterli desteği görememesinin, medyada yetkililerin sorumsuzca verdiği gerçek dışı beyanların (*hastaların istediği hastaneye başvurabileceği, hiçbir ücret alınmayacağı gibi*), medyada haberlerin iyi

araştırılmadan insanları provoke edecek şekilde “sağlık skandalı” diyerek verilmesinin, hasta ve hasta yakınlarının sağlık sisteminin işleyişi hakkında bir bilgiye sahip olmadan mevzuat dışı isteklerde bulunmasının hekimlerin şiddete karşı neler yapılabileceği ile ilgili dūřüncelerinde etkili olduğu anlaşılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada Samsun il genelinde görev yapıp çalışmamıza katılan tıp doktorları ile yapılan anket yardımıyla doktorların şiddete maruz kalma oranı, maruz kaldıkları şiddetin türü, sıklığı, kaynağı, şiddeti uygulayanların kim olduğu, şiddet sonrası ne yapıldığı, hekime yönelik şiddeti azaltmak için neler yapılabileceğine yönelik önerileri belirlenmeye çalışılmıştır.

Günümüzde şiddet; yolda yürürken, araba kullanırken, televizyonu açtığımızda dizilerde, filmlerde, haberlerde, gazete sayfalarında, evde annenin çocuğa, babanın eşe, sokakta polisin göstericilere uyguladığı günlük bir etkinliğin sıradanlığı haline gelmiş görünmektedir. Toplumda egemen hale gelmiş şiddet kültürünün etkisizleştirilip barışın, iletişimin, empatinin sosyal politikalar ile inşa edilmesine gereksinim duyulmaktadır.

Yoksulluğun ve eğitimsizliğin şiddeti ve daha başka birçok olumsuzluğu besleyeceği göz önüne alındığında, yoksulluk ve eğitimsizlikle mücadelenin bir toplumda en önde gelen önceliklerden birisi olması gerekmektedir. Toplumsal eğitim ile şiddetin bir çözüm yolu olmadığı öğretilen gibi, kurumlardan beklentiler rasyonalize hale getirilerek yaşanabilecek hayal kırıklıklarının önüne geçilebilir.

Bu çalışmada hekimlerin uğradığı şiddet oranlarının çok yüksek olduğu, sözlü ya da duygusal şiddetin hekime uygulanan şiddet türleri arasında ilk sırada olduğu bulunmuş, tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde kadın hekimlerin erkeklere oranla şiddete daha sık maruz kaldığı, buna karşın erkek hekimlerin fiziksel şiddet oranlarının kadın hekimlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada şiddet uygulayanlar açısından erkek cinsiyetin, hasta ve yakınlarının öne çıktığı, şiddetin en fazla görüldüğü yerlerin genel poliklinikler ile acil poliklinikler olduğu, en fazla şiddetin pazartesi günü yaşandığı, hekimlerin en çok hasta muayene ederken şiddet gördüğü, haksız isteklerin reddedilmesinin şiddet nedenleri arasında ilk sırada olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada şiddete karşı hekimlerin verdiği tepkilerden sözlü karşılık vermenin ilk sırada olduğu, şiddet sonrası hekimlerin büyük bir çoğunluğunun şikâyetçi olmadığı, buna neden olarak ise şikâyet sonrası hekimlerin bir şey çıkacağına inanmamasının öne çıktığı görülmüştür.

Çalışmada şiddet görenlerin yaşadığı olumsuz etkilerden hekimlerin çalışma motivasyonunun azalmasının ilk sırada olduğu, en fazla Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimlerin çalıştıkları kurumun şiddet konusunda aldıkları tedbirlerin yetersiz olduğunu ifade ettiği, hekimlerin yarısından fazlasının performans sisteminin hekimlere uygulanan şiddeti arttırdığını bildirdiği, şiddete karşı alınabilecek önlemlerden şiddet konusunda yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi gerektiğinin öne çıktığı görülmüştür.

Sonuçlarda göstermektedir ki; hekime yönelik şiddet her türlü sağlık kurumunda sık görülen hekim hasta arasındaki güvene zarar veren, kurumların ve hekimlerin toplum ve hasta sağlığı için harcaması gereken enerjisinin boşa harcamasına sebep olan, çok yönlü çok boyutlu önemli bir sorundur. Bu sorunun çözümü içerisinde hasta, hasta yakınları ve hekimler dışında karar alıcılar ile medyaya da önemli görevler düşmektedir.

Kamuoyunda yasaların işlemediği, güçlünün hukukunun olduğu, adamına göre işleyen bir yargı sisteminin olduğu algısının yerleştiği görülmektedir. Bunun sonucunda bir haksızlıkla karşılaştıklarında yapacakları hukuksal bir girişimin boşu boşuna yapılmış bir eylem olacağına inanmış insanların kendi adaletlerini uygulama girişimlerinin şiddeti beslemeyeceği düşünülemez. Bu bakımdan hukukun üstünlüğünün, tüm vatandaşların hukuk önünde eşit olduğunun, bağımsız ve tarafsız bir yargının bulunduğu, suçun cezasız kalmadığının sadece sözle değil yapılacak eylemlerle de gösterilip halkın inandırılması gerekmektedir.

Çalışmamız sırasında hekimlerin yaptıkları iş nedeniyle gördükleri şiddetin araştırıldığı çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Türkiye genelinde hekimlere yönelik şiddetin tüm yönleriyle araştırıldığı, daha kapsamlı çalışmaların şiddeti anlama ve çözüm yolları üzerinde etkisi olacağı açıktır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ve literatür bilgileri ışığında hekimlere yönelik şiddeti önlemek amacıyla;

1. Sağlık sisteminin ve kurumlarının işleyişi konusunda toplumun düzenli ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesinin,
2. Medyada kendine yer bulan sağlık konusundaki taraflı ve yanlış sağlık skandalı başlıkları ile verilen haberler konusunda yasal girişimlerde bulunularak bu tür haberlerin önüne geçilmeye çalışılmasının, medyada şiddetin meydana çıkardığı olumsuzlukların vurgulanmasının,

3. Her kurum için kendine özel bir şiddeti önleme programı hazırlanması ve bu programın işleyip işlemediğinin test edilmesinin,
4. Hekimlerin gün içinde baktıkları hasta sayısının hasta ve hasta yakınlarına mevcut tıbbi durum ve plan ile ilgili hekimlerin yeterli zamanı ayırabileceği sayıda olmasının sağlanarak bu sayının üzerine çıkılmamasının,
5. Randevulu sağlık hizmeti sunumunun yaygınlaştırılarak, randevu saatlerine uyulmasının,
6. Hekim dışı personel sayısının yeterli düzeyde olmasının sağlanarak, bu personelin niteliğinin arttırılmasının,
7. Şiddete karşı verilen cezalar caydırıcı olacak şekilde yasal düzenlenmeler yapılmasının,
8. Hasta, hasta yakınları ve hekimlerin fiziki (muayene odası, bekleme odası, vs) şartlarının iyileştirilmesinin,
9. Sağlık kurumlarında şiddetin mağduru sadece hekimler olmayıp tüm sağlık personelinin şiddetten korunma yollarını öğreten eğitimden geçirilmesinin,
10. Şiddete maruziyet sırasında hızlı ve etkili güvenlik tedbirlerinin devreye sokulmasının,
11. Kurumlarda görev dağılımının tam ve eksiksiz bir şekilde yapılarak hangi işi kimin ne zaman yapacağını bilinmesinin,
12. Şiddet uygulama ihtimali yüksek olan grupların (madde bağımlıları gibi) belirlenerek bu hastalara yapılacak müdahaleler sırasında gerekli tedbirlerin alınmasının,
13. Şiddet gösterenlerin zorunlu öfke ve şiddeti yenme becerisi kazandıran kurslara alınmasının,
14. Performans sisteminin kaldırılmasının,
15. Toplumun genelinin eğitim ve ekonomik düzeyinin arttırılarak, insanlar arasındaki eğitim ve ekonomik eşitsizlikleri azaltacak politikaların yürürlüğe sokulmasının,
16. Televizyonlarda şiddet yansıtan haberlere, dizilere, filmlere sınırlandırma getirilerek konulan yaş sınırlarının takip edilmesinin, aynı şekilde bilgisayar oyunlarının uygun olmayan yaştakilere ulaşmasının engellenmesinin,
17. Hekim sayıları konusunda uzun dönemli planlamalar yapılarak bölgeler arasındaki hekim sayısı farklılıkları giderilmesinin, tercih edilmeyen bölgelerin cazip hale getirilmesinin, hekim sayısı az olan bölgelerdeki gençlerin hekim olmaları için teşvik edilmesinin,

18. Hekimlerin çalışma saatlerinin düzene sokularak, insan doğasına aykırı uzunlukta nöbetlerin hekimlerde yaratacağı yorgunluk ile bıkkınlığın, hasta ve hasta yakınları ile hekim arasında iletişim sorunları ile beraberinde şiddete neden olabileceğinin unutulmamasının,
19. Kurumlarda alternatif çıkış yolları olmasının, güvenli alanlar oluşturulmasının, şiddet tehlikesinde hekimlerin bu alanlara ulaşımının sağlanmasının,
20. Hasta yakınlarının mümkün olduğunca tedavi sürecinin dışında tutularak profesyonellerin yapması gerek işlerin hasta yakınlarından istenmesine son verilmesinin,
21. 112'lerin kendine has çalışma koşulları ve fiziksel şiddet oranlarının yüksekliği düşünülerek 112'lerde çalışan personelin 112'lerde kalıcı olmasının sağlanmasının,
22. Hekimlere şiddet uygulayanların aldığı cezaların medyada yer almasının sağlanmasının,
23. Hekimlere hem tıp fakültelerinde hem de diploma alındıktan sonra insanlar arası ilişkiler konusunda eğitim verilerek, şiddet uygulayabilecek kişileri tanıma ve şiddetten korunma yolları öğretilip, kriz yönetimi konusundaki becerilerinin arttırılmasının,
24. Hastane güvenlik personelinin çalışılan ortamın özellikleriyle ilgili hizmet içi eğitim almasının,
25. Şiddet sonrası hekimlere gerekli psikolojik ve hukuki destek sağlanarak, şikâyet sürecinde hekimlere destek olunacağıının hissettirilmesinin şiddeti önleme konusunda etkili olacağı düşünülmüştür.

EK (Anket Soruları)

HEKİME YÖNELİK ŞİDDET ARAŞTIRMASI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından yapılan bu araştırmanın amacı; hasta, hasta yakınları, meslektaşlarınız, amirleriniz ya da diğer herhangi biri tarafından mesleğiniz nedeniyle uygulanan fiziksel, duygusal veya sözel, cinsel ve ekonomik şiddeti irdeleyerek, şiddet ile ilgili verileri ve çözüm önerilerini ortaya koymaktır.

Ankete doğru yanıtlar vermeniz sonucun gerçekleri yansıtmaya katkıda bulunacaktır.

Çalışmada elde edilen veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Vereceğiniz yanıtların size ait olduğunun bilinmemesi için lütfen anket formlarına **ad ve soyadınızı yazmayınız.**

KATILIMINIZ VE DESTEĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Duygusal ya da Sözlü Şiddet: Kişinin rencide edilmesi, aşağılanması, hakarete ya da iftiraya uğraması, tehdit edilmesi, gözdağı verilmesi, küfür edilmesi, lakap takılması ve benzeri davranışlar

Fiziksel Şiddet: Fiziksel olarak ağrı-zarar veren ya da verebilecek her türlü davranış (Tokatlama, yumruklama, tekme atma, herhangi bir cisim atma, ısırma, herhangi bir aletle vurma, itip kakma, çimdikleme, tırmalama ve benzerleri hareketler ile tüm bu hareketlere teşebbüs etme)

Ekonomik Şiddet: Ekonomik faaliyetlerin engellenmesi, kişinin başkalarına sağlanan ekonomik destekten yoksun bırakılması, para ya da parasızlığın yaptırım, tehdit veya kontrol aracı olarak kullanılması

Cinsel Şiddet: Bir kimsenin kendi isteği dışında cinsel ilişkiye zorlanması ya da cinsel tacizde bulunulması gibi cinsel davranışlar.

1.Yaş

- () 20-24 () 25-29 () 30-34 () 35-39 () 40-44
() 45-49 () 50-54 () 55-59 () 60 ve üzeri

2.Cinsiyet :

- () Kadın () Erkek

3.Medeni durum:

() Evli () Bekar () Diğer.....

4.Çocuk:

() Yok () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri

5. Fakülteden mezuniyet yılınız:

.....

6. Meslekteki süre:

() 1 yıl ve altı () 1-5 yıl () 6-10 yıl
() 11-15 yıl () 16-20 yıl () 20 yıl üstü

7.Şu anda çalıştığınız yerleşim yeri:

() İl () İlçe () Belde () Köy

8. Şu anda çalıştığınız sağlık kurumu:

() Üniversite Hastanesi
() Eğitim Araştırma Hastanesi
() Devlet Hastanesi
() Aile Sağlığı Merkezi
() Toplum Sağlığı Merkezi
() Özel Hastane
() Özel Klinik/Dal Merkezi
() 112 Acil
() Diğer.....

9. Şu anda çalıştığınız yerdeki göreviniz:

() Öğretim üyesi
() Uzman
() Uzmanlık öğrencisi
() Aile hekimi
() Toplum sağlığı hekimi
() Acil hekimi
() 112 Acil hekimi
() Diğer.....

10.Şu anda çalıştığınız yerde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

() 1 yıl ve altı () 1-5 yıl () 6-10 yıl
() 11-15 yıl () 16-20 yıl () 20 yıl üstü

11. Şu anda çalıştığınız kurumda;

Haftalık ortalama çalışma saatiniz	< 20 21–40 41–60 > 61
Günlük ortalama hasta/tetkik sayınız	< 15 16–30 31–55 > 56
Haftalık ortalama nöbet saatiniz:	Nöbetim yok < 15 16–30 31–45 > 46
Size göre günlük çalışma temponuz:	() Çok ağır () Ağır () Normal () Ağır değil () Hiç ağır değil

12. Çalışma yaşamınız boyunca mesleğiniz nedeniyle şiddete maruz kaldınız mı?

() Evet () Hayır

Yanıtınız “hayır” ise 14. soruyu geçiniz.

13. Yanıtınız “evet” ise uğradığınız şiddetin türü ve sayısını işaretleyiniz.

Fiziksel şiddet	() 1	() 2-4	() 4-10	() 10 üzeri
Duygusal veya sözlü şiddet	() 1	() 2-4	() 4-10	() 10 üzeri
Cinsel şiddet	() 1	() 2-4	() 4-10	() 10 üzeri
Ekonomik şiddet	() 1	() 2-4	() 4-10	() 10 üzeri

Mesleğiniz nedeniyle şiddete maruz kaldıysanız en son maruz kaldığınız şiddet ile ilgili aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Şiddetin türü	() Fiziksel () Duygusal veya sözlü () Cinsel () Ekonomik
Şiddeti uygulayanın kimliği	() Hasta () Hasta yakını () Hekim () Kıdemli () Amir () Diğer sağlık Personeli () Resmi Görevli () Diğer.....
Şiddeti uygulayanın cinsiyeti	() Kadın () Erkek

Şiddeti uygulayanın yaşı	
Şiddetin yaşandığı kurum	☐ Üniversite Hastanesi ☐ Eğitim Araştırma Hastanesi ☐ Devlet Hastanesi ☐ Aile Sağlığı Merkezi ☐ Toplum Sağlığı Merkezi ☐ Özel Hastane ☐ Özel Klinik/Dal Merkezi ☐ 112 Acil ☐ Diğer
Şiddetin meydana geldiği yer	☐ Poliklinik ☐ Acil Poliklinik ☐ Servis ☐ Bekleme salonu / Koridor v.b ☐ Ambulans ☐ Kurum dışı ☐ Diğer.....
Şiddetin meydana geldiği gün	☐ Pazartesi ☐ Salı ☐ Çarşamba ☐ Perşembe ☐ Cuma ☐ Cumartesi ☐ Pazar
Şiddetin meydana geldiği zaman	☐ 07.00-13.00 ☐ 13.00-18.00 ☐ 18.00-24.00 ☐ 24.00-07.00 ☐ Hatırlamıyorum
Şiddetin meydana geldiği zaman	☐ Mesai sırasında ☐ Nöbet sırasında ☐ Mesai bitiminde ☐ Diğer.....
Şiddete uğradığınız sırada ne yapıyordunuz?	☐ Anamnez alıyordum ☐ Hasta muayene ediyordum ☐ Acil girişimde bulunuyordum ☐ Hastaya müdahale ediyordum ☐ Reçete yazıyordum ☐ Sevk işlemini yapıyordum ☐ Hasta/hasta yakınlarına açıklamada bulunuyordum ☐ Hiçbir şey yapmıyordum ☐ Diğer.....
Uğradığınız şiddet ile baş etmek için ne yaptınız?	☐ Hiçbir şey yapmadım ☐ Meslektaşlarımdan yardım istedim ☐ Yöneticilerimden destek istedim ☐ Oradan uzaklaştım ☐ Sözlü karşılık verdim ☐ Fiziksel karşılık verdim ☐ Polis çağırdım ☐ Diğer.....
Hiçbir şey yapmama nedeniniz	☐ Önemsemedim

neydi?	☐ Uzlaştım ☐ Olumsuz sonuçlarından çekindim ☐ Bir şey çıkacağına inanmadım ☐ Haksız olduğumu düşündüm ☐ Başka türlü hallettim ☐ Ne yapacağımı bilemedim ☐ Diğer.....
Şiddet sonrası ne yaptınız	☐ Şikayetçi oldum ☐ Şikayetçi olmadım
Şikayetçi olduysanız sonucunda ne oldu?	☐ Tatmin edici bir sonuç aldım ☐ Tatmin edici bir sonuç alamadım ☐ Şikayetçi olduğuma pişman oldum ☐ Üzerini kapattılar ☐ Sonuçlanmasını bekliyorum ☐ Diğer
Bu olay nedeniyle çalışma kaybınız oldu mu?	☐ Hayır ☐ 1 gün ☐ 2-5 gün ☐ 6-10 gün ☐ 10 gün üzeri
Gördüğünüz şiddetin sizde oluşturduğu olumsuz etkiler nelerdir?	☐ Herhangi bir olumsuz etki oluşmadı. ☐ Hekim olduğum için pişmanlık duydum ☐ Kendimi suçladım ☐ Görev yerimi değiştirdim. ☐ Yaşam ve insan sevgim azaldı ☐ Çalışma motivasyonum azaldı ☐ Kendime zarar vermeyi düşündüm ☐ Bir başkasına zarar vermeyi düşündüm ☐ Sürekli hastalar ve yakınları tarafından şiddete uğrayacağım kaygısı oluştu ☐ Şiddet ile ilgili anıların tekrarlaması var ☐ Diğer.....
Uğradığınız şiddetin sizce nedeni neydi?	☐ İlaç/alkol/madde etkisi ☐ Muayene için uzun bekleme süresi ☐ Tetkikler için uzun bekleme süresi ☐ Tedaviden memnun olmama ☐ Mekan, araç-gereç, personel eksikliği ☐ Tetkik ve tedavi ücretinin yüksek olması ☐ Haksız isteklerinin reddedilmesi (reçete, rapor,vb) ☐ Kişisel nedenler ☐ Sağlık politikaları ☐ Medyanın etkisi ☐ Diğer.....

14. Çalıştığınız kurumun şiddete karşı aldığı tedbirler yeterli mi?

☐ yeterli ☐ fikrim yok ☐ yetersiz

15. İş yerinizde hangi şartların olması kendinizi daha güvende hissettirir?

- ☐ () Yeterli güvenlik görevlisinin olması
- ☐ () Güvenlik görevlilerinin görevlerini yapması
- ☐ () Kendimi savunma konusunda daha fazla beceriye sahip olmam
- ☐ () Bulduğum ortamın fiziki yapısının tehdit durumunda uzaklaşmama imkan vermesi
- ☐ () Girişte metal dedektörlerinin kullanılması
- ☐ () Ulaşabileceğim bir yerde panik alarm butonu olması
- ☐ () Güvenlik kamerası olması
- ☐ () Diğer.....

16. Hekimlerin maruz kaldığı şiddetin nedenleri nelerdir?

- ☐ () Muayene için uzun bekleme süresi
- ☐ () Tetkikler için uzun bekleme süresi
- ☐ () Tedaviden memnun olmama
- ☐ () Mekan, araç-gereç, personel eksikliği
- ☐ () Tetkik ve tedavi ücretinin yüksek olması
- ☐ () Haksız isteklerinin reddedilmesi (reçete, rapor,vb)
- ☐ () Kişisel nedenler
- ☐ () Şiddet uygulayanın ilaç/alkol/madde etkisinde olması
- ☐ () Sağlık politikaları
- ☐ () Sağlık sistemindeki olumsuzlukların sorumlusunun hekim olarak gösterilmesi
- ☐ () Medyanın yanlış ve olumsuz etkisi
- ☐ () Diğer.....

17. Performans sisteminin hekime yönelik şiddete etkisi nasıldır?

- ☐ () Etkisi olmamıştır.
- ☐ () Azaltmıştır
- ☐ () Çok azaltmıştır
- ☐ () Arttırmıştır
- ☐ () Çok arttırmıştır

18. Hekime yönelik şiddeti önlemeye yönelik neler yapılabilir?

- ☐ () Toplumsal eğitim çalışmaları yapılmalı.
- ☐ () Sağlık kurumlarında güvenlik tedbirleri artırılmalı.
- ☐ () Medyanın bilinçli yayın yapması için çalışmalarda bulunulmalı.
- ☐ () Hekime yönelik şiddet konusundaki yasal yaptırımlar yeniden düzenlenmeli.
- ☐ () Sağlık sisteminin işleyişi ve yeni uygulamalar konusunda toplum düzenli olarak bilgilendirilmeli.
- ☐ () Sağlık politikalarını belirlemede hekimlerin de söz sahibi olması sağlanmalı.
- ☐ () Mesleki, idari ve hukuki olarak hekimler desteklenmeli.
- ☐ () Sağlık personeli şiddet uygulayabilecek kişileri tanıma ve onları yatıştırma konusunda eğitilmeli.
- ☐ () Diğer.....

KAYNAKLAR

1. Krug EG et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: Preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med 1996;38(10):993-1006.
3. Saines JC. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. Accid Emerg Nurs 1999;7(1):8-12.
4. Özcan YZ ve ark. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Ankara, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, 1998.
5. İnan A. Şiddet felsefesi. IV. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, Adana. 8 Mayıs 1997.
6. Türk Dil Kurumu. Türkçe sözlük. 10. Baskı, Ankara. Türk Dil Kurumu Yayınları, 2005.
7. Püsküllüoğlu A. Türkçe Sözlük. 7. Baskı, İstanbul, Can Yayınları, 2008.
8. Dursun Y. Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir? FLSF (Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi) 2011Güz; 12:1-18.
9. Polat O. Kriminoloji ve Kriminalistik Üzerine Notlar, 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayınevi, 2004.
10. Alkan Ç. Kitle psikolojisi, medya ve şiddet. Psikoloji Makaleleri 2013;017.
11. Morris D. İnsan Bahçesi. 3. Baskı, İstanbul, İnkilap Kitabevi. 1986.
12. Fromm E. Sahip Olmak ya da Olmak. 3. Baskı, İstanbul, Arıtan Yayınevi. 1991.
13. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet-Violence as a Vicious Cycle. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry 2012;4(1):112-137.
14. Le Bon G. Kitleler Psikolojisi. İstanbul, Yağmur Yayınları. 2005.
15. Şaşıoğlu M. Öfkenin bilişsel davranışçı açıklaması ve tedavisi.
<https://www.psikonet.com/konu.asp?kid=251> (erişim tarihi 28.09.2014).
16. Polat O. Şiddetin nedenleri ve psikolojisi, psikoloji.gen.tr www.circassiancenter.com/cc-turkiye (erişim tarihi 28.09.2014).
17. Göka E, Yüksel F. V, Göral F. S. İnsan İlişkilerinde Yansıtımlı Özdeşim. Turk Psikiyatri Dergisi 2006;17(1):46-54.
18. Fromm E. Kendini Savunan İnsan. 3. Baskı. İstanbul, Say Yayıncılık. 1994.
19. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 11. Basım. İstanbul, Metis Yayınları. 2005.
20. Enserink M. Searching for the Mark of Cain. Science, 28 Haziran 2000 (çeviri Yılmaz A.) Şiddetin Biyolojisi, Bilim ve Teknik Şubat 2001.
21. Yüksel N. İntiharın mörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2001;2:5-15.

22. İncecik Y. ve ark. Eş şiddeti ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2009;3(1):1-7.
23. Ögel K, Tarı I, Yılmaz C, Eke T. Okullarda Suç ve Şiddeti Önleme. İstanbul 2005.
24. Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:13-23.
25. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2000;3:21-26.
26. Gümüş A. Şiddetin nedenleri. Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu. Ankara, Eğitim Sen Yayınları 2006:39-92.
27. Kızmaz Z. Şiddetin sosyo - kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2006;16 (2):247-267.
28. Şiddet Psikolojisi, www.sinirsizyasam.com/Siddet.aspx (erişim tarihi 28.09.2014).
29. Uysal M. Medya ve şiddet, www.egitimsen.org.tr (erişim tarihi 27.09.2014).
30. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Günay Y. Televizyonda çocukların en çok seyrettikleri saatlerde gösterilen filmlerdeki şiddet düzeyi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:133-140.
31. Bandura A, Ross D, Ross AS. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. J Abnorm Soc Psychol 1961;63:575-582.
32. Palabıyıkoglu R. Medya ve şiddet. Kriz Dergisi 1997;5:123-126.
33. Bushman JB, Huesmann R. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:348-352.
34. Bar-on ME. the effects of television on child health: implications and recommendations. Arch Dis Child 2000;83:289-292.
35. Huesmann RL, Taylor LD. The role of media violence in violent behavior. Annu Rev Public Health 2006;27:393-415.
36. Kaplan B, Aksel EŞ. Ergenlerde bağlanma ve saldırganlık davranışlarının incelenmesi. Nesne Psikoloji Dergisi 2013;1(1):20-49.
37. Committee on public education. American Academy of Pediatrics 2001;108:1222-1226.
38. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.
39. Şiddeti Önleme Platformu, "Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu". http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/Siddeti_Onleme_Platformu_Medya_ve_Siddet_Calisma_Grubu_Raporu_05.Doc. (Erişim tarihi 16.06.2014.)
40. Altekin S. Şiddet ve şiddetin farklı türleri. 2013 Şubat, 2013 Eylül (revize edildi). <http://serapaltekin.net/siddet.php> (erişim tarihi 15.09.2014).

41. Aslanova K. Medeni kanun kapsamında kadına yönelik şiddet.
<http://www.uhbabdergisi.com/?sayfa=dergiayrinti&no=117&icerik=medeni-kanun-kapsaminda-kadina-yonelik-siddet&kategori=hukuk> (erişim tarihi 17.05.2014).
42. Harcar T, Cakır O, Surgevil O, Budak G. Kadına yönelik siddet ve türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumu. Toplum ve Demokrasi, Eylül-Aralık 2008;2 (4):51-70.
43. Gürkan ÖC, Coşar F. Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):124-129
44. Işiker F. Televizyon yayınlarında şiddet, yayınlanmamış uzmanlık tezi. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Uzmanlık Tezi. 2011.
45. Erkal S. Aile içi şiddet ve yaşlılar. 25 Ağustos 2008,
www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yaslivesiddet.pdf (erişim tarihi 11.08.2014).
46. Sayıl I vd. Aile içi ilişkiler ve sorunlar. 2001 Yılı Aile Raporu. TC Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2002. Yayın no: 120.
47. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health., World Health Organization. Geneva 2002.
48. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002;359:133-136.
49. Kaplan ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddet ve aile içi şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. <http://95.183.211.112/index.php/dergi/manager/setup/hdergi.ybu.edu.tr> (erişim tarihi 28.09.2014).
50. Ulutaşdemir N. Kadına yönelik şiddet. Sağlık ve Toplum 2002;12(4):15-20.
51. Efe ŞY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11:23-29.
52. Şahin F, Beyazova U. Çocuğun şiddetten korunma hakkı.
http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/151/sahin_beyazova.htm (erişim tarihi 09.04.2014)
53. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele projesi. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü,
<http://www.kadininstatusu.gov.tr/tr/19162/Kadina-Yonelik-Aile-Ici-Siddetle-Mucadele-Projesi> (erişim tarihi 11.08.2014).
54. Ziyalar N. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu 1999;2:31-33.
55. Polat O. Çocuk ve şiddet. İstanbul, Der Yayınları 2002:85-97.
56. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-151.
57. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:37S-56S.

58. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. Am Fam Physician 2000;61:3057-3064.
59. Polat O. Çocuk Hakları Nedir? İstanbul. Analiz Yayınları 2002: 5-39.
60. Bethea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999;59:1577-1585.
61. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. Pediatrics 2002;110(1):11.
62. Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. Pediatrics 2001 Sep;108(3):E43.
63. Öz F. Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi 2002;10(2):17-28.
64. Büken N, Büken E. Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. Geriatri 2003;6(2):75-79.
65. Turla A, Yılmaz EM. Yaşlılıkta istismar ve ihmal. Adli Psikiyatri Dergisi 2007;4 (4):27-35.
66. Kıssal A, Beşer A. TAF Prev Med Bull 2009; 8(4):357-364, www.korhek.org 357 Derleme/Rewiev Article (Erişim tarihi 22.04.2014).
67. Lecovich E. Elder abuse and neglect in Israel: Acomparision between the general elderly population and elderly new immigrants. Family Relations 2005;54(3):436-47.
68. Woolf LM. Elder abuse and neglect. 1998.
<http://www.webster.edu/~woolfm/abuse.html>. (erişim tarihi 17.07.2014)
69. Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Dyer CB. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults-analysis of statewide database. Journal of American Geriatrics Society 2001;49(1):45-48.
70. Altun ÖŞ. Yaşlı istismarı ve ihmalı. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Erzurum 4-7 Ekim 2012.
71. Koştu N. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi 2005;2 (2):527-534.
72. Bilgili N. Yaşlı istismarı ve ihmalı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;6(1-2):6777.
73. Yavuzer Y. Okullarda saldırganlık/şiddet: Okul ve öğretmenle ilgili risk faktörleri ve önleme stratejileri. Millî Eğitim Güz/2011;192:43-61
74. Tezcan M. Eğitim Sosyolojisi. 9.Baskı, Ankara: Zirve Ofset. 1994.
75. Başar H. Sınıf Yönetimi. Ankara: Pegem Yayınları No:13. 1994.
76. Öğülmüş S. Okullarda şiddet ve vandalizm. Yayınlanmamış araştırma raporu. Ankara Üniversitesi, E.B.F. 1995.

77. Çubukçu Z, Dönmez A. Yazılı basına yansımaları ile okuldaki şiddet olaylarının incelenmesi. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi 2014;7(1):44-59
78. Pişkin M, Ayas T. Akran zorbalığı ölçeği: Çocuk formu. Akademik Bakış Dergisi 2011 Ocak – Şubat – Mart;23:1-13.
79. Çinkir S, Kepenekçi YK. Öğrenciler arası zorbalık (bullying among students). Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, bahar 2003;34:236-253.
80. Durmuş E, Gürkan U. Lise öğrencilerinin şiddet ve saldırganlık eğilimleri. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2005;3(3):253-269.
81. Yavuzer Y, Gündoğdu R, Dikici A. Teachers' perceptions about school violence in one Turkish city. Journal of School Violence 2009;8 (1):29-41.
82. Tınaz P. Mobbing: İşyerinde psikolojik taciz. Çalışma ve Toplum 2006;3:13-28.
83. Çöl SÖ. İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. Çalışma ve Toplum 2008;4:30-107.
84. Acar AB, DüNDAR G. İşyerinde psikolojik yıldırmaya (mobbing) maruz kalma sıklığı ile demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 2008;37(2):111-120.
85. Tınaz P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). 1. Baskı. İstanbul. Beta Basım Yayım. 2006:8.
86. Çakartaş G. Üniversite öğrencilerinin siber zorbalık davranışları sergileme durumunu belirleme. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitimde Program Geliştirme ve Öğretimi Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi. <http://library.neu.edu.tr/> (erişim tarihi 11.08.2014).
87. Oktal Ö. Yönetici eğitiminde bilgi teknolojileri kullanımı ve internet tabanlı eğitim programına yönelik bir model önerisi. Yayımlanmış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi. 1999.
88. Erdur-Baker Ö, Kavşut F. Akran zorbalığının yeni yüzü: Siber zorbalık. Eurasian Journal of Educational Research 2007;27:31-42
89. Li Q. New bottle but old wine: A research of cyber bullying in schools. Computers in Human Behavior July 2007:1777–1791.
90. Ybarra ML, Mitchell K J, Wolak J. & Finkelhor D. Examining characteristics and associated distress related to internet harassment: Findings from the second youth Internet safety survey. Pediatrics 2006;118(4):1169-1177.
91. McDonald P. & Flood M. Encourage. Support. Act! Bystander approaches to sexual harassment in the workplace. Australian Human Rights Commission. 2012.
92. Kowalski RM, Limber SP. Electronic bullying among middle school student. Journal of Adolescent Health 2007;41:22–30.

93. Ferdon CD, Feldman M. Electronic media, violence and Adolescents: An emerging public health problem. *Journal of Adolescent Health* 2007;41:1-5.
94. Ayas T., Horzum MB. Sanal zorba / kurban ölçek geliştirme çalışması. *Akademik Bakış Dergisi* 2010;19:1-17.
95. Johnson JM. The impact of cyber bullying: A new type of relational aggression. Paper based on a program presented at the American Counseling Association Annual Conference and Exposition, Charlotte, NC. 2009, March.
96. Serdar S, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi*, 2004;12 (3):53-62.
97. Sayıl I ve ark. İntihar davranışı, kriz ve krize müdahale. A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi yay 2000:165-197.
98. İntihar istatistikleri, 2013. www.tuik.gov.tr (erişim tarihi 21.07.2014).
99. Eskin M. Gender and cultural differences in the 12-month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *J Gender Culture Health* 1999;4:187-200.
100. Demir S ve ark. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse and suicidal behavior inuniversity students in Turkey. *Arch Sex Behav* 2005;34:185-195.
101. Eskin M, Akaoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):266-275.
102. Mortensen PB ve ark. Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychol Med* 2003;33:1177-1184.
103. Lestela-Mielonen PS et al. Life events, social support, and onset of major depressive episode in finnish patients. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:373-81.
104. Dal Grande E et al. Suicidal ideation in a random community sample: Attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust NZJ Psychiatry* 2000;34:98-106.
105. Roy A. Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:194-196.
106. Madden PA et al. Suicidal beaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*, 1998;28:839-855.
107. Josepho SA, Plutchik R. Stress, coping and suicide risk in psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1994;24:48-57.
108. Türk Ceza Kanunu, Tertip: 5, Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004, Sayısı: 25611. www.mevzuat.gov.tr (erişim tarihi 13.06.2014).
109. Ailenin korunması, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm (erişim tarihi 17.06.2014).

110. Spor, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110414-6.htm (erişim tarihi 17.06.2014).
111. Elbek O, Adaş EB. Hekimlere / Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Türkiye Biyoetik Derneği 7. Kongresi. Bildiri Özetleri Kitabı. İstanbul, Ekim 2012;27,28.
112. Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri. Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2003;16:44-51.
113. Elbek O, Adaş EB, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet raporu. Türk Tabipleri Birliği Gaziantep - Kilis Tabip Odası. Nisan 2008.
114. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2001;5:1-9.
115. Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. Aust J Adv Nurs 2000;18:8-17.
116. Aydın M. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. Türk Tabipleri Birliği Isparta - Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta-Burdur Aralık 2008.
117. Bachman R. Violence and theft in the workplace. National Crime Victimization Survey, july 1994, NCJ-148194. <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=148199> (erişim tarihi 24.06.2014)
118. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM 1996; 38:993-1005.
119. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999;14:420-425.
120. Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med 1996;38:993-1006.
121. Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, Hellsten JJ. Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. JAMA 1998;280:439-442.
122. Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. J Adv Nurs 2000;31:668-680.
123. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. Accid Emerg Nurs 2006;14:245-9.
124. Adaş EB, Elbek O. Hekimlere yönelik şiddet üzerine bir değerlendirme. Toplum ve Hekim 2008;23:147-160.
125. Elbek O, Adaş EB. Şiddetin Gölgesinde Hekimlik. TTB Aydın Tabip Odası Yayınları. Mayıs 2012.

126. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. BMC Health Serv Res 2010;10:51.
127. Akın NC, Balcı E, Dursun E, Güner G, Karataş Z, Öndül S, Özcan Ö, Şahin İ, Taşkın OA. Hekime Yönelik Şiddet: Fenomenolojik Bir Değerlendirme. <http://yurtvedunyadergisi.files.wordpress.com/2014/02/6-4.pdf> (erişim tarihi. 13.05.2014).
128. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2009;12(1):33-44.
129. Adas EB. Privatization of health and publicization of violence: violence toward doctors in Turkey. Critical Public Health 2011;21(3):339-351.
130. Özmen M. Transference and countertransference in medically ill patients. Turk Psikiyatri Dergisi 2007;18:72-9.
131. Gökalp P. Hekime şiddet nereden çıktı, şiddet ve nefrete psikanalitik yaklaşım. İstanbul Psikanaliz Derneği. <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/pdfler/psikanalitikyaklasim.pdf> (Erişim tarihi 17.05.2014).
132. Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):46-53.
133. Ünlüsoy DN. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2010.
134. Önal G. Türkiye bioetik derneği sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi ve önlenmesi hakkında görüşü 2012 (son dönemde toplumda ve sağlık hizmetlerinde giderek yükselen şiddet ve önlemler bağlamında). http://irisinteraktif.com/Biyoetik/files/gorusler/TBD_Siddet_hk_Gorusup.pdf (erişim tarihi 11.05.2014)
135. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:9-16.
136. Fung VK, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Med J 2006;12:6-9.
137. Lyneham J. Violence in New South wales emergency departments. Australian Journal of Advanced Nursing 2000;18:2.
138. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(1):1-9.

139. Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495-503.
140. Conway PM, et al. Violence risks in nursing-results from the European 'next' Study. *Occup Med (Lond)* 2008;58:107-14.
141. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs* 2010;35:177-84.
142. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2010;85:29-43.
143. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. Eylül-Aralık 2009;28:3.
144. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
145. Keser ÖN, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri* 2011;31(6):1442-1456.
146. Günaydın N, Kutlu Y. Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3:1-5.
147. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *AF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(3):314-326.
148. Gillespie GL. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective. *Strategies Rehabilitation Nursing* September - October 2010;35(5):177-184 .
149. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs* 2006;14:245-9.
150. Atan SÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi* 2011; 25 (1):7-80.
151. Geisser MS, et al. Risk factors for work – related assaults on nurses. *Epidemiology* 2005;16:704-709.
152. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012;3:105.
153. Aydın M. Isparta - Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. 2008. www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/isparta.doc (erişim tarihi 23.08.2014)
154. Avcı E ve ark. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *GMJ* 2013;24:5-10.
155. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:147- 154.

156. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *West J Med* 1997;167:74-78.
157. Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(1):46-53.
158. Ünsal AŞ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi* 2011;25:1.
159. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
160. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res* 2010;10:51.
161. Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495-503.
162. Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*. <http://Www.Hsj.Gr> (erişim tarihi 26.04.2014).
163. Conway PM, et al. Violence risks in nursing-results from the European 'next' Study. *Occup Med (Lond)* 2008;58:107-14.
164. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012;3:105-5.
165. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *AF Preventive Medicine Bulletin* 2013; 12(3):314-326.
166. Flannery RB. Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 1996;1:57-68.
167. Fernandes et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;161(10):1245-8.
168. Dabak Ş ve ark. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyum düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16: 9-14.
169. Gökçe T, DüNDAR C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;15:25-28.
170. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2(2):161-173.
171. Sağlık çalışanlarını ilgilendiren 02.01.2014 tarihinde kabul edilen 6514 kanun nolu sağlık bakanlığı ve bağlı kurumların teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun. http://www.ido.org.tr/lib_upload/files/sayi%20153_web.pdf (erişim tarihi 17.08.2014).
172. Türk Tabipler Birliği. <http://www.ttb.org.tr/siddet/> (erişim tarihi 17.04.2014).

173. Akademik personel. www.omu.edu.tr/ (erişim tarihi 17.09.2014).
174. www.medihaber.net/2013/09/10/turkiyede-il-il-doktor-sayilari/ (erişim tarihi 17.09.2014).
175. Hills and Joyce. Factors associated with medical practitioners' experiences of workplace aggression, Health Services Research Unit, Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Monash University, Alfred Centre, Melbourne Victoria 3004, Australia 2013;57(7):898–912.
176. Aydın ve ark. Violence against general practitioners in Turkey. *J Interpers Violence*. 2009 Dec;24(12):1980-95.
177. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik Şiddet Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri. Ankara, Haziran 2014. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimesiddet.pdf> (erişim tarihi 09.08.2014).
178. Saegi K et al. Work-related violence by patients against doctors. *J Occup Health* 2011;53:356-364.
179. H. Tolhurst et al. Aust. J. Rural Health Rural General Practitioner Experience Of Work-Related Violence In Australia. *Aust J Rural Health* 2003 Oct;11(5): 231-236
180. Tal Carmi-Iluz et al. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Services Research* 2005;5:54.
181. Heponiemi et al. The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Services Research* 2014;14:19
182. Jan Coles et al. GPs, violence and work performance 'Just part of the job?'. Department of General Practice, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia 04/2007;36(3):189-91.
183. Atik D. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. *NWSA-Medical Sciences*, 1B0035, 2013;8 (2):1-15.
184. Kitaneh and Hamdan. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012;12:469.
185. Siying Wu et al. A Study on Workplace Violence and Its Effect on Quality of Life Among Medical Professionals In China. *Archives of Environmental & Occupational Health* 01/2014; 69(2):81-88.