

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**HASTANE ÇALIŞANLARINA UYGULANAN
ŞİDDET ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**Pelin ARBAÇ
1130232006**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM**

ISPARTA-2017



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Pelin ARBAÇ	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Fiziksel Şiddet Üzerine Bir Uygulama	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Hastane Çalışanlarına Uygulanan Şiddet Üzerine Bir Araştırma	
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 25/10/2017 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Necla YILMAZ	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrenci, yeni tez konusu belirler.



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “*Hastane Çalışanlarına Uygulanan Şiddet Üzerine Bir Araştırma*” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Pelin ARBAÇ
25/10/2017

(ARBAÇ, Pelin, *Hastane Çalışanlarına Uygulanan Şiddet Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2017)

ÖZET

Hastaneler iş yoğunluğu ve çalışma koşullarına bağlı olarak stresin en fazla yaşandığı yerlerden biridir. İnsanların yoğun olarak bir arada olduğu ortamlarda ortam şartları, tutumlar, bireysel ihtiyaçlar veya empati yapamama gibi faktörlerden dolayı şiddet kaçınılmaz bir hal almaktadır. Sağlık personelinin ruhsal veya fiziksel rahatsızlık içerisinde bulunan hastalarla direk iletişim halinde olmaları sebebiyle, sağlık personeli şiddete en fazla maruz kalınan meslek grupları arasında yer almaktadır. Bu bilgiler dâhilinde araştırmanın amacı Konya İl merkezli yataklı tedavi kurumlarına hasta veya yakınları tarafından uygulanan sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan hastane çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini, çalışma yerlerini, meslek gruplarını, çalışanların uğradıkları şiddetin niteliğini, davranışsal özelliklerini ve bunları etkileyen faktörleri saptamaktır. Araştırma kapsamında 413 kişiye ulaşılmış ve veri toplama aracı olarak sağlık personellerine çoktan seçmeli anket soruları yöneltilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre sağlık personelinin en fazla maruz kaldığı şiddet türünün sözel şiddet olduğu saptanmıştır. Şiddetin en çok klinik servis ve polikliniklerde görüldüğü, personelin şiddete verdikleri tepkinin ilk olarak güvenlik görevlisi çağırma olduğu ve alınan önlemlerin yetersiz kaldığı yönünde bulgular olduğu tespit edilmiştir. Güvenli bir sağlık işyeri ortamının oluşturulması için yeni sağlık politikaları düzenlenmelidir. Şiddetin yüksek oranda görüldüğü yerlerdeki güvenlik görevlisi sayısı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, sağlık, hastane çalışanları

(ARBAÇ, Pelin, *A Research on Violence Applied to Hospital Employees*, Master's Thesis, Isparta, 2017)

ABSTRACT

Hospitals are one of the places where stress is most experienced depending on work intensity and working conditions. Violence is inevitable due to factors such as environmental conditions, attitudes, individual needs, or the inability to empathize in a situation where people are concentrated together. Health personnel violence is among the most exposed occupational groups because health personnel should be in direct communication with patients who are in mental or physical discomfort. Within this information, the purpose of the research is to determine the sociodemographic characteristics, working places, occupational groups, the severity of the employees, behavioral characteristics and the factors affecting the socio-demographic characteristics, occupational groups, employees who are exposed to the verbal, physical and sexual violence applied to the inpatient treatment institutions. Within the scope of the study, 413 individuals were reached and multiple choice questionnaires were directed to health personnel as a data collection tool. According to the results of the research, it was determined that the violence that the health personnel was exposed to was the verbal violence. It has been found that violence is mostly seen in clinical services and outpatient clinics, that the staff responding to violence is the first to call a security officer and that the measures taken are inadequate. New health policies should be organized to establish a safe health workplace environment. The number of security officers in places where violence is seen in high places should be increased.

Key words: Violence, health, health workers

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM ŞİDDET İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.1. ŞİDDETİN TANIMI.....	3
1.2. ŞİDDETİN NEDENLERİ.....	4
1.2.1. Psikolojik Nedenler.....	5
1.2.2. Biyolojik Nedenler.....	7
1.2.3. Sosyolojik Nedenler.....	8
1.3. ŞİDDETİN TÜRLERİ	9
1.3.1. Fiziksel Şiddet.....	10
1.3.2. Sözel Şiddet	11
1.3.3. Cinsel Şiddet.....	12
1.4. ŞİDDETE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR.....	15
1.4.1. Biyolojik Yaklaşım.....	15
1.4.2. Psikolojik Yaklaşım.....	16
1.4.3. Sosyolojik Yaklaşım.....	17

İKİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİNDE ŞİDDET

2.1. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDET İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ.....	18
2.2. ŞİDDETE KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER VE BAŞA ÇIKMA	23
2.3. TÜRKİYE’DE ŞİDDET KAPSAMINDA YER ALAN MEVZUAT	34

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM HASTANE ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1.1. Amaç ve Önem	39
3.1.2. Varsayımlar.....	39
3.1.3. Sınırlamalar.....	39
3.1.4. Evren ve Örneklem	39
3.1.5. Veri Toplama Aracı	40
3.1.6. Analiz Yöntemi.....	40
3.2. BULGULAR.....	40

3.2.1. Demografik Bulgular	40
3.2.2. Hastane Çalışanlarının Uğradığı Şiddet ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	42
3.2.3. Çeşitli Değişkenlere Göre Hazırlanan Çapraz Tablolar	52
3.2.3.1. Şiddetin Görülme Sıklıklarının Hastanelere Göre Dağılımı	52
3.2.3.2. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Durumu.....	53
3.2.3.3. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Sıklığı	54
3.2.3.4. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Durumu	54
3.2.3.5. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Sıklığı	55
3.2.3.6. Yaşa Göre Şiddete Uğrama Durumu	55
3.2.3.7. Yaşa Göre Şiddete Uğrama Sıklığı	56
3.2.3.8. Sektörde Çalışma Yılına Göre Şiddete Uğrama Durumu	57
3.2.3.9. Sektörde Çalışma Yılına Göre Şiddete Uğrama Sıklığı	57
3.2.3.10. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türü.....	58
3.2.3.11. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddetin Nedenleri.....	59
3.2.3.12. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddete Karşı Gösterilen Tepkiler	60
3.2.3.13. Maruz Kalınan Saldırının Meslek Grupları Üzerindeki Etkisi	62
3.2.3.14. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türü	63
3.2.3.15. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Etkileri	63
3.2.3.16. Meslek Gruplarının Adli Makamlara Şikâyetle Bulunup Bulunma Durumu.....	64
3.2.3.17. Adli Makamlara Müracaat Etmeme Nedenlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	65
3.3. TARTIŞMA	67
3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKÇA	76
EKLER.....	82
EK 1: Anket	82
EK 2: Üniversite Etik Kurul Kararı İzin Yazısı	86
ÖZGEÇMİŞ.....	87

KISALTMALAR

TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	: World Health Organisation
TCK	: Türk Ceza Kanunu
ILO	: International Labour Office
ICN	: International Council of Nurses
PSI	: Public Services International
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
EEOC	: Equal Employment Opportunity Commission
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
Vd.	: Ve diğerleri
STÖ	: Sivil Toplum Örgütü
MK	: Merkez Konseyi
PR	: Public Relations

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. İşyerinde Psikolojik Şiddet Kavramına İlişkin Yaklaşımlar.....	7
Tablo 1.2. Bazı Ülkelerde Sağlık Çalışanlarının İşyerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Şiddet Türlerine Göre Dağılımı	14
Tablo 2.1. Şiddetin Önlenmesinde Yapılan Stratejiler ve Alınacak Önlemler	30
Tablo 3.1. Hastane Çalışanlarına İlişkin Demografik Bulgular	41
Tablo 3.2. Hastane Çalışanlarının Uğradığı Şiddet ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	43
Tablo 3.3. Çalıştığı Bölümde/Hastanede Güvenlik Görevlisi Olup Olmadığına İlişkin Bulgular	43
Tablo 3.4. Çalıştığı Kurumun Güvenlik Açısından Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	44
Tablo 3.5. Meslek Hayatı Boyunca Şiddet Maruz Kalma Sayısına İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 3.6. Maruz Kaldıkları Şiddetin Türüne İlişkin Bulgular.....	45
Tablo 3.7. Uğradıkları Şiddetin Yerine İlişkin Bulgular.....	45
Tablo 3.8. Şiddetin Zamanına İlişkin Bulgular	46
Tablo 3.9. Şiddete Başvuranlara İlişkin Bulgular	46
Tablo 3.10. Şiddete Başvuranların Cinsiyetlerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular	47
Tablo 3.11. Hastane Çalışanlarına Göre Şiddete Başvurulma Nedenlerine İlişkin Bulgular	47
Tablo 3.12. Hastane Çalışanlarının Şiddete Karşı Gösterdikleri Tepkilere İlişkin Bulgular	48
Tablo 3.13. Hastane Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddeti Hastane Yönetimine Bildirmelerine İlişkin Bulgular	49
Tablo 3.14. Şiddeti Hastane Yönetimine Bildirmeleri Halinde Alınan Önlemlere İlişkin Bulgular	49
Tablo 3.15. Maruz Kalınan Şiddetin Etkilerine İlişkin Bulgular	50
Tablo 3.16. Maruz Kalınan Şiddet Nedeniyle Adli ya da İdari Rapor Alınması ve Adli Makamlara Şikayette Bulunulmasına İlişkin Bulgular	50
Tablo 3.17. Adli Kovuşturma ve Soruşturma Sonucuna İlişki Bulgular	51
Tablo 3.18. Maruz Kalınan Şiddet Sonucu Adli Makamlara Müracaat Etmeme Nedenlerine İlişkin Bulgular.....	51
Tablo 3.19. Şiddetin Önlenmesine Yönelik Alınacak Tedbirlere İlişkin Bulgular.....	52
Tablo 3.20. Şiddetin Görülme Sıklıklarının Hastanelere Göre Dağılımına İlişkin Bulgular	53
Tablo 3.21. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Durumuna İlişkin Bulgular	53
Tablo 3.22. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Sıklığına İlişkin Bulgular	54
Tablo 3.23. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Durumuna İlişkin Bulgular	55

Tablo 3.24. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Sıklığına İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 3.25. Yaşa Göre Şiddete Uğrama Durumuna İlişkin Bulgular	56
Tablo 3.26. Yaş gruplarına Göre Şiddete Uğrama Sıklığına İlişkin Bulgular	56
Tablo 3.27. Katılımcıların Sektörde Çalışma Yıllarına Göre Şiddete Uğrama Durumlarına İlişkin Bulgular.....	57
Tablo 3.28. Katılımcıların Sektörde Çalışma Yıllarına Göre Şiddete Uğrama Sıklığı Dağılımına İlişkin Bulgular	58
Tablo 3.29. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türüne İlişkin Bulgular	58
Tablo 3.30. Meslek Gruplarının Uğradıkları Şiddetin Nedenlerine İlişkin Bulgular	59
Tablo 3.31. Meslek Gruplarının Yaşadıkları Şiddete Karşı Verdikleri Tepkilere İlişkin Bulgular	61
Tablo 3.32. Maruz Kalınan Saldırının Meslek Grupları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular	62
Tablo 3.33. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türüne İlişkin Bulgular	63
Tablo 3.34. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Etkilerine İlişkin Bulgular.....	64
Tablo 3.35. Adli Makamlara Şikâyetle Bulunma Durumunun Katılımcıların Mesleki Gruplarına Göre Dağılımına İlişkin Bulgular	65
Tablo 3.36. Adli Makamlara Müracaat Etmeme Nedenlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımına İlişkin Bulgular	65

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim boyunca tüm bilgi ve birikimiyle yanımda olup, kendi meşguliyetine rağmen her zaman yanımda olan ve bu bölümde yüksek lisans eğitimini severek yapmış olmam da büyük katkısı bulunan kıymetli Danışman Hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında maddi manevi desteklerini esirgemeyen ailem; arkamda dimdik durmamı sağlayan, annem Naile HIZARCI' ya, bana inanmaktan hiçbir zaman vazgeçmeyen babam Atilla HIZARCI' ya ve tezin her aşamasında destek veren abim Müfit HIZARCI'ya minnetle teşekkür ediyorum.

Araştırmamın her aşamasında bu sürecin yoğunluğunu ve yorgunluğunu benimle paylaşan biricik eşim İsmail ARBAÇ'a ve en büyük motivasyon kaynağım canım oğlum Mehmet ARBAÇ'a sonsuz teşekkür ederim.

Pelin ARBAÇ
Isparta, 2017

GİRİŞ

Şiddet günümüzde artan oranda görülmektedir. Uluslararası Meslek Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'nün yayınladığı rapora göre şiddet, mesleki yaralanmaların ve ölümlerin en önemli sebebidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her hafta 18 bin çalışan işyerinde şiddete maruz kalmakta, bunun sonucunda milyonlarca dolar maddi zarar ve işgücü kaybının meydana geldiği bildirilmektedir. Yapılan işle maruz kalınan şiddetin ağırlığı ve sıklığı farklı iş gruplarına göre çeşitlilik göstermekte olup; şiddete en fazla polisler, gardiyanlar, sağlık çalışanları, postacılar ve öğretmenler maruz kalmaktadırlar (Beder, 2009: 1).

İnsanların yoğun olarak bir arada olduğu örgütsel ortamlarda iletişimsizlik, deneyimler, amaçlar, ortam şartları, tutumlar, kişilik özellikleri, bireysel ihtiyaçlar, stres veya empati kuramama gibi nedenlerden dolayı şiddetin olması kaçınılmazdır. Ancak bu şiddetin düzeyi ve sıklığı önem arz etmektedir. Doğası ve yapısı gereği şiddetin sıklıkla yaşandığı örgütsel ortamlardan birisi de sağlık kuruluşları olmaktadır (Yıldırım, 2011: 3). Sağlık işyerinde hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları için belki de gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu durumda hekimler ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (Annagür, 2010:161).

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin yalnızca Türkiye'ye özgü bir durum olmadığı görülmekte ve tüm dünyada şiddet vakalarında artış görülmektedir. Yoğun iş yükü ve stres altında çalışan sağlık çalışanlarının uğradıkları şiddeti azaltmak için gerekli önlemler alınmalı ve cezalar caydırıcı nitelikte olmalıdır.

Tüm sağlık çalışanları güvenli bir ortamda çalışma hakkına sahiptirler. Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin korunması, hastaların sağlık ve güvenliklerinin korunması kadar öncelikli ve önemlidir. Ülkemiz için de önemli bir sorun olan işyerinde şiddetin oluşumunda toplumsal, kültürel, çevresel, kurumsal, organizasyonel, bireysel birçok risk faktörü rol oynar. Bütün bu faktörler göz önüne alınarak sağlık çalışanlarının

şiddete maruz kalma durumları ciddiyle ele alınmalı ve işyerinde şiddet olaylarını önlemeye yönelik stratejiler, politikalar geliştirilmelidir (Pınar ve Pınar, 2013: 315).

Sağlıkta şiddet konusu üzerine literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Şiddetin nedenleri, boyutları, şiddetle başa çıkma yöntemleri gibi konularda çalışmalar yapılmıştır. Ancak ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalar gün geçtikçe artmaktadır. Bunun sebebi ise hastane çalışanlarının uğradığı şiddetin günden güne artmasıdır.

Bu çalışmada şiddetin nedeni ve boyutları, şiddetle başa çıkma yolları ve şiddete karşı alınacak tedbirler incelenecektir. Çalışma 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde şiddet kavramına yer verilmiş olup, şiddetin neden ve sonuçları detaylandırılmıştır. İkinci bölüm sağlık alanında şiddet ile ilgili bilgilere ayrılmış, şiddetle başa çıkma yolları ve şiddete karşı alınması gereken önlemlere yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümü ise 3 farklı hastane personelinin yaşadıkları şiddete dair algılarına yönelik çalışmalardan elde edilen verilerin analiz sonuçlarını içermektedir. Hastane çalışanlarına yapılan anket ile toplanan verilerin analizi sonucu ortaya çıkan bulgular tartışılmıştır. Bu bölümde, sonuçlar değerlendirilmiş ve önerileri yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ŞİDDET İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Bu bölümde şiddetin detaylı tanımı yapılmış, şiddetin nedenleri ve türlerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Son olarak ise bu bilgiler şiddete güncel yaklaşımlar ile desteklenmiştir.

1.1. ŞİDDETİN TANIMI

Şiddet her zaman insan deneyimlerinin bir parçası olmuştur. Bu etki dünyanın her yerinde farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Her yıl bir milyondan fazla insanın şiddet görmesinin bir sonucu olarak yaşamını kaybettiği ve daha fazlasının kişilerarası ya da kolektif şiddet sonucu yaralandığı bilinmektedir. Dünya çapında 14-55 yaş arası ölümlerde, ölüm nedenlerinin başında şiddet yer almaktadır (WHO, 2002: 5-7).

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti ‘kişinin kendisine, başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik olarak zarar görme, gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun ortaya çıkabilmesi’ şeklinde ifade etmektedir. Şiddet, doğuştan veya sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüleri olarak değişik şekillerde, bütün ırk ve kültürlerde, her dönemde var olan, niteliği ve niceliği sosyal değişim süreci ile yakından ilişkili olan bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Aynı zamanda başkalarına karşı fiziksel ya da psikolojik olarak zarar vermeye yönelik yıkıcı, yok edici, kabul görmeyen davranışlar olarak da tanımlanmaktadır (WHO, 2002: 4). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımında yer alan şiddetin toplum sağlığı sorunu olarak görülmesindeki neden; şiddetin kolektif şiddeti içerisinde barındırıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Kolektif şiddet geçmişten günümüze tarihin her aşamasında görülmektedir. İhtilaller, ayaklanmalar ve terör eylemleri gibi örnekler şiddetin bu türü kapsamında yer almaktadır.

Şiddetin sözlük anlamlarına bakıldığında; Kamus-ı Türki’ye göre; sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma olarak geçmektedir. “Şedid” ise sert, katı ve şiddetli demektir. “Şeddat” da sertlik ve kızgınlığı ile tanınan ünlü eski Yemen hükümdarının adıdır. Ali Püsküllüoğlu’nun Türkçe Sözlük’ü ise şiddet’in günümüzde kazandığı yeni anlamlarına da yer vermektedir. Karşıt tutumda, görüşte olanlara kaba

kuvvet kullanma, sert davranma, sertlik. Şiddet olayları ise, insanları sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır (Ünsal, 1996: 29). Şiddet sözcüğünün etimolojik yönüne bakıldığında ise dilimize Arapçadan geçtiği görülmektedir. Şiddet, sözlükte karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaştırma yerine kaba kuvvet kullanma, duygu ve davranışta aşırılık anlamında kullanılmaktadır (TDK, 2005). Merriam-Webstar'a göre şiddet, birine ve/veya eşyalarına zarar vermek, yıkıcı güç ve enerji gibi anlamlara gelmekle birlikte, yoğun ve çoğu zaman yıkıcı eylem ya da kuvvet şeklinde tanımlanmaktadır (<http://www.merriam-webster.com/dictionary/violence>, 25.09.2016).

Literatürde yer alan tüm şiddet tanımlarındaki zarar verme ve zarar görme, güç kullanma, kaba kuvvet uygulama gibi eylemler, şiddet tanımının ortak öğeleridir. Aynı zamanda şiddet, genelde kabul gören yasa ve ahlak ilkelerine aykırı biçimde fiziksel yok etme, gereksiz yere kırma, yok etme eylemleri ve toplumsal ilişkilerde kabul edilebilirlik sınırlarını aşan zorlama eylemidir (Özerkmen, 2012: 3).

Kızgınlık, öfke, nefret gibi duygular şiddetin hizmet ettiği en temel amaçlardır. Şiddet çoğu zaman bir gruba, bir kişiye yönelik olsa da, bir fikre veya bir değere yönelik de ortaya çıkabilmektedir. Belli bir güç sonucu ortaya çıkan; kişiye, nesneye ya da bir düşünceye zarar verme riski taşıyan her türlü davranışlar şiddet olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple şiddetin farklı türleri ortaya çıkmaktadır.

1.2. ŞİDDETİN NEDENLERİ

İşyerinde şiddetin kaynağına göre sınıflandırılmasında, Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin geliştirdiği sınıflama tercih edilmekte ve dört tip şeklinde incelenmektedir (Cal/OSHA, 1995: 1):

Tip I: Önceden kuruluşla ilişkisi bulunmayan bireyler tarafından gerçekleştirilen suç eylemlerini kapsar. Bu şiddet türünde ana hedef, nakit para ve değerli şeylerdir.

Tip II: Bir müşteri/hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel ve/veya psikolojik saldırıyı kapsar. İşyerinde şiddetin en yaygın türü olup, saldırganın kurumla ilişkisi bulunmaktadır. Tip II' deki olaylar çoğunlukla belli bir risk grubu içerisinde bulunan kurum ve kuruluşlarda meydana gelmektedir. Bu yüzden bu tip birçok hizmet sağlayıcısı için daha yaygın risk oluşturmaktadır.

Tip III: Çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti ifade eder. İşyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsamaktadır. Bununla birlikte bu tip çalışanlar arasındaki psikolojik ve sosyal faktörlerin devreye girmesiyle oluşan şiddet türüdür. Hiç fiziksel yaralanmaya neden olmayan bu tür tehdit ve diğer sözlü tacizleri kapsamaktadır.

Tip IV: Yakınların (ailenin veya arkadaşların) gösterdiği şiddet türüdür. Bu tür şiddet eylemlerinde, esas olarak evden kaynaklanmasına karşın, önemli derecede işyerine taşmalar gözlenir. Sağlık çalışanları daha çok Tip II şiddete maruz kalmakla birlikte değişik düzeylerde bütün şiddet tiplerine maruz kalmaktadırlar.

Şiddetin nedenleri 4 farklı gruba ayrılmıştır ancak yaşanan şiddet birden fazla türe tabii olabilir. Hastanede meydana gelen şiddetler tip II sınıflandırması içerisinde yer almakta gibi görünse de tip I' e uygun bir şiddetle karşılaşılması da mümkündür. Örneğin, kan davası güdülen bir çatışmada taraflar, yaralananların sağlık bakımını bozmak için hastane çalışanına şiddette bulunabilir. Böyle bir olayın türü ilk bakışta tip I' e uygun gibi görünse de riskleri Tip II' yi de kapsamaktadır.

Şiddetin nedenini daha ayrıntılı incelemek adına 3 ana gruba ayırmak mümkündür. Günümüzde saldırganlık/şiddet olayları veya suçları; biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından analiz edilmektedir. Şiddet veya saldırganlığın bu disiplinlerin her biri tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi, şiddet davranışının çok boyutlu ve kompleks bir karakteristiğe sahip olduğunu göstermektedir (Kızmaz, 2006: 248).

Şiddetin nedenleri çok çeşitlidir ve birçok faktöre bağlıdır. Bununla birlikte tüm bu etkenler biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenler olmak üzere üç gruba ayrılabilir:

1.2.1. Psikolojik Nedenler

Zekâ gerilikleri, ağır ruhsal bozukluklar (şizofreni, manik atak, paranoid bozukluklar), antisosyal ve sınır (borderline) kişilik bozukluğu gibi kimi ruhsal hastalıklarda ve kişilik bozukluklarında şiddet ve saldırganlık eğilimi bir belirti olarak ortaya çıkabilmektedir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998: 9).

Kişiyi bağırma, başkaları önünde küçük düşürme, gururunu incitme, hakaret etme, kişiyi fiziksel şiddet uygulamakla tehdit etme, kişinin duygu ve düşüncelerini

açıkça ifade özgürlüğünü elinden alma, kendi gibi düşünüp davranmaya zorlama, kişinin hareket özgürlüğünü kısıtlama, kendi aile bireyleriyle veya arkadaşlarıyla iletişimi yasaklama, kişinin istediği gibi giyinme özgürlüğünü kısıtlama gibi fiziksel bir baskı olmaksızın uygulanan ve ruh sağlığını bozucu eylemlerin tümü duygusal şiddet kapsamındadır.

Son yıllarda işyeri şiddetinin, fiziksel şiddet kadar psikolojik şiddeti de içerdiği görülmüştür. Çalışma ortamında gerçekleşen her türlü duygusal taciz, korkutma, tehdit, gözdağı, alay, başkalarının önünde küçük düşürücü veya aşağılayıcı söz söyleme gibi çeşitli psikolojik saldırı türlerini içeren pek çok davranış da işyeri şiddetinin kapsamında ele alınmaktadır (Özen Çöl, 2008: 108). Avrupa'daki araştırmalar da, çalışanlar 5 yıl psikolojik şiddete maruz kaldıktan sonra çalışanlarda yüksek düzeyde travmatik stres sonrası bozukluğu olduğunu göstermektedir (Marais-Steinman, 2002: 113-120).

Şiddet çalışanın kendine özgü bireysel niteliklerine ve örgütsel etmenlere göre açıklanmaktadır. Çoğu araştırmada stresli iş ortamı, insan ilişkilerinin nitelikleri, kişiler arası çatışma, düşük iş doyumu, hayal kırıklığı, ağır iş yükü, negatif çalışma ortamı gibi etmenleri şiddet ile ilişkilendirmektedir (Einarsen vd., 1994: 385-388). Buna bağlı olarak, düşük kaliteli iş çevresi, rol çatışmalarının fazla olması, işyerinin sosyal iklimi ve liderlik tarzından duyulan memnuniyetsizlik ise psikolojik şiddetin bileşenlerini oluşturmaktadır (Özen, 2007: 11). İşyerlerinde kesin çizgilerle çizilmiş ast üst ilişkisinin olması ve bunun sonucunda personellerde oluşan memnuniyetsizlik de psikolojik şiddetin oluşmasına neden olan faktörlerden sayılabilir.

Psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha fazla yaşanma sebebinin ölçülmesindeki, tanımlanmasındaki ve algılanmasındaki zorluklardan kaynaklandığı belirtilebilir (Yıldırım, 2011: 10). Bu sebeple çok ön plana çıkmayan psikolojik şiddet kavramı literatürde farklı şekillerde yer almaktadır. Çoğu zaman bu kavramlar birbirleri yerine geçecek biçimde kullanıldıkları için, aralarında ayırım yapmak son derece güçtür. Ne var ki, tanımlamaya çalıştıkları olgu etkileri ve nedenleri bağlamında iç içe girmiş benzer bir süreçtir (Özen, 2007: 4).

İşyerinde psikolojik şiddet kavramına ilişkin literatürde farklı yaklaşımlar yer almaktadır. Bu yaklaşımlar Tablo 1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 1.1. İşyerinde Psikolojik Şiddet Kavramına İlişkin Yaklaşımlar

REFERANS	KAVRAM	TANIM
Brodsky (1976)	Harrassment (Taciz)	Acı çektirmek, sinir bozmak veya başkasından tepki almak için korkutucu, yıldırıcı ve sürekli tekrarlanan girişimler.
Thylefors (1987)	Scape-Goating (Günah Keçiciliği)	Belli bir süre boyunca bir veya birden fazla kişiden gelen ve tekrarlanan olumsuz davranışlara maruz kalmak.
Hoel ve Cooper (2000)	Bullying (Zorbalık)	Bir veya birkaç kişinin belli bir süre boyunca devam ettiği zora koşma eylemidir. Burada şiddete uğrayan savunmasız kalmaktadır.
Leymann (1990)	Mobbing/ (Psikolojik Terör)	Bir veya daha fazla çalışan tarafından, sistematik bir biçimde doğrudan yöneltilen, düşmanca ve ahlaki olmayan iletişim.
Wilson (1991)	Workplace Trauma (İşyeri Travması)	Bir işverenin algılanan ya da gerçek; sürekli ve kasıtlı kötü niyeti sonucunda çalışanın benliğinin parçalanması/ bozulmasıdır.
Adams (1992)	Bullying (Zorbalık)	Kamu veya özel alanda, çalışanı utandıran ve küçük düşüren, sürekli tekrarlanan eleştiri ve kişisel tacizdir.
Keashly, Trot ve Maclean (1998)	Abusive Behaviour /Emotional Abuse	Cinsel ya da ırksal tacizden farklı olarak birden fazla kişinin bir kişiye yönelttiği zarar verici sözel davranışlardır.
Zapf (1999)	Mobbing (Yıldırma)	İşyerinde yıldırma, bir çalışanı usandırma, zorbaca davranma, rahatsız etme, sosyal olarak dışlama veya rahatsız edici görevler vererek daha alt bir pozisyonla karşı karşıya bırakmaktır.
Salin (2001)	Bullying (Zorbalık)	İşyerinde düşmanca bir çevre yaratan, bir veya birkaç çalışana yönelik tekrarlanan ve sürekli olumsuz davranışlardır.

Kaynak: Vartia, 2003: 9-10

Psikolojik şiddeti açıklamak için Tablo 1'deki gibi farklı kavramlar kullanılmaktadır. Bu kavramların ortak özelliği; kişiye psikolojik acı vermesidir.

1.2.2. Biyolojik Nedenler

Biyolojik nedenler arasında beyin yapıları, frontal lob disfonksiyonu, genetik faktörler, hormonlar, nörotransmitterlerdeki değişiklikler gibi faktörler sayılabilir (Yang ve Raine, 2009: 1-3; Archer vd., 2012: 1-14; Howner vd., 2012: 1).

Testesteron hormonuna bağlı olarak şiddet eğiliminin erkeklerde daha fazla olması, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanımına bağlı oluşan şiddet, psikiyatrik bozukluklar, halüsinasyon görme, kendini beğenme şeklinde ortaya çıkan duygu bozuklukları gibi etmenler şiddetin biyolojik nedenleri arasında sayılabilir.

Hormonların şiddet üzerindeki etkisi kaçınılmaz olup, yetişkin insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, şiddet suçları ile ilgili istatistikler göz önüne alındığında, erkeklerin kadınlara göre daha saldırgan olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bu farklılıklardan, kesin olarak sorumlu tutulabilecek belli bir madde izole edilememiştir. Hayvanlar ve insanlar üzerinde yapılan bir çok araştırmada ve gözlemde erkeklik hormonları düzeyi ile saldırganlık arasında bağlantı olduğu ortaya çıkmıştır (Brain vd., 1992: 12-25).

Birçok araştırmacı, saldırgan davranışlar sergileyen bir grup insanda şiddet eğiliminin nedeninin bireyin sinir sistemindeki hasar olduğunu savunmaktadır. Bu saldırganlığın öğrenilmiş bir davranış olduğu görüşüyle de birleştirilerek şöyle bir açıklama getirilmektedir: Şiddetli fiziksel istismara maruz kalmış insanlarda buna bağlı olarak sinirsel bir harabiyet oluşur. Bu sinirsel harabiyet de bu kişilerin biyolojik olarak şiddete yakın olmasına yol açar (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998: 12).

Kişilik bozuklukları, psikiyatrik hastalıklar ve kendini kaybetme gibi etmenler de şiddetin biyolojik nedenlerini oluşturmaktadır. Yaşanılan şiddet olayları da, meydana gelen her türlü şiddet olgusunun temelinde biyolojik faktörlerin yer aldığını göstermektedir.

1.2.3. Sosyolojik Nedenler

Riches'e (1989: 7) göre şiddet; kültürel ortamlarda ve çok çeşitli sosyal durumlar incelendiğinde daha iyi anlaşılır. Şiddetin kontrol edilmesi güçtür ve farklı toplumlarda bu durumlar hoş karşılanmaz. Bu yüzden şiddetin farklı nedenleri olması, farklı şekillerde ortaya çıkıyor olması, o toplumun kültür ve sosyal yapısıyla alakalıdır.

Sosyolojik yaklaşıma göre şiddet; kültürel, yapısal, ilişkisel ve ekonomik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kültürel anlamda şiddet, toplumdaki bazı durumlarda ve belli şahıslara karşı şiddet kullanımının kabul görüldüğü düşünülmekte ve bu yargının kuşaktan kuşağa aktarıldığı öne sürülmektedir. Yapısal anlamda yoksulluk ve imkânsızlığın insanları kanuni olmayan yollardan isteklerine ulaşmaya ve şiddet kullanmaya ittiği, ilişkisel anlamda şiddetin tahriksel davranış ve sözler sonucu ortaya çıktığı, ekonomik anlamda ise kişilerin şiddet sonucu elde edecekleri kazançların hesabını yaparak bu tür davranışlara yöneldikleri öne sürülmektedir (Polat, 2001: 20-61)

Yapılan araştırmalara göre, farklı kültürel yapılarıdaki insanlar şiddete daha eğilimlidir. Ekonomik dezavantaj ve şiddet arasında ciddi bir ilişki bulunduğu, düşük sosyo kültürel özelliklere sahip bireylerin    alma tutumlarına sahip olduklarını ileri sürülmektedir. Öyle ki şiddete yatkınlık, onların başkaları ile olan sorunlarında daha çok cesaret ve intikam alma yönünde tutum sergilemelerine yol açmaktadır (Markowitz, 2003: 145-153).

şiddet davranışının temel kaynaklarından biri de, aile faktörüdür. Bunun temel nedeni, gençlerin ilk sosyalleşme işlevinin kaynağının aile kurumu olmasındandır. Çünkü  ocuğun aile içindeki gelişimi gelecekteki yönelimini belirlemektedir. Bu sebeple, aile içerisindeki yetersiz veya yanlış bir sosyalleşme çocuğun şiddet davranışı gösterme ve suça yönelme eğilimini artırabilmektedir. Bu nedenle, aile kurumundaki sorunlar gelecekteki suçluluğun önemli göstergeleri olarak görülmektedir (Buka ve Earls, 1993; Akt.: Kızmaz, 2006: 258).

Geleneksel aile yapımızda cinsiyet önemli bir ölçüt olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada ailede kız ve erkek çocuklarına atfedilen roller arasındaki farklılıklar şiddeti de beraberinde getirmektedir.

Erkeğe  st n kadına ise düşük pozisyonda roller biçen yapımız, sürekli değişimler karşısında kimi zaman aile içinde kimi zamansa bireysel patlamaların yaşandığı olumsuzlukları beraberinde getirmektedir (Ayan, 2009: 93).

Bireyin yetişkin dönemindeki şiddet eylemlerinin, çocukluk çağında sergilediği agresif tavırlar arasında bir ilişkiyi  ng ren araştırmaların varlığı yadsınamaz (Buka ve Earls,1993: 50-51; Farrington, 1998; Hawkins vd., 1998; Akt.: Kızmaz, 2006: 258).

Bireyde saldırgan davranışların gelişmesinde birçok faktör rol oynamaktadır. Antisosyal davranışlar, genetik faktörlerden doğabilir. Bu biyolojik faktörlerin etkileşimi saldırı riskini artırmaktadır (Ferguson, 2008: 2-20).

1.3. şİDDETİN TÜRLERİ

Araştırmacılar dünyada ve ülkemizde şiddetin türlerini farklı şekillerde ele almışlardır. Ancak en çok kabul gören şiddet; fiziksel şiddet, sözel şiddet ve cinsel şiddet olarak kategorilere ayrılıp incelenmiştir.

1.3.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet; kontrol etmeyi, acı ve korku yaşatacak istekleri gerçekleştirmeyi hedefleyen, beden gücü kullanmayı gerektiren ve bireyde fiziksel yaralanmalara neden olan, vurma, fırlatma, tekmeleme, yakma ile bazen sopa, bıçak, ip, jilet, balta, tornavida, kemer gibi araçlarla gerçekleşebilen davranış olarak tanımlanabilmektedir (Beder, 2009: 7).

Fiziksel şiddet; fiziksel güç kullanarak (vurma, tekmeleme, itme, zorlama...) birine kasıtlı olarak zarar vermeyi içeren eylemdir. Sınırı olmayan kesme, itme, atma, sıkma, ısırma, saç çekme, vurma, yakma, bir kişiye karşı silah kullanma gibi eylemleri içerir (Altıntaş, 2006: 9).

Dar anlamıyla şiddet tanımında, tartışılmaz ve ölçülebilir nitelikleriyle, fiziksel şiddet tektir. İnsanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici bir edimdir. Hukuk dilinde “eşhasa (şahıslara) karşı cürümler” diye nitelendirilir. “Adam öldürmek cürümleri” (TCK, m.448-450: kasten adam öldürme) “şahıslara karşı müessir fiiller”, (TCK, m.456 katil kasti olmaksızın bir kişiye cismen ceza verilmesi veya sıhhatin ihlali, yahut akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebep olunması) tanımına uyan fiziksel şiddet anlayışı örneğin; yalnız mala verilen zararı şiddet kavramına sokmamaktadır. Burada kurbanın canı, sağlığı, bedensel bütünlüğü ya da bireysel özgürlüğüne karşı bir tehdit söz konusudur. Örneğin; ölüm, yaralanma, ırza tecavüz, yağma ve yol kesme ve adam kaçırmak yada rehin alma gibi (TCK, m.495; Ünsal, 1996: 31).

Fiziksel şiddet için kullanılan sözcüklerden en yaygınları “darp”, dayak” ve “dövmek”tir. “Darp” daha nesnel bir anlatım sağlarken, “dayak” ya da “dövmek” hem şiddetin yeniden üretimine katkıda bulunur, hem de sağlık çalışanını, şiddet uygulayandan daha aşağı bir konumda gösterir. Şiddet göreni daha alçaltıcı bir duruma sokar. “Dayak”, “darp”tan daha çarpıcı ve etkili bir sözcüktür. Bunun yan anlamı olarak “cezalandırma” sözcüğü de kullanılabilir. “Dayak atan” daha güçlüdür, dolayısıyla yetkiyi de elinde tutar. “Darp” sözcüğü darp edeni saldırgan durumuna koyarken, “dayak” ya da “dövme” güçlü bir konumda gösterir, bir bakıma şiddeti de meşrulaştırır (Çınarlı ve Yücel, 2014: 41-42).

Toplumda yaşanan şiddet olayları cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve meslek statülerine göre farklılaşmaktadır. Ancak genel olarak fiziksel şiddet “güçlü konumda olandan” “güçsüze” yönelik olmaktadır. Örneğin, ailede şiddet daha çok erkekten

kadına, ebeveynlerden çocuklara yönelen fiziksel şiddet biçiminde ortaya çıkmaktadır. Dayak ya da tokatlama, yumruklama, tekmeleme, iteleme, boğazını sıkma gibi kötü davranışlar fiziksel şiddetin biçimlerini oluşturmaktadır (Kalaycı vd., 2005: 3)

Fiziksel ve psikolojik şiddet pratikte sıklıkla çakışır ve farklı şiddet biçimlerini kategorize etme girişiminde bulunmak çok zor olur. Şiddetle ilgili en sık kullanılan terimlerin bazıları aşağıdaki listede sunulmaktadır (Martino, 2002: 2):

Saldırı: Fiziksel yaralanmaya veya bir kişiye saldırıya teşebbüsten fiziksel olarak zarar gelmesi. Başkaları arasında dayak, tekme, tokatlamak, bıçaklama, ateş etme, ısırma, cinsel saldırı ve tecavüz içerir.

Tehdit: Fiziksel, cinsel, psikolojik zarar ya da kurban(lar)a yönelik diğer olumsuz sonuçlardan korkma ile sonuçlanan yaralanma veya yaralanma tehlikesidir.

Kötü Muamele: Makul davranıştan ayrılan ve fiziksel ve psikolojik gücün yanlış kullanımını içeren davranıştır. Buna taciz, zorbalık ve mobbing dahildir.

Taciz: Kavram çok geniş kapsamlı terimleri kapsamaktadır. Yaşa, engelliliğe, ev içi koşullara ve cinsel tercihlere saygı duymama sonucu ortaya çıkan statülerdir. Psikolojik veya fiziksel davranışları, azınlıklar ile ilişkiyi, işyerindeki kadın ve erkeğin haysiyetini etkileyen davranışların bütünüdür.

Cinsel taciz: Cinsel yaklaşımı istemeyen kişiye saldırmak ve kişiyi tehdit etme suretiyle gerçekleşen taciz türüdür. Madura utanç duygusu veren davranışlardır.

Zorbalık /mobbing: Haksız, sürekli negatif sözler ya da eleştiriler de dahil olmak üzere bir kişiyi aşağılamak ya da zayıflatmak için acımasız, zalim ya da kötü niyetli girişimler yoluyla zulüm, bir kişiyi sosyal ilişkilerden ayırmak ve dedikodu çıkarmak ya da yaymak gibi zulümden oluşan bir biçim psikolojik tacizdir.

Fiziksel şiddet, kişinin beden bütünlüğü bozmak suretiyle, kişiye acı çektirerek oluşturulan her türlü davranışlar bütünüdür.

1.3.2. Sözel Şiddet

Sözel şiddet; yıkıcı eleştiri, bağırma, alay etme, suçlama ve isim takma gibi davranışlarla ortaya çıkan, uygulanan bireyde psikolojik hasar ve/veya yıkıma yol açan bir şiddet türüdür (Cohen, 2014: 6). Aynı zamanda bu şiddet türü; bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, azarlama, aşağılama şeklinde uygulanır. Sözel şiddette, korku unsuru önemli bir olgudur. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler, söyleme,

güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar, sözel şiddet olarak algılanmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46).

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına iş yaşamları boyunca hangi tür şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda; fiziksel şiddet (%12.2), sözel şiddet (%59.7), zorbalık/psikolojik taciz (%12.8) ve cinsel tacizin (%3.6) daha fazla uygulandığı belirlenmiştir (Çamcı ve Kutlu, 2011: 9-16). Halkın şiddet algısı ve değerlendirilmesi ön bulgular raporuna göre sözel şiddete maruz kalma oranı %67,1 olarak belirlenmiş ve şiddet türleri arasında en fazla maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu saptanmıştır (Yıldırım, 2011: 1).

Kanada’da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın ise %76 olduğu gösterilmiştir (Fernandes vd., 1999: 161-170).

Araştırmalarda en çok karşılaşılan şiddet tipi duygusal/sözel şiddettir. Menckel ve arkadaşlarının (2002: 1) İsveç’te yaptığı 170.000 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada görüşülen kişilerin %51,0’ının sözel, fiziksel veya duygusal kalanların en çok karşılaştığı şiddet türünün %79,0 ile sözel şiddet olduğu dikkat çekmektedir (Menckel vd., 2002: 376-85). Türkiye’de İlhan ve arkadaşlarının (2009: 15-23) 664 hekim üzerinde yaptığı araştırmada ise hekimlerin sözel şiddete uğrama sıklığı %95,7 olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda şiddet türlerine bakıldığında sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğu görülmektedir.

1.3.3. Cinsel Şiddet

1976’dan önce, cinsel taciz kavramı biliniyor ancak tanımlanmamış ve adı konulmamıştı (Mckinnon, 1979; Akt.: Philips, 1993- 1936). 1980’de Eşit İstihdam Fırsatları Komisyonu (EEOC), cinsel tacizi “istenmeyen cinsel ilerlemeler, cinsel istekler için talepler ve cinsel nitelikteki diğer sözel veya fiziksel davranışlar” olarak tanımaktadır (EEOC, 1980; Akt.: Philips, 1993- 1936).

Cinsel tacizin tanımı çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Cinselliği çağrıştıran ağız şakalarından, el-kol hareketlerinden pornografik fotoğraflara şantaja ve tecavüze kadar her şeyi içine almaktadır. Kadın ve erkeklerin cinsel tacizi farklı tanımladıkları, kavramların ülkeden ülkeye, kültürden kültüre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Buna

bağlı olarak davranışlar değişik şekillerde yorumlanmaktadır (Gutek, 1989; Akt.: Bekata Mardin, 2000: 3).

Uçar'a (2003: 83; Akt.: Koç, 2015: 12) göre cinsel şiddet; cinsel ilişkide bulunmak isteyen erkeğin kadın tarafından reddedilmesi sonucu, erkek tarafından fiziksel güç kullanılarak, sindirilerek, zorla, isteği dışında cinsel ilişki de bulunmasıdır. Uçar'ın tanımı tecavüz tanımına benzese de tecavüz ve cinsel şiddet arasında farklılıklar söz konusudur. Tecavüzde bireyin isteği dışında, bireyi zorla bir ilişkiye maruz bırakırken, cinsel şiddette kişinin yine rızası dışında cinsel bir eyleme maruz kalması ve buna kalkışılmasıdır. Cinsel şiddet daha kapsamlı bir tanımdır. Dolayısıyla cinsel şiddet tanımı tecavüzü kapsamaktadır.

Bu şiddete kadınlar erkeklere göre daha çok maruz kalmaktadırlar. Bu sebeple kadın çalışanların yoğun olarak bulunduğu sağlık işyerlerinde de cinsel şiddet görülmektedir. Phillips ve Scheider'a (1993: 1936) göre, kadın hekimler toplumdaki cinsiyet ayrımcılığının bir sonucu olarak, tıpkı diğer kadınlar gibi "kadın" oldukları için "güçsüzlük" yaşamakta, hekim olmakla elde edilen güç, hekimleri hastanın tacizinden korumaya yetmemektedir.

Sağlık sektöründe cinsel tacizi araştıran araştırmalar yeterli oranda olmamakla birlikte, yapılan araştırmalarda daha çok hemşirelerin uğradıkları cinsel tacizi ele almaktadır. Ancak bu konuda en geniş kapsamlı araştırmayı yapan Phillips ve Scheider'in (1993: 1992), 26 ve 65 yaş arası 422 kadın hekime yaptığı araştırmasında, hekimlerin %71'inin bir şekilde cinsel tacize uğradıkları sonucuna varılmıştır.

Ulusoy ve arkadaşlarının (2011: 21-35) 125 kadın hekime yaptığı araştırma sonucuna göre ise; hasta veya yakınlarının "rahatsız edici şekilde gözünü dikerek bakması" durumu hekimlerin %52,7'si tarafından en fazla maruz kalınan taciz olarak belirtilmiştir. Hekime "mahrem konularda veya özel yaşamı ile ilgili soru sorma" ve hekimden "görüşme veya randevu isteme" %14,5 oranında ikinci sırada en sık yaşanan taciz olarak tanımlanmıştır.

Yukarda bahsedilen 3 tür şiddetin yanında toplumsal alanda yaşanan başka şiddet türleri de yer almaktadır (Altıntaş, 2006: 11). Bunlar;

- a) Kendine dönük şiddet: İntihar, bedenine zarar verici yaralanmalar, uyuşturucu kullanımı vb. içermektedir.

b) Kişiler arası şiddet (evsel şiddet): Erkek/kadın/çocuk/yaşlıya yönelik fiziksel/duygusal/psikolojik şiddeti içerir. Ortak yaşamın paylaşıldığı bireylere yöneliktir ve tıbbi, sosyal, adli servislerin işbirliğini gerektirir. Ayrıca karmaşık, sosyal bir problemdir. Her yıl iki milyon kişi bu anlamda mağdur olmaktadır ve ciddi bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir.

c) Çalışma hayatında şiddet (işyerinde şiddet): Kişinin çalışma esnasında fiziksel saldırı, tehdit ve var olan durumunu kötüye kullanmaya yönelik davranışlara maruz kaldığı durumlardır. Gücün kullanımını, işyerinde yaralanma, yüksek derecede psikolojik yıkıma neden olan, ölümle sonuçlanan, insanın pozitif gelişimine ters düşen davranış/sözler dizgesidir. Bedensel bütünlüğüne, sağlığına ve güvenliğine açık veya üstü kapalı bir tehdit içerir. Burada psikolojik şiddet en sık görülen şiddet türüdür.

d) Organize şiddet: Uluslararası şiddet, politik şiddet vb. içerir.

e) Medya şiddeti: Yazılı/görsel basında şiddet içeren görüntü, ses ve yazılar medya şiddeti içerisinde yer almaktadır.

f) Diğer şiddet çeşitleri: Sokak şiddeti, çete şiddeti vb. şiddet türlerini içerir.

ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses), WHO (World Health Organisation), PSI (Public Services International)'nın 2002 yılında bazı ülkelerde sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmalarda, fiziksel şiddet, sözel şiddet, mobbing ve cinsel taciz olayları, Tablo 1.2'de gösterildiği gibi saptanmıştır (Martino, 2002: 1-42).

Tablo 1.2. Bazı Ülkelerde Sağlık Çalışanlarının İşyerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Şiddet Türlerine Göre Dağılımı

Ülkeler	Kişi Sayısı	Fiziksel Şiddet (%)	Sözel Şiddet (%)	Mobbing (%)	Cinsel Taciz (%)
Avustralya	400	12	67	10,5	—
Brezilya	1569	6,4	39,5	15,2	5,7
Bulgaristan	508	7,5	37,2	30,9	2,2
Lübnan	1016	5,8	40,9	22,1	2,3
Güney Afrika	1018	17	52	20,6	4,6
Tayland	1090	10,5	47,7	10,8	1,9
Portekiz	498	2,6	27,4	16,5	2,7

Kaynak: Martino, 2002: 1-42.

Tabloya bakıldığında araştırma yapılan tüm ülkelerde iş yerlerinde en fazla maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu saptanmıştır. Sözel şiddetten sonra maruz kalınan şiddet türleri, sırasıyla mobbing, fiziksel şiddet ve cinsel tacizdir. İncelenen 7 ülkede de benzer sonuçlar bulunmuştur (Tablo 1.2).

1.4. ŞİDDETE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Literatürde şiddetin türlerine göre bazı yaklaşımlar yer almaktadır. Bunlar biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yaklaşımlar olmak üzere 3 başlıkta ele alınmaktadır. Şiddet konusunda ortaya atılan yaklaşımlar şiddetin nedenleri ile aynı anlamlar ifade ediyor gibi görünse de yaklaşımlar olaylar arasındaki neden sonuç ilişkisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Şiddetin nedenleri ile yaklaşımları birbirinden ayıran en önemli neden budur.

1.4.1. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşım, kimyasal ve hormonal etkileşimleri şiddetin temelini oluşturmaktadır. Bu çerçevede diet, alerjiler, nöropsikolojik faktörler, hormonal düzensizlikler, testosteron gibi bio-kimyasal faktörler, ile XYY sendromu gibi genetiksel faktörler şiddete neden olmaktadır (Farrington, 1987; Farrington, 1987; Wolf, 1987; Venables, 1987; Ellis, 2000: 5; Thiesen, 1990: 153-161; Denno, 1990; Ellis, 2005; Banks, 1996; Akt.: Kızmaz, 2006: 248).

Biyolojik teoriye göre; bazı kişiler temporal lob epilepsisi gibi, beyin disfonksiyonu olanlar gibi nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları ile şiddete yatkındırlar (Yalçın ve Erdoğan 2001: 388-419). Bu teori şiddetle ilgili tıbbi bir yaklaşımın da gerekli olduğunu öne sürer (Davidson vd., 2000: 116). Örneğin; kişinin geçmiş dönemlerde yaşadığı şiddet deneyimi, benzer ortamlarda öfkesinin pekişmesi ile yeniden ortaya çıkabilir. Yine geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanlar yaşamlarında şiddet davranışını devam ettirebilirler. Yaşanılan bu durumun devamında oluşabilecek bazı durumlar, Berkowitz (1990) tarafından geliştirilen zedelenme-saldırganlık teorisi olarak açıklanmıştır. Zedelenme-saldırganlık teorisine göre şiddet, beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan bir zedelenmeye cevaptır. Hastanelerde ortaya çıkan şiddet davranışını bu teori açıklayabilir (Berkowitz, 1990; Akt.: Annagür, 2002: 163).

Biyolojik yaklaşımın temelinde cinsiyet ve hormonların rolü büyüktür. Öyle ki erkeklerdeki testosteron hormonları şiddet eğiliminin artmasına neden olurken, kadınlardaki östrojen hormonları şiddet eğilimine sebebiyet veren kavga ve tartışma davranışlarını baskılamaktadır.

Hormonların kişiler üzerindeki etkisini görmek için, bireylere hormon uygulayarak deney yapmak etik olmadığından ancak doğal gözlem yöntemi ile bazı sonuçlar elde edilmektedir. Buna göre anne karnında aşırı dozda erkeklik hormonuna maruz kalmış bebeklerde erkeksi davranışlar, artmış saldırganlık, erkeklerin oynadığı oyunlara ilgi gösterme gibi durumlar gözlenmektedir. Kadınlık hormonlarının davranışlar üzerine olan etkisi genel olarak erkeklik hormonuna göre daha tartışmalıdır. Ancak bu hormonal etkilerin ortaya çıkışı için maruz kalınan dönem ve miktarı önemlidir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998: 17-18).

1.4.2. Psikolojik Yaklaşım

Psikolojik şiddet için akla ilk gelen kavram, mobbing kavramıdır. Latince “kararsız kalabalık” anlamına gelen “mobile vulgus” sözcüklerinden türeyen “mob” sözcüğü, İngilizce kanun dışı şiddet uygulayan düzensiz kalabalık veya çete anlamına gelmektedir. “Mob” kökünün İngilizce eylem biçimi olan “mobbing” ise; psikolojik şiddet, kuşatma, taciz, yardım etme veya sıkıntı verme anlamına gelmektedir (Demirgil, 2008: 3).

Ulusal çalışma ortamı mevzuatı uyarınca işçilerin işyerinde fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı kalma hakları korunmalıdır. Ancak son yıllarda işyeriyle ilgili psikolojik sorunlar keşfedildi ancak varlığı ve derecesi daha önce bilinmiyordu. Bu psikolojik baskı uzun süre devam ederse söz konusu bireyin maruz kaldığı psikolojik hasar nedeniyle işten çıkarılma yaşayabilir ve iş bulma fırsatını yitirebilir (Leymann, 1996: 164).

Psikolojik yaklaşım temelde, psikanalitik kuramını barındırmaktadır. Psikanalitik kuram insan davranışı ve yaşantısıyla ilgili derin açıklamaların temelini oluşturur. Psikanalizin kurucusu Sigmund Freud’a göre; saldırganlık hayatın vazgeçilmezi ve temel içgüdülerinden biridir. Şiddete eğilim bireylerin libido ve içgüdülerine dayanır. Bireylerin şiddet uygulamasının sebebinin; karşılaşılan engellere karşı verilen tepki olduğunu savunmaktadır (Demirergi vd., 1994: 99-100).

Şiddetin nedenine yönelik boyutları açıklamak için farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlardan bazıları durumu hastalıkla açıklarken bazıları da sosyal ve toplumsal etkileşime bağlı olarak açıklamaktadır.

1.4.3. Sosyolojik Yaklaşım

Sosyolojik yaklaşım, şiddet eylemini önemli ölçüde; yaşam biçimini belirleyen değerler yapısı, toplumsal ve kurumsal yapı, sosyalleşme süreci ve bireyler arası ilişkiler biçimi üzerinden analiz etmektedir (Kızmaz, 2006: 248). Bazı araştırmacılar şiddetin ortaya çıkmasında bireysel özelliklerinin ötesinde, bir takım sosyal etkenlerin etkili olduğunu savunmaktadır.

Adak ve kurban teşhiri, zorla bekâret kontrolleri, silaha tutkunluk, dövüşme, kaba güç gibi bazı erkeklik özelliklerinin abartılması ile ortaya çıkan şiddet davranışları, şiddeti bir yaşam biçimi olarak kabul eden ve şiddeti normalleştiren kuşakların yetişmesine neden olmaktadır. Farklı biçimlerde ortaya çıkan bu şiddet türleri, şiddetin kalıcı olmasına neden olmaktadır (Cinoğlu, 2015: 24-25). Bu ve bunun gibi örnekler şiddetin, bireyler üzerindeki etkisinin sosyolojik boyutunun büyüklüğünü göstermektedir.

Sosyal şiddet, tüm toplumlar için, her zaman karşılaşılabilecek türden bir tehlikedir. Özellikle toplumsal olarak geçiş dönemlerinde, insanların yaşam standartları arasındaki uçurum arttığında daha sık görülür. Ülkemizde de genel af sonrası yaşanan kapkaççı şiddetlerini buna örnek verilebilir (Özerkmen ve Gölbaşı, 2010: 28). Türkoğlu'nun (2007: 1) verdiği bir diğer örneğe göre; 1950'li yıllarda Türkiye'de meydana gelen iç ve dış göçler, gecekondulaşma ve sağ-sol kutuplaşması sosyolojik şiddetin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Toplumlar içinde bulundukları koşullara göre sürekli bir değişim ve gelişim içerisindedir. Bu değişim ve gelişime paralel olarak kurallar da değiştiğinden suç olgusunda da farklılıklar görülmektedir (Kunt, 2003: 10). Toplumu ilgilendiren büyük değişimlerin ve bireylerin üzerinde yarattığı etkilerin sonuçlarını insan ilişkilerinin sık yaşandığı kurumlarda daha net görülmektedir. Sağlık işyerleri de bunlardan biridir.

Bireyler toplumsal yaşam içinde kendilerine has biyolojik özellikleri ile yer almaktadır ve bu özellikleri ile sosyal yaşam içinde kendine yer edinirler. Toplumsal çevresinden gelecek etkenlere vereceği tepkilere göre kişi saldırgan veya uyumlu bir kişi yapısına bürünür (Ayan, 2010: 45).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ŞİDDET

Sağlığını kaybeden birey, hastalığına çare bulmak ve iyileşmek için hastanelere gitmektedir. Yaşadığı acı ve üzüntü ile bir an önce tedavi olmak istemekte ve stres içinde tedavi yolları aramaktadır. Bu esnada tedavinin beklenenden uzun sürmesi ve yaşanan bazı aksaklıklar, hasta üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve bu gerginlik hastane çalışanlarına yönelik şiddete dönüşmektedir. Bu bölümde sağlık iş yerlerinde meydana gelen şiddetleri oluşturan riskler ve bunlara karşı alınacak önlemlerden bahsedilecektir.

2.1. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDET İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Medyada sağlık işyeri ortamında şiddet ile ilgili haberler giderek artan bir şekilde yer almaktadır. Bu artan yansımaların iki temel açıklaması vardır. Bunlardan birincisi, şiddetin gittikçe artış eğilimi göstermesi ve ikincisi, şiddetin her zaman yaygın olan bir olgu olması ancak medyaya yansımalarının sıklığının artış göstermesidir. Sebebi ne olursa olsun şiddet olgusu varlığını giderek artan şekilde sürdürmektedir ve sorgulanması gerekmektedir (Yıldırım, 2011: 3).

Bireyin hayatını devam ettirebilmesi için sağlıklı olması hayati önem taşımaktadır. Sağlığı bozulan kişi tedavi olmak için hastaneye gittiğinde üzerindeki gerginlik sebebiyle gerek çevresel faktörler, gerek psikolojik etmenler gerekse yaşanan iletişimsizlik problemleri nedeniyle hastanın şiddete eğilimi artmaktadır.

Şiddet en fazla sağlık işyerlerinde görülmüş olsa da, şiddete uğrama riski yüksek olan bazı meslekler şunlardır;

1. Para ve kıymetli eşyalarla çalışanlar: Kasiyerler, banka ve postane çalışanları ve tezgâhtarlar (Yıldız vd., 2011: 23-24).
2. Bakım, danışmanlık ve eğitim işlerinde çalışanlar: Hemşireler, ambulans personeli, sosyal hizmet uzmanı ve öğretmenler (ILO, 2000; Akt.: Yıldız vd., 2011: 23). Eğitim sektöründe çalışan öğretmenlerin şiddete maruz kalma oranı, Türkiye’de %6,8 ve diğer ülkelerde ise %6-55,5 arasında

olduğu belirlenmiştir (Aytaç vd., 2011; Akt.: Esin vd., 2015-61). İstanbul'da 2.554 öğretmene eğitim alanındaki bir sendika tarafından yapılan araştırmada öğretmenlerin %8'inin meslek hayatı boyunca şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Meslek hayatında şiddete maruz kaldığını ifade eden öğretmenlerden %33,77'sinin öğrencisi, %32,75'inin yöneticileri ve %22,61'inin meslektaşı tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca öğretmenlerin yüzde 67,33'ünün öğrencisine karşı şiddet uyguladığı saptanmıştır (Günay vd., 1998; Akt.: Yıldız vd., 2011: 21).

3. Denetleme ve kontrol görevlerinde çalışanlar: Polis ve trafik memurları, bilet kontrol görevlileri (Yıldız vd., 2011: 22).
4. Ruh hastaları, sarhoşlar ve şiddet potansiyeli olan kişilerle çalışanlar: Hapishane personeli, bar çalışanları ve ruh sağlığı çalışanları (ILO, 2000; Akt.: Yıldız vd., 2011: 22).
5. Yalnız çalışanlar: Di Martino ve Chappell'e (2003: 7-9) göre tek başına çalışan insanlar fiziksel ve cinsel saldırılara karşı özel risk altındadır. Hemşireler gibi sağlık sektöründeki birçok işçi tek başına veya göreceli olarak tecrit ederek çalışmakta ve bu nedenle daha büyük bir şiddet riski altındadır. Yalnız çalışmak, kalabalık ortamlarda çalışanlara oranla daha fazla şiddete maruz kalındığı küçük dükkânlarda, benzin istasyonlarında ve özellikle içki satılan büfelerde yalnız çalışanlar, taksi şoförleri, toplu taşıma araçlarını kullananlar daha fazla şiddetle karşılaşmaktadır. Taksi şoförleri de birçok ülkede şiddete daha fazla maruz kalan meslek gruplarındandır. Avustralya'da 1990 yılında taksi şoförlerinin cinsel olmayan saldırılarla 28 kat, hırsızlıkla da 67 kat daha fazla karşılaşmakta olduğu saptanmıştır (ILO, 2000; Akt.: Yıldız vd., 2011: 22). Ülkemizde ise taksi şoförlerinden şiddete maruz kalanların %52,2'si araçlarında kendilerini savunmak için herhangi bir alet bulundurmazken, şiddete maruz kalmayanların yaklaşık %32,3'ü alet bulundurmaktadır (Bulut vd., 2015: 666).
6. Uzun süreli açık olan dükkân ve mağazalar. ABD'de, 2000 yılında iş yerlerinde işlenen 674 cinayetin %65'i hizmet sektöründedir (Mohor ve

Shalat, 2005; Akt.: Yıldız vd., 2011: 23). 24 saat açık kalan akaryakıt istasyonları, marketler ve nöbetçi eczanelerde çalışanlar da diğer meslek gruplarına oranla şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.

7. Geçici işlerde çalışanlar şiddete daha fazla maruz kalmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan araştırmaya göre tüm çalışanlarda %2 olan cinsel tacize maruz kalma sıklığı geçici işlerde çalışanlarda %4'e, otel ve lokantalarda geçici olarak çalışan kadınlarda ise %6'ya çıkmaktadır (ILO, 2000; Akt.: Yıldız vd., 2011: 22). Özellikle 24 saat açık olan lokantalarda çalışanlar, gece saatlerinde farklı şiddet türlerine maruz kalmaktadırlar.
8. Acil yanıt ekibi (polis, itfaiye, tıbbi acil müdahale gibi) çalışanları şiddet ile birebir maruz kalan meslek gruplarıdır. İşleri gereği hem işlerini yapmak hem de bu durumu koordine etmek ve düzenlemek zorundadırlar (Yıldız vd., 2011: 22).

Sağlık sektöründe görülen şiddetin risk faktörleri arasında hastane çalışanlarının dış görünüşleri, hastaya karşı davranış şekilleri, deneyimleri ve yaşı sayılabilmektedir. Sağlık çalışanlarının hastayla birebir yakın temasta bulunması, aynı zamanda aynı ilişkiyi ailesi ile de sürdürmek zorunda olması gibi nedenlerden dolayı maruz kalınan şiddet diğer sektördeki şiddetten farklılık arz etmektedir. Ne kadar güvenlik önlemi alınırsa alınsın hastane çalışanları şiddete karşı daha korumasızdırlar. Bazen sağlık personeli, sağlık hizmeti verebilmek için hastaya evde bakım hizmeti vermek durumunda kalabilir ve bu durum ciddi bir risk faktörü oluşturur. Bu durum acil tıp teknisyenlerini ve 112 acil çalışanlarını da kapsamaktadır. Aynı zamanda meslek etiği gereği savaş alanlarında da sağlık hizmeti vermek suretiyle bulunabilirler ve böylelikle oluşabilecek riske karşı korunmasız durumda kalabilirler.

İnsanların yoğun olarak bir arada olduğu örgütsel ortamlarda iletişimsizlik, deneyimler, amaçlar, ortam şartları, tutumlar, kişilik özellikleri, bireysel ihtiyaçlar, stres veya empati kuramama gibi nedenlerden dolayı şiddetin olması kaçınılmazdır. Ancak burada önemli olan bu şiddetin düzeyi ve sıklığıdır. Yapısı gereği şiddetin sıklıkla yaşandığı ortamlardan birisi de sağlık işyerleridir (Yıldırım, 2011: 3). Di Martino ve Chappell'e (2003: 7-9) göre sağlık sektöründeki pek çok kişi de dâhil olmak üzere çok çeşitli meslekler halkla temas kurmayı gerektirir. Bu tür çalışmalar özel bir sorun

oluşturmazken, halka maruz kalmanın yüksek bir şiddet riski oluşturduğu durumlar vardır. Ağrı ve üzüntü içinde, kötü haber almış, kendi problemleri nedeni ile dürtü ve öfke kontrolü yapamayan, hastaneye kendi rızası olmadan getirilen kişilerle temas kurması gereken sağlık çalışanları ciddi risk altındadır (Beech ve Leather, 2006: 27-43).

Şiddeti oluşturan risk faktörleri içerisinde şiddetin halka açık yerlerde görüldüğü bağışık ortamların varlığı sayılabilir. Bu sebepten şiddetin okullarda değil de, sağlık kuruluşlarında giderek artması da bu eğilimin bir parçası haline gelmiştir (Di Martino ve Chappell; 2003: 7-9).

Araştırmalar, hastaların durumlarını gerçekçi algılamaya başladıktan sonra duyularının öfke biçiminde ortaya çıktığını ve bu öfkenin bir sinyal olduğunun sağlık çalışanları tarafından anlaşılması gerektiğini göstermektedir. Hastaların kendini ifade edememesi, hastalıktan korkması ve kendilerini ifade edememesi sonucunda tedavilerini reddetmesi, sağlık çalışanlarına iğneleyici ve aşağılayıcı ifadeler kullanılması, sözel veya davranışsal tehditlere yönelme gibi öfkelerini doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya koyan tepkiler verdiklerini göstermiştir (Doğan vd., 2001: 27). Aynı zamanda “değerli eşyalar”ın (uyuşturucular gibi) kolayca ulaşılabilceği durumda, daha şiddetli suçlar işlenmesi ihtimali artmaktadır. Sağlık sektörü de dâhil olmak üzere pek çok sektördeki işçiler böyle bir risk altındadır (Di Martino ve Chappell, 2003: 7-9).

Sağlık sektöründe görülen şiddetin diğer sektörlerdeki şiddetten farklılık arz etmesinin nedeni, sağlık çalışanlarının, hasta ve ailesi ile sıklıkla yakın ilişki halinde olmak zorunda kalmalarıdır. Hasta, tıbbi durumuna ve aldığı ilaçlara bağlı olarak agresif davranabilir (Pınar ve Pınar, 2013: 317-318).

Di Martino ve Chappell’e (2003: 7-9) göre; şiddete maruz kalma ve ortaya çıkan risklerin özellikle önemli olduğu bazı mesleki durumlar tespit edilmiştir:

Özel güvenlik açığı koşullarında çalışmak: Çalışanlar zaman zaman güvensiz istihdamda bulunmaya, zayıf çalışma koşullarına, küçülme ve iş kaybı ile şiddet riskine maruz kalmaktadır. Sağlık sektöründe olanlar bu durumlarla karşı karşıya kalmaktadır.

Tehlike içindeki insanlarla çalışmak: Hastalık ve ağrı, yaşlılık sorunları, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve maddenin kötüye kullanımı ile ortaya çıkan hüsrân; öfke davranışlarını etkileyebilir ve insanları sözlü ya da fiziksel şiddete yöneltebilir. Şiddet, sıkıntı içinde olan insanlarla temas eden sağlık çalışanları arasında çok

yaygındır ve bu sıklıkla işin kaçınılmaz bir parçası olarak görülür. Sağlık çalışanlarında bu durum daha çok ön plandadır.

Şiddet için risk faktörleri konuma, boyuta ve bakım türüne bağlı olarak hastaneden hastaneye değişir. Hastane şiddetine ilişkin genel risk faktörleri şunlardır (NIOSH, 2002: 4):

1. İlaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış personelle çalışma,
2. Eksik personel olduğunda özellikle yemek ve ziyaret saatlerinde çalışmak,
3. Hastaların taşınması/nakli,
4. Muayene ya da tetkik için uzun süre bekleme,
5. Kalabalık ve rahatsız bekleme odaları,
6. Tek başına çalışma,
7. Çevresel düzenin yetersiz olması (yetersiz aydınlatma vb.),
8. Yetersiz güvenlik,
9. Değişken karakterli hastaların bakımı için personelin eğitilmemiş olması,
10. Uyuşturucu ve alkol istismarı,
11. Ateşli silahlara kolay erişim,
12. Halkın hastanede sınırsız dolaşması,
13. Aydınlatılması iyi olmayan koridor, oda, park yerleri ve diğer yerlerdir.

Yukarıda belirtilen bir takım koşullar ve çeşitli aktörler, stres ve işyerindeki şiddeti etkilemektedir. Martino (2003: 3) tarafından stres ve şiddet için, bu sorunların anlaşılmasını kolaylaştıracak ve çözüm bulabilecek bir çalışma modeli sunulmuştur.

Bahsedilen modelin adı, Karasek modelidir ve üç değişkene dayanmaktadır:

I. Talepler (Psikolojik Talepler): İş yükü, çalışma süresi, çalışma süresinin uzunluğu, zaman çizelgeleri, sıkı süreler vb. dâhil olmak üzere iş ortamında bireye baskı yapılmasıdır.

Başka bir deyişle yüksek iş talebinin doğuracağı olumsuz durumlar çalışanın iş kontrolünün düşük olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bireylerin düşüncelerine başvurulmaması, biçimsel ve keyfi uygulamaların varlığı ve sürekli denetimin var olduğu durumlarda stres düzeylerinin en üst seviyede olması kaçınılmazdır. Balcı'ya (1993: 315) göre; işte yaşanan stres örgütsel davranışın yönetimi için önemlidir.

Bireyin maruz kaldığı aşırı dozda stres, psikolojik ve fiziksel anlamda sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple sinirlerine hâkim olamama durumu ortaya çıkmaktadır. Hastane çalışanları da stresli çalışma ortamı sebebiyle bu tarz davranışlar sergileyebilmektedir.

II. Kontrol (Karar Enlem): Bireyin özerklik, sorumluluk, beceri, eğitim, deneyim vb. dahil olmak üzere iş taleplerine ve baskılarına cevap verme kapasitesidir. Kararlara katılmanın olmadığı çalışma yerlerinde çalışanın sağlığının etkilenmesi, içe kapanma, özgüven eksikliği gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Caplan ve John, 1973: 30-66; Akt.: Gümüştekin ve Öztemiz, 2004: 63).

III. Destek (Sosyal Destek): Örgüt kültürü, çalışma iklimi, yönetim tarzı, iş arkadaşlarından yardım, katılım, katılım, takım çalışması vb. dahil olmak üzere çalışma faaliyetlerinin gerçekleştirildiği sosyal çevrenin özellikleridir. Bireyin örgütsel sosyal destek yoksunluğu, strese neden olabilmektedir. Sosyal destek; “bireyin temel sosyal ihtiyaçlarının başka bireylerle etkileşim sonucunda tatmin edilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Tosi vd., 1986: 307; Akt.: Keser, 2014: 39).

Modele göre:

1. Artan psikolojik talepler veya stres yaratanlarla birlikte kontrol düştükçe stres artar.
2. Kontrol arttıkça düşen psikolojik talepler ya da stres faktörleri ile birlikte stres azalır.
3. Sosyal destek işyerinde stres azaltmada “kolaylaştırıcı” olarak çalışır. Sosyal destek arttıkça stres azalacaktır.

İş yerinde şiddeti doğuracak onlarca risk faktörü bulunsa da, sağlık çalışanının güvenliği ve sağlığı öncelikli ve önemlidir. Tüm bu risk faktörleri göz önüne alarak yeni sağlık politikaları düzenlenmeli, personelin çalışma saatleri azaltılmalı, hasta ve hasta yakınlarına gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

2.2. ŞİDDETE KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER VE BAŞA ÇIKMA

Şiddetin önlenmesi için alınacak tedbirler; toplumsal görüşleri değiştirmek, çalışma ortamlarını daha uygun hale getirmek, bireyleri şiddete karşı eğitmek, yeni sağlık politikaları üretmek, temelden ailelerin eğitim almasını sağlamak, sağlık kurumları yönetiminde yeni bir sistematik geliştirmek, toplumda zararlı madde

kullanımını tamamen bitirmek için önlemler almak ve ateşli silahların kullanımının kısıtlanması şeklinde özetlenebilir. Sağlıkta şiddete karşı sıfır tolerans düşüncesi benimsenmelidir.

Yeşildal'ın şiddeti önlemek için ürettiği çözüm için önerileri şu şekilde sıralanabilir (2005: 296-297):

Yöneticilerin sorumluluğu ve çalışanların yönetime katılımı: Yöneticiler, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak ve güvenliğini sağlamak için belli başlı tedbirler almak zorundadır. Şiddetten koruma programı oluşturmalı ve işlemleri takip etmesi için personel desteği sağlamalıdır. Aynı zamanda çalışanların da bu konudaki fikirlerini almalı ve bu fikirler ile yazılı bir iş güvenliği politikası oluşturmalıdır.

İş yeri analizi: Yürüyerek yapılacak araştırmada şiddet için riskli bölümler/yerler belirlenmelidir. Bu bölümlerin güvenliği sağlanmaya çalışılmalıdır.

Tehlike kontrolü ve korunma: İşyerinin tehlike haritası çıkarılmalıdır. Bu bölümlere yoğun güvenlik personeli yerleştirilmelidir. Hastane girişine metal detektörü sistemi konarak, ateşli silah ve kesici ve delici metallerin hastaneye girişi engellenmelidir. Şiddetin en fazla görüldüğü yerlerden biri olan acil servislere çift yönlü telefon konulabilir.

Sağlık ve güvenlik eğitimi: Güvenlik görevlilerinin insana davranışı ve saldırganlık konusunda eğitilmeleri gerekir. Aynı zamanda eğitimlerin içeriğinde özellikle insan davranışlarını anlama ve empati kurma gibi konular bulunmalıdır.

Kayıt tutma ve program değerlendirme: Kaliforniya İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresine göre (OSHA, 1995), İşveren işyerinde meydana gelen her türlü mesleki yaralanma ve hastalık ile ilgili rapor hazırlamalı ve bununla ilgili iş sağlığı ve işçi güvenliği birimi kurmalıdır. Oluşan iş kazası raporları gözden geçirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca yöneticilerin karşılaştıkları şiddet olayları sonrasında mevzuata uygun hareket etmelidirler.

Şiddeti önleme hususunda hastane yöneticilerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Hastane düzenini sağlamak, çalışanlarına güvenli ortamlar sunabilmek, yaşanan şiddete karşı ani müdahalede bulunmak, yaşanacak şiddeti önceden kestirebilmek, yaşanan olayları zamanında ve doğru şekilde kayıt altına tutmak gibi görev ve sorumlulukları vardır.

2008 yılında TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-1'e göre hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi yönündeki tespitleri aşağıdaki gibidir (Adaş vd., 2008: 40-41):

1. *“Kişi başına düşen doktor sayısı ve sağlık personeli sayısı arttırılmalıdır”.*
Hekimler ve sağlık personelleri özellikle acil servislerde aynı anda iki ayrı hastaya bakmak zorunda kalmakta ve yoğunluk sebebiyle muayene süreleri kısa tutulmak zorunda kalınmaktadır. Tük'in 2015 verilerine göre hekim başına düşen hasta müracaat sayısı 4673 kişidir (<http://www.tuik.gov.tr>).
2. *“Günlük bakılan hasta sayıları sınırlanmalıdır.”* 22.03.1974 tarihli ve 14993 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nin 10. maddesinde *“Her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20'den fazla hastaya bakamaz. Ancak, daha fazla hastanın başvurusu halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır”* hükmü yer almaktadır. Ancak hekimler bu sayının çok çok üstünde sayılarda hasta bakmak zorunda kalmaktadır.
3. *“Sistemin olumlu olumsuz her türlü çıktısı doktora fatura edilmemelidir.”*
Hastanın tedavi sorumluluğu her ne kadar hekimlerde olsa da, hastanelerde verilen hizmetin kalitesi hastane bünyesindeki tüm departmanların performanslarına göre oluşmaktadır. Bu sebeple başka departmandaki aksaklığın çıktısı hekimlere fatura edilmemelidir.
4. *“Hastaneler daha düzenli hale getirilmelidir”.* Poliklinikler, kan alma ünitesi, laboratuvar ve radyoloji gibi birimler bir arada olmalı ve hasta daha kısa sürede işlerini bitirmelidir.
5. *“Aşırı yük altında kalan hekimler hasta ve hasta yakınlarına yeterince bilgi verememektedir”.* Hekimin az zamanda çok hastaya bakmak zorunda bırakılması, hasta-hekim iletişimini olumsuz etkilemektedir.
6. *“Hasta ve hekime ferah muayene ve bekleme salonu sunulmalıdır.”* Çok yoğun olan hastanelerde, poliklinik ve bekleme salonlarının küçüklüğü, şiddete davetiye çıkarmaktadır.
7. *“Hastanelerin otelcilik hizmetinin artması gereklidir.”* Hastanelerdeki otelcilik hizmetleri hastanenin genel temizliğini, yemekhanede çıkan

yemekleri ve oda düzenini kapsamaktadır. Özellikle yatan hastalarda otelcilik hizmetinin kalitesinin artırılması önemlidir.

Uzun süredir izlenen politikaların yetersizliği, zamanında alınamayan tedbirler sebebiyle yaşanan şiddetin faturası hekimlere kesilmektedir. Özellikle Tıp Fakültesi ve devlet hastaneleri gibi 3. Basamak sağlık hizmeti veren kurumlardaki çalışma süreleri azaltılmalıdır. Sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin azaltılabilmesi, birinci basamak sağlık sisteminin niteliğinin güçlendirilmesi ile olanaklıdır (Adaş vd., 2008: 42).

Türk Tabipler Birliği'nin "Şiddette Sıfır Tolerans Çalışma Grubu"nun yaptığı çalışmalara göre cezaların daha caydırıcı olması sağlanmaya çalışılmıştır. 29.04.2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'in 18. maddesinde de "Hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri" sıralanmış ve 20. maddesinde de "gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamanın takip ve denetiminin ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun en üst amirinin yükümlülüğünde" olduğu düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2009).

Öte yandan güvenli olmayan çalışma ortamının; hekimler, sağlık çalışanları ve hastalar bakımından uygun bir ortam olmayacağı, sunulan hizmetin niteliğinin de doğrudan etkileneceği ortadadır.

Türk Tabipler Birliği görev, yetki ve sorumlulukların yanı sıra; gerek meydana gelen/gelebilecek olan şiddet eylemlerine karşı caydırıcı ve etkili önlemler almak, gerekse de şiddete maruz kalan hekimlerin kişisel güvenliklerini ve haklarını korumak bakımından, aşağıdaki hususlara önemle dikkat çekmek istemiştir (TTB, 2011):

1. Hekimlere yönelik öldürme, yaralama, küfür, hayatını tehlikeye sokacak her türlü şiddet unsuru, şikâyeteye bağlı değildir. Bir başka ifadeyle suçun soruşturulması açısından şiddete uğrayan hekimin Başhekimliğe ve/veya hastane polisine bilgi vermesi yeterlidir.
2. Hastane yönetiminin kendisine iletilen şiddet olaylarını ilgili adli birimlere bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu sebepten ötürü yaşanan şiddet olayını hastane polisine bildirmeleri halinde, olay direk adli soruşturma kapsamına alınmaktadır.

3. Yine hastane polisi de suç işlendiğine ilişkin ihbar ve duyumlar nedeniyle adli işlem başlatmakla yükümlüdür.
4. Tüm bu süreçlere hekimin bizzat katılması, bizzat başvuruda bulunması ve şikayetçi olması gerekli değildir. Ortada böyle bir başvurunun bulunmadığı durumda dahi, Başhekim ve hastane polisinin, herhangi bir şekilde bilgi sahibi olması, harekete geçmek için yeterlidir. Bu sebepten ötürü hastane yönetimine çok büyük iş düşmektedir.
5. Fiziki ve/veya psikolojik şiddete maruz kalan hekimin, tüm bu süreçte de katılması zorunlu değildir. Hekim hukuki süreçte dilerse müdahil olabilir.

Aynı zamanda Sağlık Bakanlığının başlattığı bir uygulama olan “Beyaz Kod” uygulaması hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların başına gelebilecek hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel taciz durumlarında güvenlik personelinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesi ve olay yerine yönlendirilmesini sağlamak amacı taşıyan bir uygulamadır.

Beyaz kod uygulaması, mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve bahçesinde oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarında güvenlik gözlem odası aranır. Buradan telsiz ile geçilen anons ile olay yerine en yakın güvenlik görevlisi yönlendirilir. Eğer tek kişi olayı çözümleyemeyecek ise kod 1 (telsiz ile tüm kuvvetlerin olay yerine sevk) uygulanır. Olaya sebebiyet veren kişi/kişiler olay yerinden uzaklaştırılır. Adli olaylarda hastane polisine haber verilir. Hastane polisi gerekli işlemleri yapar. Böyle bir durumla karşılaşan personel olay bildirim formu doldurarak hasta ve çalışanların sağlığı ve güvenliği üst kuruluna bildirir. Kurul incelemeyi yaparak gerekli ise düzeltici faaliyet yapmak üzere başhekimliğe rapor sunar. Bazı yerlerde siyah kod olarak da adlandırılır (<http://www.asm.gov.tr>).

Bu kapsamda beyaz kod uygulamasına başlanmış, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere 7 gün 24 saat hizmet verecek şekilde 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuş ve www.beyazkod.saglik.gov.tr internet adresi kurulmuştur. Konunun önemine binaen yapılan kanuni düzenleme ile sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralanma suçu, 04/12/2014 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100. maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılabilen suçlardan

sayılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Genelge, 2016/3). Sağlık Bakanlığı tarafından Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri kurulmuştur. Şiddet olaylarını takip etmek ve süreçleri koordine etmek amacıyla kurulan Beyaz Kod Biriminin görevleri şunlardır (Duğan, 2015: 69):

1. Tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarında meydana gelen şiddet olaylarını izlemek,
2. Yaşanılan olaylar için hukuki süreci başlatmak ve takibini yapmak,
3. Sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak
4. Yaşanılan şiddet ile ilgili veri toplamak ve analizini yapmaktır.

Şiddetle başa çıkmanın genel olarak iki ana yöntem vardır. Birincisi; hasta ve çalışan düzeyinde alınan küçük çaplı önlemler, İkincisi de hastaneyi ilgilendiren büyük çaplı önlemlerdir. Hasta ve çalışan odaklı önleyici yöntemler; hastadan detaylı öykü almak, gözlem yolu ile yakından tanımaya çalışmak, hastaya hastalığıyla ilgili detaylı bilgi vererek hastaya, stresle başa çıkma yollarını öğretmek gibi yöntemleri içermektedir (Ericsson ve Westrin, 1995, Akt.: Annagür, 2010: 167). Hastane geneli ile ilgili geniş çaplı önlemler ise; uygun yerlere yeterli sayıda yerleştirilmiş güvenlik görevlileri, etkili güvenlik eğitimleri, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik butonlarıdır (Khun, 1995; Annagür, 2010: 170).

Hastane çalışanlarına ve güvenlik görevlilerine ise, aniden saldırganlaşan kişiye yönelik alınacak önlemler konusunda eğitimler verilmelidir.

Ölmez ve arkadaşları (1999: 425) işyerinde şiddetten koruyucu bir programın gerekliliğinden bahsetmiştir. Bu programın ilk koşulu, tercihen çalışanların katılımıyla hazırlanmış yazılı bir politikanın geliştirilmesidir. Bu programda yer alması gereken stratejiler şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Çalışma ortamında şiddete ilişkin risklerin belirlenmesi: 29.12.2012 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan İş Sağlığı Ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği'ne Göre Risk Değerlendirmesi *“İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin*

analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmaları” ifade eder. Risklerin önceden tespit edilebilmesi şiddeti önlemede en önemli yollardan biridir. Bu sebeple hastanelerde ilgili çalışmaların yapılıyor olması gerekmektedir.

- 2- İşyerinde suçu önlemeye yönelik değişikliklerin yapılması: Burada şiddet uygulayan bireyin etkisinin önlenmesine veya azaltılmasına yönelik alınacak tedbirleri içermektedir. Bunlar polisiye tedbirler, insanların ahlaki yönden güçlendirilmesi ve halkın desteğini almaya yönelik etkinlikler olabilir.
- 3- Personele koruyucu giysi sağlanması, güvenlik sistemi kurulması ve güvenlik ekipleriyle işbirliği gibi güvenlik önlemlerinin alınması.
- 4- Özellikle iş stresini kontrol edebilmek amacıyla çalışma pratiğinin izlenmesi. Çalışma pratiği, bilinçaltındaki olumsuz duygu ve düşünceleri temizleyip yerine olumlu ve yeni düşünceleri yerleştirmekle yapılan bir tür egzersizdir.
- 5- Personelin savunma teknikleri, şiddet tehdidi ile baş edebilme, maruz kalınan şiddeti kayıt altına almak ve bildirimde bulunmak ve diğer yasal işlemler konusunda eğitimi.
- 6- Şiddete uğrayan, tanık olan ya da şiddet endişesi hisseden personele danışmanlık hizmeti verilmesi.
- 7- Şiddetin nedenselliği, korunma ve kontrolüne ilişkin çok branşlı araştırmaların düzenlenmesi (Warshaw, 1996; Akt.: Ölmezoğlu vd., 1999: 425)

Aydın Tabip Odası, “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası önerisinde bulunmuş olup, kampanyanın amacı; genelinde sağlık alanında, özelinde hekimlere yönelik şiddetin boyutunun ortaya konması ve konu hakkında toplumda “sıfır tolerans” geliştirilmesidir. Bu kampanya kapsamında şiddetin önlenmesi, yapılan stratejiler, alınacak önlemlerle ilgili bilgiler Tablo 2.1’de gösterilmektedir:

Tablo 2.1. Şiddetin Önlenmesinde Yapılan Stratejiler ve Alınacak Önlemler

ALAN	STRATEJİ	SORUMLU	MONİTÖRİZASYON	AÇIKLAMA
Süren faaliyetlerin devamı ve yetkinleştirilmesi	Şiddete Sıfır Tolerans Temsilcileri	TTB-MK Tabip Odaları	Belirlenen Temsilci Sayısı	Her bir sağlık biriminin büyüklüğü ve yoğunluğuna göre temsilci belirlenmeli (50 hekime bir temsilci gibi) Temsilci seçimleri birim toplantılarında gerçekleştirilmeli Birim temsilcilerinin görev tanım-sorumlulukları net olmalı, kimlik çıkarılmalı ve tüm bu bilgiler idari yöneticilere iletilmeli
	Şiddet Hattı ve Uygulamalarının Tanıtımı	TTB-MK Tabip Odaları	İhbar Edilen Olay Sayısı	Sürekli ve malzeme eşliğinde hekimlere tanıtım yapılmalı (Tıbbi Tanıtım Temsilcileri gibi)
Teknik önlemler	“Şiddete Hayır” Uyarıları	TTB-MK Tabip Odaları	Uyarı Levhaları Asan Birim Sayısı Uyarı Levhalarının Sayısı	Tüm sağlık birimlerinin ana giriş kapısına ve sağlık biriminin büyüklüğüne göre gerekli noktalara görünür biçimde uyarı levhaları asılmalı (Elbette sağlık birimlerinin misyon, vizyon,...cümlelerinin arasına “şiddetten arındırılmış çalışma ortamına ulaşmak” eklenmeli)
	Şiddet Karşıtı Ortam Dizaynı	TTB-MK Tabip Odaları	Uygulanan Yöntem Sayısı Uygulayan Sağlık Birimi Sayısı	Sağlık birimlerinde şiddeti önlemeyi amaçlayan teknik düzenlemeler yapılması
Pr	Medya İzlemi	TTB-MK Tabip Odaları	Haber Arşivi	Günlük olarak profesyonel olarak yapılmalı ve gerekli görülen haberlere aynı gün yanıt yazacak bir ekip oluşturulmalı
	PR Faaliyeti	TTB-MK Tabip Odaları	PR Çıktıları (gerçek ve sanal ortamda)	Profesyonel bir ajansla çalışılmalı
Eğitim	Bilgi Taraması	TTB-MK Tabip Odaları	Ulaşılan Doküman Sayısı	Literatür ve bilgi kaynakları derlenmeli ve sanal ortamda arşivlenmeli
	Sanal Ağ Oluşturulması	TTB-MK Tabip Odaları	Ağa Dahil Olan Kişi ve/veya Kurum Sayısı	Hekimler, sağlık birim yöneticiler, medya ve ilgili STÖ temsilcilerini içeren en az dört farklı ağ oluşturulmalı
	Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Tıp Eğitimi	TTB-MK Tabip Odaları	Yıllık Ders Saat Sayısı	“Sağlık Çalışanları ve Şiddet” dersi “Sağlık Çalışanları ve İletişim” dersi “Medikalizasyon” dersi Şiddet, felsefe, sosyoloji, insan / hasta hakları konferansları
	Şiddet Sempozyumu	TTB-MK Tabip Odaları	Sempozyum Web Sayfası ve Kitabı	TTB, TTB-UDEK, Sendikalar, Hasta Örgütleri, Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliği ile gerçekleştirilmeli

	Şiddet Broşürü	TTB-MK Tabip Odaları	Broşür Çıktısı	TTB, TTB-UDEK, Sendikalar, Hasta Örgütleri, Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliği ile gerçekleştirilmeli
	Şiddet Karşıtı Eğitim	TTB-MK Tabip Odaları	Eğitime Katılan Kişi Sayısı	Şiddeti anlamaya ve korunmaya yönelik interaktif eğitim olmalı
	Şiddet Çalışması	TTB-MK Tabip Odaları	Araştırma Raporu	Türkiye ölçeğinde gerçekleştirilmeli
	Kişi / Birim Toplantıları	TTB-MK Tabip Odaları	Toplantılara Katılan Kişi Sayısı	Hekimlere, topluma ve yöneticilere yönelik üç farklı düzlemde gerçekleşmeli Her bir toplantının amaç, hedef ve çıktıları önceden tanımlanmalı
	Şiddeti Önleme Birimi	TTB-MK Tabip Odaları	Birimin Üretimleri	İl düzeyinde tam gün süreyle en az iki personelin istihdam edildiği bir yapılanma olmalı
	Deneyim Toplantıları	TTB-MK Tabip Odaları	Gerçekleştirilen Toplantı Sayısı Toplantıya Katılan Kişi Sayısı	Toplantılara hekim-hasta ve hekim-medya temsilcileri katılmalı ve şiddete uğrayan hekimlerin deneyimleri tartışılmalı
Yasama	Lobi Faaliyeti	TTB-MK Tabip Odaları	Ziyaret Edilen Kurum ve Kişiler	İl milletvekilleri, hekim/sağlık çalışanı milletvekilleri, sağlık komisyonu, sağlık bakanı ile yakın ve yoğun temas kurulmalı
Kültür	Film Haftası	TTB-MK Tabip Odaları	Gösterilen Film Sayısı Filmi İzleyen Kişi Sayısı	Sağlık, sağlıkta şiddet ve şiddet temalı olmalı
	Konferanslar	TTB-MK Tabip Odaları	Gösterilen Konferans Sayısı Konferansı İzleyen Kişi Sayısı	Sağlık, sağlıkta şiddet ve şiddet temalı olmalı
	Barış Festivalleri	TTB-MK Tabip Odaları	Gerçekleştirilen Festival Sayısı Festivale Katılan Kişi Sayısı	Sağlık, sağlıkta şiddet ve şiddet temalı olmalı

“Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası kapsamında şiddete karşı alınacak önlemler arasında faaliyetlerin yetkinleştirilmesi konusu yer almaktadır. Her sağlık kurumunun büyüklüğüne göre belli temsilciler seçilerek ve bu temsilciler alanlarda gezerek tespit edilen eksikliklerin ve aksaklıkların giderilmesi için gerekli çalışmaları yapacaklardır. Her birimin girişine, görünür noktalarına “Şiddete Hayır” uyarı levhaları asılmalıdır. Aynı zamanda medya ve reklamcılık faaliyetli için de profesyonel bir ekip kurulmalı ve gerekli görülen haberlere aynı gün yanıt verilmelidir.

Şiddeti önlemek için alınacak diğer tedbirlerin başında ise eğitim faaliyetleri gelmektedir. Aydın Tabipler Odasının belirlediği stratejilere bakıldığında literatür ve bilgi kaynaklarının derlenmesi ve buna uygun sanal bir ortam oluşturulması sağlanmalıdır. Aynı zamanda mezuniyetten önce Tıp Fakültesi ders müfredatlarına “Sağlık Çalışanları ve Şiddet”, “Şiddet ve İletişim” gibi dersler konulmalıdır. Düzenli olarak toplantılar yapılmalı ve bu toplantılara hekim-hasta ve hekim-medya temsilcileri katılmalıdır.

Lobi faaliyetleri artırılmalı ve Sağlık Bakanı ile yoğun temaslar kurulmalıdır. Belli dönemlerde kültürel faaliyetlerin içerisine sağlıkta şiddet temalı film gösterileri, konferanslar ve festivaller düzenlenmelidir.

Sağlık Bakanlığı’nın 14/05/2012 tarihli “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” adlı genelgesinde sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik alınan bazı önlemler şunlardır (Çalışan Güvenliği Genelgesi, 14.05.2012):

1) Beyaz Kod Uygulaması: ”Beyaz Kod” uygulaması sorumlu başhekim yardımcısı yakından takip edilecek ve sistemin etkin şekilde yürümesi sağlanacaktır. Beyaz Kod uygulamasının amacı kamu ve özel tüm hastanelerdeki şiddet olaylarını izlemek üzere kurulmuştur. Sistemin etkin bir şekilde yürütülmesi ve kayıt altına alınabilmesi için hastane yönetiminin sıkı takip ve desteği gerekmektedir. İspat Hukuk bakımından olayların kayıt altına alınması gerekmektedir.

2) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi: Hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bir başhekim yardımcısının doğrudan takip edeceği “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri” kurulacaktır. Bu birimlerin kuruluş amacı, çalışanların karşılaşabileceği tehlikeleri tanımlayarak, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Bu birim çalışanların rahatlıkla ulaşabileceği yerde oluşturulacaktır. Birim, çalışanların istek ve taleplerini raporlayacak ve gerekli önleyici faaliyetleri başlatarak çalışanlara geri bildirimde bulunacaklardır.

Bu birimlerde sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve halkla ilişkiler uzmanı görev yapacaktır. Kriz durumunda hukuki danışmanlık verilecek, risk analizleri yapacak ve yasal mevzuata uygun hareket ederek çalışanların haklarını koruyacak politikalar üreteceklerdir. Sağlık çalışanları maruz kaldığı şiddet sonrası nereye ve ne şekilde başvuru yapacağını bilemeyeceği gibi bu birimlerden rahatlıkla destek alabilmesi sağlanmalıdır.

3) Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri: Şiddetin yaşanma ihtimalinin en yüksek olduğu yerlerden biri de acil servislerdir. Bu yüzden acil servislere her birimden daha fazla güvenlik görevlisi bulundurulmalıdır. Tüm hastanede yapılan risk değerlendirmesi sonucu Şiddet olaylarının görülmesi riskli olan yerlerde çalışan sayısı artırılmalıdır. Bu alanlara hasta mahremiyetini göz önünde bulundurarak yeterli sayıda güvenlik kameraları takılmalıdır. Şiddet olayları her ne kadar gündüz daha çok yaşansa da yatan hastalar için de ziyaret saatlerini dışında hasta yakını alınmamalı ve o saatlerde daha çok güvenlik personeli bulundurulmalıdır. Aynı zamanda Şiddet esnasında personelin olay yerinden rahatlıkla uzaklaşabilmesi için alternatif çıkış yolları belirlenmesi gerekmektedir.

3) alışanların Eğitimi: Başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında eğitim verilecektir.

4) Hasta Ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi: Hasta ve hasta yakınları sağlık kurumlarına başvurduğunda hangi bölüme gidecekleri, işlemleri hangi birimlerde yaptıracakları veya bekleme süreleri hakkında bilgi vermek için sağlık işyerlerinde bilgilendirme alanları kurulmalıdır. Hastanelerde hasta ve hasta yakınlarını yönlendirmek için hekimlere Hasta Hizmetleri birimleri destek vermelidir.

5) Hizmetten ekilme: Sağlık alışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında Şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir. Şiddet olayları, şahsi sebep kapsamında değerlendirilmektedir. Yani ağır bir Şiddete maruz kalan hekim, tüzük hükmünde yer verilen şahsi sebeplere dayanarak da hizmetten çekilme hakkını kullanabilmektedir (Tre ve Tre, 2017:321). Mevzuata bakıldığında 12 Ocak 2015 yılı Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 10. Maddesine göre; “*Tabip ve diş tabibi, cil yardım, resmî veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.*” Ancak hekim buna kendi başına karar verememektedir. Buna ilişkin talepte bulunması gerekmektedir.

6) Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım: Kamu görevlilerine karşı işlenen Şiddet herhangi bir şikyete gerek duyulmaksızın olay mutlaka adli mercilere iletilecektir. Hekim kendisine yönelen eylemler hakkında Tabip Odalarına da bilgi vererek yardım isteyebilecektir. Tabip Odaları, kamu kurum ve kuruluşların amirleri, mülki idare amiri,

il sağlık müdürlüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı ile görüşerek hukuki sürecin başlatılmasını talep edebileceği gibi şikyeti olarak da hukuki süreci başlatabilir ve müdahil olabilir.

7) Diğer hususlar: İl sağlık müdürü konuyla doğrudan sorumlu bir sağlık müdür yardımcısı ile birlikte kurumlarda çalışan güvenliği uygulamaları ve alınan tedbirleri aylık periyotlarla izleyecek ve Bakanlığa rapor edecektir.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) 184 no'lu ağrı Merkezi, 2004 yılından itibaren 7 gün 24 saat hizmet veren bir sistemdir. Bu merkeze acil yardım, bilgi alma, tedavi talebi, şikyet, teşekkür, ihbar, eleştiri, öneri, evre ve insan sağlığını tehdit eden durum ve yerlerin bildirimi, merkezi randevu sistemi ile ilgili başvurular gibi birçok konuda ağrı gelmektedir ve sistem bu çağrıları ilgili olan alan ve kurumlara yönlendirmektedir (Akgl vd., 2016: 3). SABİM'e yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikayetler, başvuruların ancak %4'n oluşturmaktadır.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla çalışma saatlerinin düzenlenmesi, eğitim, fiziki ortam, alınacak güvenlik önlemleri gibi konularda iyileştirmeler yapılması gerekirken, şiddete ilişkin yasal düzenlemelerinde yapılması gerekmektedir. şiddetin cezai yaptırımlarıyla ilgili yasal düzenlemelerin uygulanması, şiddet mağduru sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, basın yayın organları aracılığıyla kamu spotunun artırılması, güvenlik personeli sayısı artırılıp hizmet içi eğitimlere yer verilmelidir (Yeşilbaş, 2016: 50). Acil servislerde hastanın hastalık durumuna göre belirlenen renk uygulaması hastalar üzerinde de yapılmalıdır. Bu hastalar adli vakalara sebebiyet vermesi muhtemel hasta olarak kayıt altına alınmalıdır. Ancak bunu yaparken insan haklarına aykırı bir durum vermemek için dikkatli davranmak gerekmektedir (Doğanay, 2014: 138).

şiddeti önlemek için saldırgana verilecek olan cezaların caydırıcı nitelikte olması ve sürekliliğin sağlanması gerekmektedir.

2.3. TÜRKİYE'DE şİDDET KAPSAMINDA YER ALAN MEVZUAT

Türk Ceza Kanunu'nun 28. maddesi kişinin karşı koyamayacağı veya kurtulamayacağı cebir ve şiddet veya muhakkak ve ağır bir korkutma veya tehdit sonucu suç işleyen kişiye ceza verilemeyeceğini hükme bağlamıştır. Bu maddeye göre, bazı durumlarda failin fiili hukuka aykırılık unsurunu taşımaz, bazı durumlar da ise

failin kusurlu olduğu söylenemez. Fail bir tehdit altında suç işlemiş ise onun kusurluluğundan söz edilemez ve bu nedenle faile ceza verilemez. Yeni yasa kusur sorumluluğunu esas alarak düzenleme yapmıştır (TCK, md: 28). Anayasada da belirtildiği gibi failin işlediği suçun sonucunda ceza hükmüne çarptırılması için herhangi bir tehdit, korkuta, şiddet veya karşı koyamayacağı bir durum içerisinde olmaması gerekmektedir.

Yaşama hakkı Anayasa'nın 12. Maddesinin Temel Hak ve Hürriyetler başlığı altında *"Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir."* şeklinde ifade edilmekte ve yaşama hakkı insanların en önemli haklarından birisi olarak değerlendirilmektedir. Kişinin Dokunulmazlığı, Maddi ve Manevi Varlığı başlığı altında Anayasa'nın 17. Maddesine göre herkes, yasama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir (Resmi Gazete, 9.11.1982-17863, Mükerrer). Ve bu hakkı hiç kimse kişinin elinden alamaz. Almaya çalıştığı takdirde anayasada da belirtilen maddeler hükmünce cezaya çarptırılır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 107/1 maddesi *'hakkı olan veya yükümlü olduğu bir şeyi yapacağından veya yapmayacağından bahisle, bir kimseyi kanuna aykırı veya yükümlü olmadığı bir şeyi yapmaya veya yapmamaya ya da haksız çıkar sağlamaya zorlayan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır'*, şeklinde yer almıştır. 107/2 maddesinde ise *'kendisine veya başkasına yarar sağlamak maksadıyla bir kişinin şeref veya saygınlığına zarar verecek nitelikteki hususların açıklanacağı veya isnat edeceği tehdidinde bulunması halinde de birinci fıkraya göre cezaya hükmolunur'* denilmektedir. 108/1 maddesinde *'bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar arttırılarak hükmolunur'* şeklinde ifade edilmiştir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 125/1 maddesinde *'bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek sureti ile bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişi ile ihtilat edilerek islenmesi gerekir'* ve 125/3- a maddesinde *'hakaret suçunun kamu görevliliğine karşı görevinden dolayı islenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz'* denilmektedir. Görüldüğü gibi maddelerin içeriklerinde kendine veya

çevresine zararlar verenler farklı maddi ve adli hapis veya para cezası ile cezalandırılmaktadır. Şiddet uygulayan saldırgana da verilecek olan cezalar süreklilik arz etmeli ve caydırıcı nitelikte olmalıdır. Bu sebeple verilecek cezalar anayasal düzende maddeler halinde sıralanmıştır.

6 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazete'nin 27897 sayılı yönetmeliğin Temel Esaslar, Hasta ve Çalışan Güvenliği Uygulamaları alt başlığı altında Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır. Zaman zaman sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı, SGK İl Müdürlükleri ve Halk Sağlığı birimleri tarafından kalite standartlarına uygunluğunu denetler ve hastanelere 100 üzerinden puan değerlendirmesi yapar.

Hasta güvenliği uygulamaları:

Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanmasını yapmalıdır. Öyle ki hekimler cerrahi müdahale yapacak hasta ile ameliyat öncesi, isim soy isim doğruluğu, verilecek ilaçlar, müdahalenin nereye yapılacağı konusunda tekrar görüşerek teyit ve doğrulama yapmaktadır. Bunun için hastalara kol bantları takılmaktadır. Kol bandının üzerine hasta isim soy isim, doğum tarihi ve tarih bilgileri not edilir. Ayrıca kol bantları hastaların alerjilerine göre renklerde takılmaktadır.

b) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması gerekmektedir. Bu sebeple hastanelerde yapılacak işlemlerden önce rızasının alındığına dair rıza onam formu imzalatılır.

c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Hemşire ve hekim arasında verilen sözel orderların teyidi mutlaka yapılmalıdır. Kanser hastalarında sözel order kabul edilmediği gibi kemoterapi ilaçları da sözel order ile verilemez. Ayrıca hekim verdiği orderi imzalamak zorundadır.

ç) İlaç güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Reçeteler mutlaka hekimler tarafından yazılmalı ve hemşireler tarafından uygulaması yapılmalıdır. Reçetelerin okunaklı olması gerekir. Verilecek olan ilaçların sürelerini hemşireler kontrol etmeli ve ilaçlar verilmeden önce hasta formuna mutlaka bakılmalıdır.

d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması hususunda tedbirler alınır. Kan transfüzyonu verilecek hastanın takip formu iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir. Kan verme işlemi sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır. Herhangi bir beklenmedik sonuçla karşılaşılması durumunda transfüzyon hemen durdurulmalıdır.

e) Cerrahi güvenliğin sağlanması için, ameliyathane ekibi sürekli iletişim halinde olması gerekmektedir. Müdahalenin doğru kişiye ve doğru yere yapıldığından emin olmalıdır. Anestezi verilen hastanın acı çekmesini önlerken anestezinin yan etkilerinden de korunması gerekmektedir. Hastanın olası alerjik reaksiyonuna karşı hazırlıklı olmalıdır. Müdahale esnasında ortada alet ve cihazlar bulundurmamalıdır.

f) Hasta düşmelerinin önlenmesi gerekmektedir. Özellikle anesteziden uyanan hastanın bilinci yerine gelene kadar ki süreçte yaptığı istemsiz hareketler sebebiyle hasta sedye veya yatağa bağlanmalıdır. Yatağa taşınma esnasında gerekli önlemleri almalıdır. Hasta odada yalnız bırakılmamalı ve hasta odaları karanlık olmamalıdır.

g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması gerekir. Mümkün olduğunca radyasyon alacak uygulamalardan kaçınılmalı, radyasyon alınacaksa minimum dozda işlem yapılmalıdır.

ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır. Engellilere ait tuvaletler özel olarak hazırlanmalıdır. Kayıтта ve muayenede öncelik hakkı verilmelidir.

Çalışan güvenliği uygulamaları

Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması gerekmektedir. İğne ucu gibi, kesici delici aletlerle çalışan personeller için gerekli ekipmanlar sağlanmalıdır.

b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması hususunda tedbirler alınır. Riskli yerlerde çalışan personelin düzenli olarak sağlık taraması yapılmalıdır. Personele yönelik aşı programları oluşturulmalıdır.

c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması sağlanır. Personelin engel durumuna uygun bölümlerde ve saatlerde çalışması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması gerekmektedir. Eldiven, ameliyathane önlükleri, gözlükler gibi kişisel koruyucu önlemler alınmalıdır.

d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususunda gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar doğrudan insan yaşamı ile ilişkili olması sebebiyle hastane kalite standartlarında yaşanacak bir düşüşün hastalar bakımından telafi edilemeyecek ağır sonuçları olabilir. Bu sebeple sağlık işyerleri sıfır hata ile hizmet sunmak zorundadırlar. Hastanelerde üst seviyede kalite sağlamak kaçınılmaz bir durumdur(Sevimli, 2006: 48).

Sağlıkta kalite standartları kapsamında yürütülen sağlıkta kalite değerlendirmeleri, maksimum seviyede kalite seviyesine ulaşma ve hasta ve çalışan güvenliğinin pekişmesi için teşvikte bulunmaya devam etmelidir. Bu sebeple tüm özel ve kamu hastanelerinde kalite birimleri ve komisyonları oluşturulmuştur.

Türkiye’de mevzuat ve kanunlar neyi hükmederse hükmetsin şiddet uygulamak asla kabul edilir bir durum değildir. Maalesef sağlığımızı kazanmak için gittiğimiz sağlık kurumlarında şiddetin günden güne artması sebebiyle önlemler almak için bazı yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmuştur. Çıkarılan her kanun, sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik düzenlenen politikalar ve genelgeler ile şiddeti azaltmak hatta sıfıra indirmek mümkündür. Daha fazla can kaybı yaşanmadan sağlıkta şiddet yasasının bir an önce çıkması gerekmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANE ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Amaç ve Önem

Son dönemlerde sağlık alanında şiddetin arttığı açıkça görünmektedir. Özellikle stres ve yoğunluğun yüksek olduğu sağlık sektöründe hasta ve hasta yakınları tarafından personele veya hastaneye karşı olumsuz bazı davranışlar oluşagelmektedir. Bu olumsuz davranışlar sonucu şiddet eğiliminin artması da inkâr edilemez bir durumdur.

Bu araştırma hastane çalışanlarına uygulanan şiddetin boyutlarını, nedenini, sıklığını, hangi birimlerde daha çok ortaya çıktığını, yaşanan şiddete sağlık personelinin nasıl karşılık verdiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

3.1.2. Varsayımlar

Araştırma kapsamındaki hastanelerdeki hekim, ebe-hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personelden bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevaplar gerçeği yansıtmaktadır.

3.1.3. Sınırlamalar

Bu araştırma 2017 yılının Mayıs ve Haziran aylarında Konya İli merkezinde bulunan Özel Konya Medicana Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Beyhekim Devlet Hastanesi çalışanları ile yapılmış olup, araştırma bu hastanelerdeki çalışanların verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

3.1.4. Evren ve Örneklem

Hastane çalışanlarına uygulanan şiddet ile ilgili görüşmeler yapılmış ve hastane çalışanı olarak 5 farklı meslek grubu; hekimler, hemşire-ebeler, diğer sağlık personeli, idari personel ve diğer çalışanlar (destek elemanı, hasta bakıcı vs.) olarak belirlenmiştir. Araştırmada tüm deneklere ulaşabilme imkanı sınırlı olduğundan ve ayrıca çalışmanın belirli bir zaman diliminde tamamlanması gerektiğinden araştırma evreninde bulunan tüm hastane çalışanlarını araştırmaya dâhil etmek mümkün olmamıştır. Araştırmanın

evreni, hastanelerden alınan verilerden hareketle 4777 kişidir. Bunlardan 413 kişi ile yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. Bu araştırma kapsamında seçilen tüm hastanelerden gerekli izinler alınmıştır.

3.1.5. Veri Toplama Aracı

Anket literatür taraması ve konu ile ilgili hastane çalışanlarının yaşadığı güncel problemler göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek 1). Anket Demografik Bilgiler ve Hastane Çalışanlarının Uğradığı Şiddet İle İlgili Görüşler olmak üzere 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. Anket, demografik bilgilerin yer aldığı ilk bölümden 7 soru ve hastane personelinin şiddet ile ilgili görüşlerini belirttiği 2. Bölümde 22 soru olmak üzere toplamda 29 sorudan oluşmaktadır.

Excel programı yardımıyla anket sorularına verilen cevaplar sayısal verilere dönüştürülmüş ve yorumlanmıştır. Anket sorularına verilecek cevapların yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı ve isim soy isim yazılmamasına karşılık bilgilerin gizli tutulacağı yönünde açıklamalar da yapılmıştır.

3.1.6. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Verilerin analizinde yüzde ve frekans analizlerinden ve değişkenler arası karşılaştırmalardan yararlanılmıştır.

3.2. BULGULAR

3.2.1. Demografik Bulgular

Araştırma kapsamındaki hastane çalışanlarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Hastane Çalışanlarına İlişkin Demografik Bulgular

Değişkenler	Frekans	%
Çalıştığınız Hastane		
Devlet Hastanesi	187	45.3
Üniversite Hastanesi	100	24.2
Özel Hastane	126	30.5
Toplam	413	100.0
Yaş		
18-29 yaş	162	40.0
30-39 yaş	117	28.9
40 ve üstü	126	31.1
Toplam	405	100.0
Cinsiyet		
Erkek	153	37.0
Kadın	260	63.0
Toplam	413	100.0
Meslek		
Hekim	133	32.3
Ebe-Hemşire	186	45.1
Diğer Sağlık Personeli	71	17.2
İdari Personel	22	5.3
Toplam	412	100.0
Sektörde Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	144	36.1
6-10 Yıl	80	20.1
11-15 Yıl	56	14.0
16 Yıl ve Üstü	119	29.8
Toplam	399	100.0
Çalıştığı Bölüm		
Acil Servis	47	11.5
Klinik/Servis	87	21.2
Poliklinik	91	22.2
Ameliyathane/Yoğun Bakım	120	29.3
Laboratuvar/Röntgen	52	12.7
Diğer	13	3.2
Toplam	410	100.0
Hastanede Çalışılan Süre		
1-4 Yıl	217	53.2
5 + Yıl	191	46.8
Toplam	408	100.0

Tablo 3.1’de görüldüğü üzere katılımcıların %45.3’ü Devlet Hastanesinde, %24,2’si Üniversite Hastanesinde ve %30,5’i Özel Hastanede çalışmaktadır. Yaş gruplarına göre çalışanların dağılımına bakıldığında katılımcılar %40’ı 18 ve 29 yaş arasındadır. 30 ve 39 yaş arasını çalışanların yüzdesi %28,9’u oluştururken 40 yaş ve üzerini ise %31,1’i oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların %37’lik kısmı erkeklerden, %63’lük kısmı ise kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların mesleklerine baktığımızda ise ilk sırayı %45,1 ile ebe ve hemşireler almaktadır. Bunu %32,3 ile hekimler, %17,2 ile diğer sağlık personel ve % 5,3 ile de idari personel izlemektedir.

Katılımcıların sektördeki çalışma yıllarına bakıldığında 1 ve 5 yıl arasını %36.1’lik kısmı kapsamaktadır. 6 ve 10 yıl arası %20,1; 11 ve 15 yıl arası %14 ve 16 ve üzeri yıl sektörde çalışma yılı %29,8 olarak belirlenmiştir.

Ankete en fazla %29,3 ile ameliyathane/yoğun bakım bölümlerinden katılım sağlanmıştır. Personelin %22,2’si polikliniklerde, %21,2’si Klinik/Serviste, ve %12,7’si Laboratuvar/röntgen bölümünde çalışmaktadır. %11,5’si Acil Servis ve %3,2’si diğer bölümler olarak adlandırdığımız bölümlerden oluşmuştur.

Son olarak şu anda çalıştıkları hastanedeki çalışma sürelerine bakılmış ve süreler 2 grupta toplamıştır. İlk grup olan 1 ve 4 yıl arası çalışma süresini %53,2’lik bir kısım oluşturmuş ve ikinci grup olarak belirlenen 5 ve üzeri yıl çalışma süresi ise 46,8’ini kapsamaktadır.

3.2.2. Hastane Çalışanlarının Uğradığı Şiddet ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında farklı sorulara evet ve hayır cevabı veren katılımcıların sonuçları Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Hastane Çalışanlarının Uğradığı Şiddet ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

	Son 1 yılda sağlıkta şiddet olaylarında artış görüyor musunuz?		Çalıştığınız kurum güvenliğinizi için gerekli önlemleri alıyor mu?		Kurumunuz çalışanlara güvenlik eğitimi veriyor mu?		Meslek hayatınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	342	83	196	47.6	182	44.2	188	46.3
Hayır	70	17	216	52.4	230	55.8	216	52.7
Toplam	412	100	412	100	412	100	406	100

Hastane çalışanlarına yöneltilen “*Son 1 yılda sağlıkta şiddet olaylarında artış görüyor musunuz?*” sorusuna katılımcıların %83’ü evet, %17’si hayır cevabını vermişlerdir. Hastane çalışanlarının büyük çoğunluğu sağlıkta şiddet olaylarında artış yaşandığını düşünmektedir.

Araştırmaya katılanlar “*Çalıştığınız kurum güvenliğinizi için gerekli önlemleri alıyor mu?*” sorusuna %47,6’sı evet, %52,4’ü hayır cevabını verirken, “*Kurumunuz çalışanlara güvenlik eğitimi veriyor mu?*” sorusuna ise %44,2 evet, %55,8’i ise hayır cevabını vermişlerdir. Bu sonuç; çalışanların yeterli güvenlik önlemleri alınmadığını ve güvenlik eğitimi verilmediğini düşündüğünü göstermektedir.

Son olarak “*Meslek hayatınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?*” sorusuna evet cevabı verenler %46,3, hayır cevabını verenler ise %52,7 olarak belirlenmiştir. Son 1 yılda şiddet olaylarında artış olduğunu söyleyen katılımcıların çoğunluğu meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalmadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların çalıştığı bölümde/hastanede güvenlik görevlisi olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 3.3’te gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Çalıştığı Bölümde/Hastanede Güvenlik Görevlisi Olup Olmadığına İlişkin Bulgular

Çalışılan Bölümde/Hastanede Güvenlik görevlisinin olup olmaması	n	%
Yok	25	6.1
Bölümde var	73	17.7
Hastanede var	315	76.3
Toplam	413	100.0

Tablo 3.3'te görüldüğü üzere ankete katılan çalışanların bölümde/hastanede güvenlik görevlisinin olup olmadığı sorusuna, %76,3'ü hastanede var olduğunu, %17,7'sinin bölümde var olduğunu ve %6.1'inin ise güvenlik görevlisinin bulunmadığını belirttiği anlaşılmaktadır. Hastanelerin büyük çoğunluğunda güvenlik görevlisi olduğu ancak bölümlerde yeterli güvenlik görevlisinin olmadığı görülmektedir.

Ankete katılanlardan çalıştıkları kurumu güvenlik açısından değerlendirmeleri istenmiş ve sonuçlar Tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Çalıştığı Kurumun Güvenlik Açısından Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Çalıştıkları kurumun güvenlik açısından değerlendirilmesi	n	%
İyi	84	20.3
Orta	259	62.7
Kötü	70	16.9
Toplam	413	100.0

Personelden çalıştıkları kurumu iyi olarak değerlendirenlerin oranı %20,3, orta halli değerlendirenlerin oranı %62,7 ve kötü olarak değerlendirenlerin oranı ise %16,9'dur. Sonuçlar gösteriyor ki personelin çalıştığı kurumun güvenlik açısından değerlendirmesini orta olarak yaptığı görülmektedir.

Meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalanların kaç kez bu durumu yaşadıklarına ilişkin bulgular Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Meslek Hayatı Boyunca Şiddet Maruz Kalma Sayısına İlişkin Bulgular

Meslek Hayatı Boyunca Şiddet Maruz Kalma Sayısı	n	%
1-4 arası	121	62.7
5-9 arası	39	20.2
10-15 arası	15	7.8
16 ve üzeri	18	9.3
Toplam	193	100.0

Şiddete maruz kalan katılımcıların %62,7'si 1 ve 4 arası, %20,2'si 5 ve 9 arası, %7,8'i 10 ve 15 arası ve %9,3'ü ise 16 ve üzeri sayıda meslek hayatı boyunca şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların meslek hayatları boyunca 1-4 kez arası şiddete maruz kaldıklarını belirttikleri görülmektedir.

Şiddete maruz kalan katılımcıların yaşadıkları şiddetin türüne ilişkin bulguları ise Tablo 3.6'da yer almaktadır.

Tablo 3.6. Maruz Kaldıkları Şiddetin Türüne İlişkin Bulgular

Şiddetin Türü	n	%
Sözel Şiddet (küfür, hakaret vs.)	179	84.44
Fiziksel Şiddet (tokat, yumruk vs.)	26	12.27
Cinsel Şiddet	3	1.41
Hepsi	4	1.88
Toplam	212	100.0

Şiddet gören katılımcıların %84,44'ü sözel şiddete, %12,27'si fiziksel şiddete ve %1,41'i cinsel şiddete ve %1,88'i ise üç farklı şiddet türünün de hepsine maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddete maruz kalan hastane çalışanlarının çok büyük çoğunluğunun küfür ve hakaret içeren sözel şiddet türüne maruz kaldıkları görülmektedir.

Katılımların uğradıkları şiddetin nerede gerçekleştiğine dair bulgular Tablo 3.7'de verilmiştir.

Tablo 3.7. Uğradıkları Şiddetin Yerine İlişkin Bulgular

Şiddetin Yeri	n	%
Poliklinik	64	23.73
Klinik Servis	61	22.59
Hastane Koridoru	49	18.14
Acil Servis	47	17.4
Kendi Odam	26	10.38
Diğer	9	3.3
Hasta Bekleme Salonu	7	2.23
Hastane Bahçesi	7	2.23
Toplam	270	100.0

Hastane çalışanlarının %23,73'ü polikliniklerde,%22,59'u klinik servislerde, %18.14'ü hastane koridorunda, %17,4'ü acil serviste, %10.38'i kendi odasında, %2.23'ü ise hastane bekleme salonu ve hastane bahçesinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddetin çoğunlukla polikliniklerde gerçekleştiği görülmektedir.

Hastane çalışanlarının hangi zaman aralıklarında şiddete maruz kaldıklarını gösteren Tablo 3.8 aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.8. Şiddetin Zamanına İlişkin Bulgular

Şiddetin Zamanı	n	%
Mesai saati içinde	163	71.51
Nöbet esnasında akşam	36	15.78
Nöbet esnasında gündüz	16	7.01
Mesai Saati Dışında	13	5.7
Toplam	228	100.0

Tablo 3.8'de de görüldüğü gibi; şiddet gören hastane çalışanlarının %71,51'i mesai saati içinde, %15,78'i nöbet esnasında akşam, %7,01'i nöbet esnasında gündüz ve %5.7'si mesai saati dışında şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Şiddetin çoğunlukla mesai saati içinde olduğu görülmektedir.

Buna bağlı olarak şiddete başvuranların kimler olduğuna bakıldığında sonuçlar Tablo 3.9'da gösterilmiştir.

Tablo 3.9. Şiddete Başvuranlara İlişkin Bulgular

Şiddete başvuranlar	n	%
Hasta yakını	168	63.87
Hasta	77	29.27
Sağlık çalışanı	11	4.19
İdare	7	2.67
Toplam	263	100.0

Ankete katılanların kimin tarafından şiddete uğradıkları incelendiğinde çalışanların %63,87'si hasta yakını tarafından şiddet görmüşken, %29,27'lik kısmı hasta tarafından, %4,19'u sağlık çalışanları ve %2,67'lik kısım ise idare tarafından şiddet

gördüğünü belirtmişlerdir. Hastane çalışanlarının çoğunlukla hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldıkları görülmektedir.

Şiddete başvuranların cinsiyetlerine göre dağılımına ait bulgulara Tablo 3.10’da yer verilmiştir.

Tablo 3.10. Şiddete Başvuranların Cinsiyetlerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

Cinsiyet	n	%
Çoğu erkek	150	80.6
Tümü erkek	23	12.4
Çoğu Kadın	11	5.9
Tümü Kadın	2	1.1
Toplam	186	100.0

Katılımcıların yüzde %80,6’sı şiddet gördükleri kişinin cinsiyetinin çoğunun erkek, %12,4’ü tümünün erkek, %5,9’u çoğunun kadın ve %1,1’inin ise tümünün kadın olduğunu ifade etmiştir. Tablo 3.10’da da görüldüğü üzere, şiddete başvuranların çoğunun erkek olduğu görülmektedir.

Hastane çalışanlarına sorulan kişinin şiddete başvurma nedenleriyle ilgili soruya ait bulgular Tablo 3.11’deki gibidir.

Tablo 3.11. Hastane Çalışanlarına Göre Şiddete Başvurulma Nedenlerine İlişkin Bulgular

Şiddetin Nedenleri	n	%
Gecikme-bekletilme	97	28.90
İhmal edilme düşüncesi	65	19.40
Tedaviden memnuniyetsizlik	45	13.43
Hastane yönetimindeki aksaklık	43	12.83
Kötü Haber Almak	34	10.14
Hastanenin talep ettiği ücret	19	5.67
Diğer	18	5.37
Personelin Sert Tavırları	14	4.17
Toplam	335	100.0

Hastane çalışanlarının %28,9’u bekletilme-gecikme, %19,40’ı ihmal edilme düşüncesi, %13,43’ü tedaviden duyulan memnuniyetsizlik, %12,83’ü hastane

yönetimindeki aksaklıklar, %10.14'ü kötü haber almak, %5,67'si hastanenin talep ettiği ücret, %5,37'si diğer sebepler ve %4.17'si personelin sert tavırları nedeniyle şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Tablo 3.11'den de anlaşılacağı üzere, hastane çalışanları maruz kaldıklarının şiddetin nedeninin çoğunlukla gecikme-bekletilmeden kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların şiddete karşılık gösterdikleri tepkilere bakıldığında saptanan bulgular Tablo 3.12'de gösterilmiştir.

Tablo 3.12. Hastane Çalışanlarının Şiddete Karşı Gösterdikleri Tepkilere İlişkin Bulgular

Tepki	n	%
Güvenlik görevlisi çağırma	81	23.47
Sözel karşılık verme	49	14.21
Olay yerinden uzaklaşma	48	13.92
Tepkisiz kalma	46	13.34
Hastane yönetimini bilgilendirme	41	11.88
Saldırganı odadan kovma	26	7.53
Hastanın tedaviyi reddetmesi	24	6.96
Adli makamlara ihbar etme	19	5.51
Fiziksel saldırıda bulunmak	6	1.74
Şiddeti Kabullenme	4	1.15
Diğer	1	0.29
Toplam	345	100.0

Katılımcıların %23,47'si şiddete güvenlik görevlisi çağırarak tepki gösterdiğini dile getirmiştir. %14,21'i sözel karşılık verme, %13,92'si olay yerinden uzaklaşma, %13,34'ü tepkisiz kalma, %11,88'i hastane yönetimi bilgilendirme şeklinde cevaplar vermiş olup, cevaplar birbirine yakınlık göstermektedir. Ankete katılanların %7,53'si saldırganı odadan kovma, %6,96'sı hastanın tedaviyi reddetmesi, %5,51'i adli makamlara ihbar etme, %1,15'i şiddeti kabullenme şeklinde cevaplar vermiş olup son olarak %0,29'u diğer şeklinde değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, hastane çalışanlarının uğradıkları şiddete karşı verdikleri tepki çoğunluklu güvenlik görevlisi çağırma olmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının %46,3'ü şiddet gördüğünü dile getirirken, yaşadıkları şiddeti hastane yönetimine bildirme oranları Tablo 3.13'te görülmektedir.

Tablo 3.13. Hastane Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddeti Hastane Yönetimine Bildirmelerine İlişkin Bulgular

Şiddetin Bildirilmesi	n	%
Evet	103	56
Hayır	81	44
Toplam	184	100

Tablo 3.13'te de belirtildiği üzere hastane çalışanlarının %56'sı durumu hastane yönetimine bildirirken, %44'ü bildirmediğini ifade etmiştir.

Yaşanılan şiddeti hastane yönetimine bildirmeleri halinde ne gibi önlemlerin alındığı sorusuna verilen cevaplar Tablo 3.14'teki gibidir.

Tablo 3.14. Şiddeti Hastane Yönetimine Bildirmeleri Halinde Alınan Önlemlere İlişkin Bulgular

Alınan Önlemler	n	%
Bir şey yapılmadı	53	35.33
İdari işlem yapıldı	28	18.66
Adli makamlara ihbar	28	18.66
Güvenlik görevlisi verildi	19	12.67
Diğer	9	6.00
Sözlü uyarı aldım	8	5.34
Disiplin cezası aldım	3	2.00
Görev Yerim Değiştirildi	2	1.34
Toplam	150	100.0

Katılımcıların şiddeti yönetime bildirmeleri halinde %35,33'ü hiçbir şey yapılmadığını, %18,66'sı idari işlem yapıldığını ve adli makamlara bildirildiğini ifade etmiş olup, %12,67'si güvenlik görevlisi verildiğini dile getirmişlerdir. Hastane çalışanlarının %6'sının diğer, %5,34'ünün sözlü uyarı aldığını ve %1,34'ünün ise görev yerinin değiştirildiği görülmektedir.

Hastane çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet sonucunda ne gibi etkiler görüldüğü Tablo 3.15'de gösterilmiştir.

Tablo 3.15. Maruz Kalınan Şiddetin Etkilerine İlişkin Bulgular

Saldırımın Etkisi	n	%
Performans kaybı yaşadım	77	38.31
Değişiklik yok	71	35.32
Sosyal hayatım etkilendi	26	12.93
Ruhsal problem yaşadım	19	9.46
İşyerimi değiştirdim	5	2.49
Diğer	3	1.49
Toplam	201	100.0

Çalışanların %38,31'i performans kaybı yaşadığını, %35,32'si ise herhangi bir değişikliğin olmadığını dile getirmiştir. Ankete katılanların %12,93'ünün sosyal hayatı etkilendi, %9,46'sı ruhsal problem yaşadığını dile getirmiş, %2,49'unun işyeri değiştirilmiş ve %1,49'u diğer şeklinde cevap vermiştir. Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının uğradıkları şiddet sonucunda çoğunlukla performans kaybı yaşadığı görülmektedir.

Maruz kalınan şiddet sonucu adli ya da idari rapor alınması ve adli makamlara şikâyetle bulunma oranları ile ilgili bulgular Tablo 3.16'de belirtilmiştir.

Tablo 3.16. Maruz Kalınan Şiddet Nedeniyle Adli ya da İdari Rapor Alınması ve Adli Makamlara Şikâyetle Bulunulmasına İlişkin Bulgular

	En son maruz kaldığınız şiddet nedeniyle adli/idari rapor aldınız mı?		En son maruz kaldığınız şiddet nedeniyle adli makamlara şikâyetle bulundunuz mu?	
	n	%	n	%
Evet	11	7	30	17.1
Hayır	147	93	145	82.9
Toplam	158	100	185	100.0

Katılımcıların %93'ü maruz kaldıkları şiddet sonucunda herhangi bir adli veya idari rapor almamış olup, yalnızca %7'si rapor almıştır. Aynı şekilde çalışanlar herhangi bir makama şikâyetle bulundunuz mu sorusuna %82,9'u hayır cevabı verirken %17,1'i evet cevabını vermiştir. Hastane çalışanları yaşadıkları şiddet olayı sonrasında çoğunlukla adli/idari rapor almamış olup, aynı şekilde adli makamlara da şikâyetle bulunmamıştır.

En son maruz kaldıkları şiddet nedeniyle idari veya adli rapor alan %7'lik kısma giren katılımcıların, yapılan kovuşturma veya soruşturma sonucu ne karara varıldığını sorduğumuzda verilen cevaplar Tablo 3.17'de yer almaktadır.

Tablo 3.17. Adli Kovuşturma ve Soruşturma Sonucuna İlişki Bulgular

Adli soruşturma veya kovuşturma sonucu	n	%
Saldırgana adli para cezası verildi	10	25.64
Soruşturma devam ediyor	9	23.08
Saldırgana ceza verilmedi	9	23.08
Hapis cezası verildi	2	5.12
Diğer	9	23.08
Toplam	39	100.0

Hastane çalışanlarının yapılan kovuşturma veya soruşturma sonucunda %25,64'ü saldırgana adli para cezası verildiğini, 23,08'i soruşturmanın devam ettiğini, saldırgana ceza verilmediğini ve diğer şeklinde belirtmişlerdir. Yalnızca %5,12'si saldırganın hapis cezasına çarptırıldığını söylemişlerdir. Yapılan kovuşturma ve soruşturma sonucunda saldırgana çoğunlukla adli para cezası verildiği görülmektedir.

En son maruz kaldıkları şiddet nedeniyle herhangi bir adli makama müracaat etmeyen %82,9'lik kısma giren katılımcılara bunun nedeni sorulduğunda alınan cevaplar Tablo 3.18'de belirtilmiştir.

Tablo 3.18. Maruz Kalınan Şiddet Sonucu Adli Makamlara Müracaat Etmeme Nedenlerine İlişkin Bulgular

Müracaat Etmeme Nedeni	n	%
Adli yargılama süreci uzun	45	42.05
Saldırımı olağan karşılama	31	28.97
Tehdit nedeniyle zarar görme	16	14.96
Diğer	12	11.22
Aile ve Çevresel Baskı	3	2.80
Toplam	107	100.0

Tablo 3.18’de de görüldüğü üzere, katılımcıların herhangi bir adli makama müracaat etmemelerinin sebebinin başında %42,05 ile adli yargılama sürecinin uzun olması gelmektedir. Katılımcıların %28,97’si saldırıyı olağan karşılamakta, %14,96’sı tehdit nedeniyle zarar görme endişesi sebebiyle, %2,80’i aile veya çevresel baskı sebebiyle kalan %11,22’lik kısım ise diğer cevabı vermiş olup, herhangi bir adli makama müracaat etmemişlerdir. Hastane çalışanlarının çoğunluğunun adli yargılama sürecinin uzun olması sebebiyle adli makamlara başvurmadıkları görülmektedir.

Anketin son sorusu olan “*Şiddetin önlenmesi için sizce ne gibi tedbirler alınmalıdır?*” sorusuna verilen cevaplara dair bulgular Tablo 3.19’de belirtilmiştir.

Tablo 3.19. Şiddetin Önlenmesine Yönelik Alınacak Tedbirlere İlişkin Bulgular

Şiddetin önlenmesine yönelik alınacak tedbirler	n	%
Adli/idari yaptırımların artırılması ve uygulanması	140	25.68
Sağlık Politikalarının düzenlenmesi	124	22.75
Sürekli ve yeterli sayıda sağlık personeli ve güvenlik görevlisi bulundurma	119	21.84
Hasta ve yakınlarının eğitimi	91	16.71
Sağlık çalışanlarının eğitimi	68	12.47
Diğer	3	0.55
Toplam	545	100.0

Tablo 3.19’da görüldüğü üzere, katılımcıların %25.68’i adli/idari yaptırımların artırılması ve uygulanması, %22.75’i sağlık politikalarının düzenlenmesi, %21,84’ü sürekli ve yeterli sayıda sağlık personeli ve güvenlik görevlisi bulundurma, %16.71’i hasta ve yakınlarının eğitimi, %12.47’si sağlık çalışanlarının eğitimi cevaplarını vermişlerdir. Hastane çalışanlarına göre şiddetin önlenmesi için alınacak tedbirlerin başında adli/idari yaptırımların artırılması ve uygulanması gelmektedir.

3.2.3. Çeşitli Değişkenlere Göre Hazırlanan Çapraz Tablolar

3.2.3.1. Şiddetin Görülme Sıklıklarının Hastanelere Göre Dağılımı

Şiddetin görülme durumlarının hastane türlerine göre dağılımı Tablo 3.20’de gösterilmiştir.

Tablo 3.20. Şiddetin Görülme Sıklıklarının Hastanelere Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

Şiddet	Kurum						Toplam	
	Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	98	53.8	53	53.0	37	29.8	188	46.3
Hayır	84	46.2	47	47.0	87	70.2	218	53.7

Tablo 3.20’de görüldüğü üzere Devlet hastanesinde çalışan katılımcılardan %53,8’i şiddete uğramışken %46,2’si şiddete uğramadıklarını dile getirmiştir. Üniversite Hastanesinde katılımcıların %53’ü şiddete uğramış, %47’si ise şiddete uğramamıştır. Devlet ve Üniversite hastanesinde şiddete uğrayan personel şiddete uğramayan personellerden daha fazla olup, Özel hastane de durum tersine dönmektedir. Özel Hastanedeki katılımcıların %70,2’si herhangi bir şiddete maruz kalmadıklarını dile getirirken, yalnızca %29,8’i şiddete maruz kalmadığını ifade etmiştir. Devlet hastanesini ve Üniversite hastanesinin devlet kurumu olduğunu düşünürsek, özel hastanelerle karşılaştırdığımızda devlet kurumlarında şiddetin görülme oranı oldukça fazladır.

3.2.3.2. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Durumu

Mesleklere göre şiddete maruz kalma yüzdelerine ait bulgular Tablo 3.21’de gösterilmiştir.

Tablo 3.21. Mesleklere Göre şiddete uğrama durumuna ilişkin Bulgular

Meslek	Şiddet			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hekim	69	53.5	60	46.5
Hemşire-Ebe	74	40.4	109	59.6
Diğer Sağlık Personeli	35	49.3	36	50.7
Diğer	10	45.5	12	54.5
Toplam	188	46.4	217	53.6

Hekimlerin %53,5’i şiddete maruz kalmışken, %46,5’i herhangi bir şiddete maruz kalmadıklarını belirtmiş olup; Hemşire-ebelerin %40,4’ü şiddet gördüğünü,

%59,6'sı ise şiddete maruz kalmadıklarını belirtmiştir. Diğer sağlık personeli olarak adlandırdığımız gruptaki katılımcıların %49,3'ü “*Şiddete maruz kaldınız mı?*” sorusuna “Evet” cevabını vermiş olup, %50,7'si hayır cevabını vermiştir. Son olarak idari personelin %45,5'i şiddet gördüğünü, %53,6'sı ise şiddete maruz kalmadıklarını dile getirmişlerdir. Tablo 3.21'de de görüldüğü gibi, hekimler şiddet gören meslek grupları arasında en yüksek yüzdeye sahiptir.

3.2.3.3. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Meslek gruplarının şiddete kaç kez maruz kaldığını gösteren bulgular Tablo 3.22'de gösterilmiştir.

Tablo 3.22. Mesleklere Göre Şiddete Uğrama Sıklığına İlişkin Bulgular

Meslek	Şiddet Sıklığı							
	1-4 Kez		5-9 Kez		10-15 Kez		16 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim	38	54.3	13	18.6	7	10.0	12	17.1
Hemşire-Ebe	49	65.3	16	21.3	6	8.0	4	5.3
Diğer Sağlık Personeli	28	73.7	8	21.1	1	2.6	1	2.6
Diğer	6	60.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0
Toplam	121	62.7	380	20.2	15	7.8	18	9.3

Hekimlerin %54,3'ü 1-4 kez, %18,6'sı 5-9 kez, %10'u 10-15 kez ve %17,1'i 16 kez ve üzeri şiddete maruz kalmıştır. Hemşire/ebelerin %65,3'ü 1-4 kez, %21,3'ü 5-9 kez, %8'i 10-15 kez, %5,3'ü 16 ve üzeri kez şiddete uğramışlardır. Diğer sağlık personelinin %73,7'si 1-4 kez, %21,1'i 5-9 kez, %2,6'sı 10-15 kez ve %2,6'sı 16 ve üzeri kez şiddet görmüş olup, idari personelin %60,0'ı 1-4 kez, %20'si 5-9 kez, %10'u 10-15 kez ve %10'u 16 ve üzeri kez şiddete maruz kalmıştır. Tablo 3.22'de görüldüğü üzere, tüm mesleklerde şiddete uğrama sıklığı en fazla yüzde ile 1-4 kez arası şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

3.2.3.4. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Durumu

Katılımcıların cinsiyetine göre şiddete uğrama durumunu gösteren Tablo 3.23'te aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.23. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Durumuna İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Şiddet			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Erkek	79	52.3	72	47.7
Kadın	109	42.7	146	57.3
Toplam	188	100.0	218	100.0

Tablo 3.23'te görüldüğü üzere, hastane çalışanları içerisinde erkeklerin %52,3'ü şiddete uğramış olup, %47,7'si şiddete uğramadığını belirtmiştir. Kadınların ise %42,7'si şiddet görmüş; 57,3'ü şiddet görmediklerini söylemişlerdir. Tabloya göre erkekler kadınlara oranla daha fazla şiddete maruz kalmışlardır.

3.2.3.5. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Araştırmaya dahil olan hastane çalışanlarının cinsiyetlerine göre şiddete uğrama sıklığını gösteren bulgular Tablo 3.25'te yer almaktadır.

Tablo 3.24. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Sıklığına İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Şiddet							
	1-4 Kez		5-9 Kez		10-15 Kez		16 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	51	63.0	16	19.8	7	8.6	7	8.6
Kadın	70	62.5	23	20.5	8	7.1	11	9.8
Toplam	121	62.7	39	20.2	15	7.8	18	9.3

Erkeklerin %63'ü 1-4 kez, %19,8'i 5-9 kez, %8,6'sı 10-15 kez, %8,6'sı 16 ve üzeri kez şiddete maruz kalmışlardır. Kadınların ise %62,5'i 1-4 kez, %20,5'i 5-9 kez, %7,1'i 10-15 kez ve %9,8'i 16 ve üzeri kez şiddete maruz kalmıştır. Tabloya göre hem erkekler hem de kadınlar en fazla 1-4 kez şiddet görmüşlerdir.

3.2.3.6. Yaşa Göre Şiddete Uğrama Durumu

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının yaş gruplarına göre şiddete uğrama durumu Tablo 3.25'de gösterilmiştir.

Tablo 3.25. Yaşa Göre Şiddete Uğrama Durumuna İlişkin Bulgular

Yaş	Şiddet			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
18-29 yaş	54	33.8	106	66.2
30-39 yaş	55	47.8	60	52.2
40 ve üstü yaş	74	60.2	49	39.8
Toplam	183	46.0	215	54.0

Tablo 3.25'e göre; 18-29 yaş arası katılımcıların %33,8'i şiddete maruz kalmış olup, %66,2'si şiddet görmemiştir. 30-39 yaş arası katılımcıların %47,8'si şiddete uğramış, %52,2'lik kısım ise şiddete uğramamıştır. 40 yaş üstü gruba bakıldığında ise en yüksek şiddete uğrama oranı bu gruptadır. Katılımcıların %60,2'si şiddete maruz kalmışken %39,8'i şiddet görmediğini ileri sürmektedir. Tablo 3.25'e bakıldığında, yaş arttıkça şiddete uğrama durumu da artmaktadır.

3.2.3.7. Yaşa Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Hastane çalışanlarının yaş gruplarına göre şiddete uğrama sıklıkları Tablo 3.26'da yer almaktadır.

Tablo 3.26. Yaş gruplarına Göre Şiddete Uğrama Sıklığına İlişkin Bulgular

Yaş	Şiddet							
	1-4 kez		5-9 kez		10-15 kez		16 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-29 yaş	42	75.0	12	21.4	0	0.0	2	3.6
30-39 yaş	32	51.7	14	25.0	7	12.5	3	5.4
40 ve üstü yaş	47	61.8	11	14.5	8	10.5	10	13.2
Toplam	121	64.4	37	19.7	15	8.0	15	8.0

Tablodaki verilere istinaden 18-29 yaş arası katılımcıların %75'i 1-4 kez, %21,4'ü 5-9 kez, %3,6'ı 16 ve üzeri kez şiddete maruz kalmış olup, 10-15 kez seçeneğini işaretleyen katılımcı bulunmamaktadır. 30-39 yaş arası katılımcıları %51,7'si 1-4 kez, %25'i 5-9 kez, %12,5'i 10-15 kez ve %5,4'ü ise 16 ve üzeri kez şiddet görmüştür. 40 ve üstü yaş grubunun %61,8'i 1-4 kez, %14,5'i 5-9 kez, %13,2'si 16 ve üzeri ve %10,5'i 10-

15 kez şiddete maruz kalmıştır. Tablo 3.26'dan da anlaşılacağı üzere 1-4 kez arası şiddete maruz kalma yüzdesi bütün yaş gruplarında en yüksektir.

3.2.3.8. Sektörde Çalışma Yılına Göre Şiddete Uğrama Durumu

Katılımcıların sektörde çalışma yıllarına göre şiddete uğrama durumlarının dağılımı Tablo 3.27'de gösterilmiştir.

Tablo 3.27. Katılımcıların Sektörde Çalışma Yıllarına Göre Şiddete Uğrama Durumlarına İlişkin Bulgular

Sektörde Çalışma Yılı	Şiddet			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
1-5 Yıl	39	28.1	100	71.9
6-10 Yıl	47	58.8	33	41.2
11-15 Yıl	25	44.6	31	55.4
15 ve üzeri Yıl	69	59.0	48	41.0
Toplam	180	45.9	212	54.1

Tablo 3.2.3.7'de görüldüğü gibi, sağlık sektöründe 1-5 yıl arası çalışan katılımcıların %73,2'si; 6-10 yıl çalışanların %68,1'i; 11-15 yıl arası çalışanların %53,8'i ve 15 yıl ve üzeri çalışanların %55,7'si 1-4 kez şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Tablonun geneline bakıldığında meslekte çalışma yılı arttıkça şiddete maruz kalma oranı da nispeten artmaktadır. Sağlık sektöründe her zaman var olan şiddetin sağlık alanında ne kadar süre çalışılırsa o oranda da şiddete maruz kalma oranı artmaktadır denilebilir.

3.2.3.9. Sektörde Çalışma Yılına Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Katılımcıların sektörde çalışma yıllarına göre şiddete uğrama sıklığı dağılımı Tablo 3.28'de belirtilmiştir.

Tablo 3.28. Katılımcıların Sektörde Çalışma Yıllarına Göre Şiddete Uğrama Sıklığı Dağılımına İlişkin Bulgular

Sektörde Çalışma Yılı	Şiddet							
	1-4 Kez		5-9 Kez		10-15 Kez		16 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 Yıl	30	73.2	8	19.5	1	2.4	2	4.9
6-10 Yıl	32	68.1	10	21.3	4	8.5	1	2.1
11-15 Yıl	14	53.8	9	34.6	1	3.8	2	7.7
15 ve üzeri Yıl	39	55.7	10	14.3	9	12.9	12	17.1
Toplam	115	62.5	37	20.1	15	8.2	17	9.2

Sektörde 1-5 yıl arası çalışma yılı olan katılımcıların %73,2'si 1-4 kez, %19,5'i 5-9 kez, %2,4'ü 10-15 kez ve %4,9'u 16 ve üzeri kez şiddete maruz kalmaktadır. 6-10 yıl arası çalışanların %68,1'i 1-4 kez, %21,3'ü 5-9 kez, %8,5'i 10-15 kez, %2,1'i 16 ve üzeri kez şiddet gördüklerini iletmışlerdir. 11-15 yıl arası çalışma yılına sahip katılımcıların %53,8'i 1-4 kez, %34,6'sı 5-9 kez, %3,8'i 10-15 kez ve %7,7'si 16 ve üzeri kez şiddete uğramıştır. 15 ve üzeri yıl sektörde çalışma yılı olan katılımcıların %55,7'si 1-4 kez, %14,3'ü 5-9 kez, %12,9'u 10-15 kez ve %17,1'i 16 ve üzeri kez şiddete maruz kalmıştır.

Tabloya bakıldığında, 1-4 kez arası şiddete maruz kalma yüzdesi sektördeki tüm çalışma yılı gruplarında yüksektir.

3.2.3.10. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türü

Ankete katılanların mesleklerine göre uğradıkları şiddetin türüne ilişkin bulgular Tablo 3.29'da belirtildiği gibidir.

Tablo 3.29. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türüne İlişkin Bulgular

Meslek	Şiddetin Türü									
	Sözel Şiddet		Fiziksel Şiddet		Cinsel Şiddet		Hepsi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim	70	86.41	10	12.34	1	1.25	0	0	81	100
Hemşire-Ebe	65	80.25	11	13.58	2	2.46	3	3.71	81	100
Diğer Sağlık Personeli	34	87.17	4	10.26	0	0	1	2.57	39	100
Diğer	10	90.91	1	9.09	0	0	0	0	11	100

Hekimlerin %86,41'i sözel şiddet, %12,34'ü fiziksel şiddet, %1,25'i cinsel şiddet görmüş olup, hekimlerden şiddet türlerinden hepsini gören katılımcı

bulunmamaktadır. Hekimlerin en fazla uğradığı şiddet türü sözel şiddettir. Hemşire-ebelerin %80,25'i sözel şiddete, %12,34'ü fiziksel şiddete, %2,46'sı cinsel şiddete ve %3,71'i tüm şiddet türlerinin hepsine maruz kalmıştır. Hemşire-ebelerin de en fazla uğradığı şiddet türü sözel şiddettir. Diğer sağlık personelinin %87,17'si sözel şiddet, %10,26'sı fiziksel şiddet görmüş olup, cinsel şiddet gören katılımcı bulunmamaktadır. %2,57'si tüm şiddet türlerine maruz kalmış olup, bu grupta da en çok görülen şiddet türü sözel şiddettir.

Diğer olarak kategorize edilen grubun %90,91'i sözel şiddete ve %9,09'u fiziksel şiddete maruz kalmış olup, diğer şiddet türlerine maruz kalan katılımcı bulunmamaktadır. Bütün meslek gruplarında sözel şiddete maruz kalma yüzdesi en yüksektir. Bunu fiziksel şiddet izlemektedir.

3.2.3.11. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddetin Nedenleri

Ankete katılan meslek gruplarının uğradıkları şiddetin nedenlerine ilişkin ortaya çıkan bulgular Tablo 3.30'de gösterilmiştir.

Tablo 3.30. Meslek Gruplarının Uğradıkları Şiddetin Nedenlerine İlişkin Bulgular

Şiddetin Nedeni		Meslek			
		Hekim	Hemşire-Ebe	Diğer Sağlık Personeli	İdari Personel
Memnuniyetsizlik	n	22	20	7	0
	%	15.39	16.67	11.48	0
Personel Tavrı	n	4	5	5	0
	%	2.79	4.17	8.19	0
Kötü Haber Almak	n	14	13	8	1
	%	9.79	10.83	13.12	7.69
İhmal edilme Düşüncesi	n	25	32	8	0
	%	17.49	26.67	13.12	0
Gecikme- Bekletilme	n	45	27	21	4
	%	31.47	22.50	34.42	30.76
Ücret	n	7	6	4	3
	%	4.89	5.00	6.55	23.07
Yönetimdeki Aksaklıklar	n	18	12	6	4
	%	12.59	10.0	9.84	30.78
Diğer	n	8	5	2	1
	%	5.59	4.16	3.28	7.70
Toplam	n	143	120	61	13
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Hekimlere uğradıkları şiddetin nedenleri sorulduğunda %31,47'si hastaların muayene olması için gecikme-bekletilmesi cevabını verdiği görülmektedir. %17,49'u

hastaların ihmal edilme düşüncesi, %15,39'u tedaviden memnuniyetsizlik, %12,59'u yönetimde meydana gelen aksaklıklar, %9,79'u kötü haber alma, %4,89'u hastanede çıkan ücretler ve % 5,59'u diğer şeklinde cevap vermişlerdir.

Ankete katılan hemşire-ebeler gördükleri şiddetin nedenini %26,67 ile hastaların ihmal edilme düşüncesi olarak belirlemişlerdir. Diğer meslek gruplarından farklı olarak ortaya çıkan bu sonucu, hastaların hemşirelerle gerek tedavi süreci ve hasta bakımı gerekse hasta takibinde diğer meslek gruplarına oranla daha etkin rol oynamalarına bağlanabilir. Bunu %22,50 ile hastaların gecikme-bekletilmesi, %16,67 ile tedaviden memnuniyetsizlik, %10,83 kötü haber alma, %10 yönetimdeki aksaklıklar, %5 ücret, %4,17 hastane personelinin tavrı ve %4,16 ile diğer cevabı izlemektedir.

Diğer sağlık personeli olarak adlandırılan grup şiddetin nedenini %34,42 ile hastaların gecikme-bekletilmesi düşüncesine bağlamıştır. %13,12'yi kötü haber alma ve ihmal edilme düşüncesi paylaşmış, %11,48'i tedaviden duyulan memnuniyetsizlik, %9,84'ü hastane yönetimindeki aksaklıklar, %8,19'u personelin tavrı, %6,15'i hastane ücretleri ve %3,28'i ise diğer cevabını vermişlerdir.

İdari personelin %30,78'i yaşadıkları şiddetin nedenini yönetimdeki aksaklıklara bağlamakta olup, şiddete bağlı oldukları birimi sorumlu tutmuşlardır. %30,76'sı gecikme ve bekletilme düşüncesi nedenler arasında ikinci sırada olup, oranlar birbirine çok yakındır. %23,07'si hastane ücretleri, %7,69'u kötü haber almak ve %7,70'i diğer şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Araştırmaya katılıp bu sorunun cevabını veren 132 kişinin de yaşadıkları şiddetin nedeninin ilk sırasında hastalardaki gecikme ve bekletilme düşüncesinin geldiğini belirtmişlerdir.

3.2.3.12. Mesleklere Göre Maruz Kalınan Şiddete Karşı Gösterilen Tepkiler

Ankete katılan meslek gruplarının yaşadıkları şiddete karşı verdikleri tepkilere ait bulgular Tablo 3.31'de gösterilmiştir.

Tablo 3.31. Meslek Gruplarının Yaşadıkları Şiddete Karşı Verdikleri Tepkilere İlişkin Bulgular

Şiddete Karşı Gösterilen Tepki	Meslek							
	Hekim		Ebe-Hemşire		Diğer Sağlık Personeli		İdari Personel	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tepkisiz Kalma	18	10.98	17	10.24	8	13.56	3	17.65
Şiddeti Kabullenme	1	0,61	2	1.20	0	0	0	0
Hastanın Tedavisini Reddetme	13	7.93	10	6.02	1	1.69	0	0
Saldırganı Odadan Kovma	17	10.37	7	4.22	3	5.08	0	0
Olay yerinden Uzaklaşma	14	8.54	26	15.66	9	15.25	4	25.53
Sözel Karşılık Verme	21	12.80	21	12.65	12	20.34	3	17.65
Fiziksel Saldırıda Bulunma	5	3.05	3	1.81	1	1.69	0	0
Güvenlik Görevlisi Çağırma	42	25.61	40	24.10	20	33.90	5	29.41
Hastane Yönetimini Bilgilendirme	24	14.63	28	16.87	3	5.08	2	11.76
Adli Makamlara İhbar Etme	9	5.49	12	7.23	2	3.39	0	0
Toplam	164	100.0	166	100.0	59	100.0	17	100.0

Hekimlerin %25,61'i şiddete maruz kaldıktan sonra verdikleri tepki olarak güvenlik görevlisi çağırma cevabını vermiştir. Bunları, %14,63'ü hastane yönetimini bilgilendirme, %12,80'i sözel karşılık verme, %10,98'i tepkisiz kalma, %10,37'si saldırganı odadan kovma, %8,54'ü olay yerinden uzaklaşma, %7,93'ü hastanın tedavisini reddetme, %5,49'ü adli makamları reddetme, %3,05'ü fiziksel saldırıda bulunma ve %0,61'i ise şiddeti kabullenme izlemiştir.

Hemşire ve ebelerin %24,10'u aynı hekimler gibi saldırıya güvenlik görevlisi çağırarak tepki verdiklerini belirtmiştir. Bunları ise; %16,87'si hastane yönetimini bilgilendirme, %15,66'sı olay yerinden uzaklaşma, %12,65'i sözel karşılık verme, %10,24'ü tepkisiz kalma, %7,23'ü adli makamlara şikâyetle bulunma, %6,02'si hastanın tedavisini reddetme, %4,22'si saldırganı odadan kovma, %1,81'i fiziksel saldırıda bulunma ve %1,20'si şiddeti kabullenme cevapları izlemiştir.

Diğer sağlık personeli de şiddete karşı tepkilerini %33,90 ile güvenlik görevlisi çağırma şeklinde göstermişlerdir. Bunu %20,34'le sözel karşılık verme, %15,25 ile olay yerinden uzaklaşma, %13,56 tepkisiz kalma, %5,08 ile saldırganı odadan kovma ve hastane yönetimini bilgilendirme, %3,39 ile adli makamlara ihbar etme ve %1,69'la hastanın tedavisini reddetme takip etmiştir.

Ankete katılan idari personelin şiddete uğradıktan sonra %29,41'i güvenlik görevlisi çağırdıklarını, %25,53'ü olay yerinden uzaklaştığını, %17,65'i sözel karşılık verdiğini ve şiddete karşı tepkisiz kaldığını, %11,76'sı ise durumu hastane yönetimine ilettiklerini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak bütün meslek gruplarında şiddete karşı en fazla gösterilen tepki türü güvenlik görevlisi çağırma olmuştur.

3.2.3.13. Maruz Kalınan Saldırının Meslek Grupları Üzerindeki Etkisi

Maruz kalınan saldırının çalışanlar üzerindeki etkisinin neler olduğunun meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 3.32'de belirtilmiştir.

Tablo 3.32. Maruz Kalınan Saldırının Meslek Grupları Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular

Şiddetin Etkisi	Meslek							
	Hekim		Ebe-Hemşire		Diğer Sağlık Personeli		İdari Personel	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Herhangi bir değişiklik yok	32	38.56	24	28.92	16	47.06	2	18.18
Mesleki performans kaybı	26	31.32	35	42.17	13	38.24	3	27.27
Sosyal hayatın etkilenmesi	12	14.45	10	12.05	1	2.94	3	27.27
İş yeri değişikliği	1	1.22	3	3.61	0	0	1	9.09
Ruhsal problem yaşanması	10	12.04	10	12.05	4	11.76	2	18.18
Diğer	2	2.41	1	1.20	0	0	0	0
Toplam	83	100.0	83	100.0	34	100.0	11	100.0

Hekimlerin uğradıkları saldırının sonucu kendilerinde meydana gelen değişikliklerin başında %38,56 ile herhangi bir değişiklik yoktur gelmektedir. %31,32'si mesleki performans kaybı yaşadıklarını, %14,45'i sosyal hayatının etkilendiğini, %12,04'ü ruhsal problem yaşadığını, %1,22'si işyerinin değiştirildiğini belirtmiş ve %2,41'i diğer şeklinde cevaplar vermiştir.

Hemşire-ebelerin %42,17'si mesleki performans kaybı yaşamış, %28,92'si herhangi bir değişiklik yaşamamış, %12,05'i sosyal hayatı etkilenmiş ve ruhsal problem yaşamış ve %3,61'i iş yerini değiştirmiştir.

Diğer sağlık personeli olarak kategorize edilen gruptakilerin %47,06'sı herhangi bir değişiklik yaşamadığını, %38.24'ü mesleki performans kaybı yaşadığını, %11,76'sı ruhsal problemler yaşadığını, %2,94'ü sosyal hayatının etkilendiğini belirtmiştir.

İdari personelin ise %27,27'si mesleki performans kaybı yaşadığını ve sosyal hayatının etkilendiğini, %18,18'inin ise ruhsal problemler yaşadığını ve herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.32'ye bakıldığında, meslek gruplarının yaşadıkları şiddetin etkilerinin yüzdesi farklı belirlenmiştir. Hekimler ve diğer sağlık personellerinde herhangi bir değişiklik yok cevabı en yüksek yüzdeye sahipken, ebe-hemşirelerde mesleki performans kaybı, idari personellerde ise sosyal hayatın etkilenmesi ve mesleki performans kaybı cevapları en yüksek yüzdeye sahiptir.

3.2.3.14. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türü

Cinsiyete göre maruz kalınan şiddetin türüne ilişkin bulgular Tablo 3.33'teki gibidir.

Tablo 3.33. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Türüne İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Meslek								Toplam	
	Sözel Şiddet		Fiziksel Şiddet		Cinsel Şiddet		Hepsi			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	77	85.55	12	13.33	1	1.12	0	0	90	100.0
Kadın	102	83.61	14	11.47	2	1.64	4	3.28	122	100.0

Ankete katılan erkek çalışanların %85,55'i sözel şiddete, %13,33'ü fiziksel şiddet, %1,12'si cinsel şiddete maruz kalmış olup, kadın katılımcıların %83,61'i sözel şiddete, %11,47'si fiziksel şiddete, %1,64'ü cinsel şiddete ve %3,28'i şiddet türlerinin hepsine maruz kalmıştır. Tablo gösteriyor ki hem kadın hem erkek çalışanların büyük çoğunluğu sözel şiddete maruz kalmıştır.

3.2.3.15. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Etkileri

Katılımcıların cinsiyetine göre maruz kaldıkları şiddetin üzerlerinde bıraktıkları etkilerin neler olduğuna dair bulgular Tablo 3.34'te gösterilmiştir.

Tablo 3.34. Cinsiyete Göre Maruz Kalınan Şiddetin Etkilerine İlişkin Bulgular

Şiddetin Etkisi	Cinsiyet			
	Erkek		Kadın	
	n	%	n	%
Herhangi bir değişiklik yok	38	39.58	34	29.06
Mesleki performans kaybı	30	31.25	49	41.88
Sosyal hayatın etkilenmesi	16	16.67	10	8.55
İş yeri değişikliği	0	0	5	4.27
Ruhsal problem yaşanması	10	10.42	18	15.38
Diğer	2	2.08	1	0.86
Toplam	96	100.0	117	100.0

Erkek katılımcıların %39,58'si şiddet sonrası herhangi bir değişiklik olmadığını, %31,25'i mesleki performans kaybı yaşadığını, %16,67'si sosyal hayatının etkilendiğini, %10,42'si ruhsal problem yaşadığını söylemiştir.

Kadın katılımcıların ise %41,88'i mesleki performans kaybı yaşadığını, %29,06'sı herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. %15,38'i ruhsal problemler yaşadığını, %8,55'inin sosyal hayatının etkilendiğini, %4,27'si iş yeri değişikliği yaptığını ifade etmiştir.

Sonuç olarak yaşanan etkilerin cinsiyete göre değişiklik gösterdiği açıkça ortadadır. Erkekler daha çok herhangi bir değişiklik olmadığını söylerken kadınlar daha çok mesleki performans kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Buradan kadınların şiddetten daha çok etkilendiği sonucu çıkarabilir.

3.2.3.16. Meslek Gruplarının Adli Makamlara Şikâyetle Bulunup Bulunma Durumu

Adli makamlara şikâyetle bulunma durumunun katılımcıların mesleki gruplarına göre dağılımı Tablo 3.35'te gösterilmiştir.

Tablo 3.35. Adli makamlara şikâyetle bulunma durumunun katılımcıların mesleki gruplarına göre dağılımına İlişkin Bulgular

Meslek	Şikâyetle Bulunup Bulunmama					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hekim	14	20.9	53	79.1	67	100.0
Ebe-Hemşire	14	21.5	51	78.5	65	100.0
Diğer Sağlık Personeli	2	6.1	31	93.9	33	100.0
İdari Personel	0	0	10	100	10	100.0

Tablo 3.35'ten de anlaşılacağı gibi araştırma kapsamında hekimlerin %79,1'i şiddete maruz kaldıktan sonra herhangi bir şikâyetle bulunmamış, %20,9'u ise şikâyetle bulunmuştur. Ebe ve hemşirelerin %78,5'i bu soruya hayır cevabı verirken, %21,5'i evet cevabını vermiştir. Diğer sağlık personelinin %6,1'i şikâyetle bulunmuş, %93,9'u ise herhangi bir makama şikâyetle bulunmamıştır. Ankete katılan idari sağlık personelinin hepsi adli makamlara müracaat edip etmedikleri sorusuna hayır cevabını vermiştir. Bütün çalışanların şiddet karşısında adli makamlara müracaat etme konusunda isteksiz oldukları göze çarpmaktadır.

3.2.3.17. Adli Makamlara Müracaat Etmeme Nedenlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 3.36'da şiddete maruz kalan hastane çalışanlarının adli makamlara şikayet etmeme eğilimlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Adli makamlara müracaat etmeme sebeplerinin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 3.36'da gösterilmektedir.

Tablo 3.36. Adli Makamlara Müracaat Etmeme Nedenlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

Meslek	Şikâyetle Bulunmama Nedeni											
	Saldırılı Olağan Karşılama		Adli Yargılama Sürecinin Uzun Olması		Aile ve çevresel Baskı		Tehdit Edilme		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim	10	22.23	23	51.11	1	2.22	4	8.89	7	15.55	45	100.0
Ebe-Hemşire	12	32.43	15	40.54	0	0	8	21.62	2	5.41	37	100.0
Diğ. Sağlık Personeli	7	33.33	7	33.33	1	4.78	3	14.28	3	14.28	21	100.0
İdari Personel	0	0	0	0	1	3.33	1	3.33	1	3.34	3	100.0

Hekimlerin herhangi bir adli makama şikâyetle bulunmama nedenlerinin başında %51,11 ile adli yargılama sürecinin uzun olması gelmektedir. %22,23'le saldırıyı olağan karşılama, %8,89'la tehdit edilme endişesi, %2,22 ile aile ve çevresel baskı gibi nedenler bulunmuşken %15,55'i diğer cevabını vermiştir.

Ebe-Hemşirelerin de hekimler gibi %40,54'ü adli yargılama sürecinin uzun olması sebebiyle herhangi bir makama başvuruda bulunmadıklarını iletmişlerdir. Bunu %32,43'le saldırıyı olağan karşılama, %21,62 ile tehdit edilme ve %5,41 ile diğer seçeneği izlemektedir.

Diğer sağlık personelinin de ise %33,33 ile adli yargılama sürecinin uzun olması ve saldırıyı olağan karşılama cevabını vermiş, tehdit edilme ve diğer cevabını verenler %14,28, son olarak aile ve çevresel baskı cevabını verenlerin oranı %4,78 olarak tespit edilmiştir.

Ankete katılan idari personel ise %33,33 ile aile ve çevresel baskı, tehdit edilme endişesi ve diğer cevaplarını paylaşmışlardır.

Sonuç olarak adli makamlara müracaat etmeme nedeninin meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında her meslek grubu için ilk neden adli yargılama sürecinin uzun olması gösterilmektedir.

3.3. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucu ortaya çıkan bulgular tartışılmış, elde edilen bulgular hastane çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet karşılaştırılmıştır.

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık sektörünü ciddi bir biçimde etkilemektedir. Birçok ülkede yapılan çalışma, genelde sağlık çalışanlarının, özelde ise hekimlerin son yıllarda yaygın bir şekilde şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Bir başka deyişle, son yıllarda hekimlere dönük yaşanan şiddetin Türkiye'ye özgü bir durum olmadığını; küresel bir olgu olarak karşımıza çıktığını belirtebiliriz. Kuşkusuz bu durumun, hem her ülkenin kendine özgü dinamikleriyle hem de son yıllarda artan bir biçimde sağlık sektörünü de biçimlendiren neo-liberal piyasa dinamikleri ile ilişkili boyutları bulunmaktadır (Adaş vd., 2008). Bu çalışmadan da elde edilen bulgulara göre ankete katılanların %83'ü son yıllarda sağlıkta şiddet olaylarında artış gözlemlediğini belirtmektedir.

Avrupa Yaşamı Geliştirme ve İş Güvenliği Derneği tarafından 2000 yılında yapılan geniş kapsamlı çalışmanın sonuçlarına göre çalışanların %1-5'inin fiziksel şiddete, %9'unun psikolojik şiddete maruz kaldıkları, bazı meslek grupları arasında örneğin sağlık sektöründe şiddet oranının %12 olduğu, eğitim, savunma gibi sektörlerde şiddetin yoğun olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir (Dorota vd., 2006; Akt.: Beder, 2009: 18) Yapılan diğer çalışmada (Çamcı ve Kutlu, 2011: 9-15) ise hastane çalışanlarının meslek yaşamı boyunca şiddete uğrama oranı %72,6; son 1 yılda şiddete maruz kalma oranı ise %72,4' tür. En fazla maruz kalınan şiddet türü %98,5 ile sözel şiddet olup şiddetin en fazla hasta yakınları ve erkekler tarafından uygulandığı sonucuna varılmıştır.

Gaziantep ve Kilis bölgesinde çalışan doktorlara yönelen şiddetin boyutunu, nedenlerini ve çözüm önerilerini saptamayı amaçlayan raporda Adaş ve arkadaşları (2008: 28) tarafından hekimlere "Sağlık alanında şiddette bir artış gözlemliyor musunuz?" sorusuna %90 ile evet cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %74,5'i meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalmış olup, bunun %36,5'i son bir yılda şiddet gördüğünü ifade etmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre sağlıkta şiddet olaylarında bir artış görüp görmediği sorusunu yöneltilen hastane çalışanlarının %83'ü evet cevabını vermişlerdir.

Daha önce de belirtildiği gibi şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına iş yaşamları boyunca hangi tür şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda; fiziksel şiddet (%12.2), sözel şiddet (%59.7), zorbalık/psikolojik taciz (%12.8) ve cinsel tacizin (%3.6) daha fazla uygulandığı belirlenmiştir (Çamcı ve Kutlu, 2011: 9-16). “Halkın Şiddet Algısı Ve Değerlendirilmesi: Ön Bulgular” raporuna göre sözel şiddete maruz kalma oranı %67,1’dir (Yıldırım, 2011: 1).

Kanada’da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu belirlenmiştir (Fernandes vd., 1999: 161-170).

Araştırmalarda en çok karşılaşılan şiddet tipi duygusal/sözel şiddettir. Menckel ve arkadaşlarının (2002: 376-85), İsveç’te yaptığı 170.000 sağlık çalışanının katıldığı araştırmada katılımcıların %51’i sözel, fiziksel veya duygusal şiddete maruz kaldığı ve bu katılımcıların en çok karşılaştığı şiddet türünün %79,0 ile sözel şiddet olduğu sonucuna varılmıştır. Türkiye’de İlhan ve arkadaşlarının (2009: 15-23), 664 hekim üzerinde yaptıkları araştırmada ise hekimlerin sözel şiddete uğrama sıklığı %95,7 gibi büyük bir oranla sonuçlanmıştır.

Londra’da yapılan bir çalışmada doktorların %79’unun son 12 ay içinde şiddete maruz kaldığı, %60’ının ise kendilerine karşı uygulanan bu şiddetin gittikçe arttığını ifade ettikleri görülmüştür. Galler’de yapılan bir başka çalışmada doktorların %25’inin hastalar tarafından bıçak kullanarak ve çeşitli şeyler fırlatılarak, %50’sinin sözlü olarak, %60’ının arabalarına zarar verecek şekilde şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Hobbs ve Keane, 1996).

Bu çalışmada da, literatürde yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde hastane çalışanlarının uğradıkları şiddet türünün daha çok (%84,44) sözel şiddet olduğu ortaya çıkmıştır.

Literatürde yer alan çalışmalarda hastane çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin cinsiyete göre dağılımına ilişkin bulgular da yer almaktadır. İngiltere’de yapılan bir araştırmaya göre, saldırganlık içeren tüm vakaların %66’sı erkekler tarafından gerçekleştirildiği sonucuna varılmıştır (Hobbs ve Keane, 1996). Bu çalışmada da erkeklerin %52,3’ü şiddete uğramış olup, %47,7’si şiddete uğramadığını belirtmiştir.

Kadınların ise %42,7'si şiddet görmüş; 57,3'ü şiddet görmediklerini söylemişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre, erkekler kadınlara oranla daha fazla şiddete maruz kalmışlardır.

Araştırmaya göre, katılımcılar en fazla %23,73 ile polikliniklerde şiddet gördüğünü belirtmiş olup, onu %22,59 oranla klinik servisler izlemektedir. Hastane koridorunda şiddet görenler %18,14; kendi odasında şiddet görenler %10,38; bekleme odası ve hastane bahçesinde şiddet görenler %2,23 ve diğer yerler olarak %3,3 olarak belirlenmiştir. Polikliniklerde şiddet görme oranının diğer yerlere göre yüksek olmasının sebebi acil hasta dışında hastanın ilk teşhis tedavi sürecinin başladığı ve hasta-hekim arasındaki ilk yüz yüze temasın olduğu yer olması olabilir.

Bu çalışmada hastane çalışanlarının %71,51'i en çok mesai saatleri içinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. En fazla şiddet görülen yer poliklinik sonucu çıktığına göre, yine aynı sonuçla mesai saatleri içerisinde en çok şiddete maruz kalan zaman dilimi olması bulguları birbirini destekler niteliktedir.

Ankete katılanların kimin tarafından şiddete uğradıkları incelendiğinde çalışanların %63,87'si hasta yakını tarafından şiddet görmüşken, %29,27'lik kısmı hasta tarafından, %4,19'u sağlık çalışanları ve %2,67'lik kısım ise idare tarafından şiddet gördüğünü belirtmişlerdir.

SAĞLIK-SEN tarafından 2011 yılında hazırlanan “Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmesi-Ön Raporu” sonuçlarına göre; hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında görülen şiddet olaylarının %67,1'i fiziksel olmayan şiddet, %32,9'u ise fiziksel şiddet şeklinde görülmektedir. Halkın %29,3'ü sağlık çalışanları ile şiddet olayı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaşanan şiddetin çoğu ise devlet hastanelerinde meydana gelmektedir (%20,6). Halkın %50,3'ü sağlık çalışanı ile şiddet yaşandığında işi aksamasın diye sessiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanları ile yaşanan şiddet olayında ağırlıklı olarak araya güvenlik görevlisinin girdiği belirtilmiştir (%47,2). Sağlık çalışanlarından tehdit alanların oranı ise %4,7 olmuştur. Halkın %77,2'si son bir yıl içerisinde sağlık kurum ve kuruluşlarında, şiddete başvurmak veya öfkesini dışa vurmak isteğine ilişkin bir durum yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Halk, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni olarak birinci sırada hasta ve yakınları görmektedir. Yaşanan

bu şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni olarak da kötü iletişim ve yanlış anlamayı görmektedir. Halkın %40,8'i ise sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddete en çok hastaların maruz kaldığını belirtmektedir (Yıldırım vd., 2012). Bu rapora göre en fazla şiddet uygulayan hasta ve hasta yakını olmasına karşın, halkın şiddet algısını ölçmek için halka yöneltilen hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni nedir sorusuna birinci sırada %47,6'sı yine hasta ve hasta yakını cevabını vermektedir.

Araştırmada katılımcıların %28,9'u kişilerin şiddete başvurma nedeninin hastaların gecikme-bekletilmesi olduğunu düşünmektedir. Bunu ihmal edilme düşüncesi %19,40 oran ile takip ederken, %13,43 ile tedaviden duyulan memnuniyetsizlik ve %12,83 ile hastane yönetimindeki aksaklıkları neden gösterilmektedir. Kötü haber almak (%10,14), hastanenin talep ettiği ücret (%5,67) ve personelin sert tavırları (%4,17) ev diğer problemler (%5,37) şiddete başvurma nedenleri olarak gösterilmiştir.

Araştırma verilerine göre, en çok şiddete başvuru alan yer poliklinik, en fazla şiddete uğranılan zaman dilimi ise mesai saatleri içerisinde meydana gelmesi gibi bulgulara bakıldığında saldırganın şiddete başvurma nedenlerinin başında bekletilme sonucunun çıkması normaldir. Hastanelerdeki yoğunluk, yeterli sayıda sağlık personelinin bulunmaması, acil vaka çıkması gibi nedenler bu düşüncüyü daha da güçlendirmektedir.

Aydın Tabip Odasının yaptığı bir araştırmada risk faktörlerinin başında uzun bekleme süresi geldiğini belirtmiştir (Elbek ve Adaş, 2012).

Araştırmaya katılan hastane personeline uğradıkları şiddetin sonucunda nasıl tepkiler verdikleri sorulmuş ve katılımcıların %23,47'si şiddete güvenlik görevlisi çağırarak tepki gösterdiğini dile getirmiştir. %14,21'i sözel karşılık verme, %13,92'si olay yerinden uzaklaşma, %13,34'ü tepkisiz kalma, %11,88'i hastane yönetimi bilgilendirme şeklinde cevaplar vermiş olup, cevaplar birbirine yakınlık göstermektedir. Ankete katılanların %7,53'si saldırganı odadan kovma, %6,96'sı hastanın tedaviyi reddetmesi, %5,51'i adli makamlara ihbar etme, %1,15'i şiddeti kabullenme şeklinde cevaplar vermiştir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu güvenlik görevlisi çağırıldığını belirtmiş olmasına karşın çalıştıkları bölümde güvenlik görevlisi bulunanların oranı

yalnızca %17,7'dir. %76,3'ü hastanede güvenlik görevlisi olduğunu ve %6,1'i ise ne hastanede ne de bölümlerde güvenlik görevlisi olmadığını belirtmiştir. Çalışanların %52,4'ü kurumun gerekli güvenlik önlemi almadığı, %55,8'inin çalışanlarına güvenlik eğitimi vermediği sonucuna varılmıştır.

Yeşilbaş'a (2006) göre, sağlık çalışanlarının güvenlik ile ilgili işlerle ilgilenmesi (güvenlik görevlilerinin yetersiz olmasından dolayı) şiddete yönelik risk faktörleri içerisinde sayılmaktadır.

Araştırmada sektörde çalışma yılı ile şiddete uğrama oranı arasındaki ilişki araştırılmış olup, en fazla şiddete uğrayan grup %59 ile 15 ve üzeri yıl meslekte çalışma yılına aittir. 1 ve 5 yıl arası çalışma yılına sahip olan grubun %28,1'i şiddete maruz kalmıştır. Sonuç olarak meslekte geçirilen süre arttıkça şiddete uğrama oranı da artmaktadır.

Sağlık çalışanlarının uğradıkları şiddeti herhangi bir adli makama bildirme yüzdeleri oldukça azdır. Olayların genellikle sonradan bildirilmesi, adli makamlara yansıma kaygısıyla hiç bildirim yapılmaması, şahit yazılma endişesi, toplum olarak olaylara kayıtsız kalma, hastane fiziki şartlarının (kalabalık koridorlar, plaza tipi yapılarda üst katlara ulaşma güçlüğü, dağınık binalar tipinde yapılaşma vb.) ilgili birimin olay yerine intikal etmesini zorlaştırması gibi sebepler bildirimlerin yapılmasına engel olmaktadır (Cinoğlu, 2015). Bu araştırmada da hekimlerin %79,1'i, ebe-hemşirelerin %78,5'i ve diğer sağlık personelinin %93,9'u uğradıkları şiddeti adli makamlara bildirmemişlerdir. Bildirmeme nedenleri sorulduğunda ise, her meslek grubunun adli yargılama sürecinin uzun olması sebebiyle adli makama başvurmadıklarını belirtmiş olmalarıdır.

Sözel saldırıların birçoğu için halen yasal ve idari bir işlem yapılmamaktadır. Sağlık personeline fiziki saldırıda bulunan hasta ve hasta yakınları için caydırıcı yaptırımlar uygulanmalıdır. Sözel saldırılar için de daha basit, erişilebilir şikayet ve hak arama sistemi getirilmelidir (Sert, 2014).

3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, hastane çalışanlarına uygulanan şiddetin boyutları, nedenleri, sıklığı, hangi birimlerde daha çok ortaya çıktığı, şiddete yönelik hastane personelinin nasıl karşılık verdiği gibi sorulara cevap bulmayı amaçlamıştır. Hastane çalışanlarına konu ile ilgili 30 soru yöneltilmiştir. Çalışmadan elde edilen bilgilere göre yüksek oranda şiddete maruz kalındığı belirlenmiştir.

Hastane çalışanlarının büyük çoğunluğunun sözel şiddete maruz kaldığı, şiddetin en çok polikliniklerde görüldüğü ve şiddete başvuranların hasta yakını olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Araştırmaya en çok katılım sağlayan sırasıyla devlet hastanesi, özel hastane ve üniversite hastanesidir. Şiddete uğrama oranları yaş, cinsiyet ve mevcut hastanede çalışma yılına göre farklılık göstermektedir. Araştırmada şiddete başvuranların cinsiyetine bakıldığında çoğunlukla erkek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların şiddete karşı gösterdikleri tepkilerin başında güvenlik görevlisi çağırma gelmektedir. Bu sonuca karşın hastane çalışanlarına yöneltilen “Çalışılan bölümde/hastanede güvenlik görevlisi var mı?” sorusuna yalnızca hastanede var cevabını iletmışlerdir.

Araştırma kapsamında kişinin şiddete başvurma nedenlerinin başında hastanın bekletilmesi/gecikmesi olduğu sonucuna varılmıştır.

Bunun yanında sağlık çalışanlarının bir kısmı uğradıkları şiddetin doğal olduğunu kabullendikleri ve bu durumu çalışma hayatının bir parçası gibi gördükleri tespit edilmiştir. Katılımcılar maruz kaldıkları şiddeti hastane yönetimine bildirdiklerini ifade etmiş ancak alınacak önlemler hususunda yönetimin herhangi bir şey yapmadığını sonucuna da varılmıştır.

Şiddetin hastane çalışanları üzerindeki etkisine bakıldığında, performans kaybı yaşanıldığı sonucuna varılmıştır.

Hastane çalışanları maruz kaldıkları şiddet sonucu adli/idari rapor almadıkları ve adli makamlara şikayette bulunmadıklarını ifade ederken, bunun nedeninin ise adli yargılama sürecinin uzun olmasından dolayı müracaat etmediklerini ifade etmişlerdir.

Aynı zamanda çeşitli kaygılarla ve farklı nedenlerle haklarını arayamadıkları, haklarını bilmedikleri, şiddet konusunda sağlık kurumu idarecilerine karşı güvensizliklerinin olduğu tespit edilmiştir.

Anketin son sorusuna “Şiddetin önlenmesi için sizce ne gibi önlemler alınmalıdır?” sorusuna adli/idari yaptırımların artırılması ve uygulanması cevabı verilmiştir. Katılımcıların önerilerini ilettikleri ankette çoğunlukla sağlık politikalarının düzenlenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bu sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Çalışma sonucunda en çok maruz kalınan şiddet türü sözel şiddet olduğu saptanmıştır. Bu sebeple hukuki sistemde değişikliğe gidilmelidir. Türk Ceza Kanunu, küfür ve hakaret edenleri hapis cezasına ve para cezasına hükmetmektedir. Sözel şiddet unsuru içeren olayların şikâyetinde bu kapsam daha da artırılmalı ve cezalar daha caydırıcı nitelikte olmalıdır.
2. Araştırma da sağlık kurumlarında şiddetin görülme oranı Devlet hastanesinde en yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaneler daha düzenli hale getirilmelidir. Yoğunluğu azaltmak için hasta ve hasta yakınlarına daha geniş bekleme salonları sunulmalıdır. Özellikle yatan hastalar için hastane otelcilik hizmet sunumu artırılmalı ve iyileştirilmelidir.
3. Araştırma sonucunda hasta veya hasta yakınlarının şiddete başvurma nedenleri arasında hastaların bekletilme/gecikmesi ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. Hekimlerin çalışma süreleri ve nöbet saatleri yeniden düzenlenmelidir. Yoğun tempoda çalışan, aşırı yük altında kalan hekimler hasta ve hasta yakınlarına yeterince bilgi verememektedir. Hasta başına düşen doktor sayısı ve sağlık personeli sayısı artırılmalıdır.
4. Hekimler hasta ve hasta yakınlarına bilgi verirken daha sade bir dil kullanılmalıdır. Hastalığın tedavi süreçlerinde olabildiğince tıbbi telaffuzdan uzak durulmalıdır. Yanlış anlaşılmaya sebebiyet verilmemesi açısından hasta ve hekim arasındaki iletişimin tam olarak sağlanması gerekmektedir.
5. Sağlıkta şiddet haberlerinin medyaya yansımada doğru bir dil kullanılmalıdır. Şiddetin her türüsünü çekici hale gelen yayınlar

yapılmamalıdır. Sağlık sektöründe yaşanan her türlü olayın aktarılmasında hassas davranılmalı ve halkın gözündeki kötü imajın düzeltilmesine yönelik yayınlar benimsenmelidir.

6. Araştırmada, şiddete maruz kalan hastane çalışanlarının durumu hastane yönetimine bildirdiklerini ancak herhangi bir şey yapılmadığı sonucuna varılmıştır. Yaşanılan sorunlar idare tarafından görülmeli ve çözüm bulunmalıdır. Çalışan hakkını gözeten birimler kurulmalıdır. Hastane içerisinde yaşanan her türlü şiddet olayı gerekli yerlere bildirilmeli ve yönetim bu güveni personeline vermelidir.
7. Araştırma sonucunda en sık şiddet görülen yerlerin başında poliklinikler ve klinik servisler gelmektedir. Bu alanlarda değişiklik yapılarak gerekli fiziksel ortam hazırlanmalı ve bu alanlardaki güvenlik önlemleri artırılmalıdır.
8. Araştırmaya göre maruz kaldıkları şiddet nedeniyle adli makamlara başvurma sebeplerinin başında adli yargılama sürecinin uzun olması gelmektedir. Hastane yönetimi yaşanan her türlü olayı kayıt altına almalı ve personelin başvurusunu beklemeden gerekli yerlere müracaat etmelidir. Saldırganların cezalandırılması için sağlık personelinin koruyucu, cezaların caydırıcı nitelikte olduğu yeni bir anayasal düzenleme yapılmalı ve sağlık politikaları düzenlenmelidir.
9. Hasta hakları birimi kurulmalı ve buralarda insan ilişkilerinde başarılı, iletişim becerisi yüksek görevliler çalıştırılmalıdır. Hasta haklarının hukuka ve etiğe uygun kullanımı konusunda hastalar bilinçlendirilmelidir. Hastanelerde bu konuda özellikle psikoloji, iletişim ve davranış bilimleri eğitimi almış yeterli sayıda personel istihdam edilmelidir.
10. Araştırmada güvenlik görevlisinin yalnızca hastanede olduğu, bölüm ve polikliniklerde olmadığı sonucuna varılmıştır. Şiddetin yüksek oranda görüldüğü yerlerdeki güvenlik görevlisi sayısı artırılmalıdır. Etkili güvenlik eğitimleri verilmeli, 24 saat alan içi güvenlik sağlanmalı ve panik alarmları bulundurulmalıdır.

11. Sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yaparak şiddetle mücadele edilmelidir.
12. Sağlık personeline şiddetin nedenleri, şiddeti engelleme ve mücadele etme yöntemleri konularda hizmet içi eğitim seminerleri verilmelidir.

Kurumların çalışanlarına yönelik şiddet oranını belirlemesi ve buna yönelik düzenlemeleri oluşturması, eğitim ile çalışanların ve yöneticilerin şiddet ile ilgili farkındalığının artırılması önemlidir. Sağlık işyeri ortamında hasta/hasta yakını ve çalışan güvenliğinin sağlandığı bir sağlık işyeri ortamının oluşturulması yanı sıra şiddeti önlemeye yönelik yeni sağlık politikaları düzenlenmelidir.



KAYNAKÇA

ADAŞ, E., ELBEK, O. ve BAKIR, K., “Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-1”, TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası, Nisan, 2008.

AKGÜL, N., PALTEKİ, Ç., ŞİMŞEK, E., BAYRAM, M., ERKAN, I. ve ULUTİN, H. C., “Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikâyet Başvurularının İncelenmesi”, Türkiye Klinikleri Dergisi, 2016, 1:1-7.

ANNAGÜR, B., “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Current Approaches In Psychiatry, 2010, 2(2):161-173.

ARCHER, T., BERMAN, M.O., BLUM, K. ve GOLD, M., “Neurogenetics And Epigenetics In Impulsive Behaviour: Impact On Reward Circuitry”, NIH Public Access, 2012:1-28.

ARTUN, Ü., “Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi”, Cogito Dergisi, 1996:29-36, Ykb Yayınları.

ASLAN, Ö., LOFÇALI, A., UĞUR, Ş. ve TUĞLU, A., “Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları”, Gülhane Tıp Dergisi, 2005, 47(1): 18-23.

AYAN, S., “Aile Ve Şiddet-Aile İçinde Çocuğa Şiddet”, 2009, Ankara.

BALCI, A., “Üniversite Öğretim Elemanının İş Stresi Ölçeği”, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1993, (26)1: 315-334.

BAŞBAKANLIK AİLE ARAŞTIRMA KURUMU, “Aile İçinde Ve Toplumsal Alanda Şiddet”, Ankara, 1998.

BEDER, C., “Erzurum İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hasta veya Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, 2009, Erzurum.

BEECH, B. ve LEATHER, P., “Workplace in The Health Caresector: A Review of Staff Traning and Integration of Training Evaluation Models”, Aggression and Violent Behavior, 2006, 11: 27-43.

BEKATA MARDİN, N., “Sağlık Sektöründe Kadın”, TC Başbakanlık KSSGM Yayını, 2000.

BRAIN, P.B. ve HAUG, H., “Hormonal And Neurochemical Correlates of Various Forms of Animal “Aggression”, International Society of Psychoneuro Endocrinology, 1992, 17(6): 537- 551.

BUKA, S. ve EARLS, F., “Early Determanints of Delinquency And Violence”, Health Affairs, 1993, 12(4): 46-64.

BULUT, G., KARABACAK, M., BAYSAK, E., ABUŞ, H. M., DEMİREL, E., COŞKUN, H., YALÇIN, B., PİŞKİN, T. M. ve YILDIZ, A. N., “Taksi Şoförlerinin Çalışma Koşulları”, 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi-Olağandışı Durumlar Ve Halk Sağlığı, Hasuder Yayınları 2015-2, Kongre Kitabı.

CAL/OSHA-Kaliforniya İş Güvenliği Ve Sağlığı İdaresi, “Guidelines for Workplace Security”, 1995, http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html, (Erişim: 20.08.2016).

CİNOĞLU, A., “Sağlık Kurumlarında Şiddet”, Pamukkale Üniversitesi, Dönem Projesi, Haziran, 2015.

COHEN, Z. P., “Fiziksel Ve Sözel Şiddet Davranışı İle Öfke Düzeyi Ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi”, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

ÇAMCI, O. ve KUTLU, Y., “Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing, 2011, 2(1): 9-16.

ÇINARLI, İ. ve YÜCEL, H., “Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet”, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2013, 3: 31-52.

DAVIDSON, R., PUTNAM, K. M. ve LARSON, CL., “Dysfunction In The Neural Circuitry of Emotion Regulation- A Possible Prelude to Violence”, Science, 2000; 289: 591-4.

DEMİRGİL, A., “İşletmelerde Mobbing Uygulamaları İle Örgütsel Bağlılık İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma”, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.

DOĞAN, S., GÜLER, H. ve KELLEÇİ, M., “Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5 (1): 26-32.

DOĞANAY, İ., “ALO 113-BEYAZ KOD: Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Şiddet Olgusu ve Çözüm Önerileri”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014, 1(2): 136-140.

DUĞAN, Ö. ve ARSLAN, A., “Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme”, Sağlık İletişim Sempozyumu, 2015: 78-91.

DUĞAN, Ö., “Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması”, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, 2015.

EINARSEN, S., INGE RAKNES, B. ve MATTHIESEN, B. S., “Bullying And Harassment At Work And Their Relationships to Work Environment Quality: An

Exploratory Study”, European Work And Organizational Psychologist., 1994, 4 (4); :381-401.

ELBEK, O. ve ADAŞ, E. B., “*Şiddetin Gölgesinde Hekimlik*”, Aydın Tabip Odası-Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Mayıs, 2012.

ESİN, M. N. ve AKTAŞ, E., “*Çalışma Yaşamında Şiddet ve Etkileyen Faktörler: Sistemik İnceleme*”, Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics, 2015, 1 (2): 55-64.

FERGUSON, C. J., “*An Evolutionary Approach to Understanding Violent Antisocial Behavior: Diagnostic Implications for a Dual-Process Etiology*”, Journal of Forensic Psychology Practice, December, 2008, 8(4): 1-23.

FREUD S., “*Toplum Psikolojisi*” (Çeviri K Saydam), İstanbul, Düşünen Adam Yayınları, 1993.

GÜMÜŞTEKİN, G. ve ÖZTEMİZ, A., “*Örgütsel Stres Yönetimi Ve Uçucu Personel Üzerinde Bir Uygulama*”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2004, 23: 61-85.

HOBBS, R. ve KEANE, M.U., “*Aggression Against Doctors A Review*”, Journal of the Royal Society of Medicine, 1996, 89: 69-72.

HOWNER, K., ESKILDSEN, SF., FISCHER, H., DIERKS, T., WAHLUND, L. O. ve JONSSON, T., “*Thinner Cortex In The Frontal Lobes In Mentally Disordered Offenders*”, Psychiatry Research, 2012, 203: 126-131.

<http://www.merriam-webster.com/dictionary/violence>, (25.09.2016).

<http://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>, (10.01.2017).

http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1612, (26.09.2017).

<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, (10.01.2017).

İLHAN, M., ÖZKAN, S., KURTCEBE, Z. Ö. ve AKSAKAL, F. N., “*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Etmenler*”, Toplum Hekimliği Bülteni, 2009, 28 (3): 15-23.

KALAYCI, A., KÜTÜK, A. Ve BEDER ŞEN R., *Şiddeti Önleme Platformu, “Medya Ve Şiddet Çalışma Grubu Raporu”*, (http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5429366a369dc32358ee2a92/siddeti_onleme_platfor_mu_medya_ve_siddet_calisma_grubu_raporu_05.doc), Erişim: 18.12.2016.

KALAYCI, A., KÜTÜK, A. ve BEDER ŞEN, R., *Şiddeti Önleme Platformu, “Medya Ve Şiddet Çalışma Grubu Raporu”*, (http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5429366a369dc32358ee2a92/siddeti_onleme_platfor_mu_medya_ve_siddet_calisma_grubu_raporu_05.doc), Erişim: 18.12.2016.

KAVAK, F. ve EKİNCİ, M., “Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddet”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 2013, 2 (3): 290-298.

KESER, A., “İş Stresi Kaynakları Geleneksel Ve Güncel Boyutlarıyla”, Ankara-Temmuz, 2014.

KIZMAZ, Z., “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2006, 16 (2): 247-267.

KOÇ, K. P., “Kadına Yönelik Cinsel Şiddet / Aydın - Efeler Mahallesi Örneği”, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antropoloji Anabilim Dalı, 2015, Sivas.

KRUG, E. G ve DAHLBERG, L. L., “Violence a Global PublicHealth Problem” In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World Report on Violenceand Health. Geneva: World Health Organization, 2002: 5-7.

KUNT, V., “Suç ve Çocuk”, T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Antropoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Ankara.

MARKOWITZ, F. E., “Socioeconomic Disadvantage And Violence Resent Reaserch On Culture And Neighborhood Control As Explanatory Mechanisms”, Aggression And Violent Behavior, 2003, 8: 145-154.

MARTINO, D. V., “Workplace Violence In The Health Sector-Relationship Between Work Stres And Workplace Violence Rn The Health Sector”, Geneva, 2003.

MARTINO, D. V., ”Workplace Violence In The Health Sector-Country Case Studies-Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa”, 2002.

MENCKEL, E. ve VIITASARA, E., “Threats And Violence In Swedish Care And Welfare--Magnitude of The Problem And Impact On Municipal Personnel”, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002, 16(4): 376-85.

NIOSH, “Violence Occupational Hazards in Hospitals”, DHHS (NIOSH) Publication Number 2002-101, (<https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/>), Erişim: 15.01.2017.

ÖLMEZOĞLU, Z., VATANSEVER, K. ve ERGÖR, A., “İzmir Metropol Alanı 112 Çalışanlarında Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi”, Toplum Ve Hekim Dergisi, 1999, 14(6): 420-425.

ÖZEN ÇÖL, S., “İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”, Çalışma ve Toplum Dergisi, 2008, 4 (19): 107-134.

ÖZEN, S., “İşyerinde Psikolojik Şiddet Ve Nedenleri”, “İş,Güç” Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2007, 9(3): 1-24.

ÖZERKMEN, N. ve GÖLBAŞI H., ““Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet”, Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, 2010, 15: 23-27.

ÖZERKMEN, N., “*Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet*”, Akademik Bakış Dergisi, 2012, 28: 1-19.

PHILLIPS, S. ve SCHENEIDER, M., “*Sexual Harrasment of Female Doctors By Patients*”, The New England Journal of Medicine, December 23, 1993.

PINAR, T. ve PINAR G., “*Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet*”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013, 12 (3): 315-326.

PINAR, T., “*Sağlık Personeli Ve Şiddet*”, Puader 2. Kongresi, Antalya, 03.05.2013.

POLAT, O., “*Çocuk ve Şiddet*”, 2001, İstanbul: Der Yayınları.

RESMÎ GAZETE, “*Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ*”, Sayı:27214, 2009, (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>), Erişim: 23.02.2017.

RICHES, D., “*Antropolojik Açıdan Şiddet*”, Çeviren: Dilek Hattatoğlu, 1986, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

SERT, İ., “*Sağlıkta Şiddet, Nedenleri ve Çözüm Önerileri*”, 14 Mart 2014, (<http://sahipkiran.org/2014/03/14/saglikta-siddet/>), Erişim: 04.08.2017.

SEVİMLİ, S., “*Hizmet Sektöründe Kalite Ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi Ve Endüstri İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir.

SKILLS FOR SURVIVAL, Solutions and Strategies: Papers From The 2002, Adelaide International Workplace Bullying Conference Held At The Novotel On Hindley, Adelaide, South Australia, 20-22 February 2002.

TBMM, “*Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*”, TBMM, Yasama Dönemi 24, Yasama Yılı 3, Ocak, 2013.

TC SAĞLIK BAKANLIĞI, “*Beyaz Kod Kullanıcı Kılavuzu*”, (<https://beyazkod.saglik.gov.tr/KullanımKilavuzu.pdf>), Erişim 18.11.2016.

TC SAĞLIK BAKANLIĞI, “*Çalışan Güvenliğinin Sağlanması*”, GENELGE 2012/23, 14/05/2012.

TC SAĞLIK BAKANLIĞI, Hukuk Müşavirliği, “*Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması*”, GENELGE- 2016/3.

TDK (2005), “*Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük*”, 10. Baskı. Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları: 549.

TÜRE, G. ve TÜRE O., “*Hekimin Hizmetten Çekilme Hakkı*”, TTB Dergisi, 2017. 131: 295-345.

TÜRK CEZA KANUNU (TCK), Tarih: 12/10/2004, Kanun No: 5732, Sayı: 25611, Tertip: 5 Cilt: 43.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ, “Şiddet Sıfır Tolerans Grubu”, 18 Şubat 2011, ((<http://www.ttb.org.tr/index.php/Yazismalar/245-2011-2450.html>), Erişim: 24.01.2017.

ULUSOY, H., AYDIN, Ş. ve ERDEMİR, F., “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Bayan Hekimlerin Hasta Ve Yakınları Tarafından Cinsel Tacize Uğrama Durumlarının Belirlenmesi”, (<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/hulusoy.doc>), Erişim 05.09.2016.

ÜNSAL, A., “Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi”, Cogito Dergisi, 1996: 29-36, Ykb Yayınları

VARTIA, M., “Workplace Bullying – A Study on the Work Environment, Well-Being and Health”, 2002.

WHO., “World Report on Violence and Health”, Geneva, 2002.

YALÇIN, Ö. ve ERDOĞAN, A., “Şiddet Ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal Ve Çevresel Nedenleri”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2013, 5(4): 388-419.

YANG, Y. ve RAİNE, A., “Prefrontal Structural And Functional Brain Imaging Findings In Antisocial, Violent And Psychopathic Individuals: A Meta-Analysis”, Psychiatry Research, 2009, 174: 81-88.

YEŞİLBAŞ, H., “Sağlıkta Şiddete Genel Bakış”, Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2016, 1(3): 44-54.

YEŞİLDAL, N., “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları Ve Şiddetin Değerlendirilmesi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005, 4 (5): 280-302.

YILDIRIM, H. H., “Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri-Ön Bulgular Raporu”, Ankara-Eylül, 2011.

YILDIZ, A. N., KAYA, M. ve BİLİR, N., “İşyerinde Şiddet“, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2011, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu.

EKLER

EK 1: Anket

HASTANE ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDET

Bu araştırma, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin boyutlarını, nedenini, sıklığını, hangi birimlerde daha çok ortaya çıktığını, şiddete sağlık personelinin nasıl karşılık verdiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Anketlerden elde edilecek bilgiler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar ne kadar objektif olursa araştırma sonucu da o ölçüde doğru olacaktır. Araştırma Prof. Dr. Ramazan ERDEM'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Pelin ARBAÇ tarafından yürütülmektedir. İlginiz ve değerli fikirleriniz için teşekkür ederim. (İletişim için: pelinhizarci@gmail.com)

I. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Çalıştığınız Hastane:

a. Devlet Hastanesi () b. Üniversite Hastanesi () c. Özel Hastane ()

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: a. Erkek () b. Kadın ()

4. Mesleğiniz: a. Hekim () b. Hemşire-Ebe () c. Diğer Sağlık Personeli () d. İdari personel () e. Diğer () Lütfen belirtiniz.....

5. Kaç yıldır sağlık sektöründe çalışıyorsunuz?

6. Çalıştığınız bölüm:

a. Acil Servis () b. Klinik/Servis () c. Poliklinik () d. Ameliyathane-Yoğun Bakım () e. Laboratuvar-Röntgen () f. Diğer () Lütfen belirtiniz.....

7. Halen çalıştığınız hastanede kaç yıldır görev yapıyorsunuz?

II. BÖLÜM: SAĞLIK PERSONELİNİN UĞRADIĞI FİZİKSEL ŞİDDET İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER

8. Son 1 yılda sağlıkta şiddet olaylarında bir artış gözlemliyor musunuz?

a. Evet () b. Hayır ()

9. Çalıştığınız bölümde/hastanede güvenlik görevlisi var mı?

a. Yok () b. Bölümde Var () c. Hastanede Var ()

10. Sizce çalıştığınız kurum güvenliğinizi konusunda gerekli önlemleri alıyor mu?

a. Evet () b. Hayır ()

11. Çalıştığınız kurumu güvenlik açısından değerlendirir misiniz?

a. İyi () b. Orta () c. Kötü ()

12. Kurumunuz çalışanlara güvenlik eğitimi veriyor mu?

a. Evet () b. Hayır ()

13. Meslek hayatınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?

a. Evet () b. Hayır () (Cevabınız hayırsa, anketi bitirebilirsiniz)

14. Meslek hayatınız boyunca kaç kez şiddet içeren bir olaya maruz kaldınız?

a. 1-4 arası () b. 5-9 arası () c. 10-15 arası () d. 15 ve üzeri ()

15. Maruz kaldığınız şiddeti tarif eder misiniz?

a. Sözel şiddet (küfür-hakaret vs.) () b. Fiziksel şiddet (tokat- yumruk vs.) ()

c. Cinsel şiddet () d. Hepsi ()

16. Şiddetin gerçekleştiği yeri belirtir misiniz?

a. Kendi odam () b. Hastane koridoru () c. Hasta bekleme salonu ()

d. Hastane bahçesi () e. Poliklinik () f. Acil servis ()

g. Klinik servis () h. Diğer () i. Diğer () Lütfen belirtiniz.....

17. Şiddete maruz kaldığınız zamanı belirtir misiniz?

a. Mesai saati dışında () b. Mesai saati içinde () c. Nöbet esnasında akşam ()

d. Nöbet esnasında gündüz ()

18. Şiddete başvuran kişi veya kişiler kimlerdir?

a. Hasta () b. Hasta yakını () c. Sağlık çalışanı () d. İdare () e. Diğer () Lütfen belirtiniz.....

19. Şiddete başvuranların cinsiyetini düşündüğünüzde daha çok kimlerdi?

a. Çoğu erkek () b. Çoğu kadın () c. Tümü erkek () d. Tümü kadın ()

20. Kişinin şiddete başvurmasının nedeni sizce neydi?

- a. Tedaviden memnuniyetsizlik () b. Personelin sert tavırları ()
c. Kötü haber almak () d. İhmal edilme düşüncesi ()
e. Gecikme-bekletilme () f. Hastanenin talep ettiği ücret ()
g. Hastane yönetim sistemindeki aksaklıklar () h. Diğer () *Lütfen belirtiniz.....*

21. Uğradığınız şiddete karşılık gösterdiğiniz tepki nedir? (birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

- a. Tepkisiz kalma () b. Şiddeti haklı bularak kabullenme ()
c. Hastanın Tedavisini reddetme () d. Saldırganı odadan kovma ()
e. Olay yerinden uzaklaşma () f. Sözel olarak karşılık verme ()
g. Fiziksel saldırıda bulunma () h. Güvenlik görevlisi çağırma ()
ı. Hastane yönetimine bilgilendirme () j. Adli makamlara ihbar etme ()
k. Diğer () *Lütfen belirtiniz.....*

22. Yaşadığınız şiddeti hastane yönetimine bildirdiniz mi?

- a. Evet () b. Hayır () (26. Soruya geçebilirsiniz)

23. Hastane yönetimini bilgilendirmeniz halinde ne tür önlemler alındı? (birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

- a. Saldırgana yönelik idari işlemler yapıldı () b. Güvenlik görevlisi verildi ()
c. Adli makamlara ihbar edildi () d. Haksız bulunarak sözlü uyarı aldım ()
f. Haksız bulunarak disiplin cezası aldım () g. Haksız bulunarak görev yerim değiştirildi ()
h. Bir şey yapılmadı () ı. Diğer () *Lütfen belirtiniz.....*

24. Yaşadığınız saldırının sizin üzerinizdeki etkisi nedir?

- a. Herhangi bir değişiklik yok () b. Mesleki performans kaybı yaşadım ()
c. Sosyal hayatım etkilendi () d. İş yerimi değiştirdim ()
e. Ruhsal problemler yaşadım () f. Diğer () *Lütfen belirtiniz.....*

25. En son maruz kaldığınız şiddet nedeniyle adli ya da idari rapor aldınız mı?

- a. Evet () b. Hayır ()

26. En son maruz kaldığınız şiddet nedeniyle adli makamlara şikâyetle bulundunuz mu?

- a. Evet () (28. Soruyu cevaplandırmayınız) b. Hayır () (28. soruya geçiniz)

27. (26. soruya cevabınız Evet ise) Adli soruşturma veya kovuşturma sonucu ne karara varıldı?

- a. Adli soruşturma veya kovuşturma devam ediyor () b. Saldırgana ceza verilmedi ()
c. Saldırgana adli para cezası verildi () d. Saldırgana hapis cezası verildi ()
e. Diğer () *Lütfen belirtiniz*.....

28. (26. soruya cevabınız Hayır ise) Adli makamlara müracaat etmemenizin nedeni nedir?

- a. Yapılan saldırıyı olağan karşılama () b. Adli yargılama sürecinin uzun olması ()
c. Aile veya çevresel baskı () d. Tehdit nedeniyle zarar görme endişesi ()
e. Diğer () *Lütfen belirtiniz*.....

29. Sizce şiddetin önlenmesine yönelik ne gibi tedbirlerin alınması gerekir? (birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

- a. Şiddet davranışı gösteren hasta ve yakınlarına yönelik idari ve adli yaptırımların artırılması ve uygulanması ()
b. Sağlık kurumlarında sürekli ve yeterli sayıda sağlık personeli ile güvenlik görevlisi bulundurulması ()
c. Karşılaşılabilecek muhtemel şiddet olayları konusunda sağlık çalışanlarının eğitimi ()
d. Hasta ve yakınlarının eğitimi ()
e. Sağlık politikalarının düzenlenmesi ()
f) Diğer () *Lütfen belirtiniz*.....

30. Sağlık çalışanlarına uygulanan fiziksel şiddet ile ilgili başka eklemek istedikleriniz varsa lütfen belirtiniz.

.....
.....
.....
.....
.....

Anket bitti. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz...

Anketin sonuçlarıyla ilgili bilgi almak isterseniz lütfen e-posta adresinizi yazınız:

.....

EK 2: Üniversite Etik Kurul Kararı İzin Yazısı

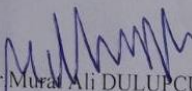
T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler
Etik Kurul Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
23.03.2017	37	3

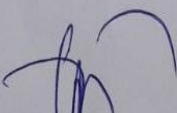
3- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi Pelin ARBAÇ tarafından yürütülen “Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Fiziksel Şiddet” isimli yüksek lisans tez çalışması kapsamında uygulayacağı anket hk.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi Pelin ARBAÇ tarafından yürütülen “Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Fiziksel Şiddet” isimli yüksek lisans tez çalışması kapsamında uygulayacağı anketin kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,

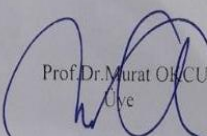
Mevcutun oybirliği ile karar verildi.



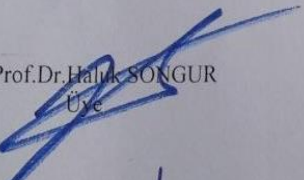
Prof. Dr. Mural Ali DULUPÇU
Başkan



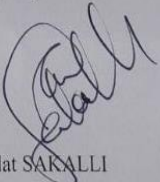
Prof. Dr. Faruk TURHAN
Üye



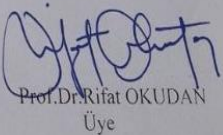
Prof. Dr. Murat OKUCU
Üye



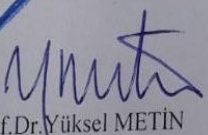
Prof. Dr. Haluk SONGUR
Üye



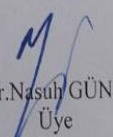
Prof. Dr. Talat SAKALLI
Üye



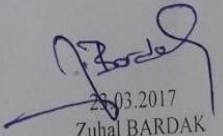
Prof. Dr. Rifat OKUDAN
Üye



Prof. Dr. Yüksel METİN
Üye



Prof. Dr. Nasuh GÜNAY
Üye



23.03.2017
Zühal BARDAK
Raportör

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı ve Soyadı : Pelin ARBAÇ
Doğum Yeri ve Yılı : Malatya-1988
Medeni Hali : Evli

Eğitim Durumu :

Lise Öğrenimi : Meram Konya Lisesi (YDAL) (2002-2006)
Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi
Bölümü (2007-2011)
Yüksek Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler
Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2011-2017)

Yabancı Dil Düzeyi :

ÜDS 51,25

İş Deneyimi :

Konya Medicana Hastanesi (2012-2014)
Yapı ve Kredi Bankası (2014- Devam ediyor)