



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÜLKELERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE HUKUKSAL BOYUTU

Sevda ÖZKEÇECİ

**DİSİPLİNLER ARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Mine ESİN OCAKTAN**

**ANKARA
2023**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÜLKELERİNİN SAĞLIK
ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE BAŞ ETME
STRATEJİLERİ VE HUKUKSAL BOYUTU**

Sevda ÖZKEÇECİ

**DİSİPLİNLER ARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Mine ESİN OCAKTAN**

**ANKARA
2023**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Dünya Sağlık Örgütü Ülkelerinin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetle Baş Etme Stratejileri ve Hukuksal Boyutu” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Sevdâ ÖZKEÇECİ

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı
Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programında

Sevda ÖZKEÇECİ tarafından hazırlanan

“Dünya Sağlık Örgütü Ülkelerinin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetle Baş Etme Stratejileri
ve Hukuksal Boyutu ” adlı tez çalışması

aşağıdaki jüri tarafından **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak

OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

17.07.2023

Prof.Dr. Mine Esin OCAKTAN
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Meral SAYGUN
Kırıkkale Ü. Tıp Fakültesi
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Selin ÖZDEN MERHACI
Ankara Ü. Hukuk Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof.Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	x
Şekiller	xii
Çizelgeler	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Şiddet Tanımı	3
1.2. Şiddet Türleri	5
1.3. Şiddetin Önemi	6
1.4. Şiddetin Nedenleri	7
1.5. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Tanımı ve Önemi	8
1.6. Sağlık Çalışanının Şiddet Karşısında Tutumları ve Etkileri	15
1.7. Çalışmanın Parametreleri	18
1.7.1. Dünya Sağlık Örgütü	18
1.7.2. İnsani Gelişme Endeksi	19
1.7.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	20
1.7.4. 5 Yaş Altı Ölüm Hızı	20
1.7.5. Beklenen Öğrenim Süresi	22
1.7.6. Ortalama Öğrenim Süresi	22
1.7.7. Kişi Başına Düşen Hemşire	24
1.7.8. Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru	25
1.7.9. Kişi Başına Düşen Hastane	27
1.7.10. Kişi Başına Düşen Hastane Yatakları	27
1.7.11. Sağlık Hizmeti Sunumu	27
1.7.12. Nüfus Yoğunluğu	30
1.7.13. Nüfus Temelli Tahmini Depresyon Prevalansı	31
1.7.14. Kişi Başına Alkol Tüketimi	34
1.7.15. Kişi Başına Düşen Milli Gelir	35
1.7.16. Sağlık Harcamaları	36
1.7.16.1. USD Cinsinden Kişi Başına Yerel Genel Devlet Sağlık Harcaması (GGHE-D) (GGHE-D_Pc_US\$)	39
1.7.17. Satın Alma Gücü Paritesi (SAGP)	40
1.7.18. Şiddet ve Yaralanmayı Önleme Profilleri	40
1.7.19. Küresel Barış Endeksi	42
1.7.20. Cinayet Oranları	43
1.7.21. Hukuki Düzenlemeler	44
1.7.21.1. Ulusal ve Uluslararası Sözleşmelerde Sağlık Çalışanının Korunma Hakları	47
1.8. Tezin Amacı	51
2. GEREÇ ve YÖNTEM	52
2.1. İstatistiksel Analiz	56

3. BULGULAR	58
3.1. Dünya Sağlık Örgütü Afrika Bölgesi Ülkeleri	58
3.1.1. Mauritius Cumhuriyeti	58
3.1.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	58
3.1.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	62
3.1.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Mauritius Cumhuriyeti	64
3.1.2. Cezayir	65
3.1.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	65
3.1.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	69
3.1.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Cezayir	72
3.1.3. Gana Cumhuriyeti	73
3.1.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	73
3.1.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	84
3.1.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Gana Cumhuriyeti	89
3.1.4. Mali Cumhuriyeti	91
3.1.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	91
3.1.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	97
3.1.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Mali Cumhuriyeti	100
3.2. Dünya Sağlık Örgütü Amerika Bölgesi Ülkeleri	102
3.2.1. Kanada	102
3.2.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	102
3.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	105
3.2.2.1. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Kanada	110
3.2.3. Küba Cumhuriyeti	115
3.2.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	115
3.2.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	119
3.2.3.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Küba Cumhuriyeti	121
3.2.4. Guyana	122
3.2.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	122
3.2.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	129
3.2.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Guyana	129
3.3. Dünya Sağlık Örgütü Güneydoğu Asya Bölgesi Ülkeleri	131
3.3.1. Tayland	131
3.3.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	131
3.3.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	136
3.3.2. Hindistan	140
3.3.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	140
3.3.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	143
3.3.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Hindistan	147
3.4. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi	148
3.4.1. Türkiye	148
3.4.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	148
3.4.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	153
3.4.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Türkiye	167

3.4.2. Fransa	177
3.4.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	177
3.4.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	180
3.4.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Fransa	183
3.4.3. Azerbaycan	187
3.4.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	187
3.4.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	193
3.4.3.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Azerbaycan	193
3.4.4. Kırgızistan	194
3.4.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	194
3.4.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	199
3.4.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Kırgızistan	201
3.5. Dünya Sağlık Örgütü Doğu Akdeniz Bölgesi Ülkeleri	202
3.5.1. Birleşik Arap Emirlikleri	202
3.5.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	202
3.5.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	207
3.5.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Birleşik Arap Emirlikleri	209
3.5.2. Tunus	212
3.5.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	212
3.5.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	216
3.5.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Tunus	219
3.5.3. Pakistan	219
3.5.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	219
3.5.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	225
3.5.3.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Pakistan	230
3.5.4. Sudan	232
3.5.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	232
3.5.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	236
3.5.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Sudan	239
3.6. Dünya Sağlık Örgütü Batı Pasifik Bölgesi Ülkeleri	240
3.6.1. Singapur	240
3.6.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	240
3.6.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	247
3.6.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Singapur	248
3.6.2. Çin	249
3.6.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili	249
3.6.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili	253
3.6.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Çin	256
3.7. İstatistiklerle Çalışmanın Analizleri	258
4. TARTIŞMA	280
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	341
ÖZET	355
SUMMARY	357
KAYNAKLAR	359
EKLER	394
EK-1: Tablo	394

EK-2: İGE Kategorilerine Göre Tüm Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum Maksimum Değerleri	398
EK-3: Değişkenler Arası Korelasyon Analizi	400
Ek-4: Bölgelere Göre Tüm Değişkenlerin Ortalama Medyan, Minumum	401
ÖZGEÇMİŞ	402



ÖNSÖZ

Bu çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü bölgelerinde bulunan ve belirli kriterlere göre seçilen ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutu ve hukuki düzenlemeleri incelenmiş, sağlık çalışanına yönelik şiddetle baş etmede başvurdukları yöntemlere ve cezalara yer verilmiştir. Çalışmada özellikle vurgulanmak istenen konu, sağlık çalışanına yönelik şiddetle baş etmede hukuki durumun önemidir. Ülkelere ait hukuki düzenlemeleri de içeren özellikler; sağlık sistemleri, gelir durumları, nüfusları, gelişmişlik düzeyleri, kültürel özellikleri, eğitim düzeyleri, depresyon sıklıkları, cinayet oranları, küresel barış endeksi verileri şiddetle ilişkisi yönünden araştırılmıştır. Sağlık çalışanına yönelik şiddetle baş etmede alınacak önlemler ve şiddeti tetikleyen etkenler açısından da literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Yüksek lisans eğitimim sürecinde tez çalışması aşamalarında desteğini benden esirgemeyen, sabrı, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren çok değerli tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Mine ESİN OCAKTAN'a şükranlarımı ve saygılarımı sunarım.

Eğitim sürecimde hep daha ileriye gitmemiz için çabalayan Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı'nda ve Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ndeki saygıdeğer hocalarıma teşekkürü borç bilirim. Prof. Dr. Gürol CANTÜRK hocama tüm süreç boyunca her daim desteği için ayrıca minnettarım saygılarımı ve teşekkürümü iletirim.

Tez çalışmamın istatistiksel analiz çalışmaları kapsamında yardım ve gayretini esirgemeyen ve çalışmamızın seyrinde önemli etkisi olan Sayın Metin ALTIN'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmam sürecinde kendilerine ayırmam gereken zamandan fedakârlık yaparak manevi desteklerini benden esirgemeyen, moral kaynağım sevgili aileme ve hukukçu kimliğiyle sonsuz desteğini hissettiğim sevgili eşim Av. Erol Yasin

ÖZKEÇECİ ve özellikle minik adamlarım Ömer Giray ve Enes Burak’a her zaman yanımda oldukları için tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım. Minik adamlarımın teyzesi Dt. Sibel BAYRAM’a bu zor sürecimde yolumu motivasyonu ile aşılabildiği için sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Son olarak zorlu geçen tez sürecimde, her yorulduğumda yanımda olamasa da bana güç veren günlere gelmemde büyük emeği olan okuma yazma bilmediği halde çocuklarının eğitimi için canla başla çalışmış çok kıymetli büyüğüm babaannem merhume Bergüzar BAYRAM’a sevgimi iletir ve özellikle tezimi ona armağan ederim.

Sevda ÖZKEÇECİ

SİMGELER ve KISALTMALAR

CHAG	: Gana Hristiyan Sağlık Derneği
D. A.	: Cezayir Dinarı
E.	: Esas
GGHE-D_Pc_US\$	: USD Cinsinden Kişi Başına Yerel Genel Devlet Sağlık Harcaması (GGHE-D)
GSYİH	: Gayri Safi Milli Gelir
GISAH	: Alkol ve Sağlık Küresel Bilgi Sistemi
GPI	: Global Peace Index ((Küresel Barış Endeksi)
ICN	: International council of nurses
ICRC	: The International Committee of the Red Cross (Uluslararası Kızıl Haç Komitesi)
IEP	: Institute for Economics & Peace
IHF	: The International Hospital Federation
ILO	: International Labour Organization
İGE	: İnsani Gelişme Endeksi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
K.	: Madde
NHIS	: Gana Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi
ONVS	: Ulusal Sağlık Gözlemevi
OSHA	: Occupational Safety And Health Administration- İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi
UHC	: Evrensel Sağlık Kapsamı
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
PPP	: Satın Alma Gücü Paritesi
RG	: Resmi Gazete
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
SDG	: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi

TCK	: Türk Ceza Kanunu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
UHC	: Evrensel Sağlık Kapsamı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) World Health Organizations
WMA	: The World Medical Association



ŞEKİLLER

Şekil 1.1.	Pandemi ve pandemi öncesinde şiddet sıklığı (ICN, ICRC, IHF, WMA)	13
Şekil 1.2.	Şiddet Failleri (ICN, ICRC, IHF, WMA)	14
Şekil 1.3.	Şiddet Türleri ve Sıklığı	14
Şekil 1.4.	Birimlere Göre Şiddet Sıklığı	15
Şekil 1.5.	Dünya'daki 5 yaş altı ölüm oranları	21
Şekil 3.1.	Mauritius Sağlık Enstitüsü Hastaneleri Yıllara Göre Şiddet Vaka Sayısı	62
Şekil 3.2.	Mauritius Sağlık Enstitüsü Hastaneleri Şiddet Türü Sıklığı	62
Şekil 3.3.	Mauritius Şiddet Nedenleri Sıklığı	63
Şekil 3.4.	Cezayir Hastaneleri Şiddet Durumu	71
Şekil 3.5.	Gana Accra Bölgesi Şiddet Türleri ve Sıklığı	87
Şekil 3.6.	Gana Accra Bölgesi Şiddet Uygulayıcılarının Şiddet Anındaki Durumu ve Sıklığı	87
Şekil 3.7.	Gana Accra Bölgesi Fiziksel Şiddet Nedenleri ve Sıklığı	88
Şekil 3.8.	Gana Accra Bölgesi Çalışma Alanında Şiddet Nedenleri ve Sıklığı	88
Şekil 3.9.	Gana Accra Bölgesi Şiddet Bildirimi ve Şiddet Sonrasındaki Eylemler	89
Şekil 3.10.	Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Durumu	98
Şekil 3.11.	Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Türleri ve Sıklığı	98
Şekil 3.12.	Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Saatleri ve Saldırgan Durumu	99
Şekil 3.13.	Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Sonrası Çalışan Tutumları	99
Şekil 3.14.	Kanada Ontario Hastanesi Şiddet Türleri ve Sıklığı	107
Şekil 3.15.	Kişisel Güvenlik Müdahale Sistemi	111
Şekil 3.16.	Tayland 3. Basamak Hastanesi Şiddet Türleri, Sıklığı ve Durumu	137
Şekil 3.17.	Tayland Acil Servis Sağlık Çalışanı Şiddet Sıklığı ve Çalışan Üzerindeki Psikolojik Etkileri	137
Şekil 3.18.	Tayland Acil Servis Şiddet Saatleri, Nedenleri ve Sıklığı	138

Şekil 3.19.	Hindistan 3.Basamak Hastanesi Şiddet Sıklığı	146
Şekil 3.20.	Hindistan 3.Basamak Hastanesi Şiddetten Etkilenme ve Şiddet Önleme Politikası Bilgi Durumu	146
Şekil 3.21.	Türkiye 2017 ve 2019 Yılları Arası Şiddet Raporu	155
Şekil 3.22.	Türkiye Acil Servis Sağlık Çalışanları Şiddet Raporu (Aydemir ve ark., 2020).	156
Şekil 3.23.	Türkiye Acil Servis Şiddet Nedenleri	156
Şekil 3.24.	Türkiye Acil Servis Çalışanlarının Şiddet Sonrası Eylemleri	157
Şekil 3.25.	Türkiye’de Şiddet ve Medya Durum Raporu	158
Şekil 3.26.	Türkiye’de Medyaya Yansıyan Şiddet Mağdurları Oranı	158
Şekil 3.27.	Türkiye’de Medyaya Yansıyan Şiddet Nedenleri	159
Şekil 3.28.	Türkiye’de Medyaya Yansıyan Şiddet Araçları ve Yerleri	159
Şekil 3.29.	Türkiye’de 112 Sağlık Hizmetlerinde Şiddet Sıklığı	160
Şekil 3.30.	Türkiye’de 112 Sağlık Hizmetlerinde Görevli Personelin Şiddet Sonrası Tutumu	160
Şekil 3.31.	Türkiye’de Pandemi Öncesi ve Sırasında Şiddet Sıklığı	161
Şekil 3.32.	Türkiye’de Pandemi Sırasında Şiddet Bildirim Durumu	162
Şekil 3.33.	Türkiye’de Pandemi Sırasında Şiddet Durumu	162
Şekil 3.34.	Türkiye’de Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanı Hizmet Alım Personeli Şiddet Durumu	165
Şekil 3.35.	Türkiye Sağlık Personelinin Beyaz Kod Durum Raporu	166
Şekil 3.36.	Türkiye Hasta/Yakını Şiddet Durum Raporu	166
Şekil 3.37.	Fransa 2018 Yılı ONVS Şiddet Raporu	181
Şekil 3.38.	Fransa 2020 Yılı ONVS Şiddet Raporu (Gerçekleşen Şiddetin Dağılımı)	182
Şekil 3.39.	Fransa 2021 Yılı ONVS Şiddet Raporu (Gerçekleşen Şiddetin Dağılımı)	182
Şekil 3.40.	Birleşik Arap Emirlikleri Acil Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanları Kasım 2017 ve Mart 2018 Zaman Aralığı Şiddet Yaygınlığı	208
Şekil 3.41.	Birleşik Arap Emirlikleri Acil Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanları Şiddet Bildirim Raporu	209
Şekil 3.42.	Tunus 2019 Yılı Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Şiddet Sıklığı	216
Şekil 3.43.	Tunus Kef Valiliği Acil Servis Hastaneleri Şiddet Sıklığı	217
Şekil 3.44.	Tunus Kef Valiliği Acil Servis Hastanelerinde Çalışan Personelin Şiddet Sonrası Tutumu	218

Şekil 3.45.	Tunus Kef Valiliği Acil Servis Hastanelerin Şiddet Nedenleri	218
Şekil 3.46.	Pakistan 3. Basamak Dera Ghazi Khan Teaching Hospital Hastanesi Şiddet Raporu	228
Şekil 3.47.	Pakistan Sağlık Çalışanları Şiddet Raporu	229
Şekil 3.48.	Pakistan Sağlık Çalışanları Şiddet Bildirim Raporu	230
Şekil 3.49.	Sudan Sağlık Çalışanı Şiddet Raporu	238
Şekil 3.50.	Sudan Sağlık Çalışanı Şiddet Nedenleri	238
Şekil 3.51.	Çin 2000-2011 Yılları Arası Medyaya Yansıyan Şiddet Raporu	254
Şekil 3.52.	Çin 2000-2011 Yılları Arası Medyaya Yansıyan Şiddet Sıklığı	254
Şekil 3.53.	Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme ve Şiddet Sıklığı Durumu	262
Şekil 3.54.	Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Ortalama Öğrenim Süresi	263
Şekil 3.55.	Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Ortalama Milli Gelir	263
Şekil 3.56.	Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Ortalama Cinayet Oranları	265
Şekil 3.57.	İGE Kategorisi ve Şiddet Sıklığı	267
Şekil 3.58.	İGE Kategorisi ve Doğumda Beklenen Ortalama Yaşam Süresi	268
Şekil 3.59.	Bölgeler ve Doğumda Beklenen Ortalama Yaşam Süresi	268
Şekil 3.60.	İGE Kategorisi ve Ortalama Öğrenim Süresi	269
Şekil 3.61.	İGE Kategorisi ve Kişi Başına Düşen Milli Gelir	269
Şekil 3.62.	Ülkeler ve Kişi Başına Düşen Milli Gelir	270
Şekil 3.63.	İGE kategorisi ve Ortalama Alkol Tüketimi	271
Şekil 3.64.	Bölgeler ve Şiddet Sıklığı	274
Şekil 3.65.	Ülkeler ve Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Sıklığı	275

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1.	Seçilmiş Ülkelerin DSÖ Bölgeleri ve İGE Kategorileri (2019)	53
Çizelge 3.1.	2015 -2022 Yılları Arası 19 Ülkeye Ait İGE Kategori Sayıları	259
Çizelge 3.2.	Değişkenlere Ait Belirtici İstatistikler	261
Çizelge 3.3.	Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Değişkenlerin Anlamlılık, Ortalama, Medyan, Standart Sapma Minimum ve Maksimum Değerleri	265
Çizelge 3.5.	Şiddet Sıklığının Bölgelere Göre Analizi	273
Çizelge 3.6.	Ülkelere Göre Şiddet Ölçüm Değeri Ortalama, Medyan, Minimum Maksimum Değerleri	274

1. GİRİŞ

Dünyada sağlık çalışanlarının %8 ile %38'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının uğradığı şiddetin çoğunluğu; hastalar ve ziyaretçiler tarafından gerçekleştirilmektedir. En fazla risk altında olan sağlık çalışanlarının hemşireler ve hasta bakımında birebir yer alan diğer sağlık çalışanları olduğu belirtilmektedir. Özellikle acil sağlık birimlerinde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete daha fazla maruz kaldığı belirtilmektedir (World Health Organization, Preventing Violence Against Health Workers, Erişim Tarihi: 07.11.2022).

Portekiz, Tayvan, İtalya, Kolombiya ve Bulgaristan'da 2021 yılında sağlık çalışanına yönelik şiddet araştırması yapılmıştır. Sağlık çalışanına yönelik şiddetin salgın ile bağlantılı olarak artışının % 9 olduğu, salgın ile bağlantılı olmayan şiddetin %91 olduğu bildirilmiştir. Pandemi süreci ile sağlık kurumlarının %10'unda şiddet olguları bildirilmiş, pandemi sonrası sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarında %60 artış olduğu bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Türk Tabipleri Birliği (2013) sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığının Türkiye açısından %49- 91 arasında değiştiğini belirtmektedir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada doktorların %75 'inin şiddete uğradığı, Çin'de sağlık çalışanlarına şiddetin son yıllarda yükselişte olduğu bildirilmiştir (Lia, 2019). Sağlık çalışanlarının işyerlerinde mağdur olarak saldırıya uğrama risklerinin; gardiyanlardan, polis memurlarından, nakliye işçilerinden, banka çalışanlarından 16 kat daha fazla olduğu da belirtilmektedir (Kingma, 2001).

The International Council of Nurses (ICN), The International Hospital Federation (IHF), The World Medical Association (WMA) ve The International Committee of The Red Cross (ICRC)'ın yaptığı çalışmada yaşanan şiddet olaylarının en sık acil servislerde %45 ve psikiyatri servislerinde %45, ameliyat ve yoğun bakım servislerinde %42, pandemi ile birlikte aşı birimlerinde %42, danışma birimlerinde %33, kadın doğum servislerinde %33, koruyucu sağlık merkezlerinde % 21, arşivlerde

%21, çocuk ve yeni doğan servislerinde %18, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde %18 yaşandığı bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Bildirilen şiddet olgularının %100'ünde sözel şiddet, %82'sinde sözel tehdit, %27'sinde silahla tehdit, %42'sinde hırsızlık, %36'sında hizmetin engellenmesi, %82'sinde fiziksel şiddet, %35'inde ayrımcılık, %21'inde ağır hasar veya ölümlle sonuçlanan şiddet olduğu belirtilmiştir. Çalışanlara şiddet uygulayanların şiddet olgularının %54'ünde hasta, %76'sında hasta yakını olduğu, %15'inde askeri veya güvenlik güçleri ve % 9'unda bilinmeyen saldırganlar olduğu bildirilmektedir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Şiddet olaylarının çoğunluğunun hasta kaybı sonrası yaşandığı da belirtilmektedir. Hasta yakınlarının sebep olduğu şiddetin çoğunlukla hastanın ölümü ile meydana geldiği kayıtlara geçmiştir. Şiddet vakalarının %22,9' unda polisin dahi fiziksel saldırıya uğradığı tespit edilmiştir (Lia. 2019).

Şiddet, sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik zarar görmesinin yanı sıra, iş motivasyonlarını, hizmet kalitesini ve sağlık hizmeti sunumunu da yüksek düzeyde etkilemektedir. Ayrıca sağlık sektöründe mali kayıplara neden olmaktadır (World Health Organization, Violence and Injury Prevention).

Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının güvensizliği nedeniyle ruhsal olarak etkilendiği bildirilmekte olup, sıklığın %36- 92 arasında olduğu belirtilmektedir (Türk Tabipleri Birliği Şiddetle Başa Çıkmak, 2013). Genel güvensizlik duygusu ile etkilenen şiddet suçu mağdurları; korku ve endişelerle birlikte yaşamını sınırlandırmaktadır (Wolynn, 2018).

Avusturya'da hemşirelerde şiddet algılarını hasta profilinin değil çalışma şartlarının özelliklerinin belirlediği tespit edilmiştir (Havaei ve ark. 2018). Şiddet

bildirim olgularında ortak en temel sorunun iletişim, güvenlik ve çalışma ortamı olduğu belirtilmektedir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

1.1. Şiddet Tanımı

Yaşamın her alanında karşılaşılabilen şiddet; saldırganlığın özgürlüğü, insan iradesini hiçe sayan en ileri ve en aşırı boyut olarak, “Düşmanlık ve öfke duygularının, kişilere veya nesnelere yönelik fiili, yıkıcı fiziksel zor yoluyla dile getirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2000).

Duygu ve davranışlarda aşırılık, uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma durumu olan şiddet (Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, 1998), varlığının kanıtını gösterme biçimi olarak bireyin, kendi özgür iradesiyle başvurduğu bir durum olarak da nitelendirilmektedir. İnsanlar kendi dünyalarından, davranışlarından, hayat tarzlarından tamamen sorumlu olmakla birlikte bunların yazarı da kendileridir (Yalom, 1999). Avrupalı düşünür Victor Frankl’ e göre herhangi bir koşulda kişinin nasıl bir tutum sergileyeceğini seçme özgürlüğü hiçbir zaman insanın elinden alınamamaktadır (Frankl, akt., Köroğlu, 2009).

Şiddetin yukarıdaki tanımlar dışında da birçok tanımı mevcuttur. Bu tanımlara göre şiddet; adalet dağıtma içgüdü (Arendth, 1997), engellenme duygusuna karşı saldırganlık (Cüceloğlu, 2019), huzuru bozarak ölçüleri aşan, kuralları çiğneyen çılgın bir güç (Michaud, 1991), suç unsuru olarak başlıca ölüm sebebi (Krug ve ark., 2002), kendini ortaya koyma- özerkliği elde etme arzusu (Kernberg, 1996), kültürel kodlar, alışkanlıklar, inançlar, kabullerin oluşturduğu davranış biçimlerinin türettiği bir patoloji (Kılıç, 2013), bilinçli bir şekilde karşısındaki kişi, kurum ya da herhangi bir canlıya karşı onun üzerinde üstünlük, egemenlik kurmak; ya da menfaat elde etmek amacıyla fiziksel, psikolojik, sözlü, cinsel, ekonomik ya da işaretler yardımıyla, karşısındaki kişi kurum ya da diğer canlının yaşamına, özgürlüğüne, iradesine, arzusuna, haklarına ya da sağlığına zarar verecek ya da bunları ortadan kaldıracak her türlü hal ve harekettir (Mimir, 2017).

2012 tarihli 6284 nolu Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un 2. maddesinde şiddet ; *“Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış”* (Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun) olarak tanımlanmaktadır. Tarih boyunca tanımlar farklılaşabilmekle birlikte bir dönem kabul edilmiş bir düşünce, sonraki adım için değerini korumaya devam edebilmektedir (Bayat, 2010).

Şiddet öncesi uyarı işaretlerini okuyabilmek olası eylem için kişinin kendini güvenli alana taşıyabilmesi, şiddet yönetimini sağlıklı bir şekilde yapabilmesi ve kendini koruyabilmesi yönünden önemlidir. Şiddet öncesi uyarı işaretleri (bakış, ses tonu, anksiyete, mırıldanma) yönünden kişileri analiz edebilmenin, şiddetin uyarıcı işaretlerini tanımlayarak önleme ve yönetmede etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu analize göre kişinin bakışı olası bir tehdit açısından önemli bir uyarıcı olarak bildirilmiştir (Dora ve ark.,2020).

İnsanoğlu hayvanlardan farklı olarak etik davranabilen, şiddet kullanmaktan kendisini alıkoyabilen, karşısındakine saygılı davranabilen bir canlıdır. İnsanoğlu, yıkım gücünü düşünerek, bilinçli olarak kullanabilir gerçeğiyle hayvanlardan ayrılırken, biyolojik ya da ekolojik olarak hiçbir nedene dayanmaksızın kendi türünün ögesini öldürebilen varlıktır. Onlara işkence edebilen ve bunları yapmaktan haz duyabilecek kadar da ilkeldir (Fromm; Tepe, 2017).

Georges Sorel 1900'lü yıllarda şiddet sorununun çözümünün zor bir süreç olduğunu belirtmiş olup, yüzyıl sonrasında ise hala aynı zorlukla mücadele verilmektedir (Arendth, 1997).

1.2. Şiddet Türleri

Şiddet, mağdur- fail ilişkisine göre; kendine yönelik, kişilerarası ve toplu şiddet olarak üçe ayrılmaktadır (World Health Organization, Violence Prevention Alliance). Sağlık çalışanına yönelik şiddet, iş yerinde şiddet olarak geçmekte olup, kişiler arası şiddet sınıfında değerlendirilmektedir.

Şiddet türleri; fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik, siber (Polat, 2016), sözel ve psikolojik şiddet olarak sınıflandırılmaktadır. Fiziksel şiddet, mağdurun sağlığını olumsuz etkileyen ve vücutta iz bırakan lezyonlara, yaralara sebebiyet veren bir davranıştır (Polat, 2016).

Cinsel şiddet, “Onay almaksızın, onay inşa ederek veya onay almanın söz konusu olamayacağı durumlarda kişinin/kişilerin uyguladığı, cinselliğe yönelik teşebbüs ve tehdit içeren her türlü eylem, davranış ve müdahale olarak tanımlanır (Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, Kavramlar Sözlüğü).

Duygusal şiddet; kişiyi taciz, rahatsız etme amacı güden kötü davranış yoluyla, kasıtlı olarak yapılan saldırılardır (Davenport, 2003, akt., Şahin ve Türk, 2010). Bu saldırılar gündelik hayatta çok fazla olmakla birlikte, ispatlanması en zor olan şiddet türlerindendir.

Ekonomik şiddet, ekonomik kaynakların ve paranın kişiyi kontrol etme mekanizması ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (Polat, 2016).

Siber şiddet, “başkalarına rahatsızlık ya da zarar vermek amacıyla kişilerin ya da grupların dijital ortamlarda gerçekleştirdikleri davranışlar olarak tanımlanır” (Barlet ve Chamberlin, 2017; Aslan ve Doğan, 2017).

Sözel şiddet, isteyerek, farkında olarak karşısındaki bireyi korkutma amacı ile bağırma, hakaret, küfür, aşağılama, emir verme davranışlarıdır (Dökmen, 2011). Dil

ile verilen bu şiddet türü, uzaktan kumandalı ve etkisi başkası tarafından hissedilen bir eylemdir (Sartre, 2013).

Şiddet türlerinden bir diğeri olan mobbing ise, iş yerinde psikolojik şiddet/psikolojik yıldırma olarak tanımlanmakta olup, esas hedefi, kişi veya kişiler üzerinde sistematik baskı oluşturarak ahlâk dışı yaklaşımlarla çalışma ve dayanma güçlerini yok ederek işten ayrılmaya zorlamaktır. En sık; haksız yere suçlama, ima, kinaye, dedikodu yoluyla itibarı sarsma, küçük düşürme, taciz, duygusal istismar uygulanır. Bu eylemler doğrudan veya dolaylı, açık veya örtülü olmakla birlikte psikolojik şiddet kavramı içerisinde değerlendirilmektedir (Sercan ve Oğan, 2019).

Yukarıda değinilen şiddet türleri alan yazında olan şiddet türleri olmakla birlikte Galtung'a göre şiddete maruz kalma riski de şiddeti oluşturmaktadır (Taşdemir ve Afşar, akt., Görgün Baran, 2017).

1.3. Şiddetin Önemi

1996 yılında Dünya Sağlık Örgütü şiddeti büyük bir halk sağlığı sorunu olarak ilan etmiştir. 2002 verilerine göre, her gün yaklaşık 4400 kişi kendine yönelik, kişilerarası veya toplu şiddet eylemleri sonucu hayatlarını kaybetmektedir. Binlerce kişi yaralanmış ya da şiddete tanık olmuştur (Krug ve ark., 2002).

1980'li yıllarda sağlıklı insan, kendisi ve toplumun diğer bireyleri ile iyi geçinen saldırganlığı olmayan insan (Ziyalar, 1982) olarak ele alınırken bu durum günümüzde; bireyin zihni ile çevresi arasındaki denge, uyum hali olarak tanımlanmaktadır (Wallance, 2008).

Hippokrates da insan düşüncesini bozabilen tek yegâne duygunun öfke olduğunu ve en tehlikeli hastalıkların insanın yüzünü değiştiren hastalıklar olduğunu belirtmiştir (Montaigne, 1999). Geldiğimiz an itibariyle önümüzdeki yüzyıllarda

şiddet olaylarının daha çok yaşanacağı muhtemel görünmektedir (Vittorio; Dursun, 2011).

“Vahşet ile medeniyet arasındaki farkı ortaya çıkaran, her ikisinin karşısındaki çıplak doğa değildir; toplumsal miras ve toplumsal çevredir” (Dewey, 2012).

1.4. Şiddetin Nedenleri

Şiddet; bireylerin yaşamlarını elinden alan, ya da yaşamlarını etkisi altına olan insan hakları ihlalidir. İnsanın olduğu her dönemde, her yerde şiddet olmuştur. Şiddetin nedenleri incelendiğinde, tarihsel süreçlerde farklı nedenler ortaya konulmuştur. Şiddet eğiliminde; içgüdüsel, genetik, sosyal öğrenme ile taklit, medyanın etkisi, kişiden kaynaklı davranış bozukluğu, istemli yapılan eylemler gibi nedenler olduğu, düşünürlere göre farklı bakış açıları olduğu görülmektedir (Cüceloğlu, 2019).

Şiddet öngörülebilir ve önlenebilir bir durum olup kanıta dayalı yaklaşımlar ile şiddeti önleyebilecek stratejiler olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; bireysel, yakın ilişki, toplum ve toplum düzeylerindeki müdahaleleri kapsamaktadır (World Health Organization, Violence Info). Şiddet her alanda karşılaşılabılır olan ve toplum sağlığını etkisine alan bir durumdur.

Conrad'ın yaptığı gruplandırma ile şiddet suçluları; alt kültür grupları içerisinde yaşayan kültürel şiddet suçluları, zihinsel rahatsızlığı olan patolojik şiddet suçluları, kriminal bir eylemi gerçekleştirmek için şiddeti araç olarak kullanan kriminal şiddet suçluları, öfke suçları olarak da tanımlanan durumsal şiddet suçlularıdır (Kızmaz, 2006). Sağlık çalışanları çalıştıkları ortamda kültürel, patolojik ve durumsal şiddet suçlularıyla karşılaşmaktadırlar.

1.5. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Tanımı ve Önemi

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 4'te sağlık personeli tanımı; *“Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseler”*, hasta tanımı; *“Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse”* olarak yapılmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, Erişim Tarihi: 05.11.2022).

Sağlık sektörü farklı uzmanlık alanlarından hekimler, diş hekimi, psikolog, ebe, hemşire, sağlık teknisyeni, paramedik, tıbbi sekreter gibi çok sayıda sağlık meslek mensubunun istihdam edildiği bir hizmet sektörüdür (Kılıç, 2020).

Şiddet sadece sağlık çalışanlarına özgü değildir. Koruyucu hizmet guruplarında olan asker ve polis gibi bazı meslek gurupları kendilerini koruma tekniklerini öğrenmektedirler. Sağlık çalışanları gibi sağlığın iyileştirilmesi için çabalayan meslek gurupları bu teknikler değil yaşam tekniklerini öğrenmektedirler. Şiddet tehlikesini anlayamadan şiddetin ortasında kendilerini bulabilmektedirler (Nasreddine, 2020).

İşyerinde şiddet, sağlık hizmetlerinde çok yaygın olan bir tehlikedir. İşyerinde oluşan taciz, tehdit, yıldırma davranışı veya herhangi bir şiddet davranışını içeren yıkıcı güçlerin davranış bulmuş hali, eylemleridir (United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, Healthcare, Workplace Violence, Erişim Tarihi: 07.11.2022).

Sağlık hizmetlerine saldırı; koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetinin erişimine, hizmetin sunulmasına müdahale eden her türlü sözel veya fiziksel şiddet davranışı, engelleme, tehdit olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, Stopping Attacks On Health Care, Erişim Tarihi: 07.11.2022).

Sağlık işyeri ortamında şiddetin kök nedenleri; taraflar arasındaki etkileşim (empati, sabırsızlık...), örgütsel faktörler (olumsuz çalışma koşulları), çevresel faktörler (suç düzeyi), toplumsal faktörler (medya kültürü) olmak üzere dört ana grupta ele alınmaktadır (Curbow, akt., Yıldırım, 2018).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hasta/hasta yakını kaynaklı veya sağlık kuruluşunda çalışan bir personelin diğer herhangi bir sağlık çalışanına fiziksel şiddet uygulaması, tehdit edici davranışlar sergilemesi, sözlü şiddette bulunması, cinsel içerikli eylemlerde bulunması gibi eylemleri içeren sağlık çalışanını risk altına sokabilecek, ruhsal veya bedensel sağlığında ciddi sorunlara neden olabilecek her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (Demirci ve Uğurluoğlu,2018).

Sağlık bakım tesisleri, insanların birbirine güvendiği bakım ve umut yeridir (Moriceau, Eссор Santé, Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2022). Sağlık sistemindeki sorunlar, polikliniklerde, servislerde çok fazla beklemek zorunda kalan hastalar ve yakınlarının sabırsızlıkları, aşırı iş yükü, yetersiz personel, işyerinde şiddetin bildirilmesinde yönetim desteğinin olmaması, hasta ve yakınlarının fiziksel ve psikolojik durumları, kaygı, tahammülsüzlük, sabırsızlık, tıbbi malzeme eksikliği vb. gibi durumlar şiddet ortamını oluşturabilmektedir. Hastalarla iletişim sorunu şiddetin bir nedeni olarak görülmektedir. Deneyimli halk ilişkileri departmanı veya danışma personelinin olmaması nedeniyle stres düzeyi artmaktadır. Sağlık sisteminin düzensizliği, kamuya ait hastanelerde uzman hekim yetersizliği, sağlık personelinin eğitiminin yetersizliği, hasta sağlık sigortalarının yetersizliği, yönetsel sorunlar, harcamalar sağlık personeline şiddeti tetikleyen durumlar olarak da görülmektedir (Nasreddine, 2020).

Sağlık çalışanına yönelik şiddete sebep olan bu durumlardan örgütsel faktörlerin nedenleri; uzun bekleme süreleri, iletişim problemleri, tedavide memnuniyetsizlik, rapor isteme, aydınlatılmış onam almada eksiklik, reçetesiz ilaç alma isteği ve hastaların ölümü olarak gösterilmiştir. Sağlık hizmet sektöründeki yapısal sorunlardan olan sağlık yönetimi, tıbbi cihaz sorunları, personel durumu, hizmet alanlarının fiziksel koşulları gibi problemler birbirini tetikleyerek şiddetin

ortaya çıkmasında önemli etkenleri oluşturmaktadır. Sağlık çalışanına şiddet uygulayan hasta/hasta yakının cinsiyetinin %95,1 sıklıkta erkek olduğu da tespitler arasındadır (Sevimli, 2020).

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin çok ciddi boyuta ulaştığı görülmektedir. Özellikle 2010'dan sonra giderek arttığı gözlenmektedir. Sadece CİMER verilerine göre Türkiye'de 2013 ile 2017 yılları arasında yıllık şiddet kayıdı 53 bindir (İş, 2017). Sağlık çalışanlarına yönelik, sadece 2020 yılı kasım ayı içerisinde kamuoyuna yansıyan 16 şiddet vakası bulunmaktadır. Bu olaylara maruz kalan 31 mağdur personelden 5'i hekim, 4'ü hemşire, 6'sı filyasyon çalışanı, 16'sı ise sağlık ekibinin diğer üyeleridir. 16 vakanın 11'i hem sözlü hem fiziksel şiddet, 4'ü sözlü şiddet, 1'i ise tacizdir. Raporlanmayan başka şiddet olaylarının da olduğu yapılan araştırmalarda belirtilmektedir (Sağlık-Sen Kasım Ayı Sağlıkta Şiddet Raporu). Sağlık çalışanına yönelik her şiddet olayında, hizmetin aksaması acil müdahale gerektiren başka bir hastanın yaşam hakkı ihlalinin oluşmasına da sebebiyet vermekte, bireylerin güvenli çevrede yaşam hakkını ihlal etmektedir.

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sebepleri arasında gösterilen bir diğer etken, toplumsal faktörlerden medyanın etkisidir (Michaud, 1991). Şiddetin olağanlaşması algısı kendi haklarını medya aracılığıyla öğrenen hasta/hasta yakınları (Çelik ve Taşhan, 2014) üzerinde sağlık çalışanı imajının kötüleşmesine, çalışanları dikkatsiz, para avcısı, işinde özensiz olarak görmesine (Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013) neden olmaktadır. Bunun en önemli nedenleri ise, medyanın şiddeti topluma normalleştirilmesi ve çözüm olarak sunması, dizilerdeki sağlık çalışanına yönelik şiddetin ve iletişimin kötü örnek oluşturması, televizyonlarda şiddet ve saldırganlığın çok fazla gösterilmesidir (Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013).

Haber başlıkları incelendiğinde 1028 manşetten 789'u sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıradan kişiler arası şiddet olarak gösterdiği, hekimlerin itibarını zedeleyecek başlıklar oluşturulduğu ve hasta hakları ihlallerinin sağlık çalışanlarını suçlu gösterecek şekilde belirtildiği bulgusuna erişilmiştir (Sevimli, 2020).

Gazetelerde önemli ve ilginç haberler arasında sağlık çalışanlarına şiddet de yer almaktadır. Sağlıkta şiddet haberleri, sadece şiddet haberi olarak yayınlanmış, sağlıkta yaşanan şiddetin nedenleri ve sorunun çözümüne yönelik bilgilere yer verilmemiştir. Gazete haberlerinde çalışanların en fazla maruz kaldıkları şiddetin sırasıyla fiziksel, sözel, psikolojik ve cinsel şiddet olduğu tespit edilmiştir (Duğan, 2015).

02.11.2011 tarihli 28103 sayılı Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği Madde 8’de “...haber bültenleri ve haber programları, tarafsızlık, gerçeklik ve doğruluk ilkelerini esas almak ve toplumda özgürce kanaat oluşumuna engel olmamak zorundadır...Saldırgan davranış ve tutumların öğrenilmesine, şiddete karşı duyarsızlaşmaya ve şiddeti normalleştirmeye neden olamaz...” hükmü bulunmaktadır (Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik). Bu yönetmelik neticesinde şiddet suçlarını topluma aktarırken daha özverili ve dikkatli olunması gerekmektedir. Şiddet haberlerinin takipçisi olup sonuçları kamuyla paylaşmaları sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin azalmasında önemlidir.

Şiddetin ortaya çıktığı her yerde karşılanmayan beklentiler nedeniyle benlik zedelenmesi ortaya çıkması söz konusudur. Öfkenin altyapısı da bu zedelenmeyle birlikte oluşmaya başlamaktadır. Sağlık kuruluşlarında yaşanan şiddet olaylarının temelinde bu beklenti sorunu yatmaktadır. Halkın sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yükselmesi ve karşılığının sağlık kuruluşlarının fiziksel şartları ile personel yetersizliklerinin göz ardı edilerek alınamayacağı, zira yükselen beklentiler karşılanamadığında, hasta ve hasta yakınlarının hayal kırıklıklarının sorumlusu olarak sağlık çalışanlarını hedefte gördüğünü belirtilmektedir (Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013).

Türk Tabipleri Birliği (2013) sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranının Türkiye açısından %49- 91 arasında değişkenlik göstermekte olduğunu belirtmektedir. Bu oran; bölgelere, hastanelere göre değişkenlik gösterebildiği gibi; sağlık çalışanlarının şiddet olayını raporlama durumuna göre de değişkenlik gösterebilmektedir.

Yıldız'ın 2017' de yapmış olduğu çalışmada sağlık personeli arasında şiddete en çok iki kere maruz kalanlar %15,3, ikiden fazla maruz kalanlar %47,4 sıklıktadır. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma riskinde yaş faktörünün kayda değer olduğu gözlenmekte, 30 yaş üstünün daha sık şiddete maruz kaldığı tespit edilmektedir. Kurumlara göre ise sırasıyla 112 ambulans personeli, tıp fakültesi hastanesi personeli, devlet hastanesi personeli, eğitim araştırma hastanesi personeli, özel hastane personeli en sık şiddete uğramıştır (Yıldız, 2019).

Şiddete uğrama sıklığı açısından en riskli çalışma alanlarının sırasıyla acil servis, poliklinik, pediatri servisi, aile hekimliği, cerrahi servisler, kardiyoloji, yoğun bakım üniteleri, ambulanslar olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak sağlık hizmetleri birimlerinin hemen hemen her alanında şiddet olduğu tespit edilmiştir (Sevimli, 2020).

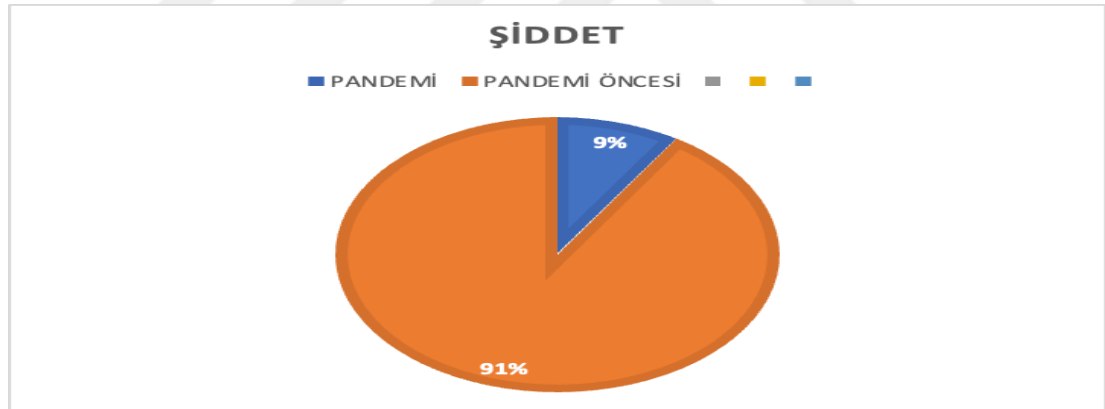
Sağlık çalışanları ekip arkadaşları tarafından da şiddete maruz kalabilmektedirler. En sık sözel şiddete maruz kaldıkları ve şiddetin hastalardan ve hasta yakınlarından sonra diğer sağlık çalışanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Demirci ve Uğurluoğlu, 2017).

Sağlık çalışanlarının işyerlerinde yaşadıkları şiddetin gerçek boyutunun bilinmediği ve eldeki verilerin buzdağının sadece görünen kısmı olduğu raporlarda belirtilmektedir (Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013). 2017 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının şiddet sonrası; Sağlık Bakanlığı'na %8,4, meslek odasına %1,2, polise ve hastane güvenliğine de sırasıyla %6 ve %8,7 bildirimde bulunduğu tespit edilmiştir (Yıldız, 2019).

Çamcı ve Kutlu'nun yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet olaylarını bildirmeme nedenlerinin; bildirimi gereksiz bulmaları, olumsuz sonuçlardan korkmaları, mesleklerinin bir parçası olarak düşünmeleri olduğu belirtilmiştir (Çamcı ve Kutlu, 2011). Sağlık çalışanlarının işyerlerinde mağdur olarak saldırıya uğrama risklerinin; gardiyanlardan, polis memurlarından, nakliye işçilerinden, banka çalışanlarından 16 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kingma, 2001).

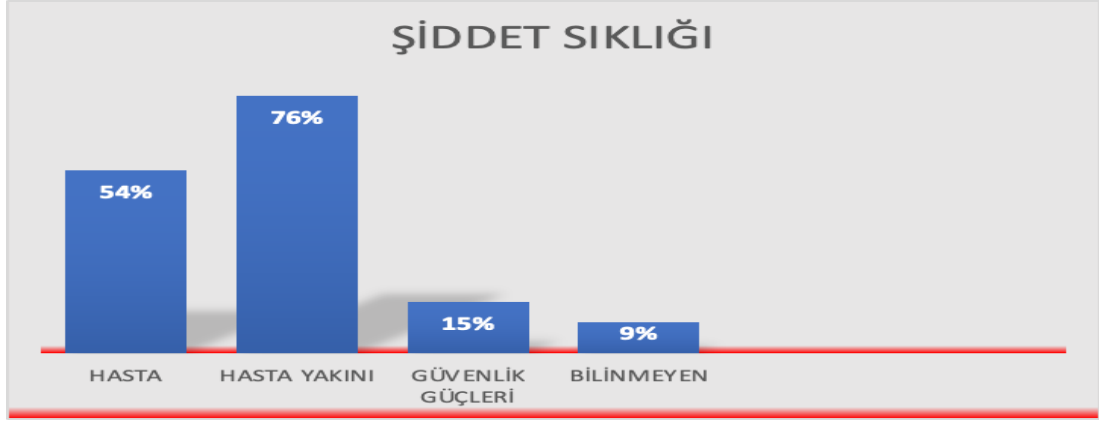
Her şikâyet ve bildirim gelişmelere katkı sağlayacak bir veri kaynağı olacak (Gündüz Hoşgör ve Hoşgör, 2019) mevzuat açısından güncel gelişmeler yapılabilecek sağlık sektörü çalışma koşulları iyileştirilerek sağlık çalışanlarına yönelik şiddet azaltılabilecektir. Bu değişikliklerin sonuçları ile değerlendirildiği henüz kapsamlı bir çalışma bulunmamıştır. Şiddete sıfır toleransla şiddet uygulayan kişilerin cezasını çekmelerini sağlamak şiddeti azaltmada etkili bir yol olarak durmaktadır.

Portekiz, Tayvan, İtalya, Kolombiya ve Bulgaristan’da 2021 yılında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırması yapılmıştır. Çalışmada sağlık personeline karşı şiddetin çoğunun pandemi öncesi yaşandığı, pandemi süreci ile beraber kurumların %10’unun şiddet raporladığı bildirilmiştir. Çalışanların %60’ı pandemi sonrası şiddet olaylarında artış olduğunu bildirmiştir. Şiddetin pandemi ile bağlantılı olarak artışının %9 olduğu, salgın ile bağlantılı olmayan şiddetin %91 olduğu bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).



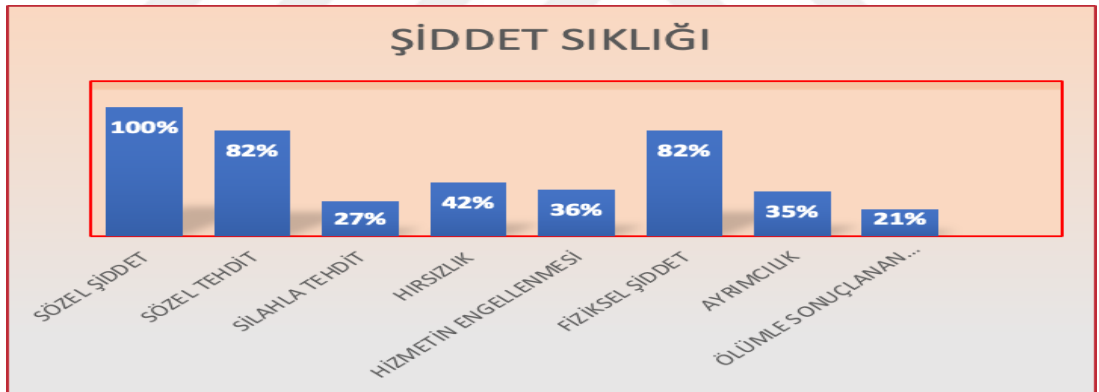
Şekil 1.1. Pandemi ve pandemi öncesinde şiddet sıklığı (ICN, ICRC, IHF, WMA)

Çalışanlara şiddet uygulayanların %54 hasta, %76 hasta yakını olduğu, %15 askeri veya güvenlik güçleri ve % 9 bilinmeyen saldırganlar olduğu bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi: 09.11.2022).



Şekil 1.2. Şiddet Failleri (ICN, ICRC, IHF, WMA)

Bildirilen şiddet olgularında sözel şiddet %100, sözel tehdit %82, silahla tehdit %27, hırsızlık %42, hizmetin engellenmesi %36, fiziksel şiddet %82, ayrımcılık %35, ağır hasar veya ölümle sonuçlanan şiddet %21 olduğu belirtilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi: 09.11.2022).



Şekil 1.3. Şiddet Türleri ve Sıklığı

Yaşanan şiddet olaylarının sıklık sırasıyla; acil servislerde, psikiyatri servislerinde, ameliyat ve yoğun bakım servislerinde, pandemi ile birlikte aşı birimlerinde, danışma birimlerinde, kadın doğum servislerinde, koruyucu sağlık merkezlerinde, arşivlerde, çocuk ve yeni doğan servislerinde, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde yaşandığı bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi: 09.11.2022).



Şekil 1.4. Birimlere Göre Şiddet Sıklığı

Çalışmada insani gelişmişlik düzeyi ve şiddet bağlantısı araştırılmış olup; İGE düzeylerine göre ülkelerdeki şiddet bildirimlerinde, en temel ortak sorunun iletişim, güvenlik ve çalışma ortamı olduğu dikkat çekerken, daha düşük İGE seviyesinde olan ülkelerde güvenlik ve çalışma ortamına vurgu yapılmış, çok düşük İGE düzeyindeki ülkelerde ruh sağlığı ve iletişim konularından daha az bahsedildiği bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

1.6. Sağlık Çalışanının Şiddet Karşısında Tutumları ve Etkileri

Şiddet mağduru kişilerin %40,1 şiddet sonrası hastalarla eskisi gibi iyi ilişki kuramadığını belirtmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalan çalışanlar şiddet sonrası ortalama 11,5 gün izin almakta (Boafo ve Hancock, 2017), bu da çalışan işgücü kaybı ile şiddetin personel sıkıntısı olan yerlerde daha ciddi sorunlara sebep olmaktadır. Mağdur çalışanlarda işe bağlılık düzeylerinde ve hastalara bakım verme isteklerinde önemli ölçüde azalma olduğu belirtilmiş olup; hastaların bakımdan da memnun olup olmadıklarını artık umursamadıkları belirtilmiştir (Agbornu ve ark., 2022).

Şiddet sonrası davranışlar incelendiğinde; %43 sağlık merkezlerinde önlemler alınmış, %21 kişiler şiddet karşısında tutumlarında tolerans göstermemiş, %15 yönetimin inisiyatifine bağlı kalmış, %9 personele baskı oluşturulmuş, %9 kayıtsız kalmış, %3 personel baskısı ile olaya sert müdahale edilmiştir. Şiddete karşı önlemlerin alınmamasında altta yatan sebepler olarak; raporlanan şiddet verilerinin

azlığı, önlemler için yeterli zamanın olmaması, ülkedeki siyasi yapılanma ve güvenlik durumu bildirilmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Şiddetle baş etmede kişilere çözüm önerileri sorulmuş ve %70'i çalıştıkları alanda güvenlik önlemlerinin uygulanması, %70'i şiddet olaylarının raporlanması ve takibinin yapılması, %70 iletişim becerileri ve stres yönetim alanlarında personel eğitiminin önemli olduğu, %67 risk değerlendirme ve yönetme becerisinin önemli olduğu, %57 tüm personelin koruyucu önlemlere erişiminin sağlanması gerektiği, %53 personelin ruh sağlığı ve psikososyal açıdan desteklenmesi gerektiği, %50 davranışsal açıdan etik davranılması, %40 acil durum planların uygulanmasının gerektiği, %37 hastane içinde gerekli kişilere ve birimlere ulaşmanın kolay olması, %27 tüm personelin dinlenmesi için gerekli zaman ve yerin sağlanması gerektiğini belirtmiştir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Şiddet olaylarına ani müdahalede açısından güvenlik ile iletişimin hızlı ve kolay olması gerektiği belirtilmiştir. Güvenlik görevlilerinin ayırt edilebilecek şekilde kılık kıyafetinin dikkat çekici olması ve sağlık birimlerinin duvarlarında birimlere silahla girilmesinin yasak olduğunu belirten afişlerin olmasının saldırganlığı azalttığı bildirilmektedir. Şiddet olaylarının yaşandığı yerlerde ayrıntılı olay analizinin yapılmasının, failler ve olay türleri açısından detaylı dokümantasyon oluşturulmasının önemi vurgulanmaktadır. Birim içerisinde genel güvenliğin güçlendirilmesi adına kameraların önemli olduğu, birimlerde risk değerlendirilmesinin yapılmasını ve yüksek riskli birimlerde personelin sığınabileceği kilitli alanların oluşturulması, binaların çevresi de dahil olmak üzere kör alanların olmaması, yeterli aydınlatmanın ve kameralarla denetlenme sağlanmasının güvenliği artırma yönünde adımlar oluşturacağı bildirilmektedir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Şiddet karşısında farkındalığın oluşabilmesi için personel eğitimi önemli yere sahiptir. Şiddet mağduru personelin hukuki ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanması gerekmektedir. Bildirilen şiddet vakalarının doğrudan savcılık düzeyinde raporlama sisteminin oluşmasının caydırıcı olabileceği çalışan güvenliği açısından önem arz etmektedir. İGE'si düşük olan ülkelerin yüksek olan ülkelere göre

daha az oranda psikolojik ve psikososyal destek aldıkları rapor edilmiştir. Stres yönetimi eğitiminin şiddet yönetiminde etkili bir faktör olduğu, İGE'si daha düşük olan ülkelerinde eğitim düzeyinin düşük olduğu da belirtilmektedir (ICN, ICRC, IHF,WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Şiddete maruz kalmanın veya tanık olmanın, çalışanların kaygı içerisinde olmalarına zemin oluşturabileceği bildirilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının, çalışma alanlarının güvensizliğinin kişileri ruhsal olarak olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Öyle ki bu sıklığın %36- 92 arasında olduğu belirtilmektedir (Türk Tabipler Birliği Şiddetle Başa Çıkmak, 2013).

Sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik zarar görmesinin yanı sıra, iş motivasyonunun da yüksek düzeyde etkilendiği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra hizmet kalitesi ve sağlık hizmeti sunumunun da etkilenerek sağlık sektöründe mali kayıplara neden olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, Violence and Injury Prevention).

Şiddet ve şiddete maruz kalma, tanık olma durumu veya tehlikesi; uygun müdahale edilmedikçe travma sonrası stres bozukluğuna kadar gidebilecek rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Mağdurların tanıdıkları ya da tanımadıkları kişilere karşı güveninin sarsılabileceği belirtilmektedir. Bu durum silsile halinde kişilerde istikrarsızlıkla birlikte üretkenliğe zarar vermekte ve iş verimini de düşürmektedir (İnsani Gelişme Raporu (Özet), 2021/2022).

Şiddetle karşılaşmanın çalışanlarda bıraktığı en önemli etkilerden birisi olan suç korkusu kişilerin psikolojisinin bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (Ömeroğlu, 2012).

Genel güvensizlik duygusu ile etkilenen şiddet suçu mağdurları; yaşamı sınırlandırarak kendi dünyalarını küçültebilmektedirler (Wolynn, 2018). Bu şekilde yaşamak ve çalışmak çok yorucu olabileceği gibi, devamlı stres içinde çalışmanın post

travmatik davranış bozukluğu etkisi yıllarca devam edebilmektedir. Korku duygusu, risk algılamasına bağımlı olarak değişmekte olup; algılanan risk arttıkça güvenlik güçlerinin, yaptırımların etkisiz olduğu inancının da artış gösterdiği belirtilmektedir (Tören Yücel, 2009).

“Emniyet ve hak işleri ile ilgili usullerde kanunlarda, kolaylık, çabukluk, açıklık ve kesinlik esas olmalıdır” (Türkiye Büyük Millet Meclisi, Zabıt Ceridesi, İçtima:3, 1937). Suçlunun, muhakkak ceza alabileceği öngörüsü taşıması durumlarında, cezaların önleyici etkisinden de bahsedilebilir (Erem, Erişim Tarihi: 26.11.2020).

Sağlık çalışanlarının güvende hissedebilmelerinin bir diğer yolu, şiddetin ayak seslerini tanıyabilmek ile mümkündür (Hunt, 1990). Hızlı yürüme, sinirli hareketler, diğer insanlara çok yaklaşma, yükselmiş ses tonu, duvarlara- eşyalara vurma, kendine vurma, uygun olmayan gülmeler, ani durma ve ardından saldırma gibi yüzdeki ya da davranıştaki değişiklikleri gözlemleyerek şiddetin uyarı işaretleri önceden tahmin edilebilirse, şiddete maruz kalma durumunun engellenebileceği belirtilmektedir (Türk Tabipleri Birliği Şiddetle Başa Çıkmak, 2013).

1.7. Çalışmanın Parametreleri

1.7.1. Dünya Sağlık Örgütü

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm insanların en yüksek sağlık standardına ulaşmalarını desteklemek için üye devletlerle birlikte çalışan bir kurumdur (World Health Organization, Working With Countries, Territories And Areas Erişim Tarihi: 16. 04. 2022). Çalışmada incelenen ülkeleri DSÖ’nün altı farklı alt bölgesi olan Afrika Bölgesi, Amerika Bölgesi, Güney Doğu Asya Bölgesi, Avrupa Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesi’nden seçilmiş ülkeler oluşturmaktadır.

1.7.2. İnsani Gelişme Endeksi

İnsani gelişme kavramı ilk kez 1990 yılında ortaya konulan bir kavramdır. Bu kavram açısından gelir, eğitim, sağlık alanındaki göstergeleriyle birlikte ülkeler değerlendirilmeye alınmaktadır. Günümüze kadar Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı aracılığıyla değerlendirilmeye alınmaktadır (İnsani Gelişme Endeksi Kamuoyu (İGE-K), 2017).

“İnsani gelişme, ekonomik büyüme yaratırken bireylerin sahip oldukları fırsat ve özgürlükleri de artırma sürecine verilen isimdir”. İnsani gelişmenin temel unsurlarının, Birleşmiş Milletler 'in İnsani Gelişme Endeksi (İGE)'ndeki; bireyin uzun, sağlıklı ve yaratıcı bir hayat yaşaması, bilgi ve eğitim alabilme imkânına sahip olması, insana yaraşır bir hayat için gerekli kaynaklara ulaşabilmesi olduğu belirtilmektedir (İnsani Gelişme Vakfı, İnsani Gelişme Nedir?, Erişim Tarihi: 14. 04. 2022).

Bir ülkenin gelişebilmesi için sadece ekonomik büyümenin tek başına yeterli olmadığını savunan İGE'ye göre; (Human Development Index (HDI) İGE, insani gelişmenin temel üç boyutu olan sağlık, eğitim ve insanca yaşama kaynaklarına erişim ile beraber uzun ve sağlıklı yaşam, bilgi ve insana yaraşır yaşam standartları açısından sağlanan ortalama başarıyı ölçen kompozit bir göstergedir (Human Development Report, 2020, Erişim Tarihi: 01. 02. 2022).

Uzun ve sağlıklı yaşam; eğitime erişim, insana yaraşır bir yaşam standardı verilerinin geometrik ortalaması alınarak hesaplanmaktadır (Technical Notes, Calculating The Human Development Indices—Graphical Presentation, Erişim Tarihi: 10.11.2022).

İnsani gelişme dört kategoride ele alınmaktadır. Bu dört kategori için baz alınan puanlama sistemi mevcuttur. Bu puanlamaya göre 0.800 ve üzerinde puanlama alan ülkeler çok yüksek insani gelişmişlik endeksinde; 0.700-0.799 arasındaki

puanlamada olan ülkeler yüksek insani gelişmişlik endeksinde; 0.550-0.699 arasındaki puanlamada olan ülkeler orta insani gelişmişlik endeksinde; 0.550'nin altında puan alan ülkeler ise düşük insani gelişmişlik endeksinde kategorilendirilmektedir (Technical Notes, Calculating The Human Development Indices—Graphical Presentation, Erişim Tarihi: 10.11.2022).

İGE düzeyi ve sağlık çalışanına şiddet araştırmasında; İGE düzeylerine göre şiddet bildirimlerinde en temel ortak sorunun iletişim, güvenlik ve çalışma ortamları olduğu bildirilmektedir. Çok düşük İGE düzeyindeki ülkelerde ruh sağlığı, iletişim gibi konuların daha az önemsendiği bildirilmektedir. Orta ve düşük İGE düzeyindeki ülkelerde saldırıların faillerinde bilinmeyen saldırganlar ile askeri ve güvenlik güçlerinin saldırılarının yaygın olduğu belirtilmektedir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

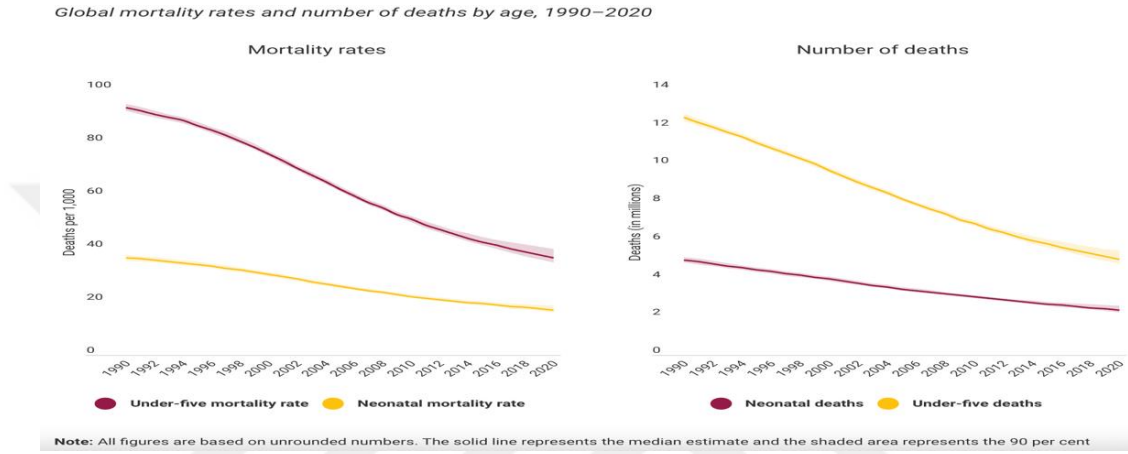
1.7.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Doğumda beklenen yaşam süresi; “Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır”. Ortalama beklenen yaşam süresi; ülkelerin gelişmişlik düzeyini, toplum refah düzeyini ölçmedeki parametrelerden biridir. Gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde bu sürenin uzun olduğu görülmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, Erişim Tarihi: 02.02.2021).

1.7.4. 5 Yaş Altı Ölüm Hızı

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi kriterlerinden biri olan beş yaş altı ölüm hızını, UNICEF her 1000 canlı doğumda; doğum ile tam 5 yaş arasındaki ölme olasılığı olarak tanımlamaktadır. Dünya genelinde 2020 yılında 5 yaşından küçük 5 milyon çocuk öldüğü belirtilmektedir. Beş yaş altı küresel ölüm hızının 1990'da 1000 canlı doğumda

93 iken 2020'de 37'ye düşerek yüzde 61 azaldığı görülmektedir. 5 yaş altı ölümün büyük ölçüde önlenabilir bir durum olduğu, coğrafi ve ekonomik eşitsizliklerin çocuklar için ölüm riskini artırdığı belirtilmektedir. Dünyada çocuk ölüm hızı en yüksek olan bölge 1000 canlı doğumda 74 ölümle Sahra altı Afrika bölgesidir. Dünyadaki 5 yaş altı ölüm hızları ve ölüm sayıları (1990-2020) aşağıdaki grafikte de görülmektedir.



Şekil 1.5. Dünya'daki 5 yaş altı ölüm hızları

(UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Under-five mortality, Aralık 2021, Erişim Tarihi: 23. 02. 2022).

DSÖ'ne göre uluslararası standartlara uygun eğitim gören ebelerin baktığı kadınların bebeklerini kaybetme ihtimali % 16 daha düşük, erken doğum ihtimali ise % 24 daha düşüktür (Unicef-5 yaş altı çocuk ölümleri artabilir, Erişim Tarihi: 23. 02. 2022).

5 yaş altı çocuk ölüm hızını; ülkelerin sağlık politikaları, sağlık harcamalarına ayrılan bütçe, sağlık hizmetlerinin kaliteli işleyişi, sağlık işgücünün iyi yetişmiş olması, sağlık hizmetlerine kolay ve ücretsiz ulaşılabilmesi, anne eğitimlerinin önemi, ülkenin gelişmişlik düzeyi, hane halkının geliri gibi birçok dinamiğin belirlediği bilinmektedir. Dhrifi'nin yapmış olduğu bir çalışmada, kişi başına düşen gelirdeki %1'lik artışın çocuk ölümlerini yüzde 0,76 oranında azalttığı belirtilmiştir (Dhrifi, 2018).

1.7.5. Beklenen Öğrenim Süresi

Eğitim; “dünyayı anlayan, bu anlayıştan beslenen ve durmak dinlenmek bilmeden, dünyayı daha iyi yönde değiştirmeye çalışan insanlar” (Gardner, akt: Bektaş ve Horzum, 2014) yetiştirmeyi hedefler. İGE’yini hesaplamada kullanılan eğitim endeksini belirlemek için, ülkedeki beklenen öğrenim süresi kullanılmaktadır. Beklenen öğrenim süresi, “okula başlama yaşındaki çocukların göreceği beklenen öğrenim süresi ile yaşa özgü okullaşma oranlarının çocuğun yaşamı boyunca aynı kalacağı varsayımıyla, çocuğun eğitim almayı bekleyebileceği toplam süre ile ölçülmektedir” (Tıraş, 2019).

İGE’si daha düşük olan ülkelerde eğitim düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Toplumdaki bireylerin okur yazarlığı, eğitim seviyeleri sağlık hizmetlerini işlevsel kullanabilmeleri açısından önemlidir. Toplumdaki halkın sağlık okur yazarlığı ise hastaneye başvuru düzeyini düşürüp yoğunlukları azaltabilmesi açısından önem arz etmektedir Birinci basamak sağlık hizmeti sağlık hizmetlerine ilk giriş noktası olması açısından bireylerin eğitim düzeyine uygun müdahaleler ile hem bireylerin hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayabilirler (Çopurlar ve Kartal, 2016).

1.7.6. Ortalama Öğrenim Süresi

Ortalama öğrenim süresi, yetişkin nüfusun ortalama öğrenim süresini, bir başka deyişle yirmibeş yaş ve üstündeki öğrenim süresini tanımlamakta olup, bireylerin ömürleri boyunca gördükleri öğrenim süresini belirtmektedir (Tıraş, 2019). Okul ve toplumsal gelişmenin birbirleriyle doğrudan etkileşim halinde olduğu bilinmektedir (Dewey, 2012).

Ülkelerin refah düzeyini etkileyen en kritik unsur; üretkenlik düzeylerini yükseltebilme becerisine sahip olabilmeleridir. Üretkenlik becerisine sahip olabilmek

ise; donatılmış bilgi, kazanılmış beceriler ile çevrelenmiş ve bu becerileri etkin kullanabilen insan sermayesi ile oluşabilmektedir. Yapılan bir araştırmada, çalışan işgücünün eğitiminde %10'luk artışın işgücü verimliliğini %2 oranında artırdığı bildirilmiştir. Daha ileri derecede beceri ve kazanımlara sahip bireylerin; ekonomik kazanım becerilerinin daha yüksek olması, zor görevleri kolaylıkla yapabilmesi, karmaşık sorunların üstesinden daha kolay gelebilme becerileri ve kazanımları sayesinde üretkenliği artırdıkları bildirilmiştir (Aznarve ark, 2015).

Yapılan araştırmalara göre, eğitimin artması ile istihdam olanaklarının ve bununla beraber gelirin arttığı saptanmıştır. Gelir artışının bireylerin yaşam koşullarını, sağlıklı yaşam biçimini ve kişilerin sağlıklarını olumlu yönde etkilediği ortaya konmaktadır. Yaşa ve eğitim seviyelerine göre kişilerin sağlık bildirimleri incelendiğinde, yüksek eğitilmiş kişilerin tüm yaş gruplarında daha sağlıklı oldukları saptanmıştır (Living Conditions Survey Republic Of Mauritius Ministry Of Finance, Economic Planning And Development Statistics Mauritius How Do Mauritians Feel About Their Health? (Based On Living Conditions Survey 2018/19, 2020, Erişim Tarihi: 20.07.2022).

Kişilerin eğitim oranlarının artmasıyla kişilerdeki beklenen yaşam sürelerinde artış, bebek ve çocuk ölüm hızlarında azalma olduğu tespit edilmiştir. Yükselen yaşam standartlarının, kişilerin kaliteli sağlık hizmetlerine erişimiyle birlikte, beklenen yaşam süresinin artmasına olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmektedir (Vandeweyer ve ark., 2021).

Eğitimin şiddet ile ilişkisi incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet faillerinin % 75'inden fazlasının orta öğretim mezunu düzeyinde olduğu belirtilmiştir (Bakary Dembele ve ark., 2021).

1.7.7. Kişi Başına Düşen Hemşire

Çalışmanın bu parametresinde DSÖ verileri eşliğinde 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, toplam hemşire ve ebe sayısı ele alınarak incelenmiştir.

T. C. Sağlık Bakanlığı hemşirelik mesleği görev tanımını “Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” (Hemşirelik Yönetmeliği, madde 6) şeklinde tanımlamaktadır.

Hemşirelik, sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olarak, tüm sağlık hizmetlerinde ve toplumun diğer tüm alanlarında hastalıkların önlenmesinde, sağlığın sürdürülmesinde önemli rol almaktadır (ICN, 2002).

OSHA (Occupational Safety And Health Administration) hastanelerde yaşanan şiddet olaylarında personel yetersizliğini şiddet nedenleri arasında göstermiş olup, özellikle personelin yemek saatlerinde şiddetin arttığını bildirmektedir. Ayrıca, OSHA’ ya göre sağlık hizmet sektöründeki işyeri şiddet sıklığı diğer tüm işyerlerindeki şiddet olaylarının %10,2’sini oluşturmaktadır. 1993 ve 2009 yılları arasında sağlık çalışanlarının diğer tüm çalışanlardan (1.000’de 5,1) %20 daha sık işyeri şiddetine maruz kaldığı bildirilmektedir (OSHA, 2016).

COVID-19 pandemisi dünyada sağlık hizmetlerinin durumunu gözler önüne sermiştir. ILOSTAT verileri birçok ülkede sağlık çalışanı sayılarının yetersiz olduğunu bildirmiştir. Yetersiz personel neticesinde; uzun çalışma saatleri, düşük ücret, iş sağlığı ve güvenliği riskleri oluşmaktadır (ILO, Uluslararası Çalışma Örgütü, Erişim tarihi: 18. 04.2022).

İş yükünün çok fazla olması yetersiz personel olması kişilerde mesleklerinde yetersizlik hissini üst seviyelerde yaşatmaktadır (Brophy ve Keith, 2019) Sağlık

Çalışanları riskli sağlık birimlerinde çalışmak istememekte, kurumlardan ayrılışlar yüksek düzeyde olabilmektedir (Duong,2021b).

Özellikle Covid-19 pandemisi döneminde izne çıkamayan sağlık çalışanları, hastalığa yakalanıp vefat eden veya hastalanan sağlık çalışanlarının eksilmesiyle daha fazla etkilenmiştir (Duong, 2021a).

Artan şiddet olayları sağlık alışanlarında işe devamsızlık hızını artırmakta, bu devamsızlığın maliyetinin sadece Kanada’da 2016 yılında 989 milyon dolar olarak tespit edildiği bildirilmektedir (Registered Nurses Association of Ontario, Submission on Violence Faced by Healthcare Workers to the Federal Standing Committee on Health, 2019).

Kanada’nın bir eyaletinde sağlık çalışanlarının işyerinde şiddet ve taciz sebebiyle 25.300 gün işe gidemediği ve bunun 69 yıldan fazla bir zamana karşılık geldiği tespit edilmiştir. (Submission by The Canadian Federation of Nurses Unions to the House of Commons Standing Committee on Health Study on Violence Faced by Health Care Workers, 2019).

1.7. 8. Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru

Çalışmanın bu parametresinde DSÖ verileri eşliğinde 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, toplam hekim sayısına göre ele alınarak incelenmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı hekimler için görev tanımını; “Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alır, tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapar ve olası komplikasyonları önlenmesi için çalışır” (Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde alışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, ek-1) olarak yapmaktadır.

Hasta-hekim ilişkisi, tıbbın temel yapı taşlarından biridir. Hasta ile hekim arasında güvene dayalı olan ayrıcalıklı bir bağı temsil etmektedir (Wma Declaration Of Cordoba On Patient-Physician Relationship, October 2020).

Kalkınma Bakanlığı'nın komisyon raporunda hekim sayısının şiddetle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Buna göre "Sağlık insan gücünün niteliği, niceliği ve dağılımına ilişkin sorunların kök nedeninin kurumsallaşma eksikliği olduğu ve bu nedenle sağlık tesislerinde ortak veri ve kültür üretilmediği düşünülmektedir. Hekim hastasına gerekli muayene süresini ayıramamakta, bu durum da hekim hasta ilişkisini ve tedavi prognozunu olumsuz etkilemektedir" (T.C. Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik özel ihtisas komisyon raporu, Hasta ve Çalışan Güvenliği, 2019-2023, s:44-77). Sağlık insan gücünün niceliğinin durumu sağlık hizmetlerinde şiddeti tetikleyen unsur olarak görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda yargıya intikal eden sorunlarda aşırı iş yükü belirtilmekte, bu sorunun arz-talep denge sorunu olduğundan hareketle iş yükünün üstesinden gelinebilir düzeyde işgücü olması gerektiği belirtilmektedir (Yücel, 2010). Sağlık işgücü sayısının yeterli olmayışı sağlık sisteminin yetersiz şekilde işlemesi yanı sıra adli olaylara daha fazla maruz kalınma ihtimalini de beraberinde getirmektedir.

Çalışma şartları ağır olan sağlık çalışanlarının aşırı stres altında çalıştığı bilinmektedir. Çin'de hekimlerde iki hafta süre ile zihinsel yorgunluk seviyesi ölçümü yapılmış ve hekimlerin günlük uyku süresinin 5,3 saat olduğu belirtilmiştir. Uyanık oldukları saatlerin %48'inde zihinsel etkinliklerinin %80'in altında, geri kalan sürede ise zihinsel etkinliklerinin %70'in altında olduğu bildirilmiştir. Gece çalışan hekimlerin gündüz çalışanlara kıyasla %24 daha fazla tıbbi hata riskine sahip olduğu, iyi dinlenememiş hekimlerin iyi dinlenmiş hekimlere kıyasla %22 daha fazla tıbbi hata riski altında olduğu belirtilmiştir (Chinese Medical Doctor Association, 2015, Erişim tarihi:30.08.2022).

Uzun çalışma saatleri ve yetersiz dinlenmenin, stres, uykusuzluk ile kardiyovasküler hastalıklar açısından daha riskli olduğu belirtilmektedir (Chinese Medical Doctor Association, 2015, Erişim tarihi:30.08.2022).

1.7.9. Kişi Başına Düşen Hastane

Hastaneler, sağlık sisteminin önemli bir parçası olmakla beraber, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Sağlık profesyonellerinin eğitimi için uygun ortam, klinik araştırmalar için de uygun zemin oluşturur. İyi tasarlanmış bir hastane ortamı, sağlık bakım hizmetinin etkinliğini en üst düzeye çıkarıp hastaların ve hastane personelinin refahını artırmaktadır (World Health Organizations Hospitals, Erişim Tarihi: 20.03.2022).

1.7.10. Kişi Başına Düşen Hastane Yatakları

Hastaların 24 saatten fazla bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hastalara devamlı tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere ya da hasta odalarına yerleştirilen yataklara hastane yatağı denilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018). Bir popülasyonda her 10.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, yatan hasta hizmetlerinin kullanılabilirliğini belirtmek için kullanılır (The Global Health Observatory, Hospital Beds (Per 10 000 Population, erişim tarihi:06.04.2022).

1.7.11. Sağlık Hizmeti Sunumu

Sağlık hizmetlerinin amacı; hastalıkları önlemek, toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalık durumunda teşhis ve tedavi etmektir. Sağlık hizmeti sunumları bireysel iyilikten topluma uzanan sağlığı iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Handbook of WMA Policies WMA Declaration On Guideline For Continuous Quality Improvement in Health Care, 2019).

Finansal düzenleme ile ilgili kaynaklar, kurumlar, kuruluşlar, insanlar; sağlık hizmetlerinin birincil amacı olan sağlığı iyileştirmek ve sürdürmek olan tüm faaliyetlerin ve yapıların oluşturduğu sağlık hizmetlerinin sağlanması amacı ile sağlık sistemini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetinin amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek veya mevcut halini sürdürebilmektir. Bunun için oluşan tüm yapılanma, insanlar ve hizmetler sağlık sistemini oluşturmaktadır. Sağlık sistemi birbirleriyle etkileşim halinde olan birçok faktörle oluşur. Sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık işgücü, tıbbi ürünler ve teknoloji sağlık hizmetlerinin temel araçlarıdır. Kişisel sağlık hizmetleri; önleyici, teşhis edici, rehabilite edici olarak doğrudan bir kişi tarafından tüketilen olarak tanımlanırken, kişisel olmayan sağlık hizmetleri uygulanan eylemler olarak tanımlanmaktadır. Fayda sağlayan sağlık sistemi tüm nüfusu kapsayacak şekilde olmalıdır. Finanse edebilecek yeterli gelirin olmaması durumu kaliteli hizmetlere erişimi zorlaştıracaktır (Health Policy Series, No. 57, Bölüm 1, 2022).

Sağlık sisteminin etkili işleyebilmesinden sorumlu kişilerin bilgi, beceri ve motivasyonuna bağlı olarak sağlık hizmet performansı değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetleri; yeterli sayı ve nitelikte sağlık iş gücü ile birlikte ilaç ve sarf malzemeleriyle, donanımlı sağlık tesisleri ve gerekli olan su, elektrik, ulaşım gibi sağlık hizmetlerinin sunulmasında gerekli tüm fiziksel alt yapı ile ve beklenen performansta hizmet kalitesi ile sağlanabilir. Sağlık iş gücünün performansını; iş gücünün sayısı, eğitimi, dağılımı belirlemektedir. Sağlık iş gücü kalitesi ile sağlık hizmet sunumu sağlık hizmet kalitesinin iki önemli belirleyicisi olarak birbirleriyle pozitif yönde etkileşim halindedir. Sağlık tesislerinin altyapısının olmaması ve tıbbi ekipman eksikliği sağlık bakım performansını olumsuz etkilemektedir. Sağlık iş gücü, altyapı, tıbbi ekipmanlar, ilaç ve sarf malzemeleri hizmet sunumunun etkili yapı taşlarıdır (Health Policy Series, No. 57, Bölüm 5, 2022).

Hizmet sunumu; organize olarak sistematik şekilde işleyen yerlerde üretim sürecindeki girdiler olup sağlık sistemlerinde temel unsurlardandır. Hizmet sunumu yönetim, finans ve kaynak üretiminin ürünüdür, bu üç yapıdan etkilenir ve bu yapıları etkiler (Health Policy Series, No. 57, Bölüm 7, 2022).

Kaynak üretimi; yeterli seviyede insan, fiziki yapılanma ve kaynaklara sahip olmak, hizmetin etkin sunulmasını sağlamaktadır. Uzun bekleme süreleri hizmet sunumunda önemli sorun teşkil etmektedir. Sağlığın iyileştirilmesi; yaşam beklentilerinde artma ve ölüm oranlarında azalma ile, finansal kaynak nedeniyle sağlık harcamalarının düşük olması ise tersi durum ile ilişkilidir. Karşılanamayan sağlık hizmeti ve yetersiz erişim kaliteyi etkilemektedir. Yönetim ise sağlık sistemlerinin iyi kurulmasında önemlidir ve sağlık hizmet sunumunun kalite göstergesini oluşturmaktadır (Health Policy Series, No. 57, Bölüm 8, 2022) Sağlık hizmet sunumu kalitesi hasta ölümleri ile sonuçlanabileceğinden ciddi önem arz etmektedir. WHO raporuna göre, sağlık hizmet sunumu esnasında istenmeyen olaylardan kaynaklanan hastaların zarar görmesi durumu dünyadaki en büyük 10 ölüm ve engellilik sebeplerinden biridir (Health Services Delivery, WHO European Centre For Primary Health Care Annual Report 2019, Erişim Tarihi: 20.03.2021).

Hizmet sunumu performansı, diğer sağlık sistemi işlevlerinin performansına bağlı olarak değişmekte ve bu durumdan etkilenmektedir. Hizmet sunumunu etkileyen diğer etkenler; halk sağlığı, sağlık hizmetleri basamakları, uzman bakımı, HIV-tüberküloz bakımında kalite, güvenlik, etkinlik, verimlilik, erişilebilirlik ve eşitlikler. Hizmet sağlayıcı kuruluşun niteliği; sağlık sistemi performansının değerlendirilmesinde etkilidir. Hizmet sunumu insan kaynakları, sermaye, tıbbi sarf malzemeleri ile beraber tüm girdiler ile birlikte yönetim, finans ve kaynakların bütünü olarak değerlendirilmektedir (Health Policy Series, No. 57, Bölüm 7,2022).

Hizmet sunumunda kalite performansın merkezindedir. Kalite; bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin istenilen sağlık sonuçlarına yaklaşma ve sahip olunan tıbbi bilgilerle tutarlılık derecesi olarak tanımlanmaktadır. Kaliteyi ölçmede altı alt bileşen bulunmaktadır. Bunlar etkililik, güvenlik, kullanıcı deneyimleri, sağlık hizmetlerine erişim, eşitlik ve verimliliklerdir. Etkililik; bir hizmetin hasta, nüfus veya organizasyon düzeyinde istenen sonuçlara ulaşma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik; sağlık bakım sürecinde sağlık hizmetlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçları önleme ve iyileştirme derecesidir. Erişim; hizmet sunumunda hizmet kullanıcılarının gözlemleriyle sağlık hizmetinin ölçüldüğü ve değerlendirildiği

kullanıcı deneyimleridir. Eşitlik; sağlık hizmetlerinin ne ölçüde mevcut ve zamanında ulaşılabilir olduğu sağlık hizmetlerinin nüfus arasındaki dağılımının ne ölçüde adil olduğunu gösteren ölçüttür. Verimlilik; sağlık sisteminin girdisi olan kaynaklar ile hizmet çıktısının arasındaki ilişkiyi ayırt eden veridir (Health Policy Series, No. 57, Bölüm 7, 2022).

Sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık bakım hizmetleri insanların hayatları süresince sağlık ihtiyaçlarının çoğunu karşılamaktadır. Herkes için her yerde sağlık hizmeti politikası kapsamında olduğu için insan merkezli yapılardır. Ülkeler birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarına daha fazla önem verip yatırım yapabilse yılda 60 milyon hayatın kurtarılabilmesi mümkündür (Who, Primary Health Care, Erişim Tarihi: 11. 07.2022).

Sağlık sistemleri, sağlıkla ilgili hedeflerde ilerlemeyi hızlandırmak için bir araç olabileceği gibi, aynı zamanda ilerlemeyi engelleyen bir kısıtlama kaynağı da olabilmektedir (WHO, Health system performance assessment: a framework for policy analysis, 2022, s. 14). Sağlık sistemlerinin etkili işleyememesinin nedenlerinden biri de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusudur. Hükümetlerin sorumlu tutulabileceği bir dizi politika ve yasal düzenleme ile birlikte sağlık sektörünün şiddetten uzak ve daha doğru doğru işleyebilmesi önem arz etmektedir.

1.7.12. Nüfus Yoğunluğu

Nüfus yoğunluğu, belirli bir alan büyüklüğüne düşen nüfus miktarının hesaplanması ile elde edilir. Kentleşme düzeyleri, kentlerin yapısal özellikleri tam olarak aynıysa anlamlı bir şekilde karşılaştırılabilir. Bu nedenle ülkeler arasında karşılaştırma yapan uluslararası kuruluşlar, ülke bazındaki tanımların karşılaştırılabilir olmaması ve yetersizlikleri gibi sebeplerden dolayı üye devletler için ortak tanım ve standartlar geliştirmektedir (Sarı ve ark., 2019, s.17-18).

Dünya nüfus artışının 2075 yılında 9,5 milyar ile en yüksek seviyeye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Avrupa Birliği'nde ise nüfusun 2100 yılına kadar %20 azalması beklenmektedir. Buna paralel, genç nüfusun da azalması sosyal yardım, sağlık hizmetleri ve iş gücünün yapısı açısından önemli sonuçlar doğurabilecektir. Avrupa Birliği dışındaki ülkeler açısından ise nüfus artışı kaynaklı çatışmalar beklenmektedir (Fox, 2011, Erişim Tarihi: 17. 02. 2022).

Nüfus yoğunluğu sağlık hizmetleri açısından önemli bir rol oynamaktadır. Nüfuslarının tıbbi ihtiyaçlarını karşılayabilen bir sağlık sistemi oluşturabilmek; bireylerin haklarına, gereksinimlerine, tercihlerine saygı gösterecek, aynı zamanda bireylerin sağlık sistemine duyduğu güveni, kalite ve erişim algısını da etkileyecektir (WHO, Health system performance assessment: a framework for policy analysis, 2022, s. 44).

1.7.13. Nüfus Temelli Tahmini Depresyon Prevalansı

Son bir yılda o toplumda depresif bozukluk düzeyini göstermektedir. Depresif bozukluk ilgi, zevk kaybı ve enerji azalması gibi semptomları içermektedir. Belirtilerin sayısına ve şiddetine bağlı olarak, depresif bir dönem hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilebilmektedir (The Global Health Observatory, Estimated Population-Based Prevalence Of Depression, Erişim Tarihi: 20. 03. 2022).

Depresyon; umutsuzluk, benlik saygısında düşme suçluluk duyguları ile kişilerde intihar düşüncelerini uyatabilmektedir. Anksiyete hali depresyon vakalarında intihar girişimlerinde etken oluşturabilirken intihar düşüncesi ve girişimleri depresyonun önemli belirtileri arasında gösterilmektedir (Türkiye Psikiyatri Derneği, Depresyon Konusunda Bilmek İstedikleriniz, Erişim Tarihi: 11.11.2022).

Sevildiğini, önemsendiğini hisseden ve ihtiyaçları anında güçlü bir sosyal desteğe erişebilen yetişkinlerin daha mutlu olduğu (%84), psikolojilerinin daha güçlü olduğu (%72) yaşam memnuniyetlerinin yüksek düzeyde olduğu (%85), yaşadığı

topluluğa daha ait hissettikleri (%64), akıl sağlığının daha iyi düzeyde olduğu (%67) bildirilmiştir (Government of Canada, Measuring Positive Mental Health in Canada: Social Support, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Mutluluk algısı topluluklara göre değişkenlik gösterse de, Küba için mutluluk bileşenlerinde hayatlarındaki partnerler, kültürleri, eğitimlerinin öne çıktığı belirtilmiştir.

Mutluluk parametrelerinden güvenlik %5,6'sı, zorluklarla başa çıkmak % 4,5'i için önem göstermektedir. %30'undan fazlası ise mutluluk kaynaklarının para, aşk ve dostlukla bağlantılı olduğunu bildirmiştir (Galati, 2006).

Tayland'da yapılan bir araştırmada kişilerin yaşam memnuniyetlerini belirleyen faktörler incelenmiş ve %83,4 aile hayatı, %81,1 insan ilişkileri ve %75,7 konut-barınma ihtiyacının karşılanması, %55,0 işleri, %52,4 sağlıkları ve %48,2 hane gelirleri yaşam memnuniyetlerinde etkili olarak bildirilmiştir (Kheokao ve ark.,2014).

Depresyon tüm dünyada en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında olup, her yaşta görülen (25-44 yaş aralığındaki bireylerde daha sık) bir sağlık sorunudur. Çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, baskılanma, pasif ve bağımlı olma halini öğrenme, toplumun bireylere biçtiği roller ve beklentiler, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, ayrımcılığa uğrama, boşanmış ya da ayrı yaşama durumu kişilerdeki depresyon halini tetikleyen etmenler olarak görülmektedir. Depresyon varlığı kişilerarası sorunların da nedeni olarak görülmektedir. Psikiyatrik hastalıklar artma eğiliminde olup, önemli bir halk sağlığı sorunudur (Çelik ve Hoccoğlu, 2016). 2020 yılı pandemi döneminde yapılan çalışmaya göre pandemide bireylerin % 59,9'unun zihinsel bozulmalar yaşadığı belirtilmiştir (Government Of Canada, Mental Health And Wellness, Map Of Canadian Mental Health During the COVID-19 Pandemic, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022).

Kişilerdeki zihinsel dalgalanmaların intiharla ilişkili olduğu bilinmekte olup intihar her yıl 800.000 kişinin ölümüne neden olmaktadır. İntihar girişimi veya tamamlanmış intiharların %90'ında genellikle depresyondan kaynaklı ruhsal sorunlar olduğu tespit edilmiştir (Ghana Launches National Alcohol Policy, Ministry Of Healths Of Republic).

Sağlık çalışanlarında ağır iş yükü, stres, yönetimdeki aksaklıklar, kaynaklarda yetersizlik, şiddet riski, iş doyumunda azalma, yaptıkları iş, işte kendi otoritesini kullanamama durumları ruhsal sorunlar oluşturan faktörler olarak belirtilmektedir (Jex ve ark. 1991, akt; Kaya, 2007). İngiltere’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının dörtte birinde iş stresine bağlı ruhsal sorunlar bildirilmiştir (Hardy ve ark.1997; akt, Kaya, 2007).

Sağlığı çok iyi olan kişilerin daha yüksek bir yaşam memnuniyetine sahip olduğu. sosyal yaşama aktif olarak katıldıkları, eğitimlerine önem verdikleri belirtilmiştir (Living Conditions Survey, Republic Of Mauritius Ministry Of Finance, Economic Planning And Development Statistics Mauritius, How Satisfied Are Mauritians with their lives? Living Conditions Survey- 2018-2019, 2020, Erişim Tarihi: 20. 03. 2022).

Artan saldırganlıklarla beraber kişilerin kendilerine karşı şiddet davranışlarının da arttığı, intihara meyilli kişilerin özellikle işsiz gençler ve yaşam sonuna doğru kendilerini diğer insanlara yük olarak algılayan yaşlılar olduğu bildirilmiştir (Aze.media, 2022, Erişim Tarihi: 22.08.2022).

Sağlık çalışanları arasında da iş yaşamlarında tükenmişlik neticesinde, intihar düşünceleri olan hatta intihar eylemini gerçekleştirip vefat eden sağlık çalışanları olduğu bilinmektedir (Duong, 2021a).

İntihar oranlarının yüksek olduğu bölgelerde, sağlık hizmetlerinde intihara bağlı yoğunluk olduğu bildirilmektedir (Increasing suicide rates among French

young people worry health professionals, Pascale Santi, 2022, Erişim Tarihi: 01.09.2022).

Singapur'da hastane çalışanlarına yönelik fiziksel şiddetin %70 çoğunlukla psikiyatrik bozuklukları olan, uyuşturucu ve/veya alkol kullanan yaşlı erkek hastalardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Psikotik hastaların şiddet uyguladığı personelin tekrar şiddete uğrama ihtimalinin de yüksek olduğu bildirilmiştir. Ağır demanslı hastaların saldırgan davranışlarının çalışanların can güvenliği için risk taşıdığı belirtilmiştir. (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi:30.08.2022).

Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastaları için; sakin, tehdit edici olmayan dostane ortamlar sağlamak, hasta ile iletişimde kalmak, yürüyüş ve egzersizlerde eşlik etmek, müzik dinlemek gibi sosyal müdahalelerle şiddet olaylarının azaldığı bildirilmiştir (Nair ve ark.,2008).

1.7.14. Kişi Başına Alkol Tüketimi

Alkol ve Sağlık Küresel Bilgi Sistemi (GISAH), ülkelerde alkol tüketimi, alkole bağlı zararları değerlendirmek ve izlemek için önemli bir araçtır. Alkol kullanımı 230 farklı hastalık nedeni olarak ve yılda 3 milyon ölüm ile ilişkilendirilmekte, çevredeki insanların esenliği ve sağlığı da olumsuz etkilenebilmektedir. 2018'de dünya çapında alkolün toplam tüketiminin 15 yaş ve üzeri için kişi başına 6,2 litre saf alkole eşit olduğu tespit edilmiştir. DSÖ verilerine göre kayıt dışı tüketimin dünya genelindeki toplam tüketimin %26'sını oluşturduğu bildirilmektedir (The Global Health Observatory, Resources For Substance Use Disorders. Erişim Tarihi: 06.04.2022).

Arseneault ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, psikiyatrik bozukluklar ve şiddet arasındaki ilişkiyi incelemiş, alkol bağımlılığı olanlarda şiddet davranışının 1,9 kat, marihuana bağımlılığı olanlarda ise 3,8 kat arttığını belirtmişlerdir. Eronen ve

arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir çalışmada 13 yıllık bir dönemde tekrarlayan cinayet olgularının faillerinin %75’inde alkol kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır (akt: Geniş ve ark., 2022). Mantalvo ve arkadaşları (2012) madde kullanım bozukluğu olanların %40’ının şiddet davranışı sergilediğini bulmuşlardır. Şiddet davranışı olanların daha genç yaşta olduğu ve madde kullanımlarının daha sık olduğu da tespit edilmiştir (akt. Geniş ve ark., 2022).

Bir başka çalışmada hastaneye başvuruların %20 ile %69’unun alkol tüketimine bağlı yaralanmalara ve alkole bağlı kronik hastalıklara bağlı olduğu bildirilmiştir. Bu tüketimin suç eylemlerini de tetikleyerek yaşam kayıplarını artırdığı belirtilmiştir (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Alkol tüketimi kişilerin verimliliğini düşürmekle birlikte, sağlık sektörü için endişe kaynağı oluşturabilecek düzeyde nöropsikiyatrik komplikasyonlar (ruh sağlığı sorunları), karaciğer ve kalp rahatsızlıkları, diyabet gibi risk faktörlerini beraberinde getirmektedir (Ghana Launches National Alcohol Policy, Ministry Of Healths Of Republic). Tüketilen alkolün etkisi hastanelerde yoğunluk ve beraberinde şiddeti etkileyebilmektedir. Son yıllarda korona virüsle uğraşan sağlık personelinin alkol tüketen kişilerin fiziksel ve sözlü saldırılarıyla karşılaşmış olmaları tespitler arasındadır (Algéria 360, erişim: 07.07.2022). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında stres düzeyi ve alkol tüketim oranlarının arttığı, depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesinin tetiklendiği, kişilerin riskli alanlarda çalışmak istemediği, görülmüş, işe gelme oranları düşmüştür (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019).

1.7.15. Kişi Başına Düşen Milli Gelir

Kişi başına düşen milli gelir, sağlığın en yaygın kullanılan sosyoekonomik belirleyicilerinden biri olarak kullanılmaktadır (James ve ark., 2012).

Kişilerin gelir düzeyi ile sağlık durumları arasında güçlü bir bağ mevcuttur (Marmot, 2002, akt: Subramanian ve Kawachi, 2006, s:13). Daha yüksek gelirlere

sahip olanların; kaliteli beslenme, temiz suya kolay erişim, konforlu barınma, kaliteli sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlığı geliştiren ve koruyan hizmetlere erişimi daha kolay olmaktadır (Bloom & Canning, 2000, akt. Subramanian ve Kawachi, 2006, s:13).

Gelir durumuna bağlı olarak, yetersiz beslenme özellikle 5 yaş altı çocuklar arasında bir öncelikli bir halk sağlığı sorunudur. Mali’de çocukların hastaneye yatışlarının nedenlerinden %54,1’ini malnutrisyona (beslenme yetersizliği) bağlı genel durum bozukluğu oluşturmaktadır (Abdoul Karim, 2021).

Kişilerin gelir durumlarına göre sağlık algısının değiştiği de belirtilmektedir. Yüksek gelirli hanelerdeki kişilerin %82’si sağlıklarını iyi veya çok iyi olarak değerlendirirken yoksul hanelerde bu sıklık düşmektedir (Living Conditions Survey Republic Of Mauritius Ministry Of Finance, Economic Planning And Development Statistics Mauritius How Do Mauritians Feel About Their Health? (Based On Living Conditions Survey, 2018/19, 2020, Erişim Tarihi: 20.03.2022).

Hane halkı geliri kişilerin ruh sağlığını, kişilerin ruh sağlığı durumları da yoksulluğu tetiklemektedir (Ministry Of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 - 2030, 2018).

Ekonominin yükselmesi ile intihar oranlarının önemli ölçüde azaldığı bildirilmektedir. Özellikle kırsal kesimlerde yaşayan kadınların ekonominin büyümesi ile sosyal statü elde etmeleri, psikolojik baskıcı ortamlardan uzaklaşmaları, daha fazla hayatın içinde olmaları nedeniyle yaşlı kadınlar arasındaki intiharın düşüşe geçtiği bildirilmektedir (Qiao ve ark., 2022).

1.7.16. Sağlık Harcamaları

Sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, tedavi, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar sağlık harcaması

olarak kabul edilmektedir. Toplam sağlık harcaması, cari sağlık harcaması ile yatırım harcamasının toplamını ifade etmektedir. Toplam Sağlık Harcamasının içerisinde yer alan yatırım harcamalarının çıkartılması ile cari sağlık harcaması elde edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018).

Bir sağlık sisteminin çalışması için ihtiyaç duyulan tüm girdilere kaynak üretimi adı verilmektedir. Kaynak retimi; yeterli kapasiteyle inşa edilmiş, donanımlı sağlık tesislerinin içi yeterince ilaç ve sarf malzemeleriyle donatılmış olarak, bu tesislerde çalışan yeterli sayıda nitelikli bir sağlık iş gücünün etkileşimi ile beraber maksimum performansa ulaşmaktadır. Araştırmacılar, sağlık çalışanlarının eğitimine ve sağlık bilgi teknolojisine odaklanarak kaynak üretme işlevine yatırım yapılmasını tavsiye etmektedirler (WHO, Health System Performance Assessment: A Framework For Policy Analysis, 2022, Bölüm: 5, Erişim Tarihi: 16. 05. 2022).

Sağlık harcamaları ülkelerin sağlık sistemlerinin ilerleyen yıllardaki değişimlerinin kolay takip edilebilmesi açısından temel oluşturmaktadır. Sağlık kaynaklarının kullanılabilirliğinin izlenmesinde rol oynamakta ve sağlık politikalarının kalitesinin iyileştirilmesi yönünde teşvikler sağlamaktadır. Sağlık harcamaları verileri ülkelere göre; ülkedeki sigorta şirketleri, hane halkı bireylerinin sağlık harcamaları, genel btden sağlık hizmetlerine ayrılan pay, sağlık hizmet basamaklarına yapılan harcama miktarı ve hastalıklara göre yapılan harcama miktarıdır (WHO, Global Health Expenditure Database, Erişim Tarihi: 10.11.2022).

Sağlık, ekonomide büyüme ve verimliliğin temel belirleyicilerinden biridir. Sağlık harcamalarının son yıllarda ekonomik büyümeyi geride bıraktığı görülmektedir. Araştırmalara göre, sağlıkta insan kaynaklarının durumu, hekim sayısının artması (sağlık hizmet talebini artırır), ücretsiz sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması (sağlık hizmet talebini artırır), nüfus yaş yapısı (nüfusun yaşlanması sebebiyle özellikle 65 yaş üstü kişilerin payı dolayısıyla kronik hastalık yükü), nüfusun sağlık durumu, nüfusun sağlık algısı, nüfusun yaşam biçimi (alkol ve sigara tüketimi, kalori alımı, şeker tüketimi, obezite ve fiziksel aktivite durumu vb), yoksulluk oranı, kişi başına düşen gelir (daha zengin olanların sağlık

harcamalarına daha fazla bütçe ayırması), salgınlar, sağlık teknolojisindeki gelişmeler (eski teknoloji ile yeni teknolojinin yer değiştirmesindeki maliyetler), tıbbi bakım, hastaneye yatış durumu ve hastanede kalış süreleri sağlık harcamalarını etkileyen durumlardır (Amiri ve ark., 2021).

Yapılan başka bir araştırmada toplam sağlık harcamalarındaki farklılıkların, ülkelerin ekonomik büyüme ve gelişme seviyesine göre aynı yönde değiştiği belirtilmiştir (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022).

Sağlık iş gücü ile sağlık sistemi performansı arasındaki dengeğin hizmet sunumundan sorumlu kişilerin bilgi, beceri ve motivasyonuna bağlı olduğu (WHO, 2000), ülkelerin toplam devlet sağlık harcamalarının yaklaşık %42'sinin sağlık iş gücüne harcandığı bildirilmektedir (WHO, 2006).

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin sağlık bakım kaynaklarının %35-80'i hastane ve ayakta tedavi bölümleri için harcanmaktadır. Sağlık hizmeti sunum sistemlerinin iklim değişikliği, artan nüfus, antimikrobiyal direnç, yeni teknolojiler, yeni ilaçlar, yeni bakım ve finans modelleri gibi sürekli olarak ortaya çıkan değişikliklere uyum sağlaması gerekmektedir (Dünya Sağlık Örgütü Bülteni, 2000).

Avrupa Bölgesinde, 65 yaş ve üzeri kişilerin nüfusta payının 2010 ile 2050 yılları arasında yaklaşık iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (Health Services Delivery, Data And Statistics, Erişim Tarihi: 20. 03. 2022).

Sağlık teknolojisi, bir sağlık sorununu çözmek ve yaşam kalitesini iyileştirebilmek adına cihazlar, ilaçlar, aşılar, prosedürler ve sistemler olarak organize hale getirilmiş bilgi ve becerilerin uygulamaya geçmiş halidir (Ministry Of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 -2030, 2018). Teknoloji, araştırma ve geliştirmede Avrupa liderliği, yıllık 72,6 milyar Euro'luk satışla, sağlıkta yeniliğin hızını belirlemektedir. Avrupa Birliği'nde milli gelirde yurtiçi gelirlerinin yaklaşık %2'si ilaçlara harcanmaktadır. Avrupa Bölgesi'nde sağlığa yapılan toplam harcama kişi

başına 1000-5000 ABD dolarıdır (Health Services Delivery, Data And Statistics, Erişim Tarihi: 20. 03. 2022).

Sağlık bakım hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engellerden biri, halkın erişimi zor alanlarda yaşıyor olmasıdır, bu aynı zamanda sağlık harcamalarını artırıcı etken olabilmektedir (Official Website of the International Trade Administration, Guyana- Country Commercial Guide, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

1.7.16.1. USD Cinsinden Kişi Başına Yerel Genel Devlet Sağlık Harcaması (GGHE-D) (GGHE-D_Pc_US\$)

Bu gösterge kişi başına ortalama yurt içi genel devlet sağlık harcamalarını USD cinsinden hesaplar. Uluslararası karşılaştırmayı kolaylaştıran nüfus büyüklüğüne göre genel devlet sağlık harcamalarının belirlenmesine katkıda bulunur. (The Global Health Observatory, Domestic General Government Health Expenditure (Gghe-D) Per Capita in Us\$, Erişim Tarihi: 22.03.2022).

DSÖ küresel sağlık harcamaları için oluşturulmuş veri tabanında 2000 yılından itibaren DSÖ'ne bağlı 190 ülkenin sağlık harcaması bilgileri toplanmaktadır. Ülkelerin verileri ayrıntılı ulusal kayıtlardan elde edilmektedir. Kayıtlara erişimin mümkün olmadığı durumlarda ise bir önceki yıla ait ülke verileri, uluslararası kuruluşların (IMF, BM) veri kaynakları ile tahmin edilerek veri oluşturulmaktadır (World Health Organization, Methodology For The Update of The Global Health Expenditure Database, 2000-2019 Technical Note Version, 2021).

Sağlık harcamalarının düzeyi ülkelerin gelişmişlik endeksinde ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Sağlık harcamalarını; kişi başına düşen milli gelir, eğitim düzeyi, sosyal değerler, teknolojik gelişmeler, kentleşme, yaşam süresinin uzaması sosyal devlet uygulamalarını etkilemektedir. Kişi başına düşen gelir arttıkça kişilerin sağlık hizmeti talebi artmakta, dolayısıyla sağlık harcamaları artmaktadır. Eğitim seviyesinin artması ile sağlık bilinci ve sağlık hizmeti tüketimi artmaktadır. Kişilerin

yaşam şekilleri ve değer yargılarının değişimi sağlık harcamalarını artıran faktörlerdendir. Teknolojik gelişmeler sağlık bilgilerine erişimi kolaylaştırması ile sağlık talebini artırmakta, kalite artışı ve maliyet azalması ile sonuçlanmaktadır. Kentleşme nüfus yoğunluğunun artması ile beraber sağlık talebini ve harcamaları artırmaktadır. Sağlık hizmetlerine yapılan destek, yaşam süresinin uzamasını etkilerken bir yandan da sağlık harcamalarının artmasını etkilemektedir. Sosyal devlet uygulamaları ile kişilere verilen sağlık hizmetinin düşük ücretle ya da ücretsiz sunulması ile sağlık hizmet sunumlarının yaygınlaşması sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Kocasoy,2014).

Düşük gelir seviyesi ve kırsal bölgelerde yaşama durumu ilaca ve sağlık hizmetlerine düzenli bir şekilde erişimin önündeki en büyük engellerdendir (Nasreddine, 2017).

1.7.17. Satın Alma Gücü Paritesi (SAGP)

Satın alma gücü paritesi; “Uluslararası gelişmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasında ortak bir para birimi cinsinden kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) değerleri temel alınmaktadır. Döviz kuru ile hesaplanan GSYH değerleri mal ve hizmetlerin miktarını (hacmini) değil parasal değerini yansıtmakta, bu nedenle döviz kuru yerine ülkelerin “mal ve hizmet hacmi”nin karşılaştırılmasına olanak veren “Satınalma Gücü Paritesi (SGP)” kullanılmaktadır. Satınalma gücü paritesi, aynı mal ve hizmet sepetinin farklı ülkelerde satın alınabilmesi için gereken ulusal para tutarlarının birbirine oranını gösterir (Satınalma Gücü Paritesi ve Uluslararası Karşılaştırmalar Erişim Tarihi: 21.11.2022).

1.7.18. Şiddet ve Yaralanmayı Önleme Profilleri

1990 yılında kişilerarası şiddet halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaya başlanmıştır. Şiddet; nörolojik, kardiyovasküler, bağışıklık ve diğer sistemler

üzerindeki etkisi ile yaralanma ve ölümlerle her yıl milyarlarca insanın hayatını etkilemektedir. Çocuklukta kötü muameleye maruz kalan bireylerde kişilerarası şiddet ve intihara teşebbüs riski daha fazladır. Alkol-uyuşturucu kullanımı, sigara içme, güvensiz cinsel ilişkiler gibi yüksek riskli davranışların yaşam boyu sağlık sorunlarında ve erken ölümlerde daha fazla risk oluşturduğu belirtilmektedir. Her gün on binlerce kişi şiddet nedeniyle acil tıbbi yardım için hastanelere başvurmakta, yurt içi harcamalarının %11'i cinayet, şiddet suçları, çocuk istismarı, yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet durumları için aktarılmaktadır. Şiddeti sona erdirmek veya fark edilir şekilde azaltma hedefi sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında belirtilmektedir. Dünyada kişiler arası şiddet sebebiyle 2019 yılı için 475.000 ölüm gerçekleştiği belirtilmektedir. 2019 yılı içerisinde 2-17 yaş aralığındaki çocukların yarısından fazlasının fiziksel, cinsel veya duygusal şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir. 2019 yılı içerisinde son bir yıl içerisinde üç kadından birinin 15 yaşından itibaren en az bir kez şiddete maruz kaldığı genellikle de partnerleri tarafından şiddete uğradığı belirtilmektedir. DSÖ şiddetin önlenmesi için çocuğa kötü muamele, gençlere yönelik şiddet, yakın partner şiddeti, yabancılar tarafından gerçekleşen cinsel şiddet, yaşlı istismarı konularında çalışmalar yapmakta (World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, Objectives and Activities, 2022-2026, Erişim Tarihi: 11.11.2022), şiddeti önlemek için çeşitli yaklaşımları ve ilkeleri bulunmaktadır (World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, Objectives and Activities, 2022-2026, Erişim Tarihi: 11.11.2022).

Bu çalışmada seçilmiş ülkelerin DSÖ'nün yayınlamış olduğu şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinden kişilerarası şiddet alanında ülkelerin ulusal eylem planı olup olmadığı incelenmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde; ilgili ülkelerdeki mevzuatın düzgün işleyebilmesi için şiddet olaylarının raporlanması da öneme haizdir. Şiddetin yaygınlığını görmek için şiddet vakalarını raporlamak önemlidir. Yapılan birçok araştırmada çalışanların, şiddet çok ciddi boyuta taşınmadığı sürece olayları raporlamadığı bilinmektedir. Bu durumu ortaya koymak adına Amerika'da sağlık

Çalışanları ile yürütülen bir araştırmada, çalışanların %88' inin şiddet olayını belgelemediği tespit edilmiştir (Arnetz ve ark., 2015).

1.7.19. Küresel Barış Endeksi

Küresel barış endeksi 1990 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ile oluşturulmuştur. Bir ülkenin içinde ne kadar barış durumu olduğu, sınırlarının ötesindeki barış durumu 23 gösterge 1 ile 5 arasında puanlanıp hesaplanarak oluşturulmaktadır. Değer ne kadar düşükse ülke o kadar barışçıl kabul edilmektedir. İ barış göstergesi için; suç algıları, güvenlik görevlileri ve polis oranı, cinayet oranı, hapis oranları, küçük silahlara erişim, i çatışmaların yoğunluğu, şiddet içeren gösteriler, şiddet içeren suçlar, siyasi dengesizlik, siyasi terör, silah ithalatı, terörizmin etkisi, i çatışmalardan ölenler baz alınarak değer oluşturulmaktadır. Dış barış göstergesi için; askeri harcamalar, silahlı hizmetlerdeki personel oranı, Birleşmiş Milletler barış koruma fonu, nükleer ve ağır silahlar, silah ihracatı, mlteiler, sınır ülkelerle ilişkiler, dış glerle çatışma, dış çatışmalardaki ölümler baz alınarak değer oluşturulmaktadır (Global Peace Index 2021).

Küresel barış endeksine göre, 2021 yılında son 13 yıla göre küresel barışın bozulduğu belirtilmektedir. Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgeleri dünyanın en az barışçıl bölgeleri, Avrupa dünyanın en barışçıl bölgesi olarak belirtilmektedir. Covid 19 pandemi süreci ekonominin kötüleşmesine ve şiddet düzeylerinde artışa sebep olmuştur. Ocak 2020 ile Nisan 2021 arasında geçen sürede pandeminin sebebiyet verdiği 5000'in üzerinde şiddet vakası bildirilmiştir (Global Peace Index 2021).

şiddet, küresel olarak en acil sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Araştırmalara göre, küresel olarak insanların yaklaşık yüzde 18'i bir şiddete maruz kalmıştır. şiddetin ülkelerin sosyoekonomik düzeyleri ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir. Bte açığı yaşayan ülkelerde şiddet seviyelerinin arttığı gözlenmektedir. şiddetin ülkelere maliyeti azımsanmayacak kadar yüksektir ve küresel ekonomiye etkisi 2020'de kişi başına 1942 dolar olarak açıklanmıştır.

Ülkelerdeki barışın desteklenmesi için; başka bireylerin haklarına saygı, güvenilir iş ortamı, devlet yönetiminin iyi olması, komşularla iyi ilişkiler en önemli konular olarak gösterilmektedir (Global Peace Index 2021-Measuring Peace in A Complex World, Institute For Economics & Peace (Iep), Erişim Tarihi: 23.02.2022, s. 5-7).

Şiddet mağduru olma korkusu; şiddet algısı ve şiddet mağduru olma riskiyle örtüşmektedir. Güvensiz hissetmek ile şiddet mağduru olmak ya da mağdur olan birini tanımak arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Katı yönetime sahip olan ülkelerde kişilerin güvenlik algılarının yüksek olduğu bildirilmektedir. 2019'da insanların yüzde 35'i, 2014'e göre daha güvende hissettiklerini bildirmiştir (Global Peace Index 2021-Measuring Peace in A Complex World, Institute For Economics & Peace (Iep), Erişim Tarihi: 24. 02. 2022, S. 55-57).

Dünya genelinde insanların %60'ından fazlası şiddet suçlarından zarar görme endişesi yaşadığını belirtmişlerdir. Singapur, dünyadaki en düşük şiddet korkusunu bildiren ülke olmasına rağmen, Singapurluların dahi yüzde beşinden daha azı, şiddet içeren suçların kurbanı olmaktan endişe duyduklarını bildirmişlerdir (Global Peace Index 2021-Measuring Peace in A Complex World, Institute For Economics & Peace (Iep), Erişim Tarihi: 23.02.2022).

1.7.20. Cinayet Oranları

Cinayet, failin dikkatsizlik sebebiyle verdiği zararlar hariç olmak üzere bebekler de dahil kişilerin bir başkası tarafından ölümüne sebebiyet verecek şekilde ciddi yaralanmasına sebep vererek öldürülme halidir (WHO, Estimates of rate of homicides (per 100 000 population), Erişim Tarihi: 11.11.2022).

Ülkeler ve bölgeler arasında farklılıklar olmakla birlikte, erkekler (100.000 kişiye 11.9) kadınlara (100.000 kişiye 2.6) göre şiddete dayalı ölümlerde daha fazla risk altındadır. Ülkelerin az gelişmişlik, yoksulluk, güvensizlik düzeyleri şiddetin hem nedeni hem de sonucu olarak belirtilmektedir. Suç oranlarını azaltmada suç önleme

politikalarının ekonomik ve sosyal kalkınma ve hukuk üstünlüğüyle aşılabilecek organize sistemlerin bütünleşmesi ile mümkün olduğu belirtilmektedir. Ekonomideki ani düşüşlerin cinayet oranlarını artırabileceği belirtilmektedir. Öyle ki 2008-2009 yıllarında yapılan bir çalışmada seçilmiş bazı ülkelerde milli gelirin azalması, yüksek tüketici endeksi, işsizlik oranlarının artması ve mali krizler ile daha fazla cinayet işlendiği yönünde bulgular belirtilmiştir. Suç ve şiddetin gelişmekte olan ülkelerde gençlerde daha fazla olduğu bildirilmektedir. Dünyada her yıl 100.000 kişide 6,9 kişi öldürülürken genç erkek nüfusta bu oran 3 kat fazladır (100.000 kişide 21,1) (United Nations, Office on Drugs and Crime, UNODC study shows that homicide rates are highest in parts of the Americas and Africa,,2011).

Bu çalışmadaki cinayet oranları parametresi Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) verilerine göre, 100.000 kişi başına düşen yıllık cinayet oranlarını içermektedir. 2018 dünya göstergesi, 100.000 kişi başına 5,8 olarak belirtilmektedir. Ülkelerin verileri girilirken UNODC'nin girmiş olduğu en son veriler eklenmiştir. Araştırmalar neticesinde bazı ülkelerde veri girişine ulaşılamamıştır. Girilen en son yılın ülke verileri ile aynı yıldaki dünya ortalaması baz alınmaktadır (United Nations, Data UNODC, Erişim Tarihi: 15. 05. 2022).

Tayland'da yapılan çalışmada cinayetlerin en sık işlendiği günün pazar günü olduğu en çok işlendiği saat aralığının 00.00-05.59 olduğu, en sık ateşli silah yaralanmaları ile gerçekleştiği tespit edilmiştir (Sakulsaengprapha ve ark.,2018).

1.7.21. Hukuki Düzenlemeler

“Bilimsel bir disiplin sistemi olarak hukuk, kişiler arası ilişkileri, kişiler ile devlet veya devleti oluşturan kurumlar arası ilişkileri ve devlet ile devletler arası ilişkileri düzenleyen kurallar bütünüdür... Kişilerin hukuk düzeni tarafından korunmaya değer bulunmuş menfaatlerini ifade eden hak kavramı, hukuk kavramı ile iç içedir”. Haklar ise kanunlarla koruma altına alınmakta olup, yasalar ve anlaşmaların insana tanıdığı yetkilerin toplamıdır. Böylelikle her hakkın temeli hukuk kurallarına

dayanmaktadır. Hukuk kuralları ise geneldir (herkese uygulanır), soyuttur (tek bir olay için hazırlanmamıştır), devlet otoritesine dayalıdır, maddi yaptırım içerir, toplumsal hayatı düzenleyen diğer kurallarla da ilişkilidir. Bu bakımdan sosyal bir varlık olarak diğer insanlarla bir arada yaşamını sürdürmesi gereken insanoğlunun toplu hâlde ve düzen içerisinde yaşayabilmesi için uymak zorunda oldukları ve kabul ettikleri kuralların en önemlisi hukuk kurallarıdır (Pınarbaşı ve ark.,2020). Hukuk kuralları ile insan hürriyetleri arasında da sıkı bir ilişki vardır. Kurallar, bir ülkede kişi hürriyetlerinin sınırlarını belirlemekle beraber, korunmalarını da sağlamaktadır (Öner, akt; Sargın, Ankara 1987).

“Hukuk, amacı olan düzeni kurarken ve toplumda adaleti gerçekleştirirken insana önem vermekle ve tüm haklarını güvenceye almakla yükümlüdür. İnsan haklarının hukuki açıdan temeli, toplumda adaletin sağlanmasıdır. Toplumdaki adaletsizlik, insan haklarına ve sosyal organizasyonlara olumsuz yansır” (Sargın, 2009).

Hukukun temel işlevi özgürlük için güvenliği sağlamaktır (Yücel, 2009). Toplumda hakların çiğnenmesi, düzensizlik ve suç genellikle birbiriyle bağlantılıdır. Düzenin bozulduğunda en önemli unsur düzeni sağlamanın gerekli olduğunu düşünmektir. Suç davranışının sonlanması için yakalamak yeterli değildir. Beklenen, adli olarak suçluların cezalarının uygulanabilir olmasıdır (Wilson ve Kelling, 1982).

Ceza adalet sisteminin iki amacından biri suçu ve etkilerini azaltmak, diğeri ise suçlu insanı suçundan dolayı cezalandırırken aynı kişideki insanı kazanmak olmalıdır. Önlemler yeterli olmadığında yanlışların sürüp gitmesi kaçınılmaz olacaktır (Yücel, 2009).

Sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçlara bakıldığında; Bulgaristan’da şiddeti önleme amacıyla adalet bakanlığı ve sağlık bakanlığı ortak çalışmaktadır. Kolombiya’da şiddet bildirim analizleri en ince detayına kadar yapılmakta olup, çalışanın maruz kaldığı şiddet türü ve sonuçları veri sisteminde toplanmakta ve analiz edilmektedir. Sağlık personeline psikososyal destek sağlanmaktadır. İtalya’da 2020

yılında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yasası onaylanmış, çalışanın ciddi yaralanma halindeki 4 yıldan 16 yıla kadar hürriyeti bağlayıcı ceza ngrlmştr. Diğer işlenen sulardaki adli para cezaları artırılmak suretiyle 500 ile 5000 arasında cezalar ngrlmştr. İtalya’da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti nleme günü 12 Mart olarak kabul edilmiştir. Tayvan’da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla 2017 yılında sağlık kurumunun düzenini bozacak ve işlemesini engelleyecek şekilde zorlama, korkutma ya da diğer yasadışı yöntemler kullanılması yasaklanmış olup, sözel şiddetin cezası 1000-1700\$ dolar olarak belirlenmiştir. Ülkede şiddet mağduru çalışanlara psikolojik destek, danışmanlık hizmeti ve hukuki destek sağlanmaktadır. Portekiz’de şiddeti azaltmak için Sağlık Bakanlığı’na bağlı güvenlik koşullarının değerlendirilmesi ve yönetilmesi amacıyla faaliyet gösteren ve her sağlık kurumunda bir adet hiyerarşik ve organize güvenlik ofisleri oluşturulmuştur. Sağlık çalışanlarına şiddet ve şiddet sonrası destek alabilecekleri 24 saat çalışan ve bu alanda özel eğitilmiş psikologlarla iletişim halinde olabilecekleri telefon destek hattı oluşturulmuştur (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi: 09.11.2022).

şiddet karşısında hukuki düzenlemeler, yaptırımlar ve cezalar; ülkeden ülkeye ve inanç yapılarına göre değerkenlik göstermekle birlikte, kamu sektörü veya özel sektör çalışanları olarak korunma ihtiyaç doğmuştur. Kamu personeline karşı işlenen suçlar kapsamında bazı ülkeler sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçlarda özellikle cezalarda ağırlaştırma yolunu gitmiş ve sağlık çalışanlarını koruma yönünde hukuki açıdan adımlar atılmıştır. Özellikle pandemi süreci ile birlikte sağlık hizmetlerinin işleyişi ve önemi bir kez daha gün yüzüne çıkmış ve işleyişin aksamaması adına yasalardan destek alınma ihtiyaç doğmuştur

Mali’de şiddet faillerinin %87,6’sının şiddet sonrası cezalardan habersiz olduğu da tespitler arasında bulunmuştur. Tartışmaların %98,15’inin polis müdahalesi olmadan mahkeme dışında zme kavuştuğu belirtilmiştir (Bakary Dembele ve ark., 2021).

Çalışmada seçilmiş ülkelerde bu parametre için, sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçlarda yasal düzenlemeler olup olmadığı ele alınmaktadır.

1.7.21.1. Ulusal ve Uluslararası Sözleşmelerde Sağlık Çalışanının Korunma Hakları

Hak, “Hukuken korunan ve yararlanılması hak sahibinin iradesine bırakılan menfaatler, hukukun kişilere tanıdığı yetki ya da devlet ve toplumun hukuk düzeni aracılığı ile ve yasalarla güvence altına alınmış bulunduğu bir durum” olarak ifade edilmektedir. Bu durumda “Kişilere hak olarak verilen bir şeyin, korunması görevi de devlete düşmektedir” (Aydın, 2015). Bu koruma görevinde devlet 18/10/1982 tarihli “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”nın 17. Maddesine göre mükelleftir. “*Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*” ifadesiyle kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı güvence altına alınmaktadır. Bu hak hukuki olarak statü kazanmakla birlikte “dokunulamaz (çekirdek) haklar içerisinde” (Işık Özcan, 2008) de yerini almaktadır. Dokunulmaz hakların ihlali söz konusu olduğunda 22/11/2001 tarihli 4721 numaralı Türk Medeni Kanunu’nun 24. Maddesiyle hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hâkimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebilir. Madde 25’ e göre davacı, hâkimden saldırı tehlikesinin önlenmesini, sürmekte olan saldırıya son verilmesini, sona ermiş olsa bile etkileri devam eden saldırının hukuka aykırılığının tespitini isteyebilir (Türk Medeni Kanunu).

Sağlık çalışanları da çekirdek haklar kapsamında sağlıklarının korunmasını devletten talep edebilirler. Sağlıklı çalışma hakkı, onların sağlık hakkı çerçevesinde kişinin devletçe aşılamayacak ve dokunulamayacak özel alanın sınırlarını çizen haklar sınıfında yer almaktadır (Duran, 2007). “Devletin sağlık hakkını ihlal etmemesi saygı duyma yükümlülüğü kapsamındadır. Başkaları tarafından sağlık hakkının ihlal edilmesini önleme de koruma yükümlülüğüne girer. Yerine getirme yükümlülüğü de devletin sağlık hakkından yararlandırmak için gerekli çalışmaları yapması demektir” (Metin, 2017).

Şiddet nedeniyle sağlık çalışanları maddi ve manevi bütünlüğünü sağlıksız bir ortamda korumakta güçlük çekmektedirler. Bu güçlüğü aşabilmeyi isteme hakkı 18/10/1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesiyle “*Herkes, sağlıklı ve*

dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.” hükmüne göre mevcuttur. Bu, haklar çerçevesinden incelendiğinde sağlık hakkı, sağlıklı çevrede yaşam hakkı, koruma hizmeti hakkı, korunma hakkı sağlık çalışanlarının bir insan olarak en temel çekirdek haklarını oluşturmaktadır. Bu haklar çerçevesinde 18/10/1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın madde 49’una göre “Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları korumak, çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri almakla ve sağlık çalışanlarını korumak ve çalışma ortamının güvenliğini sağlamak için gerekli tedbirleri almakla mükelleftir.”

20/6/2012 tarihli 6331sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenengelli hâle getiren olay” iş kazası olarak geçmektedir. Aynı kanunun madde 4’üne göre işveren, “Çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede; eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbiri almakla zorunludur.” (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu). 31/5/2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu madde 13’ e göre iş kazaları olaylarının raporlanması gerekmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu).

Sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarında sağlık çalışanının “İş kazası (şiddet)” sonucu kurumuna bildirimde bulunması yeterlidir. Sağlık kurumunun başvuruyu mutlaka kayıtlarına iş kazası olarak geçirmesi ve ilgililere yasal bilgilendirme yapması zorunludur. Mevzuat işvereni ilgili kurumlara (kolluk, SGK) en geç üç iş günü içinde bildirim yapmakla yükümlü kılmıştır. Sağlık çalışanı yaşadığı iş kazasının kayıtlara geçip geçmediğini kontrol etme, geçmediği durumlarda ilgilileri uyarma ve SGK’ye bildirimde bulunma hakkına sahiptir” (Sercan ve Oğan, 2019).

31/5/2006 tarihli 5510 nolu Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 14. maddesinde meslek hastalığı tanımı; “Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlülük halleri” olarak geçmektedir. Şiddet sonucu bedensel özrürlülük hali oluşan ve ruhsal açıdan travmalı

Çalışanlar olduğu düşünüldüğünde, bu kanun maddesine göre meslek hastalığı kapsamında da sağlık çalışanlarının haklarının korunması gerekmektedir.

Uluslararası sözleşmelerde sağlık çalışanının korunma hakları incelendiğinde Türkiye'nin de imzalamış olduğu sözleşmelerle sağlık çalışanının insan hakları çerçevesinde, çalışma şartları açısından yasalar tarafından korunduğu görülmektedir.

Türkiye'nin de imzalamış olduğu 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile devletler bireylerin hak ve özgürlüklerini güvence altına almakla yükümlü kılınmaktadır. Bu bildirgenin birinci maddesi kişilerin en başta birbirlerine kardeşlik anlayışıyla davranması gerektiğinin altını çizer. Maddelerin devamında, tüm bireylerin yaşama ve güvenlik hakkına sahip olduğunu (M 3), kişi onuru ve adı güvence altına alınma ve müdahale ya da saldırılara karşı yasa tarafından korunma hakkı (M 12), toplumun bir yesi olarak, toplumsal güvenlik hakkı (M 22), adil ve elverişli koşullarda çalışma, korunma hakkı (M 23) olduğunu devletlere hatırlatır ve bu sorumlulukları devletlerin himayesine bırakır (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi).

Türkiye'nin 2000 yılında imzalamış olduğu 1966 Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi gereğince; her insan doğuştan yaşama hakkına sahiptir (M 6). Bu hak, hukuk tarafından korunur. Bu sözleşmeyle bireylerin yaşam hakları önemsenmiş ve devletin hukuk gücüyle yaşam hakları güvence altına alınmıştır. Çalışma yaşamına değinen ve kişiyi tamamen koruma altına almayı hedefleyen 1966 Avrupa Sosyal şartı'na göre de tüm çalışanların adil (M 2), güvenli ve sağlıklı (M 3) alışma koşullarına sahip olma hakkı, çalışanların sağlığının korunması hakkı (M 11), alışma koşullarının ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesi hakkı (M 22), onurlu çalışma hakkı (M 26) vardır (Türkiye Cumhuriyeti alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Avrupa Sosyal şartı). Bu şartnameye göre maddelerin uygulanması, denetlenmesi, önlemlerin alınması, eğitimlerin verilmesini taraf devletler taahhüt etmektedirler.

ILO şiddet ve Taciz Sözleşmesi iş dünyasında şiddet ve tacizi ele alan ilk uluslararası anlaşmadır. Herkesin şiddet ve tacizden arınmış barışıl bir ortamda

Çalışma hakkı vardır. Cinsiyete dayalı şiddet de dahil olmak üzere iş dünyasındaki şiddet ve tacizin ilk uluslararası belgesi konumundadır. Sözleşmenin statüden bağımsız olarak iş dünyasındaki herkesi koruma altına almak, her türlü şiddet ve tacizi kanunla yasaklamak, maruz kalanlara destek sağlamak ve barış dolu bir ortamda çalışma ortamı oluşturmak ilkeleri arasındadır. (International Labour Organization (ILO), Violence and Harassment, Mauritius Ratifies the Violence and Harassment Convention, Erişim Tarihi: 09. 04. 2022). ILO sözleşmesi Mauritius'un de içinde bulunduğu 11 ülke tarafından onaylanmış olup, 30 Ocak 2023 yılı itibariyle Kanada sözleşmeyi onaylayan ülkeler arasında bulunmaktadır (International Labour Organization, Eliminating Violence and Harassment in the World of Work, Erişim Tarihi: 07.02.2022). şiddet ve Taciz sözleşmesi Türkiye tarafından henüz onaylanmamış bir sözleşmedir.

Uluslararası alışma rgt tarafından 2019 yılında imzaya açılan bu sözleşmenin 7. maddesine göre, işyerlerinde şiddet ve tacize esneklik sağlanamayacağı, ölçülebilir hedefler doğrultusunda şiddet ve tacizi nleme programların oluşturulması, çalışanların iş yerlerinde oluşabilecek tüm riskleri bilme hakkı olduğu, şikayetçi olarak mağdurların korunmasına yönelik önlemlerin alınması gerektiği belirtilmektedir. Sözleşmenin 17. Madde'sine göre şiddet ve taciz mağdurlarına yönelik olarak 24 saat ulaşabilecekleri yardım hatlarının olması, acil durum hizmetleri, sığınaklar dahil kriz alanlarının oluşturulması, tıbbi bakım ve psikolojik destek sağlanması, mağdurlarla iletişim halinde olacak şiddet alanında uzmanlaşmış eğitimli polis birimleri veya memurlar tarafından kişilerin desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Madde 19'a göre iş yerinde şiddet ve tacizin tekrarlanmaması açısından önlemler alınması, mağdurun işe tekrar adaptasyonunun sağlanabilmesi için danışmanlık ve gerekli desteklerin sağlanması gerekliliği vurgulanmaktadır. Madde 22'ye göre şiddet ve tacize yönelik istatistikler toplanması ve yayınlanması gerekliliği vurgulanmıştır. Madde 23'e göre ye ülkelerin şiddet ve taciz yönünde farkındalığı artırma yönünde çalışanlarına yönelik eğitim materyalleri, eğitim programları düzenlemesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (International Labour Organization, Violence and Harassment Recommendation, 2019 (No. 206), Erişim Tarihi: 11.11.2022).

Bu belgeler ve şartlar çerçevesinde devlet, sağlık çalışanlarının; onurlu, sağlıklı, güvenli çalışma hakkı olduğunu kabul eder. Yaşam hakkını korumakla, çalışanların sahip olduğu hakların devamı için gerekli tedbirleri almakla görevli kılınmıştır.

1.8. Tezin Amacı

Şiddet her yerde, tüm sektörlerde olmakla birlikte; sağlık hizmeti sektöründe giderek artan boyutlara ulaşmıştır. Sağlık çalışanlarına karşı işlenen şiddet suçunda problemin kaynağına yönelik çözümler üretilmesi hedeflenmiş, yaptırımlara gidilmiş, cezalar artırılmıştır. Bu önlemlere karşın önde gelen bir mesleki tehlike olarak sağlık çalışanlarının sağlığını, güvenliğini ve çalışma yaşamını etkilemektedir. Bu nedenle dünyada farklı bölgelerde şiddetle baş etme stratejilerini, olası şiddeti önlemek veya engellemek adına çıkarılan yasaları, şiddet boyutları ile ilgili farklılıkların olası nedenlerini araştırmak önemlidir. Bu kapsamda, mevcut çalışmada Türkiye’de ve diğer ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutunu, seçmiş olduğumuz parametreler ve hukuki düzenlemeler çerçevesinde değerlendirmek ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle baş etmede katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Sağlık çalışanlarına şiddetle mücadelede ülkelerin aldıkları önlemler değişebilmektedir. Bu nedenle çalışmanın konusu olan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusu, ülkelerin baş etme yöntemleri hukuki düzenlemeler ve sorunun boyutu ile çeşitli ülke göstergelerinin karşılaştırılması çerçevesinde incelenmiştir. Çalışma için İnsani Gelişme Raporu, Dünya Sağlık Örgütü ve diğer ilgili Birleşmiş Milletler bağlı kuruluşları ve programlarının raporları kaynaklarından verilerin sağlanması hedeflenmiştir. Sağlık çalışanına yönelik şiddet ile ilgili literatürde; sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığı, nedenleri, uğradıkları şiddetin özellikleri, çalışanların şiddet konusundaki düşünceleri, şiddete karşı çözüm önerileri konuları üzerinde durulmuştur. Bu çalışmada sağlık çalışanına yönelik şiddet konusu, hukuki düzenlemeler ve sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutu ile seçilmiş ülke göstergeleri Türkiye ve diğer ülkeler açısından ele alınmıştır.

Çalışmada, evreni DSÖ'nün altı farklı alt bölgesi olan Afrika Bölgesi, Amerika Bölgesi, Güney Doğu Asya Bölgesi, Avrupa Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesi oluşturmaktadır. Örneklemi ise DSÖ bölgeleri içinden Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP)'nin İnsani Gelişme Raporu baz alınarak seçilmiş olan ülkeler oluşturmaktadır.

Bu rapor ülkeleri dört kategoride değerlendirmektedir. Bunlar; çok yüksek insani gelişmişlik, yüksek insani gelişmişlik, orta insani gelişmişlik, düşük insani gelişmişlik düzeyleridir. İGE gruplamalarını DSÖ'nün 6 farklı bölgesi ile eşleştirip ülkeler oluşturulmuştur. Bu kategoriler baz alındığında Dünya Sağlık Örgütü'nün altı bölgesi için ülkeler, sırasıyla çok yüksek, yüksek, orta, düşük insani gelişmişlik endeksine ait rastgele birer ülke seçilerek belirlenmiştir. İnsani gelişmişlik kategorileri için 2019 yılı İGE verileri dayanak alınmış, her bir DSÖ bölgesi için tüm İGE düzeylerinde ülke olmadığından, var olan düzeyler için birer ülke ile çalışma sınırlandırılmıştır. Bu seçimler neticesinde, Afrika Bölgesi ülkelerinden; Mauritius, Cezayir, Gana, Mali, Amerika Bölgesi ülkelerinden; Kanada, Küba, Guyana (düşük

insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Güneydoğu Asya Bölgesi ülkelerinden (çok yüksek insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Tayland, Hindistan (düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok) Avrupa Bölgesi'nden Türkiye, Fransa, Azerbaycan, Kırgızistan (düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Doğu Akdeniz Bölgesi Ülkelerinden Birleşik Arap Emirlikleri, Tunus, Pakistan, Sudan Batı Pasifik Bölgesi ülkelerinden Singapur ve Çin'in (orta insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok, düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok) incelenmesi yapılmıştır. Çalışma süresi boyunca 2021 İGE verileri yayınlandığında ülkeler açısından gelişmişlik kategorileri tekrar incelenmiş olup, seçili ülkelere olan Tayland'ın yüksek İGE'den çok yüksek İGE kategorisine girdiğini, Pakistan'ın orta İGE'den düşük İGE düzeyine girdiği, Guyana'nın orta İGE'den yüksek İGE düzeyine girdiği belirlenmiştir. Çalışmada seçilen ülkelerin insani gelişmişlik parametreleri istatistiksel olarak değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Çizelge 2.1. Seçilmiş Ülkelerin DSÖ Bölgeleri ve İGE Kategorileri (2019)

	Afrika Bölgesi	Amerika Bölgesi	Güneydoğu Asya Bölgesi	Avrupa Bölgesi	Doğu Akdeniz Bölgesi	Batı Pasifik Bölgesi
Çok Yüksek İnsani Gelişmişlik Endeksi ****	Mauritius	Kanada	- (Tayland-2021)	Türkiye Fransa	Birleşik Arap Emirlikleri	Singapur
Yüksek İnsani Gelişmişlik Endeksi ***	Cezayir	Küba Guyana (2021)	Tayland	Azerbaycan	Tunus	Çin
Orta İnsani Gelişmişlik Endeksi **	Gana	Guyana	Hindistan	Kırgızistan	Pakistan	-
Düşük İnsani Gelişmişlik Endeksi *	Mali	-	-	-	Sudan (Pakistan 2021)	-

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutu; İGE, DSÖ ve Birleşmiş Milletlere bağlı diğer kuruluş ve programların çeşitli verileri ile ele alınmıştır. Ülkelerin insani gelişmişlik düzeylerinde İGE verileri kategorilendirme açısından insani gelişmişlik boyutu ile değerlendirilmeye alınmıştır. DSÖ verilerinden; doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, kişi başına düşen hemşire, tıp doktoru, hastane ve hastane yatakları, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, sağlık hizmeti sunumu, şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri verilerine yer verilmiştir. Cinayet oranları, nüfus yoğunluğu verileri United Nations verilerinden alınmıştır. Küresel barış endeksi için Global Peace Index raporundan faydalanılmıştır. Satın alma parametresi; International Monetary Fund verilerinden alınmıştır.

Çalışmada konunun hukuki boyutu yasalar yönünden değerlendirilmiş olup veriler ülkelerin adalet bakanlığı sayfalarından, haber kaynaklarından, web ortamındaki veriler taranarak oluşturulmuştur. Sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklığı ve şiddetle baş etme yöntemleri bilgilerine ise literatür taraması, ülkelerin sağlık bakanlığı web siteleri ve haber kaynaklarından yararlanılarak ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmada ekte verilen tablolarda belirlenen parametrelerin ülkeler açısından yıllara göre veri girişleri tek tek eklenmiştir. Verilerin 2015 yılı ve sonrasına ait veriler olması kararı verilmiştir. Ülke verilerinde 2015 yılı ve sonrası için kayıt bulunamadığında ise ülkeye ait veri girişinin olduğu yıl, ülke bilgisi elde etmek amacıyla çalışmaya ve tabloya eklenmiştir. Şiddet sıklığı açısından tablodaki veriler, ülkelerdeki tüm sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmalar ele alınarak konmuştur. Ülke profillerinde bulunan spesifik, lokal şiddet sıklığı çalışmaları istatistiksel açıdan değerlendirilmeye alınmamış olup, sadece o ülkenin sağlık çalışanına şiddet profili hakkında fikir beyan edebilmesi açısından çalışmaya eklenmiştir.

Çalışma tanımlayıcı tipte olup bilimsel incelemeye yönelik bir araştırmadır. Çalışma tez önerisi 27.01.2021 tarihinde sunulmuş, 2021-2023 yılları arasında bütçe desteği olmadan tamamlanmıştır. Yöntemde belirlenen parametreler, ülke kapsamında yayımlanan literatür, uluslararası örgütlerin raporları, kurumsal siteler, haber

kaynakları taranarak ilgili ülkelerde elde edilen veriler üzerinden çalışılmıştır. Veriler istatistiksel açıdan analize alınıp, çalışma hipotezleri açısından değerlendirilmiştir. Her bir ülkeye ait tüm sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmalar yılı da dikkate alınarak araştırılmış, ancak her ülkede ve de aynı yıla ait çalışmalar bulunamamıştır. Çalışmada, ülkelerin sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklıkları da ülkedeki tüm sağlık çalışanlarını kapsayan şekilde olan çalışmalar kriter alınarak elde edilmiştir. Veri girişlerinde 2015 yılı ve sonrası esas alınarak çalışmaya katılmış, 2015 ve sonrasına ait kaynak bulunmadığında ise 2015 ve öncesi yıllar dahil edilerek çalışma tamamlanmıştır. Seçilmiş ülkelerde tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şiddet sıklığı çalışmalarına her ülke için ulaşılamaması, ulaşılan ülkeler içinde karşılaştırma yapılması için aynı yıllara ait verilerin kısıtlı olması çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Çalışmadaki parametrelerden ülkelerin şiddet ve yaralanma önleme profillerinde kişilerarası şiddet için ulusal bir eylem planı olup olmadığı noktasında da DSÖ verileri incelenmiştir. Ulaşılan verilerin 2015 yılından öncesine ait olması sebebiyle çalışmadaki diğer parametrelerle istatistiksel açıdan analizi yapılamamıştır.

Çalışmamızın hipotezleri;

- Sağlık çalışanına yönelik şiddet hukuki düzenlemesi olan ülkelerde şiddet sıklığı düşüktür.
- İGE değeri yüksek olan ülkelerde ve dolayısıyla İGE sıralaması düşük olan ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet azalmaktadır.
- Doğumda beklenen yaşam süresi yüksek olan ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Beklenen öğrenim süresi ve ortalama öğrenim süresi yüksek olan ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Kişi başına düşen milli gelir (dolar) yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı ve tıp doktoru sayısı yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı ve tıp doktoru sayısı yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.

- 100.000 kişi başına düşen hastane ve hastane yatakları sayısı yüksek olan ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- 5 yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda) düşük olan ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Kişi başına alkol tüketimi (15+ tüketim-litre saf alkol olarak-parametre: her türlü) yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet yüksektir.
- Sağlık harcamaları (USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması) yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet yüksektir.
- Sağlık hizmeti sunumu kalitesi yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Nüfus yoğunluğu (kilometre kare başına kişi) yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet yüksektir.
- Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri ulusal eylem planı (kişilerarası şiddet açısından) mevcut ise sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.
- Küresel barış endeksi sıralamasında sıra numarası yüksek olan ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet yüksektir. Dolayısıyla küresel barış endeksi değeri yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet yüksektir.
- Cinayet oranları (100.000 kişi başına) yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet yüksektir.
- Satın alma gücü paritesi yüksek ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet düşüktür.

2.1. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki ülkeler insani gelişmişlik düzeyinin 4 gurubu olan çok yüksek insani gelişmişlik, yüksek insani gelişmişlik, orta insani gelişmişlik ve düşük insani gelişmişlik düzeylerine göre seçilmiştir. Seçilmiş ülkelere DSÖ'nün altı bölgesi için ülkelerin gelişmişlik düzeyinde göre seçimi sırasıyla; çok yüksek, yüksek, orta ve düşük insani gelişmişlik endekslerinden rastgele birer ülke seçilerek oluşturulmuştur.

Çalışmamızın istatistiksel veri girişi; 1. grup olarak tanımladığımız düşük insani gelişmişlik, 2. grup orta insani gelişmişlik, 3. grup yüksek insani gelişmişlik ve 4. grup çok yüksek insani gelişmişlik düzeyinde olacak şekilde değerlendirilmeye alınmıştır.

Bu çalışmanın tüm veri analizleri, SPSS +istatistik hesaplama programı sürüm 21 (IBM Corporation) kullanılarak yapılmıştır. Toplam 19 ülkeye ait, 32 bağımsız değişken üzerinden analiz yapılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri; ülkede sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklığı ve hukuki düzenlemelerin mevcudiyeti olup, bağımsız değişkenleri ise doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, kişi başına düşen hemşire, tıp doktoru, hastane ve hastane yatakları, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, sağlık hizmeti sunumu, nüfus yoğunluğu, şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri, küresel barış endeksi, cinayet oranları, satın alma gücü paritesidir.

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinde ele alınan değişkenler ortalama, standart sapma (SS) ve ortanca ile tanımlanmıştır. Normal dağılıma uygunluk kontrolü Kolmogorov Simirnov normallik testi ile yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0.05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Değişkenler arası korelasyon katsayıları Sperman Sıra Farkları Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmanın korelasyon analizinde parametreler arasındaki pozitif bağıllık için 0-0,3 arasındaki değer zayıf ilişki, 0,3-0,7 arasındaki değer; orta ilişki ve 0,7-1,0 arasındaki değer güçlü ilişki olarak değerlendirilmiştir. Korelasyon analizinde parametreler arasındaki negatif bağıllık için 0-(-0,3)arasındaki değer ters yönde zayıf ilişki, (-0,3)-(-0,7) arasındaki değer ters yönde orta ilişki, (-0,7)-(-1)arasındaki değer ters yönde güçlü ilişki olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Dünya Sağlık Örgütü Afrika Bölgesi Ülkeleri

3.1.1. Mauritius Cumhuriyeti

3.1.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Mauritius, resmi olarak Mauritius Cumhuriyeti olarak geçmekte olup DSÖ Afrika bölgesi ülkelerinde yer almaktadır. İnsani Gelişme Endeksi (İGE) 2019 verilerine göre Mauritius Cumhuriyeti, çok yüksek insani gelişme düzeyindeki ülkeler kategorisinde 66. sırada ve 0,804 veri değerindedir (Ek 1). 2019 yılına kadar ülkenin yüksek insani gelişmişlik düzeyinde olduğu, 2019 yılı ve sonrasında ise çok yüksek insani gelişme kategorisinde son sırada yer aldığı görülmektedir (Human Development Report 2020, s. 29, Erişim Tarihi: 01.02.2022).

Doğumda beklenen yaşam süresi, 2015 yılı için 74,5 iken bu sayı 2019 yılı için 75'tir (Ek 1).

Ülkede 5 yaş altı ölüm hızı, (1000 canlı doğumda 5 yaşına kadar ölme olasılığı) 2015 yılı için binde 14,48 iken 2019 yılı için binde 15,98 değeri ile yıllar içinde artış göstermiştir (Ek 1).

Ülkede beklenen öğrenim süresi 2015 ve 2019 yıllarında sırasıyla 15,05 ile 15,1 yıl değerinde olup, ortalama öğrenim süresi ise 2015 yılı için 9 yıl, 2019 yılı için 9,5 yıldır (Ek 1).

Kişi başına düşen hemşire sayısında, yıllara göre kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısında ve toplam hemşire ve ebe sayısında artış olduğu gözlenmektedir. Toplam

hemşire ve ebe sayısı; 2015 yılı için 4261, 2018 yılı için 4986'dır. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 33,83 iken 2018 yılı için 39,35 olarak kayıtlara geçmiştir (Ek 1).

Kişi başına düşen tıp doktoru açısından bakıldığında, toplam hekim sayısı; 2015 yılı için 2550, 2020 yılı için 3450'dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 20,25 iken 2020 yılı için 27,13' tür (Ek 1). Yıllara göre kişi başına düşen tıp doktoru sayısı ile toplam hekim sayısında artış olduğu gözlenmektedir. (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

Kişi başına düşen hastane- kişi başına düşen hastane yatakları verileri incelendiğinde, Mauritius için en son verinin 2013 yılına ait olduğu görülmektedir. 100.000 nüfus başına hastane 0,96, 10.000 nüfus başına düşen hastane yatakları (son veri girişi 2011 yılına ait) ise 34 olarak bildirilmektedir (Ek 1).

Sağlık hizmeti sunumu açısından, DSÖ verilerinde Mauritius ülkesi için veri girişine ulaşılamamıştır. Ülkenin genel sağlık hizmeti planlanmasında, nüfusun refah seviyesini artırmak için ücretsiz halk sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Her yıl, toplam devlet bütçesinin yarısından fazlası sağlık dahil toplum refahı ve sosyal güvenliğe harcanmaktadır. (Living Conditions Survey Republic of Mauritius Ministry of Finance, Economic Planning and Development Statistics Mauritius How Do Mauritians Feel About Their Health? (Based on Living Conditions Survey, 2018/19), 2020, Erişim Tarihi: 20.03.2022).

Nüfus yoğunluğu parametresine bakıldığında, nüfus yoğunluğunun giderek arttığı, Maurutuis'da kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 yılı için 620,4 iken 2022 yılı için 627,9 olduğu görülmektedir (Ek 1).

Nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, Mauritius Cumhuriyeti' nde 2018 yılı için 4,035 olarak bildirilmiştir (Ek 1). Ülkedeki bireylerin yaşam memnuniyetinin

yüksek olduğu belirtilmektedir (Living Conditions Survey, Republic Of Mauritius Ministry Of Finance, Economic Planning And Development Statistics Mauritius, How Satisfied Are Mauritians with their lives? Living Conditions Survey- 2018-2019, 2020, Erişim Tarihi: 20. 03. 2022).

Kişi başına alkol tüketimi, kişinin kontrol gücünü kaybettiren bir nedeni olabilmektedir. Ülkenin yasalarına göre halka açık yerlerde alkol tüketimi yasak olup, aksi davranış sergileyenlere hapis cezası ve para cezası verilmektedir (The Public Health Act, Regulations Made by The Minister Under Section 193 of The Public Health Act, Erişim Tarihi: 08.04.2022). Cezalara rağmen ülkede kişi başına kaydedilen tüketimin (15+, saf alkol olarak litre ve parametre: her türlü): 2015 yılı için 2,83 iken 2019 yılı için 3,39 olduğu ve yıllara göre arttığı görülmektedir (Ek-1).

Kişi başına düşen milli gelir ülkede 2015 yılı için 21,650 dolar, 2021 yılı için 22,025 dolar olarak kayıtlara geçmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması parametresinde (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) öncelikle şu bilgilere erişilmiştir; Mauritius Cumhuriyeti, 2015-2019 Hükümet programı ile hasta memnuniyetine önem veren, evrensel, erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetlerini her bireye ücretsiz olarak sunmayı taahhüt etmektedir. Sağlığı bir insan hakkı olarak kabul eder ve bireylerin sağlığını sosyo-ekonomik gündemden önce tuttuğunu belirtmektedir. Kamu sektöründe tüm halkına ücretsiz sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktadır. Ülkenin toplam kamu sağlık harcamalarının %82,1'i hastane hizmetleri için ilgili kurumlara ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu için kamuya bağlı; temel sağlık merkezleri, 130 toplum sağlığı merkezi, 21 bölgede sağlık merkezi, 5 tıp merkezi, 2 devlet hastanesi bulunmaktadır (Republic Of Mauritius Financing Health in Africa: Challenges & Opportunities Universal Health Coverage in Mauritius Y. Ramful Lead Health Analyst Ministry Of Health And Quality Of Life, Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması 2015 yılı için 220,5 USD, en son veri girilen 2019 yılında ise 322,7 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Mauritius, Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen bir kamu sağlık sistemine sahiptir, ancak yetkin tıbbi tesisler ve tedaviler sunan birçok özel sağlık kurumu da bulunmaktadır. Kamu hastaneleri ücretsiz sağlık hizmeti sunarken özel klinikler ve muayenehaneler yüksek ücret karşılığında hizmet vermektedir (Republic of Mauritius, Health and Medical Services, Health Centers, Erişim Tarihi: 08. 04. 2022). Halk sağlığı hizmetleri halka ücretsiz olarak verilmektedir. Ülke her biri yaklaşık 200.000 nüfuslu olarak 5 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Her sağlık bölgesi, birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir sağlık merkezleri ağı ile bölgesel sevk hastanesine sahiptir (Health Research for Development in Mauritius an Historical Perspective, Erişim Tarihi: 13.04.2022).

Satın alma gücü paritesi (SAGP) ülkenin 0,02 olarak belirtilmektedir (Ek-1). Mauritius'ta nüfusun yüzde 1'inden daha azı günde 1,25 USD ile yaşamaktadır (PPP-Satın Alma Gücü Paritesi açısından). Ülkedeki yoksullaşma yüzdesi %2,6 olarak gösterilmektedir (Republic Of Mauritius Financing Health in Africa: Challenges & Opportunities Universal Health Coverage in Mauritius Y. Ramful Lead Health Analyst Ministry Of Health And Quality Of Life, Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

Şiddet ve yaralanmayı önleme profili yönünden DSÖ verilerine göre ülkede kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmamaktadır (World Health Organization, Violence Info, Mauritius, Erişim Tarihi: 07.04.2022).

Mauritius Cumhuriyeti 2021 küresel barış endeksi 1,592 değer ile 28. sırada yer almaktadır. Genel olarak Afrika bölgesinin küresel barış endeksi puanı 2,263'tür (Ek-1). Mauritius Sahraaltı Afrika bölgesinin en barışçıl ülkesidir (Global Peace Index 2021-Measuring Peace in a Complex World, Institute For Economics & Peace (Iep), s. 22, Erişim Tarihi: 23.02.2022).

Cinayet Oranları, ülke en barışçıl ülke olarak gözükmese de 100.000 kişi başına 2015 yılında 1,8 iken 2018 yılında 2,9'a yükselmiştir (Ek 1).

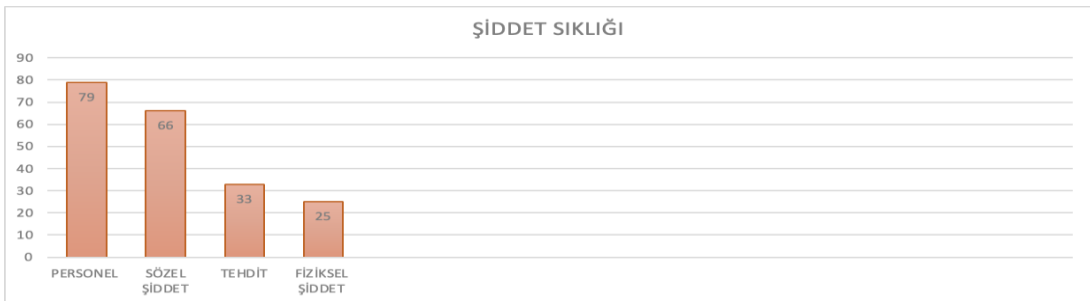
3.1.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Mauritius Sağlık Enstitüsü 2009 yılında devlete bağlı hastanelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet araştırması yapmıştır. Bu araştırmanın sınırlarını Ocak 2007'den Mart 2009'a kadar olan süreyi alacak şekilde belirlemiş ve bu süredeki bildirilen şiddet vakalarını incelemiştir. Bu süre zarfında 2007 yılında 27, 2008 yılında 55, 2009 Ocak-Mart ayı içinde 18 olmak üzere toplam 100 şiddet vakası tespit edilmiştir (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).



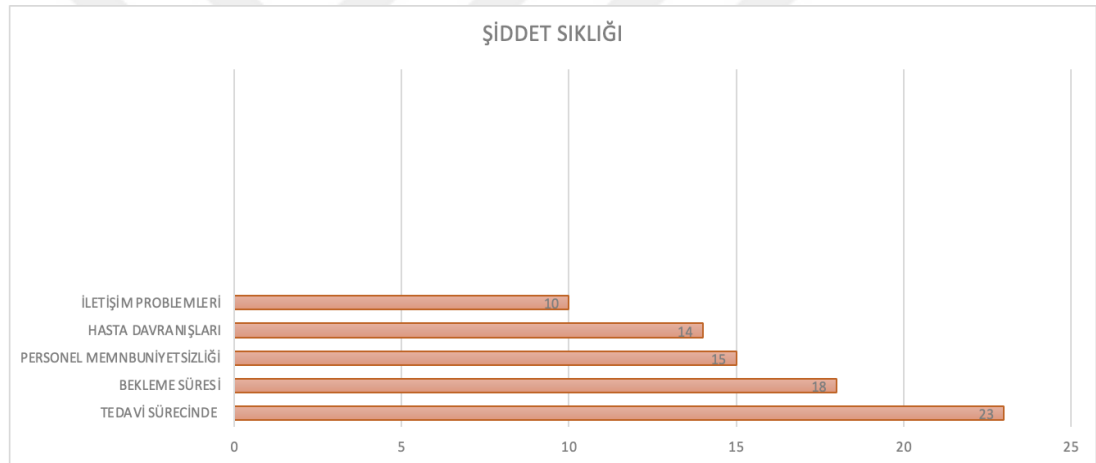
Şekil 3.1. Mauritius Sağlık Enstitüsü Hastaneleri Yıllara Göre Şiddet Vaka Sayısı

Araştırmanın bulgularına göre kamu hastanesinde çalışanların %79'unun şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Şiddete maruz kalan çalışanlarda sözel şiddetin %66 sıklığında en yaygın olduğu, bunu %33 oranında tehdit, %25 sıklığında fiziksel şiddetin izlediği belirtilmiştir. Şiddetin en çok 16:00 ile gece yarısı arasında olduğu tespit edilmiştir. (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).



Şekil 3.2. Mauritius Sağlık Enstitüsü Hastaneleri Şiddet Türü Sıklığı

Şiddet nedenleri incelendiğinde; en yaygın olarak (%23) tedavi sürecindeki çatışmalar gösterilmiş olup, ardından %18 uzun bekleme süresi, %15 kişiler arası davranış ve personelden memnuniyetsizlik, %14 hastanın düşmanca tavırları, %10 iletişim problemleri olarak belirtilmiştir. Sözlü şiddet vakalarında alkolün etkisi incelenmiş, içenler ve içmeyenler arasında anlamlı bir fark gözlenmediği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra sözel ve fiziksel şiddet vakalarında, sağlık çalışanlarının psikiyatri hastaları tarafından şiddete maruz kalma durumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Şiddet türleri incelendiğinde %6 tehdit, %12 sözel şiddet, %76 fiziksel şiddet olduğu tespit edilmiştir (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).



Şekil 3.3. Mauritius Şiddet Nedenleri Sıklığı

Hastanelerde şiddete en çok maruz kalan meslek gurubunun %50 sıklıkta hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Herhangi bir şiddete maruz kalanlarda, kadın çalışanların sıklığı %31 iken erkek çalışan sıklığı %69'dur. Ankete katılanların %92,3'ü şiddetin aile yaşamları üzerinde zararlı bir etkisi olduğunu belirtmiş olup %61,5'i şiddet sonrası depresyon geçirdiklerini ardından işe gitmek istemediklerini ve hayal kırıklığı içinde olduklarını belirtmişlerdir. (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

Şiddet eylemlerinin nedenleri olarak; artan iş yükü, yetersiz personel, hastane mimarisinin uygun olmaması, hastaların muayene için uzun bekleme süreleri, kişilerin ruhsal problemleri, yetersiz güvenlik, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı belirtilmiştir. (Mauritius Institute Of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

Ankete katılan sağlık çalışanlarına şiddeti azaltmak için önerileri sorulmuş; uygun bir kayıt sisteminin olması, iş yüküne göre personel dağılımı için uygun stratejiler olması, güvenlik görevlilerinin önemi, şiddete sıfır tolerans posterleri gerektiği, hastanelerin fiziksel alanların iyileştirilmesinin önemi vurgulanmıştır (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

3.1.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Mauritius Cumhuriyeti

Ülkede sağlık çalışanını şiddetle mücadelede kapsamında özel bir yasaları bulunmamaktadır. Suçların cezaları kanunlarına göre belirlenmektedir.

Mauritius Anayasasının 1. maddesinde ülkenin demokratik bir devlet olduğu bildirilmektedir. Madde 5 kişiler kamu güvenliğine veya kamu düzenine ciddi bir tehdit oluşturabilecek faaliyetlerde bulunmadığı sürece kişisel özgürlüğünden yoksun bırakılamayacağını, kişisel özgürlük haklarının korunduğunu bildirir (Constitution Of Mauritius, Erişim Tarihi: 08. 04. 2022).

Mauritius Anayasası madde 4 ile kişilerin yaşam hakları koruma altına alınmaktadır. Buna göre hiç kimse, mahkûm edildiği bir suçtan dolayı mahkeme kararının infazı dışında, kasten yaşamından yoksun bırakılamamaktadır. Ancak kişi, yasaların izin verdiği ölçüde ve koşullarda, bir gücün kullanılması sonucu, bir kişinin şiddetten korunması veya mülkiyetin savunulması için ölürse bu madde kapsamına girmediği belirtilmektedir (Constitution of Mauritius, Erişim Tarihi: 08. 04. 2022).

Mauritius, ILO Şiddet ve Taciz Sözleşmesi'ni Temmuz 2021 yılında onaylayan dünyanın yedinci ve Afrika'nın üçüncü ülkesidir (International Labour Organization (ILO), Violence and Harassment, Mauritius Ratifies the Violence and Harassment Convention, Erişim Tarihi: 09. 04. 2022).

Mauritius'un imzalamış olduğu ILO sözleşmesi ile sağlık çalışanları şiddete karşı koruma altına alınmıştır. İlgili düzenlemeye göre, iş yerinde cinsel veya başka bir şekilde saldırı, taciz, şiddet sözlü taciz, küfür, hakaret, tehdit, zorbalık yapmak, korkutma amacı ile saldırgan davranışlarda bulunmak, küçümsemek, çalışmaya engel olmak eylemleri suç davranışı olarak kabul edilmiş olup 2 yıla kadar hapis cezası ve 75.000 rupiyi (963.60 USD) aşmayacak şekilde para cezası verilmektedir (The Employment Rights Act 2008 Act No. 33 Of 2008, Part XI – Violence at Work, 54, Erişim Tarihi: 08. 04. 2022).

3.1.2. Cezayir

3.1.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Cezayir Demokratik Halk Cumhuriyeti Kuzey Afrika'da bulunan bir ülkedir (Cezayir, Erişim Tarihi: 24. 06.2022).

Cezayir 2015 ve sonraki yıllarda yüksek insani gelişmişlik seviyesinde değerlendirilen bir ülkedir (Human Development Index).1990 ve 2019 yılları arasında İGE değeri yüzde 30,8 artarak 0,572'den 0,748'e yükselme göstermiş ve bu yükselişle ülke 189 ülke arasında 91. sıra ile yüksek insani gelişme kategorisine geçmiştir (Algeria, Human Development Reports).

Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkede 1990 ve sonrasında ciddi değişimler göstermekte, doğumda beklenen yaşam süresi 9,9 yıl, ortalama öğrenim süresi 4,4 yıl ve beklenen öğrenim süresi 5,0 yıl artmıştır. Cezayir'in kişi başına düşen

geliri 1990 ile 2019 yılları arasında yaklaşık yüzde 30,0 artmıştır (Algeria, Human Development Reports).

Cezayirlilerin yaşam beklentisi 1962 yılında 47 yaşından az iken (Nasreddine, 2017) bu beklenti 2015 yılı ve sonrası için 76,92'dur (Ek 1).

Ülkede 1962 yılı sonrası 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 7 kat azalmıştır (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023), 2015 yılında 1000 canlı doğum başına 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 25,17 iken 2019 yılında 23,26 olduğu görülmektedir (Ek 1).

Ülkede beklenen öğrenim süresi 14,6 yıl iken ortalama öğrenim süresi 8,0 (Ek 1) yıl olarak belirtilmiştir.

Sağlık sistemindeki toplam hemşire ve ebe sayısı 2016 yılı için 90.958 iken bu sayı 2018 yılı için 65.359'dur. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2018 yılı için 5,48'dir. Ülkede hemşire göstergelerinde düşüş görülmektedir (Ek-1).

Toplam hekim sayısı, 2016 yılı için 74.309 iken 2018 yılı için 72.604'tür. 10.000 kişi başına düşen hekim sayısı ise 2016 yılı için 18,33 iken 2018 yılı için 17,19 olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Kişi başına düşen hastane ve kişi başına düşen hastane yatakları parametresinde, 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 10 olarak gösterilmiştir (Ek 1). 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı verisine ulaşamamıştır.

Ülkedeki gelişme süreci ile hasta yatak kapasitesi 2 kat, doktor sayısı da 50 kat artırılmış, 2000'li yıllar ve sonrası için sağlık alanında ciddi bir atılım yapılmış olsa da sağlık personeli sayısı yönünden gerek bölge ülkeleri gerekse dünya ortalamasının çok altında bir durum mevcuttur (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Cezayir sağlık hizmet sunumunda 2018 yılında 93 puan ile değerlendirilirken 2020 yılı için 67 puan ile değerlendirilmiştir (Ek 1).

Sağlık hizmet sunumunda ciddi düşüş gösteren ülkede, sağlık sistemine ulaşamayan bölgelerde yüksek ölüm oranları belirtilmektedir. Sağlık masraflarının %40'ının hasta tarafından karşılanması da ilaca ve sağlık hizmetlerine düzenli bir şekilde erişimin önündeki en büyük engellerden birisini oluşturmaktadır. Bununla birlikte özel sağlık hizmetlerinin kamuya oranla ileri seviye olduğu da belirtilmektedir. Sağlık sistemlerinde personel, özellikle alanında uzmanlaşmış hekim sayısı çok azdır ve kişilerin gerekli uzmana ulaşabilmek için kilometrelerce yol yapmak zorunda kaldığı belirtilmektedir (Nasreddine, 2017). Hekimlerin çalışma alanlarının bölgelere göre orantılı olmadığı da bildirilmektedir (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023).

İlaç ve sağlık sanayine yönelik temel strateji ve mevzuat yokluğu da ülke için başka bir sorun teşkil etmektedir. Bu bakımdan bazı kırsal bölgelerde sağlık hizmetleri yetersiz kalmaktadır (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023). Alanında uzmanlaşmış sağlık personeli kamu yerine özel sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih etmektedir. Kişiler ihtiyaçları olan bazı ilaçları bireysel olarak yurt dışından temin etmeye çalışmaktadırlar (Nasreddine, 2017).

2008 yılında hastaneler dışında sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılabilmesi için poliklinikler kurulmuş, üniversite hastanelerinin sayısı artırılmış ve sadece özel alanlarda hizmet veren sağlık kuruluşları oluşturulmuştur. Halen 13 üniversite hastanesinde 100.000 yatak kapasitesi bulunmakta, özel hastane bulunmamaktadır. Ücretli özel poliklinikler sağlık hizmeti vermektedir. Buna rağmen son yıllarda özel sağlık kuruluşları sayısında artış gözlenmektedir (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Cezayir sağlık sistemindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörde 50.000 pratisyen hekim bulunmaktadır. Kamuya ait birinci basamak sağlık

hizmetlerinden çok yoksul kesim faydalandığından Cezayir de birinci basamak sağlık hizmetleri alt gelir guruplarının kullandığı bir sağlık sistemi olarak görülmektedir. Bu nedenle önemi fark edilememekte, tercih edilmemekte ve bu durum halkı hastaneye yöneltmektedir (Nasreddine,2020).

Nüfus yoğunluğuna bakıldığında Cezayir halkı 1962 yıllarında bulaşıcı hastalıklar, yetersiz beslenme, kıtlık ile savaş vermiş bir ülke olarak nüfusunda düşüşler olduğu görülmektedir. 1962 yılından sonra hızlı bir sanayileşme ve kalkınma sürecine giren Cezayir’de 1970 yılında kadın başına 8 çocuk düşecek şekilde nüfus hızla artmaya başlamıştır (Nasreddine, 2017). Ülke Afrika'nın en büyük ülkesi olmakla birlikte en kalabalık nüfusa sahip olan sekizinci ülkesi haline gelmiştir (Cezayir, Erişim Tarihi: 24. 06.2022). Ülkede kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 yılında 16,7 iken 2022 yılında bu veri 19,0’dır (Ek-1).

Nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı parametresinde, Cezayir toplumu oldukça geniş bir coğrafi alana sahip olması sebebiyle tarih boyunca sömürge dönemi de dahil olmak üzere birçok vahşete tanık olan ezilmiş bir topluluktur (Nasreddine, 2020). Şiddetle adeta bütünleşmiş olan ülkede toplumun olan nüfusa dayalı tahmini depresyon prevalansı 4,53 olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Kişi başına alkol tüketimi ülkede 2015 yılı için 0,55 litre iken 2019 yılı için 0,59 litre olarak görülmektedir (Ek 1).

Kişi başına düşen milli gelir 2021 yılı için 10,08 USD olmakla beraber 2015 yılı ve sonrasında düşüş olduğu gözlenmektedir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$), sağlık sektörüne aktarılan bütçesi %7 olan ülkede (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023) kişi başına genel devlet sağlık harcaması 2015 yılı

için 205,4 USD iken 2019 yılı için 161,3 USD olarak düşüşe geçtiği gözlenmektedir (Ek-1).

Değişen dünya ile her toplum sürekli bir değişim halinde olmuş, bu geçiş sürecinde devletlerin sağlık sistemleri de güncellenmek zorunda kalmıştır. Cezayir de ücretsiz sağlık hizmetlerini 1974 yılından itibaren uygulamaya geçirmiştir. 1990 yılından itibaren sağlık harcamalarına bireysel katkı yer almaya başlamış, sağlık sisteminde özel hastaneler oluşmaya başlamıştır. 2017 yılından sonra ise devlet sağlık harcamalarına yönelik kısıtlama getirmiştir. Oysaki 1976 yılında yayınlanan bildiri ile devletin tüm nüfusun sağlığının korunmasından ve iyileştirilmesinden sorumlu olduğu bildirilmektedir. Bu şartlar altında Cezayir ücretsiz sağlık hizmeti vermesi gereken bir ülke olmasına rağmen bu durum kâğıt üzerinde kalmıştır (Nasreddine, 2017).

Satın alma gücü paritesi, 2015 yılında 0,43 iken 2022 yılında 0,37 olduğu gözlenmektedir (Ek 1).

Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri yönünden, DSÖ verilerine göre ülkede kişilerarası şiddet ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2015 yılı için 2,261 ile 121. sırada iken 2022 yılında 2,146 değer ile 109. sıraya yükselmiştir (Ek 1).

Ülke genel olarak huzurlu bir ülke olmamasının yanı sıra; 100.000 kişi başına cinayet oranları incelendiğinde 2015 yılı için dünya ortalaması 5,9 iken Cezayir’de 1,4 olduğu görülmektedir (Ek 1).

3.1.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Cezayir Sağlık Bakanlığı sağlık kurumlarında güvenlik görevlilerinin acil birimlerinde daha iyi hizmet sunulmasını kolaylaştıracağını bildirmiştir. Hastane

yönetimlerine şiddete sıfır tolerans politikasını benimsemelerini ve her ne sebeple olursa olsun sağlık kuruluşlarında şiddet eylemlerinde bulunmaya cüret edenlerin haklarında yasal işlem başlatılmasının zorunlu olduğunu bildirmiştir (Babouche, 2019).

Cezayir Cumhurbaşkanı Abdelmadjid Tebboune da sağlık personeline yönelik herhangi bir saldırıda saldırganın yasalar karşısında cezasız kalmayacağını dile getirmiştir (Goumrassa, 2020, Asharq Al-Awsat, Erişim 06.07.2022).

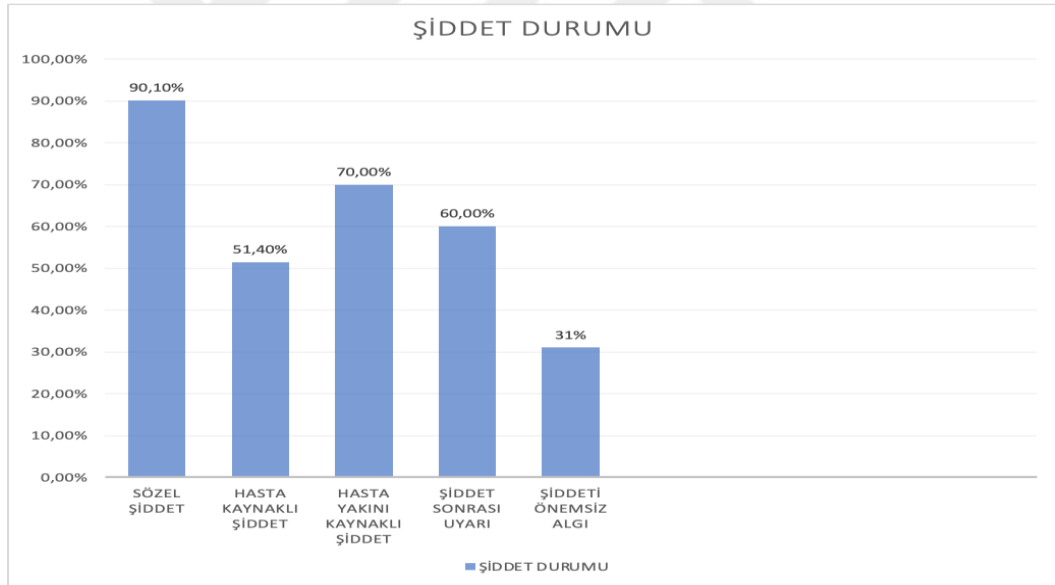
Sağlık personeli salgın döneminde ağır bedeller ödemek zorunda kalmıştır. Salgın döneminde kendilerini korumak için kullanabilecekleri tıbbi ekipman, enfekte hastaları taşımak için uygun transfer araçları bulamamışlar, sağlık tesislerinden oksijen tüplerinin boşaltılıp çalınması, hastanelerden enfekte cesetlerin çıkarılıp sokaklarda sergilenmesi (Goumrassa, 2020, Asharq Al-Awsat, Erişim 06.07.2022) gibi salgın yönetimine zarar veren davranışların yanı sıra hastalar için yatırılacak yatak bulunmaması ve sonrasında sağlık çalışanlarının enfekte kişiler tarafından darp edilmesi gibi birçok olayın neticesinde (The Arab Weekly, Erişim 06.07.2022) sadece Cezayir de 25 Şubat'ta ilk Covid-19 vakasının kaydedilmesinden sonra 2020 yılı itibarı ile 2300 sağlık çalışanı enfekte olup en az 44 sağlık çalışanı vefat etmiştir (La Voix Du Dord, erişim tarihi:09.07.2022).

Ülkede 2021 yılında uyuşturucu ve alkolün etkisindeki dört kişi sağlık personeline ve güvenlik görevlilerine sözlü ve fiziksel şiddet kullanmışlardır. Devlet malına kasten zarar vermek, bir kamu kurumu hastanesinde kamu düzenini bozmakla suçlanan şüpheliler hakkında soruşturma başlatılmıştır (Algéria 360, erişim: 07.07.2022).

Sağlık sistemlerinde sağlık çalışanlarına şiddet 2019 yılının ilk altı ayında ülke genelinde 1922 fiziksel saldırı ve 27.909 sözlü saldırı vakası ve faillerine karşı 626 dava ile sonuçlanmıştır (Babouche,2019). Sadece 2019 yılı için Sağlık Bakanlığı hastane ortamında 29.000'den fazla şiddet gerçekleşmiş olup, 2015 yılının yarısı için 2700'den fazla şiddet vakası tespit edildiği bildirilmiştir. Bir acil servis hekimi hasta

tarafından bir önceki gün çekilen migren ağrısı için yeşil reçeteli ilaç yazmadığı için öldürülürken, bir başkası Covid-19 hizmetlerinde hastanede yer bulamadığı için doktor ve hemşirelere, kimisi de tıbbi nakil ihtiyacı olan hastasını tahliye etmek için ambulans yetersizliğinden dolayı sağlık çalışanlarına saldırmışlardır. (Le phénomène a pris de l'ampleur avec l'évolution de la Covid-19: Trop de violence contre le corps médical, erişim 09.07.2022).

Cezayir'de yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının yarısının şiddete uğradığı; %90,1'inin sözel şiddet olduğu bildirilmiştir. Şiddet uygulayan asıl saldırganların %70 hasta yakınları ve bunu %51,4 sıklığında hastaların izlediği belirtilmiştir. Yaşanan olaylar sonrasında saldırganlara karşı çalışanların tutumları incelendiğinde %60'ının saldırgan kişileri uyardığı, %31'inin ise olayları önemsemediği saptanmıştır (Heddar ve ark.,2022).



Şekil 3.4. Cezayir Hastaneleri Şiddet Durumu

Öfke ve şiddet yuvalarına dönüşen sağlık bakım hizmetlerinde hastanelerde en çok şiddetin acil ve kadın doğum bölümlerinde gerçekleştiği, hastanelerdeki fiziksel veya sözel şiddetin en sık acil servislerde olduğu, vakaların %90'ında hastaların refakatçileri tarafından uygulandığı belirtilmiştir. Hastane personeline yönelik şiddet vakalarında birçok mağdurun intikam korkusuyla şikayetlerini geri çektiği de dikkat

çekmektedir. Ülkenin tüm vilayetlerinden hasta kabul eden en büyük hastane kuruluşu olan CHU Mustapha-Pacha hastane ortamındaki şiddet ve saldırganlık düzeyinin birkaç nadir vaka dışında, kurumda herhangi bir fiziksel saldırı olarak kaydedilmediği belirtilmektedir. Bunun sebebi olarak hastanenin yanında bir polis karakolunun olması ve hastane güvenlik görevlilerinin fazla olması olduğu belirtilmektedir (Algérie Presse Service, Erişim, 07.07.2022).

3.1.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Cezayir

Cezayir hastanelerinde koronavirüs pandemisinin patlak vermesinden sonraki süreçte sağlık çalışanları halkın öfkeli tepkileri ve intikam hırsıyla kendilerine zarar vermesi korkusuyla yaşadıklarını bildirmişlerdir. Cezayir Devlet Başkanı Abdelmadjid Tebboune, sağlık çalışanlarının devletin tam koruması altında olduklarını belirtmiş, çalışanlara güvence vermiş, sağlık çalışanlarını beyaz önlüklü savaşçı ilan etmiş ve onları daha iyi koruyabilmek adına 2020 yılında; sağlık çalışanına şiddet halinde, 10 yıla kadar hapis cezası, sağlık çalışanının ölümü halinde ise müebbet cezayı içeren bir yasa tasarısını kabul etmiştir (The Arab Weekly, Erişim Tarihi: 06.07.2022).

Sağlık çalışanına yönelik şiddetle başa çıkmak için ülke, 30 Temmuz 2020 tarih ve 20-01 Sayılı Ceza Kanununa ilişkin Yönetmelik, korona virüsün kritik döneminde, hastalara doğrudan veya dolaylı olarak bakan tüm sağlık profesyonellerini korumak için yayınlanmıştır (Nasreddine, 2020).

Yönetmeliğin 149. maddesine göre; şiddet sonrası sağlık kuruluşunun çalışmasının durması ve çalışanların çalışmasını engelleme ve hastane ekipmanlarının çalınması halinde üç yıldan on yıla kadar hapis ve 300.000 D.A. (Cezayir dinarı)1.000.000 D. A'ya kadar para cezasına çarptırılır. Bir sağlık çalışanına zarar vermek amacıyla fotoğraflar, videolar, haberler yapıp elektronik ortamda yayınlayan kişi iki ila beş yıl hapis ve 200.000 D. A ila 500.000 D. A para cezası ile cezalandırılır. Sağlık çalışanına aşağılayıcı davranışlarda bulunmak, hakaret etmek, tehdit etmek 2

yıldan 5 yıla kadar hapis cezası ve 200.000 D. A'dan 500.000 D.A'ya kadar adli para cezası ile cezalandırılır. 149 A maddesine göre; sağlık kuruluşlarında herhangi bir görevliye karşı fiziksel şiddet uygulayan kişiye iki ile sekiz yıl arasında hapis ve 200.000 D. A ile 800.000 D. A para cezası ile cezalandırılır. Şiddetin kasıtlı olarak silahla yaralama veya hastalıkla sonuçlanması neticesinde kişiye beş yıldan on iki yıla kadar hapis ve 500.000 D. A ila 1.200.000 D. A para cezasına çarptırılır. Şiddet sonrası vücut bütünlüğünde bozulma olması durumunda kişiye yirmi yıla kadar hapis ve 1.000.000 D. A'dan 2.000.000 D. A'ya kadar para cezası verilir (Ordonnances, Journal Officiel de la Republique Algerienne N° 44, 30 Juillet 2020).

Şiddetin ölümle sonuçlanması hâlinde Kanunun 148' inci maddesine göre istemeyerek kişinin ölümüne sebebiyet verilmesi halinde ceza müebbet hapidir. İsteyerek kasıtlı olarak kişinin ölümüne sebebiyet vermesi neticesinde ceza failin ölümü olarak belirtilmiştir (Code Penal, Chapitre V, Section I, Art 148,2015).

3.1.3. Gana Cumhuriyeti

3.1.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Gana Cumhuriyeti, Afrika kıtasının batısında yer alan bir ülkedir (Gana, Vikipedi, Erişim Tarihi: 21. 07. 2022). Ülke siyasi, ekonomik, etnik ve demografik açıdan çok çeşitli ama istikrarlı olarak değerlendirilmektedir. Ülkede çok yüklü miktarda petrol bulunması ve üretilmesi nedeniyle 2010 yılında orta gelirli statüsüne kavuşmuş bir ülke (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022) olarak orta insani gelişmişlik 189 ülke arasında 138. sırada yer almaktadır (Ek 1).

1990 ile 2019 yılları arasında ülkenin İGE değeri yüzde 31,4 artarak 1990 yılında 0,465 değerinde çıkmış (Ghana, Human Development Reports) 2015 yılında 0,590 ve 2019 yılında 0,611olarak giderek değer kazanmıştır (Ek 1).

Doğumda beklenen yaşam süresi, 1990 ve 2019 yılları arasında Gana’da 7,3 yıl artmış olup (Ghana, Human Development Reports) 2015 yılında 62,772 olan yaş 2019 yılında 64,1 yaş olarak artmıştır (Ek 1).

12-23 aylık çocukların tüm temel aşılarının yapılma oranı önemli ölçüde artmasına rağmen sağlık hizmet kalitesinin istenilenin altında seyretmesi sebebiyle önlenemez anne ve yeni doğan ölümleri yüksek orandadır (Ministry of Health Accra, Ghana, Ghana’s Roadmap for Attaining Universal Health Coverage 2020-2030). Ülkede 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda) 2015 yılı için 54,56 iken 2019 yılı için 46,37’dir (Ek 1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önem neticesinde 5 yaş altı ölüm hızında gerileme olmasına rağmen ülke genelinde yaygın olan sıtma, akut solunum yolu enfeksiyonları, yetersiz beslenme, içilebilir temiz su kaynaklarına erişim ve diğer sorunlar nedeniyle ölüm oranları ciddi şekilde artmaktadır (Ministry of Health Accra, Ghana, Ghana’s Roadmap for Attaining Universal Health Coverage 2020-2030).

Beklenen öğrenim süresi- ortalama öğrenim süresine bakıldığında, 1990 yılından itibaren ülkede beklenen öğrenim süresi 3,9 yıl, ortalama öğrenim süresi 2,4 yıl artmış olup (Ghana, Human Development Reports) 2021 yılı için beklenen öğrenim süresi 12 yıl olmasına rağmen ortalama öğrenim süresi 8,3 yıl olarak kalmaktadır (Ek 1).

Yoksul bölgelerde ilköğretim seviyesinde eğitim veren öğretmenler profesyonel düzeyde yeterli değildir. Ülkedeki çocukların 12 yıllık temel eğitime ücretsiz erişim hakkı olmasına rağmen 15 yaşın altındaki nüfusun yaklaşık %72’si bundan faydalanamamakta ve 14 yaş altı çocukların yaklaşık %34’ü çocuk işçi olarak çalıştırılmaktadır (Ministry Of Health Accra, Ghana, Ghana’s Roadmap For Attaining Universal Health Coverage 2020-2030).

Kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 10.000’de 1,17 iken toplam hekim sayısı 2015 yılı için 3263, 2020 yılı için ise hekim sayısı 5285 olarak bildirilmiştir. Hekim sayıları bu şekilde raporlanmışken toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılında 55.747, 2020 yılında 112.489 olarak artış göstermiştir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı verisi ile 20,02 olarak bildirilmiştir (Ek 1).

İnsan Hakları İzleme Örgütü Raporu’nda hastane personelinin yetersizliği büyük bir sorun olarak tanımlanmıştır. İnsan Hakları İzleme Örgütü’nün psikiyatri hastanelerine ziyaretleri esnasında 205 hastaya üç hemşirenin 500 hastaya ise üç hasta bakıcının sağlık hizmeti vermeye çalıştığı belirtilmiştir (“Like A Death Sentence” Abuses Against Persons With Mental Disabilities in Ghana, Human Rights Watch, Erişim Tarihi: 16. 07. 2022).

Gana’da hizmet veren sağlık personeli sayısı yetersiz iken yetişmiş deneyimli personel de düşük ücret, çalışma ortamında saygınlığın olmaması, kötü çalışma koşulları sebebiyle (yüzde ellisinden fazlası) göç etmişlerdir (Yong-Shik, 2015).

Kişi başına düşen hastane - kişi başına düşen hastane yatakları açısından değerlendirildiğinde, ülkede 10.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 verilerine göre 1,36 olup 100.000 nüfus başına düşen hastane yatağı 2011 verilerine göre 9 olarak kayıtlara geçmiştir (Ek 1). Hastanelerdeki hasta odaları hasta mahremiyetine uygun düşmeyecek şekilde koğuş tipinde ve kalabalıktır. Hastaların banklarda yatış sırası beklediği balkon ve koridorlara ek yatak koyularak hizmet verilmeye çalışılan, tıbbi cihaz ve malzeme eksikliği olan yetersiz bir sağlık hizmeti mevcuttur (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı, Gana. Erişim Tarihi: 15.07.2022).

2018 Sağlık Riski Haritasına göre Gana dünyanın en kötü acil sağlık hizmetlerine sahip ülkelerinden biri olarak özellikle seyahat edenler için sağlık açısından yüksek riskli ülke olarak kabul edilmektedir. Acil servis birimlerinde bir doktor başına 1000 hasta düşmektedir (GMA Cautions, Ghana Medical Association, Erişim Tarihi: 17.07.2022).

Gana Ortak Büyüme ve Kalkınma Gündemi (2010- 2013) 2012 yıllık raporuna göre, ülkede 10.452 kişiye bir doktor ve 1251 kişiye bir hemşire düşmektedir. Nüfusa göre doktorların bölgelere dağılımının orantısız olduğu belirtilmektedir. Hemşire sayısının nüfusa göre oranının giderek azaldığı da eklenmiştir. Bu düşüşlerin anne ve çocuk sağlığı açısından risk oluşturduğu, sağlık halinin sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesinin ancak sağlık hizmet sunumunda yeterli sayıda personel ile sağlanabileceği de raporda vurgulanmaktadır (Ghana's Doctor-to-Patient Ratio Worsens, Erişim Tarihi: 16. 07. 2022).

1996 tarihli Gana Sağlık Hizmeti ve Eğitim Hastaneleri Yasası ile belirlenen kamuya bağlı eğitim hastaneleri bulunmaktadır. Bu hastaneler 3. basamak sağlık hizmeti sunmakta (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı, Gana. Erişim Tarihi: 15.07.2022) sağlık konularında araştırma yapılması ve personel eğitiminin desteklenmesinde görev almaktadır (Ministry Of Health Republic Of Ghana, Tamale Teaching Hospital, Erişim Tarihi: 15.07.2022).

Ülkede sağlık hizmeti sunumu çok yetersizdir. DSÖ sağlık hizmet sunum puanlaması 40 olarak değerlendirilmektedir (Ek 1). Genel olarak yoğun bakım servisleri, özellikle yeni doğan ve kadın doğum servislerinde yetersizlikler gözlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı, Gana. Erişim Tarihi: 15. 07. 2022).

Ülkede sağlık hizmetinin yetersizliği sebebiyle sağlık hizmeti, dini gruplara ait kamplarla ve dua ibadethaneleriyle desteklenmektedir. İnanç temelli sağlık bakım tesisleri olarak geçen bu yerler sağlık bakanlığının bilgisinde olan resmi yerlerdir. Bu kuruluşlar hastalığı önleme, tedavi ve kişilerin rehabilitasyonu sağlama amacı gütmekte olan geleneksel ve inanç temelli şifacılar mevcuttur. Bunlar Gana Hristiyan Sağlık Derneği (CHAG) ve Müslüman Ahmediye Misyonu Sağlık Tesisleri olarak ülkenin büyük bir nüfusunun sağlık bakım hizmetlerini üstlenmektedirler. Özellikle psikiyatri servislerinin yetersizliği birçok kişiyi gerekli sağlık yardımını alabilmek için

geleneksel şifacılarla yönelmektedir (Ministry of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 -2030, 2018).

Ülkede birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kamu kurumu tarafından yürütölmektedir. Her bölgede bir hastane olmak üzere, biri eğitim hastanesi olmak üzere toplam 9 bölge hastanesi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı, Gana. Erişim Tarihi: 15.07.2022).

183 sağlık tesisi ve sağlık eğitim kurumundan oluşan CHAG, Sağlık Bakanlığı'nın tanıdığı bir kurum olarak Sağlık Bakanlığı'nın politikaları, yönergeleri ve stratejileri dahilinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Gana'nın 10 farklı bölgesinde özellikle en uzak ve en dezavantajlı bölgelerdeki yoksul halka sağlık hizmeti götüren bir kuruluştur (Ministry of Health Republic of Ghana, Erişim Tarihi: 17. 07. 2022).

Bu kuruluşlar özellikle akıl sağlığı yerinde olmayan hastalara hizmet sunmaktadırlar. Öyle ki geleneksel Afrika inançlarına göre ruh sağlığı sorunları atalardan kişilere aktarılır veya büyüden kaynaklı olduğu düşünölmektedir. Bu kurumlarda çalışan geleneksel şifacılar ve din adamları bu alanın uzmanı olarak görölmektedir. Bu inanç çerçevesinde akli yerinde olmayan hastaların yakınlarının kriz anlarında ilk başvuracağı kişiler bu alanda uzman olarak gördükleri şifacı diye adlandırdıkları kişiler olmaktadır (Traditional & Faith Based Healers The Authority's Scope Services And Jurisdiction, Erişim Tarihi: 17. 07. 2022).

İnsan Hakları İzleme Örgütü tarafından Gana ruh sağlığı hastanelerinde durumun insan hakları ihlalleri açısından son derece olumsuz olduğu belirtilmektedir. Gana'da tahminen 2.8 milyon kişinin zihinsel engelli olduğu ve bunlardan 650.000'inin ağır zihinsel engelli olduğu belirtilmektedir. Ülkede özel psikiyatri hastaneleri de mevcut olup, bu kuruluşlar sadece 100 yatak kapasiteli ve ücretleri ülke vatandaşı için çok pahalı kurumlardır. Bu şartlar altında hasta kişiler yatılı dua kamplarında hiç eğitim görmemiş kişiler tarafından geleneksel yöntem olarak

belirtilen şifalı otlarla iyileştirilmeye çalışılmaktadır (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

İnsan Hakları İzleme Örgütü, Gana'daki ibadet kamplarının sayısını belirleyemediğini belirtmektedir. Bu dua kamplarında kendisinin şeytanlar tarafından ele geçirildiğine inanılan bir kişinin şifalı otlar haricindeki tedavisi; sabit bir noktada iki ay boyunca duvara zincirlenmiş halde kişinin aç bırakılması şeklinde cereyan edebilmektedir. Bu süre boyunca tanrının kişinin aç ruhuna girip iyileştirdiği inancı varsayımıyla günlerce oruç tutmaya zorlanmaktadırlar. Tedavi sürecinde hastanın uyumasına izin verilmez. Bu kamplarda hastaların cinsel istismara uğradığı bildirilmiş ve zorla evlendirildiği de aktarılmıştır (Human Rights Watch, Erişim Tarihi: 16.07.2022).

Kamplarda kişilerin temel ihtiyaçları için bile yerinden kıpırdatılmadığı, hastanın hijyenine önem verilmediği ve umursanmadığı da belirtilmektedir. Akıl sağlığı yerinde olmayan bu bireyler kamplardan bir şekilde kaçmayı başarsa bile raporda halkın bu kişilerden korkup temizlenmesi için su bile vermedikleri, yemesi için yiyecek verseler bile hasta kişinin yemek kaplarını çöpe attıkları belirtilmektedir. Kamplarda zihinsel engelli kişilerin sıtma gibi hastalıklara yakalanması halinde reçeteli ilaç kullanmasına izin verilmediği de tespit edilmiştir. Hastaların talimatlara uymadıklarında oradaki görevliler tarafından şiddete uğradıkları bildirilmiştir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

Kampların yanı sıra kamu hastanelerine bağlı psikiyatri servislerinde de aşırı kalabalık, kişisel ihtiyaçlarını giderebilmek için yeterli suyun olmadığı, hijyen koşuluna hiç uygun olmaması, sağlık tesislerinde hastaların birbirlerinin giderlerini temizlemek zorunda bırakıldığı, yetersiz personelin ve ekipmanların yetersizliği gibi olumsuzluklar bildirilmiştir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

İnsan Hakları İzleme Örgütü tarafından, kamuya bağlı üç psikiyatri hastanesinde, hastaların ilaç almayı reddettikleri için üç güne kadar tecrit edildiği tespit edilmiştir. Oysaki bir mahkûmun bile en az 22 saat diğer mahkumlardan ayrı kalması

işkence olarak görülmektedir. Gana Anayasasına göre yasaların izin verdiği durumlar dışında kişilerin özgürlüklerinden mahrum bırakılması yasaktır. Ancak bir kişi akıl sağlığı yerinde değilse bakımı, tedavisi veya toplumun korunması adına özgürlüğünden mahrum bırakılabilmektedir. Zihinsel engelli çocuklarda psikiyatri hastanelerinde ve ibadet kamplarında yetişkinlere benzer koşullarda yaşamaktadırlar. Psikiyatri Hastanesindeki çocuk koğuşundaki hastaların neredeyse yarısının yetişkin oldukları halde 1980 yılından bugüne hastanede olduğu tespit edilmiştir. Personel eksikliğinin bu servislerde de göze çarptığı ve olan personelin de zihinsel engelli çocuklara sağlık hizmeti verebilecek yeterlilikte olmadığı, yaşam alanlarının fiziki koşullarının olumsuz olduğu, teknolojiye dair hiçbir aletin bulunmadığı, burada kalan çocukların hareketini engelleyebilmek adına kısıtlandığı ve istismarlara maruz kaldığı da bildirilmektedir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

Zihinsel engelli kişiler şeytani, kötü ruhlar tarafından kontrol edilen, işe yaramaz ve antisosyal olarak tanımlandığından; sağlık sektöründe ve toplumda etiketlenmekte ve ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Bu tür damgalama ile zihinsel engelli hastaların yakınları hastalarını psikiyatri servislerine veya ibadethanelere terk etmektedirler. Hastalarının ziyaretlerine gelmedikleri, hastaları taburcu edildikten sonra teslim almadıkları üstelik hastalarını teslim almamak için yetkililere yanlış adres beyan ettikleri belirtilmektedir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

Bu zorlu yaşam ve tedavi şartları gözler önündeysen Gana Cumhuriyeti'nin imzalamış olduğu *Engelli Kişilerin Haklarına Dair Sözleşme*'ye göre kişiler arasında ayrımcılık yapmama, eşitlik ilkesiyle, onurlu yaşam koşullarının sağlanması, özgür ve bilgilendirilmiş rıza ilkelerine dayalı uygun ruh sağlığı hizmetlerine erişim sağlanması, zorla gözaltı gibi hukuka aykırı ve insanlık dışı uygulamalarda bulunulmaması gerekmektedir. 10 Ekim 2017'den itibaren zihinsel hastalığı olan kişilerin zincirlenmesi resmen yasaklanmıştır (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

2012 yılında Gana hükümeti kadınlar ve çocuklar da dahil olmak üzere zihinsel engelli kişilerle ilgili tüm konuları barındıran 846 nolu Akıl Sağlığı Yasasını kabul

etmiştir. Kanuna göre birinci basamak sağlık hizmetleri seviyesinde bu kişilere insani bakım sağlamak, hasta şikayetlerinin dikkate alınıp, ilgili şikâyet yerlerinde denetimin olması, psikiyatri hastanelerine zorla yatışı olan bireylerin itirazlarının incelenmesi için ilgili makamlarca durumun değerlendirilmesi için soruşturma mahkemelerinin oluşturulması, akıl hastanelerinde ve ibadethanelerde onurlu yaşam koşullarının sağlanması, özgür ve bilgilendirilmiş rıza ilkelerine dayalı uygun ruh sağlığı hizmetinin verilmesi ve zorla gözaltı gibi hukuka aykırı ve insanlık dışı uygulamalara son verilmesi karara bağlanmıştır (Human Rights Watch, Erişim Tarihi: 16.07.2022).

Gana sağlık tesislerinin sağlık teknolojisi günümüz teknolojisinin standartlarında olmayıp, fiziki alt yapısı da çok yetersiz olması sebebiyle çeşitli kuruluşlar ve yardımseverler sayesinde özellikle psikiyatri servislerine tıbbi malzeme desteği ve hasta odalarının yenilenmesi yapılmıştır. Özellikle psikiyatrik ilaçların erişimi konusunda eczanelerle antlaşmalar yapılmıştır (Ministry Of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 -2030, 2018).

Nüfus yoğunluğu (kilometrekare başına kişi) Gana’ da 2015 yılı için 122,4 iken 2022 yılı için 142,4 olarak artmaktadır (Ek 1). 2017 yılında toplam doğurganlık hızı kadın başına 3,9 çocuktur. Nüfusun hizmetlere erişimi bölgelerin konumunun birbirlerinden uzak ve erişiminin zor olması sebebiyle eşit değildir (Ministry Of Health Accra, Ghana, Ghana’s Roadmap For Attaining Universal Health Coverage 2020-2030).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı 2015 yılı için 4,15 olarak bildirilmiştir (Ek 1). Yoksulluğun hüküm sürdüğü ülkede hane halkının geliri kişilerin ruh sağlığını etkilemekte olup, kişilerin ruh sağlığı durumları da yoksulluğu tetiklemektedir (Ministry of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 -2030, 2018).

Afrika’da yapılan çalışmalarda nüfusunun yarısının 16 yaşından küçük olduğu 100.000 nüfuslu bir bölgede en az 500 kişide psikoz, 200 kişide demans, 5000’i çocuk 5000’ide yetişkin olmak üzere ruhsal problemleri olan çocuk ve yetişkin olduğu tahmin edilmektedir. Bu durumda yetişkin nüfusun yaklaşık %1-3’ünde psikoz ve

%10'unda depresyon ve anksiyete gibi hastalıklar olduğu, %41'inde psikolojik hastalıklar (hafif, orta ve şiddetli düzeyde) olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum o bölgedeki işsizlik, kişilerarası sorunlar, suç oranlarının artmasına ve buna bağlı hapis oranlarının artmasına neden olabilmektedir. Ülkede akıl sağlığı koşullarından etkilenen bir hanenin ortalama maliyeti ayda 60,24 \$ dır (Ministry Of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 -2030, 2018).

Depresyon sonrası intihar olasılığı bulunmasına rağmen genel olarak, intiharın nedenleri ve dinamikleri halk tarafından pek anlaşılamamaktadır. İntihar davranışının önlenmesi için ulusal bir politika bulunmadığı gibi toplum kurallarına göre intihar davranışı ahlaksızlık ve tabu olarak görülmektedir (Ghana Launches National Alcohol Policy, Ministry of Healths Of Republic). İntihar davranışında bulunmak ülkede ceza yasalarına göre suç kabul edilmekte ve cezası bulunmaktadır (1960 Ceza Suçları Yasası, 57(2). Bölüm, 29. Yasa).

Kişi başına alkol tüketimi, yaygınlaşmakta olup, ülkede (15+ tüketim-litre saf alkol olarak-parametre: her türlü) 2015 yılı için 1,75 litre olarak bildirilirken 2019 yılı için 1,59 litredir (Ek 1). Alkol tüketiminin, 2012 yılında dünya genelinde çoğunluğu erkek olmak üzere yaklaşık 3.3 milyon kişinin ölümünden sorumlu olduğu bilinmektedir. Ganalıların yüzde 23,3'ünün alkol aldığı tahmin edilmekte ve bunların yüzde 2,1'inin yılda 20 litre kadar ciddi düzeyde alkol tüketimi olan kişiler olduğu tahmin edilmektedir. Ülkede alkollü içecekler üreten kayıt dışı sektörün son derece denetimsiz ve fazla olduğu da bilinmektedir. Gana hükümeti alkol üretimi, dağıtımı, satışı, reklamı ve tüketimi konusunda toplum üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmek amacıyla ulusal alkol politikası başlatmıştır (Ghana Launches National Alcohol Policy, Ministry Of Healths Of Republic).

Kişi başına düşen milli gelir, 1990 yılında 400 USD iken 2016'da 1380 USD yükselmiş ve %85 oranında büyüme göstermiştir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022). Kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 arasında yaklaşık yüzde 127,6 artarak (Ghana, Human Development Reports) 2015 yılında 4,614 USD olan gelir 2021 yılında 5,745 USD olmuştur (Ek 1). Bu gelişme

dinamiğine rağmen ülke vatandaşlarının yaşam kalitesi refaha dönüşmemiştir. Vatandaşların %40'ı günde 2 USD'in altında gelirle yaşam mücadelesi vermektedir. Ülkede sağlık hizmetlerinin kalitesi standartların çok çok altında ve sağlık hizmetlerine erişim bölgelere göre çok maliyetli olabilmektedir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) noktasında, Gana'nın sağlık bütçesi; Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Japon Uluslararası İşbirliği Ajansı (JICA), Uluslararası Kalkınma Departmanı (DFID), Danimarka Uluslararası Kalkınma Ajansı (DANIDA), Avrupa Topluluğu (EC) ve Avustralya Uluslararası Kalkınma Ajansı (AusAID) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından 2008 yılından itibaren %15 oranında desteklenmektedir (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

Gana Sağlık Bakanlığı'nın 2007 de yayınladığı ulusal sağlık politikasına göre; sağlık hizmetlerinde ilerleme, sağlığı geliştirme hedefleri arasında gösterilmektedir. 2018 ve 2057 hedefleri arasında ülkedeki tüm insanların sağlıklı bir şekilde yaşamalarını sağlayabilmek ve refah seviyelerini artırmak için 2020-2030 yılları arasında evrensel sağlık bakım kalitesinde kişilerin sağlık hakkının korunması, herkes için kolay ulaşılabilir, adil bir sağlık hizmeti sunması kendilerine misyon olarak gösterilmiştir. Ülkedeki her birey için sağlıklı yaşam hakkının gözetileceği ve bu amaç doğrultusunda hareket edileceği belirtilmektedir. 1992 Gana Cumhuriyeti Anayasası 34'üncü maddesinin 2. fıkrası, tüm halka ücretsiz sağlık hizmeti vermeyi, kişilerin sağlık hizmetlerine ücretsiz bir şekilde erişim hakkını taahhüt eder (Cezai Suçlar Yasası, Bölüm 57, Yasa 29, 1960).

Ülkenin sağlık hizmeti incelendiğinde, sağlık hizmetlerinde kişilerin sağlık harcamalarının bir kısmını karşılayan ulusal sağlık sigortası sistemi bulunmakta; ayrıca özel sağlık sigortaları da bulunmaktadır. Kamu tarafından halka sunulan sağlık hizmetleri yeterli olamamaktadır. Ülke vatandaşları sağlık hizmetini satın alabilmek

için ya tamamen özel sağlık sigortası yaptırmak durumunda ya da tamamen cebinden ödeme yapmak zorundadır. Ülkedeki kişilerin gelir seviyelerine göre ödemelerde prim ölçeği mevcuttur. Özellikle sağlık hizmetlerinde sigorta tarafından karşılanmayan hizmetlerin ve ilaçların bedeli hastalardan alınmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı, Gana. Erişim Tarihi: 15.07.2022).

Ulusal sağlık sigortası sistemi (NHIS), Gana'da da yaşayan bireyler için kaliteli sağlık hizmetlerine finansal erişim sağlamak amacıyla devlet destekli bir sistemdir. Bu kuruluşa katkıda bulunan kamu çalışanları, diğer meslekler, bu gruptan emekli olanlar, 18 yaşından küçük çocuklar, hamileler ve yeni doğum yapanlar, 70 yaş üzeri yaşlılar, akıl sağlığı yerinde olmayan bireyler, yoksullar bu sistem ile sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilme hakkına sahiptirler. Sağlık hizmet sunumundaki hastanelerin yoğunluğunu azaltmak ve bakım kalitesini artırmak için kişilerin öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi gerekmekte, sağlık görevlileri uygun görürse sevk sistemi ile diğer hastanelere erişim sağlayabilmektedirler (National Health Insurance Authority, The National Health Insurance Scheme (NHIS)).

Ülkenin NHIS dışındaki sağlık hizmetlerine bütçe ayırımı ciddi oranda azalmıştır. Ulusal sağlık sigortası toplam nüfusun sadece %36'sını kapsamaktadır. Nüfusun %64'ü sağlık harcamalarını kendi bütçelerinden yapmak zorunda kalmaktadır (Ministry Of Health Accra, Ghana, Ghana's Roadmap For Attainng Universal Health Coverage 2020-2030).

Ülkenin satın alma gücü paritesinin 0,13 olduğu görülmektedir (Ek 1).

Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri incelendiğinde, DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde, kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Ülkenin küresel barış endeksi 2015 için 1,800 değer ile 46. sırada iken 2022 yılı için 1,759 değer ile 40. sıraya yükselmiştir (Ek 1).

Ülkede cinayet oranları incelendiğinde, 100.000 kişi başına cinayet oranı 2015 yılı için UNODC dünya ortalaması 5,9 iken ülkede 1,9, 2017 yılı için ise UNODC dünya ortalaması 6,0 iken ülke verisinin 2,1'e çıktığı gözlenmektedir (Ek-1).

3.1.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Ülke genelindeki ekonomik problemler, çatışmalar, yoksulluk, cinayet oranları gibi dünyayı ve ülke genelini etkileyebilecek her türlü olayın geri dönüşü sağlık hizmet sektörünün üzerine yüklenmektedir. Sağlık sektöründe çalışan bireyler tıp eğitimi almakla yükümlü iken geline son durumda savunma tekniklerini öğrenmek zorunda kalmışlardır. Yasaların uygulanmasındaki gecikmeler, yasalara rağmen şiddetin durmaması, kötü çalışma şartları, sağlık çalışanlarını başka alternatif çıkış yollarına zorlamaktadır. Özellikle Gana gibi ülkelerde sağlık hizmet sektöründe kaliteli bakımın sürdürülebilmesi için gerekli alt yapının olmaması sağlık hizmet sektöründeki görevli personelin çalışma şartlarının ağırlığından motivasyonunun düşmesi sebebiyle sağlık alanında uzmanlaşmış beyin göçü yadsınamayacak kadar fazla olup, önemli sayıda uzmanlaşmış hekimler ve deneyimli genç hemşireler göç nedeniyle kaybedilmektedir (Boafo ve Hancock, 2017).

Toplumun ruh sağlığı hastalıklarına bakışı çalışan güvenliğini tehlikeye atmakta ve Gana'da psikiyatri servislerinde yatan hastaların kötü ruh ile beslenme algısı bu alanda görevli sağlık profesyonellerinin görevi sebebi etiketlenmelerine, toplum içerisinde dışlanmalarına neden olmaktadır ("Like A Death Sentence" Abuses Against Persons With Mental Disabilities in Ghana, Human Rights Watch, Erişim Tarihi: 16. 07. 2022).

Araştırmalar Gana'da sağlık sektöründeki tüm çalışanlar arasında işyerinde şiddet açısından en fazla risk altında olan grubun hemşireler olduğunu belirtmektedir.

Ocak-Nisan 2018 yılında çalışmadan önceki bir yıllık süreyi kapsayan hemşireler arasında yapılan araştırmaya göre %11,9'u fiziksel saldırıya uğramış, %5,7'si silahla saldırıya uğramıştır. Üzücü olan bir durum ise çalışanların %71,4'ünün fiziksel şiddeti olağan bir durum olarak karşılamalarıdır. Fiziksel şiddet uygulayanların %55,7'si hasta yakınları, %17,1'i amirleri ve ekip arkadaşlarıdır. Şiddet mağduru kişilerin %40'ı şiddet sonrası hastalarla eskisi gibi iyi ilişki kuramadığını belirtmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalan çalışanlar şiddet sonrası yaklaşık 11,5 gün izin aldıklarını (Boafo ve Hancock, 2017) belirtmiş bunun da çalışan işgücü kaybı nedeniyle şiddetin personel sıkıntısı olan yerlerde daha fazla soruna sebep verdiği görülmektedir. Mağdur çalışanlarda işe bağlılık düzeylerinde ve hastalara bakım verme isteklerinde önemli ölçüde azalma olduğu, hastaların bakımdan memnun olup olmadıklarını da artık umursamadıkları belirtilmiştir (Agbornu ve ark., 2022).

Sadece 2001 yılında 9000 hemşire çalışma şartlarının ağırlığından, her daim şiddet riskiyle karşı karşıya kalmasından dolayı başka ülkelere çalışmak için gitmiştir (Boafo ve Hancock, 2017). Şiddetin sağlık hizmet kalitesini doğrudan etkilediği ve ciddi sonuçlar oluşturduğu görülmektedir.

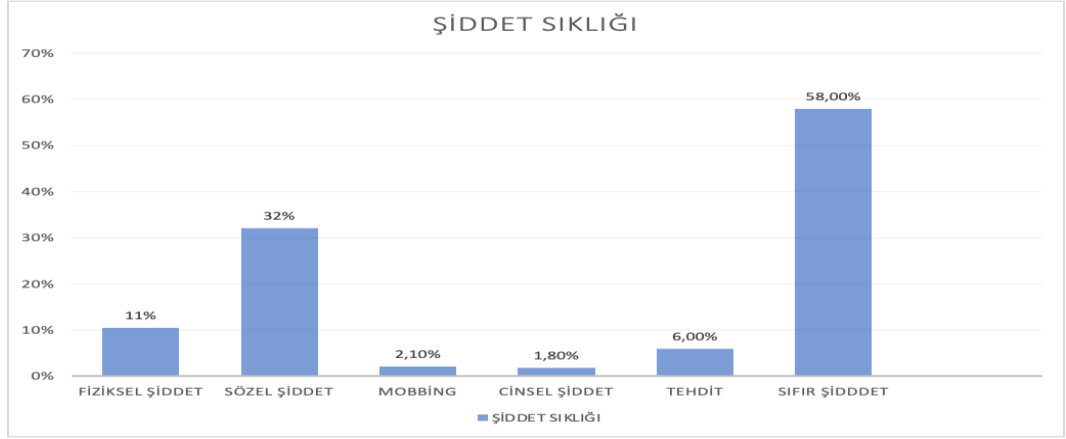
Şiddete uğrayan hemşirelerin %73,6'sının yaş aralığının 21 ile 30 arasında olduğu, meslekte deneyimlerinin ortalama 5,96 yıl olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel şiddete uğrayanların %35,8'i şiddeti birim amirlerine raporlamış, %32,1' ise sadece bir meslektaşına olayı anlatarak geçiştirmiş, %18,8'si uğradığı şiddete dair hiçbir işlem yapmamıştır (Boafo ve Hancock, 2017).

Ülkede hemşireler üzerinde çalışılan başka bir araştırma raporunda Eylül 2013 ve Nisan 2014 zaman aralığını kapsayan ve çalışmadan önceki bir yıllık süreyi kapsayan bir araştırma yapılmıştır. İşyerinde cinsel tacize uğrayanların oranı %12 olarak gerçekleşmiş ve bu grubun %83'ü hastane içinde tacize uğradıklarını, %50'den fazlası hekimlerin cinsel tacizine maruz kaldığını ve diğerleri de hasta yakınlarının sebebiyet verdiğini bildirmiştir. Şiddete uğrayanların %80,6'sı şiddeti raporlamamıştır. Raporlamama nedenleri olarak da 19%'u raporlama sonrası işlem yapılamayacağını düşündüğü, %2'si nereye şikâyet edeceğini bilemediği için, %3'ü

bu durumun hep yaşanmasından dolayı olağan karşılaması sebebiyle durumu rapor etmediklerini beyan etmiştir. Hastane içinde cinsel şiddet oranlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ülkede bu tür şiddet olaylarının bildirilmesi için hastanelerde özel bir prosedür, uygulamada bulunmamaktadır. Bu durum çalışanların çalışma ortamlarında kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Sözel şiddete maruz kalanların oranı %73,7 olarak tespit edilmiştir. Şiddet mağduru kişilerin %62,8'si olayı bildirmemiş hatta bildirmenin de gereksiz olduğunu savunmuşlardır. %12'si durumun kendisini çok etkilemediğini bildirmiş, %14,4'ü konuşmak bile istememiş ve sadece çalışanların %5'i durumun farkında olarak rahatsızlığını dile getirmiştir (Boafo ve ark., 2016).

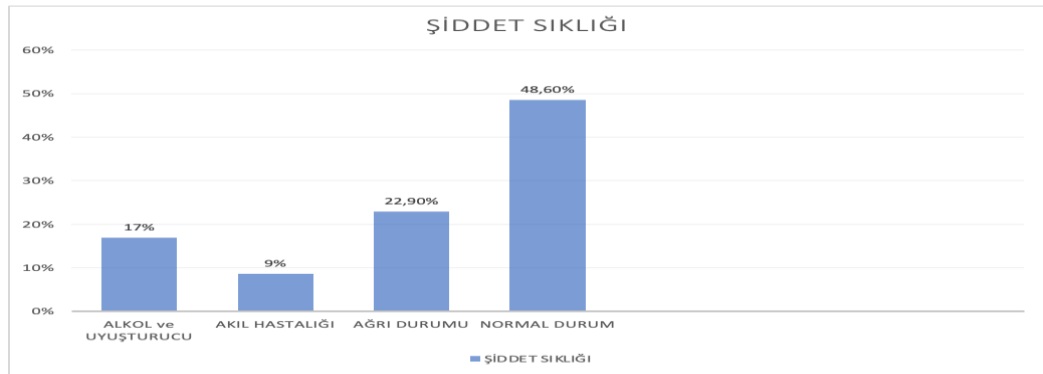
Ülkedeki şiddetin nedenleri incelendiğinde; yoğun nüfuslu bölgelerde çalışıyor olmak, cerrahi, psikiyatri ve acil servis gibi birimlerde çalışmak, hasta sayısının fazla olması, uzun bekleme süreleri, personel eksikliği, yüksek öğrenim mezunu olmama durumu, meslekte deneyimsiz olma hali şiddet riskinin artıran faktörler olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca özellikle yönetim kadrosunun şiddeti yönetmede gerekli deneyim ve uzmanlığa sahip olmadığı da görüşler içerisindedir (Mensah Kofi ve ark., 2022).

Gana Accra bölgesinde yapılan başka bir çalışmada; çalışmaya katılanların %44,4'ünün son bir yıl içerisinde şiddet türünden herhangi birine maruz kaldığı bildirilmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalma oranı %10,5; psikolojik şiddete (sözel şiddet, mobbing, cinsel şiddet, tehdit) maruz kalma oranı %42; her iki şiddet türüne maruz kalanların oranı %8; sözel şiddete maruz kalanların oranı %32,1; mobbinge maruz kalanların oranı %2,1; cinsel şiddete maruz kalma oranı %1,8; tehdit alanların oranı %6,0; hiçbir şekilde şiddete maruz kalmayanların oranı %58,0 olarak bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarının fiziksel şiddetten daha çok psikolojik şiddet türüne daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir (Adusei, 2019).



Şekil. 3.5. Gana Accra Bölgesi Şiddet Türleri ve Sıklığı

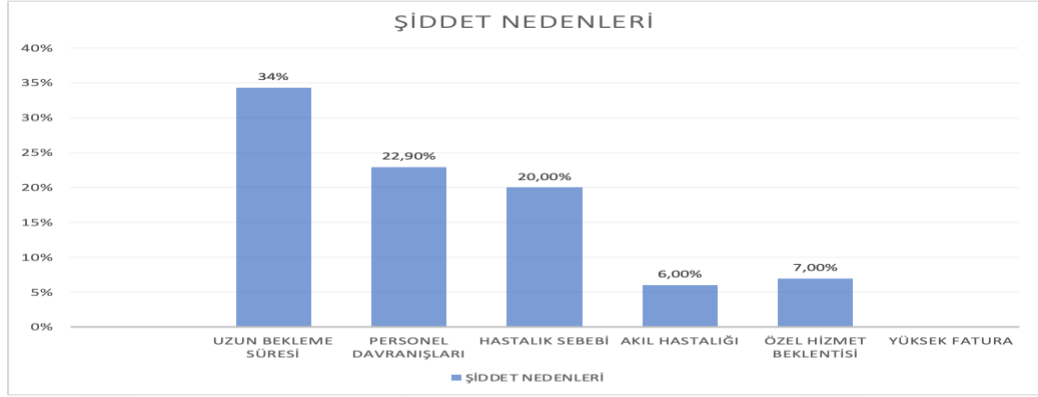
Şiddeti uygulayanlara bakıldığında hastaların %60'ının fiziksel şiddet uyguladığı; %39,3'ünün psikolojik şiddet uyguladığı; hasta yakınlarının %37,1'inin fiziksel şiddet, %35'inin psikolojik şiddet uyguladığı; görevli personelin 2,9'unun fiziksel şiddet, %25'inin psikolojik şiddet uyguladığı, diğer şiddet uygulayanların oranı ise %0,7 olduğu bildirilmiştir. Yaşanan şiddet olaylarında fiziksel şiddet uygulayanların %17'sinin alkol veya uyuşturucu etkisinde olduğu, %8,6'sının akli dengesinin yerinde olmadığı, %22,9'unun ağrı anında şiddete başvurduğu, %48,6'sının da normal kabul edilen şartlarda kişiler olduğu bildirilmiştir (Adusei, 2019).



Şekil. 3.6. Gana Accra Bölgesi Şiddet Uygulayıcılarının Şiddet Anındaki Durumu ve Sıklığı

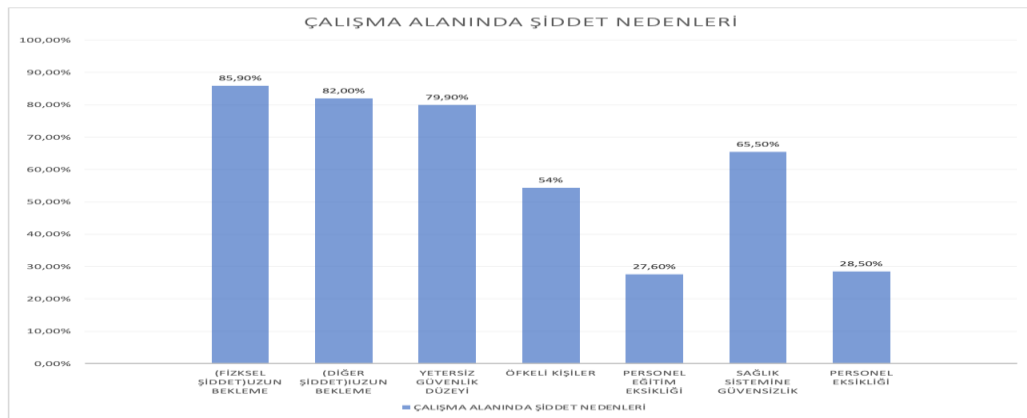
Fiziksel şiddet nedenleri incelendiğinde %34,3 uzun bekleme süreleri, %22,9 personelin kaba davranışları, %20 hastalığa bağlı, %6 mental hastalığa bağlı, %7 ise

ayrıcalıklı hizmet isteme, hastanedeki yüksek faturalandırma nedenli olduğu bildirilmiştir (Adusei, 2019).



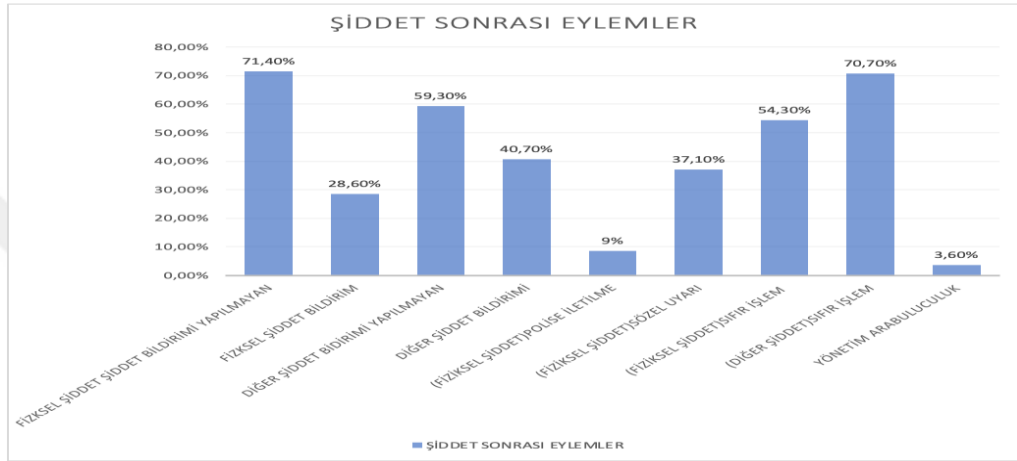
Şekil. 3.7. Gana Accra Bölgesi Fiziksel Şiddet Nedenleri ve Sıklığı

Çalışma alanında tüm şiddet nedenleri incelendiğinde ilk sırada uzun bekleme süresi fiziksel şiddette %85,9; psikolojik şiddette %82, ikinci neden olarak %79,9 hastanede yeterli güvenlik düzeyinin olmaması, %54,3 kişilerin öfkeli olması, %27,6 personel eğitimi eksikliği, %65,5 sağlık sisteminin yetersizliğinin kişilerdeki negatif etkisi, %28,5 personel eksikliği olarak bildirilmiştir. Meslekte 20 yıl ve üzeri çalışanların 6 yıla kadar meslek geçmişi olanlara göre 19 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Gece vardiyasında çalışan personelin gündüz vardiyasında çalışanlara göre 5 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Adusei, 2019).



Şekil. 3.8. Gana Accra Bölgesi Çalışma Alanında Şiddet Nedenleri ve Sıklığı

Fiziksel şiddete neden olan kişilere yönelik prosedürler incelendiğinde; %8,6'sında işlem yapılmış polise teslim edilmiş, %37,1'i sözel olarak uyarılmış, %54,3'ünün hakkında herhangi bir işlem yapılmamıştır. Psikolojik şiddet uygulayanların %70,7'sine herhangi bir işlem yapılmadığı, %3,6'sına ise sorunu çözmek için yönetimin arabuluculuk yaptığı bildirilmiştir. Şiddet olaylarının çoğunlukla bildirilmediği belirtilmiştir (Adusei, 2019).



Şekil. 3.9. Gana Accra Bölgesi Şiddet Bildirimi ve Şiddet Sonrasındaki Eylemler

3.1.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Gana Cumhuriyeti

Gana cumhuriyeti 1992 Anayasası 4. maddesine göre tüm vatandaşlar kanun önünde eşit hakka sahiptir. Madde 26'ya göre on iki yaşın altındaki bir kişi bir ceza hukuku açısından, suç işleyebilecek olgunlukta değildir. Madde 13'e göre hiç kimse Gana yasalarının hükmü dışında kasıtlı olarak hayatından yoksun bırakılamaz. Bırakıldığı takdirde madde 14' e göre mağdurlar kişileri alıkoyma suçunu işleyenlerden tazminat alma hakkına sahiptir. Madde 17'ye göre cinsiyeti, ırkı, rengi, etnik kökeni, dini, inancı, sosyal veya ekonomik statüsü sebebiyle ayrımcılık yapılamaz (Criminal Code, 1960 (Act 29) Acts of Ghana First Republic).

Gana 1960 ceza yasası 205. madde kamu çalışanlarına saldırı halinde verilecek cezalar hakkında hüküm bildirmektedir. Yasaya göre kamu görevlisine karşı saldırı, tacizde bulunma, tehdit etme, hakaret veya mektup ya da mesaj yoluyla bunları yapma, saldırı amacıyla silahla tehdit etme, kamu huzurunu bozacak şekilde haberler yapılması, iftira atılması suç kapsamında değerlendirilmektedir. Gana yasalarında özellikle sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde bir yasa bulunmamaktadır. Suçların ceza yasaları kapsamında değerlendirildiği görülmektedir. Gana 1960 ceza yasası Madde 208' e göre iftira suçu kabahat olarak değerlendirilmektedir. Hakaret suçu da iftira suçu gibi değerlendirilir ve iftira suçu gibi 400.000 ₵'yi (Gana Sedisi = 49.306,63 USD (ABD Doları-Gana Sedisi, Erişim Tarihi:23.07.2022)) geçmeyecek şekilde para cezasına çarptırılır. Madde 97'ye göre kişiye tecavüz suçu birinci dereceden suçlar kategorisinde olup kişi yirmi beş yıldan fazla olmamak üzere hapis cezasına çarptırılmaktadır. Madde 103' e bir başkasına ahlaksızca saldıran bir kişi (cinsel taciz) bir kabahat işler ve altı aydan az olmamak üzere hapis cezasına çarptırılır. Madde 75'e göre kişiye zarar verme amacını güden tehditler kabahat suçu olarak değerlendirilip (madde 76) ölüm tehdidi 2. dereceden suç sayılmaktadır. Madde 103'e göre kişiye haksız yere saldırma suçu da 6 aydan az olmayacak şekilde hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 46' a ya göre kasıtlı olarak kişiyi öldürme suçunun cezası kişinin ölüme mahkûm edilmesidir (Criminal Code, 1960 (Act 29) Acts Of Ghana First Republic).

Kamu malına zarar verme veya kişilere zarar verilmesi durumunda, zarardan sorumlu olduğu tespit edilenler zararın bedelini ödemekle yükümlüdürler (Public Order Act, 1994 Act 491). Kamu malına zarar vermek 5 milyon ₵'dan (Gana Sedisi= 616.332,82 USD, Abd Doları -Gana Sedisi, Erişim Tarihi:23.07.2022)) az olmayan para cezasına ve on yıldan fazla olmayan hapis cezasına çarptırılır (Criminal Code, 1960 (Act 29) Acts of Ghana First Republic).

3.1.4. Mali Cumhuriyeti

3.1.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Mali Cumhuriyeti Afrika'nın sekizinci büyük ülkesidir (Vikipedi, Mali, Erişim tarihi: 23. 07. 2022). Ülke İGE sıralamasında 2015 yılı ve sonrasında düşüşe geçmiş bir ülke olarak 186. sırada düşük insani gelişme kategorisinde olan bir ülkedir. 2015 yılı için İGE değeri 0,417 ve 175. sırada iken, 2021 yılı için İGE değeri 0,428 ve 186. sırada yer almıştır (Ek-1).

Doğumda beklenen yaşam süresi, 2015 yılı için 57,509 yaş iken 2021 yılı için 58,9 yaş olarak görülmektedir (Ek 1). Ülkedeki çatışmanın varlığı özellikle erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresini etkilerken, ülkenin kalkınma göstergeleriyle doğrudan bağlantılı bir kriter olan anne ölümlerindeki düzeyi gösteren ülkede kadınlarda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 kişide 368'dir (République du Mali, Enquête Démographique et de Santé, 2014, s.206).

5 yaş altı bebek ölüm hızı her 1000 canlı doğumda 2015 yılı için 108,30, 2017 yılı için 100,90, 2019 yılı için 94,18 olarak belirtilmektedir (Ek 1). Veriler beş yaş altı ölüm hızının düşüşe geçtiğini gösterse de ülkede ulaşılamayan kayıt dışı ölümlerle birlikte daha fazla olduğu düşünülmektedir (The Global Health Observatory, Explore a World of Health Data, Erişim Tarihi: 23.02.2022).

Ülkedeki 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda, doğum aralığının kısa olduğu ve kadının deneyiminin arttıkça bebeğin hayatta kalma oranının da arttığı gözlenmektedir (République du Mali, Enquête Démographique et de Santé, 2014).

Beklenen öğrenim süresi- ortalama öğrenim süresine bakıldığında, Mali Anayasası'nın 18. maddesine göre ülkedeki her bireye eğitim ücretsiz verilmektedir. (The Constitution of The Republic of Mali, Article 18). Genel olarak ülkede eğitim düzeyi çok düşüktür. Beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 7,337 yıl; 2019 yılı için

7,5 yıl iken (Ek 1), ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 2,105 yıl, 2019 yılı için 2,4 yıl olarak belirtilmektedir (Ek 1). 2006-2007'den 2010-2011'e kadar olan sürede okullara kayıt oranı %59'dan %62'ye artış gösterse de 6 yaş ve üzeri kişilerde kadınların %67'sinin, erkeklerin %56'sının hiçbir eğitimi bulunmamaktadır. Okuryazar olmayan kadınların oranı %79, erkeklerin oranı %62 olarak belirtilmektedir. Okula gitme oranı yerleşim yerine göre değişiklik gösterebilmekte olup, kentlerde yaşayanlarda kırsala göre daha yüksektir. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre okula gitme sıklığı daha yüksektir (République du Mali, Enquête Démographique et de Santé, 2014).

Toplam hemşire sayısı 2018 yılı için 8409, 10.000 kişi başına düşen hemşire sayısı 2018 yılı için 4,41 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Kişi başına düşen tıp doktoru parametresinde ülkede toplam hekim sayısı 2018 yılı için 2454 iken 10.000 kişi başına düşen hekim sayısı aynı yıl 1,29'dur (Ek 1).

Mali için kişi başına düşen hastane verisi 2013 yılında 0,46, 10.000 kişi başına düşen hastane yatağı 2010 yılı için 1,0 olarak verilmiştir (Ek 1).

Sağlık hizmeti sunumu değerlendirildiğinde, Mali'de doğurganlık da bebek ve çocuk ölümlülüğü de yüksektir (Molly ve ark.,2022). Bu durumun nedenleri olarak, sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin yanı sıra toplumsal inanç ve kurallar gösterilmektedir. Çeşitli durumların kişinin gebeliğini olumsuz etkileyeceği inancı hâkimdir. Gebelik kontrolü olmamakta, her gebeliği Tanrı'nın hediyesi olarak görmektedirler. Kadınlar ileri yaş gebeliklerinde damgalanma kaygısıyla hastaneye gitmemektedir. Doğumlarını genellikle evde büyücü kadınlar diye adlandırdıkları kadınlar eşliğinde yapmaktadırlar. Anne ve çocuk sağlığında yeni doğan bakımı, acil müdahale önemli iken, tedavilerini kötü ruh çıkarmaya çalışarak yaptığına inanan bir toplulukta, anne bebek ölüm oranları da artabilmektedir. Hastane hizmetlerini kullanmalarını engelleyen diğer nedenler; hastanelerin uzaklığı, ilaçlar için cepten ödeme yapmaları, tanımadıkları kişilere muayene olmak ya da hastanede tedavi

olmaktan korku ve endişe duymalarıdır. Hastane hizmetlerini kullanma sıklığı özellikle kırsal kesimlerdeki kabilelerde düşüktür (S. Arborio, 2007).

Ülkenin sağlık sisteminde, kırsal kesimdeki hastaları sağlık merkezlerine sevkini sağlayan birimler bulunmakta olup, zincir halinde sağlık ocakları ve hastaneler şeklinde ilerlemektedir. Mali'de Sağlık Bakanlığı'nın ulusal standartları karşılamalarını sağlamak için birlikte çalıştığı özel sağlık bakım tesisleri de bulunmaktadır. Devlet kendi sağlık kurumlarının işletmesini halkına ücretsiz verememekte, personel maaşlarını dahi ödeyememektedir. Sağlık kuruluşlarının işletmesi yardım örgütlerine bağlı olmakla birlikte, hastane hizmetleri kontrolünü hükümete geri devretme çabaları mevcuttur (International Peace Institute, 2019).

Ülkede hastalık halinde sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının kentsel alanlarda %53 iken, kırsal alanlarda %37 olduğu görülmektedir. Hastaların %43'ünün kendilerini bitkilerle tedavi etmeye çalıştığı, %15'inin ilaç kullanmadığı, %35'inin ise eczanelerden tavsiye üzerine destek aldığı, bazı kişilerin ise hastalık halinde uyuşturucu satıcılarından destek aldığı tespitler arasındadır (République du Mali, Enquête Démographique et de Santé, 2014).

Mali'nin en büyük hastanesi olan Gabriel Touré Hastanesi yılda en az 100.000 hastaya hizmet vermektedir. Bu hastanede bile tıbbi malzeme sorunu çok yüksektir (Kassim, 2019).

Aşırı kalabalık, tıbbi malzemesi yetersiz hastanelerde ilaç ve personel eksikliği de yüksek seviyededir. Sağlık tesislerinin %17'si, ulusal standartlarda hizmet verememekte, nitelikli sağlık personelinin yüzde 80'i uluslararası yardımlarla sağlanmaktadır. İnsani yardım kuruluşları bölgede çok aktif halde çalışmakta ve devletin sağlık hizmetlerini önemli ölçüde desteklemektedir. 2018 yılında BM Merkezi Acil Müdahale Fonunun %3 ünü Mali sağlık sistemini desteklemek için ayırmıştır. Malide devlet dışı silahlı gruplar tarafından kontrol edilen bölgelerde devlete bağlı sağlık hizmetlerine erişim çok kısıtlıdır (International Peace Institute, 2019).

Nüfus yoğunluğuna bakıldığında, ülkenin kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 yılı için 14,3 iken, 2022 yılı için 17,6 olup, zamanla nüfus yoğunluğunun artmış olduğu gözlenmektedir (Ek 1). Nüfusun %74,5'i kırsal alanlarda ikamet etmekte olup, halkın yerleşim şekli çok düzensizdir (République du Mali, Enquête Démographique Et De Santé, 2014).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, 2015 yılında 3,57 olarak belirtilmiştir (Ek 1). Ülkede kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların geleceğe umutla bakmadıkları, kendilerini çok yalnız ve kapana kısılmış gibi hissettikleri bilgiler arasındadır (Molly ve ark.,2022).

Kişi başına alkol tüketimi, ülkede 2015 yılı için 0,62 litre, 2019 yılı için 0,6 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1). Mali'de yapılan bir araştırmada, 2014-2018 yılları arasında psikiyatrik bozukluk nedeniyle hastaneye yatırılan kişilerin çoğunlukla genç ve ruhsal problemi olan erkekler olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatışı olan kişilerin %44,5'inin getirilme nedeni saldırganlık olarak belirtilmiştir. Psikiyatri servisinde tutulan bu hastaların %32,6'sında sigara, %26,0'sında esrar %15,6'sında alkol, %42,9'unda ise uyuşturucu kullanımı olduğu belirtilmektedir (Souleymane Papa ve ark.,2022).

Ülkede kişi başına düşen milli gelir 2015 yılında 2,218 USD iken 2019 yılında 2,133 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1). Ülke sahra altı Afrika'nın ekonomik açıdan en sorunlu ve dünyanın en yoksul bölgelerinden biridir. Yetersiz beslenme ülkede büyük bir sorun, özellikle 5 yaş altı çocuklar arasında halk sağlığı sorunu şeklindedir. Çocukların hastaneye yatışlarının %54,1'ini malnutrisyona (beslenme yetersizliği) bağlı genel durum bozukluğu oluşturmaktadır (Abdoul Karim, 2021).

Mali'de yapılan bir araştırmada, hane halklarının ekonomik durumunun sağlık hizmetlerini kullanımında belirleyici olduğu görülmüştür. Mali halkının hastalık halinde ilk başvurduğu yerlerin %54,4 toplum sağlığı merkezleri, %12,3'ünün şifacılar diye adlandırdıkları kişiler, %7,9 kamu hastaneleri olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde kişilerin ekonomik durumu, sağlık hizmetleri veren hastanelerin

konumu, sosyal sınıf, yaşam biçimleri ve cinsiyetin etkili olduğu belirlenmiştir. Hane halkının yoksulluğu, kamu sağlık hizmetleri kullanımını azaltmaktadır. Erkeklerin kadınlara kıyasla geleneksel ve kamu sağlık bakım hizmetlerinden daha fazla yararlandığı bulunmuştur (Yaya ve Amadou, 2021).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) açısından bakıldığında ülkedeki yoksulluk, bireylerin sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Kişilerin sağlık sigortası olmadığından sağlık merkezlerini kullanım ve erişimi düşük seyretmektedir (Maiga, 2022). Mali Anayasasında sağlık hizmetlerine erişim hakkı ücretsiz olarak belirtilmişse de, halk ulaşamamaktadır ve kendi bütçelerinden %9'unu ulaşım için, %11'ini hastaneye yatış için, %27'sini muayene olabilmek ve hizmet alabilmek için, %48'ini reçetede ilaçları temin edebilmek için, %5 hastanedeki diğer masraflar için ödeme yapmak zorundadırlar (République du Mali, Enquête Démographique et de Santé, 2014).

Kişi başına düşen sağlık harcamalarının 2015 yılında 6,91 USD iken, 2019 yılında 11,54 USD olarak yıllar geçtikçe artmıştır (Ek-1). Bu şartlar altında kırsal kesimlerde yaşayan halkın sağlık hizmetine erişim sağlayabilmesi için 2000 frank (3 USD)- 5000 frank (7,60 USD) ödemesi gerekmektedir. Hastaneye ulaşım için haftanın her günü araç bulunmamakta, ulaşım binek hayvanları ile yapılmak zorunda kalmakta (Medecins Sans Frontieres, 2019, Erişim Tarihi:27.07.2022), çatışmalar sebebiyle güvensiz süren yolculuklarda özellikle kırsal kesimlerde yaşayanların sağlık tesislerine ulaşımı daha da zorlaşmaktadır (2019, Medecins Sans Frontieres, Erişim Tarihi:27.07.2022).

Hastaneye ulaşabilen kişiler için gerek devlet hastaneleri gerekse özel hastanelerde tedavi, hijyen koşulları normal standartların çok altında olup, devlete bağlı hastaneler özel hastanelere göre daha ucuzdur. Özel hastanelerde muayene ücreti 20.000 frank (31,18 USD) yatak ücreti 55.000 (85,74 USD) franktan başlamaktadır. Ülkede sağlık sigortası uygulaması yaygın değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Mali, Erişim Tarihi: 23.07.2022).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 0,04'tür (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmamaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi raporlarına göre Mali Cumhuriyeti 2015 yılında 2,546 değer ile 143. sırada yer alırken 2021 yılında 2,813 ile 148. sırada; 2022 yılında ise 2,911 ile 150. sıradadır (Ek 1). Organize suç olarak tanımlanan insan kaçakçılığı, silah kaçakçılığı, uyuşturucu ticareti ve birçok yasadışı ticaretin çok yoğun olduğu, çeteleşme ile suç oranlarının çok yüksek olduğu güvensiz bir ülkedir. Yolsuzluğun devlet içi yapılanmasında çok fazla olması ile bu ülkede suç oranlarının önlenmesi zorlaşmaktadır. Organize suç konusunda cezalandırma, adaletli yargı işleyememektedir (Africa Organised Crime Index, Mali, Erişim Tarihi: 23.07.2022).

Ülkede artan şiddet ve güvensizlik nedeniyle, sağlık personeli ve yardım kuruluşları da dâhil olmak üzere sağlık hizmeti sunan birçok kuruluş, özellikle çatışmanın en yoğun olduğu kırsal bölgelerde faaliyetlerini azaltmış ya da bölgeyi tamamen terk etmişlerdir. Hastalar güvensizlik, korku, mesafe, yağış nedeniyle kapanan yollarla ilgili kısıtlamalar nedeniyle, sağlık durumu çok ciddi hale geldiğinde sağlık merkezine gitmeye çalışmaktadır (Medecns Sans Frontieres, 2019, Erişim Tarihi: 27.07.2022).

Cinayet oranları parametresinde, dünya adalet projesi hukukun üstünlüğü endeksi 2020'ye göre Mali Cumhuriyeti; düzen, güvenlik ve adalet çerçevesinde 128 ülke arasında 122. sırada yer alarak dünyanın en az güvenli ülkeleri arasında konumlandırılmaktadır (World Justice Project, Part 3: Mali – Justice in a State of Fragility, erişim tarihi: 23. 07. 2022).

Hukuk sisteminin yeterince adaletle işlememesi, ülkede adalet sistemine güven kaybına güvensiz ortamın artmasına neden olmaktadır. Çeteleşmenin çok yoğun

olduğu ülkede özellikle 2014 yılı sonrasında çatışmalar nedeniyle çok fazla kayıplar yaşanmakta ve ülkede başlıca ölüm nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Tüm bu nedenler verilerin sağlıklı girişini ve cinayet oranlarına erişimi engellemektedir (Jeremy ve Sakina, 2022).

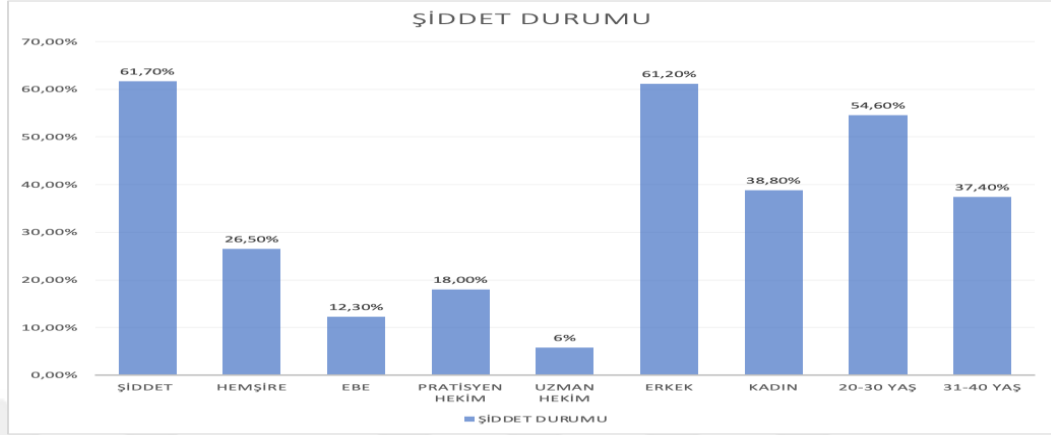
3.1.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Ülkedeki güvensizlik, sağlık çalışanlarının sağlık hizmet sağlamasında en tehlikeli engeldir. Sağlık Bakanlığı merkez bölgelerde sağlık personelinin güvenliğini sağlamaktan sorumlu bir birim bulundurmaktadır. Bu birimler, sağlık personelinin güvenli alanlarda bulunması ve hizmetlerini güven içerisinde sağlayabilmesi amacıyla Güvenlik ve Savunma Bakanlığı ile iş birliği içerisinde dirler (International Peace Institute, 2019). Buna rağmen 2019 yılında 28, 2020 yılında 11 sağlık çalışanını hedef alan şiddet olayı yaşanmış, ülkedeki silahlı gruplar tarafından ambulanslar hedef alınmıştır (Violence Against or Obstruction of Health Care in Mali in 2020, 2020).

2021 yılında sağlık çalışanlarına yönelik 18 şiddet olayı bildirilmiş 29 sağlık çalışanının da kaçırıldığı, ilaçlara el konulduğu, ambulansların kaçırıldığı belirtilmiştir. Sağlık personeline yönelik şiddet karşısında sağlık çalışanlarının can güvenliği tehlikeye düşerken kurtarılabilir hastalar da kaybedilmektedir (Mali Violence Against Health Care in Conflict 2021, Erişim Tarihi: 02.08.2022). Çatışmalardan sağlık çalışanlarını koruma amacıyla Mali'deki yerel liderler tarafından silahlı çatışmalarda sağlık personelinin korunmasına ilişkin taahhütname imzalandığı belirtilmektedir (Fletcher, Erişim Tarihi: 08.12.2022).

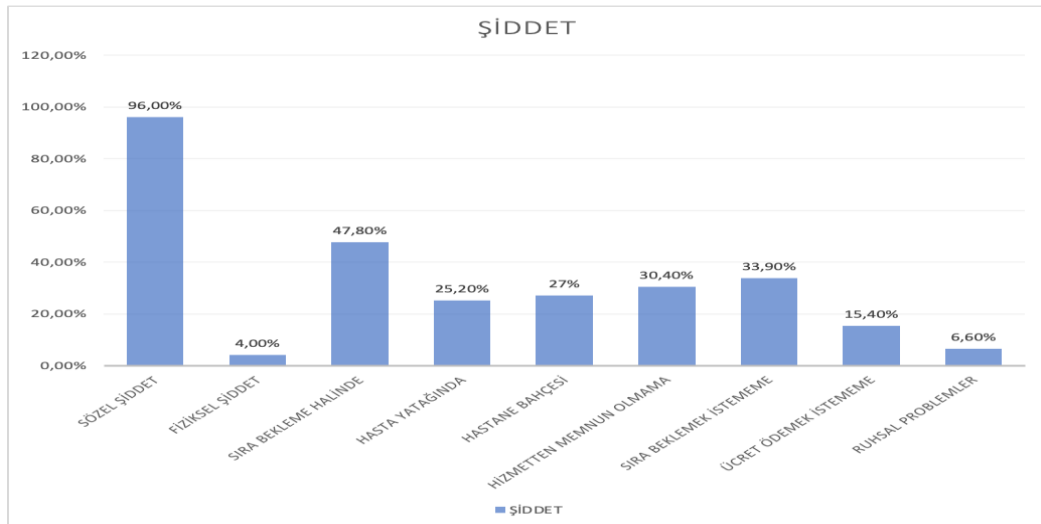
Güvensiz bölgelerde hizmet vermeye çalışan sağlık personelinin yanı sıra, hastanelerde sağlık hizmeti verirken şiddete uğrayan çalışanların oranları da az değildir. Bamako şehri hastanelerinde yapılan bir çalışmada personelin %61,7'sinin şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Şiddete uğrayanların %61,2' sinin erkek; %38,8'inin kadın personel olduğu ve yaş dağılımında, %54,6'sı 20-30 yaş, %37,4'ü 31-40 yaş, %8'i 41 yaş ve

üzerindedir. Şiddet mağdurlarının meslekleri ise %26,5 hemşireler, %12,3 ebeler, %18 pratisyen hekimler, %5,8 uzman hekimlerdir (Calvain, 2015).



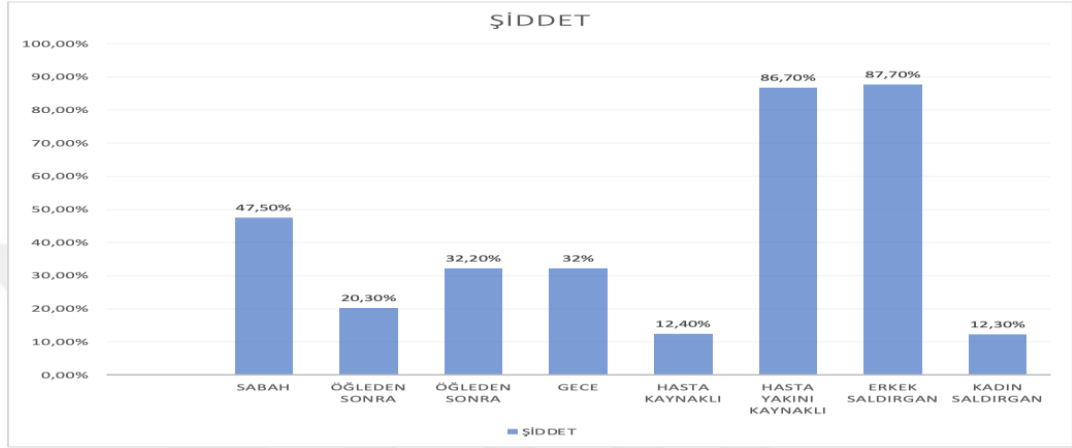
Şekil. 3.10. Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Durumu

Şiddete uğrayanların %96 sözlü şiddete; %4 ise fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Şiddetin gerçekleştiği yerler; %47,8 bekleme sırasında, %25,2'si hasta yatağında iken %27'sinin ise hastane bahçesinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Şiddet nedenleri; %30,4 bakımdan memnun olmama, %33,9 sıra beklemek istememe, %15,4 ücret ödemek istememe, %6,6 ruh sağlığı problemleridir (Calvain, 2015).



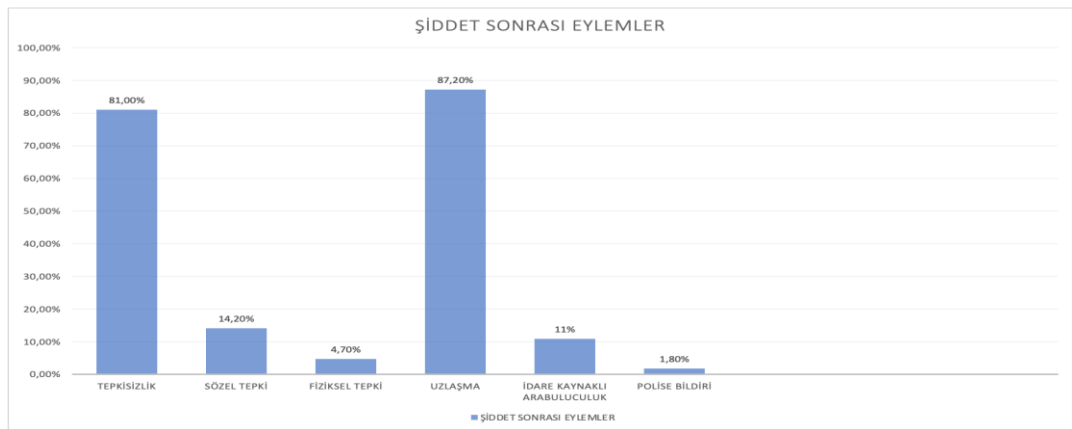
Şekil. 3.11. Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Türleri ve Sıklığı

Saldırıların %47,5 sabah saatlerinde, %20,3 öğleden sonra, %32,2 gece gerçekleştiği, şiddete uğrayanların %5,7'sinin iş göremezlik raporu aldığı belirtilmiştir. Şiddetin %12,4'ünün hastalar, %86,7'sinin hasta yakınları tarafından işlendiği belirtilmiştir. Saldırganların %87,7'sinin erkek, %12,3'ünün kadın olduğu da bulgular arasındadır (Calvain, 2015).



Şekil. 3.12. Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Saatleri ve Saldırgan Durumu

Şiddet sırasında sağlık çalışanlarının tutumları incelenmiş, %81'i tepkisiz kalmış, %14,2'si sözel olarak karşılık vermiş, %4,7'sinin fiziksel olarak karşılık vermiş, olay sonrası ise %87,2'si uzlaşma yoluna gitmiş, %11'i idarenin uzlaştırması yoluna yönlendirilmiş, %1,8'i kolluk kuvvetlerine bildirmiştir (Calvain, 2015).



Şekil. 3.13. Mali Cumhuriyeti Bamako Şehri Hastanelerinde Şiddet Sonrası Çalışan Tutumları

Yapılan başka bir çalışmada 2018 yılından 2020 yılına kadar 105 saldırganlık vakası ve bu saldırılarda çalışanların %40'ının şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Şiddet faillerinin %75'inden fazlasının orta öğretim düzeyinde olduğu ve %68,6'sının refakatçi olduğu tespit edilmiştir. Tartışmaların %85,7'sinin acil servislerde meydana gelmiş olduğu belirtilmiştir. Şiddetin %90'ınının iletişim eksikliğinden ve saygısızlıktan kaynaklandığı belirtilmiştir. Şiddet faillerinin %87,6'sının şiddet sonrası cezalardan habersiz olduğu da tespitler arasındadır. Tartışmaların %98,15'inin polis müdahalesi olmadan mahkeme dışında çözüme kavuştuğu belirtilmiştir. Şiddet nedenleri arasında, sağlık personeli sayısının yetersizliğinin yanı sıra başvuranların %80'inin personelin adam kayırdığını düşünmesi olduğu belirtilmiştir. Ülkede sağlık personelinin %61,7'si şiddete maruz kalmaktadır (Bakary Dembele ve ark., 2021).

3.1.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Mali Cumhuriyeti

Ülkede kişilerarası şiddet vakalarını önlemek için ulusal bir eylem planına ulaşamamış olup, kişilerarası şiddetin caydırıcılığı için ceza düzenlemesi bulunmaktadır. Ayrıca memurların hak ve yükümlülüklerine ilişkin 13 Temmuz 1983 tarihli ve 83-634 Sayılı Kanun'a göre sağlık çalışanları görevleri sırasında koruma altına alınmıştır (Bakary Dembele ve ark., 2021).

Mali Cumhuriyeti Anayasası madde 1'e göre her bireyin yaşamının kutsal ve dokunulmaz olduğu belirtilmekte, kişilerin güvenliği, yaşama özgürlüğü bu madde ile güvence altına alınmaktadır (The Constitution of The Republic of Mali, Article 1). Ülkede iş kanunu mevcuttur ancak 1. Maddesinde kamu çalışanları muaf tutulmuştur. (Actes de la Republique du Mali, Lois 92-020, Portant Code du Travail en Republique du Mali, 1992).

Mali Cumhuriyeti ceza adalet sisteminde yaptırımlar 1961 sayılı Ceza Kanunu'nun 1. maddesine göre suç ve kabahatler olarak iki şekilde değerlendirilmektedir. Madde 4' e göre ülkedeki ceza sisteminde suç olarak kabul

edilen durumlarda kişilere verilen cezalar; ölüm, ömür boyu zorunlu çalışma ve beş yıldan yirmi yıla kadar zorunlu çalıştırma şeklinde olmaktadır. Kabahat olarak kabul edilen durumlarda ise ceza sisteminde kişilere verilen cezalar madde 5'e göre on bir günden beş yıla kadar hapis ve para cezasıdır. Cezaların infazında esneklik, ölüme mahkûm edilen cezalarda ömür boyu hapse çevrilmesi gibi bir durum söz konusu değildir. Ancak suç işleyen 18 yaş altı çocuk ise, madde 23'e göre bu ceza müebbet hapis ile hafifletilebilmektedir. Sarhoşluk durumu 16. maddeye göre cezalarda hafifletici bir sebep olarak kabul edilmemektedir (The Constitution of The Republic of Mali).

Kamu görevlilerine ait işlenen suçlarda çalışanları tehdit etmek madde 16' ya göre on bir günden bir aya kadar hapis ve 20.000 (31,18 USD) ile 240.000 frank (374,12 USD) arasında para cezası ile cezalandırılmaktadır. Kamu görevlisine hakaret suçu madde 117' ye göre on beş günden üç aya kadar hapis ve ayrıca 20.000 ila 600.000 Frank para cezası ile cezalandırılmaktadır. Çalışana herhangi bir şiddet veya saldırıda bulunan kişiler madde 119' a göre en az bir ay ve en çok üç yıl olmak üzere hapis cezası ve 20.000 ile 600.000 frank (935,31 USD) arasında para cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 120' ye göre şiddet mağdurunda 20 gün iş göremez raporu verildiyse suçlunun cezası oranında ağır iş cezası, mağdur 40 gün içinde vefat ederse ömür boyu ağır iş cezası verilmektedir. Suçlu öldürmeye kast suçuyla yargılanır ve suçlu bulunursa madde 121'e göre ölüm cezası ile cezalandırılmaktadır (Code Pénal, Loi: 61- 99, 1961).

Şiddete uğrama sonrası engellilik, uzuv kaybı, duyu kaybı, hastalık durumunda suçlunun cezası beş ila on yıl arasında ağır çalışma olarak verilmektedir (Calvain, 2015).

3.2. Dünya Sağlık Örgütü Amerika Bölgesi Ülkeleri

3.2.1. Kanada

3.2.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Kanada Kuzey Amerika’da, yüzölçümü ile dünyanın en büyük 2. ülkesidir. İGE değeri 0,936 ve çok yüksek insani gelişme kategorisinde 15.sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrasında % 9,3 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Canada, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Doğumda beklenen yaşam süresi ülkede 2015 yılında 82,026 iken 2021 yılında 82,7’dir (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 5,1 yıl artmıştır (Human Development Index, Canada, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

5 yaş altı ölüm hızı, ülkede 1000 canlı doğumda 2015 yılında 5,36 iken 2019 yılında 5,07’dir (Ek 1).

Kanada da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 15,804 yıl iken 2021 yılında bu veri 16,4 yıl olarak bildirilmiştir. Ortalama öğrenim süresi 2015 yılında 13,238 yıl, 2021 yılında 13,8 yıldır (Ek 1).1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,1 yıl ve beklenen öğrenim süresi 0,5 yıl artmıştır (Human Development Index, Canada, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Eğitim Kanada hükümeti için öncelikli konulardan biridir. Eyaletlerden eyalete değişim olsa da, genel olarak Kanadalı çocuklar için ilkokula başlama yaşı 5-7 yaş aralığında olup, 16 yaşına kadar da zorunlu eğitime tabidir. Bu eğitimler isteğe bağlı değil ülke tarafından zorunlu ve ücretsiz verilmektedir (University of the People, Understanding the Canadian Education System, Erişim Tarihi: 04.08.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılında 353.738; 2020 yılında 417.921'tür. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılında 98,19, 2020 yılında 110,7'dir. Toplam hekim sayısı 2018 yılında 89.911, 2019 yılında 91.375, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2018 yılında 24,25 iken 2019 yılında 24,43'tür (Ek 1).

Kişi başına düşen hastane- kişi başına düşen hastane yatakları verilerine bakıldığında, ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 verisine göre 2,27 olup, 10.000 kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılında 26,2 iken 2019 yılında 25,2'dir (Ek 1).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 ve 2022 yılları arasında 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1). Kanada, sağlık sistemi açısından, dünya ülkeleri sıralamasında 30. sırada bulunmaktadır. Sağlık sistemi acil durumlar dışında aile hekimliğinden başlayan sevk zinciri ile ilerlemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı Kanada, Erişim Tarihi:02.08.2022).

Ülkedeki hastaneler; genel hastaneler, kronik hastalıkların olduğu hastaneler, psikiyatri hastaneleri, rehabilitasyon hastaneleri gibi kategorilere ayrılmış olup A grubu hastaneleri sağlık meslek gruplarına eğitim veren hastaneler, B grubu 100 yataktan az yatağı olan hastaneler, C grubu 100 yataktan çok yatağı olan hastaneler, D grubu onkoloji hastanesi gibi özel branşlara özgü hastaneler olarak kategorilere ayrılmıştır (Loi sur Les Hôpitaux Publics, Classification of Hospitals, 2001, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Nüfus yoğunluğu, ülkenin kilometrekare başına 2015 verileriyle 4,0, 2022 verileriyle 4,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri, 2015 yılı için 4,65'tir (Ek 1). Kanada istatistiklerine göre 2020 yılında ülkedeki yaşam memnuniyeti 12 yaş ve üzeri bireylerde % 93,2, 65 yaş ve üzeri bireylerde %91,2 olarak

bildirilmiştir (Statistics Canada, Life Satisfaction, Satisfied or Very Satisfied, By Age Group, 2020, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

2020 yılında, pandemi döneminde yapılan bir çalışmada Kanada'da bireylerin % 59,9'unun ruhsal bozulmalar yaşadığı belirtilmiştir (Government of Canada, Mental Health and Wellness, Map of Canadian Mental Health During the Covid-19 Pandemic, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022). 2020 yılından itibaren aidiyet hissetme ve yaşam memnuniyetlerinin azaldığı bildirilmektedir (Government of Canada, Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 2022, Erişim Tarihi: 02.08.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılında 8 litre, 2019 yılında 8 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1). Ceza kanunu 33.1'e göre sarhoşluk halinde işlenen suçlardan kişilerin sorumluluk halinin sürmekte olduğu ve cezaya tabi tutulduğu belirtilmektedir (Government of Canada, Bill C-28: an Act to Amend the Criminal Code (Self-Induced Extreme Intoxication), Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Ülkede yetişkinlerin esrar kullanması yasal ve serbest olup, esrar üretim, dağıtım, satış ve bulundurulmasını kontrol etmek için Esrar Yasası (17 Ekim 2018'de) yürürlüğe girmiştir. Buna göre halka açık yerlerde kullanılması yasaklanmış, kayıtlı satıcılardan alınması gerektiği, yasa dışı satıcıların ihbar edilmesi gerektiği, Kanada dışına esrar çıkarılmasının yasak olduğu bildirilmiştir (Submit Questions Or Concerns About Cannabis, Government Of Canada, Health, Erişim Tarihi: 02.08.2022).

Kişi başına düşen milli gelir, 1990 ile 2019 yılları arasında % 57,4 artmış olup (Human Development Index, Canada, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 47,042 USD, 2021 yılı için 46,808 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$), ülkede kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması 2015 yılı için 3275 USD 2019 yılı için ise 3542 USD olarak bildirilmiştir

(Ek 1). Sağlık harcamalarının % 27,6'sı özel sektör, geri kalanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Ülkede sağlık sigortası zorunludur. Sağlık sigortaları ödeme durumları kişilerin gelirlerine ve eyalet bölgesine göre değişebilmektedir. Ödemeler eyalet bütçelerine yatırılmaktadır. Ülkede özel sağlık sigortaları da kullanılmakta olup bu sigortaların ücretini işveren karşılamak mecburiyetindedir. Sağlık hizmetlerinde federal hükümet kadar eyalet hükümetleri de söz sahibidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı Kanada, Erişim Tarihi:02.08.2022).

Satın alma gücü paritesi, ülkede 2015 yılı için 1,43 iken 2022 yılı için 1,38 dir (Ek 1).

Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri incelendiğinde, ülkede kişilerarası şiddet ve yaralanmayı önleme düzenlemesi bulunmaktadır (Ek 1).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 1,3 değer ile dünya genelinde 12. sırada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 1,337 değer ile 6. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Cinayet oranları, ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 1,7 iken 2018 yılı için 1,8 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Kanada sağlık kurumlarında şiddet yaygın bir sorundur. Kanada Hemşire Sendikaları Birliği verilerine göre, sendikaya kayıtlı hemşirelerin 2010 yılında %61'inin taciz ve saldırıya maruz kaldığı, aile hekimlerinin üçte birinin hasta veya hasta yakınının saldırısına maruz kaldığı bildirilmiştir. 2014 yılında sağlık çalışanlarının %74'ünün birden çok şiddete maruz kaldığı, %89'unun çalıştığı kurumda fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Sadece 2019 yılı ocak ayı için çalışanların %62'si

şiddete uğramıştır. Sağlık sektöründe en çok çalışanların kadınlar olması nedeniyle en çok şiddete maruz kalanların kadınlar olduğu da belirtilmiştir (Casey, 2019).

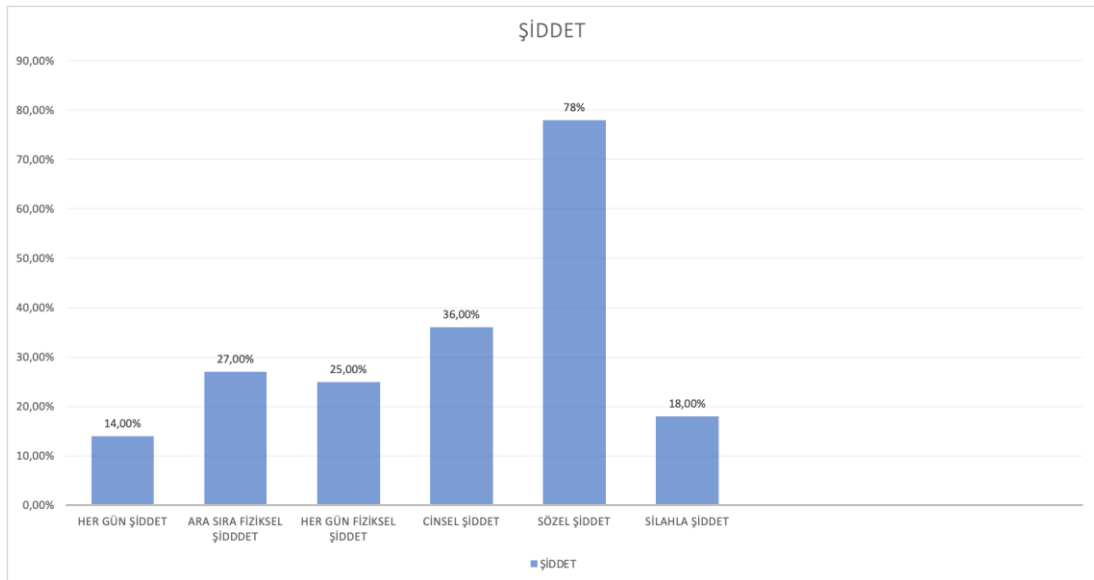
Sağlık çalışanlarına yönelik tüm saldırıların %50'sinin acil servislerde gerçekleştiği, psikiyatri servislerinde çalışanların ve evde bakım-sağlık bakım evlerinde çalışanların da (genellikle tek çalışması sebebi, madde kullanan hastaların, demanslı hastaların olduğu birimlerde çalışanların) yüksek risk altında kişiler olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %53'ünün şiddet olaylarını bildirmediği 2019 yılında yapılan bir çalışmada belirtilmiştir. Bu durumun nedeni olarak, amirlerin etkisi, sağlık çalışanlarının şiddetin normal algıladıkları ve kayıtsız kaldıkları bildirilmiştir. Fiziki hastane yapılanmasının kafa karıştırıcı olması, aşırı parlak aydınlatmalar, kalabalık ortamlar, uzun bekleme süreleri, güvenlik ve denetleme eksiklikleri, personel eksikliği, başvurulardaki bilişsel bozukluklar şiddet nedenleri olarak gösterilmiştir. Çalışma alanlarında şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşadığı ve bu durumun sağlık bakım kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Casey, 2019).

Kanada sağlık sisteminin önemli bir problemi hastaların poliklinik muayene randevusu alabilmesi için uzun bekleme süreleridir. Uzman doktordan randevu alabilmek için ortalama bekleme süresi 4 haftadır. Kanada hükümeti bu süreyi kısaltmak için 2002 yılından sonra çalışmalarını özellikle bu yönde yapmış olup, yaklaşık 5,5 milyar dolar harcama yapmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı Kanada, Erişim Tarihi:02.08.2022).

Yapılan bir araştırmada, 2020 yılında hemşirelerin %61'inin ciddi derecede kişiye zarar veren şiddetle karşı karşıya kaldıkları ve sonrasında şiddete uğrayanların üçte ikisinin işten ayrılmayı düşündükleri saptanmıştır. 2011 yılı ve sonrasında şiddet olayları %66 oranında artmış olup, bu oranın polis-ceza infaz kurumlarının şiddet artış oranlarından üç kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Şiddetin yoğun olduğu yerlerde çalışan ve şiddete maruz kalan hemşirelerde ruhsal sorun belirtileri bulunmuştur. Ruhsal sorunu olanların %92,7'sinin travmatik olaylardan etkilendiği, %46,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Canadian Federation of Nurses Unions, Workplace Violence, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022).

Kanada’da hekimler arasında yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalmanın stres düzeyini, alkol tüketim oranlarını artırdığı, depresyon, anksiyete ve intihar düşüncelerini tetiklediği, kişilerin riskli alanlarda çalışmak istememesine ve işe devamsızlığa neden olduğu bulunmuştur. Çalışanların %39’u cinsel şiddet, fiziksel şiddet, çalışma sonrası takip, tehdit gibi ciddi boyutlarda şiddet yaşadıklarını belirtmiş olup, tamamı meslek hayatları süresince en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Şiddet olaylarının %90’ı hastalar, %70’i hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmiştir. Şiddet mağdurlarının %64’ünün olayı bildirmediği ve bildirmeyenlerin yaklaşık yarısının çalışan güvenliğini önemseyen politikalardan habersiz olduğu, diğerlerinin de tekrar şiddete maruz kalma korkusu ile bildirmediği tespit edilmiştir (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019).

Kanada Ontario Hastanesi’nde her gün yüzlerce sağlık çalışanının fiziksel, cinsel saldırıya, ırkçı söylemlere ve sözlü tacize maruz kaldığı bildirilmiştir. Hastanede çalışanların etnik kökenleri sebebiyle özellikle şiddete maruz kaldıkları ve şiddetin her türüne tanık oldukları ya da yaşadıkları saptanmıştır (Draaisma, 2022, Erişim Tarihi: 02.08.2022).



Şekil. 3.14. Kanada Ontario Hastanesi Şiddet Türleri ve Sıklığı

Kanada bakım evlerinde ise şiddetin düzeyi daha da tehlikeli hale gelmiştir. Demanslı hastaların çoğunlukta olduğu birimlerdeki hastalar daha saldırgan olabilmektedir. Yapılan araştırmada bakım evlerindeki hastaların %62'sinin ve evde bakım hastalarının %28'inin demanslı olduğu ve demanslı hasta sayısının artmış olduğu da tespitler arasındadır (Casey,2019).

Yaşlanan bir nüfusla birlikte bakım evlerindeki sağlık hizmetlerinde de şiddet sıklığının artmış olduğu gözlenmiştir. Sağlık bakım evlerinde sağlık çalışanlarının ileri derecede tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir. Bu birimlerin %24'ü belediyelere ait, %57'si özel işletim sistemiyle hizmet vermekte, personelin çoğunluğu ise kadın, sigortasız ve düşük ücretlerle çalıştırılmaktadır. Birimde çalışanlar her gün hastalar tarafından yumruklandığını, tükürüldüklerini, üzerlerine sıcak içecek döküldüğünü, sandalye ile ezildiklerini tacizlere, hakaretlere, ırkçı söylemlere maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Şiddetin boyutu nedeniyle işten ayrılma, yerleri değiştirilme sıkça görülmektedir. Şiddet sonrası durum çalışanlarda kaygı, stres, depresyon, korku, tükenmişlik seviyelerinin artması yanı sıra çalışanların hastalara karşı duyarsızlaşmaları ile sonuçlanmaktadır. Bu kurumlarda bir zorluk da, yeterli personel olmaması nedeniyle kişilerin çalışma alanlarından ayrılamaması, izin alamamasıdır (Brophy ve Keith, 2019).

İş yükünün çok fazla olması, yetersiz personel olması kişilerde mesleklerinde yetersizlik duygusu yaşatırken, hastaları meta gibi gördüklerini, onlara sağlanan hizmetleri sadece yapılması gereken işler olarak algıladıklarını, aşırı derecede duyarsızlaştıklarını belirtmişlerdir. Çalışma alanlarındaki güvenlik personelinin eğitimsiz, yetersiz olduğu bildirilmiştir. Şiddet anında beyaz kod devreye girse bile güvenliğin müdahil olmadığı polis memurunun gelmesinin beklendiği belirtilmiştir. Şiddet olayları yeterince raporlanmadığı gibi şiddet mağduru çalışanların suçlanıp susturulmaya çalışıldığı da bildirilmiştir (Brophy ve Keith, 2019).

Personel yetersizliği ve tükenmişlik nedeniyle sağlık çalışanları riskli sağlık birimlerinde çalışmak istememekte, bazı kurumlarda iş ilanlarına tek başvuru bile

yapılmadığı belirtilmektedir. Ontario gibi şehirlerde bile, dört doktordan üçünün tükenmişlik belirtileri gösterdiği bildirilmektedir (Duong, 2021b).

2017 yılında Kanadalı hekimlerin %86'sının tükenmişlik belirtileri bildirdiği tespit edilmiş olup, her 10 kişiden biri de son bir yıl içinde intiharı düşündüğünü belirtmiştir. Çalışma şartlarının ağırlığı ve personel yetersizliği yüzünden izne çıkamayan sağlık çalışanlarının durumları, covid 19 pandemi döneminde vefat eden veya hastalanan sağlık çalışanlarının eksilmesiyle daha da ciddileşmiştir (Duong, 2021a).

Ontario sigorta verilerine göre işgücünün % 11'ini sağlık sektörü çalışanları oluşturmakta olup işe gitmeme oranlarının % 16'lık kısmı da bu sektöre aittir. Kanada'da kamu sektöründe çalışan hemşirelerin yüzde 5,7 sıklıkta devamsızlık yaptığı, sigorta kurumuna kayıtlı diğer tüm mesleklerin işe devamsızlık oranının ise sadece %9 olduğu tespit edilmiştir. Bu devamsızlığın maliyetinin sadece 2016 yılı için 989 milyon dolar olarak tespit edildiği bildirilmiştir (Registered Nurses Association of Ontario, Submission on Violence Faced by Healthcare Workers to the Federal Standing Committee on Health, 2019).

Sağlık çalışanlarının şiddete bağlı iş günü kaybı 2006-2016 yılları arasında %66 artmış olup, bu oranın polis ve ceza infaz kurumlarında görevli personelin toplam artış oranından 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. 2016'da Ontario'daki sağlık çalışanlarının işyerinde şiddet ve taciz sebebiyle 25.300 gün işe gidemediği bununda 69 yıldan fazla bir zamana tekabül ettiği tespit edilmiştir. Kanada'da sağlık çalışanları güvende olmadığına hastaların da güvende kalamayacağı vurgulanmıştır. Madencilik, inşaat ve imalat gibi işlerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinde şiddete bağlı yaralanmaların daha fazla olduğu bildirilmiştir (Submission by The Canadian Federation of Nurses Unions to the House of Commons Standing Committee on Health Study on Violence Faced by Health Care Workers, 2019).

3.2.2.1. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Kanada

Kanada hükümeti kamu hizmeti verilen yerlerde çalışan personelin ruh sağlığını önemseyen C-65 Yasası'nı kabul etmiş, kamu işyerleri için ruh sağlığı uzmanlık merkezleri kurulmuştur. Kanada ulusal standartları tarafından belirlenen kriterlere göre çalışan bu birimlerde tehlikeleri belirleme, değerlendirme, program ve politikaları oluşturma, öneriler geliştirme, personele yönelik eğitim verilmesi benimsenmiştir. Personele yönelik eğitimlerde çalışanların stres azaltma teknikleri ve şiddet esnasında kendini nasıl koruyacağına yönelik eğitimlerin kişiye özel olarak yüz yüze verilmesi planlanmıştır. Şiddet önleme programı dahilinde çalışan Toronto'daki Michael Garron Hastanesi'nde çalışan personelin şiddete bağlı yaralanma oranlarında düşüş olduğu tespit edilmiştir. Şiddet öncesi risk değerlendirmesi, gelişmiş iletişim teknolojilerinin şiddet raporlamada kullanılması, şiddet davranışı sergileyen hasta ve yakınlarının davranışının hasta dosyalarına işlenmesi, şiddet davranışı olan hastaya özel tanılama ve bakım oluşturulması ile şiddet oranında düşüş sağlandığı da belirtilmiştir (Submission by the Canadian Federation of Nurses Unions to the House of Commons Standing Committee on Health Study on Violence Faced by Health Care Workers,2019).

Ontario'daki mesleki sağlık ve güvenlik yasası işyerinde şiddet risklerinin değerlendirilmesini ve şiddeti önleme programı oluşturmayı zorunlu kılmaktadır. Sağlık merkezlerinin güvenliğinden sorumlu birimler olarak kurumun ihtiyaçlarını belirleme, müdahale (iletişim ve eğitim desteği), değerlendirme ile çok yönlü bir yaklaşım oluşturmayı taahhüt etmektedir (Workplace Violence Prevention Overview, Public Services Health / Safety Association, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Ontario'da Mesleki Sağlık ve Güvenlik Yasası'na göre idarecilerin, çalışma yerlerinde şiddet meydana gelme ihtimaline karşı çalışanların acil yardım çağırması için önlemler ve prosedürler geliştirmesi ve uygulaması zorunludur. Beyaz Kod olarak da bilinen işyerinde şiddeti bildiren acil müdahale hattı, sağlık hizmeti ortamında çalışanların gerçekleşen veya algılanan bir şiddet tehdidinde kullanması için

oluşturulmuştur (Public Services Health / Safety Association, Emergency Response to Workplace Violence (Code White), Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldıklarında ya da maruz kalacaklarını düşündükleri durumlarda hizmetten geri çekilme hakları mevcuttur (Work Refusal and Workplace Violence Toolkit, Public Services Health / Safety Association, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Kamu hizmetleri sağlık ve güvenlik birimi, hastane ortamındaki kişisel güvenlik alanlarını aşan durumlarda kullanılmak üzere çalışanların acil yardım çağırabilecekleri bir cihaz oluşturmuştur. Bu cihazda yasal süreç ile ilgili pratik bilgiler, prosedürler, eğitimler de mevcuttur. Şiddet anında kullanabilecekleri cihazın resmi aşağıda gösterilmiştir.



Şekil 3.15. Kişisel Güvenlik Müdahale Sistemi

(Personal Safety Response System, Public Services Health / Safety Association, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası'na göre kurum amirleri işyerinde şiddet risklerini değerlendirmek ile yükümlüdür ve işyeri şiddet riski değerlendirmesini yılda en az bir kez yapmak zorundadırlar (Workplace Violence Risk Assessment, Public Services Health / Safety Association, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Hastane kurum amirlerinin risk altındaki tüm çalışanlara şiddet geçmişi olan bir kişi hakkında bilgi (kişisel bilgiler dahil) vermesi zorunludur. Şiddeti önleme stratejileri arasında şiddetle ilgili riskleri sağlık ekiplerine bildirmek üzere uyarı

bilgilerinin olduğu, şiddet içeren davranışları yönetmek için hap bilgilerden oluşan kitapçıklar da mevcuttur (Communicating the Risk of Violence: a Flagging Program Handbook for Maximizing Preventative Care, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Şiddet önleme stratejilerinden bir diğeri; şiddet riskiyle ilişkili davranışların ve tetikleyicilerin belirlenmesine tespit edebilmek için geliştirilmiş dinamik kişisel risk değerlendirmelerinin yapılacağı şiddet kontrol listelerinden faydalanmaktır. Kişinin riskli davranışları tanımlanarak, şiddet riski anında tepkileri belirlenmekte, böylece risk derecesi verimli bir şekilde değerlendirilmekte, kontrol müdahaleleri uygulanabilmektedir (Public Services Health / Safety Association, Individual Client Risk Assessment, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Ontario kamu hastanelerinde 2015 ve 2017 yılları arasında bir çalışma yapılmıştır. Hastanelerde düzenli olarak uygulanması planlanan 5 adım belirlenmiştir. Bunlar işyerinde şiddet riski değerlendirilmesinin yapılması, kişisel şiddet risk değerlendirme formunun doldurulması, şiddet davranışı gösterenlerinin dosyalarında işaretlenmesi ve ona yönelik bakım planının oluşturulması, hastane ortamında güvenlik açığının olduğu yerlerin tespitinin sağlanması ve kişisel acil müdahale aracının kullanılması olarak belirlenmiştir. İki yıl sonrasında durum tespitinde şiddet oranlarında olumlu derecede düşüşler olduğu bildirilmiştir. Bu 5 adımı birlikte uygulayan hastanelerin %89'unun şiddeti önleme ve müdahale süreçlerini iyi yönettiği bildirilmiştir (Public Services Health / Safety Association, Reducing Violence in Health Care: Together, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Ontario'nun işgücü piyasasının %11,7'sini temsil eden sağlık sektörü, iş yerinde şiddetten etkilenen en büyük sektördür. Hastane sektöründe iş yerinde şiddete bağlı kayıp zamanlı yaralanmaların %56'sının hemşireler arasında meydana geldiği tespit edilmiştir. İş yerinde sağlık ve güvenlik konusunda en büyük sorumluluk işverenlere aittir. Tipik olarak üst yönetim tarafından temsil edilen işveren, bir işçinin korunması için koşullara göre makul olan her türlü önlemi almakla yükümlüdür. İş yerleri iş sağlığı ve güvenliği programını geliştirmekten ve uygulamaktan, programı sürekli olarak denetlemek, değerlendirmek ve iyileştirmekten sorumludur

(Government of Ontario, Ontario, Preventing Workplace Violence in The Health Care Sector, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Ontario Kamu Hizmetleri Sağlık ve Güvenlik Derneği iş yeri risklerini azaltmak ve mesleki yaralanmaları ve hastalıkları önlemek için eğitimler verip, kaynaklar oluşturmaktadır. şiddet olaylarının düşürülmesi için tutarlı, ölçülebilir ve fikir birliğine dayalı yaklaşım sağlayacak model ve araç setleri oluşturur. Bu araçlar; iş yerinde şiddet risk değerlendirmesi, bireysel risk değerlendirmesi formları, işaretleme, güvenlik, kişisel güvenlik ve yanıt sistemlerini belirlemektir. şiddet oluştuğunda, iş bırakma, alarm cihazları kullanımı ve bakımı ile güvenlik eğitimi gibi konularda kişileri bilgilendirirler. şiddeti nleme stratejileri arasında yeni işe başlayan kişilere, öğrencilere şiddet ve şiddeti nleme konusunda eğitim verilmesinin zorunlu olması gerektiği belirtilmektedir. Hastaneler kişilerin kendilerini en savunmasız ve en endişeli hissettikleri yerler olması, çaresizlik hissi kişilerde şiddet eğilimine, öfke kontrol kaybına neden olmaktadır. Bu şartlar dikkate alındığında hasta popülasyonunun kültürü, özellikleri, toplumun veya bireylerin ihtiyaçlarının göz önüne alınıp alınmaması, etkili iletişim, profesyonel ekibin mevcudiyeti, hastanenin büyüklüğü, hastane alanlarının mimari tasarımı büyük önem arz etmektedir (Government of Ontario, Ontario, Preventing Workplace Violence in The Health Care Sector, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Kanada ceza kanunlarında bireysel suçlar kapsamı hariç özellikle sağlık çalışanlarını korumaya yönelik değişikliklere gidilmiştir. 2015 yılında federal hükümet tarafından kabul edilen kararla, görevi esnasında sağlık personeline saldırmak cezai suç kategorisine konulmuştur. Sağlık çalışanının işini yapmasını engelleyecek kadar korkmasına neden olmak özellikle suç olarak kabul edilmiştir (Canadian Medical Association, What The New Anti-Harassment Law Means for Doctors, 2022, Erişim Tarihi:03.08.2022). Ayrıca sağlık çalışanlarının hizmet vermesini engelleyecek şekilde ya da başka birinin sağlık hizmeti alma hakkını gasp edecek şekilde şiddet davranışı sergilenmesinin 10 yıla kadar hapis cezası olduğu bildirilmiştir (Government of Canada Employment and Social Development Canada,

Backgrounder: Amendments to The Criminal Code to Protect Health Care Workers And People Seeking Access to Health Services, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Bill C-3 olarak adlandırılan yasada *ceza kanununda yapılan değişikliklerin gerekçesi olarak Madde 1.1 hiç kimsenin kişilerin sağlık hizmeti almasını engelleyecek tavır ve hal içinde olamayacağını, kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık bakımına engellenme olmadan erişebilme hakkı olduğunu bildirmiştir. Özellikle pandemi sürecinde hizmet akışını engelleyecek hiçbir olayın kabul edilemez olduğu bildirilmiştir. Madde 423.2’ye göre hiç kimse yasal yetkisi olmadan kişilerin sağlığa erişimini kasten engelleyemez aksi durumda suç işlemitş sayılacaktır. 423.2(1)’ ye göre görevlerini yerine getirmelerini engellemek için bir sağlık profesyonelinin korkutma niyetiyle herhangi bir davranışta bulunan herkes suç işlemitş olur. Bill C-3’ün 5. maddesine göre hüküm verilirken suçun, sağlık hizmetleri sunan bir kişiye karşı işlendiğine dair kanıt, ayrıca görev ve sorumluklarını yerine getirirken oluşması ve kişinin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını engelleyecek şekilde gerçekleşmesi gerektiği şartı konmuştur (Research Publications, Library of Parliament, Legislative Summary of Bill C-3: an Act to Amend The Criminal Code and The Canada Labour Code, Erişim Tarihi: 03.08.2022).*

Ülkede iş güvenliği yasası geçerlidir. İş güvenliği yasası bölüm 3 madde 32’ye göre işveren işyerinde şiddeti önlemek için strateji geliştirmeli bu stratejileri yılda en az bir kez değerlendirmelidir. Bu oluşturduğu politikalar çerçevesinde işveren; risk analizi oluşturma, bu risklere yönelik önlemler alma, çalışanın acil yardım alabilmesi için prosedürler oluşturma, şiddet olaylarını bildirme ve sonrasında önlemler alma zorunluluğunu taşımaktadır. İşveren şiddet davranışını gösteren bireyler hakkında makul ölçüde çalışanına bilgi vermelidir. Özellikle taciz olaylarına karşı çalışanın korunması için önlemler almak ve raporların amir dışındaki bireyleri kapsayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir (Occupational Health and Safety 1990, Violence and Harassment, Erişim Tarihi:03.08.2022).

Ontario eyaleti sağlığı koruma ve geliştirme ajansı kâr amacı gütmeyen şirketler yasasına göre halk sağlığı sorunlarına ilişkin tavsiye vermekle ve etki analizi

yoluyla sağlık sisteminin aktörleri arasında ve Ontario Hükümeti için politika geliştirmek, eğitim vererek çalışanların mesleki gelişimlerine katkı sağlamakla görevli kılınmıştır. Özellikle Ontorio bölgesindeki kamu hastaneleri için şiddetle mücadelede stratejiler geliştirilmiş, acil müdahale araçları oluşturulmuştur (Ontario Agency for Health Protection and Promotion Act, 2007, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Kanada ceza yaptırımları şu şekildedir; madde 244'e göre kişilerde fiziksel yaralanmaya sebebiyet vermek, hayatını tehlikeye atacak şekilde silahla yaralama suçunda 1 yıl ile 14 yıl arasında ceza ile cezalandırılır. Madde 253'e göre kişiye karşı işlenen suç sonrası kişinin ölümüne sebebiyet verilmesinde ise kişi ömür boyu hapis cezasına çarptırılır (Justice Laws Website, Tackling Violent Crime Act, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

3.2.3. Küba Cumhuriyeti

3.2.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Küba Cumhuriyeti, Karayipler'in en geniş ve en kalabalık ada ülkesidir (Vikipedi, Küba, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Küba 0,783 değer ile yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde olup, 2015 yılında 68. sırada yer alırken 2021 yılında 83. sırada bulunmaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası için % 15,1 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Cuba, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 78,561 yıl; 2021 yılı için 73,7 yıldır (Ek 1).1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 4,2 yıl artmıştır (Human Development Index, Cuba, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 5,66 iken, 2019 yılı için 5,22'dir (Ek 1).

Kübalı hekimlerin hükümet hedeflerini karşılayabilmesi için bebek ölüm hızlarını düşük, yaşam beklentilerini yüksek göstermeye çalıştığı yönünde iddialar bulunmaktadır. Küba kişilerin araç sahibi olmamaları nedeniyle trafik kazalarına bağlı ölüm oranlarının düşük olduğu bir ülkedir. Fetal anomalili gebeliklerde anne rızası olmadan zorunlu kürtaj yapılmaktadır. Küba, 100 doğumda 72,8 kürtajla dünyadaki en yüksek kürtaj oranına sahiptir. Doğumlar hekim kontrolünde zorunlu olarak hastanelerde yapılmaktadır. Her 1000 doğumda bebek ölüm hızının 7,45 ile 11,16 arasında değiştiği düşünülmektedir (Geloso ve ark., 2018).

Küba da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 13,965 yıl iken, 2021 yılında 14,4 yıl olarak bildirilmiştir. Ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 11,386 yıl iken 2021 yılı için 12,5 yıldır (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,3 yıl ve beklenen öğrenim süresi 2,0 yıl artmıştır (Human Development Index, Cuba, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Küba'da eğitimler ücretsiz olmakla birlikte, eğitim okul öncesi dönemden başlamaktadır. 1 ile 5 yaş arasındaki her çocuk, resmi bir okul öncesi programına dahildir. Küba her 47 kişi için 1 öğretmen düşecek şekilde, dünyadaki en iyi öğretmen öğrenci oranlarına sahiptir. Eğitim Küba hükümetinin önemseydiği bir alandır. Ülke milli gelirinin %13'ü eğitime aktarılmaktadır. Vatandaşlar eğitim süreçlerini bitirdikten sonra kendilerine uygun pozisyonlara yerleştirilmektedir (Cruz,2017, Erişim tarihi:05.08.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 89.999 iken 2018 yılı için 85.732'dir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 79,47 iken, 2018 yılı için 79,47'dir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 87.982, 2018 yılı için 95.466'dır. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 77,69 iken 2019 yılı için 84,2'dir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 verisine göre 2,04, 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 34,2, 2017 yılı için 34,0'dır (Ek 1).

Toplam 200 hastane bulunmakta ve hastanelerden ilaç temini yapılmaktadır. Halk eczanelerden yerel paraları ile ilaç satın alabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Küba, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 ve 2019 yılları için 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1). Ücretsiz verilen sağlık hizmetleri yüksek maliyetlere sebep olmakla birlikte, sağlık çalışanlarına düşük ücretler ödenmektedir. Bunun yanı sıra Küba hükümeti sağlık çalışanlarını, ülke ekonomisine katkı sağlamak amacıyla yurtdışına gönderebilmektedir. Bu duruma bağlı olarak sağlık hizmetlerinde personel eksikliği ve bakım kalitesinde düşüşler gözlenebilmektedir (Nohr ve ark.,2021).

Ülkede sağlık hizmetleri 1. basamak sağlık hizmetleri ile başlamaktadır. Bu birimde aile hekimlerinin yanı sıra dahiliye, kadın ve doğum hastalıkları, pediatri branşlarında uzman hekimler, hemşireler ve psikologlar görev almaktadır. 1200 ile 2500 kişilik nüfusa hizmet verecek şekilde planlanmıştır. Ülke vatandaşları bu birimler tarafından yıllık olarak fiziksel ve zihinsel sağlık taramasına tabi tutulurlar. Hastalar sağlık ocaklarına gelemezlerse tarama için sağlık çalışanları kişilerin evlerine gitmektedirler. Mahalle aralarında olan bu birimler gebelerin takibini yapmakta olup, psikologlar tarafından kişilerin uyum süreçleri takip edilmekte, doğum sonrası süreçte bebek izlemleri sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden sonra poliklinik olarak adlandırılan daha ileri seviye hizmet veren daha büyük tesisler, bir sonraki düzeyde sağlık hizmeti araştırma enstitülerini içinde bulunduran hastaneler yer almaktadır (A. Clay, 2015 Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 106,4, 2022 verileri 106,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 5,49'dur (Ek 1). Küba'da yapılan bir çalışma halkın %82,6'sını mutlu olarak bildirmiştir (Galati, 2006).

Kübalılar ruhsal bir sorun ile karşılaştıklarında %44,10'u bu durum için yardım aradığını belirtmiştir. Küba ekonomisine tüm vatandaşlar katkı sağlamak zorunda olup, hastanede yatışı olmayan ileri derecede psikiyatri hastalarının bile çalışmaya mecbur bırakıldığı bildirilmiştir (Nohr ve ark.,2021).

Küba'da depresyona bağlı hastaneye başvurma oranının %25 olduğu, bunların %40'ının antidepresan kullandığı bildirilmiştir. Depresyonun kişilerdeki verimliliğinin düşmesinde %52, intiharlarda %17 etkisi olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının %80'inin hastanede kaldığı, psikiyatri servislerinde yatan hastaların %60'ının şizofreni hastaları olduğu bildirilmiştir (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 4,65 litre, 2019 yılı için 4,7 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1). 2013 yılından itibaren alkol kullanım düzeyini azaltma çabaları vardır. 15 yaş üstü nüfusun %45,2'si alkol tüketmekte olup (Fabelo-Roche ve ark., 2016), ülke genelinde erkeklerin %33'ünün, kadınların %5'inin, düzenli olarak alkol tükettiği bildirilmiştir (Oxford Population Health, Alcohol Consumption in Cuba, 2021, Erişim Tarihi: 05.05.2022).

Sigara ya da tütün tüketen erkeklerin oranı %50, kadınların oranı ise %27 olarak bildirilmiştir. Küba'da düzenli olarak alkol tüketen 10 kişiden birinin ölüm sebebinin alkol olduğu bildirilmiştir (Armas Rojas ve ark., 2021). Hastane başvurularının %20 ile %69'unun alkol tüketimine bağlı yaralanmalar ve kronik hastalıklar nedeni olduğu bildirilmiştir. Bu tüketimin suç eylemlerini de tetikleyerek yaşam kayıplarını artırdığı belirtilmiştir (Ministerio de Salud Pública, 2015). 2006 yılında Küba Halk Sağlığı alkolün kontrollü kullanımı konusunda alkol tüketiminin önlenmesi için ulusal programı yürürlüğe sokmuştur (González-Menéndez, 2016).

Ülkedeki kişi başına düşen gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 63,5 artmış olup, (Human Development Index, Cuba, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 7,455 USD, 2021 yılı için 7,789 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD doları cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) 2015 yılı için 891,3 USD, 2019 yılı için ise 921,4 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1). Ülkede sağlık hizmetleri ücretsizdir ve tüm sağlık hizmetleri devlete aittir. 1983 tarihli Halk Sağlığı Kanununa göre sağlık hizmeti insan hakkı olarak devlet güvencesine alınmıştır (Nohr ve ark.,2021).

Ülkede satın alma gücü paritesi açısından veri girişine ulaşılamamıştır.

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında ülke 2022 yılı için 2,083 değer ile 98. sırada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,079 değer ile dünya genelinde 89. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek-1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları 2015 yılı için 5,5 iken 2016 yılı için 5,0 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.2.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Küba'da yapılan bir araştırmaya göre, görevleri esnasında sağlık çalışanına yönelik şiddet az da olsa sözel şiddet olarak yaşanmaktadır. Fiziksel şiddet bildirimi olmamıştır. Hastanede muayene sırası beklerken, sakin bekledikleri gözlenmiştir. Bekleme sürelerinin Küba halkı için sorun olmaması, toplumsal bir hizmet alabilmek için beklemek zorunda olmalarının etkisi olarak yorumlanmıştır. Yaşanan bir sözel şiddet vakasının, eşi doğumda olan bir adamın eşini görmek istemesi, alkollü olması

ve personelin ona izin vermemesi neticesinde gerçekleştiği bildirilmiştir (Gillespie, 2016).

Küba’da rehabilitasyon merkezlerinde tedavi olacak hastalarla beraber aileleri de öfke ve saldırganlık yönünden değerlendirilmektedir. Küba Hükümeti için iş güvenliği öncelikli olduğundan otuz yılı aşkın süre önce İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası kabul edilmiştir. Küba sağlık hizmetlerinde şiddetin az olmasının nedenleri olarak; Küba halkının birbirlerine bağlı bir kültüre sahip olması, birbirlerini destekliyor olması, sağlık çalışanlarının görev yerlerinde iken genellikle yalnız alışmıyor olması, güvenlik görevlisinin hastane içinde düzeni ayarlıyor olması, Küba halkının otoriteye mutlak saygı kültüründe yetişiyor olması, sağlık çalışanlarını otorite gibi görmeleri, sağlık çalışanlarının çalışma alanlarında yalnız olmama durumu, esrar-eroin gibi yasadışı uyuşturucuların kullanımının ölkede yaygın olmaması, saldırgan olabilecek kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde tespiti yapılıp, ardından psikolojik destek hizmeti verilmesi, ölkede ziyaretçi saati kavramının olmaması, hasta yakınlarının hastaları ile ilgilenebilmesinde sınırlar koyulmaması gösterilmiştir (Gillespie, 2016).

Küba hükümetinin 60’tan fazla öлкеye 34.000-50.000 arasında sağlık çalışanını zorunlu olarak gönderdiği belirtilmektedir. En büyük gelir kaynağı olarak öлке bu şekilde yılda yaklaşık 7 milyar dolar kazanç elde etmektedir. Bu duruma karşı çıkan sağlık çalışanlarının pasaportlarına el konulması, maaşlarının ödenmemesi veya maaşlarının % 75-90’ına el konulması, meslekten atılma tehditleri ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (The Truth About Cuba’s Medical Missions, 2020, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Küba hükümeti covid-19 salgınında 26 öлкеye 2770’ den fazla sağlık çalışanını öлке ekonomisine katkı amacıyla göndermiştir. Bu esnada, çalıştırıldıkları bölge dışına çıkmasını engelleyecek özel pasaportla gönderildiği, çalıştıkları yerde sürekli gözetim altında tutulduğu, başka bir ile gidebilmek için izne tabi tutuldukları, seyahat yasaklarının olduğu, gittikleri ölkede ikametęah alabilecekleri durumlarının (evlilik gibi) engellenmesi amacıyla kişilerin özel ilişkilerini amirlerine bildirim zorunluluğu

olduğu, çalışma arkadaşlarının amirlerine bildirmede sorumlu tutulduğu bildirilmiştir. Yurt dışında işlerini terk eden çalışanlara sekiz yıla kadar hapis cezası verildiği belirtilmektedir. Ayrıca görev sonunda Küba'ya dönmeyen personelin diplomalarının iptal ettirildiği, Küba'da yaşayan ailelerine karşı baskı yapıldığı, kişilerin ailelerini ziyaret, cenaze, hastalık vb. durumlar için ülkeye girişlerinin yasaklandığı belirtilmektedir. Çalışanlar yurt dışı görevlendirmelerine 2-3 yıl süre ile gönderilmektedir. Çalışan maaşlarının büyük bir kısmının çalışanın ülkeye dönüşü gerçekleşene kadar kişilerin erişimine kapalı Küba banka hesaplarında tutuldukları belirtilmektedir (Rodriguez, 2022).

Ülkenin çalışan insan gücünün zorunlu yurtdışı görevlendirilmelerine karşı sağlık çalışanları protesto yapmaktadır (Franck, 2022). Ülkedeki tıp uzmanları kendilerine ödenen maaşların azlığını belirten, hükümeti hedef alan eleştiriler sebebiyle sosyal medyaları incelenerek hükümete karşı olmakla suçlanıp akademik kariyerlerini sonlandırmak için haklarında dava açıldığı belirtilmiştir (Cuba 2020 Human Rights Report, 2020).

3.2.3.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Küba Cumhuriyeti

Küba yasalarında bir kişinin suç işlemeye yönelik özel eğilimi olabilme ihtimaline karşı, suç öncesinde tehlike durumlarının sübjektif olarak belirlenmesi durumunda dört yıla kadar suçu önleme amacıyla tutukluluk halleri söz konusu olabilmektedir (Cuba 2020 Human Rights Report, 2020).

Ülkede tutuklama emri olmaksızın tutuklamaların gerçekleştiği, keyfi ve gizli gözaltıların olduğu, tutuklama hallerinde kişilerin yasal yardımlara ulaşamadıkları belirtilmiş olup ülkede gözaltı şartlarını belirleyen kuralların olmadığı da belirtilmiştir. Ülkede 2003 yılından beri ölüm cezası uygulanmamış olsa da yasalarında mevcuttur. Küba'da ceza ehliyeti yaşı 16 olarak belirlenmiştir (United Nations,

Experts of the Committee Against Torture Commend Cuba on the Criminal Code, Ask About the Death Penalty and the July 2021 Protests, 2022, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Basın özgürlüğü olmayan ÷lkede Küba yasalarına göre uluslararası kuruluşlara, derneklere, hükümet tarafından yetkilendirilmemiş kişilere bilgi verilmesi halinde 10 yıldan 30 yıla kadar hapis cezası hatta ölüm cezası verilebileceğı belirtilmiştir. Hakaret suçunu işlemenin beş yıla kadar hapis cezası, Küba rejimine karşı kışkırtmanın beş yıla kadar hapis cezası, kışkırtma suçunun iletişim araçları kullanarak yapılmasının 10 yıla kadar hapis cezası olduğı belirtilmektedir (Associated Press in Havana,2022).

Ülke kanunlarına göre tehdit ve şiddet suçu yasaklanmıştır. Ülkede cinsel taciz suçu için üç aydan beş yıla kadar hapis cezası, tecavüz suçuna 4 yıl hapis cezası verilmektedir. (Cuba 2020 Human Rights Report, 2020). Ceza Kanunu 298. maddesine göre tecavüz cezalarında toplu tecavüz gibi ağırlaştırıcı koşulların bulunması halinde verilecek ceza 4 yıldan fazla da olabileceğı gibi ölüm cezası da verilebilmektedir. Küba hükümeti, cinsel şiddet mağdurları için çoğı belediye destekli olmak üzere profesyonel destek hizmeti sağlamaktadır (Social Institutions& Gender Index, Cuba, 2019, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

3.2.4. Guyana

3.2.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Guyana dünyanın en seyrek nüfusuna sahip Karayipler'de bulunan ve içerisinde yağmur ormanları barındıran bir ÷lkedir (Vikipedi, Guyana, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Guyana 2019 yılında 0,682 değeri ile 122. sırada ve orta insani gelişmişlik kategorisinde değerlendirilirken 2021 yılında 0,714 değeri ile 108. sırada ve yüksek insani gelişmişlik endeksi kategorisinde yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası %

24,5 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Guyana, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 69,262 iken 2021 yılı için 65,7'dir (Ek 1). DSÖ'nün stratejileri ile ülkedeki yaşam beklentisi 1992 yılında 59 yaş iken 2011 yılında 63 yaşa çıkmış, kadınlarda 1992 yılında 66 yaş iken 2011 yılında 69 yaşa çıkmıştır (The Borgen Proje, Healthcare in Guyana, Musa, Erişim Tarihi:05.08.2022). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi toplam 6,6 yıl artmıştır (Human Development Index, Guyana, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkedeki ölüm sebeplerinde ilk sırayı %15 oranında iskemik kalp hastalığı almakta olup, intiharın %4 ve kişilerarası şiddetin %2 oranıyla sıralamada ilk 10 ölüm sebebi içinde olduğu bildirilmiştir (Global Health -Guyana, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 33,09 iken bu hız 2019 yılı için 29,34'tür (Ek 1).2010 yılındaki Ülke İşbirliği Stratejisinin (Sağlık Vizyonu) planlanmasından itibaren ülkede anne ölüm oranlarında ve 5 yaş altı bebek ölüm hızlarında düşüş gözlenmiştir. Doğumların % 85,7'sini sağlık profesyonelleri desteklemeye başlamış olup aşılama başarılı şekilde yürütülmüştür. Ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların mortalite hızı çok yüksek olup ilk beş ölüm nedeni arasında gösterilmektedir (WHO, Country Cooperation Strategy, Guyana, 2018).

Guyana'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 11,435 yıl iken 2019 yılında bu veri 11,4 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 8,420 yıl, 2019 yılı için 8,5 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1).1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 1,7 yıl ve beklenen öğrenim süresi 1,3 yıl artmıştır (Human Development Index, Guyana, Erişim Tarihi: 02.02.2022). Guyana'da 2010 yılı için okuryazarlık oranı %91 olarak belirtilmiştir (Misir, 2015).

Guyana’da zorunlu eğitim yaşı 5 yaş olarak ilköğretim seviyesinde başlamaktadır. Okul öncesi eğitim içinde ülkede anaokulu bulunmakta olup, okula kayıt oranında %3'lük bir artış olduğu belirtilmiştir (Ministry of Education, Education Statistical Digest 2019-2020, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkede 14 yaşına kadar eğitim zorunlu tutulmaktadır. Ülkede yetişkinler için de okuma-yazma kursları mevcuttur. İnsani gelişim raporuna göre, okuryazarlık oranı %97,5 olarak verilse de toplumun nitelikli okuyabilme oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Öyle ki 14-25 yaş arasındaki çocuklarda yapılan araştırmaya göre %89'unun orta ila düşük düzeyde nitelikli okuryazarlık düzeyinde olduğu sadece %11'inin ileri düzeyde okuryazarlık seviyesinde olduğu, nüfusun %22'sinin okuryazar olmadığı bildirilmiştir (World Data on Education, 2006/07, Principles And General Objectives of Education, Guyana,).

Kişi başına düşen hemşire- kişi başına düşen tıp doktoru verileri incelendiğinde; toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 535, 2020 yılı için 2777'dir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 6,97, 2020 yılı için 35,3'tür. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2018 yılı için 1417 iken 2020 yılı için 1120'dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2018 yılı için 18,19 olup 2020 yılı için 14,24'tür (Ek 1).

Sağlık profesyoneli sayısını artırabilmek için ülke uzun yıllardır mücadele etmektedir. Yeterli hekim sağlayabilmek için, ülke dışından yabancı hekimler ile desteklenmeye çalışılmıştır. Tıp eğitimi alabilmesi için öğrencileri Amerika ve Birleşik Krallık gibi ülkelere burslu şekilde göndermiştir. Gittikçe kötüleşen çalışma şartları nedeniyle vasıflı yetişmiş elemanlar fakültelerden mezun olur olmaz göç etmeyi tercih etmişlerdir. Yurt dışına ülkeden burslu öğrenci gönderme stratejisi de başarısız olup sağlık hizmetlerini destekleyemediğinden ülkede 1985 yılında sağlık bilimleri fakültesi kurulmuştur (Misir, 2015).

Ülke sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için uluslararası bazı kuruluşlarca sağlık profesyoneli ve tıbbi malzeme yönünden desteklenmektedir. Son yıllarda

ülkede hekim sayısına 500 kişi daha katılmış olsa da hemşire, ebe, sağlık teknikeri gibi mesleklerde bu atılım yapılamamıştır (The Borgen Proje, Healthcare in Guyana, Musa, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 verisine göre 3,38, 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2017 yılı için 17,1'dir (Ek 1).

Guyana sağlık bakanlığı halkının yaşamış olduğu coğrafi bölge ne olursa olsun sağlık bakım hizmetini kişilere ulaştırma hedefi belirlemiştir. Kamuya ait 4 bölge hastanesi, 22 ilçe hastanesi, 70 sağlık merkezi, 32 sağlık ocağı ve bir psikiyatri hastanesi olmak üzere, Guyana'nın 10 bölgesinin tamamında sağlık hizmetleri aktif çalışmaktadır (Ministry of Health Guyana, Regional Health Services, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2019 yılı için 73, 2020 yılı için 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1). Devlete bağlı kamu hastanelerindeki hizmet kalitesi oldukça düşük, özel hastaneler az sayıda ve pahalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Guyana, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Coğrafi şartlar sebebiyle kırsal alanlarda yaşayan halkın hastanelere ve hekime ulaşması çok büyük problemdir. Kırsal kesimlerde çalışan hemşire sayısı da çok az olup, maaşları çok düşüktür. Hastanelerde tıbbi bakım araçları çok eski ve yetersizdir. Ülke yeni sağlık teknolojisini karşılayabilecek imkânlara sahip değildir. Hastalar ileri düzeyde tıbbi yardım alabilmeleri için Arjantin ya da Meksika bölgelerine yönlendirilmektedir. Bu maliyeti karşılayabilmek adına kişilerin tercih edebilecekleri özel sağlık sigortaları mevcuttur (Pacific Prime Guyana Health Insurance, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 3,9 iken 2022 verileriyle 4,0 olarak belirtilmektedir (Ek 1). Ülke nüfusunun

%90'ı kıyı bölgelerinde, %10'u ise kırsal bölgelerde yaşamaktadır (The Borgen Proje, Healthcare in Guyana, Musa, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Hükümet, herkesin kaliteli sağlık bakımına erişebilmesine önem vermekte bunun için çabalamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerine erişimde en büyük etken, ülke coğrafyasında erişimi zor alanlarda halkın yaşıyor olmasıdır. Uzak ve kırsal alanlarda yaşayan halkın sağlık bakım merkezlerine erişimi de oldukça maliyetli olabilmektedir. Bu sebeple tele tıp uygulamalarının uygulanabileceği ülkeler arasında görülmektedir. Ayrıca ülkenin ilaç erişimine ulaşımındaki zorlukları ve coğrafyasının zengin floraya sahip olması ülkeyi ilaç sanayi hatta sağlık ticareti yönünden cazip bir hale getirmektedir (Official Website of the International Trade Administration, Guyana-Country Commercial Guide, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,55'tir (Ek 1). Ülkede her 5 kişiden 1'inin akıl sağlığının yerinde olmadığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalığının toplumda çok yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Kamuya ait psikiyatri servisleri, özel hizmet veren psikoterapi merkezleri olmasına rağmen yetişkinlerin damgalanma algısı nedeniyle profesyonel destek alamadığı ama özellikle gençlerin depresyon ve kaygı bozukluğu nedeni ile destek talep ettiği belirtilmiştir (Mental Health Services in Guyana, Guyana Chronicle The Nations Paper, 2020 Erişim Tarihi:06.08.2022).

2016-2018 yılları verilerine göre ülkede intihar girişimi vakalarının yanı sıra depresif bozuklukların tespitinde bir artış, demans, epilepsi, psikoz gibi hastalıkların sayısında azalma psikiyatri servislerindeki yatışlarda da önemli derecede azalma olduğu tespit edilmiştir. İntihar eylemi ülkede çok ciddi bir sorundur. Tüm ölümlerin %13'ünü oluşturup 15-44 yaşları arasındaki kişilerin önemli ölüm nedenleri arasındadır (Pan American Health Organization, WHO, Regional Office for the Americas, Guyana, 2008).

Ülkede intihar oranı her 100.000 kişide %44,2'den %29'a düşmüş olsa da dünyadaki en yüksek intihar oranına sahip ülke olarak yerini muhafaza etmektedir.

Ülke halkının % 60'ı ruh sağlığı hizmetine erişimin olmadığı kırsal kesimlerde bulunmaktadır. İntiharların %70'inin umutsuzluk, yoksulluk, çaresizlikle yaşam mücadelesi verilen bu bölgelerde gerçekleştiği belirtilmektedir. Özellikle kırsal kesimlerde alkol tüketiminin intihar vakalarını artırdığı belirtilmektedir (Bishop, 2017). İntihar ile mücadele kapsamında birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan personel eğitimle desteklenerek intihar öncesi acil hat uygulaması aktif hale getirilmiştir. Ülkede %35 oranında intihar eylemi olduğu bu intiharların sadece %5'inin intihar eylemi öncesi sağlık hizmetlerinden destek talep ettiği belirtilmiştir. Halkın kültürel olarak öfkeyi dışı vuramadıkları, bu durumu gurur meselesi görerek onlar için utanç kaynağı olabileceği de belirtilmiştir. Sağlık merkezlerinden yardım talep edilememesinin bir nedeni olarak da intihar girişiminde bulunmanın yasak olması ve bulunanların hapis cezasına çaptırılması gösterilmiştir (Kolves ve ark.,2022).

Ülkede inanış olarak ruh sağlığı hizmetinde çalışanlar büyücü olarak görülmekte olup bu çalışanlar halk tarafından dışlanabilmektedir. Hasta olduğu düşünülen kişilerin onam aranmaksızın servislere zorunlu yatışları yapıp 5 yıl boyunca kapatılabilmektedirler. Tedaviyi reddetme gibi hasta haklarını koruyan hiçbir düzenlemeleri yoktur. İntihar hattını kullandıklarından sonra bu servislere yatırılma, ya da ceza almaları endişeleri nedeniyle de destek hizmetlerine talebin düşük olduğu belirtilmektedir. Ülkede intihar hatlarını yönetenlerin polisler olması bu durumu işin içinden çıkılmaz hale sokmaktadır. Öyle ki intihar hattını destek almak için arayıp ceza alanlar olmuştur (Johnson, 2019).

Cezalar, utanç, damgalanma korkusunun yanı sıra ülkede akıl sağlığı hizmetine erişememenin önünde en büyük engel; ülkede bu alanda hizmet verebilecek sadece 27 profesyonelin olmasıdır. Sağlık profesyonellerinin genel anlamda eksikliği dolayısıyla ruh sağlığı hizmeti verebilecek donanımlı profesyonelleri yoktur. Donanımlı profesyoneller de ülkeden göç etmeyi tercih etmektedirler. 2015 yılında eğitimli ruh sağlığı çalışanlarının sayısını artırmayı hedefleyen ulusal intiharı önleme planı oluşturulmuştur. Bu çerçevede 120 hekim depresyon ve intihara yaklaşım ve müdahale

eğitimi aldıktan sonra ülke genelinde hizmet sunmak için gönderilmiştir (Johnson, 2019).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 5,48 litre, 2019 yılı için 5,11 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1). Özellikle kırsal kesimlerde yoksul kişilerde alkol tüketiminin fazla olduğu düşünülmektedir. Bu köylerde herhangi bir sosyal destek merkezi, sağlık merkezi kuruluşu olmamasına rağmen alkol satış yerlerinin bulunduğu belirtilmiştir. Tek eğlenceleri alkol tüketimi olan bu bölgelerde yaşayanların % 80'inin 14 yaşından önce alkol deneyimi yaşadığı belirtilmiştir (Bishop, 2017).

Ülkedeki kişi başına düşen gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 272,6 artmıştır (Human Development Index, Guyana, Erişim Tarihi: 02.02.2022). 2012 yılında kişi başına düşen gelir 3340 USD (Misir, 2015), 2015 yılı için 6884 USD, 2019 yılı için 9455 USD, 2021 yılı için 22465 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1). Kırsal kesimde yaşayan nüfusta yoksulluk daha yaygındır (Johnson, 2019).

Sağlık harcamaları - USD doları cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) incelendiğinde 2015 yılı için 131,4 USD, 2019 yılı için 193,7 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).Guyana hükümeti sağlık hizmetlerine ülke btcesinin %15'ini aktarmakta, özellikle yeni tesisler yapmak ve eski tesislerin yenilenmesi için pay ayırmaktadır. 2005-2015 yılları arasında sağlık hizmetlerine harcamalarını iki katına çıkarmıştır (Misir,2015).

Ülkede devlet hastanelerinde sağlık hizmeti ve tedaviler genellikle ücretsiz olup özel oda konaklamalarında ücret ödenmesi gerekmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri özellikle kırsal kesimlerde konumlandırılmıştır (Pacific Prime Guyana Health Insurance, Erişim Tarihi: 05.08.2022). Buna rağmen kıyı bölgelerindeki sağlık tesislerine göre kırsal bölgelerde yaşayanlar için hizmete erişim hem zor hem de düşük kalitededir (The Borgen Proje, Healthcare In Guyana, Musa, Erişim Tarihi:05.08.2022). Bu birimlerde toplum sağlığı çalışanları ve hemşireler bulunmakta, salgın hastalıklar ve önleyici sağlık hizmetleri üzerine hizmet vermektedirler (Pacific Prime Guyana Health Insurance, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 2022 yılı için, 0,02 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmamaktadır (Ek 1).

Küresel barış endeksi açısından incelendiğinde, Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,14 değer ile 107. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,095 değer ile ülke dünya genelinde 93. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek-1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 19,4 iken 2018 yılı için 14,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.2.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Yapılan araştırmalar neticesinde ülkede sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili bir araştırma bulunamamıştır. 1999 yılında Georgetown Hastanesindeki bir şiddet olayında hemşireler düşük maaşları protesto etmek amacıyla tüm hizmetlerini durdurarak hastaneye hasta girişlerini engellemiş, polisin olaya sert müdahalesi, grev yapan ve yapmayan personel arasında da çatışma çıkması, hastane dışında da devam etmesi söz konusu olmuştur (Land Of Six Peoples, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

3.2.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Guyana

Ülkede cezalar arasında kırbaç cezası bulunmakta, kişinin kırbaç sayısını dayanıp dayanamayacağını belirlenmesi için hekimlerin görüşü alınmaktadır (Laws Of Guyana, Whipping And Flogging Act, 1922, erişim tarihi:05.08.2022).

Tıbbi uygulayıcılar yasasının suçlar bölümünün 4. kısmının 14. maddesine göre hekime görev başında çalışmasını engelleyecek şekilde müdahale edilmesi

yasalara göre suç oluşturmakta, otuz bin dolar para cezası ve 12 ay hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (Laws of Guyana, Medical Practitioners Act, 1991, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Ülkede ırkçılık yasak olup bununla ilgili özel yasaları mevcuttur. Irkçılık Yasası madde 3'e göre herhangi bir kişiye ırkı sebebiyle düşmanlık yapma suçu beş yüz bin dolar para ve yedi yıl hapis cezasıdır (Laws of Guyana, Racial Hostility, Act 1964, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Guyana yasalarına göre on yaşın altındaki hiçbir çocuğa işlediği suçtan ötürü ceza verilememektedir (Laws of Guyana, Juvenile Offenders Act, 1931, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Ülkede kişilere iftira atmak suç kapsamında yer almakta kişiye tazminat hakkı doğurmaktadır (Laws of Guyana, Defamation Act, 1959, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Cinsel Suçlar Kanunu bölüm 2'de yer alan suçlardan tecavüz suçu (madde 3) müebbet hapis cezası ile cinsel taciz suçu (madde 4) 5 yıl hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. İddianameye göre suçlunun cezası 10 yıl hapis cezasına da çıkabilmektedir (Laws of Guyana, Sexual Offences Act, 2013, Erişim Tarihi:05.08.2022).

Guyana Ceza Kanunu madde 38' e göre kişiye korku salarak konuta müdahale suçu 2 yıl hapis cezası, madde 40'a göre kişiyi yaralama suçu 7 yıl hapis cezası, madde 41'göre kişiyi engelli bırakma, öldürmeye teşebbüs etme suçu 10 yıl hapis cezası, madde 95' e göre cinayet- adam öldürmeye teşebbüsün cezası ömür boyu hapis cezasıdır. Madde 97'ye göre de ülkede intihar girişiminde bulunmanın cezası 2 yıl hapistir (Laws of Guyana, Criminal Law (Offences)Act, Erişim Tarihi:05.08.2022).

3.3. Dünya Sağlık Örgütü Güneydoğu Asya Bölgesi Ülkeleri

3.3.1. Tayland

3.3.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Tayland 2019 yılında 0,77 değeri ile 79.sırada yüksek insani gelişmişlik kategorisinde değerlendirilirken, 2021 yılında 0,800 değeri ile çok yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 66. sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 34,7 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Thailand, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 76,091 iken 2021 yılı için 78,7 yıldır (Ek 1).1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 6,9 yıl artmıştır (Human Development Index, Thailand, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Tayland, nüfusu en hızlı yaşlanan ülkelerden biri olarak 1965 ile 1985 arasında 1000 kişiye düşen doğum sayısı 40'tan 20'ye düşmüştür. Ülke yaşlı oranı en yüksek doğum oranı en düşük ülkeler arasında yer almaktadır. 2040 yılına kadar, ülke nüfusunun %25'inin 65 yaş ve üzerinde olacağı düşünülmektedir (Vandeweyer ve ark.,2021).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 10,80 iken bu oran 2019 yılı için 9,03'tür (Ek 1).

Kişilerin eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerdeki beklenen yaşam sürelerinde artış, bebek ölüm oranlarında azalma olduğu tespit edilmiştir. Yükselen yaşam standartlarının, kişilerin kaliteli sağlık hizmetlerine erişimiyle birlikte beklenen yaşam

süresinin artmasına olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmektedir (Vandeweyer ve ark.,2021).

Tayland'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 13,902 yıl iken 2021 yılında bu veri 15,9 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 7,610 yıl, 2021 yılı için 8,7 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1).1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,4 yıl ve beklenen öğrenim süresi 6,6 yıl artmıştır (Human Development Index, Thailand, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Tayland her sene kamu harcamalarının %20'sini eğitime aktarmaktadır. İhtiyaç sahibi çocuk ve gençlere maddi destek sağlanması, eğitim eşitsizliklerinin azaltılması ve öğretmen kalitesinin artırılması amacıyla 2018 yılında adil eğitim yasası kapsamında adil eğitim fonu kurulmuştur. Bu fon ile ihtiyacı olan 3-17 yaştaki kişiler temel eğitim seviyelerini tamamlaması için ve ileri yaş kişiler eğitimleri ile ilgili masrafları için desteklenmektedir. Yüksek öğrenim görme oranı 1995 yılında %20 iken, 2016 yılında %50'ye çıkmıştır. Ülkede okullaşma oranı %99,6'dır (Vandeweyer ve ark.,2021).

Tayland'da zorunlu eğitim, altı yaşında başlamakta olup ücretsizdir. 2004 yılında okulöncesi eğitim de temel eğitimin parçası haline getirilmiştir. Devlete bağlı 3-4 yaşlarındaki çocuklar için kreş, 5 yaştakiler için anaokulu olanakları mevcuttur. 2011 yılında okul öncesi eğitime net kayıt oranının çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Eğitim sisteminde kamuya ait ve özel okullar, toplulukların inançlarına göre gidebilecekleri özel ve devlet okulları da mevcuttur (OECD/UNESCO, 2016).

Eğitimini tamamlayamayan ileri yaş gurupları için ülkede ikinci şans eğitim programları mevcuttur. Bu programlar kişilere esnek bir eğitim programı sunarken kişilerin eğitimini tamamlamalarına olanak sağlar. Bu çabalara rağmen yoksul ailelerden gelen çocukların okula gitmediği, etnik guruplar ve kırsal kesimlerde yaşayan çocukların dışlanmaları sebebiyle eğitim göremedikleri, engelli çocuklar için eğitime erişimin sınırlı olduğu bildirilmiştir. Ülkede ücretsiz eğitim okul öncesinden liseye kadar olan kısmı kapsasa da okullardan çok uzak kesimlerde yaşayan yoksul

öğrencilerin okula gelebilmesini sağlayacak yardımı kapsamamaktadır (Vandeweyer ve ark.,2021).

Tayland'daki gençlerin ve yetişkinlerin dijital teknolojileri kullanabilme becerilerinin zayıf olduğu belirtilmiştir. Yetişkinlerin sadece %17'sinin e-postalar gönderebilme becerisinde olduğu bildirilmiştir. Covid-19 pandemi sonrası eğitimler büyük oranda uzaktan, çevrimiçi kurslarla, video konferanslarla verilmeye çalışılmış, bu süreçte teknolojinin günlük yaşamda, eğitim alanında, sağlık kurumlarında daha fazla kullanılması söz konusu olmuştur. Teknoloji odaklı ekonomiye doğru ilerleme hedefleri olan Tayland yaşlanan nüfus ve azalan öğrenci sayısı, öğrencilerin mühendislik, bilim, teknoloji alanlarında eğitim görmesi yönünde sürekli bir çaba içerisinde. Covid-19 pandemi döneminde Mahidol Üniversitesi daha hızlı ve ucuz tanı testleri üretirken, Kasetsart Üniversitesi'ndeki mühendisler yüksek riskli alanları dezenfekte edebilecek dezenfeksiyon robotu geliştirmiştir (Vandeweyer ve ark.,2021).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 162.734, 2019 yılı için 219.473'tür. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 23,68, 2019 yılı için 31,52'dir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 31.959, 2020 yılı için 66.301'dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 4,65, 2020 yılı için 9,5'tir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 verisine göre 1,84, 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı 2005 yılı için 21,0'dir (Ek 1).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 87, 2020 yılı için 93 olarak belirtilmiştir (Ek 1). Bangkok'da çok sayıda özel hastane otel konforunda sağlık hizmeti vermektedir ancak pahalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Tayland, Erişim Tarihi: 06.08.2022).

Güçlü sosyal beceriler gerektiren sağlık hizmetleri alanında Tayland'da sağlık alanında çalışanların % 14'ünün uygun nitelik ve donanımda olmadığı belirtilmiştir.

Kişiler kendi eğitim ve becerilerine uymayan alanlarda çalıştırılmaktadır. Covid-19 pandemi döneminde nitelikli işgücü ve sağlık hizmetleri alt yapısının önemi daha çok farkedilmiştir (Vandeweyer ve ark.,2021).

Sağlık personelinin dağılımı Tayland'daki en büyük sorunlardan biridir. Tayland'ın başkenti Bangkok ile diğer iller arasında sağlık personeli sayısı bakımından kayda değer fark bulunmaktadır. Bangkok'taki hekim iş yükü daha düşüktür. Ülke hekim, diş hekimi, eczacı ve hemşire sayısını her yıl artırma eğilimindedir. Hastanelerindeki ortalama yatak doluluk oranı %73'tür. Ülkedeki kırsal kesimlerde sağlık merkezlerine ulaşım sorun olarak durmaktadır. Kamu hastaneleri ve özel hastaneler mevcut olup, hastanelerin yüzde 68,6'sı Sağlık Bakanlığı'na aittir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları; bölge hastaneleri, il hastaneleri, ilçe hastaneleri ve sağlık ocakları şeklinde yapılandırılmıştır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde hemşireler, ebeler görev yapmaktadır. Sağlık hizmetleri alanındaki eğitimlerini tamamlayan bireyler, sonrasında ülkelerine üç yıl boyunca hizmet etmekle zorunlu tutulmaktadırlar. Aksi takdirde ceza olarak ücret ödemeleri gerekmektedir (Internatonal Labour Organization, Thailand).

Sağlık hizmetlerindeki bakım-tedavi hizmetinden, personel hizmetinden memnun olunmadığında 1330 numaralı yardım hattını kullanabilmektedirler. (Piankusol, 2020, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Ülkede kilometrekare başına yaşayan kişi sayısı 2015 verileriyle 134,5, 2022 verileri 137,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,39'dur (Ek 1). Tayland'da 60 yaş üstü bireylerin %75,7'si yaşamından memnun olduğunu bildirmiştir. Yüksek eğitime sahip bireylerin ve kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin yaşamlarından daha fazla memnun olduğu bildirilmiştir (Phulkerd,2021). Yapılan başka bir ankete göre 56-74 yaş arasındaki kişilerin %36'sı yaşamlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir (Chandoevwit, 2021, Erişim Tarihi: 06.08.2022).

Tayland'da yapılan bir çalışmada intihar oranlarının son on yıl içinde artmış olduğu, erkeklerde kadınlara oranla 3,43 (2005 yılı için) kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Chanagul, 2019). Bu durumun nedeni olarak, Taylandlı erkeklerin toplumsal değişime adaptasyonunun kadınlardan daha az olduğu düşünülmektedir (Lotrakul, 2005).

Yapılan bir araştırmaya göre, 2016 yılına kadar, depresyon riski taşıyan 14 milyondan fazla kişi taranıp psikoterapi verilmiştir. 1,7 milyondan fazla sayıda intihara yatkınlığı olan kişi saptanmış olup, bu kişilere psikolojik destek ve 700.000 kişiye antidepresan desteği verilmiştir. 800.000 kişi intihar etme ihtimaline karşı takip altına alınarak destek sağlanmıştır. İntiharı önleme amacıyla yapılan bu taramanın neticesinde ülkede depresif bozuklukların tanısının 2009 yılında %5,1 oranındayken 2016'da %48,5'e çıktığı saptanmıştır (Tangcharoensathien ve ark., 2018).

Bulgulara göre ülkedeki intihar oranlarının en önemli nedenleri arasında alkol ve hane gelirleri yer almaktadır. Alkol tüketimin ise ekonomik düzeyi yüksek yerleşim yerlerinde daha düşük olduğu belirtilmiştir (Chanagul,2019). Kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 6,95 litre, 2019 yılı içinde 6,86 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen gelir 1990 ile 2019 yılları arasında %153,4 artmış olup (Human Development Index, Thailand, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 15,468 USD, 2021 yılı için 17,03 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) 2015 yılı için 160,5 USD, 2019 yılı için ise 212,4 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki satın alma gücü paritesinin 2015 yılı için 0,97 iken 2022 yılı için 0,91 olduğu görülmektedir (Ek 1).

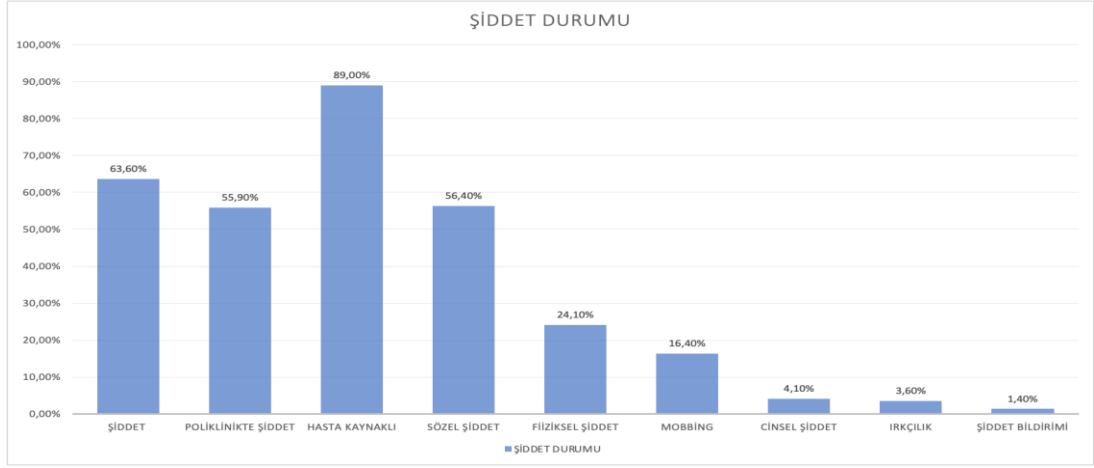
DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,098 değer ile 103. sıralamada yer alırken, 2015 yılında 2,430 değer ile dünya genelinde 135. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 3,5 iken 2017 yılı için 2,6 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

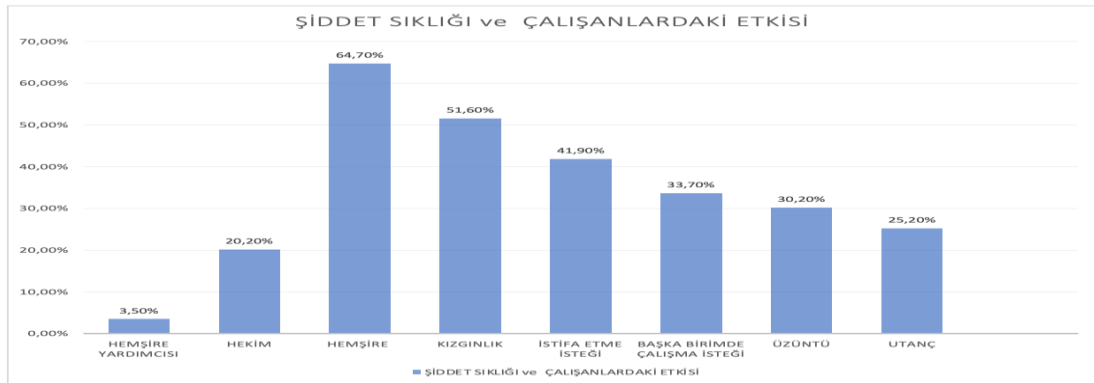
3.3.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Tayland'da üçüncü basamak hastanelerde Temmuz 2018 ile Mart 2019 arasında yapılan bir araştırmaya göre görevleri esnasında sağlık çalışanına şiddete maruz kalma oranları %63,6 olduğu şiddetin en yaygın olduğu yerin %55,9 ile poliklinikler olduğu belirtilmiştir. Sağlık personeli %89 oranında hastalar tarafından şiddete maruz kaldıklarını bildirmiş, %56,4 sözel şiddete, %24,1 fiziksel şiddete, %16,4 mobbinge, %4,1 cinsel şiddete, %3,6 ırkçılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddete maruz kalan çalışanların %1,4'ünün şiddet olayını raporladığı, %57,9'unun soruşturma süreci hakkında bilgisi bulunmadığını belirtilmiştir (Kueanongkhun, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022).



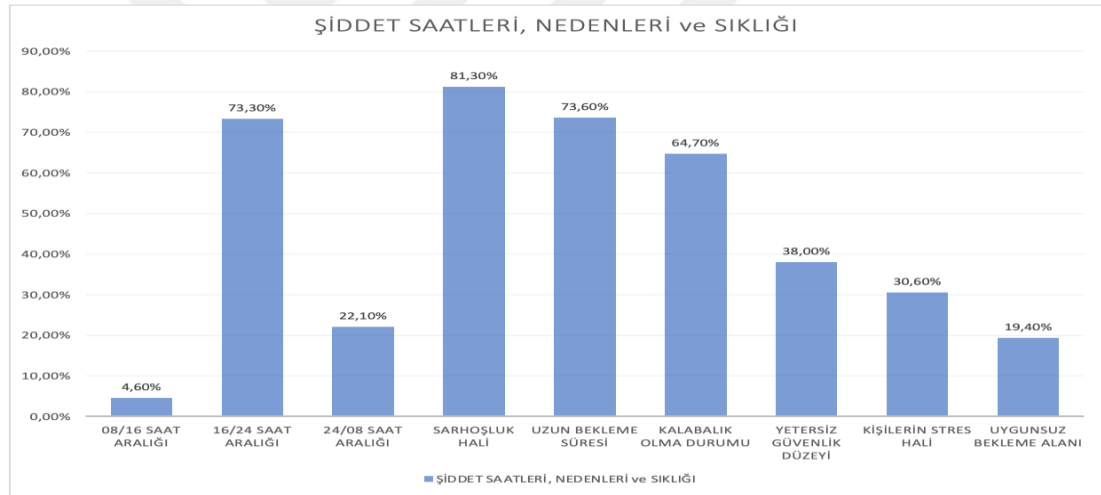
Şekil. 3.16. Tayland 3. Basamak Hastanesi Şiddet Türleri, Sıklığı ve Durumu

Tayland'da başka bir hastanenin acil servisinde yapılan araştırmada; 2018 yılı içerisinde çalışanların %88,4'ünün şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Şiddete uğrayanların %85,7 oranında psikolojik şiddete, %37,6 oranında fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Fiziksel şiddete uğrayanların %3,5'inin hemşire yardımcısı, %20,2'sinin hekimler, %64,7'sinin ise hemşireler olduğu belirtilmiştir. Şiddet sonrası kişilerin duygusal durumları incelenmiş ve %51,6'sının kızgınlık yaşadığı, %41,9'unun istifa etmek istediği, %33,7'sinin başka bir birimde çalışmak istediği, %30,2'sinde üzüntü, %25,2 sinde utanç hissi olduğu bildirilmiştir (Nithimathachoke ve Wichienopparat, 2021, Erişim Tarihi:08.08.2022).



Şekil. 3.17. Tayland Acil Servis Sağlık Çalışanı Şiddet Sıklığı ve Çalışan Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Şiddetin meydana geldiği saatler incelendiğinde 08/16 saatleri arasında %4,6, 16/24 saatleri arasında %73,3 sıklığında, 24/08 saatleri arasında %22,1 şiddet olayı olduğu bildirilmiştir. Şiddet nedenleri incelendiğinde; %81,3 sarhoşluk halinin, %73,6 uzun bekleme sürelerinin, %64,7 kalabalık olmasının, %38,0 yetersiz güvenlik sisteminin, %30,6 kişilerin stresli olma halinin, %19,4 uygunsuz bekleme alanlarının sebep olduğu belirtilmiştir. 51-60 yaş aralığındaki kişilerin şiddete uğrama sıklığı %66,7, 41-50 yaş aralığındaki kişilerin %72,4, 31-40 yaş aralığındakilerin %88,1, 21-30 yaş aralığındakilerin %92,3 olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde şiddet eylemini önleme prosedürleri olarak; güvenlik görevlileri, polis aktivasyon sistemi, alanlar arası yetkili erişim girişi bulunmaktadır. Yapılan çalışmada güvenlik görevlilerinin varlığının şiddeti önleme açısından koruyucu olmadığı tespit edilmiştir (Nithimathachoke ve Wichienopparat, 2021, Erişim Tarihi:08.08.2022).



Şekil. 3.18. Tayland Acil Servis Şiddet Saatleri, Nedenleri ve Sıklığı

3.3.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Tayland

Tayland ceza kanunlarında özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddete karşı bir yasa bulunamamıştır. Kamu çalışanlarına karşı işlenen suçlar kapsamında ve genel suçlar kapsamındaki suçlar ve cezalara ulaşılmıştır. Tayland Ceza Yasası madde 73'e göre yedi yaşını doldurmamış bir çocuk işlediği suçlardan dolayı ceza almamaktadır. Madde 65'e göre akıl hastalığı nedeniyle kişi suçu işlemiş ise ayırt etme gücü yok ise

kişiyi işlediği suç sebebiyle ceza verilemez (Criminal Law in Thailand, Penal Code, Erişim Tarih:08.08.2022).

Madde 66'ya göre kişi herhangi bir sarhoş edici maddenin etkisinde işlediği suçtan sorumludur, cezai ehliyeti vardır. Madde 67'ye göre kişi zorlama alıkoyma durumlarında kaçamayacak kadar savunmasız olduğu şartlarda mağdurda kusur olmamak şartıyla kendini tehlikeden kurtarmak amacıyla makul seviyede işlediği suçlardan sorumlu tutulamamaktadır. Madde 136'ya göre görevini icra eden memura hakaret eden kişi 1 yıla kadar hapis 2000 baht (55,85 USD) para cezasına çarptırılır. Madde 137'ye göre kamu memuruna ya da kamu malına zarar vermesi muhtemel kişiyi altı aya kadar hapis veya bin baht'a (27,93 USD) kadar para cezası verilir. Madde 138'e göre memurun görevini yapmasına engel olma suçunun cezası, 1 yıla kadar hapis veya 2000 baht (55,85 USD) para cezasıdır. Bu engellenmenin şiddet boyutunda tehditle olması halinde iki yıla kadar hapis veya dört bin baht'a (111,70 USD) kadar para cezası veya her ikisi ile cezalandırılır. Madde 276'ya göre cinsel şiddet suçu dört yıldan yirmi yıla kadar hapis ve sekiz bin baht ile kırk bin baht arasında (223,40 USD- 1.117,01 USD) para cezası ile cezalandırılır. (Criminal Law in Thailand, Penal Code, Erişim Tarihi:08.08.2022).

Mağdurun ölmesi durumlarında kişinin cezası ölüm ya da müebbet hapis cezasıdır. Madde 288'e göre cinayet suçunun cezası müebbet hapis veya suçlunun ölüme mahkûm edilmesidir. Madde 295'e göre kişiyi beden veya akıl sağlığına zarar veren kişi iki yıla kadar hapis veya dört bin baht'a (111,70 USD) kadar para cezası veya her ikisi ile cezalandırılır. Madde 297'ye göre kişiyi hayati organlarına zarar verecek şekilde bedensel zarar vermesi halinde altı aydan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Madde 326'ya göre kişinin itibarını zedeleyecek şekilde aşağılama, nefret, hakaret suçu bir yılı geçmemek üzere hapis cezası veya yirmi bin bahtı geçmemek üzere (558,50 USD) para cezası veya her ikisi ile birlikte cezalandırılır. Madde 378'e göre kendini kaybedecek kadar sarhoş olup taşkınlık yapanlar 500 baht (13,96 USD) ile cezalandırılır (Criminal Law in Thailand, Penal Code, Erişim Tarih:08.08.2022).

3.3.2. Hindistan

3.3.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Hindistan 0,633 değeri ile orta insani gelişme endeksi kategorisinde 132. sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 50,3 değer artışı olmuştur (Human Development Index, India, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 68,607, 2021 yılı için 67,2'dir (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 11,8 yıl artmıştır (Human Development Index, India, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 45,53 iken bu oran 2019 yılı için 34,37'dir (Ek 1).

Hindistan'da sağlık hizmeti kurumlarında sağlık sisteminin yetersizliğinden aynı anda 60 çocuk ölümünün olduğu bildirilmiş olup yapılan incelemeler neticesinde ilgili kurumun oksijen tedarikini sağlayan firmaya borcunu ödememesi ve firmanın da kurumun oksijen akışını kesmesi yönünde bebek ölümleri olduğu bildirilmiştir (Sharma, 2017b).

Hindistan'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 11,957 yıl iken 2021 yılında bu veri 11,9 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 6,249 yıl, 2021 yılı için 6,7 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 - 2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,5 yıl ve beklenen öğrenim süresi 4,5 yıl artmıştır (Human Development Index, India, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülke 260 milyondan fazla öğrencisi ile dünyanın en kalabalık eğitim sistemine sahiptir. Ülkenin eğitime ayırdığı bütçe milli gelirin %3,32'ü kadardır. Eğitim sistemi 3 ile 18 yaş arasındaki tüm çocuklar için ücretsiz ve zorunludur. Ülkede devlet kurumlarına bağlı okullar ile devletten ekonomik destek alan eğitim bakanlığının

müfredatına bağlı özel okullar bulunmaktadır. Kırsal kesimlerde kadın ve çocuk gelişimi bakanlığına bağlı okul öncesi eğitim veren kurumlar bulunmaktadır. Devletin eğitim alanında özellikle üstünde durduğu iki proje vardır; bunlardan biri herkes için eğitim kampanyası, diğeri zorunlu ve ücretsiz eğitim hakkıdır. Resmi ve bağımsız istatistikler farklı veri girişi bildirmekle beraber ülkenin eğitim politikasına rağmen okula kayıt yaptıran öğrencilerin %50 oranında ilköğretim seviyesinden sonra eğitimlerini bıraktığı bildirilmiştir. Okulu bırakma sebepleri olarak; erkeklerde ev ekonomisine destek olma, kadınlarda ise evde ailesine destek olma amacı olduğu bildirilmiştir (Anderson, Ligtfoot, 2019).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 162.734, 2019 yılı için 219.473'tür. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2017 yılı için 21,08, 2020 yılı için 17,48'dir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2018 yılı için 927.447, 2020 yılı için 1.014.538'dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2018 yılı için 6,86, 2020 yılı için 7,35'tir (Ek 1).

Ülkede 460 tane tıp eğitimi veren üniversite bulunmakta ancak bu sayı ülkenin hekim ihtiyacını karşılayamamaktadır. Mevcut fakülteler standart tıp eğitiminden düşük seviyede eğitim vermekte olup, uzmanlaşma açısından sorunlar olduğu bildirilmiştir. Ülkede tıp eğitimi çok popüler olmakla birlikte çok fazla tıp eğitimi veren özel üniversite bulunmaktadır. Ancak bu kurumlardan yetersiz eğitimle mezun olan öğrencilerin hekimlik şartlarını sağlayabilecek bilgi ve donanımda olmadıkları belirtilmiştir. Ülkedeki özel hastanelerin hasta bakım-tedavi odaklı yaklaşımdan uzak, sadece performans üzerinden ücrete odaklı bir yaklaşımda olduğu bildirilmektedir (Singh, 2017).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı verisine ulaşamamıştır. 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı 2017 yılı için 5,3'tir (Ek 1).

Ülkede her türlü branşta hizmet veren hastaneler olup, sağlık evleri de mevcuttur. Birkaç özel hastane hariç diğer hastanelerde tıbbi malzeme eksik,

kurumların imkânları yetersiz olabilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Hindistan, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 33, 2020 yılı için 53 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 440,7, 2022 verileriyle 473,1 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,45'tir (Ek 1). Ülkede 2018 yılında 100.000 kişi başına %10,2'sini kapsayan 134.516 intihar rapor edilmiştir. İntihar nedenleri olarak; %30,4'ünün ailesel problemler kaynaklı olduğu, %17,7'sinin hastalıklar sebebiyle, %6,2'sinin evliliklerdeki çatışmalar sebebiyle, %5,3'ünün alkol ve madde bağımlılığı sebebiyle, %4,0'ünün gönül işleri sebebiyle, %3,7'sinin ekonomik sebepler ile, %2,0'sinin sınav kaygısı ile, %0,9'unun mülkiyetle ilgili konular sebebiyle intihar ettiği bildirilmiştir (Accidental Deaths & Suicides in India 2018, Erişim tarihi: 08.08.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 3 litre, 2019 yılı içinde 3,09 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 273,9 artmış olup (Human Development Index, India, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 5,663 USD, 2021 yılı için 6,590 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$); 2015 yılı için 15,11 USD, 2019 yılı için ise 20,9 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1). Hindistan'da sağlık harcamalarının %33'ü hükümet tarafından karşılanırken, geri kalanını hastalar ödemek zorundadır (Dora ve ark.,2020).

Ülkenin satın alma gücü paritesi; 2015 yılı için 6,4 iken 2022 yılı için 7,21'dir (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,578 değer ile 135. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,557 değer ile ülke dünya genelinde 144. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranı verisi 2015 yılı için 3,4 iken 2018 yılı için 3,1 olarak belirtilmektedir (Ek 1). Hindistan'da suç vakalarının %50'sini cinayet ve cinayete bağlı şiddet suçlarının oluşturduğu bildirilmiştir (Chaudhuri ve ark.2015).

3.3.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Hindistan'da sağlık çalışanlarına şiddet insidansı açısından çalışmalar incelendiğinde; hekimlerin %75'inin tehdit, sözlü ve fiziksel şiddete uğradığı bildirilmiştir. Ülkedeki kamu hastanelerinde yetersiz alt yapı, tıbbi malzeme eksikliği, ilaca erişimde sıkıntı özellikle acil müdahale ilaçlarında eksiklik olması, personel sayısında eksiklik, uygun güvenlik önlemlerinin olmayışı hastaların memnuniyetsizliklerini daha da artırdığı, sağlık çalışanının sorumluluğunda olmayan nedenler sebebiyle çalışanların risk altında şiddet ortamında çalıştığı bildirilmiştir. Özellikle sosyal ağlar aracılığıyla hekimleri karalama çalışmaları, kin ve düşmanlığa sebebiyet verecek paylaşımlarla hekimler çok yüksek risk altında çalışmak zorunda bırakıldığı bildirilmiştir. Medya ve politikacıların hasta ölümlerini malpraktis gibi göstermesinin hekimleri daha da zor duruma soktuğu bildirilmiştir (Singh, 2017).

Hindistan tabipler birliği şiddet araştırmasında %75 oranında yaşanan şiddetin %68,33'ünü hasta refakatçilerinin işlediğini bildirmiştir. Şiddetin en çok gerçekleştiği

birimlerin acil servisleri, yoğun bakım üniteleri, cenaze işlem birimleri ve vezneler olduğu bildirilmiştir. Sağlık personelinin şiddeti raporladığı durumların ise yaşamsal tehlike hallerinde raporladıkları bildirilmiştir (Over 75% Of Doctors Have Faced Violence at Work, Study Finds, 2015, Erişim Tarihi: 01.06.2021).

Hindistan’da 2007 ile 2019 yılları arasında sağlık çalışanlarına karşı raporlama sayısının eksik olduğu düşünülmeyle birlikte 153 şiddet vakası yaşandığı belirtilmiş olup 2020 yılında 225 şiddet vakası, 2021 yılı için 110 şiddet vakası bildirilmiştir (Naira ve Zadey,2022).

Hindistan’da yapılan başka bir çalışmada; ülkedeki hekimlerin %82,7’sinin mesleklerinde stresli hissettiği, %46,3’ü için temel stres kaynağının şiddet korkusu olduğu, haklarında malpraktis dava açılma korkusunun %24,2 olduğu, %13,7’sinin cezai işlemlerden korktuğu bildirilmiştir. Hekimlerin yaklaşık %62,8’inin sürekli şiddete uğrama endişesi yaşadığı, %57,7’sinin kendilerini koruma amacıyla çalıştığı kurumda güvenlik kiralamayı düşündüğü belirtilmiştir (Majority of Doctors in India Fear Violence, Says IMA Survey, 2017, Erişim Tarihi: 01.06.2021).

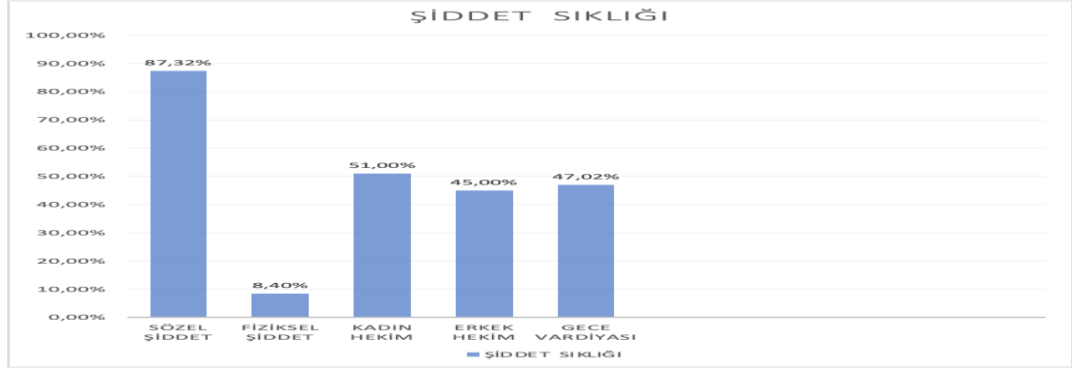
Sağlık hizmetine bağlı şiddet nedenleri arasında; sağlık hizmeti sunumunda alt yapı ve idaresinde eksiklikler, ilaç eksikliği, sağlık profesyonelleri ve hasta arasında iletişim problemleri, hastanede yatak sayısının yetersiz olması, sağlık sistemindeki sevk zincirindeki problemler, yapılan tetkiklerin ücreti, tıbbi bakım için uzun bekleme süreleri, güvenlik personelinin çok yetersiz olması, mafya gibi çeteleşmeler gösterilmiştir. Ülkede sağlık çalışanına şiddeti tetikleyen diğer nedenler olarak da hasta ve hasta refakatçilerinin mevcut durumla uyuşmayan beklenti ve algıları, öfkeli bir toplum olması, kişilerin ölüm gerçeğini kabul edememesi, okur yazarlık oranının düşüklüğü, hastanın aldığı sağlık hizmeti karşısında çıkan ücretleri ödemek istememesi, verilebilecek hizmet standardının üstünde aşırı hizmet bekleyen kişiler, hasta hakları kapsamında malpraktis davalarının artması ve suç ceza kapsamında cezaların medya aracılığıyla halkın bilgilenebilmesi, ruh sağlığı yerinde olmayan kişiler ve madde bağımlılığı olduğu belirtilmiştir (Singh, 2017).

Hindistan’da bir hastanın ölümünden sorumlu tutulan bir hekim, kişinin ölümünde hekimin ihmali olduğu düşünen hasta yakınları tarafından darp edilmiştir. Hekimler bu olay sonrası, acil hasta bakımı hariç hizmet bırakma eylemi gerçekleştirerek (Sharma, 2019); güvensiz çalışma ortamını, yetersiz sağlık alt yapısını ve personel eksikliğinden kaynaklı yaşadıkları şiddete dikkat çekmek amacıyla kask takarak eylem yapmışlardır (Sharma, 2017a). Hekime şiddet sonrası 4 kişi mahkemece tutuklanmıştır (Sharma, 2019).

Hindistan’da her yıl 1 Temmuz günü Ulusal Doktorlar Günü olarak kutlanmaktadır. Hindistan Tabipler Birliği tarafından Ulusal Doktorlar Günü teması hekimlerin yaşamış olduğu şiddette farkındalık oluşturma amacıyla 2019 yılı için sağlıkta şiddete sıfır tolerans olarak belirlenmiştir (National Doctor's Day 2019: History, Theme and Significance, Erişim Tarihi: 01.0.2021).

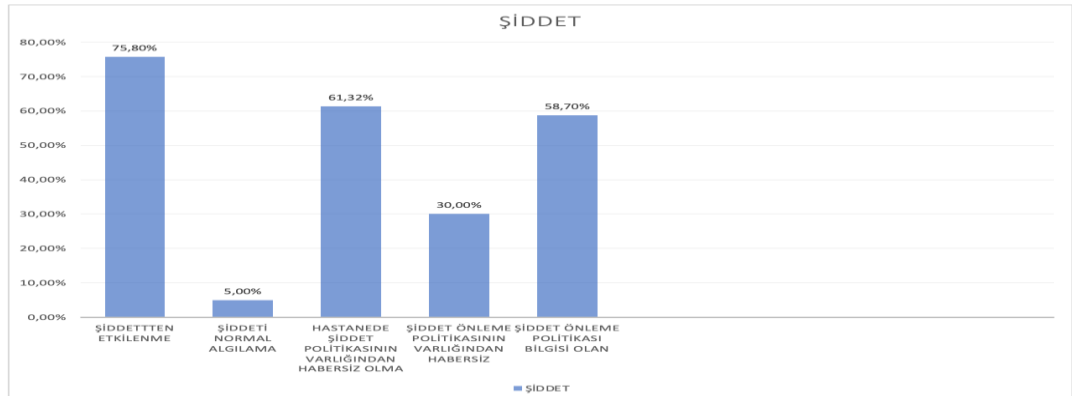
Kumar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastanedeki görevli personelin şiddet önlem eğitimi alıp almadığı araştırılmış olup personelin %90,4’ü eğitim almadıklarını belirtmiş, eğitim alan 6 kişiden biri eğitimi sadece bir kez aldıklarını ve bu kişilerin sadece 4’ü şiddet önleme analizini yapabilecek beceriye sahip olduklarını belirtmiştir (Kumar ve ark., 2016).

Hindistan’da 3.basamak bir hastanede yapılan başka bir araştırmada; şiddet vakalarının %87,32’sinin sözlü şiddete, %8.4’ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı, şiddete uğrayanların %51 oranında kadın hekim; %45 oranında erkek hekim olduğu bildirilmiştir. Şiddete uğrayan hekimlerin %47,02’si gece vardiyasında şiddete uğradıklarını bildirmiştir (Kumar ve ark.,2016).



Şekil. 3.19. Hindistan 3.Basamak Hastanesi Şiddet Sıklığı

Hekimler açısından şiddete her ay maruz kalanların oranı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda %59,6, dahiliye, psikiyatri, pediatri, dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon servislerinde %51,4, genel cerrahi, ortopedi, kbb ve göz servislerinde %42,9, radyoloji, adli tıp ve patoloji servislerinde % 16,7 olduğu bildirilmiştir. Şiddetin çalışanlar üzerindeki hassasiyeti ölçüldüğünde, şiddete uğrayan personelin %75,8'i çalışma hayatını ve özel hayatını olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Şiddete uğrayanların %5'i ise şiddet davranışlarının hayatın olağan akışına uygun olduğunu, çalışma ortamında da bu duruma alıştıklarını ve bu durumun kendilerini etkilemediğini bildirmişlerdir. Personelin %61,32'sinin hastanelerinde şiddet önleme politikalarının varlığından habersiz olduğu, %30'unun şiddet politikasından hiç bilgisi olmadığı, %8,7'sinin ise şiddet politikalarından bilgisi olduğu tespit edilmiştir (Kumar ve ark.,2016).



Şekil. 3.20. Hindistan 3.Basamak Hastanesi Şiddetten Etkilenme ve Şiddet Önleme Politikası Bilgi Durumu

3.3.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Hindistan

Hindistan'da sağlık çalışanlarına şiddetle mücadele kapsamında 1897 tarihli Salgın Hastalıklarla Mücadele Yasası'na 2020 yılında şiddet yasası eklenilmiştir (Parliament Passes Bill To Protect Healthcare Workers Against Violence, Erişim tarihi: 19.05.2021). Bu yasadaki şiddet tanımında salgın esnasında olma durum halinin özellikle belirtildiği dikkat çekmektedir. Bu tanıma göre salgın sırasında sağlık personeline karşı, sağlık hizmetini aksatacak şekilde çalışmayı engelleme, çalışana tehdit, yaralama, korkutma, hastane içerisinde zarar verici eylemlerde bulunma durumu suç kategorisine alınmıştır (India Code, The Epidemic Diseases Act, Prohibition of Violence Against Healthcare Service Personnel and Damage to Property, 1897, Erişim Tarihi: 19.05.2021).

Aksi davranış sergileyenler üç aydan beş yıla kadar hapis cezası ve elli bin rupiden (628,57 USD) 2 lakha (2513,44 USD) kadar para cezası ile cezalandırılır ((bir lakh yüz bin hint rupisi). Ayrıca Hindistan Ceza Kanunu'nun 320. maddesince sağlık çalışanını ağır yaralama suçuna altı aydan yedi yıla kadar hapis cezası verilir ve bir lakhtan (1256,72 USD) 5 lakha (6283,60 USD) kadar para cezası verilir (India Code, The Epidemic Diseases Act, 1897, Section 3 Penalty, Erişim Tarihi: 19.05.2021). Kişiler hakkında bu suçlara ilişkin dava açılması halinde aksi kanıtlanmadıkça mahkeme kişiyi suçlu kabul etmektedir (India Code, Section 3C., Presumption as to Certain Offences, Erişim Tarihi: 20.05.2021).

Kamu görevlisine itaatsizlik, uyarmalarına rağmen kişinin davranışlarına devam edip çalışanı engellemeye devam etmesi ve rahatsızlık vermesi suç oluşturup cezası bir ay hapis cezası, iki yüz rupi (2,51 USD) para cezası veya ikisine birden çarptırılır. Kişinin davranışı isyana sebebiyet verecek şekilde olursa altı aya kadar hapis veya bin rupi (12,57 USD) cezası veya ikisini kapsayacak şekilde cezalandırılır (Indian Penal Code, IPC Section 188, Disobedience to Order Duly Promulgated by Public Servant, Erişim Tarihi: 20.05.2020).

3.4. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi

3.4.1. Türkiye

3.4.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Türkiye 0,838 değeri ile çok yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 48. sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 40,7 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Turkey, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 76,532 yıl, 2021 yılı için 76 yıl'dır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 13,4 yıl artmıştır (Human Development Index, Turkey, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 12,95 iken bu oran 2020 yılı için 9,49'dur (Ek 1).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın yürütmüş olduğu misafir anne uygulaması programı bulunmaktadır. Kırsal kesimlerdeki halkın olumsuz hava koşulları veya tesislere çok uzak olması sebebiyle sağlık merkezlerine vaktinde ulaşım sağlanamadığı belirtilmektedir. Bu kapsamda anne-bebek ölümlerini azaltmak amacıyla 2008 yılında misafir anne uygulaması başlatılmıştır. Bu program doğrultusunda doğum tarihleri yaklaşan gebelerin kontrollerinin yapılabilmesi ve annelerin güvenli doğum gerçekleştirebilmesi için sağlık tesislerinin olduğu bölgelerde konaklamaları sağlanmakta, doğumları hastanelerde gerçekleştirilmekte, doğum sonrası anne-bebek sağlık durumuna göre evlerine götürülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 01.09.2022)

Türkiye’de beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 16,191 iken 2019 yılında bu veri 16,6 olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 7,637 iken 2019 yılı için 8,1 olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,6 yıl ve beklenen öğrenim süresi 7,7 yıl artmıştır (Human Development Index, Turkey, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

652 Sayılı Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye göre “*Okul öncesi, ilk ve ortaöğretim çağındaki öğrencileri bedenî, zihnî, ahlaki, manevî, sosyal ve kültürel nitelikler yönünden geliştiren ve insan haklarına dayalı toplum yapısının ve küresel düzeyde rekabet gücüne sahip ekonomik sistemin gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatarak geleceğe hazırlayan eğitim ve öğretim programlarını tasarlamak, uygulamak, güncellemek; öğretmen ve öğrencilerin eğitim ve öğretim hizmetlerini bu çerçevede yürütmek ve denetlemek...Eğitim sistemini yeniliklere açık, dinamik, ekonomik ve toplumsal gelişimin gerekleriyle uyumlu biçimde güncel teknik ve modeller ışığında tasarlamak ve geliştirmek....Eğitime erişimi kolaylaştıran, her vatandaşın eğitim fırsat ve imkânlarından eşit derecede yararlanabilmesini teminat altına alan politika ve stratejiler geliştirmek, uygulamak, uygulanmasını izlemek ve koordine etmek...*”ile yükümlüdür. Türk eğitim sistemi 1739 sayılı Millî Eğitim Temel Kanununa göre şekillenmiştir. Bu kanunla okul öncesi eğitim 3-5 yaş grubundaki çocukları kapsamakta olup zorunlu değildir. Mecburi eğitim 6-13 yaş grubundaki ilköğretim seviyesindeki çocukları kapsamaktadır (Ortaöğretim Genel Müdürlüğü, 2015).

Çocuk gelişiminde önemli bir yaş olan 0-3 yaş gurubuna yönelik kurumsal erken eğitim imkânı hizmeti çok az bulunmaktadır. Bulunan kurumlardaki çocuk eğitim hizmetinin kalitesinin yetersizliği ve ücretlerinin çok yüksek olması nedeni ile toplumun sınırlı bir kesiminin ulaşabildiği bildirilmiştir. Okul çağındaki Suriye’li çocukların okullaşma oranı 2019-2020 yılında %63,3 iken 2020-21 yılında bu oranın %64,4’e ulaştığı belirtilmiştir (Eğitim Reformu Girişimi, Eğitim İzleme Raporu 2021: Öğrenciler ve Eğitime Erişim, Erişim Tarihi:01.09.2022).

Türkiye’de öğrenciler arasındaki en düşük okula devam oranının ortaöğretim seviyesinde olduğu da bildirilmektedir (Unicef, Türkiye, Erişim Tarihi:01.09.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 205.889, 2019 yılı için 254.075’tir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 26,22, 2019 yılı için 30,45’tir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 141.259, 2019 yılı için 213.201’dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 17,99 iken 2019 yılı için 19,28’dir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 yılı için 1,55’tir. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 26,8, 2018 yılı için 28,5’tir (Ek 1).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 87, 2020 yılı için 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Türkiye sağlık sisteminde 1. basamak sağlık hizmeti 2010 yılından itibaren aile hekimliği uygulaması ile yürütülmektedir. Ülkede tüm uzmanlık alanlarında hizmet veren üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri bulunmakta olup ilçe düzeyinde de sağlık hizmeti veren devlet hastaneleri bulunmaktadır. Ülkede her türlü iletişim aracı ve tıbbi cihazların bilgi sistemlerinin birleştiği bir sistem ile sağlık çalışanları ve hastaların tele tıp ve mobil tıp uygulamaları sayesinde hastane içinden veya hastane dışından veri alışverişinde bulunabildikleri dijital hastaneler de bulunmaktadır. Ülkede Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) belgeli hastaneler bulunmaktadır. 2015 yılından itibaren vatandaşların tüm sağlık verilerini tek bir platformda toplayan e-Nabız kişisel sağlık kaydı sistemi bulunmaktadır. Hekimlerin sağlık tesisi içinden veya sağlık tesisi dışından sağlık tıbbi görüntü verilerine ulaşılması amacıyla teleradyoloji uygulaması bulunmaktadır. 2016 yılında işitme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım sağlayabilmesi için mobil uygulama üzerinden işaret diliyle iletişim kurabilecekleri 24 saat esasına bağlı olarak çalışan engelsiz sağlık iletişim merkezi (ESİM) uygulaması bulunmaktadır. Kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak amacıyla 24 saat

esasına bağılı olarak alışan Alo 182 hattından, mobil cihaz uygulamalarından, hastanelerden, aile hekimlerinden veya web üzerinden kişiler istedikleri hastane ve hekime muayene randevusu oluşturabilecekleri merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 01.09.2022).

2017 yılından itibaren evde bakıma muhtaç olan bireyler için tedavilerini ev ortamında sağlayabilecekleri evde sağlık hizmeti uygulaması bulunmaktadır. Kişinin sağlık verilerine e-nabız sistemi üzerinden ulaşılarak sorgulama sureci başlatıp hastayı uygun uzmanlık alanına yonlendiren, muhtemel tanıları hekimle paylaşabilen yapay zekâ destekli sistem olan neyim var uygulaması test aşamasındadır. İklım şartlarının zorluklarında hastalara kolay ulaşım sağlanması amacıyla kar üstünde gidebilen ambulanslar bulunmaktadır. Ülkede sağlık turizmi kapsamında yabancı vatandaşlar sağlık hizmeti alabilecekleri 133 kamu sağlık tesisi, sağlık turizmi yetki belgesinde hizmet vermektedir. Ülkede vatandaşların şikâyet, öneri, talep ve memnuniyetlerini iletebilecekleri ALO184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)) hattı bulunmaktadır. SABİM'e 2021 yılında ayda 373.801 başvuru oluşturulmuş, bunlardan 9.907 tanesi sağlık hizmeti memnuniyet bildirimi için yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 01.09.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 102,0 iken 2022 verileri 111,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,39'tir (Ek 1).

Türkiye'de 2018 yılı içinde toplam 3161 intihar gerçekleştiği bildirilmiştir. Ülkede İntihar hız oranının 100.000 kişide 3,88 olduğu bildirilmiştir. Ülkede 10 yıllık sure içerisinde en sık intihar yaş aralığının 15 ile 24 arasındaki gruplarda olduğu tespit edilmiştir. İntihar nedenleri olarak; erkeklerde ticari başarısızlığa bağlı nedenler, kadınlarda öğrenim başarısızlığına bağlı nedenler olduğu belirtilmiştir. İntihar

edenlerin mezuniyet düzeylerinin çoğunlukla ilköğretim seviyesindeki kişilerde olduğu bildirilmiştir (Yıldırım Öztürk ve Öztürk, 2021).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 1,32 iken 2019 yılı içinde 1,18 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık Bakanlığı sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması amacıyla eğitimler, kamu spotu, kampanyalar gibi bilinçlendirme faaliyetleri yürütmeyi hedeflemekte ayrıca sigara ve uyuşturucu ile mücadele kapsamında alo 171 sigara bırakma danışma hattı, alo 191 uyuşturucu ile mücadele danışma ve destek Hattı hizmet vermektedir. 2015 ve 2021 yılları arasında uyuşturucu ile mücadele kapsamında bu hatlar aracılığıyla 358.627 kişiye hizmet verildiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 01.09.2022).

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 121,4 artmış olup (Human Development Index, Turkey, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için USD, 25,718 iken 2021 yılı için 31,033 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) 2015 yılı için 354 USD, 2019 yılı için ise 308,9 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülke satın alma gücü paritesi açısından 2015 yılı için 1,81 iken 2022 yılı için 2,05 olduğu bildirilmiştir (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,785 değer ile 145. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,496 değer ile ülke dünya genelinde 138. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 2,8 iken 2018 yılı için 2,6 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

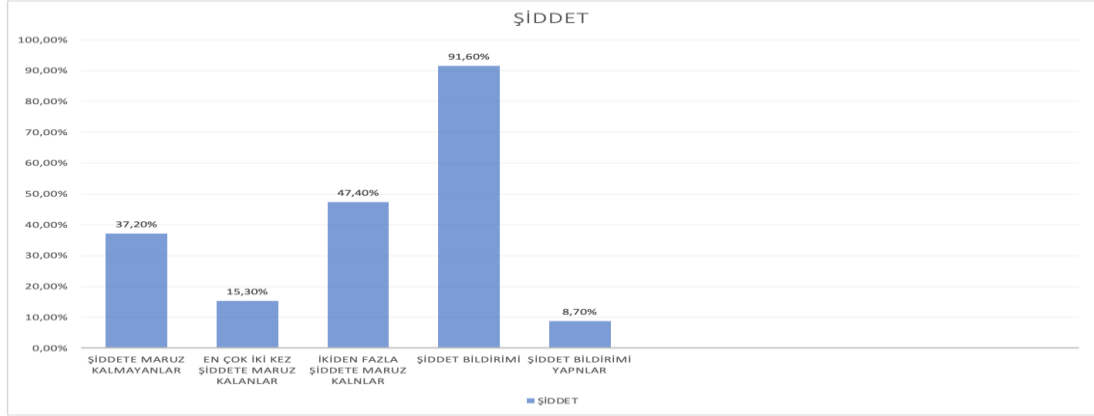
3.4.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

2021 yılında Sağlık bakanlığının ALO184 (SABİM) uygulamasına gelen bildirimlerde; sağlık çalışanları hakkında tehdit ve şiddet ifadeleri içeren 27.560 adet başvuru olduğu bildirilmiştir. 2021 yılında 101.984 sağlık çalışanı tarafından beyaz kod bildirimi yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 01.09.2022). Sadece 2022 ocak ayında 68 saldırganın gerçekleştirdiği 30 şiddet olayının olduğu bildirilmiştir. 30 şiddet olayının 5'inin hastalar tarafından, 19'unun hasta yakınları, 1'inin yöneticiler, 5'inin ise diğer kişiler olduğu bildirilmiştir. 30 şiddet vakasının 25'inde fiziki ve sözlü şiddet uygulandığı, 5'inin ise sözlü şiddet olduğu bildirilmiştir. Bu olayların 20'sinin hastanelerde, 5'inin aile sağlığı merkezlerinde, 5 olayın ise sahada çalışan kişilere yapıldığı belirtilmiştir. Şiddet görenlerin 17'sinin hemşire, 16'sının hekim, 12'sinin acil sağlık hizmetleri çalışanı, 2'sinin güvenlik ve 10'unun diğer sağlık çalışanı olduğu bildirilmiştir. 30 şiddet olayına karışan 68 saldırganın 25'ine hiçbir işlem yapılmadığı, 11 saldırganın serbest bırakıldığı, 14 saldırgan için soruşturma başlatıldığı, 17 saldırganın tutuklandığı bildirilmiştir (Sağlık-Sen Ocak Ayı Sağlıkta Şiddet Raporu / 2022, Erişim Tarihi: 01.09.2022).

2021 yılı sağlıkta şiddet raporuna göre Türkiye'de bir yıl içerisinde 364 saldırganın sebep olduğu 190 şiddet olayında 316 sağlık çalışanının şiddet mağduru olduğu bildirilmektedir. Sadece aralık ayı için 57 saldırganın sebep olduğu 31 şiddet vakası gerçekleşmiş 50 sağlık personelinin mağdur hale getirildiği belirtilmektedir. Şiddet olaylarının %75'inin (190 şiddet olayında 143 olay) hasta ve hasta yakınlarının sebebiyet verdiği bildirilmekte olup 13 şiddet olayının idareci pozisyonunda çalışan kişiler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Şiddet aracı olarak saldırganların bıçak, silah, orak, testere, sandalye... gibi malzemeleri kullandıkları belirtilmektedir. 190 şiddet olayında 162 olayda hem sözel hem de fiziksel şiddet, 22'sinde sözel şiddet,

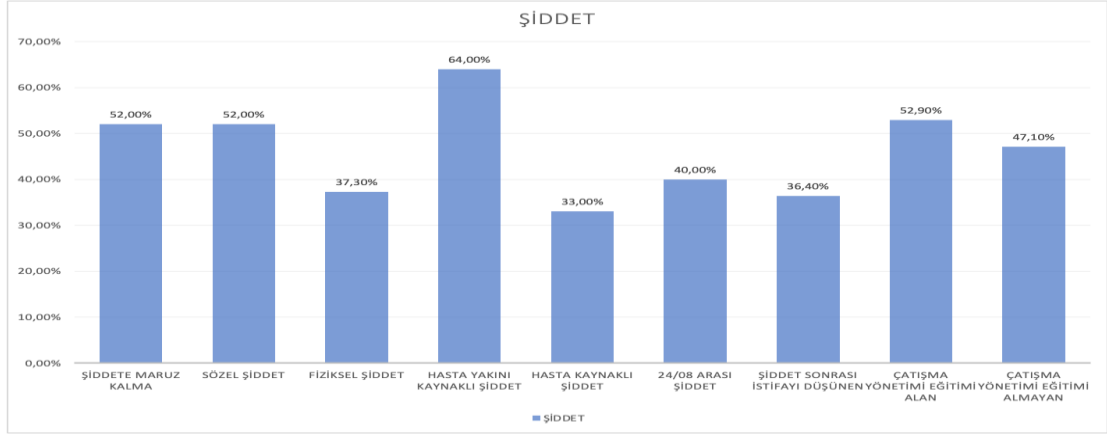
5 mobbing, 1 cinsel taciz olduğu belirtilmektedir. 190 şiddet olayının 146'sı ile yaşandığı şiddetin en çok yaşandığı yerlerin hastaneler ve acil servisler olduğu belirtilmektedir. 13 şiddet olayının aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştiği, 31 olayın saha çalışanlarının yaşadığı ve özellikle 112 biriminde çalışan sağlık personelinin mağdur olduğu bildirilmektedir. 2021 yılı için 92 hekim, 59 hemşire, 50 güvenlik görevlisi, 69 diğer sağlık personeli ve 46 kişinin 112 personeli olduğu belirtilmektedir. Bir yıl içerisinde yaşanan şiddet olaylarında 124 saldırgan için hiçbir işlem yapılmadığı, 135 saldırganın gözaltı sonrası serbest bırakıldığı, 41 saldırganın tutuklandığı, 3 saldırgana ise para cezası verildiği belirtilmektedir (Sağlık-Sen, 2022, Erişim Tarihi:09.12.2022).

Türkiye’de yapılan şiddet araştırmasında; 2017 ve 2019 yılları arasında şiddete hiç maruz kalmayanların düzeyi; %37,2, 2017-2019 en çok iki kere maruz kalanlar %15,3 ve 2’den fazla maruz kalanlar %47,4 olarak bildirilmiştir. 30-40 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının 40 yaştan fazla yaşı bulunanlara yakın ortalamalarda şiddete maruz kaldığı, yaşı 30’dan az bulunanların daha az şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Şiddetin en fazla yaşandığı birimler acil servis, cerrahi, dahili servisler ve kan alma-enjeksiyon bölümleri iken, en az şiddet yaşanan birimlerin sırasıyla yoğun bakımlar, ameliyathane, radyoloji ve laboratuvar birimleri olduğu bildirilmiştir. Kamu hastanelerinde özel hastanelere oranla daha fazla şiddete maruz kalındığı bildirilmiştir. Şiddet gören sağlık çalışanlarında şiddet sonrası Sağlık Bakanlığı’na bildirim yapmayanların oranının %91,6, bildirim yapanlarının oranının %8,4 olduğu; meslek odasına bildirim yapmayanların oranının %98,8, yapanların oranının %1,2 olduğu; polise bildirim yapmayanların oranının %94,0, yapanların oranının %6 olduğu, hastane güvenliğine bildirim yapmayanların oranının; %91,3, yapanların oranının %8,7 olduğu bildirilmiştir (Yıldız,2019).



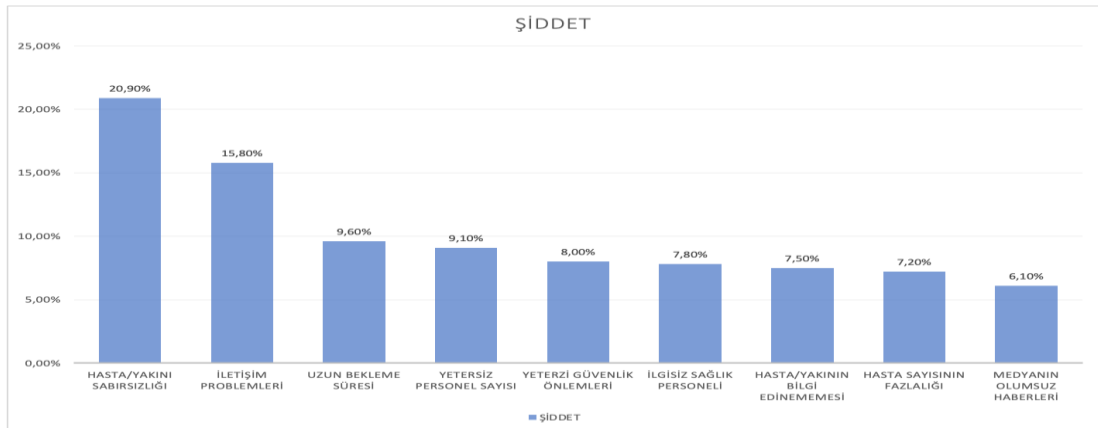
Şekil 3.21. Türkiye 2017 ve 2019 Yılları Arası Şiddet Raporu

Türkiye’de acil serviste yapılan bir çalışmada; acil servis personelinin %52’sinin daha önce şiddete maruz kalmış olduğu, en çok sözel şiddete (%52), sonrasında fiziksel (%37,3), psikolojik ve cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Saldırganların %64 oranında hasta yakını, %33 oranında ise hastalar olduğu bildirilmiştir. Şiddetin %40’ının yaşandığı saatlerin 24:00–08:00 saatleri arasında olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanları son bir yıl içinde %48,8’i sözlü olarak tehdit edildiğini, %78,5’i ise birden çok kez sözel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Şiddete uğrayan personelin %36,4’ü şiddet sonrasında istifa etmeyi düşündüğünü bildirmişlerdir. Acil servis personelinin %52,9’u çalışma süresi boyunca stres, çatışma yönetimi ve iletişim gibi konularda eğitim aldıklarını, %47,1’i ise bu konularda eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Acil servis personelinin çalıştığı birimde kaygı düzeyinin 5 puan üzerinden ortalama 3 civarında olduğu bildirilmiştir (Aydemir ve ark.,2020).



Şekil. 3.22. Türkiye Acil Servis Sağlık Çalışanları Şiddet Raporu (Aydemir ve ark., 2020).

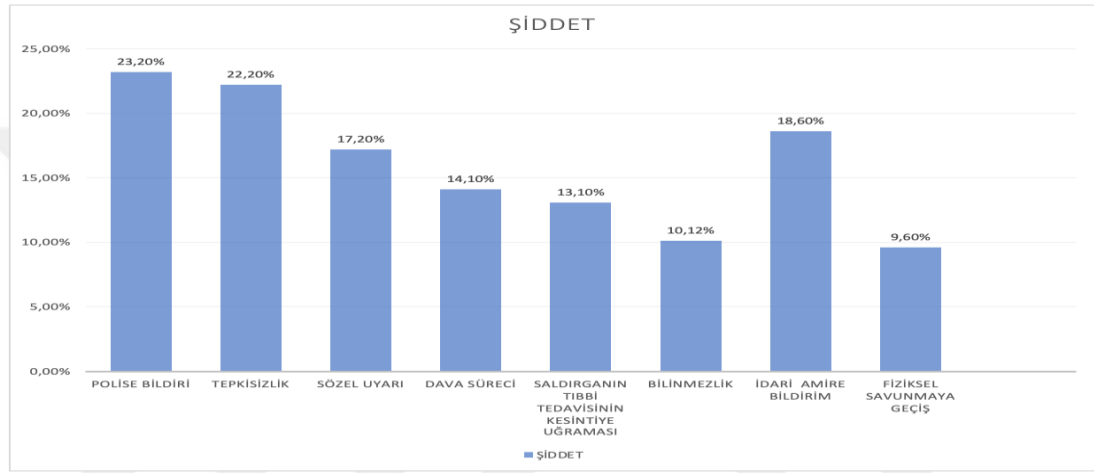
Şiddete maruz kalma nedenleri olarak; %20,9 oranında hasta ve yakınlarının sabırsız olması, %15,8 oranında sağlık personeli ile hasta/hasta yakını iletişim problemleri, %9,6 oranında bekleme sürelerinin uzun olması, %9,1 oranında personel sayısının yetersiz olması, %8,0 oranında güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, %7,8 oranında sağlık personelinin ilgisiz olması, %7,5 oranında hasta/hasta yakınının durumları hakkında yeterli bilgi alamaması, %7,2 oranında hasta sayısının fazla olması, %6,1 oranında basında iletilen yanlış mesajlar olduğu bildirilmiştir (Aydemir ve ark.,2020).



Şekil 3.23. Türkiye Acil Servis Şiddet Nedenleri

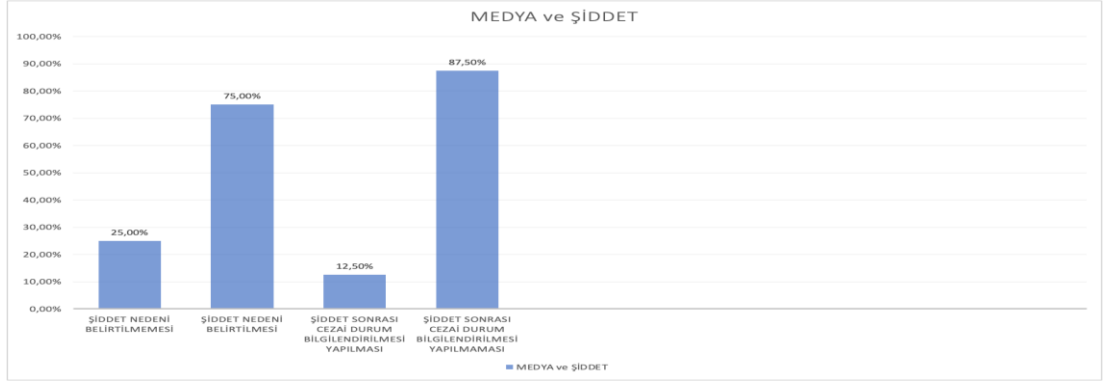
Şiddet uygulayan saldırgana karşı; %23,2'sinin polise ihbar edildiği, %22,2'sine hiçbir şey yapılmadığı, %17,2'sine sözel uyarı yapıldığı, %14,1'ine dava

açıldığı, %13,1'inin saldırganın tıbbi tedavisinin kesintiye uğradığı, %10,1'inin sonrasında ne olduğunu bilmedikleri belirtilmiştir. Sağlık çalışanının şiddet sonrası şiddet karşısındaki tutumlarında; %18,6'sının bir üst yöneticiye bildirdiği, %12,8'inin saldırganı uyardığı, %9,6'sının fiziksel olarak kendini savunduğu, %8,5'inin hiçbir şey yapmadığı, diğerlerinin ise olayı iş arkadaşları, ailesi ile paylaştığı bildirilmiştir. Çalışanlar arasında bildirim oranı çok düşük olmakla birlikte yasal takip başlatılma oranının da çok düşük olduğu bildirilmiştir (Aydemir ve ark.,2020).



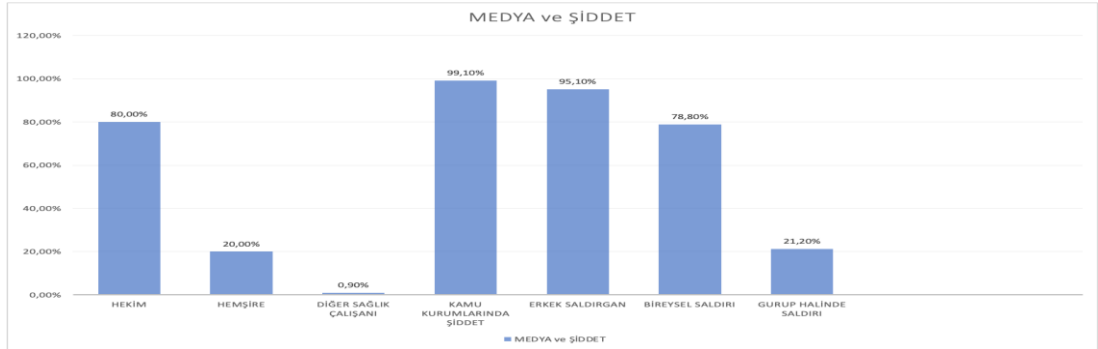
Şekil. 3.24. Türkiye Acil Servis Çalışanlarının Şiddet Sonrası Eylemleri

Türkiye’de medyada yer alan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırmasında; şiddet haberlerinin pazartesi, çarşamba ve cumartesi günleri yayımlandığı bildirilmiş, bir yıl içerisinde en fazla eylül ayında haber yapıldığı belirtilmiştir. Haberlerde büyük boy fotoğraf kullanımı, görsellerde kişi fotoğraflarına sıkça yer verildiği de bildirilmiştir. Haberlerde şiddet gerekçelerinin %25 oranında verilmediği, %75 oranında ise verildiği, şiddet olayıyla ilgili cezai uygulama bilgisinin %87,5 oranında verilmediği, %12,5 oranında verildiği bildirilmiştir (Yıldırım ve Sezgin, 2021, Erişim Tarihi: 01.09.2022).



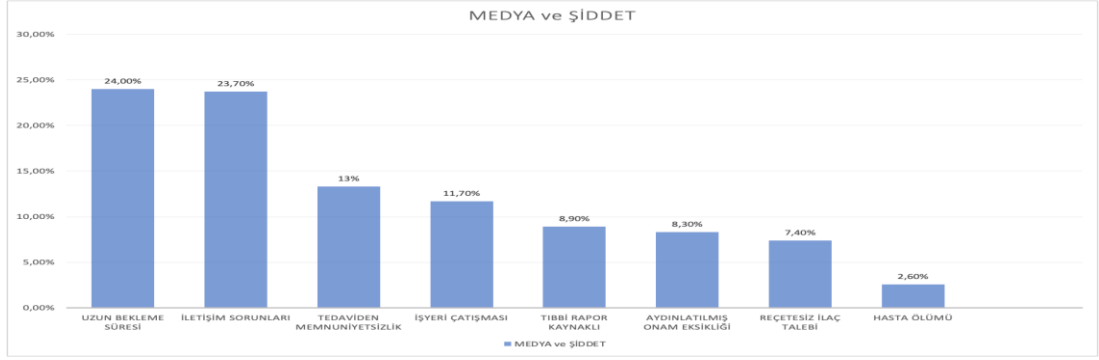
Şekil 3.25. Türkiye’de Şiddet ve Medya Durum Raporu

Türkiye’de 1 Ocak 2012 ve 1 Ekim 2019 tarihleri arasını kapsayan gazete ve haber sitelerine yansıyan 1028 şiddet olayı incelenmiştir. Bu şiddet analiz raporuna göre şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %80’inin doktor, %20’sinin hemşire olduğu tespit edilmiştir. Haberlere yansıyan şiddet olaylarının %99,1’inin devlete bağlı kurumlarda yaşandığı bildirilmiştir. Şiddet faillerinin %95,1’inin erkek olduğu ayrıca saldırıların %78,8’inin bireysel; %21,2’sinin grup olarak gerçekleştirildiği bildirilmiştir (Sevimli, 2020).



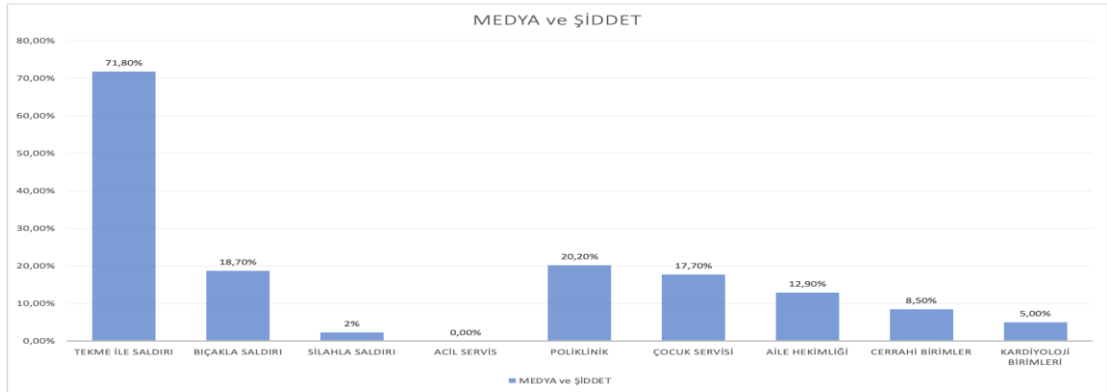
Şekil. 3.26. Türkiye’de Medyaya Yansıyan Şiddet Mağdurları Oranı

Şiddet nedenleri incelendiğinde; %24,0’ünün uzun bekleme süresi, %23,7’sinin iletişim sorunları, %13,3’ünün tedaviden memnuniyetsizlik, %11,7’sinin işyeri çatışması olduğu, %8,9’unun tıbbi rapor alamama sebebiyle, %8,3’ünün aydınlatılmış onam eksikliği sebebiyle, %7,4’ünün reçetesiz ilaç isteği sebebiyle, %2,6’sının hasta ölümü sebebiyle olduğu bildirilmiştir (Sevimli, 2020).



Şekil. 3.27. Türkiye’de Medyaya Yansıyan Şiddet Nedenleri

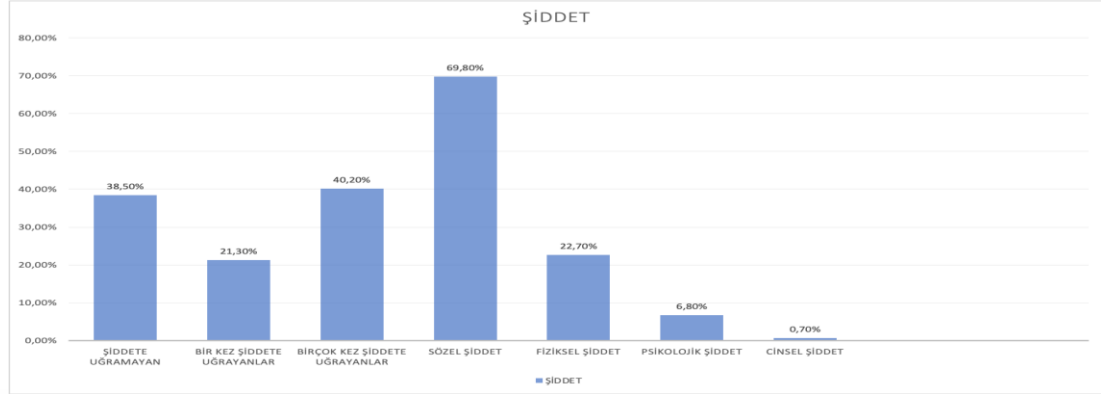
Saldırıda kullanılan araç ve yöntemler olarak saldırganların %71.8’inin tekme, %18.7’sinin bıçak, %2.3’ü silah, %1.4’ü sözel şiddet, %0,1 sandalye-masa atma şeklinde gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Şiddetin en çok gerçekleştiği yerler olarak; %31,0 sıklığında acil servis, %20,2 sıklığında poliklinik, %17,7’sinin pediatri servisi, %12,9’unun aile hekimliği, %8,5’inin cerrahi birimler, %5,0’inin kardiyoloji bölümleri, %4,3’ünün yoğun bakım üniteleri ve %0,9’unun ambulans hizmetleri olduğu bildirilmiştir (Sevimli, 2020).



Şekil. 3.28. Türkiye’de Medyaya Yansıyan Şiddet Araçları ve Yerleri

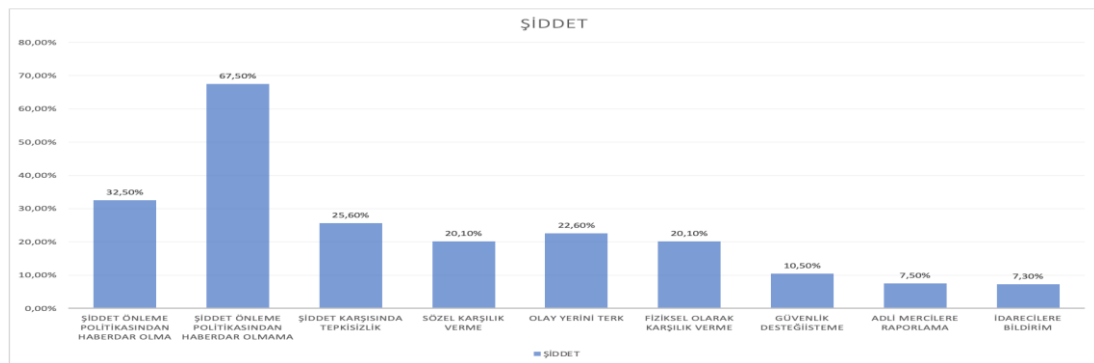
112 sağlık hizmetlerinde çalışan personelin şiddet sıklığı araştırması yapılmıştır. 2020 yılında araştırması tamamlanan bu çalışmaya göre; hiç şiddete uğramayan personelin sıklığı; %38,5, bir kez uğrayanların sıklığı; %21,3, birçok kez uğrayanların sıklığı; %40,2 olarak bildirilmiştir. Sözel şiddete maruz kalanların sıklığı;

%69,8, fiziksel şiddet için; %22,7, psikolojik şiddet için; %6,8, cinsel şiddet için; %0,7 olarak belirtilmiştir (Pekince ve ark., 2022).



Şekil. 3.29. Türkiye’de 112 Sağlık Hizmetlerinde Şiddet Sıklığı

Çalışılan kurumda sağlık çalışanına şiddeti önlemeye yönelik bir uygulamaları olup olmadığı sorulduğunda evet var diyenlerin oranı; %32,5, hayır diyenlerin oranı; %67,5 olarak belirtilmiştir. Yaşanılan şiddet karşısında çalışanların tutumları incelendiğinde, tepkisiz kalanların sıklığı; %25,6, olay yerini terk etme durumu; %22,6, sözel olarak karşılık verme; %20,1, fiziksel olarak karşılık verme; %2, güvenlikten destek isteme; %10,5, adli mercilere iletme; %7,5, çalıştığı kurumda idarecilere bildirme; %7,3, şiddeti olağan karşılama %4,3 olduğu bildirilmiştir (Pekince ve ark., 2022).

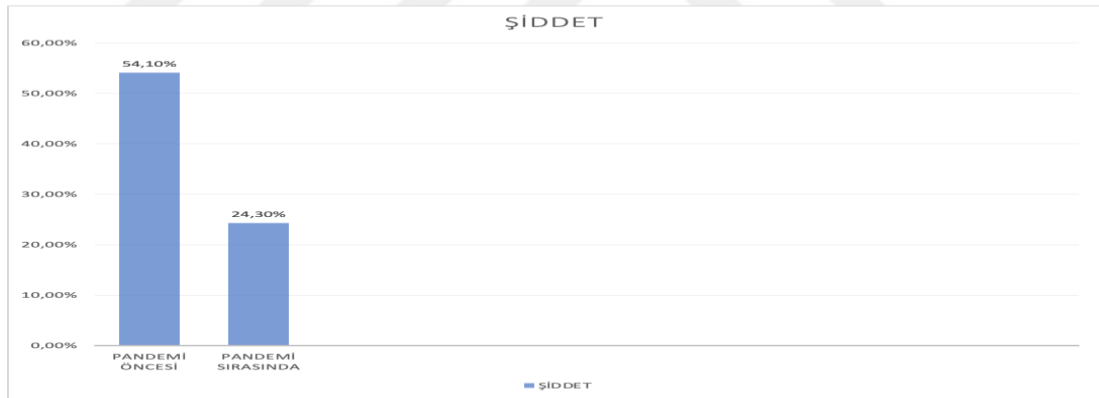


Şekil. 3.30. Türkiye’de 112 Sağlık Hizmetlerinde Görevli Personelin Şiddet Sonrası Tutumu

Şiddet karşısında kurumun şiddet yönetimi çalışanlara sorulduğunda; idari işlem başlatılması; %7,9, çalışanın uyarılması; %2,9, çalışana disiplin cezası verilmesi

%1,8, çalışanın adli mercilere şikâyet edilmesi %2,3, tepkisiz kalınması %41,4, şiddeti rapor haline getirmeme %43,7 olarak bildirilmiştir. Şiddet sonrası adli makamlara durumu ileten kişi oranı; %25,2, iletmeyenlerin oranı %74,8 olarak bildirilmiştir. Başvuru yapmayanlara nedenleri sorulduğunda şiddete maruz kalma kaygısı; %22,9, sürecin uzun olması; %39,6, kurum veya aile baskısı; %6,8, zarar görme endişesi; %22,1 olarak belirtilmiştir. Seçim şansı olsaydı tekrar 112’de sağlık hizmetlerinde çalışmak ister miydiniz sorusuna çalışanlardan evet diyenlerin oranı; %46,5, kararsız olanlar; % 21,6, hayır diyenler; %31,9 olarak belirtilmiştir (Pekince ve ark., 2022).

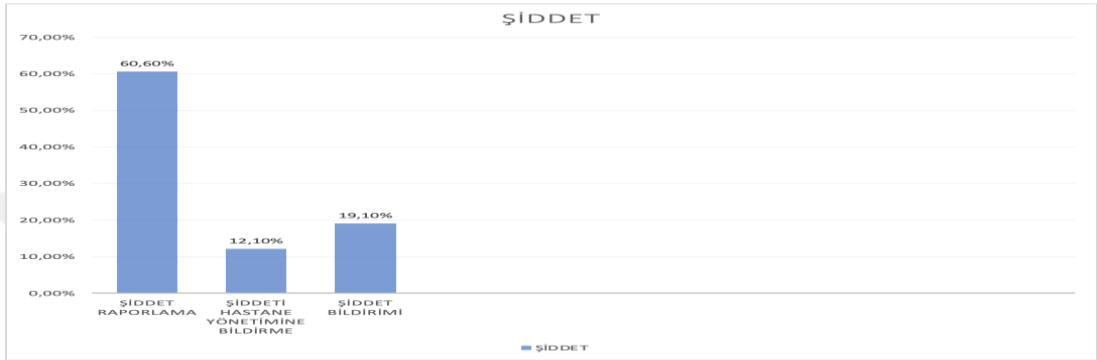
7 Haziran 2021 ile 28 Temmuz 2021 tarih aralığında pandemi öncesi ve pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarına karşı şiddet durumunu e-anket yöntemiyle inceleyen bir çalışmada; sağlık çalışanının pandemi öncesi şiddete maruz kalma sıklığı % 54,1, pandemi sırasında şiddete maruz kalma sıklığı % 24,3 olarak bildirilmiştir. Şiddetin en fazla karşılaşıldığı yerler; %24,1 sıklığında devlet hastaneleri ve %41,2 sıklığında üniversite/eğitim araştırma hastanelerinde olduğu belirtilmiştir (Ünal ve ark., 2022).



Şekil. 3.31. Türkiye’de Pandemi Öncesi ve Sırasında Şiddet Sıklığı

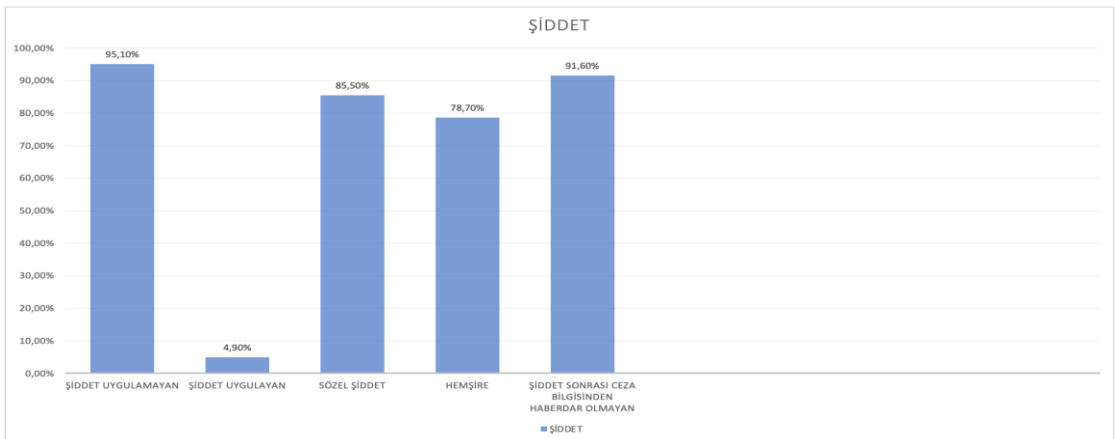
Çalışmada pandemi öncesi %65,4 ve sırasında %68 ile en sık görülen şiddet türünün sözel şiddet olduğu bildirilmiştir. Pandemi öncesi döneme kıyasla fiziksel şiddetin azaldığı yalnız mobbinge maruz kalanların sayısının arttığı bildirilmiştir. Bu süreçte gece vardiyasında çalışan sağlık çalışanlarının mesleki doyumunda azalma olduğu belirtilmiştir. Şiddet olaylarından sözel şiddete uğrayanların %36,6’sının şiddet olayını bildirdiği, %8,4’ünün fiziksel şiddeti bildirdiği ve mobbinge

uğrayanların sıklığının %0,09 olduğu belirtilmiştir. Genel olarak sağlık çalışanlarının %60,6'sının şiddet durumlarında şiddet bildirim yaptığı belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının %54,6'sı şiddete maruz kaldığını belirtmesine rağmen; %12,1'inin durumu hastane yönetimine bildirim yaptığı belirtilmiştir. Şiddetin en çok % 60,6 sıklıkta polikliniklerde, %11,8 sıklıkta servislerde ve % 6 sıklıkta ziyaret saatlerinde gerçekleştiği bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2022).



Şekil. 3.32. Türkiye’de Pandemi Sırasında Şiddet Bildirim Durumu

Raporlanmayan şiddet nedenleri incelendiğinde; şiddeti önemsiz bulanların oranının %4,6, kendini suçlu hissetme durumunun %0,9, şiddete alışkın olma halinin %19,2, utanma hissi sebebi %0,9; bildiri sonrası olumsuz durumlardan korkma sebebi %31, şikâyet prosedürlerini bilmeme hali % 13,6 olarak belirtilmiştir (Ünal ve ark., 2022).



Şekil. 3.33. Türkiye’de Pandemi Sırasında Şiddet Durumu

Sağlık çalışanlarında yürütülen başka bir şiddet araştırmasında %54,8'inin sözel şiddete, %26'sının fiziksel şiddete ve %5,4'ünün cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların %57,5'inin fiziksel, sözlü veya cinsel taciz olmak üzere en az bir şiddet türüne maruz kaldığı; cinsel şiddete uğrayanların %100'ünün kadın olduğu bildirilmiştir. Şiddete maruz kalanların iş doyum düzeylerinin; şiddet görmeyenlerin iş doyum düzeyine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Dursun ve Aytaç, 2021).

2020 yılında yüz yüze görüşme tekniği ile ilçe devlet hastanesinde çalışan tüm sağlık çalışanlarına karşı yapılan bir çalışmada; katılımcıların %77'sinin çalışma süreçleri boyunca herhangi bir şiddet türüne bir kez maruz kaldıkları, kalmayanların oranının ise %23 olduğu belirtilmiştir. Şiddete maruz kalanların %91,5'inin sözel şiddet, %6,4'ün psikolojik şiddet, % 2,1'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Şiddetin çalışanları psikolojik veya fiziksel açıdan etkileme durumu incelendiğinde %66'sının etkilediği %34'ünün etkilenmediği bildirilmiştir (Terkeş ve ark., 2022).

Şiddetten kişilerin nasıl etkilendiği araştırıldığında %53,2'sinin daha dikkatli davrandığı ve kendini korumaya çalıştığı, %29'unun işini artık sevmediğini, %8'inin hastalarla konuşmaya çekindiği, %6,4'ünün korktuğu, %3,4'ünün bölüm değiştirmek istediğini bildirmiştir. Şiddete en fazla maruz kalan meslek gruplarında %65,6'sının hemşire, %28,7'sinin hekim, %3,3'ünün ebe, %2,4'ünün sağlık memuru olduğu bildirilmiştir (Terkeş ve ark., 2022).

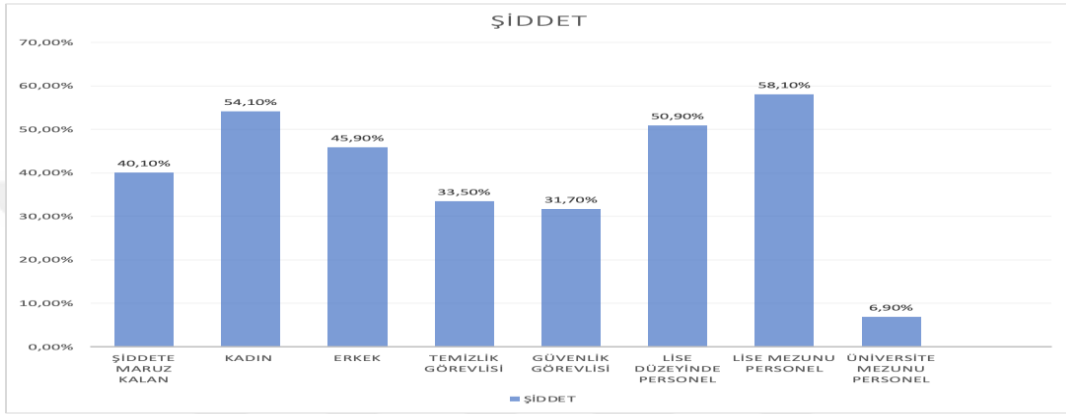
Şiddet uygulayanların alabilecekleri cezayı bilme durumu sorulduğunda %45,1'inin bildiğini, %54,9'unun bilmediği belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının %47,5'inin şiddeti tanıma ve yönetme süreci eğitimi aldığı bildirilmiştir. Artan şiddete yönelik sağlık çalışanlarına nedenleri sorulduğunda kurumdan kaynaklanan nedenler arasında; %54,9 sıklığında medyada sağlık çalışanlarının aleyhine yayın yapılması; %41 sıklığında yetersiz sağlık çalışanı sayısı; %32,8 sıklığında kurumların aşırı kalabalık olması, %16,4 sıklığında kurumun yetersiz donanımı olduğu bildirilmiş olup sağlık çalışanlarına yönelik nedenler olarak; %37,7 sıklığında hasta /hasta yakınının

yetersiz bilgilendirilmesi, %21,3 sıklığında sorulan sorulara cevap verilmemesi, %15,6 sıklığında çalışanların kibar ve güler yüzlü olmaması, %13,9 sıklığında çalışan ilgisizliği, %11,5 sıklığında çalışanın hasta bakımında sırayı takip etmemesi, %10,7 sıklığında çalışanların görevlerini iyi yapmamaları, %9,8 sıklığında sağlık çalışanının görev yerinde olmaması olarak değerlendirilmiştir. Hasta/hasta yakınlarından kaynaklananlar sebepler olarak; %74,6 sıklığında kişilerin sabırsız olmaları, %50,8 sıklığında kişilerin iletişime kapalı olması, %48,4'ünün eğitimsizliği, %44,3'ünün hastane kurallarına uymak istememeleri olarak belirtilmiştir (Terkeş ve ark., 2022).

Sakarya'da özel bir hastanede yapılan bir çalışmada; çalışanların şiddet olaylarına maruz kalmalarının, şiddet görme korkularını artırdığı bildirilmiştir. Erkek sağlık çalışanlarının kadın çalışanlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Hekimlerin hemşirelere göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. 41 yaş ve üzeri kişilerin 18-21 yaş grubuna göre daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Kişilerde mesleki deneyim arttıkça şiddete maruz kalma olasılığının arttığı bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2021).

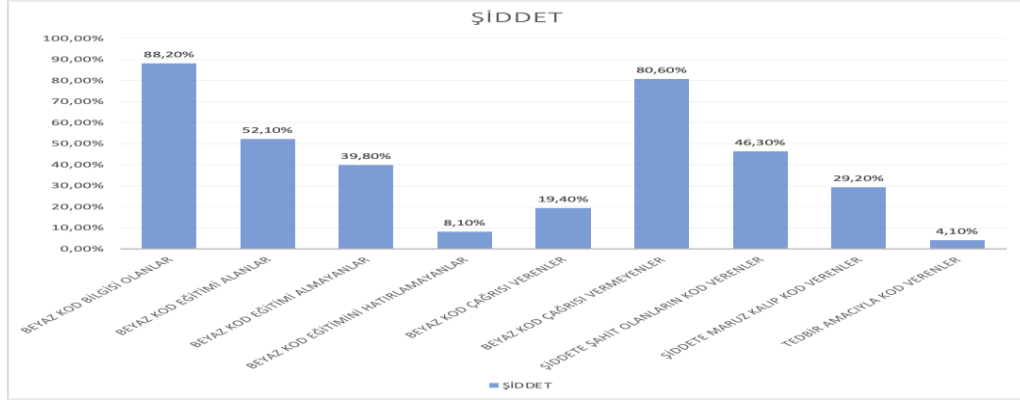
Eğitim ve araştırma hastanesinde temizlik, güvenlik, yemek, sekreterlik gibi hizmet alım personelinin yaşadığı şiddet olayları incelenmiştir. Bu çalışmaya göre çalışanlarda % 40,1'inin şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalanlardan %54,1'inin kadın, % 45,9'unun ise erkek olduğu bildirilmiştir. Şiddete uğrayan personelin hizmet grubu incelendiğinde %33,5 oranında temizlik görevlerinde çalışan personel olduğu, ikinci sırada %31,7 oranında güvenlik görevlilerinin şiddete uğradığı bildirilmiştir. Güvenlik görevlilerinin %90,8'inin, temizlik görevlilerinin %30,7'sinin, veri giriş personelinin ise %40'ının şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Şiddete maruz kalan personelin eğitim durumları incelendiğinde; tüm eğitim gruplarında en yüksek şiddete maruz kalma oranının %50,9 ile lise eğitim seviyesinde olduğu, lise mezunlarının %58,1 oranında, üniversite mezunlarının % 6,9 oranında şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Hizmet personeli arasında eğitim seviyesi arttıkça şiddete maruz kalma oranının ön lisans ve lisans mezunlarında azaldığı bildirilmiştir. Şiddete en çok maruz kalanların çalıştıkları yerler incelendiğinde; %43,7 oranında rotasyona tabi olan personelin, %22,3 ile poliklinik, %19,5 ile servis, %8,4 ile acil servis, %6,0 ile

ameliyathane / yoğun bakımda görevli personelin geldiği bildirilmiştir. Poliklinikte çalışan personelin %48,5'inin şiddete uğradığı ve özellikle sıra bekleme, hekimle görüşme alanlarında görev yapan personelin şiddete daha çok maruz kaldığı bildirilmiştir. Çalışanların %5,4'ünün fiziksel şiddete, %64,3'ünün sözel şiddete, %25,9'unun fiziksel ve sözel şiddete, %4,5'inin psikolojik şiddete maruz kaldığı aktarılmıştır (Kale ve ark., 2020).



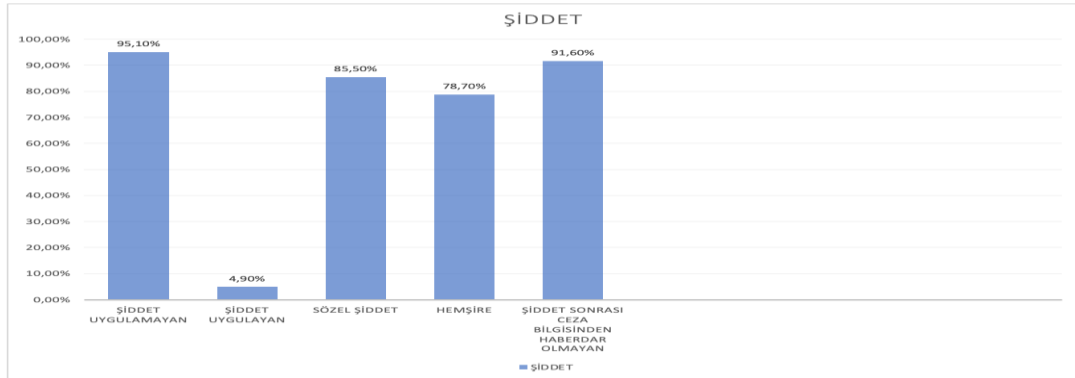
Şekil. 3.34. Türkiye’de Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanı Hizmet Alım Personeli Şiddet Durumu

Sağlık personelinin e-anket ile beyaz kod bilgi düzeyleri incelenmiş olup; çalışanların şiddet karşısında beyaz kod bilgisini bilenlerin sıklığı %88,2 olarak belirtilmiştir. Beyaz Kod ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulduğunda %52,1'inin eğitim aldığı, %39,8'inin eğitim almadığı, %8,1'inin ise hatırlamadığı bildirilmiştir. Çalışanların beyaz kod çağrısı verip vermeme durumu incelendiğinde %80,6'sının vermediği, %19,4'ünün ise verdiği belirtilmiştir. Beyaz kod çağrısı verenlerin %46,3'ünün şiddet olayına şahit olduğu, %29,2'sinin şiddete maruz kaldığı, %4,1'inin tedbir amacıyla kod çağrısı verdiği bildirilmiştir. Çalışanlara beyaz kod uygulamasının şiddette etkili müdahale sistemi olup olmadıkları sorulduğunda; %75,4'ü etkili olduğunu, %20,9'u kararsız olduğunu, %3,8'i ise etkili bulmadığını bildirmişlerdir (Uzuntarla ve ark., 2019).



Şekil. 3.35. Türkiye Sağlık Personelinin Beyaz Kod Durum Raporu

Devlet hastanesinde hasta ve hasta yakınları üzerinde yapılan bir çalışmada; kişilere daha önce sağlık çalışanına şiddet uygulayıp uygulamadığı sorulmuş; kişilerin %95,1'inin şiddet uygulamadığı, %4,9'unun şiddet uyguladığı ve şiddet uygulayanların %85,8'sinin sözel şiddet uyguladığı, şiddet uyguladığı meslek grubunun %78,7'nin hemşire olduğu bildirilmiştir. Şiddet sorası adli süreç ve ceza bilgi durumu sorulduğunda kişilerin %91,6'sının ceza bilgisinden haberdar olmadığı bildirilmiştir. Hasta ve yakınlarının şiddet nedenleri sorulduğunda; medyanın etkisinin %42,2 oranında olduğu, %34,1 oranında yetersiz sağlık çalışanı olması, %20,9 oranında kurumların çok yoğun olması, çalışanların hastalara sıra ile bakmaması %30,3, bilgi eksikliği %24 oranında, çalışanın güler yüzlü ve kibar olmaması %20,9, hasta ve yakınlarının sabırsız davranması %49,5, hasta ve yakınına ait iletişim problemleri %35,2, hasta ve hasta yakınlarının hastane kurallarına uymak istememesi %20,2 oranında bulunmuştur (Terkas ve ark., 2021).



Şekil. 3.36. Türkiye Hasta/Yakını Şiddet Durum Raporu

3.4.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Türkiye

Kişiler yaşadıkları toplumda kendi hayatlarından, kendilerinden ve davranışlarından sorumludur. Yaşamları boyunca kişiler seçmiş oldukları davranışlarının sonuçlarını öngörebilecek hallerde olup her durumda davranışlarının kontrolü kişilerdedir (Sartre, 2009). Bu sorumluluk dahilinde ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılamayacağı gibi (Türk Ceza Kanunu, madde 4) ceza sorumlulukları da şahsidir. (Türk Ceza Kanunu. Madde 20). Cezaların amacı; *“kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir”* (Türk Ceza Kanunu, madde 1). 26/9/2004 tarihli 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda ceza sorumluluğunu kaldıran hükümler mevcuttur. Bunlar; korkutma ve tehditle karşı karşıya kalma durumu (madde 28), yaş küçüklüğü (madde 31), akıl hastası olma (madde 22), sağır ve dilsiz olma (madde 33), irade dışı alkol tüketimi (34. madde) gibi nedenlerdir (Türk Ceza Kanunu).

Şiddet suçlarından olan kasten öldürme (Türk Ceza Kanunu, madde 81), vücut dokunulmazlığına karşı suçlar olan kasten yaralama (Türk Ceza Kanunu, madde 86), neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama (Türk Ceza Kanunu, madde 87), cinsel dokunulmazlığa karşı suçlardan olan cinsel saldırı (Türk Ceza Kanunu, madde 102), tehdit (Türk Ceza Kanunu, madde 106), şeref ve onuruna karşı suçlardan olan hakaret (Türk Ceza Kanunu, madde 125), görevi yaptırmamak için direnme (Türk Ceza Kanunu, madde 265) suçlarını işleyen fail için ceza süreci, kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenmesi sebebi ile oluşursa Türk Ceza Kanunu’ndaki cezalar daha da ağırlaşmaktadır. Sağlık çalışanlarına karşı kamu görevinden dolayı bir suç işlenmesi 2020 yılına kadar kamu görevlisine karşı suçlar kapsamında değerlendirilip ceza uygulaması yapılırken 15/4/2020 tarihinde 1987 kabul tarihli olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 12. maddesine farklı tarihlerde fıkralar eklenerek sağlık çalışanlarına görevleri başında işlenen suçlar olarak detaylandırılmıştır. Bu kanunla cezaların daha da artırılması sağlanmış, tüm sağlık birimlerinde çalışan sağlık çalışanı mensuplarını hukuksal açıdan koruma altına alınmıştır. Bu şekilde sağlık çalışanına şiddetin önlenmesi hedeflenmiştir.

Suç karşısında kamu görevlisinin suçu bildirmemesi 26/9/2004 tarihli 5237 sayılı “Türk Ceza Kanunu” madde 279’ a göre *“kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”* hükmü yer almaktadır. Bu hükümle sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçların bildirimi zorunlu tutulmaktadır (Türk Ceza Kanunu).

Sağlık çalışanına şiddetle baş etmek için birçok yönetim organı bir araya gelip, ele ele mücadele vermişlerdir. Bu mücadele; sağlık çalışanlarına şiddet ile baş etme stratejilerinde meclis araştırma komisyonu, içişleri bakanlığı, sağlık bakanlığı, adalet bakanlığı, meslek örgütleri, topluluk üyelerinin ve derneklerin hep birlikte çalışmaları ile olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanına şiddet, tek başına mücadele edilemeyecek kadar toplumsal bir yara halini almıştır. Bu şartlar altında şiddetle baş etme mücadelesi kronolojik sırasıyla şu şekilde gelişmektedir;

13.01.1960 tarihli 4/12578 nolu “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” madde 38’ e göre *“tabip ve dış tabibi, meslektaşlarını zemmedemeyeceği gibi onları küçük düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamaz. Tabip ve dış tabibi, herhangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını korur.”* Bu maddeyle sağlık hizmet sektörünün içinde bulunan sağlık ekip üyelerinin önce birbirlerini sonra herhangi birinden gelebilecek şiddete karşı birbirlerini korumakla mükellef kılınmaktadır (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi).

01.08.1998’de kabul edilen Hasta Hakları Yönetmeliği’de, hasta ve yakınlarına personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmama (madde 42) uyarısı vardır. Bulunduğu takdirde, hastaya- yakınına uygulanacak yaptırımlardan bahsetmemektedir. Bu yönetmelikle öncelik hasta hakları olarak belirlenip çalışan haklarıyla dengeli bir şekilde toplumsal hafıza oluşturulamadığı görülmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği).

07.10.2004 tarihli Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik ile kurum veya kuruluş bünyesinde özel güvenlik birimi kurularak veya özel güvenlik şirketlerinden hizmet satın alınmak suretiyle (madde 7) güvenlik hizmetlerinin sağlanabilmesine olanak sağlanmıştır (Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik). Bu yönetmelikten sonra Sağlık Bakanlığı Savunma Sekreterliği 28.01.2005'te sağlık kurum ve kuruluşlarının özel güvenliğe ihtiyacı bulunup bulunmadığının tespitinin yapılmasını, var ise nasıl yürütüleceği hususları belirtilmek suretiyle ilgili valiliğe müracaat edilerek gerekli iznin alınması gerektiğini belirtir belge yayınlamıştır (Sağlık Bakanlığı Özel Güvenlik Hizmetleri Genelgesi). Bu yönetmelik sağlık hizmet sektörünün güvenliği açısından önemli bir adım olmaktadır.

29 Nisan 2009'da Sağlık Bakanlığından, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayınlanmıştır. Bu tebliğe göre; çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması (madde 6), sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi (madde 14),) çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için tedbirler alınmasını, şikâyetlerin değerlendirilmesini ve bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulması gerektiğini belirtmektedir (madde 18). Aynı tebliğde sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukukî yardım yapılması da belirtilmektedir (madde 54) (Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ).

Sağlık Bakanlığı 20.05.2010'da sağlık hizmeti kalitesini artırmak için Halkla İlişkiler Personeli ve Tıbbi Sekreter İstihdamı Genelge' si yayınlamıştır. Bu genelge de artan şiddet olaylarına dikkat çekilmiş ve alınacak personelin nitelikleri detaylandırılmıştır. Hizmet sunacak personelin güler yüzlü, hasta ve hasta yakını psikolojisine uygun davranabilecek, bu alanda eğitim görmüş bireylerden seçilmesi

gerektiği bildirilmiştir. Bu genelge ile iletişim kaynaklı şiddetin eğitimli personelle önüne geçilmeye çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halkla İlişkiler Personeli ve Tıbbi Sekreter İstihdamı).

2005 yılından itibaren şiddet olay sayısı ve fiziki yaralanmaların artışı yanında çalıştığı ortamda öldürülmüş sağlık çalışanlarının olması sağlık ortamındaki Çalışan Sağlığı ve Güvenliği sorununu açıkça ortaya koymaktadır. 06 Nisan 2011’de Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı, hasta ve çalışan güvenliği açısından sağlık hizmeti sunumunda bireylerin zarar görmesine yol açabilecek her türlü önlemlerin alınmasına yönelik faaliyetleri içermektedir. Bu yönetmelikte çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik gerekli tedbirlerin alınıp düzenleme yapılmasının gerektiği ifade edilir (madde 7). Beyaz Kod uygulamasının yapılması, güvenlik raporlama sisteminin kurulması, çalışan güvenliği komitesi kurulması (madde 8) talimatlarını içermektedir (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik).

2 Kasım 2011’de Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapma görevi (madde 8) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görevleri arasına verilmiştir. Aynı maddede sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulamasını sağlamak görevi de verilmiştir (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname).

26.04.2012’ de İçişleri Bakanlığı, Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi yayınlamıştır. Bu genelge ile sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarının can ve mal güvenliğinin sağlanması için adli olaylara hemen müdahale olunması gerektiği belirtilmiştir. Buna göre; sağlık çalışanlarına yönelebilecek olumsuz tavır, davranış ve fiillere ortam hazırlanmasına ve bu eylemlerin fiili saldırıya dönüşmesine kesinlikle izin verilmeyeceği belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarına karşı; yaralama, (TCK madde 86-87, tehdit madde 106, hakaret madde 125) fiillerinin işlenmesi halinde mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın Cumhuriyet Savcısına bilgi verilerek işlemlere başlanması gerektiği talimatı verilmektedir (İç İşleri Bakanlığı,

Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi). Bu genelge ile, İçişleri Bakanlığı sağlık çalışanlarına şiddetle mücadeledeki yerini almıştır.

28.04.2012’ de sağlık personeline şiddet sonrası hukuki yardımın usullerini açıklayan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik çıkmıştır. Bu yönetmelikte hukuki yardım talebinde bulunulmaması, ilgili personelin sanık durumunda olmaması şartıyla ancak mağdur durumda olması hallerinde yardım yapılabileceği şartları konulmuştur (madde 5). Bakanlık, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen fiillerin bildiriminin yapılması ve kayıtlarının tutulması, bununla ilgili bir sistem kurulması ve bu bilgilerin adli olay olarak takibinin yapılması hususlarının bakanlık uhdesinde gerçekleştirileceğini belirtir (madde 7). Her şiddet olayının atlanılmadan takibini yapmak Sağlık Bakanlığı’nın denetimine verilmektedir (Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik).

2 Ocak 2014’ de sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 4/12/2004 tarihli 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardan sayılmıştır (Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun).

27 Haziran 2015 tarihinde Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik ile çalışan güvenliğini de içinde barındıran sağlıkta kalite standartlarının oluşturulmasını düzenleyen yönetmelik yürürlüğe girmiştir (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik).

Son yıllarda yıllık başvuru sayısının ortalama 10.000 kişiyi geçen bu durumda ortalama olarak her gün 30 sağlık çalışanının şiddete uğradığını ve bunun bildirildiğini gösteren beyaz kod uygulamasına (Oğan ve Sercan, 2019) 16.03.2016’da Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi çıkarılarak geçilmiştir. Bu genelge beyaz kod ile ilgili bilgilere tekrardan yer verip, şiddet suçlarının şikayete

bağlı olmaksızın soruşturma açılması, yöneticiler tarafından raporlanması, şiddet karşısında müdahale ekibinin olay yerine en kısa zamanda intikal etmesini sağlayacak 1111 beyaz kod çağrı sistemi kurulması, özel sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin de kamu personeline karşı işlenen suçlar kapsamında değerlendirilmesi, her ilde il sağlık müdürlüklerinde beyaz kod koordinatörlüğü kurulması, hukuki yardımda bulunan personelden hiçbir ücret talep edilmemesi talimatlarını içermektedir (Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği, Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması).

20.2.2018 tarihinde 2009 Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ' in 10. maddesine ekleme yapılmıştır. Güvenlik tedbirleri için, acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimleri tarafından gerekli önlemlerin alınması zorunlu hale getirilmiştir. Bu zorunluluk acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtasıyla ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteğiyle sağlanır ibaresiyle güvenlik önlemlerinin artırılması sağlanmıştır. (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ).

15 Nisan 2020 'de kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 26/9/2004 tarihli 5237 sayılı "Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında; cezalar yarı oranında artırılmış, hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmayacağı belirtilmiş, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 26/9/2004 tarihli 5237 sayılı "Türk Ceza Kanunu'nun uygulanmasında kamu görevlisi sayılmıştır. Şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilerek şiddet sonrası görevden çekilme hakkı da tanınmıştır (Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun).

12.05.2022’de kabul edilen 7406 nolu Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun madde 1’e göre *“Ancak failin duruşmadaki mahkemeyi etkilemeye yönelik şekli tutum ve davranışları, takdiri indirim nedeni olarak dikkate alınmaz.”*

7406 nolu Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun madde 9 j Fıkrası’na göre *“Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu”* Türk Ceza Kanunu Madde Madde 100. maddesinin 3.fıkrasında yer almıştır. Buna göre maddenin 1. Fıkrasına göre *“Kuvvetli suç şüphesinin varlığını gösteren somut delillerin ve bir tutuklama nedeninin bulunması halinde, şüpheli veya sanık hakkında tutuklama kararı verilebilir. İşin önemi, verilmesi beklenen ceza veya güvenlik tedbiri ile ölçülü olmaması halinde, tutuklama kararı verilemez.”* hükmü olup aynı maddenin 3. Fıkrasına göre *“...suçların işlendiği hususunda somut delillere dayanan kuvvetli şüphe sebeplerinin varlığı halinde, tutuklama nedeni var sayılabilir.”* (5271, Ceza Muhakemesi Kanunu, 7406 Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Erişim Tarihi: 13.12.2022).

Türk Ceza Kanunu’nu madde 86 kasten yaralamanın cezası *“Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”*

Madde 106’ya göre; *“Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik birsaldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu suçun kadına karşı işlenmesi hâlinde cezanın alt sınırı dokuz aydan az olamaz.”*

Madde 125’e göre; *“Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden (...)*

(1) veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilat ederek işlenmesi gerekir.

(2) Fiilin, mağduru muhatap alan sesli, yazılı veya görüntülü bir iletiyle işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkra da belirtilen cezaya hükmolunur.

(3) Hakaret suçunun;

a) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı,

b) Dini, siyasi, sosyal, felsefi inanç, düşünce ve kanaatlerini açıklamasından, değiştirmesinden, yaymaya çalışmasından, mensup olduğu dinin emir ve yasaklarına uygun davranmasından dolayı,

c) Kişinin mensup bulunduğu dine göre kutsal sayılan değerlerden bahisle, İşlenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

(4) (Değişik: 29/6/2005 – 5377/15 md.) Hakaretin alenen işlenmesi halinde ceza altıda biri oranında artırılır.

(5) (Değişik: 29/6/2005 – 5377/15 md.) Kurul hâlinde çalışan kamu görevlilerine görevlerinden dolayı hakaret edilmesi hâlinde suç, kurulu oluşturan üyelere karşı işlenmiş sayılır. Ancak, bu durumda zincirleme suça ilişkin madde hükümleri uygulanır.”

Madde 265’e göre; “Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun yargı görevi yapan kişilere karşı işlenmesi halinde, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Suçun, kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte biri oranında artırılır.

(4) Suçun, silahla ya da var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Bu suçun işlenmesi sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış hallerinin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

Madde 81'e göre Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 84'e göre; Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 102'ye göre; Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile

cezalandırılır. Cinsel davranışın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir.”

Madde 31’e göre *“Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.”*

Madde32’ye göre; *“Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.”* (Türk Ceza Kanunu,2004).

Sağlık çalışanına şiddetle baş etmede çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarma amacını hedefleyen Sağlık Bakanlığı; sağlık hizmetlerinin her alanında 2005-2007-2009-2011 ve günümüze kadar sağlıkta kalite standartlarını güncelleyerek Sağlıkta Kalite Standartları Rehberleri oluşturmaktadır. Mevzuat haricinde sosyal içerikli kampanyalarla da toplumsal hafızada şiddetle baş etme, önleme yollarına gidilmiştir. Sevgi en iyi ilaçtır kampanyası düzenlenmiş, emeğe saygı şiddete sıfır tolerans sempozyumu, hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları yapılmış, Türkiye Büyük Millet Meclisi sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyon raporu (2013) oluşturulmuş, sağlık çalışanına şiddete hayır kamu spotları oluşturulmuş, sendikaların-akademisyenlerin şiddet rapor verileri yayınlanmış, ayrıca Türk Tabipleri Birliği web sitesinde şiddetle baş etme amacıyla şiddet çalışma grubu oluşturulmuştur. Tabip odaları, sağlık çalışanlarının görevleriyle ilgili maruz kaldıkları şiddetin bildirimini yapması amacıyla Sağlık Bakanlığı’nın sayfasından bağımsız alo şiddet hattı oluşturmuş ve bildirim yapılabilmesi için çevrimiçi şiddet bildirim formu oluşturulmuş, ayrıca şiddet sonrası hukuki bilgilendirme ve destek platformu oluşturulmuştur (Türk Tabipleri Birliği. Şiddetle Karşılaşan Hekimin Hukuki Açından Yapması Gerekenler, Erişim Tarihi: 01.12.2020).

Çalışanlar şiddet bildirimlerini 1111 beyaz kod ile hastane içinde, 7-24 hizmet veren 183 nolu telefonu arayarak ya da Sağlık Bakanlığı'nın web adresi aracılığıyla raporlayabilmektedirler. Sağlık çalışanına şiddetle baş etmede hukuksal düzenlemeler yapılmaya başlanmış olmasına rağmen, cezalar caydırıcı olamamaktadır. Bununla ilgili çalışmalar yaptırımlar sürekli olarak güncellenmektedir.

2022 yılında yürürlüğe giren Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem Ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'e göre sağlık çalışanının sağlık mesleğinin icrası kapsamındaki durumlarda soruşturma izni verilip verilmemesine karar verilmesi için kurul oluşturma kararı alınmıştır (Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik).

3.4.2. Fransa

3.4.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Fransa 0,903 değeri ile çok yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 28. sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 14,6 değer artışı olmuştur (Human Development Index, France, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 82,224, 2019 yılı için 82,7'dir (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 5,9 yıl artmıştır (Human Development Index, France, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 4,16 iken bu hız 2019 yılı için 4,35'tir (Ek 1).

Fransa’da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 15,422 yıl iken 2021 yılında bu veri 15,8 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 11,510 yıl, 2021 yılı için 11,6 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 4,3 yıl ve beklenen öğrenim süresi 1,5 yıl artmıştır (Human Development Index, France, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Fransa’da eğitim sistemi ilköğretim, ortaöğretim ve yükseköğretimden oluşan üç aşamadan oluşmaktadır. Ülkede anaokulu öğretimi 3 yaşından itibaren başlayıp anasınıfı öncesi okullarda bulunmaktadır. Bu okullara kayıt zorunlu olmayıp zorunlu eğitim yaşı 6’dır (Fulbright France, Understanding the French Education System, erişim Tarihi:01.09.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 682.883, 2019 yılı için 767.446’dır. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 106, 2019 yılı için 117,8’dir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 206.710, 2019 yılı için 213.201’dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 32,07; 2019 yılı için 32,74’tür (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı verisine ulaşamamıştır. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 61,3, 2018 yılı için 59,1’dir (Ek 1).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 93, 2020 yılı için 93 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 117,7 iken 2022 verileri 119,8 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,84’tir (Ek 1).

Fransa’da gençler arasında 2020 yılından itibaren artan intihar sıklıklarıyla mücadele etmeye çalıştığı bildirilmiştir. Aşırı intihar sıklıkları ile sağlık hizmetlerinde intihara bağlı yoğunluk olduğu bildirilmiştir (Increasing Suicide Rates Among French Young People Worry Health Professionals, Pascale Santi, 2022, Erişim Tarihi: 01.09.2022).

Fransa’da 100.000 kişi başına ölüm sıklığının %14,1 olduğu, erkeklerin kadınlara göre 3,7 kat fazla intihar ettiği, her gün 685 intihar edildiği, günlük intihara bağlı ölümlerin 25 olduğu, en fazla 45-54 yaş grubundakilerin intihar ettiği, 75 yaşında intiharlarda yaşlı intiharların fazla olduğu da bildirilmiştir (Union Nationale Prévention Suicide, Observatoire National du Suicide, 4ème rapport, Juin 2020; erişim Tarihi: 01.09.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 11,87 litre, 2019 yılı içinde 11,44 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 38,8 artmış olup (Human Development Index, France, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 44, 453 USD, 2021 yılı için 45,937 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$), 2015 yılı için 3041 USD, 2019 yılı için ise 3383 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülkede 2016 yılında kamu sağlık harcamalarının toplum sağlık harcamalarının %79’unu oluşturduğu bildirilmiştir. Kişilerin isteğe bağlı sağlık harcamaları %13 ve cepten yapılan ödemelerin %8 olduğu belirtilmiştir. Sağlık sisteminin göstergesi olan önlenebilir ölümlerde ülke OECD ülkeleri arasında 1. sırada yer aldığı bildirilmiştir. Ülke halkı temel sağlık hizmetlerine ve hastanelere kolay erişim sağlayabilmektedir. Ülkedeki sağlık merkezleri hastaneleri hastalardan devletin belirlediği kadar ücret almaktadır (The French Health Care System, Rodwin, Erişim Tarihi:01.09.20229).

Satın alma gücü paritesi ülkede 2015 yılı için 2,43 iken 2022 yılı için 2,28 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 1,895 değer ile 65. sıralamada yer almaktadır Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 1,816 değer ile ülke dünya genelinde 49. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

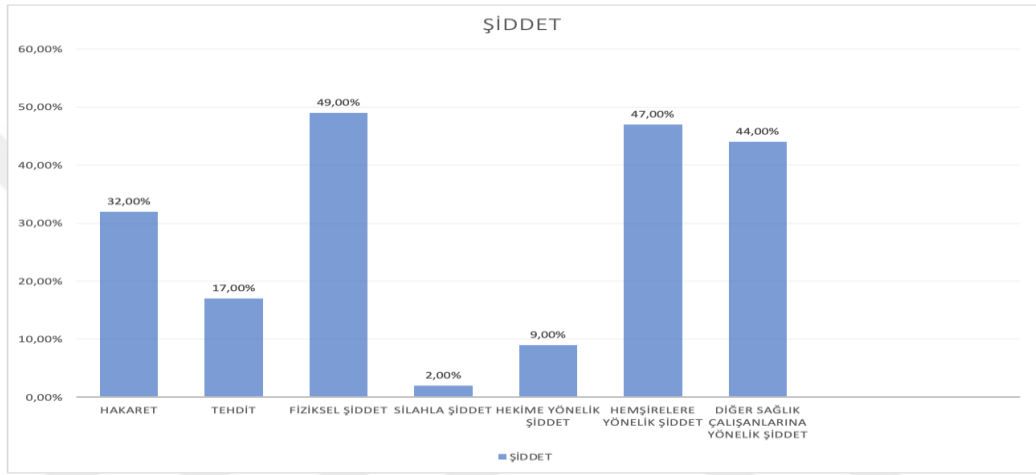
Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 1,6 iken 2018 yılı için 1,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkede kişilerarası şiddet için şiddet ve yaralanmayı önleme düzenlemesi ile ilgili veriye ulaşılamamıştır.

3.4.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

ONVS (Ulusal Sağlık Ortamında Şiddet Gözlemevi) yıl içerisinde birime gelen şikayetleri raporlaştırmaktadır. Bu rapora göre; 2018 yılı içerisinde 426 kurumun bildirdiği raporda gerçekleşen şiddetin %7,35'i (23.360 olay) kişiye ve mala karşı işlenmiş, aynı suçun 2017 yılı içerisindeki verisi; 446 kurumun bildirdiği raporda gerçekleşen şiddetin %7,71 (22.048 olay) olduğu bildirilmiştir. 924 halk sağlığı biriminden 316'sı 20.862 (%34,19 oranında) rapor bildirmiş, 1533 kamu hastanesinin 57'sinden 2147 (%3,71 oranında), 1314 özel hastanenin 53'ünden 351 (%4,03) rapor bildirilmiştir. Raporlanan olaylarda kişilere ve mülklere yönelik saldırılarda 25.414 saldırıdan 20.330'u kişiye; 5084'ü mülke saldırı şeklinde gerçekleşmiştir. Kişisel yaralama raporlarında 6586 hakaret (%32); 3453 fiziksel bütünlüğe yönelik tehdit (%17); 9937 fiziksel şiddet (%49), 354 silahla şiddet (%2) bildirilmiştir. Şiddet raporlarında, hekimlere 2341 şiddet (%9), hemşirelere 12.120 şiddet (%47), hastanenin diğer çalışanlarına 11.238 (%44) şiddet yapıldığı bildirilmiştir. Hekim ve hemşirelerde cinsiyetlerde şiddet oranları incelenmiş; erkek hekimlere uygulanan şiddet vakasının %55 sıklığında 1295 saldırı, kadın hekimlere uygulanan şiddet vakasının %45 sıklığında 2341 saldırı, erkek hemşirelere uygulanan şiddet vakasının

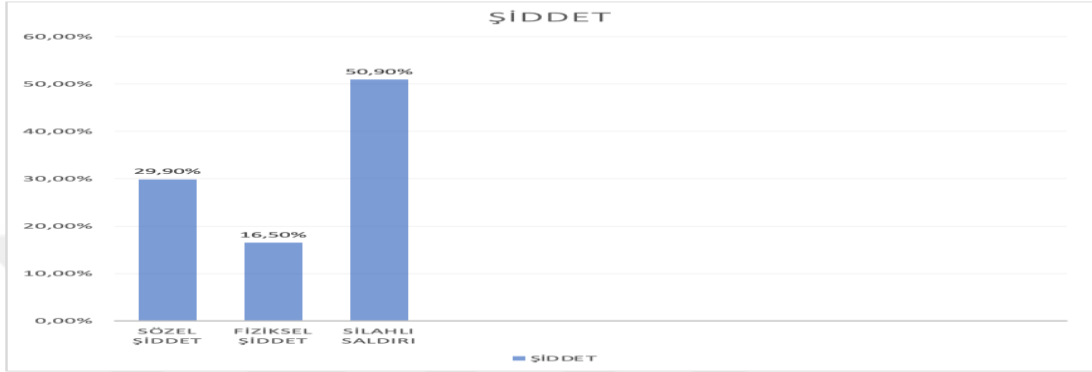
%22 sıklığında 2266 saldırı, kadın hemşirelere uygulanan şiddet vakası %78 sıklığında 12.120 saldırı, hastanenin diğer erkek personeline uygulanan şiddet vakasının %19 sıklığında 2040, diğer kadın personele %81 sıklığında 11.238 şiddet vakası bildirilmiştir. Şiddete uğrayan hekimlerin sıklığı %9, hemşirelerin %44, hemşire yardımcılarının %47 olarak bildirilmiştir (République Française Ministère et de la Santé, Rapport 2019 Données 2018, Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Erişim Tarihi: 15.11.2021).



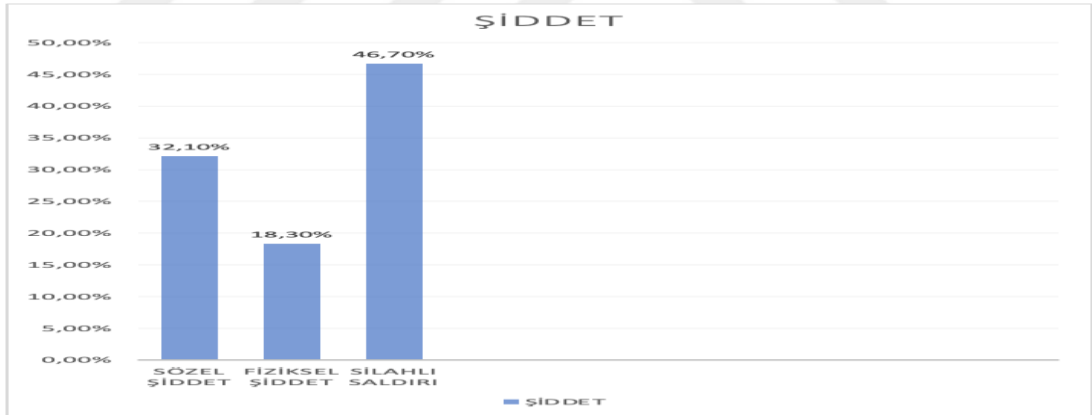
Şekil. 3.37. Fransa 2018 Yılı ONVS Şiddet Raporu

Sağlık hizmeti verilen birimlerde kişilere ve mülke karşı saldırıları önleme ve mücadele kapsamında sağlık-güvenlik-adalet iş birliği çerçevesinde düzenlemeler yapılmıştır. Şiddet anında şiddet bildirim için acil durum hatları bulunmaktadır. 2020 yılında kişilere ve mülke yönelik 21.623 saldırı gerçekleştiği belirtilmiş olup saldırıların 17.598'i kişiye karşı saldırı ve 4025'inin mülke karşı saldırı olduğu belirtilmiştir. 2021 yılında kişilere ve mülke karşı 21.600 saldırı gerçekleştiği belirtilmiş olup bu saldırıların 17.756'sının kişiye karşı, 3844'ünün mülke karşı işlendiği belirtilmiştir. 2020 yılında kişilere yönelik saldırıda; sözel şiddetin %29,9'unu kapsayarak 5262 olay, fiziksel şiddetin %16,5'ini kapsayarak 2896 olay ve silahla saldırının %50,9'unu kapsayarak 8960 saldırı gerçekleştiği belirtilmiştir. 2021 yılında kişilere yönelik saldırıda; sözel şiddet için %32,1 sıklığında 5695 olay, fiziksel şiddet için %18,3 sıklığında 3250 şiddet olayı, silahla saldırıda %46,7 sıklığında 8288 olay yaşandığı belirtilmiştir. 2020 ve 2021 yılları arasında şiddet bildirim sıklığında

düşüş olduğu belirtilmiş olup bu düşüşü sokağa çıkma yasakları ile hastane giriş çıkışlarını kontrol altında tutmaya yönelik salgın önlemleri olduğu belirtilmiştir, 2020 ve 2021 yılları için şiddetin en çok bildirildiği birim psikiyatri servisleri olduğu belirtilmiştir (Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Rapport 2022 Données 2020 et 2021).



Şekil. 3.38. Fransa 2020 Yılı ONVS Şiddet Raporu (Gerçekleşen Şiddetin Dağılımı)



Şekil 3.39. Fransa 2021 Yılı ONVS Şiddet Raporu (Gerçekleşen Şiddetin Dağılımı)

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bir başka şiddet nedeni olarak hastaların patolojilerine bağlı olan alzheimer, şizofreni gibi hasta grubunun olduğu istem dışı yapılan şiddet türü olduğu belirtilmiştir. Ceza hukukuna göre bu şiddet türünü ONVS kasıtlı şiddet olarak değerlendirmektedir. Tıbbi olarak istem dışı (TPN) olarak geçen bu şiddet türüne bağlı saldırıların kişilere yönelik saldırılarda %20 sıklığında, mülke karşı %2 olduğu bildirilmiştir. En çok şiddet bildirimi yapılan yerlerin % 18 psikiyatri,

%15 acil servisler olmak üzere; % 1 den daha az bildirim yapılan birimlerin; mediko-psikolojik merkezler, ameliyathane, teknik servisler, laboratuvar, morg, adli tıp birimleri olduğu bildirilmiştir. Psikiyatri servisinde toplam şiddet raporunun 4229 olduğu bunların kişilere karşı yapılan raporun 3931, mülklere karşı 874 olduğu bildirilmiştir. Acil serviste bildirilen raporlamanın 3614 olduğu bunların 3450 tanesinin insanlara karşı 513 tanesinin ise mülke karşı işlendiği belirtilmiştir. Kurumlardan kaynaklanan şiddet nedenleri hasta ve yakınlarıyla olan iletişimden kaynaklı sorunlar, hizmetlerden kaynaklı sorunlar, binaların yerleşimi ve mimarisi ile ilgili problemler, personel kaynaklı, bakım koordinasyonundan kaynaklı sorunlar, hasta kabulü ve yönetiminden kaynaklı sorunlar olduğu bildirilmiştir. Şiddet bildirimlerinin özellikle psikiyatri, geriatri, danışma alanlarında olduğu bildirilmiştir (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.2022).

3.4.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Fransa

Fransa Kamu Hizmetleri Bakanlığı 2017 yılında şiddet ve taciz durumları ile başa çıkma rehberi yayınlamıştır. Kamu memurlarının şiddeti önleme, yönetim, kendini koruma, destek çağırma, şiddet cezaları hakkında bilgi sahibi olup şiddet riskini azaltma amacıyla çalışanlara sunulmuştur. Bu kılavuzda kamuya bağlı sektörde çalışanların özelde çalışanlara göre %24 oranında daha sık şiddete uğradıkları belirtilmiştir. Görevleri gereği zor durumdaki insanlara yardım eden ve onları sakinleştirmeye çalışan kamu görevlilerinin özel sektörden daha fazla duygusal taleplere maruz kaldığı, %43'ünün halkla ilişkilerde gerilimler yaşamakta olduğu, %5'inin halk tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete uğradığı belirtilmiştir. Hastanede çalışan kadın memurların diğer kamu alanlarında çalışanlara göre psikolojik olarak daha fazla yıpratıcı mesleğe sahip ve daha risk altında oldukları belirtilmiştir (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.2022).

Fransa Ceza Kanunu madde 40'a göre kamu görevlileri görevlerini yerine getirirken öğrendikleri suçları Cumhuriyet Savcısına bildirmekle yükümlüdür. Görevi sebebiyle amirler çalışanlarını korumakla yükümlüdür. İş Kanunu madde L.1152-1, Ceza Kanunu Madde 222-33-2 de tanımlanan kişiye onur kırıcı davranışlar sergileme suçunun cezası 2 yıl hapis ve 30.000 avro (30.061,50 USD) para cezasıdır. Ceza kanunu madde 222-33'e göre cinsel taciz suçu 2 yıl hapis ve 30000 avro para cezasıdır. Ağırlaştırıcı sebeplerde 3 yıl hapis 45.000 avro para cezasına çarptırılır. Ceza kanunu R.621-2'ye göre hakaret suçunun cezası para cezasıdır. Hakaret suçu kişiye kamu görevi dolayısıyla yapılıyorsa Ceza Kanunu 433-5'e göre 7500 avro para cezasına çarptırılır. Ceza Kanunu 227-4'e göre fiziksel şiddet; kişide yaralanma olmaması halinde para cezası, kişinin 3 aydan fazla iş göremezlik rapor alması durumunda 2 yıl hapis ve 30.000 avro para cezası, kalıcı sakatlığa yol açması durumunda on yıl hapis 150.000 avro para cezası, ölümle sonuçlanırsa on beş yıl hapis cezası verilmektedir. Ceza Kanunu madde 222-23'e göre kişiye tecavüz suçu onbeş yıl hapis, madde 222-23'e göre ağırlaştırıcı sebepler varsa yirmi yıl, madde 222-26'ya göre işkence ile yapıldıysa cezası müebbet hapistir. 1983 devlet memurları kanunu madde 11'e göre çalışan şiddet eylemlerine karşı korunması gerektiği aksi takdirde zararın tanzim edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu şartlar altında devlet çalışanını olabilecek zarardan önleme yükümlülüğü vardır. Ceza mahkemeleri tarafından başlatılan mahkemeler için yardım etme yükümlülüğü vardır. Memur uğradığı zarardan ötürü kurumdan tazminat hakkı talep edebilir. İş kanunu Madde R.4121-1'e göre işveren işçilerin sağlık ve güvenliğine yönelik risk değerlendirilmesini yamakla mükellef kılınmaktadır. Risk değerlendirilmesinde koruyucu önlemler alma, risk değerlendirilmesi oluşturmalıdır. Madde R.4121-2'ye göre işveren, işçilerin güvenliğini sağlamak, beden ve ruh sağlığını korumak için gerekli önlemleri almakta zorunlu kılınmıştır. Korumaya yönelik mesleki riskleri ve zorlulukları önlemeye yönelik eylemler, bilgilendirme ve eğitim faaliyetleri, organizasyon oluşturulması gerekmektedir. Şiddet ile karşı karşıya kalındığında doğru adımlar atabilmek, pasif kalmamak önemli bir kriter olup kiminle iletişime geçileceğine bilmek önemlidir. Şiddet sonrasında İdari personelin personeli koruma yükümlülüğü ve suçu bildirme yükümlülüğü açısından idare personeline gidilebileceğini, raporlamanın engellendiği durumlarda üst düzey yöneticilere bildirilmesi gerektiği, iş sağlığı ve güvenliği

kayıtlarının tutulması gerektiği bildirilmektedir. Fiziksel şiddet durumlarında mağdur kişi tazminat hakkı açısından bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bazı kurumlarda şiddet olaylarını bildirmesi için birimler bulunmaktadır. Şiddet sonrası adli acil servislerde muayene olunması gerektiği belirtilmektedir. Kişi uğradığı şiddetten dolayı polise kanıtlarıyla beraber şikâyetle bulunabileceği belirtilmektedir. Mağdurlar olayı iş kazası olarak bildirim yaptırmalıdır. İş kazası olarak kayıt açtırabilmesi için, hizmet süresi içerisinde değerlendirildiğinden işe gelme esnasında, iş yerinde ve kamu görevlisinin görevini ifa ederken gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Kişilerin korunmasını sağlanmasında; yönetim, insan kaynakları birimi, sendikalar, dinleme üniteleri, kişilere verilen kayıt oluşturabilen CHSCT, mağdur destek birimleri, iş yeri hekimleri, yargının olduğu bildirilmektedir. Şiddet olayını hastanelerde idareciler Ulusal Sağlık Ortamında Şiddet Gözlemevi'ne (ONSV) raporla bildirmek zorundadır. Devlet memurları Madde 6'ya göre çalışan onurunu zedeleyecek, fiziksel ve zihinsel sağlıklarını, mesleki kariyerini tehlikeye atacak çalışma koşullarına maruz bırakılamaz (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.20229).

Cinsel şiddet olaylarının bildirilebilmesi açısından Savunma Bakanlığı 2014 yılında Thémis birimleri oluşturmuştur. Bu birim suçluların uygun şekilde cezalandırılması sağlamakla görevlidir. Bu birimlere telefonla, mail ya da posta yoluyla ulaşılabilir. Birim cinsel şiddetle mücadele kapsamında çevrimiçi bilgiler oluşturmuş, posterler kullanmış, çalışanlara maaş bodrosu ile thémis broşürleri dağıtmıştır. Şiddet ve ayrımcılığı önleme açısından STOP DISCRI uygulaması oluşturulmuştur. Bu uygulamada şiddet veya ayrımcılık durumlarını belgeleyebilecekleri jandarma ihbar formları bulunmaktadır. Bu formlar mail, posta, telefonla gönderimi sağlanabilmektedir. Bildirilen olaylar doğrudan Jandarma Genel Müfettişliğine aktarılmaktadır. Bu birimler tanık koruma gizliliğinde çalışmaktadırlar. 2012 yılında İş Sağlığı ve Sosyal Departman (SAST) tarafından kurulan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hekim, avukattan oluşan Gers bölümleri mevcuttur. Cinsel şiddet ve tacizlerde, çalışan sağlığına yönelik durumlarda hizmet vermektedir. 2013 yılında Haute-Normandie Bölgesi Sağlık Birimi (ARS) kurulmuştur. Bu birim sağlık

birimlerinde şiddet risk analizi yapıp bu duruma uygun önlemlerin alınmasında yardımcı olmaktadır. 2006 yılında polis/adalet/hastane birliği uygulaması konulmuştur. Marsilya Kamu hastanesi, 2013 şehir politikalarına göre hastane şehrin dışına ama güvenliğin tam sağlanabileceği yere taşınmıştır. Bu hastanede polisin devamlı devriyede olması, hastanelerde şiddeti önleme amacıyla otoparklarda aydınlatma, güvenlik ekipmanları, acil servislerde 24 saat güvenlik hizmet, şiddet bildirimlerinin yapılabileceği telefon hatları, saldırganlık yönetim eğitimi, hasta dışında belediyeler tarafından devamlı kayıt alan video gözetim ağı, resepsiyon, acil servis bekleme alanlarının iyileştirilmesi, kişilerin bekleme sürelerini gösteren panolar konulmuştur. Bu şartlar altında %50 oranında şiddetin azaldığı bildirilmiştir. Drome bölümleri mevcuttur. Bu bölümler şiddet karşısında ne yapılması gerektiğini belirten pratik kılavuzlar oluşturmaktadır. Önleyici tedbirler açısından çalışmaktadırlar. Ulusal Sağlık Gözlemevi (ONVS) tüm şiddet bildirimlerinin yapılması için çalışır. Bu birim hastane ortamındaki şiddetin azalması için çalışma koşullarının iyileştirilmesi adına belgeler yayınlamaktadır. (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.2022).

Fransa Ceza Kanunu 433-3. maddeye göre kamu personellerinden sağlık çalışanını tehdit veya mala karşı işlenen suçlarda suçlunun cezası 3 yıl hapis ve 45.000 avro para cezası ile cezalandırılmaktayken ölüm tehdidi söz konusu olduğunda suçlunun cezası 5 yıl hapis ve 75.00 avro para cezası olarak belirtilmektedir (Code pénal Replier Partie législative (Articles 111-1 à 727-3), Article 433-3, Erişim Tarihi: 28.12.2022).

Ceza Kanunu 222-13 4. fıkrasına göre kamu personellerinden sağlık çalışanlarına karşı şiddet sonrası çalışanın iş göremez rapor alması durumlarında suçun cezası 3 yıl hapis ve 45.000 avro cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir (Code Pénal: Paragraphe 2: des violences, Article 222-13, Erişim Tarihi: 28.12.2022).

Ceza Kanunu madde 122-1' e göre olayların meydana geldiği sırada muhakeme yeteneğini kaybeden ve davranışlarının kontrolünü sağlayamayan kişiler cezai olarak sorumlu tutulamamaktadır (Code Pénal: Chapitre II: Des Causes

D'irresponsabilité ou D'atténuation de la Responsabilité (Articles 122-1 À 122-9), Article 122-1, Erişim Tarihi: 28.12.2022).

2005 yılında ONVS adıyla sağlık birimlerindeki şiddeti ulusal düzeyde ölçmeyi sağlayan şiddet gözlemevi oluşturulmuştur. Şiddetle mücadele kapsamında oluşturulan bu birim ayrıntılı raporlar sunarak şiddeti önlemede tavsiyelerde bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddeti önlemede tıbbi arabuluculuk uygulamasına geçilmiştir. Kamu düzenini sağlamada, güvenlik önlemlerinin alınmasında hastane müdürünün geniş yetkilere sahip olduğu ve şiddet durumlarında sorumlu tutulduğu bildirilmektedir (Marcuzzo,2019).

Halk Sağlığı Kanu'nun R1112-92'ye göre *“Kuruluşa yöneltilen tüm yazılı şikâyet ve talepler yasal temsilcisine iletilir. Mümkün olan en kısa sürede yanıt verilir ve davacıya bir arabulucuyu tutuklaması için sunulan olasılığı bildirir veya ilgili kişiye bu yönlendirmeyi sürdürdüğünü bildirir. Kuruluşun yasal temsilcisi...Tıbbi arabulucu, yalnızca bakımın düzenlenmesini ve hizmetin tıbbi işleyişini sorgulayan şikayetleri veya iddiaları dinlemeye yetkiliyken, tıbbi olmayan arabulucu, bu konularla ilgili olmayan şikayetleri veya iddiaları dinlemeye yetkilidir.”* (Code de la santé publique: Sous-section 4: Examen des plaintes et réclamation, Article R1112-92, erişim tarihi: 28.12.2022).

3.4.3. Azerbaycan

3.4.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Ülke yüksek insani gelişmişlik endeksinde 2015 yılında 78.sırada yer olan ülke 2021 yılı ile 0,745 değeri ile 91. sırada yüksek insani gelişmişlik kategorisinde bulunmaktadır (Ek 1).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 72,266 yıl, 2021 yılı için 69,4 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 7,8 yıl artmıştır (Human Development Index, Azerbaijan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 26,26 iken bu hız 2019 yılı için 20,38'dir (Ek 1). Ülke; anne ve çocuk sağlığı ilgili verilerde DSÖ'nün canlı doğum tanımlama kriterlerini tam olarak uygulanmadığı bildirilmiştir (İbrahimov ve ark., 2010).

Azerbaycan'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 11,894 yıl iken 2021 yılında bu veri 13,5 yıl olarak bildirilmiştir. Ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 10,506 yıl, 2021 yılı için 10,5 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 0,4 yıl ve beklenen öğrenim süresi 2,9 yıl artmıştır (Human Development Index, Azerbaijan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Azerbaycan Cumhuriyeti Anayasasının 42. maddesine göre ülkedeki her vatandaş eğitim hakkına sahiptir. Eğitim sistemi; devlete bağlı eğitim kurumları ve Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı özel eğitim kurumlarından oluşmaktadır. Azerbaycan'da eğitime aktarılan bütçe düşük olmakla birlikte kamu bütçesinin %9,1'i kadar olduğu bildirilmiştir. Eğitim sistemine aktarılan bütçenin azalması; eğitimcilere düşük bütçe ayrılmasına sebebiyet vermekle birlikte aileler eğitim giderlerini kendi bütçelerinden desteklemek zorunda kalmaktadırlar. Eğitim sistemindeki yetersizlik düşük gelirli aileler için zor olan hayatları daha da zorlaştırmakta ayrıca eğitim hizmetlerine erişimde engelleyici rol oynamaktadır. Ülkedeki eğitim sistemi Sovyetler Birliği'nden miras kalıp aynı şekilde devam ettirildiği bildirilmiştir. Eski eğitim anlayışına sahip eğitimcilerle eğitim kalitesinin düşük olması neticesinde modern eğitim anlayışından uzak olunduğu belirtilmiştir. Ayrıca ülkede eğitim sisteminde de dahil olmak üzere yolsuzluğun çok fazla olduğu ve bu durumun eğitim sisteminin kalite düzeyi ile sıkı sıkıya bağlı olduğu bildirilmiştir (İbadoghlu, 2021, Erişim Tarihi:22.08.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2014 yılı için 61.157'dir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2014 yılı için 64,34'tür. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 32.458, 2019 yılı için 31.829'dur. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 33,731, 2019 yılı için 31,678'tir (Ek 1).

Ülke bağımsızlığının ilan edilmesinden sonra ülkede kişi başına düşen hemşire sayısında önemli bir azalma görülmüştür. 1990 yıllarında ülkenin ekonomik çöküşüyle kamu sektöründe hemşireler için çok düşük ücretler verilmeye başlanmış ve bu durum hemşirelik işgücünde önemli bir kayıpla sonuçlanmıştır. Sağlık personelinin ülke çapındaki orantısız dağılımı ile başkent Bakü'de hekim sıkıntısı olmamakla beraber kırsal alanlarda yeterli miktarda sağlık hizmeti verilememektedir (İbrahimov ve ark., 2010).

Ülkede sağlık çalışanları; çalışma şartlarının ağırlığı, sigortasız, izinsiz bir şekilde çalıştırılmaları, çalışma ücretlerinin karşılıklarını alamadıkları gerekçeleriyle eylem yapmışlardır (OC Media, Health workers in Azerbaijan protest 'exploitation', 2021, Hamida Giyasbayli, Erişim Tarihi: 08.08.2022). Sağlık çalışanlarının bir kısmı ise ülkeden ayrılmayı ve göç etmeyi tercih etmektedirler. Ülkede sağlık profesyonellerinin göç etmek için genellikle tercih ettikleri ülkeler Türkiye, İran ve Gürcistan olmaktadır (International Trade Administration, Azerbaijan, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Kamu sağlık hizmetleri sektöründe sağlık personeli için ödenen maaşlar düşük olmakla birlikte, özel işletilen sağlık kurumlarında hemşire maaşları aylık olarak ödenirken, hekim maaşları hekime başvuran hastaların teşhis ve tedavisine göre düzenlenip ayrıca eczanelerle ilaç iş birliği şeklinde kazançlarına katkı sağlayabilmektedirler. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları ile kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır (İbrahimov ve ark., 2010).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 yılı için 7,97'dir. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2014 yılı için 48,2'dir (Ek 1).

Ülkenin sağlık bakım tesislerinin fiziksel yapılanması için yetersiz kalmaktadır (İbrahimov ve ark., 2010). Tıbbi bakım gelişmiş ülkelere göre çok yetersiz olup; kırsal alanlardaki sağlık kurumlarında personel eksikliği, yetersiz fiziki yapılanmalar, elektrik erişimi kısıtlılığı gibi yerler bulunmaktadır. Özel hastaneler tıbbi donanım ve personel bakımından daha iyi durumda olup, sağlık hizmeti kalitesi daha yüksek seviyededir (Pacific Prime, Azerbaijan Health Insurance, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 93 iken 2020 yılı için 93 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkede sağlık bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, çocuk ve yetişkin poliklinikler olmak üzere özellikle anne- çocuk sağlığı üzerine hizmet vermektedir (İbrahimov ve ark., 2010)

Ülkede devlet hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler de mevcuttur. Hekim kadrosunda Türkiye'de eğitimini tamamlamış çok sayıda hekim görev yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Azerbaycan, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Türkiye, Türk İş Birliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı, Yeryüzü Doktorları Derneği, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Azerbaycan Sağlık Bakanlığı Kamu Sağlık ve Reformlar Merkezi iş birliği ile Azerbaycan'da çocuk ileri yaşam desteği eğitimleri verip gönüllü anneler için emzirme danışmanlığı, hekimler için bebeklerde işitme testi eğitimi verilmiştir (TİKA, Azerbaycan sağlık sektöründe bir ilke imza attı, 2016, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Azerbaycan, Türkiye Cumhuriyeti tarafından pandemi döneminde özellikle sağlık alanında desteklenen bir ülke olmuştur. İki ülkenin Sağlık Bakanlığının arasında 2022-2023 yıllarını kapsayan İş Birliği ve Yol Haritası protokolü imzalanmıştır. Bu sağlık iş formu ile iki ülke arasında tıbbi malzeme, ilaç, sağlık bilgi sistemleri, aşı, hizmet alımları, uluslararası hasta tedavisi gibi sağlık alanındaki tüm ihtiyaçları

karşılacak şekilde iş birliği geliştirme yönünde anlaşmaya varmışlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanı Koca, Azerbaycan Sağlık Bakanı ile Bir Araya Geldi, 2022, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 116,4, 2022 verileri 124,6 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,64'tür (Ek 1).

Ülkede lisans öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada yaşam memnuniyet oranları; katılımcıların %48,73'ü memnun, %45,91'i memnun değil, %5,4'ü ise memnuniyet derecesini kısmen olarak belirtmişlerdir. Kişilerin %3,7'si gelecekleri hakkında umutsuz olduğunu, %13,2'si biraz umutlu olduğunu, %35,9'u umutlu olduğunu, %39,4'ünün çok umutlu olduğunu %7,8'inin ise ne umutlu ne de umutsuz olduğunu bildirmişlerdir (Aliyev ve Aghayeva, 2019).

Azerbaycan'da intihar oranları dünya sıralamasına göre düşük olmasına rağmen toplum için ciddi tehdit oluşturan genç intihar oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Geleceğe yönelik umutsuz bakış, ekonomik ve ailesel faktörler, eğitim durumları, işsizlik nedenler arasında gösterilmiştir. Özellikle aile baskısı sebebiyle gençlerde intihar oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yusifzada, 2021).

Ülkede 2021 yılında 612 kişinin intihara teşebbüs ettiği bildirilmiştir. Özellikle risk altında olan grupların ise işsiz gençler ve yaşam sonuna doğru kendilerini diğer insanlara yük olarak algılayan yaşlılar olduğu da bildirilmiştir. Ülkede yardım hattı olarak kullanılan telefon numarasıyla kişilerin psikolog destekleri alabildikleri belirtilmektedir (Aze.media, 2022, Erişim Tarihi: 22.08.2022).

Ruh sağlığı sorunlarını önlemeye yönelik tedbirlerin alınması, akıl hastalığı olan kişiler için sosyal desteğin sağlanması ve haklarının korunması sağlayan yasa,

2001 yılında kabul edilerek Ruh Sağlığı Yasası olarak kayıtlara geçmiştir (İbrahimov ve ark., 2010).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 0,51 litre, 2019 yılı içinde 1,38 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 360,6 artmış olup (Human Development Index, Azerbaijan, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 14,441 USD, 2021 yılı için 14,257 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) noktasında, ülkede kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması; 2015 yılı için 71,85 USD, 2019 yılı için ise 61,28 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1). Ülke sağlık harcamasına 2018 yılı için bütçenin %3'ün sağlık harcamalarına aktarmıştır. Dünya genelinde bakıldığında sağlık sektörüne aktarılan 417,5 milyon dolar ödenek dünya ortalamasının altında kalmaktadır (International Trade Administration, Azerbaijan, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Nüfus Sağlığının Korunması Hakkında Kanun'a (1997) göre vatandaşlar, hastalık, engellilik, salgın gibi durumlarda medikososyal yardım alma hakkına sahiptir. Ülkede zorunlu sağlık sigortası olduğu gibi de isteğe bağlı sağlık sigortaları bulunabilmektedir (İbrahimov ve ark., 2010).

Azerbaycan'da sağlık hizmetleri kamu hastanelerinden ücretsiz alınabildiği gibi, tamamen özel işletilen veya yarı özel sağlık kurumları ayrıca dernek vakıfların işlettiği kurumlar da bulunmaktadır (kutlar ve salamov, 2016).

Ülkede satın alma gücü paritesi açısından 2015 yılı değeri 0,13, 2022 yılı değeri 0,11'dir (Ek 1).

Ülkede DSÖ veri girişine göre kişilerarası şiddet için şiddet ve yaralanmayı önleme düzenlemesi için ulusal eylem planı bulunmamaktadır.

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,437 değer ile 128. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,425 değer ile ülke dünya genelinde 133. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 2,3 iken 2018 yılı için 2,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.4.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Ülkede Dağlık Karabağ bölgesinde çatışmaların olması ayrıca cephelerin sağlık tesislerinin yakınına kurulması sebebiyle çatışmalar sırasında bu bölgedeki sağlık tesislerinin çatışmalardan etkilendiği belirtilmektedir (Human Rights Watch, Hugh Williamson, Erişim Tarihi:22.08.2022).

3.4.3.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Azerbaycan

Azerbaycan Cumhuriyeti Anayasası'nın 57. maddesine göre ülke vatandaşlarına kamu kurumlarındaki işleyişlerini devlet organlarına şahsen veya yazılı olarak bildirme hakkı verilmiştir. Gelen İtirazların İncelenmesine İlişkin Kurallar Yasası'na (1997) göre de şikayetlerin bir ay içerisinde cevaplanması gerektiği bildirilmiştir (İbrahimov ve ark., 2010).

Azerbaycan ceza yasası madde 20.1'ye göre 16 yaşını dolduran her kişi cezai sorumluluğa tabi tutulmaktadır. Madde 20.2'ye göre 14 yaşını doldurmuş bireyler kasten adam öldürme, cinsel şiddet (tecavüz) suçları işlediğinde cezai sorumlulukları vardır. Madde 21.1'e göre akıl sağlığı yerinde olmayan bireylerin bilinçli suç işleme kapasitesi olamayacağından cezai sorumluluğu yoktur. Madde 95'e göre mahkeme

gerekli görürse kişiyi zorunlu olarak psikiyatri servisine gözetim ve tedavi amacıyla yatırabilmektedir. Madde 23'e göre sarhoşluk halindeki suçlar ceza işlem sorumluluğu gerektirmektedir. Madde 108'e göre cinsel şiddet suçları on yıldan on beş yıla kadar hapis cezası veya müebbet hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 120.1'e göre kasten bir yaşama son verme suçu yedi yıldan on iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 125'e göre bir kişiyi aşağılamak suretiyle kişinin intihar etmesine sebebiyet verme suçu üç yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 126'ya göre kişinin yaşamına tehlikeye atacak şekilde hayati organlarına zarar verip kişinin normal hayat akışını engelleyecek şekilde yaralama suçu üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 128' göre kişide yaşamını az tehlikeye atacak şekilde yaralama suçunda bir yıla kadar hapis cezası verilmektedir. Madde 134'e göre kişiyi ölümle tehdit suçunda iki ile üç yıl arasında hapis cezası veya para cezası verilmektedir. Madde 148'ye göre hakaret suçunda bir yıla kadar hapis cezası, para cezası, kamu yararına çalışma cezaları verilmektedir. Madde 147'ye göre iftira suçu bir yıla kadar hapis cezası, para cezası ıslah edilme cezası verilmektedir (Criminal Code of the Azerbaijan Republic, Erişim Tarihi: 14.08.2022).

3.4.4. Kırgızistan

3.4.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Kırgızistan 2021 yılı için 0,692 değer ile orta insani gelişme endeksi kategorisinde 118. sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 8,9 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Kyrgyzstan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 70,876 yıl, 2021 yılı için 70 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 5,1 yıl artmıştır (Human Development Index, Kyrgyzstan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 22,31 iken bu hız 2019 yılı için 18,30'dur (Ek 1). Ülkedeki 5 yaş altı ölüm hızı nüfusun ileri yaş ölüm hızı ve 40 yaş altı ölüm hızından fazladır (The World Bank, Technical Assessment, Erişim Tarihi: 23.08.2022).

Kırgızistan'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 13,01 yıl iken 2021 yılında bu veri 13,2 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 10,863 yıl, 2021 yılı için 11,4 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990-2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 2,5 yıl ve beklenen öğrenim süresi 0,9 yıl artmıştır (Human Development Index, Kyrgyzstan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülke nüfusunun temel eğitime ulaşabilme imkânı mevcuttur. 17 yaşın altındaki çocukların %97'si okula gitmektedir ancak ülkenin coğrafi durumu ve sosyal farklılar sebebiyle hizmet kalitelerinde önemli farklılaşmalar mevcuttur. Yoksul ailelerin çocukları yoksul olmayanlara göre daha düşük eğitim düzeyine sahiptir (The World Bank, Technical Assessment, Erişim Tarihi: 23.08.2022).

Kişi başına düşen hemşire, kişi başına düşen tıp doktoru incelendiğinde, toplam hemşire ve ebe sayısı 2019 yılı için 35.946'dır. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2019 yılı için 56,03'tür. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2014 yılı için 12.934'tür. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2014 yılı için 622,13'tür (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 yılı için 2,63'tür. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2014 yılı için 44,1'dir (Ek 1).

Ülkedeki hastaneler hijyen yönünden ve tıbbi malzeme bakımından oldukça yetersizdir. Ayrıca ülkede sağlık sigortası uygulaması yoktur (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Kırgızistan, Erişim Tarihi:22.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 53, 2020 yılı için 40 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Kırsal kesimlerdeki hastane yapılarında temiz su bulunmakta sıkıntı yaşanmakla birlikte alt yapıya sahip hijyenik tuvalet yapılanmalarından yoksundur. Ülke Sovyetler birliğinden ayrıldıktan sonra hastaneler bakımsız kalmış, tıbbi malzeme ve ilaç eksikliğine sahip hastaneler bakım kalitesi açısından modern tıbbin 30 yıl gerisinde kalmıştır. Hastanede hekimler 12 saatlik vardiyalarla 6 veya 12 yataklı hasta koşullarında hastalara hizmet vermeye çalışmaktadırlar. Ülkedeki hemşirelerin rolü ilaç vermek, bandaj uygulamak, hastaların kişisel hijyenlerini sağlamak, hasta mobilizasyonunu sağlamak, hekimlere yardımcı olmak olarak belirlenmiştir. Ülkede hemşirelik bilimsel yönü olmayan uzmanlık alanı olarak görülmeyen yüksek lisans seviyesinde eğitim olanakları olmayan lisans eğitimi gerektirmeyen sertifika eğitim programlarından eğitim alınarak yapılabilen bir iştir. Bu da alınan eğitimin ilgili hizmet alanı için yeteri kadar donanım sağlamadığını göstermektedir. Hastanede yatan hastalar için hasta yakınlarından ilaç, yiyecek, giyecek, su getirmeleri istenmektedir. Ülkede görev yapan ebeler hekimlerin olmadığı çok uzak kırsal kesimlerde doğum öncesi ve sonrası bakımlarında görev alıp ihtiyaç halinde hastaları en yakın hastanelere yönlendirmekle görevlidirler (Pirnazarova ve Schlickau, 2010).

Ülkede 1997 yılından itibaren aile hekimliği sistemine geçilmiş olmasına rağmen aile hekimliğindeki hekimlerin yarısından fazlası ya göç etmiş ya da emekli olmuşlardır. Hızla artan nüfusla birlikte ülkenin özellikle kırsal kesimlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim eksikliği mevcuttur (Fonken ve ark., 2020). Bununla birlikte ülke sağlık sistemi ağırlıklı olarak hastane merkezli işleyişe sahiptir. Kamu harcamalarının %66'sı hastane hizmetlerine aktarılmaktadır. Buna rağmen hastane yatak kapasiteleri yetersiz, bakım koordinasyonu yetersizdir (The World Bank, Technical Assessment, Erişim Tarihi: 23.08.2022).

Ülkedeki yokluk içindeki hastanelerde yatmakta olan psikiyatri hastaları 15 kişilik aşırı kalabalık odalarda çok kısıtlı yürüme alanları içerisinde sıkışık bir şekilde, parmaklıklı pencerelerden oluşan taş odalarda, yetersiz personel ile kapıları üzerlerine

kilitli şekilde kalmaktadırlar. Talimatlara uymayan hastaların koğuşlarında yataklarına günlerce bağlanarak kaldığı, a  susuz bırakıldığı da belirtilmiştir. şikâyet sonrası denetime gelineceği zaman tesisin temizlendiği, hastalara özenli yemek hazırlandığı aktarılmıştır. Buralarda kalan hastaların hastane personeline yardım için zorlandığı veya hastane personelinin ev -bahçe bakım, onarım, temizlik, hayvan bakıcılığı gibi özel işlerinde çalıştırıldığı da bildirilmiştir. Ülkede akıl sağlığı bozukluğu tedavi edilemez bir hastalık olarak algılanarak hastanede yaşıyor ve oranın yemeklerini tüketiyor olmanın bedelini de çalışarak ödemeleri gerektiği yönünde algı oluşturulduğu ve hastalara bunun dayatıldığı bildirilmiştir. Hastaların orada görevli hekimlerin ya da hemşirelerin özel işlerinde çalışmalarını yadırgamadığı, çalıştıkları takdirde gün içerisinde iyi yiyeceklerle sahip olduğu ve akşam yatmak için hastaneye getirildiği de belirtilmiştir (Domagalskaya,2005, Erişşim Tarihi: 23.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 31,1,2022 verileri 35,1 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,1'dir (Ek 1).

Kırgızistan'da düşük yaşam standartları ve yeterli iş imkânlarının olmaması sebebiyle ülkede çok fazla kişi çalışmak için ülke dışına g   etmektedir. Ekonomik bunalımdan tek çıkış yolu olarak gördükleri bu g  lerde yanlarında çocuklarını g t rmeyip çocuklarını yurtlara bırakmaktadırlar. İş için g   etmek zorunda kalan kişilerin geride bıraktıkları çocukları ülkenin en büyük sorunlarından biri olarak görülmektedir. Göç eden kişilerin geride bıraktıkları çocuklarının sadece 2019 yılı için 277.000'ini açtığı bildirilmiştir. Bu terk ediş geride bıraktıkları çocukları için daha iyi bir yaşam standartı sağlamayı hedeflese de geride bırakılarak ihmal edilen her çocukta travma, intihara meyillilik ve suç işleme potansiyellerinin artma durumları olduğu da belirtilmektedir.  ocuk intihar sorunları ülkenin gündemine girmiş bir durum olup 2016 yılında 92 intihar vakası ve bunların henüz reşit olmayan çocuklar olduğu 2018 yılında 88  ocuk, 2019'un 9 ayı için 46 çocuğun intihar ettiği belirtilmektedir (Central

Asian Bureau for Analytical Reporting, Kyrgyzstan: How to Resolve Issues of Violence Against Children of Migrant Workers, Erişim Tarihi:22.08.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 5,37 litre, 2019 yılı içinde 4,02 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 5,4 artmış olup (Human Development Index, Kyrgyzstan, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 4,632 USD, 2021 yılı için 4,566 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülke nüfusunun %20,1'i günde yaklaşık 1.3 USD ile yaşam mücadelesi vermektedir. Gelirlerinin yarısından fazlasını temel besin ihtiyaçlarına harcamalarına rağmen, bu onlara ihtiyaç duydukları uygun gıdayı almak için yeterli gelmemektedir. Yaşam alanları dağlık ve zorlu koşullar ihtiva eden ülke halkı için özellikle kırsal kesimlerde alt yapı sorunlarıyla birlikte eēitim gibi hizmete erişim yönünden de sıkıntılar mevcuttur (World Food Programme, Kyrgyz Republic, erişim tarihi:22.08.2022).

Saēlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet saēlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) noktasında, ülkede kişi başına yerel genel devlet saēlık harcaması; 2015 yılı için 30.39 USD, 2019 yılı için ise 31.96 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 0,02 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açasından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,028 değer ile 91. sıralamada yer almaktadır Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,303 değer ile ülke dünya genelinde 126. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 5,1 iken 2018 yılı için 2,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkede polis güçlerinin orantısız güç kullanımı sebebiyle kişi yaşam hakları ihlalleri gerçekleşmekte ve keyfi adam öldürme olayları yaşanmaktadır. Ülkede yargı bağımsızlığının tam olarak işleyememesi, ceza sisteminin tam olarak işleyememesi, medyanın üzerindeki baskıların fazla olması, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin ülkede sorun olarak devam etmesi, ülkenin insan hakları ihlalleri açısından başlıca sorunlar olarak gösterilmiştir (U.S. Departement of State, 2021 Country Reports on Human Rights Practices: Kyrgyz Republic, erişim tarihi: 23.08.2022).

3.4.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Ülkede sağlık sistemi finansal açıdan öncelikli desteklenen sistem olmasına rağmen yeterli gelmemektedir. Sağlık bakım tesislerinde modern ekipman eksikliği bulunmaktadır. Bulunan ekipmanlar ise ya çok eski ya da çalışamayacak niteliktedir. Tesis binalarının binaların bakımsız ve eski olduğu belirtilmektedir. Covid-19 pandemi sürecinde ülkedeki sağlık çalışanları çok zor durumlarda çalışmak zorunda kalmışlardır. Hükümet pandemi sürecinde halkı bağışa çağırarak, Çin, Türkiye, Rusya gibi ülkelere birçok yardım kuruluşlarından koruyucu ekipmanlar ve ilaç desteği almıştır. Yeterli olmayan sağlık çalışanları ile pandemi sürecinde daha da sıkıntılı bir süreç geçirmişlerdir. Hükümet, sağlık sistemlerindeki hekimlerin emekliliği gelen yaş almış hekimlerden oluşması ve bununla beraber hekim sıkıntısı ciddi boyutta olması sebebiyle, düşük maaşlar sebebiyle göç eden sağlık çalışanlarını da bu süreçte ülkelerine hizmet etmeleri için geri çağırıştır. Yetersiz sağlık sistemi pandemi süresince özellikle sağlık personelinin kendilerine güvenli çalışma imkânı vermeyen tıbbi koruyucu bakım malzemelerindeki eksikliklerle çalışmak zorunda

bırakılmışlardır. Ülkeye gelen yardımlar bile tıbbi malzeme eksikliğine yeterli gelmemiştir. Ülkedeki sağlık çalışanları bu süreçte aşırı çalışmaya zorlanmış olup sağlık çalışanları korumasız ekipmanla çalışarak daha büyük risklerle karşı karşıya kalmışlardır. Sivil toplum kuruluşlarının tuttuğu kayıtlara göre bu süreçte vefat eden sağlık çalışanlarının ülke verilerine göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Amnesty International, Beyond The Call Of Duty: The Rights Of Health Workers In Kyrgyzstan, Erişim Tarihi:22.08.20229).

Kırgızistan İş Kanunu'nun 214. maddesine göre işverenler, tehlikeli şartlarda çalışan işçilere ek ödeme verme yükümlülüğü bulunmaktadır. Sağlık çalışanları iş kanunundaki meslekler arasında yer almadıkları için de; bu ödmeden faydalanamadıkları belirtilmiştir. Kırgızistan İş Kanunu'nun 215. maddesine göre ise tüm çalışanlar, hayatlarını veya sağlıklarını tehdit eden işleri yapmayı reddetme hakkına sahip olmakla birlikte, bu durumda çalışan için herhangi bir ceza verilemeyeceği de belirtilmektedir. Oysaki sağlık çalışanları pandemi sürecinde kendilerine tahsis edilen koruyucu ekipmanların çok kalitesiz olması ve çalışanları korumadığı ya da yetersiz olduğunu dile getirecek şekilde sosyal medyadan bile bildirim yapsalar amirleri tarafından uyarıldıkları, mobbinge maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışanlar, uyarıları önemsemez ise bu durumda kişiler aşağılanmakta hatta iş feshine kadar gitmektedir (Amnesty International, Beyond The Call Of Duty: The Rights of Health Workers in Kyrgyzstan, Erişim Tarihi:22.08.20229).

Ülkenin Sağlık Bakanı Sabyrbek Djumabekov ile milletvekili ve ayrıca göz hekimi olan Dastan Bekeşev arasında geçen tatsız ve şiddet içerikli konuşmalar basına yansımış olup hekim olan Bekeşev, sağlık bakanının konuşma üslubunu kınamış ve Sağlık Bakanı olarak hekim olan kendisine yapılan bu uygunsuz davranışının diğer vatandaşlara da kötü yol gösterici olacağını, hekimlik mesleğinin saygınlığına zarar verici üslup olduğunu dile getirmiştir. Ülkede siyasi yapılanmanın içinde adam kayırmacılığın, ırkçı söylemlerin olduğu bilgiler arasında geçmektedir. Bahse geçen olayda sağlık bakanı göz hekimine ait bir sağlık bakım tesisini tamamen kapatmaya çalışmış, kapısına kum yığarak tüm giriş ve çıkışları kapatmış ve ırkçı söylemlerle yaptığı davranışı devam ettirdiği bildirilmiştir. Sağlık sisteminin yetersiz işleyişi ile

ilgili sorunların yanı sıra sağlık bakanının covid döneminde bilimsel yönü olmayan yöntemlerle, araştırma ekibinin kurulmadan alternatif yöntemlerle tedavi uygulamalarına izin verdiği de aktarılmıştır (Imanaliyeva, 2022, Erişim Tarihi: 23.08.2022).

3.4.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Kırgızistan

Kırgızistan ceza yasaları incelendiğinde; Kırgızistan ceza yasası madde 18'e göre cezai sorumluluk yaşı 16'dır. Kasten adam öldüren 14 yaşını doldurmuş bireyler madde 97'ye göre yargılanır. Madde 19'a göre akıl hastalığı halinde cezai sorumluluk yüklenememektedir. Madde 21'e göre sarhoşluk halindeki işlenen suçlarda cezai sorumluluk bulunmaktadır. Madde 42'ye göre suç işleme karşısındaki cezalar, kamu işlerinde hizmet cezası, para cezası, meslekten men, tutuklama, hapis, ölüm, cezası bulunmaktadır. Madde 49'a göre ölüm cezası af kapsamında yüksek güvenliklı tesislerde 30 yıl hapis cezasına çevrilebilmektedir. Madde 91'e göre toplum için zarar teşkil edebilecek kişiler akıl sağlığı tespiti için, tedavi amacıyla zorla hâkim kararıyla gözetim altında tutulma hali için zorla psikiyatri servislerine yatırılabilir. Madde 97'ye göre tasarlayarak adam öldürme suçunun cezası 8 yıldan 15 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 98'e göre kişinin tasarlamadan adam öldürme suçunun cezası 3 yıldan 5 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 102'ye göre kişiyi davranış yoluyla intihara sürüklenme suçu 3 yıldan 7 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 103'e göre intihara teşebbüs suçu 5 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 104'e göre kişide sabit ize sebebiyet verme, organ ve işlev bozukluğuna neden olacak şekilde yaralama suçunun cezası 5 yıldan 8 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 105'e göre kişiyi darp etme suçunun cezası 6 aydan 5 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 113'e göre kişiyi ölümle tehdit etme suçunun cezası 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 127'ye göre hakaret suçunun cezası para cezasıdır. İftira suçunun cezası 6 aydan 3 yıla kadar para cezasıdır. Madde 128'e göre kişiyi kasıtlı olarak öfkeliendirecek, küçük düşürücü davranışlarda söylemlerde bulunma cezası 20 ile 50 aylık asgari ücret para cezası vardır. Madde 129'a göre kişiye cinsel saldırı (tecavüz) suçunun cezası; 5 yıldan 8 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 134'e göre kişiye ırk, din gibi nedenlerle hak ve özgürlüklerini ihlal

etme suçunun cezası para veya 2 aya kadar hapis cezasıdır. Madde 234'e göre kamu düzenini bozacak şekilde davranış sergilemenin cezası yüzyirmi ile yüzseksen saate kadar kamu işlerinde çalıştırma cezası, 100 asgari ücret karşılığında para cezası veya 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezasıdır (The Kyrgyz Republic Criminal Code, Erişim Tarihi: 23.08.2022).

3.5. Dünya Sağlık Örgütü Doğu Akdeniz Bölgesi Ülkeleri

3.5.1. Birleşik Arap Emirlikleri

3.5.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Birleşik Arap Emirlikleri 2019 yılı için 0,890 değeri ile çok yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 31. sırada yer alırken 2021 yılı için 26.sıraya yükselmiştir (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 23,1 değer artışı olmuştur (Human Development Index, United Arab Emirates, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 77,285 yıl, 2021 yılı için 78,7 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 6,0 yıl artmıştır (Human Development Index, United Arab Emirates, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 7,60 iken bu hız 2019 yılı için 6,78'dir (Ek 1).

Beklenen öğrenim süresi- ortalama öğrenim süresi verileri incelendiğinde, Birleşik Arap Emirlikleri'nde beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 13,667 yıl iken 2021 yılında bu veri 15,7 yıl olarak bildirilmiştir. Ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 10,648 yıl, 2021 yılı için 12,7 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları

arasında ÷lkedeki ortalama öğrenim süresi 6,5 yıl ve beklenen öğrenim süresi 4 yıl artmıştır (Human Development Index, United Arab Emirates, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkedeki eğitim sistemi; 6 yıllık ilkokul seviyesi, 3 yıllık hazırlık kapsamında eğitim ve 3 yıllık ortaokul eğitimi ve akabinde öğrenciler sınava tabi tutularak mezuniyet belgelerini alabilmektedirler. 1971'den beridir ÷lke vatandaşları için eğitim ücretsizdir. İlköğretim seviyesinde eğitimler tüm çocuklar için zorunludur (Waller, 2015). Ülkede yaşayan göçmenler isterlerse çocuklarını 6000 dirhem (1.633,50 \$) ücret karşılığında devlet okullarında okutabilmektedirler. Ülkede devlet okullarının resmi dili Arapçadır. Amerika, İngiltere eğitim sistemleri dahil olmak üzere ÷lkede çeşitli ÷lkelerin eğitim sistemlerini takip eden okullar da bulunmaktadır (Lemon Academy, Birleşik Arap Emirlikleri'nde Eğitim Sistemi, 2021, Erişim Tarihi: 26.08.2022).

Kişi başına düşen hemşire- kişi başına düşen tıp doktoru sayısı yönünden incelendiğinde, toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 46.155, 2019 yılı için 56.142'tür. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 46,155 iken 2019 yılı için 56,142'dür. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 20.481, 2019 yılı için 25.414'tür. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 22,11 2019 yılı için 26,01'tir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı verisine ulaşılammıştır. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 11; 2017 yılı için13,8'tir (Ek 1).

Ülkede estetik tasarımlı iç mimarileriyle 7 yıldızlı otel konforunda, süit odalara sahip ödüllü hastaneler bulunmaktadır. Birçok dalda sağlık hizmeti veren bu hastaneler; binaları temiz, ferah ve gelen hastaların stres düzeyini azaltacak şekilde tasarlanmış olup son teknoloji hava akımlarına sahip sistemi ile iyi eğitilmiş, dinamik bir ekiple donatılmış şekilde hizmet vermektedir (Birleşik Arap Emirlikleri İçindeki En İyi Hastaneler, Erişim Tarihi:26.08.2022).

Onkoloji, kardioloji, gastroenteroloji, ortopedi, nefroloji, fiziksel tıp ve rahabilitasyon, kadın hastalıkları ve doğum alanın hizmet veren özel Burjeel hastanesinde birinci sınıf sağlık hizmeti planlanmasında kişisel ve kültürel ihtiyaçların önemsendiği, hastalarının tedavi süreçlerinin her aşamasında destek olmak, ulaşım koordinasyonu için istekleri dahilinde araç kiralama, limuzin hizmetleri, tercümanları ile sağlık hizmeti vermektedir. Hasta odalarını geniş ve ferah olduğu, konforlu bekleme alanlarının olduğu, büyük bir tesistir (Burjeel Medical City, Erişim Tarihi: 26.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 100, 2020 yılı için 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki hekimlerin çoğu Mısır, Hindistan, Pakistan, Sudan, Suriye, Ürdün ve Filistin gibi ülkelere mensuptur. Ülkede çalışan hekimlerin mesleki yeterlilikleri konusunda iyi düzeyde olmadıkları belirtilmektedir. Ülkedeki sağlık bakım tesislerinin hizmetleri yüksek teknoloji ile tedavi edebilmesi gereken hastalıkların tedavisi ve ameliyatı için uygun olmadığı belirtilmektedir. Yüksek düzeyde gelir sahibi olan ülke halkı; tedavi için Avrupa/Amerika, Türkiye, Tayland gibi ülkeleri tercih etmektedirler. Ülke halkı için devlet hastanelerinde sağlık hizmetleri ücretsiz olup, ülkede ikamet izni bulunan kişiler için gelir durumları ve mesleklerine göre sağlık sigortası yaptırılıp ayrıca gitmiş oldukları hastanelere belirli miktarda ücret ödeyerek muayene ve tedavi olabilmektedirler. Ülkede Emirati vatandaşlarına ve askerlere hizmet veren hastaneler dışında, devlet hastaneleri, çok lüks özel hastaneler, muayenehaneler ve kliniklerde bulunmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Birleşik Arap Emirlikleri, Erişim Tarihi:23.08.2022).

Ülkede telefona yüklenebilen SOS uygulaması ile kişiler yardım çağrısında bulunabilmektedirler. Acil durum hallerinde çağrıyla aktifleşen konum belirleyiciler ile ambulans hizmetleri bütünleşmiş halde çalışmaktadır. (The United Arab Emirates Government Portal, Handling Emergencies, Erişim Tarihi:25.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 110,8; 2022 verileri 120,6 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 5,12'dir (Ek 1). Yapılan araştırmalar ile kadın olmak, sağlıklı olmak, zengin olmak, eğitilmiş olmak, evli olmak, iyimser karakter yapısında olmak, kariyer sahibi olmanın kişilerin yaşam memnuniyetlerinde etkili oldukları belirtilmiştir. Birleşik Arap Emirlikleri gibi refah seviyesi yüksek bir ülkede yaş ve cinsiyet gibi özellikler, kişilerin sosyal durumları, ekonomik durumları, psikolojik durumları ve sosyal destek durumları incelenerek yaşam memnuniyet araştırması yapılmıştır. Ülkedeki erkeklerde 15-24 yaş arasında yaşam memnuniyetsizliği olduğu, 45 ile 60 yaş üzerindeki erkeklerde yaşla birlikte artışa geçen yaşam memnuniyetinin olduğu tespit edilmiştir. Ülkede yüksek öğrenim derecesine sahip olmak ve kalabalık akrabalara sahip olmak erkeklerde yaşam memnuniyet seviyesini belirleyici olarak gösterilirken bu durumunun kadınlar için etkili olmadığı bildirilmiştir. Ülkedeki eş seçimi ile ilişkili olarak kültürel yaptırımların baskın olmadığı evliliklerde yaşam doyumunun artmış olduğu, çocuk sayısının erkeklerde yaşam doyumunu artırdığı bildirilmiştir. Ülkedeki hane başına düşen gelir arttıkça yaşam memnuniyetinin arttığı, tam zamanlı çalışmayıp esnek çalışma saatlerine sahip girişimci kişilerin yaşam memnuniyetlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Gönüllü davranış hareketlerine katılmak, yabancılara yardım etmek erkeklerde memnuniyetsizlik sebebi olarak bildirilmiştir. Genç yetişkinlerde sosyal çevrelerinden yardım talep etme durumu yaşam memnuniyetlerinde etkili çıkmazken, kişilerin hayata dair kendi seçim iradesini kullanmaları kişilerde yaşam memnuniyeti açısından etkisiz olarak belirtilmiştir (Lambert ve ark.,2020).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 2,12 litre, 2019 yılı içinde 2,03 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1). Ülke, ülke vatandaşları için alkol bulundurmak, içki içmek ve intihar teşebbüsünde bulunmayı suç olmaktan çıkarmıştır (Human Rights Watch, UAE: Reality of Abuses Contradicts Tolerance Rhetoric, 2021, Erişim tarihi:25.08.2022). Yalnız yapılan araştırmalar neticesinde ceza kanunlarında alkol kullanımı gayrimüslimler için gevşetilmiştir, intihara teşebbüs etmek suç olarak geçmektedir.

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 34,1 artmış olup (Human Development Index, United Arab Emirates, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 65,528 USD, 2021 yılı için 62,574 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD doları cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$); 2015 yılı için 987,2 USD, 2019 yılı için ise 963,7 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülke işgücünün %95'ini göçmen kişiler oluşturmaktadır. Her türlü insan hakları ihlaline açık olan bu işçilerin temel sağlık hizmetlerinden yoksun halde çalışmak zorunda kaldıkları belirtilmektedir. Ülke toplumsal olarak sınıf ayrılıkları olan nüfus yapılanmasına sahiptir. İş kanununa göre kişiler 24 saatte 12 saatlik çalışma vardiyalarında çalıştırılabilmektedir. Temmuz ve ağustos aylarında sıcaklığın en yükseldiği 12:30 ile 15:00 saatleri arasında işçi çalıştırmak yasaktır. Aksi halde kişilerde iklimle ilgili sıcak çarpması, dehidratasyon gibi rahatsızlıklar oluşmakta ve kişiler hastaneye kaldırılmak zorunda kalmaktadır. Yasaya rağmen göçmen işçiler çalıştırılmaya devam etmektedirler. Tespit edilse bile şirketlere ceza verilmediği belirtilmektedir. Ciddi şekilde bakıma muhtaç olanlar hastaneye ulaştırılmakta ve hastane giderlerinin hastalar tarafından ödendiği belirtilmektedir (Sönmez, Health and Human Rights Journal, 2013, Erişim Tarihi:25.08.2022).

Satın alma gücü paritesi verileri incelendiğinde satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 0,50 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkede kişilerarası şiddet için şiddet ve yaralanmayı önleme düzenlemesi bulunmamaktadır.

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 1,865 değer ile 60. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 1,767 değer ile ülke dünya genelinde 44. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

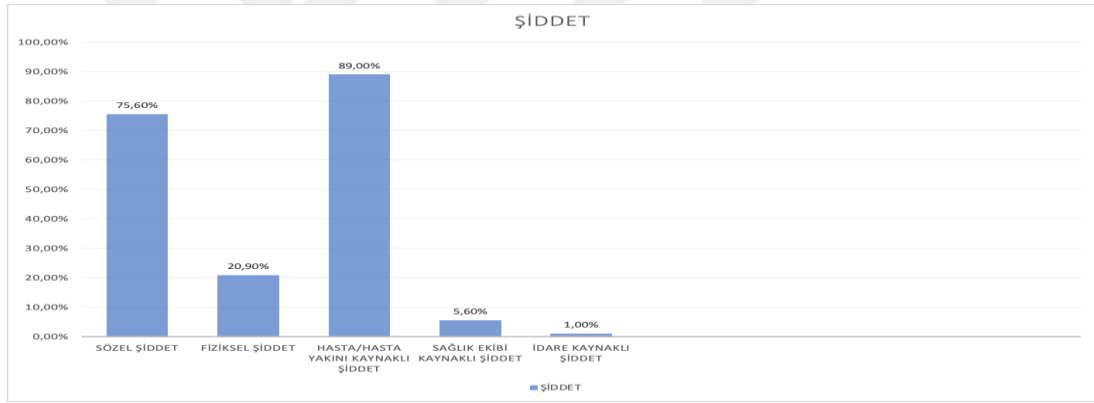
Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 0,4 iken 2017 yılı için 0,5 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkede deve yarışlarında deve jokeyi olarak düşük ağırlıkta oldukları için çocuklar tercih edildiği belirtilmektedir. Çocukların ağırlıklarını dahada düşürebilmek için çocuklara yemek verilmemekte olduğu, kilolalarını düşürebilmek için türlü işkencelere maruz bırakıldıkları bildirilmektedir. Bu şartlar altında çalıştırılan 20 çocuğun öldüğü, birçok çocuğunda ciddi şekilde zarar gördüğü bildirilmektedir. Çocukların bu şekilde çalıştırılmasının yasal olmadığı halde çalıştırıldığı da bildirilmektedir (Sönmez, Health and Human Rights Journal, 2013, Erişim Tarihi: 25.08.2022).

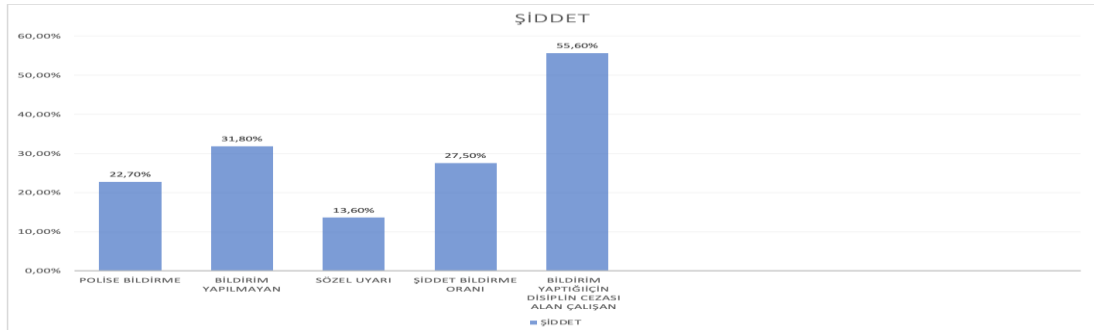
3.5.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Birleşik Arap Emirlikleri acil servislerde görev yapan sağlık çalışanları arasında, Kasım 2017 ve Mart 2018 zaman aralığını kapsayacak şekilde şiddetin yaygınlığı ve insidansını araştırma amacıyla yapılan bir çalışma yapılmıştır. Buna göre; çalışanların %20,3'ü şiddet konusunda endişelenmediklerini belirtirken %14'ü çok endişeli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanların %83,3'ü şiddet durumunda şiddeti bildirmeye yönelik prosedürlerin olduğunu bildirmiş %30,1'i şiddet bildirim prosedürlerinin nasıl işlediği hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %29,3'ü şiddet halinde şiddeti bildirilmesi için desteklenmediğini, %70,7'si ise şiddet bildirim yapılması için idareciler veya arkadaşları tarafından desteklendiğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %20,9'u fiziksel şiddete uğradığını, %75,6'sı ise sözel şiddete veya herhangi bir zorbalığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddet 'in %89'u hasta veya hasta yakınları tarafından, % 5,6'sı ekip arkadaşları tarafından, %1'i ise idare tarafından gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Şiddete maruz kalanların %32,3'ü silahla saldırıya uğradığını belirtmişlerdir. Şiddete uğrayan personelin şiddet karşısındaki tutumları incelendiğinde çalışanların en çok takındıkları tutum, hiç şiddet yaşanmamış gibi davranmak, ekip arkadaşına durumu anlatmak ya da sendikadan yardım istemek şeklinde olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası sendikaların şiddet durumlarında şiddeti önleyebileceği konusunda

etkili olduklarını söylemişlerdir. Şiddete uğrayanların %22,7'si isı yaralanmış, bu yaralananların %48'i hastane şartlarında tedavi ihtiyacı doğmuş %30,9'unun şiddet sonrası izin aldıkları bildirilmiştir. İzin alanların %91,6'sının 1 ile 3 gün arasında izin aldıkları bildirilmiştir. Şiddet sonrası saldırganların %31,8'inin bir işlem yapılmadığı, %22,7'sinin polis kuvvetlerine bildiride bulunduğu, %22,7'si nin akıbetini bilinmediği, % 13,6'sının sadece sözlü olarak uyarıldığı bildirilmiştir. Katılımcıların %48,3'ü son bir senede 2 ile 4 kez şiddete tanık olduğunu, %36,4'ünün senede 1 kez tanık olduğunu yalnız iki katılımcı hastanede her gün şiddete tanık olduklarını bildirmişlerdir. Son bir yıl içerisinde şiddeti bildirme oranları %27,5 olduğu bu bildirim yapanların %55,6'sının ise olay bildirim yaptıkları için disiplin cezası aldıklarını bildirmişlerdir. Hastanede şiddeti önlemede %73,9'güvenlik önlemlerinin etkili olduğunu belirtmişlerdir (Alshahrani ve ark., 2021).



Şekil. 3.40. Birleşik Arap Emirlikleri Acil Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanları Kasım 2017 ve Mart 2018 Zaman Aralığı Şiddet Yaygınlığı



Şekil. 3.41. Birleşik Arap Emirlikleri Acil Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanları Şiddet Bildirim Raporu

Birleşik Arap Emirlikleri’nde hemşireler arasında yapılan bir çalışmaya göre çalışanlar arasında en sık şiddete uğrayanlar %16’lık oranla kadın hastalıkları, %15 ile cerrahi servisler, %14 ile acil servisleri olduğu bildirilmiştir (Khameis Khalfan Obaid,2013).

3.5.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Birleşik Arap Emirlikleri

Ülkede keyfi göz altıların olduğu, özellikle ceza evi şartlarında insanlık dışı muamelerin olduğu, ifade özgürlüğünün olmadığı, özel hayatın gizliliğine saygı duyulmadığı bildirilmiştir. Vatansız olan ülkedeki kişiler için ceza uygulama açısından özellikle infazlar ve ölüm cezaları açısından daha riskli olduğu belirtilmiştir. Mahkeme tarafından hapis cezaları bitmiş olsa bile kişilerin tutuklama hali devam ettiği bildirilmiştir. Covid-19 döneminde sağlık hakkı kapsamında ülke kendi ülkesinde bulunan vatandaşlık süresi dolmuş ya da vatansız kişileri ücretsiz aşılama kapsamında tutmamış uzun bir aradan sonra dâhil etmiştir. Hükümet kişilerin İfade özgürlüğünü sıkı sıkıya kontrol ederek özellikle covid-19 sürecinde söylentiler, sahte haberler sağlık ile ilgili yanlış bilgiler yayınlamanın suç cezaları kapsamında değerlendirileceğini bildirmiştir. Mahkemelerce başta şiddet içeren suçlar dahil olmak üzere özellikle yabancı uyruklu kişilere ölüm cezaları verildiği bildirilmiştir (Amnesty International, United Arab Emirates, Erişim Tarihi:25.08.2022).

Ülkede 2022 yılının şubat ayında iş kanunu yürürlüğe girmiş olup bu kanunun 14.maddesine göre iş yerinde psikolojik şiddet dahil olmak üzere sözlü, fiziksel, cinsel şiddet yasaklanmıştır. Yaşanan şiddet olaylarında olay bildiriminin yapılabilmesi açısından kayıt tutulması önerilmektedir. Tutanak tutulduğu halde yaşanan şiddet için herhangi bir işlem yapılmadığı takdirde kişiler bakanlığa şikâyet edebilmektedirler (Bobker,2022, Erişim Tarihi:25.08.2022).

Ülke Ceza Kanun'u madde 356' ya göre uygunsuz saldırıyı suç saymaktadır. Ancak ceza kanunu uygunsuz saldırı tanımlamasını yapmamakla birlikte bu suçun cezası 1 yıl haptir. Bu şartlar altında ülkede kişilerin cinsel yönelimleri duruma göre suç oluşturup ceza gerektirebilmekte, tecavüz gibi cinsel şiddet mağduru kadınlar rızaya dayalı ilişki sebebiyle ceza alabilme durumlarının da olabileceği belirtilmiştir (Human rights Watch, United Arab Emirates, Roth,2020).

Ülke İş Kanunu yasalarına göre işyerinde yaralanma veya ölüm halinde, olaydan itibaren 24 saat içinde bakanlığa bilgi vermeleri gerekmektedir. Taciz veya güvenlik sorunları yaşandığında telefonda arama, mesaj atma yoluyla bildirim yapılabilmektedir (The United Arab Emirates Government Portal, Handling Emergencies, Erişim Tarihi:25.08.2022).

Ülkenin Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde pozitif ya da negatif bildirimlerin yapılabileceği, yasa ihlalinin yapıldığı, güvenlikle ilgili tehdit durumlarında, ırkçılığa maruz kalınması hallerinde, onur kırıcı davranışlara maruz kalındığında bildirim yapabilecekleri bir denetim mekanizması bulunmaktadır (United Arab Emirates Ministry of Health &Prevention, Digital Participation, erişim tarihi:25.08.2022).

Birleşik Arap Emirlikleri Ceza Yasası madde 28 ve 29'a göre suçlar karşısında alınabilecek cezalar ölüm cezası, ömür boyu hapis, para cezaları olarak belirtilmiştir. Ülkenin ceza yasalarında 53. madde'nin 1. fıkrasına göre; kocanın karısına, çocuklarına karşı şeriat kuralları dahilinde iyi niyet çerçevesinde kanunun öngördüğü sınırlar içinde cezalandırması suç oluşturmamaktadır. 53. madde'nin 3. fıkrasına göre: spor oyunları içerisinde gerekli özen ve dikkate rağmen ortaya çıkan şiddet eylemleri ceza gerektirmemektedir. Madde 61'e göre sarhoşluk halindeki işlenen suçlarda cezai sorumluluk bulunmaktadır. Madde 111'e göre sarhoşluk veya uyuşturucunun etkisiyle suça karıştığı belirlenen kişinin halka açık yerleri kullanması 1 ile 5 yıl arasında yasaklanır. Madde 60'a göre akıl hastalığı cezai sorumluluk açısından hafifletici sebep olarak görülmektedir. Ceza yasası Madde 62'e göre 7 yaşını doldurmamayan çocuklara ceza davası açılamaz (Abu Dhabi Judicial Departement, Penal Code, Erişim Tarihi: 26.08.2022).

Madde 91'e göre akıl hastalığı sebebiyle toplum için zarar teşkil edebilecek kişilerin toplum yararı adına savcılık kararıyla tedavi ya da gözlem amacıyla psikiyatri servislerine yatışı yapılabilmektedir. Madde 303'e göre kamu malına kasti zarar verme suçunun cezası on yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 313'e göre gayrimüslimlerin kabul edildiği haklar saklı olmak üzere alkollü içki tüketmenin cezası bir ile 6 ay arasında hapis cezası veya 2000 dirhem (544,50 USD) para cezasıdır. Madde 332 fıkra 1'e göre kasıtlı olarak adam öldürme suçunun cezası müebbet hapidir. Madde 332 fıkra 2'ye göre kamu görevlisini görevi sırasında kasten öldürülmesi suçunun cezası idamdır. Madde 335'e göre intihara teşebbüs etmenin cezası 6 aya kadar hapis veya 5000 dirhem (1361,25 USD) para cezasıdır. Madde 336'ya göre kişiyi öldürme kastı olmadan kişiye karşı saldırı sonucu kişinin ölümüne sebebiyet verilmesi suçunun cezası 10 yıla kadar hapidir. Madde 337'ye göre kişide sabit ize sebebiyet verme, organ ve işlev bozukluğuna neden olacak şekilde zarar verme suçunun cezası 7 yıla kadar hapis cezasıdır.

Madde 339'e göre kişilere saldırı suçu bir yıla kadar hapis cezası ve onbin dirheme (2722,50 USD) kadar para cezasıdır. Madde 354'e göre zina suçunun cezası kişilerin cebirle ölüm cezasına çarptırılmasıdır (Abu Dhabi Judicial Departement, Penal Code, Erişim Tarihi:26.08.2022).

Madde 359'a göre bir kadına karşı rahatsızlık verici söz ve davranışlarda bulunmanın cezası bir yıla kadar hapis ve on bin dirheme (2722,50 USD) kadar para cezasıdır. Madde 372'ye göre hakaret suçunun cezası iki yıla kadar hapis cezası ve 20.000 dirheme (5444,99 USD) kadar para cezasıdır (Abu Dhabi Judicial Departement, Penal Code, Erişim Tarihi:26.08.2022).

3.5.2. Tunus

3.5.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Tunus 2019 yılında 0,740 değeri ile yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 95. sırada yer alırken 2021 yılında 98. sıraya gerilediği görülmektedir (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 30,5 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Tunus, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 75,922 yıl iken 2021 yılı için 73,8 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 7,9 yıl artmıştır (Human Development Index, Tunus, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 17,17 iken bu hız 2019 yılı için 16,87'dir (Ek 1).

Beklenen yaşam süresinde dünya ortalamasının üzerinde olup bebek ölümlerinde ise dünya ortalamasının altında yer almaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Tunus, Erişim Tarihi: 28.08.2022).

Tunus'ta beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 14,797 yıl iken 2021 yılında bu veri 15,4 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 7,010 yıl, 2021 yılı için 7,4 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,8 yıl ve beklenen öğrenim süresi 4,6 yıl artmıştır (Human Development Index, Tunus, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkedeki eğitim sistemi iki aşamalı olup dokuz yıllık bir süreci kapsamaktadır. Dokuz yılın sonunda mezuniyet belgesini alabilmeleri için genel bir sınava tabi tutulmaktadırlar. Başarılı olmaları halinde lise düzeyinde eğitime hak

kazanmaktadırlar. Ülkede 1990 yılından itibaren okullaşma süreci 6 ile 16 yaş aralığını kapsamakta ve devlet tarafından ücretsiz karşılanmaktadır (Oxford Business Group, Tunisia's Education Sector To Be Overhauled, Erişim Tarihi:27.08.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 29.851, 2017 yılı için 28.739'tür. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 26,7 iken 2017 yılı için 25,14'tür. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 14.655, 2017 yılı için 14.892'dir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 13,11 iken 2017 yılı için 14,892'tir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 yılı için 2332'dir. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 21,8 iken 2017 yılı için 21,8'tir (Ek 1).

Ülkede özel kliniklerin sayısında artış olmakla birlikte bu durumun 2025 yılında ülkedeki yatak kapasitesinin iki katına çıkacak şekilde 75 yeni sağlık tesisinin bitmesi beklenilmektedir (The Borgen Project, Schneider, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 67, 2020 yılı için 80 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkenin sağlık sistemi diğer Afrika ülkelerine kıyasla oldukça gelişmiş düzeydedir. Sağlık hizmeti birçok alanda yeterli olmasına rağmen hekimler açısından değerlendirildiğinde hekimleri başta Fransa olmak üzere yurtdışında eğitim görmüş kişiler olmasına rağmen Avrupa standartlarında sağlık hizmeti verilememektedir. Devlet hastanelerinin sağlık hizmeti çok düşüktür. Devlet hastanelerine kıyasla özel hastaneler sağlık bakım kalitesi açısından daha üst seviyede hizmet vermektedir. Bu hastanelerin dışında hekimlerin özel muayenelerinde sağlık hizmeti verilmekte olup özel laboratuvarlarda yüksek teknolojiye sahip tıbbi imkanlarla hizmet verilmektedir. Ülkede birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimliği uygulaması yoktur (T.C.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Tunus, Erişim Tarihi: 28.08.20229).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 72,0 iken 2022 verileri 77,5 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,85'tir (Ek 1). Arap baharı ve öncesindeki 2007 ve 2014 yılları arasındaki sürecin ülkedeki cinayet ve intihar üzerindeki etkisini inceledikleri bir makalede; devrimi takip eden 2 yıl boyunca ülkede intihar oranlarında önemli bir artış olduğu bildirilmiş olup intihar edenler arasında 2011 yılı ve öncesinde akıl sağlığı yerinde olmayanların oranı %40 iken 2011 sonrası bu oranın %48 olduğu bildirilmiştir. İntihar edenlerin %40,3'ünün şizofreni ve %25'inin depresyon tanısı olduğu bildirilmiştir (Ben Khelil ve ar.,2016).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 1,5 litre, 2019 yılı içinde 1,51 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 98,4 artmış olup (Human Development Index, Tunus, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 10,189 USD, 2019 yılı için 10,414 USD olarak belirtilmiştir (Tablo 8).

Ülkenin kırsal kesimlerinde yaşayan halkın %26'sı yoksul olarak belirtilmiştir (World Food Programme, Tunisia, Erişim Tarihi:27.08.2022). Arap Baharı sonrası hızla değişen ülkede işsizlik oranı 2010 yılında %13 iken 2015 yılında %15,2 ye yükseldiği belirtilmiştir (Ben Khelil ve ar.,2016). Bu süreçte ülke halkı için beslenme yetersizliğine bağlı sorunlar olduğu kaydedilmiştir (Worl Food Programme, Tunisia, Erişim Tarihi:27.08.2022).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) noktasında, ülkede kişi başına yerel genel devlet

sağlık harcaması; 2015 yılı için 138.1 USD, 2019 yılı için ise 133.2 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülke vatandaşlarının %90'ından fazlasının sağlık sigortası mevcuttur. Özel sağlık sigorta sistemi ülkede çok yaygındır. Hükümet 2014 yılında sağlık hizmetinin insan hakkı olduğunu belirterek sağlık hakkı çerçevesinde ülke vatandaşlarına verilmesi yönünde karar almış olsa da ülkenin sağlık alt yapısı bu maliyetin karşılanması hususunda yetersizdir (The Borgen Project, Schneider, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 0,09 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri verileri incelendiğinde, ülkede kişilerarası şiddet için şiddet ve yaralanmayı önleme düzenlemesi bulunmamaktadır.

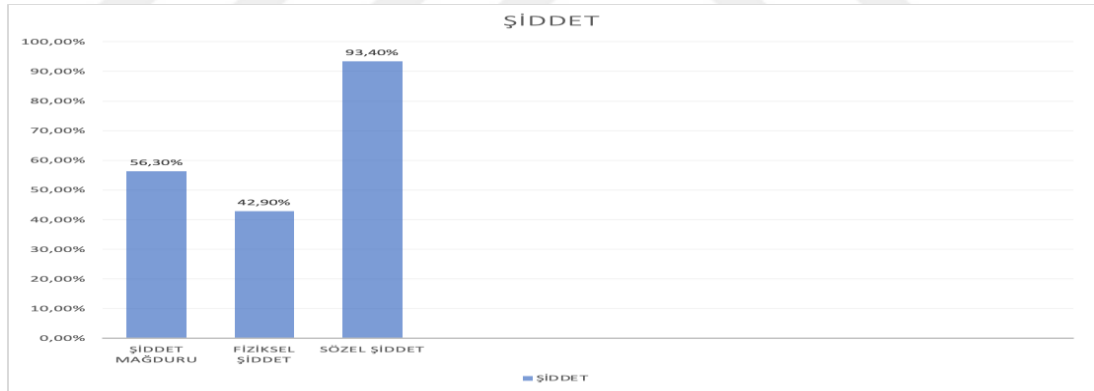
Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 1,996 değer ile 85. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 1,997 değer ile ülke dünya genelinde 75. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2012 yılı için 3,1 olduğu belirtilmektedir (Ek 1).

İntihar eden ve cinayete kurban gidenlerin oranı 2011 yılından önce %53,1 iken 2011 sonrası %64,9 olduğu bildirilmiş ve özellikle kırsal kesimlerdeki cinayet oranlarının 2011 yılı ve öncesinde %29,4 iken 2011'den sonra %37,4 olduğu bildirilmiştir (Ben Khelil ve ar.,2016).

3.5.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

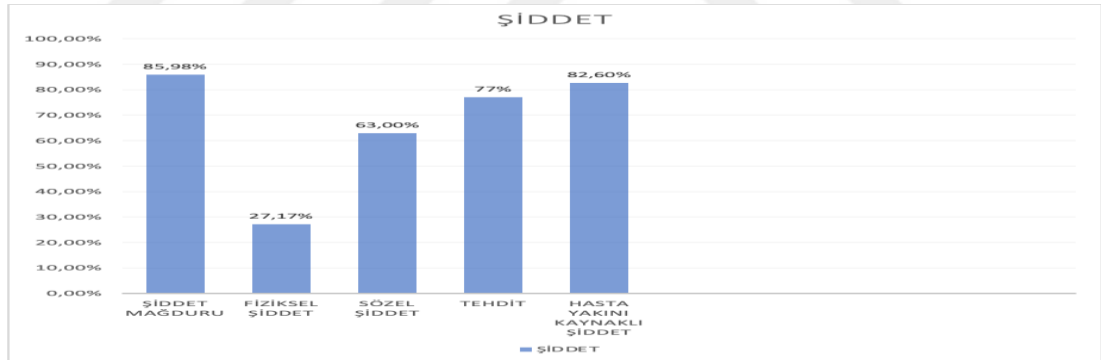
Ülkede bir üniversite hastanesinde Nisan ve Temmuz 2019 zaman aralığında bir çalışma gerçekleştirilmiş olup geçmişe dönük bir sene süreç içerisindeki şiddet sıklığı ölçülmesi hedeflenmiştir. Hemşireler üzerinde yapılan bu araştırmada hemşirelerin bir yıllık süreçte %56,3'ünün şiddete maruz kaldığı ve bunların %42,9'unun psikolojik açıdan etkilendiği bildirilmiştir. Şiddetin %56,3 sıklığında hasta veya hasta yakını kaynaklı olduğu bildirilmiştir. Gerçekleşen şiddetin %42,9'u fiziksel şiddet şeklinde, %93,4'ünün sözel şiddet şeklinde oluştuğu, %39,1'inde itişme şeklinde olduğu, %36,9'unda vurma eylemi gerçekleştiği, %53'ünde ağır hakaret içerdiği bildirilmiştir. Çalışmada erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha fazla şiddet mağduru olduğu bildirilmiş olup, gece vardiyasında çalışmak ve genç yaşta olmak şiddeti artıran sebepler olarak bildirilmiştir. Şiddetin en fazla gerçekleştiği yerlerin psikiyatri servisleri, pediatri servisleri olduğu belirtilmiş olup en az şiddetin bildirildiği yerin yoğun bakım servisleri olduğu bildirilmiştir (Kotti ve ark.,2022).



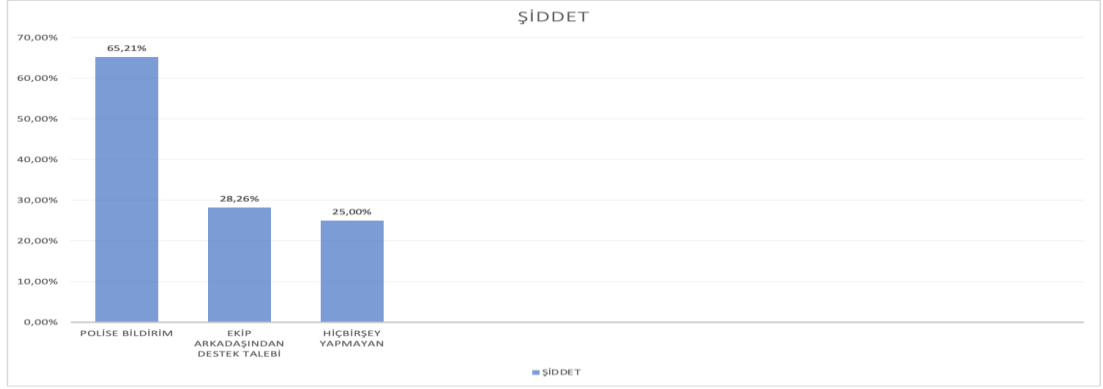
Şekil. 3.42. Tunus 2019 Yılı Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Şiddet Sıklığı

Ülkede Ekim 2018'den Mayıs 2019'a kadar Kef valiliğine bağlı tüm hastanelerin acil servisinde yapılan başka bir şiddet sıklık araştırmasında, şiddete uğrayanların %58'inin hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya göre çalışanların %85,98'inin şiddete maruz kaldığı, %77'sinin tehdit edildiği, %63'ünün hakarete uğradığı, %27,17'sinin fiziksel şiddete uğradığı bildirilmiştir. Şiddet olaylarının %82,60'ında hasta yakını kaynaklı olduğu, %75'inin ise şiddet faillerinin

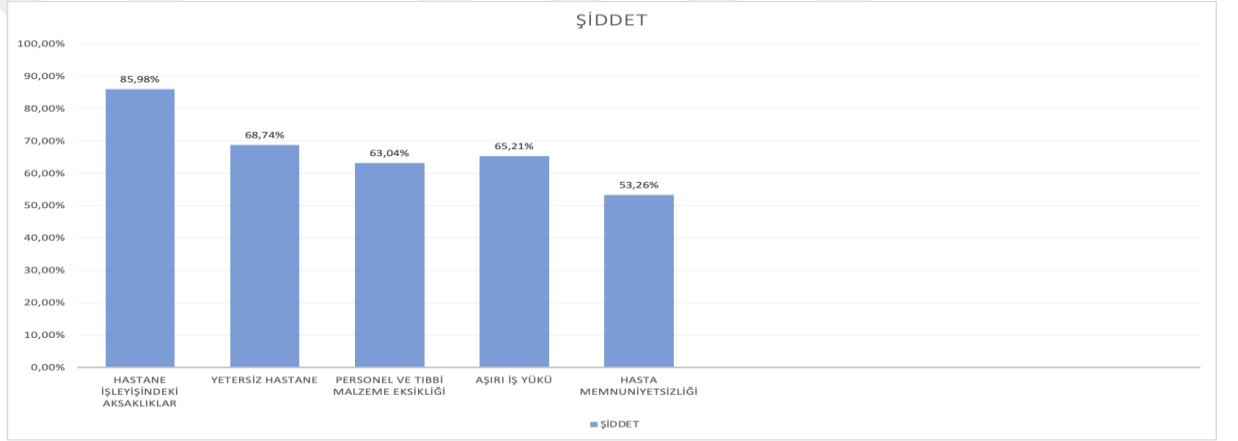
erkek olduğu bildirilmiştir. Şiddet mağdurlarının şiddet sonrası davranışları incelendiğinde %65,21'inin şiddet olayını polise ihbar ettiği, %28,26'sının ekip arkadaşından yardım talep ettiği, %25'inin ise hiçbir şey yapmamayı tercih ettiği bildirilmiştir. Şiddet nedenleri araştırıldığında %85,98'inin hastane işleyişinde aksaklıklar sebebiyle gerçekleştiği, %68,74'ünün hastanelerin yetersiz olması, %63,04'ünün personel ve tıbbi malzeme eksikliği sebebiyle yaşandığını, %65,21'isinin ise aşırı iş yükü sebebiyle yaşandığı, %53,26'sının hasta memnuniyetsizliği sebebiyle gerçekleştiği bildirilmiştir. Şiddete uğrayanların %44'ünde yaralanma, %28'inde kanamalı yaralanma şeklinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43,4'ünün suçluluk hissetmesi sonrası stres düzeylerinin artması ve bu durumun kişilerin psikolojik durumunu etkilediği ve kişilerde belirlenen diğer etkilerin ise motivasyon düşüklüğü ve konsantrasyon sorunu olduğu bildirilmiştir. %72,89'u şiddet sonrası kurum amirleri tarafından görmezden gelindiği ve bu durumun çalışma yerlerinde güvensizlik hissi oluşturduğunu belirtmişler ve %84,11'i şiddet sonrası psikolojik desteğe ilaç duyduklarını bildirmişlerdir (Wertani,2021).



Şekil. 3.43. Tunus Kef Valiliği Acil Servis Hastaneleri Şiddet Sıklığı



Şekil. 3.44. Tunus Kef Valiliği Acil Servis Hastanelerinde Çalışan Personelin Şiddet Sonrası Tutumu



Şekil. 3.45. Tunus Kef Valiliği Acil Servis Hastanelerin Şiddet Nedenleri

Şiddet sonrası şiddete dair olay tutanağının 24 saat içinde hazırlanıp; şiddet yeri, gerçekleşen olay durumu, olaya tanıklık eden herhangi bir kişinin iletişim belgelerinin yazılıp kurum amirine teslim edilmesi önerilmektedir (Wertani, 2021).

Tunus'ta yapılan bir çalışmada katılım sağlayan hemşirelerin %93'ünün şiddete maruz kaldığı bildirilmiş olup şiddet bildirimlerinin %90'unun sözel, %70'inin fiziksel, %62'sinin psikolojik ve %11'inin cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Şiddete maruz kalan kişilerin %48,3'ünün 4'ten fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Yapılan çalışma bulgularında hemşirelerin %48,3'ünde travma sonrası stres bozukluğu olduğu

tespit edilmiş olup travma sonrası stres bozukluğu yaşayanların psikiyatri ve acil servislerde çalışan hemşireler olduğu bildirilmiştir (Minif ve ark.,2022).

3.5.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Tunus

Tunus Ceza Kanunu madde 5'e göre; suç işleme karşısındaki cezalar, kamu işlerinde hizmet cezası, para cezası, hapis ve ölüm cezası şeklindedir. Madde 7'ye göre kişiye verilen ölüm cezası idam şeklinde uygulanır. Madde 15'e göre cezası bir yılı aşmayan suçlarda ceza şekli toplum hizmeti olarak değiştirilebilir. Madde 116'ya göre kamu görevinden dolayı kişiye karşı şiddet tehdidinde bulunma, kamu görevlisinin görevini yapmaya engelleme suçunun cezası 6 ay hapis ve 48 dinar para (15,03 USD) cezasıdır. Madde 125'e göre kamu görevlisine görevi sırasında onur kırıcı hakaret, tehdit, aşağılama suçunun cezası bir yıl hapis ve yüz yirmi dinar (37,58 USD) dır. Madde 127'e göre kamu görevlisine görevi sırasında saldırıda bulunma suçunun cezası 1 yıl hapis ve yetmiş iki dinar (22,55 USD) para cezasıdır. Saldırı kişide vücut bütünlüğünde bozulma, hayati organ kaybı, iş göremez halinde olması durumunda madde 219'a göre 5 yıl hapis cezası ile cezalandırılır. Madde 201'e göre kasten adam öldürmenin cezası ölümdür. Madde 227'ye göre şiddet kullanarak kişiye tecavüz suçunun cezası ölümle cezalandırmadır. Diğer hallerde ceza müebbet ceza olarak verilmektedir (Republique Tunisienne, le Code Penal, 2010).

3.5.3. Pakistan

3.5.3.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Pakistan 2019 yılında 0,557 ile orta insani gelişme endeksi kategorisinde 154. sırada yer alırken 2021 yılında 0,544 değeri ile 161. sırada düşük insani gelişmişlik kategorisinde yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası %38,6 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Pakistan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 66,557 yıl iken 2021 yılı için 66,1 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 7,2 yıl artmıştır (Human Development Index, Pakistan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 76,02 iken bu hız 2019 yılı için 67,32'dir (Ek 1).

Bebek ölüm oranları çok yüksek olduğu belirtilen bu ülkede kadın sağlık çalışanlarının olduğu bölge olan Punjab şehrinde 2006 yılında 100.000 canlı bebek doğumunda ölüm oranının 250'den 79'a düştüğü belirtilmiştir (Women Deliver, The Pakistani Lady Health Worker Program: Providing Care to Underserved Populations, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Pakistan'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 7,296 yıl iken 2021 yılında bu veri 8,7 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 5,089 iken 2021 yılı için 4,5 olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 2,9 yıl ve beklenen öğrenim süresi 3,7 yıl artmıştır (Human Development Index, Pakistan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Dünyanın en kalabalık 6. ülkesi olan Pakistan nüfusunun %34'ü 30 yaşının altında en genç nüfusa sahip ülke olduğu belirtilmektedir. Aşırı kalabalık nüfusuna karşılık Pakistan eğitim sisteminin yetersiz olduğu belirtilmekte olup, dünya genelinde okullaşma oranında en düşük 2. ülke olduğu bildirilmektedir. 2017 yılında 5 ile 16 yaş gurubundaki çocukların %44'ünün okula gitmediği bildirilmiştir. Cinsiyet eşitsizliğinin çok yüksek olduğu bildirilen ülkede ilkokul çağındaki kızların %32'sinin, erkeklerin %21'inin okula gitmediği, dokuzuncu sınıfa kadar eğitim hayatına devam eden kızların oranı %13 olarak belirtilmiştir. Ülkede kırsal ve kentsel bölgeler arasında sosyo-ekonomik açıdan çok fazla eşitsizlik olması, eğitime erişimi engelleyici rol oynamaktadır. Kentlerde okur-yazar oranı %75 iken kırsal kesimlerdeki kabile bölgelerinde oranın %9 olduğu bildirilmiştir. Eğitim sistemindeki okulların binasının çok eski ve bakımsız olduğu, elektrik olmadığı, yeterli profesyonelliğe sahip olmayan

eğitim kadrosu olduğu, öğretmenlerin okullara devamlı gitmemeleri sorunların başında gelmektedir. Ülke milli gelirin %2,9'unun eğitime harcadığı bildirilmektedir. Eğitim sistemlerinde okul müfredatlarında standart bulunmamaktadır. Anayasalarının 25. maddesine göre 5 ile 16 yaş arasındaki tüm çocuklara eğitim ücretsiz sunulması anayasal bir hak olarak kabul edilmektedir. Ülkenin kırsal alanlarında hükümet kontrolünde olmayan inanışlarına uygun eğitim veren medrese eğitim sistemi olduğu bildirilmektedir (World Education News, Education in Pakistan, Hunter, 2020, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 94.776, 2019 yılı için 104.640'tır. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 4,75 iken 2019 yılı için 4,83'tür. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 18.471, 2019 yılı için 242.099'dır. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 9,26 iken 2019 yılı için 11,18'tir (Ek 1).

Pakistan'da 292 hastane, 722 sağlık evi, 91 anne ve çocuk sağlığı merkezi bulunmaktadır. 1950 yılında 2298 doktor, 418 hemşire ve diş hekiminin olmadığı dönemden şu an gelinen noktada çok ilerleme kaydedilmiş ise de halen ülke genelinde hekim ve hemşire sayısının sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için yeterli olmadığı bildirilmektedir. Ülkede her yıl 1150 hekimin göç ettiği ve 570 hekimin ise çeşitli nedenlerle istifa ettiği bildirilmektedir. Her yıl yaklaşık 1700 Pakistanlı pratisyen hekimin hekim havuzundan kaybolduğu, yılda 1150 kişinin daha gelişmiş ülkelere göç ettiği bildirilmektedir. Ülkedeki hekim eksikliğiyle mücadele kapsamında hükümet hekimlere yüksek maaş, barınma imkânlarının sağlanması, kariyer geliştirme imkânı sunma gibi teşvikler sunmaktadır. Bu şartlar altında ülkedeki hekim sayısının hemşirelik ve diş hekimliği personel sayısına göre iyi durumda olduğu, hemşirelik açısından yetersizliğin %95,94 sıklığında olduğu, diş hekimleri gibi diğer meslek gurupları için yetersizliğin %92,62 sıklığında olduğu bildirilmiştir. Ülkedeki hekimlerin özellikle erkek olduğu, hemşirelikte kadın cinsiyetinin hâkim olduğu bildirilmektedir. Var olan personeller açısından da özellikle anne ve çocuk sağlığı bakımında çalışan sağlık personelinin bilgi düzeyi açısından yetersiz olduğu belirtilmektedir. Toplum sağlığı adına çalışan Lady Health Worker'ların bilgi düzeyi

incelendiğinde %6'sının 100 üzerinde 70'in üzerinde puan aldığı, her üç kişiden birinin resusitasyon bakımından yetersiz olduğu sadece çalışanların %50'sinin yeni doğan acil bakımında yeterli olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarının performansının; kötü çalışma koşulları, tıbbi malzeme eksikliği, yetersiz denetim, çalışan eğitiminin olmaması, çalışanların işe alımlarında ve görevlendirilmesinde, terfisinde yetkin olmayan kişilere öncelik verilmesi (adam kayırma-yolsuzluk), özellikle kadın çalışan personel için güvensiz çalışma ortamı sağlık sisteminde engeller olarak gösterilmiş ve bu durumun kötü sağlık hizmet sunumuna yol açması neticesinde de insanların sağlığını etkilediği bildirilmiştir (Ahmed Abdullah, 2014).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı verisi 2013 yılı için 0,53'tür. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 6, 2017 yılı için 6,3'tür (Ek 1).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 33, 2020 yılı için 47 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Pakistan 2010 yılında anayasadaki 18. maddeyi yürürlükten kaldırarak sağlık sistemini yerel yönetimlere devretmiştir. Bu şekilde işletilen sağlık sistemi ile ülke, dünyada ulusal sağlık sistemi olmayan tek ülkedir. Yerel yönetimlerle hizmet vermeye çalışılan sağlık sisteminde idare görevlerinde uygun kalitede kişilerin olmaması, yolsuzlukların ve hizmet verme politikalarının uygunsuzluğunun hizmet işleyişini zorlaştırdığı belirtilmektedir (Zhu ve ark., 2014, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Pakistan'da sağlık bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmamakla birlikte bazı kentlerde hekimleri batı standartlarında eğitim görmüş iyi yetişmiş hekimlerden oluşan, bakım kalite standartlarının yüksek olduğu asgari düzeyde hijyene sahip özel hastaneler bulunmaktadır. Bu özel hastanelerin oda ücretleri 50 USD ile 150 USD arasında değişirken yatak ücretleri 15 USD ile 40 USD dolar arasındadır. Ülke genelinde genel sağlık sigortası uygulaması bulunmamaktadır. Özel sigorta uygulaması da pek yaygın değildir. Ülkedeki hastanelerden ilaç temini yapılabilirken, eczanelerden reçetesiz ilaç temini sağlanabilmektedir (T.C. Sağlık

Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Pakistan, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Ülkede sağlık bakım profesyonellerinin sayısının yetersiz olduğu bildirilmektedir. Özellikle kırsal kesimlerdeki halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimine ulaştırma amacıyla toplumsal sağlık düzeyinde; sağlık hizmetinin kalitesini artırma, halkın temel sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma, yöre halkı ile iç içe yaşayıp sağlık hizmeti verebilmeleri amacıyla (Bechange ve ark. 2021) 1994 yılında Lady Health Worker programı oluşturulmuştur. Kadın sağlık personelinin oluşan bu programlarda; kişilere temel sağlık hizmetleri eğitimleri verilmektedir. Pakistan'da toplum kadın sağlık çalışanı olabilmek için 8 yıllık bir eğitim sürecinden geçilmesi gerekmektedir. Eğitim süreci sonucunda bu kişiler kırsal kesimlerde devlete bağlı kurumlarda hizmet vermektedirler (Women Deliver, The Pakistani Lady Health Worker Program: Providing Care to Underserved Populations, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Kırsal kesimlerde halkın içinde hizmet veren bu kişiler bölge halkının sağlığından sorumlu sağlık elemanı olarak geç saatlere kadar çalışmak zorunda kaldıklarını, dinlenmek için eve geçtiklerinde dahi hastaların evlerine geldiklerini, ileri tetkik için hastaneye sevk ettikleri kişilerin ellerindeki sevk kağıtlarının hastanelerde önemsenmediğini, maaşlarının yaptıkları iş performansına göre çok düşük kaldığını belirtmişlerdir. Toplumsal olarak kişilerin hastaneyi kullanmama sebepleri olarak; özellikle kadın hastalar için eşlerinin otoritesinin çok baskın olması, hastaneye sevk ettikleri kadın hasta gurubunda hastaneye gidebilmeleri için eşlerinin rızasının olması gerektiği, tek başlarına hastaneye gidemedikleri ve genellikle eşlerinin kadınların hastaneye gitmelerine izin vermedikleri belirtilmiştir. Kadın hastaların hastaneye gidememe nedenleri arasında; ev işleri gibi sorumluluklarını kendi sağlıklarının önünde tutulması, hastane masrafları, hastanelere ulaşım mesafesinin çok uzun ve maliyetli oluşu ve ücretleri karşılamakta güçlük çekilmesi, kamu hastanelerinde yetersiz ekipman, ilaç ve laboratuvar hizmeti sebebiyle özel hastanelere yönlendirilmeleri ve özel hastane ücretlerinin bütçelerinin çok üstünde oluşu bildirilmiştir (Bechange ve ark. 2021).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 258,7, iken 2022 verileri 297,7 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,19'dur (Ek 1). Pakistan'da her gün 15 ile 35 kişi aralığında intihar olayı olduğu bildirilmektedir. Bu oran saat başı bir kişiden fazlasının intihar ettiği olarak değerlendirilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre katılımcılar %45'inin intiharı düşündüklerini ama eyleme geçirmediklerini, %9'unun ise intihar etmeye çalıştıklarını bildirmişlerdir. Ülkedeki halk için profesyonel yardım alabilmenin güç olması, intihar edenlerinin çoğunda yalnızlık, utanç duygusunun ağır basması ve etiketlenme korkusu sebebiyle yardım alamadıkları bildirilmiştir (Rehman ve Haque, 2020, Erişim Tarihi: 28.08.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 0,04 litre, 2019 yılı içinde 0,04 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 64,1 artmış olup (Human Development Index, Pakistan, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 4,691, USD, 2021 yılı için 4,624 USD olarak belirtilmiştir (Ek-1).

Ülke nüfusunun çoğunluğunun günde 2 dolara yaşadığı belirtilmektedir. Anne ve çocuk sağlığı açısından nüfusunun yarısının yetersiz beslenme sorunu yaşadığı, 1.5 milyondan fazla çocuğun gıda sorunu yaşadığı belirtilmektedir (Zhu ve ark., 2014, Erişim Tarihi:28.08.20229).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) 2015 yılı için 9,91 USD, 2019 yılı için ise 12,63 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1). Devletin milli gelirinin %0,9'u sağlık için harcadığı bu da kişi başına yılda 9,31 dolara karşılık geldiği bildirilmiştir. Ülke halkının %21,92'si olan kamu çalışanları, emekli askeri personeller, düşük ücretle çalışan işçileri kapsayacak şekilde sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmakta olup

geri kalan %78,08'inin sağlık harcamaları kişiler tarafından kendi bütçelerinden karşılanmakta olduğu bildirilmiştir (Zhu ve ark., 2014, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Ülkede satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 0,93 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkede kişilerarası şiddet için şiddet ve yaralanmayı önleme düzenlemesi için veriye ulaşılammıştır.

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,789 değer ile 147. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 3,138 değer ile ülke dünya genelinde 154. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek -1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 4,8 iken 2018 yılı için 3,9 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.5.3.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Ülkedeki kötü çalışma koşullarının özellikle Lady Health Worker'lar (kadın sağlık çalışanları) için tehlike oluşturduğu bildirilmektedir. Toplum sağlığı konusunda çalışan ve bayanlardan oluşan bu ekibin çalışma yerleri özellikle kırsal kesimlerdir. Topluma verdikleri hizmet sebebiyle saldırılara maruz kaldıkları, tehditler aldıkları, hakarete uğradıkları, aşağılandıkları, yaşamlarını yitirdikleri, cinsel tacize uğradıkları bildirilmiştir. 2012 yılında yaptıkları iş sebebiyle 22 kişinin öldürüldüğü bildirilmiştir. İş hayatında aktif rol alan kadınları korumak adına ülkede 2010 yılında kadınların işyerinde tacizden korunması için koruma yasası çıkartılmıştır (Time to end attacks on Lady Health Workers in Pakistan, 2017).

Geleneklerine sıkı sıkıya bağlı bu toplumda görev yapan sağlık çalışanları, ebeveynlerin aşılardan dinen haram olduğu düşüncesi olması sebebiyle çocuklara aşılamayı yapamadıklarını aksi takdirde din adına cinayetler işlendiğini; 18 yaşından küçük kişilere evlilikten caydırıcı söylemlerde bulunamadıklarını, ilk bebeklerini

doğurana kadar kimseye doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi veremediklerini aksi takdirde toplumdaki kadınları yoldan çıkarmaya çalışanlar olarak etiketlendikleri ve suçlandıkları bildirilmiştir. Ağır şartlar altında çalışmak zorunda kalan bu ekipte; iki sağlık personeli aşılama yapmak için gittikleri evde görevi esnasında vurularak öldürülmüş, aşılamanın çocuklar üzerindeki önemini anlatmaya devam ettiği için bir görevliye silah doğrultulmuş, aşılama için gelen personellere kapıların açılmadığı, o yöreye ait olmayan çalışanın o bölgenin erkekleri tarafından taciz edildiği, aşı yaptırılma bahanesiyle çalışanlara tuzak kurulup taciz edildiği bildirilmiştir. Yetersiz korumayla çalışan bu ekip, yaptıkları iş sebebiyle ajan olarak etiketlenip, dini inanışlarına uygun hareket etmedikleri için yerel liderler tarafından suçlanmakta oldukları bildirilmektedir. Çalışanların aileleri, babaları, eşleri kişilerin görevleri sebebiyle bilmedikleri evlere gitmelerinden dolayı kadınların çalışmasını engellemeye çalıştıkları bildirilmektedir (Al Jazeera, Adil, The plight of Pakistan's Lady Health Workers, 2018, Erişim Tarihi: 28. 08. 2022).

Lady Health Worker olarak çalışan bu kişilerin aile ekonomilerinde tek kazanç sağlayanlar olduğu, %63'ünün eşlerinin veya çalışabilecek yaştaki erkek çocuklarının çalışmadığı bildirilmiştir. Ataerkil toplumsal yapıda olan bu şekilde çalışan kadınlarının %87'sinin maaşlarının üzerinde söz sahibi olmadıkları ve bu durumun çalışanlar üzerinde depresyona neden olduğu bildirilmektedir (Time to end attacks on Lady Health Workers in Pakistan, 2017, Erişim Tarihi: 29.08.2022). Evlerinde tek çalışan olarak bu kişilerin ödemelerinin çok düşük olduğu, ödemelerin devlet tarafından 4 ya da 6 aylık periyotlarla ödendiği bildirilmektedir. 2012 yılında bu durumu protesto etmek isteyen sağlık çalışanlarını engellemek adına sert müdahalelerde bulunulduğu, işten atılma ve cinsel tehditler ile karşı karşıya kaldıkları, ağır hakaretlere uğradıkları bildirilmektedir (Al Jazeera, Adil, The plight of Pakistan's Lady Health Workers, 2018, Erişim Tarihi: 28. 08. 2022).

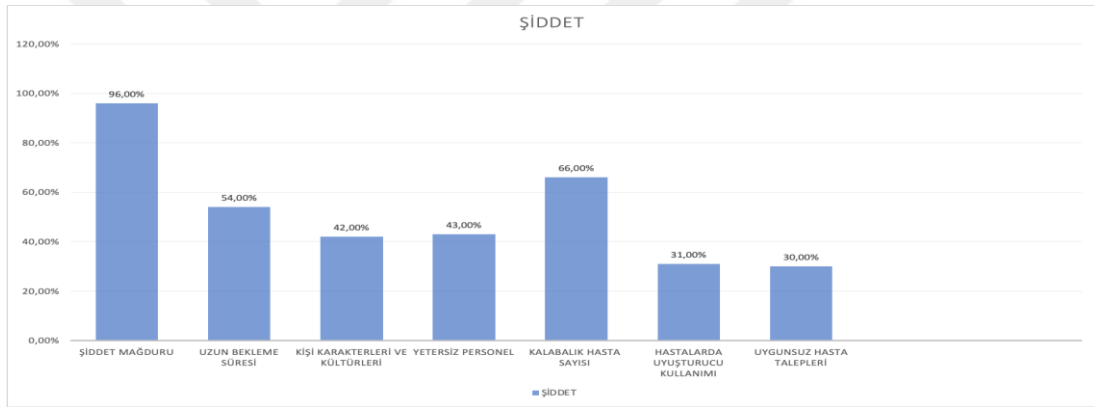
Yapılan bir çalışmada 2020 yılında nisan ve ağustos ayları arasında sağlık çalışanlarına karşı medyaya yansıyan şiddet araştırılması yapılmış, bu süreç içerisinde 29 olay yansıdığı belirtilmiştir. Medyaya konu olan haberlerde şiddet olaylarının kamuya ait hastanelerde gerçekleştiği bildirilmiş olup şiddet uygulayanların %60

oranında hasta refakatçileri, %40 oranında silahlı kuvvetler ve çeteler olduğu bildirilmiştir. Polisin içinde bulunduğu olaylarda; Covid-19 sürecinde hekimlerin risk altında olmaları sebebiyetle fazla ücret ödenmesi talebi, teletıp uygulamasının yürürlüğe konmasının talebi, hekimlerin karantina koşullarının iyileştirilmesi talebi karşısında protesto sonrası gerçekleştiği bildirilmiştir. Protesto esnasında hekimlere fiziksel şiddet uygulandığı sonrasında hekimlerin tutuklandığı bildirilmiştir. Hasta refakatçilerinin içinde bulunduğu çetelerin sebebiyet verdiği şiddet olaylarının nedeni olarak da hastanede yer olmaması sebebiyle covid hastalarının hastaneye alınmaması, covid tanısı ile ölen hastaların cenazelerinin tesliminin prosedürleri sebebiyle yaşandığı belirtilmiştir. Covid-19 sürecinde ülkede hekimlere karşı aşırı güvensizlik oluşmuş teşhis bahanesiyle hastalarını kasıtlı olarak öldürdükleri yönünde suçlanmışlardır. Hastanelerde yaşanan şiddet olaylarında hastane yönetiminin polis kuvvetlerinden destek istemek zorunda kaldığı da bildirilmiştir (Bhatti ve ark., 2021).

Pakistan'da pandeminin ilk yarısında sağlık tesislerinde 600 şiddet vakası olduğu bildirilmiştir. Uluslararası kırmızı haç komitesi (ICRC) tarafından Pakistan'daki sağlık çalışanlarına sağlık tesislerinin yetkilileri ve temsilcilerinin katılımı ile sağlık tesislerinde şiddeti azaltma, şiddeti yönetme, güvenli çalışma alanı oluşturabilme eğitimi çevrimiçi olarak verilmiştir. ICRC sağlıkta şiddete karşı çalışmalar üzerine 2015 yılından itibaren sağlık çalışanlarına şiddeti azaltmak için acil durumlarda iletişim becerileri, kötü haber verme teknikleri, stres ve travma sonrası stres bozukluğunun yönetilmesi konusunda çevrimiçi eğitim verme çalışmaları yapmaktadır. Kuruluş uluslararası hukuk çerçevesinde şiddet mağdurlarına insani yardım ve koruma sağlamayı misyon edinmiş olup 2017 yılından itibaren şiddet yönetimi konusunda çok sayıda eğitim düzenlemiştir (International Committee of the Red Cross (ICRC), Pakistan: ICRC Launches Online Training to Address Violence in Health-Care Settings, 2021, Erişim Tarihi:28.08.2022).

Pakistan'da 3. basamak olarak hizmet veren Dera Ghazi Khan Teaching Hospital hastanesinde sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada personelin %96'sının şiddete uğradığı belirtilmiştir. Çalışanlara göre şiddet nedenleri; %54 sıklığında uzun bekleme süreleri, %42 sıklığında kişilerin kültürel sebepleri ve

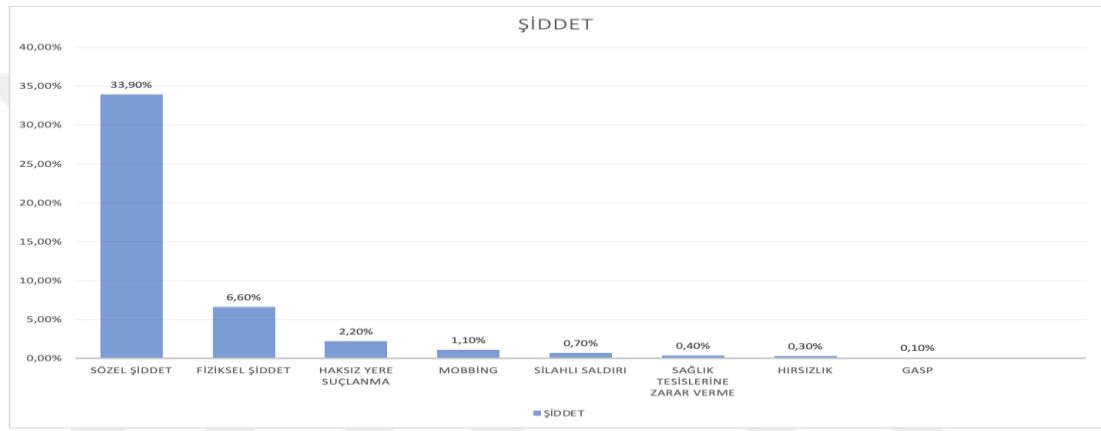
karakterleriyle ilgili olduğu, %43 sıklığında yetersiz personel, %66 sıklığında aşırı kalabalık hasta sayısı, %31 sıklığında hastaların uyuşturucu bağımlılığı, %30 sıklığında işleyişe uygun olmayan hasta talepleri olduğu bildirilmiştir. Çalışmada çalışanlara şiddetle başa etme becerileri konusunda; tehlikeli durumlarda nasıl kaçınılacağını ve çözüme kavuşturacağını bilmeyenlerin sıklığı %2, bilenlerin sıklığı %44, nasıl başa çıkacağını bilmeyenlerin sıklığı %3, bilenlerin sıklığı %39 olarak belirtilmiştir. İdarenin şiddet yönetiminde başarılı olabilmek için çözümleri var mı diye sorulduğunda katılımcıların %100'ü çözümleri olmadığını belirtmişlerdir. İşyerindeki şiddetin kişileri etkileme sıklığına bakıldığında; %16'sı etkilenmediği, %84'ünün etkilendiği belirtilmiştir. Hastanede şiddet yönetiminde eğitim almayanların sıklığı %91 olarak belirtilmiştir (Haider ve ark.,2021).



Şekil. 3.46. Pakistan 3. Basamak Dera Ghazi Khan Teaching Hospital Hastanesi Şiddet Raporu

Pakistan'daki şiddet sıklığını ölçmek için Pakistan'ın 4 büyük şehrinde tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde Ocak 2018 yılında başlayan ve bir yıllık süreçte tamamlanan bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada çalışanların son 6 aylık süreç içerisindeki şiddete maruz kalma sıklıkları araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre; erkeklerin %55,6 sıklığında, kadınların %44,4 sıklığında şiddete maruz kaldığı, katılımcıların %49,2'sinin son 6 ayda herhangi bir şiddet olayını ya yaşamış ya da tanık olmuş olduğu, %38,4'ünün ise birebir şiddet olayını yaşadığı belirtilmiştir. En

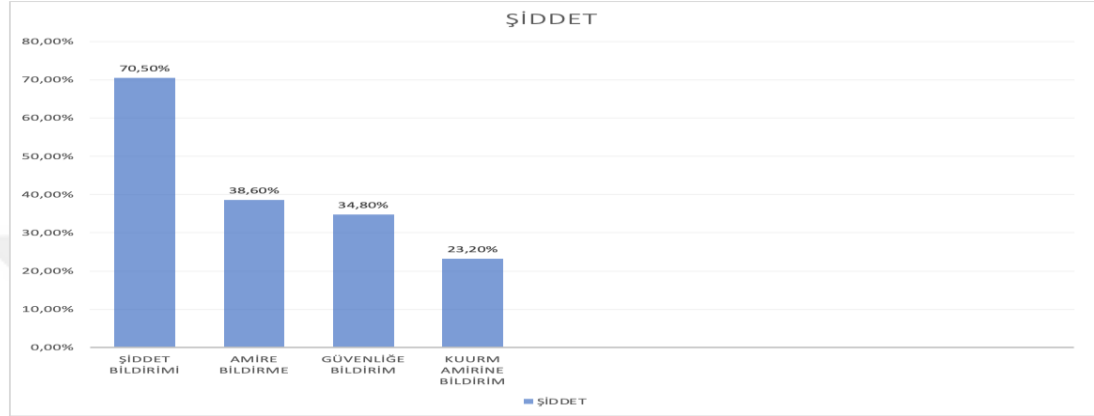
sık yaşanan şiddet türünün %33,9 sözlü şiddet olduğu, %6,6 fiziksel şiddet, %2,2 haksız yere suçlanmak, %1,1 mobbinge uğramak, %0,7 silahlı saldırıyla karşı karşıya kalmak, %0,4 sağlık bakım tesislerine zarar verilmesi, %0,3 hırsızlık, %0,1 gasp olduğu bildirmiştir. 10 yıl ve üzeri çalışma hayatı olan kişilerde fiziksel ve sözel şiddete uğrama sıklığının daha az olduğu, acil birimlerde çalışan personelin şiddet sıklığının çok yüksek olduğu, hastanedeki güvenlik görevlilerinin ise sağlık çalışanlarından daha fazla sıklıkta sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Shaikh ve ark.,2020).



Şekil. 3.47. Pakistan Sağlık Çalışanları Şiddet Raporu

Özel hastaneler ve devlet hastaneleri arasında şiddet sıklığında; devlet hastanelerinde sözel şiddete maruz kalma oranının çok yüksek olduğu, ayrıca devlet hastanelerindeki hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha az sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Fiziksel şiddet nedenleri arasında %17,6'sında hastanın ölüm hali, %16,6'sında hastanın bilincinin kapanma hali, %13,4'ünde sağlık hizmetinde gecikmeler, %2,3'ünde bakım kalitesindeki yetersizlik, %6,2'sinin tıbbi malzeme eksikliği, %3,7'sinin hasta sayısının yüksek olması, %3,4'ünün hasta refakatçi sayısının fazla olması nedeniyle hastanelerin aşırı kalabalık olması, %7,2'sinde güvenlik görevlilerinin düzen sağlamaya çalışmasına karşı gelme durumu, %6'sının yanlış anlama durumu, %5,3'ünde hastaların sabırsızlığı, %5,3'ünde hastanın sevk durumu, %1,9'unda kişilerin tedavi masraflarını karşılayamama durumu olduğu bildirilmiştir. Şiddet mağdurlarının %70,5'i şiddet olayını bildirmişlerdir. %38,6'sı şiddeti birim amirlerine bildirmiş, %34,8'i güvenliğe bildirmiş, %23,2'si

kurum amirine bildirmiştir. Bildirimlerin neticesinde %34,1’inde hiçbir şekilde cevap verilmemiştir. Şiddet karşısında bildirim yapmayanların %73,6’sı olayları raporlamanın etkisiz olduğunu, %14,5’i raporlama sonrası sürecin olumsuz sonuçlarından korkmaları sebebiyle bildirmediğini belirtmişlerdir (Shaikh ve ark.,2020).



Şekil. 3.48. Pakistan Sağlık Çalışanları Şiddet Bildirim Raporu

Pakistan’da hekimler arasında yapılan bir çalışmada hekimlerin %7,1’inin olayları polise bildirdiklerini ve neticesinde saldırganların yargılandığını bildirmişlerdir. Şiddete maruz kalan hekimlerin %42,4’ünün tükenmişlik yaşadığı, %72,9’unda duyarsızlaştıkları, %39,3’ünün psikolojik olarak etkilendiği bildirilmiştir (Zafar ve ark.,2016).

3.5.3.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Pakistan

Pakistan’da, Pakistan hükümeti tarafından Haziran 2020’de sağlık çalışanlarının endişelerini dile getirebilecekleri şikâyet sistemi oluşturulmuştur (Fatima ve ark.,2021). Ülkede kadın çalışanları koruma adına 2010 yılında işyerinde kadınların tacize karşı korunması için koruma kanunu çıkarılmıştır. Kadınlar için güvenli çalışma ortamı oluşturmayı hedefleyen bu kanun tüm kamusal alanlar için geçerli kılınmaktadır. Kadın çalışanlara aşağılayıcı davranışlar sergilemek, düşmanca ve saldırganca davranışlarda bulunmak, cinsel taciz, çalışana uygunsuz tekliflerde

bulunmak ve reddedildiğinde bunu çalışanın aleyhinde kullanmak, çalışana yıldırma davranışında bulunmak, çalışanı zor duruma sokmak, çalışan aleyhine dedikodu çıkarmak suç kapsamında belirtilmektedir. Bu kanunun 4. maddesine göre soruşturma sürecinin gizli yürütüleceği kayıt altına alınacağı da bildirilmektedir. Ceza kapsamında; kınama, para cezası, mağdura tazminat hakkı, suçluyu görevden alma, zorunlu emekliliğe ayırma veya yetkili kişilerce uygun görülen cezalar verilmektedir. Madde 7'ye göre şikayetçinin olay sonrası travma yaşaması durumunda; ilgili kurum çalışana psiko-sosyal destek sağlanma, tıbbi tedavi masraflarının karşılanması, bu süreçte çalışana izin kullandırılması yönünden sorumlu tutulmaktadır (The Protection Against Harassment Of Women At The Workplace Act 2010, Erişim Tarihi:28.08.20229.

Pakistan Ceza Yasası madde 21'e göre kamu çalışanı tanımı yapılmakta olup sağlık hizmet sektöründe çalışanlar bu tanıma alınmamıştır. Ülkede ölüm cezası cezalar arasında olmakta olup madde 54'te ölüm cezasının hafifletilmesi gerekçesi hükümete devredilmiş ancak mağdurun yakınlarının rızasının gözetilmesi gerektiği de belirtilmiştir. Madde 73'e göre cezalar arasında hücre hapsi de bulunmaktadır. Madde 82'ye göre 7 yaşından küçüklerin eylemleri suç kapsamında sayılmamaktadır. Madde 84'e göre akıl hastalığı varlığında kişilerin eylemleri suç kapsamında değerlendirilmemektedir. Madde 86'ya göre sarhoşluk halindeki işlenen suçlarda cezai sorumluluk bulunmaktadır. Madde 302'de qat-i-amd olarak geçen kısas ceza türü bulunmaktadır. Bir kişinin ölümüne sebebiyet verme hallerinde koşullar dikkate alınarak suçluya ölüm cezası veya müebbet hapis cezası verilmektedir. Ancak kısas cezası madde 306 'ya göre suçu işleyen çocuk ya da akıl yoksunluğu olma durumları hariç tutulmaktadır. Madde 325'e göre intihara teşebbüs suçu 1 yıla kadar hapis ve/veya para cezasıdır. Madde 323'te diyat cezası olarak tarif edilen bir cezaları bulunmaktadır. Mahkemenin uygun gördüğü şekilde cezalar altın ya da gümüş üzerinden değer biçilerek verilmektedir. Madde 332''e göre kişide sabit ize sebebiyet verme, organ ve işlev bozukluğuna neden olacak şekilde zarar verme suçunun cezası sağlık görevlisine danışılarak kısas veya şartlar değerlendirilerek 10 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 337'ye göre kişilere beddua etme suç kapsamında olup 3 yıla kadar hapis cezası bulunmaktadır. Kişinin derisinin açıldığı kanamalı yaralama suçlarında

ceza;1 yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 375'e göre cinsel suç işlenmesinin cezası ölüm veya müebbet hapis ve para cezası verilmektedir. Madde 500'göre kişiyi karalama amacı güden iftira suçunun cezası 2 yıla kadar hapis ve /veya para cezasıdır. Madde 506'ya göre kişiyi tehdit etme suçu: 2 yıla kadar hapis cezası ve /veya para cezasıdır. Madde 64'e göre para cezasının ödenmemesi durumlarında kişiye hapis cezası verilmektedir. Madde 68'e göre kişinin hapis süresi para cezasını ödediği durumlarda sona ermektedir (Pakistan Penal Code (Act XLV of 1860), Erişim Tarihi:28.08.2022).

3.5.4. Sudan

3.5.4.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Sudan 2019 yılında 0,510 değeri ile düşük insani gelişme endeksi kategorisinde 170. sırada yer alan ülke olarak 2021 yılında 172.sırada yer almaktadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 54,1 değer artışı olmuştur (Human Development Index, Sudan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 64,429 yıl; 2021 yılı için 65,3 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 9,8 yıl artmıştır (Human Development Index, Sudan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 65,90 iken 2019 yılı için 58,42'dir (Ek 1).

Sudan'da sağlık sistemine erişimde; kentsel ve kırsal bölgelerde yaşayanlar ile zengin ve fakir arasında da eşitsizlik hakimdir. Sağlık sistemine ayrılan bütçenin azlığı temel sağlık hizmeti ile hayatı kurtarılabilecek 5 yaş altı 8 milyondan fazla çocuğu riske atmaktadır. Ülkede her yıl 5 yaş altı çocukların 78.000'i sıtma gibi önlenabilir

hastalıklardan ve yetersiz beslenmeden kaynaklı sebeplerden yaşamını yitirmektedir. Ülkedeki anne ölümleri 100.000 canlı bebek doğumunda 295 olup, anne ölümlerinin altında yatan sebeplerin yetkisiz kişiler eşliğinde evde doğum yapılması ve sağlık bakım tesislerinde acil müdahale ekipmanlarının olmaması olarak belirtilmiştir. Ülke halkı için sağlık tesislerine ulaşım zor olmakla birlikte nüfusunun % 70'inin evinden 30 dakika içinde bir sağlık tesisine ulaşabildiği, % 80'inin sağlık tesisine ulaşabilmesi için bir saat yolculuk yapması gerektiği bildirilmiştir (Unicef, Health, Sudan, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Sudan'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 7,650 yıl iken 2021 yılında bu veri 7,9 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 3,62 yıl, 2021 yılı için 3,8 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990-2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 2,3 yıl ve beklenen öğrenim süresi 4,0 yıl artmıştır (Human Development Index, Sudan, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 6 ile 13 yaş arasındaki çocuklara 8 yıllık eğitim ücretsiz sunulmaktadır. Ülkedeki iç savaş sebebiyle okullaşma genellikle merkezi yerleşim alanlarında bulunmaktadır. Kızların okullaşma oranı düşük olmakla birlikte büyük ölçüde aşiret liderlerinin onayında olduğu bildirilmiştir. Ülkede ortaöğretim 3 yıl olup ücrete tabiidir. Ortaöğretim seviyesinde okullaşma oranı %21'dir (Education System in Sudan, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Sudan temel eğitimde önemli adımlar atarak 2008 ve 2018 yılları arasında kamu ve özel okullar olmak üzere okul sayısını 2800 artırarak 1 milyon çocuğun eğitime erişmesine olanak sağlamış olsa da 3 milyon çocuğun okula gitmediği bildirilmiştir. Özellikle kız çocuklarının okula gönderilmemesinin temel sebebi olarak ekonomik faktörler olduğu, diğer nedenler olarak erken evlilik, hamilelik, kadın sünneti olduğu bildirilmektedir (Unicef, Education, Sudan, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Kişi başına düşen hemşire- kişi başına düşen tıp doktoru verileri incelendiğinde, toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 32.077; 2018 yılı için 47.882'tür. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı için verilere

ulaşılamamıştır. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 15.845; 2017 yılı için 10.683'tür. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 4,07; 2017 yılı için 2,62'tir (Ek 1).

Sudan sağlık işgücünde kadın ve erkek personel sayısının eşit şekilde olduğu bildirilmiş yalnız sağlık çalışanlarının adaletsiz ve orantısız dağılımı olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %70'inin nüfusun %30'luk kesiminin bulunduğu şehirlerde hizmet verdiği bildirilmektedir. Ülkedeki hekimlerin %60'ının yurt dışına göç ettikleri de belirtilmektedir (Ebrahim ve ark., 2017).

Ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 yılı için 1,35'tir. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 6,7; 2017 yılı için 7,4'tir (Ek 1).

Sudan'da devlete bağlı hizmet veren sağlık tesislerinde; sağlık hizmeti çok kısıtlı olup, ülkede acil müdahalelerin yapıldığı özel klinikler bulunmaktadır. Branş doktorları kliniklere özel randevu ile gelmektedir. Bunların haricinde ülkede kaliteli sağlık hizmeti veren özel hastanelerde bulunmakta olup Türk'lerin de kurmuş olduğu Royal Care, Jarash gibi özel hastaneler ile Türk hekimlerin çalıştığı Zamzam Türk Hastanesi de bulunmaktadır (Erişim Tarihi:29.08.2022, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Sudan).

Ülke sağlık sisteminde birinci basamak, 2. basamak ve 3. basamaktan oluşan sağlık hizmetleri bulunmakta ancak birçok hastane işlevselliğini sürdüremeyecek kadar eski ve tıbbi malzeme yönünden yetersiz durumdadır (Ebrahim ve ark., 2017).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 53, 2020 yılı için 27 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileri ile 22,0; 2022 verileri ile 26,1 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 3,55'tir (Ek 1). Sudan, dünya genelinde intihar oranı çok yüksek ülke olmakla birlikte 2012 yılında 100.000 kişiden 20'sinin intihar ettiği bildirilmiştir. 10 milyon nüfusa sahip ülkede sadece 2012 yılı için 2000 kişinin intihar ettiği; intihar eden erkek sayısının 1.360, kadın sayısının 640 olduğu bildirilmiştir. İntihar ülkede suç olmasına rağmen özellikle 15-29 yaş aralığındaki kişilerde ölüm sebebi olarak gösterilmektedir. Silaha erişimin kolay olduğu ülkede, intiharların çoğunlukla ateşli silahlar ile gerçekleştiği de belirtilmektedir (South Sudan Has Highest Suicide Rates, Pal, 2014, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 1999 yılı için 1,93 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1). İntihardan kaynaklı ölümlerde %22'sinin alkol kullanımına bağlı olduğu bildirilmekte olup alkol kullanılmaması durumunda 5 intihardan 1'inde intiharın gerçekleşme ihtimali olduğu da bildirilmektedir (South Sudan Has Highest Suicide Rates, Pal, 2014, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 142,9 artmış olup (Human Development Index, Sudan, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 4,115 USD, 2021 yılı için 3,575 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$); 2015 yılı için 49.48 USD, 2019 yılı için ise 10.65 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülke milli gelirinin % 6,5'ini ve kamu harcamalarına ayrılan bütçenin %8,3'ünü sağlık hizmetlerine ayırmaktadır. Devletin 2003'ten 2027'ye kadar 25 yıllık bir plan çerçevesinde özellikle yoksul ve kırsal kesimlerdeki kişiler için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve erişilebilir olması yönünde çalışmalar yaptığı belirtilmektedir (The Borgen Project, 10 Facts About Health Care In Sudan, Forsyth, 2020, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 0,13 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 3,007 değer ile 154. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,976 değer ile ülke dünya genelinde 150. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2008 yılı için 5,1 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.5.4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Sudan'da eğitim hastanesinde 2021 yılında son bir yıl içerisindeki sağlık çalışanlarına karşı şiddet sıklığı araştırılması yapılmıştır. Çalışanların %6,7'sinin fiziksel şiddete uğradığı, şiddet vakalarının %91,7'sinde silahsız saldırıya maruz kaldıkları, şiddet olaylarının %83,3'ünün hasta yakınları tarafından gerçekleştiği, şiddet mağdurlarının %8,3'ünün olayı şikâyet edip bildirdiği, %41,7'sinin saldırgana karşılık verdiği bildirilmiştir. Bildirim yapılan durumlarda %36,4'ünde soruşturma açılmadığı belirtilmiştir. Katılımcıların bir sene içerisinde %40'ının fiziksel şiddete uğradığını, %42,4'ünün ise üç defadan fazla şiddete uğradığını ve bunların sadece %11,4'ünün şiddet bildirimini yaptığını bildirmişlerdir. Katılımcıların %56,7'sinin bir yıl içinde sözlü şiddete uğradığını, %77,9'unun hasta yakınları tarafından gerçekleştiğini, şiddet mağdurlarının %34,9'unun şiddet hiç yaşanmamış gibi çalışmaya devam ettiği, %49,4'ünün hiç bildirim yapmadığı belirtilmiştir. Şiddet olaylarının %9,5'inin polis tarafından bildiriminin yapıldığı belirtilmiştir. Çalışanların %38'i şiddet bildiriminin neticesinin sonuçsuz olduğunu düşündükleri için bildirim yapmadıklarını söylemişlerdir. Katılımcıların %35,6'sının şiddet sonrası raporlama prosedürlerinden haberdar olmadıklarını, %27,3'ünün işyerinde şiddet prosedüründen

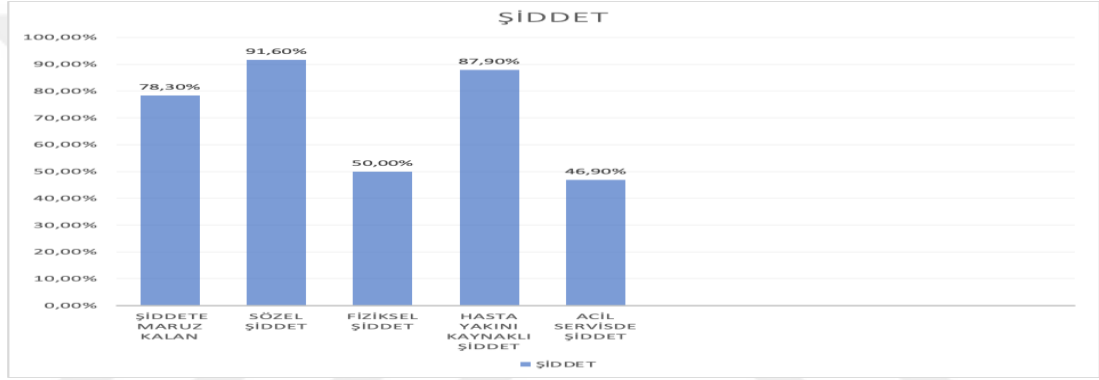
haberdar olup nasıl yapacaklarını bilmediklerini, %39,3'ünün şiddet bildirimi için onaylanmadıkları için bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir. İdare amirlerinin %26,3'ünün sağlık çalışanı ve güvenliği konusunda bilgi sahibi olmadığı belirtilmiştir. Ülkede hekimlerin şiddete maruz kalma oranları %78,6, hemşirelerin %56,2 olduğu, gece vardiyasında çalışanların %52,4'ünün şiddete maruz kaldığı, 30 yaş altının %78,6 oranında daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Gaafar ve Hemmeda, 2022).

Sudan'da 2021 yılında gerçekleşen askeri darbe sonrası sivil halkın ayaklanması ile sağlık bakım tesisleri de risk altında kalmış; tesislere saldırılar düzenlenmiş, birçok hekim eylemlerde tutuklanmış, saldırılarda çok sayıda insan öldürüldüğü belirtilmiştir (Osman ve Alassam, 2022). Bu olaylar sırasında polis güçleri yaralıların hastanelerde tıbbi bakım almalarını engellenmiş, ambulanslara göz yaşartıcı gaz atılarak ekibin sağlık merkezlerine ulaşması engellenmiş, ameliyat esnasında hastanenin elektrikleri kesilmiş, sağlık çalışanları görevlerini yapmalarından dolayı tutuklanmışlardır (Insecurity Insight, Violence Against or Obstruction of Health Care in Sudan, 2021, Erişim Tarihi:29.08.2022).

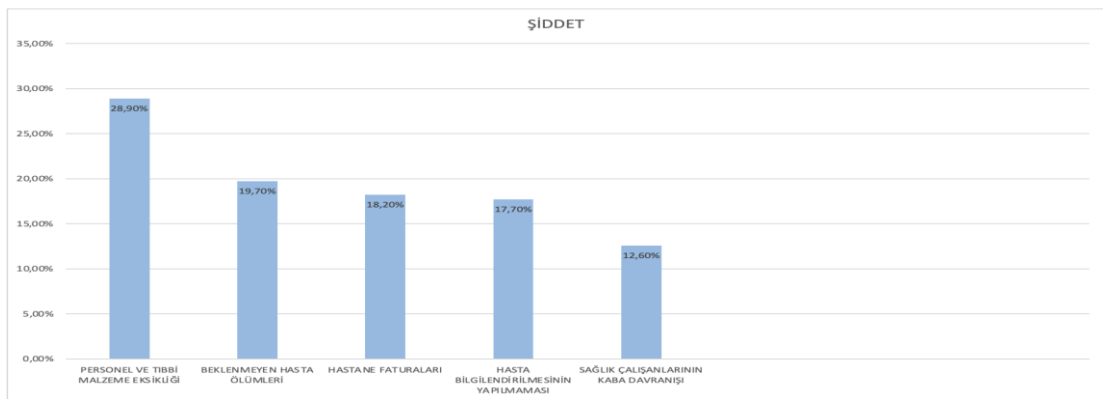
Saldırıların Covid-19 pandemi sürecinde de devam ettiği, acil bakım hizmetlerini durdurma noktasına getirdiği, saldırılarda özellikle sağlık çalışanlarına karşı; fiziksel şiddet, görevlerini yaptırma, tehditler ve yıldırımlar olduğu, zorunlu aramalar yapıldığı bildirilmiştir. Uluslararası hukuk açısından insan hakları ihlalleri olduğu ve bu durumun sonlandırılması gerektiğini bildiren yetkililer Ocak 2022 yılında sağlık tesislerine 11 saldırı, 2021 yılında 26 saldırı olduğunu bildirmiş, bu saldırılarda da 4 kişinin ölümü, 38 sağlık çalışanının da yaralandığı bildirilmiştir (United Nations, Sudan: 15 Attacks On Health Facilities and Workers in Two Months, 2022, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Sudan'da e-anket kullanılarak sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada 78,3'ü pandemi sırasında şiddet gördüğünü bildirmiştir. %65,8'i üçten fazla şiddet gördüğünü, %91,6'sı sözlü şiddete maruz kaldığını bildirmiş, %50'si fiziksel şiddete maruz kaldığını, şiddetin en çok gerçekleştiği birimin; %46,9 sıklığında acil servisler olduğu bildirilmiştir. Şiddet uygulayıcısı olarak %87,9 sıklığında hasta yakınları

olduğu belirtilmiştir. Şiddet nedenleri olarak; %28,9 personel ve tıbbi malzeme eksikliği, %19,7 beklenmeyen hasta ölümleri, %18,2 hastane faturaları, %17,7 hastalara durumları hakkında bilgilendirme yapılmaması, %12,6 sağlık çalışanlarının kaba davranışları sebebiyle olduğu bildirilmiştir. Şiddetin raporlanmama sebebi olarak %57 hastane içerisinde şiddet bildirim sistemi olmaması, %31,1 suçluların ceza almayacak olması düşüncesi, %7,4 şiddet uygulayıcının davranışlarını olağan karşılama, %3,2 çalışanların şiddeti işinin parçası olarak katlanmak zorunda olduğu durum olarak görmesi sebebiyle bildirim yapılmadığı belirtilmiştir (Muhammed Elhadi ve ark.,2022).



Şekil. 3.49. Sudan Sağlık Çalışanı Şiddet Raporu



Şekil. 3.50. Sudan Sağlık Çalışanı Şiddet Nedenleri

Sudan'ın Khartoum şehrinde 2020 yılında e-anket kullanılarak devlet hastanesinde çalışan hekimler arasında şiddet araştırması yapılmıştır. Hekimlerin %50'sinin şiddete uğradığı, şiddete uğrayanların %92'sinin sözel şiddete, %1'inin fiziksel şiddete uğradığı, %40'ının tehdit aldığı belirtilmiştir. Şiddet uygulayıcıların %70,2'sinin yaş aralığının 19-35 yaş arasında olduğu belirtilmiştir. Şiddetin %69,9'unun mesai saatlerinde yaşandığı, %16,2'sinin hafta sonu yaşandığı, fiziksel saldırıların %54'ünün akşamları gerçekleştiği bildirilmiştir. Katılımcıların %79,1'i şiddet bildirimini yapmamış, şiddet bildirimini yapanların oranının %20,6 olduğu bildirilmiştir. Şiddet bildirimini yapmayanların %34,5'i bildirimin etkisiz olduğunu, %5'i korkmaları sebebiyle bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir (Mohamed Elamin ve ark.,2021).

Ülkedeki çatışmalar sebebiyle Nisan 2022'de 2 hastane silahlı kişilerin saldırısına uğramış 2 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş olup, ülkedeki çatışma sebebiyle sağlık çalışanları, hastalar sağlık bakım merkezlerinde güvende olmadıkları bildirilmiştir. Sağlık merkezlerine saldırılar devam ettikçe sağlık merkezlerine ulaşımın engellendiği, akut travma ilk yardımına müdahale edebilecek sağlık çalışanlarının sahalara gidemediği ve durumun gittikçe kritikleştiği bildirilmiştir. DSÖ 2019 yılından itibaren ülkede sağlık hizmetlerine 55 saldırı yapıldığı neticesinde 10 ölüm, 45 yaralanma gerçekleştiği bildirilmiştir (WHO, WHO Condemns Escalating Violence And Attacks On Health Workers In West Darfur, Sudan, Erişim Tarihi:29.08.2022).

3.5.4.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Sudan

Ülkedeki ceza yasası incelendiğinde 2020 yılında yasada bazı değişikliklere gidildiği görülmektedir. Buna göre yetişkin tanımı; 15 yaşını dolduran kişi yerine 18 yaşına gelen kişi olarak değiştirilmiş, küçüklerde ceza sorumluluk yaşı 7 yaşından 12 yaşa çıkarılmış, 18 yaşından küçüklere ölüm cezası kaldırılmış, hamile veya 5 yaşından küçük çocuğu olan kadınlara hapis cezası yerine kamu yararına çalıştırılma cezası getirilmiş, kadın sünneti yapanlara üç yıla kadar hapis, para cezası ve işletmenin

kapatılması cezası öngörölmüş, tecavüz suçu 10 yıl hapis cezasından müebbet hapis cezasına çevrilmiş, içki içmek, zina yapmak, zina yaptığı yönünde kişilere iftira atma suçu kırbaç cezasına çarptırılması olarak belirtilmiş, 10 yaş ve üzeri çocuklarda suç işlendiğinde aldığı 20 kırbaç cezasının kaldırıldığı bildirilmiştir (Sudan: New Law Amending Penal Code Takes Effect, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Cinayetle bir kişinin ölümüne sebebiyet verme madde 28(3)'e göre idam cezası, madde 78'e göre müslüman olup içki içenlere kırbaç cezası, madde 79'a göre alkol ticareti yapan, elinde bulunduran her müslüman suç işlemiş sayılır ve kullanması durumunda bir yıla kadar hapis cezası ve para cezasını çarptırılır (Redress, Sudan Legal Amendments, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Ceza Yasası madde 99' a göre kamu görevlisinin görevi sırasında engellenmesi bir aya kadar hapis ve/veya para cezasıdır. Madde 103'e göre memuru görevinden aldirmekle tehdit eden kişiye bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Madde 130'a göre cinayet suçu ölüm cezasıdır. Madde 139'a göre kişiyi kasten yaralama suçunun cezası; üç yıla kadar hapis ve /veya para cezasıdır. Madde 159'a göre kişiye onurunu zedeleyecek şekilde hakaret eden kişiye 6 aya kadar hapis ve /veya para cezasına çarptırılır (The Penal Code 1991, Erişim Tarihi:29.08.2022).

3.6. Dünya Sağlık Örgütü Batı Pasifik Bölgesi Ülkeleri

3.6.1. Singapur

3.6.1.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Singapur, 2019 yılında 0,938 değeri ile çok yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 11. sırada yer alan ülke 2015 yılında 5. sırada 2021 yılında 12.sırada yer aldığı görölmektedir (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 30,1 değeri artışı olmuştur (Human Development Index, Singapore, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 82,87 yıl; 2021 yılı için 83,8 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 7,7 yıl artmıştır (Human Development Index, Singapore, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 2,74 iken bu hız 2019 yılı için 2,40'tır (Ek 1).

Singapur'da beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 16,1 yıl iken 2019 yılında bu veri 16,5 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 11,627 yıl iken 2021 yılı için 11,9 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 5,8 yıl ve beklenen öğrenim süresi 5,8 yıl artmıştır (Human Development Index, Singapore, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülke 1965 yılında bağımsızlığını ilan ettikten sonra doğal kaynaklarından yoksun, okur yazar olmayan yoksul bir ada ülkesi iken geline nokta da yaşam standartları yüksek bir ülke haline gelmiştir. 2018'de yaşam için öğrenme girişimini başlatmış olan ülke Singapurlular için kişilere memnuniyet ve anlam kazandıracak yaşam boyu öğrenmeyi teşvik etmektedir. Singapur'da tüm öğrencilere ailelerinin gelir durumuna göre her türlü eğitim ihtiyaçları için para aktarılan eğitim fonu bulunmaktadır. Ülkede çocuklara eğitim 3 ile 6 yaş arasında okul öncesi eğitim ile başlar ilkokul 6 yıl, 4 ile 6 yıllık arasında değişen ortaokul süreci ve 3 yıllık lise sürecinden oluşmaktadır. Ülkede 25 yaş ve üstü, 40 ve 60 yaş arası yetişkinler için becerilerini geliştirebilecek eğitimlerde kullanılmak üzere fonlar sağlanmaktadır (NCEE, Top-Performance Countries, Singapore, Erişim Tarihi:30.08.2022).

Kişi başına düşen hemşire- kişi başına düşen tıp doktoru verileri incelendiğinde, toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 46.155; 2019 yılı için 56.142'dir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için; 49,83, 2019 yılı için 57,46 olarak belirtilmektedir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 12.459; 2019 yılı için 14.279'dur. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 22,28; 2019 yılı için 24,6'dır (Ek 1).

Ülke hekim, hemşire gibi sağlık bakımında rol oynayan mesleklerinin yanına mühendisleri, tasarım ve yazılım geliştiricilerinden oluşan ekipleri de sağlık ekibine katmaya başlamıştır. Singapur'da nüfus yaşlandıkça, sağlık çalışanlarının sayısı azalmakta bu sebeple sağlık teknolojisi Singapur için önemli hale gelmeye başladığı belirtilmektedir. Ülke sağlık sisteminde robot hemşireleri kullandığı bu teknoloji ile hemşirelerin tekrarlayan görevlerden uzaklaştığı, kısıtlı insan gücünü desteklediği bildirilmiştir. Robotların sağlık bakım tesislerinde daha fazla kullanılması için çalışmalar yapıldığı belirtilmiştir (How Singapore wants to attract tech talent to healthcare, Nurfilzah Rohaidi, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Kişi başına düşen hastane- kişi başına düşen hastane yatakları noktasında, ülkede 100.000 kişi başına düşen hastane sayısı 2013 yılı için 0,5'tir. 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 24,0; 2017 yılı için 24,9'dur (Ek 1).

Singapur'da bulunan hastanelerin %80'ini kamu hastaneleri oluşturmaktadır. Hastane odalarının standartları aynı olmamakla birlikte odalar bütçeye göre kategorize edilmiş olup sınıflandırmaya göre ise konfor oranı değişmektedir. Hasta odalarının kapasitesi tek kişilik odalardan 8-9 kişilik koğuş tipi hastane odalarına kadar değişebilmektedir. Singapur'daki özel hastaneler konforlu olmakla birlikte uzman hekimler açısından daha geniş imkânlarla sahiptir. Ancak özel odaları her zaman tek kişilik değildir (International Insurance Understanding Singapore's Healthcare System, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Singapur Sağlık Bakanlığı'nca herkes için kaliteli ve uygun fiyatlı temel tıbbi hizmetlerin sağlanmasını hedef almakta olup; ülkenin sağlık sistemi herkesin sorunsuz bir şekilde sağlık hizmetlerine erişimi için tasarlanmıştır. Ülke sağlık sistemi hastaneler, tıp merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, bakım evleri, klinikler, laboratuvarlar bulunmaktadır (Ministry of Health Singapore, Singapore's Healthcare System, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Sağlık hizmeti sunumu noktasında, ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 93, 2020 yılı için 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkede pratisyen hekimlere ait özel işletilen 2000 adet birinci basamak sağlık hizmeti veren klinik bulunmaktadır. Bu klinikler ülkenin birinci basamak sağlık hizmetini %80 oranında karşılamaktadır. Singapur hızla yaşlanan nüfusu ile 2030 yılında nüfusunun %25'ini kapsayan 900.000 kişinin 65 yaşından büyük olacağı tahmin edilmektedir. 2014 yılında on iki yaşlıdan birinin bir engele sahip olduğu bildirilmiş olup; bu durumun 2050 yılında kadar Singapur'daki altı yaşlıdan birine denk olabileceği öngörülmektedir. 2006 ve 2015 yılları arasında hastane başvurularının yıllık %23 sıklığında arttığı, 65 yaş ve üzeri hastaların hastanelere başvuru oranının 2006'da %28,6 iken 2013'te %33,4'e yükseldiği bildirilmiştir. Hastaların hastanede ortalama kalış süresinin 2010 yılında 7,8 gün iken, bu sürenin 2013 yılında 8,2 güne çıktığı bildirilmiştir. Bu durumun hastane harcamalarını arttırdığı, yatak doluluk oranını etkilediği, bakım personeli yetersizliğine sebebiyet verdiği bildirilmiştir. Personel sayısı 2011 ve 2018 yılları arasında %36 oranında artmış olsa da hızla yaşlanan topluma yetersiz kaldığı bildirilmektedir. Ülkede yeniden inşa edilen toplamda 1800 yatak kapasiteli hastaneler ile sağlık sisteminin desteklenmesi hedeflenmektedir. Hükümet 2019 yılında bakıcı destek eylem planı başlatmıştır. Bu plana göre devlet bakıcıların ev masraflarını karşılayabilmesi adına aylık 200 USD evde bakım ödemesi yapmaktadır. Bu sistem ile ülke halkının cepten ödedikleri sağlık harcamaları 2003 yılında % 48,5 iken 2017 yılında %32,1'e düşmüştür. Buna rağmen kişilerin sağlık harcamaları için cepten ödeme yapmalarının kişilere ağır geldiği bildirilmiştir. 2001 yılında ülkede sağlığı geliştirme konusunda çalışmalar yapılması için Sağlık Bakanlığı Sağlığı Geliştirme Kurulu oluşturulmuştur. Kurul sağlığı geliştirme adına sağlıklı beslenme teşvik amacı ile özellikle okullarda yağda kızartılmış ürünlere özel düzenlemeler getirmiştir (Chuan Tan ve ark., 2021).

Sağlık teknolojisinde çalışmalara devam eden ülkede kronik rahatsızlıkları olan hastalar için tansiyon, şeker gibi verileri tanımlayıcı cihazların geliştirildiği belirtilmektedir (How AI and Wearable Tech Is Transforming Singapore's Healthcare, Yogesh Hirdaramani, 2022, Erişim Tarihi: 29. 08. 2022).

Teknolojilerin sağlık sisteminde kullanılması ile Covid-19 pandemisinde sosyal mesafeyi sağlayabilmek adına uzaktan çalışma ile sürecin hızlandığı

belirtilmiştir. Vücuda takılarak kişilerin veri kaydını tutan giyilebilir cihazlar, fiziksel yakınlık gerektirmeden hastaları teşhis ve tedavi imkânı veren teletıp ile sağlık sisteminin iş yükü azaltılmış, verilerin tek elde toplanıp sağlık sistemine aktarılması da hastane yoğunluğunu, hastane personelinin üzerindeki baskıyı ve virüs bulaşma riskini azaltmıştır. Yapay zekâ, mobil uygulamalar, sağlık bilgi yönetim sistemleri, blockhain teknolojisi ile verilerin tek sistemde toplanması ve diğer sistemlerle bağlantılı olması sebebiyle verilere tek elden ulaşılması ve kontrolsüz ve uygunsuz ilaç kullanımının önüne geçilebilir olduğu belirtilmiştir. Teknolojinin sağlık alanına girmesiyle veri gizliliğinin risk oluşturduğu düşünülmekle beraber; toplumların bankacılık işlemlerinde de teknolojiyi kullanmaları sebebiyle sağlık verilerinin dijitalle dökülmesinin kabullenmede kolaylık sağlayabileceği, hükümetlerin veri ulaşımı açısından hukuki düzenlemelere gidebileceği bildirilmiştir. Teknolojiye uyum sağlama konusunda yaşlı kişilerin zorluk yaşama durumunun söz konusu olduğu, yaşlılar için daha basit kullanımı olan cihazların olması, halk eğitimlerinin önemli oluşu vurgulanmıştır. Teknoloji maliyetlerinin çok yüksek olması teknolojinin kullanılmasında engel olarak görülse de yaygın olarak kullanılmasının maliyetlerde düşüşe neden olabileceğini düşündürmektedir. Sağlık bilgilerinin dijital ortama aktarılmasının tıbbi verilere daha kolay erişimi sağlama açısından önemli olduğu, farklı kurumlarda yapılan tetkik ve tedavilerin verilerine ulaşmak için kişilerin kurumlara gitmesinin gerek olmadığı, hekimlere konsültasyon ve ilaç yazma yönünden kolaylık sağladığı belirtilmiştir. Teletıp sayesinde uzak mesafedeki hasta ve yaşlıların uzaktan tıbbi durumlarının takip edilmesinin kolaylaştığı, hastaların tıbbi geçmiş erişimine izin veren dijital ortam ile hastaların kaliteli tıbbi bakım almalarını sağladığı belirtilmiştir. Sağlık teknolojisi ile hastaların tıbbi geçmiş bilgilerinin öğrenme süresinin kısılacağı ve muayene bekleme sürelerinin %50 oranında azalacağı tahmin edilmektedir. Verilerin tek platformda toplanması ile tanıların daha kolay ve hızlı bir şekilde konulabileceği, maliyet ve hata oranını düşürdüğü bildirilmiştir (Ow, 2021, Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileriyle 7988,8; 2022 verileri 8490,8 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,57'tir (Ek 1). Ülkede pandemi ile intihar oranlarının 2020 yılında son 8 yılın en yüksek seviyesine ulaştığı bildirilmiştir. Yaşlı intiharların yıllık artışın %26 olduğu bildirilen ülkede 10-19 yaş aralığındaki kişilerinde intihar sayısında %30'dan %39'a artış olduğu bildirilmektedir. Bu durumun önüne geçilmesi için Millî Eğitim Bakanlığı, okullarda rehberlik servislerinin kurulduğunu ayrıca öğretmenler tarafından öğrencilerin yakından takip edildiğini, krizle başa çıkma becerileri için eğitimler verdiklerini belirtmiş, yüksek öğrenim kurumlarının müfredatına zihinsel sağlık ve kişisel güçlenme konularını ele alan dersler konulmasının planlanmakta olduğunu bildirmiştir. 2020 yılında Singapurluların toplum fonlarından ruh sağlığı hizmetleri için 28 milyon dolar harcama yaptığı bildirilmiştir. Ülkede ruh sağlığı konusunda yardım alabilecekleri acil yardım hatları, dernekler bulunmaktadır (Today, Covid-19: Suicide Rate Among 10-19 Age Group Rises in 2020 Year-On-Year, 2021, Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 1,82 litre, 2019 yılı için 1,81 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 137,8 artmış olup (Human Development Index, Singapore, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 78,162 USD, 2019 yılı için 90,919 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları – USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$) noktasında, ülkede kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması; 2015 yılı için 1084 USD, 2019 yılı için ise 1322 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Singapur sağlık sistemi açısından her alanda üst düzeyde yer almakta olup, sağlık kurumlarında denetimler çok sıklıdır. Hükümetin kendi vatandaşlarına uyguladığı sağlık sigorta programları mevcuttur, diğer kişiler özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Hafif ağrı kesiciler dışında reçetesiz ilaç satımı yapılmamaktadır

(Erişim Tarihi:29.08.2022, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Singapur).

Ülkenin sağlık sistemi sıralamasında 166 ülke arasında 2. sırada olduğu ve küresel sağlık endeksine göre dünyanın en sağlıklı 4. lkesi olarak kabul edildiği bildirilmektedir. Ülkedeki sigorta sistemi üç M olarak da adlandırılan Medisave, Medishield ve Medifund'dan oluşmaktadır. Medisave programında çalışanın maaşından %7 ile %9,5 oranında zorunlu olarak tasarruf hesabı oluşturulup ihtiyaçları halinde kişiler Medisave hesaplarını kullanarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Ancak Medisave kişilerin tüm sağlık bakım hizmetlerini karşılamamaktadır (International Insurance Understanding Singapore's Healthcare System, Erişim Tarihi:29.08.2022). Bu durumda kullabilecekleri ülkede medishieldlife olarak adlandırılan ülke vatandaşlarına özel yapılan tüm hastane faturalarını kapsayacak sağlık sigortası uygulaması bulunmaktadır (Ministry of Health MediShield Life, Medishieldlife, Erişim Tarihi:29.08.2022). İleri tetkikler için Medishild sigortası gönüllüğe esas bir sigorta kapsamıdır. Medfund olarak adlandırılan diğer sağlık sigortası düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için oluşturulmuştur (International Insurance Understanding Singapore's Healthcare System, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 0,43 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

şiddet ve yaralanmayı nleme profilleri yönünden incelendiğinde, ülkede kişilerarası şiddet için şiddet ve yaralanmayı nleme düzenlemesi bulunmamaktadır.

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 1,326 değer ile 9. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 1,387 değer ile ülke dünya genelinde 10. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 0,3, 2018 yılı için 0,2 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.6.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

Ruh sağlığı bozuk olan bireylerde şiddet yaygınlığının fazla olduğu, daha saldırgan oldukları bilinmektedir. Singapur'da ruh sağlığı hastanesinde yapılan bir araştırmada 403 saldırı vakası bildirilmiş bu saldırıların 136'sının personele yönelik olduğu aktarılmıştır (Nair ve ark.,2008).

Singapur'da sağlık hizmetlerine talebin artmasıyla hastane personelinin %70'inin fiziksel şiddete uğradığı bildirilmiştir. Singapur hemşireler birliği hemşirelik mesleğini konu alan You Can Be an Angel Too dizinin medyada yer almasını sağlamış, kamuya açık alanlarda personelin değerli olduğunu vurgulayan posterler ile şiddete karşı adımlar atıldığı bildirilmiştir. Hükümet 2009 yılında sağlık çalışanlarını korumaya yönelik yasal düzenlemelere gidildiği belirtilmiştir (Lyanzhiang Tan ve Chia, 2015).

Singapur'da sağlık çalışanına şiddet verilerinin kurumdan kuruma değişiklik gösterdiği ancak şiddet verilerine ulaşmanın güç olduğu bildirilmiştir. Ülkede son yıllarda şiddet olaylarının arttığı düşünülmekte olup personele karşı şiddeti caydırma amacıyla hastane duvarlarına posterler konulduğu bildirilmiştir. Polise ihbar edilen şiddet sayısının 2010 yılında 16 iken 2012 yılında 332'ye çıktığı bildirilmiştir (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi:30.08.2022).

2018 yılında şiddet olaylarının 1080 iken 2020 yılında 1300'e yükseldiği bildirilmiş, kamu personeli olarak görev yapan sağlık çalışanlarının polise yaptığı taciz bildiriminin 2018 yılında 40 iken 2021 yılında 58'e çıktığı bildirilmiştir (Cases of Harassment or Abuse of Healthcare Workers Rose to 1,300 Last Year, 2021, Erişim Tarihi:30.08.2022).

Yerel gazetelerden edinilen bilgilere göre, acil servis ve yoğun bakım bölümlerinde şiddet olayları açısından daha fazla risk bulunduğu bildirilmiştir. Hastane çalışanları %70 sıklığında fiziksel şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir.

Yaşanan şiddetin çoğunlukla ruhsal bozukluğu, uyuşturucu ve/veya alkol kullanan yaşlı erkek hastalardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Ülkede şiddet olaylarının eksik bildirildiği ve nedenleri olarak; hastaların mevcut rahatsızlığının olması, hasta ve/veya ailesine zarar gelmesini istememek, olaylarda sağlık çalışanı olarak suçlu bulunma korkusunun varlığı, şiddeti işin parçası olmadığı şeklinde algılama konusunda farkındalığın olmaması olduğu bildirilmiştir. İşyerinde şiddeti bildirme durumu şiddetin çözümünde anahtar rol oynamaktadır. Güvenlikle ilgili boşlukların ele alınmasını sağlayarak bir sonraki şiddet olayında erken müdahale fırsatı sağlamaktadır (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi:30.08.2022).

3.6.1.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Singapur

Sağlık Bakanlığı personele karşı şiddet durumlarında sıfır tolerans politikasını benimsemekte olduğunu şiddet karşısında gerekli yaptırımları uygulamaya koyacaklarını belirtmiştir. Ülkedeki sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarında bildirim sağlanıp güvenlik görevlisi ve polis ihbarı ile üst düzey yetkililere kadar ulaşabilmesi için şiddet bildirim sistemi oluşturulmuş, personel olası çatışmaları önlemek, azaltmak ve yönetmek adına eğitimler almıştır. Şiddetten etkilenen personel için danışmanlık hizmetleri ve destek hizmetleri bulunmaktadır. Ülkedeki tacizden korunma yasasına göre kamu sektöründe çalışan personele görevleri sırasında işlenen suçlarda, 12 aya kadar hapis cezası ve/veya 5000 USD para cezası verilmektedir. Şiddet mağdurları failerin zararlarına karşı koruma kararı alabilir veya tazminat davası açabilirler (Ministry of Health Singapore, Severe Penalties for Harassing Healthcare Staff, 2022, Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Singapur'da 2014'te yürürlüğe giren Tacizden Koruma Yasası (POHA-Protection from Harassment Act) bulunmaktadır. Bu yasa ile tehdit, hakaret gibi davranışsal ya da iletişim yoluyla, sosyal medya aracılığıyla ve her türlü saldırı suç kapsamında sayılmaktadır. Suçun cezası 5000 USD para cezası ve/veya 6 aya kadar hapis cezası olarak belirtilmiştir. Kişiyi özel yaşam alanında takip etmenin cezası 5000 USD para cezası ve/veya 12 aya kadar hapis cezası olarak belirtilmiştir (Singapore

Legal Advice, Guide to Singapore's Protection from Harassment Act (POHA), Erişim Tarihi: 06.01.2023).

Singapur ceza yasası madde 82'ye göre 10 yaşından küçük bir çocuğun eylemleri suç oluşturmamaktadır. Madde 84'e göre akıl hastalığı varlığında cezai sorumluluk yüklenememektedir. Madde 96'ya göre kişinin özel savunma hakkının kullanılmasından kaynaklanan durumlar suç kapsamında değerlendirilmez. Madde 97'ye göre kişilerin bedenini suçlara karşı savunma hakkı vardır. Madde 189'a göre kamu görevini yapmasını engelleme suçu 2 yıla kadar hapis ve/veya para cezasıdır. Madde 302'ye göre cinayet işleme suçunun cezası ölümdür. Madde 306'ya göre kişinin intihar etmesi ve intihara yardım edilmesinin cezası 10 yıla kadar hapis ve para cezasıdır. Madde 375'e göre tecavüz suçunun cezası 8 yıl ile 20 yıl arasında hapis ve en az 12 vuruşluk sopa cezasıdır. Madde 504' e göre kişiye hakaret cezası 2 yıla kadar hapis ve/veya para cezasıdır. Madde 507'ye göre isimsiz şekilde korkutma amacı güden tehditlerde 2 yıla kadar hapis cezası verilir (Singapore Statues Online, Penal Code 1871, ErişimTarihi: 30.08.2022).

3.6.2. Çin

3.6.2.1. Seçilen Parametrelere Göre Ülke Profili

Çin, 0,761 değeri ile yüksek insani gelişme endeksi kategorisinde 85. sırada yer alan ülke 2021 yılında 79. sıradadır (Ek 1). Ülkede 1990 sonrası % 52,5 değer artışı olmuştur (Human Development Index, China, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2015 yılı için 75,928 yıl, 2021 yılı için 78,2 yıldır (Ek 1). 1990 ve 2019 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 7,8 yıl artmıştır (Human Development Index, China, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Ülkede 1000 canlı doğumda 5 yaş altı ölüm hızı 2015 yılı için 10,70 iken bu hız 2019 yılı için 7,91'dir (Ek 1).

Çin'de beklenen öğrenim süresi 2015 yılı için 13,825 yıl iken 2021 yılında bu veri 14,2 yıl olarak bildirilmiştir. İGE verilerine göre ortalama öğrenim süresi 2015 yılı için 11,627 yıl, 2021 yılı için 7,6 yıl olarak belirtilmiştir (Ek 1). 1990 -2019 yılları arasında ülkedeki ortalama öğrenim süresi 3,2 yıl ve beklenen öğrenim süresi 5,2 yıl artmıştır (Human Development Index, China, Erişim Tarihi: 02.02.2022).

Çin eğitim sisteminde ilkokul eğitimi 6 yıl ve zorunludur. İlkokuldan sonra 3 yıl ortaokul, sonrasında 3 yıllık lise sürecinden oluşmaktadır (Education System in China, Erişim Tarihi: 09. 11. 2021).

Kişi başına düşen hemşire- kişi başına düşen tıp doktoru verileri incelendiğinde, toplam hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için 3.241.469 iken 2019 yılı için 4.445.047'dir. 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2015 yılı için; 22,91, 2019 yılı için 30,83 olarak belirtilmektedir. Ülkedeki toplam hekim sayısı 2015 yılı için 2.508.408 iken 2019 yılı için 3.210.515'tir. 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 2015 yılı için 22,28 iken 2019 yılı için 22,27'dir (Ek 1).

Ülkede 100 000 kişi başına düşen hastane sayısı verilerine ulaşamamıştır. 10.000 nüfus başına düşen kişi başına düşen hastane yatağı 2015 yılı için 37.9; 2017 yılı için 43.1'tir (Ek 1).

Çin sağlık sistemi 3 basamak şeklinde hizmet vermektedir. Birinci basamakta toplum sağlığı hizmeti verilmekte olup, 2 ve 3. basamakta tedavi hizmetleri bulunmaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde farklılıklar olsa da sağlık hizmeti ücretleri benzerdir. 3. basamak hastanelerinin aşırı kalabalık olduğu ve hastaların aşırı memnuniyetsiz olduğu bildirilmiştir. (Bo ve ark.,2020).

Ülkenin sağlık hizmeti sunum puanlaması 2018 yılı için 93, 2020 yılı için 100 olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Çin’de çalışma şartları ağır olan hekimlerin aşırı stres altında çalıştığı bildirilmektedir. Hekimlerin iş stresi %76,50 tıbbi anlaşmazlıklar sebebiyle, %71,6 hasta kaynaklı olduğu, %69,6 tıbbi hatalar, %29,11’inin sektör içindeki rekabetten kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Çin’de çalışanların çalışma saatlerine dair yönetmeliğe göre çalışma saatleri günde 8 saat olmak üzere haftada 40 saattir. Buna rağmen üçüncü basamak hastanelerde çalışan hekimlerin %91,81’inin, ikinci basamakta çalışan hekimlerin %79,38’inin ve birinci basamakta çalışan hekimlerin %66,67’sinin fazla mesai yapmak durumunda olduğu bildirilmiştir. Hekimlerin %32,69’unun haftada 60 saatten fazla çalıştığı belirtilmiştir. Hekimlerde iki hafta süre ile zihinsel yorgunluk seviyesi ölçümü yapılmış ve hekimlerin günlük uyku süresinin 5.3 saat olduğu belirtilmiştir. Uyanık oldukları saatlerin %48’inde zihinsel etkinliklerinin %80 altında geri kalan sürede ise zihinsel etkinliklerinin %70 altında olduğu bildirilmiştir. Gece çalışan hekimlerin gündüz çalışanlara kıyasla %24 daha fazla tıbbi hata riskine sahip olduğu, iyi dinlenememiş hekimlerin iyi dinlenmiş hekimlere kıyasla %22 daha fazla tıbbi hata riski altında olduğu belirtilmiştir (Chinese Medical Doctor Association, 2015, Erişim tarihi:30.08.2022).

Ülkenin nüfus yoğunluğunda kilometrekare başına düşen kişi sayısı 2015 verileri ile 149,9; 2022 verileri ile 154,3 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

Ülkenin nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı değeri 2015 yılı için 4,17’dir(Ek 1). Çin’in Şanghay kentinde 2002 ve 2020 yılları arasında 14.353 intihar ölümü bildirilmiştir. Özellikle kırsal alanlardaki yaşlı kadınlarda intihar oranının yüksek olduğu, en genç intihar yaşının 8 olduğu bildirilmiştir. 2020 yılında 865 intihar vakası olmuş ve bunların 195’inde depresyon tanısı olduğu belirtilmiş olup; bu durumun intihar oranlarında %22,54’lük kısmı oluşturduğu bildirilmiştir. Çin ekonomisinin hızla yükselmesi ile ülkedeki intihar oranlarının son 20 yıla göre önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir. Kırsal kesimlerde yaşayan kadınların ekonominin büyümesi ile sosyal statü elde etmesi, psikolojik baskıcı ortamlardan uzaklaşması ve

daha fazla hayatın içinde olmaları sebebiyle yaşlı kadınlar arasındaki intiharın düşüşe geçtiği bildirilmiş buna rağmen yaşlı kadın intiharların 10 yıl daha devam edebileceği düşünülmektedir (Qiao ve ark.,2022).

Kişi başına alkol tüketimi noktasında, ülkede kişi başına alkol tüketimi 2015 yılı için 5.66 litre, 2019 yılı için 4.48 litre olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Kişi başına düşen milli gelir noktasında, ülkedeki kişi başına düşen milli gelir 1990 ile 2019 yılları arasında % 993,4 artmış olup (Human Development Index, China, Erişim Tarihi: 02.02.2022) 2015 yılı için 12,644 USD, 2019 yılı için 17,504 USD olarak belirtilmiştir (Ek 1).

Sağlık harcamaları- USD cinsinden kişi başına yerel genel devlet sağlık harcaması (gghe-d) (gghe-d_pc_us\$); 2015 yılı için 234,8 USD, 2019 yılı için ise 299,6 USD olarak bildirilmiştir (Ek 1).

Ülkenin sağlık harcamalarında devletin katkısının az olduğu bildirilmektedir. Hastanelerin sağlık hizmetlerini devam ettirebilmesi için gelirlerini artırma doğrultusunda hekimlere ilaç ve testler yaptırmaya teşvik ettiği bildirilmiştir Hastaların hastanelerden tıbbi uygulama hatası adı altında paralar talep ettiği de bildirilmektedir (Bo ve ark.,2020).

Ülkenin satın alma gücü paritesi 2022 yılı için 18,58'dir (Ek 1).

DSÖ verilerine göre ülkede şiddet ve yaralanmayı önleme profillerinde kişilerarası şiddet açısından ulusal eylem planı bulunmaktadır (World Health Organization, Violence Info, Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Küresel barış endeksi sıralamasında 2022 yılı için 2,01 değer ile 89. sıralamada yer almaktadır. Geçmiş yıllar incelendiğinde 2015 yılında 2,284 değer ile ülke dünya genelinde 124. sırada yer aldığı görülmektedir (Ek 1).

Ülkede 100.000 kişi başına cinayet oranları verisi 2015 yılı için 0,7, 2018 yılı için 0,5 olarak belirtilmektedir (Ek 1).

3.6.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Açısından Ülke Profili

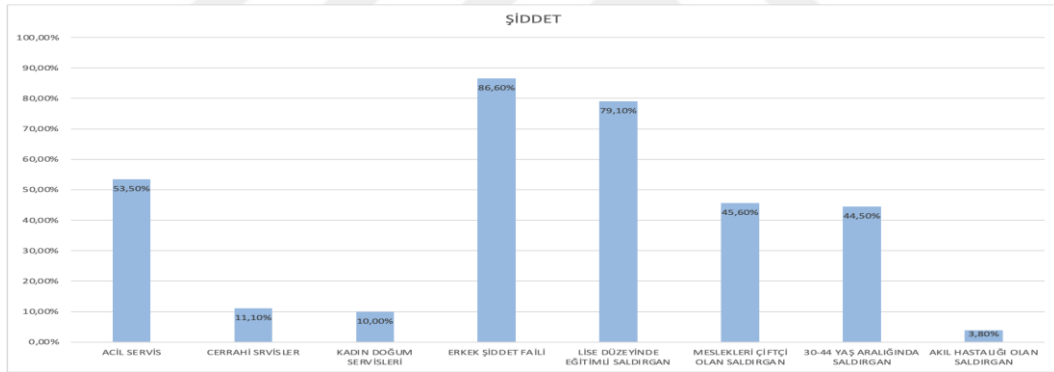
Ülkedeki hekim maaşlarının yaptıkları işe kıyasla çok düşük olduğu belirtilmiş olup hekimlerin %65,9'u gelirlerinden memnun olmadıkları, %19,1'i ise hiç memnun olmadıkları bildirilmiştir. Uzun çalışma saatlerinin ve yetersiz dinlenmenin, stres, uykusuzluk gibi faktörlerin kişilerde hafıza kaybına yol açtığı, vücudun işleyişini bozarak ani ölümlere sebebiyet verdiği belirtilmektedir. Ülkedeki 4032 hekim üzerinde yapılan çalışmada %25'inde kardiyovasküler hastalık olduğu, yaklaşık yarısında hipertansiyon tanısı aldığı ve 40 yaş üstünde bu durumun daha fazla olduğu bildirilmiştir. 2012 ve 2014 yılları arasında ülkede 30 yaş altında olan 7 uzmanın ani ölüm sebebiyle vefat ettiği bildirilmiştir. Ülkedeki sağlık personelinin %59,79'unun sözlü şiddete, %13,07'sinin fiziksel şiddete uğradığı ve sağlık personelinin sadece %27,14'ünün şiddete maruz kalmadığı belirtilmiştir (Chinese Medical Doctor Association, 2015, Erişim tarihi: 30.08.2022).

Yapılan başka bir araştırmada 2014 yılında sağlık çalışanlarının %42,2'sinin şiddete maruz kaldığı, %8,8'i son bir yıl içinde en az bir kez hem psikolojik hem de fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiş olduğu, hemşirelerin %82,4'ünün en az bir şiddet türüne maruz kaldığı bildirilmiştir. Medyanın hasta ölümlerini tıbbi hasta olarak göstermesi sebebiyle ise şiddet olaylarının arttığı bildirilmiştir (Cai ve ark., 2019).

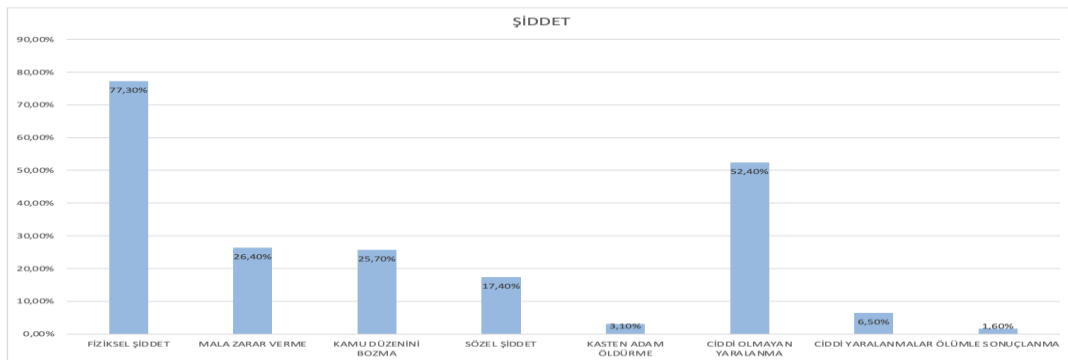
Medyanın sağlık çalışanları üzerindeki şiddet olaylarındaki rolünü inceleyen bir araştırmada 2009 ve 2012 yılları arasında meydana gelen 10 şiddet olayıyla ilgili 68 medya haberi incelenmiş ve medyanın olayları doğru ve kapsamlı bir şekilde yansıtmadığı belirtilmiştir (Kaiyin, 2013, Erişim tarihi: 30.08.2022).

2000 yılından 2011 yılına kadar medyaya yansıyan 29'u cinayet 52'si ciddi yaralanma neticesi olan 124 şiddet olayında; mağdurların çoğunun hekimler olduğu belirtilmiştir. Şiddet olaylarının en çok vuku bulduğu yerler %53,5 acil servisler,

%11,1 cerrahi servisler, %10 kadın doğum servisleri olduğu bildirilmiştir. Şiddet failleri %86,6'sı erkek, % 79,1'inin lise düzeyinde eğitimi olmadığı, %45,6'sının mesleklerinin çiftçi olduğu, %44,5 oranında yaş aralıklarının 30-44 yaşlarında olduğu bildirilmiştir. Şiddet uygulayanların %96,5'inin akıl hastalığı olmayıp ceza sorumluluğu olduğu, %3,8'inin akıl hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Yaşanan şiddetin %77,3'ünün fiziksel, %26,4'ünün mala zarar verme, %25,7'sinin kamu düzenini bozma, %17,4'ünün sözlü şiddet, %3,1'inin kasten adam öldürme şeklinde olduğu bildirilmiştir. Şiddetin boyutu incelendiğinde %52,4'ü çok ciddi olmayan yaralanmalardan oluşurken, %6,5'inin ciddi yaralanmalar, %1,6'sının ölümle sonuçlanan olaylar olduğu belirtilmiştir. Şiddet en fazla %35,4 sıklığında tedavi sonrasında, %22,51 sıklığında tedavi sırasında, %8,38 sıklığında tedavi öncesi gerçekleşmektedir. Şiddete neden olan diğer nedenler olarak; %22,25 hastanın ölmesi, %13,09 hastaların tedavi sonuçlarından memnun olmaması, %12,30'unun tedavi sürecinden memnun olmaması olarak belirtilmiştir (Cai ve ark., 2019).



Şekil 3.51. Çin 2000-2011 Yılları Arası Medyaya Yansıyan Şiddet Raporu



Şekil 3.52. Çin 2000-2011 Yılları Arası Medyaya Yansıyan Şiddet Sıklığı

Çin’de Temmuz 2013 ile Eylül 2014 zaman aralığında çalışanların son 12 ay içinde şiddete uğrama durum araştırması yapılmıştır. Araştırmaya göre katılımcıların %83,3’ünün şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. %14,4’ünün fiziksel, %68,9’unun sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Peihang ve ark., 2017).

2018 yılında sağlık çalışanına yönelik şiddet içerikli 12 olay yaşanmış, 2 sağlık çalışanı öldürülmüştür. (China Launches New Law to Protect Doctor, 2019, Erişim Tarihi:09.11.2021). Sosyal medyanın tepkisel eylemler için kullanıldığı bu dönemde Çin’de sağlık çalışanına şiddet karşısında twet atma sıklığı araştırılmıştır. 2011 ile 2018 yılları arasındaki medyaya yansıyan şiddet olayları incelenmiştir. Yapılan araştırmada hastaların tedavi memnuniyetsizliğinden kaynaklı şiddet eylemlerinde twet atma durumunun daha yüksek olduğu, hastanede yaşanan şiddetin sonuçlarında ölüm veya ciddi yaralanma olduğunda ciddiyetine göre twet durumunun ani yükselme ve uzun süre twetler şeklinde olduğu belirtilmiştir (Liao ve ark., 2020).

Çinde Yi Nao olayı olarak bilinen bir şiddet olayı gerçekleşmiştir. 2018 yılında hekimin hastasına sezeryan yapmayı reddettiği için hasta yakını tarafından hekim ciddi kırıklar oluşturacak şekilde darp edilmiş ve suçlunun tutuksuz yargılanmak üzere kefaletle serbest bırakıldığı bildirilmiştir (Public Outcry Over Chinese Gynecologist Beaten By Patient's Family, Erişim Tarihi: 15.11.2021).

Ülkedeki şiddet olaylarında hekime karşı güvensizliğin şiddet olaylarını tetiklediği bildirilmiştir. Çin’de görevli hekimlere hükümetin yeterli miktarda ödeme yapmadığı bildirilmiştir. Hastanelerde hekimlerin yaptıkları tetkikler üzerinden hastanelerin hekimlere prim şeklinde ödeme yapması, hastalar açısından güvensizlik nedeni olmaktadır. Hastanelerin hekimler aracılığıyla kar sağlama politikalarının hasta ile hekimi karşı karşıya getirdiği bildirilmiş olup çıkan şiddet olaylarının bildiriminin yapılması neticesinde kurum için itibar zedeleyici olması bakımından da şikâyet bildiriminin yapılmadığı ayrıca Çin hükümetinin medya üzerinde sıkı baskı oluşturduğu ve şiddet olaylarının medyaya yansıtılmasında güçlük yaşandığı da belirtilmiştir (Faunce ve Johnston,2006).

24 Aralık 2019 yılında hekim Yang Wen'in, bir hastanın oğlu tarafından bıçaklanarak öldürülmesinin ardından yirmi üç gün sonra şüpheli, mahkeme tarafından ölüme mahkûm edilmiştir. Bu dava sosyal gündemde çok fazla yer teşkil etmesine rağmen 29 Ocak 2020 yılında hastanın covid-19'a bağlı ölümünden sonra iki hekimin koruyucu ekipmanları yırtılmış ve hasta yakınları tarafından darp edilmiştir. Olay sonrası hekimlerin virüse yakalandığı da bildirilmiştir. Devam eden günlerde hekimlere yönelik saldırıların durmadığı, hekimlerin koruyucu ekipmanları yırtılıp kasıtlı olarak tükürüldüğü bildirilmiştir (Yang ve ark., 2021).

3.6.2.3. Şiddet Önleme Stratejileri ve Hukuksal Boyutuyla Çin

2019 yılında ülkede Temel Tıbbi Sağlık ve Sağlığı Geliştirme Yasası kabul edilmiştir. Buna göre; tüm toplumun sağlık personeline saygı duyması gerektiği, uyumlu bir hekim-hasta ilişkisininin birlikte inşa edilmesi gerektiği, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti için düzenin sağlanması gerektiği bildirilmiş, sağlık personeli güvenliği ve saygınlığının ihlal edilemez olduğu ve haklarının kanunla korunduğu belirtilmiştir. Herhangi bir kuruluş veya bireyin sağlık personelinin tehdit etmesi veya tehlikeye atması yasaktır. Çalışanlarının güvenliğinin sağlanmaması, sağlık personelinin onurunun ihlalidir. Devlet bu yasayla sağlık personelinin çalışma alanının güvenliğinin sağlanması için önlemler alıp korumakla yükümlü kılınmıştır. (Çin Halk Cumhuriyeti Temel Tıbbi Sağlık ve Sağlığı Geliştirme Yasası, Erişim Tarihi: 09.11.2021).

Yasaya göre sağlık çalışanının güvenliğini zedeleyecek davranışlarda bulunanlara tutuklama ve para cezası verileceği bildirilmiş olup; bazı hastanelerin sağlık çalışanlarını şiddet karşısında kendilerini nasıl savunmaları gerektiğini öğrettiği bildirilmiştir (China Launches New Law to Protect Doctor, 2019, Erişim Tarihi: 09.11.2021).

1999 yılında yürürlüğe giren hekim çalıştırma yasası madde 40'a göre hekimlerin hekimlik yapmasını engelleme, hakaret etme, iftira atma, tehdit etme, darp

etme, iş ve yaşamlarına müdahale edecek şekilde, kişilik hürriyetini ihlal etme eylemleri suç oluşturup, ceza kanuna göre suçlunun cezalandırılacağı belirtilmektedir (Chinese Medical Association, Law On Practicing Doctors of The People's Republic of China, Erişim Tarihi: 30. 08. 2022).

Çin hükümeti sağlıkta şiddeti azaltmak adına 2019 yılında sağlık kurumlarında şikâyet sistemlerini zorunlu hale getirmiş, hastane güvenliği güçlendirilmiştir. Personele hastalarla iletişim kurma ve kendini koruma becerisi kazanmaları için eğitimler verilmiştir (Huang ve ark.,2020).

Hasta şikâyet yönetimi komisyon emri madde 23'e göre sağlık kurumları hastaların şikâyetlerini alabileceği kabul yerleri oluşturmakla yükümlü kılınmakla birlikte; sağlık personelinin yasal haklarını, kişisel güvenliğini koruyacak önlemlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır (Order of the National Health Commission of the People's Republic of China, Erişim tarihi: 14.11.2021).

Çin hükümeti sağlık çalışanına şiddete sıfır tolerans politikasını benimsediklerini bildirmiş, Sağlık Bakanlığı, Kamu Güvenliği Bakanlığı ile birlikte sağlık çalışanlarına şiddetin olmaması gerektiğini dile getirmişlerdir. Yargıtay 2014 yılında hastanede şiddet olayına karışanlara para cezası verme kararını açıklamış, 2015 yılında Çin Halk Kongresi hastane işleyişini aksatmanın suç kapsamına alındığını belirtmiş, 2019 yılında sağlık çalışanlarını kapsayan yasa oluşturulmuştur (Gao ve Xu, 2019).

Çin Ceza Yasası madde 17'ye göre ceza sorumluluk yaşı 17'dir.14 yaşını doldurmuş kişi kasıtlı olarak cinayet, tecavüz, hırsızlık gibi suç işlerse cezai sorumluluk taşımakla beraber ceza sistemi hafifletici olarak uygulanır. Madde 18'e göre akıl hastalığı olan kişinin cezai sorumluluğu yoktur. Ancak gerekiyorsa mahkeme kararı ile zorunlu tedaviye hükmolunur. Sarhoşluk halinde cezai sorumluluk açısından kişi sorumlu tutulmaktadır. Madde 48'e göre ülkede ağır suç işleyenlere ölüm cezası verilmektedir. Madde 227'ye göre kamu görevlisinin görevini yapmasına engel olma durumunda 3 yıla kadar hapis veya para cezası verilir. Madde 232'ye göre kişiyi kasten

öldürme cezası ölüm, müebbet hapis cezası veya 10 yıldan az olmamak şartıyla hapis cezası verilmektedir. Madde 236'ya göre kadına şiddet uygulayarak tecavüz suçunda 3 yıldan 10 yıla kadar para cezası ile cezalandırılır ayrıca tecavüz suçu koşullarına göre müebbet hapis veya ölüm cezası ile cezalandırılmaktadır. Madde 235'e göre kişiye kasten yaralama suçunda; 3 yıla kadar hapis cezası verilir. Madde 237'ye göre kadına karşı işlenen taciz, zorlama suçunun cezası beş yıla kadar hapis cezasıdır. Madde 348'e göre 1000 gramdan fazla afyon bulundurma, 50 gramdan fazla eroin bulundurma suçu 7 yıldan müebbet hapse kadar varan cezaları kapsamakla birlikte ayrıca para cezasına çarptırılır (Criminal Law of the People's Republic of China, Erişim Tarihi: 09.11.2021).

3.7. İstatistiklerle Çalışmanın Analizleri

2015 -2022 yılları arası 19 ülkeye ait iğe kategorileri noktasında, çizelge 3.1'de ülkelerin kaç defa hangi grupta yer aldığı incelenmiştir. Çalışmamızdaki listedeki 19 ülke Dünya'dan bir örnekleme Dünya 3. Kategori olarak değerlendirmeye aldığımız yüksek insani gelişmişlik düzeyindedir. 2015 -2022 yılları arasında Türkiye iki defa 3. Kategori (yüksek insani gelişmişlik) iki defa 4. kategoride (çok yüksek insani gelişmişlik) yer almıştır. 2015 yılından itibaren sadece 4. kategoride yer alan ülkeler; Birleşik Arap Emirlikleri, Fransa ve Kanada'dır. Gana (2), Hindistan (2), Kırgızistan (2), Mali (1), Pakistan (1) ve Sudan (1) ortalamanın altında kalan ülkeler olarak görülmektedir.

Çizelge 3.1. 2015 -2022 Yılları Arası 19 Ülkeye Ait İGE Kategori Sayıları

Ülkeler	1. Grup ¹	2. Grup ²	3. Grup ³	4. Grup ⁴	(2021) GRUBU
Azerbaycan			4		3
Birleşik Arap Emirlikleri				4	4
Cezayir			4		3
Çin			4		3
Fransa				4	4
Gana		4			2
Guyana		3	1		3
Hindistan		4			2
Kanada				4	4
Kırgızistan		4			2
Küba			4		3
Mali	4				1
Mauritius			2	2	4
Pakistan	1	3			1
Singapur				4	4
Sudan	4				1
Tayland			3	1	4
Tunus			3		3
Türkiye			2	2	4
Genel Toplam	9	18	27	21	

Değişkenlere ait istatistikler noktasında, çalışmanın şiddet sıklığı, satın alma gücü, İGE düzeyi, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, toplam hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen doktor sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane yatakları, toplam hekim sayısı, 100.000 kişi başına düşen hastane, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi (-15+tüketim-litre saf alkol olarak), sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, nüfus yoğunluğu, küresel barış endeksi değer yönünden,

¹ 1. Grup: Düşük İnsani Gelişmişlik Endeksi

² 2. Grup: Orta İnsani Gelişmişlik Endeksi

³ 3. Grup: Yüksek İnsani Gelişmişlik Endeksi

⁴ 4. Grup: Çok Yüksek İnsani Gelişmişlik Endeksi

küresel barış endeksi sıralama yönünden ve cinayet oranları değişkenlerine ait belirtici istatistikleri Çizelge 3.2’de görüldüğü gibidir.

Şiddet sıklığı verisi olan 7 ülke için şiddet sıklığı $0,610 \pm 0,17$ olup 100 kişide 44 ile 78 kişi arasında şiddet sıklığı dağıldığı gözlenmiştir. Şiddet sıklığı veri girişi olan 7 ülke (Türkiye, Fransa, Maurutuis, Cezayir, Sudan, Singapur, Çin) olan 0,78 ile 0,44 arasında değişim göstermektedir. Maurutuis (%79) ve Çin (%83) bu ortalamanın üzerinde şiddet sıklığına sahip ülkeler olarak görülmektedir. Çin 3. kategori ülkeler arasında, Maurutuis ise 4. kategori ülkeler arasında olup bu ülkelerin gelişmişlik düzeyi yüksek olmakla birlikte her ülkeye ait aynı yılları kapsayacak genel veri olmaması çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

19 ülke için beklenen öğrenim süresi için ortalama 10,45 ile 16,01 yıl olarak gözlenmiştir. Türkiye; 18,3 ve Kanada;16,04 ile beklenen öğrenim süresi açısından ortalamanın üzerine çıkarken Mali; 7,4 ve Sudan; 7,9 ile ortalamanın çok altında kalan ülkeler olmuştur (Ek 1).

Satın alma gücü açısından 19 ülke için ortalama 2,2 ile 5,92 arasında olduğu görülmektedir. Türkiye (2,05), Azerbaycan (0,11), Kırgızistan (0,02), Cezayir (0,37), Gana (0,13), Mali (0,04), Kanada (1,38), Guyana(0,02),Tayland(0,91),Birleşik Arap Emirlikleri; (0,50), Tunus (0,09), Pakistan (0,93), Sudan (0,13), Singapur (0,43) ortalamanın altında kalan ülkeler olduğu görülmekte olup Çin (18,58) SAGP açısından ortalamanın çok üstünde yer almaktadır (Ek 1).

İGE düzeyi açısından 19 ülkenin ortalama İGE değerleri 0,6 ile 0,86 arasında yer almaktadır. Singapur (0,939), Birleşik Arap Emirlikleri (0,911), Kanada (0,936), Fransa (0,903) ortalamanın üzerinde olan ülkeler olup; Mali (0,428), Pakistan (0,544), Sudan (0,508) ortalamanın altında kalan ülkeler olduğu görülmektedir.

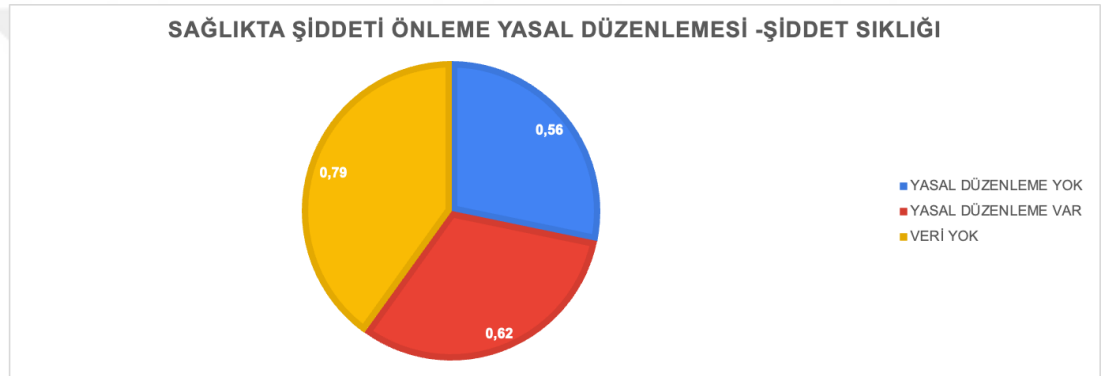
Çizelge 3.2. Değişkenlere Ait Belirtici İstatistikler

Değişkenler	Ülke Sayısı	n	Ort.±SS	Ortanca±(Min-Mak)
Şiddet Sıklığı	7	9	0,61±0,17	0,54±(0,41-0,83)
Satın Alma Gücü	18	144	1,86±4,06	0,43±(0,01-18,58)
İge Düzeyi	19	140	0,73±0,13	0,75±(0,42-0,94)
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	19	76	73,21±6,84	74,95±(58,50-83,60)
Beklenen Öğrenim Süresi	19	76	13,23±2,78	13,95±(7,20-18,30)
Ortalama Öğrenim Süresi	19	76	8,63±2,90	8,35±(2,30-13,80)
Kişi Başına Düşen Milli Gelir	19	76	537,07±4500,41	13,44±(1,95-39254,00)
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	19	75	42,72±32,90	29,57±(4,13-117,80)
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	19	76	480565,86±1027336,58	89535,50±(535,00-4445047,00)
10.000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı	19	75	20,30±17,61	18,65±(0,92-84,20)
Toplam Hekim Sayısı	19	75	270971,93±713671,30	31869,00±(1120,00-3210515,00)
100.000 Kişi Başına Düşen Hastane	14	14	2,08±1,90	1,70±(0,46-7,97)
10.000 Nufusa Düşen Hastane Yatakları	19	45	25,12±16,22	24,90±(1,00-61,30)
5 Yaş Altı Ölüm Hızı-1000 Canlı Doğumda	19	96	26,68±26,31	17,04±(2,40-108,30)
Kişi Başına Alkol Tüketimi-15+Tüketim-Litre Saf Alkol Olarak: Her Türlü	19	91	3,48±3,00	2,16±(0,04-11,87)
Sağlık Harcamaları	19	95	360,50±748,00	133,10±(1,08-3537,00)
Sağlık Hizmet Sunumu	19	55	73,58±26,22	87,00±(27,00-100,00)
Nüfus Temelli Depresyon Prevalansı	19	19	4,43±0,48	4,45±(3,55-5,49)
Nüfus Yoğunluğu	19	152	567,07±1824,13	115,80±(3,90-8490,80)
Küresel Barış Endeksi Değer	19	152	2,17±0,49	2,11±(1,30-3,14)
Küresel Barış Endeksi Sıra	19	152	92,57±47,51	100,00±(6,00-154,00)
Cinayet Oranlar	18	62	3,58±3,89	2,60±(0,20-19,40)

Sağlıkta şiddet yasal düzenleme durumuna göre değişkenler noktasında, çizelge 3.3'te görüldüğü gibi sağlıkta şiddet yasal düzenlemesi olup olmaması durumuna göre 22 değişken karşılaştırıldığında 13 değişkende anlamlı farklılık görülmesi dikkat çekici bir durumdur. Sağlıkta şiddet yasal düzenlemesi olan ülkelerde SAGP, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, toplam hemşire ve ebe sayısı, toplam tıp doktoru sayısı, 100.000 kişi başına

düşen hastane,10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına düşen alkol tüketim miktarı, sağlık hizmet sunumu, nüfus yoğunluğu, cinayet oranlarında ($p=0,005<$) anlamlı farklılıklar olduğu güvenle söylenebilir.

Şiddet sıklığı, ortalama öğrenim süresi, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, sağlık harcamaları, nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, nüfus yoğunluğu, küresel barış endeksi açısından sağlıkta şiddet yasal düzenleme durumuna göre karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir.



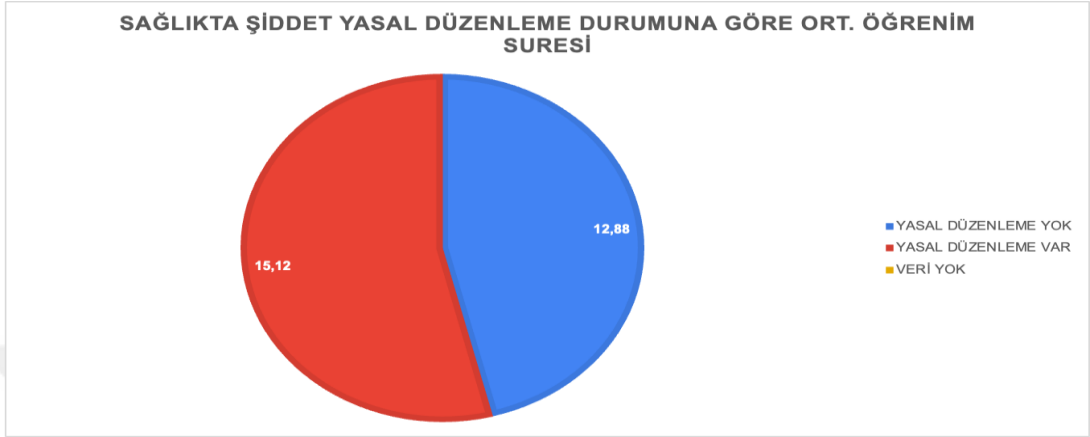
Şekil 3.53. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme ve Şiddet Sıklığı Durumu

19 ülke açısından sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler; Türkiye, Fransa, Cezayir, Kanada, Hindistan ve Çin'dir (Ek 1).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde SAGP ortalama değeri 2,05 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelere ortalama 0,14 olup daha düşüktür.

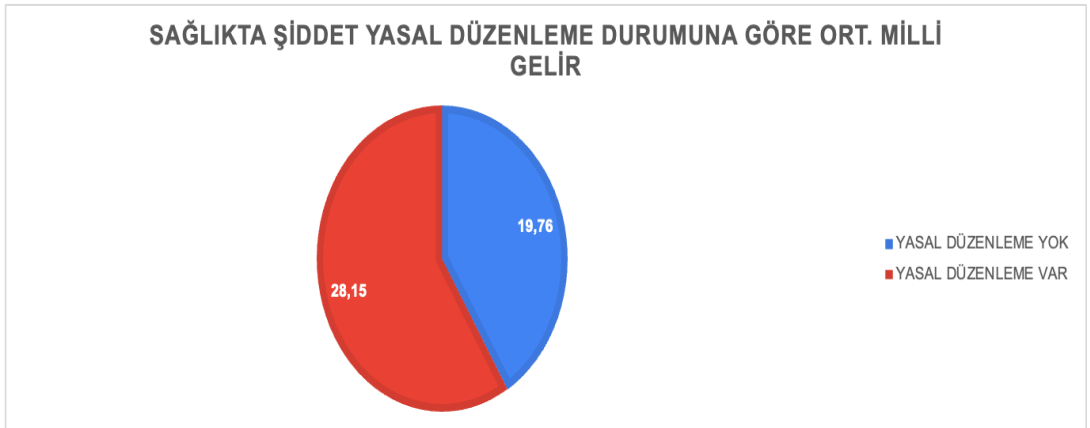
Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelere doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 73,65 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelere 73,65 olup daha düşüktür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde beklenen öğrenim süresi 15,20 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde 13,55 olup daha düşüktür.



Şekil. 3.54. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Ortalama Öğrenim Süresi

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde kişi başına düşen milli gelir ortalama 24,27 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 13,55 olup daha düşüktür.



Şekil. 3.55. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Ortalama Milli Gelir

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde toplam hemşire ve ebe sayısı, ortalama 1419081,00 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 65359,00 olup daha düşüktür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde toplam tıp doktoru sayısı ortalama 2579903,00 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 24879,50 olup daha düşüktür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı, ortalama 26,10 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 21,80 olup daha düşüktür.

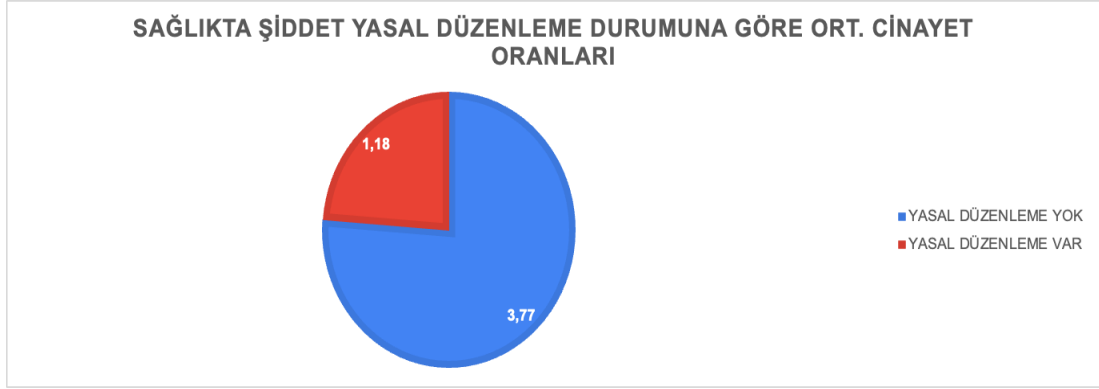
Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde 5 yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda) 7,91 olup daha düşüktür. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 20,14 olup daha yüksektir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde kişi başına düşen alkol tüketim miktarı, ortalama 6,83 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 1,94 olup daha düşüktür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde sağlık hizmet sunum puanı ortalama 100 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 76,50 olup daha düşüktür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde nüfus yoğunluğu (kilometrekare başına) ortalama 111,20 olup daha düşüktür. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 116,40 olup daha yüksektir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde cinayet oranlarında ortalama 1,18 olup daha düşüktür. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 2,70 olup daha yüksektir.



Şekil. 3.56. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Ortalama Cinayet Oranları

Çizelge 3.3. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddeti Önleme Açısından Yasal Düzenleme Durumuna Göre Değişkenlerin Anlamlılık, Ortalama, Medyan, Standart Sapma Minimum ve Maksimum Değerleri

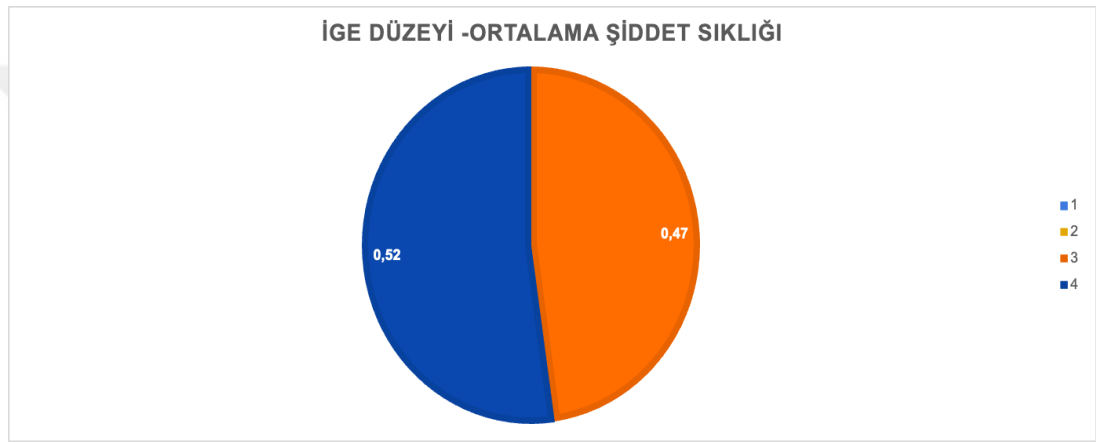
Değişkenler	Sağlıkta Şiddet Yasal Düzenleme	n	Ort.±SS	Ortanca±(Min-Mak)	Sağlıkta Şiddet Yasal Düzenleme (P Değeri)
Şiddet Sıklığı	Yok	5	0,56±0,17	0,45±(0,41-0,78)	0,393
	Var	3	0,62±0,18	0,54±(0,50-0,83)	
Satın Alma Gücü	Yok	117	0,74±1,42	0,14±(0,01-7,02)	0,000
	Var	27	6,72±7,17	2,05±(0,37-18,58)	
İşe Düzeyi	Yok	112	0,71±0,14	0,74±(0,42-0,94)	0,003
	Var	21	0,81±0,10	0,77±(0,63-0,94)	
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Yok	64	72,25±6,80	73,65±(58,50-83,60)	0,005
	Var	12	78,28±4,57	77,55±(67,20-82,70)	
Beklenen Öğrenim Süresi	Yok	64	12,88±2,81	13,55±(7,20-16,60)	0,012
	Var	12	15,12±1,75	15,20±(11,90-18,30)	
Ortalama Öğrenim Süresi	Yok	64	8,38±2,87	8,35±(2,30-12,70)	0,124
	Var	12	9,98±2,79	8,35±(6,70-13,80)	
Kişi Başına Düşen Milli Gelir	Yok	64	632,49±4904,37	10,27±(1,95-39254,00)	0,025
	Var	12	28,15±16,34	24,27±(6,59-48,53)	
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	Yok	62	38,18±29,75	27,66±(4,13-117,80)	0,067
	Var	12	64,35±41,29	64,51±(17,48-113,70)	

Değişkenler	Sağlıkta Şiddet Yasal Düzenleme	n	Ort.±SS	Ortanca±(Min-Mak)	Sağlıkta Şiddet Yasal Düzenleme (P Değeri)
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	Yok	63	200937,59±468752,25	65359,00±(535,00-2821815,00)	0,000
	Var	12	1983565,00±1740514,04	1419081,00±(353738,00-4445047,00)	
10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	Yok	66	20,37±18,70	18,41±(0,92-84,20)	0,689
	Var	8	19,43±5,45	20,39±(7,35-24,43)	
Toplam Hekim Sayısı	Yok	66	74309,71±129599,91	24879,50±(1120,00-927447,00)	0,000
	Var	8	1925690,00±1313364,96	2579903,00±(89911,00-3210515,00)	
10.000 Nufusa Düşen Hastane Yatakları	Yok	31	23,34±17,25	21,80±(4,80-61,30)	0,048
	Var	8	31,18±7,77	26,10±(25,20-43,10)	
5 Yaş Altı Ölüm Hızı-1000 Canlı Doğumda	Yok	85	29,17±26,97	20,14±(2,40-108,30)	0,001
	Var	11	7,44±2,24	7,91±(5,07-10,70)	
Kişi Başına Alkol Tüketimi	Yok	80	3,11±2,93	1,94±(0,04-11,87)	0,000
	Var	10	6,62±1,58	6,83±(4,48-8,20)	
Sağlık Harcamaları	Yok	85	387,48±785,58	133,10±(1,08-3537,00)	0,280
	Var	10	131,16±136,23	116,62±(3,23-299,60)	
Sağlık Hizmet Sunumu	Yok	17	70,46±26,65	76,50±(27,00-100,00)	0,018
	Var	2	89,56±17,37	100,00±(53,00-100,00)	
Nüfus Temelli Depresyon Prevalansı	Yok	46	4,44±0,50	4,45±(3,55-5,49)	1,000
	Var	9	4,41±0,34	4,41±(4,17-4,65)	
Nüfus Yoğunluğu	Yok	125	663,29±1998,83	116,40±(3,90-8490,80)	0,468
	Var	27	121,61±140,26	111,20±(4,00-473,10)	
Küresel Barış Endeksi Değer	Yok	125	2,20±0,47	2,11±(1,32-3,14)	0,357
	Var	27	2,04±0,53	2,17±(1,30-2,96)	
Küresel Barış Endeksi Sıra	Yok	125	94,54±45,79	98,00±(7,00-154,00)	0,302
	Var	27	83,44±54,79	109,00±(6,00-150,00)	
Cinayet Oranlar	Yok	48	3,77±4,24	2,70±(0,20-19,40)	0,005
	Var	8	1,18±0,62	0,45±(0,41-0,78)	

Yasal düzenlemeye ait hipotezin test edilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

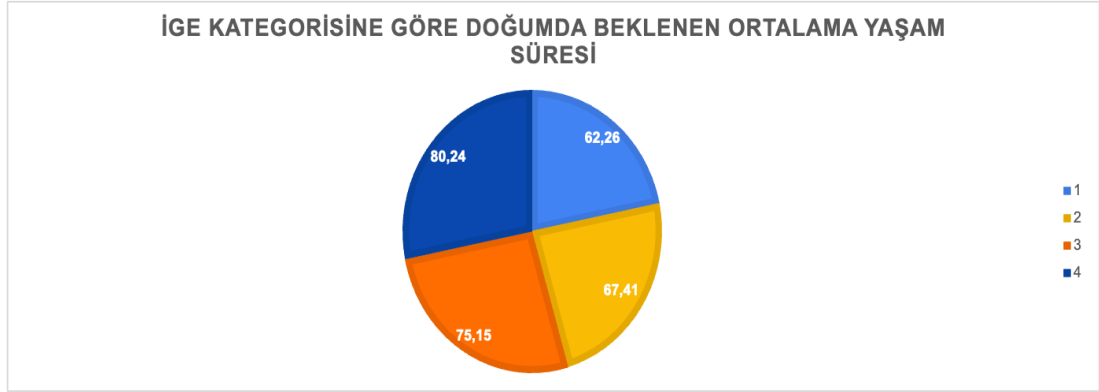
İge kategorilerine göre değişkenler noktasında, değişkenlerimizden satın alma gücü, ige kategorileri arası karşılaştırma yapıldığında 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı %95 güven ile söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi artıkça(gelişmişlik seviyesi) SAGP artmaktadır.

Şiddet sıklığı, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,564>0,05$) anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2).

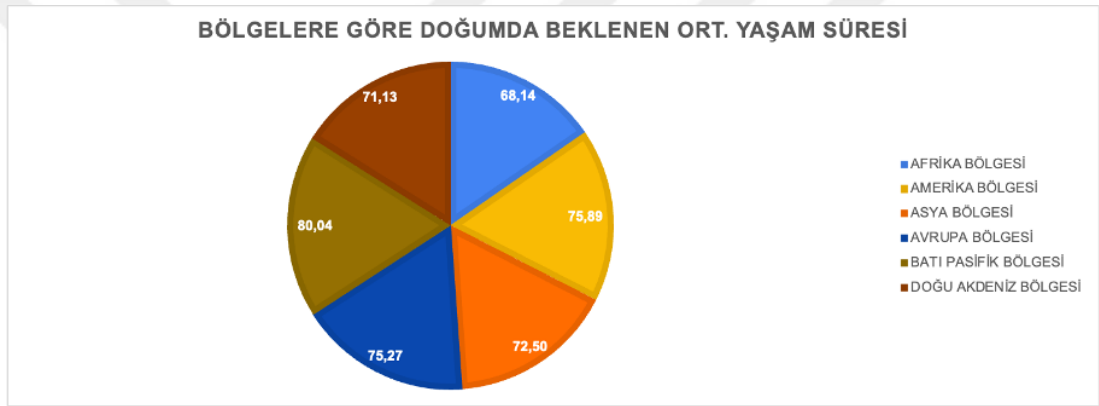


Şekil 3.57. İGE Kategorisi ve Şiddet Sıklığı

Doğumda beklenen yaşam süresi, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0<0,05$) 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir(Ek 2). İGE kategorisi artıkça doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır.



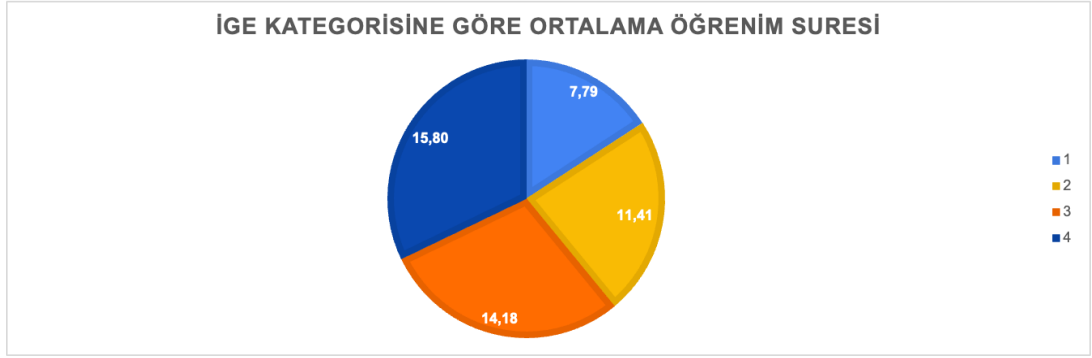
Şekil 3.58. İGE Kategorisi ve Doğumda Beklenen Ortalama Yaşam Süresi



Şekil 3.59. Bölgeler ve Doğumda Beklenen Ortalama Yaşam Süresi

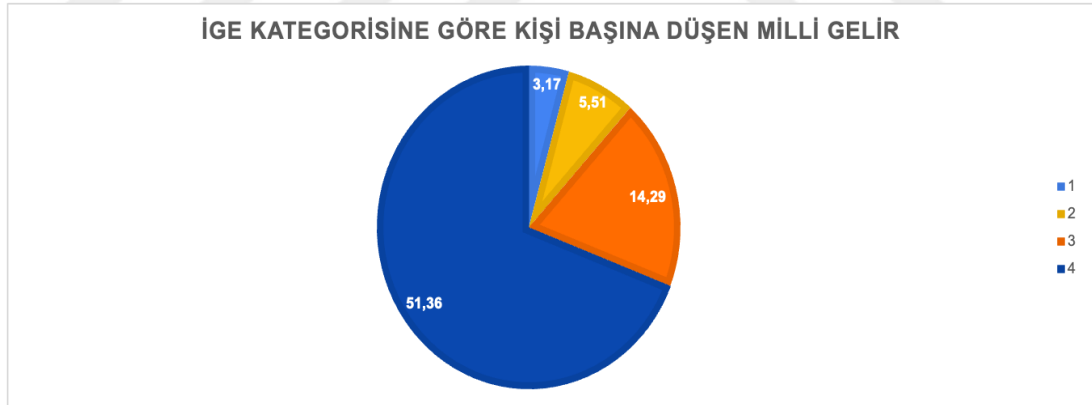
Beklenen öğrenim süresi, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında($p=0,000<0,05$) 1. ve 3. gruplar arası 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir(Ek 2). İGE kategorisi artıkça beklenen öğrenim süresi artmaktadır.

Ortalama öğrenim süresi, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,000<0,05$) 1. ve 2. gruplar arası 1. ve 4. gruplar arası 2. ve 4. gruplar arası 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 2. ve 3. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir(Ek 2). İGE kategorisi artıkça ortalama öğrenim süresi artmaktadır.

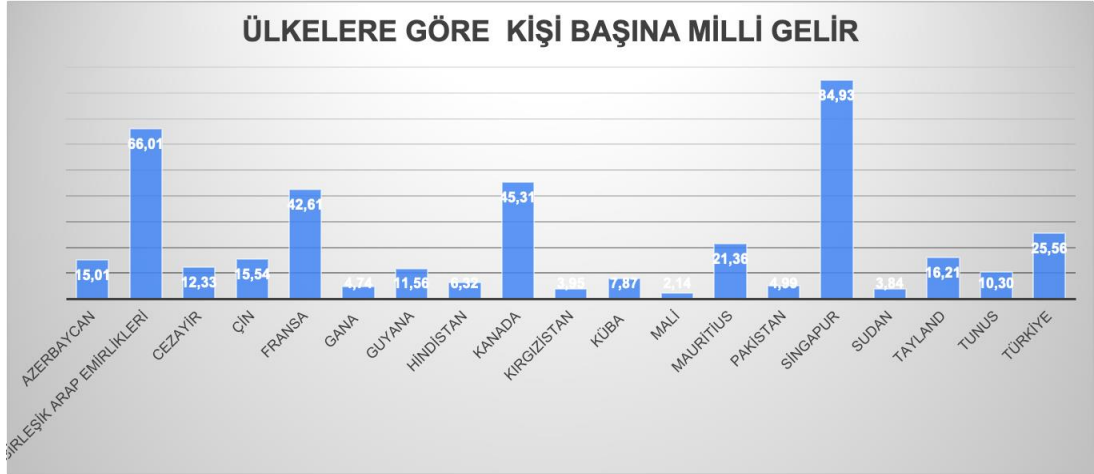


Şekil 3.60. İGE Kategorisi ve Ortalama Öğrenim Süresi

Kişi başına düşen milli gelir, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0<0,05$) olduğundan 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi artıkça kişi başına düşen milli gelir artmaktadır.



Şekil 3.61. İGE Kategorisi ve Kişi Başına Düşen Milli Gelir



Şekil 3.62. Ülkeler ve Kişi Başına Düşen Milli Gelir

10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0<0,05$) 2. ve 4. Gruplar arası, 3. ve 4. Gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi arttıkça 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı artmaktadır.

Toplam hemşire ve ebe sayısı tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2).

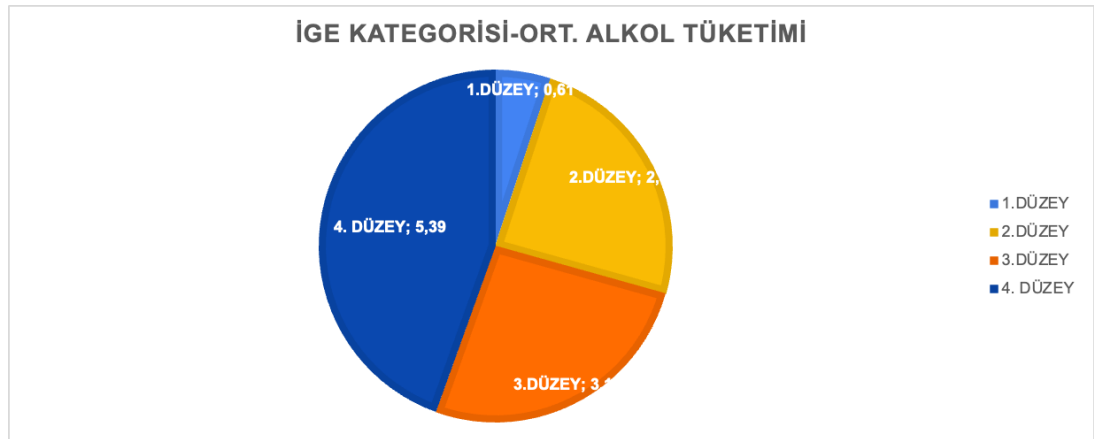
10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,000<0,05$) 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası 1. ve 3. gruplar arası 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi arttıkça 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı artmaktadır.

Toplam hekim sayısı tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2).

10.000 nüfusa düşen hastane yatakları, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,003<0,05$) 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategori açısından bakıldığında 2. kategori ülkelerde 10.000 nüfusa düşen hastane yatak sayısının 1. kategoriye göre daha düşük olduğu görülmekle birlikte 3. ve 4. kategori için İGE kategorisi arttıkça arttığı görülmektedir.

5 yaş altı ölüm hızı, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,000<0,05$) olduğundan 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi arttıkça 5 yaş altı ölüm hızı düşmektedir.

Kişi başına alkol tüketimi tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2).



Şekil 3.63. İGE kategorisi ve Ortalama Alkol Tüketimi

Sağlık harcamaları, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,001<0,05$) olduğundan 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı

farklılıklar olduğu, %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi artıkça sağlık harcamaları artmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,005<0,05$) 2. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi artıkça sağlık hizmet sunum kalitesi artmaktadır.

Nüfus temelli depresyon prevalansı, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,023<0,05$) 1. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorisi artıkça nüfus temelli depresyon prevalansı artmaktadır.

Nüfus yoğunluğu tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2).

Küresel barış endeksi değer, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,000<0,05$) 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 1. ve 2. gruplar arası, 2. ve 3. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorileri incelendiğinde küresel barış endeksi açısından değeri; kategori sayısı artıkça azalmakla birlikte küresel barış endeks değer açısından en yüksekten en düşüğe göre sıralama; 1. grup, 3. grup, 2. grup ve 4. grup olduğu görülmektedir.

Küresel barış endeksi sıra, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,000<0,05$) 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 2. ve 3. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorileri incelendiğinde küresel barış endeksi açısından sıralama kategori sayısı artıkça sıra

numarası artmakla birlikte küresel barış endeks sırası açısından en yüksekten en düşüğe göre sıralama; 1. grup, 3. grup, 2. grup ve 4. grup olduğu görülmektedir.

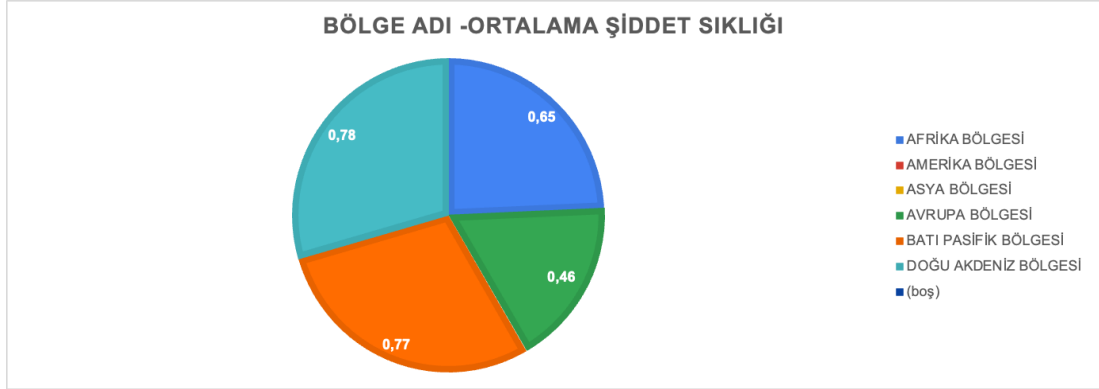
Cinayet oranları, tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,000<0,05$) 1. ve 2. gruplar arası, 1. ve 3. gruplar arası, 1. ve 4. gruplar arası, 2. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve 2. ve 3. gruplar arası, 3. ve 4. gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). İGE kategorileri incelendiğinde cinayet oranları açısından en yüksekten en düşüğe göre sıralama; 2. grup, 3. grup, 4. grup, 1. grup'dur.

Şiddet sıklığının bölgelere göre analizi noktasında, çizelge 3.5.'te şiddet sıklığının bölgelere göre analizi çalışılmıştır. Şiddet sıklığı, tüm bölgeler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,160>0,05$) olduğundan anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir.

Çizelge 3.5. Şiddet Sıklığının Bölgelere Göre Analizi

Bölge Adı	N	Ort.±SS	Ortanca±(Min.-Mak.)	Tüm Bölgeler Arası Anlamlılık (P Değeri)
Afrika Bölgesi	43	0,65±0,21	0,65±(0,5-0,79)	0,160
Amerika Bölgesi	31			
Asya Bölgesi	20			
Avrupa Bölgesi	41	0,46±0,06	0,44±(0,41-0,541)	
Batı Pasifik Bölgesi	20	42,00±58,41	42±(0,7-83,3)	
Doğu Akdeniz Bölgesi	43	0,78	0,78±(0,78-0,78)	

Tüm kategoriler arası hipotezin test edilmesinde Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.



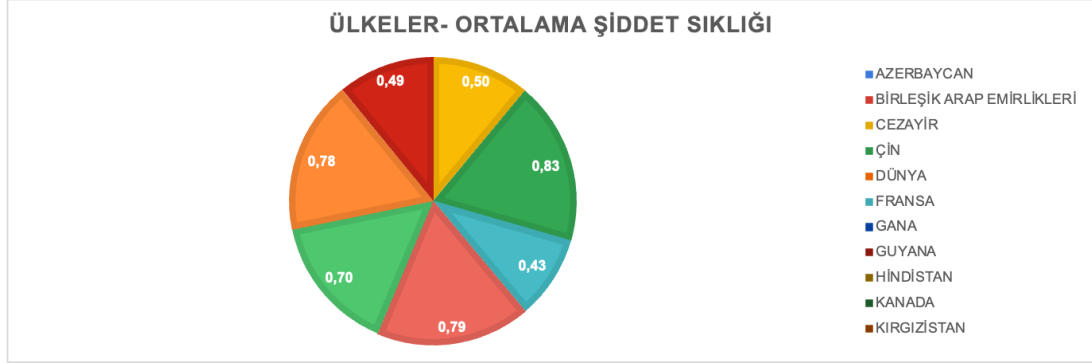
Şekil 3.64. Bölgeler ve Şiddet Sıklığı

Ülkelere göre şiddet ölçüm değeri noktasında, çizelge 3.6'da ülkelere göre şiddet sıklığı, tüm ülkeler arası karşılaştırma yapıldığında ($p=0,264>0,05$) anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir.

Çizelge 3.6. Ülkeler Göre Şiddet Ölçüm Değeri Ortalama, Medyan, Minimum Maksimum Değerleri

	n	Ort.±SS	Ortanca±(Min.-Mak.)	Tüm Ülkeler Arası Anlamlılık (P Değeri)
AZERBAYCAN	10			0,264
BİRLEŞİK ARAP EMİRLİKLERİ	10			
CEZAYİR	10	0,50	0,50±(0,50-0,50)	
ÇİN	10	83,30	83,3±(83,3-83,3)	
FRANSA	10	0,43±0,023	0,43±(0,41-0,44)	
GANA	11			
GUYANA	10			
HİNDİSTAN	10			
KANADA	10			
KIRGIZİSTAN	10			
KÜBA	10			
MALİ	11			
MAURİTİUS	11	0,79	0,79±(0,79-0,79)	
PAKİSTAN	10			
SİNGAPUR	10	0,70	0,70±(0,70-0,70)	
SUDAN	12	0,78	0,78±(0,78-0,78)	
TAYLAND	11			
TUNUS	11			
TÜRKİYE	11	0,49±0,067	0,49±(0,45-0,54)	

Tüm kategoriler arası hipotezin test edilmesinde Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.



Şekil. 3.65. Ülkeler ve Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Sıklığı

Değişkenler arası korelasyon analizi noktasında, çizelge 3.7’de değişkenler arası korelasyon analizi sperman sıra farkları korelasyon testi kullanılarak çalışılmıştır.

Buna göre; şiddet sıklığı açısından, çalışma parametreleri ile şiddet sıklığı aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir (Ek 3).

İGE sıralaması açısından; doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi, cinayet oranları ülkelerin ige sıralaması arasında -bağıllık olup aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). İGE sıralaması arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı düşmekte olup 5 yaş altı ölüm hızı, küresel barış endeksi ve cinayet oranları artmaktadır.

Doğumda beklenen yaşam süresi açısından; beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, toplam hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi, cinayet oranları arasında bağıllık olup aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Doğumda beklenen yaşam süresi arttıkça; beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, toplam hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı artmakta olup 5 yaş altı ölüm hızı, küresel barış endeksi, cinayet oranları azalmaktadır.

Beklenen öğrenim süresi için açısından; ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, toplam hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi, cinayet oranları aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Beklenen öğrenim süresi arttıkça kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, toplam hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı artmakta olup 5 yaş altı ölüm hızı, küresel barış endeksi, cinayet oranları azalmaktadır.

Ortalama öğrenim süresi açısından; kişi başına düşen milli gelir 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Ortalama öğrenim süresi arttıkça; kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı,

10.000 kiři başına dűřen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa dűřen hastane sayısı, kiři başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı artmakta olup 5 yař altı ölüm hızı, küresel barış endeksi azalmaktadır.

Kiři başına dűřen milli gelir ağısından; 10.000 kiři başına dűřen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kiři başına dűřen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa dűřen hastane, 5 yař altı ölüm hızı, kiři başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, nüfus yoğunluğu, küresel barış endeksi, cinayet oranları aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Kiři başına dűřen milli gelir arttıķça 10.000 kiři başına dűřen hemşire ve ebe sayısı 10.000 kiři başına dűřen tıp doktoru sayısı 10.000 nüfusa dűřen hastane sayısı, kiři başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, nüfus yoğunluğu artmakta olup 5 yař altı ölüm hızı, küresel barış endeksi, cinayet oranları azalmaktadır.

10.000 kiři başına dűřen ebe hemşire ağısından; 10.000 kiři başına dűřen tıp doktoru, 10.000 nüfusa dűřen hastane sayısı, 5 yař altı ölüm hızı, kiři başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi, cinayet oranları aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). 10.000 kiři başına dűřen ebe hemşire sayısı arttıķça; 10.000 kiři başına dűřen tıp doktoru, 10.000 nüfusa dűřen hastane sayısı, kiři başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı artmakta olup 5 yař altı ölüm hızı, küresel barış endeksi, cinayet oranları azalmaktadır.

Toplam ebe hemşire sayısı ağısından; toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa dűřen hastane, 5 yař altı ölüm hızı, kiři başına alkol tüketimi aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Toplam ebe hemşire sayısı arttıķça; toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa dűřen hastane sayısı, kiři başına alkol tüketimi, toplam hekim sayısı, 10.000 kiři başına dűřen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa dűřen hastane artmakta olup 5 yař altı ölüm hızı azalmaktadır.

10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı açısından; toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi, cinayet oranları aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı arttıkça; toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı artmakta olup 5 yaş altı ölüm hızı, küresel barış endeksi, cinayet oranları azalmaktadır.

Toplam hekim sayısı açısından; 10.000 nüfusa düşen hastane, 5 yaş altı ölüm hızı, sağlık harcamaları, küresel barış endeksi aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Toplam hekim sayısı arttıkça; 10.000 nüfusa düşen hastane, sağlık harcamaları, küresel barış endeksi artmakta olup, 5 yaş altı ölüm hızı azalmaktadır.

10.000 nüfusa düşen hastane yatakları açısından; 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, küresel barış endeksi aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). 10.000 nüfusa düşen hastane yatakları sayısı arttıkça; kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları artmakta olup 5 yaş altı ölüm hızı, küresel barış endeksi azalmaktadır.

5 yaş altı ölüm hızı açısından; kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). 5 yaş altı ölüm hızı arttıkça; küresel barış endeksi artmakta olup, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı azalmaktadır.

Kişi başı alkol tüketimi açısından; sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, küresel barış endeksi aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Kişi başı alkol tüketimi arttıkça; sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı artmakta olup küresel barış endeksi azalmaktadır.

Sağlık harcamaları açısından; sağlık hizmet sunumu aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Sağlık harcamaları arttıkça sağlık hizmet sunumu kalitesi artmaktadır.

SAGP açısından; şiddet sıklığı, toplam hemşire ve ebe sayısı, toplam hekim sayısı, kişi başına alkol tüketimi, İGE sıralaması, ile satın alma gücü arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. (Ek3). SAGP arttıkça toplam hemşire ve ebe sayısı, toplam hekim sayısı, kişi başına alkol tüketimi, İGE sıralaması, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir,10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı,10.000 nüfusa düşen hastane, sağlık hizmet sunumu, nüfus yoğunluğu artmakta olup düştükçe şiddet sıklığı, 5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları artmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu açısından; küresel barış endeksi, cinayet oranları aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Sağlık hizmet sunumu kalitesi arttıkça; küresel barış endeksi, cinayet oranları azalmaktadır.

Nüfus temelli depresyon prevalansı açısından; küresel barış endeksi ile aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Nüfus temelli depresyon prevalansı arttıkça; küresel barış endeksi azalmaktadır.

Nüfus yoğunluğu açısından; cinayet oranları aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Nüfus yoğunluğu arttıkça; cinayet oranları azalmaktadır.

Küresel barış endeksi açısından; küresel barış endeksi sıra, cinayet oranları ile aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Ek 3). Küresel barış endeksi arttıkça; küresel barış endeksi sıralaması, cinayet oranları artmaktadır.

4. TARTIŞMA

DSÖ tarafından dünyada sağlık çalışanlarının %8 ile %38'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık ekibinin yaşadığı şiddetin çoğu; hastalar ve ziyaretçiler tarafından gerçekleştirilmektedir. En fazla risk altında olan sağlık çalışanlarının hemşireler ve hasta bakımında birebir yer alan diğer sağlık çalışanları olduğu bildirilmektedir. Özellikle acil servis birimlerinde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete daha fazla maruz kaldığı belirtilmektedir (World Health Organization, Preventing Violence Against Health Workers, Erişim Tarihi: 07.11.2022).

Şiddet her yerde olmakla birlikte; sağlık hizmeti sektöründe giderek arttığı görülmektedir. Şiddet; ciddi düzeyde önlem alınması gereken bir tehlike olarak sağlık çalışanlarının sağlığını, güvenliğini, çalışma ve özel yaşamını etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanına şiddetin yaygınlığı, nedenleri, hukuki açıdan değerlendirilmeleri; dünyadan farklı bölgelerdeki ülkelerin şiddetle baş etme stratejilerini, olası şiddeti önlemek veya engellemek adına çıkarılan yasaları, şiddet boyutları ile ilgili farklılıkların olası nedenlerini araştırmak önemlidir. Bu kapsamda, mevcut çalışmada Türkiye’de ve diğer ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutunu, seçmiş olduğumuz parametreler ve hukuki düzenlemeler çerçevesinde değerlendirmek ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadele kapsamında katkı sağlanabilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda İGE’nin 4 kategorisinden örneklem aldığımız 19 ülke için Dünya 3. kategori olarak belirttiğimiz yüksek insani gelişmişlik düzeyinde kümelenmektedir (Çizelge 3. 1.). Şiddet sıklığı tüm kategoriler arası karşılaştırma yapıldığında SAGP hariç anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir (Ek 2). Çalışmamızda değerlendirmeye aldığımız, sağlık çalışanına şiddet yaygınlığının her ülke için ulaşılabilir olmaması çalışmamızın kısıtlılığını oluşturması sebebiyle bu durum çalışmamızın seyri açısından beklenen bir durumdur. Yaptığımız araştırmalarda sağlık çalışanına şiddetin yaygınlığı ülkelere göre değişkenlik göstermekle birlikte çalışmamızdaki ulaşılan veriler eşliğinde ulaşabildiğimiz tüm

ülkeyi kapsayacak veriler; Fransa, Türkiye, Maurutuis, Cezayir, Sudan, Singapur, Çin olmuştur. Ulaşılan verilerde 2015 yıl ve sonrası için incelendiğinde ise her ülke için aynı yıla ait veri girişi bulunamaması çalışmamızın kısıtlılıklarından bir diğerini oluşturmuştur.

Ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemelerin İGE düzeylerine göre durumu incelendiğinde, incelenen ülkelerde yasal düzenlemesi olan ülkeler; Kanada (4.kategori), Türkiye (4.kategori), Fransa (4.Kategori), Birleşik Arap Emirlikleri (4.kategori), Cezayir (3. Kategori), Guyana (3. Kategori), Çin (3.Kategori), Hindistan (2.kategori), Pakistan (1. kategori)'dir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler; Maurutuis (4. Kategori), Singapur (4.kategori), Tayland (3.kategori), Tunus (3. Kategori), Azerbaycan (3. Kategori), Küba (3. Kategori), Kırgızistan (2. Kategori), Gana (2.Kategori), Mali (1.Kategori), Sudan (1.kategori)'dir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından cezalar incelendiğinde sadece para cezası verilmediği, hapis cezası ile birlikte para cezalarının beraber verildiği, genellikle 2 yıldan başlayan hapis cezaları verildiği görülmektedir. Sadece 2. kategori ülkesi olan Hindistan için sağlık çalışanını ağır yaralama suçu için cezaların altı aydan başlayarak yedi yıla kadar hapis cezası ve para cezası şeklinde (India Code, The Epidemic Diseases Act, 1897, Section 3 Penalty, Erişim Tarihi: 19.05.2021) düzenlendiği görülmektedir. Birleşik Arap Emirlikleri'nde kamu görevlisini görevi sırasında kasten öldürülmesi suçunun cezasının idam (Abu Dhabi Judicial Departement, Penal Code, erişim tarihi:26.08.2022), Kanada'da kişinin ölümüne sebebiyet verilmesinde ömür boyu hapis cezası (Justice Laws Website, Tackling Violent Crime Act, Erişim Tarihi: 03.08.2022), Türkiye'de kasten öldüren suçunun müebbet hapis cezası ile cezalandırıldığı, (Türk Ceza Kanunu, 2004) görülmektedir. Fransa yasalarında, çalışanların onurunu zedeleyecek, fiziksel ve zihinsel sağlıklarını, mesleki kariyerini tehlikeye atacak çalışma koşullarına maruz bırakılamayacağı belirtilmektedir (Republique Française, Ministère De La Fonction Publique, Guide de Prévention et de

Traitement des Situations de Violences Et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.2022). Çin’de hasta yakını tarafından öldürülen hekimin failinin cezası ölüm olarak verilmiş, sonrasında davaya sosyal medyada çok fazla yer verilmiş ise de hukuki açıdan ağır cezaların uygulanıyor olmasının ülkede sağlık çalışanına yönelik şiddeti durduramadığı görülmektedir (Yang ve ark., 2021). Ancak sağlık çalışanına yönelik şiddetle mücadele kapsamında hukuki süreçlerin şiddeti önleyici olmaması gibi yargıya varmak yanlış olacaktır.

Çin gibi şiddet düzeyi yüksek ülkelerde yasaların sağlık çalışanlarının güvenli çalışma koşullarının sağlanması açısından çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik risk değerlendirilmesinin yapılması, şiddet sonrası çalışanın bütüncül olarak değerlendirilip psikolojik yönünün de önemsenerek adımlar atılması, önlemler almada kurum amirlerinin sorumluluk taşımasının ve kararların yasalarla desteklenmesinin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum, kurumların sağlık çalışanlarının olumsuz çalışma koşullarına maruz bırakılmaması ve sorumluların ceza alabilmesi yönünden şiddeti önleme konusunda daha etkili davranabilmesi için önemli kriter olarak değerlendirilmektedir.

İGE seviyesi yükseldikçe, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenleme kapsamında çalışma koşullarında şiddeti önlemeye yönelik önlemlerin alınmasının desteklendiği görülmektedir. İGE seviyesi yükseldikçe yasaların daha çok şiddetten koruma yönünün ön plana çıktığı, daha düşük kategori ülkelerde daha çok suç karşısında cezaların ön planda olduğu görülmektedir. Türkiye açısından da ülkemiz 4. kategori olsa da yasaların önleyici yönünden çok ceza yönünün ön planda olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler açısından cezalar incelendiğinde; yasal düzenlemesi olmayan ülkeler Maurutuis (4. Kategori), Singapur (4.kategori), Tayland (3.kategori), Tunus (3. Kategori), Azerbaycan (3. Kategori), Küba (3. Kategori), Kırgızistan (2. Kategori), Gana (2.Kategori), Mali (1.Kategori), Sudan (1.kategori)’dır. Bu ülkeler açısından genellikle ülkelerin ceza hukukuna bağlı şiddet suçları içerisinde cezalar

düzenlenirken Mauritius'un, iş yerindeki suçlar için 2 yıldan başlayan hapis cezası ve para cezası olduğu (The Employment Rights Act 2008 Act No. 33 Of 2008, Part XI – Violence At Work, 54, Erişim Tarihi: 08. 04. 2022) Azerbaycan ve Kırgızistan hariç diğer ülke ceza sistemlerinde suçlulara ölüm cezası hüküm olunduğu görülmektedir. İGE düzeyleri arttıkça hukuki açıdan suçluya ölüm cezasının verilmesinin azaldığı görülmektedir.

Singapur'da cinayet işleme suçunun cezası ölüm (Singapore Statutes Online, Penal Code 1871, Erişim Tarihi:30.08.2022), Gana'da kasıtlı olarak kişiyi öldürme suçunun cezası kişinin ölüme mahkûm edilmesi (Criminal Code, 1960 (Act 29) Acts Of Ghana First Republic), Mali'de suçlu, öldürmeye kast suçuyla yargılanır ve suçlu bulunursa cezası ölüm (Code pénal, Loi: 61- 99, 1961), Küba tecavüz suçlarında ölüm cezası verebilmekte (Social Institutions & Gender Index, Cuba, 2019, Erişim Tarihi: 05.08.2022), Tayland'da mağdurun ölmesi durumlarında kişinin cezası ölüm (Criminal Law In Thailand, Penal Code, Erişim Tarih:08.08.2022), Tunus'ta kişinin ölümü halinde cezası kişiye idam şeklinde (Republique Tunisienne, Le Code Penal, 2010), Sudan'da cinayet suçu ölüm cezası (Redress, Sudan Legal Amendments, Erişim Tarihi:29.08.2022) olduğu görülmektedir.

Hukuki sürecin başlatılmasında bildirim süreçleri incelendiğinde; ceza adalet sisteminin amaçlarından biri suçu ve etkilerini azaltmak (Yücel, 2009) yönündedir. Suç oranının azaltılabilmesi ve hukuki süreçte ceza adalet sisteminin işleyebilmesi için suç hakkında bir şikâyetin adli mercilere ulaşması gerekmektedir. Çalışmamızda dikkatimizi çeken en önemli husus ise, ülkelerde belirli meslek grubuna özel yapılmış çalışmalar da dahil, şiddet bildirim konusunda sağlık çalışanlarının bildirim yapmadıkları görülmüştür. Şiddet bildirimlerinin olmadığı yerlerde hukuki sürecin işlemesi de olanaksızlaşmaktadır.

4. kategori ülkeler açısından sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde şiddet bildirimlerinin anında yapılabileceği ve anında yardım alabilecekleri sistemlerin oluşturulduğu görülmektedir. Bu durumun, şiddet karşısında suç bildirimlerinin yapılmasını sağlayacak sistemler ile failler açısından

yargı sürecinin işleyebilmesi yönünde kolaylık oluşturduğu görülmektedir. Sağlık çalışanını koruyucu sistemler beraberinde yasaların ceza boyutuyla işlemesi daha etkili görülmektedir.

Gelişmişlik seviyesi 4. kategoride olan ülkelerde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadele yasal düzenleme bulunmasa bile, şiddet mağduru çalışanların hukuki haklarının aranması için bildirim süreçlerinin işlemesi, sağlık çalışanına şiddetle mücadelede çeşitli yayınların medyada yer almasını sağlamak, kamuya açık alanlarda sağlık personelin değerli olduğunu vurgulayan posterler gibi şiddete karşı adımlar atıldığı görülmektedir (Lyanzhiang Tan ve Chia, 2015). Gelişmişlik seviyesi yükseldikçe şiddete yönelik önlemlerin medya aracılığıyla verilmesi, halkın bilinçlendirilmesi konusunda adımlar atıldığı görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından bildirim süreçleri incelendiğinde, yasal düzenleme olan ülkelerde, şiddet bildirimlerinin hızlıca yapıp ceza süreçlerinin işleyebilmesi açısından Türkiye’de 1111 beyaz kod çağrı sistemi (Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği, Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması), Kanada’da anında devreye giren kayıt alabilen yardım buton cihazları (Personal Safety Response System, Public Services Health / Safety Association, Erişim Tarihi: 03.08.2022), Fransa’da ONVS (Ulusal Sağlık Ortamında Şiddet Gözlemevi) ile yıl içerisinde birime gelen şikayetlerin raporlaştırılması (République Française Ministère et de la Santé, Rapport 2019 Données 2018, Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Erişim Tarihi: 15.11.2021) gibi sistemlerin oluşturulduğu görülmektedir. Pakistan’da (1. Kategori) ise şiddetin birim güvenliği ve kurum amirliğine bildirilir iken (Shaikh ve ark.,2020) ayrıca hastane içerisinde anında şiddet bildirim sistemi bulunmadığı (Mohamed Elamin ve ark.,2021) görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından İGE düzeyi yükseldikçe kurumlarda hızlı şiddet bildiriminin yapılabilmesi adına sistemlerin oluşturulduğu, İGE düzeyi düştükçe şiddet

bildirimlerinin kurum amirlerine bildirim süreciyle ilerlediği ve kurum amirlerinin inisiyatifinde bildirimler yapıldığı görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde şiddet bildirimi yapılmama nedenleri incelendiğinde; Kanada’da (4. Kategori); çalışan güvenliğini önemseyen politikalardan çalışanların habersiz olması, bilenlerin ise bildiri sonrası tekrar şiddete maruz kalmaktan korkması (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019), kurum amirlerinin şiddet olaylarını raporlattırmaması, şiddet mağduru çalışanların suçlanıp, susturulmaya çalışılması (Brophy ve Keith, 2019), Birleşik Arap Emirlikleri’nde (4. Kategori); olay bildirimi yaptıkları için disiplin cezası verilmesi (Alshahrani ve ark., 2021), Cezayir’de (3.kategori) mağdurların intikam korkusuyla şikayetlerini geri çekmesi (Algérie Presse Service, Erişim, 07.07.2022), Hindistan’da (2. Kategori); yaşamsal tehlike olmayan durumlarda raporlanmaması ve şiddet önleme politikalarının varlığından habersiz olunması (Over 75% of Doctors Have Faced Violence at Work, Study Finds, 2015, Erişim Tarihi. 01.06.2021) nedenler arasında gösterilmektedir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarının şiddet bildirmeme nedenleri arasında; şiddete maruz kalma kaygısı, izleyen sürecin uzun olması, kurum veya aile baskısı nedeniyle zarar görme endişesi, (Pekince ve ark., 2022), şiddeti önemsiz bulma, kendini suçlu hissetme durumu, şiddete alışkın olma, utanma, bildirim sonrası olumsuz gelişmelerden korkma, şikâyet prosedürlerini bilmeme (Ünal ve ark., 2022) durumları belirtilmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından İGE kategorisi yüksek olan ülkelerde dahi kurumların şiddet bildirimlerinde çalışanları yeterince desteklemediği görülmektedir. Bu durum, şiddetin başka bir boyutu olan mobbing endişesi ile şiddet bildirimlerinin yapılamadığını düşündürmektedir. İGE kategorisi düşük olan ülkelerde bildirimlerin can güvenliğinin tehlikede olduğu durumlarda yapıldığı görülmektedir. Şiddet bildiriminin yapılmamasında İGE kategorisi farketmeksizin ortak nedenlerin sağlık çalışanlarının prosedürler açısından bilgi eksikliği ve çeşitli endişeleri olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından şiddete uğrayanların bildirim yapılmama sıklıkları Kanada’da %64 (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019), Türkiye’de %91,6 (Yıldız,2019) olarak belirtilmektedir. Pakistan’da (1. Kategori); şiddet mağdurlarının %70,5’i olayı bildirmişlerdir (Shaikh ve ark.,2020). Türkiye açısından şiddete karşı sıfır tolerans amacına kararlılıkla uyabilmek şiddetin sıklığını azaltmada güçlü etki sağlayacaktır. Yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından İGE seviyesi daha düşük ülkelerde bildirilen şiddet olaylarının daha fazla olması dikkat çekicidir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler açısından bildiri süreçleri incelendiğinde, yasal düzenlemesi olmayan ülkeler; Maurutuis (4. Kategori), Singapur (4.kategori), Tayland (3.kategori), Tunus (3. Kategori), Azerbaycan (3. Kategori), Küba (3. Kategori), Kırgızistan (2. Kategori), Gana (2.Kategori), Mali (1.Kategori), Sudan (1.kategori)’dır.

Bu grup ülkelerde suç bildiriminin nasıl yapıldığı incelendiğinde Singapur’un(4. kategori) kendi ceza sistemlerinde faillerin suç karşısında cezasını alabilmesi adına güvenlik görevlisi, polis ihbarı ile üst düzey yetkililere kadar ulaşabilmesi için şiddet bildirim sistemi oluşturulduğu (Ministry of Health Singapore, Severe Penalties For Harassing Healthcare Staff, 2022, Erişim Tarihi:30.08.2022), Tayland’da (3. Kategori) hastanelerde şiddet eylemini önleme prosedürleri olarak; güvenlik görevlileri, polis aktivasyon sistemi (Nithimathachoke ve Wichiennooparat, 2021, Erişim Tarihi:08.08.2022), Gana’da (2. kategori) şiddet sorununu çözmek için kurum yönetimlerinin arabuluculuk yaptığı (Adusei, 2019), Mali’de (1. kategori) kolluk kuvvetlerine bildiri ve kurum amirleri aracılığıyla uzlaştırma yoluna yönlendirildiği (Calvain,2015) görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde şiddet sorunun çözümünün İGE kategorisi düşük ülkelerde kurum amirleri aracılığı ile uzlaştırma yönünde olduğu görülmektedir. İGE kategorisi yükseldikçe şiddet bildirim prosedürlerinin olduğu dikkati çekmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde bildirim yapılmamasının nedenleri incelendiğinde; Çin’de (3. kategori); kurum için itibar zedeleyici ‘görülmesi, hükümetinin medya üzerinde baskı oluşturması nedeniyle şiddet olaylarının medyaya yansıtılmakta güçlük yaşanması (Faunce ve Johnston,2006), Tayland’da (3. kategori), şiddet bildirimi konusunda sağlık çalışanlarının bilgi sahibi olmaması (Kueanongkhun,2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022), Tunus’da (3. kategori); şiddet karşısında bildirim yapmamayı tercih etmeleri (Wertani,2021), Gana’da (2. Kategori); raporlama sonrası işlem yapılmaması, nereye şikâyet edeceğini bilememe, şiddetin hep yaşanmasından dolayı olağan karşılanması durumu (Boafo ve ark., 2016), Mali’de (1. kategori); uzlaşma yoluna gidilmesi (Calvain,2015), Sudan’da (1. kategori); şiddet bildiriminin yapılmasının teşvik edilmemesi, yapılan bildirimlerin sonuçsuz kalması, sağlık çalışanlarının raporlama prosedürlerinden haberdar olmaması (Gaafar ve Hemmeda, 2022), şiddeti olağan ve işinin parçası olarak katlanmak zorunda olduğu bir durum olarak algılanması, çalışanların korkuları sebebiyle (Muhammed Elhadi ve ark.,2022) bildirim yapılmadığı görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler açısından şiddet bildirimi yapılmama durumunu İGE kategorisi düştükçe, nerelere bildirim yapılacağına bilinmemesinin, bildirim sistemlerinin olmamasının etkilediği görülmektedir. En çarpıcı bulgu ise İGE kategorisi düşük olan ülkelerde, şiddeti işlerinin bir parçası olarak algılamaları ve önemsiz görmeleridir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler açısından şiddet bildirim yapılmama sıklıkları incelendiğinde, Gana’da (2. kategori) %80,6 oranında bildirimin yapılmadığı, Tayland’da (3.kategori) olayların %1,4’ünün raporlandığı (Kueanongkhun,2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022) ve Sudan’da (1.kategori); mağdurların %8,3’ünün bildirdiği (Gaafar ve Hemmeda, 2022) görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler açısından İGE kategorisi düştükçe bildirilen şiddet olaylarının daha fazla

olduğu görülmektedir. Bu durumun, ciddi yaralanmalar ile sonuçlanan olduğu şiddet olaylarının daha fazla olması, cinayet oranlarının İGE kategorisi düştükçe yükselmesi ve küresel barış endeksinin İGE kategorisi düştükçe azalması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Öyle ki Sudan küresel barış endeksi dünya sıralamasında 154. sırada (Ek 1) olup, şiddetle iç içe bir ülke konumundadır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin yaygınlığı İGE kategorilerine göre değişkenlik gösterse de şiddet bildirim süreçlerinin sağlıklı işlememesi sorunun yaygınlığının aslında daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Şiddet bildirimlerinde tüm İGE kategorilerinde ortak en önemli konulardan birinin, kurum amirlerinin şiddetle mücadelede bildirim yönünden tutumları olduğu görülmektedir. Şiddet sonrası çalışanların yetersiz personel sebebiyle görevden çekilememesi, kurum amirlerinin raporlattırmama eğilimi, şiddet mağduru çalışanın tavır, konuşma üslup yönünden yanlış tavır sergiledikleri gerekçesiyle suçlanıp, susturulmaya çalışılmaları bildirim sürecindeki engellerden bazıları olarak görülmektedir (Brophy ve Keith, 2019). Çalışmalar şiddet sonrası yönetimin tutumlarının şiddet bildiriminde önemli olduğunu göstermektedir. Şiddet bildiriminin yönetimin inisiyatifine bağlı kaldığı, yönetim tarafından personele baskı oluşturulduğu, kayıtsız kalındığı (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022) bulgularını içeren çeşitli yayınlar da bu bulguları desteklemektedir.

Hukuki açıdan şiddetle mücadele edebilmek için net duruş önemlidir. Yaşanan olumsuz durumlar karşısında yapılan her bildirim şiddetin yaygınlığını da belirleyebilecektir. Şiddete tolerans göstermek, susmak şiddetin bir sonraki ağır darbesi için istemsiz atılan bir adım gibidir. Çalışmada karşılaşılan en büyük kısıtlılık şiddet bildirimine olanak tanıyan ülkelerde dahi, şiddet verilerine ulaşamamak olmuştur. Sağlık çalışanına yönelik şiddet konusunda yapılan bildirimleri detaylı açıklayan ülkenin Fransa olduğu görülmektedir. Çalışma sırasında Türkiye açısından verilere ulaşmadaki güçlükler de şiddetin yaygınlık ve nedenlerini incelemede kısıtlılık oluşturmaktadır. Çalışan güvenliği kapsamında her türlü şiddetin tek tek

incelenip, çalışma alanlarında önlemlerin alınması önemle üzerinde durulması gereken bir noktadır.

Hukuki sürecin başlatılabilmesi için bildirimlerin yapılabilmesi, beyaz kod kapsamında değerlendirilmesi, takip edilmesi ve uygun usulde yayınlanması, güvene dayalı bir yapılanma bildirim süreçlerinde kısıtlılığı engelleyebileceği gibi, önleyici ve koruyucu süreçleri etkili bir şekilde hayata geçirebilecektir.

Özetle, şiddete karşı önlemlerin alınmamasında altta yatan sebepler; raporlamanın azlığı, önlemleri uygulayabilmek için yeterli zamanın olmaması, siyasi yapılanma ve güvenlik durumunun etkili olmasıdır (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenleme mevcudiyetinin İGE düzeyleri ile değerlendirilmesi incelendiğinde, yasal düzenleme olma durumuna göre, ülkelerin gelişmişlik parametreleri arasındaki ilişkide 22 parametreden 13'ünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (Çizelge 3.10). Yasal düzenlemesi olan ülkelerde; İGE kategorileri arasında SAGP, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, toplam hemşire ve ebe sayısı, toplam tıp doktoru sayısı, 100.000 kişi başına düşen hastane, 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı, kişi başına düşen alkol tüketim miktarı, sağlık hizmet sunumu değerleri yüksek bulunurken; 5 yaş altı ölüm hızı, nüfus yoğunluğu, cinayet oranları daha düşük bulunmuştur (Çizelge 3.3).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler İGE kategorilerinde gelişmişlikleri incelendiğinde; daha çok 3. ve 4. kategori ülkelerde yasal düzenlemenin var olduğu görülmektedir. Yasal düzenlemesi olan ülkelerin İGE kategorilerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu ülkeler açısından anlamlı bulunan parametrelere bakıldığında, eğitim düzeylerinin artması, beklenen yaşam sürelerinde artış, bebek ölüm oranlarında azalma, yükselen yaşam standartları, kaliteli sağlık hizmetlerine erişim (Vandeweyer ve ark.,2021), koruyucu yasal düzenlemelerin varlığı ve gelişmişlik seviyesinin; beklendiği gibi uyumlu olduğu

görülmektedir. İGE kategorisi düşük olup, sağlık çalışanını koruma adına yasal düzenlemelerin çıkarıldığı ülkelerde pandemide ortaya çıkan koruma gereksinimi ile hayata geçtiği görülmektedir (Parliament Passes Bill to Protect Healthcare Workers Against Violence, Erişim Tarihi:19.05.2021). İGE kategorilerinde gelişmişlik seviyesi yüksek olan ülkelerde yasal düzenlemeler olsa dahi şiddetin, ruhsal problemlere bağlı intihar oranlarının çok yüksek olduğu (Bishop, 2017), alkol tüketim yaşının ilköğretim çağına indiği (Bishop, 2017), toplumun inanç ve geleneklerinin sağlık çalışanlarının saygınlığını belirlediği (Johnson, 2019), sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde (The Borgen Project, Healthcare in Guyana, Musa, Erişim Tarihi:05.08.2022) hukuki açıdan ceza yaptırımlarıyla sağlık çalışanlarının daha çok korunma gereksinimi doğduğu görülmektedir. Sağlık çalışanları şiddetle baş etmeye çalışırken salgının yaygınlaşması bazı topluluklar için durumu daha içinden çıkılmaz hale sürüklemiş özellikle de bu süreçte sağlık çalışanına yönelik şiddet açısından yasal düzenlemeler çıkarılmıştır (Nasreddine,2020).

Çalışmada, sağlık çalışanına yönelik şiddetle mücadelede İGE kategorisi yüksek olan ülkelerin, salgın öncesinde, sağlık çalışanına yönelik şiddet salgını ile mücadeleye etmeye başladığı görülmüş, yetişmiş personelin yetersiz olması durumunda onların korunmasının önemli ihtiyaç haline geldiği görülmüştür. İGE kategorisi yüksek olan ve personelin yeterli sayıda olduğu ülkelerde personel kayıpları telafi edilebiliyorken, İGE kategorisi düşük ülkelerde telafi edilemediği, meslek profesyoneli göçlerinin ülke sağlık hizmetlerinde açık oluşturulduğu görülmektedir. Sağlık sistemlerinin işleyebilmesi açısından sağlık profesyonellerine ihtiyaç olduğundan İGE kategorisi düşük olan ülkelerde sağlık çalışanını koruma altına alan yasaların varlığı kaçınılmaz gerekliliktir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenleme ile şiddet sıklıkları açısından değerlendirme noktasında, yasal düzenlemenin olması, şiddet ile ilgili verilerin oluşması bu veriler ve sonuçları ile mücadele edilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklığı ile sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemenin olması istatistiksel olarak analiz edildiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ülkelerde kişilere yönelik şiddet suçları bakımından verilen cezalar; para, hapis, kırbaç, ölüm cezası gibi değişkenlik göstermekte ve farklı düzeylerde bir ceza sistemi olduğu görülmektedir. Suç kapsamında verilen cezaların hukuk sisteminde uygulanabilir olması, mağdurların şiddet suçlarını bildiriyor olması, sağlık çalışanına şiddet sıklığını düşürmesi açısından önemlidir. Bir diğer önemli konu ise yapılan incelemelerde faillerin davranışlarının sonuçlarının ceza sisteminde karşılığı olduğunu bilmemeleridir. 4.kategori ülkelerinden olan Türkiye’de hasta ve hasta yakınlarına şiddet sonrası adli süreç ve ceza bilgi durumu sorulan kişilerin %91,6’sı ceza bilgisinden haberdar olmadığını bildirmiştir (Terkas ve ark., 2021). Toplum bireylerinin hukuki açıdan suç ve cezaları farkındalığının oluşabilmesi adına özellikle şiddet suçları ve cezalarının okul müfredatlarına konulması önemli görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde olmayan ülkelere göre şiddet sıklığının daha az olduğu görülmektedir. Yasal düzenleme durumunun genellikle şiddeti önleyici yönde etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde şiddet sıklığı; Türkiye’de (4. Kategori); %54,10, Fransa’da (4.kategori); %44, 3, Çin’de (3.kategori); %83,3, Cezayir’de (3. Kategori) %50 (Ek-4) olduğu görülmektedir.

Guyana’da (3.kategori) sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili bir araştırmaya rastlanmamış olsa da toplumun kültürel olarak öfkesini dışa vuramadığı, böyle bir durumun onlar için utanç kaynağı olabileceği belirtilmektedir (Kolves ve ark.,2022). Bu örnek sağlık çalışanına yönelik şiddet açısından kültürel özelliklerin etkili olabileceği konusunda dikkat çekicidir. Öfkenin dışa vurumu kişilerarası şiddeti tetikleyebileceği gibi, kişinin kendisine yönelmesiyle de intiharları tetikleyebilmektedir ki ülkede intihar eylemi çok yaygın bir sorundur (Pan American Health Organization, WHO, Regional Office for the Americas, Guyana).

Cezayir’de (3. kategori) ülkenin en büyük hastanesi olan CHU Mustapha-Pacha hastanesindeki birkaç şiddet vakasının kaydedildiği belirtilmektedir. Buna

sebeup olarak hastanenin yanında bir polis karakolunun olması, hastane güvenlik görevlilerinin yeterli sayıda olması (Algérie Presse Service, Erişim Tarihi: 07.07.2022) ve bu durumun şiddeti önleme açısından önemli olması belirtilmektedir. Bu durumun başlı başına etkili olup olmadığı, Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkelerin en kalabalık hastanelerinde benzer değerlendirmelerin yapılmasıyla aydınlatıcı olabilecektir.

Çin’de (3. Kategori) 2018 ve 2019 yılındaki şiddet olaylarından sonra sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemenin kabul edildiği görülmektedir (Çin Halk Cumhuriyeti Temel Tıbbi Sağlık ve Sağlığı Geliştirme Yasası, Erişim Tarihi: 09.11.2021). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığı ve dozunun artmasının onları korunmaya muhtaç hale getirdiği görülmektedir. Çin’de yasa varlığının önlemeyi sağlamada yetersiz kaldığı, daha çok cezalandırıcı olarak işlevsel olduğu görülmektedir. Çin hükümeti yasaların, bildirim sistemlerinin oluşturulmasının yanı sıra, hastane güvenliklerini güçlendirmiş, personele hastalarla iletişim, kendini koruma konularında eğitimler düzenlemiştir (Huang ve ark.,2020).

Hindistan’da (2. Kategori) hekime yönelik şiddet sonrası hekimler grev yapmışlar (Sharma, 2019) failler mahkemece tutuklanmıştır (Sharma, 2019).

Pakistan’da (1. Kategori) sağlık hizmetlerinde çalışan Lady Health Workers korumak adına 2010 yılında kadınların işyerinde tacizden korunması yasası (Time to end attacks on Lady Health Workers in Pakistan, 2017) çıkarıldığı görülmektedir. Geleneklerine sıkı sıkıya bağlı bu toplumda görev yapan sağlık çalışanları, ebeveynlerin aşların dinen haram olduğu düşüncesi sebebiyle çocuklara aşılama yapamadıklarını, aksi takdirde din adına cinayetler işlendiğini (Al Jazeera, Adil, The Plight of Pakistan’s Lady Health Workers, 2018, Erişim Tarihi: 28. 08. 2022) belirtmektedir. Yasalara rağmen 2012 yılında yaptıkları iş sebebiyle 22 kişinin öldürüldüğü bildirilmiştir (Time to End Attacks on Lady Health Workers in Pakistan, 2017). Covid-19 sürecinde hekimlerin covid-19 teşhisi bahanesiyle hastalarını kasıtlı olarak öldürdükleri yönünde hekimler suçlanmış hatta hastanelerde yaşanan şiddet olaylarında hastane yönetimi polis kuvvetlerinden destek istemek zorunda kalmıştır

(Bhatti ve ark., 2021). Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemenin sağlık hizmetlerine karşı düşmanca tavır sergileyen toplumlarda etkisiz olması cezaların da çok etkili olmadığı düşündürmektedir. Bunun sebebi olarak, ülkedeki sağlık sisteminin yerel yönetimlere devredilmesi, dünyada ulusal sağlık sistemi olmayan tek ülke olması, sağlık sisteminde idare görevlerinde uygun kalitede kişilerin olmaması, yolsuzluklar ve hizmet verme politikalarının uygunsuzluğu (Zhu ve ark., 2014, Erişim Tarihi: 28.08.2022), küresel barış endeksinde dünya sıralamasında 147. sırada olması (Ek 4) ülkedeki saldırıların yaygın olması ve uygulamadaki cezaların caydırıcı olamamasındaki etkenler olarak görülmektedir. İGE kategorisi düştükçe ülke içindeki barış ortamı bozulmakta, şiddet sıklığı artmaktadır. Bu bulgularımız ICN, ICRC, IHF, WMA'nın yapmış olduğu çalışma bulguları ile desteklenmektedir (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022).

Salgın döneminde yasal düzenlemeye daha da çok ihtiyaç olduğu The International Council of Nurses (ICN), The International Hospital Federation (IHF), The World Medical Association (WMA) ve The International Committee of The Red Cross (ICRC)'in yapmış olduğu çalışmadaki pandemi süreci ile kurumların %10'unun şiddet raporlaması, çalışanların %60'ının şiddet olaylarında artış olduğunu bildirmesi ile uyumlu bulunmaktadır (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi:09.11.2022). Türkiye açısından fiziksel şiddet sıklığı pandemi öncesi döneme kıyasla azalmış, mobbinge maruz kalanların sayısı ise artmıştır (Ünal ve ark., 2022).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından şiddet sıklığı genel olarak düşük ise de ülkenin içinde bulunduğu barış ortamı, gelenekler, inançlar, sağlık sistemlerinin işlemesi şiddet sıklığında önemli etkenler olarak yasaların koruyuculuğu kadar önemli rol oynuyor görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkelere şiddet sıklığı incelendiğinde, Mauritius'de (4.kategori); %79, Singapur'da (4.kategori); %70,3, Sudan'da (1. kategori); %78,30 (Ek 4) olduğu görülmektedir.

Singapur’da (4.kategori) şiddet sıklığını azaltmak için; sağlık teknolojisinin sağlık hizmetlerinde kullanılması, hastaların muayene bekleme sürelerinin %50 oranında azaltılması, harcamaların düşürülmesi yönünde girişimleri bulunmaktadır (Ow, 2021, Erişim Tarihi:30.08.2022). Hastalar için sakin, tehdit edici olmayan dostane ortamların sağlayacak, hasta ile iletişimde kalmak, yürüyüş ve egzersizlerinde birlikte olmak, müzik dinlemek, gevşemelerini sağlayacak yöntemler gibi müdahalelerle şiddet olaylarının azaldığı bildirilmiştir (Nair ve ark.,2008). Bu uygulamaların genel olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedenleriyle mücadele amacıyla olduğu görülmektedir. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığını artıran nedenler olarak; sağlık personeli ile hasta/hasta yakını iletişim problemleri, bekleme sürelerinin uzun olması, personel sayısının yetersiz olması (Aydemir ve ark.,2020), kurumların aşırı kalabalık olması, kurumların yetersiz donanımda olması (Terkeş ve ark.,2022) bildirilmektedir ve nedenlere yönelik önlemlerin Türkiye açısından da şiddet sıklığını düşürebilmesi yönünde değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Küba’da (3. kategori) sağlık çalışanına yönelik en sık yaşanan şiddet türünün sözel şiddet olduğu, çalışma alanlarında fiziksel şiddetin olabileceğine ihtimal vermedikleri görülmektedir. Özellikle muayene odalarına girişleri ayarlayan bir güvenlik görevlisinin bulunması, görev yerlerinde tek başına çalışmamaları, toplumun sağlık çalışanlarını otorite olarak görmeleri, saldırgan olabileceği düşünülen kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde tespiti yapıp psikolojik destek verilmesi, rehabilitasyon merkezlerinde tedavi olacak hastalarda öfke ve saldırganlık olabileceğinden kanaatle öfke ve saldırganlığı önlemek adına sürece ailesinin de dahil edilmesi ve bir psikiyatri hekimi tarafından kontrol sürecine tabi tutulması, ziyaretçi saati kavramının olmaması, hasta yakınlarının hastaları ile ilgilenbilmesinde sınırlar koyulmaması, Küba halkının toplumsal olarak bir hizmet alabilmek için beklemek konusunda alışkın olması şiddeti en aza indirmesinin altında yatan nedenler olarak gösterilmektedir. Oluşan sözel şiddet açısından alkolün etkili olduğu belirtilmektedir (Gillespie,2016). Bu açıdan yapılan çalışmalarda saldırganlık düzeyi yüksek olan kişilerde; sigara, esrar, alkol, uyuşturucu kullanımı olduğu gözlenmiştir (Souleymane Papa ve ark.,2022). Alkol kullanımının suç eylemlerini tetiklemesi (Ministerio de

Salud Pública, 2015) cinayet kurbanlarının kanında alkol ve uyuşturucu bulunması tespitler arasındadır (Sakulsaengrapha ve ark.,2018). Sağlık çalışanına yönelik fiziksel şiddet uygulayanların alkol, uyuşturucu etkisinde olduğu, akli dengesinin yerinde olmadığı bildirilmiştir (Adusei, 2019). İntihar kaynaklı ölümlerde de kişilerdeki alkol kullanımının etkisi bildirilmektedir (South Sudan Has Highest Suicide Rates, Pal, 2014, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Alkol, uyuşturucu gibi madde kullanımlarının ve akıl sağlığı düzeyinin sağlık çalışanına şiddetin sıklığını artırma yönünde de etkileri olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları açısından da ruhsal sorunlar oluştuğu tespitler arasındadır (Canadian Federation of Nurses Unions, Workplace Violence, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022). Şiddet sonrası çalışanların psikolojik desteğe ihtiyaç duymaları (Wertani,2021) göz ardı edilmemelidir. Ücretsiz psikolojik destek sağlanması, şiddetin oluştuğu birimlerde tekrar çalıştırılmaması yönünde yasal adımların atılması çalışan sağlığı açısından önemlidir. Şiddetle mücadele kapsamında toplum ruh sağlığı birimlerinde topluma öfke kontrol eğitimi, ruh sağlığı açısından kontrol ve tedavileri yönünden ücretsiz destekleyebilecek yeterli profesyonellerin bulunması önemlidir. Ayrıca ruh sağlığı açısından okullarda rehberlik servisleri aracılığıyla taramaların yapılması, krizle başa çıkma becerileri için eğitimler verilmesi, yüksek öğrenim kurumlarının müfredatına zihinsel sağlık ve kişilerin ruhsal olarak güçlendirilmesi konularını ele alan derslerin konulması toplum ruh sağlığı açısından önemli adımlar olacaktır (Nair ve ark.,2008).

İGE kategorisi düştükçe ülkelerde beklenen eğitim seviyesinin de düştüğü görülmektedir (Ek 4). Şiddet farkındalığının oluşabilmesinde, şiddetin normal olarak algılanmaması önemli bir unsurdur. İGE kategorisi düştükçe (örneğin Sudan’da) şiddetin normal algılanıp, mağdurların şiddeti hiç yaşanmamış gibi çalışmaya devam etmesi, bildirim yapmaması, kurum amirlerinin sağlık çalışanı ve güvenliği konusunda bilgi sahibi olmaması (Gaafar ve Hemmeda, 2022) söz konusudur.

Eğitim seviyesi ve İGE kategorisi yüksek olan Singapur’da da sağlık çalışanlarının şiddeti işinin bir parçası olarak görmesi, kendisinin olaylarda suçlu

bulunma korkusu mevcuttur (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi:30.08.2022). Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenleme olmaması bu durumun bir nedeni olarak düşünülebilir. Sağlık hizmetlerindeki mesleklerin saygınlığının azalması, meslek profesyonellerinin itibarsızlaştırılması sağlık çalışanına şiddet açısından diğer önemli etkenler arasında belirtilmektedir.

Çalışmanın gelişmişlik parametreleri açısından sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklığının değerlendirilmesi hususunda İGE kategorileri noktasında, DSÖ'nün bölgelerine göre, (altı bölgesi olan Afrika Bölgesi, Amerika Bölgesi, Asya Bölgesi, Avrupa Bölgesi, Batı Pasifik Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi) şiddet sıklığı karşılaştırmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 3.5). Ülkelere göre şiddet sıklığı, karşılaştırmasında (Çizelge 3.6), İGE kategorilerine göre karşılaştırma yapıldığında yine önemli farklılıklar saptanmamıştır (Ek 2). Bu durumun sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklığı ile ilgili veri kısıtlılığı sebebi ile temkinli yorumlanması gerekmektedir.

Çalışmada verisine ulaşabildiğimiz 7 ülke için şiddet sıklığı, 10.000 kişide 44 ile 78 arasında değişmektedir (Çizelge 3.2). İGE parametrelerine göre şiddet sıklığı analizleri anlamlı bir ilişki göstermemiştir (Ek 3).

Şiddet sıklığı verisine ulaşabildiğimiz ülkelerde; Maurutius'de (4.kategori) %79, Singapur'da (4.kategori) %70,3, Türkiye'de (4. kategori) %54,10, Fransa'da (4.kategori) %44, Çin'de (3.kategori) %83,3, Cezayir'de (3. kategori) %50, Sudan'da (1. kategori) %78,30 olarak bulunmuştur. Şiddet sıklıkları genel olarak İGE kategorileri yüksek olan ülkeler açısından yüksek gözükse de sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde daha fazla olduğu görülmektedir.

Doğumda beklenen yaşam süresi parametresi incelendiğinde, İGE kategorisi arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır (Ek 2). Doğumda beklenen yaşam süresi ile beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli

gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, toplam hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı arasında pozitif yönde ilişki gözlenmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi ile küresel barış endeksi (artmasıyla, küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl bir ortama doğru geçmekte), 5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Ek 3). Ayrıca yasal düzenlemesi olan ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi daha yüksektir (Çizelge 3.3).

İGE kategorisi artmasıyla; yükselen yaşam standartları, kişilerin kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi beklenen yaşam süresinin artmasına olumlu yönde katkı sağlarken (Vandeweyer ve ark.,2021) yaşlılığa bağlı sağlık hizmetlerindeki yoğunluğu artırmaktadır.

Yaşa bağlı demans hastalarında saldırganlık düzeyinin artması (Casey,2019) nedeniyle de sağlık bakım merkezlerindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sayısının ve sağlık harcamalarının arttığı düşünülmektedir.

Sağlık hizmet sunum puanı 67 olarak belirtilen 3. kategori ülkesi olan Cezayir’de sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu bölgelerde ölüm oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Nasreddine, 2017). Hekimlerin çalışma alanlarının bölgelere göre orantılı dağılmaması, bölge halkının kilometrelerce yol yapmasını gerektirmesi mortalite açısından etkili olmaktadır (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Cezayir, Erişim Tarihi: 06.07.2023).

5 yaş altı ölüm hızı parametresi incelendiğinde, 5 yaş altı ölüm hızı arttıkça; küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl bir ortamdan uzaklaşmaktadır. Kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı daha düşüktür (Ek 3). İGE kategorisi arttıkça 5 yaş altı ölüm hızının düşme eğiliminde olduğu gözlenmiştir (Ek 2). Sağlık çalışanına yönelik şiddeti

önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde 5 yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda) daha düşüktür (Çizelge 3.3).

Toplumun sağlık sistemlerini kullanmasını azaltan hastanelerin uzaklığı, ilaçlar için cepten ödeme yapılması, muayene ve tedavi süreçlerinden endişe duyulması, kırsal kesimde yaşamak (S. Arborio, 2007) gibi nedenler bebek ölümlerini yükseltmektedir. Doğumların sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi 5 yaş altı bebek ölüm hızlarında düşüş (WHO, Country Cooperation Strategy, Guyana, 2018), (Women Deliver, The Pakistani Lady Health Worker Program: Providing Care to Underserved Populations, Erişim Tarihi:28.08.2022) sağlamaktadır. Sağlık sisteminin yetersizliği bebek ölüm hızını artıran bir faktördür (Sharma,2017b). Gelişmişlik kategorisinin belirleyici unsurlarından olan beş yaş altı ölüm hızlarının sağlık çalışanlarının üzerindeki baskı ile düşük gösterilmesi de (Geloso ve ark.) İGE gelişmişlik açısından önemlidir.

İGE kategorisi yüksek ülkeler, insanın sağlıklı bir çevrede yaşam hakkının varlığını kabul eden yasalar çerçevesinde yaşam alanları oluşturmayı hedefler. İGE kategorisi düştükçe ülkelerde yasaların varlığı ve uygulanabilirliği tartışmalara açık olabilmektedir. Bu durumun ülkedeki tüm sistemleri etkilediği gibi, sağlık sistemlerinin varlığını, işleyişini de etkilemesi söz konusudur. Her bebek ölümü verisi ülkenin sağlık hizmetlerinin kalite düzeyini gösterir karnesi gibidir. Altta çok fazla etkeni bir arada barındıran bir ölçüttür. Anne eğitim seviyesini, toplum geleneklerini, sağlık hizmetlerinin kalitesini, profesyonel sağlık ekibinin kalitesini, sağlık hizmetlerinin yeterliliğini, kırsal alanlara kadar ulaşımını bir arada barındırması yönüyle ülkelerin sağlık hizmetleri konusundaki başarısını gösterir bir değerdir.

Beklenen öğrenim süresi parametresi incelendiğinde, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde beklenen öğrenim süresi ve ortalama öğrenim süresi daha yüksektir (Çizelge 3.3). İGE kategorisi arttıkça ortalama öğrenim süresi artmaktadır (Ek 2). Bu bulgumuz ICN, ICRC, IHF, WMA'nın yapmış olduğu çalışma ile benzer bulgulardır (ICN, ICRC, IHF, WMA; Erişim Tarihi: 09.11.2022).

Ortalama öğrenim süresi ve beklenen öğrenim süresi ile kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı aralarında pozitif yönde ilişki gözlenmiştir. Artmasıyla ülkeler; küresel barış endeksi sıralamasında barışçıl bir ortama doğru geçmekte, 5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları ise azalmaktadır (Ek 3).

Personelin yüksek öğrenim mezunu olmama, meslekte deneyimin az olması durumu şiddet riskini artıran faktörler olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca özellikle yönetim kadrosunun şiddeti yönetmede gerekli deneyim ve uzmanlığa sahip olmaması (Mensah Kofi ve ark., 2022) şiddeti artıran sebepler olabilmektedir.

Çalışmada eğitim durumu ve şiddet sıklığı arasında istatistiksel bir bağlantı çıkmamış olsa da şiddet faillerinin çoğunluğunun orta öğretim düzeyinde olduğu bulgusu mevcuttur (Bakary Dembele ve ark., 2021).

Eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerdeki beklenen yaşam sürelerindeki artış, bebek ölüm oranlarında azalma olduğu tespit edilmiştir (Vandeweyer ve ark.,2021).

4. kategori ülkesi olan Türkiye’de yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetlerinde çalışan hizmet alım personeli içinde şiddete uğrama sıklığı en fazla %50,9 ile lise eğitim seviyesinde olanların yaşadığı belirtilmiştir. Şiddete maruz kalma sıklığının ön lisans ve lisans mezunlarında azaldığı bildirilmiştir. (Kale ve ark., 2020). Türkiye’de intihar edenlerin mezuniyet düzeylerinin çoğunlukla ilköğretim olması ve kadınlarda intihar nedenleri arasında öğrenimde başarısızlık olması (Yıldırım Öztürk ve Öztürk, 2021) eğitimsizliğin kişinin kendisine olan şiddetini de artırdığını göstermektedir.

3. kategori ülkesi olan Çin’de şiddet faillerinin çoğunlukla erkek, lise düzeyinin altında eğitimli, çiftçilikle uğraşan ve yaş aralıklarının 30-44 olduğu bildirilmiştir (Cai ve ark., 2019).

Sağlık sistemlerinde şiddet nedenlerinden biri olan hasta/personel iletişimi kaynaklı şiddetin önlenmesi için sağlık okuryazarlığı önemlidir. Eğitim müfredatlarına konarak farkındalık oluşması sağlanabilmeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık eğitim odalarının oluşturulup kişilere eğitim verilmesi önemsenmelidir. Eğitim seviyesi düştükçe kişiler arası iletişim problemleri artmakta olup, meslek profesyonellerinde de algı ve eğitim seviyelerine uygun eğitim yapılması şiddette azalma yönünde etki sağlayacaktır. Türkiye açısından okur yazarlık oranı yükselmiş olsa da kırsal kesimlerde yaşayanların hizmet alma süreçlerinde sorun yaşadığı görülmektedir. Okur yazarlığı olmayan bir kişi hastane ortamında kendini güvensiz hissedebilmektedir. Hasta karşılama personelinin önemi anlaşılmakta olup, bu grubun hastalar ile sağlık çalışanlarını karşı karşıya kalmamasında önemi büyüktür.

Toplam hemşire ve ebe sayısı parametresi incelendiğinde, 10.000 kişi başına düşen ebe ve hemşire sayısı ile 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı arasında pozitif yönde bir ilişki gözlenmiş olup azalmasıyla ülkeler küresel barış endeksi sıralamasında barışçıl bir ortama doğru geçmekte, 5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları azalmaktadır (Ek 3). İGE kategorisine göre 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı farklıdır. Toplam hemşire ve ebe sayısı, İGE düzeyleri arası karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (Ek 2).

Çalışmada sağlık hizmet sunumu ile sağlık çalışanları sayısı arasında anlamlı ilişki çıkmıştır. Bu durumun sonucu olarak örneğin 2. bölge Gana’ da hizmet veren sağlık personelinin sayısı zaten yetersiz iken, yetişmiş deneyimli personelin de düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları sebebiyle yüzde ellisinden fazlasının on yıl içinde göç ettiği (Yong-Shik, 2015) bildirilmektedir.

Mauritius’de hastanelerde şiddete maruz kalanların en büyük sıklık ile (%50) hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Herhangi bir şiddete maruz kalanların %31’i kadın iken, % 69’u erkektir (Mauritius Institute Of Health Pamplemousses June 2009, Study On Violence In Public Hospitals (Island Of Mauritius), Erişim Tarihi: 13. 04. 2022).

4. kategori Singapur'da nüfus yaşlanmakta ve sağlık çalışanlarının sayısı düşük olduğundan sağlık teknolojisi Singapur için önemli hale gelmektedir. Robot hemşirelerin kısıtlı insan gücünü desteklediği ve daha fazla kullanılması için çalışmalar yapıldığı belirtilmiştir (How Singapore wants to attract tech talent to healthcare, Nurfilzah Rohaidi, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Toplam hekim sayısı parametresi incelendiğinde sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde toplam tıp doktoru sayısı ortalama 2.579.903,00 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelere ortalama 24.879,50 olup daha düşüktür (Çizelge 3.3).

İGE kategorisi artıkça 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı artmaktadır. Toplam hekim sayısı İGE kategorileri ile karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı yüksek olanlarda toplam hekim sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı yüksek olup küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl bir ortama doğru geçmekte,5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları düşüktür (Ek 3).

1. kategori olan Pakistan'da her yıl 1000'in üzerinde pratisyen hekimin gelişmiş ülkelere göç ettiğini bildirilmektedir. (Ahmed Abdullah, 2014).

3. kategori olan Çin'de hekimlerin %32,69'unun haftada 60 saatten fazla çalıştığı belirtilmiştir. Hekimlerin iki hafta süre ile zihinsel yorgunluk seviyesi ölçümü yapılmış ve günlük uyku süresinin 5.3 saat olduğu belirtilmiştir. Gece çalışan hekimlerin gündüz çalışanlara kıyasla %24 daha fazla tıbbi hata yapma riski olduğu, iyi dinlenememiş hekimlerin iyi dinlenmiş hekimlere kıyasla %22 daha fazla tıbbi hata yapma riski olduğu belirtilmiştir (Chinese Medical Doctor Association, 2015, Erişim Tarihi:30.08.2022).

Sağlık çalışanları açısından zor çalışma koşulları yıpranmaya neden olurken bir yandan da şiddetle mücadele etmeye çalışmak zorlayıcı olmaktadır. Şiddete maruz kalmanın kişilerde bıraktığı izler mesleklerini bırakma isteklerine kadar varabilmektedir.

10.000 nüfusa düşen hastane yatakları parametresi incelendiğinde İGE kategori açısından bakıldığında 2. kategori ülkelerde 10.000 nüfusa düşen hastane yatak sayısının 1. kategoriye göre daha düşük olduğu görülmekle birlikte 3. ve 4. Kategori için yüksek olduğu görülmektedir(Ek 2). 10.000 nüfusa düşen hastane yatakları sayısının daha yüksek olması durumunda, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları yüksek, küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl bir ortama doğru geçmekte, 5 yaş altı ölüm hızı düşüktür (Ek 3).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı, ortalama 26,10 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde bu değer ortalama 21,80 dir (Çizelge 3.3).

Sağlık çalışanına yönelik şiddet ile hastane yatakları sayısı arasında bağlantı olduğu hipotezi literatürde yer alan bulgularla desteklenmektedir. 3. kategori olarak geçen Cezayir’de özellikle covid-19 döneminde hastanede yer bulamadığı, tıbbi nakil ihtiyacı olan hastasını tahliye etmek için ambulans yetersizliği gibi nedenlerle sağlık çalışanlarına saldırmışlardır. (Le phénomène a pris de l’ampleur avec l’évolution de la Covid-19: Trop de violence contre le corps médical, erişim 09.07.2022).

Hızla yaşlanan 4.kategori ülkesi olan Singapur’da 2006 ve 2015 yılları arasında hastane başvurularının yıllık %23 arttığı, 65 yaş ve üzeri hastaların başvuru oranının 2006’da %28,6 iken, 2013’te %33,4’e yükseldiği, hastaların hastanede ortalama kalış süresi 2010 yılında 7,8 gün iken, 2013 yılında 8,2 güne çıktığı bildirilmiştir. Bu durumun harcamaları artırdığı, yatak doluluk oranını etkilediği, bakım personeli ihtiyacına sebebiyet verdiği bildirilmiştir. Personel sayısı 2011 ve 2018 yılları arasında %36 artmış olsa da hızla yaşlanan topluma yetersiz kaldığı bildirilmektedir. Yeni inşa edilen toplam 1800 yatak kapasiteli hastaneler ile sağlık sisteminin desteklenmesi

hedeflenmektedir. Hükümet 2019 yılında bakıcı destek eylem planı başlatmıştır. Bu plana göre devlet bakıcıların ev masraflarını karşılayabilmesi adına aylık 200 USD evde bakım ödemesi yapmaktadır (Chuan Tan ve ark.,2021).

Sağlık hizmeti sunumu parametresi incelendiğinde sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde sağlık hizmet sunum puanı ortalama 100 olup, yasal düzenlemesi olmayan ülkelere göre (ortalama 76,50) daha yüksektir (Çizelge 3.3).

İGE kategorisi yüksekliği ile sağlık hizmet sunum kalitesi arttığı söylenebilir (Ek 2). Sağlık hizmet sunumu kalitesi yüksekliği; küresel barış endeksi sıralamasında iyileşme, cinayet oranları azalması ile beraberdir (Ek 3).

Sağlık hizmet sunumu ve ülkeler arasındaki İGE kategorilerinde sadece 2 ve 4. kategorilerde anlamlı farklılıklar çıkmıştır. 3. kategoride yer alan Gana'da sağlık hizmet sunum puanı DSÖ'ye göre 40 olarak değerlendirilmiştir. Bu ülkede geleneksel veya inanç temelli şifacılar çok yaygındır. Bu birimler özellikle psikiyatri hastaları ile ilgilenmekte olup, psikiyatri hastaneleri sadece 100 yatak kapasiteli ve ücretleri pahalı kurumlardır. Bu şartlar altında hasta kişiler yatılı dua kamplarında, hiç eğitim görmemiş kişiler tarafından geleneksel yöntemlerle, şifalı olarak kabul edilen otlarla akıl hastalıkları iyileştirilmeye çalışılmaktadır (Human Rights Watch, Erişim Tarihi:16.07.2022).

Sağlık hizmet sunumunda kişilerin kendi eğitim ve becerilerine uygun alanlarda çalıştırılması önemlidir. Nitelikli işgücü ve sağlık hizmetleri alt yapısı sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunma açısından önemli etkenlerdir (Vandeweyer ve ark.,2021).

1. kategori olan Pakistan'da olumsuz çalışma koşulları, tıbbi malzeme eksikliği, yetersiz denetim, çalışan eğitiminin yetersiz olmaması, yetkin olmayan kişilere öncelik verilmesi (adam kayırma-yolsuzluk), özellikle kadın çalışanlar için

güvensiz çalışma ortamı sağlık sisteminde engeller olarak gösterilmiş ve bu durumun sağlık hizmet sunumunu dolayısıyla insanların sağlığını etkilediği bildirilmiştir (Ahmed Abdullah, 2014). Yerel yönetimlerle hizmet vermeye çalışılan sağlık sisteminde, idare görevlerinde uygun kişilerin olmaması, hizmet verme politikalarının uygunsuzluğunun hizmet işleyişini zorlaştırdığı belirtilmektedir (Zhu ve ark., 2014, Erişim Tarihi:28.08.2022).

4. kategori ülkesi olan Singapur'da yeni teknolojilerin sağlık sisteminde kullanılmasının covid - 19 pandemisinde sosyal mesafeyi sağlayabilmek adına uzaktan çalışma ile hızlandığı belirtilmiştir. Vücuda takılarak kişilerin veri kaydını tutan giyilebilir cihazlar, fiziksel yakınlık gerektirmeden hastaları teşhis ve tedavi olanakları veren teletıp ile sağlık sisteminin iş yükü azaltılmış, verilerin tek elde toplanıp sağlık sistemine aktarılması hastane yoğunluğunu, sağlık personelinin üzerindeki baskıyı ve virüs bulaşma riskini azaltmıştır. Yapay zekâ, mobil uygulamalar, sağlık bilgi yönetim sistemleri, blok zincir teknolojisi ile verilerin tek sistemde toplanması ve diğer sistemlerle bağlantılı olması sebebiyle verilere tek elden ulaşılması, kontrolsüz ve uygunsuz ilaç kullanımının önüne geçilmesi mümkün olmuştur. Sağlık teknolojisi ile hastaların tıbbi geçmiş bilgilerini öğrenme süresinin kısılacağı ve hastaların muayene bekleme sürelerinin %50 oranında azalacağı tahmin edilmektedir. Verilerin tek platformda olması ile tanıların daha kolay ve hızlı bir şekilde konulabileceği, maliyeti düşürdüğü, hata oranını da düşürdüğü bildirilmiştir (Ow, 2021, Erişim Tarihi: 30.08.2022). Bu teknolojilerin sağlık çalışanına yönelik şiddet açısından da değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Nüfus yoğunluğu parametresi incelendiğinde, nüfus yoğunluğu yüksek olan ülkelerde cinayet oranları düşüktür. (Ek 3). Nüfus yoğunluğu tüm İGE kategorileri ile karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2). Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde nüfus yoğunluğu ortalama (kilometrekare başına) 111,20 olup olmayan ülkelere göre (116,40) daha düşüktür (Çizelge 3.3).

Yoğun nüfuslu bölgelerde çalışıyor olmak, hasta sayısının fazla olması, uzun bekleme süreleri, personel eksikliği, meslek eğitiminde yüksek öğrenim mezunu olmama durumu, deneyim azlığı şiddete uğramayı artıran faktörler olarak değerlendirilmiştir (Mensah Kofi ve ark., 2022).

Nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı parametresi incelendiğinde, İGE kategorisi yüksek ülkelerde nüfus temelli depresyon prevalansı artmaktadır (Ek 2). Ruh sağlığı hizmetlerine verilen önemin tanılamada etken rol oynaması prevalansı artırabilmektedir. İGE kategorisi düşük olan ülkelerde sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin yetersizliği, ulaşılabilirliğin zorluğu, ruhsal problemlere toplumun bakış açısı ve tedavi yöntemi toplumun modern ruh sağlığı hizmetlerine erişimini güçleştirmektedir. İGE kategorisi yüksek olan ülkelerde ruh sağlığına daha fazla önem verildiği görülmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının psikolojik açıdan etkilenme durumu ayrıca değerlendirilip gerekli destekler ile çalışan korunmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu koşullar neticesinde ülkelerin ruh sağlığına verdiği önem neticesinde depresyon prevalans değerleri etkilenmektedir.

Nüfus temelli depresyon prevalansı yüksek ülkelerde küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl bir ortamdan uzaklaşmaktadır (Ek 3). Depresyon prevalansı yüksek topluluklarda çatışma ve kaos olağan bir durumdur.

2. kategori olan Gana'da, hane halkının geliri ile kişilerin ruh sağlığı etkilenmekte olup, ruh sağlığı da yoksulluğu tetiklemektedir (Ministry of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 -2030, 2018). Yetişkin nüfusun yaklaşık %1-3'ü psikoz, %10'unda depresyon ve anksiyete, %41 diğer psikolojik rahatsızlıklar (hafif, orta ve şiddetli düzeyde) olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum o bölgedeki işsizlik, kişilerarası sorunlar, suç sıklığının artması ve buna bağlı hapis oranlarının da artmasını neden olabilmektedir. Ülkede ruh sağlığına ilişkin etkilenen bir hanenin ortalama maliyeti ayda 60,24 USD (Ministry Of Health Ghana, Mental Health Policy 2019 - 2030, 2018) olduğu belirtilmektedir.

Maurutius’de yapılan bir çalışmada sözel ve fiziksel şiddet vakalarında sağlık çalışanlarının psikiyatri hastaları tarafından şiddete maruz kalma durumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

1. kategori olan Mali’de hastanede yatışı olan kişilerin %44,5’inin hastaneye getirilme sebebinde; kişilerin saldırganlık düzeyinin yüksek olması belirtilmiştir (Souleymane Papa ve ark.,2022).

4. kategori olan Maurutius’de şiddet mağduru sağlık çalışanları %92,3’ü şiddetin aile yaşamları üzerinde zararlı bir etkisi olduğunu belirtmiş olup, %61,5’i şiddet sonrası depresyon geçirdiklerini ardından işe gitmek istemediklerini belirtmişlerdir. (Mauritius Institute Of Health Pamplemousses June2009, Study On Violence İn Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi: 13. 04. 2022). 4. kategori olan Kanada’da çalışma alanlarında şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının ileri seviyede tükenmişlik yaşadığı ve bu durumun sağlık bakım kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Casey, 2019).

4. kategori olan Kanada’da yapılan bir çalışmaya göre şiddete maruz kalan hemşirelerde ruhsal belirtiler ortaya çıkmıştır. Araştırmada ruhsal sorunu olanların %92,7’sinin travmatik olaylardan etkilendiği, %46,4’ünün fiziksel şiddete maruz kaldığını tespit etmişlerdir (Canadian Federation of Nurses Unions, Workplace Violence, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022). Kanada’da hekimler arasında yapılan bir çalışmada çalışanların şiddete maruz kalmasının kişilerde stres düzeyini artırdığı, alkol tüketim oranlarını artırdığı, depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesini tetiklediği, kişilerin riskli alanlarda çalışmak istememesine, işe gelme oranlarının düşmesine neden olduğu tespit edilmiştir (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019).

3. kategori olan Küba’da depresyon nedeniyle toplumda hastaneye başvurma oranının %25 olduğu, bunların %40’ının antidepresan kullandığı bildirilmiştir. Kişilerdeki verimliliğinin düşmesinde %52 oranında depresyonun etkili olduğu;

intiharlarda %17 oranında depresyonun etkisi olduğu bildirilmiştir (Ministerio de Salud Pública, 2015).

3. kategori olan Guyana’da intihar sıklığı 100.000’de %44,2’den %29’a düşmüş olsa da dünyadaki en yüksek intihar sıklığına sahip ülke durumundadır. Toplumun % 60’ı ruh sağlığı hizmetine erişimin olmadığı kırsal kesimlerde yaşamaktadır. Özellikle kırsal kesimlerde alkol tüketimi ve intihar vakalarının arttığı belirtilmektedir (Bishop, 2017).

Ülkelere göre değişkenlik gösterse de 3. kategori Guyana’da intihar ile mücadele kapsamında kişilerin sağlık merkezlerinden yardım talep edemediği, sebebi olarak da ülkede intihar girişiminde bulunmanın cezaya tabi olması belirtilmiştir (Kolves ve ark.,2022). Guyana’da hastaların tedaviyi reddetme hakkı gibi hasta haklarını koruyan düzenlemeleri yoktur. İntihar hattını kullanmaları sonrası servislere yatırılma, ya da ceza almaları endişeleri sebebiyle destek hizmetlerine talebin düşük olduğu belirtilmektedir. Ülkede intihar hatlarını yöneten polisler olması sebebiyle de bu durumu işin içinden çıkılmaz hale sokmaktadır. Öyle ki intihar hattını destek almak için arayıp ceza alanlar olmuştur (Johnson, 2019). Sağlık profesyonelleri sayısı genel olarak eksik olmakla birlikte ruh sağlığı birimlerinde hizmetin kalitesi düşük ve sayıları yetersizdir. Donanımlı profesyoneller de ülkeden göç etmeyi tercih etmektedirler (Johnson, 2019).

4. kategori ülkesi olan Fransa’da yüksek intihar sıklığı ile sağlık hizmetlerinde intihara bağlı yoğunluk olduğu, gençler arasında 2020 yılından itibaren artan intihar sıklığı ile mücadele edilmeye çalışıldığı bildirilmiştir (Increasing Suicide Rates Among French Young People Worry Health Professionals, Pascale Santi, 2022, Erişim Tarihi: 01.09.2022). 3. kategori ülkesi olan Tunus’ta intihar vakalarının %40,3’ünde şizofren, %25’inde depresyon tanısı olduğu bildirilmiştir (Ben Khelil ve ar.,2016). 4. kategori ülkesi olan Singapur’da bir ruh sağlığı hastanesinde 403 saldırı vakası bildirilmiş, 136’sının personele yönelik olduğu aktarılmıştır (Nair ve ark.,2008). 3. kategori ülkesi olan Çin’de ekonomik gelişmeler ile ülkedeki intihar oranlarının son 20 yılda önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir. Kırsal kesimlerde yaşayan kadınların

sosyal statü elde etmesi, baskıcı ortamlardan uzaklaşması sebebiyle yaşlı kadınlar arasındaki intiharın düşüşe geçtiği bildirilmiştir (Qiao ve ark.,2022).

Depresyon prevalansının yüksekliği, toplumun saldırganlık düzeyini etkileyen ölçütlerden biri olarak düşünülmektedir. Saldırganlık düzeyi yüksek toplumlarda bu kişilerin hastaneye yatışları gözlenmektedir ve bu süreç sağlık çalışanına yönelik şiddet riskini doğurmaktadır. Şiddete maruz kalan kişilerde de depresyon, madde/alkol tüketimi, intihara eğilim oluşması gibi kısır bir döngünün içine girilmektedir. Bu döngünün içinden çıkılabilmenin yolu toplum ruh sağlığının ve gelir düzeyi saldırganlık ile etkili bulunan gelişim parametrelerinin önemsenmesi olacaktır.

Kişi başına alkol tüketimi parametresi incelendiğinde, kişi başı alkol tüketimi ile sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş olup küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl ortamdan uzaklaşmaktadır (Ek 3).

Kişi başına alkol tüketimi ile tüm İGE kategorileri karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar olmadığı %95 güvenle söylenebilir (Ek 2).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde kişi başına düşen alkol tüketim miktarı, ortalama 6,83 lt/yıl olup daha yüksektir. Sağlıkta şiddet yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ortalama 1,94 lt/yıl olup daha düşüktür (Çizelge 3.3).

Kişi başına alkol tüketimi açısından sağlık çalışanına yönelik şiddet değerlendirildiğinde; istatistiksel anlamlı ilişki görülürken yapılan çalışmalarda bunu destekleyen ve desteklemeyen bulgular görülmektedir. Bu çalışmalarda alkolle ilgili politikaların ya da topluma ait kültürel özelliklerin ön plana çıktığı düşünülmektedir. Ülkelerde alkol politikası olsa bile kayıt dışı kullanımların denetimsizliği ile kişi başına alkol tüketim verilerinin çok sağlıklı olmadığı, 2. kategorideki Gana'da 2019 yılı için 1,59 lt olan verinin aslında 20 litre olabileceği düşünülmektedir (Ghana

Launches National Alcohol Policy, Ministry of Health of Republic). 3. kategoride olan Cezayir’de 2021 yılında uyuşturucu ve alkolün etkisindeki dört kişi sağlık personeline ve güvenlik görevlilerine sözlü ve fiziksel şiddet uygulamışlardır (Algéria 360, Erişim Tarihi: 07.07.2022). 4. kategoride olan Maurutuis’de yapılan bir sağlık çalışanına yönelik şiddeti konu alan çalışmada; sözlü şiddet vakalarında alkolün etkisi incelenmiş, içenler ve içmeyenler arasında anlamlı bir fark gözlenmediği tespit edilmiştir (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June 2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022). Maurutuis için alkol tüketimi ile ilgili reklamı yasaklayan ve alkol tüketimini kısıtlayan düzenlemeler bulunmaktadır (The Public Health Act, Regulations Made By The Minister Under Section 193 Of The Public Health Act, Erişim Tarihi: 08.04.2022). 2. kategori olan Gana’da yaşanan şiddet olaylarında fiziksel şiddet uygulayanların %17’sinin alkol veya uyuşturucu etkisinde olduğu, %8,6’sının akli dengesinin yerinde olmadığı bildirilmiştir (Adusei, 2019).

2014 ile 2018 yıllarında Mali’de yapılan bir araştırmada bu yıllar arasında psikiyatrik bozukluk nedeniyle hastaneye yatırılan kişilerin çoğunluğunun genç ve ruhsal problemi olan erkekler olduğu tespit edilmiştir. Hastanede yatışı olan %44,5’inin saldırganlık nedeniyle yatırıldığı belirtilmiştir. Psikiyatri servisinde tutulan bu hastaların %32,6’sında sigara kullanımı %26,0’sında esrar %15,6’sında alkol, %42,9’unda ise uyuşturucu kullanımı olduğu belirtilmektedir (Souleymane Papa ve ark., 2022).

3. kategori ülkesi olan Küba’da hastane başvurularının %20 ile %69’unun alkol tüketimine bağlı yaralanmalara ve kronik hastalıklara bağlı olduğu bildirilmiştir. Bu tüketimin suç eylemlerini de tetikleyerek yaşam kayıplarını artırdığı belirtilmiştir (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Birinci kategori ülkesi olan Sudan’da intihar kaynaklı ölümlerin %22’sinde alkol kullanımı olduğu bildirilmekte olup, alkol kullanılmaması durumunda 5 intihardan 1’inde intiharın gerçekleşmeyebileceği (South Sudan Has Highest Suicide Rates, Pal, 2014, Erişim Tarihi:29.08.2022) öngörülmektedir.

Kişi başına düşen milli gelir parametresi incelendiğinde, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde kişi başına düşen milli gelir yasal düzenlemesi olmayan ülkelere göre daha yüksektir. İGE kategorisi arttıkça kişi başına düşen milli gelir artmaktadır (Ek 2).

Kişi başına düşen milli gelir ile 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet sunumu, nüfus temelli depresyon prevalansı, nüfus yoğunluğu arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş olup, artmasıyla küresel barış endeksi sıralamasında ülkeler barışçıl bir ortama doğru geçmekte, 5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları azalmaktadır (Ek 3).

İkinci kategoride yer alan Gana'da ülke genelinde yaygın olan sıtma, akut solunum yolu enfeksiyonları, yetersiz beslenme, içilebilir temiz su kaynaklarına erişim ve diğer sorunlar nedeniyle 5 yaş altı ölüm hızı artmaktadır (Ministry of Health Accra, Ghana, Ghana's Roadmap For Attaining Universal Health Coverage 2020-2030). Bu durum çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

1. kategori olan Mali'de yetersiz beslenme ülkede büyük bir sorun olmakla birlikte, özellikle 5 yaş altı çocuklar arasında bir halk sağlığı sorunu şeklindedir. Çocukların hastaneye yatışlarının %54,1'ini malnutrisyona (beslenme yetersizliği) bağlı genel durum bozukluğu oluşturmaktadır (Abdoul Karim, 2021).

Üçüncü kategoride yer alan Guyana'da ülkedeki intiharların %70'inin umutsuzluk, yoksulluk, çaresizlikle yaşam mücadelesi verilen kırsal bölgelerde gerçekleştiği belirtilmektedir. Özellikle kırsal kesimlerde alkol tüketimi ile intihar vakalarının da arttığı, özellikle kırsal kesimlerde alkol tüketiminin yoksul kişilerin tek eğlenceleri olduğu için fazla olduğu düşünülmektedir (Bishop, 2017).

Üçüncü kategoride olan Azerbaycan'da, eğitim sistemindeki yetersizlik düşük gelirli aileler için hayatları daha da zorlaştırmakta, ayrıca bu durum eğitim

hizmetlerine erişimde engelleyici rol oynamaktadır. (Ibadoghlu, 2021, Erişim Tarihi: 22.08.2022).

İkinci kategori ülkesi olan Kırgızistan'da yoksul ailelerin çocukları yoksul olmayanlara göre daha düşük eğitim düzeyine sahiptir (The World Bank, Technical Assessment, Erişim Tarihi: 23.08.2022). Kırgızistan'da daha iyi bir yaşam standardı sağlamak için yeterli iş olanaklarının olmaması sebebiyle çok fazla kişi ülke dışına göç etmektedir. Ekonomik bunalımdan tek çıkış yolu olarak gördükleri göçlerde, yanlarında çocuklarını götürmeyip yurtlara bırakmaktadırlar. Geride bırakılarak ihmal edilen her çocukta travma, intihara eğilim ve suç işleme potansiyellerinin artma durumları olduğu da belirtilmektedir (Central Asian Bureau for Analytical Reporting, Kyrgyzstan: How to Resolve Issues of Violence Against Children of Migrant Workers, Erişim Tarihi: 22.08.2022)

Gelir durumuna bağlı olarak yetersiz beslenme büyük bir sorun olmakla birlikte, özellikle 5 yaş altı çocuklar arasında bir halk sağlığı sorunudur. Mali'de çocukların hastaneye yatışlarının %54,1'ini malnutrisyona (beslenme yetersizliği) bağlı genel durum bozukluğu oluşturmaktadır (Abdoul Karim, 2021). İkinci kategori bölge Hindistan'da 2018 yılında 100.000 kişi başına 134,516 (%10,2) intihar rapor edilmiştir. Genel intihar nedenlerinde %3,7'sinin ekonomik nedenler olduğu bildirilmiştir (Accidental Deaths & Suicides in India 2018, erişim tarihi: 08.08.2022).

Sağlık harcamaları parametresi incelendiğinde, İGE kategorisi artıkça sağlık harcamaları artmaktadır (Ek 2). Sağlık harcamaları artıkça sağlık hizmet sunumu kalitesi artmaktadır (Ek 3). Yatırım yapılan, üzerine düşünülen, emek harcanan her alanda farklılıklar oluşabileceği gibi, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin fazlalığı da sağlık hizmetlerinin kalite göstergelerinden olmaktadır. Tıbbi malzeme için ayrılan bütçe sağlık hizmetlerinde kalitenin fark edilir düzeyde işlemlerini sağlayabilmektedir. Sağlık teknolojilerinin sağlık hizmetlerinde kullanımı personelin hastasına ayırabileceği zaman etkili geçirmesine olanak verirken önlenemez zaman kaybı açısından da verimlilik sağlar. Sağlık hizmetlerindeki kalitenin düşürülmesi, sağlık

alışanlarının iş yükünün artmasına, hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir.

Bu parametrede gruplar arasındaki farkın sebebinin gelişmişlik düzeyine göre devlet btçelerinden sağlık harcamaları için sağlık kurumlarına ayrılan payın farklı olması olduğu düşünülmektedir. İnsan hakları açısından sağlık hakkı bağlamında sağlık harcamalarının btde ön plana koyulması ve halka sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması önemlidir.

Dördüncü kategoride olan Maurutius’da, ülke halkına kamuda ücretsiz sağlık hizmetleri verilmekte olup, toplam kamu sağlık harcamalarının %82,1’isini hastane hizmetleri için ilgili kurumlara ayırmaktadır (Republic of Mauritius Financing Health in Africa: Challenges & Opportunities Universal Health Coverage in Mauritius Y. Ramful Lead Health Analyst Ministry of Heallth And Quality of Life, Erişim Tarihi: 13. 04. 2022).

Dördüncü kategoride olan Kanada’da uzman doktordan randevu alabilmek için ortalama bekleme süresi 4 haftadır. Kanada hükümeti bu süreyi kısaltmak için yaklaşık 5,5 milyar dolar harcama yapmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Seyahat Sağlığı Kanada, Erişim Tarihi:02.08.2022).

Dördüncü kategoride olan Kanada sigorta verilerine göre; şiddet sonrası süreçte personel devamsızlığının % 16’sının sağlık sektörü çalışanları olduğu bildirilmiştir. Kanada’da kamu sektöründe çalışan hemşirelerin yüzde 5,7 sıklıkta devamsızlık yaptığı tespit edilmiş olup, sigorta kurumuna kayıtlı olan diğer tüm mesleklerin işe devamsızlık sıklığının ise %9 olduğu tespit edilmiştir. Bu devamsızlığın maliyetinin sadece 2016 yılı için 989 milyon dolar olarak tespit edildiği bildirilmiştir (Registred Nurses Association of Ontario, Submission on Violence Faced by Healthcare Workers to the Federal Standing Committee on Health, 2019).

Birinci kategoride olan Mali’de ülkedeki yoksulluk ülkedeki bireylerin sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Kişilerin sağlık sigortası olmadığından sağlık merkezlerini kullanım ve erişimi de yoksulluğa bağlı düşük seviyelerdedir (Maiga, 2022). Hane halklarının ekonomisinin sağlık hizmetlerinin kullanımında belirleyici rolü olduğu görülmektedir. Mali halkının hastalık halinde ilk başvuru yeri %54,4 toplum sağlığı merkezleri, %12,3 şifacılar diye adlandırılan kişiler, %7,9 kamu hastaneleri olduğu belirtilmiştir (Yaya ve Amadou, 2021).

İkinci kategoride olan Hindistan’da sağlık sistemlerinde ücrete tabi olan özel hastanelerin hasta bakım-tedavi odaklı yaklaşımdan uzak, sadece performans üzerinden ücrete odaklı bir yaklaşımda olduğu bildirilmektedir (Singh, 2017). Bu durum sağlık çalışanları açısından saygınlığı azaltan ve sağlık çalışanı ile hastaları karşı karşıya getiren bir etken olmaktadır.

Birinci kategori ülkesi olan Sudan’da sağlık sistemine ayrılan bütçenin az olması temel sağlık hizmeti ile hayatı kurtarılabilecek 5 yaş altı 8 milyondan fazla çocuğu riske atmakta, her yıl 5 yaş altındaki çocukların 78.000’i sıtma gibi önlenabilir hastalıklardan ve yetersiz beslenme kaynaklı sorunlardan yaşamını yitirmektedir (Unicef, Health, Sudan, Erişim Tarihi:29.08.2022).

Satın alma gücü paritesi parametresi incelendiğinde, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde SAGP ortalama değeri 2,05 olup daha yüksektir. Yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde ise bu ortalama 0,14 tür (Çizelge 3.3.).

SAGP ile toplam hemşire ve ebe sayısı, toplam hekim sayısı, kişi başına alkol tüketimi, İGE sıralaması, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 nüfusa düşen hastane, sağlık hizmet sunumu, nüfus yoğunluğu arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş olup şiddet sıklığı, 5 yaş altı ölüm hızı, cinayet oranları arasında negatif ilişki bulunmuştur (Ek 3).

Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri parametresi incelendiğinde, şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri bakımından kişilerarası şiddette ulusal eylem planı olan ülkeler Türkiye, Kırgızistan, Cezayir, Gana, Kanada, Küba, Tayland, Hindistan, Sudan, Çin'dir. Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri bakımından ulusal eylem planı olmayan ülkeler Azerbaycan, Maurutuis, Mali, Guyana, Birleşik Arap Emirlikleri, Tunus, Singapur'dur. Şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri bakımından ulusal eylem planı veri girişi olmayan ülkeler Pakistan, Fransa'dır. Mevcut çalışmada veriler istatistiksel açıdan çalışılması anlamlı bulunmamıştır.

Küresel barış endeksi parametresi incelendiğinde, İGE kategorileri açısından küresel barış endeksinde grupların en barışçıl ortama doğru olma sırası 1. grup, 3. grup, 2. grup ve 4. grup olduğu görülmektedir. 4.kategori ülkelerinin daha barışçıl bir ortamda olduğu görülmektedir. Küresel barış endeksinde barışçıl bir ortamdan uzaklaştıkça cinayet oranları artmaktadır (Ek 3).

Küresel Barış Endeksi açısından sağlık çalışanına yönelik şiddet değerlendirildiğinde birinci kategoride yer alan Mali'de gruplar arasındaki çatışmalar sebebiyle güvensiz süren yolculuklarda özellikle kırsal kesimlerde yaşayan halkın sağlık tesislerine ulaşımı daha çok zorlaşmaktadır (2019, Medecins Sans Frontieres, Erişim Tarihi:27.07.2022). Mali, merkezi olmayan bir sağlık sistemine sahip olmakla birlikte ülkede devlet dışı silahlı gruplar tarafından kontrol edilen bölgelerde devlete bağlı sağlık hizmetlerine erişim çok kısıtlıdır (International Peace Institute, 2019). Mali'deki artan şiddet olayları ve güvensiz koşullar nedeniyle, sağlık çalışanları ve yardım kuruluşları da dâhil sağlık hizmeti sunan birçok kuruluş, özellikle çatışmaların en yoğun olduğu kırsal bölgelerde ya faaliyetlerini azaltmış ya da bölgeyi tamamen terk etmişlerdir. Mesafelerin fazla olması ve yağış nedeniyle kapanan yollar ile ilgili kısıtlamalar nedeniyle de hastaların sağlık durumu ancak çok ciddi duruma geldiğinde sağlık merkezine gitmeye çalışılmaktadır (Medecins Sans Frontieres, 2019, Erişim Tarihi: 27.07.2022).

Üçüncü kategori ülkesi olan Azerbaycan'da Dağlık Karabağ bölgesindeki çatışmalar ve cephelerin sağlık tesislerinin yakınına kurulması sebebiyle bu bölgedeki

sağlık tesislerinin etkilendiği belirtilmektedir (Human Rights Watch, Hugh Williamson, Erişim Tarihi:22.08.2022).

Cinayet oranları parametresi incelendiğinde, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerdeki cinayet oranlarına göre (ortalama 1,18), yasal düzenlemesi olmayan ülkelerde cinayet oranları ortalama 2,70 olup daha yüksektir (Çizelge 3.3). Yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından bu bulgu hukuki sürecin adil ve yasalara uygun şekilde işleniyor olmasının cinayet oranlarını düşürmesi yasaların suçlar karşısında önleyici rol üstlendiğini göstermektedir.

İGE kategorileri incelendiğinde cinayet oranları açısından en yüksekten en düşüğe göre sıralama; 2. grup,3.grup, 4. grup, 1. Grup ülkelerdir (Ek 2).

2019 yılında 2. kategori, 2021 yılında 3. kategoride olan Guyana'da ülkedeki ilk 10 ölüm sebebi arasında, intihar %4 ve kişilerarası şiddet %2 oranıyla yer almaktadır (Global Health -Guyana, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

İkinci kategoride yer alan Hindistan'da suç vakalarının %50'sini cinayet ve cinayete bağlı şiddet suçlarının oluşturduğu bildirilmiştir (Chaudhuri ve ark.2015).

Dördüncü kategoride bulunan Taylan'da 2009 ile 2013 yılları arasındaki cinayetler araştırılmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinde yaşamış oldukları şiddet açısından değerlendirildiğinde; personelin en az olduğu zaman aralıkları hafta sonları ve gece saatlerinde personel sayısının az ve en savunmasız oldukları zaman aralıklarıdır (Sakulsaengprapha ve ark.,2018).

Dördüncü kategoride olan Birleşik Arap Emirlikleri'nde çocukların hak ihlallerine maruz kaldığı ve çok ciddi zarar gördüğü belirtilmiştir (Sönmez, Health and Human Rights Journal, 2013, Erişim Tarihi: 25.08.2022).

İGE kategorilerine göre ülkelerdeki sağlık çalışanına yönelik şiddet çalışmalarının değerlendirilmesi noktasında, İGE kategorilerine göre sağlık çalışanına şiddet türleri açısından tüm ülkelerde sözel şiddet varlığı görülmekte olup, şiddet sıklıklarının birinci kategoride daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. kategori) ülkelerinden Mauritius'ta şiddete maruz kalan çalışanlarda sözel şiddetin %66 oranında en yaygın olduğu bildirilmiştir (Mauritius Institute of Health Pamplemousses June2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi: 13. 04. 2022).

4. kategori ülkelerinden Kanada'da 2014 yılında sağlık çalışanlarının %74'ünün birden çok şiddete maruz kaldığı %89'unun ise çalıştığı kurumda fiziksel şiddete maruz kaldığı (Casey, 2019), Ontario Hastanesi'nde çalışanların %14'ü her gün fiziksel şiddete maruz kaldığını ve bunların % 78'inin sözel şiddete (Draaisma, 2022, Erişim Tarihi: 02.08.2022) maruz kaldığı, 3. kategori ülkelerinden Tayland'da üçüncü basamak hastanelerinde görevleri esnasında sağlık çalışanının şiddete maruz kalma oranları %63,6 (Kueanongkhun, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022), 2018 yılında bir hastanenin acil servisinde çalışanlar üzerinde yaptığı başka bir çalışmada çalışanların %88,4'ünün şiddete maruz kaldığı (Nithimathachoke ve Wichiennooparat, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022) bildirilmiştir.

4. kategori ülkesi olan Türkiye'de yapılan bir araştırmada; 2017 ve 2019 yılları arasında şiddete hiç maruz kalmayanların oranının; %37,2, 2017-2019 arasında en çok iki kere maruz kalanların oranının; %15,3 ve 2'den fazla maruz kalanların oranının %47,4 olduğu bildirilmiştir (Yıldız,2019). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada bir hastanenin acil servis çalışanlarına yöneliktir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının %52'sinin daha önce şiddete maruz kaldığı, en sık sözel şiddete (%52) maruz kalındığı (Aydemir ve ark.,2020) bildirilmiştir. 112 sağlık hizmetlerinde çalışan personelin şiddet sıklığı araştırmasında sözel şiddete maruz kalanların sıklığının %69,8 olduğu (Pekince ve ark., 2022) belirtilmiştir. 2021 yılında pandemi öncesi ve pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarına karşı şiddet durumunu inceleyen bir çalışmada pandemi öncesinde şiddet sıklığının %65,4 ve pandemi sırasında %68 sıklığında olduğu ve en sık görülen şiddet türünün sözel şiddet olduğu (Ünal ve ark., 2022)

bilddirilmiştir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir şiddet araştırmasında sağlık çalışanlarının %57,5'inin fiziksel, sözlü veya cinsel taciz olmak üzere en az bir şiddet türüne maruz kaldığı (Dursun ve Aytaç,2021) bildirilmiştir. Eğitim ve araştırma hastanesinde temizlik, güvenlik, yemek, sekreterlik gibi hizmet alım personellerinin yaşadığı şiddet olaylarının incelendiği bir çalışmada hizmet alım personelinin %64,3'ünün sözel şiddete maruz kaldığı (Kale ve ark.,2020) bildirilmiştir.

Fransa'da 2020 yılında sağlık çalışanlarına yönelik şiddette silahla saldırı sıklığının tüm şiddet sıklıkları arasında %50,9'unu kapsadığı ve kayıt altına alınan silahla saldırı sayısının 8960 olduğu belirtilmiştir. 2021 yılında ise sağlık çalışanına yönelik şiddette silahla saldırı sıklığının %46,7 oranında ve kayıt altına alınan silahla saldırı sayısının 8288 olduğu belirtilmiştir (Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Rapport 2022 Données 2020 et 2021).

Birleşik Arap Emirlikleri'nde acil servislerde görev yapan sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada çalışanların %75,6'sı sözel şiddete veya herhangi bir zorbalığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Alshahrani ve ark., 2021).

Singapur'da sağlık hizmetlerine talebin artmasıyla yapılan bir çalışmada hastane personelinin %70'inin fiziksel şiddete uğradığı bildirilmiştir (Lyanzhiang Tan ve Chia, 2015).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Cezayir'de yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %90,1'inin sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Heddar ve ark., 2022).

Tunus'ta üniversite hastanesinde hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada gerçekleşen şiddetin %93,4'ünün sözel şiddet şeklinde olduğu (Kotti ve ark., 2022) bildirilmiştir. Kef valiliğine bağlı tüm hastanelerin acil servisinde yapılan başka bir şiddet araştırmasında çalışanların %85,98'inin şiddete maruz kaldığı (Wertani,2021) bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada katılım sağlayan hemşirelerin %93'ünün

şiddete maruz kaldığı bildirilmiş olup şiddet bildirimlerinin %90'unun sözel şiddet (Minif ve ark., 2022) olduğu bildirilmiştir.

Çin'de sağlık personelinin %59,79'unun sözlü şiddete maruz kaldığı (Chinese Medical Doctor Association, 2015, Erişim tarihi:30.08.2022) bildirilmiştir. Temmuz 2013 ile Eylül 2014 zaman aralığında çalışanların son 12 ay içinde şiddete uğrama durumu katılımcıların %83,3 şiddete maruz kaldığı ve sözel şiddete maruz kalma %68,9 sıklıkta saptanmıştır (Peihang ve ark., 2017).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana'da Accra bölgesinde yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %44,4'ünün şiddet türlerinden herhangi birine maruz kaldığı, çalışanların fiziksel şiddetten çok psikolojik şiddet türüne daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir (Adusei, 2019).

Hindistan'da 3.basamak bir hastanede yapılan bir araştırmada gerçekleşen şiddet vakalarının %87,32'sinin sözlü şiddet olduğu bildirilmiştir (Kumar ve ark., 2016).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali'de 2018 yılından 2020 yılları arasında gerçekleşen 105 şiddet olayında çalışanların %40'ının şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Bakary Dembele ve ark., 2021). Pakistan'da 3. basamak olarak hizmet veren bir hastanede yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının %96'sının şiddete uğradığı belirtilmiştir (Haider ve ark.,2021). Pakistan'ın 4 büyük şehrinde tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde yapılan başka bir araştırmada en sık yaşanan şiddet türünün %33,9 sıklığında sözel şiddet olduğu belirtilmiştir (Shaikh ve ark., 2020). Sudan'da e-anket kullanılarak sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada çalışanların %78,3'ünün pandemi sırasında şiddet gördüğünü, %91,6'sının sözlü şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Muhammed Elhadi ve ark., 2022).

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin nedenleri noktasında, sağlık çalışanına yönelik şiddetin nedenleri açısından çeşitli çalışmalar, tüm İGE kategorilerinde şiddetin ortak nedenleri arasında sağlık sisteminin yetersizliğine bağlı yetersiz personel sayısı, uzun bekleme süreleri, kurumların kalabalık olması, uyuşturucu ve alkol kullanımı, hasta ölümlerini kabullenememe, ruh sağlığı problemleri olduğu görülmektedir. İGE kategorisi daha düşük ülkelerde şiddet nedenleri hastane faturalandırması ile ilgili olup, İGE kategorisi düştükçe tıbbi malzeme eksikliği, hastaların yanlış anlamaları sebebiyle şiddet yaşandığı (eğitim seviyesinin düşüklüğü) gözlenmektedir. İGE kategorisi yükseldikçe ırkçılık, hasta beklentilerinin artması ile hasta memnuniyetsizliğinin artması, hastaların yeterince bilgilendirilmemesi (aydınlatılmış onam eksikliği), medyanın çalışanları malpraktis sebebiyle suçlamaları, sağlık hizmet binalarının uygun olmayan yerleşimi nedenleri ile şiddetin arttığı gözlenmektedir.

Genel olarak şiddet nedenleri incelendiğinde; sağlık sistemlerine ayrılan bütçenin azlığı, sağlık sistemlerinin yetersizliği, sağlık profesyoneli eksikliğinin çok etkili olduğu görülmektedir. Kişilerin eğitim durumu iletişim problemleri oluşturabildiğinden şiddetin başlıca nedenleri arasındadır.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4.kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mauritius'da şiddet nedenleri incelendiğinde; en yaygın olarak %23 sıklıkta tedavi sürecindeki çatışmalar gösterilmiş olup, (Mauritius Institute of Health Pamplémousses June 2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022), artan iş yükü, yetersiz personel, hastane binalarının fiziksel düzenlemelerinin uygun olmaması, hastaların muayene için uzun bekleme süreleri, kişilerin ruhsal problemleri, yetersiz güvenlik, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı kaynaklı olduğu gösterilmiştir. (Mauritius Institute of Health Pamplémousses June2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island Of Mauritius), Erişim Tarihi: 13. 04. 2022).

Kanada'da şiddet nedenleri olarak; çalışma ortamının fiziki yapılanmasının hastaların kafasını aşırı karıştıracak şekilde yapılmış olması, aşırı parlak

aydınlatmaların olması, kalabalık ortamlar, aşırı bekleme süreleri, güvenlik ve denetleme mekanizmalarındaki eksiklikler, personel eksikliği ve kuruma gelenlerde bilişsel bozukluk olması olarak gösterilmiştir (Casey, 2019). Kanada’da hastanede çalışanların etnik kökenleri sebebiyle özellikle şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Draaisma, 2022, Erişim Tarihi: 02.08.2022).

Tayland’da şiddet nedenleri olarak, sarhoşluk hali, uzun bekleme süreleri, kalabalık olması, yetersiz güvenlik sistemi, kişilerin stresli olma hali, uygunsuz bekleme alanları belirtilmiştir (Nithimathachoke ve Wichienopparat, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Türkiye’de şiddete maruz kalma nedenleri olarak; hasta ve yakınlarının sabırsız olması, sağlık personeli ile hasta/hasta yakını iletişim problemleri, bekleme sürelerinin uzun olması, personel sayısının yetersiz olması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, sağlık personelinin ilgisiz olması, hasta/hasta yakınının durumları hakkında yeterli bilgi alamaması, hasta sayısının fazla olması, basında iletilen yanlış mesajlar (Aydemir ve ark., 2020), tedaviden memnuniyetsizlik, işyeri çatışması, tıbbi rapor alamama, aydınlatılmış onam eksikliği, reçetesiz ilaç isteği, hasta ölümü (Sevimli, 2020), medyada sağlık çalışanlarının aleyhine yayın yapılması, kurumun yetersiz donanımı, hastaların sorularına cevap verilmemesi, çalışanların kibar ve güler yüzlü olmaması, çalışan ilgisizliği, çalışanın hasta bakımında sırayı takip etmemesi, çalışanların görevlerini iyi yapmamaları, sağlık çalışanının görev yerinde olmaması, hastaların iletişime kapalı olması, hastaların eğitimsizliği, hastaların hastane kurallarına uymak istememeleri gibi nedenler (Terkeş ve ark., 2022) olarak belirtilmiştir.

Fransa’da şiddet nedeni olarak hastaların patolojilerine bağlı alzheimer, şizofren gibi hasta grubunun olduğu mental sorunlardan kaynaklı bilinçli bir şekilde yapılmayan şiddet türü olduğu (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.2022), hasta ve yakınlarıyla olan iletişimden kaynaklı sorunlar, hizmetlerden kaynaklı sorunlar, binaların yerleşimi ve mimarisi ile ilgili problemler, personel kaynaklı, bakım

koordinasyonundan kaynaklı sorunlar, hasta kabulü ve yönetiminden kaynaklı sorunlar olduğu bildirilmiştir (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi: 31.08.2022).

Singapur'da şiddetin çoğunlukla psikiyatrik bozuklukları olan, uyuşturucu ve/veya alkol kullanan yaşlı erkek hastalardan kaynaklandığı bildirilmiştir (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018, Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Azerbaycan'da çatışma bölgesindeki sağlık tesislerinin çatışmalar sırasında etkilendiği belirtilmektedir (Human Rights Watch, Hugh Williamson, Erişim Tarihi: 22.08.2022).

Tunus'ta hastane işleyişinde aksaklıklar, hastanelerin yetersiz olması, personel ve tıbbi malzeme eksikliği, aşırı iş yükü, hasta memnuniyetsizliği sebebiyle şiddet gerçekleştiği bildirilmiştir (Wertani,2021).

Çin'de medyanın hasta ölümlerini tıbbi hasta olarak göstermesi (Cai ve ark., 2019), hastanın ölmesi, hastaların tedavi sonuçlarından memnun olmama, tedavi sürecinden memnun olmama (Cai ve ark., 2019) şiddet nedenleri arasında gösterilmektedir.

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana'da hasta sayısının fazla olması, uzun bekleme süreleri, personel eksikliği, personel meslek eğitiminde yüksek öğrenim mezunu olmama durumu, meslekte deneyimsiz olma hali, yönetim kadrosunun şiddeti yönetmede gerekli deneyim ve uzmanlığa sahip olmaması (Mensah Kofi ve ark., 2022), personelin kaba davranışları, hastalığa bağlı sebepler, akıl hastası olma, ayrıcalıklı hizmet isteme, hastanedeki yüksek faturalandırma, hastane yönetimindeki protokollere ulaşması nedenler arasında bildirilmiştir (Adusei, 2019).

Hindistan’da hastanelerdeki yetersiz alt yapı, tıbbi malzeme eksikliği, ilaca erişimde sıkıntı özellikle acil müdahale ilaçlarında eksiklik olması, personel sayısında eksiklik, uygun güvenlik önlemlerinin olmayışı, hastaların memnuniyetsizlikleri, sosyal ağlar aracılığıyla hekimleri karalama çalışmaları, medya ve politikacıların hasta ölümlerini malpraktis gibi göstermesi sağlık profesyonelleri ve hasta arasında iletişim problemleri, hastanede yatak sayısının yetersiz olması, sağlık sistemindeki sevk zincirindeki problemler, yapılan tetkiklerin ücreti, tıbbi bakım için uzun bekleme süreleri, güvenlik personelinin çok yetersiz olması, mafya gibi çeteleşmeler, hasta ve hasta refakatçilerinin mevcut durumla uyuşmayan beklenti ve algıları, öfkeli bir toplum olması, kişilerin ölüm gerçeğini kabul edememesi, okur yazarlık oranının düşüklüğü, hastanın aldığı sağlık hizmeti karşısında çıkan ücretleri ödemek istememesi, verilebilecek hizmet standardın üstünde aşırı hizmet bekleyen kişiler, hasta hakları kapsamında malpraktis davalarının artması ve suç ceza kapsamında cezalar açısından medya aracılığıyla halkın bilgilendirilmesi, ruh sağlığı sorunları ve madde bağımlılığı şiddet nedenleri olarak bildirilmiştir (Singh, 2017).

Kırgızistan’da sağlık çalışanlarının özellikle pandemi sürecinde kaliteli ve yeterli tıbbi malzeme istemesi (Amnesty International, Beyond The Call of Duty: The Rights of Health Workers in Kyrgyzstan, Erişim Tarihi:22.08.20229) sağlık çalışanına şiddet nedenleri arasında gösterilmektedir.

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1.kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali’de bakımdan memnun olmama, sıra beklemek istememe, ücret ödemek istememe, ruh sağlığı problemleri yüzünden (Calvain, 2015), iletişim eksikliğinden ve saygısızlıktan, sağlık personelinin sayısının yetersizliği, personele karşı önyargı (adam kayırarak tedavi ettiğini düşünmesi) (Bakary Dembele ve ark., 2021) şiddet nedenleri arasında gösterilmektedir.

Pakistan’da geleneklerine sıkı sıkıya bağlı bu toplumda görev yapan sağlık çalışanları, yaptıkları iş sebebiyle ajan olarak etiketlenip, dini inanışlarına uygun hareket etmedikleri için yerel liderler tarafından suçlanmakta, çalışmaları engellenmekte (Al Jazeera, Adil, The Plight of Pakistan’s Lady Health Workers, 2018,

Erişim Tarihi: 28. 08. 2022), uzun bekleme süreleri, kişilerin kültürel sebepleri ve karakterleriyle ilgili olduğu, yetersiz personel sayısı, aşırı kalabalık hasta sayısı, hastaların uyuşturucu bağımlılığı, işleyişe uygun olmayan hasta talepleri (Haider ve ark.,2021), hastanın ölüm hali, hastanın bilincinin kapanma hali, sağık hizmetinde gecikmeler, bakım kalitesindeki yetersizlik, tıbbi malzeme eksikliğı, hasta sayısının yüksek olması, hasta refakatçi sayısının fazla olması nedeniyle hastanelerin aşırı kalabalık olması, güvenlik görevlilerinin düzen sağılamaya çalışmasına karşı gelme durumu, yanlış anlama durumu, hastaların sabırsızlığı, hastanın sevk durumu, kişilerin tedavi masraflarını karşılayamama durumu olduğu bildirilmiştir (Shaikh ve ark.,2020).

Sudan’da şiddet nedenleri olarak; personel ve tıbbi malzeme eksikliğı, beklenmeyen hasta ölümleri, hastane faturaları, hastalara durumları hakkında bilgilendirme yapılmaması, sağık çalışanlarının kaba davranışları (Muhammed Elhadi ve ark., 2022) gösterilmektedir.

Sağık çalışanına şiddette şiddetin en çok yaşandığı birimler noktasında İGE ülkeleri açısından erişilen literatür çalışmalarında sağık çalışanına yönelik şiddetin en çok yaşandığı birimin tüm İGE kategorisinde çoğunlukla acil servislerin olduğu görölmektedir.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4.kategori) ülkeleri incelendiğinde, Kanada’da sağık çalışanlarına yönelik şiddetin en çok acil servislerde (Casey,2019), Türkiye’de şiddetin en fazla yaşandığı birimlerin acil servis (Yıldız,2019), Fransa’da şiddet bildirimin en çok yapıldığı birimlerin psikiyatri servisleri olduğu (Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Rapport 2022 Données 2020 et 2021), Birleşik Arap Emirlikleri’nde çalışanlar arasında en sık şiddete uğrayanların kadın hastalıklarında çalışanların (Khameis Khalfan Obaid,2013), Singapur’da acil servis ve yoğun bakım bölümlerinin (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi:30.08.2022), Tayland’ta şiddetin en yaygın olduğu yerlerin poliklinik olduğu belirtilmiştir (Kueanongkhun, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3.kategori) ülkeleri incelendiğinde, Cezayir’de hastanelerde en çok şiddetin acil ve kadın doğum bölümlerinde (Algérie Presse Service, Erişim, 07.07.2022), Tunus’ta şiddetin en fazla gerçekleştiği birimlerin psikiyatri servisleri, pediatri servisleri olduğu (Kotti ve ark.,2022), Çin’de şiddet olaylarının en çok gerçekleştiği birimlerin acil servisler (Cai ve ark.,2019) olduğu bildirilmektedir.

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana’da şiddete uğrama açısından en çok risk altında olan birimlerin cerrahi, psikiyatri ve acil servis gibi birimlerde çalışanlar olduğu (Mensah Kofi ve ark., 2022) bildirilmiştir. Hindistan tabipler birliği şiddet araştırmasında şiddetin en çok gerçekleştiği birimlerin aciller, yoğun bakımları, cenaze işlemleri birimleri, vezneler olduğu bildirilmiştir (Over 75% of Doctors Have Faced Violence at Work, Study Finds, 2015, Erişim Tarihi. 01.06.2021).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali’de sağlık çalışanlarının şiddete en çok maruz kaldığı birimin acil servisler olduğu (Bakary Dembele ve ark., 2021), Pakistan’da acil birimlerde çalışan personelin şiddet sıklığının çok yüksek olduğu (Shaikh ve ark.,2020), Sudan’da şiddetin en çok gerçekleştiği birimin acil servisler olduğu bildirilmiştir (Muhammed Elhadi ve ark., 2022).

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin görüldüğü zaman noktasında, yapılan bir araştırmada cinayetlerin en sık işlendiği saat aralığının 00:00-05:59 saat aralığında işlendiği en az ise 12:00-17:59 arasında işlendiği bildirilmiştir (Sakulsaengprapha ve ark.,2018). İGE ülkeleri açısından erişilen spesifik çalışmalarla sağlık çalışanına yönelik şiddetin en çok yaşandığı saat aralığının tüm İGE kategorisinde 16:00-24:00 saatleri arasında olduğu da görülmektedir. Sağlık tesislerinde, sağlık çalışanına yönelik şiddetin en yaygın olduğu zaman aralıkları olan gece vardiyalarında nöbetçi sayıları azaltılmaktadır. Bu duruma yönelik olarak çalışan güvenliği açısından görevli personel ile güvenlik görevlisi sayısının azaltılma değil artırılması yönünde uygulamalar gerekmektedir. Özellikle sağlık personeli hiçbir birimde tek çalıştırılmamalıdır.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi ülkeleri incelendiğinde, Mauritius'da sağlık çalışanına yönelik şiddetin en çok alevlendiği saatlerin 16:00-24:00 arasında olduğu (Mauritius Institute of Health Pamplémousses June 2009, Study on Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022) belirtilmiştir. Türkiye'de ise acil servis üzerinde yapılan bir çalışmada gerçekleşen şiddetin %40'ının şiddetin en çok yaşandığı saatlerin 24:00-08:00 saatleri arasında olduğu bildirilmiştir (Aydemir ve ark., 2020).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi-orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana'da gece vardiyasında çalışan personelin gündüz vardiyasında çalışanlara göre 5 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı (Adusei, 2019) bildirilmiştir. Hindistan'da gece vardiyasında çalışanların daha çok şiddete uğradıkları bildirilmiştir (Kumar ve ark., 2016).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali'de saldırıların gerçekleştiği saatlerin en çok sabah saatlerinde (Calvain, 2015) olduğu bildirilmiştir. Sudan'da sağlık çalışanına yönelik şiddetin en çok gece vardiyasında arttığı (Gaafar ve Hemmeda, 2022) bildirilmiştir.

Sağlık çalışanına şiddette meslek etkisi noktasında çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mauritius'da hastanelerde şiddete en çok maruz kalan meslek grubunun hemşireler olduğu (Mauritius Institute of Health Pamplémousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022) bildirilmiştir. Kanada'da yapılan bir araştırmada 2020 yılında hemşirelerin %61'inin ciddi derecede şiddetle karşı karşıya kaldıkları bildirilmiştir (Canadian Federation of Nurses Unions, Workplace Violence, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022). Tayland'da acil servisinde yapılan bir araştırmada şiddete maruz kalan meslek grubunun çoğunlukla hemşireler olduğu belirtilmiştir (Nithimathachoke ve Wichienopparat, 2021, Erişim Tarihi:08.08.2022). Türkiye'de şiddete en çok uğrayan sağlık çalışanlarının hekimler olduğu (Ünal ve ark.,2021), Fransa'da şiddet raporlarında şiddete en çok maruz kalanların hemşire yardımcıları olduğu bildirilmiştir (République Française Ministère et de la Santé, Rapport 2019

Données 2018, Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Erişim Tarihi: 15.11.2021).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Çin’de sağlık çalışanları şiddet mağdurlarının çoğunlukla hekimler olduğu belirtilmiştir (Cai ve ark., 2019).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana’da şiddet açısından en fazla risk altında olan grubun hemşireler olduğu (Agbornu ve ark., 2022) çoğunlukla da hekimlerin cinsel tacizine maruz kaldıkları (Boafo ve ark., 2016) belirtilmiştir. Hindistan’da şiddete uğrayanların daha çok kadın hekim olduğu bildirilmiştir (Kumar ve ark., 2016).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali’de şehir hastanesinde yapılan bir çalışmada şiddet mağdurlarının mesleklerine bakıldığında hemşirelerin şiddete uğrama sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Calvain, 2015), Pakistan’da yapılan bir çalışmada acil birimlerde çalışan güvenlik görevlilerinin sağlık çalışanlarından daha fazla sözel maruz kaldığı bildirilmiştir (Shaikh ve ark.,2020). Sudan’da 2021 yılında hastanede yapılan bir çalışmada %78,6 sıklığı ile şiddete maruz kalanların en çok hekimler olduğu (Gaafar ve Hemmeda, 2022) belirtilmiştir. Sudan’da 2020 yılında hekimler arasında yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %50’sinin şiddete maruz kaldığı (Mohamed Elamin ve ark., 2021) belirtilmektedir.

Şiddete maruz kalma açısından meslek yılı etkisi noktasında, İGE ülkeleri açısından erişilen spesifik çalışmalarla sağlık çalışanına mesleklerindeki geçirdikleri süre arttıkça tüm İGE kategorisinde genellikle şiddete maruz kalma olasılığının arttığı görülmektedir. Bu durumun çalışanlar açısından şiddete maruz kaldıklarında bildirim yapma oranlarının fazla olabileceği, meslekte kıdem oranı arttıkça tükenmişliğin fazlaşması, tahammül seviyelerinin azalması olabileceği düşünülmektedir.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. Kategori) ülkeleri incelendiğinde, Tayland’da yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalanlar arasında 21-30 yaş aralığında olan sağlık çalışanının şiddete uğrama sıklığı %92,3 olduğu 51-60 yaş aralığındaki çalışanların şiddet sıklığının %66,7 olduğu belirtilmiştir (Nithimathachoke ve Wichienopparat, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022). Türkiye’de yapılan bir çalışmada 41 yaş ve üzeri çalışan sağlık çalışanlarının 18-21 yaş aralığında olan sağlık çalışanlarına göre daha fazla şiddete maruz kaldığı ve kişilerde mesleki deneyim arttıkça şiddete maruz kalma olasılığının arttığı (Ünal ve ark., 2021) bildirilmiştir.

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, yüksek insani gelişmişlik endeksi ülkeleri için yapılan literatür çalışmalarında sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığı açısından meslek yılının etkisi ile ilgili bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana’da yapılan bir çalışmada meslekte 20 yıl ve üzeri çalışanların 6 yıla kadar meslek süresi olanlara göre 19 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Adusei, 2019).

Düşük insani gelişmişlik endeksi ülkeleri incelendiğinde, Pakistan’da yapılan bir çalışmada meslek süresinde 10 yıl ve üzeri çalışan sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığının daha az olduğu (Shaikh ve ark., 2020) bildirilmiştir.

Sağlık çalışanlarında şiddetin etkileri noktasında, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sonrası çalışanlardaki etkileri incelendiğinde, İGE kategorisi yüksek olan ülkelerde işten ayrılma düşüncelerinin, yer değişikliği taleplerinin, işe devamsızlıkların arttığı ve güvensizlik hissi gözlenmektedir. İGE kategorisi düşük olan ülkelerde ise şiddete şiddetle karşılık verdikleri, can güvenliklerinden endişe ettikleri gözlenmektedir. Tüm İGE kategorilerinde ortak olan ise; çalışanlarda tükenmişlik hissinin ortaya çıkması, şiddetin olağan bir durum gibi algılanması ve duyarsızlaşmadır.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Kanada'da şiddetin normal algılandığı, kayıtsız kalındığı, ileri seviyede tükenmişlik yaşandığı (Casey,2019), işten ayrılmanın düşünüldüğü saptanmıştır. (Canadian Federation of Nurses Unions, Workplace Violence, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022). Şiddete maruz kalan hemşirelerde ruhsal bozukluk belirtileri olduğu (Canadian Federation of Nurses Unions, Workplace Violence, 2020, Erişim Tarihi: 02.08.2022), stres düzeyinin, alkol tüketim oranlarının arttığı, depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesinin tetiklendiği, riskli alanlarda çalışmak istenmemesine, işe gelmemeye neden olduğu, (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019), kaygı, stres, depresyon, korku, tükenmişlik düzeylerinin arttığı, yanı sıra çalışanların hastalara karşı duyarsızlaştıkları (Brophy ve Keith, 2019), personel motivasyonunun düştüğü ve tükenmişliğin arttığı, riskli sağlık birimlerinde çalışmak istenmediği, kurumlardan ayrılışların yüksek düzeyde olduğu, bazı kurumlarda hemşire ilanlarına tek bir başvuru bile yapılmadığı (Duong, 2021b), işe gitmeme oranlarının % 16'lık kısmının sağlık sektör çalışanlarına ait olduğu, işe devamsızlığın maliyetinin sadece 2016 yılı için 989 milyon dolar olarak tespit edildiği bildirilmiştir (Registred Nurses Association of Ontario, Submission on Violence Faced by Healthcare Workers to the Federal Standing Committee on Health, 2019). 2016'da Ontario'daki sağlık çalışanlarının işyerinde şiddet ve taciz sebebiyle 25.300 gün işe gidemediği bununda 69 yıldan fazla bir zamana tekabül ettiği tespit edilmiştir (Submission by The Canadian Federation of Nurses Unions to the House of Commons Standing Committee on Health Study on Violence Faced by Health Care Workers, 2019).

Tayland'da şiddete uğrayan çalışanların şiddet sonrasında; kızgınlık, üzüntü, utanç hissi oluştuğu, istifa etmek, başka bir birimde çalışma istekleri olduğu bildirilmiştir (Nithimathachoke ve Wichienopparat, 2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Türkiye'de şiddete uğrayan personel tarafından, istifa etmeyi düşünme (Aydemir ve ark.,2020), iş doyum düzeyinde düşüklük (Dursun ve Aytaç, 2021), şiddet sonrası daha dikkatli davranma ve kendini korumaya çalışma, işini sevmeme,

hastalarla konuşmaya çekinme, korkma ve bölüm değiştirmek istenmesi (Terkeş ve ark.,2022), şiddet görme korkularının artması bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2021).

Birleşik Arap Emirlikleri'nde şiddete uğrayan personelin; hiç şiddet yaşanmamış gibi davranmak, ekip arkadaşına durumu anlatmak ya da sendikadan yardım istemek, hastane şartlarında tedavi ihtiyacı, şiddet sonrası izin aldıkları bildirilmiştir (Alshahrani ve ark., 2021).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Cezayir'de şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının; gerçekleşen şiddet olaylarında şiddete karşı kayırsız kaldığı saptanmıştır (Heddar ve ark.,2022). Tunus'ta şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının; suçluluk hissetmesi, stres düzeylerinin artması, motivasyon düşüklüğü, konsantrasyon sorunu, kurum amirleri tarafından görmezden gelinmesi ve bu durumun güvensizlik hissi oluşturmaları, şiddet sonrası psikolojik desteğe ilaç duyma (Wertani,2021), travma sonrası stres bozukluğu tespit edilmiş olması bulgular arasındadır (Minif ve ark.,2022).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana'da sağlık çalışanları şiddeti olağan bir durum olarak karşılamışlardır (Agbornu ve ark., 2022).

Hindistan'da; temel stres kaynağının şiddet korkusu olduğu, haklarında malpraktis dava açılma korkusunun olduğu, cezai işlemlerden korkulduğu, sürekli şiddete uğrama endişesi yaşandığı, kendilerini koruma amacıyla çalıştığı kurumda güvenlik kiralamayı düşündüğü (Majority of Doctors in India Fear Violence, Says IMA Survey, 2017, Erişim Tarihi: 01.06.2021), çalışma hayatını ve özel hayatını olumsuz yönde etkilediği, şiddet davranışlarını hayatın olağan akışına uygun olduğunu ve çalışma ortamında da bu duruma alıştıklarını belirtmişlerdir (Kumar ve ark., 2016).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali'de; sağlık çalışanları şiddet karşısında tepkisiz kalma, sözel veya fiziksel olarak karşılık

verme (Calvain, 2015) davranışı sergilemişlerdir. Pakistan’da şiddete maruz kalanlarda tükenmişlik yaşandığı, duyarsızlaştıkları, psikolojik olarak etkilendikleri bildirilmiştir (Zafar ve ark.,2016).

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti azaltma önerileri noktasında, sağlık çalışanına yönelik şiddeti azaltma önerileri İGE kategorileri açısından İGE seviyesi yükseldikçe oluşan şiddete uğrama için analitik çalışmalar ve önlemler olarak çalışanları koruma, İGE kategorisi düştükçe şiddet sonrası cezalar açısından yaptırımlarla çözüm bulunmaya çalışıldığı görülmektedir.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mauritius’da çözüm önerileri arasında; uygun bir kayıt sisteminin olmasının, iş yüküne göre personel dağılımı için uygun stratejiler geliştirilmesinin önemli olduğu, güvenlik görevlilerinin önemi, şiddete sıfır tolerans posterleri gerektiği, hastanelerin fiziksel alanların iyileştirilmesi gerekliliği belirtilmiştir (Mauritius Institute of Health Pamplermousses June 2009, Study On Violence in Public Hospitals (Island Of Mauritius), Erişim Tarihi:13. 04. 2022).

Tayland’da hastanelerde şiddet eylemini önleme prosedürleri olarak; güvenlik görevlileri, polis aktivasyon sistemi, alanlar arası yetkili erişim girişi bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda güvenlik görevlilerinin varlığının şiddeti önleme açısından tam olarak koruyucu olmadıkları tespit edilmiştir (Nithimathachoke ve Wichiennooparat, 2021, Erişim Tarihi:08.08.2022).

Fransa’da 2013 yılında Haute-Normandie Bölgesi Sağlık Birimi (ARS) kurulmuştur (bu birim sağlık birimlerinde şiddet risk analizi yapıp bu duruma uygun önlemlerin alınmasında yardımcı olmaktadır), polis/adalet/hastane birliği uygulaması, şehir politikalarına göre hastanenin şehrin dışına ama güvenliğin tam sağlanabileceği yere taşınması, hastanede polisin devamlı devriyede olması, hastanelerde şiddeti önleme amacıyla otoparklarda aydınlatma, güvenlik ekipmanları, acil servislerde 24 saat güvenlik hizmeti, şiddet bildirimlerinin yapılabileceği telefon hatları, sağlık personeline saldırganlık yönetimi eğitimi, hastane dışında belediyeler tarafından

devamlı kayıt alan video gözetim ağı, resepsiyon ve acil servis bekleme alanlarının iyileştirilmesi, kişilerin bekleme sürelerini gösteren panolar konulması, şiddet karşısında ne yapılması gerektiğini belirten pratik kılavuzlar oluşturulması, Ulusal Sağlık Gözlemevi (ONVS) tüm şiddet bildirimlerinin yapılması için çalışır (bu birim hastane ortamındaki şiddetin azalması için çalışma koşullarının iyileştirilmesi adına belgeler yayınlamaktadır) (Republique Française, Ministère de la Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi: 31.08.2022).

Singapur'da hemşireler birliği, hemşirelik mesleğini konu alan You Can Be an Angel Too dizisinin medyada yer almasını sağlamış, kamuya açık alanlarda personelin değerli olduğunu vurgulayan posterler ile şiddete karşı adımlar attığı bildirilmiştir (Lyanzhiang Tan ve Chia, 2015). Hastane duvarlarında posterler olduğu, güvenlikle ilgili boşlukların ele alınmasını sağlayarak sonraki şiddet olaylarında erken müdahale fırsatı sağlamak amaçlandığı bildirilmiştir (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Küba'da rehabilitasyon merkezlerinde tedavi olacak hastalarda, öfke ve saldırganlığın olabileceğinden kanaatle, öfke ve saldırganlığı önlemek adına sürece ailelerinin de dahil edilerek hastaların psikiyatri kontrol sürecine tabi tutulmaları, toplumsal olarak birbirlerini destekliyor olmaları, sağlık çalışanlarının görev yerlerinde genellikle yalnız çalışmıyor olması, güvenlik görevlisinin hastane içinde düzeni sağlaması, Küba halkının otoriteye mutlak saygı kültüründe yetişiyor olması, sağlık çalışanlarını otorite gibi görmeleri, hasta odalarında genellikle birden fazla hasta olması ve sağlık çalışanlarının çalışma alanlarında yalnız olmama durumu, saldırgan olabileceğini düşündükleri kişilerin öncesinde 1. basamak sağlık hizmetlerinde tespitinin yapıp bireylere psikolojik destek hizmeti verilmesi, ülkede ziyaretçi saati kavramının olmaması, hasta yakınlarının hastaları ile ilgilenbilmesinde sınırlar koyulmaması gösterilmiştir (Gillespie, 2016).

Çin hükümeti sağlık çalışanına şiddete sıfır tolerans politikasını benimsediklerini bildirmiş, Sağlık Bakanlığı, Kamu Güvenliği Bakanlığı ile sağlık çalışanlarına şiddetin olmaması gerektiğini dile getirmişlerdir, sağlık çalışanlarını kapsayan yasa oluşturulmuştur (Gao ve Xu, 2019). Çin hükümeti sağlıkta şiddeti azaltmak adına sağlık kurumlarında şikâyet sistemlerini zorunlu hale getirilmiş, hastane güvenliği güçlendirilmiştir. Personle hastalarla iletişim kurma, kendini koruma becerisi kazanmaları için eğitimler verilmiştir (Huang ve ark., 2020).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Hindistan'da şiddet önleme analizini yapabilecek beceriye sahip olmak için eğitim (Kumar ve ark.,2016) koşulu gösterilmektedir. Şiddet öncesi uyarı işaretlerini okuyabilmek olası eylem için kişinin kendini güvenli alana taşıyabilmesi, şiddet yönetimini sağlıklı bir şekilde yapabilmesi ve bireysel olarak kendini koruyabilmesi yönünden önem arz etmektedir. Şiddet öncesi uyarı işaretleri olarak; bakış, ton, anksiyete, mırıldanma, hızlandırma yönünden kişileri analiz edebilmek, şiddetin uyarıcı işaretlerini tanımanın önleme ve yönetmede etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu analize göre kişinin bakışı olası bir tehdit açısından önemli bir uyarıcı olarak bildirilmiştir. Kişinin ses tonu, seviyesi, hızı, alaycı ve ters cevaplar olası şiddet için belirleyici olduğu da bildirilmiştir. Mırıldanma kişilerde hayal kırıklığının yansıması olarak şiddetin habercileri arasına eklenmiştir (Dora ve ark., 2020).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Pakistan'da Uluslararası Kızıl Haç Komitesi (ICRC) sağlık çalışanlarına şiddeti azaltma, şiddeti yönetme, güvenli çalışma alanı oluşturabilme, acil durumlarda iletişim becerileri gibi eğitimler düzenlenmiştir (International Committee of the RED Cross (ICRC), Pakistan: ICRC launches online training to address violence in health-care settings, 2021, Erişim Tarihi: 28.08.2022).

Sağlık çalışanlarının şiddet sonrası bildiri süreçleri noktasında, İGE ülkeleri açısından erişilen spesifik çalışmalarla sağlık çalışanına yönelik şiddette sağlık çalışanlarının şiddet sonrası bildirim süreçlerinin, tüm İGE kategorilerinde tekrar şiddete maruz kalma korkusu ile yapılmadığı görülmektedir. İGE kategorisi düşük

lkelerde çalışanların şiddet bildirimin nereye yapacaklarını bilmeme halinin varlığı göze çarpmaktadır. İGE kategorisi yüksek olan ülkelerde idare amirlerinin baskısının şiddet bildirimlerini etkilediği görülmektedir. İGE kategorisi düşük ülkelerde can güvenliğinin ölümcül düzeyde tehlike durumlarında şiddet bildirimleri yapıldığı görülmektedir.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4.kategori) lkeleri incelendiğinde, Kanada’da şiddet mağdurlarının %64’ünün olayı bildirmediği ve bildirmeyenlerin yaklaşık yarısının çalışan güvenliğini önemseyen politikalardan habersiz olduğu diğerlerinin de bildiri sonrası tekrar şiddete maruz kalma korkusu ile bildirmediği tespit edilmiştir (Ontario Medical Association, Gandhi, 2019), şiddet sonrası personel olmaması sebebiyle kişiler yaşadıkları şiddet sonrası çalışma alanlarından ayrılamamakta, hastanede tedavi gerektirmeyecek kadar vücutlarında fiziksel yaralanmalar olmadığı sürece cinsel şiddete uğramış bile olsalar idareciler tarafından kişilere izin verilmemekte, kurum amirlerinin şiddet olaylarını raporlattırmadıklarını, şiddet olayları raporlanmadığı gibi de şiddet sonrası şiddet mağduru çalışan tavır, konuşma üslup yönünden yanlış tavır sergiledikleri gerekçesiyle suçlanıp susturulmaya çalışıldığı da bildirilmiştir (Brophyl ve Keith, 2019).

Tayland’da şiddete maruz kalan çalışanların soruşturma süreci hakkında bilgisi bulunmadığını belirtilmiştir (Kueanongkhun,2021, Erişim Tarihi: 08.08.2022).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bildirim yapmayanların oranının %91,6 olduğu (Yıldız,2019), ve bildirim yapılma nedenleri, şiddete maruz kalma kaygısı, sürecin uzun olması, kurum veya aile baskısı sebebiyle, zarar görme endişesi, (Pekince ve ark., 2022), şiddeti önemsiz bulmaları, kendini suçlu hissetme durumu, şiddete alışkın olma hali, utanma hissi sebebi, bildiri sonrası olumsuz durumlardan korkma sebebi, şikâyet prosedürlerini bilmeme hali olarak belirtilmiştir (nal ve ark., 2022).

Birleşik Arap Emirlikleri’nde olay bildirimi yaptıkları için disiplin cezası aldıklarını (Alshahrani ve ark., 2021) belirtmişlerdir.

Singapur’da şiddet olaylarının eksik bildirilmesinin nedenleri olarak; hastaların mevcut rahatsızlığının olması, hasta ve/veya ailesine zarar gelmesini istememek, olaylarda sağlık çalışanı olarak suçlu bulunma korkusunun varlığı, şiddeti işin parçası olmadığı şeklinde algılama konusunda farkındalığın olmaması olduğu bildirilmiştir. (SMA News, Abuse of Healthcare Workers, Rahman, 2018 Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Cezayir’de hastane personeline yönelik şiddet vakalarında birçok mağdurun intikam korkusuyla şikâyetlerini geri çektiği de dikkat çekmektedir. (Algérie Presse Service, Erişim, 07.07.2022).

Tunus’ta şiddet mağdurlarının hiçbir şey yapmamayı tercih ettikleri için bildirim yapmadıkları belirtilmiştir (Wertani, 2021).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Gana’da şiddet mağduru kişilerin %80,6’sı şiddeti raporlamamıştır. Raporlamama nedenleri olarak da raporlama sonrası işlem yapılamayacağını düşünmeleri, nereye şikâyet edeceğini bilememe, olağan karşılanması bildirimin gereksiz olduğunu savunma, durumun kendisini çok etkilemediğini bildirmesi sebebiyle bildirim yapılmamıştır (Boafo ve ark., 2016).

Hindistan’da sağlık personelinin şiddeti yaşamsal tehlike hallerinde raporladıkları bildirilmiştir (Over 75% of Doctors Have Faced Violence at Work, Study Finds, 2015, Erşim Tarihi. 01.06.2021). Hindistan’da personelin hastanelerinde şiddet önleme politikalarının varlığından habersiz olması sebebiyle şiddet bildirimin yapılmadığı belirtilmektedir (Kumar ve ark., 2016).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Mali’de şiddet sonrası sağlık personelinin olay sonrası idare aracılığıyla uzlaştırma yoluna yönlendirildiği bildirilmiştir (Calvain, 2015). Pakistan’da şiddet olaylarının

raporlamanın etkisiz olduğunu, raporlama sonrası sürecin olumsuz sonuçlarından korkmaları sebebiyle bildirmediğini belirtmişlerdir (Shaikh ve ark., 2020).

Sudan’da şiddet mağdurlarının şiddet hiç yaşanmamış gibi çalışmaya devam edildiği, şiddet bildiriminin sonuçsuz olduğunu, şiddet sonrası raporlama prosedürlerinden haberdar olmadıkları, şiddet bildirim için onaylanmadıkları, bunun için bildirim yapmadıkları, idare amirlerinin sağlık çalışanı ve güvenliği konusunda bilgi sahibi olmadığı (Gaafar ve Hemmeda, 2022), hastane içerisinde şiddet bildirim sistemi olmadığı, suçluların ceza almayacak olması düşüncesi, şiddet uygulayıcının davranışlarının olağan karşılanması, çalışanların şiddeti işinin parçası olarak katlanmak zorunda olduğu durum olarak görmesi (Muhammed Elhadi ve ark., 2022), korkmaları sebebiyle bildirim yapmadıkları belirtilmiştir (Mohamed Elamin ve ark., 2021).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığını düşüren durumlar noktasında, İGE ülkeleri açısından erişilen spesifik çalışmalarla sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme durumları açısından İGE kategorisi yüksek olan ülkelerde toplumun ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla önem verildiği görülmektedir. Polis merkezlerinin ve güvenlik sistemlerinin sağlık bakım tesislerinde iç içe planlanmasının şiddeti önlemede engelleyici rol üstlendiği görülmektedir.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. kategori) ülkeleri incelendiğinde, ülkede ruh sağlığı konusunda yapılan çalışmada hasta için sakin, tehdit edici olmayan dostane ortamların sağlanması, hasta ile iletişimde kalmak, yürüyüş ve egzersizlerinde birlikte olmak, müzik dinlemek, gevşemelerini sağlayacak yöntemler gibi sosyal müdahalelerle şiddet olaylarının azaldığı bildirilmiştir (Nair ve ark., 2008).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Cezayir’de ülkenin tüm vilayetlerinden hasta kabul eden en büyük hastane kuruluşu olan CHU Mustapha-Pacha hastane ortamındaki şiddet ve saldırganlık düzeyinin birkaç nadir vaka dışında, kurumda herhangi bir fiziksel saldırı olarak kaydedilmediği belirtilmektedir. Bunun sebebi olarak hastanenin yanında bir polis karakolunun olması

ve hastane güvenlik görevlilerinin fazla olması olduğu belirtilmektedir (Algérie Presse Service, Erişim Tarihi: 07.07.2022).

Guyana’da halkın kültürel olarak öfkeyi dışa vuramadıkları ve bu durumun onlar için utanç kaynağı olabileceği de belirtilmiştir (Kolves ve ark., 2022).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Küba’da yapılan bir araştırmaya göre görevleri esnasında sağlık çalışanına yönelik en sık yaşanan şiddet türünün sözel şiddet olduğu bildirilmiştir. Çalışanlar işyerinde fiziksel şiddetin olabileceğine ihtimal bile vermemişlerdir. Fiziksel şiddet bildirimi olmamıştır. Sözel şiddetin de çok nadir yaşandığını bildirmişlerdir. Hastanede muayene sırası beklerken sakin bir şekilde sıralarını bekledikleri gözlenmiştir. Özellikle muayene odalarına girişleri ayarlayan bir güvenlik görevlisi olduğu da araştırmada bildirilmiştir. Uzun bekleme sürelerinin Küba halkı için sorun olmadığı, toplu taşıma araçlarını genellikle beklemek zorunda, kaldıkları toplumsal olarak bir hizmet alabilmek için beklemek zorunda olmaları bu durumu problem haline getirmedikleri şeklinde yorumlanmıştır (Gillespie, 2016).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığını düşüren durumlar açısından yapılan literatür çalışmaları ile yasa ve güvenlik önlemleri haricinde farklı bir bulguya erişilememiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yasaları olan ülkeler ve yaptırımları noktasında, İGE ülkeleri açısından erişilen spesifik çalışmalarla sağlık çalışanına yönelik şiddet yasası olan ülkeler ve cezaları açısından, İGE kategorileri yüksek olan ülkelerde şiddet sonrası çalışanların yasa kapsamında psikolojik açıdan desteklenmesi garanti altına alınmıştır. İGE kategorisi düşük ülkeler açısından çalışan sağlığından çok failin cezalandırılması yönünde cezalarla yasaların oluşturulduğu görülmektedir.

Çok yüksek insani gelişmişlik endeksi (4. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Kanada, personelin ruh sağlığını önemseyen yasa (Submission by the Canadian Federation of Nurses Unions to the House of Commons Standing Committee on Health Study on Violence Faced by Health Care Workers,2019), işyerinde şiddet risklerinin değerlendirilmesini sonrasında şiddeti önleme programı oluşturulmasını zorunlu kılmakta, kurum amirleri sağlık merkezlerinin güvenliğinden sorumlu birimler olarak çalışanların sağlığını koruma adına kurumun ihtiyaçlarını belirleme, geliştirilmesi ve uygulanması (iletişim ve eğitim desteği), değerlendirilmesi yönünde işyerinde şiddeti önleme yönünde çok yönlü bir yaklaşım oluşturmayı taahhüt etmektedir (Workplace Violence Prevention Overview, Public Services Health / Safety Association, Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Türkiye’de; çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması (madde 6), sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi (madde 14),) çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için tedbirler alınmasını, şikâyetlerin değerlendirilmesini ve bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulması gerektiğini belirtmektedir (madde 18). Aynı tebliğde sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukukî yardım yapılması da belirtilmektedir (madde 54) (Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ). Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, tutuklama nedeni varsayılan suçlardan sayılmıştır (Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun). Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen “Türk Ceza Kanunu’nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında; cezalar yarı oranında artırılmış, hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmayacağı belirtilmiş, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan

personel, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından “Türk Ceza Kanunu’nun uygulanmasında kamu görevlisi sayılmıştır. Şiddetin vuku bulunduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilerek şiddet sonrası görevden çekilme hakkı da tanınmıştır (Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun).

Fransa Kamu Hizmetleri Bakanlığı şiddet ve taciz durumları ile başa çıkma rehberi yayınlamıştır. Kamu memurlarının şiddeti önleme, yönetim, kendini koruma, destek çağırma, şiddet cezaları hakkında bilgi sahibi olup şiddet riskini azaltma amacıyla çalışanlara sunulmuştur (Republique Française, Ministère De La Fonction Publique, Guide de Prévention et de Traitement des Situations de Violences et de Harcèlement dans la Fonction Publique, 2017, Erişim Tarihi:31.08.2022). Fransa ceza kanunu kamu personelinden sağlık çalışanını tehdit veya mala karşı işlenen suçlarda suçlunun cezası 3 yıl hapis ve 45.000 avro para cezası ile cezalandırılmaktayken ölüm tehdidi söz konusu olduğunda suçluya 5 yıl hapis ve 75.000 avro para cezası verilmektedir (Code pénal Replier Partie Législative (Articles 111-1 à 727-3), Article 433-3, Erişim Tarihi: 28.12.2022).

Birleşik Arap Emirlikleri’nde ülkede iş yerinde psikolojik şiddet de dahil olmak üzere sözlü, fiziksel, cinsel şiddet yasaklanmıştır. Yaşanan şiddet olaylarında olay bildiriminin yapılabilmesi açısından kayıt tutulması, tutanak tutulduğu halde yaşanan şiddet için herhangi bir işlem yapılmadığı takdirde kişiler bakanlığa şikâyet edebilmektedirler (Bobker, 2022, Erişim Tarihi: 25.08.2022).

Singapur’da şiddetten etkilenen personel için danışmanlık hizmetleri, destek hizmetleri bulunmaktadır. Ülkedeki tacizden korunma yasasına göre kamu sektöründe çalışan personele görevleri sırasında işlenen suçlarda, 12 aya kadar hapis cezası ve/veya 5000 USD para cezası verilmektedir. Şiddet mağdurları faillerin zararlarına karşı koruma kararı alabilir veya tazminat davası açabilirler (Ministry of Health

Singapore, Severe Penalties for Harassing Healthcare Staff, 2022, Erişim Tarihi: 30.08.2022).

Yüksek insani gelişmişlik endeksi (3. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Cezayir; sağlık çalışanına şiddet halinde; 10 yıla kadar hapis sağlık çalışanının ölümü halinde ise müebbet cezaı içeren ağır cezalar bulunduran bir yasa tasarısını kabul etmiştir (The Arab Weekly, Erişim Tarihi: 06.07.2022).

Guyana'da görev başında çalışma engellenecek şekilde müdahale edilmesi halinde cezası otuz bin dolar para cezası ve 12 ay hapis cezasıdır (Laws Of Guyana, Medical Practitioners Act, 1991, Erişim Tarihi: 05.08.2022).

Çin'de herhangi bir kuruluş veya bireyin sağlık personelini tehdit etmesi veya tehlikeye atması yasaktır. Çalışanlarının güvenliğinin sağlanmaması, sağlık personelinin onurunun ihlalidir. Devlet bu yasayla sağlık personelinin çalışma alanının güvenliğinin sağlanması için önlemler alıp korumakla yükümlü kılınmıştır. (Çin Halk Cumhuriyeti Temel Tıbbi Sağlık ve Sağlığı Geliştirme Yasası, Erişim Tarihi: 09.11.2021). Hekimlerin hekimlik yapmasını engelleme, hakaret etme, iftira atma, tehdit etme, darp etme, iş ve yaşamlarına müdahale edecek şekilde kişilik hürriyetini ihlal etme suç unsuru oluşturup, ceza kanuna göre suçlunun cezalandırılmasını gerektirmektedir (Chinese Medical Association, Law On Practicing Doctors of The People's Republic of China, Erişim Tarihi: 30. 08. 2022).

Orta insani gelişmişlik endeksi (2. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Hindistan'da salgın sırasında sağlık personeline karşı, sağlık hizmetini aksatacak şekilde çalışmayı engelleme, çalışana tehdit, yaralama, korkutma, hastane içerisinde zarar verici eylemlerde bulunma durumu suç kategorisine alınmıştır (India Code, The Epidemic Diseases Act, Prohibition of Violence Against Healthcare Service Personnel and Damage to Property, 1897, Erişim Tarihi: 19.05.2021).

Düşük insani gelişmişlik endeksi (1. kategori) ülkeleri incelendiğinde, Pakistan'da iş hayatında aktif rol alan kadınları korumak adına ülkede 2010 yılında kadınların işyerinde tacizden korunması için koruma yasası çıkartılmıştır (Time to end attacks on Lady Health Workers in Pakistan, 2017).



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadelede kapsamında amaca uygun seçilmiş ülkelerin şiddetle baş etme stratejileri, olası şiddeti önlemek veya engellemek amacıyla çıkarılan yasalar ve yaptırımlar literatür bilgisi ve hukuki düzenlemeler ışığında değerlendirilmiştir. Çalışma evrenini Dünya Sağlık Örgütü'nün altı farklı alt bölgesi olan Afrika Bölgesi, Amerika Bölgesi, Güney Doğu Asya Bölgesi, Avrupa Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesi oluşturmuştur. Bölgelerdeki ülkeler çok yüksek insani gelişmişlik, yüksek insani gelişmişlik, orta insani gelişmişlik, düşük insani gelişmişlik düzeyleri açısından ve bununla ilgili parametreler esas alınarak altı DSÖ bölgesi için sırasıyla çok yüksek, yüksek, orta, düşük insani gelişmişlik endekslerinden rastgele birer ülke seçilerek belirlenmiştir. Bu seçimler neticesinde, insani gelişmişlik indeksi düzeyine göre 4. kategoriden 1. kategoriye (yüksekten düşüğe) sırasıyla Afrika Bölgesi ülkelerinden; Mauritius, Cezayir, Gana, Mali, Amerika Bölgesi ülkelerinden Kanada, Küba, Guyana (düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Güneydoğu Asya Bölgesi ülkelerinden çok yüksek insani gelişmişlik düzeyinde ülke bulunmamakta, Tayland, Hindistan, düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke bulunmamakta, Avrupa Bölgesi'nden Fransa, Azerbaycan, Kırgızistan, düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke bulunmamakta, Doğu Akdeniz Bölgesi Ülkelerinden Birleşik Arap Emirlikleri, Tunus, Pakistan, Sudan, Batı Pasifik Bölgesi ülkelerinden Singapur ve Çin, orta ve düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke bulunmamakta incelemeye alınmıştır. Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesinde ve 4. İGE kategorisinde yer almakta olup, araştırma konusu açısından karşılaştırılan asıl ülke konumundadır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutu; İnsani Gelişme Endeksi (İGE), Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletlere bağlı diğer kuruluş ve programların çeşitli verilerine (doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, kişi başına düşen hemşire, tıp doktoru hastane ve hastane yatakları, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, sağlık hizmeti sunumu, nüfus

yoğunluğu, şiddet ve yaralanmayı önleme profilleri, küresel barış endeksi ve cinayet oranları gibi) göre Türkiye ve diğer ülkeler için karşılaştırılmış ve hukuki düzenlemeler değerlendirilmiştir.

İncelenen ülkeler arasında sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerin; Kanada (4.kategori), Türkiye (4.kategori), Fransa (4.Kategori), Birleşik Arap Emirlikleri (4.kategori), Cezayir (3. Kategori), Guyana (3. Kategori), Çin (3.Kategori), Hindistan (2.kategori) ve Pakistan (1. kategori) olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkelerin ise; Mauritius (4. Kategori), Singapur (4.kategori), Tayland (3.kategori), Tunus (3. Kategori), Azerbaycan (3. Kategori), Küba (3. Kategori), Kırgızistan (2. Kategori), Gana (2.Kategori), Mali (1.Kategori), Sudan (1.kategori) olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemeleri mevcut olan ülkelerde cezaların genellikle 2 yıl hapis cezası ile başladığı, sadece para cezası verilmediği, hapis cezası ile birlikte para cezalarının beraber verildiği görülmektedir. Sadece 2. kategori ülkesi olan Hindistan için sağlık çalışanını ağır yaralama suçunun cezası altı aydan yedi yıla kadar hapis cezası ve para cezası şeklinde düzenlendiği görülmektedir. Birleşik Arap Emirlikleri'nde kamu görevlisinin görevi sırasında kasten öldürülmesi suçunun cezasının idam, Kanada'da kişinin ölümüne sebebiyet verilmesinin ömür boyu hapis cezası, Türkiye'de kasten öldüren suçunun cezası müebbet hapis olduğu görülmektedir. Fransa'da çalışan onurunu zedeleyecek, fiziksel ve zihinsel sağlıklarını, mesleki kariyerini tehlikeye atacak çalışma koşullarına çalışanların maruz bırakılamayacağı yasalarda belirtilmektedir. Çin'de hasta yakını tarafından öldürülen hekimin failinin cezası ölüm olarak verilmiş ve dava sosyal medyada çok fazla yer almış ise de, ağır cezaların uygulanıyor olması ülke içinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti durduramamaktadır. Sağlık çalışanına yönelik şiddetle mücadele kapsamında hukuki süreçlerin şiddeti önleyici olmaması gibi

yargıya varmak da yanlış olacaktır. Çin gibi şiddet sıklığı yüksek ülkelerde yasaların caydırıcı rolünden çok cezalandırıcı yönünün ön plana çıktığı görülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olmayan ülkeler açısından, sağlık çalışanlarının korunması genellikle ülkelerin genel ceza hukukundaki şiddet suçları içinde düzenlenmektedir. Mauritius'un, iş yerindeki suçlar için 2 yıldan başlayan hapis cezası ve para cezası, Azerbaycan ve Kırgızistan hariç diğer ülke ceza sistemlerinde suçlulara ölüm cezası hükmolunduğu görülmektedir. İGE düzeyleri arttıkça hukuki açıdan suçlulara ölüm cezasının verilmesi yaklaşımının azaldığı görülmektedir.

Singapur'da cinayet işleme suçunun cezası ölüm, Gana'da kasıtlı olarak kişiyi öldürme suçunun cezası kişinin ölüme mahkûmiyet edilmesi, Mali'de; suçlu, öldürmeye kast suçuyla yargılanırsa ve suçlu bulunursa cezası ölüm, Küba tecavüz cezalarında ölüm cezası verebilmekte, Tayland'da; mağdurun ölmesi durumlarında kişinin cezası ölüm, Tunus; kişinin ölümü halinde cezası kişiye idam şeklinde, Sudan için cinayet suçu ölüm cezası olduğu görülmektedir.

Suçun azalabilmesi ve hukuki süreçte ceza adalet sisteminin işleyebilmesi için suç hakkında bir şikâyetin adli mercilere ulaşması gerekmektedir. Mevcut çalışmada dikkat çeken en önemli saptamalardan biri ise şiddet bildirimi konusunda sağlık çalışanlarının cesur davranamadıklarıdır. Şiddet bildirimlerinin olmadığı yerlerde hukuki sürecin işlemesi de olanaksızdır. Bildirim yapılmayan her şiddet olayında çalışma alanında huzur ve barış ortamı varmış gibi değerlendirileceğinden bu durum çalışan güvenliğini daha olumsuz bir duruma düşürmektedir.

Suç kapsamındaki olguların ceza sistemlerinde karşılığı olması açısından diğer önemli bir husus, davaların yargı sürecine intikal edebilmesidir. Sonraki süreçte mevcut yasaların işlemesi ülkelerden ülkelere değişiklik gösterebilmektedir. Suç karşısında sağlık çalışanına yönelik şiddete sıfır tolerans gösterilmesinin, mevcut yasaların uygulanması ile sağlık çalışanına yönelik şiddeti azalabileceği değerlendirilmektedir.

Gelişmişlik seviyesi yüksek olan ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadele kapsamında özel koruyucu bir yasal düzenleme bulunmasa bile şiddet mağduru çalışanların hukuki haklarının aranması için bildirim süreçlerinin işleminde kolaylıklar sağlandığı, önleyici uygulamalar olarak meslek dizilerinin medyada yer alması, kamuya açık alanlarda sağlık personelinin değerli olduğunu vurgulayan posterler ile halkın bilinçlenmesinin önemsendiği, şiddete karşı koruyucu adımlar atıldığı görülmektedir.

Çalışmada ön plana alınan konular sağlık çalışanına yönelik şiddet sıklığı ile yasal düzenlemelerin olup olmaması arasındaki ilişki, sağlık çalışanına yönelik şiddeti etkileyebileceği düşünülen parametrelerin değerlendirilmesidir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, eğitim düzeyleri, sağlık sistemleri, adalet sistemleri, güvenlikleri, ekonomik düzeyleri, toplumsal ruh sağlığı, kültürel özellikleri, yaşam çevreleri gibi birçok etken insan yaşamını etkileyen unsurlardandır. Bu unsurlar mesleği gereği insan sağlığı ile ilgilenen kişileri, sistemleri de doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmektedir.

Çalışmada şiddet sıklığı verisine ulaşabildiğimiz 7 ülke için şiddet sıklığı açısından, tüm ülkeler arası ve gelişmişlik kategorileri arasında karşılaştırılma yapıldığında aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkeler ile şiddet sıklığı arasında anlamlı farklılar olmadığı bulunmuştur. Bu durumun seçilmiş tüm ülkelere ait veri girişine ulaşılamaması sebebiyle çalışmanın kısıtlılığından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada incelemeye alınan cinayet oranlarının sağlık çalışanına yönelik şiddetle mücadelede sağlık çalışanını korumaya yönelik yasal düzenlemesi olan ülkelere yasal düzenlemesi olmayan ülkelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmada incelemeye alınan 5 yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda) sağlık çalışanını korumaya yönelik yasal düzenlemesi olan ülkelerde olmayan ülkelere göre olarak daha düşük bulunmuştur.

Çalışmada incelemeye alınan toplam hemşire ve ebe sayısı, toplam tıp doktoru sayısı, 10.000 nüfus başına düşen hastane yatağı, kişi başına düşen milli gelir, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, SAGP, kişi başına düşen alkol tüketim miktarı, sağlık hizmet sunum puanı sağlık çalışanını korumaya yönelik yasal düzenlemesi olan ülkeler açısından yüksek bulunmuştur.

Çalışmada incelemeye alınan İGE kategorisi ve SAGP, beklenen öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, sağlık harcamaları, nüfus temelli depresyon prevalansı arasındaki ilişki incelendiğinde İGE kategorisine göre gelişmişlik düzeyi yükseldikçe bu parametrelerin artma yönünde olduğu gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan İGE kategorisi ve 5 yaş altı ölüm hızının arasındaki ilişki incelendiğinde İGE kategorisinde gelişmişlik düzeyi yükseldikçe 5 yaş altı ölüm hızının düşme yönünde olduğu görülmüştür.

Çalışmada incelemeye alınan İGE sıralaması ile doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı, sağlık hizmet sunumu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir. İGE sıralaması ile 5 yaş altı ölüm hızı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan beklenen öğrenim süresi ile 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, kişi başına düşen milli gelir arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiş olup 5 yaş altı ölüm hızı arasında negatif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan kişi başına düşen milli gelir ile 10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, sağlık hizmet sunumu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir. Kişi başına düşen milli gelir ile cinayet oranları arasında negatif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiş olup kişi başına düşen milli gelir ile ülkelerin küresel barış endeksinde barışçıl ortam hali ile aralarında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan 10.000 kişi başına düşen tıp doktoru sayısı ile 5 yaş altı ölüm hızı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan 10.000 nüfusa düşen hastane sayısı ile 5 yaş altı ölüm hızında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan 5 yaş altı ölüm hızı ile sağlık hizmet sunumu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan sağlık hizmet sunumu ile cinayet oranları arasında negatif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir.

Çalışmada incelemeye alınan küresel barış endeksi ile cinayet oranları arasındaki ilişki incelendiğinde küresel barış endeksinde ülkelerin barışçıl bir ortama doğru gitmesi ile ülkedeki cinayet oranları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmiştir.

Dikkat çekici bir başka bulgu ise İGE kategorisi düşük olan ülkelerde şiddetin işlerinin bir parçası olarak algılanması ve önemsiz görülmesidir. İGE kategorisi düştükçe eğitim seviyesi düşmekte olup bu durumun kişilerdeki şiddet algısına etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemesi olan ülkelerde şiddet sıklığı genel olarak düşük gözüktüğü de ülkenin içinde bulunduğu barış

ortamı, gelenekleri, inançları, toplumdaki kişilerin stres yönetimi, sağlık sistemlerinin düzgün işleyebilmesinin yasaların koruyuculuğunun daha önünde rol oynadığı düşünülmektedir.

Sağlıklı çevrede sağlık hali içerisinde yaşayabilmek her bireyin yaşamla beraber kazandığı hakkı olduğu gibi insan yaşamını kutsal sayan ve yaşam için savaş veren sağlık çalışanlarının da sağlıklı ve güven dolu bir çevrede çalışma hakkı mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde kişilere sağlık sunabilmek sağlıklı insanlarla ve çevreyle mümkündür. Çalışanlar olarak sahada yaşam güvencesinin olmadığı, bedensel ve ruhsal bütünlüğün korunamadığı yerlerde başka birinin sağlığını korumaya çalışmak, yardım götürmeye çalışmak zordur. Salgınla mücadele döneminde hasta insanlardan herkes kaçmaya çalışırken sağlık ordusu birçok şehit vermiş, sağlık sisteminin yetersiz olduğu ülkelerde kendini koruyabilecek malzeme bile bulamamış, bu şartlar altında dahi insan yaşamını kurtarabilmek için ön cephede savaşmış ve yaşam mücadelesi vermişlerdir.

Bireylerin yaşam hakkı vazgeçilmez haklardan biridir ve insanlar sırf insan olmaları sebebiyle göz ardı edilemeyecek sağlıklı yaşam hakkına sahiptirler. Elbette kişi hakları hukuk çerçevesinde, ulusal ve uluslararası mevzuatlarla koruma altına alınmıştır *herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir* diyerek kişi hakların anayasayla güvence altına almaktadır. Yaşama hakkı asıl olarak insan yaşamını korumakla başlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hastalık ve engelliliğin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Sağlık hakkı çerçevesinde bireylerin sağlık hakkını ihlal etmemesi, başkaları tarafından sağlık hakkının ihlal edilmesinin önlenmesi devletlerin koruma yükümlülüğüdür. Devletler sağlık hakkı çerçevesinde çalışanların tam bir iyilik hali içinde olmasıyla yükümlü olmalıdırlar.

Çalışan güvenliği açısından devletlerin çalışanlarını koruma yükümlülüğü kapsamında sağlık hizmetlerinde artan şiddet nedeniyle bazı devletler özel yasalar

çıkarmış, cezaları ağırlaştırmışlardır. Yasa çıkarmayan ülkelerde ise kendi ceza yasalarına tabi tutularak, şiddetin bireysel suçlar kapsamında değerlendirilmeye alındığı, sağlık çalışanına yönelik şiddetle mücadelede stratejiler geliştirmeye çalıştıkları gözlenmiştir. Şiddet bildirim olanakları oluşturulmaya çalışıldığı, medyanın gücü kullanılarak şiddetin durdurulmaya çalışıldığı gözlenmiştir. Sağlık çalışanına yönelik şiddeti önleme açısından yasal düzenlemelerin Cezayir, Kanada, Hindistan, Çin, Fransa ve Türkiye’de olduğu görülmektedir. Pandemi sürecinde şiddet sıklığının artmasının ceza yasalarının getirilmesi ya da ağırlaştırılmasını gerekli kıldığı görülmüştür.

Ceza yasalarının oluşturulması kişilerin korunması açısından önemli bir etken olsa da cezaların varlığından haberdar olunması da en az o kadar kıymetlidir. Yapılan tespitlerde faillerin büyük çoğunluğunun cezalardan haberdar olmadığı tespitler arasında belirtilmektedir. Günümüzde medyanın gücü çok fazla olmakla birlikte, sağlık çalışanına yönelik şiddet cezaları vurgulanmalı, televizyonlarda ceza yasalarını anlatılmalı, bireylerin uyguladıkları şiddet karşısında alacakları cezalar hakkında bilgilenmeleri sağlanmalıdır. Medyada şiddet haberlerinde suçlularının aldıkları cezalara ayrıca yer verilmelidir. Hukuki açıdan şiddet suçunda cezaların uygulanması şiddeti önleyecek uygulamalardan biridir.

Sağlık hizmetlerindeki mesleklerin saygınlığının azalması, meslek profesyonellerinin itibarsızlaştırılması sağlık çalışanına yönelik şiddet açısından diğer önemli etkenlerdendir.

Sağlık çalışanlarının yasal düzenlemelerle korunmaya çalışıldığı ülkelerde şiddetin cezasının verilememesinde en büyük engelin şiddet bildirimlerinin yapılamaması olduğu görülmektedir. Çalışanların bildirim sonrasında kendilerini güvende hissetmemeleri, şiddeti önemsiz bulmaları, kendilerini suçlu hissetmeleri, şikâyet bildiri yapma prosedürleri bilmemeleri bu durumun nedenleri arasındadır. Çalışan güvenliği açısından sağlık çalışanları göreve başlamadan önce psikolojik açıdan çalışma sahalarına hazırlanabilmelidir. Özellikle Türkiye açısından sağlık hizmetlerinde göreve başlayacak her birey belli bir süre çalışan güvenliği ve yasalar,

iletişim eğitimleri, şiddet yönetimi gibi eğitimleri profesyonel şekilde tek elden alabilmelidir. Bu şekilde şiddeti doğru tanımlayabilecek çalışanların, şiddet karşısında çalışanların susmaları, şoka girmeleri, tepkisiz kalmaları, bildirim yapmamaları, kendilerini fiziksel olarak savunmaya çalışmaları, idare yoluyla uzlaşma sağlamaya alışılmanın n de kesilmiş olacaktır.

şiddet, sadece çalışanların bütünsel sağlığına zarar vermemekte, çalışan iş gücü kaybına neden olarak, çalışan devamlılığını etkileyerek mali kayıplara neden olmaktadır. şiddet sonrası sağlık alışanlarında can kaybı, işten ayrılmalar, çalışan devamsızlıkları, sürekli travmaya maruz kalan çalışanlarda zihinsel bozulmalar, meslekte tükenmişlik, şiddet sonrası hastalarla eskisi gibi iyi ilişki kuramama, duyarsızlaşma gibi birçok problem oluşmaktadır. Kanada'nın sadece bir eyaletinde, bir yıl için şiddet sonrası işe devamsızlığın lkeye maliyetinin 989 milyon dolar olduğu, 25.300 gün iş günü kaybı bununda 69 yıldan fazla bir zamana karşılık geldiği tespit edilenler arasındadır.

Seçilen parametrelerin birbirleriyle bağlantılı olduğu muhakkaktır. Sağlık ve sosyal standartların paralel olması, standartlar artıkça sağlığa erişimin daha ulaşılır olduğu ve azalmasıyla da erişimin kısıtlı olduğu görülmektedir. Sağlık algısı toplumlara ve kişilere göre değişmekle birlikte, sosyal faktörlerin sağlık algısına etkisi de yadsınamaz. Kişilerdeki sağlık algısı, sağlık okur yazarlık durumunu, sağlık sistemlerini kullanma ya da kullanmama halini etkileyebilir. Sağlık sistemlerini etkileyen her faktörün sağlık çalışanlarını da etkilemesi beklenir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet araştırmalarında, şiddet faillerinin eğitim düzeyinin düşük olması dikkat çekicidir. Toplumun sağlık okuryazarlığının artması, eğitim düzeyinin artması ile ilişkilidir. Eğitim düzeyi yükselmesi ile yaşam standartları yükselmekte, yaşam suresi uzamakta, bebek ölümleri azalmaktadır. Çalışmada ele alınmasa dalkelerin sağlık okuryazarlık oranı ve sağlık bilgi düzeyi şiddetle bağlantılı olabileceği tahmin edilen ayrı bir konudur. Sağlık sisteminde kişilerin hastalandığı zaman hangi birime başvuracağını bilememeleri bir sorundur. Sağlık hizmetlerinde sağlık danışma hatlarının kurulması gerekmektedir. Kişilerin anlama

seviyelerine uygun gerekli birimlere yönlendirmelerin yapılabileceği ve aynı anda gerekli randevuların alınabileceği, bir sistem çok yararlı olacaktır. Acil servisler özellikle randevu alamamış, ne yapacağını bilemediği için acile başvurmuş kişilerle sürekli yoğunlaşmaktadır.

Gelişmiş toplumlarda beklenen yaşam süresi artışı ile yaşlılığa bağlı hastalıklar da artmaktadır. Yaşlılıkla beraber özellikle demanslı hastalar tarafından sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Yaşlı bakım evlerinde hasta bakımını kolaylaştıracak düzenek ve desteklerin çalışanlar için ulaşılabilir olması önemlidir. Yaşlı bakım gibi özellikle ölümün olduğu birimlerde çalışanların bu açıdan sağlık gözetimi, ihtiyaç duyduklarında ücretsiz psikolojik desteğe ulaşabilmeleri önemlidir. Örneğin terminal dönem hastalar ile uzun süre çalışma sonrası duyarsızlaşma, çalışanların duyarsız olduğu değil, psikolojik olarak zarar gördüğü anlamına da gelebilir.

Tükenmişlik sendromu çalışan sağlığını tehdit eden bir durumdur. Çalışanların belli bir birimde çalışıp çalışamayacağını denetleyen bir sistem oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanlarının görev yerleri, çalıştıkları süre tek sistem üzerinde toplanmalı, kişiler sağlık birimlerinde yer değişikliği talebini iletebilmeli, yönetim yer değişikliğini yaparken gerekçeleri sunabilmeli, personel bilgi sisteminde yazılan dilekçeler ve alınan cevapları çalışanın kendi hesabından da erişilebilir olmalıdır. Her şeyin şeffaflık içerisinde olabileceği ortak bir sistem kurulmalıdır.

Ülkelerin refah düzeyini etkileyen üretkenliği yükseltebilme becerisi, bilgi ve beceri ile donatılmış ve becerilerini etkili kullanabilen insanlar ile sağlanabilmektedir. Ekonomik büyüme de sağlık hizmetlerinin kalitesini de artıran faktörlerdendir. Nitelikli sağlık personeli sağlık sistemlerinin kalitesini belirleyen başka bir etkidir. Sağlık çalışanlarına şiddetin başka nedenleri olarak kaybedilen hastalar sebebiyle olduğu da belirtilmektedir.

Bazı topluluklardaki inanç sistemlerinde sağlık çalışanlarının büyücü olarak etiketlendiği, toplumda dışlandığı, evlere sağlık hizmeti götürmeye çalışan personelin

şiddetin her türlüyle karşı karşıya kaldığı da görülmektedir. Sağlık personeline şiddet nedeni bazen toplumun inançları ve değerleri olabilmektedir.

Sağlık çalışanlarına şiddetin bir nedeni olarak, sağlık hizmetlerinde uzun bekleme süreleri gösterilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri ve evde sağlık bakım hizmetlerinin verimli işlemesi hastane hizmetlerini ve ambulans hizmetlerini kullanmanın önündeki yığılmayı önleyebilecektir. Sağlık merkezlerindeki aşırı yoğunluk sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmakta, yetersiz olan çalışan sayısı ile de sağlık hizmetlerinin kalitesi düşebilmekte ayrıca çalışanlarda meslekten soğuma, duyarsızlaşma, tükenmişlik hissi oluşabilmektedir. Teknolojiyi sağlık hizmetlerinde daha çok kullanmaya özen gösterilmelidir. Evde bakım sağlık hizmetlerine daha çok önem verilerek diğer sağlık sistemlerindeki yoğunluk azaltılabilmelidir. Hasta sistemleri ülkenin her sağlık sisteminde tek bir platform üzerinde toplanabilmeli, hekimler hastaya ait tüm bilgileri tek merkezden kontrol edebilmelidir. Tele tıp uygulaması geliştirilerek hastalar hastaneye gelmeden gerekli yönlendirmelerin sağlanabileceği videolu görüntülerle hasta şikâyet alınabilmeli, uygun branş hekimine tele tıp aracılığıyla bağlanabilmeli, olası ise kimi tetkikler hasta evinden çıkmadan istenebilmelidir.

Sağlık çalışanlarının şiddete en çok maruz kaldığı yerlerden birimlerin acil servisler olduğu bildirilmektedir. Kişilerin ağrısının olma durumu hastalar açısından şiddeti tetikleyen durumlar olarak gösterilmekte, ayrıca alkol ve uyuşturucu kullanımı sonrası bu tür hastaların genellikle ilk başvurdıkları yerler aciller olmaktadır. Stresli gelen hastalarla ilk karşılaşan sağlık çalışanları stresin yansıtılacağı ilk hedef olabilmektedirler. Güvenlik olarak çalışan kişilerin ellerinde polis yetkisi kadar geniş yetkisi olmadığından yeterince ciddiye alınmamaktadır. Yapılan çalışmalarda şiddetin en az olduğu hastanelerin karakol gibi merkezlerin yanına inşa edildiği belirtilmektedir. Özellikle alkol ve uyuşturucu kullanımı olan hastalara özgü ayrı yerlerin oluşturulması gerekmektedir. Acillerde bu tür hasta grubu için genelde ayrı bir yer olmadığından başlarında sürekli bir güvenlik görevlisi olması gerekirse de personel yetersizliği olan birimlerde tehlike sürmektedir.

Sağlık çalışanlarının şiddete en çok maruz kaldığı yerlerden biri de psikiyatri servisleridir. Ülkelerin yasalarına göre, akıl sağlığından yoksun olma durumu kişilerde ceza ehliyetinin olmadığı durum olarak belirtilmektedir. Bu şartlar altında psikiyatri servislerinde sağlık çalışanına yönelik şiddet durumlarında suç cezasız kalacaktır. Bu birimlerin daha korunaklı olması, servislerde güvenlik görevlileri yanına polisin de eklenmesi, çalışan ekibin sayısının artırılması, nöbet tutan çalışan sayısının teke düşürülmemesi önerilmektedir. Çalışanların acil hallerde girebileceği panik odalarının olması, telefonda ziyade üzerlerinde taşıyabilecekleri acil panik butonları, çalışan odalarının gizli çıkış bölümlerinin olduğu özellikle acil haller için tasarlanmış olmaları önemli görülmektedir.

Gelişmişlik seviyeleri yüksek olan ülkelere insan psikolojinin daha fazla önemsendiği görülmektedir. Gelişmişlik seviyesi düşük ülkelere ruh sağlığı hizmetlerinin çok yetersiz olması dikkat çekicidir. Sağlık hizmetleri kapsamında acil danışma hatlarının oluşturulması toplumun ücretsiz sağlık hizmetlerinin yanı sıra psikolog hizmeti de alabilmesi önemlidir. Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı birlikte hareket ederek sağlık okuryazarlığı, şiddeti tanımlama, krizle mücadele, ruhsal sağlığı güçlendirme konularını uygun seviyede müfredata ekleyebilmelidir.

Şiddet sonrası çalışan davranışlarında şiddeti normal algılayanların olduğu görülmektedir. Şiddet kültürüne sahip hanelerde yetişen ya da yetişmeyen bireylerin şiddet algısı da değişebilmektedir. Bazı topluluklarda sağlık çalışanına yönelik şiddetin varlığı araştırılırken çalışanlar bu durumu anlamakta zorlandıklarını, yardım eden birine neden şiddet uygulandığını anlamlandıramadıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın susulmuş her şiddet davranışının sağlık hizmet sektöründe kaybedilen kan olduğunun farkında olunması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadelede sağlık personelinin de şiddete sıfır tolerans noktasında net duruş sergilemesi önemlidir. Yapılan çalışmalarda şiddet sonrası raporlamalarda sözel şiddetin fazla çıkması, gerçekleşen olayın sadece sözel şiddetle ilgili olduğu anlamına gelmemektedir. Bildirilen olayların genellikle fiziksel şiddet olayları olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinde

şiddetin boyutunun daha fazla olduğu görülecektir. Yapılan her şiddet bildiriminin, nedenleri, nerede gerçekleştiği vaka bildirim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Sağlık merkezlerinin her birinde çalışan güvenliği birimleri kurulmalıdır. Yaşanan her şiddet olayında detaylı bir araştırma yapılarak merkezlerdeki güvenlik açıklıkları tespit edilebilmelidir. Şiddete maruz kalan her bireye ücretsiz psikolog görüşmeleri sağlanabilmelidir. Sağlık merkezlerinde koordineli çalışan eğitim birimleri, psikologlar, hukukçular olmalı ve her çalışan bu birimlere kolaylıkla erişebilmelidir. Çalışanlara iletişim teknikleri, şiddet tanımlama eğitimleri, stres yönetimi, gerekirse savunma sanatları eğitimleri verilebilmelidir. Sağlık çalışanlarının şiddete uğramasından koruma yükümlülüğü sağlık bakım merkezleri yönetiminde olmalıdır.

Sağlık bakım merkezlerinde gerçekleşen şiddet olayları şeffaflık içerisinde her şiddet olayı soruşturulmaya tabi tutulabilmelidir. Uzun bekleme süreleri, personel eksikliği sebebi, personelin mesleğe yeni başlaması, personelin hasta olması ve hasta iken çalıştırılmaya zorlanması, sistemsiz sıkıntılar, malzeme eksikliği gibi sebepler detaylı olarak araştırılmalıdır. Personelin uygun yere uygun dağılımı, gerekli malzeme temini gibi açılardan sorumlu birimlerin her şiddet olayında hesap verebilir olması gerekmektedir.

Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında ILO'nun C190 Sayılı Şiddet ve Taciz Sözleşmesi önemli bir yere sahiptir. Çalışmadaki ülkelerden sadece Mauritius'in ve Kanada'nın sözleşmeyi imzalamış olması o ülkedeki çalışanların sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı için atılmış önemli bir adımdır. Çalışanların çalışma alanlarında tüm riskleri bilme hakkı olması, mağdurların korunmasına yönelik tüm önlemlerin alınmasını zorunlu kılan yasa şiddet ve taciz mağdurlarına yönelik olarak 24 saat ulaşabilecekleri yardım hatların olması, acil durum hizmetleri, sığınaklar dahil kriz alanlarının oluşturulması, tıbbi bakım ve psikolojik destek sağlanması, mağdurlarla iletişim halinde olacak şiddet alanında uzmanlaşmış eğitilmiş polis veya memurlar tarafından kişilerin desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Üye ülkelerin şiddet ve taciz yönünde farkındalığı artırma yönünde çalışanlarına yönelik eğitim materyalleri, eğitim programları düzenlemesinin gerekliliği de ayrıca vurgulanmaktadır. Bu şartlar

altında sağlık çalışanına yönelik şiddetle savaşmada C190 ILO Sayılı şiddet ve Taciz Sözleşmesi Türkiye açısından onaylanması önemlidir.

Bu çalışmada vurgulanmak istenen, Dünya lkeleri ve Türkiye açısından sağlık çalışanlarının güvenle çalışabilmesi açısından her türlü şiddetin tek tek incelenip, analizinin yapılıp, eksikliklerin tespit edilebilmesi çalışma alanlarında önlemlerin alınabilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiğidir. şiddet karşısında var olan yasal düzenlemelerin işleyebilmesi açısından da şiddet bildirimlerinin yapılması temel bir konudur.



ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü Ülkelerinin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetle Baş Etme Stratejileri ve Hukuksal Boyutu

Sağlık çalışanlarının şiddete bağlı zaman kaybı 2006 ile 2016 yılları arasında %66 oranında artmış olup, bu oranın polis ve ceza infaz kurumlarında görevli personelin toplam artış oranından 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. 2016'da Ontario'daki sağlık çalışanlarının işyerinde şiddet ve taciz sebebiyle 25.300 gün işe gidemediği bununda 69 yıldan fazla bir zamana tekabül ettiği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının güvende olmadığı bir yerde hastaların güvende kalabilmelerinin imkânsızdır. Madencilik, inşaat ve imalat gibi işlerde çalışan mesleklerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin şiddete bağlı yaralanmaların yanı sıra kas-iskelet yaralanmalarının daha fazla ve tehlikeli boyutta olduğu bildirilmiştir.

İGE seviyesi yükseldikçe sağlık çalışanına yönelik şiddet suçlarında yasal düzenlemelerle cezalar ağırlaşmakta, çalışanlar için çalışma koşullarında şiddeti önlemeye yönelik önlemler ile desteklenmektedir. Hukuki açıdan şiddetle mücadele edebilmek için şiddete sıfır tolerans noktasında cesurca durabilmek şiddetin sıklığını azaltmada güçlü etki sağlayacaktır. Yasal düzenlemelerin düzgün işleyebilmesi için şiddet bildirimlerinin yapılabilmesi önemlidir. Sağlık çalışanına yönelik şiddet suçları karşısında sorası adli süreç ve ceza bilgi durumunda kişilerin %91,6'sının ceza bilgisinden haberdar olmadığı görülmektedir.

İGE kategorisi yüksek olan ülkelerde şiddet sonrası çalışanların olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Sağlık sistemlerinin düzgün işleyebilmesi açısından profesyonel personele ihtiyaç olduğundan İGE kategorisi düşük olan ülkeler açısından sağlık çalışanını koruma altına alan yasaların varlığı kaçınılmaz olarak görülmektedir.

Şiddet çalışma ortamının ayrılmaz bir parçası değildir. Çalışanların şiddetten uzak, güvenli ve saygılı ortamda çalışma hakkı mevcuttur. Şiddet durdurulmaz bir halde devamlı harlanmakta bir ateş gibi sağlık sisteminde çözülemeyecek bir düğüm gibi durmaktadır. Çalışanları hedef alan şiddetin her türlü sağlık tesisleriyle çok sık anılmaktadır.

Çalışma ile hedeflenen amaç, sağlık hukuku alanına katkı sağlamak ve çıkan sonuçlar ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadelede fikir ve yön vermektir.

Bu çalışmada, ülkeler DSÖ'nün altı farklı bölgesinden rastgele seçilmiştir. Ülkelerin seçim aşamasında İnsani gelişmiş endeksinin dört farklı kategorilerinde bulunan ülkeler ile DSÖ'nün altı farklı kategorisindeki ülkeler eşleştirilerek ülkelerin seçimi tamamlanmıştır. Bu seçimler neticesinde, Afrika Bölgesi ülkelerinden; Mauritius, Cezayir, Gana, Mali Amerika Bölgesi ülkelerinden Kanada, Küba, Guyana (düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Güneydoğu Asya Bölgesi ülkelerinden (çok yüksek insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Tayland, Hindistan (düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok) Avrupa Bölgesi'nden Fransa, Azerbaycan, Kırgızistan (düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok), Doğu Akdeniz Bölgesi Ülkelerinden Birleşik Arap Emirlikleri, Tunus, Pakistan, Sudan Batı Pasifik Bölgesi

lkelerinden Singapur ve Çin'in (orta insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok, düşük insani gelişmişlik düzeyinde ülke yok) incelenmiştir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin boyutu; İnsani Gelişme Endeksi (İGE), Dünya Sağlık rgt ve Birleşmiş Milletlere bağlı diğer kuruluş ve programların çeşitli verilerine (doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi, kişi başına düşen milli gelir, kişi başına düşen hemşire, tıp doktoru hastane ve hastane yatakları, 5 yaş altı ölüm hızı, kişi başına alkol tüketimi, sağlık harcamaları, nüfus temelli tahmini depresyon prevalansı, sağlık hizmeti sunumu, nüfus yoğunluğu, şiddet ve yaralanmayı nleme profilleri, küresel barış endeksi, cinayet oranları ve SAGP) göre Türkiye ve diğer ülkeler için karşılaştırılarak ve hukuki düzenlemeleri ile değerlendirilmiştir.

İncelenen ülkelerde sağlık çalışanına yönelik şiddeti nleme açısından yasal düzenlemesi olan lkeler; Kanada (4.kategori), Türkiye (4.kategori), Fransa (4.kategori), Birleşik Arap Emirlikleri (4.kategori), Cezayir (3. kategori), Guyana (3. kategori), in (3.kategori), Hindistan (2.kategori), Pakistan (1. kategori) olduğu grlmştir.

Sağlık alışanına ynelik şiddeti nleme aısından yasal dzenlemesi olmayan lkeler; Maurutuis (4. kategori), Singapur (4.kategori), Tayland (3.kategori), Tunus (3. kategori), Azerbaycan (3. kategori), Kba (3. kategori), Kıręızistan (2. kategori), Gana (2.kategori), Mali (1.kategori), Sudan (1.kategori) olduğu grlmştir.

Her ülkenin kendi ülkesine özgü suç- ceza kapsamında koruyucu -önleyici cezaları bulunmaktadır. Suçlar karşısında verilen cezaların ülkelerden ülkelere değişkenlik göstermekte olup; para cezası, hapis cezası, kırbaç cezası, lme mahkûm edilmesi gibi cezalarla farklılıklar göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık çalışanına yönelik şiddette hukuksal boyut, sağlık çalışanına yönelik şiddet, şiddet.

SUMMARY

Strategies and Legal Dimensions of Countries of the World Health Organization for Overcoming Violence Against Healthcare Professionals

Time loss of healthcare professionals due to violence increased by 66% between 2006 and 2016, and this rate was reported to be 3 times higher than the total increase rate of personnel working in police and penitentiary institutions. In 2016, it was determined that healthcare workers in Ontario were absent from work for 25,300 days due to workplace violence and harassment, which corresponds to more than 69 years. It is impossible for patients to stay safe in a place where healthcare workers are not safe. Compared to occupations working in jobs such as mining, construction and manufacturing, it has been reported that health services have more and more dangerous musculoskeletal injuries as well as violence-related injuries.

As the HDI level rises, penalties for violent crimes against healthcare workers become heavier with legal regulations, and it is supported by measures to prevent violence in working conditions for employees. Being able to stand boldly at the point of zero tolerance for violence in order to be able to fight against violence legally will have a strong impact on reducing the frequency of violence. It is important to be able to report violence in order for the legal regulations to function properly. It is seen that 91.6% of the individuals are not aware of the criminal information in the case of the subsequent judicial process and punishment information in the face of violent crimes against the healthcare worker.

In countries with a high HDI category, post-violence workers are seen to be adversely affected. Since professional personnel are needed for the proper functioning of health systems, it is inevitable for countries with low HDI categories to have laws protecting health workers.

Violence is not an integral part of the work environment. Employees have the right to work in a safe and respectful environment free from violence. Violence is constantly burning in an unstoppable state, standing like a fire that cannot be untied in the health system. All forms of violence targeting employees are frequently associated with health facilities.

The aim of the study is to contribute to the field of health law and to give ideas and direction in the fight against violence against health workers with the results.

In this study, countries were randomly selected from six different regions of WHO. In the selection phase of the countries, the countries in the four different categories of the Human Development Index were matched with the countries in the six different categories of the WHO, and the selection of the countries was completed. As a result of these elections, from African Region countries; Mauritius, Algeria,

Ghana, Mali from America Region countries Canada, Cuba, Guyana (no countries with low human development level), from Southeast Asian countries (no countries with very high human development level), Thailand, India (no countries with low human development level), France, Azerbaijan, Kyrgyzstan from European Region (no countries with low human development level), United Arab Emirates from countries with low human development level, United Arab Emirates, Tunisia, Pakistan, low human development countries from developed countries in the Eastern Mediterranean Region, Singapore, Sudan, Western China none) were examined.

The extent of violence against healthcare workers; The Human Development Index (HDI) has been compared with various data (life expectancy at birth, expected years of education, average years of education, per capita income, per capita nurses, medical doctors hospital and hospital beds, under-5 mortality rate, per capita alcohol consumption, health expenditures, population-based estimated prevalence of depression, health care delivery, population density, violence and injury prevention rates) for Turkey and other countries, and PAP profiles for homicide, .

Countries that have legal regulations in terms of preventing violence against healthcare workers in the countries examined; Canada (4th category), Turkey (4th category), France (4th category), United Arab Emirates (4th category), Algeria (3rd category), Guyana (3rd category), China (3rd category), India (2nd category), Pakistan (1st category).

Countries that do not have legal regulations in terms of preventing violence against healthcare workers; Mauritius (4th category), Singapore (4th category), Thailand (3rd category), Tunisia (3rd category), Azerbaijan (3rd category), Cuba (3rd category), Kyrgyzstan (2nd category), Ghana (2nd category), Mali (1st category), Sudan (1st category).

Each country has protective-preventive penalties within the scope of crime-penalty specific to its own country. Penalties for crimes vary from country to country; It differs from penalties such as fines, imprisonment, flogging, and death sentences.

Keywords: Legal dimension in violence against healthcare workers, violence, violence against healthcare workers.

KAYNAKLAR

- ABD Doları. GANA Sedisi. Erişim Adresi: [https://wise.com/tr/currency-converter/usd-to-ghs-rate]. Erişim Tarihi: [23/07/2022].
- ABDULLAH M A, MUKHTAR F, WAZİR S, GİLANİ I, GORAR Z, TASNEEM SHAİKH B (2014). The Health Workforce Crisis in Pakistan: A Critical Review and the Way Forward. *World Health & Population*. **15**(3): 4-12.
- Abuses Against Persons with Mental Disabilities in Ghana. Human Rights Watch. Gana'da Zihinsel Engelli Kişilere Yönelik Suistimaller, "Like a Death Sentence". Erişim Adresi: [https://www.hrw.org/report/2012/10/02/death-sentence/abuses-against-persons-mental-disabilities-ghana]. Erişim Tarihi: [16/07/2022].
- Accidental Deaths & Suicides in India 2018. Erişim Adresi: [https://ncrb.gov.in/sites/default/files/chapter-2-suicides-2018.pdf]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- ADİL H. AL JAZEERA (2018). The plight of Pakistan's Lady Health Workers. Erişim Adresi: [https://www.aljazeera.com/features/2018/4/10/the-plight-of-pakistans-lady-health-workers]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- Africa Organised Crime Index. Mali. Erişim Adresi: [https://africa.ocindex.net/country/mali]. Erişim Tarihi: [23/07/2022].
- Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf]. Erişim Tarihi: [04/12/2020].
- Algeria to Impose Strict Penalties for Violence against Medical Teams. ASHARQ AL-AWSAT Erişim Adresi: [https://english.aawsat.com/home/article/2416096/algeria-impose-strict-penalties-violence-against-medical-teams]. Erişim Tarihi: [06/07/2022].
- ALİYEV K, AGHAYEVA S (2019). DETERMINANTS OF STUDENTS' LIFE SATISFACTION IN AZERBAIJAN: EMPIRICAL ANALYSES. *Aserc Journal Of Socio-Economic Studies*, **2**(1): 49-61.
- ALSHAHRANİ M, ALFAİSAL R, ALSHAHRANİ K, ALOTAİBİ L, ALGHORAİBİ H, ALGHAMDİ E, ALMUSALLAM L, SAFFARİNİ Z, ALESSA S, ALWAYEL F, SAFFARİNİ L, ALRAWDHAN A, MAPUSAO C, ASONTO L P, ALSULAİBİKH A, ALJUMAAN M (2021). Incidence and prevalence of violence toward health care workers in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey. *Int J Emerg Med*. **14**: 7.
- Amnesty international. Beyond The Call Of Duty. The Rights Of Health Workers In Kyrgyzstan. Erişim Adresi: [https://www.amnesty.org/en/wpcontent/uploads/2021/05/EUR5830592020ENGLISH.pdf]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- Amnesty International. United Arab Emirates. Erişim Adresi: [https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/united-arab-emirates/report-united-arab-emirates/]. Erişim Tarihi: [25/08/2022].
- ANDERSON J, LİGTFOOT A (2019). The School Education System in India: An Overview. British Council. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/335022177_The_school_education_system_in_India_An_overview]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- ARBORİO S (2007). Maternité Sans Risque: Du Contrôle à La Confiance. Analyse Anthropologique Du Risque Au Mali (Afrique De l'Ouest). Safe Motherhood Initiative: From Control To Trust. Anthropological Analysis Of Risk In Mali (West Africa). *Journal De Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, **36**: 786-794.

- ARENDT H (1997). Şiddet Üzerine, İstanbul: İletişim Yayınları. 1. Baskı. Çeviren Bülent Peker. 10-72-41.
- ARMAS ROJAS N B, LACEY B, SİMADİBRATA D M, ROSS S, VARONA-PEREZ P, BURRETT J A, MARTÍNEZ M C, LORENZO-VAZQUEZ E, CONSTANTEN S B, THOMSON B, SHERLİKER P, MORALES RİGAU J M, CARTER J, MASSA M S, HERNANDEZ LOPEZ O J, İSLAM N, MARTÍNEZ MORALES M A, ALOMA I A, ESTUPIAN F A, GONZALEZ M D, MUNOZ N R, ASECİO M C, EMBERSON J, PETO R, LEWİNGTON (2021). Alcohol consumption and cause-specific mortality in Cuba: prospective study of 120 623 adults. *EClinicalMedicine* **17**: 33.
- ARNETZ E, HAMBLİN L, AGER J, LUBORSKY M, UPFALI M J, RUSSELL j, ESSENMACHER L (2015). Underreporting of Workplace Violence Comparison of Self-Report and Actual Documentation of Hospital Incidents. *Workplace Health & Safety*, **63**(5), s:200-210.
- ASLAN A, ÖNAY DOĞAN B (2017). Çevrimiçi Şiddet: Bir Siber Zorbalık Alanı Olarak “Potinss” Örneği. *Marmara Journal of Communication*, **27**: 95-119. Erişim Adresi: [DOI:10.17829/midr.20172729524].
- ATASEVEN A, BAKIŞ Ç. (2017). İnsani Gelişme Endeksi Kamuoyu (İGE-K). Erişim Adresi: [https://ingev.org/wp-content/uploads/2017/02/%C4%B0NSAN%C4%B0-GEL%C4%B0%C5%9E%C4%B0M-ENDEKS%C4%B0.pdf]. Erişim Tarihi: [10/11/2022], s:8.
- Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu (2011). Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. s: 2093.
- AYDIN M (2015) Anayasa Mahkemesi Kararlarında Hak Arama Özgürlüğü. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **2**(61): 3.
- Aze.Media (2022). Psychotherapist: The number of suicides in Azerbaijan is growing. Erişim Adresi: [https://aze.media/psychotherapist-the-number-of-suicides-in-azerbaijan-is-growing/]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- AZNAR A R, FORTH J, MASON G, O’MAHONY M, BERNİNİ M (2015). The National Institute of Economic and Social Research (NIESR), UK Skills and Productivity in an International Context.
- BABOUCHE Y. Hôpitaux: les violences sur le personnel explosent. Erişim Adresi: [https://www.tsa-algerie.com/hopitaux-les-violences-sur-le-personnel-explosent/]. Erişim Tarihi: [10/07/2022].
- BAYAT A H (2010). Tıp Tarihi. Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, İstanbul: Anka Yapım 2. Baskı, s:24.
- BECHANGEL S, SCHMİDT E, RUDDOCK A, KHAN I K, GİLLANİ M, ROCA A, NAZİR I, IQBAL R, BUTTAN S, BİLAL M, AHMED L, JOLLEY E (2021). Understanding the role of lady health workers in improving access to eye health services in rural Pakistan – findings from a qualitative study. *Archives of Public Health* **79**: 20.
- BEKTAŞ M, HORZUM M B (2014). Otantik Öğrenme, Ankara: Pegem Akademi Ayrıntı Basım Yayın Ve Matbaacılık Ltd.Sti., s:9.
- BHATTİ O A, RAUF H, AZİZ N, MARTİNS R S, KHAN J A (2021). Violence against Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Review of Incidents from a Lower-Middle-Income Country. *Annals of Global Health*, **87**(1): 3203.
- BİLL C-28: An Act to Amend the Criminal Code (self-induced extreme intoxication). Government of Canada. Erişim Adresi:[https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/pl/charte-charte/c28_1.html]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- BİRİNCİ Ş, ÜLGÜ M M. Editörler, BAŞARAN B B, ÇAĞLAR S İ, AYGÜN A, ÖZDEMİR A T (2018). T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI (2017-2018), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No Baskı:1106. s: 179-285.
- Birleşik Arap Emirlikleri İçindeki En İyi Hastaneler. Erişim Adresi: [https://www.vaidam.com/tr/hospitals/united-arab-emirates/]. Erişim Tarihi: [26/08/2022].

- BİSHOP M, RAWLİNS W (2017). Mental Health and Cycle of Violence in Guyana. Erişim Adresi: [https://pulitzercenter.org/projects/mental-health-and-cycle-violence-guyana]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- BO S, CHEN J, SONG Y, ZHOU S (2020) . Media attention and choice of major: Evidence from anti-doctor violence in China. *Journal of Economic Behavior & Organization*, **170**: 1-19.
- BOAFO I M, HANCOCK P, GRİNGART E (2016). Sources, incidence and effects of non-physical workplace violence against nurses in Ghana. Erişim Adresi: [doi: 10.1002/nop2.43]. Erişim Tarihi: [16/11/2021].
- BOAFO I M. HANCOK P (2017). Workplace Violence Against Nurses: A Cross-Sectional Descriptive Study of Ghanaian Nurses. *SAGE*, **7**(1).
- BOBKER K. Business And Human Rights Resource Centre, UAE: New labour law in effect since Feb 2022 prohibits all forms of violence, incl. psychological, in the workplace. Erişim Adresi: [https://www.business-humanrights.org/en/latest-news/uae-3/]. Erişim Tarihi: [25/08/2022].
- Boumerdès: nouvelle scène de violence en milieu hospitalier. Algérie 360. Erişim Adresi: [https://www.algerie360.com/boumerdes-nouvelle-scene-de-violence-en-milieu-hospitalier/]. Erişim Tarihi: [07/07/2022].
- BROPHY J, KEİTH M, HURLEY M (2019). Violence Against Long-Term Care Staff. *A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, **1**(26).
- BUDAK S (2000). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, s:716-717.
- Burjeel Medical City. Erişim Adresi: [https://www.burjeelmedicalcity.com/billing-and-insurance]. Erişim Tarihi: [26/08/2022].
- CAİ R, TANG J, DENG C, PAN J, SYLVİA S, XU X, LV G (2019). Violence Against Health Care Workers in China, 2013-2016: Evidence From the National Judgment Documents. *Hum Resour Health*, **17**(1): 103.
- Canadian Federation of Nurses Unions. Workplace Violence. Erişim Adresi: [https://nursesunions.ca/campaigns/violence/]. Erişim Tarihi: [02/08/2022].
- Canadian Medical Association (2022). What the new anti-harassment law means for doctors. Erişim Adresi: [https://www.cma.ca/news/what-new-anti-harassment-law-means-doctors]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Cases Of Harassment Or Abuse Of Healthcare Workers Rose To 1,300 Last Year (2021). Erişim Adresi: [https://sg.news.yahoo.com/cases-healthcare-workers-harassment-abuse-rose-1300-last-year143001438.html?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAA1oaJT_hm7I5XwdoZMNhrm3iZgWbDbj75mUaWwPtVkegQ5YBPXpYSQ63E12kKWDa1f5u368Lp6vnHzMnGpPde1FlRpPOo2fs72js8br-FG40t7693qEwD-fl1Z79GAL2TzxMH4cwBcyygHidYlAcwpmWLimKDMUOgHxdt0f2eP]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- CASEY B (2019). Violence Facing Health Care Workers In Canada. Erişim Adresi: [https://publications.gc.ca/site/eng/9.875493/publication.html]. Erişim Tarihi: [09/11/2022].
- Central Asian Bureau for Analytical Reporting. Kyrgyzstan: How to Resolve Issues of Violence Against Children of Migrant Workers? Erişim Adresi: [https://cabar.asia/en/kyrgyzstan-how-to-resolve-issues-of-violence-against-children-of-migrant-workers?pdf=25740]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5271.pdf]. Erişim Tarihi: [13/12/2022]
- CHANAGUL C (2019). Determinants of Suicide Rates in Thailand. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, **12**(1).
- CHANDOEYWİT W. Thailan Development Research Institue. Erişim Asresi: [https://tdri.or.th/en/2021/01/happiness-gap-in-the-land-of

smiles/#:~:text=According%20to%20the%20World%20Happiness,year%20in%20the%20past%20decade]. Erişim Tarihi: [06/08/2022].

CHAUDHURI K, CHOWDHURY P, KUMBHAKAR S C(2015). KumbhakarBinghamton University University of Leeds. Crime in India: specification and estimation of violent crime index. *Journal of Productivity Analysis*, **43**(1).

Chinese Medical Association, Law on Practicing Doctors of the People's Republic of China. Erişim Adresi: [https://en.cma.org.cn/art/2010/6/25/art_730_12672.html]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].

China Launches New Law to Protect Doctor, 2019. Erişim Adresi: [https://www.bbc.com/news/world-asia-china-50940827]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].

Christuan Health Association Ghana. Traditional and Faith Based Healers. The Authority's Scope Services and Jurisdiction. Erişim Adresi: [https://mhaghana.com/traditional-faith-based-healers/]. Erişim Tarihi: [17/07/2022].

CHUAN TAN C, LAM C S P, MATCHAR D B, ZEE Y K, WONG J E L (2021). Singapore's Health-Care System: Key Features, Challenges, and Shifts. Erişim Adresi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00252-X]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].

CLAY R A (2015). Getting to know Cuba. *American Psychological Association*, **46**(6): 30.

Code de la santé publique: Sous-section 4: Examen des plaintes et réclamation, Article R1112-92. Erişim Adresi: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032626700]. Erişim Tarihi: [28/12/2022].

Code Pénal (1961). Crimes et délits contre la chose publique Titre Premier. LOI: 61- 99. 19. Erişim Adresi: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032626700]. Erişim Tarihi: [28/12/2022].

Code Pénal: Chapitre II: Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité (Articles 122-1 à 122-9), Article 122-1. Erişim Adresi: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149818/#LEGISCTA000006149818]. Erişim Tarihi: [28/12/2022].

Code Pénal: Paragraphe 2: Des violences, Article 222-13. Erişim Adresi: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043540664/]. Erişim Tarihi: [28/12/2022].

Code Pénal. Article 433-3. Erişim Adresi: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044376066]. Erişim Tarihi: [07/11/2022].

Code Pénal. ReplierPartie législative (Articles 111-1 à 727-3), Article 433-3. Erişim Adresi: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044376066]. Erişim Tarihi: [28/12/2022].

CONCEIÇÃO P, Human Development Report. Human Development Index and its components. Erişim Adresi: [https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr-2020.html]. Erişim tarihi: [02/02/2022]. S:357-360.

Conseil National de L'Ordre Des Médecins. Résultats 2021, De L'Observatoire De La Sécurité Des Médecins. Erişim Adresi: [https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2021-lobservatoire-securite-medecins]. Erişim Tarihi: [31/07/2022].

Constitution Of Mauritius, Article 49. Erişim Adresi: [https://humanrights.govmu.org/Documents/Legislation/Constitution%20of%20Mauritius.pdf]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].

COULIBALY P S, DOLO H, MALAH NOTUE C A, SANGARE M, MOUNKORO P P, ABOUBACAR A, TRAORE J, DARA A E, TRAORE K, KONE M, MAÏGA B, MAÏGA Y (2022). Épidémiologie Hospitalière des Troubles Psychiatriques au Mali. Copyright: Souleymane Papa Coulibaly et al. *Pan African Medical Journal*, **41**(160).

- Criminal Code (1960). (Act 29) Acts Of Ghana First Republic. Erişim Adresi: [https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88530/101255/F575989920/GHA88530.pdf]. Erişim Tarihi: [14/08/2022].
- Criminal Code of the Azerbaijan Republic. Erişim Adresi: [https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/AZERBAIJAN_Criminal%20Code.pdf]. Erişim Tarihi: [14/08/2022].
- Criminal Law in Thailand, PENAL CODE. Erişim Adresi: [https://www.thailandlawonline.com/table-of-contents/criminal-law-translation-thailand-penal-code#:~:text=The%20Thailand%20Penal%20Code%20is,the%20one%20who%20violates%20it]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- Criminal Law of the People's Republic of China. Erişim Adresi: [https://www.fmprc.gov.cn/ce/cgvienna/eng/dbtyw/jdwt/crimelaw/t209043.htm]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].
- Criminal Law of the People's Republic of China. Erişim Adresi: [https://www.fmprc.gov.cn/ce/cgvienna/eng/dbtyw/jdwt/crimelaw/t209043.htm]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].
- Cuba 2020 Human Rights Report. Country Reports on Human Rights Practices for 2020, United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor. Erişim Adresi: [https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/cuba/]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Cuban Parliament Approves Penal Code Which Activists Warn Curbs Dissent, 2022. Erişim Adresi: [https://www.theguardian.com/world/2022/may/16/cuba-parliament-penal-code-updated, Associated Press in Havana]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- CÜCELOĞLU D (2019). İnsan ve Davranış Psikolojisinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitap Evi. 37. Baskı., s:231-314.
- ÇALIŞKAN G, SANIOĞLU Y S (2022). Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Dinamik Panel Veri Analizi İle İncelemesi. *UIİD-IJEAS*, **35**:5.
- ÇAMCI O, KUTLU Y (2011). Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2**(1):9-16.
- ÇELİK H, TİMUR TAŞHAN Ş (2014). Bireylerin Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Düşüncesiyle İlişkisinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **1**(2):93-97.
- Çin Halk Cumhuriyeti Temel Tıbbi Sağlık ve Sağlığı Geliştirme Yasası. Erişim Adresi: [http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/29/content_5464861.htm]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, Mauritius. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Mauritius]. Erişim Tarihi: [04/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Birleşik Arap Emirlikleri. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Countryprofile?country=United%20Arab%20Emirates]. Erişim tarihi: [05.02.2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Algeria. Intentional Homicide. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Algeria]. Erişim Tarihi: [04/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Azerbaijan. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Azerbaijan]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Çin. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=China]. Erişim Tarihi: [10/02/2022].

- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Fransa. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=France]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Ghana. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Ghana]. Erişim Tarihi: [04/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Guyana. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Guyana]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Hindistan. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=India]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Kanada. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Canada]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Kırgızistan. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Kyrgyzstan]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Küba. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Cuba]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Pakistan. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Pakistan]. Erişim Tarihi: [10/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Singapur. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Singapore]. Erişim Tarihi: [10/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Tayland. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Thailand]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Tunus. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Tunisia]. Erişim Tarihi: [10/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Sudan. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Sudan]. Erişim Tarihi: [10/02/2022].
- DATAUNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Türkiye. Erişim Adresi: [https://dataunodc.un.org/content/Country-profile?country=Turkey]. Erişim Tarihi: [05/02/2022].
- DEMBELE B, DOUMBIA N, DIALLO Y L, KONE A Z, SYLLA S D, OUTTARA M H, ATTAHER O, MAIGA F (2021). Etude des cas d'agressivités physiques et verbales au Centre Hospitalier Universitaire Hôpital du Mali. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. e-10 (5): 01-04.
- DEMİRCİ Ş, UĞURLUOĞLU Ö (2020). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Bir Kamu Hastanesi Örneği. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 11(1): 91-95.
- Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. Data Query Population density (persons per square km), as of 1 July. United Nations. Erişim Adresi: [https://population.un.org/wpp/DataQuery/]. Erişim Tarihi: [06/04/2022].
- Dépenses publiques et reduction de la pauvreté au Mali, 2022. Maiga Abdoulaye. Actes de la conférence internationale ENJEUX et PERSPECTIVES ÉCONOMIQUES en AFRIQUE

- FRANCOPHONE Dakar. 4-5-6 février 2019. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/362022450_Depenses_publiques_et_reduction_de_la_pauvrete_au_Mali]. Erişim Tarihi: [28/07/2022], s:773.
- DEWEY J (2012). Okul ve Toplum. Ankara: Pegem Akademi. 3.Baskı, s: 28-75.
- DHABİ A. Judicial Departement. Penal Code. Erişim Adresi: [https://cdn.expatswoman.com/s3fs-public/UAE%20Penal%20Code.pdf]. Erişim Tarihi: [26/08/2022].
- DHRİF A (2018). Health-care expenditures. Economic growth and infant mortality: evidence from developed and developing countries. *CEPAL* 125.
- DIARRA C (2015). Enquete Sur Les Agressions Contre Les Agents de Sante Dans Les Structures Sanitaires de Bamako de 366 Cas: Du Chu Gabriel Toure, Du Csref Cv, De L'asacosek Et de L'hôpital Mali-Gavardo. Erişim Adresi: [https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1004]. Erişim Tarihi: [31/07/2022].
- DOMAGALSKAYA N (2005). Kyrgyzstan: Psychiatric Patients Abused. IWPR investigation paints dismal picture of abuse and neglect in the mental healthcare system. Erişim Adresi: [https://iwpr.net/global-voices/kyrgyzstan-psychiatric-patients-abused]. Erişim Tarihi:[24/08/2022].
- DORA S S K, BATOOL H, NİSHU R, HAMİD P (2020). Workplace Violence Against Doctors in India: A Traditional. Erişim Adresi: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7372195/#]. Erişim Tarihi: [01.06.2021]. *Cureus*. 2020 Jun; 12(6): e8706.
- DOUMBİA A K (2018). Mali Sante Publique. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/profile/Abdoul-Karim-Doumbia]. Erişim tarihi: [28/07/2022].
- DÖKMEN Ü (2011). Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Remzi Kitapevi. 45. Basım.
- Döviz Çevirici. Erişim Adresi: [https://wise.com/tr/currency-converter/inr-to-usd-rate]. Erişim Tarihi: [16/05/2022].
- DRAAİSMA M. Physical Violence 'Part of the Job' for Hospital Workers. Cupe Poll Finds. Erişim Adresi: [https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/cupe-poll-hospital-workers-ontario-violence-1.6511265]. Erişim Tarihi: [02/08/2022].
- DUAN G, LİAO X, YU W, Lİ G (2020). Classification and Prediction of Violence Against Chinese Medical Staff on the Sina Microblog Based on a Self-Organizing Map. *J Med Internet Res*. 22(5).
- DUĞAN Ö (2015). Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması. Doktora Tezi. Konya Selçuk Üniversitesi. s:145-175.
- DUONG D (2021). *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 193 (5): 175-176.
- DURAN S (2007). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Mevzuatının Aydınlatılmış Onam Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, s: 5.
- DURMUŞ S. (2022). Sağlık-Sen Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Sağlık-Sen 2021 Raporu. 190 Şiddet Olayında 316 Sağlık Çalışanı Mağdur Oldu. Erişim Adresi: [https://www.sagliksen.org.tr/haber/10831/genel-baskan-durmus190-siddet-olayinda-316-saglik-calisani-magdur-oldu]. Erişim Tarihi: [09/12/2022].
- DURSUN S, AYTAÇ S S (2021). The Prevalence of Violence against Healthcare Workers in Turkey and Employee Job Satisfaction. *PJMHS*, 15(6).
- DURSUN Y (2011). Şiddetin İzini Sürmek. Şiddet Nedir? *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1): 18.
- Dünya nüfusu. Erişim Adresi: [https://www.worldometers.info/tr/]. Erişim Tarihi: [17/02/2022].

- EBRAHİM M A, GHEBREHİWOT L, ABDALGFAR T, HANAFİAH M (2017). Health Care System in Sudan: Review and Analysis of Strength, Weakness, Opportunity, and Threats (SWOT Analysis). *Sudan Journal of Medical Sciences*, **12** (3): 133–150.
- Education System in China. Erişim Tarihi: [https://www.scholaro.com/db/Countries/China/Education-System]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].
- Education System in Sudan. Erişim Adresi: [https://www.scholaro.com/db/Countries/Sudan/Education-System]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- Eğitim Reformu Girişimi. Eğitim İzleme Raporu 2021: Öğrenciler ve Eğitime Erişim. Erişim Adresi: [https://www.egitimreformugirisimi.org/wp-content/uploads/2010/01/EIR21_OgrencilerveEgitimeErisim.pdf]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- El HİDJA D (2020). Journal Officiel De La Republique Algerienne Democratique Et Populaire Conventions Et Accords Internationaux- Lois Et Decrets Arretes, Decisions, Avis, Communications Et Annonces, Ordonnances. *Journal Officiel De La Republique Algerienne* **44**: 66-156.
- ELAMİN M M, HAMZA S B, MOHAMMED AHMED K A H, İDRİS K E, ABDALLAH Y A, ALA K, MUHAMMED A, HASSAN T, ALKABASHİ M, ALHUSSEİNİ R, SİDİEG MOHAMMED S E, ALSAYED A, MUSTAFA A M, SALİH B, HAMZA K, ABBASHER K E, İDRİS Y A, ABDALLAH K, ALA A, MUHAMMED T, HASSAN M G, ALKABASHİ R T, ALHUSSEİNİ S, MOHAMMED A (2021). Workplace Violence Against Doctors in Khartoum State. *June Sudan Journal of Medical Sciences* **16**(2): 301-319.
- Emergency Response to Workplace Violence (Code White). Public Services Health / Safety Association. Erişim Adresi: [https://workplace-violence.ca/tools/emergency-responses-code-white/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) 2012-2013, République du Mali (2014). Erişim Adresi: [https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- EREM F. Suçlu-İnsan Psikolojisi. Erişim Adresi: [http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/220/1839.pdf]. Erişim Tarihi: [26/11/2020], s:519-520.
- EWASH T (2017). Public Health and Territorial Intelligence. *Environmental and Water Sciences*, **1**(3): 11-20.
- FATİMA M, AZHER S, MOHAN A, WARA U, ARSHAD SHAİKH M T (2021). Physical Violence Against Health Care Workers in Government Hospitals of Pakistan and Its Impact on Their Mental Health. *HPHR*, **33**.
- FLETCHER E R. Health policy watch. Boost for Mali Civilian Health Protections. [https://healthpolicy-watch.news/boost-for-mali-civilian-health-protections/]. Erişim tarihi: [02/08/2022].
- FOLTZ J, SHİBUYA S (2022). The Effects of Internally Displaced Peoples on Consumption and Inequality in Mali. *Social Sustainability and Inclusion Global Practice*. s:4.
- FONKEN P, BOLOTSKİKH I, PİRNAZAROVA G F, SULAİMANOVA G, TALAPBEK KYZY S, TOKTOGULOVA A (2020). Keys to Expanding the Rural Healthcare Workforce in Kyrgyzstan. *Frontiers in Public Health*, **8**(447).
- FORSYTH R (2020). The Borgen Project, 10 Facts About Health Care In Sudan. Erişim Adresi: [https://borgenproject.org/health-care-in-sudan/]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- Fox T. Nüfus artışı: 21. yüzyılın belirleyici sorunu, Erişim Adresi: [https://www.nato.int/docu/review/tr/articles/2011/02/14/nuefus-artisi-21-yuezyilin-belirleyici-sorunu/index.html]. Erişim Tarihi: [17/02/2022].
- FRANÇAISE R. Ministère de la Fonction Publique. Guide de prévention et de traitement des situations de violences et de harcèlement dans la fonction publique. Erişim Adresi: [https://www.fonction-publique.gouv.fr/guide-de-prevention-et-de-traitement-des-situations-de-violences-et-de-harcèlement-dans-la-fonction]. Erişim Tarihi: [31/08/2022].

- FRANÇAISE R (2017). Ministère et de la Santé, Rapport 2019 Données 2018, Observatoire National des Violences en Milieu de Santé. Erişim Adresi: [<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-annuel-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-2019>]. Erişim Tarihi: [15/11/2021].
- FRANK M. Cuba cries foul as doctors head home from Bolivia. Erişim Adresi: [<https://www.reuters.com/article/us-bolivia-cuba-idUSKBN1XQ0JJ>]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Free Violence. Erişim Adresi: [<https://www.cliniquedarne.com/en/practical-information/violence-free>]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- Fulbright France. Understanding the French Education System. Erişim Adresi: [<https://fulbright-france.org/en/study-france/understanding-french-education-system>]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- GAAFAF N, HEMMEDA L (2022). Violence Against Healthcare Workers in Haj El-Safi Teaching Hospital, Sudan: A Cross-Sectional Study. Erişim Adresi: [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1815105/v1>]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- GALATI D, MANZANO M, SOTGIU I. The Subjective Components of Happiness and their attainment: a cross-cultural comparison between Italy and Cuba. Erişim Adresi: [<https://doi.org/10.1177/0539018406069594>]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- GANDHI S (2019). Ontario Medical Association. Standing Committee on Health's Study on Violence Faced by Healthcare Workers in Hospitals, Long-Term Care Facilities and In-Home Care Settings.
- GAO X, XU Y (2019). Overwork death among doctors a challenging issue in China. International Journal of Cardiology. Erişim Adresi: [[https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(19\)32009-1/fulltext](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(19)32009-1/fulltext)]. Erişim Tarihi: [15/11/2021].
- GELOSOL V, POWELL B, BERDINE G (2018). Cuban infant mortality and longevity: health care or repression? *Health Policy and Planning*, **33**(6): 755–757.
- GENİŞ B, ŞAHİN F, GÜRHAN N (2022). Alkol/Madde Kullanım Bozukluklarında Şiddet ve İntiharın Nörobiyolojik Temelleri. *Current Approaches in Psychiatry*; **14**(1): 264-275.
- Ghana at risk of major health crisis due to poor emergency care system. GMA cautions. Ghana medical association. Erişim Adresi: [<https://arhr.org.gh/ghana-at-risk-of-major-health-crisis-due-to-poor-emergency-care-system-gma-cautions/>]. Erişim Tarihi: [17/07/2022].
- GİLLESPİE G L, GOMEZ L C, PAPA A M (2016). Workplace Aggression in Cuban Health Care Settings. *Journal of Transcultural Nursing*, **28**(6): 1-8.
- GİYASBAYLI H (2021). OC Media, health workers in Azerbaijan protest 'exploitation'. Erişim Adresi: [<https://oc-media.org/health-workers-in-azerbaijan-protest-exploitation/>]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- GLADYS C (2017). A Look at Cuba's Education System. Erişim Adresi: [<https://www.questar.org/2017/04/28/look-cuba-education-system/#:~:text=School%20is%20compulsory%20only%20to,of%2010%2C593%20schools%20in%20Cuba>]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Global Health – Guyana. Erişim Adresi: [<https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/guyana/default.htm>]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Global Peace Index (2020). Measuring peace in a complex World. Erişim Adresi: [https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2020/10/GPI_2020_web.pdf#:~:text=The%202020%20GPI%20reveals%20a,it%20has%20held%20since%202008]. Erişim Tarihi: 11/11/2022].

- Global Peace Index (2021). Institute for Economics and Peace. Bölüm 1, s: 8, bölüm 6, s: 78. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [11/11/2022].
- Global Peace Index (2022). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace. Erişim Adresi: [<https://reliefweb.int/report/world/global-peace-index-2022>]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- Global Peace Index (2021). Institute for Economics & Peace (IEP). Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [23/02/2022], s: 5-7.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Mauritius -Gana-Mali. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [23/02/2022], s: 22.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Kanada-Cezayir. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [23/02/2022], s: 19-20.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Küba-Çin-Singapur. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s: 17.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Fransa-Türkiye. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s: 18.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Sudan-Tunus. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s: 19.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Azerbaycan-Kırgızistan. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s: 20.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP), Pakistan-Hindistan-Guyana. Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s:21.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP). Erişim Adresi: [<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s: 35.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Institute for Economics & Peace (IEP). Erişim Adresi:[<https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/06/GPI-2021-web-1.pdf>]. Erişim Tarihi: [24/02/2022], s: 57.
- Global Peace Index (2021). Measuring peace in a complex World. Erişim Adresi: [https://www.unicefturk.org/yazi/UN_IGME]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- Government of Canada Employment and Social Development Canada. Backgrounder. Amendments to the Criminal Code to protect health care workers and people seeking access to health services. Erişim Adresi: [<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/news/2021/11/backgrounder-justice--healthcare-workers-and-sick-days.html>]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Government of Canada (2022). Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada. 42(5): Erişim Adresi: [<https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-42-no-5-2022/self-rated-mental-health-community-belonging-life-satisfaction-perceived-change-mental-health-adults-covid-19-pandemic-canada.html>]. Erişim Tarihi: [02/08/2022].

- Government of Canada. Mental Health and Wellness. Map of Canadian Mental Health During the COVID-19 Pandemic. Erişim Adresi: [https://health-infobase.canada.ca/covid-19/mental-health/]. Erişim Tarihi: [02/08/2022].
- Government of Ontario, Ontario, Preventing workplace violence in the health care sector. Erişim Adresi: [https://www.ontario.ca/page/preventing-workplace-violence-health-care-sector#section-6]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- GÖRGÜN BARAN A (2017). Her Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Şiddet/Çalıştay - Sosyolojik Perspektiften Şiddet. Ankara: s: 14.
- Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers (2016). U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. OSHA 3148-06R. Erişim Adresi: [https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- GÜNDÜZ HOŞGÖR D, HOŞGÖR H (2019). Sağlık Hizmeti Tüketicileri Perspektifinden Özel Hastane Şikayetlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(4): 825.
- HAİDER N, SAJİD M, ANSARİ H, ANJUM M Z, NAWAZ A, MUSTAFA S, QURESHİ M A (2021). Violence and Aggression towards Healthcare Workers -A Study Conducted in a Tertiary Care Hospital in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 14(4): 964.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Birinci Bölüm. Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve ilkeler, Tanımlar. Madde-4 Resmi Gazete Tarihi: [01/08/1998]. Resmi Gazete Sayısı: 23420. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [05/11/2022].
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Birinci Bölüm. Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve ilkeler, Tanımlar. Madde-4 Resmi Gazete Tarihi: [01/08/1998]. Resmi Gazete Sayısı: 23420. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [05/11/2022].
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlamasına Dair Yönetmelik. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=21385&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [17/10/2020].
- Health Organization. Working With Countries. Territories And Areas. Erişim Adresi: [https://www.who.int/countries/country-strategy-and-support]. Erişim Tarihi: [16/ 04/ 2022].
- Health research for development in Mauritius an historical perspective. Erişim Adresi: [https://kipdf.com/health-research-for-development-in-mauritius-an-historical-perspective_5aed467b7f8b9a670d8b4614.html]. Erişim Tarihi: [13/04/ 2022].
- Health Service Provision (IHR SPAR), The Global Health Observatory. Sağlık Hizmet Sunumu. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/health-service-provision].
- Health services delivery. WHO European Centre for Primary Health Care annual report 2019. Erişim Adresi: [https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2020/who-european-centre-for-primary-health-care-annual-report-2019]. Erişim Tarihi: [20/03/2021].
- HEDDAR Y, DJEBABRA M, SAADİ S (2022). An exploratory study on the prevalence of workplace violence: the case of Algerian hospitals. 44(5): 127-1141.
- HELVACI ÇELİK F, HOCAOĞLU H (2016). 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı. Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*, 6(1): 51-66
- Hemşirelik Yönetmeliği, Madde 6. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [19/04/2022].
- HİRDARAMANİ Y (2022). How AI and Wearable Tech Is Transforming Singapore's Healthcare. Erişim Adresi: [https://govinsider.asia/citizen-centric/how-ai-and-wearable-tech-is-transforming-singapores-healthcare-benedict-tan/]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].

- HUANG J, ZHANG M, L  U X(2020). Correlation between patient and visitor violence and workload among public healthcare workers in China. *BMJ* **10**: e034605.
- Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update. Erişim Adresi: [https://inev.org/wp-content/uploads/2018/09/Insani-Gelisme-Endeksi-2018-Aciklandi.pdf]. Erişim Tarihi: [29/10/2022], s:32.
- Human Development Insights. UNDP. Human development Report. Erişim Adresi: [https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks]. Erişim Tarihi: [29/10/2022].
- Human Development Report (2016). Human Development for Everyone. Erişim Adresi: [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/pacific/2016_Human_Development_Report.pdf]. Erişim Tarihi: [29/10/2022]. S: 214 (2015 Verileri).
- Human Development Report (2020). The next frontier Human development and the Anthropocene. Erişim Adresi: [https://www.undp.org/turkiye/publications/2020-human-development-report]. Erişim Tarihi: [29/10/2022]. S: 357 (2019 Verileri).
- Human Development Report (2021-2022). Erişim Adresi: [https://www.undp.org/turkiye/publications/2022-human-development-report]. Erişim Tarihi: [29/10/2022]. S: 284- 289 (2021 Verileri).
- Human Development Report 2020 (2021). Erişim Adresi: [https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr-2020.html]. Erişim Tarihi: [01/02/2022].
- Human Development Report. Erişim Adresi: [https://www.undp.org/tag/human-development-report-0?type=publications]. Erişim Tarihi: [29/10/2022].
- Human Rights Watch, 2021, UAE: Reality of Abuses Contradicts Tolerance Rhetoric. Erişim Adresi: [https://www.hrw.org/news/2021/01/13/uae-reality-abuses-contradicts-tolerance-rhetoric]. Erişim Tarihi: [25/08/2022].
- Human rights Watch. Unlawful Attacks on Medical Facilities and Personnel in Nagorno-Karabakh New Research on Three Incidents from 2020 Conflict. Hugh Williamson. Erişim Adresi: [https://www.hrw.org/news/2021/02/26/unlawful-attacks-medical-facilities-and-personnel-nagorno-karabakh]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- HUNT D (1990). Korkmaktan Korkmayın. İstanbul: G  neş Yayınları. 1. Baskı, s:18.
- HUNTER R (2020). World Education News, Education in Pakistan. Erişim Adresi: [https://wenr.wes.org/2020/02/education-in-pakistan]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- IBADOGLU G (2021). Higher Education System of Azerbaijan: Country Report. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/349304711_Higher_Education_System_of_Azerbaijan_Country_Report]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- İBRAH  MOY F, İBRAH  MOVA A, KEHLER J, R  CHARDSON E (2010). Health Systems in Transition. *Azerbaijan: Health System Review*, **12**(3): 1–117 (b  l  m 5-6).
- ICN (International coucil of nurses). Nursing Definitions. Erişim Adresi: [https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions]. Erişim Tarihi: [18/04/2022].
- ILO. Uluslararası   alışma   rg  t  . Yeterli sayıda sağlık   alışanı var mı? Erişim Adresi: [https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/covid-19/WCMS_741130/lang--tr/index.htm]. Erişim Tarihi: [18/ 04/2022].
- İMANAL  YEVA A. KYRGYZSTAN, CENTRAL ASIA (2022). The rough-tongued poison-prescriber overhauling Kyrgyzstan’s healthcare system. Erişim Adresi: [https://eurasianet.org/the-rough-tongued-poison-prescriber-overhauling-kyrgyzstans-healthcare-system]. Erişim Tarihi: [24/08/2022].
- Increasing Suicide Rates Among French Young People Worry Health Professionals, Pascale Santi, (2022). Erişim Adresi: [https://www.lemonde.fr/en/science/article/2022/04/28/increasing-suicide-rates-among-french-young-people-worry-health-professionals_5981862_10.html]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].

- Insecurity Insight(2021). Violence Against or Obstruction of Health Care in Sudan. Erişim Adresi: [https://reliefweb.int/report/sudan/violence-against-or-obstruction-health-care-sudan-military-coup-october-25-17-30]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- International Committee of the RED Cross (ICRC), Pakistan: ICRC launches online training to address violence in health-care settings (2021). Erişim Adresi: [https://www.icrc.org/en/document/pakistan-online-training-violence-healthcare#:~:text=According%20to%20a%20study%20by,of%20the%20pandemic%20in%20Pakistan]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- International Insurance Understanding Singapore's Healthcare System. Erişim Adresi: [https://www.internationalinsurance.com/health/systems/singapore.php]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- International Labour Organization (ILO). Violence and Harassment, Mauritius ratifies the Violence and Harassment Convention. Erişim Adresi: [https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/equality-of-opportunity-and-treatment/WCMS_809404/lang--en/index.htm]. Erişim Tarihi: [09/04/2022].
- International Labour Organization. Violence and Harassment Recommendation (2019) (No.206). Erişim Adresi: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R206].
- IPC Section 188 Indian Penal Code Disobedience to Order Duly Promulgated by Public Servant. Erişim Adresi: [https://devgan.in/ipc/section/188/]. Erişim Tarihi: [20/05/2020].
- İŞİK ÖZCAN F (2008). Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, s:13.
- İç İşleri Bakanlığı. Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi. Erişim Adresi: [http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/001.pdf]. Erişim Tarihi: [03/12/2020].
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. Erişim Adresi: [https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/]. Erişim Tarihi: [16/10/2020].
- İnsani Gelişme Nedir?, İncev. Erişim Adresi: [https://incev.org/insani-gelisme-nedir/#:~:text=Bunlar%20E%C5%9Fitsizli%C4%9Fe%20Uyarlanm%C4%B1%C5%9F%20%C4%B0nsani%20Geli%C5%9Fme,ve%20%C3%87ok%20Boyutlu%20Yoksulluk%20Endeksleridir]. Erişim Tarihi: [31/07/2022].
- İnsani Gelişme Raporu 2021-2022, Erişim Adresi: [https://www.undp.org/tr/turkiye/publications/2022-insani-gelisme-raporu]. Erişim Tarihi: [10/11/2022], s:14.
- İnsani Gelişme Vakfı, İnsani Gelişme Nedir? Erişim Adresi: [https://incev.org/insani-gelisme-nedir/]. Erişim Tarihi: [14/ 04/2022].
- İnternational Monetary Fund. (IMF). Satın Alma Gücü. Erişim Adresi: [https://nam12.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.imf.org%2Fexternal%2Fdatamapper%2FPPPSH%40WEO%2FOEMDC%2FADVEC%2FWEO%2FWORLD&data=05%7C01%7C%7Cb72ba23c030c43bff1a608daba004054%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638026807475528661%7CUnknown%7CTWFPbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6IjEhaWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C&data=WjW%2Ffu6NBYXSiERqspm%2Fb99LXbTJV8Nbo70BZHTAcM%3D&reserved=0]. Erişim Tarihi: [30/10/2022].
- İnternational Peace. Providing Healthcare in Armed Conflict: The Case of Mali (2019). Erişim Adresi: [https://www.ipinst.org/2019/01/providing-healthcare-in-armed-conflict-mali]. Erişim Tarihi: [30/10/2022].
- İnternational Trade Administration, Azerbaijan. Erişim Adresi: [https://www.trade.gov/healthcare-resource-guide-azerbaijan]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- İŞ A (2017). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Çözüm Önerileri. Hukuksal Mücadele. Her Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Şiddet/Çalıştay. Ankara, s: 47.

- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf]. Erişim Tarihi: [16/12/2020].
- JAMES S L, GUBBİNS P, MURRAY C JL, GAKİDOU E (2012). Developing a comprehensive time series of GD P per capita for 210 countries from 1950 to 2015. *Population Health Metrics* **10**(12).
- JEONG H. A (2014). Submitted to KDI School of Public Policy and Management in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master Of Public Policy.
- JIA X L, ZHOU H Z, ZHAO Y, ZHENG L, WEI Q, ZHENG X (2021). Investigation on Hospital Violence During 2003 to 2012 in China. *Chin. Hosp. Chinese Medical Doctor Association*, **18**(6): 1–3.
- JOHNSON M (2019). Mental health services in Guyana, Guyana chronicle the Nations paper. Erişim Adresi: [https://guyanachronicle.com/2020/05/30/mental-health-services-in-guyana/]. Erişim Tarihi: [06/08/2022].
- Justice Laws Website, Tackling Violent Crime Act (S.C. 2008, c. 6). Erişim Adresi: [https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/annualstatutes/2008_6/FullText.html]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- KAİYİN X. Dissertation. Huazhong University of Science and Technology; Hubei, China: 2013. Principle and Mechanism Analysis of Media Presentation on Doctor-Patient Dispute. Erişim Adresi: [https://kns.cnki.net/kcms/detail/detail.aspx?dbcode=CMFD&dbname=CMFD201401&filename=1014030141.nh&v=FbTlo7adXILvWrvTeDjJ6xw1BukFn7XjteHGcfxO%25mmd2BK1pAZbYY0DcDx2flAe9Ow4f]. Erişim Tarihi: [09/11/2021].
- KALE E, SALİM B, BAYTOK Y, TORTUMLUOĞLU S, KÜÇÜK A, ERARSLAN M (2019). Hastanelerde Hizmet Alım Personellerine Yönelik Şiddet Olaylarının Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **16**(1):83-119.
- KARTAL M, ÇOPURLAR C K (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **10**(1): 42-47.
- KAYA B (2007). Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*, **10**(6):11-20.
- KERNBERG O (2010). Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık. Metis Yayınları. 2.Basım, s:43-44.
- KHELİL M B, GHARBAOUI M, FARHANI F, ZAAFRANE M, HARZALLAH H, ALLOUCHE M, ZHİOUA M, HAMDOUN M (2016). Impact of the Tunisian Revolution on homicide and suicide rates in Tunisia, *Int J Public Health*, **61**(9): 995-1002.
- KHEOKAO J, YINGRENGREUNG S, KRIRKGULTHORN T (2014). Daily Life Satisfaction Among Thai People: Socioeconomic Comparison. *Asian Journal for Public Opinion Research*, **2**(1): 15-31.
- KILIÇ M (2013). Yasal Koruma ve Güvence Sistemleri Açısından Şiddetin Hukuksal Çerçevesi, *LHD*, **132**(11): 4.
- KILIÇ M (2020). Sağlıkta Şiddeti Önleme Politikasının Mediko-Sosyal ve Yasal Dinamiği. İstanbul. SETA (Siyaset Ekonomi ve Toplum Aştırmaları Vakfı) Rapor. 1. Baskı.
- KIZMAZ Z (2006). Şiddetin Sosyo-kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Elazığ Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **16**(2): 247-267.
- KİNGMA M (2001). International Council of Nurses. *International Nursing Review*, s:129–130.
- KOCASOY A (2014). T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı. Danışman Doç. Dr. Harun Öztürkler. s: 20-25.
- KOFİ AGBORNU F M, BOAFO I M, ANSAH OFEİ A M (2022). Effects of workplace violence on the quality of care by nurses: A study of the Volta Region of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences* **16**(1): 100421.

- KOTTİ N, DHOUB F, KCHAOU A, CHARFİ H, HAMMAMİ K J, MASMOUDİ M L, HAJJAJİ M (2022). Workplace violence experienced by nurses: associated factors and impact on mental Health. *PAMJ - One Health*, 7(11).
- KÖROĞLU E (2009). Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Temel Kavramlar. Temel Yaklaşımlar Boylam Psikiyatri Enstitüsü. Ankara: HYB Basım Yayın.
- KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWİ AB, LOZANO R (2002). World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organization, 1083.
- KUEANONGKHUN S, GRİSURAPONG S, TECHATRAİSAK K, GUADAMUZ T E(2021). Workplace Violence Against Healthcare Professionals in Thai Tertiary Hospitals, Mahidol University. Erişim Adresi: [https://assets.researchsquare.com/files/rs-910003/v1/da39be49-378e-41d3-ad27-d92567a7553b.pdf?c=1636616663]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- KUMAR M, VERMA M, DAS T, PARDESHİ G, KİSHORE J, PADMANANDAN A (2016). A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(11): LC06-LC10.
- KUTLAR A, SALAMOV F(2016). *KOSBED*, 31: 1 – 17.
- Küresel Barış Endeks. Küresel Barış Endeksi sıralaması. Erişim Adresi: [https://www.wikiwand.com/tr/K%C3%BCresel_Bar%C4%B1%C5%9F_Endeksi].2015-2016-2017-2018-2019.
- Küresel Sağlık İşgücü istatistikleri veritabanı – hemşirelik ve ebelik personeli – tıp doktorları. Tüm ülke verileri. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce]. Erişim Tarihi: [13/03/2022].
- Küresel Sağlık işgücü istatistikleri veritabanı tıp doktorları-hemşirelik-ebelik-Azerbaycan. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce]. Erişim Tarihi: [11/03/2022].
- L'Algérie ne laisse plus passer les agressions contre les soignants. La voix du dord. Erişim Adresi: [https://www.lavoixdunord.fr/844291/article/2020-07-27/l-algerie-ne-laisse-plus-passer-les-agressions-contre-les-soignants].
- La Habana, Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública En Cuba Para El 2015, s:23-41. Erişim Adresi: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Cuba_2015.pdf].
- LAMBERT L, KARABCHUK T, JOSHANLOO M (2020). Predictors of life satisfaction in the United Arab Emirates: Results based on Gallup data. *Current Psychology*, 41(4). Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/342678775_Predictors_of_life_satisfaction_in_the_United_Arab_Emirates_Results_based_on_Gallup_data]. Erişim Tarihi: [26/08/2022].
- Land of Six Peoples. Erişim Adresi: [https://www.landofsixpeoples.com/news/nc90529.htm]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- LASATER M E, BEEBE M, WARREN N C, WINCH P J, SOUCKO F, KEİTA M, DOUMBİA S, MURRAY S M (2022). Reliability and validity of a perinatal depression screening instrument inrural Mali. *SSM - Mental Health*, 2:100059.
- Laws of Guyana. Defamation act. 1959. Erişim Adresi: [https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap%20603.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Laws of Guyana. Juvenile offenders act, 1931. Erişim Adresi: [https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap.%201003%20Juvenile%20Offenders.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Laws of Guyana. Sexual offences act, 2013. Erişim Adresi: [https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap%20803.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].

- Laws of Guyana. Criminal Law (Offences) Act. Erişim Adresi: [https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_guy_criminal_law_act.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Laws of Guyana. Medical Practitioners Act, 1991. Erişim Adresi: [https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap.%2032.02%20Medical%20Practitioners.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022]. s:16.
- Laws Of Guyana. Racial Hostility. Act 1964. Erişim Adresi: [https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap.%2023.01%20Racial%20Hostility.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Laws of Guyana. Whipping and Flogging Act, 1922. Erişim Tarihi: [05/08/2022]. Erişim Adresi: [https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap.%201103%20Whipping%20and%20Flogging.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Le phénomène a pris de l'ampleur avec l'évolution de la Covid-19: Trop de violence contre le corps médical. Erişim Adresi: [https://www.elwatan.com/edition/actualite/trop-de-violence-contre-le-corps-medical-16-07-2020]. Erişim Tarihi: [09/07/2022].
- LEE Y S, OWUSU-ANSAH J (2015). Brain-Drain In Ghana's Health Sector: A Case Study Of Why Doctors And Nurses Emigrate. KDI School of Public Policy and Management in partial fulfillment of the requirements for the degree of.
- Lemon Academy, Birleşik Arap Emirlikleri'nde Eğitim Sistemi, 2021. Erişim Adresi: [https://lemonacademy.co.uk/birlesik-arap-emirlikleri-egitim-sistemi?gclid=CjwKCAjwu5yYBhAjEiwAKXk_eMxqP31ZkN3AuSaW7NEhTIq9DbBI9dci cbY_4cZ4j0gV40NV2eWj0xoCKXIQAvD_BwE]. Erişim Tarihi: [26/08/2022].
- Living Conditions Survey (2020). Republic Of Mauritius Ministry Of Finance. Economic Planning And Development Statistics Mauritius. How satisfied are Mauritians with their lives? Living Conditions Survey (2018-2019). Erişim Adresi: [https://statsmauritius.govmu.org/Pages/Censuses%20and%20Surveys/lcs.aspx]. Erişim Tarihi: [20/03/2022].
- LOTRAKUL M (2005). Suicide in the North of Thailand, Manote Lotrakul, *J Med Assoc Thai*, **88**(7): 944-8.
- Majority of doctors in India fear violence. Says IMA survey (2017). Erişim Adresi: [https://www.thehindu.com/sci-tech/health/majority-of-doctors-in-india-fear-violence-says-ima-survey/article19198919.ece]. Erişim Tarihi: [01/06/2021].
- MALI Violence Against Health Care in Conflict 2021, Unrelenting Violence: Violence Against Health Care In Conflict. Erişim Adresi: [https://reliefweb.int/report/mali/mali-violence-against-health-care-conflict-2021]. Erişim Tarihi: [08/12/2022].
- MARUZZO C (2019). La Violence à l'Encontre Du Personel Hospitalier, Un Enjeu De Santé Publique. Université De Rennes-Faculté De Droit Et De Science Politique, Ecole Des Hautes Etudes en Santé Publique, (bölüm 1).
- Mauritius Institute of Health Pamplémousses June 2009, study on violence in public hospitals(Island of Mauritius). Erişim Adresi: [https://kipdf.com/lfiaistry-ofhea-ud-qalit-of-lih-study-on-violence-lll-public-hospitals-island-of_5aed495a7f8b9a650d8b4628.html]. Erişim Tarihi: [13/04/2022].
- Mauritius Ratifies ILO Violence and Harassment Convention 2019 (No 190). Erişim Adresi: [https://govmu.org/EN/newsgov/SitePages/2021/Mauritius-ratifies-ILO-Violence-and-Harassment-Convention-2019-(No-190).aspx]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- Measuring Positive Mental Health in Canada: Social Support. Government Of Canada. Erişim Adresi: [https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/measuring-positive-mental-health-canada-social-support.html]. Erişim Adresi: [03/08/2022].

- Medecins Sans Frontieres (2019). Mali Conflict, curfew and floods put healthcare out of reach in Mopti. Erişim Adresi: [https://www.msf.org/mali-conflict-curfew-and-floods-put-healthcare-out-reach]. Erişim Tarihi: [27/07/2022].
- MEHARBAN S(2017). Intolerance and violence against doctors, *THE Indian journal of pediatrics Indian J Pediatr*, **84**(10): 768–773.
- MESKARPOUR AMİRİ M, KAZEMİANB M, MOTAGHEDC Z, ABDİ Z (2021). Health Policy and Technology. Fellowship of Postgraduate Medicine: Elsevier Ltd. All.
- METİN B (2017). Sağlık Hakkı. *Sağ Aka Dergi*, **4**(1): 47.
- Ministry of Education, Guyana. Education Statistical Digest 2019-2020, *MOE Planning Unit*, s:12. Erişim Adresi: [https://education.gov.gy/web2/index.php/or/digest-of-education-statistics/2019-2020]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Ministry of Health Guyana. Regional Health Services. Erişim Adresi: [https://www.health.gov.gy/index.php]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Ministry of Health Republic of Ghana. Tamale Teaching Hospital. Erişim Adresi: [https://www.moh.gov.gh/tamale-teaching-hospital/]. Erişim Tarihi: [15/07/2022].
- MİCHAUD Y (1991). Şiddet. İletişim Yayınları. s: 6-7.
- MİMİR A (2017). Kadının Hak Arama Rehberi. İstanbul. Mega Basım, s:171-172.
- Ministry of Health MediShield Life. Erişim Adresi: [https://household-check.moh.gov.sg/]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- Ministry of Health Singapore(2022). Severe Penalties For Harassing Healthcare Staff. Erişim Adresi: [https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/severe-penalties-for-harassing-healthcare-staff#:~:text=Under%20the%20Protection%20from%20Harassment,to%2012%20months%20or%20both]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- Ministry of Health Singapore. Singapore's Healthcare System. Erişim Adresi: [https://www.moh.gov.sg/home/our-healthcare-system]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- MİSİR P, PHİL M. PROGRESIVE HEALTH CARE REFORMS IN LATIN AMERICA (2015). Health Care in Guyana. Executive Director Health Sector Development Unit (HSDU) Ministry of Health, Government of Guyana Georgetown Public Hospital Compound East & Lamaha Streets, Georgetown, Guyana. **9** (1).
- MNİF M, SMAOUNİ N, FEKİ R, GASSARA I, OMİRİ S, MAALEJ M, CHARFİ N, THABET J B, ZOUARİ L, MAALEJ M (2022). The effects of Workplace violence on healthcare workers in Tunisia. *European Psychiatry*, **65**(S1): 697.
- MONTAİGNE (1999). Denemeler, İstanbul. Kültür Yayınları. s:235-236.
- MORICEAU M. Savoir communiquer en milieu hospitalier. Essor santé. Erişim Adresi: [https://www.essorssante.fr/la-violence-en-milieu-hospitalier/36-savoir-communiquer-en-milieu-hospitalier]. Erişim Tarihi: [13/07/2022].
- MUHAMMED ELHADİ Y A, MUHAMMED H, AHMED A, HARUN İ H, HAG M H, FARUK İ, ALMADANİ M, MOHAMED A E, ADAM M F, ABDÜLHAMED O S, SALİH E B, MUHAMMED S H, SASONİ M O Ö (2022). Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Sudan: A cross-sectional study. *Public Health Challenges* **1**(4): 31.
- MUSA S. Healthcare In Guyana. The borgen Project. Erişim Adresi: [https://borgenproject.org/healthcare-in-guyana/]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- NAİR B, ARUMUGUM G, ONG B C, DEV R, BUANG S, TAN H C, SU H C, YAP T (2008). Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector Together, Creating a Safe Work Environment. Erişim Adresi: [http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_Workplace_Violence_2008.pdf]. Erişim Tarihi: [5/01/2022], s:199.

- NAÏRA A, ZADEY S (2022). Ending violence against healthcare workers in India: A bill for a billion 2022, *lancet Reg Health Southeast Asia*, **6**: 100064.
- NASREDDİNE A (2020). Violence in Healthcare Settings during the COVID-19 Pandemic: the Case of Algerian Hospitals. 1:7P. *Health Sciences* **1**: 7.
- National Health Insurance Authority. The National Health Insurance Scheme (NHIS). Erişim Adresi: [https://www.nhis.gov.gh/about]. Erişim Tarihi: [15/07/2022].
- National Doctor's Day 2019: History. Theme And Significance. Erişim Adresi: [https://www.ndtv.com/health/national-doctors-day-2019-history-theme-and-significance-2061987]. Erişim Adresi: [01/0/2021].
- NCEE. Top-Performance Countries. Singapore. Erişim Adresi: [https://ncee.org/country/singapore/#:~:text=System%20Structure,in%20years%20one%20to%20four]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- NewsGov. Erişim Adresi: [https://govmu.org/EN/newsgov/SitePages/2021/Mauritius-ratifies-ILO-Violence-and-Harassment-Convention-2019-(No-190).aspx]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- NINA Z, ALLEN E, KEARNS A, CAGLIA J, ATUN R. Lady Health Workers in Pakistan. Harvard School of Public Health. Erişim Adresi: [https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/09/HSPH-Pakistan5.pdf]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- NITHIMATHACHOKEL A, WICHİENNOPPARAT W (2021). High Incidence of Workplace Violence in Metropolitan Emergency Departments of Thailand; a Cross Sectional Study. *Arch Acad Emerg Med.*; **9**(1): e30.
- NOHR L, LORENZO RUÍZ A, SANSOVAL FERRER J E, BUHLMANN U (2021). Mental Health Stigma and Professional Helpseeking Attitudes a Comparison Between Cuba and Germany. *Plos One* **16**(2): e0246501.
- OBAİD ALYİLEİLİ A K K (2013). Lateral violence among registered nurses working in government hospitals of UAE. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of MSC in International Management Policy-Faculty of Education. The British Üniversity in Dubai.
- Observatoire National des Violences en Milieu de Santé, Rapport 2022 Données 2020 et 2021, Ministère de la Santé et de la Prévention. Erişim Adresi: [https://sante.gouv.fr/]. Erişim Tarihi: [03/07/2022], (bölüm 1, s: 10-42).
- Occupational Health and Safety R.S.O. 1990. Chapter O.1 Act Part III.0-1 Violence And Harassment. Erişim Adresi: [https://www.ontario.ca/laws/statute/90o01#BK58]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- OECD/UNESCO (2016). Reviews of National Policies for Education Education in Thailand An OECD- UNESCO Perspective. Education in Thailand: An OECD-UNESCO Perspective, Reviews of National Policies for Education, OECD Publishing, Paris. Erişim Adresi: [http://dx.doi.org/10.1787/9789264259119-en---1.bölüm]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Official Website of the International Trade Administration. Guyana - Country Commercial Guide. Erişim Adresi: [https://www.trade.gov/country-commercial-guides/guyana-healthcare]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion Act, 2007, S.O. c. 10, Sched. K. Chapter 10, Part I Interpretation. Erişim Adresi: [https://www.ontario.ca/laws/statute/07o10]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Order of the National Health Commission of the People's Republic of China. Erişim Adresi: [http://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5404153.htm]. Erişim tarihi: [14/11/2021].
- OSMAN M, ALASSAM M N (2022). Military attacks on health workers in Sudan. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00319-1/fulltext]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].

- OW J (2021). The future of healthcare in Singapore. The challenges and benefits of integrated use of Industry 4.0 Technologies and how likely the general public and institutions are to adopt the integration of Industry 4.0 Technologies. *SSRN Electronic Journal*. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/356285120_The_Future_of_Healthcare_in_Singapore_the_Challenges_and_Benefits_of_Integrated_Use_of_Industry_40_Technologies_and_How_Likely_the_General_Public_and_Institutions_Are_to_Adopt_the_Integration_of_Indus]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- Oxford Business Group. Tunisia's Education Sector to be Overhauled. Erişim Adresi: [https://oxfordbusinessgroup.com/overview/track-series-reforms-are-set-overhaul-sector#:~:text=The%20basic%20education%20system%20consists,exam%20to%20obtain%20a%20certificate]. Erişim Tarihi: [27/08/2022].
- Oxford Population Health. Alcohol Consumption in Cuba. Erişim Adresi: [https://www.ndph.ox.ac.uk/news/alcohol-consumption-in-cuba?c3f91942-1498-11ed-a8d6-060030a5f348]. Erişim Tarihi: [05/05/2022].
- ÖMEROĞLU Ö (2012). Suç Korkusu, Cezanın Caydırıcılığı ve Küçük Suçlar. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4: 331-343.
- ÖZDAMAR ÜNAL G, İŞCAN G, ÜNAL O (2022). The Occurrence and Consequences of Violence Against Healthcare Workers in Turkey: Before and During the COVID-19 Pandemic Family Practice. *Fam Pract*, 39(6).
- Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7190&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [06/12/2020].
- Pacific Prime Guyana Health Insurance. Erişim Adresi: [https://www.pacificprime.com/country/americas/guyana-health-insurance-pacific-prime-international/]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Pacific Prime. Azerbaijan Health Insurance. Erişim Adresi: [https://www.pacificprime.com/country/asia/azerbaijan-health-insurance-pacific-prime-international/#:~:text=Healthcare%20in%20Azerbaijan%20is%20provided,hospitals%20are%20located%20in%20Baku]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- Pakistan Penal Code (Act XLV of 1860). Erişim Adresi: [https://www.pakistani.org/pakistan/legislation/1860/actXLVof1860.html]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- PAL K (2014). South Sudan Has Highest Suicide Rates. Erişim Adresi: [https://www.eyeradio.org/south-sudan-highest-suicide-rates/]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- PAPANİCOLAS I, RAJAN D, KARANİKOLOS M, SOUCAT A, FİGUERAS J (2022). World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. Erişim Adresi: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476]. Erişim Tarihi: [11/11/2022], (bölüm:1-5-7. s: 174-183-184).
- Parliament Passes Bill To Protect Healthcare Workers Against Violence. Erişim Adresi: [https://www.ndtv.com/india-news/parliament-passes-bill-to-protect-healthcare-workers-against-violence-2299007]. Erişim Tarihi: [19/05/2021].
- PEİHANG S, ZHANG X, SUN Y, MA H (2017). Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14(1): 96.
- PEKİNCE H, ŞAHİN DUMAN A, GURGOZE R (2022). 112 (911) Violence Against Healthcare Workers and Its Results in Turkey. *Medicine Science*, 11(1): 75-80.
- PINARBAŞI D F, ERKEN M, KAYA M, BİNİCİ Y (2020). Temel Hukuk. 2. Bölüm. Devlet Kitapları Çağlayan Basım Yayın. Millî Eğitim Bakanlığı.

- PĪANKUSOL CHANODOM (2020). Health Service System & Holistic Healthcare. Erişim Adresi: [https://w1.med.cmu.ac.th/commed/wp-content/uploads/2020/04/L2-Health-Service-System-Holistic-Healthcare.pdf]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- PĪRNAZAROVA G, SCHLĪCKAU J (2010). Nursing in Transition in Kyrgyzstan. *Journal of Transcultural Nursing* 21(3): 281–284.
- POLAT O (2016). şiddet (Violence). *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakóltesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1):17-25.
- Population Dynamics. World Population Prospects 2019. United Nations km başına nüfus yoğunluğu. Department of Economic and Social Affairs. Erişim Adresi: [https://population.un.org/wpp/dataquery/]. Erişim Tarihi: [28/06/2022].
- Public Order Act. 1994 Act 491. Erişim Adresi: [http://elibrary.jsg.gov.gh/fg/laws%20of%20ghana/table%20of%20acts.htm].
- Public services health / safety association. Communicating the Risk of Violence: A Flagging Program Handbook for Maximizing Preventative Care. Erişim Adresi: [https://workplaceviolence.ca/tools/flagging/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Public services health / safety association. Individual Client Risk Assessment. Erişim Adresi: [https://workplace-violence.ca/tools/individual-client-risk-assessment/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022]. Individual Client Risk Assessment.
- Public services health / safety association. Personal Safety Response System. Erişim Adresi: [https://workplace-violence.ca/tools/personal-safety-response-system/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Public services health / safety association. Reducing Violence in Health Care: Together. Erişim Adresi: [https://workplace-violence.ca/reducing-violence-health-care-together/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022]. Reducing Violence in Health Care: Together.
- Public services health / safety association. Work Refusal and Workplace Violence Toolkit. Erişim Adresi: [https://workplace-violence.ca/tools/work-refusals/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- QĪAO J, XĪA T, FANG B, CAĪ R, CHEN L, QĪAN N, YU H, JĪN S, WANG C, FU C (2022). The reversing trend in suicide rates in Shanghai, China, from 2002 to 2020. *Journal of Affective Disorders*, 308:147-154.
- R.R.O. 1990, Reg. 964: Classification Of Hospitals under Public Hospitals Act, R.S.O. 1990, c. P.40, 2001. Erişim Adresi: [https://www.ontario.ca/laws/regulation/900964]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- RAHMAN H (2018), Abuse of Healthcare Workers. Erişim Adresi: [https://www.sma.org.sg/news/2018/may/abuse-of-healthcare-workers]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- Redress. SUDAN Legal Amendments. Erişim Adresi: [https://redress.org/wp-content/uploads/2020/07/3-REDRESS-Sudan-Legal-Amendments-July-2020-Explanatory-Table.pdf]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- REHMAN A, HAQUE J. (2020). Pakistan's Silent Suicide Problem. Erişim Adresi: [https://www.dawn.com/news/1494208]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- REPUBLIC OF MAURITIUS Financing Health in Africa: Challenges & Opportunities Universal Health Coverage in Mauritius Y. Ramful Lead Health Analyst Ministry of Health and Quality of life. Erişim Adresi: [https://kipdf.com/universal-health-coverage-in-mauritius_5aed47fb7f8b9a620d8b4627.html]. Erişim Tarihi: [13/04/2022].
- Republique Algerienne Democratique et Populaire Presidence de la Republique code penal (2015). Secrétariat Général du Gouvernement. Chapitre V. Crimes et délits commis par les personnes contre l'ordre public (1). Section I, art 148. Outrages et violences à fonctionnaires et institutions de l'Etat (2). Erişim Adresi: [https://www.joradp.dz/trv/fpenal.pdf]. Erişim Tarihi: [13/04/2022].

- Republic of Mauritius. Health and Medical Services. Health Centres. Erişim Adresi: [https://govmu.org/EN/infoservices/healthandmedicals-services/Pages/healthcentres.aspx]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- Republique Tunisienne Le Code Penal (2010). Erişim Adresi: [https://www.icnl.org/wp-content/uploads/Tunisia_Crim-Fr.pdf]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- Research Publications. Library of Parliament, 44th Parliament, 1st Session. Legislative Summary of Bill C-3: An Act to Amend The Criminal Code and The Canada Labour Code. Erişim Adresi: [https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/441C3E]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- RODRÍGUEZ V (2022). Human Trafficking In Cuba's Medical Missions. Erişim Adresi: [https://hrf.org/wp-content/uploads/2022/08/HUMAN-TRAFFICKING-IN-CUBA-MEDICAL-MISSIONS-REPORT_FINAL.pdf]. Erişim Tarihi: [03/06/2022], s: 17-25.
- RODWIN V. The French Health Care System. World Hospitals and Health Services - Universal Health Coverage (UHC): Making Progress Towards the 2030 Targets 54(1): Erişim Adresi: [https://wagner.nyu.edu/files/faculty/publications/French.health.system.03.2018%20%281%29.pdf]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- ROHAİDİ N. How Singapore wants to attract tech talent to healthcare. Erişim Adresi: [https://govinsider.asia/inclusive-gov/singapore-health-tech-day-imda-ihis/]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- ROTH K (2020). Human rights Watch. United Arab Emirates. Erişim Adresi: [https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/united-arab-emirates]. Erişim Adresi: [25/08/2022].
- Safeguarding Health in Conflict (2020). Violence Against or Obstruction of Health Care in Mali in 2020. Erişim Adresi: [https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-SHCC-Mali.pdf]. Erişim Tarihi: [02/12/2021].
- Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği, Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması. Erişim Adresi: [https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf]. Erişim Tarihi: [02/12/2020].
- Sağlık Bakanlığı Özel Güvenlik Hizmetleri Genelgesi. Erişim Adresi: [https://www.saglik.gov.tr/TR,10590/saglik-bakanligi-ozel-guvenlik-hizmetleri-genelgesi.html]. Erişim Tarihi: [06/12/2020].
- Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm]. Erişim Tarihi: [17/10/2020].
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halkla İlişkiler Personeli ve Tıbbi Sekreter İstihdamı. Erişim Adresi: [https://khgmsatinalmadb.saglik.gov.tr/Eklenti/24922/0/2010-32-sira-nolu-genelge-halkla-iliskiler-personeli-ve-tibbi-sekreter-istihdami3pdf.pdf]. Erişim Tarihi: [03/12/2020].
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm]. Erişim Tarihi: [05/12/2020].
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm]. Erişim Tarihi: [06/12/2020].
- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Sağlık Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımları. Ek-1. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm]. Erişim Tarihi: [19/04/2022].

- Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatının Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik (2022). Resmî Gazete Sayı: 31867. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615-14.htm]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- Sağlık-Sen Ocak Ayı Sağlıkta Şiddet Raporu 2022. Erişim Adresi: [https://www.sagliksen.org.tr/haber/10895/saglik-sen-ocak-ayi-saglikta-siddet-raporu-2022]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- Sağlık-Sen. Kasım Ayı Sağlıkta Şiddet Raporu. Erişim Adresi: [http://adana.sagliksen.org.tr/haber/9483/saglik-sen-kasim-ayi-saglikta-siddet-raporu]. Erişim Tarihi: [16/12/2020].
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. Erişim Adresi: [https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/28352/0/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?_tag1=E5B24F5681DE95F54DD045037A4553919AAFCDF9]. Erişim Tarihi: [05/12/2020].
- SAKULSAENGPRAPHAL V, PEONİM V, WORASUWANNARAK W (2018). Trends of homicidal deaths in central Bangkok, Thailand: a 5-year retrospective Study. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, **8**:14.
- SAKUNPHANİT T. İternatonal Labour Organization. ILO Subregional Office for East Asia, Thailand: Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches. Erişim Adresi: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_6612.pdf]. Erişim Tarihi: [05/12/2020].
- SARGIN İ (2010). İnsan Hakları ve Din Bildiriler- İslam Hukuk Düşüncesi Bağlamında İnsan Hakları ve Devletin Bütünlüğü. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Yayınları, s: 87-100.
- SARI İ, GÖKYURT F, DOĞAN T (2019). Nüfus Yoğunluğu ve Kentsel İşlevler İle Türkiye’de İlçelerin Kentleşme Düzeyinin Ölçülmesi, Çalışma Raporu. Ankara: Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü Yayını, s:17-18.
- SARTRE J P (2013). Varlık ve Hiçlik. İthaki Yayınları, s:687- 688.
- Satınalma Gücü Paritesi ve Uluslararası Karşılaştırmalar. Erişim Adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/DownloadFile?p=5nPL3oqNifKYx2figpJNon0rc8B/QzgJMue mGrP9uw4eVxVn4hOKnObdAtWev1kOvTGKlvEG/oMEKiGWyXB9s9S8JbZSc9tmBzwF zOSQ9/k=]. Erişim Tarihi: [21/11/2022].
- SCHNEİDER Z. The Borgen Project. 6 Facts About Healthcare In Tunisia. Erişim Adresi: [https://borgenproject.org/6-facts-about-healthcare-in-tunisia/]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- SERCAN M, OĞAN H (2019). Şiddetle Başa Çıkmak Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. İstanbul Türk Tabipleri Birliği Yayınları (4. Baskı).
- SEVİMLİ Ş (2020). An analysis of violence against healthcare professionals in Turkey from online media reports. *EJAİB*, **30**(3).
- SHAİKH S, BAİĞ L A, HASHMİ İ, KHAN M, JAMALİ S, NASEEM KHAN M, SALEEMİ M A, ZULFİQAR K, EHSAN S, YASİR İ, UL HAQ Z, MAZHARULLAH L, ZAİB S(2020). The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. *BMJ Global Health* **5**: e002112.
- SHAREAMERİCA (2020). The truth about Cuba’s medical missions. Erişim Adresi: [https://share.america.gov/the-truth-about-cubas-medical-missions/]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- SHARMA D C (2019). India: health workers strike after attack on junior docto. *Lancet*, **393**: 2480.
- SHARMA D C (2017a). Over 60 Children Die in a Hospital in North India, *Lancet*, **390**: 926.

- SHARMA D C(2017b). Rising Violence Against Health Workers in India Health workers, *Lancet*, **389**: 1685.
- SHAW C, STUART J, THOMAS T, KOLVES K(2022). Suicidal behaviour and ideation in Guyana: A systematic literature review. *The Lancet Regional Health*, **11**: 100253.
- Singapore Statutes Online. Penal Code 1871. Erişim Adresi: [https://sso.agc.gov.sg/act/pc1871?ProvIds=pr2-,pr5-,pr12-,pr21-,pr82-,pr84-,pr96-,pr97-,pr98-,pr99-,pr186-,pr189-,pr190-,pr268-,pr299-,pr300-,pr301-,pr302-,pr304-,pr304A-,pr304B-,pr304C-,pr305-,pr306-,pr307-,pr308-,pr319-,pr320-,pr321-,pr322-,pr323-,pr323A-,pr324-,pr325-,pr326-,pr327-,pr328-,pr329-,pr330-,pr331-,pr332-,pr333-,pr334-,pr334A-,pr335-,pr335A-,pr335B-,pr336-,pr337-,pr338-,pr375-,pr503-,pr504-,pr505-,pr506-,pr507]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- SİDİBE Y, BAMBA A (2021). Déterminants des recours thérapeutiques au Mali Determinants of therapeutic use in Mali. *Revue d'Economie Théorique et Appliquée*, **11**(1): 77-93.
- Sinagore Legal Advice. Guide to Singapore's Protection from Harassment Act (POHA). Erişim Adresi: [https://singaporelegaladvice.com/law-articles/singapore-protection-harassment-act/]. Erişim Tarihi: [06/01/2023].
- Social İnstituons & Gender Index, Cuba, (2019). Erişim Adresi: [https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/datasheets/2019/CU.pdf]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5510. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm]. Erişim Tarihi: [15/12/2020].
- SÖNMEZ S (2013). Human Rights And Health Disparities For Migrant Workers İn The UAE. *Health And Human Rights Journal*. Erişim Adresi: [https://www.hhrjournal.org/2013/08/human-rights-and-health-disparities-for-migrant-workers-in-the-uae/]. Erişim Tarihi: [25/08/2022].
- Statistics Canada. Life Satisfaction. Satisfied Or Very Satisfied, By Age Group. Erişim Adresi:[https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310009605]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Study finds(2015). Over 75% of doctors have faced violence at work. Erişim Adresi: [https://timesofindia.indiatimes.com/india/Over-75-of-doctors-have-faced-violence-at-work-study-finds/articleshow/47143806.cms]. Erşim Tarihi: [01/06/2021].
- Submission by The Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU) to the House of Commons Standing Committee on Health Study on Violence Faced by Health Care Workers May 14, (2019). Erişim Adresi: [https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10491795/br-external/CanadianFederationOfNursesUnions-e.pdf]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- Submit Questions or Concerns About Cannabis. Government of Canada, Health. Erişim Adresi: [https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/recalls-adverse-reactions-reporting/report-cannabis-concerns.html]. Erişim Tarihi: [02/08/2022].
- SUBRAMANIAN S V, KAWAHİ I (2006). Being well and doing well: on the importance of income for health. *Int J Soc Welfare*, **15**(1): 13-22.
- Sudan: New Law Amending Penal Code Takes Effect. Erişim Adresi: [https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2020-07-23/sudan-new-law-amending-penal-code-takes-effect/]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=21457&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5].
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü. Cezayir. Erişim Adresi: [https://www.csgb.gov.tr/digm/contents/sosyalguvenlikulkekonuyeleri/cezayir/]. Erişim Tarihi: [06/07/2023].

- T.C. Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik. Hasta ve Çalışan Güvenliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu, On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023. Erişim Adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi_ve_MaliSurdurulebilirlikOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf]. Erişim Tarihi: [19/04/2022], s: 44-77.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanı Koca, Azerbaycan Sağlık Bakanı ile Bir Araya Geldi, (2022). Azerbaycan Kamu Hastanelerinin Etkinliğinin VZA Uygulaması ile Değerlendirilmesi, Erişim Adresi: [https://www.saglik.gov.tr/TR,89656/saglik-bakani-koca-azerbaycan-saglik-bakani-ile-bir-araya-geldi.html]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017-2018. Erişim Adresi: [https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html]. Erişim Tarihi: [23/07/2022], s: 285.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel müdürlüğü. Mali. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/MLI]. Erişim Tarihi: [23/07/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021 Faaliyet Raporu. Erişim Adresi: [https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=A479EA3416AA5E001B71B4D2F670F3588B41D42C]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü. Seyahat Sağlığı. Gana. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/site/SaglikBilgisi/GH]. Erişim Tarihi: [15/07/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Guyana. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/GY]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü. Küba. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/CUB]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Pakistan. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/PAK]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Tayland. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/THA]. Erişim Tarihi: [06/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Hindistan. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/IND]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Azerbaycan. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/THA]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Seyahat Sağlığı Kanada. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/CAN]. Erişim Tarihi: [02/08/2022].
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, TUNUS. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/TN]. Erişim Tarihi: [28.08.2022].
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Singapur. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/SNG]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Kırgızistan. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/KG]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Sudan. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/SUD]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Birleşik Arap Emirlikleri. Erişim Adresi: [https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/UA]. Erişim Tarihi: [23/08/2022].
- TAN A L, CHİA G S, NG B Y, FONG Y T (2015). Violence Against Healthcare Staff – A Multidimensional Problem. *Annals of the Academy of Medicine*, **44** (11): 511-513.

- TANGCHAROENSATHIEN V, WITTHAYAPIPOPSAKUL W, PANICHKRIANGKRAI W, PATCHARANARUMOL W, MILLS A (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*, **391**: 1205–23.
- Technical Assessment, Kyrgyz Republic, Primary Health Care Quality Improvement Program (P167598), The World Bank. Erişim Adresi: [https://documents1.worldbank.org/curated/en/278311557237004060/pdf/Final-Technical-Assessment-Primary-Health-Care-Quality-Improvement-Program-P167598.pdf]. Erişim Tarihi: [23/08/2022].
- Technical Notes. Calculating the Human Development Indices Graphical Presentation. Erişim Adresi: [https://hdr.undp.org/sites/default/files/data/2020/hdr2020_technical_notes.pdf]. Erişim Tarihi: [10/11/2022].
- TEPE H (2017). Her Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet/Çalıştay. Etik Bir Sorun Olarak Şiddet. Ankara, s: 16.
- TERKES N, DEĞİRMENCİ K, BEDİR G (2021). Hasta/Hasta Yakınları Bakış Açısıyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **14**(4): 328- 336.
- TERKEŞ N, İLTER S, ZORLU E (2022). Sağlık Çalışanlarının Şiddetle Karşılaşma Durumları ve Çalışanları Bakış Açısıyla Şiddetin Nedenleri. *IDUHS*, 2022; **5**(2): 620-634.
- THAPSUWAN S, PHULKERD S, CHAMRATRITHIRONG A, GRAY R S (2021). Influence of healthy lifestyle behaviors on life satisfaction in the aging population of Thailand: a national population-based survey. *BMC Public Health*, **21**(1): 43.
- The Arab Weekly. Overwhelmed medical workers fear angry reactions in Algeria's hospitals. Erişim Adresi: [https://the arabweekly.com/overwhelmed-medical-workers-fear-angry-reactions-algerias-hospitals]. Erişim Tarihi: [06/07/2022].
- The Borgen Project. 7 Facts About Mental Health In Guyana. Erişim Adresi: [https://borgenproject.org/7-facts-about-mental-health-in-guyana/]. Erişim Tarihi: [06/05/2022].
- The Employment Rights ACT 2008 Act No. 33 of 2008. Part XI – Violence At Work. Erişim Adresi:[https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1266/Employment%20percent20Rights%20percent20Act.pdf]. Erişim Adresi: [08/04/2022], s: 54.
- The Employment Rights Act 2008 Act No. 33 of 2008. Erişim Adresi: [https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1266/Employment%20percent20Rights%20percent20Act.pdf] Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- The Epidemic Diseases Act, 1897. India Code. Prohibition of violence against healthcare service personnel and damage to property. Erişim Adresi: [https://www.indiacode.nic.in/show-data?actid=AC_CEN_12_13_00021_189703_1523337650143&sectionId=43585&sectionno=1&orderno=1]. Erişim Tarihi: [19/05/2021].
- The Epidemic Diseases Act, (1897). Section 3 Penalty, India Code. Erişim Adresi: [https://www.indiacode.nic.in/show-data?actid=AC_CEN_12_13_00021_189703_1523337650143&sectionId=43588&sectionno=3&orderno=6]. Erişim Tarihi: [19/05/2021].
- The Epidemic Diseases Act, 1897. Section 3C. Presumption as to certain offences. India Code. Erişim Adresi: [https://www.indiacode.nic.in/show-data?actid=AC_CEN_12_13_00021_189703_1523337650143&sectionId=50456&sectionno=3C&orderno=9]. Erişim Tarihi: [20/05/2021].
- The Global Health Observatory. Domestic private health expenditure (PVT-D) per capita in US. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-private-health-expenditure-(pvt-d)-per-capita-in-usd]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].

- The Global Health Observatory. Current health expenditure (CHE) per capita in PPP int. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-ppp-int-usd]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- THE Global Health Observatory. Current health expenditure (CHE) per capita in US. Erişim Adresi:[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us\$]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) per capita in PPP int. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-per-capita-in-ppp-int]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) per capita in US. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-per-capita-in-us]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory.External health expenditure (EXT) per capita in PPP int. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/external-health-expenditure-(ext)-per-capita-in-ppp-int]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. External health expenditure (EXT) as percentage of current health expenditure (CHE) (%). Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/external-health-expenditure-(ext)-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory.External health expenditure (EXT) per capita in US. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/external-health-expenditure-(ext)-per-capita-in-us]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure (GGE) (%). Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-general-government-expenditure-(gge)]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Domestic private health expenditure (PVT-D) per capita in PPP int.[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-private-health-expenditure-(pvt-d)-per-capita-in-ppp-int]. Erişim Tarihi: [20/03/2022].
- The Global Health Observatory. Domestic private health expenditure (PVT-D) as percentage of current health expenditure (CHE) (%). Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-private-health-expenditure-(pvt-d)-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].

- The Global Health Observatory. Domestic private health expenditure (PVT-D) per capita in PPP int. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-private-health-expenditure-(pvt-d)-per-capita-in-ppp-int]. Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Estimated population-based prevalence of depression. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-population-based-prevalence-of-depression]. Erişim Tarihi: [20/03/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Azerbaycan. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/azerbaijan?countryProfileId=639d125f-ee3a-4235-8f6b-cd4066cb4de5]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Birleşik Arap Emirlikleri. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/united-arab-emirates?countryProfileId=d5d4f16c-a59d-4b71-9b50-1a44972545a1]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Cezayir. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/algeria?countryProfileId=d4fe1e31-462d-4859-b76e-dd550a5d7cbf]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Çin. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/china?countryProfileId=adf73789-9c42-4bc5-a39b-b4d7ba337beb]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/mali?countryProfileId=c10bfba3-362e-4d44-b250-e6891586f546]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Fransa. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/france?countryProfileId=bf9b312e-ef3a-4686-8ae9-f4694418a5ae]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Gana. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/ghana?countryProfileId=5dd8469d-7016-4b93-bf79-3978ef6e25ef]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Guyana. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/guyana?countryProfileId=b2a60df0-08b7-4885-b0e3-84f8752e365d]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Hindistan. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/india?countryProfileId=e150dd37-4c59-4743-8c1d-e90c1d4a545f]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Kanada. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/countrydetails/GHO/canada?countryProfileId=245adf99-b348-4bbf-82db-921447a5a6c4]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Küba. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/cuba?countryProfileId=acf51fec-7198-4457-b679-34e51c9c0400]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].

- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Küba. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/kyrgyzstan?countryProfileId=35da4dcc-e091-4dc2-bade-ea785f450743\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/kyrgyzstan?countryProfileId=35da4dcc-e091-4dc2-bade-ea785f450743). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Mali. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/mali?countryProfileId=c10bfba3-362e-4d44-b250-e6891586f546\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/mali?countryProfileId=c10bfba3-362e-4d44-b250-e6891586f546). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Mauritius. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/mauritius?countryProfileId=d675a901-34b4-4ba0-aa66-7c776409cc47\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/mauritius?countryProfileId=d675a901-34b4-4ba0-aa66-7c776409cc47). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Pakistan. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/pakistan?countryProfileId=314d19a1-bfdc-4611-a586-54cd8aec3531\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/pakistan?countryProfileId=314d19a1-bfdc-4611-a586-54cd8aec3531). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Singapur. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/singapore?countryProfileId=b5190fc1-e506-44b9-b64c-23542bc5f59b\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/singapore?countryProfileId=b5190fc1-e506-44b9-b64c-23542bc5f59b). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Sudan. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/sudan?countryProfileId=5a92f4a8-6f03-4792-b92f-fdbf4dbfa627\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/sudan?countryProfileId=5a92f4a8-6f03-4792-b92f-fdbf4dbfa627). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Tayland. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/thailand?countryProfileId=bcc6116e-4dfc-4655-aae8-51f813cb284c\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/thailand?countryProfileId=bcc6116e-4dfc-4655-aae8-51f813cb284c). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Tunus. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/tunisia?countryProfileId=b39ec765-1f6b-4834-99d3-41d0542a80bc\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/tunisia?countryProfileId=b39ec765-1f6b-4834-99d3-41d0542a80bc). Erişim tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Türkiye. 5 Yaş altı ölüm hızı. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/turkey?countryProfileId=e15ebd1a-7ed0-4d05-9659-98efa265037a\]](https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/turkey?countryProfileId=e15ebd1a-7ed0-4d05-9659-98efa265037a). Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- The Global Health Observatory. Hospital beds (per 10 000 population). Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)\]](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)). Erişim Tarihi: [06/04/2022].
- The Global Health Observatory. Hospital beds (per 10 000 population). Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)\]](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)). Erişim Tarihi: [06/04/2022].
- The Global Health Observatory. Out-of-pocket expenditure (OOP) per capita in US. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-\(oop\)-per-capita-in-us\]](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-(oop)-per-capita-in-us). Erişim Tarihi: [20/03/2022].
- The Global Health Observatory. Out-of-pocket expenditure (OOP) per capita in PPP Int. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-\(oop\)-per-capita-in-ppp-int\]](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-(oop)-per-capita-in-ppp-int). Erişim Tarihi: [22/03/2022].
- The Global Health Observatory. Resources for Substance Use Disorders. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/gho/data/themes/resources-for-substance-use-disorders\]](https://www.who.int/data/gho/data/themes/resources-for-substance-use-disorders). Erişim Adresi: [06/04/2022].

- The Global Health Observatory. Total density per 100 000 population: Hospitals. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-density-per-100-000-population-hospitals]. Erişim Tarihi: [06/04/2022].
- The Kyrgyz Republic Criminal Code. Erişim Adresi: [https://antislaverylaw.ac.uk/wp-content/uploads/2019/08/Kyrgyzstan-Criminal-Code.pdf]. Erişim Tarihi: [23/08/2022].
- The Penal Code (1991). Erişim Adresi: [https://www.ecoi.net/en/file/local/1219135/1329_1202725629_sb106-sud-criminalact1991.pdf]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- The Protection Against Harassment Of Women At The Workplace Act. Part 1, 2010, Act No. IV OF 2010. Erişim Adresi: [https://qau.edu.pk/pdfs/ha.pdf]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- The Public Health Act. Regulations made by the Minister under section 193 of the Public Health Act. Erişim Adresi: [https://health.govmu.org/Documents/Legislations/Documents/alcoholic1.pdf]. Erişim Tarihi: [08/04/2022].
- The United Arab Emirates Government Portal. Handling Emergencies. Erişim Adresi: [https://u.ae/en/information-and-services/justice-safety-and-the-law/handling-emergencies]. Erişim Tarihi: [25/08/2022].
- The World Medical Association, Inc (2019). Handbook of WMA policies, wma declaration on guidelines for continuous quality improvement in health care. Erişim Adresi: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2022/03/HB-E-Version-2021-2-1.pdf]. Erişim Tarihi: [19/04/2022], s:70..
- GALATİ D, MANZANO M, SOTGIU I (2006).The subjective components of happiness and their attainment: a cross-cultural comparison between Italy and Cuba. *SAGE*, **45**(4): 601–630.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf]. Erişim Tarihi: [15/12/2020].
- TIRAŞ H H (2019). Türkiye İçin İnsani Gelişmişlik Göstergeleri. *BEYDER*, **14**(1): 15-31.
- TİKA (2016). Azerbaycan sağlık sektöründe bir ilke imza attı. Erişim Adresi: [https://medimagazin.com.tr/yabanci-haberler/tika-azerbaycan-saglik-sektorunde-bir-ilke-imza-atti-69963]. Erişim Tarihi: [08/08/2022].
- Time to end attacks on Lady Health Workers in Pakistan (2017). Erişim Adresi: [http://www.world-psi.org/en/time-end-attacks-lady-health-workers-pakistan]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- Today, Covid-19: Suicide Rate Among 10-19 Age Group Rises In 2020 Year-On-Year (2021). Erişim Adresi: [https://www.todayonline.com/singapore/covid-19-suicide-rate-among-10-19-age-group-jumps-375-2020-year-year]. Erişim Tarihi: [30/08/2022].
- TÖREN YÜCEL M (2009). Suç Korkusu ve Etkisinin Nötrleştirilmesi. *TBB Dergisi*, **83**:291-292.
- TRAORE K (2019). Difficulté Des Hôpitaux Maliens Pour Prendre En Charge Les Patients. Erişim Adresi: [https://www.voaafrique.com/a/difficult%C3%A9-des-h%C3%B4pitaux-maliens-pour-prendre-en-charge-les-patients/5024793.html]. Erişim Tarihi: [31/07/2022].
- Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik, Türk Ceza Kanunu. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [01/12/2020].
- Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 7406. Kabul Tarihi: [12/5/2022]. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/05/20220527-7.htm]. Erişim Tarihi: [13/12/2022].
- TÜRK E (2015). Türk Eğitim Sistemi ve Ortaöğretim. Ortaöğretim Genel Müdürlüğü.
- Türk Medeni Kanun. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf]. Erişim Tarihi: [04/11/2020].

- Türk Tabipler Birliği (2013). Şiddetle Başa Çıkmak, 2: 4-13.
- Türk Tabipleri Birliği. Şiddetle Karşılaşan Hekimin Hukuki Açıdan Yapması Gerekenler. Erişim Adresi: [https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=79e27d14-9baa-11e8-a344-02bcac27bd3f]. Erişim Tarihi: [01/12/2020].
- Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu Raporu (2013). (Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan). Erişim Adresi: [https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf]. Erişim Tarihi: [01/12/2020].
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (1937). Zabıt Ceridesi-devre: V, İçtima: 3. Erişim Adresi: [https://www.tbmm.gov.tr/tarihce/ataturk_konusma/01_11_1937.pdf]. Erişim Tarihi: 18.11.2020.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.doc]. Erişim Tarihi: [15/12/2020].
- Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Avrupa Sosyal Şartı. Erişim Adresi: [https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/1318/avrupa-sosyal-%C5%9Fart%C4%B1.pdf]. Erişim Tarihi: [17/11/2020].
- Türkiye Cumhuriyeti Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi. Erişim Adresi: [http://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/dogusta-beklenen-yasam-suresi-i-85714]. Erişim Tarihi: [02/02/2021].
- Türkiye Psikiyatri Derneği. Depresyon Konusunda Bilmek İstedikleriniz? Erişim Adresi: [https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz]. Erişim Tarihi: [11/11/2022].
- U.S. Departement of State (2021). Country Reports on Human Rights Practices: Kyrgyz Republic. Erişim Adresi: [https://www.state.gov/reports/2021-country-reports-on-human-rights-practices/kyrgyzstan/]. Erişim Tarihi: [23/08/2022].
- UNESCO-IBE. World data on education, 2006/07, Guyana, Principles and general objectives of education. Erişim Adresi: [http://www.ibe.unesco.org/]. Erişim Tarihi: [23/08/2022].
- UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Under-five mortality. (2021). Erişim Adresi: [(https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/]. Erişim Tarihi: [23/02/2022].
- University of the People. Understanding the Canadian Education System. Erişim Adresi: [https://www.uopeople.edu/blog/understanding-the-canadian-education-system/#:~:text=For%20the%20most%20part%]. Erişim Tarihi: [04/08/2022].
- Unicef, Education, Sudan. Erişim Adresi: [https://www.unicef.org/sudan/education]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- Unicef. Health. Sudan. Erişim Adresi: [https://www.unicef.org/sudan/health]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- Unicef. Türkiye. Erişim Tarihi: [https://www.unicef.org/turkiye/%C3%B6rg%C3%BCn-e%C4%9Fitim]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- Union Nationale Prévention Suicide (2020). Observatoire National du Suicide. 4ème rapport. Erişim Adresi: [https://www.unps.fr/unps_images/visuels/affiche-suicide-france-unps-2020.pdf]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- United Arab Emirates Ministry of Health And Prevention. Erişim Adresi: [https://mohap.gov.ae/en/digital-participation/digital-participation-policy]. Erişim Tarihi: [25/08/2022].
- United Nations (2022). Sudan: 15 attacks on health facilities and workers in two months. Erişim Adresi: [https://news.un.org/en/story/2022/01/1109612]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- United Nations Office on Drugs and Crime (2011). UNODC study shows that homicide rates are highest in parts of the Americas and Africa. Erişim Adresi:

- [<https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2011/October/unodc-study-shows-that-homicide-rates-are-highest-in-parts-of-the-americas-and-africa.html?ref=fs1>]. Erişim Tarihi: [11/11/2022].
- United Nations, Data UNODC. Erişim Adresi: [<https://dataunodc.un.org/content/homicide-estimates,UNODC>]. Erişim Tarihi: [15/ 05/2022].
- United Nations. Experts of the Committee against Torture Commend Cuba on the Criminal Code. Ask about the Death Penalty and the July 2021 Protests. Erişim Adresi: [<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/04/experts-committee-against-torture-commend-cuba-criminal-code-ask-about-death>]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- United States Department of Labor. Occupational Safety and Health Administration. Healthcare, Workplace Violence. Erişim Adresi: [<https://www.osha.gov/healthcare/workplace-violence>]. Erişim tarihi: [07/11/2022].
- UZUNTARLA Y, CANLAN M, UZUNTARLA F, ŞAHİN B (2019). Investigation of White Code Knowledge Levels of Health Workers. *Eurasian JHS*, 2(1):6-9.
- ÜNAL Ö, AKBOLAT M, PALAN G (2021). Sağlık Çalışanlarının Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma ve Şiddet Görme Korkusu Arasındaki İlişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1): 1-14.
- VANDEWEYER M, ESPINOZA R, REZNİKOVA L, LEE M, HERABAT T (2021). THAILAND'S EDUCATION SYSTEM AND SKILLS IMBALANCES: ASSESSMENT AND POLICY RECOMMENDATIONS, ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 1641. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), ECO/WKP (2020), s:49.
- Violence Against Health Care: Current Practices to Prevent Reduce or Mitigate Violence Against Health Care. The International Council of Nurses (ICN), the International Hospital Federation (IHF) and the World Medical Association (WMA) the International Committee of the Red Cross (ICRC). Erişim Adresi: [<https://www.icn.ch/system/files/2022-07/Violence%20against%20healthcare%20survey%20report.pdf>]. Erişim Tarihi: [09/11/2022].
- Vikipedi, Guyana. Erişim Adresi: [<https://tr.wikipedia.org/wiki/Guyana>]. Erişim Tarihi: [02/02/2022].
- Vikipedi, Gana. Erişim Adresi: [[https://tr.wikipedia.org/wiki/Gana#:~:text=Gana%20ya%20da%20resm%C3%AE%20ad%C4%B1,\(Atlas%20Okyanusu\)%20yer%20almaktad%C4%B1r](https://tr.wikipedia.org/wiki/Gana#:~:text=Gana%20ya%20da%20resm%C3%AE%20ad%C4%B1,(Atlas%20Okyanusu)%20yer%20almaktad%C4%B1r)]. Erişim Tarihi: [21/07/2022].
- Vikipedi, Kanada. Erişim Adresi: [<https://tr.wikipedia.org/wiki/Kanada>]. Erişim Tarihi: [04/08/2022].
- Vikipedi, Küba Pesosu. Erişim Adresi: [https://tr.wikipedia.org/wiki/K%C3%BCba_pesosu#:~:text=K%C3%BCba%20pesosu%2C%20uluslararası%C4%B1%20g%C3%B6sterimi%20CUP,ise%20dolar%20peso%20olarak%20isimlendirilir]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Vikipedi, Küba. Erişim Adresi: [<https://tr.wikipedia.org/wiki/K%C3%BCba>]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].
- Vikipedi, Mali. Erişim Adresi: [<https://tr.wikipedia.org/wiki/Mali>]. Erişim Tarihi: [23/07/2022].
- Violences en milieu hospitalier: Les services des urgences et d'obstétrique les plus touchés, Algérie Presse Service. Erişim Adresi: [<https://www.aps.dz/sante-science-technologie/94714-violences-en-milieu-hospitalier-les-services-des-urgences-et-d-obstetrique-les-plus-touchees>]. Erişim Tarihi: [07/07/2022].
- WALLACE E (2008). Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması. İstanbul: Okuyan yayı (1.Baskı), s:91.
- WALLER L, PETTAWAY L D, ALHEBSİ A (2015). A History of Education in the United Arab Emirates and Trucial Sheikdoms. *The Global E Learning Journal*, 4(1).
- WEMOYE ADUSEI D. Workplace Violence Against Hospital Staff In Selected Hospitals In Greater Accra Region: A study Of The Prevalence And Related Factors. Erişim Adresi:

[https://ugspace.ug.edu.gh/bitstream/handle/123456789/33540/Workplace%20Violence%20a
gainst%20Hospital%20Staff%20in%20Selected%20Hospitals%20in%20Greater%20Accra%
20Region%20A%20Study%20of%20the%20Prevalence%20and%20Related%20Factors.pdf?
sequence=1]. 2019. Tez çalışması. Bölüm 4. S:29-40.

WERTANİ M (2021). The Impact of Violence on Health Care Teams Exercising at the Emergency
Departments of Hospitals in the Governorate of Kef, Tunisia. *IMedPub Journals*, 7(4):265.

WHO. Aims Report On Mental Health System In Guyana (2008). Pan american health organization
Mental Health and Substance Abuse, Guyana. Erişim Adresi:
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15111:guyana
-organizacion-de-servicios-de-salud-mental-y-capacitacion-
mhgap&Itemid=42050&lang=en]. Erişim Tarihi: [05/08/2022].

WHO Country cooperation strategy Guyana, 2018. Erişim Adresi:
[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CCU-18.02-Guyana]. Erişim Tarihi:
[28/06/2022].

WHO. Data by country. Hastane Yatakları 10.000 Kişi Başına. Erişim Adresi:
[https://apps.who.int/gho/data/node.main.HS07?lang=en]. Erişim Tarihi: [28/06/2022].

WHO. Global Health Observatory data repository, Hospital bed density. Erişim Adresi:
[https://apps.who.int/gho/data/view.main.HS07v]. Erişim Tarihi: [28/06/2022].

WHO. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Erişim Adresi:
[https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1039?lang=en&showonly=GISAH]. Erişim Tarihi:
[06/04/2022].

WHO. Global Health Workforce statistics database. Medical doctors. Küresel Sağlık İşgücü istatistikleri
veritabanı. Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-
workforce]. Erişim Tarihi: [13/03/2022].

WHO. Global Health Workforce statistics database. Nursing and midwifery personnel. Erişim Adresi:
[https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce]. Erişim Tarihi:
[13/03/2022].

WHO. Health system performance assessment: a framework for policy analysis (2022). Erişim Adresi:
[https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-
a-framework-for-policy-analysis]. Erişim Tarihi: [16/05/2022], s:14.

WHO. Hospitals. Erişim Adresi: [https://www.who.int/health-topics/hospitals#tab=tab_1]. Erişim
Tarihi: [20/03/2022].

WHO. Primary health care. Erişim Adresi: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-
care#tab=tab_1]. Erişim Tarihi: [11/07/2022].

WHO. The Global Health Observatory. Burden of violence. Erişim Adresi:
[https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/burden-of-violence].

WHO. The Global Health Observatory. Data /GHO /Countries, Mauritius. Erişim Adresi:
[https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-
details/GHO/mauritius?countryProfileId=d675a901-34b4-4ba0-aa66-7c776409cc47]. Erişim
Tarihi: [16/04/2022].

Who. The Global Health Observatory. Estimated population-based prevalence of depression. Erişim
Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-
population-based-prevalence-of-depression]. Erişim Tarihi: [28/06/2022].

WHO. The Global Health Observatory Total density per 100 000 population: Hospitals. Erişim Adresi:
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-density-per-100-
000-population-hospitals]. Erişim Tarihi: [28/06/2022].

WHO. Violence info. Erişim Adresi: [https://apps.who.int/violence-info/countries]. Erişim Tarihi:
[29/08/2022].

- WHO. Violence Prevention Unit: Approach. Objectives and Activities. 2022-2026. Erişim Adresi: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who_2022_plv_strategy_2022-2026_finalfile.pdf?sfvrsn=c819ff54_3&download=true]. Erişim Tarihi: [11/11/2022].
- WHO. WHO condemns escalating violence and attacks on health workers in West Darfur, Sudan. Erişim Adresi: [http://www.emro.who.int/media/news/who-condemns-escalating-violence-and-attacks-on-health-workers-in-west-darfur-sudan.html]. Erişim Tarihi: [29/08/2022].
- WHO. Preventing violence against health workers. Erişim Adresi: [https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers]. Erişim Tarihi: [07/11/2022].
- WHO. Stopping attacks on health care. Erişim Adresi: [https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care]. Erişim Tarihi: [07/11/2022].
- WHO. Violence Info, A Global Knowledge Platform For Preventing Violence. Erişim Adresi: [https://apps.who.int/violence-info/]. Erişim Tarihi: [23/11/2020].
- WHO. Violence Prevention Alliance. Definition and typology of violence. Erişim Adresi: [https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/]. Erişim Tarihi: [25/11/2020].
- WHO. Under-five mortality rate (per 1000 live births). Erişim Adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births)]. Erişim Tarihi: [29/10/2022].
- WHO. Violence info, Mauritius. Erişim Adresi: [https://apps.who.int/violence-info/country/MU/]. Erişim Tarihi: [07/04/2022].
- WHO. Violence and Injury Prevention, Violence Against Health Workers. Erişim Adresi: [https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/]. Erişim Tarihi: [24/11/2020].
- Wikipedia. Cezayir. Erişim Adresi: [https://tr.wikipedia.org/wiki/Cezayir]. Erişim Tarihi: [24/06/2022].
- Wikipedia. Mauritius. Erişim Adresi: [https://en.wikipedia.org/wiki/Mauritius]. Erişim Tarihi: [20/03/2022].
- WILSON O J, KELLING G L (1982). Broken Windows The police and neighborhood safety by James. Erişim Adresi: [heatlantic.com/magazine/archive/1982/03/broken-windows/304465/]. Erişim Tarihi: [20/02/2022].
- WOLYNN M (2018). Seninle Başlamadı, Sola Ünitas Yaynevi, s:133.
- Women Deliver. The Pakistani Lady Health Worker Program: Providing Care to Underserved Populations. Erişim Adresi: [https://womendeliver.org/pakistani-lady-health-worker-program-providing-care-underserved-populations/]. Erişim Tarihi: [28/08/2022].
- Workplace Violence Prevention Overview, Public Services Health / Safety Association. Erişim Adresi: [https://workplace-violence.ca/overview/]. Erişim Tarihi: [03/08/2022].
- World Food Programme. Tunisia. Erişim Adresi: [https://www.wfp.org/countries/Tunisia?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=12704016229&utm_content=121337594820&gclid=CjwKCAjw3qGYBhBSEiwAcnTRLl2dyHHE_qedd-4msxZT9oNhqQggMSSA4BqojRBBhWVD52ORXxb3RoCOgUQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds]. Erişim Tarihi: [27/08/2022].
- World Food Programme. Kyrgyz Republic. Erişim Adresi: [https://www.wfp.org/countries/Kyrgyzstan?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=12704227080&utm_content=131414803428&gclid=Cj0KCQjw0oyYBhDGARIsAMZEuMvE2opqjPLeYUF_5iRg4UJAALeRNxzAWuyVMBiHGd0RMwCT5HISGoAi2CEALw_wcB&gclsrc=aw.ds]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].

- World Justice Project. Part 3. Mali. Justice in a State of Fragility. Erişim Adresi: [https://worldjusticeproject.org/ruleoflawsolutions/part-3-mali-%E2%80%93-justice-state-fragility]. Erişim Tarihi: [23/07/2022].
- World Medical Association(2020). Wma Declaration Of Cordoba On Patient-Physician Relationship. Erişim Adresi: [https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/]. Erişim Tarihi: [19/04/2022].
- YALOM I (1999). Varoluşçu Psikoterapi. İstanbul: Kavalcı Yayınevi, s:19-20.
- YANG Q, TAİ-SEALE M, LİU S, SHEN Y, ZHANG X, XİAO X, ZHANG K (2021). Measuring Public Reaction to Violence Against Doctors in China: Interrupted Time Series Analysis of Media Reports. *J Med Internet Res*, **23**(2): e19651.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [06/12/2020].
- Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15508&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5]. Erişim Tarihi: [16/12/2020].
- YILDIRIM H H (2018). Sağlık İş Yerinde Şiddet. Kuramsal Bir Çerçeve. TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü. Ankara:TÜSPE Yayınlar.
- YILDIRIM İ E, SEZGİN D. PANDEMİDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET (2021). Iğdır International Social Sciences Congress. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/351245116_PANDEMIDE_SAGLIK_CALISANLARINA_SIDDET]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].
- YILDIRIM ÖZTÜRK E N, ÖZTÜRK M (2021). 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili Özellikler. *DEU Tıp Derg*, **35**(1): 23 – 32.
- YILDIZ M S (2019). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Ankara ilinde araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **22**(1): 135-156.
- YUNYİ L. Public outcry over Chinese gynecologist beaten by patient's family. Erişim Adresi: [https://news.cgtn.com/news/3d3d514e3559444f7a457a6333566d54/share_p.html]. Erişim Tarihi: [15/11/2021].
- YUSİFZADA T (2021). Determinants Of Suicide In Azerbaijan. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/349692882_Determinants_of_Suicide_in_Azerbaijan]. Erişim Tarihi: [22/08/2022].
- YÜCEL M T (2009). Suç Korkusu ve Etkisinin Nötrleştirilmesi. *TBB Dergisi*, 83.
- YÜCEL M T (2010). Yeni Türk Ceza Siyasetinin (De Facto) Yansımaları. *TBB Dergisi*, 88.
- Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim Adresi: [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm]. Erişim Tarihi: [01/12/2020].
- ZAFAR W, KHAN U R, SİDDİQUİ S A, JAMALİ S, RAZZAK J A (2016). Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. *J Emerg Med*, **50**(1):167-77.
- ZHENG P, FAUNCE T, JOHNSTON K (2006). Public hospitals in China: Privatisation, the demise of universal health care and the rise of patient, Article in Journal of Law and Medicine. Erişim Adresi: [https://www.researchgate.net/publication/7027249_Public_hospitals_in_China_privatisation_the_demise_of_universal_health_care_and_the_rise_of_patient-doctor_violence]. Erişim Tarihi: [15/11/2021].
- ZİYALAR A (1982). Sosyal Psikiyatri. İstanbul: Ar Basım, s:34-171.

6945 SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU. Kanun Numarası: 3359. Sayı: 19461. Erişim Tarihi: [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].

8965 TÜRK CEZA KANUNU. Kanun Numarası: 5237. Sayı: 25611. Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.pdf]. Erişim Tarihi: [01/09/2022].



EKLER

EK-1: Tablo

[illegible]

395

EK-2: İGE Kategorilerine Göre Tüm Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum Maksimum Değerleri

	IGE Düzeyi	Adet	Ortalama	Tüm Kategoriler Arası Anlamlılık (P Değeri)	1. ve 2. İGE Düzeyi Arası Anlamlılık (P Değeri)	1. ve 3. İGE Düzeyi Arası Anlamlılık (P Değeri)	1. ve 4. İGE Düzeyi Arası Anlamlılık (P Değeri)	2. ve 3. İGE Düzeyi Arası Anlamlılık (P Değeri)	2. ve 4. İGE Düzeyi Arası Anlamlılık (P Değeri)	3. ve 4. İGE Düzeyi Arası Anlamlılık (P Değeri)	Medyan	Minimum	Maximum	Standard Deviation
SATIN ALMA GÜCÜ	1.	9	1,18	0,035	0,744	0,139	0,001	0,510	0,011	0,016	1,13	0,9	1,4	0,28
SATIN ALMA GÜCÜ	2.	18	1,80								1,13	0,9	2,02	2,82
SATIN ALMA GÜCÜ	3.	27	3,35								2,80	0,1	10,50	6,44
SATIN ALMA GÜCÜ	4.	21	1,14								0,2	0,2	2,45	0,84
SİDDET SEÇİMİ	1.	9		0,564										
SİDDET SEÇİMİ	2.	18												
SİDDET SEÇİMİ	3.	27	4,79								4,735	4,470	20,00	0,975
SİDDET SEÇİMİ	4.	21	5,176								4,469	4,000	20,00	1,500
DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	1.	9	62,3	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,019	63,7	58,5	65,1	3,3
DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	2.	18	67,4								67,3	61,5	71,5	2,8
DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	3.	27	75,1								75,5	65,7	79,0	5,1
DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	4.	21	80,2								82,4	73,6	83,5	3,2
BEKLENEN ÖĞRENİM SÜRESİ	1.	9	7,8	0,000	0,756	0,000	0,000	0,002	0,000	0,016	7,7	7,3	8,7	5
BEKLENEN ÖĞRENİM SÜRESİ	2.	18	11,4								11,7	8,1	13,4	1,8
BEKLENEN ÖĞRENİM SÜRESİ	3.	27	14,2								14,4	12,6	15,4	8
BEKLENEN ÖĞRENİM SÜRESİ	4.	21	15,8								15,2	13,3	16,3	1,1
ORTALAMA ÖĞRENİM SÜRESİ	1.	9	3,20	0,000	0,044	0,000	0,000	0,044	0,000	0,007	3,60	2,20	4,70	0,8
ORTALAMA ÖĞRENİM SÜRESİ	2.	18	7,81								7,20	5,10	11,40	2,08
ORTALAMA ÖĞRENİM SÜRESİ	3.	27	8,00								8,00	7,10	12,50	1,76
ORTALAMA ÖĞRENİM SÜRESİ	4.	21	11,28								11,80	8,10	13,80	1,53
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR	1.	9	3.194	0,000	1,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,001	3.575	1.953	4.874	1.021
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR	2.	18	6.608								5.200	3.097	9.465	1.674
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR	3.	27	14.291								14.257	7.455	24.004	4.445
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR	4.	21	1918.728								47.173	17.030	30.254.000	8654.613
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	1.	9	8,25	0,000	1,000	1,000	0,191	0,221	0,000	0,026	8,25	8,25	8,25	
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	2.	18	18,85								20,02	4,75	58,03	15,36
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	3.	27	35,22								28,34	22,23	79,47	18,80
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	4.	21	77,34								57,46	30,46	117,80	30,36
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	1.	9	32077,0	0,163							32077,0	32077,0	32077,0	
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	2.	18	306295,4								60162,0	53,6	2921915,0	834769,2
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	3.	27	519095,9								183704,5	4201,0	444047,0	1592156,3
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	4.	21	208872,2								294275,0	40156,0	767445,0	279676,1
10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	1.	9	2,09	0,000	1,000	0,093	0,010	0,042	0,002	1,000	1,21	1,00	4,07	1,72
10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	2.	18	5,00								5,23	2,3	11,18	5,20
10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	3.	27	27,07								20,00	4,55	82,05	22,42
10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	4.	21	25,80								24,52	19,28	32,74	4,39
TOPLAM HEKİM SAYISI	1.	9	6614,0	0,009							2247,0	1750,0	15845,0	7008,1
TOPLAM HEKİM SAYISI	2.	18	107332,5								80807,0	2679,0	243096,0	115675,1
TOPLAM HEKİM SAYISI	3.	27	550583,1								69232,0	2550,0	3210515,0	1133728,3
TOPLAM HEKİM SAYISI	4.	21	70818,4								21794,0	3200,0	213201,0	85706,1
10.000 HUFUSA DÜŞEN HASTANE YATAKLARI	1.	9	7,1	0,003	1,000	0,213	0,584	0,003	0,035	1,000	7,1	6,7	7,4	5
10.000 HUFUSA DÜŞEN HASTANE YATAKLARI	2.	18	8,1								5,0	6,3	17,1	5,0
10.000 HUFUSA DÜŞEN HASTANE YATAKLARI	3.	27	30,8								31,1	19,0	43,1	8,2
10.000 HUFUSA DÜŞEN HASTANE YATAKLARI	4.	21	30,2								25,2	11,0	61,3	18,1
5 YAŞ ALTI ÖLÜM HED	1.	9	81,61	0,000	1,000	0,003	0,000	0,006	0,000	0,053	80,04	56,42	108,20	21,67
5 YAŞ ALTI ÖLÜM HED	2.	18	42,50								38,58	18,20	76,02	18,48

5 YAS ALTI OLUM HEZ	3.	27	14,47									12,95	5,22	28,25	8,30
5 YAS ALTI OLUM HEZ	4.	21	5,90									5,14	2,40	15,93	3,58
RESİBASNA ALKOL TÜKETİMİ	1.	9	5,1	0,013								5,1	5,0	5,2	2,0
RESİBASNA ALKOL TÜKETİMİ	2.	18	2,44									3,03	0,4	5,48	2,0
RESİBASNA ALKOL TÜKETİMİ	3.	27	3,15									2,83	0,4	7,23	2,40
RESİBASNA ALKOL TÜKETİMİ	4.	21	5,39									2,78	1,10	11,07	4,22
SAGLIK HARCAMALARI	1.	9	20.605	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		11,095	0,910	49,480	17,424
SAGLIK HARCAMALARI	2.	18	50.606									28,270	0,910	193,700	80,986
SAGLIK HARCAMALARI	3.	27	228.934									212,400	41,540	821,400	288,840
SAGLIK HARCAMALARI	4.	21	947.413									915,800	1,094	3381,000	1306,694
SAGLIK HİZMET SUNUMU	1.	9	33,0	0,005	1,000	0,240	0,067	0,090	0,038	1,000		33,0	33,0	33,0	0,0
SAGLIK HİZMET SUNUMU	2.	18	43,8									40,0	33,0	73,0	15,7
SAGLIK HİZMET SUNUMU	3.	27	90,8									93,0	73,0	100,0	9,2
SAGLIK HİZMET SUNUMU	4.	21	97,2									98,5	73,0	100,0	10,8
NÜFUS TEMELİ DEPRESYON PREVALANSI	1.	9	3.660	0,003	1,000	0,210	0,024	1,000	0,218	1,000		3,660	3,660	3,670	0,14
NÜFUS TEMELİ DEPRESYON PREVALANSI	2.	18	4.280									4,190	4,100	4,560	1,96
NÜFUS TEMELİ DEPRESYON PREVALANSI	3.	27	4.662									4,660	4,026	5,490	4,94
NÜFUS TEMELİ DEPRESYON PREVALANSI	4.	21	4.795									4,745	4,570	5,120	2,44
NÜFUS YÜKÜNLÜĞÜ	1.	9	50,0	0,043								22,0	14,0	282,1	90,9
NÜFUS YÜKÜNLÜĞÜ	2.	18	183,1									130,9	9,9	468,7	174,2
NÜFUS YÜKÜNLÜĞÜ	3.	27	135,8									105,5	4,0	622,8	147,3
NÜFUS YÜKÜNLÜĞÜ	4.	21	168,8									118,4	4,0	642,8	134,8
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI DEĞER	1.	9	2.825	0,000	0,052	0,016	0,000	1,000	0,004	0,003		2,868	2,546	2,975	1,48
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI DEĞER	2.	18	2.305									2,162	1,715	3,138	4,99
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI DEĞER	3.	27	2.205									2,219	1,016	2,802	2,44
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI DEĞER	4.	21	1.765									1,767	1,227	3,015	4,80
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI SIRA	1.	9	148,0	0,000	0,043	0,013	0,000	1,000	0,005	0,004		145,0	143,0	153,0	3,3
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI SIRA	2.	18	103,7									103,0	38,0	154,0	41,4
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI SIRA	3.	27	105,5									111,0	26,0	147,0	29,4
KÜRESEL BARIŞ ENDEKSI SIRA	4.	21	45,8									44,0	6,0	152,0	44,1
CINAYET ORANLARI	1.	9		0,000				0,007	0,000	0,186		4,5	1,9	13,4	5,7
CINAYET ORANLARI	2.	18	6,7									2,5	6	5,5	1,3
CINAYET ORANLARI	3.	27	2,4												
CINAYET ORANLARI	4.	21	1,0									1,0	2	1,8	7

EK-3: Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

		SATIN ALMA GÜCÜ	İÇİDET SIKLIĞI	İGE SIKLIĞI	DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	BEKLENEN ÖĞRENİM SÜRESİ	ORTALAMA ÖĞRENİM SÜRESİ	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR	10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	TOPLAM HEMŞİRE SAYISI	10.000 NÜFUSA DÜŞEN HASTANE YATAKLARI	5 YAŞ ALTI ÖLÜM HIZI 1000 ÇOCUK DOLUNDA	KİŞİ BAŞINA ALKOL TÜKETİMİ	SAGLIK HARCAMALARI	SAGLIK HİZMET SUNUMU	NÜFUS TEMELLİ DEPRESYON PREVALANSI	NÜFUS YÜZLÜĞÜ	KORESEL BARIŞ ENDEKSİ DEĞER	KORESEL BARIŞ ENDEKSİ SIRA
SATIN ALMA GÜCÜ	Correlation Coefficient	1,000	-0,827*	-0,250**	0,469**	0,346**	0,040	0,598**	0,279**	0,007**	0,125	0,74**	0,440**	-0,421**	0,241*	0,168	0,19*	0,251	0,31**	0,112	0,110
	Sig. (2-tailed)		,002		,000	,004	,269	,002	,019	,900	,002	,000	,007	,000	,006	,119	,020	,014	,000	,191	,181
İÇİDET SIKLIĞI	Correlation C.	-0,821	1,000	0,000	0,154	-0,067	0,154	0,100	-0,000	-0,000	-0,000	-0,000	-1,000**	-0,200	-0,000	-0,000		1,000	-0,214	0,429	0,409
	Sig. (2-tailed)	,003		1,000	,005	,219	,005	,073	,400	,300	,400	,200		,000	,200				,646	,337	,337
İGE SIKLIĞI	Correlation C.	-0,250**	0,000	1,000	-0,144**	0,091**	-0,223**	-0,066**	-0,053**	-0,217	-0,703**	-0,064	-0,79**	0,25**	-0,382**	-0,270**	-0,066**	-0,223**	-0,206	0,611**	0,534**
	Sig. (2-tailed)	,003		0,002	0,002	0,000	,000	,000	,000	,073	,000	,016	0,002071	,000	,004	,005	0,0040385	,078	,000	,000	,000
DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	Correlation C.	0,462	0,154	0,014	1,000	0,702**	0,727**	0,798**	0,831**	0,357*	0,602**	0,334*	0,665**	-0,950**	0,022**	0,273**	0,066**	0,000**	0,164	-0,40**	-0,40**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,005	0,000		,000	,000	,000	,000	,002	,000	,040	0,000297	,000	,002	,004	0,0009107	0,0010794	,157	,000	,000
BEKLENEN ÖĞRENİM SÜRESİ	Correlation C.	0,346	-0,067	-0,061	0,070	1,000	0,65**	0,759**	0,741**	0,32*	0,607**	0,378	0,752**	-0,950**	0,002**	0,200*	0,076**	0,40*	0,166	-0,378**	-0,378**
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,219	0,000	0,000		,000	,000	,000	,040	,002	,042	0,0001627	,000	,007	,020	0,0005295	0,0005120	,155	,000	,000
ORTALAMA ÖĞRENİM SÜRESİ	Correlation C.	0,040	0,154	0,023	0,727	0,065	1,000	0,598**	0,85**	0,04	0,895**	0,163	0,822**	-0,816**	0,003**	0,200*	0,20*	0,002	0,002	0,601**	-0,601**
	Sig. (2-tailed)	0,269	0,005	0,000	0,000		,000	,000	,007	,000	,027	0,000723	,000		,000	,020	0,0002005	0,0004035	,008	,000	,000
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR	Correlation C.	0,598**	0,100	0,096	0,798	0,769	0,069	1,000	0,719**	0,20	0,897**	0,097	0,832**	-0,824**	0,270*	0,262**	0,002**	0,75**	0,231*	0,652**	-0,652**
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,073	0,000	0,000	0,000	0,000		,000	,216	,000	,002	0,0022007	,000	,040	,007	0,0006005	0,0004111	0,46	,000	,000
10.000 Kişi Başına Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	Correlation C.	0,279	-0,000	-0,050	0,031	0,741	0,075	0,719	1,000	0,199	0,229**	0,053	0,792**	-0,002**	0,572**	0,27**	0,741**	0,691*	0,01	-0,006**	-0,006**
	Sig. (2-tailed)	0,019	0,400	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		,007	,000	,077	0,0002998	,000	,000	,004	0,0007005	0,0000092	,994	,000	,000
Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı	Correlation C.	0,007	-0,000	0,217	0,351	0,321	0,004	0,200	0,109	1,000	0,062	0,01**	0,77**	-0,285*	0,296*	0,109	0,0009106	0,0004	0,206	0,162	0,169
	Sig. (2-tailed)	0,269	0,200	0,178	0,032	0,043	0,837	0,210	0,097		,081	,000	0,0000781	,015	,054	,007	0,0000302	0,7700433	,071	,008	,104
10.000 Kişi Başına Düşen Tıp Doktoru Sayısı	Correlation C.	0,125	-0,000	-0,703	0,602	0,607	0,085	0,832	0,062	0,062	1,000	0,288*	0,598**	-0,675**	0,314**	0,474**	0,002**	0,733**	0,041	-0,340**	-0,340**
	Sig. (2-tailed)	0,323	0,400	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,001		,012	0,0004995	,000		,010	,000	0,0007005	0,0002070	,726	,000	,000
TOPLAM HEMŞİRE SAYISI	Correlation C.	0,742	-0,000	-0,094	0,334	0,759	0,063	0,852	0,081	0,289	1,000	0,40*	0,792**	-0,002**	0,572**	0,27**	0,741**	0,691*	0,01	-0,006**	-0,006**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,200	0,016	0,040	0,042	0,027	0,002	0,000	0,012		0,0137991	0,014		,006	,003	0,0003572	0,1990005	,000	,001	,001
10.000 NÜFUSA DÜŞEN HASTANE	Correlation C.	0,440	-1,000	-0,578	0,665	0,679	0,038	0,454	0,578	0,407	0,598	0,407	1,000	-0,675**	0,598**	0,407**	-0,707866	0,280	-0,002	-0,351*	-0,351*
	Sig. (2-tailed)	0,007		0,002	0,000	0,000	0,001	0,023	0,000	0,000	0,000	0,013		,000	,000	,002	0,0001368	0,7780087	,621	,028	,020
5 YAŞ ALTI ÖLÜM HIZI	Correlation C.	-0,421	-0,200	0,925	-0,954	-0,950	-0,014	-0,832	-0,003	-0,295	-0,679	-0,295	-0,679	1,000	-0,573**	-0,403**	-0,831**	-0,698**	-0,106	0,16**	0,17**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,016	0,000	0,014	0,000		,000	,000	0,0005733	0,0005733	,051	,000	,000	
KİŞİ BAŞINA ALKOL TÜKETİMİ	Correlation C.	0,241	-0,000	-0,382	0,412	0,362	0,263	0,270	0,572	0,259	0,314	0,234	0,595	-0,573**	1,000	0,88**	0,171	-0,000	-0,440**	-0,440**	
	Sig. (2-tailed)	0,006	0,200	0,004	0,002	0,007	0,000	0,044	0,000	0,004	0,010	0,008	0,000	0,000		,005	0,0000027	0,4664968	,576	,000	,000
SAGLIK HARCAMALARI	Correlation C.	0,168	-0,000	-0,370	0,273	0,309	0,260	0,352	0,337	0,109	0,474	0,263	0,405	-0,400	0,206	1,000	0,402*	0,331	0,31	-0,106	-0,106
	Sig. (2-tailed)	0,118	0,200	0,000	0,004	0,020	0,009	0,007	0,004	0,267	0,000	0,002	0,000	0,000	,006		0,0000000	0,1620000	,796	,006	,006
SAGLIK HİZMET SUNUMU	Correlation C.	0,168	-0,000	-0,370	0,273	0,309	0,260	0,352	0,337	0,109	0,474	0,263	0,405	-0,400	0,206	1,000	0,402*	0,331	0,31	-0,106	-0,106
	Sig. (2-tailed)	0,118	0,200	0,000	0,004	0,020	0,009	0,007	0,004	0,267	0,000	0,002	0,000	0,000	,006		0,0000000	0,1620000	,796	,006	,006
NÜFUS TEMELLİ DEPRESYON PREVALANSI	Correlation C.	0,251	1,000	-0,627	0,660	0,697	0,027	0,570	0,001	0,004	0,733	0,265	0,200	-0,000	0,171	0,203		1,000	-0,007	-0,401*	-0,401*
	Sig. (2-tailed)	0,014		0,004	0,001	0,001	0,004	0,000	0,790	0,003	0,199	0,379	0,000		0,400	0,103			,796	,000	,000
NÜFUS YÜZLÜĞÜ	Correlation C.	0,301	-0,214	-0,204	0,164	0,165	-0,002	0,231	0,001	0,209	0,441	0,109	-0,002	-0,106	-0,000	0,031	-0,029	-0,067	1,000	-0,111	-0,109
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,999	0,046	0,994	0,001	0,729	0,260	0,021	0,051	0,576	0,795	0,836	0,795		,172	,164
KORESEL BARIŞ ENDEKSİ	Correlation C.	0,112	0,420	0,641	-0,540	-0,578	-0,001	-0,552	-0,006	0,102	-0,340	0,276	-0,351	0,015	-0,440	-0,106	-0,508	-0,478	-0,111	1,000	0,007**
	Sig. (2-tailed)	0,011	0,337	0,000	0,000	0,000	0,999	0,000	0,000	0,069	0,003	0,001	0,029	0,000	0,000	0,508	0,000	0,000	0,172		,000
KORESEL BARIŞ ENDEKSİ SIRA	Correlation C.	0,112	0,420	0,641	-0,540	-0,578	-0,001	-0,556	-0,001	0,109	-0,342	0,272	-0,351	0,017	-0,440	-0,106	-0,508	-0,478	-0,106	0,007	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,011	0,337	0,000	0,000	0,000	0,999	0,000	0,000	0,104	0,003	0,001	0,029	0,000	0,000	0,508	0,000	0,000	0,172	0,000	
ÇINAYET ORANLARI	Correlation C.	-0,343	-0,500	0,052	-0,715	-0,594	-0,333	-0,738	-0,551	-0,218	-0,362	-0,025	-0,235	0,004	-0,088	-0,088	-0,000	-0,147	-0,337	0,487	0,482
	Sig. (2-tailed)	0,011	0,007	0,000	0,000	0,001	0,002	0,000	0,000	0,149	0,019	0,076	0,203	0,000	0,517	0,526	0,000	0,000	0,014	0,000	0,000

Ek-4: Bölgelere Göre Tüm Değişkenlerin Ortalama Medyan, Minumum

DEĞİŞKEN	BÖLGE ADI	Adet	Ortalama	Tüm Bölgeler Arası Arıklıklık (P Değeri)	Medyan	Minimum	Maximum	Standart Sapma
ŞİDDET SEÇİMİ	AFRİKA BÖLGESİ	43	0,85	0,100	0,85	0,60	0,79	0,21
ŞİDDET SEÇİMİ	AMERİKA BÖLGESİ	31						
ŞİDDET SEÇİMİ	ASYA BÖLGESİ	20						
ŞİDDET SEÇİMİ	AVRUPA BÖLGESİ	41	0,46		0,44	0,41	0,54	0,06
ŞİDDET SEÇİMİ	BATİPASHİK BÖLGESİ	20	42,00		42,00	0,70	83,30	69,41
ŞİDDET SEÇİMİ	DOĞU AKDENİZ BÖLGESİ	43	0,78		0,78	0,78	0,78	

Ek: 4 ÜLKELERE GÖRE TÜM DEĞİŞKENLERİN ORTALAMA ,MEDYAN,MİNİMUM

		Adet	Ortalama	Tüm Ülkeler Arası Arıklıklık (P Değeri)	Medyan	Minimum	Maximum	Standart Deviasyon
ŞİDDET SEÇİMİ	AZERBAIJAN	10		0,264				
ŞİDDET SEÇİMİ	BİRLEŞİK ARAP EMİRLİKLERİ	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	CZEKİYE	10	,5000		,5000	,5000	,5000	
ŞİDDET SEÇİMİ	ÇİN	10	83,3000		83,3000	83,3000	83,3000	
ŞİDDET SEÇİMİ	FRANSA	10	,4255		,4255	,4100	,4400	,0233
ŞİDDET SEÇİMİ	GANA	11						
ŞİDDET SEÇİMİ	GUAYANA	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	HİNDİSTAN	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	KANADA	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	KIRGIZİSTAN	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	KUBA	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	MAU	11						
ŞİDDET SEÇİMİ	MAURITIUS	11	,7800		,7800	,7800	,7800	
ŞİDDET SEÇİMİ	PAKİSTAN	10						
ŞİDDET SEÇİMİ	SİNGAPUR	10	,7000		,7000	,7000	,7000	
ŞİDDET SEÇİMİ	SUDAN	12	,7830		,7830	,7830	,7830	
ŞİDDET SEÇİMİ	TAYLAND	11						
ŞİDDET SEÇİMİ	TUNİS	11						
ŞİDDET SEÇİMİ	TÜRKİYE	11	,4940		,4940	,4470	,5410	,0605