T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serdar ÖZTORA

EDİRNE İL MERKEZİNDE SAĞLIK KURULUŞLARINDA DOKTORLARA YÖNELİK ŞİDDET MARUZİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Rıfat ERTEN

EDİRNE-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Doç. Dr. Serdar Öztora'ya, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Doç. Dr. Ayşe Çaylan'a ve Yrd. Doç. Dr. Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili aileme ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **ŞİDDET NEDİR** 3
- **ŞİDDET İLE İLGİLİ TEORİLER** 3
- **ŞİDDETİN SIKLIĞI** 5
- **ŞİDDETİN NEDENLERİ** 6
- **ŞİDDET TÜRLERİ** 8
- **SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET** 11
- **ŞİDDETİ ÖNLEME** 15
- **YASAL ÇERÇEVE** 15

GEREÇ VE YÖNTEMLER 19

BULGULAR 21

TARTIŞMA 34

SONUÇLAR 38

ÖZET 40

SUMMARY 42

KAYNAKLAR 44

EKLER

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek biçimde, bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise şiddet, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır. Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle iş yerlerinde gittikçe artan bir önem kazanmıştır ve bütün meslekleri etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. İş yerinde şiddet "çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar" olarak tanımlanmaktadır (1).

Şiddet; işyerleri olarak değerlendirildiğinde en çok sağlık sektöründe ortaya çıktığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, sağlık sektöründe çalışmanın, diğer iş sektörlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir (2). Özellikle doktorlara yönelik şiddet son 20-30 yılda daha ciddi bir problem haline gelmiştir. Saldırıya uğrayan veya öldürülen doktor sayısı her yıl daha da artmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada doktorlara yönelik şiddet diğer işyerlerindeki şiddete oranla 4 kat daha fazla bulunmuştur (3).

Şiddet olaylarının sağlık kurumlarında az bildirildiği yapılan bazı çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni olarak da yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanırken, diğerlerinin önemsenmemesi bildirilmiştir. Günümüzde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, azalmak yerine ivmeli bir şekilde artmaktadır. Sağlık çalışanlarında karşılaştıkları şiddet sonrasında bazı semptomlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri incelenmiştir. Şiddetin şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik,

korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir (2).

Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (4). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en önemli nedenleri arasında hastaların bekleme sürelerinin uzun olması, çok sayıda muayene yapılması ve testlerin istenmesi, mental veya davranış bozukluğu olan hastaların olması, hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması ve memnuniyetsizlikleri, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymama, stresli hasta yakınları, kalabalık ve gürültülü ortamlar, sağlık çalışanın (özellikle hemşirelerin) zamanın kısıtlı olması, uzun çalışma süreleri, ödeme zorlukları, yanlış anlama gibi iletişim problemleri ve kişisel sorunlar, personel yetersizliği, yorgunluğu ve basında çıkan provokatif içerikli yanlış haberler, yetersiz güvenlik ve polis desteği, krizleri yönetmede yetersizlik, hasta ve yakınları ile yalnız kalma, silah ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolay olması, hastalara, hemşirelere, diğer sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına ait kişisel özellikler yer almaktadır (5).

Toplumumuz genel olarak şiddet olaylarını onaylamıyor; fakat şiddet gören sağlık çalışanlarına akut dönemde yardımı ve mağduriyetine desteği de çok azdır (%18) (6). Hatta özellikle doktorlara yapılan tüm şiddetler, az sayıda da olsa toplumun bir kesimi tarafından takdir görmektedir (5). Şiddet; bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına, aynı zamanda çevreye, nesnelere zarar verebilmektedir (7). Bu nedenle şiddet sağlık çalışanları üzerinde uzun ve kısa vadede stresin artmasına, mental olarak kişilerin kendini işine verememesine, iş doyumunda azalmaya, kurumundan ayrılmak istemesine ve psikolojik olarak kendi sağlıklarının zarar görmesine kadar gidebilecek geri dönüşü olmayan yıkıcı sonuçlar doğurabilir.

Şiddet her alanda görülebilen yaygın bir sorundur. Yukarıda da bahsedildiği üzere şiddetin en çok görüldüğü alan sağlık sektörüdür. Son zamanlarda toplumumuzda sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddettin hekimler tarafından nasıl algılandığını ve değerlendirildiğini saptamak, hekimlerin gözünden şiddetin nedeni ve sonuçlarını değerlendirmek, sağlık kuruluşları (Özel Hastaneler, Devlet Hastaneleri, Aile Sağlığı Merkezleri) arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurularak şiddetin hangi kurumlarda daha fazla olduğu veya hangi kurumun hangi şiddet tipine daha fazla maruz kaldığını saptayarak eksilerin artılarının ortaya konması ve çözüm önerileri sunabilmek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ŞİDDET NEDİR?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti "kişinin kendisine, karşısındaki bireye, gruba, topluma karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar ve kayıpla sonuçlanan ya da sonuçlanması muhtemel olan fiziksel güç uygulaması veya tehdit de bulunması" olarak tanımlamıştır. Daha basit bir tanımla şiddet; "insana fiziksel veya ruhsal olarak zarar vermeye, yaralamaya yönelik davranışlardır" (8). Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır (9). Her bir sağlık çalışanı da potansiyel birer kurban adayıdır (10,11). Literatürlerde en çok sözel ve fiziksel şiddet türleri ele alınmakla beraber, son yıllarda buna psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddetin de saldırı sınıflanmasına dahil edildiği görülmektedir (11).

ŞİDDET İLE İLGİLİ TEORİLER

Yıllar boyunca literatür yazarları şiddet kavramını ele alırken biyolojik, psikolojik, demografik, kültürel, genetik, sosyal ve ekonomik yönleriyle değerlendirmişlerdir. Tüm yazarların bu çeşitlilikteki ortak noktası ise şiddetin insan yaşamında sahip olduğu yerin hayati bir zorunluluk olup olmadığının tartışılmasıdır. Şiddetin nedenleri arasında zor koşullarda gerçekleştirilen yaşam mücadelesi adına olması, insanların hırslarına yenik düşerek iktidar olma ve egemenlik istekleri uğruna veya ölüm duygusunun getirdiği yıkıcı sonuçları bulunan şiddet eğilimi şeklinde olguların bulunduğu öne sürülmektedir. Bu olguların aydınlatılmasında Hegel, Darwin, Nietzsche, Freud, Hobbes gibi ünlü yazarlar ve psikanalistlerin çeşitli eserleri

bulunmaktadır. Bu yazarlar rekabet, güç, egemenlik arayışı gibi olguların altındaki şiddeti doğal bir unsur olarak görmüş olmakla beraber, şiddetin zorunlu olup olmaması konusunda yeterince açıklayıcı olmamaları nedeniyle eleştirilere maruz kalmışlardır (12).

Biyolojik Kuramlar

Biyolojik kuramlar genel olarak bireylerin nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları sebebiyle şiddete yatkın oldukları ve özellikle temporal lob epilepsisi gibi beyinde gerçekleşen sinirsel aktivitenin belirli aralıklarla kontrolünün yitirilmesi durumlarında gerçekleştiği ortaya atılmıştır. Biyolojik kuramda ayrıca, şiddetin önlenmesinde tıbbi bir yaklaşımın gerekli olduğu öne sürülmektedir (5). Temporal lob kaynaklı epileptik nöbetlerin görülme sıklığının diğer nöbetlere göre %20-%50 daha sık görüldüğü ve bunun sonucunda depresyon halinin en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmiş, ayrıca şizofreni benzeri psikoz vakalarının da artış gösterdiği ilave edilmiştir (13).

Çelik ve Otrar biyolojik kuramda merkezi sinir sistemi ve endokrin sistemin bireylerin saldırı ve şiddet mekanizmalarını kontrol ettiğini savunmaktadır. Zayıf beyin fonksiyonları ve beynin ön lobundaki işlevsizliklerden kaynaklanan yetersizliklerin saldırganlıkta etken bir rol oynadığı ifade edilmektedir. Norepinefrin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin saldırganlığın ortaya çıkmasında veya artmasında rol oynadığı belirtilmiştir (14).

Cloninger (15) bireylerin kişilik yapılarını ve gelişimlerini tanımlamak için psikobiyolojik bir kuram geliştirmiştir. Bireylerin doğumu ile başlayan öğrenme, toplumsal bir varlık olma deneyimleri, onun gerçekte olacağı kişilik yapısını oluşturacaktır. Birey öncelikle fizyolojik temel ihtiyaçlarını karşılama yoluna giderek bunları karşıladığında bir üst basamaktaki gereksinimleri için çaba gösterecektir. Karşılanan her ihtiyaç basamağı bireyin özgüveninin oluşumunu sağlayacaktır. Gereksinimleri karşılanmayan birey, bu gereksinimlere duyduğu ihtiyaç, onun agresif bir kişiliğe bürünmesinde etken olacaktır.

Psikolojik Kuramlar

Şiddet olaylarının sadece şiddet gören kişileri değil, şiddete tanık olan bireylerin psikolojik durumlarını, özellikle çocukların psiko-sosyal gelişimlerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Türkiye'de yapılan fiziksel şiddetin sıklığının incelenmesine dair çalışmalarda bireylere konulan psikiyatrik tanıların depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı ve uyum bozukluğu başta olmak üzere birçok tanıdan oluştuğu tespit edilmiştir (16).

Yılmaz ve ark. (17) psikolojik modelleri bilişsel-davranışçı model, bilişsel değerlendirme modeli, kişi-durum modeli ve kendine güven ve sonuç modelleri olarak dört kategoride incelemektedir. Bilişsel-davranışçı model bireyin kendisine duyduğu güvene ve zorluklar karşısında problemlerle başa çıkma yeterliliğine odaklanmaktadır. Bilişsel değerlendirme modelinde bireylerin yüksek riskli durumlarda olayları nasıl algıladığı üzerinde durulmaktadır. Bireylerin olumsuz durumlarla başa çıkabilme becerisi geliştiremedikleri ve bunun yerine kendilerini kötü alışkanlıklara vermelerini sağlayan mekanizma olarak belirtilmektedir. Kişi durum modelinde bireysel ve çevresel faktörlerin bir arada bulunduğu ve bu faktörler arasında karşılıklı etkileşimin olduğu modeldir. Bireyin içinde bulunduğu olumsuz koşullarla başa çıkabilme mekanizmasının etkinliği ve uygunluğu, sosyal çevresiyle ilişkilerindeki uyumu, bilişsel dikkatin sağlanması gibi değişkenleri içermektedir. Kendine güven ve sonuç beklentileri modeli ise bireylerin özel bir davranışla ilgili sonuçlarının öngörülmesi ve bu davranışın gerçekleştirilebilmesi becerisi üzerinde durmaktadır.

Zedelenme-Engellenme Kuramı

Zedelenme-engellenme kuramına göre şiddet, önemli beklentilerin gerçekleşmemesi neticesinde ortaya çıkan zedelenmeye karşı bir yanıttır. Sağlık kuruluşlarında görülen şiddet davranışları çoğunlukla bu kuram ile açıklanabilmektedir (4).

ŞİDDETİN SIKLIĞI

Son yıllarda dünyanın her yerinden yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki bütün bireyleri etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte, herkes ve her sektör için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (18). Tüm meslek grupları arasında, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık bakım sektöründe çalışanların, işyeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanları olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir (19). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği çalışmalarda öne çıkmıştır (20).

Araştırmalar gösteriyor ki son 1 yılda sağlık çalışanlarının sözel fiziksel veya cinsel tacize maruz kalma sıklığını yüzde 25-88 arasındadır (21). Bunlar içindeki sağlık çalışanlarının

%12'si hayatlarında en az bir kez silahla tehdit edilmişlerdir (22). WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (23).

Türkiye'de bu konuda yapılmış çok merkezli çalışmalar vardır. Bunlardan en kapsamlılarından biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır. Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiş. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuştur. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52,5) şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddete uğrama sıklığı illere göre farklılık göstermiştir. Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı gösterilmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir (24). Türkiye'nin batısında 2006 yılında yapılmış yine çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49,5 olarak belirtilmiş. Olguların %48,3'inin 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (%60'a %40). Diğer çalışmaya benzer olarak pratisyen hekimler ve hemşirelerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları, çalışma ortamı olarak devlet hastanelerinde ve acil servislerde şiddetle karşılaşma oranının diğer bölümlerden fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmada sözel şiddetin %72,4, fiziksel şiddetin %11,7 sıklığında görüldüğü; cinsel şiddet oranının çok düşük olduğu (%0,025); silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0,3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmada değinilen bir başka nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamadığıdır. Şiddete maruz kalan çalışanların yarıdan fazlasında olay sonrasında yüksek oranlarda anksiyete ve huzursuzluk hissettikleri gösterilmiştir (25).

ŞİDDETİN NEDENLERİ

Sosyal Faktörler

Şiddet oluşumuna neden olan en önemli faktörlerin başında eğitimsizlik ve bilgisizlik gelmektedir.

- Hastanelere tedavi veya tetkik amacıyla başvuran hasta ve hasta yakınlarının sağlık sisteminin işleyişi ve sağlık mevzuatı hakkında yeterli bilgilerinin olmaması
- Hasta yakınlarının hastanın kendisi olmadan reçete yazdırmaya çalışmaları
- Hekimlerden bireylerin kendi isteklerine göre ilaç yazdırma talepleri
- Gerekli tedavilerin hastalar ve yakınları tarafından sonuçlarının göz önünde bulundurularak onaylanması fakat başarısız olması durumunda bu sonuçların kabul edilmemesi ve sağlık personelinin suçlanması gibi faktörler bireylerin sağlık çalışanlarına karşı gösterdikleri şiddet eğiliminin nedenlerinden bazılarını oluşturmaktadır (26).

Durumsal Faktörler

Önemli meslek gruplarıyla arasında ayırt edilebilir bir fark bulunan sağlık sektöründeki çalışanlar potansiyel şiddet kurbanlarıdır. Cinsiyet, ırk, yaş gibi karakteristik özellikler üzerinde mağduriyetin şiddetinin belirlenmesi için araştırmalar yapılmıştır. Personel eksikliği ya da deneyimsiz ve eğitimsiz çalışanların varlığı şiddet kullanmayı bir başa çıkma stratejisi olarak gören ve bunu bir fırsat bilen bireyler tarafından kullanılmaktadır. Benzer şekilde hasta koğuşlarının kalabalıklaşmaya başlaması şiddetin hastalara bir uyarıcı etki yapması ve algılanan hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olmakta, hastaların personele şikâyetlerinde artış ve karmaşa görülmektedir (27).

Agresif bir işaretin veya bir provokasyonun olması durumunda, kişilerin ve içerisinde bulunulan durumun, şiddet olaylarının gerçekleşmesinde, algı, etki ve tetikleyici mekanizmaların harekete geçirmesi beklenmektedir. Bazı araştırmalar bireylerin yüksek sıcaklıkların, yüksek seslerin, hoş olmayan kokuların bulunduğu ortamlarda bile agresif davranışlar sergileyebildiğini göstermiştir. Bu özelliklerdeki konforsuz ortamlarda bulunulması özellikle işyerlerinde zihinsel sürecin ve uyarılmanın negatif yönde etkilenmesine sebep olmaktadır. Bunların yanı sıra işyeri ortamında veya sosyal çevrede bireylerden beklenen isteklerin ve arzuların fazla olmasının da insanlar üzerinde olumsuz etkisinin olduğu ifade edilmektedir (28).

Bireysel Faktörler

Şiddetin kesin olarak sayısız mesleki değişkenlerden etkilenerek geliştiği bilinmekteyken, esas olarak, daha önce belli başlı birkaç ortak karakteristik özellikten dolayı gerçekleştiği ifade edilmektedir. Bu şiddet olaylarını gerçekleştiren faillerin ortak özellikleri

arasında rekor sayıdaki saldırgan davranışlar, uyuşturucu ya da alkol bağımlılık geçmişi olması, ruhsal bozukluklar, sosyal yaşamda zorluklarla başa çıkmada yetersizlik olguları bulunmaktadır. Büyük olasılıkla bu özelliklerin birisine veya birkaç tanesinin bir arada bulunduğu kombinasyonlara sahip bireylerin şiddet davranışları göstermeye daha yatkın oldukları belirlenmiştir. Bireysel şiddet eğiliminin ne kadar güçlü olursa olsun, ortaya çıkması için bazı faktörler tarafından tetiklenmesi gerektiği ifade edilmektedir (27).

ŞİDDET TÜRLERİ

Şiddet kavramı içerisinde birçok farklı alt türden şiddet olgusu bulunmakta ve kapsamlı bir şekilde toplumlara ve bireylere yansıyan şekilleri incelenmektedir. Literatürde yer alan genişletilmiş bir şiddet tipolojisine göre şiddet kavramı özel ve kolektif olarak iki ana grupta incelenmektedir. Özel şiddet kapsamında cinayet, suikast, idam gibi ölümle sonuçlanan şiddet olayları, kasten yaralama darp gibi fiziksel olaylar ve ırza geçme gibi cinsel olaylar bulunmaktayken, kolektif şiddetin içeriğinde ise terör olayları, aile içi şiddet olayları, örgüt kavgaları, toplu intiharlar, kan davaları ya da sokak çatışmaları gibi grupça sergilenen şiddet eylemleri ve devlet tarafından gerçekleştirilen insan hakları ihlalleri, endüstriyel iş kazaları, enflasyon, pahalılık ve işsizlik, doğa ve tarihsel çevrenin tahribatı gibi şiddet olguları bulunmaktadır (29). Şiddet birçok şekilde gruplandırılmasına karşın temel hatları itibariyle sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet olmak üzere 4 ana başlıkta toplanmaktadır (24).

Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet kavramı bir bireyin, karşısındakinin kendisine itaat etmesini sağlaması amacıyla ya da disiplin sağlamak için cezalandırma veya öfke boşaltma yoluyla dövme, yakma vb. eylemler uygulayarak fiziksel anlamda zarar vermesi anlamına gelmektedir (30).

Toplumun en küçük birimi olan aile içerisinde, şiddetin en çok görülen türü olarak özellikle kadınlara uygulanan ve sonucunda çocukların da olumsuz etkilendiği fiziksel şiddet, birçok psikolojik problemlere ve intihara kadar giden vakalara yol açmaktadır. Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada herhangi bir dönemde kadına uygulanan fiziksel şiddetin %39 oranında olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, bu oranın korku, can güvenliği ve kadının utanma duygusu sebebiyle çoğu zaman bildirilmediği durumların haricinde bu denli yüksek olması, ülkenin refah, gelişmişlik düzeyinin iç açıcı bir durumda olmadığının göstergesidir (31).

Fiziksel şiddetin aile içi durumlardan sonra en fazla görüldüğü alan okullar olarak tespit edilmiştir. Sevgisiz ve baskıcı bir ortamda yetişen ve şiddet gören çocukların psiko-sosyal

gelişimleri olumsuz etkilenmekte ve ileriki yıllarda toplum için birer şiddet unsuru haline gelmektedirler. Türkiye'de liseli öğrenciler arasında yapılan bir çalışmaya göre kız ve erkek öğrencilerin okulda ve aile içinde fiziksel şiddet yaşadıkları belirtilmiş ve kızların daha çok aile içinde, erkeklerin ise okulda şiddete hedef oldukları, bununla birlikte, şiddeti en çok uygulayanların arkadaşlar olduğu gözlemlenmiştir. Yaş ve babanın işsiz olması da şiddete olan eğilimi attırmaktadır (32).

Sözel Şiddet

Sözel şiddet bireylerin kullandıkları sözleri ve gösterdikleri tavırların beraber ve düzenli bir şekilde uygulanarak, karşı tarafı korkutma, yıldırma, cezalandırma veya kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Sözel şiddetin başlıca örnekleri karşı tarafı küçük düşürmek amaçlı hakaret etmeler, korkutma ve sindirme, tehditler ve bireylerin kötü yanlarının başkalarıyla kıyaslanarak aşağılanmasıdır. Akın (33) tarafından yapılan "Aile İçi Şiddet" konulu araştırma sonuçlarına göre ankete katılan kadınların %26'sının zekâlarının kocaları tarafından küçük görüldüğü, %50'sinin kocaları tarafından her ortamda hakarete uğradığı, %74'ünün ise kocaları tarafından azarlandığı belirtilmiştir.

Sağlık kurumlarında en fazla gerçekleşen sözel şiddet, özellikle hemşirelerin yoğun çalışma temposu, iş stresi, yetersiz personel nedeniyle kendi işi dışındaki işlerle uğraşma, yetersiz güvenlik önlemleri ve kriz yönetimi konusunda personelin bilgi sahibi olmayışı gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu sorunların yanı sıra; telaş ve stres içinde olan hasta yakınlarının varlığı, hasta bakım hizmetlerinde zaman kısıtlaması, kalabalıktan dolayı herkesin hizmetten yeterince faydalanamaması, her bireyin sağlık hizmetlerinin sunumunda kendine öncelik tanınması gerektiğini düşünmesi gibi faktörlerin de etkisiyle acil servis, poliklinikler ve bekleme salonlarında sağlık personelinin tartışma, küfürleşme gibi sözel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (34).

İlhan ve ark. (35) yaptığı "Sağlık Kurumlarına Başvuran Kişilerin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Algısının Değerlendirilmesi" adlı çalışmada katılımcıların %42,6'sının yaşamı boyunca şiddete maruz kaldığı ve bunlardan %56,1'inin fiziksel şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Katılımcılardan %79,4'ü sağlık çalışanlarının en sık sözel şiddete maruz kaldığını, şiddet olaylarının %56,3 oranla acil servislerde gerçekleştiğini ve bu olayların en fazla devlet hastanelerinde meydana geldiğini ifade etmiştir. Çalışmada katılımcıların % 66,9'unun sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanlara ceza verilmediğini düşündüğü belirlenmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması

gerektiği, halka bu konu hakkında eğitim verilmesinin gerekliliği, medyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının sıkça yer alıp cezai yaptırımların yer almamasının şiddetin yaygınlığını arttırdığı konularında hemfikir olunmuştur.

Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet bir veya birkaç kişi tarafından sistematik olarak bireylere karşı yöneltilen, bu bireylerde sağlık ve güvenlik riskleri oluşturan ve ahlaki değerlerden yoksun, düşmanca davranışlarla gerçekleştirilen etkileşim sürecidir. Fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişime zarar verme amacı taşıyan bu girişim, fiziksel saldırı unsurunu içermemekle beraber, uygulanan bireye düşmanca ve kin güden tavırları kapsamaktadır. Yaşanılan çağda psikolojik şiddetin en fazla uygulandığı yerler, bireylerin kendilerine rakip veya engel olarak gördükleri çalışanlara karşı bu davranışı sergiledikleri işyerleridir (36).

Bireylerin psikolojik şiddetten etkilenme derecelerinin baskı şiddeti, sıklığı, uygulanma süresi ve şiddetin uygulandığı bireylerin kendi kişisel özelliklerine göre değişiklik göstermekte olduğu belirtilmektedir. Psikolojik şiddet uygulayarak bireylerin kendilerini göstermesi ve iletişimlerinin engellenmesi, sosyal ilişkilerinden kopması, itibarının zedelenmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, mesleğinden soğuması ve doğrudan sağlığına saldırı amaçlanmaktadır. Psikolojik şiddet süreci çatışma aşamasıyla başlamakta, saldırgan eylemlerin gerçekleşmesi ve bireylerin ya da yöneticilerin araya girmesiyle devam etmekte, sonrasında bu olay hakkında dedikodular çıkarılarak yanlış yönlendirme ve bilgilendirilmelerin oluşması ile son olarak işten ayrılma ya da kovulma şeklinde sonuçlanmaktadır (37).

Çalışma hayatında psikolojik şiddetin yerine kullanılan mobbing kavramı kuşatma, taciz etme, sıkıntı verme anlamlarında kullanılmaktadır. Psikolojik baskılar yoluyla çalışanların performansını düşürmek, işten soğutmak veya ayrılmasını sağlama amacında olan mobbing; sözlü tacizler, haksız eleştiriler, karşı tarafın söylediği sözlerin farklı anlamlara çekilerek diğer bireylere olumsuz şekilde yansıtılması, bireylerin arkasından konuşmak, iş ile ilgili bilgilerin saklanarak başarısızlığa itmek ve en küçük hatada bağırmak şeklindeki eylemlerden oluşmaktadır. Mobbing'e maruz kalan çalışanlarda, kişilerarası iletişimde çatışmaların yaşanması, kazalar ve fiziksel rahatsızlıklar, mesleki açıdan kimlik kaybı gibi sorunların görüldüğü, özellikle acil servislerde ve hasta bakımında görev alan hekim ve hemşirelerde kilo kaybı, yorgunluk, baş ağrısı ve psikolojik sağlığın bozulması gibi durumlar gözlemlenmektedir (38).

Seksüel Şiddet

Günümüz iş ve aile hayatı içerisinde genel olarak kadınların karşılaştığı sorunların başında gelen seksüel şiddeti DSÖ şöyle tanımlamaktadır: "Seksüel şiddet, cinsel bir karşılık elde etmek için ev veya işyeri gibi her türlü ortamda gerçekleştirilen istenmeyen cinsel içerikli konuşmalar ya da davranışlarda bulunma, cinsel ilişkiye zorlama veya rahatsız etme gibi davranışların tümüdür (39).

Cinsel şiddet olarak da bilinen seksüel şiddet kavramı cinsellik içeren sözlerin söyleme, sarkıntılık yapma, elle rahatsız etme gibi karşı tarafı istekleri dışında cinsel eylemlere zorlaması, cinsel ilişkiye, tecavüze, başka kişilerle birlikte olmaya zorlayan onur kırıcı ve küçük düşürücü durumlara sebebiyet veren davranışların bütünüdür (40).

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET

İşyeri şiddetine maruz kalma bakımından sağlık çalışanları ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık kurumlarındaki şiddet, "hasta, hasta yakınları veya diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan" oluşmaktadır (9).

Konu ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ve sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine kıyasla şiddete uğrama bakımından yaklaşık 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Bu duruma rağmen sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun sebebinin ise yalnızca yaralanma gibi ciddi durumların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin ise önemsiz olarak kabul edilmesidir (18).

Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları kompleks ilişkiler yumağı içeren bir etkileşim süreci içerisindedirler. Bu etkileşimi sağlıklı bir zeminde devam ettirmek ve karşılıklı anlayış sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları, diğer bir ifade ile duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü yol ile başkalarına aktarılmasını ifade eden iletişim sürecini gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Fakat sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında genel olarak açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişim problemlerinin ortaya çıktığı bilinen bir gerçektir. Bu durum ile ilgili olarak dört temel neden belirtilebilir: fiziksel ortam ve gürültü gibi ortamsal özellikler, tarafların bireysel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi ve sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminoloji ve dildir (41).

Sağlık Kurumlarında Şiddetin Boyutu

Son dönemlerde gerek global ölçekte gerekse de Türkiye ölçeğinde işyerinde meydana gelen şiddet olaylarında bir artış olduğu ve işyerinde şiddetin yaygın bir sorun haline geldiği belirtilmektedir (42). Problemin gerçek boyutunun bilinmediği ve eldeki bilgi ve verinin ise yalnızca buzdağının görünen yüzünü oluşturduğu belirtilmektedir. İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte yapılan çalışmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha yoğun bir şekilde yaşandığını göstermektedir. (43).

Kanada'da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %73'nün şiddette uğramalarından dolayı hastalardan korktukları, %49'nun hastalar tarafından tanındığı ve %74'nün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmının da iş değişikliği yapılmıştır (44).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise genel hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu, saldırıya maruz kaldığı, %23'nün hastalar tarafından davranışsal tehdit aldığı, %15,5'nin de hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı gösterilmiştir. Fiziksel saldırı oranının %20 olduğu belirtilmiştir (45).

Bolu'da yapılmış tek merkezli bir çalışmada şehir merkezinde devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlardan oluşan grubun %87,1'nin şiddet davranışına maruz kaldığı; sözel şiddetin %46,9, saldırgan davranışın %33,5, fiziksel saldırının %19,4 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu; şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir (46).

Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmış bir çalışmada çalışanların son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %85,9 olarak saptanmıştır. Şiddete uğrayanların %59'nun sözel şiddete uğradığı, %26,5'nin fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir (47).

Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bir aylık sürede saldırgan davranışın %53,2, fiziksel şiddetin ise %38,5 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösteren kişilerin genellikle 15-30 yaş arası gençlerde fazla olduğu; alkol ve madde kullanan kişilerin daha fazla şiddet eğiliminde olduğuna değinilmiştir (48).

Şiddete Maruz Kalanlar

Sağlıkçılardan şiddette en fazla maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır (49). Bunun en önemli nedenleri de acile ilaç bağımlıların, psikiyatrik hastaların, alkol kullanıcılarının, travma gibi en acil vakaların ilk önce acil servise gitmeleri, acil servislerin 24 saat hizmet vermesi, acil servise özgü stresli ortamın olması ve toplumun şiddet akışının acil servislerden geçmesidir (50). Çalışmalarda şiddetin büyük bir kısmı devlet hastanelerinde ve kadın çalışanlara yönelik olduğu vurgulanmıştır (51,52).

Hem ulusal, hem de uluslararası çalışmalarda en fazla şiddette maruz kalan sağlık çalışanı grubunun hemşireler olduğu rapor edilmiştir (24,53,54).

Hemşireleri pratisyen hekimler izlemekte, en alt sırada da öğretim üyeleri gelmektedir. Sağlık çalışanları arasında yapılan bir ankette hemşirelerin %80,8, uzman doktorların %78 oranında şiddete uğradığı rapor edilmiştir (55).

Doktor ve hemşireler birbirine yakın oranlarda sözel şiddete maruz kalırken; hemşireler fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete daha yüksek oranlarda maruz kalmaktadırlar (11).

Şiddetin Ortaya Çıktığı Ortamın Özellikleri

Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmaların büyük bir kısmında şiddet olaylarının en çok acil servis çalışma ortamlarında meydana geldiğini kayıt etmektedirler (24,25,47,56,57).

Acillerde şiddet oranlarının yüksek olmasının çok sayıda nedenleri vardır. Bu mekânlar, acil müdahale gerektiren riski yüksek hastaların geldiği, ölüm oranın yüksek olduğu hizmet mahalleridir. Tüm muayeneler, tedaviler ve resusitasyon dahil tüm müdahaleler hasta yakınlarının gözü önünde cereyan etmektedir. Bu nedenle hem acil servis çalışanları, hem hasta ve hasta sahipleri için stresli mekânlardır. Endişeli hasta ve yakınları tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin uzamasını geç müdahale olarak algılamaktadırlar. Ölümler hasta yakınları tarafından tedavi yetersizliği olarak görülebilmektedir. Bunların tümünden acil çalışanları sorumlu tutulmakta ve hasta yakını saldırganlaşma eğilimi gösterebilir (58).

Muayene ve tedavi sırasında oluşan tartışmalar, anlaşmazlıklar, saygısızca sarf edilen sözler, ihtarlar, tavırlar karşılıklı olarak hem hastayı hem de acil servis çalışanını provoke edebilir (4).

Farklı çalışmalarda acil servislerde şiddet oranının yüksek olduğu vurgulamakla beraber, dahiliye servisleri, anestezi klinikleri ve yoğun bakımlarda şiddettin daha sık (%58) yaşandığı rapor edilmiştir (19).

Türkiye'de ve yurt dışında yapılan çoğu çalışmalar cerrahi branşlarda şiddetin daha fazla olduğunu göstermiştir (24,56). Hastane bazında bakıldığında; şiddet en çok birinci basamak sağlık merkezlerinde, en az üniversite hastanelerimde meydana gelmektedir (55).

Şiddete Maruz Kalanların Şiddet Sonrası Yaşadıkları

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında kızgınlık, hayal kırıklığı, şaşkınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, depresif uyum bozukluğu, karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğu, ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, kaçınma veya aşırı önlem alma davranışları hastalarından korkma, hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet olarak görme, kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik, yalnız çaresiz bırakılma duygusu; dolaysıyla diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düşmesi ve tüm bunların sonucunda işlerinde ayrılma veya iş değiştirme gibi semptom ve davranışların geliştiği belirtilmektedir (6,51).

Değişik çalışmalar bu semptom ve bulguları emosyonel (stres, korku, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, anksiyete, suçluluk, utanç), fizyolojik (uyku bozukluğu, iştah değişikliği, baş ağrısı, yorgunluk), iş performansı (üretkenlik kaybı, işten ayrılmayı düşünme, hata yapmada artış), sosyal ilişkiler ve psikiyatrik sorunlar şeklinde gruplara ayırmışlardır (59,60).

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir. Şiddete uğrayanların ilerleyen zamanlarda %19'unun performansının etkilendiği gösterilmiştir. Yaşanan şiddet olayı sonrasında %73'ünün hastalarından korktukları, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin hastaları "potansiyel şiddet gösteren" olarak gördükleri bildirilmiştir (5).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43,5'i herhangi bir sorun belirtmezken, %56,2'sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87,8) tedavi almadığı görülmüştür (47).

Sağlık Kurumlarında Şiddet Yönetimi

Sağlık kurumlarında şiddet tam olarak ortadan kaldırılamayacak bir durum haline gelmiştir. Bu nedenle de şiddetin ortaya çıkmasını mümkün olduğu kadar azaltmak geciktirmek ya da ortaya çıktığı zaman etkilerini en aza indirmek için tüm paydaşların katılımı ile yönetilmesi gereken karmaşık ve dinamik bir süreçtir (27).

İşyerinde şiddetin yönetimi sürecindeki paydaşlar, hükümetler, işverenler, çalışanlar, meslek kuruluşları, medya ve halktır. Hükümetler ve yetki makamları, sağlık kurumlarında şiddetin azaltılması ve ortadan kaldırılması için gerekli olan çerçeveyi sağlamalıdır. Sendikalar, birlik ve dernekler işyerinde şiddet ile alakalı olan riskleri minimize etmek ve ortadan kaldırmak için girişimler ve mekanizmalar başlatmalı, bunlara katılarak katkıda bulunmalıdır. Medya araştırma ve eğitim kurumları, işyerinde şiddet uzmanları, hasta destek grupları, polis ve diğer suç ve adalet uzmanları işyerinde şiddet, sağlık ve güvenlik, insan hakları ve toplumsal cinsiyet geliştirme alanında faaliyet gösteren sivil toplum örgütleri işyerinde şiddet ile mücadele için girişimlere aktif bir şekilde destek vermeli ve bu girişimlere katılmalıdırlar (27).

Şiddet riskini azaltmanın en önemli yolu çalışma ortamında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmasıdır. Bunlar arasında 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenlikli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları belirtilebilir (4).

ŞİDDETİ ÖNLEME

Dünyada genelinde meslek grupları incelendiğinde, insan sağlığı ve yaşamına en önemli misyonu üstlenmiş olan ve sağlık vakalarında bireylerle doğrudan iletişim ve temas halinde bulunan sağlık sektöründeki sağlık çalışanları, sağlık kuruluşlarında hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma sıklığında öncelikli hedef olmaktadır (61).

Şiddetin psikolojik etkilerinin yanı sıra ekonomik ve sosyal maliyetlerinin de bulunduğu ve bazen ölümle sonuçlanan maliyetlerinin meydana geldiği belirtilmektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı yaş, cinsiyet, din, ırk ayrımı yapılmaksızın dünyanın her köşesinde şiddet gören bireylerin güvence altına alınması gerekmektedir. Her insanın sahip olduğu sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı, ulusal ve uluslararası düzeyde hükümetlerin yürüttüğü uygulamalar, yayınlanan bildiriler ve yasalarla düzenlenmekte, uluslararası kuruluşların yaptığı çalışmalarla problemlerin belirlenmesi, değişim süreçleri, sonuçların değerlendirilmesi çerçevesinde geliştirilen yol gösterici ilkeler ve eylem planları üzerine odaklanılmaktadır (61).

YASAL ÇERÇEVE

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde Birleşmiş Milletler tarafından temel hak ve özgürlüklerin güvence altına alınması sağlanmaktadır. Yaşamak, özgürlük ve bireylerin güvenliğinin herkesin hakkı olduğu belirtilen bu bildiride, madde 22 kapsamı şöyledir; "herkesin toplumun bir parçası olarak sosyal güvenlik hakkı bulunur, ulusal ve uluslararası

işbirliği ile devletin örgütlenmesi ve her ilin kaynakları doğrultusunda herkesin sosyal ve kültürel haklarının gerçekleştirilmesi ve onurunu, kişiliğini serbestçe geliştirme hakkı tanınır". Madde 25'te açıklandığı gibi "herkesin kendi ailesi ve sağlığı için beslenme, konut, tıbbi bakım gibi temel haklara ihtiyaçları vardır, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışında gerçekleşen durumlardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir (62).

18 Ekim 1961 yılında İtalya'da imzalanmış olan "Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi Türkiye'de 4 Temmuz 1989 yılında ve 20215 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve 2007 yılında tekrar gözden geçirilerek düzenlenmiştir. Temel hedefi insan hakları ve temel özgürlüklerin gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesidir. Bu açıdan sosyal ve ekonomik gelişmenin sağlanması da göz önünde bulundurularak hiçbir din, dil, ırk, cinsiyet, siyasal görüş veya ulus ayrımı gözetilmeksizin sosyal haklardan yararlanma hakkının sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Sözleşmenin 3. Maddesi şu şekildedir: Güvenlik ve sağlık alanında yasal düzenlemeler yapılması, gözetim önlemlerinin alınması ile bu düzenlemelerin uygulanmasının yanında gerektiğinde iş güvenliği ve sağlığını geliştirme amacında olan önlemlerin işveren ve iş görenlerin örgütlerine danışmaları gerekir." (63).

Sağlığın korunması hakkındaki 11. maddede ise şu konulara değinilmektedir: "Sağlığın etkin bir biçimde korunmasının kamusal veya özel kurumlarla işbirliği yapılması ile gerekli önlemlerin alınmasının yanı sıra sağlığın bozulmasına yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması, sağlığın geliştirilmesi ve kişisel sorumlulukların arttırılması üzerine eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir. Madde 17'de bahsi geçen çocukların ve gençlerin sosyal, yasal ve ekonomik korunma haklarının içeriğinde "çocukları ve gençleri ihmal, şiddet ve sömürüye karşı koruma ile ailelerin desteğinden yoksun olan çocuk ve gençlerin bu olumsuz koşullarda korunması ve okula devam etmesinin devlet veya özel kuruluşlarca sağlanması gerektiği anlatılmaktadır." (63).

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik işlenen suçlardan yaralama, tehdit ve hakaret gibi suçların hukuki yaptırımı bulunmaktadır. Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar bölümünde yer alan 86. madde kapsamında şu hüküm yer alır: "Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." (64).

Hürriyete Karşı İşlenen Suçlar bölümünde yer alan tehdit konusu ise madde 106 kapsamında şöyle açıklanmaktadır: "Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi,

altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur." (64).

28 Haziran 2014 tarihli ve 29044 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan TCK İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da madde 58 kapsamında 102. maddede yapılan değişiklik şöyle ifade edilmektedir: "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." (65).

16/10/2009 tarihli 27378 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği"nin 10'uncu maddesinde acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliğinin sağlanmasının sağlık tesisi yönetiminin görevi olduğu belirtilmektedir. Sağlık tesislerindeki güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli, yeterli sayıda her açıdan görüşe sahip güvenlik kamerası ile sağlanır. Tıbbi müdahalelerin yapıldığı alanlara görevli personel dışında hiç kimsenin giremeyeceği, personellerin şifre ya da parmak izlerine göre açılma özelliği olan kapıların konulması gerekmektedir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır (66).

Ocak 2013'te Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporunda;

- Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda sağlık çalışanlarına sağlanan hukuki yardımın, hastanelerde hizmet alımı ile çalıştırılan özel şirket elemanlarına da yapılmasının temini,
- Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçların cezalarının arttırılması ve daha caydırıcı hale getirilmesi, ayrıca özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personele karşı hizmet dolayısıyla işlenen suçların da kamu görevlilerine karşı işlenen

suçlar gibi cezalandırılabilmesi amacıyla, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda gerekli değişikliklerin yapılmasına yönelik çalışmaların başlatılması,

- Şiddete karşı kamuoyu bilinci oluşturacağı ve caydırıcılık sağlayacağı cihetle, sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların yargılaması sonucunda verilen mahkûmiyet kararlarının medya yoluyla halka duyurulması,
- Sağlık çalışanlarının saygınlığının ve şiddete karşı toplumsal bilincin artırılmasına yönelik olarak, toplumca sevilen ve saygı duyulan isimlerin rol aldığı kamu spotlarının hazırlanması; reklam, film ve dizilerde sağlık çalışanları konusunda doğru mesajların verilmesi konusunda gerekli girişimlerin yapılması,
- İlköğretimden başlayarak eğitim ve öğretimin her kademesinde sağlık çalışanları ile sağlık kurum ve kuruluşlarının işleyişine yönelik eğitimlerin verilmesine ilişkin çalışmaların yapılması,
- Bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında, söz konusu kurum veya kuruluşun güvenlik kameralarıyla izlendiğine ilişkin uyarıcı yazılara yer verilmesi hususunda gerekli çalışmaların yapılması,
- Hastanelerde görevli güvenlik görevlilerine iletişim eğitimi gibi gerekli hizmet içi eğitimlerin verilmesinin temini,
- Maruz kaldığı şiddet nedeniyle iş göremeyen sağlık çalışanlarının uğradıkları maddi kayıpların telafi edilebilmesi amacıyla mevzuatta gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Sağlık çalışanlarına yönelik olarak görsel ve yazılı medyada yer alan yanıltıcı haberlere ilişkin cevap ve düzeltme hakkının etkin kullanımının sağlanması,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında yer alan hasta haklarına ilişkin bilgilendirici yazıların yanında hasta ve hasta yakınlarının sorumluluklarına ilişkin bilgilendirici yazılara da yer verilmesine karar verilmiştir (67).

Görüldüğü üzere sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önüne geçilebilmesi için sadece kanun çıkarmak yeterli olmayıp bunların uygulamaya geçirilmesi ve desteklenmesi içinde gerekli adımlar atılmalıdır. Herkesin bu konuda üzerin düşen sorumluluğu sahiplenmesi gerekmektedir. Olay sadece hasta ve doktor ilişkisinden kaynaklanmamakta, idarecilerin, medyanın, politikacıların da bu konuda üzerine düşenleri yapması gerekmektedir. Hasta hakları korunmaya çalışılırken doktorun hakları çiğnenmemelidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne il merkezinde bulunan 19 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Edirne Devlet Hastanesi, Trakya Üniversitesi Hastanesi, Özel Ekol Hastanesi ve Özel Trakya Hastanesindeki hekimlerin hekime yönelik şiddet maruziyeti incelenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı desende hazırlanmıştır.

Edirne il merkezinde bulunan 19 Aile Sağlığı Merkezi'nden 43 doktor, Edirne Devlet Hastanesi'nden 160 doktor, Trakya Üniversitesi Hastanesi'nden 516 doktor, Özel Ekol Hastanesi'nden 32 doktor ve Özel Trakya Hastanesi'nden 21 doktor olmak üzere Toplam 772 doktor araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem olarak evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır (Etik kurul onayı (Ek 1) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü (Ek 2) alındıktan sonra 01.09.15 ve 01.02.2016 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki 772 hekim değerlendirmeye alındı).

Edirne il merkezindeki yukarıda belirttiğimiz merkezlerde aktif olarak görev yapıyor olmak, aktif olarak hasta bakmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırma dahil olma kriterleri olarak belirlendi. Aktif olarak hasta ile görüşmemek, yukarıda bahsettiğimiz kurumlarda çalışmamak ve çalışmamıza katılmaya gönüllü olmamak ise dahil edilmeme kriterleri olarak belirlendi.

Edirne il merkezinde belirttiğimiz kurumlardaki 772 doktordan 541'i belirttiğimiz kriterlere uymaktaydı. Bu 541 hekimden 433'ü araştırmamıza katılmayı kabul etti ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmamızda, araştırmaya katılan hekimlerin kimlik bilgileri toplanmadı.

Araştırmaya katılacak olan hekimler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı

açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alındılar. Çalışmada veriler, anabilim dalımız tarafından oluşturulan bir anket kullanılarak toplandı.

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılmış şiddet, sağlık çalışanlarının şiddet sonrası neler hissettiği ve yaptığı ile ilgili literatürler incelendi. Bu çalışmaların genel olarak içeriklerini yansıtan Ek-3 de yer alan çoktan seçmeli toplam 41 sorudan oluşan anket formu hazırlandı.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U, Kruskall–Wallis H ve Ki-kare analiz testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p>0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

Araştırma Edirne il merkezinde bulunan sağlık kuruluşlarında görevli aktif olarak hasta bakan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 165 kadın (%38,1) ve 268 erkek (%61,9) olmak üzere toplam 433 hekimle yapıldı. Araştırmamıza katılan 433 hekimin yaş ortalaması 36,84±:9,66 (minimum 24, maksimum 71) idi.

Tablo 1'de görüldüğü gibi katılımcıların %68,4'ü üniversite hastanesinde görev yapmaktaydı. Katılımcıların %45,5'i asistan hekim idi. Katılımcıların %21,4'ünün akademik kariyeri vardı.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

		N	%
Sağlık kuruluşu	Üniversite Hastanesi	296	68,4
	Devlet Hastanesi	76	17,5
	Aile Sağlığı Merkezleri	41	9,5
	Özel Hastaneler	20	4,6
	Toplam	**433**	**100**
Uzmanlık durumu	Asistan hekim	197	45,5
	Uzman hekim	192	44,3
	Pratisyen	44	10,2
	Toplam	**433**	**100**
Akademik kariyer	Akademik kariyeri olmayan	340	78,6
	Profesör	50	11,5
	Doçent	23	5,3
	Yardımcı doçent	20	4,6
	Toplam	**433**	**100**

Tablo 2'de katılımcıların branşlara göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların 310'u (%71,6) dâhili branşlardan, 123'ü (%28,4) cerrahi branşlardan idi.

Tablo 2. Branşlara göre dağılım

Branşlar	Sayı	Yüzde
Aile Hekimliği	69	16,0
İç Hastalıkları	58	13,4
Pediatri	44	10,2
Acil Tıp	30	6,9
Kadın Hastalıkları	23	5,3
Ortopedi	18	4,2
Genel Cerrahi	15	3,5
Kardiyoloji	14	3,2
Kulak Burun Boğaz	14	3,2
Anesteziyoloji	13	3,0
Enfeksiyon Hastalıkları	13	3,0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	12	2,8
Göğüs Hastalıkları	11	2,5
Radyoloji	11	2,5
Üroloji	11	2,5
Nöroloji	10	2,3
Psikiyatri	10	2,3
Çocuk Psikiyatrisi	9	2,1
Radyasyon Onkoloji	8	1,8
Kalp Damar Cerrahi	8	1,8
Göz Hastalıkları	7	1,6
Dermatoloji	7	1,6
Nöroşirurji	5	1,1
Çocuk Cerrahisi	4	0,9
Göğüs Cerrahisi	3	0,7
Plastik Cerrahisi	2	0,5
Tıbbi Genetik	2	0,5
Spor Hekimi	1	0,3
Nükleer Tıp	1	0,3
Toplam	433	100

Katılımcılara sizce "toplumda şiddet olaylarında artış var mı?" diye sorduğumuzda %82,2'si (n=356) evet cevabını verdi.

Katılımcılara "sağlıkta şiddet olaylarında bir artış var mı?" diye sorduk ve %82,7'si (n=358) evet cevabını verdi.

Katılımcılara “son 1 yılda çalıştığınız kurumda şiddet olaylarında artış var mı?” diye sorduğumuzda %46,3’ü (n=203) evet cevabını verdi.

Tablo 3’te görüldüğü gibi katılımcıların sağlıkta şiddet olaylarında artış olmasının nedeni %76,4 ile politikacılara bağlamışlardır.

Tablo 3. Sizce sağlıkta şiddet olaylarında artış olmasının nedeni ne olabilir?

	Sıklık	**Yüzde**
Politikacılar	331	76,4
Medya	259	59,8
İdareciler	191	44,1
Doktorlar	67	15,5

Tablo 4’de görüldüğü gibi katılımcıların %90,5’i hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma durumları

	Sıklık	**Yüzde**
Şiddete maruz kaldım	392	90,5
Şiddete maruz kalmadım	41	9,5
Toplam	433	100

Tablo 5’de katılımcıların meslek hayatları boyunca maruz kaldıkları şiddetin türü gösterilmektedir. Meslek hayatı boyunca doktorların %88,5’i sözel şiddete maruz kaldığı ifade etmiştir. %60,3’ü tehdit edilirken, %46,7’si mobinge ve %18,7’si de fiziksel şiddete maruz kaldığını söylemektedir.

Tablo 5. Meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddetin türü

	Evet	**Yüzde**
Sözel	383	88,5
Fiziksel	81	18,7
Tehdit	261	60,3
Mobing	202	46,7
Toplam	927	214,2

Tablo 6'da katılımcıların son 1 yıl içinde şiddete maruz kalıp kalmadıkları gösterilmektedir. Katılımcıların %50,8'i son 1 yılda işyerinde en az bir kez şiddete maruz kaldığı ifade etti.

Tablo 6. Son 1 yılda işyerinde kaç kez şiddete maruz kaldınız?

	Sıklık	Yüzde
Hiç maruz kalmayan	213	49,2
1-3 kez maruz kaldım	121	27,9
4-6 kez maruz kaldım	53	12,3
7-10 kez maruz kaldım	23	5,3
11'den fazla maruz kaldım	23	5,3
Toplam	433	100

Tablo 7'de şiddete maruz kalan katılımcıların hangi şiddet türüne maruz kaldıkları gösterilmektedir. Son 1 yılda katılımcıların %47,1'i en az bir kez hakarete maruz kaldığı söyledi.

Tablo 7. Maruz kalınan şiddetin türü

	Maruz kalanlar	Yüzde
Küfür	204	47,1
Tehdit	129	29,8
Yumruk	12	2,8
Tokat	8	1,8
Cinsel taciz	4	0,9
Bıçakla yaralanma	0	0
Silahla yaralanma	0	0

Şiddete maruz kalan katılımcıların %59'u (n=130) şiddete mesai saatlerinde maruz kalmışlardır. %29,5'i (n=65) nöbet esnasında, %11,5'i ise hem nöbette hem de mesai saatlerinde şiddete maruz kaldığını ifade ediyor.

Katılımcılar şiddete en fazla başvuranların %50 ile hasta yakınları,%41 hem hasta hem hasta yakınları, %8 i hasta, %1 i sağlık çalışanları olduğunu söylemektedir.

Katılımcılar şiddete en fazla başvuranların %62'i (137) ile erkekler olduğunu,%30'u (66) her iki cinsiyetin de eşit oranda şiddete başvurduğunu, %8'i (17) de kadınların daha fazla şiddete başvurduğunu ifade etti.

Tablo 8'de şiddete maruz kalan katılımcıların şiddete nerede maruz kaldığı gösterilmektedir. Şiddete maruz kalan katılımcıların %37,7'si poliklinikte şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 8. Şiddete maruz kalınan yer

	Sıklık	Yüzde
Poliklinik	127	37,7
Yataklı servis	85	25,2
Acil servis	65	19,2
Bekleme salonu	25	7,4
Hastane koridoru	22	6,6
Kendi odam	12	3,6
Hastane bahçesi	1	0,3
Toplam	337	100

Katılımcıların %21,2'si şiddetin nedenini bekleme nedeniyle gecikme olduğunu düşünürken, %18,7'si tedaviden memnuniyetsizlik, %12,9'u istediği ilacı yazdıramama, %10,8'i ihmal edilme düşüncesi ve %10,8'i rapor alamama olarak yorumlamaktadır. Tablo 9'da katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin nedeni kendi düşüncelerine göre özetlenmiştir.

Tablo 9. Katılımcılara göre maruz kaldıkları şiddetin nedeni

	Sıklık	Yüzde
Bekleme nedeniyle gecikme	130	21,2
Tedaviden memnuniyetsizlik	114	18,7
İstediği ilacı yazdıramama	79	12,9
Rapor alamama	66	10,8
İhmal edilme düşüncesi	66	10,8
Hitapla ilgili problemler	51	8,5
Kötü haber alma	45	7,3
Kurum yetersizlikleri	39	6,4
Alkol veya ilaç etkisinde olma	21	3,4
Toplam	611	100

Tablo 10'da katılımcıların şiddet sonrası şikâyette bulunup bulunmadıkları özetlenmiştir. Şiddete maruz kalan doktorlarımızın %57'si şiddet sonrası herhangi bir şikâyette bulunmaz iken sadece %13'ü karakola şikâyette bulunmuşlardır.

Tablo 10. "Şikâyette bulundunuz mu?" sorusuna verilen cevapların dağılımı

	Sıklık	**Yüzde**
Hayır bulunmadım	126	57,8
Güvenlik çağırdım	33	15,1
İdareye bildirdim	33	15,1
Karakola şikâyette bulundum	26	12,0
Toplam	218	100

Tablo 11'de görüldüğü gibi şiddete maruz kalan doktorlarımızın yaptığı şikâyet sonucunda %46,8 mahkemeye gidilmiş, %7'sinde ise hiçbir şey yapılmamıştır.

Tablo 11. "Yaptığınız şikâyet sonucu ne oldu?" sorusuna verilen cevapların dağılımı

	Sıklık	**Yüzde**
Mahkemeye gidildi	44	46,8
Güvenlik marifetiyle saldırgan uzaklaştırıldı	27	28,7
Özür diledi	12	12,8
Hiçbir şey yapılmadı	7	7,4
Hasta taburcu edildi	4	4,3
Toplam	94	100

Katılımcılara "son yıllarda doktorların saygınlığı azalıyor mu?" diye sorgulandığında ise %92,1'i evet cevabını verdi.

Tablo 12'de edilen şikâyet sonucu açılan davaların ne ile sonuçlandığı özetlenmiştir. Açılan mahkeme sonucunda %30 oranında hapis cezası verilmiş, %20 oranında para cezası almış, %20'sinde hiçbir sonuç alınamamıştır.

Tablo 12. "Mahkeme ne ile sonuçlandı?" sorusuna verilen cevapların dağılımı

	Sıklık	Yüzde
Hapis cezası aldı	13	30,0
Halen devam ediyor	13	30,0
Para cezası aldı	9	20,0
Hiçbir sonuç alınamadı	9	20,0
Toplam	44	100

Tablo 13'de doktorların şiddet sonrası yaşadığı psikolojik problemler özetlenmiştir. Şiddet doktorların %24,4'ünü öfkelendirirken, %21,1'ini hayal kırıklığına uğratmıştır.

Tablo 13. "Şiddet sizde nasıl bir etki bıraktı?" sorusuna katılımcıların verdiği cevaplar

	Sıklık	Yüzde
Öfke	124	24,4
Hayal kırıklığı	107	21,1
Üzüntü	86	17
Anksiyete	69	13,5
Güvensizlik	67	13,2
Çaresizlik	55	10,8
Toplam	508	100

Tablo 14'da şiddetin doktorların çalışmasına etkisi gösterilmektedir. Şiddet sonrası doktorların %34'ü yaptığı işten keyif almadıklarını belirtmektedir.

Tablo 14. Şiddetin doktorların çalışmasına etkisi

	Sıklık	Yüzde
Yaptığım işten keyif almıyorum	94	34,3
Daha endişeliyim	79	28,8
Etkisi olmadı	63	23,0
Daha dikkatliyim	29	10,6
Çalıştığım kurumu değiştirmek istiyorum	9	3,3
Toplam	274	100

Tablo 15'de katılımcılara göre kişilerin şiddete başvurması ile gelir düzeyi arasındaki ilişki özetlenmiştir. Katılımcılarımız %55'i şiddet uygulayan kişilerle gelir düzeyleri arasında ilişki olduğunu düşündüğünü ifade etmektedir. En fazla şiddete meyilli grubun düşük gelir düzeyinden olduğunu düşündüğünü söylemektedir (%39).

Tablo 15. Katılımcılara göre kişilerin şiddete başvurması ile gelir düzeyi arasındaki ilişki

	Sıklık	**Yüzde**
Gelirle alakası yok	193	45,0
Düşük gelir grubu	171	39,0
Orta gelir grubu	37	9,0
Yüksek gelir grubu	32	7,0
Toplam	433	100

Tablo 16'de katılımcılara göre kişilerin şiddete başvurması ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki özetlenmiştir. Katılımcılarımız şiddete eğilimli kişilerin düşük eğitim düzeyi olan gruptan olduğunu düşünmektedir (%63).

Tablo 16. Katılımcılara göre kişilerin şiddete başvurması ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki

	Sıklık	**Yüzde**
Düşük eğitim düzeyi	273	63,0
Eğitimle alakası yok	117	27,0
Yüksek eğitim düzeyi	43	10,0
Toplam	433	100

Akademik kariyer ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıntılar Tablo 17'de verilmiştir (Pearson χ^2:24,684; p<0,001).

Tablo 17. Akademik kariyer ile son 1 yılda şiddete maruz kalma arasındaki ilişki

Akademik kariyer	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam
	N	%	N	%	
Akademik kariyeri olmayan	147	43,2	193	56,8	340
Profesör	39	78	11	22	50
Doçent	13	65	7	35	20
Yardımcı doçent	14	60,9	9	39,1	23
Toplam	213	49,2	220	50,8	433

Tablo 18'de doktorların görev yaptığı kurum ile son 1 yıl içinde şiddete maruz kalmaları arasındaki ilişki özetlenmiştir (Pearson χ^2:5,101; p=0,165).

Tablo 18. Görev yapılan kurum ile son 1 yılda şiddete maruz kalma arasındaki ilişki

Görev yaptığı kurum	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam
	N	%	N	%	
Üniversite hastanesi	151	51	145	49	296
Devlet hastanesi	33	43,4	43	56,6	76
Aile sağlığı merkezleri	16	39	25	61	41
Özel hastaneler	13	65	7	35	20
Toplam	213	49,2	220	50,8	433

Günlük bakılan hasta sayısı ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Günlük bakılan hasta sayısı arttıkça daha fazla şiddete maruz kalındığı görülmüştür. Ayrıntılar Tablo 19'da verilmiştir (Pearson χ^2:22,118; p<0,001).

Tablo 19. Günlük bakılan hasta sayısıyla son 1 yılda şiddete maruz kalma arasındaki ilişki

Günlük hasta sayısı	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam
	N	%	N	%	
10 ve altı	47	68,1	22	31,9	69
10-50 arası	145	49,8	146	50,2	291
50 ve üzeri	21	28,8	52	71,2	73
Toplam	213	49,2	220	50,8	433

Tablo 20'de cinsiyete göre son 1 yılda şiddete maruz kalma arasındaki ilişki özetlenmiştir. Kadınların anlamlı derecede şiddete daha fazla maruz kaldığı saptandı (Pearson χ^2:17,552; p<0,001).

Tablo 20. Cinsiyete göre son 1 yılda şiddete maruz kalma arasındaki ilişki

Cinsiyet	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam
	N	%	N	%	
Erkek	153	57,1	115	42,9	268
Kadın	60	36,4	105	63,6	165
Toplam	213	49,2	220	50,8	433

Tablo 21'de Cinsiyete göre meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma sıklığı özetlenmiştir. Kadınların daha fazla sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Pearson χ^2: 0,894; p=0,344). Erkeklerin daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Pearson χ^2: 3,984; p=0,046). Kadınların daha fazla tehdide maruz kaldığı saptanmıştır (Pearson χ^2: 6,434; p=0,011).

Tablo 21. Cinsiyete göre meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma

Cinsiyet	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam		
	N	%	N	%			
Erkek	34	12,7	234	87,3	268	**Sözel şiddet**	**p=0,046**
Kadın	16	9,7	149	90,3	165		
Toplam	**50**	**11,5**	**383**	**88,5**	**433**		
Erkek	210	78,4	58	21,6	268	**Fiziksel şiddet**	**p=0,011**
Kadın	142	86,1	23	13,9	165		
Toplam	**352**	**81,3**	**81**	**18,7**	**433**		
Erkek	119	44,4	149	55,6	268	**Tehdit**	**p=0,001**
Kadın	53	32,1	112	67,9	165		
Toplam	**172**	**39,7**	**261**	**60,3**	**433**		

Araştırmamıza katılan doktorların yaşa göre şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı bir fark saptandı. Daha genç yaştaki doktorların şiddet görme sıklığı daha fazla olduğu görüldü (Z:-3,387;p=0,001).

Doktorların yaşa göre sözel şiddete maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Z:1,297;p=0,195).

Doktorlarımızın yaşa göre fiziksel şiddete maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Z:0,829;p=0,407).

Doktorların yaşa göre tehdide maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Z:-1,520;p=0,129).

Doktorların yaşa göre mobinge maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Daha genç yaştaki doktorların mobinge maruz kalma sıklığı daha fazla olduğu saptandı (Z:-3,951;p<0,001).

Doktorların deneyim süresine göre şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı bir fark saptandı. Doktorluk hayatının ilk 10 yılında olanların şiddet görme sıklığı daha fazla olduğu görüldü (Z:-3,236;p=0,001).

Doktorların verdiği güvenlik notuna göre çalıştığı hastanelere baktığımızda aile sağlığı merkezleri güvenlik notu en düşük birim olurken özel hastaneler en yüksek birim oldu (Kruskal-Wallis test:48,070;p<0,001).

Cinsiyete göre meslek hayatı boyunca mobinge maruz kalma sıklığı arasındaki ilişki Tablo 22'de gösterilmiştir (Pearson χ^2: 3,954; p=0,047).

Tablo 22. Cinsiyete göre meslek hayatı boyunca mobinge maruz kalma sıklığı

Cinsiyet	Mobinge maruz kalmadım		Mobinge maruz kaldım		Toplam
	N	%	N	%	
Erkek	153	57,1	115	42,9	268
Kadın	78	47,3	87	52,7	165
Toplam	231	53,3	202	46,7	433

Çalışmamıza katılan uzman hekimlerin %40,6'sı şiddete maruz kalırken, pratisyen hekimlerin %61,4'ü asistan hekimlerin ise %58,4'ü şiddete maruz kalmıştır. Tablo 23'de görüldüğü gibi uzman olma veya olmama ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Pearson χ^2:14,441;p=0,001).

Tablo 23. Katılımcıların uzmanlık durumuna göre şiddet görme sıklığı

Günlük hasta sayısı	**Şiddete maruz kalmadım**		**Şiddete maruz kaldım**		**Toplam**
	N	%	N	%	
Pratisyen hekim	17	38,6	27	61,4	44
Uzman hekim	114	59,4	78	40,6	192
Asistan hekim	82	41,6	115	58,4	197
Toplam	213	49,2	220	50,8	433

Katılımcıların branşına göre son 1 yıl içinde şiddet görmeleri arasında anlamlı bir ilişki ilişki bulunamamıştır (Pearson χ^2:0,555;p=0,456). Detaylar Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların branşına göre son 1 yılda şiddet görme sıklığı arasındaki ilişki

Branş	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam
	N	%	N	%	
Dahili branşlar	149	48,1	161	51,9	310
Cerrahi branşlar	64	52	59	48	123
Toplam	213	49,2	220	50,8	433

Katılımcıların branşlara göre meslek hayatı boyunca herhangi bir şiddet görme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Pearson χ^2:4,224;p=0,040). Detaylar Tablo 25'de verilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların branşına meslek hayatı boyunca herhangi bir şiddet görme sıklığı arasındaki ilişki

Branş	**Şiddete maruz kalmadım**		**Şiddete maruz kaldım**		**Toplam**
	N	%	N	%	
Dahili branşlar	35	11,3	275	88,7	310
Cerrahi branşlar	6	4,9	117	95,1	123
Toplam	41	9,5	392	90,5	433

Katılımcıların branşına göre meslek hayatı boyunca sözel şiddet görmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Pearson χ^2:4,278;p=0,039). Detaylar Tablo 26'da verilmiştir. Katılımcıların branşına göre meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet görmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Pearson χ^2:2,680;p=0,102).

Tablo 26. Katılımcıların branşına göre meslek hayatı boyunca şiddet görme sıklığı arasındaki ilişki

Branş	Şiddete maruz kalmadım		Şiddete maruz kaldım		Toplam	
	N	%	N	%		
Dahili branşlar	42	13,5	268	86,5	310	**Sözel şiddet**
Cerrahi branşlar	8	6,5	115	93,5	123	
Toplam	**50**	**11,5**	**383**	**88,5**	**433**	
Dahili branşlar	258	83,2	52	16,8	310	**Fiziksel şiddet**
Cerrahi branşlar	94	76,4	29	23,6	123	
Toplam	**352**	**81,3**	**81**	**18,7**	**433**	

TARTIŞMA

Edirne il merkezindeki sağlık kuruluşlarında yaptığımız hekime yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi çalışmamızda elde edilen veriler tanımlayıcı ve çoklu analizlere tabi tutulduğunda, istatistiksel olarak anlamlı birçok sonuç elde edildi. Elde edilen bulgular mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri çalışmanın eksiklikleri ve özgün yönleri de göz ardı edilmeden irdelenip tartışıldı.

Çalışmamıza dahil edilen 433 hekimin 268'i (%61,9) erkek, 165'i (%38,1) ise kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmamıza katılan hekimlerimizin yaş ortalaması 36,8 (minimum 24,maksimum 71,SD±:9,664) idi. Çalışmamıza katılan hekimlerin %90,5'i meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade etti. Bu da demek oluyor ki doktorların 10'da 9'u hayatlarında bir kez de olsa şiddetle karşı karşıya kalmaktadır. Katılımcıların %88,5'i sözel şiddete maruz kaldığını ifade etti. %60,3'ü tehdit edilirken, %46,7'si mobinge ve %18,7'si de fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtti. Türkiye'de yapılmış iki farklı çalışmada, tüm sağlık çalışanlarının %87 oranında şiddet davranışına maruz kaldığı saptanmıştır (46,47).

Cinsiyete göre meslek hayatı boyunca sözel şiddete maruz kalma sıklığı kadında daha fazla iken (%90-87) meslek hayatı boyunca fiziksel şiddete maruz kalma ise erkekte daha fazla görülmektedir (%21-13).

Son 1 yılda katılımcıların %50,8'i en az bir kez şiddete maruz kaldığı ifade etti, bunlardan %47,1'i sözel şiddete, %29,8'i en az bir kez tehdide maruz kaldığını ifade etmiştir. %4,6'si fiziksel şiddete maruz kalırken, % 0,9'u da en az bir kez cinsel tacize maruz kaldığını belirtti. WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin

sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmektedir (23).

Son 1 yılda çalışmamıza katılan erkeklerin %42,9'u (n=105) şiddete maruz kalırken, kadınların %63,6'sı (n=115) şiddete maruz kaldığını ifade etti. Türkiye'de bu konuda yapılmış çok merkezli çalışmalar vardır. Bunlardan en kapsamlılarından biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır. Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiştir. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorgulandı. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52,5) şiddete uğradığını ifade etmiştir (24). Bizim çalışmamızda da yapılan diğer çalışmalarda da kadınların erkeklere göre işyerinde daha fazla şiddet gördüğü saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların aksine bizim çalışmamızda çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık saptandı (25). Deneyim süresi arttıkça veya yaş arttıkça şiddete uğrama sıklığı azaldığı görüldü.

Katılımcıların % 45,5 (n=197) i asistan hekim, % 44,3 (n=192) ü uzman hekim, % 10,2 (n=44) si pratisyen hekim idi. Çalışmamıza katılan uzman hekimlerin %40,6'sı şiddete maruz kalırken, pratisyen hekimlerin %61,4 ü asistan hekimlerin ise %58,4'ü şiddete maruz kaldı. Uzman olma veya olmama ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların % 11,5'i (n=50) profesör, % 4.6'sı (n=20) doçent, % 5,3'ü (n=23) yardımcı doçent idi. Akademik kariyeri olmayanların %56,8'i şiddete maruz kalırken, yardımcı doçentlerin %39,1'i, doçentlerin %35'i ve profesörlerin %22'si şiddete maruz kaldı. Yine uzman olanların daha az şiddet görmesine paralel olarak akademik kariyeri arttıkça doktorların şiddet görme oranı azalmıştır. Bunun birkaç nedeni olabilir. Birincisi insanların kariyere ve ünvana saygı duyup akademik kariyeri olan kişilere karşı tavırlarının değişmesi; ikincisi akademik kariyeri olan doktorlara ulaşmanın daha zor olması nedeniyle insanların daha bilgili olduğunu düşünüp saygı duyması; üçüncüsü akademik kariyer yaparken geçen sürede doktorların kazandıkları deneyim ve tecrübe sonucu insanları nasıl yönetebileceğini bilmesi de şiddeti azaltan sebeplerden olabilir. Yine yaptığımız çalışmada yaşa ve deneyim süresine göre şiddetin daha az görülmesi de bunu destekler niteliktedir.

Katılımcıların 310'u dahili branşlardan, 123'ü cerrahi branşlardan idi. Branşlara göre şiddete baktığımızda dahili branşların %52'sinin (n=161) şiddete maruz kaldığını cerrahi branşların ise %48'inin (n=59) şiddete maruz kaldığını gördük. Fakat meslek hayatı boyunca herhangi bir şiddet görmelerine baktığımızda cerrahi branşların %95,1'i (n=117) şiddete maruz

kalırken, dahili branşların %88,7'si (n=275) şiddete maruz kalmıştır. Son 1 yıla baktığımızda dahili branşlar daha fazla şiddet görüyor gibi görülmesine rağmen cerrahi branşlar daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Ayrıca fiziksel şiddet olarak da cerrahi branş doktorları daha fazla tehdit altında olduğu görüldü.

Sağlık kuruluşuna göre şiddet sıklığına baktığımızda ise en az şiddete maruz kalan birimin özel hastaneler olduğunu görmekteyiz (%35). Günlük bakılan hasta sayısına göre şiddete maruz kalma durumuna baktığımızda ise 10 ve altında hasta bakan hekimler %31,9 şiddete maruz kalırken, günde 10-50 hasta bakanlar %50,2, günde 50 ve üzeri hasta bakanlar ise %71,2 olarak saptanmıştır. Hasta başına ayrılan süre arttıkça daha az şiddet görüldüğü bariz şekilde görülmektedir. Bunun dışında doktora ulaşmak için uzun bekleme süresinin olmaması şiddetin meydana gelmesinin azaltmakta önemli unsurlardandır. Şiddete maruz kalan doktorlarımıza "sizce bunun nedeni ne olabilir?" diye sorduğumuzda %21 ile en fazla düşünülen sebep uzun bekleme süresi idi. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde en sık görülen sebeplerden biri olarak uzun bekleme süreleri gösterilmiştir (68).

"Sizce şiddetin nedeni ne olabilir?" sorusuna aldığımız diğer cevaplar ise; %19'u tedaviden memnuniyetsizlik, %13'ü istediği ilacı yazdıramama, %11'i rapor alamama, %11'i ihmal edildiğini düşündüğü için, %8'i hitapla ilgili problemlerden, %7'si kötü haber alma, %6'sı kurum yetersizlikleri ve %3 alkol veya ilaç etkisinde olması oldu. Katılımcılara "sizce sağlıkta artan bu şiddetin sebebi ne olabilir?" diye sorduğumuzda; %76,4'ü sebebin sağlık sektöründe uygulanan politikalar olduğunu düşünürken, % 59,8'i ise olayları medyanın körüklediği ve %44,1'i hastane idarecilerinden kaynaklandığını düşünmektedir.

Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmaların büyük bir kısmında şiddet olaylarının en çok acil servis çalışma ortamlarında meydana geldiğini görülmüştür (19,47). Bizim çalışmamızda %38 ile şiddet en fazla poliklinikte yaşanırken, %25'i yataklı serviste, %19'i acil serviste, %7'si bekleme salonunda, %7'si hastane koridorunda, %4'ü kendi odalarında yaşadıklarını ifade ettiler. Bizim çalışmamızın diğer çalışmalardan farklı sonuç vermesinin en önemli nedeni çalışmamıza katılan acil hekimi sayının az olmasıdır.

Şiddete maruz kalan doktorların %57'si şiddet sonrası herhangi bir şikâyette bulunmaz iken %15'i idareye bildirmiş, %15'i güvenlik çağırmış ve %13'ü karakola şikâyette bulunmuştur. Doktorlara yaptığınız şikâyet sonucunda ne yapıldı diye sorduğumuzda %30 oranında şiddet uygulayana hapis cezası verildiğini, %20 oranında para cezası aldığını, %20'sinde hiçbir sonuç alınamazken %30'unda hala mahkemenin devam ettiğini ifade ettiler. Bu durum; sağlık çalışanlarının ya şiddeti benimsemelerinin ya da kendilerine yönelik

tehditlerin ve aynı zamanda şikâyet etmeleri durumunda yargı sürecinin çok yavaş işlemesinin etkili olduğunu gösterebilir.

Sonuç olarak şiddet doktorun yaşına, cinsiyetine, branşına, çalıştığı kuruma, uzman olup olmamasına, akademik kariyerine ve hastanın beklentilerine göre değişmektedir. Hastalar doktordan ne beklemesini gerektiğini bilmemekte, problemi sorunu ne olursa olsun çözüm önerisi sunmasını talep etmektedir. Bunun da en önemli nedeni mevcut sağlık politikaları ve hastane düzenidir. Tek değişen doktorların tecrübe kazandıkça mevcut duruma alışmaları ve hastaları idare etme yeteneklerinin artmasıdır.

Bu çalışma sağlıkta şiddeti doktorların gözünden değerlendirmeyi amaçlamıştır. Sağlıkta şiddete bütüncül bir yaklaşımda bakabilmek, kalıcı çözümlere ve önlemlere ulaşabilmek için diğer bir paydaşı olan hasta tarafından da değerlendirilmesi gerekmektedir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan bu çalışmada, Edirne İl Merkezinde bulunan sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin, hekime yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirebilmek hedeflendi. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir;

1. Hekimlerin yaş, doktorluk yaptıkları süre, günlük baktıkları hasta sayısı ile şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Yaş ilerledikçe doktorluk hayatında tecrübe kazandıkça hastalarla gereksiz tartışmalara daha az girmektedirler. Doktorların bir hastaya ayırdıkları süre arttıkça şiddet daha az olmakta, insanlar daha fazla önemsendiği hissetmek istediklerinden daha sakin bir muayene ortamı oluşmaktadır. Kafalarındaki sorulara cevap bulabilecek zaman bulabilen hastalar daha sakin olmakta ve böylelikle daha az şiddet görülmektedir. Sağlıkta görülen şiddetin en önemli sebeplerinden biri önemsenme isteği olduğundan hasta başına ayrılan sürenin arttırılması şiddetin önüne geçmekteki en önemli unsurlardan biridir.
2. Hekimlerin uzman olup olmama veya akademik kariyeri olup olmama durumuna göre de şiddet görme sıklıkları farklılık göstermiştir. Katılımcılarımıza göre hastalar veya hasta yakınları 1. basamak hekimleri veya acil hekimlerine her istediklerinde ulaşmanın verdiği değersizleştirme durumu söz konusudur. Uzman hekimlere veya akademik ünvanı olan hekimlere ulaşmaları daha zor olduğundan onlara karşı daha saygılı olmaktadırlar. Bunun başka bir nedeni de uzmana ulaştıklarında sorunlarına daha iyi bir çözüm bulacaklarını düşünmeleridir. Hekimlerin hastalarla olan iletişim becerilerini arttırmak şiddetin önüne geçmekteki önemli basamaklardan biri olacaktır.

3. Sağlık kuruluşu bazında bakıldığında şiddet özel hastanelerde daha az görülmektedir. Bunun en önemli nedenleri bekleme süresinin daha az olması, insanların sorularına cevap verebilecek hekim dışı sağlık personeli (hemşire, danışma, sekreter gibi) olması ve belki de sorunlarına daha hızlı çözüm bulmaları olabilir. Kurumların randevu sistemine geçerek bir hastaya ayrılan süreyi arttırmaları şiddetin önüne geçilmesine yardımcı olacaktır.
4. Belki de en kötüsü, doktorlarımız hakaret veya küfürle kendilerine sözel şiddet uygulanmasına alıştığını ifade ediyorlardı. Bir çoğu şikayette bile bulunmadığını ve bu durumun düzeleceğine dahi inancı kalmadığını ifade etmiştir. Tehditlere karşı boyun eğer duruma gelmiş, sadece fiziksel bir şiddetle karşılaştıklarında şikayetçi olmuşlardır. Uygulanan sağlık politikaları sağlık kurumlarını birer ticarethanelere dönüştürmüş, medya da doktora yönelik şiddet haberlerinin popüler bir hal alması halkın gözünde doktorları değersizleştirmiş, doktorluk artık saygı duyulmayan bir meslek haline gelmiştir. Politikacıların, medyanın ve idarecilerin söylemlerinde değişiklik yapıp doktorluğu yeniden saygın bir meslek haline getirebilmek şiddetin önemli ölçüde azaltacaktır.

Sonuç olarak; sağlıkta şiddet sorunun çözülmesi için; toplumun, sağlık çalışanlarının, idari ve hukuki birimlerin, siyasetçilerin, basının duyarlı davranması gerekmektedir. Hastaneler randevu sistemine geçerek uzun hasta kuyrukları oluşmasını engellemelidir. Yardımcı sağlık personeli sayısı artırılarak hastalara sunulan hizmet daha iyi bir hale getirilebilir. Ayrıca güvenlik güçlerini arttırarak sağlık çalışanlarının güvenliği için gerekenleri yerine getirmelidir. Hasta ve hasta yakınları bilinçlendirilmeli gerekirse kamu spotlarıyla bu bilinçlendirme desteklenmelidir.

ÖZET

Araştırmamızda Edirne il merkezindeki doktorların maruz kaldığı şiddeti, şiddet sonrası yaşadıklarını ve şiddete maruz kalma sıklığını incelemeyi hedefledik. Çalışmanın evreni 01.09.15 - 01.02.2016 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki 772 hekim oluşturmaktadır. Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmamızın amacı kendilerine anlatıldı. Araştırmamıza katılmayı kabul eden 433 hekime anketler uygulandı. Anket 41 sorudan oluşmaktadır. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskall–Wallis H ve Ki-kare analiz testleri kullanıldı.

Katılımcıların %50,8'i son 1 yılda işyerinde en az bir kez şiddete maruz kaldığı ifade etmiştir. Meslek hayatı boyunca doktorların %88,5'i sözel şiddete maruz kalmaktadır. Doktorların akademik kariyeri arttıkça şiddete maruz kalma sıklığı azalmaktadır (Pearson χ^2:24,684; p<0,001). Günlük bakılan hasta sayısı arttıkça şiddete maruz kalma sıklığı arttığı saptanmıştır (Pearson χ^2:22,118; p<0,001). Kadınlar erkeklere göre daha fazla şiddet görmektedir (Pearson χ^2:17,552; p<0,001). Doktorluk hayatının ilk 10 yılında olanların şiddet görme sıklığı daha fazla olduğu görülmüştür (Z:-3,236;p=0,001).

Çalışmamızın hedeflerinden bir tanesi de şiddetin sebebi idi. Şiddete maruz kalan doktorların gözlemlediği sebeplerden en fazla şikâyet edilen konu bekleme nedeniyle gecikme idi. Uzun hasta kuyruklarını azaltmak, randevu sistemini yaygın bir hale getirmek sağlıktaki şiddeti önemli ölçüde azaltacak gibi görünmektedir. İstediği ilacı yazdıramama veya hasta olmadan ilaç yazdırmaya çalışmak, hasta olmadığı halde rapor almaya çalışmak gibi etik olmayan istekler de hastaların şiddete başvurmasında önemli nedenlerdendir.

Sonuç olarak şiddetin sıklığını, nedenlerini ve sonuçlarını doktorların gözünden ortaya koymaya çalıştığımız bu çalışmada, sağlıkta şiddetin halen ciddi bir sorun olduğu ve doktorların maruz kaldıkları şiddetin sonucunda çalışma isteklerini kaybettikleri saptanmıştır. Ülkenin en batısında yaptığımız bu çalışmada dahi her 10 doktordan 9'u hayatında bir kez de olsa şiddete maruz kalmaktadır. Sağlıkta şiddetin önüne geçilebilmesi için sağlık bakanlığından, hastane idaresine, medyadan, doktorlara, hasta ve hasta yakınlarına kadar herkes üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir. Sağlıkta şiddete daha kalıcı çözümler bulunabilmesi için hasta gözünden de olaylar araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: doktorlar, şiddet, sağlık tesisleri

EVALUATION OF EXPOSURE TO VIOLENCE AGAINST DOCTORS IN HEALTH FACILITIES OF EDIRNE CITY CENTRE

SUMMARY

In this study, we aimed to investigate the violence against doctors in the city center of Edirne and prevalence of exposure to violence and experiences after the violence. The sample of this study comprised of 772 medical doctors. We reached all of the doctors between 01.09.2015 and 01.02.2016 and explained our study. 433 doctors accepted to participate in our study. The data were collected by researchers using a questionnaire which includes 41 questions. We used descriptive statistics, Mann-Whitney U, Chi-Square and Kruskall-Wallis H test.

In our study, 50.8% of participants stated that they have been exposed to violence at least once in the last 1 year. 88.5% of the doctors were exposed to verbal violence throughout their career. When the academic careers increase, the frequency of exposure to violence decreases (Pearson χ^2:24,684; p<0,001). The higher daily number of patients was also increasing the frequency of exposure to violence (Pearson χ^2:22,118; p<0,001). Female doctors were exposed to violence more than male doctors (Pearson χ^2:17,552; p<0,001). Young doctors who are in the first 10 years of their career exposed to violence much higher than others (Z:3,236;p=0,001).

Our study also questioned the reasons of the violence in the perspective of doctors. According to the participants most common causes were delays and waits. To disseminate the appointment system and reduce long patient queues will significantly reduce the violence.

Being unable to prescribe the requested drug, unable to get drugs or sick leave with no medical necessity are among the reasons to direct violence towards doctors.

As result of our study, we can say the violence is still a serious problem in health and the doctors lose their motivations for work after faced violence. Another important result is, 9 out of every 10 doctors were faced violence at least once in their career. In order to prevent violence in health, everyone, from the patients to the ministry of health, hospital administrations, media, doctors must fulfill their own responsibilities. For permanent solutions of violence, we also need to investigate from the patients' point of views.

Keywords: physicians, violence, health facilities

KAYNAKLAR

1. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. J Psychiatr Nursing 2011;2(1):9-16.

2. Dilek A. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastenesi örneğinde incelenmesi. NWSA: Med Sci 2013;8(2):1-15.

3. Hostiuc S, Dermengiu D, Hostiuc M. Violence against physicians in training. A Romanian perspective. J Forensic Leg Med 2014;27:55-61.

4. Annagür B. Violence towards health care staff: risk factors, aftereffects, evaluation and prevention. Curr Approach Psychiatr 2010;2(2):161-73.

5. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Yilmaz DA, Yildirim C. Increased violence towards health care staff. J Academic Emergency Med 2012;11(2):115.

6. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Soc Sci Med 2001;52(3):417-27.

7. Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur Ş, Tuğlu A. Hemşirelerin acil serviste şiddet içeren olgu senaryolarına yaklaşımları. Gülhane Tıp Derg 2005;47(1):18.

8. Dura A, Vural B, Vural F, Çiftçi S, Fil Ş. Violence towards healthcare staff at emergency departmant of a public hospital: the rate of reported events of violence. Turkish Journal of Family Practice 2013;17(4):147-52.

9. Saines J. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999;7(1):8-12.

10. Steffgen G. Physical violence at the workplace: consequences on health and measures of prevention. Euro Rev App Psychol 2008;58(4):285-95.

11. Özcan NK, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. Turkiye Klinikleri Journal of Med Sci 2011;31(6):1442-56.

12. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(1):112-37.

13. Bahçeci B, Köroğlu A, Güveli H, Hocaoğlu Ç, Aslan M, Gündoğdu ÖL. Temporal lob epilepsisi ve iki uçlu bozukluk: bir olgu sunumu. J Mood Disord 2011;1(4):162-5.

14. Çelik H, Otrar M. Saldırganlık envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 2009;29:101-20.

15. Erdem M, Özdemir B, Çelik C, Balıkçı A, Türker T, Nahit K. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularının şiddet suçu niteliğine göre mizaç ve karakter özellikleri. Klin Psikiyatr Derg 2010;13:113-8.

16. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Derg 2006;17(2):107-14.

17. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(3):243-56.

18. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev 2001;48(3):129-30.

19. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. J Adv Nurs 2012;68(12):2685-99.

20. Arslantaş H, Adana F, Bağcı S, Elif A. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları şiddetin boyun eğici davranışlar ve bazı değişkenlerle ilişkisi. F. N. Hem. Derg 2012;20(1):53-61.

21. Eker HH, Özder A, Tokaç M, Topçu I, Tabu A. Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. Arch Psychiatr Psychotherap 2012;4:19-29.

22. Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, Hellsten JJ. Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. JAMA 1998;280(5):439-42.

23. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. J Occup Health 2008;50(3):288-93.

24. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Derg 2002;3:147-54.

25. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J İnterpers Viol 2006;21(2):276-96.

26. Sadi T. Sağlık çalışanlarına şiddet üzerine analiz. Androl Bul 2013;15(55):254.

27. Workplace violence in the health sector. State of the art Geneva[internet]. avaliable from:www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVstateart.pdf (erişim tarihi: 20.01.2016)

28. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. Psychology 2002;53(1):27.

29. Öztürk E. Türkiye'de Aile, Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. 21 Yüzyılda Eğitim ve Toplum 2014;3(7):39-55.

30. Çubukçu Z, Dönmez A. İlköğretim okul yöneticilerinin şiddet türlerine yönelik görüşleri ve şiddetle başa çıkma yöntemleri. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2012;18(1):37-64.

31. Kaymaz HE, Öztürk A, Bağcıoğlu E. Psychiatric evaluation of married women who exposed to domestic violence. Gaziantep Med J 2014;20(1):15-9.

32. Özgür G, Yörükoğlu G, Baysan L. Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Derg 2011;2(2):53-60.

33. Merve A. Aile içi şiddet. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2013;71(1):29.

34. Kahriman İ. Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi. J Psychiatr Nurs 2014;5(2):77-83.

35. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, ve ark. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. Gazi Med J 2013;24(1):5-10

36. Özen S. İşyerinde psikolojik şiddet: hastane çalışanları üzerine bir araştırma. Çalışma ve Toplum 2008;4(19):107-34.

37. Baş N, Oral ET. Mobbing davranışı ve kişilik özellikleriyle ilişkisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Derg 2012;11(21).

38. Ezgi B. Mobbing. 2.Uluslararası 6.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, 2012:357.

39. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. 2010:18.

40. Göktaş E. Özel ve Devlet Liselerinde Şiddete Eğilim Nedenleri Ve Şiddet Etkenlerinin Karşılaştırılması Üsküdar Örneği (tez) İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2010.

41. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Selcuk University Social Sciences Institute Journal 2006;35(15):610-29.

42. Adaş EB, Osman E, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet raporu-I. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası 2008.

43. Özen S. İşyerinde psikolojik şiddet ve nedenleri. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2007;9(3):1-34.

44. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. Canadian Med Assoc J 1999;161(10):1245-8.

45. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. J Clin Nurs 2004;13(1):3-10.

46. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers–A problem in Turkey? J Forensic Leg Med 2007;14(7):423-8.

47. Gökçe T, Dündar C. Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Derg 2008;15(1):25-8.

48. Gülalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15(3):239-42.

49. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med 2004;61(6):495-503.

50. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. J Emergency Med 2006;31(3):331-7.

51. Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. J Emergency Med 2000;26(3):210-5.

52. Winstanley S, Whittington R. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002;106(s412):144-7.

53. Ng K, Yeung J, Cheung I, Chung A, White P. Workplace violence-a survey of diagnostic radiographers working in public hospitals in Hong Kong. J Occup Health 2009;51(4):355-63.

54. Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients: Health Rep 2009;20(2):7-19.

55. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. J Emergency Med 2005;28(3):361-5.

56. Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: a literature review. Australian Emergency Nurs J 2004;7(2):27-37.

57. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. J Clin Nurs 2011;20(7-8):1072-85.

58. Howe A, Crilly M. Violence in the community: a health service view from a UK. accident and emergency department. Public Health 2002;116(1):15-21.

59. Çelik S, Celik Y, Ağırbaş İ, Uğurluoğlu Ö. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. Int Nurs Rev 2007;54(4):359-66.

60. Öztunç G. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. J Nurs Care Quality 2006;21(4):360-5.

61. Turla A, Aydın B, Ünlü B. The experiences and views of medical interns on violence and aggression against doctors. Adli Tıp Bul 2014;17(1):7.

62. Assembly UG. Universal declaration of human rights. UN General Assembly 1948.

63. Avrupa Sosyal Şartı. Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi[internet]. Available from: https://abmuzakere.bilgi.edu.tr/public/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf (Erişim tarihi: 29.12.2015)

64. Türk Ceza Kanunu[internet]. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html (Erişim tarihi : 29.12.2015)

65. Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun[internet]. Avaliable from: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/06/20140628-9.htm. (Erişim tarihi: 29.12.2015)

66. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Acil Servis Seviye Tespit ve Denetleme Formu (Ek-5), Ankara. 2009(s 2).

67. TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu s. 184-5 ocak 2013[internet]. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf (Erişim tarihi: 29.12.2015)

68. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. J İnterpers Viol 2009;24(12):1980-95.

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/149	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 14/02** **Tarih:29.07.2015**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Rıfat ERTEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, önerimiz doğrultusunda adı" Edirne İl Merkezinde 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi ve Diğer Sağlık Kuruluşları ile Kıyaslanması" olan çalışmanın yeni başlıkla "Edirne İl Merkezinde Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi " olarak ve aştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İZİNLİ
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İdari İşler Birimi

Sayı : 35727477-604.99 -E.5267 22/01/2016
Konu : Diğer

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) 12.01.2016 tarih ve E.1816 sayılı yazınız.
b) Trakya Üniversitesi Rektörlüğü' nün 20.01.2016 tarih ve E.4627 sayılı yazısı.

İlgi b) de kayıtlı yazı ekinde alınan **"Edirne İl Merkezinde Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi"** isimli tez çalışması hakkındaki Edirne Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 18.01.2016 tarih ve 755.02.01-E.23 sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan

Ek:3 sayfa.

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon:2842357653 Faks2842357652
E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Fatma Nur ÇİÇİN
Unvanı: Memur

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı

Sayı : 59803669-604.99 -E.4627 20/01/2016
Konu : Anket izni onayı

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 13.01.2016 tarihli yazınız.

Fakülteniz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın yürütücülüğünü, araştırma görevlisi Dr. Rıfat ERTEN'in yardımcı araştırıcılığını yapacağı tez çalışması ile ilgili Valilik Olur'u ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN
Rektör Yardımcısı

Ek:
1- İl Sağlık Müdürlüğü yazısı (1 sayfa)
2- Valilik Oluru (1 sayfa)

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı Balkan Yerleşkesi
Edirne 22030
Telefon:2842234210 Faks2842235507
E-Posta:idamali@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://imdb.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Remziye KILIÇ
Unvanı: Şef

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
18-01/2016 09:07 - 18836265 - 755.02.01 - E.23
000017673315

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

EDİRNE
SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 18836265/755.02.01
Konu : Araştırma İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı

İlgi: 13/01/2016 tarihli ve 1217 sayılı yazınız.

13/01/2016 tarihli ve 1217 sayılı yazınıza istinaden, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın yürütücülüğünü, araştırma görevlisi Dr. Rıfat ERTEN'in yardımcı araştırmacılığını yapacağı tez çalışması ile ilgili Valilik Olur'u ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.A.Muhsin KİŞİOĞLU
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı İle Aynıdır
18../01./2016.

EKLER:
1- Araştırma İzni

Kadri GÜNEŞ
Memur

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü / Barutluk Mah. Arnavut Köy Cad. Toki 1. Kısım EDİRNE
Suzan S. / suzan.soz@saglik.gov.tr / Tel : 0 284 226 84 43

18 Ocak 2016

01831

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 53f9b99e-e4b7-49f7-b6b5-2c372b8f49f4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
15/01/2016 15:52 - 18836265 - 755.02.01 - E.21
00017644153

T.C. Sağlık Bakanlığı
EDİRNE
SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 18836265/755.02.01
Konu : Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın yürütücülüğünü, araştırma görevlisi Dr. Rıfat ERTEN'in yardımcı araştırmacılığını yapacakları "Edirne İl Merkezinde Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Mazuriyetinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasının Trakya Üniversitesi Hastanesi, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Özel Trakya Hastanesi, Özel Ekol Hastanesi, il merkezinde bulunan 19 Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması planlanmıştır. Söz konusu tez ile ilgili dilekçe ve planlanan anket çalışmaları ekte sunulmuştur.

Söz konusu araştırma isteği Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Dr.A.Muhsin KİŞİOĞLU
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
1- Ek Bilgi ve Anket Formu
2- Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Üst Yazısı

O L U R
.../.../2016

Beyazıt TANÇ
Vali V.

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü / Barutluk Mah. Arnavut Köy Cad. Toki 1. Kısım EDİRNE
Suzan S. / suzan.soz@saglik.gov.tr / Tel : 0 284 226 84 43

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 53f9b99e-e4b7-49f7-b6b5-2c372b8f49f4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EDİRNE İL MERKEZİNDE SAĞLIK KURULUŞLARINDA DOKTORLARA YÖNELİK ŞİDDET MARUZİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arş. Gör. Dr. Rıfat Erten

Danışman:
Doç. Dr. Serdar Öztora

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne il merkezinde sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi" amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olayıdır. Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır.

1. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

2. Yaşınız: .....

3. Lütfen görev yaptığınız kurumu belirtir misiniz?

1) Üniversite hastanesi 2) Aile Sağlığı Merkezi
3) Devlet hastanesi 4) Özel hastane

4. Sağlık kurumundaki göreviniz?

1) Pratisyen hekim 2) Uzman hekim 3) Asistan hekim

5. Varsa akademik kariyerinizi belirtir misiniz?

1) Profesör 2) Doçent 3) Yardımcı Doçent

6. Varsa uzmanlık alanınız: .....

7. Günlük ortalama baktığınız hasta sayısı nedir?

1) hasta bakmıyorum 2) 10 ve altı 3) 11-50 4) 50 üzeri

8. Günlük iş hayatınızda hasta yakınları ile iletişime geçiyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet

9. Mesleğinizde kaçıncı yılınız? .....

10. Çalıştığınız kurumda kaç yıldan beri görev yapıyorsunuz? .....

11. Sizce son bir yılda toplumda şiddet olaylarında bir artış var mı?

0) Hayır 1) Evet

12. Son bir yılda sağlıkta şiddet olaylarında bir artış gözlemliyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet

13. Sizce sağlıkta şiddet olaylarında artış olmasının nedeni ne olabilir?

1) Medya 2) Politikacılar 3) Doktorlar 4) İdareciler

5) Diğer (belirtiniz): .....

14. Sizce son bir yılda görev yaptığınız kurumda şiddet olaylarında bir artış var mı?

0) Hayır 1) Evet

15. Meslek hayatınız boyunca hiç sözel şiddete maruz kaldınız mı?

0) Hiç kalmadım 1) Evet kaldım (kaç kez belirtiniz) : ....

16. Meslek hayatınız boyunca hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

0) Hiç kalmadım 1) Evet kaldım (kaç kez belirtiniz) : .....

17. Meslek hayatınız boyunca hiç tehdit edildiniz mi?

0) Hiç kalmadım 1) Evet kaldım (kaç kez belirtiniz) : .....

18. Mesleki uygulamalarınızdan ötürü hiç mobinge maruz kaldınız mı?

0) Hiç kalmadım 1) Evet kaldım (kaç kez belirtiniz) : .....

19. Son bir yılda işyerinde şiddete maruz kaldınız mı?

0) Hiç kalmadım (33.soruya geçebilirsiniz)

1) 1-3 kez kaldım

2) 4-6 kez kaldım

3) 7-10 kez kaldım

4) 11 ve üzeri

20. Maruz kaldığınız şiddeti tarif eder misiniz ? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Tokat: ..... kez

2) Yumruk: ..... kez

3) Bıçakla yaralanma: ..... kez

4) Silahla yaralanma: ..... kez

5) Küfür hakaret: ..... kez

6) Tehdit: ..... kez

7) Cinsel taciz: ..... kez

8) Diğer (belirtiniz): .....

21. Şiddetin gerçekleştiği yeri belirtir misiniz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Kendi odam 2) Hasta bekleme salonu 3) Hastane koridoru

4) Hastane bahçesi 5) Hastanın evi 6) Yataklı servis

7) Acil servis 8)poliklinik 9) Diğer (belirtiniz): .....

22. Şiddete maruz kaldığınız zamanı belirtir misiniz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Mesai saatinde 2) Mesai saati dışında 3) Nöbet esnasında

23. Şiddete başvuran kişi ya da kişiler kimler idi? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Hasta 2) Hasta yakınları 3) İdare 4) Sağlık çalışanı

24. Şiddete başvuranların cinsiyetlerini düşündüğünüzde daha çok kimler idi?

1) Çoğunlukla kadın 2) Çoğunlukla erkek 3) Eşitti

25. Kişinin şiddete başvurma neden sizce neydi? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) Tedaviden memnuniyetsizlik / istediği ilacı yazdıramama

2) Bekleme gecikme nedeniyle

3) İhmal edilme düşüncesi

4) Alkol ya da ilaç etkisi altında olması

5) İlaç, yatak, cihaz gibi kurum yetersizlikleri

6) Kötü haber almak

7) Rapor alamama

8) Hitapla ilgili problemler

9) Diğer (belirtiniz): .....

26. Size uygulanan şiddet konusunda şikayette bulundunuz mu? :

0) Hayır bulunmadım 1) Karakola şikayette bulundum

2) İdareye bildirdim 3) Güvenlik çağırdım

27. Şikayetiniz konusunda ne tür bir işlem yapıldı?

1) Hasta taburcu edildi 2) Güvenlik marifetiyle saldırgan uzaklaştırıldı

3) Özür-uzlaştırma 4) Mahkeme

5) Diğer (belirtiniz): .....

28. Hiç beyaz kod verdiniz mi?

0) Hayır 1) Evet

29. Beyaz kod vermenizin sonucunda ne oldu?

1) Halen mahkeme devam ediyor 2) Hapis cezası aldı 3) Para cezası aldı

4) Diğer (belirtiniz): .....

30. Beyaz kod uygulamasından memnun kaldınız mı?

0) Hayır 1) Evet 2) Kısmen (açıklayınız): .....

31. Şiddet sizde nasıl bir etki bıraktı?

1) Öfke 2) Hayal kırıklığı 3) Çaresizlik 4) Anksiyete
5) Üzüntü 6) Güvensizlik 7) Diğer (belirtiniz): .....

32. Şiddetin çalışmanıza etkisi nasıl oldu?

1) Etkisi olmadı 2) Artık daha dikkatliyim 3) Daha endişeliyim

4) Yaptığım işten keyif almıyorum 5) Çalıştığım kurumu değiştirmek istiyorum

6) Diğer (belirtiniz): .....

33. Sizce hastaların şiddete başvurması ile gelir düzeyi arasında bir ilişki var mı?

0) Hayır 1) Evet

34. 33. Soruya cevabınız evet ise, sizce aşağıdakilerden hangisi daha uygundur:

1) Düşük gelir grubundan gelen hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurma eğilimindedir.

2) Orta gelir grubundan gelen hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurma eğilimindedir.

3) Yüksek gelir grubundan gelen hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurma eğilimindedir.

35. Sizce hastaların şiddete başvurması ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki var mı ?

0) Hayır 1) Evet

36. 35. Soruya cevabınız evet ise, sizce aşağıdakilerden hangisi daha uygundur:

1) Eğitim seviyesi düşük hasta veya hasta yakınları daha çok şiddete başvurma eğilimindedir.

2) Eğitim seviyesi yüksek hasta veya hasta yakınları daha çok şiddete başvurma eğilimindedir.

37. Sizce son yıllarda doktorların toplumda saygınlığı azaldı mı?

0) Hayır 1) Evet

38. Sizce çalıştığınız kurum yönetimi güvenliğiniz konusunda gerekli önlemleri alıyor mu?

0) Hayır 1) Evet

39. Çalıştığınız kurumu güvenlik açısından değerlendirirseniz, 1 ile 10 arasından kaç puan verirsiniz?

(1: en kötü; 10: en iyi): .....

40. Kurumunuz çalışanlarına güvenlik eğitimi veriyor mu?

0) Hayır 1) Evet

41. Sizce sağlık çalışanlarına dönük şiddetin önlenmesi için neler yapılmalıdır?