



SASAM
ENSTİTÜSÜ

ANALİZ
TEMMUZ 2015

SAĞLIKTA ŞİDDET NASIL BİTER?



Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre



SUNUŞ



*Metin MEMİŞ
Memur-Sen Genel Başkan Vekili
Sağlık-Sen Genel Başkanı*

Sağlıkta Dönüşüm Programının yıllar içinde ihmal ettiği istihdamı ve yapısal dönüşüm ayakları bugün şiddeti doğuran en önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Reformları şiddet ve başka pek çok yapısal sorunu ortadan kaldıracak etkin stratejilerle yolculuğuna devam etmelidir. Bu noktada özellikle sağlık politikalarının halkta sağlık bilincini geliştirme, sağlık kurumlarının modernizasyonu, insan kaynaklarının gelişimi, sağlık çalışanlarının sağlığı, güvenliği, motivasyonu gibi ana başlıklar çerçevesinde yeniden belirlenmesi önem arz etmektedir.

Sağlık-Sen olarak bugüne kadar sağlıkta şiddeti önleme amaçlı tedbirler konusunda güvenlik tedbirlerinin artırılması da dahil çeşitli önerilerimiz oldu. Bunların bir kısmı hayata geçirildi.

Her ne kadar hukuki uygulamalarda zaman zaman sorunlar yaşansa da bugün sağlık çalışanına şiddet uygulayanların gözaltına alınması ve tu-

tuklu yargılanması gibi kayda değer bir durum söz konusu.

Bugünlerde hastanelerin güvenliğinin polislerce sağlanması konusunda çalışmalar yürütüldüğünü de biliyoruz. Bütün bu çabaları elbette önemsiyoruz. Bir tek sağlık çalışanımızın saçının teline zarar gelmesine tahammülümüzün kalmadığı bir noktadayız. Bu nedenle etkin güvenlik tedbirleri alınmasını önemsiyoruz. Ancak şiddeti bu tedbirler kalıcı olarak ortadan kaldırır mı dersiniz elbette bu mümkün değil. Yinelemek istiyoruz sağlıkta şiddet toplumsal şiddetin bir parçası. Evet; ailesinde, sokakta, stadyumda, trafikte şiddet uygulayanlar sağlıkta da şiddet uyguluyor, ancak sağlıkta şiddeti artıran başka değişkenlerin de olduğunu araştırmalarımız ortaya koyuyor.

Sağlık-Sen olarak sağlıkta şiddetin nedenlerini ortaya koymak üzere araştırmalar yaptık ve halkımıza sorduk. Araştırmamızda sağlık çalışanlarının hizmetinden memnuniyet, kurumsal memnuniyetten daha yüksek çıktı.

“O zaman şiddet neden var?” diye sorguladığımızda şiddetin en çok yaşandığı bölgelerde ciddi yığılmalar olduğu, hizmete erişim sürelerinin yani bekleme sürelerinin uzun olduğu, bu süreçlerde yeterli bilgilendirmelerin sağlanmadığı gibi gerçekler önümüze çıkıyor.

Son 12 yılda neredeyse üç kat artan talebi bir kat artan sağlık profesyoneli ile karşılamak zorunda kalıyoruz. Ciddi bir insan kaynağı açığımız var. Hastalarla iletişim kurmaya zaman bulunamıyor. Bulunsa bile AB ortalamasının 2.5 kat fazla iş yükünü taşımaya çalışan sağlıkçıların psikolojik direnci kalmıyor. Bu nedenle şiddeti kalıcı olarak önlemede güvenlik tedbirlerinden daha çok şiddeti doğuran nedenleri ortadan kaldırmanın gerekli olduğuna inanıyoruz. Bu kapsamda etkin bir istihdam politikasına ihtiyacımız var.

İnsan kaynağımız artırılmalıdır. Bu hayati konu maliye politikasının tutuculuğuna terk edilmemelidir. Sağlık çalışanlarında yıpranma ve tükenmişlik had safhaya ulaştı. Gerçekten büyük bir fedakarlıkla hizmetler aksamadan bugünlere geldi ancak sağlık çalışanı sağlığını kaybedecek bir noktaya geldiyse, bütçe imkanlarından bahsetmek haksızlık olur.

İnsan kaynağı artırılırken, devlet taşeron uygulamalarla ucuz işgücü arayışına girmemelidir. Taşeron sistemin nasıl bir yara olduğu ortada iken, sağlık emeğini de taşeron sisteme kurban etmek doğru değildir.

Şiddeti önleme konusunda köklü çözümlerden birisi de insanımızın sağlık bilincini ve sağlık okuryazarlık seviyesini geliştirmek olmalıdır.

İnsanımıza devlet olarak şu mesajı vermemiz gerekiyor: Evet en nitelikli sağlık hizmetini en hızlı şekilde size sunmak istiyoruz. Sizin sağlığınızı ve memnuniyetinizi önemsiyoruz. Ancak bu hizmetleri yerinde kullanmak gibi bir sorumluluğunuz var.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşanan talep artışını ciddi şekilde sorgulamamız gerekiyor. Düşünün ki, acil servislere başvuran vakaların yüzde 80'i poliklinik hastası.

İnsanlar hasta olduğunda ilk olarak aile hekimlerini değil, hastaneleri tercih ediyor. 2014 yılı sonu itibariyle Türkiye’de ilk kez sağlık okuryazarlığı araştırması gerçekleştirdik.

Araştırma insanımızın sağlık hizmetini kullanım alışkanlıklarının da ciddi bir sorun olduğunu ortaya koydu. Aynı konuda ikinci, üçüncü kez hekime giden, acil hizmetleri poliklinik gibi kullanan ciddi bir nüfus olduğunu gördük. Bu şekilde devam edilme-

mesi gerektiğini düşünüyoruz. O zaman insanımıza devlet olarak şu mesajı vermemiz gerekiyor. Evet en nitelikli sağlık hizmetini en hızlı şekilde size sunmak istiyoruz. Sizin sağlığınızı ve memnuniyetinizi önemsiyoruz. Ancak bu hizmetleri yerinde kullanmak gibi bir sorumluluğunuz var. Öte yandan okullardan başlayarak bütün toplumsal kademelerde sağlık okuryazarlığımızı geliştirecek eğitim ve tanıtım stratejileri geliştirilmelidir.

İnsanımızın sağlık hizmetlerini verimli kullanımı, başta israf ve yoğunluğu olmak üzere pek çok sorunu önleyecek, şiddetin ürettiği kaotik ortamların azalması sağlanmış olacaktır. Bunun yanı sıra hastanelerin fiziksel ve teknolojik dönüşümü de hem sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği açısından hem de hizmet üretim sürecinin sağlığı açısından önemli bir ihtiyaç olduğu gerçektir. O nedenle kampüs hastane projelerinin önemli bir rahatlama sağlayacaktır.

Özetle sağlıkta artan şiddetin sağlık sisteminin yapısal sorunları ile paralel büyüdüğünü görmek ve şiddeti minimize etmek için bu yapısal sorunlarla etkin mücadele etmek gerekmektedir.



Yazarlar:

Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Defne YILMAZ
Onur B. BARKAN
Nilüfer TOKSOY
Yusuf Ziya UYSALER

GİRİŞ

Şiddet sözcüğü Türkçe'ye Arapçadan girmiştir. Sözcük hem kuvvet hem de ihlal etme anlamlarını içermektedir; kuvvetli, hiddetli, sert, zorlu, taşkın ve incitmek, zarar vermek, bozmak, lekelemek, tecavüz etmek, zorlamak, çiğnemek, ihlal etmek anlamları bir arada bulunmaktadır. İnsanlık tarihinde şiddet davranışı hep var olmuştur. İnsanlık tarihi boyunca bireysel

ve toplumsal düzeyde farklı boyutlarda görülen şiddet; kimi zaman fiziksel kimi zaman da psikolojik düzeyde kendisini gösteren, ne yazık ki yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda şiddet, yanlış biçimde insanın doğal bir özelliği olarak algılanmaktadır.

Şiddet; cinayet, işkence, darbe, vuruş ve etkili eylem, savaş, terör, baskı, sindirme, tehdit, şantaj vb. tüm davranışları kapsayabilir. Şiddet küresel bir halk sağlığı sorunudur.

Sağlık Çalışanları, uzun ve çok meşakkatli bir eğitim süreci sonrasında, sağlıklı toplumu korumak, hastalara şifa vermek amacı ile mesleklerini büyük özveri ile yerine getirmektedir. Bir taraftan yoğun iş yükü, uzamış çalışma süreleri, bitmeyen, kimi zaman sınırları zorlayan hasta talepleri, sosyal güvenlik ve mevzuatın yaptığı kısıtlamalar, performans uygulamaları gibi pek çok sağlık sistemi unsurları sağlık çalışanlarını zorlarken; diğer taraftan toplumda şiddetin bir sorun çözme biçimi olarak algılanması, bu algi-

nin nihayetinde sağlık alanına da sirayet etmesi ülkemizde sağlık çalışanlarının mesleklerini yaparken şiddete uğraması, şehit edilmesi “Sağlıkta Şiddetin Engellenmesinde” eksik yönler olduğunu göstermektedir.

Yapılan pek çok yasal düzenlemeye, güvenlik uygulamalarına, bilinçlendirme çalışmalarına rağmen şiddetin devam etmesi, biz SASAM Ekibine bu konuda bir analiz yapma gereksinimini gösterdi. “Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter” başlıklı analizimizde bilindik şiddet tanımlarından çok, sağlıkta şiddette etkili etmenler ile güncel çözüm önerilerimizi siz okuyucularımızla paylaşacağız.

1. ŞİDDET VE ŞİDDETİN NEDENLERİ

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapı ortaya koymaktadır. Bu nedenle de şiddet olgusunu tanımlamak ve ortaya çıkarmak kolay değildir. Kendini çok farklı biçimlerde gösterebilen şiddet olgusu, günümüzde yaşamımızın bir parçası haline gelmiştir. İletişim kanallarının yaygınlaşması ile dünyanın hemen her yerindeki şiddet çok daha görünür hale gelmiş ve dünya üzerindeki şiddetin boyutları ortaya çıkmaya başlamıştır.

Şiddet, etimolojik olarak, sertlik, aşırılık, kuvvet, zorbalık, güç derecesi, zarar verme vb. anlamlarda kullanılmaktadır. Bu anlamda şiddet veya yeğlilik, gücün istismarını ve hak ihlali ni ifade eder. Şiddet kavramına dönük birçok tanım yapılmış olmakla birlikte genel olarak; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün; “Bireyin kendisine, bir başka insana, bir gruba ya da bir topluma yönelik fiziksel ya da ruhsal zarar verme ihtimalini artırması, engelleme, yoksunluk ve ölüme dönük olarak fiziksel gücün, tehdit amaçlı veya gerçekten doğrudan ya da dolaylı yollarla kullanılmasıdır.” tanımı kabul görmek-



tedir. Yine Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’ya göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet şöyle tanımlanmıştır: “Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.” (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

1.1. Şiddetin Doğası ve Boyutları

Şiddet çoğunlukla çözülemeyen çatışma ve sonrasında karşılaşılan engellenme sonucunda

ortaya çıkan bir davranış biçimidir. Çatışmanın, bireyleri çözüm arayışına sevk etmesi gerekirken ilk olarak şiddete yönelmesi, sosyo-kültürel yapının, bu tür eylemleri teşvik eden bir niteliğe sahip olup olmadığını sorgulamayı gerektirir. Şiddet, öğrenilen, üretilen, paylaşılan ve çoğu zaman bir sorun çözme aracı olarak görülen bir yöne sahiptir. Şiddetin derin boyutlu ve çok değişkenli bir yapıya sahip olduğu da unutulmamalıdır.

Bireylerin ve gurupların şiddet algısı ve şiddeti değerlendirme tarzı, zamana ve topluma göre farklılık göstermektedir. Dünyanın farklı bölge ve kültürlerinde şiddet, bazen şeref için, bazen birey haklarının korunması için, bazen namusu korumak için kültürel onay görmektedir.

Toplumsal bir sorun haline gelen şiddetin boyutları, farklı formlara sahip bir yapıda olmasından dolayı giderek derinleşmektedir. Neredeyse tüm alanlarda görülen şiddete, kamu hizmetlerinin üretim sunulduğu ve insan etkileşiminin yoğun olduğu alanlarda çalışanların daha fazla uğradığı sonucuna ulaşılmıştır. İşyeri şiddeti her sektörde görülmekle birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle literatürde sağlık kuruluşlarının, şiddetin en çok yaşandığı işyerleri arasında yer aldığı, bu işyerlerindeki şiddetin, diğer sektörlerdeki şiddetten farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir. Şiddet raporunda belirtildiği üzere yapılan bir çalışmada sağlık işyerlerinde çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğunu tespit etmiştir. Finlandiya'da 1988 yılında ulusal ölçekte örnekleme giren 13.762 kişinin verisi kullanılarak yapılan bir araştırmada; psikiyatri hemşirelerinin, hapisane gardiyanları ve polislerin ardından en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır.” (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Şiddet ve saldırganlığın toplumun hemen hemen her kesiminde kanıksanır hale gelmiş olması da konunun ayrı bir boyutudur. Şiddet pratiklerinin görünürlüğü ve sıklığı, toplumsal olarak bir tür “sistematik duyarsızlaştırma” yaşanmasına neden olmuş gibidir.

Şiddetin türlerine bakıldığında; şiddet fiziksel ve psikolojik şiddet olarak iki başlıkta ele alınmaktadır.

Fiziksel şiddet; darp, ısırma, silah kullanma, tokat, cinayet, öldürmeye teşebbüs ve nesne ile saldırı gibi kişinin bedenine dönük saldırı ve eylemleri kapsamaktadır. “Fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba karşı yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlar sonuçlanan fiziksel güç kullanımudur.” Şiddet deyince akla ilk gelen ve en sık karşılaşılan şiddet türüdür. Yaşam kaynaklarına, canlı diğer varlıklara dönük saldırganlıklar ve vandalizm de bu kategoride ele alınabilir. (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Psikolojik şiddet; “kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin, şiddetin mağdurunu kontrol

Şiddet, öğrenilen, üretilen, paylaşılan ve çoğu zaman bir sorun çözme aracı olarak görülen bir yöne sahiptir.





Bireyin psikolojik sağlamlığını ve yılmazlığını bozan, çaresizliğe iten, kendisini baskı altında hissetmesine neden olan her durum psikolojik şiddet aracı olarak nitelenebilir.

altına aldığı hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türüdür.” Psikolojik şiddet azarlama, alaya alma, küfürlü konuşma, hakaret, incitici söz, tehdit, gözdağı, kabadayılık, küçük düşürücü veya aşağılayıcı söz söyleme gibi her türlü duygusal ve fiziksel olmayan şiddeti kapsamaktadır. Tanımlanmasındaki ve gözlenmesindeki zorluk nedeniyle psikolojik şiddetin boyutu kestirilemez. (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Bireyin psikolojik sağlamlığını ve yılmazlığını bozan, çaresizliğe iten, kendisini baskı altında hissetmesine neden olan her durum psikolojik şiddet aracı olarak nitelenebilir. Ayrımcılık yapmak, küçük düşürmek, manevi baskıda bulunmak, alaycı görmezden gelme psikolojik (duygusal) şiddet davranışlarına örnek olarak gösterilebilir.

Şiddeti Önleme Platformu Medya ve Şiddet Çalışma Grubu, psikolojik (duygusal) şiddetin nedenlerine, sıradanlaşmasına giderek meşrulaştırılmasına dönük şu tespitte bulunmuştur:

“Duygusal şiddet daha çok psikolojik temellere dayanmaktadır. Bu şiddet türü de yine güç ilişkisine dayanmaktadır. Daha çok duygusal sınırlamaları, psikolojik yıpratmaları ve en önemlisi şiddete maruz kalan birey (ya da grup üzerinde) görünmez ‘kontrol’ mekanizmalarını içermektedir. Hem fiziksel hem de duygusal şiddet, yaşam boyunca süreklilik kazanmakta, yine çocuklar üzerinden bir davranış biçiminde bir nesilden diğerine aktarılmaktadır. Öyle ki şiddete maruz kalan birey bu durumu içselleştirmekte, hatta durumu ‘normal’, ‘kendi suçu’ şeklinde algılamakta, yakınmamakta ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Bazı durumlarda ise yardım talebinde bulunsun bile duygusal şiddeti ‘normal’ gören toplumsal değerlerle karşılaşmaktadır.” (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Mobbing ise; psikolojik şiddet taciz veya saldırganlığın, belli bir kişi ya da gruba sürekli ve sistematik olarak yöneltilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Genel olarak psikolojik şiddet içerisinde ele alınmaktadır. Mobbing, başta üstler tarafından olmak üzere, meslektaşlar ve astlar tarafından hedef seçilen bir çalışana veya çalış-

şan gurubuna karşı belirli bir süre tekrarlanan eylemlerdir. (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Mobbing eylemleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Dışlama,
- Bağırma,
- Sadece mağdura ses düzeyini yükselterek konuşma,
- Sürekli hedef değiştirme,
- Faaliyetlerini kısıtlama,
- Hakkında dedikodu yapma (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Ayrıca, İşsizlik ve yetersiz sosyal güvenlik, beslenme, barınma koşullarına bağlı ekonomik şiddet; çocuğa, kadına ve farklı bireylere sözlü tacizden başlayıp tecavüze kadar uzanan taciz ve saldırgan davranışlara bağlı cinsel şiddet; başlıca şiddet türleri olarak ele alınmaktadır.

Günümüzde şiddet herhangi bir coğrafyaya, ırka ve dine özgü olmayıp tüm insanlığın evrensel bir sorunudur. Bu nedenle şiddet olgusu, indirgemeci bir yaklaşımla ve sonuçları açısından değil, bir evrensel strateji ve erdemsel ortak akılla değerlendirilmelidir (*Çayır ve Çetin, 2011*).

2. SAĞLIKTA ŞİDDET VE BOYUTLARI

Son yıllarda dünyanın her yerinden yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki bütün bireyleri etkileyen şiddet, giderek kanıksanmış, sanki günlük yaşamımızın bir parçası olmuş, özellikle sağlık kurumlarında toplum huzurunu bozan bir iş sağlığı sorunu olarak gündeme gelmiştir. Sağlık bakım sektöründe çalışanlar, tüm meslek grupları arasında, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren hizmetler yaptıklarından, işyeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanı olarak görülmektedir.

7 gün 24 saat süreyle kesintisiz hizmet veren, toplumun sağlığını korumayı, hastaları iyileştirmeyi amaçlayan sağlık çalışanlarının, çalışma ortamlarında şiddete uğramalarının, şaşırtıcı ve asla kabul edilemez bir durum olduğunu belirtmemiz gerekir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışında ve yurt içinde yapılan birçok çalışmada, çok geniş çalışan grubunun (hekim, eczacı, hemşire, sağlık teknikerleri vb.) bulunduğu sağlık kurumlarında şiddetin, diğer işyerlerine göre daha fazla olduğu ve çalışma koşulları özellik arz ettiği için doğası gereği sağlık kurumlarındaki şiddetin diğer sektör-

lerdeki şiddetten farklılıklar gösterdiği ortaya konulmuştur. Özellikle doktorlar ve hemşireler, en fazla şiddete maruz kalan meslek grupları arasındadır. Şiddet türleri itibarı ile, sözlü şiddet fiziksel şiddetten daha sık görülmekte, sadece yaralama gibi ciddi olaylar şiddet olarak algılanmakta, diğerleri bildirilmemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler



Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası mesleklerini uyguladıkları her hangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. Sağlık alanında hizmet verenler, diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadır. Gardiyan, polis, şoför ve banka çalışanlarından daha fazla saldırıya uğradıkları belirlenen sağlık bakım çalışanları arasında da hemşirelerin, diğerlerine göre üç kat daha fazla risk altında bulunduğu dikkat çekilmektedir. (Keser Özcan N, Bilgin H., 2011)

Yukarıda adı geçen raporda farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.78'inin cinsel içerikli, %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir. Birçok çalışmada işyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarındaki birçok şiddet olayının;

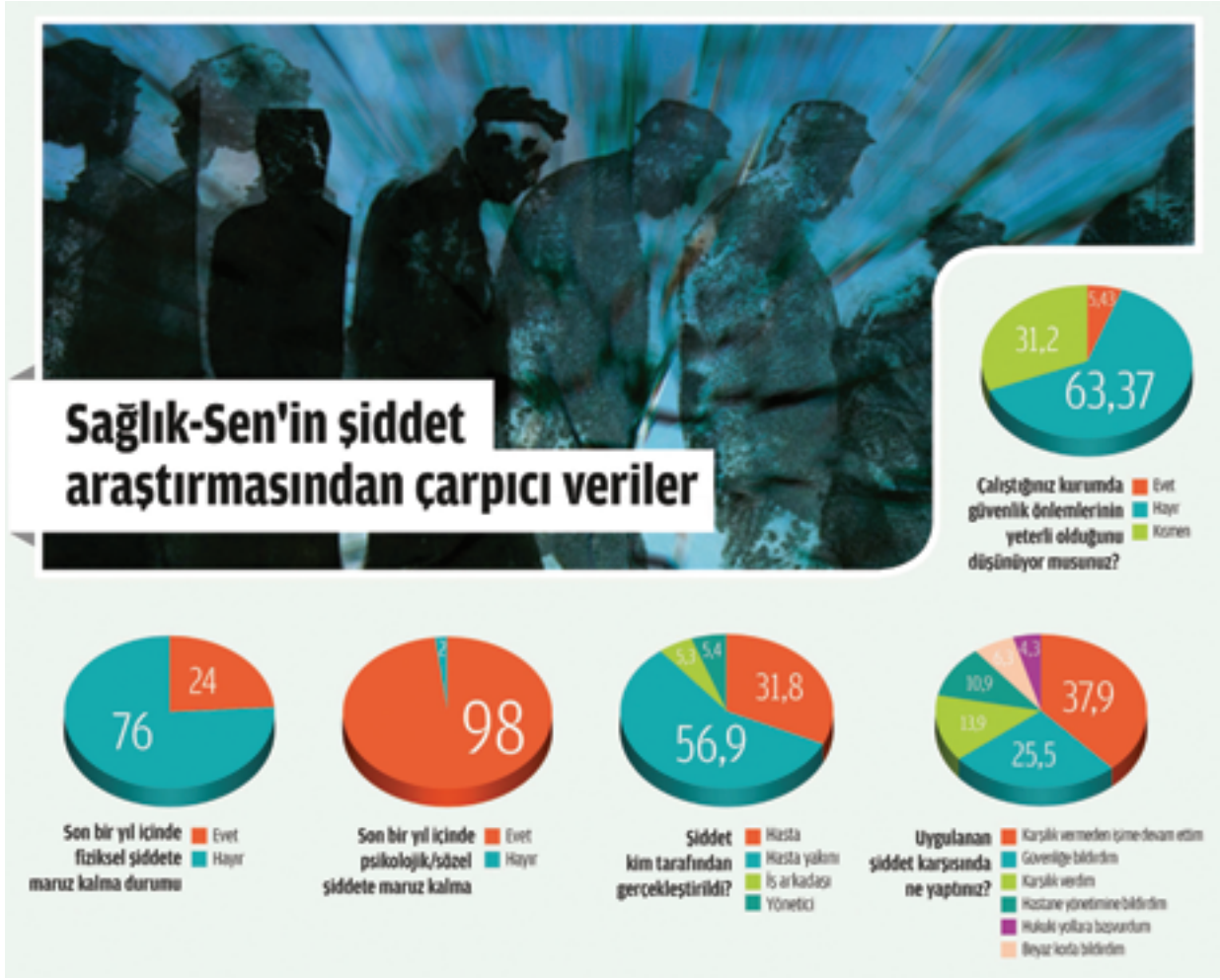
- Çalışanların, ne tür davranışlarının şiddet kapsamına girdiği konusunda bilgisiz olmaları,
- Raporlama kültüründeki eksiklikler,
- Saldırıya uğramanın mesleğin bir doğası gibi algılanması,
- İşten atılma, ceza alma veya ayıplanma korkusu gibi nedenlerle bildirilmediği bilinen bir gerçektir.

Sağlık-Sen tarafından 2013 yılında, 25 ilden 1300 sağlık çalışanının katılımı ile "Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması" yapılmıştır.

Katılanların %81,9'unun Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, %7,1'inin üniversite hastanelerinde çalıştığı araştırmanın sonuçlarına göre; 1300 sağlık çalışanından 1128'i (%86.89) meslek hayatları boyunca en az bir kez, herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış, bu 1128 kişiden 921'i (%81,4) de son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüyle karşılaşmıştır. Son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %23,7'dir. Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların en fazla maruz kaldıkları fiziksel şiddet türü, %41,4 ile etraftaki nesnelere fırlatma ve %40,5 ile yumruk, tekme, tokat, saç çekme, ısırma, tükürme, el-kol bükme, kafa atma, boğazını sıkma, bir cisimle vurma, sertçe itip kakma, sarsma gibi saldırılardır. Ateşli silah ile saldırma %4,3 ve kesici alet ile saldırma ise %8,2 olarak belirlenmiştir. Son bir yıl içinde şiddete maruz kaldıklarını belirtenlerin en fazla kaldıkları şiddet türü, psikolojik/sözel şiddet olarak görülmektedir ve psikolojik/sözel şiddete maruz kalanların oranı %98,3'dür. En çok uygulanan psikolojik/sözel şiddet türü %26 ile bağırma, %19,4 ile tehdit etme, %18 ile aşağılamak ve %16,6 ile küfür etme olarak hesaplanmıştır. Son bir yıl içinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %5,2'dir. Araştırma kapsamında cinsel şiddet, şiddet türleri içinde en düşük görülen şiddet türü olarak karşımıza çıkmıştır. En fazla maruz kalınan cinsel şiddet türü ise %48,3 ile cinsel içerikli konuşma ve %41,4 ile teşhircilik olarak belirlenmiştir.

Şiddet olaylarının %64,5'i mesai saatleri içerisinde ve sağlık çalışanı görevini yaparken (%99) meydana gelmiştir.

"Şiddet nerede meydana geldi?" sorusuna katılımcıların %25'i hastane koridoru, %23,8'i acil servis, %11,7'si poliklinik cevaplarını vermişlerdir. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi şiddet olayı, hastane içinde herhangi bir yerde meydana gelebilmektedir.



Yapılan çalışmalarda şiddet olaylarının en fazla acil servis ortamlarında meydana geldiği görülmektedir. Acil servisler özelliği gereği, acil müdahale gerektiren riski yüksek hastaların, yaralanmaların geldiği, kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin gerilimle yaşandığı, ölüm hızının yüksek olduğu hizmet alanlarıdır. Muayene, tedavi ve konsültasyonlar dahil tüm müdahaleler hasta yakınlarının önünde cereyan ettiği için gerek çalışanlar gerekse hasta ve hasta yakınları açısından stresli ortamlardır. Tetkikler ve konsültasyonlar nedeniyle tedavinin uzaması, geç müdahale olarak algılamakta, ölüm vakaları, hasta yakınları tarafından tedavi yetersizliği olarak görülebilmektedir. Hasta yakınları yaşanan sürecin tümünden acil çalışanlarını sorumlu tutmakta ve saldırganlaşma eğilimi gösterebilmektedir. Muayene ve tedavi sürecinde yaşanan tartışmalar, anlaşmazlıklar,

saygısızca sarf edilen sözler, tehditler hem hastayı hem de acil servis çalışanını provoke edebilmektedir.

Ayrıca, acil servislerdeki sağlık çalışanlarının ağır çalışma koşulları, mesai ve iş yükleri de stres ve gerilimi artırıcı bir diğer husustur. Yoğun mesai ve yetersiz personel ile çalışma, çalışanların enerjilerini tüketmekte, empati yapabilme becerisini ve toleransını azaltmaktadır.

Tablo-2'de son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığını belirten sağlık çalışanlarının, şiddetin nedenlerine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların 417'si (%18,9), "Şiddeti uygulayan kişinin şiddeti kendine hak görmesi" seçeneği üzerinde yoğunlaşmışlardır. Bir başka deyişle şiddet, bireyler tarafından normal algılanmaktadır. İkinci sırada, %14 ile genel olarak izlenen sağlık politikalarının şiddete sebep olduğu

Tablo-1: Şiddetin Meydana Geldiği Yer, Sağlık-Sen, 2013

	f	%
Hastane koridorunda	284	25,0
Acil Serviste	270	23,8
Diğer (Servis, hasta odası, laboratuvar vb.)	193	17,0
Poliklinik	133	11,7
Muayene Odasında	78	6,9
Yoğun bakım ünitesinde	72	6,3
Hasta bekleme odasında	55	4,9
Ameliyathanede	28	2,5
Hastane dışında	13	1,1
Resepsiyon	8	,7
Toplam	1134	100,0

Kaynak: Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen, 2013

yönündeki görüş gelmektedir. İzlenen sağlık politikalarının, sağlık çalışanlarının saygınlığını azalttığı görüşü önem kazanmaktadır. Son dönemde hasta hakları konusunda öne çıkan faaliyetler, hasta ve hasta yakınlarının şiddeti de kendilerine bir hak olarak görmelerine sebep olmuştur. Hastalık psikolojisi, %12,6 ile şiddetin yaşanmasında önemli bir sebep olarak görülmektedir. Ayrıca, ihmal edildiğini düşünme, kötü iletişim, tedaviden memnuniyetsizlik, aşırı iş yoğunluğu, uzun bekleme süreleri, alkol/ilaç etkisi altında olma ve kötü haber alma gibi nedenler de yaşanan şiddetin sebepleri olarak

görülmektedir. Genel olarak tablonun bütününe baktığımızda, son sayılan sebeplerin birbirleriyle yakından bağlantılı olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu, uzun bekleme sürelerine, yani hastaneye başvurudan doktor ile temas edene kadar geçen zamanın uzun olmasına ve sonucunda da hasta ve hasta yakınlarının saldırganlaşmasına sebep olmaktadır. Aynı şekilde, iş yoğunluğu, hastaya yeteri kadar vakit ayırlamamasına ya da iş yoğunluğuna bağlı olarak iletişimin zayıflaması sonucunda, hastaya ve sağlık çalışanına olumsuz olarak yansımaktadır.

Tablo2. Şiddet Neden Meydana Geldi?, Sağlık-Sen, 2013

	f	%
Şiddeti kendine hak görme	417	18,9
Genel olarak izlenen sağlık politikaları	308	14,0
Hastalık psikolojisi	277	12,6
İhmal edildiğini düşünme	258	11,7
Kötü iletişim, yanlış anlama	241	10,9
Tedaviden memnuniyetsizlik	216	9,8
Aşırı iş yoğunluğu	174	7,9
Uzun bekleme süreleri	144	6,5
Alkol/ilaç etkisi altında olduğundan	95	4,3
Diğer	40	1,8
Kötü haber alma	36	1,6
Toplam	1134	100,0

Kaynak: Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen, 2013

3. SAĞLIKTA ŞİDDETİ TETİKLEYEN ETMENLER



Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin nedenlerini belirlemek; sağlık çalışanlarının karmaşık örgütsel yapılar içerisinde istihdam edilmesi ve çok farklı görev ve sorumluluklarının olması, sağlık kuruluşlarındaki şiddetin hasta ve hasta yakınları, diğer çalışanlar ve dış saldırganlar gibi çoklu kaynaklardan gelmesi ve şiddetin kasıtlı, kasıtsız, fiziksel, sözel veya duygusal olmak üzere farklı biçimlerde olabilmesinden dolayı oldukça zordur.

Sağlık ve şiddet kelimelerinin yan yana gelmesi bile çok acıdır. Hasta ve hasta yakınlarının, hastalarını sağlığına kavuşturmak için fedakarcaca görevini yapan sağlık çalışanlarının hayatına kastedecek davranışlarda bulunmaları kabul edilemez bir durumdur.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan

Meclis Araştırması Komisyonu' nun Ocak 2013' te yayımlanan Raporunda, yapılan tüm çalışmalarda ve literatürde, sağlıkta yaşanan şiddetin toplumda yaşanan şiddet ve sorun çözme anlayışının bir parçası olarak sosyal bir sorun olarak kabul edilmesi gerektiği vurgulanmakla birlikte, araştırmalardan derlenen sonuçlara göre sağlıkta şiddetin nedenleri şu şekilde tespit edilmiştir:

- 1- Mental ve davranış bozukluğu,
- 2- Eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama,
- 3- Çok sayıda muayene ve test yapılması,
- 4- Stresli hasta yakınları ve kalabalık, gürültülü ortamlar,
- 5- Hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması ve memnuniyetsizlikleri,

6- Uzun bekleme süreleri,

7- Sağlık çalışanı eksikliği,

8- Yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlar.

Ayrıca, yukarıda sayılanlara ilaveten yapılan pek çok çalışmada sağlık çalışanlarının (özellikle doktorların ve hemşirelerin) zamanının kısıtlı olması, uzun çalışma sürelerine bağlı olarak yorgunluk, basında çıkan provakatif 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/hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ait kişisel özellikler de sağlık çalışanlarına şiddetin nedenleri arasında sayılmaktadır.

Sağlık çalışanlarına şiddeti tetikleyen nedenleri aşağıdaki başlıklar altında değerlendirebiliriz:

3.1. Sağlık Politikaları ve Fiziksel Kısıtlılık

Sağlık hizmetlerinin özelliği ve çeşitliliği nedeniyle, hizmetin sunulduğu alanlar da karmaşık yapıdadır ve kaygı düzeyi yüksek hasta/hasta yakınları bu alanda hizmet almaktadır.

Sağlık kurumlarının değiştirilemez bu özelliğinin yanında, uygulanan sağlık politikaları da, şiddeti tetikleyen etmen olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yapılan birçok çalışmada, Türkiye’de sağlık çalışanlarının uğradığı şiddet oranının “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın uygulamaya geçmesiyle birlikte artış gösterdiği ifade edilmiştir.

Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında birinci basamakta 1,1 iken, ikinci ve üçüncü basamakta bu oran 2,0, toplamda ise 3,1 olmuştur. 2011 yılında bu oran birinci basamakta 3,1, ikinci ve üçüncü basamakta 5,1, toplamda ise 8,2 olmuş-



Sağlık hizmetlerinin özelliği ve çeşitliliği nedeniyle, hizmetin sunulduğu alanlar da karmaşık yapıdadır ve hizmet alan, kaygı düzeyi yüksek hasta/hasta yakınları bu alanda hizmet almaktadır.

tur. 2002 yılından 2012 yılına kadar geçen on yıllık zamanda Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kişi başı müracaat sayısı yaklaşık iki kat artışla 1,7'den 3,5'e, üniversite hastanelerinde de bu sayı dört kat artışla 0,1'den 0,4'e çıkmıştır.

TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması (2012) verilerine göre, sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranları 2003 yılında % 39,5 iken 2011 yılında yaklaşık olarak 2 kat artarak % 76'ya yükselmiştir. Bu artışın temelinde, toplumun merkez alınarak memnuniyet üzerine kurgulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının gerçekleştirilmeye çalışılması olduğu söylenebilir. Ancak, bu Programın ana unsuru olan sağlık çalışanlarının memnuniyetinin ikinci planda tutulduğu gerçeği de göz ardı edilmemelidir.

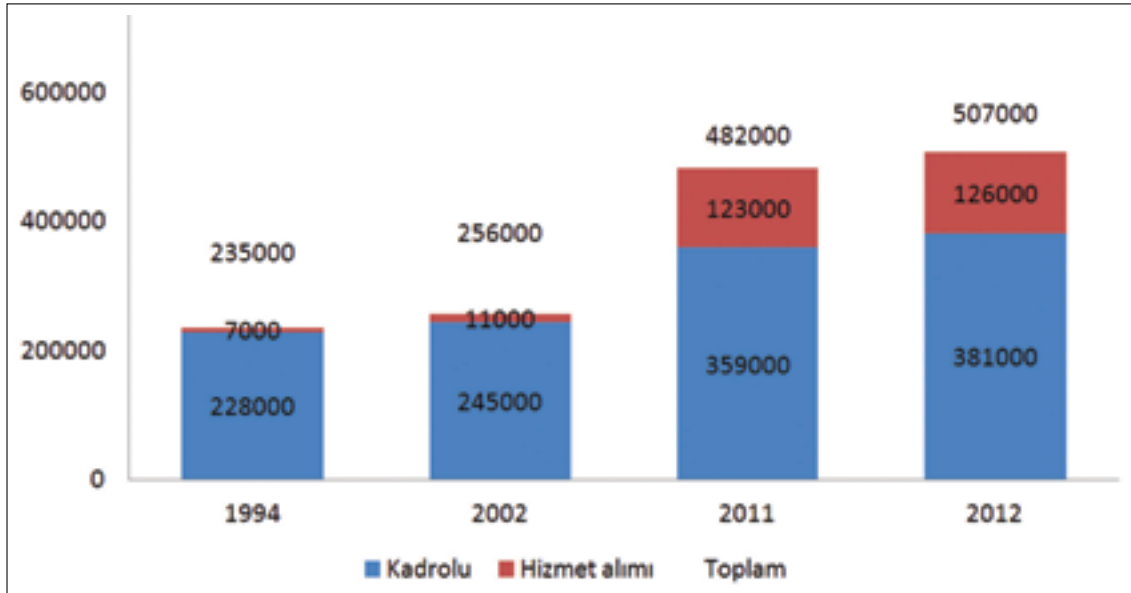
Sağlık sisteminin merkezinde sağlık insan gücü vardır ve yeterli sayıda ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmak sağlık sistemlerinin amaçlarına ulaşmadaki temel araçlardan biridir. Aşağıdaki grafikte, Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sağlık insan gücündeki değişim görülmektedir. 1994 yılında kadrolu olarak 228 bin

personel ve hizmet alımı sonucunda 7 bin personel ile toplamda 235 bin olan personel sayısı, 2002 yılında 245 bini kadrolu ve 11 bini hizmet alımı ile 256 bine yükselmiştir. 2012 yılında ise bu sayı 381 bin kadrolu ve hizmet alımı 126 bin olmak üzere 507 bine yükselmiştir. Hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personel sayısının 10 yılda 11 kat artmış olması, sağlıkta taşeron uygulamasının boyutlarını ortaya koymak açısından önemlidir.

Hastanelere müracaat sayısında artış ile birlikte, istihdamda yetersizlikler nedeniyle sağlık çalışanlarının iş yükünde 5 kat artış olmuştur. Artan iş yükü de hastaların bekleme süresini uzatırken; tanı, tedavi ve bilgilendirme süresini kısaltmıştır.

Yılda kişi başına hekime başvuru sayısının 2'den 8'e çıkması ile hekimlerin bazen günde 70-80 hasta bakmak durumunda kaldığı, özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde sık ve yoğun geçen nöbetlerin ertesinde hekimlerin çalışmaya devam ettiği, hastanelerde gerçekleştirilen işlem sayılarının arttığı, sağlık çalışanları üzerindeki iş yükünü çok arttığı, iş yükü artı-

Grafik 1. Sağlık İnsan Gücündeki Değişim, Sağlık Bakanlığı



Kaynak: Sağlık-Sen, Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Kasım 2013

şına paralel olarak personel artışının olmadığı ve aşırı iş yükü altında çalışanların stres, baskı altında kaldığı ve kronik yorgunluğun, yıpranmanın, tükenmişliğin çok arttığı, performans baskısı altında sürekli daha fazla iş üretmesi istenen çalışanların izin ve rapor kullanmaktan kaçındığı düşünüldüğünde, böylesi bir çalışma sisteminin ve baskının şiddete yol açan sorunları tetiklediğini söyleyebiliriz.

Mevcut performans sistemi, sadece niceliğe dayalı ve iş odaklı olduğundan, hastaya verilen hizmetin kalitesi, hastaya ayrılan zaman, hasta ve yakınlarıyla optimal iletişim kurulması, tıbbi eksiklik, hata yapılmaması, komplikasyon olmaması, işlem tekrarına gerek duyulmaması gibi nitelik belirteçler dikkate alınmadığından, hasta ve yakınlarının yakındıkları sorunlara ve dolayısıyla şiddete neden olduğu açıktır. Yönetimler, hastalara ilişkin süreçleri yeterince ince-

lememektedir ve yetersiz düzenlemeler, hasta ve hasta yakınlarının stres düzeyini yükseltmektedir.

İlhan ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların 254'ü (%22.9) sağlık çalışanına şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu düşündüğünü, 237'si (%20.2) sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü ve böyle düşünenlerin 110'u (%58.2) buna neden olarak hastayla yeterince ilgilenmeme olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 92'si (%48.6) hastalarıyla ilgili bilgi vermedikleri için 90'ı (%47.6) kötü davrandıkları için 85'i (%44.9) yüksek sesle tepki verdikleri için ve 73'ü (%38.6) muayene sırasında beklediği için sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşünmektedir. Tablo 3'te yer verildiği üzere, katılımcıların 1029'u (%93.8) sağlık çalışanına şiddet uygulanınca sorunların düzelmeyeceğini düşündüğünü ifade etmiştir.



Hastanelere müracaat sayısında artış ile birlikte, istihdamda yetersizlikler nedeniyle sağlık çalışanlarının iş yükünde 5 kat artış olmuştur. Artan iş yükü de hastaların bekleme süresini uzatırken; tanı, tedavi ve bilgilendirme süresini kısaltmıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetle İlgili Düşünceleri Dağılımı, Ankara, 2013.

	Toplam	
	Sayı	(%)*
Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetin Önlenilebilir Olduğunu Düşünme Durumu (n=1023)		
Düşünmüyor	215	21.0
Düşünüyor	808	79.0
Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetin Önlenmesi için Yapılması Gerekenler (n=798) #		
Gerekli yasal düzenlemeler hazırlanmalı	546	68.4
Güvenlik önlemleri arttırılmalı	345	43.2
Halka yönelik eğitimler verilmeli(okul, işyeri,vb)	533	66.7
Tv/gazete kamu spotları	338	42.3
Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulayanlara Ceza Uygulandığını Düşünme Durumu (n=719)		
Uygulanmıyor	481	66.9
Uygulanıyor	238	33.1
Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulayanlara Uygulanan Ceza Türleri (n=212)		
Hapis	107	50.5
Para	105	49.5
Sağlık Çalışanına Şiddet Hakkındaki Düşünce Durumu (n=1111)		
Büyük haksızlık olduğunu düşünme	857	77.1
Bazı durumlarda gerekli olduğunu düşünme	254	22.9
Sağlık Çalışanının Şiddeti Hak Ettiğini Düşünme Durumu (n=1173)		
Hak Etmiyor	936	79.8
Hak Ediyor	237	20.2
Sağlık Çalışanının Şiddeti Hak Ettiğini Düşünme Nedenleri(n=189) #		
Kotu davrandıkları için	90	47.6
Yüksek sesle tepki verdikleri için	85	44.9
Hastalığımızla ilgili bilgi vermedikleri için	92	48.6
Hastamızla yeterince ilgilenmedikleri için	110	58.2
Muayene sırasında beklettiği için	73	38.6
Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulanınca Sorunların Düzeleceğini Düşünme Durumu (n=1097)		
Düşünmüyor	1029	93.8
Düşünüyor	68	6.2

*: Yüzde: Kolon yüzdesi, #: İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdeler yanıt veren kişiler üzerinden hesaplanmıştır.

Kaynak: İlhan vd., 2013:24

Sağlık kurumlarındaki sevk, konularında bürokratik süreçlerin zor ve karmaşık olması, sağlık sisteminde hizmet alım sürecinde sık değişen uygulamalar, hasta ve hasta yakınlarını zor durumda bırakmaktadır. Örneğin, bugün ödenen bir ilacın kısa sürede geri ödemediği çekilmesi, hasta sevk ve kabul usullerinde değişiklikler vb.

Güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, silah ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolay olması sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttıran nedenlerdir.

Sağlık kurumlarında uzayan kuyruklar, geciken randevular, boş yatak bulunamaması,

hastaların bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları, cihaz, ilaç vb. yetersizlikleri gibi altyapı ve donanım eksiklikleri ile koridorların, odaların, servislerin ve hizmet sunulan ilgili alanların kötü ışıklandırılmış olması gibi çevresel ortamın kötü olması hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemektedir.

Sağlık kurumlarında hastalar için asgari konforun sağlanamaması, bekleme salonlarının aşırı kalabalık olması ve ağırlı, endişeli hastaların saatlerce poliklinik kapılarında oturacak bir sandalye bile bulamadan beklemeleri stresse neden olmaktadır. Ayrıca, fiziki mekânların yetersizliğinden ve uygun olmamasından dolayı, sağlık çalışanlarının aşırı kalabalık ve

rahatsız ortamlarda sağlık hizmeti sunmaya çalışmaları, şiddet uygulayabilecek kişilerle yalnız kalınması, sağlık çalışanlarına şiddeti tetikleyen unsurlardır.

Şiddet olaylarını önlenme ve yönetme konusunda sağlık politikaların yetersiz olması da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttıran önemli etkenler arasındadır.

Toplumun ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi amacıyla kurulan SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hakkında yeterli bilgilendirme yapılmamasından ve bu Merkezin sağlık çalışanlarını şikâyet hattı olarak algılanmasından dolayı, amaç dışı başvurularla sağlık çalışanları yıpratılmıştır. Hasta hakları yanında çalışan haklarının ve hasta sorumluluklarının da olduğu konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

Hastaların; randevuya uyma, sırasını bekleme, acil ve tıbben durumu ağır olguya öncelik tanıma, sağlık çalışanlarına karşı saygılı olma, hizmet sunumu için belirlenen ve hastanede

uygulanan kurallara uyma, riskleri kabullenerek onam verme, tedavi ve tıbbi bakım sürecinde kendine düşen görevleri (ilacını doğru kullanma, perhiz, egzersiz, istirahat ve hekimin diğer tavsiyeleri) yerine getirme gibi konularda sorumlu olduklarını bilmeleri gerekmektedir.

3.2. Sosyo-Psikolojik Sorunlar

Sağlık kurumlarında görülen şiddet, toplumdaki genel şiddet profilinin bir yansımasıdır ve toplumsal nedenlerden bağımsız değerlendirilemez.

Aydın'ın (2008) Isparta ve Burdur illerindeki sağlık kurumlarında çalışan farklı mesleklerden sağlık çalışanlarının sözel, cinsel, fiziksel şiddet türlerinden en az birine maruz kalanlarla, kalmayanları sosyodemografik özelliklerine, çalışma yerlerine ve meslek gruplarına göre karşılaştırmayı amaçladığı çalışmasında, son bir yıl içinde toplumda şiddet olaylarında %86, sağlık hizmetlerindeki şiddet olaylarında %72, sağlık çalışanlarının görev yaptıkla-





rı işyerlerinde %51 oranlarında artış olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %91'i, son yıllarda ülkemizde şiddetin yaygınlaştığını düşünmektedir. Sağlık çalışanlarının %78'i, toplumda şiddetin yaygınlaşmasının en önemli ilk üç sebebi olarak;

- 1-** Kişilerin yaşadığı ve ülkenin içinde bulunduğu ekonomik sıkıntıları,
- 2-** Toplumun içinde bulunduğu sosyokültürel problemleri,
- 3-** Kişisel ve toplumsal eğitim problemleri belirtmişlerdir.

Genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, sosyal dışlanma yaşayan, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, kendilerine veya başkalarına zarar veren, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişiler, şiddete eğilimli olup, sorunlarını çözmede şiddet kullanmayı tercih ederler. Bu kişilerin çoğunun, alkol ya da madde kullanımı öyküleri de vardır. Ayrıca metabolik hastalığı olanların, alkol ve madde

kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyonu olanların, Alzheimer hastalığı veya beyin disfonksiyonu gibi nörolojik sorunu olanların, psikiyatrik hastalığı olanların şiddet uygulama riski yüksektir.

İnsan doğasında var olan “şiddet uygulama” eğiliminin, yararlı alanlara/faaliyetlere yönlendirilememesi, çocukluktan itibaren sorunları şiddet kullanarak çözme alışkanlığının pekiştirilmesi, gençlerin televizyonda her gün onlarca şiddet sahnesi seyrederek yetişmeleri, toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile “güçlü olanın haklı olduğu” fikrinin yaygınlaşması ve genel olarak sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının pek olmaması, bir sorunla yüzleşen bireyleri hemen şiddete yöneltmektedir (Aydın, 2008).

Hekimlerin hastaya yaklaşımındaki bazı yetersizlikler şiddete mahal verebilmektedir. Hastalığı olan kişiler başlangıçta başvurduğu doktora yönelik bir yüceleştirme geliştirerek, kendisini hastalıktan kurtaracak o kurumu veya doktoru çare olarak görür. Sağlığının bozulacağını, belli bir organ ya da uzvunun

iş göremeyeceğini hisseden birey, kendini doktora ya da kuruma tam olarak teslim edebilir. Hasta/hasta yakınlarının yüksek beklentileri ve hekimi mutlak belirleyici olarak görmeleri şiddetin önemli nedenlerindedir.

Hasta/hasta yakınlarının, hekimin, dilediği hastayı iyi etme gücüne sahip olduğuna inanmaları, hekimin iyileştirmekle değil; hasta için gereken müdahaleyi modern tıbbı ve hukuka uygun olarak ve özenle yapmakla yükümlü olduğunu bilmemeleri, hastanın iyileşmemesi, ölüm veya sakatlanma olması durumunda, bunun, hekimin zamanında ve doğru teşhis koyup, uygun tedaviyi yapmamasından kaynaklandığını düşünmeleri şiddet uygulamakta kendilerini haklı görmelerine yol açmaktadır.

İnsanların, adeta hastalığı ve ölümü kabul etmez bir algıya geçtikleri, hekimin istediği her hastayı iyileştirme gücünün olmadığı, ölen veya iyileşmeyen her hastanın sorumlusunun hekim veya sağlık çalışanları olmadığı, bazı

hastalıkların uygun tedavi ve müdahaleye rağmen iyileşmeyebileceği ve ölümlerle sonlanabileceği, hekimlerin de hasta olduğu ve öldüğü, dolayısıyla hekimin ölüme çare olmadığına kamuoyunda bilinmesi gerekmektedir. Ölümü ve hastalığı kabullenmeyen insanların, sevdikleri bir yakınlarını kaybetmeleri veya tedavinin umut edildiği gibi seyretmemesi halinde aşırı tepki verdikleri ve en başta hekimi suçlu görerek saldırganlaşabildikleri görülmektedir.

Hekimlerin de hasta yakınlarına hastalarıyla ilgili bilgi verirken tedavi sürecine ilişkin durumu anlatmaları, hasta yakınlarını teselli etmek veya yapılacak tedaviye veya ameliyata razı etmek için; “Riski yok, 3-5 günde ayağa kalkar, bir şey olmaz” şeklindeki ifadelerle güven vermeleri, tedavinin beklenen şekilde gerçekleşmemesi halinde hasta yakınlarının tepkisine sebep olabilmektedir.

Ayrıca, hekimlerin hastaların yanında meslektaşları ile ilgili olumsuz görüşlerini ifade



Hemşirelik mesleğinin, kadın egemen bir meslek olması ve hemşirelere karşı şiddetin kadına yönelik şiddetin sürekli bir parçası olarak kabul edilmesi, hemşirelere yönelik şiddeti arttırmaktadır.

etmeleri, birbirleri aleyhine konuşmaları da yanlış bir yaklaşımdır. Bu tutum diğer doktora karşı azmettirici duruma getirmekte ve şiddete neden olabilmektedir. Hemşirelik mesleğinin, kadın egemen bir meslek olması ve hemşirelere karşı şiddetin kadına yönelik şiddetin sürekli bir parçası olarak kabul edilmesi, hemşirelere yönelik şiddeti arttırmaktadır.

Sağlık çalışanlarının saldırgan davranışla baş etme, farklı karakterde hasta/hasta yakınları ile iletişim kurma ve sürdürebilme ve krizi yönetme konularında deneyimli olamamaları ve eğitimlerinin yetersiz olması, şiddeti arttıran nedenlerdendir.

Yapılan araştırmaların sonucunda, eğitim açısından bakıldığında özellikle hemşirelerin eğitim durumu ile şiddete uğrama oranı arasında ters orantı olduğu görülmektedir. Öztunç'un (2001) Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarını incelediği çalışmada, lisans mezunu hemşirelerde sözel cinsel taciz ve fiziksel saldırı görülme sıklığı ön lisans ve meslek lisesi mezunlarına göre daha az iken; sözel tacizin en fazla ön lisans programı mezunu hemşirelerde, fiziksel saldırıların ise en fazla sağlık meslek lisesi mezunları arasında yaşandığı belirlenmiştir.

İki yıllık sıkıştırılmış bir programla eğitim almış ön lisans programı mezunları ile sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde tacizlerin daha fazla görülüyor olması; eğitim programları kapsamında iletişim becerilerini geliştirecek içeriklerin kısıtlı verilmiş olduğunu ve okuldan mezun olunan yaşı bu konudaki mesleki bilgi, beceri ve olgunluğu geliştirmede yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır.

İlhan ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış

oldukları Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler konusundaki çalışmada, 25 yaş altındaki kişilerin daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Mesleğinin ilk yıllarında olan hekim ve intörn grubunun şiddete karşı daha hassas olabilecekleri gibi deneyimlerinin az olmasının şiddete uğrama risklerini arttırabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Sağlık çalışanının çalışma hayatına başladıktan sonra ve yaşı ilerledikçe ortama uyum sağladığı, olayları deneyimleriyle önleyebildiği ve mesleki konularındaki yükselmeye, çalıştığı birimlerdeki sözel şiddet gibi bazı şiddetleri artık şiddet şeklinde belirtmemiş olabilmeleri şeklinde de açıklanabilir. Ayrıca, kişiler mesleklerinde uzmanlaştıkça hem üst kıdemli sayısının azalması, hem de ilişkilerin daha çok saygı çerçevesinde yürümesi, aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının da, yaşı daha ilerlemiş ve kıdemli olanlara yaklaşımlarının makul olmasına bağlanabilir.

3.3. Düşük Sağlık Okuryazarlığı

Günümüz sağlık sistemin karmaşık yapısı, hastalar ve sağlık çalışanları açısından önemli sıkıntılar oluşturmaktadır. Sistemin karmaşık olması, sistemin bir parçası olan hastalar eliyle sağlık çalışanlarını da zor durumda bırakmaktadır. Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması ve bu konuda herhangi bir bilincin oluşmamış olması, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması noktasındaki en önemli sorunlar arasındadır. Sistemin hastalardan beklentisi; sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenmeleri, sorumluluk ve haklarını bilmeleri, sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmalarıdır.



Hastaların, muayeneden sonra hekimin söylediklerini ne kadar anladıkları, konulan teşhisi, tedavi seçeneklerini, tedavi sürecine ilişkin yararları ve riskleri, verilen ilaçların nasıl kullanılacağını, hekimin tavsiyelerini, tekrar ne zaman muayene veya tetkik için gitmesi gerektiğini bilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgilidir.

Bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, bu bilgileri kullanarak gerektiğinde sağlıkla ilgili karar verebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesini ifade eden sağlık okuryazarlığının düşük olması; hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarını bilmemesi, “acil hasta” kavramındaki yanlış bilgilendirme ile hasta/hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması şeklinde şiddet nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Hastaların, muayeneden sonra hekimin söylediklerini ne kadar anladıkları, konulan teşhisi, tedavi seçeneklerini, tedavi sürecine ilişkin yararları ve riskleri, verilen ilaçların nasıl kullanılacağını, hekimin tavsiyelerini, tekrar ne zaman muayene veya tetkik için gitmesi gerektiğini bilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı; yaş ilerledikçe, sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi

düşükçe azalmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olanlar daha sık hasta olmakta, daha sık acil servise başvurmakta ve hastaneye yatmaktadır. Bu kişilerde kronik ve uzun süreli hastalıkların sıklığı ve ağırlığı artmakta, tedaviyi zamansız sonlandırma ve düzenli ilaç kullanmama sık görülmektedir. Hastalar, sağlıkta okuryazar değilse, yani sorunlarını anlayıp, neyi ne için yapacağına bilinçli olarak karar verecek düzeyde değilse, uzun dönemde başarıya ulaşmak zordur.

Günümüzde sağlık hizmetlerinden en fazla yararı sağlayabilmek açısından, sağlık hizmeti sunanlar ile hastalar arasındaki iletişim sürecinde, hastanın hekimi ya da sağlık çalışanını anlayabilmesi, yazılı metinleri ve sayıları okuyabilmesi, her iki taraf için de büyük önem taşımaktadır. Bu iletişim sürecinde yaşanan, hastanın ilaç ile ilgili enformasyonları okuyamaması, ilaçlarını zamanında ve doğru bir biçimde almaması, kendisine verilen

formları anlayamaması, basılı materyalleri ve uyarıları fark edememesi gibi sıkıntılar, sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaları önemli ve gerekli hale getirmiştir. Sağlık-Sen tarafından Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığının belirlenmesi amacıyla, 12 bölgedeki 23 ilde yaklaşık 5 bin kişi ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilen ve Aralık 2014’te yayımlanan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” sonucunda, toplumumuzda erişkin nüfusun 35 milyonunun yetersiz

ve sorunlu sağlık okuryazarlık kategorisinde, sadece 1/3’ünün yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu sonucu, “Her 3 yetişkin vatandaşımızdan 2’si sağlık okuryazarlığında sınıfta kalmıştır.” olarak da yorumlayabiliriz. Sağlık okuryazarlığı sadece hastalar için değil, sağlıklı bireylerin temel sağlık hizmetlerinden yararlanması için de kazanılması gereken bir yetkinliktir.

Tablo 4. Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı, Sağlık-Sen, 2014

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Her bir düzeydeki Erişkinlerin oranı (yüzde)	Karşılık gelen erişkin nüfus (milyon)
Yetersiz	24,5	13,2
Sorunlu	40,1	21,6
Yeterli	27,8	15,0
Mükemmel	7,6	4,1

Kaynak: Sağlık-Sen, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014

3.4. İletişim Eksikliği ve Duyarsızlaşma

TDK’ya göre iletişim, “Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, iletişim, komünikasyon.” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım doğru bir ifade olmakla birlikte eksiklikler içermektedir.

İletişimin gerçekleştirilmesi için karşı tarafın gelen veriyi anlaması gerekmektedir aksi halde iletişimsizlik doğar. Hemen hemen bütün şiddet araştırmalarında iletişimin ne denli önemli olduğu defalarca vurgulanmaktadır. Bu yüzden iletişim, sağlıkta şiddet konusunda bir adım daha öne çıkmaktadır. Hasta/hasta yakınları ve sağlık çalışanı açısından birbirini

anlamak bilgi alışverişinde bulunmak şiddetin gerçekleşmemesinde büyük önem arz etmektedir. Ancak günümüzde hasta/hasta yakınları ve sağlık çalışanların iletişimlerinin zaman zaman sorunlu olduğu su götürmez bir gerçektir (TBMM Şiddet Raporu, 2013). Meclis Araştırması komisyonunda da yer alan 4 önemli neden iletişimsizliğe sebep olmaktadır bunlar;

- Hasta/Hasta Yakınının Bireysel Özellikleri,
- Ortamsal Özellikler,
- Hasta ve Hastalık Psikolojisi,
- Kullanılan Dil ve Terminoloji

Bu başlıkları genelleyerek 2 ana başlık altında toplamamız gerekirse bunların;



» Hasta/Hasta Yakınlarının İletişimsizlik Nedenleri

» Sağlık Çalışanlarının İletişimsizlik Nedenleri

olarak incelenmesi tarafların iletişimsizlik nedenlerini ortaya çıkarmada yardımcı olacaktır.

3.4.1. Hasta/Hasta Yakınlarının İletişimsizlik Nedenleri

Kişinin olumlu ya da olumsuz bireysel özellikleri, kişinin geçmişi, kültürü, ailesi, geleneklerini, alınan eğitimleri vb. ile şekillenebilir. Bu faktörler aynı zamanda kişinin iletişim düzeyini belirlemede önemli rol oynar. Geçmişte yaşanmış olaylar, ailesinden öğrendiği davranışlar, aldığı eğitimin kalite ve seviyesi vb. iletişim düzeyi ve bireysel özellikleri ile doğru orantılıdır (Bozkurt,1999). Bireysel özellikler gibi öğrenilen davranış olan şiddet de bireyde iletişimsizlikten kaynaklanan, geçmişin-

de ailesinde görmüş olduğu şiddetten dolayı ya da kendisine uygulanan şiddetten dolayı, karşılaşacağı bir davranış ile öfkesini şiddet olarak açığa çıkarabilir. Sağlıkta şiddette ise bu bireyler hasta olarak sağlık hizmeti almaya geldiklerinde sağlık çalışanları ile iletişime geçemedikleri anda ne yazık ki şiddet ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti almaya gelen hasta ya da ihtiyacı olan sağlık hizmeti alacak olan hastanın yakını acı içinde olacağından ve acısının biran önce geçirilmesi gerektiği düşüncesinden dolayı sağlık hizmetini kısa sürede almak isteyecektir. Sağlık çalışanlarına süreçleri hızla tamamlatmaya çalışarak ya da kuralları ihlal ederek sahip olduğu acı halinden kurtulmayı istemektedir. Yapılan açıklamaları anlamak istememesi ve iletişime kapalı olmasından dolayı gerekli hizmeti almadığını düşünen hasta/hasta yakını şiddete başvurabilir (TBMM Şiddet Raporu, 2013). 2013 yılında 1300 sağlık

çalışanı ile yapılmış olan “Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması” sonucuna göre ankete katılan sağlık personelinin %40,5’i maruz kalınan şiddetin nedeni olarak hastalık psikolojisi ile alınan hizmetten memnuniyetsizlik ve uzayan bekleme süreleri ile birlikte ihmalin yer aldığı düşünmektedir (Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, 2013).

Hastanın veya hasta yakınının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olmasının sağlıktaki şiddet oranının azalmasıdaki önemi büyüktür. 2014 yılında yapılmış olan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” sonucuna göre ankete katılan 4924 kişiden %64,6’nın yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. “Düşük olan sağlık okuryazarlığı düzeyi sebebi ile hasta/hasta yakınları sağlık çalışanları ile iletişim kurmakta güçlük çekerek şiddete yönelmiştir” çıkarımında bulunmak hiçte yanlış olmaz (SOYA, 2014).

3.4.2. Sağlık Çalışanlarının İletişimsizlik Nedenleri

Sağlık kurumlarında sağlıklı iletişimin ku-

rulmasında hasta/hasta yakınları kadar sağlık çalışanlarının iletişim becerileri de büyük önem taşımaktadır. Bugüne kadar sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarında tek tarafı olarak hasta/hasta yakınlarının iletişim kurmada eksikleri değil; aynı zamanda sağlık çalışanlarının da bu konuda eksiklerinin olduğu kabul edilmelidir. Sağlık çalışanlarının aldıkları uzun ve hayati önem taşıyan eğitimlerin içinde iletişim, öfke yönetimi gibi konuların yer almaması, sağlık hizmeti sunumun da şiddetle karşılaşıldığında şiddeti nasıl önleyeceğini ya da sonlandıracağını bilememesine ve hastanın kaybedilmesi halinde hasta yakınları ile iletişim kurmada zorluk çekmesine neden olabilir. 2013 yapılmış olan “Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması” sonucuna göre ankete katılan sağlık personelinin “Şiddet Olayı Meydana Geldiğinde Nasıl Davranmanız Gerektiği İle İlgili Herhangi Bir Eğitim Aldınız mı?” sorusuna cevap veren 913 personelden %45,2 si herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Sağlık çalışanlarının kendi aralarında olan iletişimde ise rekabeti arka planda tutarak sağlık

Sağlık çalışanlarının kendi aralarında olan iletişimde ise rekabeti arka planda tutarak sağlık hizmetini tam anlamı ile sunmak için iş arkadaşları ile iletişimi sorunsuz olmalıdır.



hizmetini tam anlamı ile sunmak için iş arkadaşları ile iletişimi sorunsuz olmalıdır. Sağlık sektöründe aynı hastanede çalışan kişilerin rekabet halinde olması, olumsuz söylem veya yanlış yönlendirmelerle rekabette üstünlük sağlayacağı düşüncesi olumsuz sonuçlanacak tedavilerle bitebilir ve buda hasta veya hasta yakınını şiddete yöneltebilir (TBMM Şiddet Raporu, 2013).

Yukarıda da söylenildiği üzere, yetersiz sağlık personeli sayısı çalışanların iş yükünü artırmakta ve uzun çalışma süreleri, ailelerine ayrılan zamanın azalması, yaptıkların işin karşılığının tam olarak alınamaması ve bununla birlikte gelen ödeme zorlukları içinde olduğu tükenmişliği de artırarak hasta ile kurulan iletişimde problemler yaşanmasına sebep olmaktadır.

3.5. Algıyı Biçimlendiren Güç Merkezleri

3.5.1. Medya

İnsanoğlunun çevresinde olup biteni öğrenme

isteği, insanın yaradılışından beri süre gelen en önemli özelliklerinden bir tanesidir. Bu öğrenme isteğinin sağlayacak güçlü araçlardan biri olan medya kişinin bu talebine sınırsız ölçüde karşılık vermektedir. Medyanın araçları; Kitap, gazete, dergi, bilgisayar, televizyon, internet, konsol oyunları, bilgisayar oyunları, müzik, film, DVD, cep telefonları, tabletler, dijital panolar ve vb. bilgiyi basılı ya da dijital ortamlarda karşı tarafa aktarabilir. 21. yüzyılda medyanın gücü ve bireyleri etkisi altına alma yeteneği yadsınamaz bir gerçektir. Halkın gören gözü, işiten kulağı ve konuşan ağzı konumundaki medyaya demokratik toplumlarda “dördüncü güç” nitelemesi yapılmaktadır sebebi ise medyanın denetim ve eleştiri aracı olmasından kaynaklanmaktadır. (Ulaş ve Arkadaşları, 2012)

Medya üretilen ürünleri, yaşanmış olayları bireylerin yaşam alanlarına, evlerine kadar taşımaktadır. Bu noktada medya gücünün etkililiği bir kez daha ortaya çıkmaktadır çünkü insanları, grupları ve toplumları ya da dünyayı etkileyecek mesajları bireylerin evlerine taşıma



1 Ocak 2010-31 Aralık 2012 tarihleri arasında satış ortalaması en yüksek 5 gazetenin acil servisler ile ilgili yayımladığı haberler incelenmiştir. Analiz sonucuna göre 5 gazetede çalışmaya dâhil edilen 604 haber bulunmuştur. 604 haber içeriğinden %27'si olumlu, %61'i olumsuz olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak %23'lik dilimin haberi olumsuz olarak aktardığı, olumlu olarak aktarılan

haberlerin diliminin %14'lük kısmı olduğu saptanmıştır. Ayrıca önemli olan bir veri ise olumsuz içerikte artışın bulunmasıdır bunlar 2010 yılında %24,8, 2011 yılında %30,8, 2012 yılında ise %44,4 (Acar ve Arkadaşları, 2013).

özelliğine sahip olmakla birlikte insanları özellikle çocukları etkisi altına kolayca alabilir. “Ağaç yaş iken eğilir” atasözünden yola çıkarak çocuklarımızı küçüklükten yetişkinliğe kadar olabildiğince şiddetten uzak bir medya ile etkileşiminin sağlanması halinde, yetişkin bir birey olduklarında şiddetin yanlış olduğunu anlamalarını ve bu konuya duyarsızlıklarının azalması noktasında mental olarak kendilerini hazırlayabileceklerini umabiliriz.



2013 yılında yapılan RTÜK “Televizyon Eğilimleri Araştırması” sonuçlarına göre televizyon izleme nedeni ile oluşturduğu düşünülen davranışlara ilişkin olarak verilen cevaplarda %61 katılım ile “Toplumda Şiddeti Arttırır” ifadesi ve %53 katılım ile “Çocukların Sosyal Gelişimine Olumlu Etkisi Oluyor” ifadesi ön plana çıkmaktadır. Diğer sonuçlarda göz önünü alındığında, televizyonun olumsuz etkilerine katılım olumlu etkilerine göre daha fazladır (RTÜK, 2013).

2000’li yılların başında fenomen olan hastane ve doktor temalı dizi ve filmlerle kamuoyu yanlış bilgilendirilmiştir. Filmlerde ısrarla gösterilen yanlışlardan birisi, acil servis sahneliydi. Acile gelen hastanın kapı girişinde karşılanarak, tanı konulmadan ameliyata hemen alınması ya da mafya filmlerinde durumu ağır olan hastanın yaşama geri döndürülmesi için doktorun tehdit edilmesi, hastanın kaybı ha-

linde sorumlunun doktor olduğu düşüncesine sahip olunması veya hastası kurtulamayan hasta yakınlarının doktora şiddet uygulaması gibi sahneler, milyonlar tarafından izlenerek insanları etkisi altına almıştır. Bu sebeptendir ki bazı bireyler hastanede şiddet uygulamaktadırlar. Söz konusu bireyler medyanın ona gösterdiklerinin etkisi altındadır ve orada gördüğü hizmete sahip olmak ister. Aynı filmlerdeki gibi hastanın durumu ne olursa olsun hemen hastanın ameliyata götürülmesini ister. Bu, medyanın nasıl yanlış mesajlar vererek bizi yanılttığının açık bir örneğidir (Al ve Arkadaşları, 2012).

Aynı şekilde medyada sağlık çalışanları ile ilgili sağlık muhabirleri tarafından gerçekliği araştırılmamış haberlerin olumsuz olarak yapılması sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerinde ön yargı oluşmasına neden olmaktadır. Görsel ve yazılı medyada sürekli gösterilen olumsuz

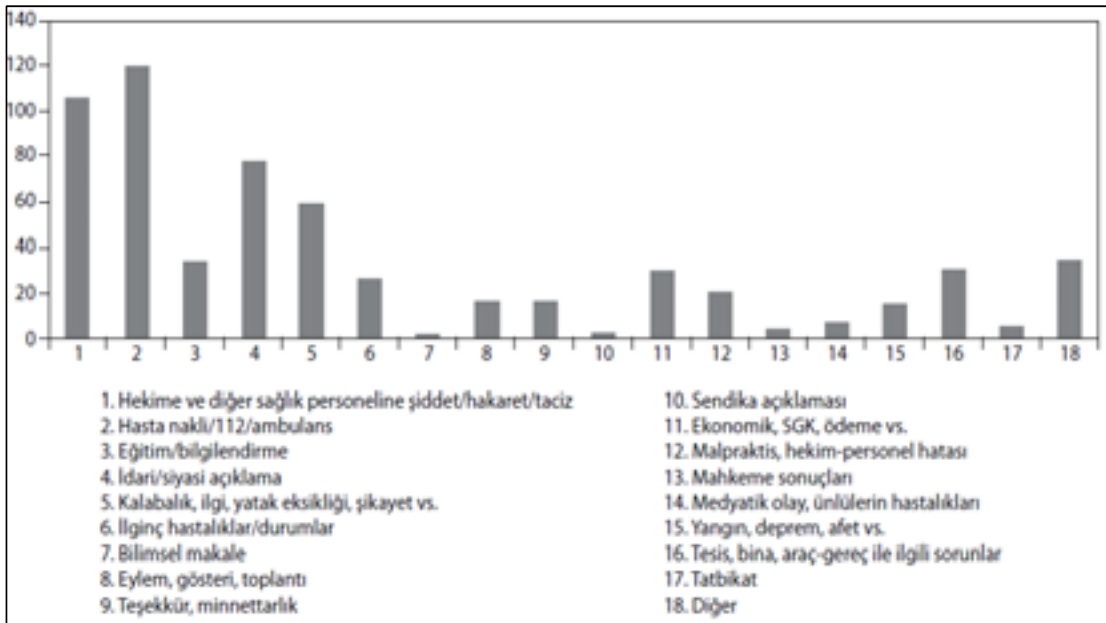
başlık atılan haberler ile ilgili konularda bireyleri önyargıyla karşı karşıya bırakmaktadır. Bu noktada sağlık muhabirlerinin uzmanlaşmış olmaları ve işlerini tam bir profesyonellik çerçevesinde yapmaları gerekliliği gözler önüne serilmiştir. Örneğin “ambulans geç kaldı!” başlığı ile atılan haberi medyada gören birey bir müddet sonra “ambulanslar hep geç kalmaktadır!” gibi bir ön yargıya sahip olabilir (TBMM Şiddet Raporu, 2013). Bu sebepten dolayı bireylerde şiddet eylemine karşı duyarısızlaşma görülebilir. Bireyler medyada sürekli gördükleri olumsuz haberler ile gerçek hayatta karşılaştıklarında olağan bir şeymiş gibi algılayarak tepki veremeyebilirler.

Medyada hemen hemen her gün karşılaşılabileceğimiz sağlıkta şiddet haberlerinde yer alan şiddet görüntüleri, sebepleri ve sonuçları ile sağlık çalışanlarını ezici bir başlıkla, birçok kez kamuoyuna gösterilmektedir. Nedendir bilinmez, şiddet haberleri gösterildiği kadar yapılan o şiddetin sonucu haberlere taşınmaz ve insanlar bu şiddetin cezasının ne olduğunu,

medya aracılığı ile şiddeti öğrendiği kadar basit bir şekilde öğrenemez. Bu durum, insanlar üstünde olumsuz etkiye neden olabilir.

“Türkiye’de Basın Gözüyle “Acil Servis” Ulusal Gazetelerdeki Acil Servis Haberinin İçerik Analizi” isimli yapılan ilk çalışmada medyanın önemli bir organı olan gazete ele alınmıştır. 1 Ocak 2010-31 Aralık 2012 tarihleri arasında satış ortalaması en yüksek 5 gazetenin acil servisler ile ilgili yayımladığı haberler incelenmiştir. Analiz sonucuna göre 5 gazetede çalışmaya dâhil edilen 604 haber bulunmuştur. 604 haber içeriğinden %27’si olumlu, %61’i olumsuz olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak %23’lük(n=138) dilimin haberi olumsuz olarak aktardığı, olumlu olarak aktarılan haberlerin diliminin %14’lük (n=83) kısmı olduğu saptanmıştır. Ayrıca önemli olan bir veri ise olumsuz içerikte artışın bulunmasıdır bunlar 2010 yılında %24,8 (n=150), 2011 yılında %30,8 (n=186), 2012 yılında ise %44,4 (n=268) (Acar ve Arkadaşları, 2013).

Grafik 2: Çalışmaya alınan haberlerin konularına göre dağılımları



Kaynak: Acar vd.,2013:168



3.5.2. Politik Aktörler

Seçilmiş politikacıların seçim vaadi olarak sağlık sektörünü kullanmaları, sağlık personeli istihdamı veya sağlık hizmeti sunumu geliştirmelerini ön araştırma yapmadan kullanmaları bireyleri o sektörde büyük bir beklenti içine sokabilir. Seçimler sonunda beklentileri karşılanmayan birey kullanıldığını düşünerek şiddete yönelebilir.

3.6. Tutuculuk

Türkiye'deki demokratik gelişim temel toplumsal sorunların ortak bir zeminde tartışarak çözüm üretmesi gereken paydaşların birbiri ile güçlü ilişkiler kurmasını sağlayacak düzeyde gelişmemiştir. Kurumlar ve kuruluşlar toplumsal sorunları tartışırken sorunlarda bağımsız sorunla bir ilgisi olmayan çeşitli

duvarlar oluşturmaktadır ve sorunun özüne yalın ele almaktan kaçınmaktadırlar. Sağlıkta yaşanan şiddet konusu da hem kamu otoritesi hem bütün kesimlerin duyarlılıklarını açıkça sergilemelerine rağmen bahsettiğimiz bu sorunun etkisinde kalınması nedeniyle çözüme ulaşamamış bir mesele olarak karşımızda durmaktadır. Tarafların kalıcı bir çözüm için çözümlü birlikte başarmaları esastır. Ancak hem Dr. Ersin Arslan olayında hem yakın zamanda Dr. Kamil Furtun olayından sonra görüldü ki bütün paydaşların tepkileri düşünceleri reaktif bir yaklaşım ile hareket ettikleri görülmüştür. Genelde ortaya konulan tepkisellik sorunu çözme iradesini gölgelemiştir. Tarafların tutucu yaklaşımları ve ben merkezli bakış açısı ve bu iki özellikten kaynaklanan çatışmacı dil sağlıkta şiddeti önleyici politikalar geliştirmeye engel teşkil etmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta şiddet toplumsal şiddetin bir parçasıdır. Ailede, sokakta, sporda, trafikte ve insanın olduğu her yerde şiddetin varlığı da söz konusudur. Aileden tutun, eğitim sisteminden sağlığa kadar her alana sirayet etmiş olan bu hastalıklı tutum son zamanlarda daha da artmaktadır. Şiddetin arttığına dair oluşan algı da medyanın artık her kesime ulaşarak bu konuyu gün yüzüne çıkarmasının yanı sıra, bu haberlere devamlı yer verilmesine bağlı olarak oluşan duyarsızlaşma ve algı neticesinde şiddetin arttığını ifade etmek de yanlış olmayacaktır.

Sağlık temel bir insan hakkı olarak herkesin ulaşabileceği bir alanı teşkil etmektedir. Sosyal bir devlet olmanın gereği vatandaşlarına sağlık hizmetlerini en iyi şekilde sunmaktır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken sağlık çalışanlarının da sosyal devletin birer üyesi olduğunun unutulmaması gerekliliğidir. Bu anlamda vatandaşlara en iyi sağlık hizmeti sunulurken bu hizmeti verecek olan vatandaşların da aynı değerlerde memnuniyetleri sağlanmalı, sağlık çalışanları şifa verirken hayatlarından olmamalıdır.

Yukarıda ifade ettiğimiz ve çalışmamızda belirtilen nedenler kapsamında sağlık konusunda en iyi hizmeti sunma noktasında sosyal devletin en önemli aracısı olan sağlık çalışanlarının şiddetle yüz yüze kalmaları son zamanlarda önüne geçilemez bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda sağlıkta şiddet ile ilgili yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer mesleklere oranla daha fazla olduğunu da göstermektedir.

Bugün sağlıkta şiddete maruz kalarak şehit olan sağlık çalışanlarının varlığı ve buna karşın tam anlamıyla sağlıkta şiddete çözüm



**ŞİDDET
HASTA HAKKI
DEĞİLDİR**

bulunamamış, şiddetin önüne geçilememiş olması önemli bir sorundur. Özellikle Dr. Ersin Arslan ile başlayan şiddete karşı farkındalık sürecinde tam bir bilinç oluşmadan Dr. Kamil Furtun'un şehit verilmiş olması toplumun ve siyasetin, onları hayata bağlayan kesim olan sağlık çalışanlarına henüz sahip çıkma noktasında yetersiz ve bilgisiz kaldığının göstergesidir. Bilgi artırımı noktasında sağlık okuryazarlığının önemi tartışılmaz olsa da sağlıkta yaşanan şiddet konusunda halen temel nedenler ortadan kaldırılmadan güvenlik temelli bir yaklaşım kabul edilemez. Yaşanan her şiddet olayından sonra yalnızca açıklamalar yapan, birbirini eleştiren düşünce yapısından vazgeçilmeli ve proaktif yaklaşımlar sergilenerek şiddetin ortadan kaldırılması noktasında işbirliği yapılmalıdır. Toplumun zihninde oluşan şiddet algısının yok edilmesi, karşılıklı sevgi ve saygıyı artırıcı yaklaşımların ve çalışmaların artırılması gerekmektedir. Bu anlamda sağlık

çalışanlarına yönelik şiddet konusunda sorunun temelini inilmeli, ancak sadece sorun tespiti ile kalmayarak gerekli adımlar da biran önce atılmalı ve sağlıkta yaşanan bu erozyonun önüne geçilecek tedbirler alınmalıdır.

Dr. Ersin Arslan olayı ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında dikkati çeken paydaş tutuculuğu ortadan kaldırılmalı, çözüm üretme amaçlı çaba sarf edilmelidir. Sağlıkta veya toplumun diğer alanlarında yaşanan şiddet siyaset veya girilecek bir polemige malzeme yapılamayacak kadar ciddi ve önemlidir. Sorunun çözümü noktasında ortak akıl ile hareket etmeli ve şiddet karşısında dost eli uzatmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının yıllar içinde öncellemediği istihdam ve yapısal dönüşüm ayakları bugün şiddeti doğuran en önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Reformları şiddet ve başka pek çok yapısal sorunu ortadan kaldıracak etkin stratejilerle yolculuğuna devam etmelidir.

Bu noktada özellikle sağlık politikalarının halkta sağlık bilincini geliştirme, sağlık kurumlarının modernizasyonu, insan kaynaklarının gelişimi, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği, motivasyonu gibi ana başlıklar çerçevesinde yeniden belirlenmesi önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarının, sağlık hizmet sürecini olumsuz etkilediği ortadadır. Sağlık hizmeti sunumunu tıkayan bu yaklaşımların ortadan kaldırılması gerekliliğinden hareketle;

◆ Herkesin güvenilir, anlaşılabilir bilgiye ulaşma ve sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirme fırsatı yakalayabilmesi amacıyla, topluma yönelik olarak ilgili kurumların yer aldığı sağlık

okuryazarlığı seferberliği başlatılmalıdır. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme sürecine ve dinamizmine gereksinim vardır.

◆ Sağlık bilgisi, başından sonuna kadar temel eğitimin bir parçası haline getirilmelidir.

◆ Kişiler arası iletişimde sağlık okuryazarlığı stratejileri belirlenmeli ve kullanılmalıdır.

◆ Sağlık okuryazarlığı kazandırılması için kişinin sağlık hizmeti aldığı her alan çok kıymetlidir ve özellikle her doktor-hasta etkileşimi bir fırsattır. Hastaların, sağlık çalışanlarına serbestçe ve rahatça soru sorabilme fırsatı oluşturulmalıdır.

◆ Doktorun hastasına uygun şartlarda, yeterli zaman ayırabilmesi ve kaliteli hizmet sunabilmesi için nicelik bazlı 'hizmet başı ödemeye dayalı bir performans sisteminden nitelik bazlı 'kaliteye' dayalı bir ödeme sistemine geçilmelidir.

◆ Sağlık okuryazarlığının planlanması ve ölçütlerin değerlendirilmesi hasta güvenliği ve kalite gelişimi süreçlerine dahil edilmelidir.

◆ Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusuna toplumun her alanında ve her platformda yer verilmeli, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına dikkat çekilmelidir.

◆ Sağlık çalışanlarına ve verdikleri hizmete olan güvenin artırılması sağlanmalı, bu konuda mevcut bütün kanallar kullanılarak halka ulaşılması sağlanmalıdır.

◆ Sağlık hizmeti verilmesinde muayene önceliğinin kimlere ait olduğu, acil sağlık hizmet-

lerinden hangi şartlar altında yararlanılacağı, ambulans bekleme, tetkik sonuçlarını alma vb. sürelerin hasta yakınları için çok uzun algılanabileceği gibi konular bilgilendirici materyaller ile anlatılmalı ve vatandaşın sağlık hizmetini bu bilinçle talep etmesi sağlanmalıdır.

◆ Sistemsel sorunlar ve sağlık çalışanından kaynaklı sorunların ayırımına varılması noktasında gerekli bilinçlendirme yapılmalı ve sağlık okuryazarlığı hizmetten nitelikli faydalanma amacıyla geliştirilmelidir.

◆ Hastaların sorumlulukları ve hakları konusunda STK'lar ve Bakanlık gerekli farkındalığı oluşturacak çalışmalar yapmalı, eğitimler vermelidir.

◆ Sağlık okuryazarlığını tam olarak tamamlayamamış bireylerin şiddete yönelmesini engelleyebilmek amacıyla meclis raporunda da yer verildiği üzere, sağlık kurum ve kuruluşlarında “Hasta Hakları Birimleri” ve “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulları”nın birlikte yer alacağı Sağlık İletişim Merkezleri (SİM) kurulmalıdır. SİM'ler hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık çalışanlarına ortaklaşa hizmet vermelidir.

◆ Sağlık çalışanlarının aldıkları uzun ve hayati önem taşıyan eğitimlerinin içinde hasta ile iletişim kurabilmesi, sağlık hizmeti sunumunda şiddetle karşılaşıldığında şiddeti nasıl önleyeceğini ya da sonlandıracağını bilmesi ve hastanın kaybedilmesi halinde hasta yakınları ile nasıl iletişim kuracağı konusunda derslere yer verilmelidir.

Her türlü enformasyonun en yaygın biçimde kitlelere ulaştığı medyanın da sağlıkta şiddet noktasında toplumu doğrudan etkileyerek uyaracağı ve biçimlendireceği gerçeğinden hareketle;

◆ Şiddeti engellemeye yönelik hazırlanan kamu spotlarının etkinliği ve toplumun her kesimine hitap ettiğinden emin olunmalı ve bu konuda gerekli çalışmalar yapılarak topluma sunulmalıdır.

◆ Medya kuruluşları, yayınlarını kamu yararını gözeterek –reyting kaygısından uzak- tarafsızlık ve nesnellik çerçevesinde, sağlık muhabirliği alanında uzmanlaşmış kişileri istihdam ederek ve bu alana gereken hassasiyeti göstererek görevini yerine getirmeli ve RTÜK bu konuda gerekli denetimi sağlamalıdır.

◆ Toplumun bütün kesimleri şiddeti teşvik edecek bir dil kullanmaktan kaçınılmalıdır.

◆ Sağlık çalışanlarının uğradığı şiddet olaylarına bağlı olarak yaptıkları şikayetler sonrasında alınan cezalar kamuoyu ile şeffaf bir şekilde paylaşılmalıdır.

◆ TV yayınlarında bütün şiddet türleri başta olmak üzere, sağlıkta şiddet konusunda uygun ve ilgili kurum ve kurullarca kontrolü yapılmış bir şekilde doğru mesajlar verilmeli, her yaşa hitap edecek yayınlar yapılmalı ve sağlık hizmetinin önemi vurgulanmalıdır.

◆ Topluma en hızlı ulaşmanın yolu olan medya doğru bir şekilde kullanılmalı ve halkın sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti tasvip etmeyen tavrı güçlendirilmeli, ancak bu şiddete vurgu yaparak değil, mesleğin kutsallığı ve önemine dikkat çekilerek, sağlık hizmeti üretimindeki zorluklara yer verilerek farkındalık oluşturulmalı ve sağlık çalışanlarına yönelik olumlu duyguların artırılması sağlanmalıdır.

◆ Hastaların sorumluluk ve haklarının bilincinde olmaları amacıyla gerekli kamu spotları hazırlanmalıdır.

◆ Topluma önder olan kişiler sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz söylemlerde bulunmaktan kaçınmalı ve mesleğin saygınlığını ön plana çıkarmalıdır.

Sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması gerçeği açık olmakla birlikte güvenlik önlemlerinin temel nedenler ortadan kaldırılarak alınması ve verilecek hizmet içi eğitimlerle sağlık çalışanlarının hastaya yaklaşımının sağlıklı hale getirilmesi gerekliliğinden hareketle;

◆ Beyaz Kod uygulamasının tam anlamıyla hayata geçirilmesi ve aktif bir şekilde işleyebilmesi için sağlık çalışanlarına gerekli eğitimler verilmeli, şiddete uğradıklarında hukuki haklarının neler olduğu yönetim tarafından sağlanacak ve takip edilecek hizmet içi eğitimlerle yerine getirilmelidir.

◆ Şiddet konusundaki bütün hukuki yaklaşım ve çözüm önerileri tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde uygulamaya konulmalı ve bütün kurumlarda uygulamaların ve şiddet karşısında izlenecek yol ve tepkinin aynı olmasına özen gösterilmelidir.

◆ Sağlık çalışanına şiddet uygulayanların hukuki olarak cezai yaptırımları artırılmalıdır.

◆ Şiddete uğrayanların rehabilitasyonu sağlanmalı ve bu süreçler takip edilmelidir.

◆ Sorunun çözümü noktasında güvenlik temelli yaklaşımların öncelenmesinden vazgeçilmeli, yalnızca şiddet olayı gerçekleştiğinde değil her zaman bu mücadelede sağlam ve kalıcı adımlar atılmalıdır.

◆ 112 çalışanlarının verdikleri hizmetin ivediliği ve hasta yakınlarının psikolojisi düşünüldüğünde meydana gelebilecek şiddet olayları-

nın önlenmesi için gerekli önleyici ve caydırıcı güvenlik tedbirleri alınmalı ve sağlık çalışanlarına periyodik aralıklarla sağlıklı iletişim eğitimleri verilmelidir.

Ağır iş yükü altında ezilen, çalışma süreleri fazla olan, 24 saat hizmet veren, fiziksel ve yönetsel sorunların yanında nöbet ve vardiyalı çalışma sistemi nedeniyle ailesine yeterince vakit ayıramayan ve tüm bunların sonucunda tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasından hareketle;

◆ Sağlık çalışanlarının istihdamı noktasında çalışmalar hızlandırılmalı, bu konudaki Bakanlık politikaları ve mali politikalar eşdeğer yürütülmelidir.

◆ Sağlık çalışanlarının dağılımındaki dengesizlikler giderilmeli ve halkın ihtiyaçlarına göre, iş yükünün belirli bir alanda veya belirli bir kurumda artmasının önüne geçilecek şekilde her kurumda ve klinikte eşit süreli ve dağılımda hizmet verilmesi sağlanmalıdır.

◆ Sağlık çalışanlarının nicelik bakımından artışı sağlanırken nitelik bakımından da memnuniyet sağlanmalıdır. Bu konuda fiziksel şartların da sağlanması noktasında eksiklikler belirlenerek, Bakanlık ve yönetimler gerekli çalışmaları gerçekleştirmeli ve uygulamaya geçirmelidir.

◆ Nitelikli insan kaynağı yetiştirilmesi konusunda eğitim kurumları ve bakanlık işbirliği halinde çalışılmalı ve tam istihdamın sağlanabileceği nicelik ve gerekli donanımına sahip nitelikli sağlık çalışanları yetiştirilmelidir.

◆ Sağlıkta insan kaynakları planlaması gözden geçirilmeli ve yeniden yapılandırılmalıdır.

◆ Çalışma sürelerinin fazla olması, nöbet ve

vardiya usulü çalışılması da sağlık çalışanlarını tükenmişlik, yorgunluk ve verimsizliğe sevk etmektedir. Bu durumda sağlık çalışanının hasta ve hasta yakınları ile uygun iletişime geçemesine neden olmakta ve şiddetin doğmasına ortam hazırlamaktadır. Bu noktada çalışma saatleri yeniden düzenlenmelidir.

- ◆ Kurumsal profesyonelleşmenin sağlanması gerekmektedir. Yani, kurumların hasta/hasta yakını ve sağlık çalışanı ilişkisini en alt düzeye indirecek yönetsel, uygulamalı ve fiziksel tedbirleri almaları önemlidir.
- ◆ Şiddet karşısında toplum olarak ortak bir tavır sergilenmeli, kurum ve kuruluşlar birlikte ve tek söylem altında hareket etmeli, şiddetin hiçbir türünün kabul edilemez olduğu her alanda dile getirilmelidir.
- ◆ Hastaların en fazla şikayet ettikleri konulardan biri olan bekleme süreleri hastane sayıları

artırılmak ve sağlık çalışanı istihdam edilmek suretiyle giderilmeli ve yapılan işlemler noktasında süreçlerin ve sürenin en aza indirilmesi konusunda gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca sağlık tesislerinde fiziki mekanlar düzenlenerek, bekleme alanları oluşturulmalıdır.

- ◆ Hasta yakınlarına hasta hakkında düzenli ve gerçek bilgi verilecek birimler oluşturulmalı, hasta yakınlarının tedavi sürecinde hastalarını takip edebilecekleri alt yapı sistemi oluşturulmalıdır.
- ◆ Sağlık politikaları ve uygulanan hasta politikaları yeniden gözden geçirilmelidir.
- ◆ Personel sayısında ve mesai saatlerinde yapılacak düzenlemelerle, iş yoğunluğunu azaltmak suretiyle, çalışanların motivasyonlarını artırarak ve hastayı da memnun ederek şiddetin kaynağını ortadan kaldırmak mümkün olabilecektir.



KAYNAKÇA

- Acar YA., Çevik E., Uyguner C., Çınar O., “Türkiye’de Basın Gözüyle ‘Acil Servis’: Ulusal Gazetelerdeki Acil Servis Haberlerinin İçerik Analizi”, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2013, Sayı: 13/4, http://www.journalagent.com/tatd/pdfs/TATD-54926-RESEARCH_ARTICLE-ACAR.pdf, erişim tarihi: 01.07.2015
- Al B., Zengin S., Deryal Y, Gökçen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet”, JAEM 2012; 11
- Annagür B., “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010;2
- Aydın M. “Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı”, TTB Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, 2008, Isparta.
- Ayrancı Ü., Yenilmez Ç., Günay Y., Kaptanoğlu C., “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002;3
- Bozkurt E., “Bireylerin İletişim Sorunları ile İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi”. Milli Eğitim Dergisi, Sayı 142, 1999, Ankara
- Büyükbayram A., Okçay H., “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013; 4(1)
- Çayır C., ÇETİN Ö., ”Din ve Şiddet Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım”, Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Cilt 13, Sayı-1, 2011, <http://www.dicle.edu.tr/Contents/df15f30f-57a2-4302-af28-f4d7b4c48494.pdf>, erişim tarihi: 30.06.2015
- Dursun S., “İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” Çalışma İlişkileri Dergisi, 2012;3
- İlhan MN., Cakır M., Tunca MN., Avcı E. ve ark. “Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar” GMJ 2013;24
- İlhan MN., Özkan S., Kurtcebe Ö., Aksakal N., “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Çalışan Araştırma Görevlileri Ve Intörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Etmenler” Toplum Hekimliği Bülteni, 2009;28.
- Keser NÖ., Bilgin H., “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme”, Türkiye Klinikleri 2011; J Med Sci, 31(6)
- Kocadağ S., Akdur R., “Sağlık Çalışanlarında İşyeri Şiddeti, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi”, Sözel Bildiri, 2008, Ankara
- Nart S., ”İş Ortamında Şiddet, Tükenmişlik Ve İş Tatmini İlişkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”, Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, Sayı:23 (2014) - Doi: <http://dx.doi.org/10.11611/JMER360>
- Öztunç G., “Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5

- RTÜK, “Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması”, 2013. Ankara
- Sağlık-Sen, “Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması”, Ankara,2013
- Sağlık-Sen, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması”, Ankara, 2014
- TBMM, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013
- TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, <http://www.biltek.tubitak.gov.tr/gelisim/psikoloji/basliklar.htm>, erişim tarihi:04.07.2015
- TÜİK, “Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012”, Haber Bülteni, 2013 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13445> , erişim tarihi: 01.07.2015
- Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık-Sen, 2013
- Ulaş, A., Epçaçan, C., Koçak B. “Bir Şiddet Potansiyeli Olarak Medya”, 2012
- Yıldız AN, Kaya M., “İşyerinde Şiddet” Toplum Hekimliği Bülteni, Derleme, Cilt 28, Sayı 3, 2009



Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SASAM, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın (Sağlık-Sen) politika ve uygulamalarının akademik altyapısını oluşturmayı amaçlayan, sağlık, sosyal politika ve işgücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye ölçeğinde kanıta dayalı bilgi üreten, kaynağı çalışanların alın teri olan alanında ilk ve tek strateji kuruluşudur.

Sağlık, sosyal ve işgücü politikalarını bilimsel çalışmalar ışığında çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler ve sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, SASAM'ın öncelikli amaçları arasındadır.

SASAM, aynı zamanda kamunun yönetim kapasitesini geliştirmeye teşvik edecek politikalar geliştirmek, sağlık ve sosyal politika karar süreçlerinde etkin ve öncü düşünce kuruluşu olmayı ve küresel ölçekte sağlık, sosyal ve işgücü politikalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

SASAM bilimsellik, bağımsızlık, güvenilirlik, tarafsızlık, değerlere bağlılık, paydaşlık ve katılımcılık ile çözüm odaklılığı kendine ilke edinmiştir.

SASAM'ın çalışma alanları içerisinde "Sağlık Politikaları", "Sosyal Politika" ve "İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar" yer almaktadır. Ayrıca SASAM çalışma alanlarına din ve medeniyet, kimlik, kültür, etik ve ahlak konularını da dahil ederek düşünce üretmeyi amaçlamaktadır.

SASAM'ın Faaliyet alanları içerisinde; bilimsel toplantılar (Kongre, Sempozyum, Konferans, Seminer, Çalıştay, Arayış Toplantıları, vs.) gerçekleştirmek, saha araştırmaları yapmak, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek ve süreli/süresiz yayınlar (Kitap, Dergi, Rapor, Makale...vs.) ortaya koymak yer almaktadır.

*Sağlığınıza
Şiddetin Ulaşamayacağı Bir Yere
Koyun!...*





SAGLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.sagliksen.org.tr