T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDETİN FARKLI BOYUTLARIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.MUHTEBER ÇOLAK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR- 2016

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDETİN FARKLI BOYUTLARIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR.MUHTEBER ÇOLAK

TEZ DANIŞMANI:
PROF.DR.NİLGÜN ÖZÇAKAR

İZMİR-2016

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ ..... **v**
KISALTMALAR ..... **vii**
TESEKKÜR ..... **viii**

ÖZET **1**
ABSTRACT **3**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **4**

2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. İşyerinde Şiddet 7
2.1.1. Şiddet Türleri 8
2.1.2. Çalışma Yaşamında (İşyerlerinde) Yaşanan Şiddet 9
2.1.2.1. İşyerinde Şiddetin Türleri 9
2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet 10
2.2.1. Sağlıkta Şiddet 10
2.2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Türleri 11
2.2.2.1. Fiziksel Şiddet 12
2.2.2.2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet 12
2.2.2.3. Sözel Şiddet 13
2.2.2.4. Cinsel Şiddet 13
2.2.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu 14
2.2.4. Türkiye'de Sağlık Alanında Şiddetin Boyutu 15
2.2.5. Şiddettin Nedenleri 16
2.2.6. Şiddetin Etkileri 18
2.2.7. Şiddetle Baş Etme Yolları 19

3. GEREÇ VE YÖNTEM **20**

4.BULGULAR **21**

5. TARTIŞMA **42**

6. SONUÇ **50**

KAYNAKLAR **51**

EKLER **58**

Ek 1. Anket Formu 58

Ek 2. Araştırma İzin Talebi 61

Ek 3. Etik Kurul Raporu 62

TABLO DİZİNİ

Tablo 4.4. Uğranılan Şiddet Türleri 23
Tablo 4.5. Şiddete Başvuranlar 23
Tablo 4.6. Şikâyet Etme Durumu 24
Tablo 4.7. Şikâyet Etmeme Nedenleri 24
Tablo 4.8. Şikâyette Yapılanlar 24
Tablo 4.9. Şiddete Uğrayan Kişilerin Hissettikleri 25
Tablo 4.10. Şiddetin Nedeni 25
Tablo 4.11. Şiddetin Engellenme Durumu 25
Tablo 4.12. Şiddetin Yaşama Etkileri 26
Tablo 4.13. Şiddete Başvuranların Özellikleri 26
Tablo 4.14. Şiddete Tanıklık Durumunda Davranış 27
Tablo 4.15. Kurumun Güvenliği 27
Tablo 4.16. Şiddetle Baş Etme Eğitimi İsteği 27
Tablo 4.17. Şiddetin Belirtilen Nedenleri 28
Tablo 4.18. Şiddete Başvuranların Gelir Düzeyi 28
Tablo 4.19. Şiddete Başvuranların Eğitim Düzeyi 28
Tablo 4.20. Doktorun Saygınlığı 29
Tablo 4.21. Hasta Hakları Şiddete Etkisi 29
Tablo 4.22. Şiddetin Önlenebilirliği 29
Tablo 4.23. Şiddete Aynı Şekilde Karşılık Verilmesi 30
Tablo 4.24. Şiddet Olayının Rapor Edilmesi 30
Tablo 4.25. Meslek Süresine Göre Şiddeti Rapor Etme Durumu 30
Tablo 4.26. Yaşa Göre Şiddeti Rapor Etme Durumu 31
Tablo 4.27. Cinsiyete göre şiddete aynı şekilde karşılık verilmesi durumu 31
Tablo 4.28. Meslek Yılına Göre Doktora Saygı Durumu 31
Tablo 4.29. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Durumu 32
Tablo 4.30. Cinsiyete Göre Psikolojik Şiddete Uğrama Durumu 32
Tablo 4.31. Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Şiddete Uğrama Durumu 32
Tablo 4.32. Cinsiyete Göre Şiddetle Baş Etme Eğitimi Almayı İsteme 32
Tablo 4.33. Meslek Süresine Göre Şiddetin Özel Yaşamı Etkileme Durumu 33

Tablo 4.34. Meslek Süresine Göre Şiddetle Başetme Eğitimi Almak İsteme 33
Tablo 4.35. Meslek Süresine Göre Şiddette Artış Durumu 33
Tablo 4.36. Meslek Süresine Göre Son Bir Yılda Şiddete Tanık Olma Durumu 34
Tablo 4.37. Şiddetin Nedeni Eğitim Sorunları Sözel Cevaplar 34
Tablo 4.38. Şiddetin Nedeni İletişim Sorunları Sözel Cevaplar 35
Tablo 4.39. Şiddetin Nedeni Sağlık Politikaları Sözel Cevaplar 36
Tablo 4.40. Şiddetin Nedenleri Hukuksal Boşluk Sözel Cevaplar 37
Tablo 4.41. Şiddetin Nedeni İş Yoğunluğu Ve Çalışma Koşulları Sözel Cevaplar 37
Tablo 4.42. Şiddetin Nedeni Medya Etkisi Sözel Cevaplar 37
Tablo 4.43. Şiddetin Nedeni Toplumsal Kültürel Nedenler Sözel Cevaplar 38
Tablo 4.44. Şiddetin Çözümü İçin Yasal Düzenlemeler Ve Güvenlik Önlemleri İlgili Belirtilenler 39
Tablo 4.45. Şiddetin Çözümü İçin Eğitim Ve İletişim Sorunları İlgili Belirtilenler 40
Tablo 4.46. Şiddetin Çözümü İçin Çalışma Yaşamı İle İlgili Düzenlemeler Belirtenler 41
Tablo 4.47. Şiddetin Çözümü İçin Toplumsal Ekonomik Düzenlemeler Sözel Cevaplar 41

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık örgütü

ASM : Aile sağlığı merkezi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü

ICN : Uluslararası Hemşireler Birliği

NIOSH : The National Institute for Occupational Safety and Health

HIV/AIDS : Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

NEXT : Nurses Early Exit Study

TEŞEKKÜR

İhtisasa başladığım günden itibaren içten ve dostça tavırları ve destekleri için Hocam Prof.Dr.Nilgün Özçakar'a çok teşekkür ederim. İhtisas süresince varlığınız, içtenliğiniz ve desteğinizle hep yanımızda olduğunuz için kendimi şanslı sayıyorum. Sizinle tez yapmak çok keyifli ve öğreticiydi. Çok teşekkürler hocam.

Bölüme başladığım günden bu yana gösterdiğiniz ilgi, destek ve eğitimle bakış açımı ve bilgi birikimimi daha olumlu ve iyi organize etmemde sonsuz katkılarından dolayı Hocam Prof.Dr.Dilek Güldal'a çok teşekkür ediyorum. Sizi tanıdığım ve sizin asistanınız olduğum için kendimi şanslı hissediyorum. İyi ki varsınız hocam.

İhtisasa başladığımda kime nasıl davranacağımı, kime nasıl hitap edeceğimi bilmediğim ilk şaşkınlık zamanlarında yanımda olan hocam Doç.Dr.Mehtap Kartal'a her şey için çok teşekkür ediyorum. Tezim, yaptığım çalışma ve her başım sıkıştığında ulaşabildiğim hocama teşekkürler.

Aile hekimliği ihtisasının bir aile ortamında geçmesini sağlayan Prof.Dr. Vildan Mevsim, Doç.Dr.Tolga Günvar hocalarıma, Uz.Dr.Ediz Yıldırım ve Uz.Dr.Neslişah Gafuroğlu'na destekleri için çok teşekkürler.

Meslek hayatımın 20. Yılında ihtisas yapmak istediğimi söylediğimde bana destek olan ve hep yanımda olan sevgili eşim Tacettin Çolak ve oğullarım Kıvılcım ve Volkan'a destekleri için çok teşekkür ederim.

İhtisas süresince dostlukları için arkadaşlarım Dr.Ülkü Bulut, Dr. Özden Gökdemir, Dr. Seval Yaprak ve Dr.Olgu Aygün'e ve bölümdeki bütün asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Sizlerle kendimi genç hissettim. Ayrıca bölümdeki sekreter ve personel arkadaşlara destek ve içtenlikleri için teşekkürler.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı bütün kadrosuyla sizleri seviyorum. Hayatımın bir döneminde yolum sizlerle kesiştiği için mutluyum. Hep hayatımın bir parçası olmanız dileğiyle.

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDETİN FARKLI BOYUTLARIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Muhteber ÇOLAK, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İnciraltı, İzmir

Giriş: Dünyada ve ülkemizde çalışma yaşamında şiddetle ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Sağlık işyerlerinde şiddetin diğer iş ortamlarından daha fazla olduğu ile ilgili veriler mevcuttur.

Amaç: Araştırmamızda İzmir illinde birinci basamakta çalışan hekimlerin işyerinde şiddete uğrama sıklığı ve hekimlerin bu durumla ilgili düşüncelerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipteki araştırmaya İzmir İli merkez ilçelerinde görev yapan 303 aile hekimi dâhil edilmiştir. Araştırmada kullanılan anket formu sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleriyle şiddetle ilgili düşüncelerini araştıran sorulardan oluşmaktadır.

Verilerin analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmış, $p< 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalamaları 48,05±6,11 olup çoğunluğu (%82) meslek hayatı boyunca şiddete uğradığını belirtmiştir. Son bir yılda şiddete uğrama durumu %56,4(n=171) olarak ifade edilmiştir. Şiddete uğradığını ifade eden katılımcılar en sık sözel şiddete(%77,6) uğradıklarını belirttiler. Şiddete uğradığında şikâyet etmeme nedeni çoğunlukla (%40,1) olayı önemsemediklerinden kaynaklanıyordu. Şiddetin yaşamı etkilemesiyle ilgili olarak %40,8 “mesleğimden soğudum” derken %30,3 “çalışma yaşamımı etkilemedi” cevabını verdi. Tüm katılımcılara “sizce şiddetin nedenleri nelerdir?” diye sorulduğunda çoğunlukla (%74,9) “eğitim sorunu” cevabı verildi. Şiddete başvuranlar arasında düşük gelirliler(%48,8) ve düşük eğitim düzeyi olanlarda (%54,1) şiddet davranışı daha fazla bulundu. “Şiddet olayları rapor edilmeli” diyenler yaş gruplarına göre incelendiğinde 40 yaş altı hekimlerin %90,3’ü “evet” derken bu oran 51 yaş üstü olan grupta %79,3 idi, aralarındaki fark anlamlı olarak değerlendirildi (p=0,045).

Sonuç: Sağlık alanında birinci basamakta hekimlere yönelik şiddetin çok sık olduğu ancak az bildirildiği görülmektedir. Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır. Şiddetin birçok nedeni belirtilmekle birlikte etkileri ortadadır. Toplumda sağlık hizmeti veren hekimlerin güvenli koşullarda çalışması ve oluşacak şiddet riskinin azaltılması için düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: hekime yönelik şiddet, birinci basamak, şiddet, sağlık çalışanı

ABSTRACT

EVALUATION OF VIOLENCE AGAINST PHYSICIANS WORKING IN PRIMARY CARE THROUGH DIFFERENT ASPECTS

Dr.Muhteber ÇOLAK, Dokuz Eylül Faculty of Medicine, Department of Family Medicine İnciralti, İzmir

Introduction: In our country also in the world many researches are conducted on violence. Related available data in health care environment is more common than any other business workplace.

Objective: In our study, we aimed to determine violence incidence of primary care physicians exposed in workplace in Izmir and thoughts about this.

Methods: In this descriptive cross-sectional research, 303 family physicians working in Izmir has been included. Research questionnaire consists of questions investigating health professionals' opinions about violence and sociodemographic characteristics.

SPSS 15.0 was used in analysis, $p<0.05$ considered statistically significant.

Results: Participants' mean age was 48.05±6.11, majority (82%) stated that they have suffered violence throughout their career. For recent year 56.4%(n=171) stated they had. Verbal violence victims most(77.6%). The reason not to complain subjected violence was often "they did not care(40.1%)". Influence on life stated as "got bored of their profession (40.8%)", "did not affect my working life(30.3%)". "What do you think are the causes of violence?" mostly answered as "educational problems"(74.9%). Low income(48.8%), low levels of education(54.1%) showed more violent behavior. Topic "violence must be reported" stated "yes" under 40 years 90.3% while 79.3% older than 51 years. The difference according to age groups was statistically significant($p=0.045$).

Conclusion: Violence against physicians in primary care health services was very often, but less reported. Verbal violence is more common than physical violence. Many causes of violence is indicated and had obvious effect. Needed arrangements should be made providing safe working conditions for physicians and to reduce the risk of violence.

Key words: violence against doctors, primary care, violence, health care workers

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet bir başkasına yönelik fiziksel zorlama, güç kullanımı olarak bilinir ve bir gücün derecesi, hız; karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu ve davranışta aşırılık olarak tanımlanmıştır [1]. Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) tarafından "Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi" olarak tanımlanmaktadır [2].

Şiddet çok farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Genel anlamda sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olarak üç temel başlık altında toplanmakta olup ruhsal ve fiziksel etkileri görülmektedir. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, tehditler, sözlü hakaretler ve fiziksel saldırılar biçiminde meydana gelen şiddet her toplumda değişik derecelerde fakat sürekli gündelik yaşamda yer almaktadır [3]. Son yıllarda tüm dünyada şiddetin arttığı rapor edilmektedir.

İş yerinde şiddet denildiğinde çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında diğerleri tarafından istismar edilmesi veya saldırıya uğraması anlaşılmaktadır. İş yerinde yaşanan şiddet olaylarından en fazla fiziksel şiddet tanımlanmıştır.

Sağlık kurumlarında şiddet ise, hasta ve hasta yakınları ya da herhangi birinin sağlık çalışanı için risk oluşturan tehdit davranışı olarak bilinir. Sağlık çalışanlarının iş ortamında şiddet olaylarıyla daha fazla karşılaştığı, bunun nedenleri arasında da zor durumda olan insanlarla en sık temas halinde olan bir meslek grubu olması ifade edilmektedir.

Sağlık çalışanları işyerinde şiddete uğrama yönünden yüksek risk altındadırlar. Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olayları tüm işyeri şiddet olayları arasında büyük yer tutmaktadır. Sağlık alanında genellikle acil sağlık hizmeti verilen birimlerde daha sık olmakla birlikte birinci basamakta da sık karşılaşılmaktadır. Bütün ülkelerde sağlık işyerlerinde şiddet olayı yaygın bir sorun olarak yaşanmaktadır. Ortaya çıkan tüm fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerine rağmen yaşanan şiddet olaylarının az bildirildiği de bilinmektedir.

Son yıllarda ülkemizde ve birçok ülkede iş yaşamında şiddet önemli bir sorun olarak ele alınmakta ve araştırılmaktadır. Fakat sağlık ortamında yaşanan şiddetin gerçek boyutu tam olarak bilinmemektedir.

Araştırmamızın amacı birinci basamakta sağlık hizmeti veren Aile Hekimlerine yönelik şiddet ve özelliklerini, hekimlerin bu konu ile ilgili düşüncelerini ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Şiddet: bir gücün derecesi, hız; karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu ve davranışta aşırılık olarak tanımlanmıştır [1]. Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) şiddeti "Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi" olarak tanımlamaktadır [2]. Tarihsel açıdan şiddet, insanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olup, sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma ve kayıpla sonlanan ya da sonlanma olasılığının yüksek olduğu, bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanması durumunu ifade eder [3-5]. Michaud kapsamlı bir şiddet tanımlaması yapmıştır. Bu tanıma göre şiddet: "Karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan birinin ya da birkaçının doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır" [6].

Son yıllarda dünyanın her yerinde şiddetin arttığı rapor edilmektedir [7]. İnsanlık var olduğundan bu yana tartışılan şiddet kavramı, bireysel toplumsal ve sosyal yönleri olan karmaşık bir olgudur. Bu nedenle şiddeti tanımlamak zordur. Şiddet çok farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, tehditler, sözlü hakaretler ve fiziksel saldırılar biçiminde meydana gelen şiddet her toplumda değişik derecelerde fakat sürekli gündelik yaşamda yer almaktadır [3, 8, 9].

Şiddetin etimolojik incelemesinde Yunan-Latin-İngiliz kökenine göre, sözcüğün "kuvvet", "güç" gibi hemen hemen her dildeki anlamının yanı sıra "çiğneme", "ihlal etme", "bozma" gibi bir anlamı ile de karşılaşılmaktadır [8, 10]. Örneğin İngilizce violence sözcüğü Latince violentus ve violare'den gelmektedir. Cebri, kuvvetli, hiddetli, sert, zorlu, taşkın anlamlarına gelen ilki Wade'e göre "bir şeyin yapılma tarzını" vurgular. Violare, bozmak, ihlal etmek, incitmek, zarar vermek, lekelemek, tecavüz etmek, zorlamak, çiğnemek, anlamlarına gelip "yapılan şeyi" ifade eder. Garver, şiddet eyleminde bir şekilde bir şeyin ihlal edildiğini belirtir. Bu ihlal edilen şeyin de kişiselliğe ait olan haklar olduğunu, yani kişi haklarının ihlal edildiğini söyler [10, 11].

"Şiddet, bireyin kendi kendisine yöneltmiş olduğu bir davranış olarak da ortaya çıkabilir. (intihar ya da "gönüllü" ötanazide olduğu gibi). Geniş bir grubun ya da bazı bireylerin ciddi yaralanmalarıyla sonuçlanan bilerek ya da bilinçsizce uygulana cesaret

gösterileri, kişisel veya toplu grupların kurumsal kaynaklı ihlalleri gibi aşırı uç örneklerine de rastlanabilir. Ancak her koşulda şiddet, şiddete maruz kalanın, "ötekiliği" üzerinden tanımlanan, ötekinin saygınlığını ortadan kaldırıp sadece (potansiyel olarak) bedenine zarar verebilecek, hatta ortadan kaldırılabilecek bir nesne olarak ele alındığı bir durumdur"[12-14].

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddet:

"Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması"dır.

Yine Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'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."[2, 15, 16]. Hegel: "Yaşayan canlı bir varlık olarak insan, tabi ki boyunduruk altına alınabilir. Fiziksel olarak ve sosyal yönleri ile başkalarının kontrolü altına girebilir. Fakat kendinde ve kendisi için özgür irade, yakalandığı dış boyuttan ya da onun ideasından kendini geri çekememenin haricinde baskılanamaz. Sadece baskılanmayı/zorlanmayı isteyen kişi, herhangi bir şeye zorlanabilir" der [10, 17].

2.1. İşyerinde Şiddet

(DSÖ)'ü işyeri şiddetini "Diğer bir kişiye ya da bir gruba işle ilişkili bir durumda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan yüksek derecede bu neticelerle sonuçlanma ihtimali bulunan, davranışlar gerçekleştirerek ya da tehdit ederek kasten güç kullanmak" şeklinde tanımlamıştır [18].

Avrupa Komisyonu ise "İşyerinde şiddet, çalışanın işi nedeniyle (işine gidip gelirken olanlar da dâhil) karşılaştığı, açıkça veya üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır." şeklinde ifade etmiştir [19]. İş kazası ise (İLO): Önceden planlanmamış, bilinmeyen ve kontrol altına alınamamış olan etrafa zarar verebilecek nitelikteki olay olarak tanımlamıştır. Dünya

sağlık örgütüne (DSÖ)nün iş kazası tanımı ise: Önceden planlanmamış kişisel yaralanmalara, maddi zarara ve üretimin durmasına neden olan olaydır.

Sağlık çalışanları iş yerinde şiddet olaylarına daha fazla maruz kalmaktadır. Bunun nedenlerinden biri olarak zor durumda olan insanlarla en fazla temas halinde olunan bir meslek grubu olunması etkili olmaktadır denilmekte [18].

İş yerinde yaşanan şiddet olaylarından en fazla fiziksel şiddet tanımlanmıştır. Yaşanan şiddet olaylarında iş yerinde aşırı zarar verme amacı güden saldırgan davranışların tespiti daha kolay olması ve ölçülebilmesi bu durumda etkili olabilmektedir. Genel olarak işyeri şiddeti, işyerinde görülen ve aşırı, zarar verme amacı güden saldırgan davranışları ifade etmektedir [20]. İşyeri şiddetine, çalışma ortamında gerçekleşen her türlü fiziksel zarar verme yanında, tehditkâr davranışlar veya aşağılayıcı sözler içeren psikolojik şiddet davranışları da girmektedir (The National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH). Sağlık çalışanları için iş yaşamında çok ciddi mesleki sorun olarak tanımlanan iş yeri şiddetinin epidemi düzeyinde olduğunu ifade eden çalışmalar da vardır [18].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), International Council of Nurses (ICN), işyerinde şiddeti, uluslararası bir sorun olarak tanımlar. Bu konu ile uluslar arası boyutta ilgilenilmesi ve çözüm önerileri üretilmesi gerekmektedir. ILO, işyerinde şiddeti dünya çapında alkol, sigara, uyuşturucu ve HIV/AIDS ile birlikte dünya için büyük risk yaratan sorunlar olarak değerlendirir. ICN ise, etkin hasta bakım hizmeti verilmesini zorlaştıran sorunlar olarak değerlendirmektedir [18, 21].

2.1.1. Şiddet Türleri

Şiddet çok yönlü bir olgudur. Bu nedenle farklı biçimlerde sınıflandırılabilir.

1. Failin tipine göre; bireysel ya da kolektif olabilir. Kolektif şiddet; devletten profesyonel çetelere, etnik gruplardan kabilelere ve toplumsal sınıflara kadar uzanan farklı yapılardan köken alabilir.

2. Güdülenmeye göre; şiddet baskı, kan davası, ayrıca namusa yönelik algılamalardan kaynaklanan “namus cinayeti” gibi farklı olaylardan kaynaklanabilir.

3. Suça yönelik olup olmamaya göre; suç sayılan şiddet: cinayet, hırsızlık, silahlı saldırı, soygun, tecavüz, soykırım gibi.

Suç sayılmayan şiddet: yoksulluk, eğitimsizlik, yönetimde kayırma, trafik kazaları, çevre tahribi gibi toplumsal ve yapısal sorunlardan kaynaklanabilir.

4. Kapsamına göre;

-Dar anlamda; fiziksel şiddet insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan saldırı niteliği taşıyan zedeleyici, fiziksel zarar verici acı verici olaylardır. Yaralama, tecavüz, yağma, adam kaçırma gibi başkasına yönelik eylemlerin yanında intihar girişimi gibi kişinin kendisine yönelik zarar verici eylemleri şeklinde de olabilir.

-Geniş anlamda şiddet ise;

Birey üzerindeki ruhsal ve fiziksel etkisi açıkça ölçülemeyen, somut ya da dolaylı bir biçimde hissedilen çeşitli baskılar, ekonomik şiddet, enflasyon işsizlik, doğanın tahribi, medya terörü, trafik korsanlığı, sağlıksız kentleşme vb. olarak tanımlanmaktadır [12, 22-24].

2.1.2. Çalışma Yaşamında (İşyerlerinde) Yaşanan Şiddet

2.1.2.1. İşyerinde Şiddetin Türleri

İşyerinde şiddetin kaynağına veya saldırgana göre sınıflamasında; Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin geliştirdiği sınıflama tercih edilmekte ve dört tip şeklinde incelenmektedir [25].

A. **Tip I:** Önceden kuruluşla ilişkisi olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilen suç olaylarını kapsar. Burada ana hedef, nakit para ve değerli şeylerdir.

B. **Tip II:** Bir müşteri/hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel ve/veya psikolojik şiddet oyalarından oluşur. Kurumla ilişkili kişiler tarafından gerçekleştirilir. İş yerinde şiddet olaylarının en sık karşılaşılan tipi bu şekilde olmaktadır,

C. **Tip III:** Çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti ifade eder. İşyerinde şiddetin bu türü çalışan bireyler arasındaki şiddet olaylarını tanımlar. Amirlerden kaynaklı olabileceği gibi astlardan amirlere yönelik de olabilir.

D. **Tip IV:** Yakınların (ailenin veya arkadaşların) gösterdiği şiddet türüdür. Bu tür şiddet eylemleri kişinin özel yaşamından yani evinden kaynaklı olduğu halde iş yaşamını da etkiler.

Sağlık iş yerlerinde daha çok Tip II şiddet olayları yaşanmaktadır. Ama diğer tip şiddet olayları da yaşanabilmektedir [18].

Çalışma yaşamında karşılaşılan şiddet olayları başka bir sınıflamaya göre ise:

1. Suça niyet ederek şiddete başvurma
2. Tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet
3. Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet
4. Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet.

Farklı çalışma alanlarında yukarıda sayılan şiddetin farklı tipleri yaşanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının bütün şiddet tipleri ile karşılaşma ihtimali olmakla birlikte en sık ikinci tür şiddet olayları ile karşılaşırlar [26].

2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

2.2.1. Sağlıkta Şiddet

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet işyerinde ve çalışanın işiyle ilişkili olarak yaşadığı ve çalışma yaşamını olumsuz etkileyen olayları ifade eder. Çalışanın işi ile ilgili ortamlarda bir kişi veya kişiler tarafından yaralama, ölüm, psikolojik olarak zedeleme den gelişimsel bozukluğa yol açan durumlardan cinsel tacize saldırıya uğrama durumunu ifade eder.

Sağlık sektöründe iş yerinde yaşanan şiddet olayları önemli bir tehlike olarak kabul edilmektedir. İşyerinde şiddetin birçok farklı boyutu ve şekli olabilir. Çalışma ortamında meydana gelen şiddet; fiziksel şiddet, taciz, sindirme veya yıkıcı/tehditkâr davranışa ilişkin herhangi bir olay veya tehdit olabilir. Çalışanları, hizmet alanları ve yakınlarını,

ziyaretçileri etkileyebilir ve kapsayabilir. İşyerinde şiddet, tehdit ve sözlü tacizden fiziksel saldırılara ve hatta cinayet işlemeye kadar varabilir [27].

Sağlık çalışanları işyerinde şiddete uğrama yönünden yüksek risk altındadırlar. Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olayları tüm işyeri şiddet olaylarının %25'ini oluşturmaktadır. Bütün ülkelerde sağlık işyerlerinde şiddet olayı yaygın bir sorun olarak yaşanmaktadır [18, 28].

Sağlık ortamında olayların taraflarının kim olduğuna göre temelde yedi farklı biçimde sınıflanabilir [20, 29-32].

Bunlar;

1)Sağlık çalışanları - sağlık çalışanları,

2) Sağlık çalışanları - hasta/hasta yakınları,

3) Sağlık çalışanları - üçüncü şahıslar,

4) Sağlık çalışanları - hasta/hasta yakınları - üçüncü şahıslar,

5) Hasta/hasta yakınları - hasta/hasta yakınları,

6) Üçüncü şahıslar - üçüncü şahıslar

7) Hasta/hasta yakınları - üçüncü şahıslar

Türkiye de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri:

1. Davranış bozuklukları ve mental sorunlar

2. Eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uyum zorluğu

3. Hasta sayısının çokluğu ve çok fazla tetkik istenmesi

4.Kalabalık stresli ortamlar, hasta yakınlarının çokluğu ve aşırı gürültülü ortamlar.

5. Hasta ve hasta yakınlarının sınırsız istekleri

6. Bekleme süresinin uzaması

7. Sağlık çalışanlarının sayıca ve mesleki açıdan yetersizlikleri

8. İletişim problemleri, kişisel sorunlar ve yanlış anlaşılmalar [7].

2.2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Türleri

Şiddet bir diğer yaklaşıma göre doğuştan veya sonradan kazanılan içgüdüsel bir olgudur. Fiziksel ve fiziksel olmayan (psikolojik) şiddet olarak da genel olarak sınıflanabilir [33].

2.2.2.1. Fiziksel Şiddet

Çalışma yaşamında en sık tanımlanan fiziksel şiddet türüdür, Bunda tanımlanmasının kolay olması ve şiddet diye tanımlanan kavramın daha çok fiziksel şiddetle özdeşleşmiş olması etkili olabilir.

Toplumlarda şiddet olayları bireylerin eğitim durumu, yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, mesleği ve sosyal statüsüne göre farklılık gösterebilmektedir. Ancak genel olarak fiziksel şiddet güçlü olanın güçsüze yönelik saldırgan ve zarar verici eylemleri şeklinde ortaya çıkabilir. Ailede erkekten kadına, ebeveynlerden çocuğa ve gençlere yönelik olmaktadır. Fiziksel güç kullanılarak uygulanan dayak, tekme tokat, yumruklama iteleme vurma davranışları fiziksel şiddeti oluşturmaktadır [34].

2.2.2.2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet

Genellikle psikolojik temele dayanan duygusal şiddet de yine güç ilişkisine dayanmaktadır. Şiddete maruz kalan birey ya da grup üzerinde duygusal sınırlamalar, psikolojik yıpranma ve kontrol mekanizmalarını içerir. Ömür boyu devam eden duygusal ve fiziksel şiddet olayları süreklilik kazanmaktadır. Çocuklar üzerinden öğrenilerek bir davranış biçimine dönüşmektedir. Kuşaklar boyu nesilden nesile aktırılmaktadır. Bazen şiddet normal olarak algılanmakta ve şiddete maruz kalan kişi bunu kendi suçu olarak algılamaktadır. Durumdan yakınmamakta ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Bazen ise kişi yardım talebinde bulunsa bile şiddeti normal gören toplumsal değerlerle karşılaşmakladır. Yoksul, yoksun ve engellenmiş bireyler yaşadıkları ekonomik şiddet nedeniyle fiziksel şiddet uygulamaya eğilimlidir. En temel barınma, beslenme ve eğitim ihtiyaçlarını karşılayamayan birey daha saldırgan davranışlar benimseyebilir ve şiddeti çözüm yöntemi olarak görebilir[34].

1980'lerin başından itibaren iş yerinde şiddet olayları ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlamıştır. Çalışma ortamında yaşanan fiziksel saldırı niteliği taşımayan düşmanca davranışlar kişinin iş verimi ve çalışma ortamını çok ciddi düzeyde etkilemektedir [35-39].

Psikolojik şiddet;

- Yavaş gelişen etkileri süreç içinde ağırlaşan olayları içerir.

- Tekrarlanan, uzun süredir devam eden olaylardan oluşur.
- Taraflar arasında eşitsiz güç ilişkisi bulunur.
- Direk veya dolaylı duygusal saldırı içeren olaylardan oluşur.
- Çalışanın ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine, depresyon ve psikosomatik şikâyetlere neden olabilir.

Psikolojik şiddet, çalışma yaşamını, iş doyumu ve moral motivasyonunu olumsuz etkilemektedir [31, 40, 41].

2.2.2.3. Sözel Şiddet

Aşağılamak ve korkutmak amacıyla bağırma, azarlama, küfür, kötü konuşma ve sözlü hakaretler sözel şiddet olarak değerlendirilir. Sözler ve hakaretler kişiyi korkutma yıldırma yoluyla istediğini yaptırmak için kullanılır.

Küçük görme, aşağılama ve hakaret içeren ağır sözler kişinin kendine olan güvenini sarsan ve psikolojik açıdan istismara yol açan davranışlardır. Toplumlarda geleneksel eğitim ve disiplin yöntemi olarak da uygulanabilen sözel şiddet bireyde ruhsal zedelenmeye yol açmaktadır. Şiddetin normal olarak görülmesine ve sorun çözümünde yöntem olarak belirlenmesine yol açmaktadır

2.2.2.4. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet (sexual harrasment): istenmeyen, kişiyi küçük düşüren karşılığı olmayan, saldırı niteliğinde olan cinsel içerikli tutum ve davranışlardır.

Zorbalık (bullying/mobbing): bir kişiye veya çalışanlara yönelik kötü niyetli, aşağılayıcı, rencide edici ve süreklilik içeren davranışları tanımlar.

Taciz (harrasment): Kişinin doğuştan gelen niteliklerine yönelik olarak saygınlığını zedeleyen davranışları içerir. Yaş, özürlülük, cinsiyet, ırk, renk, dil, din, politik görüş, özel yaşamla ilgili yaklaşımlar veya cinsel kimliğine yönelik tutumlar olabilir.

Irksal Taciz (racial harrasment): Kişinin ulusal kökenine yönelik ayrımcılığa uğraması ve iş yerinde ırk, renk, dil, din ya da azınlık olmasına göre farklı tutum ve davranışlar aracılığı ile saygınlığının zedelendiği tutum ve davranışları ifade eder.

Tehdit (threat):zarar görme korkusuyla bir kişinin veya grubun fizikse veya psikolojik saldırı içeren davranışlara maruz kalması durumudur. İstemediği fiil ve davranışlara zorlanması durumudur [42].

Tükenmenin Var Ettiği Şiddet: İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından kullanılan tükenme (burnout) kavramı 1976 yılında Maslach tarafından "kişinin özgül anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla gerçekten ilgilenemiyor olması" olarak tanımlanmıştır [43]. Duygusal tükenme ile karakterize bu durumda kişi kendini güçsüz, takatsiz, yorgun hisseder. Yaptığı işe yönelik duyarsızlaşma ve ilgisizlik, özgüven eksikliği, kişisel beceri kaybı hisseder. Hizmet sunduğu kişilere karşı olumsuz tutumlara neden olabilmektedir [43].

Diğer bir açıdan WİSKOW ise şiddeti üç farklı biçimde tanımlamaktadır.

Saldırgana ve saldırganın iş ortamı olan ilişkisine göre:

1.İçsel şiddet: saldırgan işyerinde çalışan kişidir.(hekim, hemşire, hastane yöneticisi gibi.)

2.Hizmet alandan kaynaklanan şiddet: Saldırgan iş yerinden hizmet alan kişi durumundadır (hasta, hasta yakını).

3.Dışsal şiddet: Saldırganın iş yeriyle hiçbir ilişkisi yoktur. Suç içeren davranışlar içeren iş yerine yönelik olayları içeriri.(hırsızlık, gasp gibi)[31, 32, 41, 44].

2.2.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu

Son yıllarda ülkemizde ve birçok ülkede iş yaşamında şiddet önemli bir sorun olarak ele alınmakta ve araştırılmaktadır. Fakat sağlık ortamında yaşanan şiddetin gerçek boyutu tam olarak bilinmemektedir. Finlandiya'da 1988 yılında Elliot tarafından 13.762 kişide yapılan bir araştırmada psikiyatri hemşirelerinin polisler ve hapishane gardiyanlarından sonra en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubu olduğunu tespit etmiştir. Diğer

mesleklere göre 16 kat daha fazla şiddete uğrama ihtimalleri olduğu tespit edilmiştir. [20, 33, 45-48].

ABD'de 1996 ve 2000 yılları arası 69, 2003-2007 yılları arası ise sağlık kuruluşlarında 73 cinayet bildirilmiştir [49, 50]. ABD'de 2009 ve 2010 arasında acil hemşireleri üzerinde yapılan bir araştırmada fiziksel şiddet %97,1'ni hasta ve hasta yakınları tarafından uygulandığı tespit edilmiştir. Kadın hemşirelerin %15 oranında erkek hemşirelere göre daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Uluslararası düzeyde ise hemşirelerin %72 oranında iş ortamında kendini güvende hissetmediği tespit edilmiştir.

İngiltere Tabip Örgütü'nün Ocak 2008'de yayımladığı bir araştırmaya göre şiddete uğrayan hekimlerin %52'sinin olay sonrasında hiçbir girişimde bulunmadığı belirtilmiştir. Şiddet olayını karşı bir girişimde bulunan hekimlerin %60'ının olayı rapor ettiği, %33'ünün polis çağırdığı ifade edilmiştir. İngiltere'de hekimlerin çoğunun, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri konusunda siyasi otoritenin "sıfır tolerans" gösterdiğini ifade etmişlerdir [51].

Tablo 4.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Oranları (Dünya Örnekleri)

Ülke	**Çalışma Grubu**	**Sayı**	**Şiddete Maruz Kalma**	
			Sayı	%
Avusturalya	Tüm Sağlık Çalışanları	400	269	67.2
Brezilya	Tüm Sağlık Çalışanları	1569	733	46.7
Bulgaristan	Tüm Sağlık Çalışanları	508	385	75.8
Güney Afrika	Tüm Sağlık Çalışanları	1014	619	61
Portekiz	Tüm Sağlık Çalışanları	348	209	60
Tayland	Tüm Sağlık Çalışanları	1090	589	54

Kaynak: Vittorio di Martino, 2002, age.

2.2.4. Türkiye'de Sağlık Alanında Şiddetin Boyutu

1999 yılında İzmir de 112 çalışanları arsında yapılan bir araştırmada %81 oranında şiddet olayları yaşandığı bunun %67,6 sözlü taciz, %48,6 sözlü tehdit, %16,8 fiziksel saldırı şeklinde tanımlanmış [52]. Adana da yapılan bir araştırmaya göre hemşirelere

yönelik sözlü taciz % 68,5 fiziksel saldırı %16,0 sözel cinsel taciz %10,5 olarak tespit edilmiş [53]. Sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma %58,7 [52].

Acil Serviste şiddet oranları ile ilgili yapılan araştırmada %72,3 (sözel şiddet %69,5; tehdit %53,2; fiziksel şiddet%8,5) oranında şiddete maruz kalma tespit etmişlerdir. Sağlık Çalışanları Şiddete maruz kalma Kütahya'da %74,5, Ankara'da %58,0, Eskişehir'de %46,6 oranlarında tespit edilmiştir [45].

Gaziantep'te araştırma görevlileri ile yapılan bir araştırmada %53,5 sözel, %5,3 sözel ve fiziksel şiddet; %1,8 oranında fiziksel şiddet olayı yaşandığı tespit edilmiştir [54].

İzmir'de çeşitli hastanelerin acil ünitelerinde çalışan hemşirelere yönelik şiddeti olayları ile ilgili yapılan araştırmada sözel şiddet %98,5, fiziksel şiddet %19,7 olarak tespit edilmiştir [55]. Gaziantep'te araştırma görevlileri arasında yapılan bir araştırmada Sözel şiddet %53,5,fiziksel şiddet %1,8 olarak tespit edilmiştir [56].

48 ilde pratisyen hekimler üzerinde yaptıkları bir araştırmada sözel şiddet %89,3, fiziksel şiddet %7,9, cinsel şiddet %1,1 olarak tespit etmişlerdir [57].

Türkiye Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun yaptığı araştırmaya göre: medyada yer alan şiddet olaylarının %19,3'ünde şiddetin olağan, %8,1'inde haklı gösterildiği tespit edilmiştir. Şiddet olaylarının %20 de silah kullanıldığı bilenen Türkiye'de halen üçte ikisi ruhsatsız olmak üzere sekiz milyon civarında silah olduğu ifade edilmektedir [58, 59].

2.2.5. Şiddettin Nedenleri

Dünyanın her yerinde şiddet olayları ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda her türlü şiddet olayında artış olduğu rapor edilmektedir. Irk, dil, din cinsiyet, meslek grubu ayrımı olmaksızın yaşanan şiddet bütün toplumlar açısından çok ciddi sağlık sorunu olarak algılanmaktadır [7].

Bireyler içinde yaşadıkları toplumda farklı kuşaklarlardan edindikleri tutum ve davranışlarla kendi toplumlarının kültürünü edinir ve bunun üzerinden bir kimlik geliştirir ve toplumsallaşır. Kültürlenme bireyin içine doğduğu toplumun kültürünü annesinden başlamak üzere halkalar şeklinde öğrenmesidir. Toplumların ilerlemesi ve gelişiminin sürdürmesi için kendi toplumlarının geçmişten getirdiği örf, adet, gelenek ve göreneklerini sürdürmesi ve gelecek nesillere aktarması ve öğretilmesi gerekir. Kişiler arası ilişkilerin yapısı veya kişilerin soruna yönelik çözüm üretme yöntemlerinde o toplumdaki

sosyokültürel özelikler önemli rol oynar. Şiddet olaylarının genelde, sorun çözme yöntemlerinin bir parçası olarak görülmesi, şiddetin kültürel kaynaklarının irdelenmesini gerekli kılmaktadır. Kişilerin sorunları algılama biçimleri, sorun çözme yönünde geliştirdikleri çözüm yolları, toplumun sosyokültürel yapısıyla ilintilidir. Şiddet genelde, bireylerin engellenmeleri ve bu nedenle öfke kontrolünün kaybedilmesi sonucu ortaya çıkan bir davranış biçimidir. Bu engellenmelerin neden bazı bireylerde şiddete yönelme davranışına yol açtığı ise bu kişilerin çocukluk ve ergenlik dönemindeki sosyalleşme biçimleri ile ilgili olabilir [60].

Aile içinde model aldığı anne veya babanın şiddet davranışlarını gören çocuk şiddet eğilimi göstermektedir. İçinde yaşadığı toplumsal sınıf, çevre ve buradaki kişilerin şiddet davranışları da çocuğun model alma yoluyla şiddet davranışını öğrenmesine ve olağan görmesine neden olabilmektedir [12, 61].

"Wolfgang ve Ferracuti; sorunlara şiddet aracılığıyla çözüm üretmeye çalışan ve bunu kabul eden toplumlarda şiddet alt kültürü oluştuğunu ileri sürer. Dolayısıyla; şiddet olaylarının temelinde bir kültürel yapıyı görmektedir. Bu kültür aynı zamanda kişiler arası sorunların çözümünde bireyleri şiddet kullanmaya yöneltmekte veya teşvik etmektedir" [62].

İnsan sosyal bir varlıktır. Bu varlık yaşarken, gerek ekonomik temelli, gerek üst yapı üzerine birçok izlenimler edinir. Bunlara duygular, düşünceler denir. İnsan toplum ölçüsünde edindiği düşüncelerle topluma bakar. İnsanın düşüncesi ve davranışı içinden çıktığı toplumun damgasını taşır. [63]

Günümüzde yaşanan ekonomik krizler, savaşlar nedeniyle yoksulluk hızla artmaktadır. Açlık, yoksulluk, işsizlik, barınma sorunları, güvencesizlikten temiz suya erişime kadar ekonomik alanda yaşanan sorunları da toplumlar ve bireyler açısından şiddet olarak değerlendirmek mümkündür. [64].

Şiddet tek bir nedene bağlanamaz. Şiddet toplumsal bir sorundur. Anlaşılabilmesi için çok yönlü değerlendirilmesi gerekir. Bireysel ve toplumsal şiddetin doğal, bedensel, ruhsal, toplumsal birçok nedeni ve bu nedenler arasında sınırsız ilişki ve etkileşim vardır [61].

Ne üzücü ki Türkiye'de ve dünyada var olan sorunların çözüm yöntemi konusunda Hobbes'in "kılıç olmaksızın sözleşmeler sözcükten başka bir anlam taşımaz" yaklaşımı birçok kişi tarafından geçerli bir yöntem olarak algılanmakta ve uygulanmaktadır [65].

Bütün aksi söylemlere rağmen üçüncü bin yılın dünyasında şiddet meşrudur. Bu meşruiyet nedeniyle ABD'de bir çocuk ilkokulu bitirene kadar 8000 kişinin öldürüldüğünü görmektedir [66].

Sennett "karakter aşınması" adlı eserinde günümüz insanından sürekli kendini yenilemesi, risk alması ve daha çok kar elde edilmesi için rekabetçi ve yırtıcı bir karakteri olması istenmektedir. Bütün bunları yaparken hem rakipleriyle mücadele etmesi ama ekip çalışmasını başarması beklenmektedir. Çalışanlar açısından bu durum esnek çalışma ve güvencesiz bir çalışma ortamını yaratır. Oysa insan karakteri duygusal deneyimlerin uzun vadeli olması ve diğer insanlarla yaşadığımız ilişkilerden edindiğimiz değer ve duygularla gelişir.

Karakter, ilişkilerde karşılıklı dürüstlük sürekli bir amaca yönelecek içsel bütünlük biçiminde kendini gösterir. Oysa yeni hızlı kâra odaklı ekonomik düzen güvenmeyi, bağlanmayı ve uzun vadeli planlar yapmayı kârlı bulmamakta, zorlaştırmaktadır. Günümüzün yeni insanı artık sabırsız ve ana odaklı olmak ve kalıcı değerler taşıyan bir karakter geliştirebilmek ikilemi arasında bocalamaktadır. Hızlı büyüyen, esnek ve güvencesiz ekonomik yapı insan karakterinin güven duyma ve uzun vadeli değerler sistemi geliştirme isteği ve eğilimiyle çelişmektedir [67].

Sağlık sisteminin de para kazanmak ve karlılık amacıyla kurgulandığı günümüzün ekonomik ortamında sağlık ortamı sağlık çalışanını da harcama kalemi olarak görmektedir. Böyle bir ortamda tükenmemek insani karakterin aşınmaması çok zor hale gelmiştir. Bunu başaramadığımız durumda depresyon, anksiyete, çaresizlik, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durum da iş veriminde düşme, üretimde azalmaya, mazeret uydurarak işe gitmeme durumundan tükenmişliğe ve insani duygularda aşınmaya kadar değişen boyutta sonuçlara yol açabilmektedir.[43, 68]

2.2.6. Şiddetin Etkileri

Çalışma ortamı çalışanların ruh sağlığı üzerinde önemli etki yapmaktadır. İş yerinde yaşanan stres çalışanların iş verimini, çalışanlar arası ilişkileri ve çalışma ortamı huzurunun bozulmasına neden olur. Sağlık çalışanları insan sağlığıyla direk ilgili bir iş yapıp bu konuda sorumluluk yüklendikleri için iş ortamındaki stresten daha fazla etkilenirler [69, 70].

2.2.7. Şiddetle Baş Etme Yolları

Şiddetin önlenmesi ile ilgili yapılan araştırmalarda ise sağlık kurumu etkili yönetimi ve şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma ve şiddetle başa çıkma konusunda sağlık personelinin eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir [45].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan araştırmaya 01.03. 2015-31.03.2015 tarihlerinde İzmir İli merkez ilçelerinde görev yapan aile hekimleri dâhil edilmiştir. Toplam 11 merkez ilçe arasından ASM ler rastgele seçilerek gidilmiştir. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile anket yapılarak araştırma tamamlanmıştır. Katılımcılar sözlü onamları alınarak çalışmaya dâhil edilmiş olup ulaşılması gereken katılımcı sayısı n=Nt2pq/d2(N-1)+t2pq formülü kullanılarak bulunmuştur. Sağlık çalışanında şiddete uğrama oranı %50, %95 güven düzeyi ile sayısı belli olan evrenden hareketle ulaşılması gereken katılımcı sayısı 278 olarak hesaplanmış % 20 artırılarak 303 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, mezuniyet yılı, meslekte bulunma süresi gibi sosyodemografik özelliklerinin araştıran sorular yer almaktadır. İkinci bölüm araştırmacının sağlık çalışanlarında şiddet ile ilgili güncel literatürü gözden geçirerek hazırladığı sorulardan oluşmaktadır.

Verilerin analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmış, $p< 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Birinci basamakta sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve özelliklerini ortaya çıkarmayı amaçladığımız araştırmamıza katılan 303 aile hekiminin yaş ortalamaları 48,05±6,11 idi. Katılımcıların çoğunluğu erkek ve meslekte bulunma süresi 20-30 yıl arasındaydı. Katılımcıların özellikleri Tablo 4.1'de görülmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	99	32,7
Erkek	204	67,3
Yaş ortalaması	48,05 ±6,11(min.32-max:69)	
Yaş grupları		
40 yaş altı	31	10,2
41-50	185	61,1
51 üstü	87	28,7
Meslekte bulunma süresi		
20 yıl altı	97	32,0
21-30 yıl	176	58,1
31 yıl üzeri	30	9,9
ASM de çalışma Süresi		
5 yıl altı	86	28,4
6-10 yıl	208	68,6
10 yıl üzeri	9	3,0

Katılımcıların büyük çoğunluğunun kayıtlı hasta sayısı 3500-4000 arsında olup günlük poliklinik sayıları ile ilgili veriler Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Kayıtlı Hasta ve Poliklinik Sayıları

	N	%
Kayıtlı hasta sayısı		
3000 altı	61	20,1
3001-3500	71	23,4
3501-4000	127	41,9
4001 üzeri	44	14,5
Ortalama hasta sayısı	3550,49±497,28 (min:2150-Max:4690)	
Günlük poliklinik sayısı		
50 altı	61	20,1
51-75	71	23,4
76 üzeri	171	56,4
Ortalama poliklinik sayısı	63,15± 18,25 (min:20-max:120)	

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %82'si meslek hayatı boyunca şiddete uğradığını ifade etmiş olup son bir yılda şiddete uğrama durumu %56,4 olarak ifade edilmiştir. Şiddete uğrama durumu ile ilgili veriler Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Şiddete Uğrama Durumu

	N	**%**
Şiddete Uğrama		
Evet	249	82,2
Hayır	54	17,8
Toplam	303	
Son Bir yılda şiddete uğrama		
Evet	171	56,4
Hayır	132	43,6
Toplam	303	100
Şiddete tanık olma		
Evet	259	85,5
Hayır	44	14,5
Toplam	303	100
Şiddete Tanık Olma Sayısı	5±7 (min:1 max:50)	

Şiddete uğradığını ifade eden katılımcılara uğradıkları şiddet türlerini sorduğumuzda %77,6 en sık sözel şiddet durumu ifade edilirken %2,8 oranıyla en düşük düzeyde cinsel şiddet olayı tespit edilmiş oldu. Bu konudaki veriler Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Uğranılan Şiddet Türleri

	N	%
Sözel N=249		
Evet	235	77,6
Hayır	14	4,6
Psikolojik şiddet N=249		
Evet	168	67,5
Hayır	81	32,5
Fiziksel şiddet N=249		
Evet	46	18,5
Hayır	203	81,5
Cinsel Şiddet N=249		
Evet	7	2,8
Hayır	242	97,2
Tanıklık durumunda şiddet		
Sözel şiddet N=259	249	96,1
Fiziksel şiddet N=259	32	12,4
Psikolojik şiddet N=259	141	54,4
Cinsel taciz N=259	3	1,2
Diğer	4	1,5

Tablo 4.5. Şiddete Başvuranlar

	N	%
Hasta N=215		
Evet	169	78,6
Hayır	46	21,4
Hasta Yakını N=215		
Evet	121	56,3
Hayır	94	43,7
Doktor N=215		
Evet	12	5,6
Hayır	203	94,4
Diğer Sağlık Çalışanı N=215		
Evet	6	2,8
Hayır	209	97,2

Şiddete başvuranlar çoğunlukla hasta ve hasta yakınlarından oluşuyordu. %5,6 oranıyla doktorlar da şiddet uygulayan durumunda olduğu ifade edildi. Şiddete başvuran kişilerle ilgili veriler Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.6. Şikâyet Etme Durumu

	N	%
Şikâyet etme		
Evet	108	39,7
Hayır	164	60,3
Hakinizde şikâyet oldu mu?		
Evet	90	36,9
Hayır	154	63,1

Neden şikâyet etmediklerini sorduğumuzda aile hekimlerinin %40,1'i olayı önemsemediklerini ifade ederken %3,1 de kendini suçlu hissettiğini ifade etti hakkında şikâyet olanların oranı %36,9 olarak tespit edildi. Şikâyet etme ve hakkında şikâyet oranları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.7. Şikâyet Etmeme Nedenleri

	N	%
Önemsememe	65	40,1
Olumsuz sonuçtan çekinme	35	21,6
Kendini suçlu hissetmek	5	3,1
Şiddet konusunda şikâyet edilme	7	4,3
Diğer	50	30,9
Toplam	162	100,0

Neden şikâyet etmediklerini sorduğumuzda aile hekimlerinin %40,1i olayı önemsemediklerini ifade ederken %3,1 de kendini suçlu hissettiğini ifade etti. Bu konudaki veriler Tablo 4.7'de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Şikâyette Yapılanlar

	N	%
Hiçbir işlem yapılmadı	17	15,7
Özür ve hasta ile ilişki kesildi	25	23,1
Dava tazminat ve soruşturma	66	61,1
Toplam	108	100,0

Şikâyet edenlere şikâyetleri ile yapılan işlemleri sorduğumuzda çoğunlukla yasal işlem yapıldığı ifade edilirken; hiçbir işlem yapılmadığını belirtenler de oldu. Bu konu ile ilgili veriler Tablo 4.8'de yer almaktadır.

Tablo 4.9. Şiddete Uğrayan Kişilerin Hissettikleri

	N	%
Tekrarlayan hatırlamalar	13	5,6
Olayla ilgili düşüncelerden kaçınma ve konuşmama	7	3,0
Savunma halinde olma	16	6,9
Motivasyon kaybı	188	81,0
İş yapmaya aşırı zorlanma	8	3,4
Toplam	232	100

Şiddete uğrayan kişilere bu konuda ne hissettiklerini sorduk. %81'i motivasyon kaybı yaşadıklarını ifade etti. Bu konuyla ilgili veriler Tablo 4.9'da yer almaktadır.

Tablo 4.10. Şiddetin Nedeni

	N=243	%
Memnuniyetsizlik	8	3,3
Gecikme	52	21,4
İhmal	25	10,3
Alkol	35	14,4
Kötü haber	7	2,9
İstek reddi	199	81,9
İlaç yetersizliği	4	1,6
Diğer	25	10,3

Sizce şiddetin nedenleri nelerdir diye sorduğumuzda ise Tablo 4.10'da ifade edildiği gibi büyük çoğunluğu nedenin "İstek reddi" olduğunu ifade etti.

Tablo 4.11. Şiddetin Engellenme Durumu

	N=237	%
Evet	150	63,3
Hayır	87	36,7
Toplam	237	100,0

Şiddet yaşadığını ifade eden aile hekimlerine sizce yaşadığınız şiddet olayı engellenebilir miydi diye sorduğumuzda büyük çoğunlukla evet cevabını aldık. Tablo 4.11'de ifade edildiği gibi

Tablo 4.12. Şiddetin Yaşama Etkileri

	N	%
Çalışma yaşamınıza etkileri N=238		
Çalışma yaşamımı etkilemedi	72	30,3
Önlem aldım ve görev yerimi değiştirdim	69	29,0
Mesleğimden soğudum	97	40,8
Özel yaşamınızı etkiledi mi? N=248		
Evet	110	44,4
Hayır	138	55,6

Şiddet yaşamınızı etkilemedi diye sorduğumuzda %40,8 mesleğimden soğudum derken %30,3 çalışma yaşamımı etkilemedi cevabını verdi (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Şiddete Başvuranların Özellikleri

	N	%
Şiddete başvuran N=256		
Erkek	200	78,1
Kadın	27	10,5
Fark yok	29	11,3
Şiddete başvuran		
Hasta N=215	169	78,6
Hasta yakını N=215	121	56,3
Doktor N=215	12	5,6
Diğer Sağlık çalışanı N=215	6	2,8
Tanıklık durumunda şiddeti uygulayan N=259		
Hasta	82	31,7
Hasta yakını	50	19,3
Doktor ve diğer	10	3,9
Hasta ve hasta yakını	117	45,2

Şiddete başvuranların özelliklerini sorduğumuzda ise çoğunluğun erkek ve hastalar olduğu ifade edildi (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Şiddete Tanıklık Durumunda Davranış

	N	%
Hiç bir şey yapmadım	16	6,2
Olay yerinden uzaklaştım	8	3,1
Polis çağırdım	80	31,0
Sözlü cevap verdim	92	35,7
Fiziksel cevap verdim	9	3,5
Yöneticilere bildirdim	12	4,7
Meslektaşlarımdan yardım istedim	14	5,4
Diğer	27	10,5
Total	258	100,0

Şiddete tanık olmaları durumunda nasıl davrandıklarını sorduk.%35,7 ile en fazla sözlü cevap verdim cevabını aldık. %6,2 oranında "hiçbir şey yapmadım" cevabının yanında %3,1 oranında "olay yerinden uzaklaştım" cevabını aldık (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Kurumun Güvenliği

	N	%
Evet	18	5,9
Hayır	213	70,3
Kısmen	72	23,8
Toplam	303	100,0

Aile hekimlerine çalıştığınız kurum güvenli mi diye sorduk. %70,3 hayır cevabını verdi (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Şiddetle Baş Etme Eğitimi İsteği

	N	%
Şiddetle baş etme eğitimi almak isterimsiniz?		
Evet	181	59,7
Hayır	122	40,3
Şiddette artış oldu mu?		
Evet	291	96,0
Hayır	12	4,0
Toplam	303	303

Şiddetle baş etme eğitimi almak isterimsiniz diye sorduğumuzda %59,7 oranında evet cevabını aldık. %96 oranında şiddet olaylarında artış olduğu cevabını aldık (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Şiddetin Belirtilen Nedenleri

	N=303	%(satır)
Ekonomik nedenle	120	39,6
Eğitim sorunu	225	74,3
Medya etkisi	220	72,6
İnançlar da aşınma	115	38
Hoşgörü eksikliği	181	59,7
Tüketim kültürü	91	30,0
Hukuksal boşluk	185	61,1
Yönetici tutumu	215	71,0
Not: Birden fazla seçenek işaretlenebiliyordu.		

Araştırmaya katılan tüm hekimlere sizce şiddetin nedenleri nelerdir diye sorduk. Birden fazla seçenek işaretleyebileceklerini söyledik. %74,9 oranıyla en fazla "eğitim sorunu" ve %30 en az "tüketim kültürü" cevabını aldık (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Şiddete Başvuranların Gelir Düzeyi

	N	%
Düşük Gelirliler Fazla	148	48,8
Orta Gelirliler Daha Fazla	80	26,4
Yüksek Gelirlerde Fazla	37	12,2
Fark Yok	38	12,5
Toplam	303	100,0

Şiddete başvuranların gelir düzeyini sorduğumuzda %48,8 oranıyla en fazla düşük gelirliler şiddet uyguluyor cevabını aldık. Tablo 4.18'de bu konudaki veriler yer almaktadır.

Tablo 4.19. Şiddete Başvuranların Eğitim Düzeyi

	N	%
Eğitim Düzeyi Düşük Olanlarda Fazla	164	54,1
Eğitim Düzeyi Yüksek Olanlarda Fazla	27	8,9
Eğitimle İlişki Yok	112	37,0
Toplam	303	100,0

Şiddete başvuranların eğitim düzeyini sorduğumuzda ise %54,19 oranıyla düşük eğitim düzeyi olanlarda şiddet davranışı daha fazla cevabını aldık (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Doktorun Saygınlığı

	N	%
Doktorun Saygınlığı Azaldı mı?		
Evet	277	91,4
Hayır	7	2,3
Fikrim Yok	5	1,7
Kararsızım	14	4,6
Toplam	303	100,0

Sizce son yıllarda doktorların saygınlığı azaldı mı diye sorduğumuzda %91,4 oranında "evet" cevabını aldık (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Hasta Hakları Şiddete Etkisi

	N	%
Evet	175	57,8
Hayır	40	13,2
Kısmen	82	27,1
Bilmiyorum	6	2,0
Toplam	303	100,0

Hasta haklarının şiddete etkisi varımıdır diye sorduğumuzda ise %57,8 "evet" derken, %2 "bilmiyorum" cevabını aldık (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Şiddetin Önlenebilirliği

	N	%
Şiddet Önlenebilir mi?		
Evet	199	65,7
Hayır	11	3,6
Kısmen	87	28,7
Kararsızım	6	2,0
Toplam	303	100,0

Sizce şiddet önlenebilir mi diye sorduğumuzda ise %65,7 oranında "evet" cevabını aldık (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Şiddete Aynı Şekilde Karşılık Verilmesi

	N	%
Şiddete Aynı Şekilde Karşılık Verilmeli mi?		
Evet	40	13,2
Hayır	172	56,8
Kısmen	62	20,5
Kararsızım	29	9,6
Toplam	303	100,0

Şiddete aynı şekilde karşılık verilmeli mi diye sorduğumuzda ise sadece %13,2 oranında "evet" cevabını aldık (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Şiddet Olayının Rapor Edilmesi

	N	%
Şiddet Olayı Rapor Edilmeli mi?		
Evet	269	88,8
Hayır	5	1,7
Kısmen	22	7,3
Kararsızım	7	2,3
Toplam	303	100,0

Şiddet olayı rapor edilmeli mi? diye sorduğumuzda ise %88,8 oranında "evet" cevabını aldık (Tablo 4.24).

Tablo 4.25. Meslek Süresine Göre Şiddeti Rapor Etme Durumu

		Şiddet rapor edilmeli mi?					
		Evet N (%)	Hayır N (%	Kısmen N (%)	Kararsızım N (%)	Toplam N (%)	p
Meslek yılı	**20 yıl altı**	90 (92,8)	2 (2,1)	4 (4,1)	1 (1,0)	97 (100,0)	**0.001**
	21-31 yıl	160 (90,9)	2 (1,1)	10 (5,7)	4 (2,3)	176 (100,0)	
	31 yıl üzeri	19 (63,3)	1 (3,3)	8 (26,7)	2 (6,7)	30 (100,0)	

Şiddet olayları rapor edilmeli diyenlerle meslekte bulunma süresi arasında anlamlı fark olduğunu tespit ettik. 20 yıldan az çalışma süresi olan hekimlerin %92,8'i "şiddet rapor edilmeli" derken; 31 yıl üzeri çalışma süresi olan hekimlerde bu oran %63,3 düzeyinde idi (p 0,001) (Tablo 4.25).

Tablo 4.26. Yaşa Göre Şiddeti Rapor Etme Durumu

		Şiddet rapor edilmeli mi?					
		Evet N (%)	Hayır N (%)	Kısmen N (%)	Kararsızım N (%)	Toplam N (%)	p
Yaş	40 y altı	28 (90,3)	1 (3,2)	1 (3,2)	1 (3,2)	31 (100,0)	0.045
	41-50 y	172 (93,0)	2 (1,1)	9 (4,9)	2 (1,1)	185 (100,0)	
	51 y üzeri	69 (79,3)	2 (2,3)	12 (13,8)	4 (4,6)	87(100,0)	
	Toplam	269 (88,8)	5 (1,7)	22 (7,3)	7 (2,3)	303 (100,0)	

"Şiddet olayları rapor edilmeli" diyenlerle yaş grupları arasındaki farka baktığımızda ise (p:0,045) 40 yaş altı hekimlerin %90,3 "evet" derken bu oran 51 yaş üstü olan grupta %79,3 olarak bulundu (Tablo 4.26).

Cinsiyet ile "şiddete aynı şekilde karşılık verilmeli" diyenler arasında anlamlı bir fark var mı diye baktığımızda (p:0,007) ise kadınların %6,1'i bu soruya "evet" derken erkeklerde bu oran %16,7 olarak bulundu (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Cinsiyete göre şiddete aynı şekilde karşılık verilmesi durumu

		Şiddete aynı şekilde karşılık verilmeli mi?					
		Evet N (%)	Hayır N (%)	Kısmen N (%)	Kararsızım N (%)	Toplam N (%)	p
Cinsiyet	Kadın	6 (6,1)	69 (69,7)	15 (15,2)	9 (9,1)	99 (100,0)	0.007
	Erkek	34 (16,7)	103 (50,5)	47 (23,0)	20 (9,8)	204 (100,0)	
	Toplam	40 (13,2)	172 (56,8)	62 (20,5)	29 (9,6)	303 (100,0)	

Tablo 4.28. Meslek Yılına Göre Doktora Saygı Durumu

		Doktora saygı azaldı mı?					
		Evet N (%)	Hayır N (%)	Fikrim Yok N (%)	Kararsızım N (%)	Toplam N (%)	p
Meslek yılı	20 yıldan az	93 (95,9)	2 (2,1)	1 (1,0)	1 (1,0)	97 (100,0)	0.056
	21-30 yıl	160 (90,9)	3 (1,7)	4 (2,3)	9 (5,1)	176 (100,0)	
	31 yıldan fazla	24 (80,0)	2 (6,7)	0 (0)	4 (13,3)	30 (100,0)	
	Toplam	277 (91,4)	7 (2,3)	5 (1,7)	14 (4,6)	303 (100,0)	

Doktorların saygınlığının azaldığını söyleyenlerin oranı ise meslekte bulunma süresi 20 yıldan az olanlarda %95,9 iken 31 yıldan fazla olanlarda bu oran %80 olarak bulundu. (p:0,56) (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Cinsiyete Göre Şiddete Uğrama Durumu

		Şiddete Uğrama Durumu			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Cinsiyet	**Kadın**	89 (89,9)	10 (10,1)	99 (100,0)	**0.014**
	Erkek	160 (78,4)	44 (21,6)	204 (100,0)	
	Toplam	249	54	303 (100,0)	

Şiddete uğrama durumu ile cinsiyet arasında fark var mı diye baktığımızda ise (p:0,014) kadınların %89,9 oranıyla erkeklerden daha fazla şiddete maruz kaldığını tespit ettik (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Cinsiyete Göre Psikolojik Şiddete Uğrama Durumu

		Psikolojik Şiddet			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Cinsiyet	**Kadın**	69(77,5)	20(22,5)	89(100,0)	**0.012**
	Erkek	99(61,9)	61(38,1)	160(100,0)	
	Toplam	168(67,5)	81(32,5)	249(100,0)	

Psikolojik şiddete uğrama durumu ve cinsiyet arasındaki duruma baktığımızda ise (p:0,012) kadınlarda %77,5 oranıyla daha fazla olduğunu tespit ettik (Tablo 4.30).

Tablo 4.31. Cinsiyete Göre Son Bir Yılda Şiddete Uğrama Durumu

		Psikolojik Şiddet			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Cinsiyet	**Kadın**	67(67,7)	32(32,3)	99(100,0)	**0.006**
	Erkek	104(51,0)	100(49,0)	204(100,0)	
	Toplam	67(67,7)	32(32,3)	99(100,0)	

Son bir yılda şiddete uğrama durumu ile cinsiyet arasındaki farkı sorguladığımızda ise (p:0,006) kadınlarda %67,7 oranı ile erkeklerden daha fazla şiddete uğrama durumu olduğunu tespit ettik (Tablo 4.31).

Tablo 4.32. Cinsiyete Göre Şiddetle Baş Etme Eğitimi Almayı İsteme

		Şiddetle Baş Etme Eğitimi Almak İster Misiniz?			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Cinsiyet	**Kadın**	69(69,7)	30(30,3)	99(100,0)	**0.014**
	Erkek	112(54,9)	92(45,1)	204(100,0)	
	Toplam	181(59,7)	122(40,3)	303(100,0)	

Şiddetle baş etme eğitimi almak isteme durumunun cinsiyete göre anlamlı bir fark var mı diye baktığımızda (p:0,014) kadınlarda %69,7 oranında "evet" cevabı varken bu oran erkeklerde %54,9 olarak bulundu (Tablo 4.32).

Tablo 4.33. Meslek Süresine Göre Şiddetin Özel Yaşamı Etkileme Durumu

		Şiddet Özel Yaşamınızı Etkiledi Mi?			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Meslek Bulunma Süresi	**20 y ≤**	47(56,0)	37(44,0)	84(100,0)	**0.016**
	21-30	56(40,3)	83(59,7)	139(100,0)	
	31≥	7(28,0)	18(72,0)	25(100,0)	
	Toplam	110(44,4)	138(55,6)	248(100,0)	

Şiddetin özel yaşama etki durumu ile meslekte bulunma süresi arasındaki fark ise (p:0,016) 20 yıldan az sürede olanlarda %56,0 "evet" cevabı varken bu oran 31 yılın üzerinde olanlarda %28,0 olarak bulundu (Tablo 4.33).

Tablo 4.34. Meslek Süresine Göre Şiddetle Başetme Eğitimi Almak İsteme

		Şiddetle Başetme Eğitimi Almak İster Misiniz?			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Meslek Bulunma Süresi	**20 y ≤**	73(75,3)	24(24,7)	97(100,0)	**0.000**
	21-30	98(55,7)	78(44,3)	176(100,0)	
	31≥	10(33,3)	20(66,7)	30(100,0)	
	Toplam	181(59,7)	122(40,3)	303(100,0)	

Şiddetle Başetme eğitimi almak isteme durumu ile meslekte bulunma süresi arasında da anlamlı fark vardı.(p:0,000) 20 yıldan kısa süredir çalışanlarda %75,3 oranında "evet" cevabı varken bu oran 31 yılın üzerinde çalışanlarda %33,3 olarak bulundu (Tablo 4.34).

Tablo 4.35. Meslek Süresine Göre Şiddette Artış Durumu

		Şiddetle artış oldu mu?			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Meslek Bulunma Süresi	**20 y ≤**	96(99,0)	1(1,0)	97(100,0)	**0.010**
	21-30	169(96,0)	7(4,0)	176(100,0)	
	31≥	26(86,7)	4(13,3)	30(100,0)	
	Toplam	291(96,0)	12(4,0)	303(100,0)	

Şiddet olaylarında artış olma durumu ile meslekte bulunma süresi arasındaki farkın (p:0,010) anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 4.35)

Tablo 4.36. Meslek Süresine Göre Son Bir Yılda Şiddete Tanık Olma Durumu

		Son Bir Yılda Şiddete Tanık Olma Durumu			
		Evet	**Hayır**	**Toplam**	**p**
Meslek Bulunma Süresi	**20 y ≤**	90(92,8)	7(7,2)	97(100,0)	**0.006**
	21-30	148(84,1)	28(15,9)	176(100,0)	
	31≥	21(70,0)	9(30,0)	30(100,0)	
	Toplam	259(85,5)	44(14,5)	303(100,0)	

Son bir yılda şiddete tanık olma durumu ile meslekte bulunma süresi arasında anlamlı fark olduğunu tespit ettik (p=0.006) (Tablo 4.36).

"Sizce şiddetin nedenleri nelerdir?" diye açık uçlu sorduğumuz soruya aldığımız cevapları grupladık. Şiddetin nedenini eğitim eksikliği ve eğitimle ilgili sorunlara bağlayanların verdikleri cevaplar Tablo 4.37'de yer almaktadır.

Tablo 4.37. Şiddetin Nedeni Eğitim Sorunları Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedeni Eğitim Sorunlarına Bağlıdır Diyenlerin Cevapları	
1. Eğitim eksikliği	15. Cehalet
2. Eğitim	16. Eğitim düzeyi düşüklüğü
3. Bakanlığın politikaları	17. Eğitimsizlik
4. Eğitim eksikliği	18. Düşük kültür düzeyi
5. Eğitimsizlik	19. Eğitim
6. Eğitim	20. Eğitim eksikliği yapılan islerden hastaların haberi olmaması
7. Eğitim	
8. Eğitim	21. Eğitim eksikliği
9. Eğitim eksikliği ve kültürel	22. Eğitim eksikliği
10. Şiddetin olması	23. Eğitimsizlik
11. Eğitim ve kültürel sorunlar	24. Eğitimsizlik sabırsızlık tahammülsüzlük
12. Eğitim ekonomik medya psikolojik	25. Eğitim eksikliği hızlı nüfus artışı
13. Eğitim eksikliği	26. Maddi manevi tatminsizlik
14. Eğitim	27. Eğitim düzeyi

Tablo 4.38. Şiddetin Nedeni İletişim Sorunları Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedeni İletişim Sorunları Diyenlerin Cevapları	
1. Doktor hasta iletişim sorunları	16. Tartışmayı sorun çözme yöntemi olarak görmeleri
2. Göç hızının artması kültürel çatışma yapıyor	17. Arsızlık ve haddini bilmeme
3. İşsizlik bilgiye saygı duyulmaması	18. Şımartılmak
4. Doktorun saygınlığını artırılması	19. Hasta isteklerinin yerine getirilmemesi
5. Güvensizlik	20. Sağlık personeline saygının azalması
6. Karşılıklı uzlaşma sağlanmalı	21. Hastaların hemen her istediklerinin yapılmasını istemeleri
7. Her türlü eksiklik duygusu	22. Saygı ve sabır eksikliği
8. Hoşgörüsüzlük	23. Güven olmaması
9. İletişim eksikliği çok hasta bakmak zorunda olma	24. Hastalara her isteklerinin olacağı gibi bir algi olutsu bağırırsa her şeyi elde edebilir gibi düşünülüyor
10. Cehaletin özendirilmesi hukuk ve bilimsellikten uzaklaşılması	25. Hastaların iyi bilgilendirilmesi gerekir
11. Hasta hakları insan haklarının önüne geçirilmemeli	26. Medya hükümet toplum
12. Değersiz hissetmek ve hissettirmek	27. İyi gitmeyen sorunların faturası doktora çıkarılıyor
13. Toplumsal yozlaşma sağlık çalışanlarına şiddetin tevsik edilmesi	28. Şiddet kaydı tutulmalı
14. İletişim eksikliği	29. Empati yapmanın önemi
15. Hastaları aşır özgüveni	

Şiddetin nedenini iletişim ile ilgili olarak tanımlayanlar doktora güvensizlikten empati eksikliğine kadar farklı şekillerde cevaplar verdiler (Tablo 4.38).

Tablo 4.39. Şiddetin Nedeni Sağlık Politikaları Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedeni Sağlık Politikalarıdır Diyenlerin Cevapları	
1. İktidarın haklin gözünde sağlık çalışanlarını kötü göstermesi 2. Sağlık politikaları 3. Hükümetin tutmaları 4. Bakanlığın politikaları eğitim eksikliği 5. Hekimi değersizleştirmek 6. Hastanın müşteriye dönmesi 7. Psikolojik sorun düşük kültür düzeyi fazla beklenti 8. Yönetici tutumu eğitim eksikliği 9. Siyasi otoritenin Sağlık çalışanlarını hedef göstermesi 10. Siyasi popülizme son verilmesi 11. Sağlık politikaları 12. Hekimden beklentilerin artması insanların sabırsızlaşması 13. Yönetici tutumu 14. Politik etkiler 15. Devlet önlem almalı 16. Sağlık çalışanlarının hedef gösterilmesi 17. Yönetirlerin tutumu 18. Ülkedeki politik durum Sağlık sisteminin ticarileşmesi 19. Siyasi mobing kaldırılmalı sağlık politikaları oy kaygısı ile belirlenmemeli 20. Siyasilerin sağlık çalışanlarını hedef göstermesi 21. Popülist politikalar 22. Çalışma şartlarının kötü olması bakanlığın tutumu 23. Bakanlığın hastaları şımartması oy kaygısı 24. Sağlık politikalar performans sistemi hekime emeğinin ucuzlaması 25. Sağlık politikaları hasta memnuniyeti üzerine kurgulanması 26. Ekonomik ve eğitim 27. Doktorun saygınlığının artırılması hastaların her istediğinin yapılacağı düşüncesi 28. Politikacıların tutumu toplumsal değerlerde aşınma İzlenen politikaların sonucu 29. Hekimin değersizleştirilmesi 30. Sağlık çalışanlarının da şiddetin artmasında payı var	31. Hekimlerin itibarsızlaştırılması 32. Sağlık çalışanlarının tüketim maddesi olarak hastaların önüne atılması 33. Sağlık politikaları Sağlık sisteminin sorunlarının sorumlusu doktor olarak gösterilmesi 34. Politikacıların tutumlara 35. Yöneticilerin söylemleri 36. İktidarın tutumu 37. İktidarın tutumu 38. Politikacıların tutumları 39. Sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi siyasilerin tutumları kanunların yaptırım azlığı 40. Siyasi etki medya ve cezai yaptırım olmaması 41. Politikacıların tutumları hastaların uygunsuz istekleri 42. Yönetirlerin tutumu 43. Politikacıların açıklamaları 44. Saygı hoşgörü adalet gibi değerlerin yöneticilerce aşındırılması 45. Sistemden kaynaklı sorunlar doktordan kaynaklı gibi gösterilmesi 46. Hekimliğin değersizleştirilmesi 47. Hastaların fazla pohpohlanması 48. Hastalar bizi satın almış gibi davranıyor 49. Politik söylemlerin gerçekle alakasız olması 50. Politikacıların tutumu 51. Hükümetin tutumu 52. Hekimlere karsı ön yargı hoşgörüsüzlük Siyasilerin tutumu 53. İktidardaki siyasi parti 54. Siyasetçi ve yönetici tutumu 55. Sağlık politikaları 56. Siyasilerin hedef göstermesi 57. Siyasi söylemler 58. Sağlık politikaları 59. Özelleştirme politikaları nedeniyle uygulanana itibarsızlaştırmanın sonucu 60. Sağlık politikaları kendini hakli görme 61. İktidar partisi 62. Sağlıkta dönüşüm 63. Politik yaklaşımlar.

Hekimler şiddetin nedeni olarak büyük çoğunlukla sağlık politikaları ve politikacıların tutumlarını neden olarak görüyordu (Tablo 4.39).

Tablo 4.40. Şiddetin Nedenleri Hukuksal Boşluk Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedenleri Hukuksal Boşluk Diyenlerin Cevapları	
1. Caydırıcı önlemler alınmaması ceza almaması 2. Hukuksal koruma eksikliği 3. Hukuki boşluklar eğitim eksikliği 4. Hukuk boşluğu 5. Hukuki yaptırım olmaması yöneticilerin bu durumu tevsik etmesi 6. Cezaların yetersizliği politikacıların tutumu	7. Siyasi etki medya ve cezai yaptırım olmaması 8. Yönetim boşluğu yetersiz cezala 9. Şiddetin cezasız kalması eğitimsizlik 10. Yapılanlar karşısında etkili yaptırım olmalı 11. Cezaların yetersiz olması 12. Cezai yaptırım eksikliği 13. Çalışma ortamının güvensizliği ve sağlık bakanlığının tutumu

Şiddetin nedenini cezaların azlığına ve hukuksal sorunlara bağlayanların cevapları ise Tablo 4.40 da yer aldığı şekilde oldu.

Tablo 4.41. Şiddetin Nedeni İş Yoğunluğu Ve Çalışma Koşulları Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedeni İş Yoğunluğu Ve Çalışma Koşulları Diyenlerin Cevapları	
1. Yoğun çalışma nedeniyle 2. Aşırı iş yükü, yöneticilerin tutumu 3. Siyasi ahlaksızlık yoğun hasta başvurusu 4. Hekimlerin çok kolay ulaşılır olması şikâyetin kolay olması ve isteklerinin uygunsuz olduğunu bilmemeleri 5. Fazla beklenti özel polikliniklerin kaldırılması iş yoğunluğu	6. İs yoğunluğu cezaların yetersizliği 7. İs yükünün artması bakanın tutumu değersizleştirme 8. Doktora kolay ulaşılması 9. Doktorun saygınlığı azalması 10. Çalışma şartlarının iyileşmesi 11. Hasta yoğunluğu nedeniyle yetersiz ilgi

Sağlık çalışanlarının bir kısmına göre ise şiddetin nedeni fazla iş yükü ve çalışma ortamı ile ilgili sorunlar olarak değerlendirildi (Tablo 4.41).

Tablo 4.42. Şiddetin Nedeni Medya Etkisi Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedeni Medya Etkisi Diye Cevap Verenlerin	
1. Medyada sürekli olumsuz haber yapılması ve yönetici tutumu 2. Medya ve yöneticilerin yanlış tutumu 3. Medya etkisi sağlık bakanının açıklamaları 4. Medya ve yöneticilerin hastaları yanlış yönlendirmesi	5. Siyasi etki medya ve cezai yaptırım olmaması 6. Medya etkisi halka gereğinden fazla hak tanınması 7. Hekime saygısızlığın medya ile desteklenmesi 8. Medya da sağlık çalışanları ile ilgili haberler 9. Medya ve yöneticilerin tutumu

Medya etkisi de sağlık çalışanları tarafından şiddete yol açan etmenler arasında yer almaktaydı (Tablo 4.42).

Tablo 4.43. Şiddetin Nedeni Toplumsal Kültürel Nedenler Sözel Cevaplar

Şiddetin Nedeni Toplumsal Kültürel Nedenlere Bağlı Diyenlerin Cevapları	
1. Hasta beklentilerinin artması toplumda değerlerde aşınma 2. Kültürel inanç sistemi 3. Sağlık birimlerinden çok yüksek beklenti 4. Sağlıkla ilgili gerçekçi olmayan beklentiler 5. halkın yanlış bilgilendirilmesi kültürel dejenerasyon 6. Ezilen insanlar sağlık ortamında tepki gösteriyor 7. Sağlık çalışanlarının değersizleşmesi	8. Dejenerasyon ve siyasi kültür de yozlaşma 9. Hastaların bize tedavi için değil işini hallettirmek için gelişi 10. Hastaların eksik bilgilendirilmesi sürekli çalışma koşullarının değişmesi 11. İsteminin net olması 12. Sürekli çalışma sisteminin değişmesi 13. Hastalar haklarını sinirsiz sanıyor 14. Toplumsal cinnet

Şiddetin bir diğer nedeni de toplumsal kültürel sorunlar olarak tanımlandı. Ezilen insanların tepkilerinden kültürel yozlaşmaya kadar farklı nedenler ifade edildi (Tablo 4.43).

Aile Hekimlerine şiddete çözüm önerilerini sorduk. Aldığımız cevapları Tablo 4.44, 4.45, 4.46 ve 4.47'de yer almaktadır.

Tablo 4.44. Şiddetin Çözümü İçin Yasal Düzenlemeler Ve Güvenlik Önlemleri İlgili Belirtilenler

Şiddetin Çözünü İçin Yasal Düzenlemeler Ve Güvenlik Önlemleri	
1. Özel güvenlik olmalı 2. Yasal düzenlemeler 3. Eğitim ve şiddet yasası çıkmalı 4. Eğitim ve yasal yaptırımlar artırılmalı 5. Cezalar caydırıcı olmalı 6. Cezaların artırılması Güvenlik önlemleri artırılmalı 7. Yaptırım uygulanmalı 8. Toplumsal hoşgörü 9. Hızlı adil yaptırımlar 10. Bakanlığın önlem alması eğitim 11. Güvenlik elemanı ve cezai yaptırımlar 12. Eğitim cezai yaptırımların artırılması 13. Cezaların artırılması kamu spotları ile eğitim 14. Cezai yaptırımlar olmalı medya aracılığıyla toplum bilgilendirilmeli 15. Güvenlik görevlisi olmalı 16. Hukuk 17. Yasal yaptırımlar Para cezası uygulanmalı 18. Eğitim şiddeti bildirme cezaların artırılması 19. Sağlık politikalarında popülizmine son verilmelidir 20. Eğitim ve cezaların artırılması 21. Cezaların artırılması eğitim 22. Eğitim ve güvenlik elamanı 23. Şiddet kanunun çıkarılması güvenlik görevlisi çalıştırılmalı Cezalar artırılmalı 24. Cezalar artırılmalı siyasi söylemler düzeltilmeli 25. Eğitim cezaların artırılması 26. Eğitim ve yaşananlar adil incelenmeli 27. Sistemin düzeltilmesi cezaların artırılması 28. Cezaların artırılması 29. Cezaların artırılması Cezalar artırılmalı 30. Hukuki yaptırımlar ve bakanlığın tutumu gözden geçirilmeli 31. Caydırıcı yasalar yapılmalı 32. Cezaların artırılması 33. Caydırıcı cezalar 34. Hukuk ve adaletli yaklaşım bilgilendirme 35. Caydırıcı cezai yaptırım 36. Cezai yaptırımlar artırılmalı 37. Cezaların artırılması 38. Kanunlar gözden geçirilmeli 39. Eğitim 40. Ceza ertelemesi olmamalı 41. Cezalar artırılmalı güvenlik önlemleri eğitim 42. Cezai yaptırım artırılmalı 43. Cezalar artırılmalı Cezalar hemen uygulanmalı 44. Güvenlik tedbirleri eğitim ekonomik 45. Cezalar ertelenmemeli 46. Güvenlik tedbirlerinin artırılması 47. Güvenlik elemanı çalıştırılması cezaların artırılması 48. Cezai yaptırımlar artırılmalı 49. Cezalar artırılmalı yöneticiler daha sorumlu davranmalı	50. Cezalar caydırıcı olmalı 51. Cezaların artırılması 52. Cezai yaptırımların artırılması 53. Hukuki tedbirler alınmalı yönetici tutumu düzelmeli 54. Eğitim ve cezaların caydırıcı olması 55. Adalet ve hukuk düzeni olması 56. Cezaların artırılması 57. Eğitim güvenlik personeli 58. Cezalar caydırıcı olmalı 59. Yeterli ve hızlı cezalandırma hekimi itibarinin yeniden kazandırılması 60. Sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluklarını yerine oturtmak Hukuki boşluklar giderilmeli 61. Yaptırımlar artırılmalı 62. Yasaların adaletli uygulanması 63. Hasta hakları daha acık anlatılmalı 64. Cezai yaptırımlar 65. Eğitim ve danışma merkezleri 66. Güvenlik tedbirleri politikaların değişmesi 67. Cezalar caydırıcı olmalı 68. Eğitim cezaların artırılması 69. Cezai yaptırımlar artırılmalı 70. Sağlık politikalarının düzenlenmesi 71. Cezalar caydırıcı olmalı ceza alan kişiler de duyurulmalı 72. Hukuki düzenlemelerin kamuoyu ile paylaşılması 73. Güvenlik önlemleri toplumsal eğitim 74. Hukuksal destek verilmeli cezalar artırılmalı 75. Cezaların uygulanması 76. Cezaların yükseltilmesi davaların kamuoyu ile paylaşılması 77. Güvenlik artırılabilir cezalar artırılabilir medya desteği sağlanabilir 78. Sağlıkta gereksiz muayene düşürülmeli 79. Ağır cezai yaptırımlar uygulanmalı 80. Cezalar artırılmalı 81. Net hukuki düzenleme 82. Cezai yaptırımlar artırılmalı 83. Cezaların artırılması 84. Ceza ve eğitim 85. Yasal yaptırımlar 86. Kanunlar düzenlenmeli cezalar artırılmalı 87. Cezai yaptırımlar artırılmalı 88. Hukuki tedbirler 89. Etkili cezai yaptırım 90. Etkili cezalar olmalı 91. Cezalar caydırıcı olmalı 92. Güvenlik tedbirleri artırılmalı politikalar düzeltilmeli 93. Hukuki boşluk 94. Cezaların artırılması 95. Eğitim ve cezai yaptırımlar 96. İletişim eksikliğinin giderilmesi cezalar artırılmalı

Tablo 4.44'de olduğu gibi şiddet olaylarının önlenmesi için yasal düzenleme yapılmalı ve cezalar artırılmalı. Güvenlik önlemleri artırılmalı diyenlerin cevapları çoğunluğu oluşturdu.

Ankete katılan 303 kişiden 181 kişi bu açık uçlu sorumuzu cevaplandırdı. Bu soruya cevap verenler çoğunlukla yasal düzenlemeler, güvenlik önlemleri ve cezai yaptırımların artırılmasının etkili olacağı yönünde görüş belirtti.

Tablo 4.45. Şiddetin Çözümü İçin Eğitim Ve İletişim Sorunları İlgili Belirtilenler

Şiddetin çözümü için eğitim ve iletişim sorunları ortadan kaldırılmalıdır diyenlerin cevapları	
1. İletişim eksikliğinin giderilmesi cezalar artırılmalı 2. Eğitim 3. Eğitim 4. Hasta eğitimi 5. Sağlık çalışanlarına dövüş spor eğitimi 6. Toplumsal hoşgörü Eğitim kültür ekonomik gelişme 7. Eğitim ve çalışanlara hastalarla iletişim eğitimi Artik çok geç 8. Eğitim 9. Eğitim 10. Eğitim 11. Eğitim medya ile Sağlık sistemi düzeltilmeli 12. İletişim 13. Hekim saygınlığını artırmaya yönelik yayınlar yapılmalı 14. Kurumlarda psikolojik danışman çalıştırılmalı Eğitim 15. Yöneticilerin eğitilmesi 16. Kararlılık 17. Eğitim 18. Eğitim ve iş ortamı güvenliği 19. Eğitim 20. Medya aracılığı ile eğitim 21. Hekimlerin ve Sağlık çalışanların koşulları ile ilgili yayınlar artırılmalı 22. Eğitim 23. Eğitim 24. Medyada sağlık çalışanları ile ilişkiler konulu yayınlar yapılmalı	25. Eğitim 26. Eğitim 27. Toplumun hekime bakış açısı değiştirilmeli 28. Eğitim sağlık çalışanlarının değerinin artırılması 29. Eğitim kültür ekonomik gelişme 30. Eğitim verilmeli hastaların egoları şişirilmemeli 31. Eğitim güvenlik önlemleri artırılmalı 32. Kişi kendi ile ilgili sorumluluk taşımalı 33. Yasal düzenlemeler Sağlıkla ilgili iletişim eğitimi Hekimlere dövüş eğitimi verilmeli 34. Eğitim 35. Eğitim 36. Eğitim 37. Eğitim 38. Kamu spotları ile eğitim 39. Eğitim 40. Bilinçli toplum yaratılmalı 41. Eğitim ve medyada doktoru hedef gösteren yayanlara son verilmeli 42. Eğitim 43. Davranış eğitimleri 44. Eğitim 45. Yapacak bir şey yok 46. Eğitim ve güvenlik önlemleri ile 47. Eğitim 48. Eğitim 49. Eğitim 50. Eğitim 51. İnsana saygı 52. Eğitim

Tablo 4.45 de belirtildiği gibi şiddetin çözümü için iletişim sorunun çözmek ve eğitim vermek gerekir diyenler 52 kişi idi.

Tablo 4.46. Şiddetin Çözümü İçin Çalışma Yaşamı İle İlgili Düzenlemeler Belirtenler

Şiddetin Çözümü İçin Çalışma Yaşamı İle İlgili Düzenlemeler Yapılmalı	
1. Nöbetler sekiz saat olmalı 2. Sağlık kurallarının net olması ve hastaların uyma zorunluluğu 3. Çalışanlara karsı hastaların sinirsiz hakları olması Hekimlerin önemi insanlara anlatılmalı 4. Sağlık politikaları düzeltilmeli 5. Sağlık düzenlemeleri için çalışanların önerileri alınmalı 6. Personel sayısı artırılmalı siyasilerin tutumları 7. Şiddete başvuran hastanın o asm ile iliksisi kesilmeli Sağlık çalışanın sayısı artmalı 8. Doktorun saygınlığı artırılmalı	9. Sağlık çalışanlarının ekonomik hukuk yönden prestijinin artırılması Haklar net tanımlanmalı hak ve eğitim birlikte verilmeli 10. Hekim sayısı artırılmalı Yaptırımlar artırılmalı hastaya ayrılan zaman artırılmalı 11. Hekim haklarının gündemde tutulması hasta sorumlulukları öğretilmeli 12. Hekim hakları artırılsın 13. Doktora yeterli zaman verilmesi 14. Hastalar iyi bilgilendirilmeli beyaz kod gibi önlem alınmalı 15. Hasta ve hekim haklarının dengeli olması 16. İş işten geçti

İş yerlerinde şiddet olaylarının çözümü için iş yaşamı ile ilgili düzenlemeler yapılmalı diyenlerin cevapları Tablo 4.46 de yer almaktadır.

Tablo 4.47. Şiddetin Çözümü İçin Toplumsal Ekonomik Düzenlemeler Sözel Cevaplar

Şiddete Çözümü İçin Toplumsal Ekonomik Düzenlemeler	
1. Toplumsal ve ekonomik sorunlar çözülmeli 2. Devlet otoritesiyle çözülür 3. Medyada şiddet içerikli yayınlar engellenmeli 4. Cumhuriyet devrimlerinin yeniden uygulanması	5. İktidar partisinin değişmesi 6. Siyasetin kalitesi yükseltilmeli 7. Kurumsal mutabakat sağlanmalı 8. Sağlık çalışanları oy için kullanılmamalı

Şiddetin çözümü toplumsal ve ekonomik sorunların çözümüne bağlıdır diyenlerin cevapları Tablo 4.47'de yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

Çağımızda bütün dünyada ve ülkemizde yaşanan şiddet olayları insanı doğayı ve bütün canlıları tehdit eden çok ciddi bir sorun haline gelmiş durumda. Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri ortamında yaşanan şiddet olayları bütün dünyada araştırılan bir konu. Birinci basamakta sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili ülkemizde yapılmış çalışma sayısı sınırlıdır.

Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik şiddetin farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız araştırmamızı 303 aile hekimi arasında gerçekleştirdik. Türkiye'de sağlıkta iş yeri şiddeti ile ilgili çalışmaların katılımcı sayıları yüzlerle ifade edilen oranlardadır [71].

Avrupa ülkelerinde daha geniş kapsamlı yapılmış çalışmalar mevcut. On Avrupa ülkesinde (Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Hollanda, Norveç, Polonya, Slovakya ve İngiltere) sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada (NEXT) 2002-2003 yılları arasında 77.681 hemşireye anket gönderilmiş, 39.894 kişiden cevap alınmış, hemşirelerin %22,0'sinin (8.778) şiddete maruz kaldığı saptanmıştır [72].

Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin %67,3'ü erkek ve %61'i 41-50 yaş aralığında yer alıyordu. Çalışmaya katlan hekimlerin %58,1'i meslekte bulunma süresi 21-30 yıl arasında ve %68,6'sı 6-10 yıl süresince aynı ASM de çalışıyordu. Bu da bize araştırma yaptığımız grubun mesleki açıdan deneyimli ve çalıştığı bölgeyi tanıyan bir ekip olduğunu gösteriyordu. Çamcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %55.6'sı 20-29 yaş arasında olup yaş ortalaması 29.51±5.86'dır [73]. Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada örneklemde yer alan kadın hekimlerin oranı %22 iken, erkeklerin oranı %78 olarak bulunmuş. Hekimlerin %46'sı 11-20 yıl, %27,8'i 10 yıldan az bir süre ve %27,3'ü 20 yılın üzerinde meslekte bulunmakta ve %60'a yakın bir bölümü 5 yıldan az bir süredir çalıştıkları kurumda görev yapmaktadır.

Yine araştırma grubumuzun kayıtlı nüfusu %27 3500-4000 arası , %14 'ü 4000 üzerinde ve günlük poliklinik sayıları % 56,4 76 hastanın üzerindeydi. Bu da hasta ve iş yoğunluğunun düzeyini göstermesi açısından anlamlı bir veri olarak değerlendirildi.

Çalışma yaşamı boyunca şiddete uğrama durumu %82,2 oranında, son bir yıl içersinde şiddete uğrama oranı %56,4 ve son bir yılda işyerinde şiddete tanık olma durumu %85,5 olarak tespit edildi. Aydın M. yaptığı çalışmada son bir yıl içerisinde şiddete tanık olma oranını % 56 olarak bulunmuştur [71]. Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası

adına yaptığı çalışmada çalışma yaşamı süresince hiç şiddete maruz kalmadığını ifade eden hekimlerin oranı sadece %25,5'dir. Hekimlerin %60'a yakın bir bölümü hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir

Çamcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %72.6'sının sağlık sektöründe çalıştıkları süre boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı ve son 12 ay içerisinde de %72.4'ünün şiddete uğradığı, son bir yıl içersinde %47.8'inin şiddet olayına şahit olduğu bulunmuştur [73]. Bu sonuçlarla Kartal ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptıkları çalışma sonuçlarına benzerdi [57].

Birinci basamak dışında yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Kanada da acil serviste yapılan bir çalışmada %68 şiddete uğrama durumu tespit edilmişti [74]. ABD'de acil servis hemşireleri arasında yapılan bir çalışmada %60 şiddete uğrama durumu tespit edilmiştir [75]. Ülkemizde acil serviste yapılan çalışmalarda %70 lere varan şiddete uğrama durumu tespit edilmiştir [45].

Çalışma hayatında kadına yönelik şiddeti araştırmak amacıyla sağlık çalışanı 865 kadın arsında yapılan bir araştırmada: sözel şiddet%49,9, duygusal baskı ve yıldırma %39,1 fiziksel şiddet %5,8, cinsel şiddet %2,4 oranında tespit edilmiştir. Bu sonuçlar da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar içermektedir [76]. Gökçe ve Dündar'ın yaptığı bir çalışmada son bir yıl içersinde şiddete maruz kalma oranı % 85,9 olarak bulunmuştur [77]. Aydın M. tarafından yapılan çalışmada ise sağlık çalışanlarının son bir yılda şiddete uğrama oranları (%86) olarak bulunmuştur [71].

İngiltere'de sağlık çalışanlarının son bir yılda %27,0'sinin fiziksel, %68,0'inin sözel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir [78]. Almanya'da 39 farklı kurumdan 1973 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada, çalışanların %56,0'sının fiziksel şiddete, %78,0'inin sözel şiddete, %10,5'inin cinsel tacize maruz kaldığı saptanmıştır [79]. Acik ve arkadaşlarının 2007 yılında 7 tıp fakültesinde yaptığı çalışmada ise son bir yılda şiddete maruz kalma oranı %68,0, maruz kalınan şiddet türü %16 fiziksel şiddet, %3,0 cinsel taciz maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmanın verileri de bizim çalışmamıza benzer sonuçlar içermektedir [80]. Keser Özcan ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemeye göre Türkiye'de sözel şiddet %72,81, fiziksel şiddet %13,42, cinsel şiddet %2,0 oranında tespit edilmiştir [7]. Bu da bize sağlık ortamında bütün basamaklarda şiddetin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde bu konuda yapılan çalışmalarda bulunan şiddet oranları genel olarak % 50'nin üzerinde yer almaktadır.

Uğranılan şiddet türünü değerlendirdiğimizde ise %77,6 sözel şiddet, psikolojik şiddet %67,5, fiziksel şiddet %18,5 ve cinsel şiddet oranı %2,8 olarak tespit edildi. 2003 yılında Düzce'de yapılan bir çalışmaya göre bizim oranlarımız daha yüksek olarak bulundu [81]. Gökçe ve arkadaşlarının çalışmasına göre sözel şiddet oranı %59,4 fiziksel ve sözel şiddet oranı ise %26,5 olarak bulunmuştur [77]. Jackson ve Ashley araştırmalarında, psikolojik şiddeti sağlık sektöründe (% 46) fiziksel şiddetten (%7,7) daha yaygın olarak bulunmuş [82].

Çamcı ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel şiddet (%12.2), sözel şiddet (%59.7), zorbalık/psikolojik taciz (%12.8) ve cinsel tacizin (%3.6) erkekler tarafından daha fazla uygulandığı belirlenmiştir [73].

Güney Afrika'da kamu ve özel sektörde yapılan bir çalışmada psikolojik şiddet yaygınlık oranı %60-70, 40-44 yaş arası çalışan grubunun şiddete uğrama riski daha fazla, mağduriyette cinsiyet açısından önemli bir fark bulunmamıştır [83]. Piyal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada % 73'ü son on iki ayda şiddet korkusu, % 55,8'i sözel/fiziksel taciz deneyimi, %36,4'ü sözel baskı ve yüzde 4'ü fiziksel saldırıya uğramış [84]. Erkol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmanın yapıldığı beş yıl boyunca sözlü ve fiziksel saldırıya uğrama oranı % 87 olarak bulunmuştur [85].

Eskişehir 'de acil serviste yapılan bir çalışmada sözel şiddet%69,5 ve fiziksel şiddet %8,5 oranıyla bizim sonuçlarımıza benzer durumdaydı [45]. ABD'de acil serviste yapılan bir çalışmada şiddet oranlarına baktığımızda %75 sözel, %28 fiziksel şiddet oranları ile sonuçların bizim çalışmamıza benze olduğunu görüyoruz [86]. Aydın, Kartal, Midik ve ark. 2009 yılında pratisyen hekimler arasında yaptığı araştırmanın sonuçları bizim çalışmamızla benzer oranlarındaydı [57].

Çamcı ve arkadaşlarının çalışmasına göre fiziksel şiddete maruz kalanların %11,2'sinin hasta, %9,7'sinin hasta yakını tarafından; sözel şiddete maruz kalanların %89,9'unun hasta yakını tarafından uygulandığı tespit edilmiştir [73]. 2005 yılında yapılan bir çalışmada ise fiziksel şiddet oranları %22 olarak bulunmuştur [45]. Şiddete başvuranların kimliğine baktığımızda ise büyük çoğunluğu hasta ve hasta yakınları olmakla birlikte işyerinde %2,8 oranında sağlık çalışanlarının da şiddetten sorumlu olduğunu tespit ettik. Diğer çalışmalarda da sağlık ortamında şiddetin sorumluları çoğunlukla hasta ve hasta yakınları olarak bulunmuş durumda [87]. Aytaç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da şiddete başvuranlar hasta, hasta yakını ve çoğunlukla erkeklerdir [76]. Aydın M yaptığı araştırmada da şiddete başvuranlar %86 oranında hasta

ve hasta yakınlarından oluşmaktadır. Aynı çalışmada şiddete başvuranların %92 si erkeklerdir [71]. Psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmaya göre de yine şiddet ten %52,2 oranında hastalar sorumlu,hasta yakınları %12,4'le daha az şiddete başvurmuşlardır [88].

Hekimler yaşadıkları şiddet olaylarını rapor etme konusunda isteksiz davrandıklarını görüyoruz. Nedenlerini irdelediğimizde olumsuz sonuçlardan çekinme ve bir sonuç alınacağına inanmamaları bu tutumlarına neden oluyor gibi görünüyor. Yaşadıkları şiddet olaylarının özel yaşamlarını etkilediğini ve mesleki yaşamdan soğuduklarını işlerine yönelik motivasyon kaybı yaşadıklarını ifade ediyorlar. Bu durum hem hekimlerin sağlığı hem hastalar açısından bir sağlık sorunu ve çözüm üretilmesi gereken bir konu olarak değerlendirilebilir. Aytaç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre İşyerinde şiddete maruz kalan kadın çalışanların depresyon ve stres düzeyleri, bu tur şiddet olaylarına maruz kalmayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur [76].

Hekimlerin büyük çoğunluğu yaşadıkları şiddet olaylarının engellenebileceğini düşünüyor. Şiddete tanıklık ettikleri durumda %30 polis çağırdığını söylerken %9 luk bir oranda hiçbir şey yapmadığını belirten hekim var. Bu durum da yine iş ortamında yaşanan olumsuz olaylar karşısında hekimlerin kararsız ve ya aldırmaz bir tutum aldığını ortaya koyuyor. Yaşadıkları olumsuz olaylarla ilgili şikâyet edenlerin %60'ı yasal işlem yapıldığını ifade ederken; geri kalanlar özür dilenerek veya bir şey yapılmayarak olayın kapatılmaya çalışıldığını ifade ediyorlar. Bu sonuçlar hekimler yaşanan olumsuz olaylar karşısında yöneticiler tarafından yeterince desteklenmediklerini bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çamcı ve arkadaşlarının çalışmasında şiddeti rapor etme oranı düşük. Katılımcıların % 73,8'i şiddet olayını rapor etmeyi gereksiz buldum diye cevap verirken, negatif sonuçlarından çekindim diyenlerin oranı %51,3 olarak bulunmuş. Bu değerlendirme sonuçları da bizim çalışmamızla benzer niteliktedir [73].

Sağlık ortamında neden şiddet olayları yaşanıyor diye hekimlere sorduğumuzda en sık neden %80 oranında isteklerinin reddedilmesi ve gecikme bekleme olarak ifade edildi. Bu da bizim araştırmamızı yaptığımız birinci basamakta hastaların alacağı hizmetin sınırları ve uygunluğu konusunda yeterince bilgisinin olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Birinci basamağa acil hizmetler için başvurulmadığına göre gecikme ve bekleme konusunun soruna dönüşmesi de yine randevu sistemi veya hastaların hekime ulaşma süreleri ile ilgili beklentilerinin değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda hekim ve hastalar arasında ortaklaşma sağlanamadığını şeklinde değerlendirilebilir.

Aydın M. yaptığı çalışmada sağlık ortamında yaşanan şiddetin nedeni en sık gecikme bekleme olarak bulunmuş. Sırasıyla uygulanan sağlık politikaları, ihmal edilme düşüncesi, medyada hekim karşıtı yayınlar, ilaç kurum yetersizlikleri olarak değerlendirilmiştir [71].

Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada Toplumda Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Bir diğer şiddete başvurma nedeni ise, kurum yetersizlikleri olarak ortaya çıkmaktadır [30]. Keser Özcan ve arkadaşlarının yaptığı derlemeye göre şiddetin nedenleri uzun bekleme süreleri, hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekleri, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymamaları nenden olarak tespit edilmiştir [7].

Sağlık işyerlerinin güvenli olu olmadığını sorduğumuzda sadece %5,9 oranında evet cevabını aldık. Hekimlerin büyük çoğunluğu kurumları güvenli bulmuyordu. ASM lerin küçük çalışma birimleri olması ve büyük çoğunda güvenlik görevlisi olmaması sorun olarak değerlendirilebilir. Ancak acil servisler ve hastanelerde de şiddet olaylarının benzer şekilde yaşanıyor olması sorunun sadece güvenlik personeli ile çözülemeyeceğini düşündürüyor. ABD'de acil serviste yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %44'ü geçmişe göre işyerinde kendini daha az güvende hissettiğini ifade etmiş [86]. Aydın M. çalışmasında çalıştığınız kurumun güvenliğini nasıl değerlendiririsiniz sorusuna (%31) kötü, (%50) orta, (%19) iyi cevabı verilmiş. Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada hekimlerin %19'u çalıştığı kurumu güvenli bulduğunu ifade etmiştir.

Genel olarak şiddet olaylarında artış olduğu (%96 evet cevabını aldık) görüşündeler. Aydın yaptığı çalışma da son bir yılda sağlıkta şiddet olaylarında bir artış olmuştur diyenlerin oranı (%72) olarak bulunmuştur [71]. Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada hekimlerin%91,3'ü son bir yıl içinde toplumda şiddetin artış gösterdiğini, son bir yılda sağlık alanında şiddetin arttığını ifade eden hekimlerin oranı %90'dır [30].

Çalışmamızda hekimler şiddet olaylarının çoğunlukla muayene odasında ve mesai saatleri içerisinde gerçekleştiğini ifade etti. Aydın M. yaptığı çalışmada şiddetin en fazla acil serviste ve çalışma odalarında yaşandığı ifade edilmiş. Bu veriler bize sağlık çalışanlarının en fazla mesai yaptığı ve hasta yoğunluğu olan durumlarda şiddete uğradığını göstermektedir.

Şiddetle baş etme konusunda eğitim almak isterimsiniz diye sorduğumuzda %59,7 oranında evet cevabını aldık. Hekimlerin %40 bu olaylar konusunda kendi davranışlarında eksiklik veya yanlışlık görmediği şeklinde değerlendirilebilir.

Toplumda genel olarak yaşanan şiddet olaylarının nedenlerini hekimlere sorduğumuzda ise en fazla eğitim sorunu ve medya etkisi cevabını aldık. Bunları yöneticilerin tutumu, hukuksal boşluk, hoşgörü eksikliği, ekonomik nedenler, inançlarda aşınma ve tüketim kültürü cevapları takip etti. Aydın yaptığı çalışmada şiddetin nedenleri olarak kişilerin maddi, ülkenin ekonomik sıkıntıları, toplumsal sosyal ve kültürel sorunlar, kişilerin devlet ve adalet sistemine güvensizliği, işsizlik, medyanın yanlış yayınları ve ülkemizdeki terör olayları neden olarak değerlendirilmiştir [71].

Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada Toplumda şiddetin artış nedenleri sorulduğunda, hekimler en önemli nedenler arasında sırasıyla ekonomik kaynaklı sorunlar, toplumun eğitim ve kültür düzeyine bağlı nedenler, medya ve inanç ve değerlerde yaşanan aşınmaya vurgu yapmaktadır [30]

Şiddete başvuranların çoğunlukla düşük gelir düzeyinden ve eğitim düzeyi düşük bireyler olduğu cevabını aldık. Bunun yanı sıra %37'lik bir oranda şiddet davranışının eğitimle ilişkisinin olmadığını ayrıca %12 yüksek gelir düzeyinde şiddet daha fazla derken % 12 gelir düzeyi ile ilişkili bir sorun olmadığını ifade etti. Bu cevaplara baktığımızda bu sorunun toplumlun bütün katmanlarından kaynaklı olduğunu ve tek bir toplumsal kesimin sorumlu ilan edilemeyeceğini göstermesi açısından anlamlı olarak değerlendirilebilir.

Aydın M. yaptığı çalışmada şiddete başvurma durumu ile gelir ve eğitim düzeyi arasında ilişki var mı diye sorulduğunda % 73 evet cevabı alınmış. Çalışmaya katılanların % 59'u düşük gelir grup hasta ve hasta yakınlarının daha az şiddete başvurma eğiliminde olduğu ifade etmiş. Çalışmaya katılanların (%40) eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla şiddete başvurma eğiliminde olduğunu ifade etmiştir [71].

Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada şiddet olaylarının %87 oranında hasta ve hasta yakınlarından kaynaklı olduğu ifade ediliyor. Yine bizim çalışmamızla uyumlu olarak %93 erkek cinsiyet şiddet davranışından sorumlu olarak değerlendiriliyor. Bu çalışmada gelir düzeyi arttıkça şiddet eğiliminin azaldığı yönünde görüş oluşmuş. Eğitim düzeyi açısından değerlendirmeleri istendiğinde ise eğitim düzeyi düşük olanlarda şiddet eğilimi daha fazla cevabı %87 oranında yer almıştır.

Son yıllara da hekimlerin saygınlığı azaldı diyenleri %91,4 oranında olması sağlık sisteminde ve sağlık politikalarındaki yaşana değişimlerin hekimler tarafından algılanış biçimi konusunda bize fikir verebilir. Aydın M. çalışmasında son bir yılda hekimin saygınlığı azaldı mı sorusuna %81 evet cevabı verilmiştir.

Şiddet olayları ile hasta hakları arasında ilişki var mı diye bakıldığında ise %57,8 evet, %27,1 kısmen cevabı olması hekimlerin hasta hakları konusunda olumsuz algı taşıdıklarını veya bu konuda yeterince ikna olmadıklarını düşündürebilir. Aydın M. çalışmasında hasta hakları ile şiddet olayları arasındaki urum incelendiğinde %74 oranında hasta hakları şiddet olaylarını artırıyor cevabı verilmiştir.

Bütün bu yaklaşmışlara rağmen hekimlerin büyük bir çoğunluğu şiddetin önlenebilir bir sorun olduğunu düşünmeleri olumlu bir durumdur. Bu soruya sadece %3,6 oranında şiddet önlenemez şeklinde cevap vermiştir. Bu da sorunun henüz çözümsüz olarak algılanmadığını göstermesi açısından çok değerlidir.

Şiddete aynı şekilde karşılık verilmeli mi diye sorduğumuzda ise %13,2 evet ve %20,5 de kısmen cevabını aldık. Hekimlerin büyük çoğunluğunun şiddet taraftarı olmadığını göstermesi açısından bu da olumlu bir tutum olarak değerlendirilebilir.

Yaşadıkları şiddet olayını hekimlerin %39,7 si şikâyet ettiğini ifade ederken %88,8 i şiddet olaylarının rapor edilmesi gerektiğini ifade ediyordu. Bu sonuçlarda hekimlerin yaşadıkları şiddet olayları karşısında yeterince net bir tutum alamadığını ortaya koyması açısından anlamlı olarak değerlendirildi. Neden şikâyet etmediklerini sorduğumuzda olumsuz sonuçlardan çekinme cevabı; yöneticilerle hekimler arasında bu konuda bakış açısı farkı olduğunu göstermesi açısından anlamlı olarak değerlendirilebilir. Aydın M. yaptığı çalışmada sağlık çalışanları uğradıkları şiddet olayı nedeniyle şikâyette bulunma oranı %33 olarak bulunmuş. Bu da bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur [71].

Elbek ve arkadaşlarının Gaziantep Tabip odası adına yaptığı çalışmada hekimlerin yaşadığı şiddet olayını şikayet etme oranları bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar içermektedir. Şikâyetleri konusunda ne tür bir işlem yapıldığı sorusuna verilen cevaplar da benzerdir.%23 oranında hiçbir işlem yapılmadığı ifade edilmiştir [30].

Meslekte bulunma süresi 20 yıldan az olan hekimler şiddet olaylarında daha fazla artış olduğunu düşünürken, meslekte bulunma süreleri 30 yılın üzerinde olan hekimler bu konuda genç hekimlere göre şiddetin daha az arttığını düşünüyorlardı.

Hekimlerin şiddet olaylarının rapor edilmesi konusundaki tutumları meslekte bulunma süreleri artıkça değişmekteydi. Meslekte bulunma süresi daha az olan hekimlerin şiddeti rapor etme eğilimi yılar içinde azalma gösteriyordu. Bu durum şiddete tanık olma durumunda da benzerdi. Genç hekimler şiddete daha fazla tanık olduğunu ifade ediyordu. Genç hekimler doktorun saygınlığının azaldığını daha fazla ifade ediyorlardı.

Meslekte bulunma süresi ve mesleki deneyimleri artıkça hekimlerin şiddetle baş etme veya hastalarla iletişimlerinin güçlenmesi bu sonuçları doğuruyor olabilir. Bu sonuç meslekte bulunma süresiyle şiddete maruz kalma arasında ters bir ilişki olduğunu gösteriyor. Bu durumun nedeni hekimlerin deneyim kazandıkça mesleki yeterlilikleri ve sorun çözme becerilerinin gelişmesine bağlanabileceği gibi yıllar içersinde bu konuda mesleki motivasyon kaybına da bağlamak mümkündür.

Benzer bir ters ilişkiyi şiddetle baş etme eğitimi almak isteme durumunda ve şiddetin özel yaşamlarını etkilemesi durumunda da görüyoruz. Kadın hekimlerin şiddete daha fazla uğradığını, şiddete baş etme eğitimi almak isteme oranlarının daha yüksek olduğunu görüyoruz. Psikolojik şiddete ve cinsel şiddete uğrama durumu kadın hekimlerde daha yüksek oranlarda bulunmuştur.

Hekimlere iki açık uçlu soru sorduk. İlk sorumuzda sizce şiddetin nedenleri nelerdir diye sorduk. Büyük çoğunluk sağlık politikalarına ve yöneticilerin tutumu nedeniyle şiddet olayları yaşandığını ifade etti. Diğer nedenler arasında eğitim, iletişim sorunları, hukuksal boşluk, çalışma koşullarının yetersizlikleri, medyanın olumsuz etkisi toplumsal kültürel nedenlere bağlı olduğu ifade edildi. Bu cevaplar da bize birinci basamak hekimlerinin uygulanan sağlık sistemi konusunda politika üreticileriyle aynı görüşte olmadığını göstermesi açısından önemli bir veri olarak değerlendirildi.

Şiddet sorunun çözümü için çözüm önerilerini sorduk ve aldığımız cevapları grupladık: Büyük çoğunluk yasal düzenlemeler yapılması, cezaların artırılması ve güvenlik önlemlerinin artırılması gerektiğini ifade etti. Bunu eğitim ve iletişim sorunları çözülmeli, çalışma koşulları düzeltilmeli, toplumsal ve ekonomik sorunlar çözülmeli ki şiddet sorunu çözülebilsin cevapları takip etti. Aydın M.çalışmasında şiddetin önlenmesi için ne yapılmalı sorusuna %41 oranıyla en fazla uygulanan sağlık politikaları değiştirilmeli cevabı verilmiştir.

6. SONUÇ

Bütün bu cevaplar bize sağlık ortamında yaşanan şiddet olaylarının toplumsal yapıdan ayrı değerlendirilmesinin mümkün olmadığını göstermekte. Ülkenin ekonomik yapısından, toplumun sosyal sorunlarına ülkede uygulanan sağlık politikalarından eğitim sistemine kadar geniş bir yelpazede yapılacak düzenlemeler ve çözüm önerileriyle bu sorunla başa çıkmak mümkün diyebiliriz.

Sağlıkta şiddet, aile içi şiddet, hayvanlara yönelik şiddetten, doğa katliamlarına ve özellikle ülkemizde ve bölgemizde yaşanan savaşlar, toplu katliamlar; buna bağlı yaşanan göç ve diğer sorunlar hepsi bu sorunu ortaya çıkaran ve bağlantılı konular. Çözüm yolları düşünürken birlikte değerlendirmemiz gereken etmenler olarak gözüküyor.

Tükenmişlik sendromu hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı ve insancıl olmayan tarzda yanıt" olarak tanımlanıyor ve ülkemizde sağlık çalışanlarında tülkenmişlik oranlarıyla ilgili yapılan çalışmalar ve şiddet çalışmaları sorunun tam olarak ortaya koymasa bile önemli veri oluşturuyor.

KAYNAKLAR

1. Kurumu, T.D., *Güncel türkçe sözlük.* Ankara, İndirilme Tarihi, 2011. 12.
2. Organization, W.H., *Violence and health: task force on violence and health.* Cenevre, WHO, 1998.
3. Kocacik, F., *Şiddet olgusu üzerine.* Cumhuriyet Üniversitesi İİ BF Dergisi, 2001. **2**(1).
4. Organization, W.H. *Violence Against Health Workers*. 2016 [cited 2016 06.02.2016]; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.
5. Organisation, W.H. *World report on violence and health:summary*. 2016 Available from: http:// whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf
6. Michaud, Y., *Şiddet, çev.* Cem Muhtaroğlu, İstanbul, 1991.
7. Özcan NK, Bilgin H. *Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme.* Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2011. **31**(6): p. 1442-1456.
8. Komisyonu, A., *Türkiye 2011 Yili Ilerleme Raporu.* Avrupa Birligi Bakanligi, Çev.). http://www. abgs. gov. tr/files/strateji/2012_ilerleme_ raporu. pdf [Erisim: 09.05. 2012], 2012.
9. Available from: http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/88.pdf, Erişim Tarihi: 04.01.2013.
10. Dursun Y. *Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir?* Journal of Philosophy and Social Sciences, Autumn, 2011(12): p. 1-18.
11. Betz J. *Violence: Garver's definition and a Deweyan correction.* Ethics, 1977. **87**(4): p. 339-351.
12. Yavuz S. *Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları ve medya metinleri aracılığıyla sunumu:"Güneşi Beklerken" dizi filmdeki şiddet olgusunun içerik analizi yöntemi ile belirlenmesi*. 2014, İstanbul Arel Üniversitesi.
13. Dodge KA, JE. Bates, and G.S. Pettit, *Mechanisms in the cycle of violence.* Science, 1990. **250**(4988): p. 1678-1683.
14. Hobbs F.R. and U.M. Keane, *Aggression against doctors: a review.* Journal of the Royal Society of Medicine, 1996. **89**(2): p. 69-72.
15. Di Martino V. *Joint programme on workplace violence in the health sector. Synthesis report*. 2002, Informal technical consultation draft document. Geneva: International

Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International.

16. Güleç H. et al., *Violence as a vicious cycle.* Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry, 2012. **4**(1): p. 112-137.
17. Hegel, G.W.F. and A.W. Wood, *Hegel: elements of the philosophy of right*. 1991: Cambridge University Press.
18. Pınar, T. and G. Pınar, *Sağlık Çalışanları ve İşyerında Şiddet.* TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013. **12**(3): p. 3.
19. Wynne, R., et al., *Guidance on the Prevention of violence at work. Brussels, European Commission, DG-V, Ref*. 1997, CE/VI-4/97.
20. Özen, S., *İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri.* İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2007. **9**(3): p. 1-34.
21. ILO, I. and P. WHO, *Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Office, Geneva, 2002.
22. Kaya, NÇ., *Şiddetin Sosyal Dinamikleri*
23. Nesrin, A., A. YILMAZ, and I. Oğuz, *Sağlik Çalişanlarina Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tip Merkezi Örneği.* Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2014. **13**(1): p. 1-11.
24. Kaya, N.Ç. and A. Erdemir, *Social Dynamics of Global Terrorism and Prevention Policies*. Vol. 38. 2008: IOS Press.
25. Peek-Asa, C. and J. Howard, *Workplace-violence investigations by the California Division of Occupational Safety and Health, 1993-1996.* Journal of Occupational and Environmental Medicine, 1999. **41**(8): p. 647-653.
26. Büyükbayram, A. and H. Okçay, *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013. **4**: p. 46-53.
27. London, M., *A framework for translating workplace violence intervention research into evidence-based programs.* Online journal of issues in nursing, 2013. **18**(1): p. 1.
28. Roche, M., et al., *Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes.* Journal of Nursing Scholarship, 2010. **42**(1): p. 13-22.
29. Kaya, A., et al., *Violence in the health sector and its properties: A questionnaire toward physician working in the emergency departments.* Journal of Academic Emergency Medicine, 2014. **13**(3): p. 124.

30. Elbek, O., et al., *Şiddetin gölgesinde hekimlik.* Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Türk Tabipleri Birliği Aydın Tabip Odası Yayını, Mayıs, 2012. **28**: p. 39.
31. Chappell, D. and V. Di Martino, *Violence at work*. 2006: International Labour Organization.
32. Wiskow, C., *Guidelines on workplace violence in the health sector.* ILO WHO ICN PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, 2003.
33. Curbow, B., C. Cooper, and N. Swanson, *Origins of violence at work.* Carry L Cooper and, 2002.
34. Platformu, Ş.Ö., *Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu*. 2013.
35. Nielsen, M., *The intervention project on absence and well-being (IPAW)--Denmark.* How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-Related Stress. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EASHW), 2002: p. 52-58.
36. Kellerson, H., *ILO Declaration of 1998 on Fundamental Principles and Rights: A Challenge for the Future, The.* Int'l Lab. Rev., 1998. **137**: p. 223.
37. Einarsen, S. and B.I. Raknes, *Harassment in the workplace and the victimization of men.* Violence and victims, 1997. **12**(3): p. 247-263.
38. Cortina, L.M., et al., *Incivility in the workplace: incidence and impact.* Journal of occupational health psychology, 2001. **6**(1): p. 64.
39. Zapf, D. and C. Gross, *Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension.* European journal of work and organizational psychology, 2001. **10**(4): p. 497-522.
40. Salin, D., *Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment.* Human relations, 2003. **56**(10): p. 1213-1232.
41. Çöl, Özen S., *İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma.* Çalışma ve Toplum, 2008. **4**(19): p. 107-134.
42. Yesildal, N., *Saglık hizmetlerinde is kazaları ve siddetin degerlendirilmesi (Evaluation of work accidents and violence in health care services).* TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005. **4**(5): p. 280-302.
43. Serinken, M., et al., *Tükenme sendromu ve acil servis hekimleri.* Toplum ve Hekim, 2002. **17**: p. 358-365.

44. Aslan, H.Ö., et al., Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarina Yaklaşimlari. Gülhane Tip Dergisi (Gulhane TD) Gülhane Medical Journal (Gulhane MJ), 2005: P. 18.
45. Ayrancı, Ü., et al., *Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002. **3**(3): p. 147-54.
46. Feldmann, T., J. Holt, and S. Hellard, *Violence in medical facilities: a review of 40 incidents.* The Journal of the Kentucky Medical Association, 1997. **95**(5): p. 183-189.
47. Elliott, P.P., *Violence in Health Care.* Nursing management, 1997. **28**(12): p. 38-42.
48. Salminen, S., *Violence in the workplaces in Finland.* Journal of Safety Research, 1997. **28**(3): p. 123-131.
49. Safety, O. and H. Administration, *Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers*, in *Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers*. 2004, OSHA.
50. Meyer, H., *Security. Hospitals taking steps to quell acts of violence against staff.* Hospitals & health networks/AHA, 2011. **85**(11): p. 9-10.
51. Association, B.M., *Violence in the workplace–the experience of doctors in Great Britain, 2008*. 2008.
52. Ölmezoğlu, Z., K. Vatansever, and A. Ergör, *İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi.* Toplum ve Hekim, 1999. **14**(6): p. 420-425.
53. Öztunç, G., *Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses.* Journal of Nursing Care Quality, 2006. **21**(4): p. 360-365.
54. Aydın N, C.F., Balcı Ö, ve ark. , *Gaziantep üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlilerinin iş ortamına ilişkin değerlendirme ve beklentileri.* . Sendrom 2007: p. 19: 71-4. .
55. Şenuzun Ergün, F. and A. Karadakovan, *Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city.* International nursing review, 2005. **52**(2): p. 154-160.
56. Aydın, N., et al., *The evaluation of their job and working medium by research asisstants in Faculty of Medicine of Gaziantep.* Syndrome, 2007. **19**(10): p. 71-4.
57. Aydin, B., et al., *Violence against general practitioners in Turkey.* Journal of interpersonal violence, 2009. **24**(12): p. 1980-1995.

58. Karaaslan M, B.A., Yalçın S, Tekşam Ö. , *Yazılı medyada şiddet: bir gazetede içerik analizi ve şiddeti önleme platformu önerileri.* . Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007: p. 16: 100-4.
59. Adaş, EB, E. Osman, and K. BAKIR, *Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I*. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası, 2008.
60. Kızmaz, Z., *Okullardaki şiddet davranışının kaynakları üzerine kuramsal bir yaklaşım.* CÜ Sosyal bilimler dergisi, 2006. **30**(1): p. 47-70.
61. Köknel, Ö., *Bireysel ve toplumsal siddet*. 1996: Altin.
62. Wolfgang, M.E. and F. Ferracuti, *The Subculture of Violence: Towards an Integrated Theory in Criminology, London.* Möller (2001), S, 1967. **71**.
63. Kıvılcımlı, H., *Diyalektik materyalizm*. 1974: Tarih ve Devrim Yayınevi.
64. Keskin, F., *Foucault'da Şiddet ve İktidar.* Cogito, 1996(6-7): p. 117-122.
65. Alperen A, Salur H. *Hannah Arendt'te Şiddet ve Şiddetin Kaynağı Üzerine Din Sosyolojik Bir İnceleme.* Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2008. **8**(1).
66. Erten, Y. and C. Ardalı, *Saldırganlık, Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları.* 1996.
67. Sennett, R., *Karakter asinmasi: Yeni kapitalizmde isin kisilik üzerindeki etkileri (çev. B. Yildirim).* Istanbul: Ayrinti Yayinlari, 2002.
68. Sünter, A.T., et al., *Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri.* Genel Tıp Dergisi, 2006. **16**(1): p. 9-14.
69. Rezaki, M., *SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTAYA ÇIKABİLECEK RUHSAL SORUNLAR.* SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI 1. ULUSAL KONGRESİ: p. 79.
70. Dündar, C. and T. Gökçe, *Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi.* 2008.
71. Aydin, M., *Isparta-Burdur saglik calisanlarina yonelik siddet ve siddet algisi.* Turk Tabipleri Birligi, Isparta-Burdur Tabip Odasi Baskanligi, 2008.
72. Estryn-Behar, M., et al., *Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT'Study.* Occupational medicine, 2008. **58**(2): p. 107-114.
73. Çamcı O. and Y. Kutlu, *Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi.* Journal of Psychiatric Nursing, 2011. **2**(1): p. 9-16.
74. Fernandes, C.M., et al., *Violence in the emergency department: a survey of health care workers.* Canadian medical association journal, 1999. **161**(10): p. 1245-1248.

75. Gacki-Smith, J., et al., *Violence against nurses working in US emergency departments.* Journal of Nursing Administration, 2009. **39**(7/8): p. 340-349.
76. Aytaç, S. and S. Dursun, *Çalişma Hayatinda Kadina Yönelik Şiddet: Sağlik Sektöründe Bir Uygulama.* İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 2013. **71**(1): p. 67-78.
77. Gökçe, T. and C. Dündar, *Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi.* Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2008. **15**(1).
78. Winstanley, S. and R. Whittington, *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments.* Journal of clinical nursing, 2004. **13**(1): p. 3-10.
79. Schablon, A., et al., *Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study.* BMJ open, 2012. **2**(5): p. e001420.
80. Acik, Y., et al., *Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey.* Occupational medicine, 2008. **58**(5): p. 361-366.
81. Alcelik, A., et al., *AIBU Tip Fakultesi Hastanesinde Gorev Yapan Hemsirelerin Saglik Sorunlari ve Yasam Aliskanliklarinin Degerlendirilmesi [Assessment of health problems seen amongst nurses working at AIBU Faulty of Medicine Hospital and Daily Living Habits]*. TSK Koruyucu Hekimlik Bulteni, 2005. **4**(2): p. 55-65.
82. Jackson, M. and D. Ashley, *Physical and psychological violence in Jamaica's health sector.* Revista Panamericana de Salud Pública, 2005. **18**(2): p. 114-121.
83. Steinman, S., *Workplace violence in the health sector.* Joint Programme on, 2003.
84. Piyal, B., K. Murat, and Ü. Celen, *Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey).* AJCI, 2008. **1**(1): p. 1-6.
85. Erkol, H., et al., *Aggression and violence towards health care providers–A problem in Turkey?* Journal of forensic and legal medicine, 2007. **14**(7): p. 423-428.
86. Kowalenko, T., et al., *Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan.* Annals of emergency medicine, 2005. **46**(2): p. 142-147.
87. Carver, C.S. and E. Harmon-Jones, *Anger is an approach-related affect: evidence and implications.* Psychological bulletin, 2009. **135**(2): p. 183.

88. Bilgin, H. and S. Buzlu, *A Study Of Psychiatric Nurses'beliefs And Attitudes About Work Safety And Assaults In Turkey.* Issues in mental health nursing, 2006. **27**(1): p. 75-90.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Sayın katılımcı,
Bu araştırma ile birinci basamakta çalışan hekimlerin, hekime yönelik şiddet ile ilgili düşünce ve tutumlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Bu anketle sizden alınacak bilgiler gizli tutulacaktır, bu nedenle isim yazmayınız. Lütfen her soru için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız…….
2. Cinsiyetiniz: O Kadın O Erkek
3. Meslekte bulunma süreniz:
4. Bu ASM deki çalışma süreniz:
5. Size bağlı nüfus:
6. Günlük baktığınız ortalama hasta sayısı:
7. Nöbet tutuyor musunuz? O Evet O Hayır
8. Tutuyorsanız süresi (haftalık/aylık):

9. Meslek hayatınız boyunca hiç işyerinde şiddete maruz kaldınız mı? O Evet O Hayır
10. Maruz olduğunuz şiddet türü nedir? *[birden fazla seçenek işaretlenebilir.]*
    O Sözel (küfür, hakaret, tükürme] O Psikolojik şiddet [tehdit]
    O Fiziksel şiddet [tokat, yumruk, aletle saldırı] O Cinsel taciz O Diğer

11. Son bir yıl içerisinde işyerinde şiddete maruz kaldınız mı? O Evet O Hayır
12. Şiddeti uygulayan kimdi? O Hasta O Hasta Yakını O Doktor
    O Diğer Sağlık Çalışanı
13. Size uygulanan şiddet konusunda hiç şikâyette bulundunuz mu? O Evet O Hayır
14. Hayırsa nedeni nedir? O Önemsememe O Olumsuz sonuçlardan çekinme
    O Kendini suçlu hissetmek O Şiddet konusunda şikâyet edilme
    O Diğer nedenler
15. Şikâyetiniz konusunda ne tür işlem yapıldı?
    O Hiçbir işlem yapılmadı O Özür dilendi O Hasta/hasta yakını ile ilişki kesildi
    O Dava açıldı O Soruşturma açıldı O Disiplin cezası verildi
    O Tazminat ödendi O Diğer
16. Size şiddet uygulayanlar tarafından hakkınızda şikâyette bulunuldu mu? O Evet O Hayır
17. Yaşadığınız şiddet sonrası ne hissettiniz? O Olayla ilgili tekrarlayan hatırlamalar
    O Olayla ilgili düşüncelerden kaçınma ve konuşmama
    O Savunma halinde olma
    O Motivasyon kaybı
    O İş yapamama veya aşırı zorlanma
18. Kişinin şiddete başvurmasının nedeni sizce neydi?
    O Tedaviden memnuniyetsizlik O Gecikme, bekleme O İhmal edilme düşüncesi
    O Alkol/ilaç etkisi altında olma O Kötü haber alma O İsteklerin reddedilmesi
    O İlaç, cihaz vb. kurum yetersizlikleri O Diğer sebepler
19. Sizce şiddet olayı engellenebilir miydi? O Evet O Hayır
20. Yaşadığınız şiddet olayı çalışma yaşamınızı etkiledi mi?
    O Hayır etkilemedi O Görev yerimi değiştirdim O Önlem almaya başladım
    O Mesleğimden soğudum O Diğer

21.Yaşadığınız şiddet olayı özel yaşamınızı etkiledi mi? O Evet O Hayır
22.Son bir yılda işyerinde şiddete tanık oldunuz mu? O Hiç tanık olmadım OTanık oldum
23.Tanık oldunuzsa sayısını belirtir misiniz? ……..kez
24.Tanık olduğunuz durumda şiddeti uygulayan kimdi? O Hasta O Hasta Yakını O Doktor O Diğer Sağlık Çalışanı

25. Tanık olduğunuz durumda nasıl davrandınız?
    O Hiçbir şey yapmadım O Olay yerinden uzaklaştım O Polis çağırdım
    O Sözlü cevap verdim O Fiziksel cevap verdim O Yöneticilerime bildirdim
    O Meslektaşlarımdan yardım istedim O Diğer
26. Tanık olduğunuz durumda maruz olunan şiddet türü nedir? *[birden fazla seçenek işaretlenebilir.]*
    O Sözel (küfür, hakaret, tükürme] O Fiziksel şiddet [tokat, yumruk, aletle saldırı]
    O Psikolojik şiddet [tehdit] O Cinsel taciz O Diğer
27. Şiddetin gerçekleştiği ortamları belirtir misiniz? *[birden fazla seçenek işaretlenebilir.]*
    O Muayene odası O Acil müdahale odası O Aşı odası
    O Bekleme salonu/koridor O Hastanın evi O Diğer
28. Genellikle şiddetin gerçekleştiği zamanı belirtir misiniz?
    O Mesai saatinde O Öğle arası O Mesai dışı
29. Şiddete başvuran kişiler: O Çoğunlukla erkek O Çoğunlukla kadın
30. Şiddete başvuran kişiler: O Hasta O Hasta yakını-yakınları
    O Diğer sağlık çalışanı O Üst düzey yöneticiler O Diğer

31. Sizce çalıştığınız kurum güvenli mi?O Evet O Hayır O Kısmen
32. Saldırganlık ve şiddetle baş etme konusunda eğitim almak ister misiniz? O Evet O Hayır

33. Şiddet olaylarında artış olduğunu düşünüyor musunuz? O Evet O Hayır

34. Şiddette artış varsa sizce nedenleri nelerdir? *(birden fazla neden seçilebilir.)*
    O Ekonomik nedenler O Eğitim/kültür sorunları
    O Medya etkisi O İnanç/değerlerde aşınma
    O Toplumsal hoşgörü eksikliği O Yöneticilerin tutumu
    O Otorite/hukuk boşluğu O Tüketim kültürü

35. Şiddete başvuranların gelir düzeyi ile ilgili düşünceniz:
O Düşük gelirliler daha fazla O Orta gelirliler daha fazla O Yüksek gelirliler daha fazla

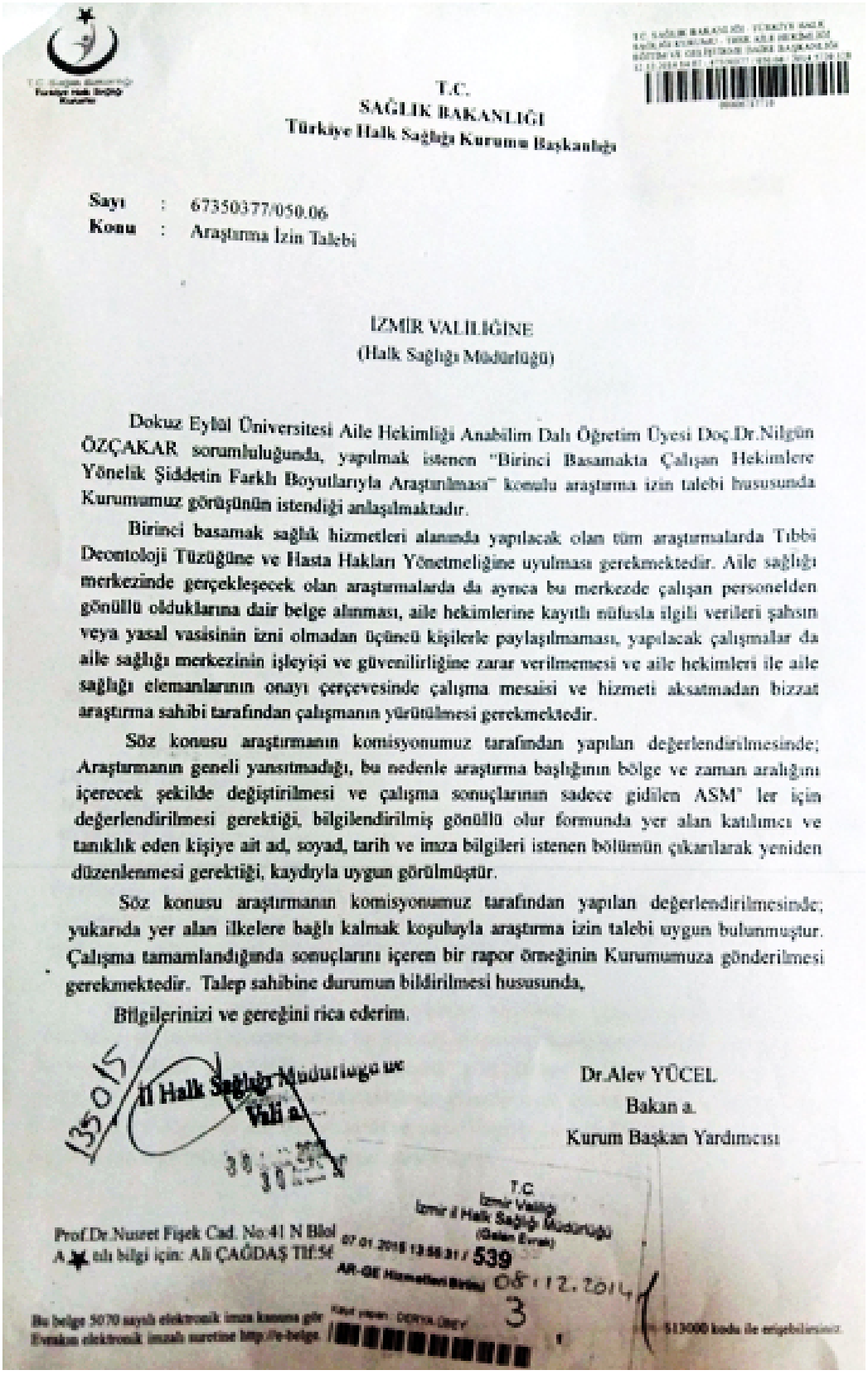
36. Hastaların eğitimi ile şiddete başvurma arasındaki ilişki sizce nasıldır?
    O Eğitim düzeyi düşük olanlarda şiddet eğilimi daha fazla
    O Eğitim düzeyi yüksek olanlarda şiddet eğilimi daha fazla
    O Eğitim düzeyi ile şiddet eğilimi arasında bir ilişki düşünmüyorum
37. Sizce son yıllarda doktorların toplumda saygınlığı azaldı mı?
    O Evet O Hayır O Fikrim Yok O Kararsızım
38. Sizce hasta haklarının, şiddet olayları üzenindeki etkisi var mı?
    O Evet O Hayır O Kısmen O Bilmiyorum
39. Sizce sağlık çalışanlarına dönük şiddet önlenebilir mi?

O Evet O Hayır O Kısmen O Kararsızım

40. Sizce şiddete aynı şekilde karşılık verilmeli mi?
    O Evet O Hayır O Kısmen O Kararsızım
41. Sizce şiddet olayı rapor edilmeli mi?
    O Evet O Hayır O Kısmen O Kararsızım
42. Sizce şiddet olaylarının nedenleri nelerdir? Eklemek istedikleriniz…

43. Sizce yaşanan şiddet olaylarının önlenebilmesi için neler yapılabilir?

Ek 2. Araştırma İzin Talebi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377/050.06
Konu : Araştırma İzin Talebi

İZMİR VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR sorumluluğunda, yapılmak istenen "Birinci Basamakta Çalışan Hekimlere Yönelik Şiddetin Farklı Boyutlarıyla Araştırılması" konulu araştırma izin talebi hususunda Kurumumuz görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; Araştırmanın geneli yansıtmadığı, bu nedenle araştırma başlığının bölge ve zaman aralığını içerecek şekilde değiştirilmesi ve çalışma sonuçlarının sadece gidilen ASM' ler için değerlendirilmesi gerektiği, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda yer alan katılımcı ve tanıklık eden kişiye ait ad, soyad, tarih ve imza bilgileri istenen bölümün çıkarılarak yeniden düzenlenmesi gerektiği, kaydıyla uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

İl Halk Sağlığı Müdürlüğe ue
Vali a.

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
(Gelen Evrak)
07.01.2015 13:55:31 / 539

Prof.Dr.Nuvit Fişek Cad. No:41 N Bilgi
Ayrıntılı bilgi için: Ali ÇAĞDAŞ Tlf:5

AR-GE Hizmetleri Birimi 08.12.2014

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu gör
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.

513000 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 3. Etik Kurul Raporu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/33-23	Tarih: 30.10.2014
	Prof.Dr.Dilek GÜLDAL'ın sorumlusu olduğu **"Obez Kişilerde Öz-Yeterlilik ve Karar Dengesi Durumunun, İçinde Bulundukları Davranış Değiştirme Aşaması İle İlişkisi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	