



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE HASTA VE HASTA YAKINLARINA GÖRE SAĞLIKTA ŞİDDET

UZMANLIK TEZİ

DR.GÜNERİ KURUÖZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYHAN AKÖZ

AYDIN 2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE HASTA VE HASTA YAKINLARINA GÖRE SAĞLIKTA ŞİDDET

UZMANLIK TEZİ

DR.GÜNERİ KURUÖZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYHAN AKÖZ

AYDIN 2016

ÖNSÖZ

Tıp fakültesini bitirmem de büyük emeği olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD halen görev yapmakta olan danışman hocam Prof. Dr. Taner Özbenliye, Acil Tıp Uzmanlığı eğitimimde bana emeği olan başta ABD başkanım ve tez danışmanım Doç. Dr. Ayhan AKÖZ hocama ve değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Mücahit KAPÇI, Yrd. Doç. Dr. Mücahit Avcil, Yrd. Doç. Dr. Bekir Dağlı, Yrd. Doç. Dr. Ali DUMAN hocama ve Yrd. Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN'a

Tezimin isim ve fikir babası olan Üniversitemiz Sosyoloji ABD dan Yrd.Doç.Dr.Emin Baki ADAŞ' a

Kendisiyle 2014-2016 Aydın Tabip Odası yönetim kurulunda birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve tezimde çalışmalarından yararlandığım Uzm.Dr.Metin Aydın'a

Uzmanlık eğitimim boyunca uyum içinde çalıştığım tüm asistan hekim arkadaşlarıma, intern doktorlara ve acil servis personeline

SPSS uygulamasında her türlü yardımı bana sağlayan Halk Sağlığı ABD dan Dr.Serhat Pirinççi kardeşime, İstatistiksel hesaplamalar konusunda desteğini esirgemeyen Hakan ÖZTÜRK'e, teze başlamamda desteğini esirgemeyen Dr.Fevzi CİCİ'ye , her daim yanımda olan, desteğini ve sevgisini hiç esirgemeyen sevgili eşim Ummuhan ASLAN KURUÖZ'e ve biricik oğlumuz Güney KURUÖZ'e sonsuz şükranlarımı sunar, teşekkür ederim.

Dr.Güneri KURUÖZ

AYDIN 2016

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	III
TABLO DİZİNİ.....	IV
ŞEKİL DİZİNİ.....	V
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	9
3.1. Etik Kurulu Onayı	9
3.2. Hasta Ve Yakınlarının Özellikleri	9
3.3.Verilerin Toplanması.....	9
3.4.İstatistiksel Analiz.....	10
4. BULGULAR	11
5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
7. ÖZET	43
8. İNGİLİZCE İSİM ve ÖZET	45
9.KAYNAKLAR	46

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Ark. : arkadaşları

Dünya Sağlık Örgütü : WHO

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü: OECD

Türk Ceza Kanunu : TCK

Türk Tabipleri Birliği : TTB

Türkiye Büyük Millet Meclisi : TBMM

Uluslararası Çalışma Örgütü : ILO

Uluslararası Hemşireler Birliği :ICN

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo1: Acil serviste sağlık personeliyle tartişma yaşayan ve yaşamayan bireylerin değişkenler bakımından karşılaştırma sonuçları.....	15
Tablo:2 Acil servise başvuranlara gore sağlıkta şiddetin nedenleri	16
Tablo:3 Acil serviste sağlık personeliyle tartişma yaşayan bireyler arasında sağlıkta şiddetin nedenleri	17
Tablo4: Acil servise baş vuranlara gresaağlıkta şiddetin artmasının nedenleri	18
Tablo 5: Acil serviste sağlık personeliyle tartişma yaşayan bireylere göre sağlıkta şiddetin artmasının nedenleri	19

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Medeni faktöre göre tartışma yaşanma durumu.....	20
Şekil 2. Yaş faktörüne göre tartışma yaşanma durumu.....	21
Şekil 3. Cinsiyet faktörüne göre tartışma yaşanma durumu.....	22
Şekil 4. Meslek faktörüne göre tartışma yaşanma durumu	23
Şekil 5. Gelir faktörüne göre tartışma yaşanma durumu	24
Şekil 6. Eğitim faktörüne göre tartışma yaşanma durumu	25



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre şiddet kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan (ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan) kasıtlı güç kullanımı tehdididir.(1) Şiddet; ana hatları ile sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olmak üzere üç ana başlık altında toplanmakta olup ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkmaktadır.(2) İşyerinde şiddet ise daha özel bir konuma girmektedir. Çünkü çalışanın verimliliğini, güvenliğini doğrudan etkileyen bu durum karşısında yapılması gereken bir çok şey mevcuttur. Çalışan verimliliğini ve güvenliğini doğrudan etkileyen işyerinde şiddet daha özel bir konuma sahip olup önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması gereklidir.

Sağlık kurumlarındaki şiddet de, “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır. Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) 310 sağlık çalışanı ile yaptığı en son çalışmada sağlık çalışanlarında görülen iş yeri şiddeti oranı %45 olarak belirlenmiştir(3). Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki iş yeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir(2). İlhan MN. ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir(4).

‘Acil servislerde şiddeti doğuran etkenler nelerdir?’ diye sorduğumuzda Benham MN ve ark.'nın çalışmasında hasta ve yakınlarının uzun süre beklemesi, çaresi olmayan hastalıklarla, kronik hastalıklarla uzun süre mücadele etmeleri şiddeti doğuran ana faktörlerden olabilmektedir. Sağlık sisteminde sık değişikliklerin olması ve sistemdeki çelişkiler, acil servislerde beklentilerin ve taleplerin yüksek olması şiddeti oluşturabilen diğer nedenler olarak, sağlık çalışanları tarafından düşünülmüştür(5).

‘Acil servislerde şiddeti önlemek için neler yapılmış ve yapılmalı?’ diye sorarsak, Uluslar arası platformlarda da Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kuruluşlar bir çok çalışma ve kampanyalar düzenlemişlerdir. Şiddeti global nedenleriyle incelemekle kalmayıp bir çok kategori halinde yayınlayıp rapor haline getirerek, spesifik önlemlerin alınmasını sağlamaya çalışmışlardır. Şiddet İttifak, Şiddet Önleme İçin Küresel Kampanya, Sağlık Sektöründe

İşyerinde Şiddet, Şiddet ve Dünya Sağlık Raporu gibi raporları ‘Şiddet ve Yaralanmaların Önlenmesi’ adı altında incelemişlerdir. Bu raporların hepsi dünyadaki ülkelerin hükümetlerine, sağlık bakanlıklarına, sivil toplum kuruluşlarına gönderilmektedir(6).

Ülkemizde şiddet sonucu öldürülen bir çok hekim ve sağlık çalışanının ardından çeşitli adli koğuşturmalar yapılmış ancak bunlar sokaktaki olaylar gibi Türk Ceza Kanunu(TCK) üzerinden karşılık bulmuştur. Başta Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve sendikaların çağrısıyla Türkiye Büyük Millet Meclisinde (TBMM) şiddet komisyonları kurulmuş ve özellikle 28.04.2012 tarihli 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik’ çerçevesinde hukuki yardım, sağlık çalışanlarına ücretsiz hale getirilmiş ve sağlık çalışanlarının üzerinden hukuki masraflar alınarak hak arayışlarının önü açılmıştır, fakat sağlıkta şiddette herhangi bir azalma görülmemiştir.

‘Beyaz Kod’ uygulaması halen bir çok devlet ve üniversite hastanelerinde bulunmamaktadır. ‘Beyaz kod’ uygulamasında sağlık personelinin şikayetçi olup olmamasına bakılmaksızın yöneticiler işlem yapmak zorundadır. ‘TTB alo şiddet’ hattı ile birlikte şiddete uğrayan hekim ve sağlık çalışanlarının neler yapması gerektiğine dair hukuk bürosu ile şiddete uğrayanlara destek vermektedir(7).

Bu güne kadar yapılan sağlıkta şiddet ile ilgili çalışmaların neredeyse hepsi sağlık çalışanlarına sorulmuş olup, hasta ve hasta yakınlarına yönelik, hatta şiddet uygulayanlara yönelik istatistiki bilgiler bulunmamakta ya da çok kısıtlı olarak bulunmaktadır. Bu tez çalışması ile birlikte tartışma yaşayan ya da şiddet uygulayan, şiddete meyilli olan hasta yakınlarının görüşlerini de alarak çalışmaya dahil edilen hasta ve yakınlarına özel hazırladığımız sorularla birlikte, şiddetin en çok nedenini tespit etmeye, sağlık personeli dışarıdan analiz etmeye çalışarak mevcut tablonun hasta ve yakınlarınca yorumlanmasına ve şiddetin nedenlerini onların gözüyle yorumlamayı amaçladık. Sağlık çalışanları ve sağlık sistemindeki şiddeti destekleyen nedenleri ve şiddetin olası kaynağını analiz ederek farkındalık oluşturmak, az sayıda çalışma yapılmış bu konuda farklı bir bakış ortaya koyarak bu hayati sorunun çözümüne katkı sağlayabilmeyi amaçladık. Acil servislerin doğası gereği yüksek stres katsayılarına sahip olmaları, sağlık çalışanlarının durumunun, iletişim kalitesinin, yaklaşım tarzının bir de dışarıdan bir bakışla daha objektivize edebilmek ve şiddetin iki taraflılığına optimum yaklaşabilmek adına yaptığımız bu çalışmanın ilerleyen

zamanlarda şiddete y6nelik 6nlemlerde kanun koyucuların, hastane y6neticilerinin ve ‘sağlık 6alışanlarının ne yapması gerekir?’ sorusuna hizmet edebileceğini d6ř6nmekteyiz.



2.GENEL BİLGİLER

"Saldırganlık, hakim olmak, yenmek, yönetmek amacı ile güçlü, şiddetli, etkili bir hareket, fiil, işlem: bir işi bozma engelleme, boşa çıkarmaya karşı düşmanca, yaralayıcı, hırpalayıcı veya tahrip edici (yıkıcı, yok edici) amaç taşıyan bir davranıştır.(8) Bireyin yaşamış olduğu coğrafyanın, sosyoekonomik değerleri, siyasi ve kültürel donanımının, eğitimin, aileden gelen özelliklerin ve alışkanlıkların, kronik hastalıkların, bireysel yönelimlerin, sosyal medyanın, yazılı ve görsel basın dilinin, siyasilerin, sağlık çalışanlarının ve sağlık sisteminin şiddetin oluşmasında ayrı ayrı zemin hazırlayıcı faktörler olduğunu söyleyebilmek mümkündür(9).

İş yerinde şiddet, mevcut şiddet ortamı içinde spesifik ve modern dünyanın önemli sorunlarından birini oluştururken, sağlıkta şiddet bu kategori içerisinde apayrı bir yer almakta olup, sağlık çalışanları için oldukça özeldir. Materyali primer olarak insan olan bu sektördeki şiddetin nedenlerini mevcut şiddet nedenlerinden bağımsız tutamayız. Ancak daha özel bir şekilde de incelemek zorundayız. Zaten sağlıkta şiddet , var olan işyeri şiddet ortamında en çok payı alan önemli bir konudur. Genel çalışmalar 16 kat daha fazla olduğunu söylese de buz dağının görünen kısmından bahsettiğimiz göz ardı edilmemelidir.(10)

Acil servisler en çok şiddetin gerçekleştiği yerler olması nedeniyle acil servise gelen hasta ve yakınlarına sorularak yapılan anketlerimizin, sağlıkta yaşanan şiddet olaylarının nedenlerini daha objektive değerlendirilmesi açısından oldukça önemli olduğunu düşünüyoruz.

İş yerinde şiddet, çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar olarak tanımlanmıştır.

Sağlık kurumlarında şiddet, hasta ve hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır(2). Sözel şiddet, kişinin değerlerine ve bütünlüğüne dönük yapılan hakaret, tükürme, küfür, bağırma ve tehdit gibi fiilleri içermektedir. Fiziksel şiddet ise dayak, yumruk, aletle saldırı gibi kişinin bedenine yönelen saldırı ve fiilleri içermektedir.(11)

Cinsel taciz: Cinsel saldırı, rızası olmayan veya herhangi bir sebepten dolayı (yaşının küçüklüğü veya akıl hastalığı) rızası kabul edilmeyen bir kişinin, cinsiyetinden ötürü (genellikle sırf kadın olduğu için) fiziksel ve/veya psikolojik güç kullanımı, tehdit, korku, baskı altına alma, gözdağı verme, hile ve kandırma gibi zorlamalarla cinsel içerik taşıyan fiziksel bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu davranışlar cinsel amaçlı bir dokunuştan, ırza geçmeye kadar çok çeşitli şekillerde olabilmektedir.(12)

Avustralya da Chappel ve Di Martino tarafından yapılan çalışmada şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir(13). Sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği bunun nedeni olarak da sadece yaralama gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği belirtilmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanların % 40'nın şiddet olaylarını özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları ortaya konmuştur(2). Araştırmalar şiddetin toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, işyeri şiddetinin ve saldırganlığının günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir(14). Şiddetle karşılaşmanın hekimler kadar diğer sağlık personeli ve hatta hastalar için de ciddi bir sorun olabileceği, hasta ya da yakınlarının değişik nedenlerden kaynaklanan gecikmeleri kabullenmeyip saldırganlaşma eğilimi gösterebileceği belirtilmektedir(9).

Bir çalışmada incelenenlerin %19.5'i sağlık çalışanına uygulanan fiziksel şiddete, %32.7'si sözel şiddete şahit olduğunu belirtmişlerdir(10). Kanada'da acil servis çalışanları (106 kişi) ile yapılan çalışmada, herhangi bir zamanda çalışanların şiddete uğrama sıklığı %60 olarak saptanmıştır(15). Katılımcıların %56.3'ü sağlık çalışanlarının en çok acil servislerde şiddete maruz kaldığını, %55.5'i şiddet olaylarının en çok devlet hastanesinde meydana geldiğini belirtmiştir. Katılımcıların %22.9'u sağlık çalışanına şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu düşündüğünü, %20.2'si sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü belirtmiştir. "Sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili gerekli yasal düzenlenmeler hazırlanmalıdır" önermesine katılımcıların %87.5'i katıldığını belirtmiştir(10). Saldırıya uğrayan olguların %65'i bu saldırıları hastane yetkililerine bildirmediğini belirtmiştir(16). Erkekler de ve düzenli ilaç kullanmayanlarda sağlık çalışanına uygulanan fiziksel şiddete şahit olma/karşı karşıya kalma durumu daha yüksek saptanmıştır (10).

Şiddetin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılık gösterdiği ifade edilmektedir. Bu farklılık, sağlık sektöründeki şiddet olaylarının, diğer sektörlerden daha az oranda bildirilmesi, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsizmediğinden kaynaklandığı bildirilmiştir(11).

Şiddet, toplumda ve işyerlerinde bir halk sağlığı sorunudur ve meydana gelme sıklığı giderek artmaktadır. Hastaneler, belki de sağlık çalışanları için riskli ve tehlikeli birer ortama dönüşmektedir. Tüm bunlar yaşanırken, sağlık çalışanı işyerinde kendini güvende hissetmemektedir. Türkiye’de sağlık sektöründe son yıllarda yaşanan hızlı dönüşüm programları, yasal uygulamalardaki eksiklikler, bireysel nedenler, (Kadın çalışanlar, akıl hastalıkları, alkol-madde kullanan hastalar, kötü iletişim tarzları vb.) kurumsal nedenler (aydınlatma, güvenlik, personel istihdamı, ekip içi iletişimi, yetersiz ortamlar vb.) şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliğini sağlama konusunda eksikliklere sebep olmaktadır. Alınan tüm önlemlere rağmen, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı ve sağlık çalışanının şiddet yönünden risk altında olduğu gözlenmektedir(11)(17). WHO , Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslar arası Hemşireler Birliği (ICN)’nin 2002 yılı “sağlık sektöründe iş yeri şiddeti ” başlıklı ortak raporuna göre sağlık çalışanlarının %50’sin den fazlası mesleklerini uyguladıkları her hangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir(18).

Şiddete maruz kalanların mesleki performanslarının düşmesi kaçınılmazdır. Bu hastaya yaklaşımların değişeceğinin göstergesidir. Özguven yitimi şiddet sonrası meydana gelebilecek rahatsızlıklarda beklenen bir tablodur. Yapılan bir çalışmada; ankete katılanların %73’ünün şiddette uğramalarından dolayı hastalardan korktuklarını ve çekindiklerini, %49’unun hastalar tarafından tanındığı ve %74’ünün mesleki tatminin azaldığı belirtilmiştir(19).

Şiddet nedeniyle sağlık çalışanlarında meydana gelen uzun dönemli rahatsızlıkların bir çoğu genelde psikiyatrik rahatsızlıklar oluşturmaktadır(17). Sağlık çalışanlarının herhangi bir şekilde sağlık problemlerinin olması hizmet sunumunda hataların artmasına neden olabilir. Sağlık çalışanlarının şiddete mağruz kalmalarından dolayı uzun dönemde öfke, kızgınlık, depresyon, dikkat dağınıklığı, post travmatik stres dağınıklığı gibi rahatsızlıklar olabilmektedir. Çalışma performansının bu nedenlerden ötürü düşük olması mevcut sistemin yetersizliğini daha da yetersiz bir hale getirdiği gibi iş gücü kaybı da ayrıyeten ciddi mali

kayıplara yol açabilir. Herhangi bir psikolojik ve psikiyatrik destek almaksızın meslek yaşantısına mevcut olumsuz tabloya alışıarak çalışmalarını devam ettiren sağlık çalışanlarının mesleki işlerinin ötesinde daha üretken olmalarını beklemek çok zordur. Mevcut iletişim kalitesinin yeterli olmadığı, stres katsayısının oldukça yüksek olduğu yerlerde kontrolsüz ve istenmeyen olayların olma ihtimali oldukça yüksektir.

Mevcut sistemde sağlık hizmetinin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok 2. ve 3. basamak sağlık merkezlerinde verilmesi hastanelerde ciddi yığılmalara neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık ocaklarının revize edilerek ve halk sağlık hizmetleri konusunda eğitilerek ön plana çıkarılması ve sağlık hizmetinin lüzumunda alınması daha işlerli bir süreci kazandıracaktır. Temel sağlık hizmetleri aksadığı sürece 2. ve 3. basamak kuruluşlara başvuru kaçınılmazdır. Bu gereksiz yığılmalara neden olabileceği gibi, hizmetlerin aksamasına, daha acil ve öncelikli hastaların tanı ve tedavilerinin gecikmesine, mevcut bakım hizmetlerinin daha yavaş olmasına, servislerde yatan hasta hizmetlerinde de aksamaya neden olabilmekte, taburculuk ve diğer yatış işlemlerinin de uzamasına neden olmakta, kısıtlı ekonomik kaynakların da daha çabuk tükenmesine neden olmaktadır.

Hastanelerin bir çoğunda güvenlik zafiyetinin olması hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sık vurgulanan bir konudur. Sağlık çalışanlarının kendini güvende hissetmemeleri sağlık hizmetleri için önemli bir sorundur. Acil hekimlerinin %16'sı şiddet nedeniyle hastanelerinden ayrılmayı düşünmüşlerdir. Bunların %1 kadarı başka bir çalışma ortamına geçmiştir(20).

Hekim ve sağlık çalışanları arayış içerisinde. Psikiyatrik bozukluklar başta olmak üzere sağlıkta şiddetin yaratmış olduğu tahribatlar sayılamayacak kadar çoktur. Psikiyatrik bozuklukların başta şiddetten dolayı gerçekleşmiş olduğu, sağlık çalışanların ne kadarının intihar ettiğini, ne kadarının intihara meyilli olduğunu belirten çalışmalar yok denecek kadar azdır. Yaşanan bu ciddi problem çözümsüz hale gelmeden sorunun nedenlerini daha somut bir şekilde ortaya koymalı ve acilen önlemler alınmalıdır. Bu önlemler alınırken mutlaka sağlık çalışanları ile birlikte halkın da görüşleri alınmalı ve her iki kesiminde ihtiyaçlarını karşılayacak çözüm yolları bulunmalıdır. Sadece teknik alt yapı ile şiddet olayının önüne geçmek yeterli olmamakla birlikte, sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyecek medya dili de mutlaka değerlendirilmelidir. Gerekirse basın yayın organlarının yetkilileri, uygulayıcıları şiddet üzerine ve özellikle sağlıkta şiddet üzerine bilinçlendirilmeli, eğitilmeli, onların ve

yakınlarının da hizmet alacağı sağlık merkezlerindeki sorunlara yaklaşımda formasyonize edilmeleri gerekmektedir. Sağlık haberleri ve personel haberleri çok ilgi görmekle birlikte, hekim ve personel hataları, toplumda ciddi bir tepkisellik ve ajitasyona neden olmaktadır. Siyasilerin popülist açıklamaları sağlık çalışanlarını halkın gözünde itibarsızlaştırmakta ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamaktadır. Toplumdaki şiddet kültürünün, cinayetlerin, adalet mekanizmalarının ‘sanık lehinde’ duruşu, hukukun ve yasaların toplum vicdanında yer bulmayan kararlar alması ve yine ‘kendi adaletini kendin yarat’ mantığı şiddeti tetiklemektedir.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurulu Onayı

Bu çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alındı (02.07.2014onay tarihli, sayı : 56989545/050.04-161) ve araştırma öncesinde Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli izinler alındı. 27.06.2014 tarihinden 27.06.2015 tarihine kadar 394 hasta ve hasta yakını ile anket çalışması yapıldı.

3.2. Hasta Ve Yakınlarının Özellikleri

Acil serviste gönüllü olan hasta ve hasta yakınlarına anket çalışması olan formlar verilerek doldurması istendi. Çalışmaya katılanlara bilgilendirilmiş onam formu verildi. Anketler verilirken çalışmaya dahil edeceğimiz kişiler bilgilendirildi. Çalışmanın sağlıkta şiddet olduğunu, sağlıkta şiddetin nedenlerinin neler olduğunun tespitinde özellikle acil servisten sağlık hizmeti almış hasta ve hasta yakınlarına göre sağlıkta şiddeti değerlendirmek, analiz etmek, bunun kanun koyucularına ve yöneticilere bu çalışma ile birlikte fikir verebilmek amacıyla hazırlandığını, onların görüşlerine ihtiyacımız olduğunu belirttik. Anket bilgilerinin ve kişisel bilgilerinin saklı kalacağının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağını teminatı verildi. Çalışmaya 18 yaş üstü, okuma yazma bilen, bilinç ve iletişim problemi olmayan kişiler dahil edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen veya çalışmadan ayrılmak isteyen, 18 yaş altı olan, okuma yazması olmayan, bilinç ve iletişim problemi olan hasta ve hasta yakınları çalışma dışı bırakıldı.

3.3.Verilerin Toplanması

Ankete katılma tarihi, katılan hasta ve yakınlarının isim, soy isim, yaş, cinsiyet, medeni halleri, mesleği, çalıştığı kurumu (özel, kadrolu, statüsü), gelir düzeyi, eğitim düzeyi, hastaneye geliş sıklığı, hastaneye geliş amacı, herhangi bir hastalık üzerine tedavi alıp almadığı, sağlık çalışanlarının genel olarak ilgi ve alakasından memnuniyet düzeyi, hastanelerdeki hasta hakları biriminden haberdar olup olmadığı, hasta hakları birimine başvurup baş vurmadığı, baş vurduysa nedenini, herhangi bir sağlık çalışanı ile tartışma yaşayıp yaşamadığını, tartışma yaşadıysa hangi sağlık çalışanı ile tartıştığı, ne zaman ve hangi esnada tartıştığı, tartışma esnasında sağlık çalışanına yönelik tepkisinin olup olmadığı, olduysa nasıl

bir tepki verdiği, herhangi bir sağlık çalışanın kendisine kaba davranıp davranmadığı, hastanede şiddet olayına tanık olup olmadığı, olduysa ne tür bir şiddet tanık olduğu, tartışma yaşadığına tanık olunan sağlık çalışanın tepkisinin ne olduğu, olayın hastane dışına taşınıp taşınmadığı, sağlık çalışanı ile yaşanan bu olayın tartışılan kişi üzerinde etkileri soruldu. Sağlıkta şiddetin nedenleri çalışma grubuna soruldu. Son olarak literatürde sağlıkta şiddetin artmasında payı olduğunu düşünülen seçenekler işaret seçeneği olarak sunuldu. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

3.4.İstatistiksel Analiz

Çalışmamız zaman kesitsel çalışma türündedir. Araştırma verileri SPSS 17 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) istatistik paket programına girilerek analiz gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistiklerin (yüzde dağılımı, ortalama $\pm$ SD) yanı sıra ki-kare analizi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'in altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmamızda toplamda 394 kişi katılmış olup 83 kişi hekim ve diğer sağlık çalışanlarıyla tartışmıştır. Şiddet çeşidinde ise 6 kişi (%7.2) fiziksel saldırı da bulunmuş ve diğer 79 tanesi (%95.18) ise sözel şiddette bulunmuştur. Tartışma yaşanan personelin 35'i (%42) hemşirelerle tartışmıştır. 24 kişi (%28.4) hekimler ile tartışmış. Gün içerisinde şiddetin olduğu zaman saat dilimlerine göre incelendiğinde; tartışma yaşayanların 30'u (%36,1) saat 8:00-12:00 arası, 29'u (%34,9) 12:00-16:00 arası , 11'i (%13,25) 16:00-20:00 arası, 6'ı (%7,22) 20:00-24:00 arası, 3'ü (%3,6) ise 24:00-08:00 arası tartışmıştır. Gündüz mesai bitimine kadar hasta yoğunluğundan dolayı hasta potansiyelinin çok olması bu aralıkları da belirleyici yapmaktadır.

Çalışmamıza katılanlar medeni durumlarına göre incelendiğinde; 224'ü (%57,6) evli, 157'si (%40,4) bekar, 8'i (%2.1) de dul ve boşanmış idi. Tartışma yaşayanların 41'i (%49,4) evli, 41'i (%49,4) bekar, 1'i (%1,2) dul ve boşanmıştı. Medeni durum ile şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. ($p= 1.71$)(Tablo1)

Yaş ile şiddet arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmaya katılanların 20 yaş altında olanları 21 kişi (%5,4), 20-29 yaş arası 163 kişi (%41,9), 30-39 yaş arası 100 kişi (%25,7), 40-49 yaş arası 63 (%16,2), 50-59 yaş arası 35 (%9), 60 yaş üzeri 7kişi (%1,8) katılmıştır. 20 yaş altı ve 50 yaş üstü tartışma yaşan sayısı çok az idi. Tartışma yaşayanların içerisinde 20 yaş altı 2 kişi (%2,4) , 20-29 yaş arası 48 kişi (%57,8), 30-39 yaş arası 20 (%24,1), 40-49 yaş arası 11(%13,3), 50-59 yaş arası 2 (%2,4) ve 60 yaş üzeri hiç kimse tartışma yaşamamış. Tartışma yaşamayanların %90 ı 20 yaş altı ve 50 yaş üstü. Yaş ile şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. (**P= 0,007**). (Tablo1)

Acil serviste yaşanan şiddet olaylarının cinsiyet ile ilişkisi değerlendirildiğinde; kadın186(%46,4), 208 (%53,6) erkek çalışmaya katılmış, tartışma yaşayanların içinde 41(%49,4) kadın, 42(%50,6) si erkek olarak tespit edilmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde acil serviste yaşanan şiddet ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. ($P=0,536$) (Tablo1)

Acil serviste yaşanan şiddet ile meslek grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmaya katılanlar arasında toplamda memur sayısı 89 (%22,9), işçi sayısı 22 (%5,7), serbest meslek 143(%36,9), işsiz 81(20,9), emekli 20 kişi, ev hanımı 33 kişi idi. Tartışma

yaşayanların içinde memur 21(%25,3), işçi 4 (%4,8), serbest meslek 26 (%31,3), işsiz 24 (%28,9), emekli 1(%1,2), ev hanımı 7(%8,4). Meslek grupları ile şiddet arsında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. (P=0,172). (Tablo1)

Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile şiddet arasındaki ilişki incelendiğinde; tartışma yaşayanların 38'i (%45,8) asgari ücret ve altı olarak tespit edilirken, 23'ü (%27,7) 1001-2000 tl, 7'si (%8,4) 2001-3000 tl, 9'u (%10,8) 3001-5000 tl, 6'ı (%7,2) 5000 tl ve üstü geliri olanlar takip etti. Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. (P=0,222).

Kişilerin eğitim düzeyleri ile şiddet arasındaki ilişki incelendiğinde; okur yazar olmayan ve sağlık çalışanı ile tartışan örneğimiz yok. İlköğretim mezunlarından 9 kişi (%10,8), lise mezunlarından 20 kişi (%24,1), üniversite mezunlarından 43 kişi (%51,8), yüksek lisans mezunu 11 kişi (%13,3) tespit edilmiştir. Toplamda anketimize 175 üniversite mezunu katılmıştır. Kişilerin eğitim düzeyi ile şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağımlılık bulunmuştur. (**P<0,001**) (Tablo1devam)

Sağlık çalışanı ile tartışma yaşayanlardan 47 kişi (%60,3) kendisine sağlık çalışanları tarafından kaba davranıldığını ifade etmiştir. Tartışma yaşamayanlardan da 15 kişi (%5,9) yine sağlık çalışanların kendisine kaba davrandığını ifade etmiştir. Bu bağlamda da tartışma yaşayanların, personelin kaba davranış olarak kabul ettiği nedenlerden dolayı tartışma yaşamış ve bağımlılık bulunmuştur. (**P<0,001**) (Tablo1devam)

Acil servisten hizmet almış hasta ve hasta yakınlarına sağlıkta şiddetin nedenleri sorulduğunda; beklemenin en sık şiddet nedenlerinden birisi olduğu işaretlenmiştir. 292(%74,1), (p=0.219). Hasta ve yakınlarının sabırsız ve stresli olması seçeneği 218(%55,3) kişi işaretlemiştir.(p=0.820) Tedavi memnuniyetsizliğini şiddette neden olarak görenler 130(%33)dir. (p=0.730) Muayene de ihmali 119(%30,2) kişi neden olarak görülmüştür. (p=0.066) Sağlık çalışanlarının hastalara yeterli ilgi göstermemesi 114(%28,9) kişi tarafından neden olarak gösterilmiştir. (p=0.260) Muayene önceliğinde adaletsizlik 100(%25,4) kişi tarafından neden olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel ilişki bulunmuştur. (**p=0.010**) Sağlık çalışanlarının hastadan çok prosedürle uğraşması 98 (% 24,9) kişi neden olarak düşünmüştür. (p=0.195) Konsultan hekimin geç gelmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunan bulgularımızdan olup 96(%24,4) kişi neden olarak düşünmüştür ve istatistiksel olarak ilişki tespit edilmiştir. (**p=0.005**) Yardımcı personel yetersizliği 96 (%24,4) kişi tarafından neden

olarak düşünölmüştür. ($p=0.574$) Kötü haber alma ise 93 (%23,6) kişi tarafından neden olarak düşünölmüştür. ($p=0.290$) Sağlık kurumunun yetersizliği 77 (%19,5) kişi tarafından neden olarak düşünölmüştür. İstatistiksel ilişi tespit edilmiştir. (**$p=0.041$**) Aciliyeti olmayan taleplerin sağlık çalışanları tarafından reddi ise 57(%14,5) kişi tarafından neden olarak görölmüştür, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuc ortaya çıkmıştır. (**$p=0.013$**) Sağlık çalışanlarının tecrübesizliği ise 47 (%11,9) kişi tarafından neden olarak görölmüştür. İstatistiksel olarak ilişi bulunmuştur. (**$p=0.400$**)

Acil serviste tartışma yaşayanlara göre sağıkta şiddetin nedenlerini sorduğumuzda beklemeyi 66 (%79,5) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.219$) Hasta ve yakınlarının sabırsız ve stresli olması 47(%56,6) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.820$) Muayene de ihmal 32 (%38,6) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.066$) Muayene önceliğinde adaletsizlik 30(%36,1) kişi neden olarak düşünmüş ve istatistiksel ilişi bulunmuştur. (**$p=0.010$**) Konsultan hekimin geç gelmesi 30 (%36,1) kişi neden olarak görmüştür. İstatistiksel ilişi bulunmuştur. (**$p=0.005$**) Sağlık çalışanlarının hastalara yeterli ilgi göstermemesini 28(%33,7) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.260$) Tedavi memnuniyetsizliğini 26(%31,3) kişi neden olarak görmüş ($p=0.730$) Sağlık çalışanlarının hastadan çok prosedürle uğraşması 25(%30,1) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.195$) Sağlık kurumunun yetersizliğini 23(%27,7) kişi neden olarak düşünmüş ve istatistiksel ilişi bulunmuştur. (**$p=0.041$**) Yardımcı personel yetersizliği 22(%26,5) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.574$) Aciliyeti olmayan taleplerin sağlık çalışanları tarafından reddi 19(%22,9) kişi neden olarak görmüştür. İstatistiksel ilişi bulunmuştur. (**$p=0.013$**) Kötü haber almayı 16(%19,3) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.290$) Sağlık çalışanlarının tecrübesizliği seçeneğini 12(%14,5) kişi neden olarak düşünmüş ve istatistiksel ilişi bulunmuştur. (**$p=0.400$**)

Acil serviste sağlık personeliyle tartışma yaşayan ve yaşamayan bireylerin sağıkta şiddetin artmasında payı olan nedenlerle ilgili görüşlerini almak istediğimizde sırasıyla hoşgörü eksikliğini 212(%53,8) kişi neden olarak görmüş ve istatistiksel olarak ilişi tespit edilmiştir. (**$p=0.024$**) Sağlık politikaları seçeneğini 205(%52) kişi neden olarak görmüştür. ($p= 0.082$) Toplumda eğitim ve kültürel sorunları 172(%43,2) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.146$). Görevini kötüye kullanan sağlık çalışanlarını 159(%40,4) kişi neden olarak görürken ve istatistiksel olarak ilişi tespit edilmiştir. (**$p=0.025$**) Siyasetçilerin popölist açıklamasını 149(%37,8) kişi neden olarak görmüştür. ($p=0.146$) Toplumun hasta haklarını yeterince bilmemesi 149(%37,8) kişi neden olarak görmüştür. ($p= 0.227$). Hekim ve sağlık

alışanlarının itibarını zedeleyen yayınlar 143(%36,3) kişi neden olarak görmüş ve istatistiksel olarak ilişki tespit edilmiştir. (**p=0.033**) Ekonomik sorunları 137(%34,8) kişi neden olarak görmüştür. (p= 0.223) Toplumsal beklentilerin artmasını 132(%33,5) kişi neden olarak görmüştür.(p=0.300) Otorite ve hukuk boşluğu 117%(29,7) kişi neden olarak görmüştür ve istatistiksel olarak ilişki tespit edilmiştir. (**p=0.01**) Toplumda inanç ve değerlerde aşınma 82(%20,8) kişi neden olarak görmüştür. (p=0.067) (Tablo3) Sağlık alışanı ile tartışanlara sağlık çalışanlarının %72.1 nin tepkisinin bağırma şeklinde olduğu tespit edilmiş.

Acil serviste sağlık personeliyle tartışma yaşayanların sağlıkta şiddetin atmasında payı olan nedenleri incelediğimizde ve büyükten küçüğe doğru yazdığımızda, hoşgörü eksikliğine 53(%63,9) kişi evet işaretlemiştir. Sağlık politikaları 49(%59) kişi, toplumda eğitim ve kültürel sorunları 41(%49,4) kişi, hekim ve sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyen yayınları 38(%45,8) kişi, siyasetçilerin popülist açıklamasını 36(%43) kişi, toplumun hasta haklarını yeterince bilmemesini 35(%42,2) kişi, Otorite ve hukuk boşluğunu 34(%41,0) kişi, Ekonomik sorunları 32(%38,6)kişi, Toplumsal beklentilerin artmasını 30(%36,1) kişi, toplumda inanç ve değerlerde aşınma 23(%27,7) kişi neden olarak düşünmüştür.

Tablo1: Acil serviste sağlık personeliyle tartışma yaşayan ve yaşamayan bireylerin değişkenler bakımından karşılaştırma sonuçları

		Evet n (%)	Hayır n (%)	p
Cinsiyet	Erkek	42 (50,6)	166 (54,4)	0,536
	Kadın	41 (49,4)	139 (45,6)	
Yaş	20 yaş altı	2 (2,4)	19 (6,2)	0,007
	20-29	48 (57,8)	115(37,6)	
	30-39	20 (24,1)	80(26,1)	
	40-49	11 (13,3)	52(17)	
	50-59	2(2,4)	33(10,8)	
	60 ve üzeri	0	7(2,3)	
Medeni Durum	Evli	41(49,4)	183(59,8)	0,154
	Bekar	41(49,4)	116(37,9)	
	Dul ve	1(1,2)	7(2,3)	
	boşanmış			
Meslek	Memur	21(25,3)	68(22,3)	0,172
	İşçi	4(4,8)	18(5,9)	
	Serbest	26(31,3)	117(38,4)	
	İşsiz	24(28,49)	57(18,7)	
	Emekli	1(1,2)	19(6,2)	
	Evhanımı	7(8,4)	26(8,5)	
Gelir Durumu	1000 ve altı	38(45,8)	127(43,6)	0.222
	1001-2000	23(27,7)	78(26,8)	
	2001-3000	7(8,4)	51(17,5)	
	3001-5000	9(10,8)	24(8,2)	
	5000 üstü	6(7,2)	11(3,8)	
Eğitim	Okur yazar	0(0)	11(3,6)	<0,001
	İlköğretim	9(10,8)	74(24,3)	
	Lise	20(24,1)	77(25,2)	
	Üniversite	43(51,8)	132(43,3)	
	Yüksek lisans	11(13,3)	11(3,6)	

Tablo:2 Acil servise başvuranlara göre sağlıkta şiddetin nedenleri

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	Evet n (%)	Hayır n (%)	p
Bekleme	292(74,1)	102(25,1)	0.219
Hasta ve yakınının sabırsız ve stresli olması	218(55,3)	176(44,7)	0.820
Tedavi memnuniyetsizliği	130(33)	264(67)	0.730
Muayene de ihmal	119(30,2)	275(69,8)	0.066
SÇ hastalara yeterli ilgi göstermemesi	114(28,9)	279(70,8)	0.260
Muayene önceliğinde adaletsizlik	100(25,4)	294(74,6)	0.010
SÇ hastadan çok Prosedürle uğraşması	98(24,9)	296(75,1)	0.195
Konsultan hekimin geç gelmesi	96(24,4)	298(75,6)	0.005
Yardımcı personel Yetersizliği	96(24,4)	298(75,6)	0.574
Kötü haber alma	93(23,6)	301(76,4)	0.290
Sağlık kurumunun yetersizliği	77(19,5)	317(80,5)	0.041
Aciliyeti olmayan taleplerin SÇ tarafından reddi	57(14,5)	337(85,5)	0.013
SÇ tecrübesizlik	47(11,9)	347(88,1)	0.400

SÇ: Sağlık çalışanları

Tablo:3 Acil serviste sağlık personeliyle tartışma yaşayan bireyler arasında sağlıkta şiddetin nedenleri

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	Evet n (%)	Hayır n (%)
Bekleme	66(79,5)	17(20,5)
Hasta ve yakınlarının sabırsızlığı ve stresli olması	47(56,6)	36(43,4)
Muayene de ihmal	32(38,6)	51(61,4)
Muayene önceliğinde adaletsizlik	30(36,1)	53(63,9)
Konsültan hekimin geç gelmesi	30(36,1)	53(63,9)
SÇ hastalara yeterli ilgi göstermemesi	28(33,7)	55(66,3)
Tedavi memnuniyetsizliği	26(31,3)	57(68,7)
SÇ hastadan çok Prosedürle uğraşması	25(30,1)	58(69,9)
Sağlık kurumunun yetersizliği	23(27,7)	60(72,3)
Yardımcı personel Yetersizliği	22(26,5)	61(73,5)
Aciliyeti olmayan talep SC tarafından reddi	19(22,9)	64(77,1)
Kötü haber alma	16(19,3)	67(80,7)
SÇ tecrübesizlik	12(14,5)	71(85,5)

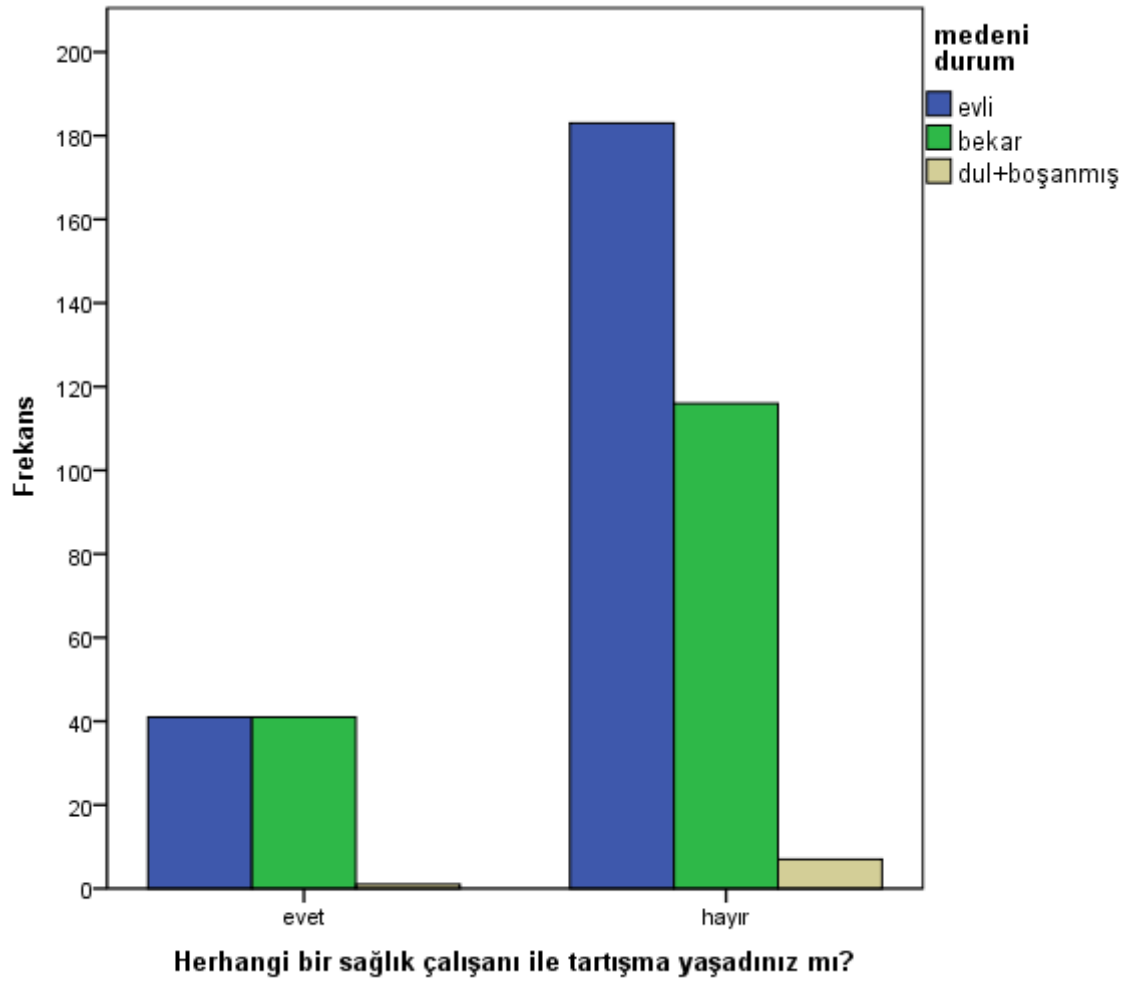
SÇ: Sağlık çalışanları

Tablo4: Acil servise baş vuranlara göresağlıkta şiddetin artmasının nedenleri

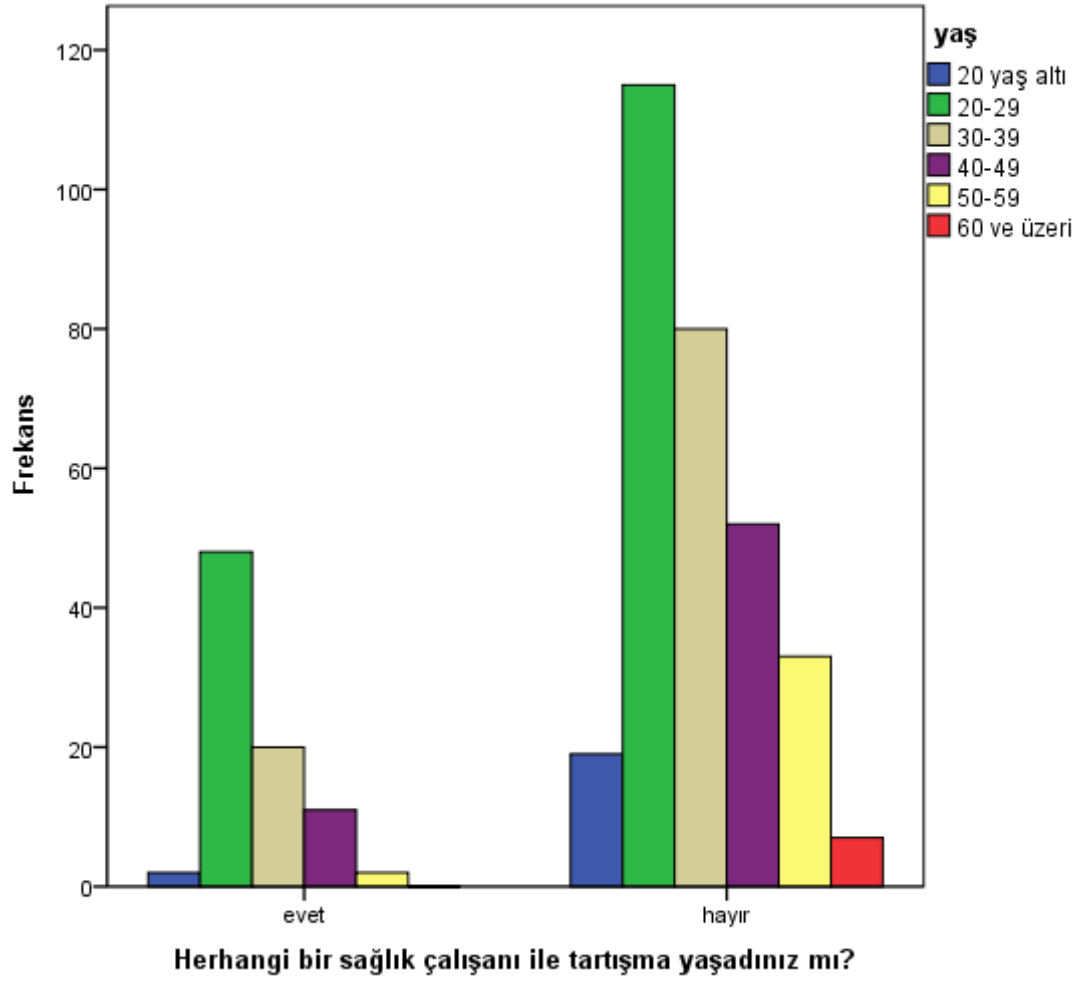
Sağlıkta şiddetin artmasında payı olan nedenler	Evet n (%)	Hayır n (%)	P
Hoşgörü eksikliği	212(53,8)	182(46,2)	0.024
Sağlık politikaları	205(52)	189(48,9)	0.082
Toplumda eğitim ve kültürel sorunlar	172(43,2)	222(56,3)	0.146
Görevini kötüye kullanan sağlık çalışanları	159(40,4)	235(59,6)	0.025
Siyasetçilerin popülist açıklaması	149(37,8)	245(62,2)	0.146
Toplumun hasta haklarını yeterince bilmemesi	149(37,8)	245(62,2)	0.227
Hekim ve sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyen yayınlar	143(36,3)	251(63,7)	0.033
Ekonomik sorunlar	137(34,8)	257(65,2)	0.223
Toplumsal beklentilerin artması	132(33,5)	262(66,5)	0.300
Otorite ve hukuk boşluğu	117(29,7)	277(70,3)	0.010
Toplumda inanç ve değerlerde aşınma	82(20,8)	312(79,2)	0.067

Tablo 5: Acil serviste sağlık personeliyle tartişma yaşayan bireylere göre sağlıkta şiddetin artmasının nedenleri

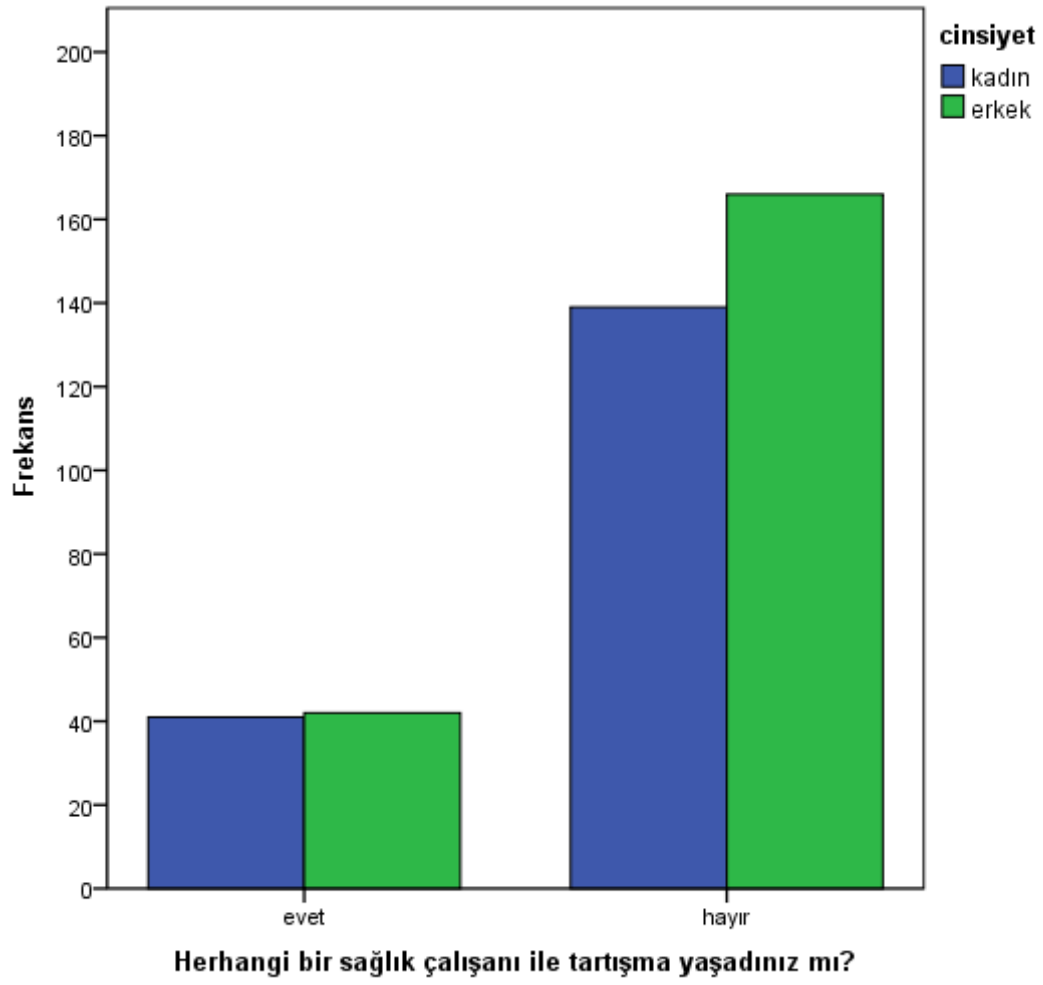
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Hoşgörü eksikliği	53(63,9)	30(36,1)
Sağlık politikaları	49(59)	34(41)
Görevini kötüye kullanan sağlık alışanları	42(50,6)	41(49,4)
Toplumda eğitim ve kültürel sorunlar	41(49,4)	42(50,6)
Hekim ve sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyen yayınlar	38(45,8)	45(54,2)
Siyasetçilerin popülist açıklaması	36(43)	47(56)
Toplurun hasta haklarını yeterince bilmemesi	35 (42,2)	48(57,8)
Otorite ve hukuk boşluğu	34 (41,0)	48 (57,8)
Ekonomik sorunlar	32 (38,6)	51(61,4)
Toplumsal beklentilerin artması	30(36,1)	53(63,9)
Toplumda inanç ve değerlerde aşınma	23(27,7)	60(72,3)



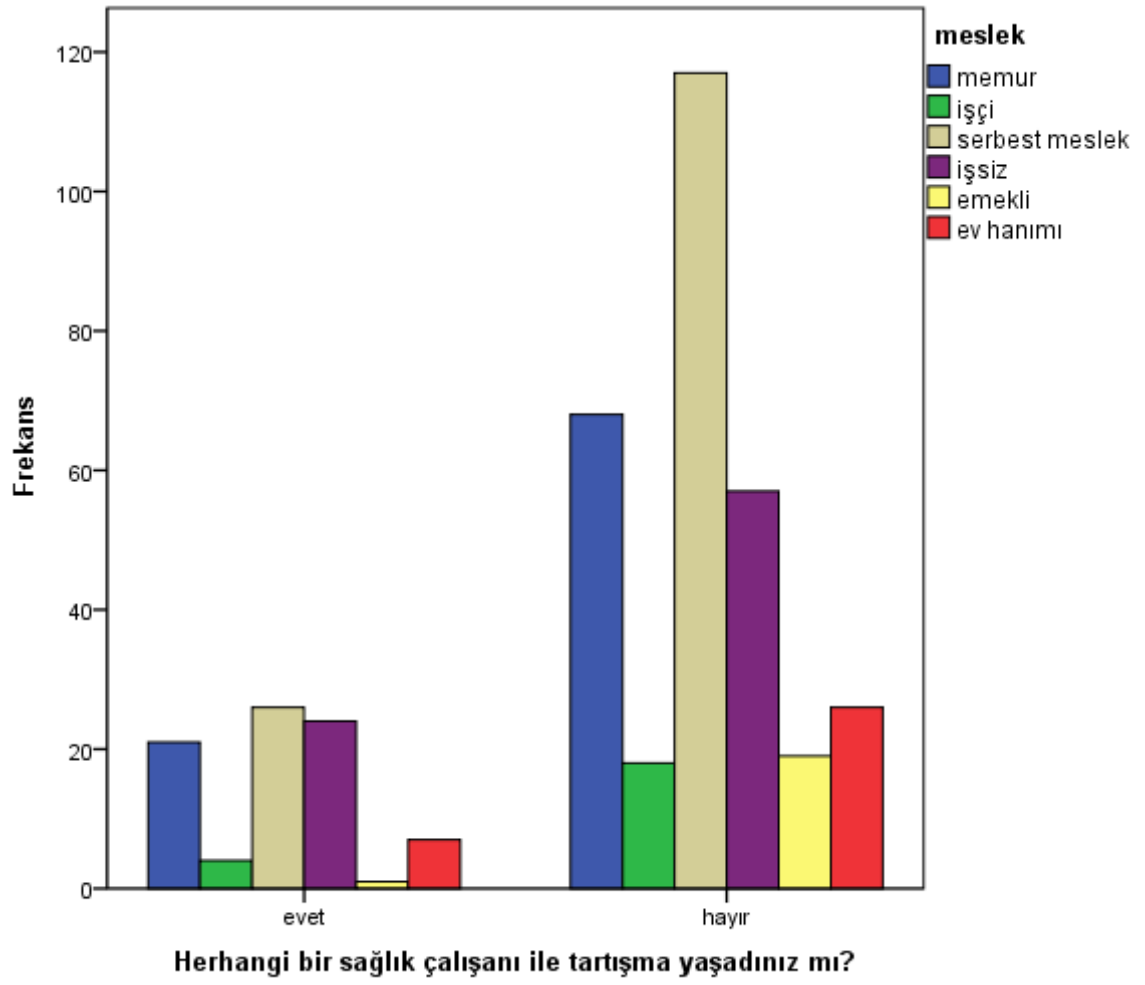
şekil 1. Medeni faktöre göre tartişma yaşanma durumu



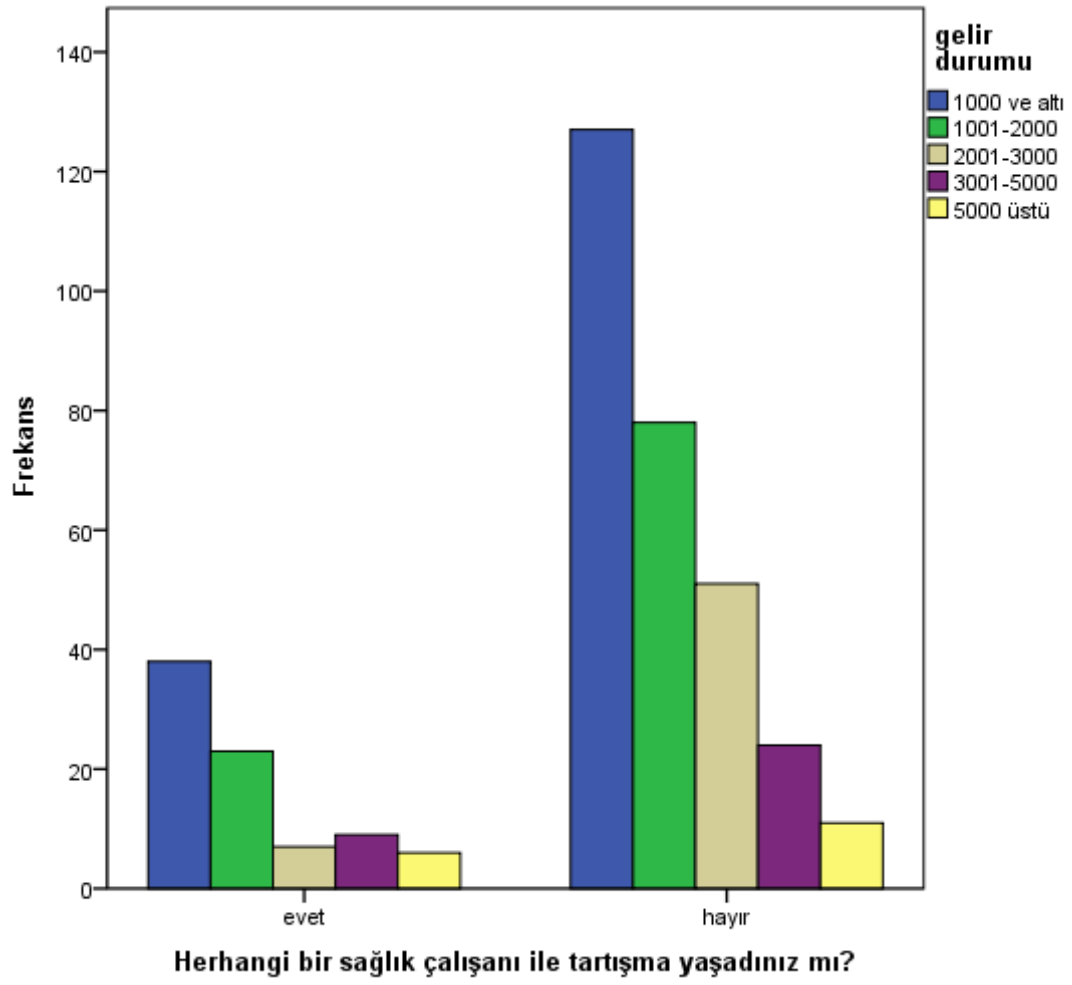
Şekil 2. Yaş faktörüne göre tartışma yaşanma durumu



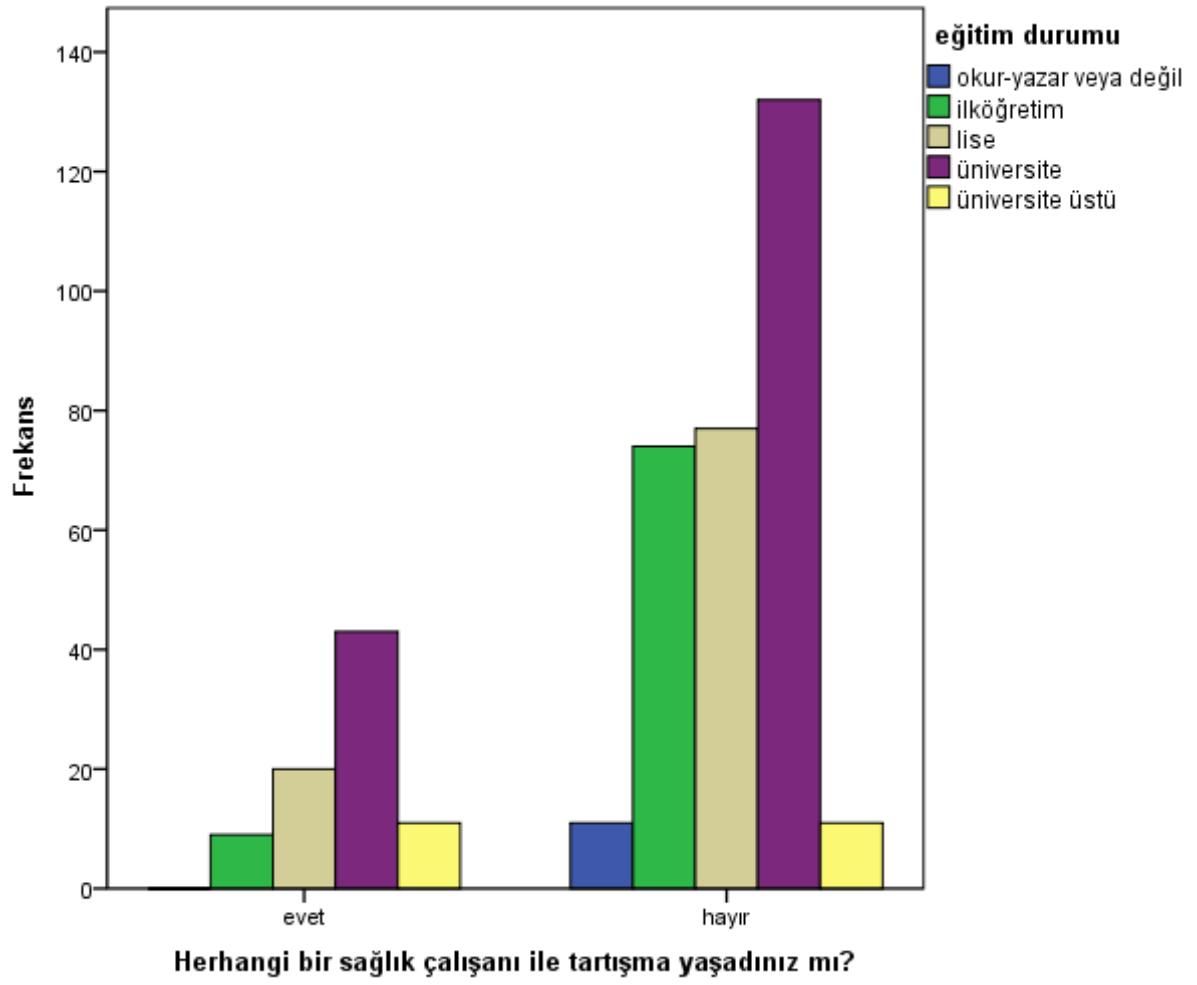
Şekil 3. Cinsiyet faktörüne göre tartışma yaşanma durumu



Şekil 4. Meslek faktörüne göre tartışma yaşanma durumu



Şekil 5. Gelir faktörüne göre tartışma yaşanma durumu



Şekil 6. Eğitim faktörüne göre tartışma yaşanma durumu

5.TARTIŞMA

Şiddete yönelen bireyler ne olursa olsun ulaşmak istedikleri bir şeye engel oluşturduğunu düşündükleri insanlara karşı saldırgan eylemler yaparlar veya boyun eğmek istemeyen ya da boyun eğmediği farz edilen, o anda istediklerini elde etmeye engel oluşturan kişilere istediklerini yaptırmak için saldırı gerçekleştirirler(21). Şiddet, bir insanın en ilkel ve en tehlikeli özelliklerinden birisidir. Şiddet yok eder, değer tanımaz, sınır tanımaz. Şiddet her şeyin sonu ve birbirini takip eden felaketler zincirinin bir başlangıcı olabilir. Toplumda şiddet son yıllarda şuursuzca artan ve sosyal patlamaların habercisi gibi yaygınlaşan ve beslendiği kaynakları da göz önünde aldığımızda multifaktör olarak kendi yıkıcı dinamiğini oluşturan bir olgudur. Dünya genelinde savaşlar, ülke genelinde şiddet, adalete ve hukuğa olan inancın zayıflaması ve adalete güvenen nesillerin yetişmemesi, ceza ve hukuk kurallarının son derece yavaş ve yetersiz olması şiddeti besleyen ana kaynaklardır.

Literatürde acilde yaşanan şiddet ile yaş arasında farklı ilişkiler tespit edilmiştir. Konya Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde Annagür B.'nin yaptığı çalışma da şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu; şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir(22). İlhan M.N. ve ark. Ankarada yaptıkları çalışmada %23.4 ile 30-39 yaş arası kişilerin şiddete ağırlıklı olarak başvurdıklarını tespit etmişler. 29 yaş ve altını (%20.9) ise ikinci sırada ile tespit etmişlerdir(4). Denizli de Pamukkale Üniversitesinde Boz B. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 31-50 yaş arası gibi geniş bir dağılımı göz önüne alarak %41.6 gibi bir yüzde ile en sık şiddet uygulayan yaş grubunu ortaya koymuşlar. Ancak aralıklarının geniş olduğu gözükmemekte. Yine Aynı çalışmada 20-30 yaş arası %39.9 ile ikinci sırada gelmektedir(23). Al B. ve arkadaşlarının çalışmasında; şiddet gösterenlerin daha çok 21-30 yaşlarında ve eğitim düzeylerinin düşük olanlardan oluştuğu belirtilmiştir(18). İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesin de Durak TC. ve ark.'nın çalışmalarına göre şiddet uygulayanların çoğunluğu 25 yaş ve altı (%27.8) idi(17). İlhan M.N. ve arkadaşlarının çalışmasında ise sağlık çalışanına uygulanan fiziksel şiddete şahit olma durumu yaş grupları, medeni duruma göre farklı bulunmamıştır (10). Bizim çalışmamızda tartışma yaşayanların en sık bulunduğu yaş aralığı 20-29 olup ikinci sırada en sık tartışma yaşayan yaş grubumuz 30-39 dur. Özellikle bu yaş

aralıklarında üniversitelilerin 43(%51,8) tartışmaya daha meyilli olduğu bulunmuştur. 20 yaş altı ve 50 yaş üstü tartışma yaşan sayısı çok az tespit edildi. Bu yaş grubunun henüz üretken olmayışı ya da yeterince üretken olmayışı, arayış içerisinde olan yaş grubu olması neden olabilir.

Türkiye, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi 34 ülke arasında, en zengin yüzde 10 ile en fakir yüzde 10 arasındaki gelir dağılımı arasındaki farkın en yüksek olduğu 31. ülke konumundadır. Türkiye, OECD'ye üye 34 ülke arasında, 0,412 Gini katsayısı oranıyla gelir dağılımı adaletinin sağlanmasında 32. ülke konumundadır. Ülkenin genel ekonomik durumu doğrudan sosyal hayatı ve eğitim kalitesini etkilemektedir. Ekonomisi güçlü olmayan, ortalama kişi başı gelirin düşük olduğu ülkelerde şiddete eğilimin arttığı tespit edilmiştir(24). Aydın M.'nin Isparta da yaptığı çalışma da ekonomik gerekçelerle şiddet sıklığı düşüncesi %35 ile birinci sıradadır. Aynı çalışmada gelir düzeyi daha yüksek olanların daha çok şiddete meyilli olduğunu %53 oranında sağlık çalışanları düşünmektedir(9). İlhan M.N. ve arkadaşlarının Ankara Gazi Üniversitesinde ki çalışması ise fiziki şiddet uygulayanların çoğunun %33 ile geliri 1000 tl ve altı olanlardan oluştuğunu, sözel şiddet uygulayanların ise %37,3 ile 1000-1500 tl arasında gelire sahip olduklarını tespit etmiştir(10). Antep Kilis Tabip Odası %66 oranında düşük sosyoekonomik düzey ile şiddetin korele olduğunu çalışmasında vurgulamıştır(25). Adas EB ve ark.'nın yaptıkları çok merkezli çalışmada hekimlerin %93'ü düşük sosyoekonominin şiddete meyili artırdığını düşünmektedir(25). Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma kapsamında kişilerin yaşı ve gelir durumları arttıkça daha az stres içinde olduklarını söylemek mümkündür(26). Bizim çalışmamızda ki tartışma yaşayanların çoğunluğunun gelir düzeyinin 1000 tl düzeyinin altında olması (%45,8) üretken, yüksek beklentili ve buna rağmen düşük gelirli olmalarının bir sonucu olabilir. Belirlenen farklılıklar gelir açısından da 2001TL ve üzerinde gelire sahip olanların 1001TL ve 2000TL arasında gelire sahip olanlara göre daha az stres içinde olmaları şeklindedir.(p=222)

Adas EB ve ark.'na göre; eğitim sisteminin etik, insancıl, evrensel insan hakları, özgürlüklerden yana, özgür düşünmeyi sağlayan, hümanizme değer veren, sevecen, hoşgörülü, olgun, sanata bilime değer veren, barıştan ve paylaşımdan, dayanışmadan, yardımlaşmadan yana davranış eğilimleri gösteren bireyler yetiştirmesi gerekirken, sadece diploması ve kariyeri olan, izole, sosyal ilişkileri gelişmemiş, doğa ve canlı sevgisinden, aيداتından yoksun, günöbirlik ve nihilist yaşayan, gündelik ihtiyaçlarını gidermenin dışında

başka vasıflarını geliştirmeye önem vermeyen bireyler yetiştiriyor olması, ‘şiddetin vazgeçilmez cazibesini’ daha öncelikli bir refleks olarak bireylerin tercihi yapabilmektedir (25). Kilis Tabip odasının araştırmasına göre hekimlerin %87’ i eğitim seviyesi düşük kişilerin şiddete daha meyilli olduğunu, %18,4 ünün ise eğitim düzeyi yüksek olanların şiddete ve tartışmaya meyilli olduğunu tespit etmişlerdir(25). Yine İlhan M.N. ve ark. çalışmalarına göre 34 formal eğitim almamış kişi sözel olarak tartışma ve şiddet uygulayarak %41 oranında en çok şiddet uygulamış(10). Boz B. ve ark.’nın çalışmasına göre ikinci sırada şiddet uygulayan 21-30 yaş grubu eğitim seviyesi düşük insanlar tarafından %39.9 olarak tespit edilmişlerdir. Aydın M’nin çalışmasında ortalama %15.4 olarak eğitim seviyesi düşük kişilerin şiddete meyilli olduğu ve çalışmasında üçüncü sırada olduğu bilgisi mevcuttur. Yaptığımız çalışmada şiddetle ilişkilendirilenlerin çoğunluğunu üniversite mezunları oluşturmaktadır. Çalışmamızda tartışan 83 kişiden %51.8 i üniversite mezunu ve anketimize katılan 175 üniversite mezunundan 43 nü oluşturmaktadır. 11 kişi de yüksek lisans mezunu olarak (%13,3) tartışanlar arasında yerini almıştır. Yaptığımız çalışmada eğitim ile sağlıkta şiddet arasında anlamlı bir ilişki tespit ettik ve gördük ki şiddete eğilim üniversite mezunları arasında oldukça yüksekti. Elbette eğitim sistemindeki eksiklikler sağlıkta şiddetin ortaya çıkmasında tek etken değildir, fakat bu sonuçlar ışığında eğitim sistemimizi tekrar gözden geçirmeli hatta bekli de köklü revizyonlar yapmalıyız.

Sağlıkta şiddet nedenlerinden, sağlık çalışanlarına yönelik kaba davranma bir şiddet olarak kabul edilirken(15), sağlık çalışanının kaba davranması başlı başına şiddet neden olabilir. İlhan MN ve arkadaşlarının Ankaradaki çalışmalarında topluma sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiklerini düşünen %20 idi. Bunların içerisinde ‘kötü davrandıkları için’ diyenler ise %47.6 olarak değerlendirilmiş(10). Pınar T. Ve ark. çalışmasında öfke dürtü kontrol bozukluğu olanların şiddete meyilli olduğu çalışmada ayriyeten belirtilmiştir(15). Bizim çalışmamızda personelin hasta ve yakınlarına kaba davranması, tartışma yaşayanlar tarafından özellikle işaretlenen ve istatistiksel olarak bağımlılık bulunan seçenektir. **(%60) (p<0,001)** Bunun nedeni personelin sayıca azlığından kaynaklanan aşırı çalışması, yorulması ve çok yüksek strese sahip olması olabilir.

Bekleme bir çok çalışma da en sık şiddet nedeni olarak gösterilmiştir (22) (20) (2)(25). İlhan M.N. ve ark. beklemenin en sık şiddet nedeni olduğunu ve hasta ile yakınlarına tetkik, tanı ve tedavi işlemleri sürecinde bekleyebileceklerini mutlaka önceden söylenmesi gerektiğini belirtmektedirler.(10) Aydın M.’nin çalışmasında da bekleme özellikle belirtilen

nedenlerden biriydi(9). Benham M. et al çalışmasında da ağrı terapisi görenler ve madde bağımlıları en sık öfke kontrol bozukluğunu gösteren bireylerdir(5). Bu bireylerin sabırlı ve düşük stres katsayısına sahip olmaları beklenemez. Aynı şekilde Carmi-İlhuz et al. yaptığı çalışmada şiddet nedenleri sıklık sırasına göre uzun bekleme zamanı (%46,2), tedaviden memnuniyetsizlik (%15,4) ve hekimden hoşnutsuzluk (%10,3)'tur(27). Bizim çalışmamızda da en sık nedenlerden birisi 292 kişi ile bekleme olmuştur. Uzun bekleme süreleri stres katsayısını yükseltebilir. İşlemlerin geç veya ilgisizce yapıldığı sanısı ön plana geçebilir. Bekleme ile hasta yakınlarının sabırsız ve stresli oluşu beklenen bir korelasyondur. Bekleme süresi arttıkça hasta ve yakınlarının sabrı azalmakta, stres artmaktadır. Ayrıca, çalışmamızda hasta ve yakınlarının sabırsız ve stresli olmasını 218 kişi işaretlemiştir. Bekleme arttıkça sabrın tükenebileceği var olan stresi daha da artırabileceği riski her zaman mevcut bir tehlike olabilmektedir.

Aydın M.'nin Isparta da yapmış olduğu çalışmada muayenede ihmal edildiği düşüncesi şiddetin nedenlerinin %14 nü oluşturmaktadır(9). Yine Kilis tabip odasında Baki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %37.8 olarak tedavi memnuniyetsizliği ve ihmal düşüncesi, şiddet uygulayanların en sık şiddet uygulama gerekçelerinden birisi olmuştur(25). Al B. ve ark. çalışmasında geciken randevular, boş yatak bulunamaması gibi nedenler muayene önceliği ya da sırasındaki adaletsizliğin tespit edildiği bir başka çalışmadır(18). Muayenede ihmal bizim çalışmamızda sık işaretlenenlerden bir seçenektir 119 kişi tarafından işaretlenmiş ve muayene önceliğinde adaletsizlik seceneği %25.4 ile bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İnsanların bu öncelikte, ayrımcılığa uğradığı düşüncesi ve tedaviden memnun olmaması, hastası için harcadığı vaktin ve emeğin boşa gittiğini düşünmesine neden olabilir. Bundan dolayı da gerilerek bunu şiddet olarak ya da tartışarak yansıtabilir. Aydın M. Isparta da yaptığı çalışmada sağlık çalışanların üstlendikleri aşırı iş yükü ve olumsuz çalışma koşulları, özellikle acil servislerde sık ve yoğun geçen nöbetlerin ve kısıtlı zamanda çok sayıda hastaya bakmak zorunda kalmaları, hekimlerin hastalarına yeterince zaman ayırmalarını ve gerekli özen ve ilgiyi göstermelerini engelleyerek ve tıbbi karar ve müdahalelerinde hata yapmalarına yol açarak şiddeti beslemektedir. Hastalar arasında iltimas, ayrımcılık yapılması, zaten muayene önceliğinde adaletsizliktir.(9) Bu ifade ile hastaya yeterince ilgi gösterilmemesinin şiddet ortamını desteklediği ayrıyeten ifade edilmiştir. Elbek ve ark. yapmış olduğu başka çalışmada hasta hakları biriminin hasta haklarını anlatmasının yanında hekim ve diğer sağlık çalışanlarını şikayet etmeye

yönlendirmesi de şiddet zeminini destekleyen bir konum olmakla birlikte, muayene önceliğinde yer değişikliğine neden olmaları nedeniyle de hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmakta olduğunu belirtmişlerdir(28). İltimas, adam kayırmacılık ise doğal olarak muayenede adaletsizliğe neden olan bu durum Behçet Al ve ark. çalışmasında da yerini almıştır(18). İltimas ve adam kayırmacılık, kişilerin kendilerinin dışlandığı hissini ve haklarının alındığı hissini oluşturarak gerilimi artırabilir. Bizim çalışmamızda ise muayene önceliğinde adaletsizliği 110 kişi işaretlemiştir. Bununda şiddeti ağırlaştıran önemli nedenlerden birisi olduğunu düşünmekteyiz.

Konsultan hekimin geç gelmesi de bekleme başlığı altında kategorilendirilebilir. Aydın M.'nin Isparta çalışmasında bekleme ve gecikme başlığında bu durum irdelenmiştir(9). Ayrancı Ü. ve ark.'nın yaptığı çalışmada tetkik ve konsültasyonlar nedeniyle tedavinin uzamasının hasta yakınları tarafından geç müdahale olarak algılanması da çalışmalarında şiddet nedenlerinden biri olarak vurgulanmıştır(2). Bizim çalışmamızda konsultan hekimin geç gelmesinin ise yine önemli bir şiddet nedeni olduğunu belirledik. 96 kişi bunu çalışmamızda neden olarak görmüştür. Konsultan hekimin geç gelmesi, yetersiz ilgi düşüncesini ve hastaların ihmal edildiği önyargısını artırdığını düşünmekteyiz.

Personel yetersizliği ise Al B. ve ark.'nın çalışmasında şiddet nedenleri arasında gösterilmekte olup, stres katsayısını artıran ve şiddeti doğuran nedenlerden birisi olarak tespit edilmiştir(18). Yönetici desteğinin olmaması ve aşırı iş yükünün olmasını belirterek personel eksikliğine işaret eden Pınar T. ve ark.'nın çalışması da personel eksikliğinin ayrı bir şiddet nedeni olduğunu vurgulamaktadır(15). Yine Aydın M.'nin Isparta'da yaptığı çalışmada kurum yetersizlikleri altında personel yetersizliği ele alınmıştır(9). Bizim çalışmamızda da yardımcı personel yetersizliği 96 kişi tarafından neden olarak görülmüştür. Yardımcı personelin eksikliği ya da yeterince olmaması mevcut personeline gerilmesine, hasta ve yakınlarının da işlerinin daha yavaş işlemesine ve onlarında gerilmelerine neden olabilir. Hastanelerin kısıtlı bütçelerinden dolayı bu sorunun yaşandığını düşünmekteyiz. Sağlıkta şiddeti azaltma adına çözümü zor gibi görünen birçok problemle kıyaslandığında bu sorunun daha kolay çözülebileceğine inanmaktayız.

Kötü haber alma da şiddeti doğuran nedenlerden birisidir. Aydın M.'nin Isparta'da yaptığı çalışmada %7 ile 8. Sırada şiddetin nedenlerinden birisi olarak altı çizilmiştir. Al B. ve ark.'nın yaptığı çalışmada da 'sağlıkta sık değişen uygulamalar, örneğin bugün ödenen bir ila-

cın, yarın geri ödemededen çekilmesi; hasta sevk ve kabul usullerinin değişmesi hastaları isyana sevk etmektedir' ibaresi hasta ve yakınlarının almış olduğu ölüm durumlarının dışında aldığı başka kötü haberlerdir. Bu da şiddet katsayısının artmasına neden olmaktadır(18). Pınar T. ve ark.'nın yaptığı çalışmada; ağrı ve üzüntü içinde, kötü haber almış, kendi problemleri nedeni ile dürtü ve öfke kontrolü yapamayan, hastaneye kendi rızası olmadan getirilen kişilerle temas kurması gereken sağlık çalışanları ciddi risk altındadır diyerek kötü haber almanın önemini vurgulamıştır(15). Elbek O. ve ark.'nın yaptığı çalışma da kötü haber alan hastaların hekimlere yönelik şiddetten bahsedilmiştir(28). İlhan MN. ve ark.'nın çalışmasında da kötü haber almanın %41.3 oranında şiddeti doğurduğuna sağlık çalışanlarının inandığı belirtilmiştir(10). Bizim çalışmamızda kötü haber alma 93 kişi tarafından işaretlenmiştir. Yeterince stresli bir şekilde bekleyen hasta yakınlarının ya da hastaların kötü haber almaları onlardaki tahammülü tamamiyle bitirip ciddi şekilde gerilmelerine neden olabilir.

Sağlık kurumunun yetersizliği bulgularımızdaki diğer seçenektir. Aydın M.'nin Isparta'daki çalışmasında ilaç, yatak, cihaz vs. kurum yetersizlikleri (%9) yaptığı çalışma da yedinci sırada kendine yer bulmuştur (9). Al B. ve ark.'nın çalışmasında sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri veya kötü işletmecilikten kaynaklanan beklemler şiddet nedenleri arasında belirtilmiştir(18). Pınar T. ve ark.'nın Kırıkkalede yaptığı çalışma da fiziki koşulların yetersizliği, kötü aydınlatma, güvenlik zaafiyeti, hastaların fazla beklemesine neden olan iş akışının iyi düzenlenmemesi çalışmalarında belirtilmiştir (15). Adas EB. ve ark.'nın Antep'deki çalışmasında şiddete başvurma nedenlerinden diğeri, kurum yetersizlikleri olarak ortaya çıkmaktadır (29). Bizim çalışmamızda ise sağlık kurumunun yetersizliğini 77 kişi neden olarak görmüştür. Sağlık kurumlarında başta acil servisler olmak üzere ilaçların eksikliği ya da başka teknik eksikliklerin yokluğu gerilim artıran özellikler olabilmektedir.

Aciliyeti olmayan taleplerin reddi şiddet doğuran diğer nedenlerden biridir. Al B. ve ark.'nın çalışmasında sağlık çalışanının (özellikle hemşirelerin) zamanın kısıtlı olmasından dolayı doğal olarak acil olmayan durumlar reddedilmektedir(18). Zaten şiddetin ilk tanımını yaptığımızda amacına ulaşmada engellenmenin öneminden bahsetmiştik. Al B. ve arkadaşları acil servisteki şiddetin en önemli nedenlerini sıralarken acile ilaç bağımlıların gelmesinin altını çizmiştir(18). Aciliyeti olmayan bu ilaç bağımlıları acil serviste ciddi sıkıntı oluşturmaktadır. İlhan M.N. ve ark.'nın çalışmasında; acil servislerde şiddetin sebebi çok fazla hasta yoğunluğu, insanların çok agresif olması, sadece kendilerinin durumunun acil

olduğunu düşünmeleri ve bu nedenle işlerinin bir an önce halledilmesini istemeleri bu istekleri yerine gelmeyince de şiddeti hak sayma düşünceleri şiddeti artıran nedenlerdendir (10). Yani hastalarının aciliyeti olmasa da şiddet uygulayanların mevcudiyeti vurgulanmıştır. Aydın M.'in Isparta'daki çalışmasında alkol/ilaç etkisi altında 48 kişi şiddete başvurmuştur. ve bu aciliyeti olmayan bir nedenden dolayı gerçekleşmiştir(9). Hasta ve yakınlarının acillerde de, diğer servislerde de uyması gereken kurallar vardır. Acil olmayan taleplerin dışında uyulması gereken kurallara, sağlık hizmeti alan herkes sistemle işbirliği yapmak zorundadır. Durak TC ve ark.'nın İzmir'de yaptığı çalışmada hasta ve hasta yakınlarının hastane kurallarına uymaması gibi faktörlerin etkili olabileceği belirtilmiştir. Acil durumların dışındaki taleplerin reddinde şiddet nedeni olabileceği belirtilmiştir (17). Acil olmayan talepler denilince hasta ziyaretleri, reçete yazdırma, endikasyon dışı ilaç yaptırmaya çalışma olabilir. Adas EB ve ark.'nın Antep'de yaptığı çalışmada hekimlerin küçük bir bölümü (%2,4) ise tüketim kültürüne bağlı olarak ortaya çıkan aşırı istek ve beklentilerde artışın yarattığı hırs ve engellenmenin bir sonucu olarak şiddet olaylarında artışın yaşandığını vurgulamaktadır (29). Adas EB ve ark. çalışmasında bu vurgunun acil olmayan taleplerden daha ziyade kışkırtılmış taleplerin doğurduğu şiddetten bahsedilmektedir. Bizim çalışmamızda ise aciliyeti olmayan taleplerin reddedilmesi seçeneği 57 kişi tarafından işaretlenmiştir. Hasta ve yakınlarının yüksek beklentilerle gelmiş olması bu gerilimi oluşturabileceğini düşünüyoruz.

Sağlık çalışanlarının tecrübesi de şiddet nedenleri açısından merak ettiğimiz konulardan birisiydi. Durak TC ve ark.'nın İzmir'de yaptığı çalışmada 25 ve altı yaş grubu olguların diğer yaş grubu olgulara göre, acil servis çalışanlarının diğer kliniklerde çalışanlara göre yüksek olarak bulundu. Çünkü bu yaş grubu mesleki tecrübe de henüz oldukça genç bir gruptur(17). Ayrancı Ü. ve ark.'nın çalışmasında genç yaş grubunda (39 ve altı) şiddete uğrama oranı daha yaşlı sağlık çalışanlarına (40 ve üstü) oranla daha fazla idi (2). Bu durumda tecrübe ve çalışma oranı arttıkça şiddetin azaldığı ve mesleki tecrübe ve yaş oranı düştükçe arttığı tespit edilmiş. İlhan M.N. ve ark. Ankara'da araştırma görevlileri ve intern hekimler üzerinde yaptığı çalışmada genç ve henüz mesleki tecrübeleri olmayan internlerin, primer sorumlulukları dahi olmadan araştırma görevlilerinden daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddete uğrama durumu intern doktorlar için %65,5, araştırma görevlisi doktorlar için %59,5 tespit edilmiştir (4). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının tecrübesizliği seçeneği 47 kişi tarafından işaretlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının tecrübesizliği hasta yakınlarınca hissedildiği an, hastalarına yanlış tedavi yapılabileceği ya da yeterince ilgilenilemeyeceği sanısını doğurarak kurumu ve sağlık çalışanına olan güveni hızla azaltmakta ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamaktadır.

Başka bir ana başlıkta hasta ve yakınların görüşlerini incelediğimizde seçeneklerimiz hoşgörü eksikliği idi. Aydın M.'nin Isparta'da yaptığı çalışmada, gençlerin televizyonlarda her gün onlarca şiddet sahnesi seyrederek yetişmeleri vurgulanmıştır. Aynı çalışmada Sağlık Bakanlığının 'mecburi hizmet hekimleri iyi kazanıyor', 'hekimlere çok para veriyoruz' gibi yanlış söylemleri, hastalarca hekimlerin milyarlarca para alırken hizmet vermek istemiyorlar gibi algılanmasına, herkesin sağlıkçılara düşman gözü ile bakmasına sebep olmaktadır (9). Al B. ve ark. çalışmasında, şiddet uygulayanlar otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişilerin şiddete meyilli olduğundan bahsetmiştir. Bu kişilerin geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanların yaşamlarında şiddet davranışını sürdürebilmeleri ve hoş görülme olmadıkları örnek verilebilir(18). Ayrancı Ü. ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadınların daha sık şiddete uğradıklarını bulunmuş. Bunun nedenleri arasında toplumda erkek egemen kültür nedeniyle kadına yönelik şiddetin daha kolay kullanabilmesi, toplumda fiziksel olarak kadınların direnme ve karşı koyma güçlerinin daha az olduğuna inanılması ve otoritenin temsilcisi olarak görülen erkek görevlilere aynı kolaylıkta şiddet kullanılamaması tespiti ciddi hoşgörü dejenerasyonunun göstergesidir(2). İlhan M.N. ve ark. intern ve araştırma görevlileri üzerine yaptığı çalışmada cinsiyete göre şiddete uğrama durumu değerlendirildiğinde kadınlarda %65,4, erkeklerde %54,8 olarak tespit edilmiş olması da yine ciddi bir hoşgörüsüzlük göstergesidir (4). Kowalenko ve ark.'nın Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisinde yaptığı "hekimlerin şiddete maruz kalması" anketine katılan 171 acil servis doktorunun %74,9'u sözlü şiddete uğradığını belirtmiştir. Araştırmaya göre kadın doktorlar erkek doktorlara göre daha çok fiziksel şiddete uğramaları yine bu hoşgörüsüzlüğün göstergesidir (20). İlhan MN. ve ark.'nın başka çalışmasında toplumun sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiklerini düşündükleri %20 gibi bir oranı görünce hoşgörümüzdeki ciddi tahribatı görebiliriz (10). Bizim çalışmamızda hoşgörü eksikliği 212 kişi bunu görüş olarak bildirmiştir. Medya ve siyasetçilerin popülist söylemlerinin mevcut hoşgörüyü özellikle hastanelerde daha da azalttığını görmekteyiz.

Aydın M.'nin çalışmasında sağlık politikalarının şiddet üzerindeki etkisini hekimlerin %16'sı vurgulamıştır. Aynı zamanda liberal sağlık politikalarının kar odaklı sağlık anlayışının, hastaların taleplerini kışkırttığı ve taleplerin yüksek tutularak şiddete meyilli

ortamı beslediği ileri sürülmüştür (9). Al B. ve ark. çalışmasında; sağlık politikalarından ve hastane idarecilerinden kaynaklanan nedenler başlığı altında; personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikası eksikliği, sağlık kurumlarının yönetiminde gözlenen iş odaklılık, verimsizlik ve ticarileşme, sağlıkta sık değişen uygulamalar (örneğin bugün ödenen bir ilacın, yarın geri ödemededen çekilmesi) şiddeti besleyen politikalar vurgusu ön plana çıkmaktadır(18). İlhan M.N. ve ark. çalışmasında toplumdaki diğer meslek dallarına göre daha yüksek düzeyde saptanan sağlık çalışanları arasındaki şiddet sıklığı; hizmet içi ve toplumsal eğitimlerle, aynı zamanda kamusal ve hukuksal düzenlemelerle azaltılabileceği sonucu ise sağlık politikalarındaki eksikliğin şiddeti desteklediğini göstermiştir(4). İlhan M.N. ve ark. Ankara'daki başka bir çalışmasında katılımcıların 808'i (%79) sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenebileceğini düşündüğünü, şiddetin önlenmesi için incelenenlerin 546'sı (%68.4) yasal düzenlemeler yapılmasını, 533'ü (%66.7) halka yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini belirterek sağlık politikalarının eksikliğine ve bu eksikliklerin şiddeti beslediğine işaret etmişlerdir (10). Adas EB ve ark. Antep'te yaptığı çalışmada, Ankara Tabip Odası'nın 2008 mart şiddet raporunu çalışmalarında yorumlarken hasta ve yakınlarının sağlık politikalarına ve hizmetlerine yönelik tepkiye, politikacı ve yöneticilerin olumsuz tutumuna, neoliberal politikaların hastayı müşteriye indirgeyen etkisine, acil servislerde yaşanan eksikliklere, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) şiddetine, içeriği boşaltılan hasta haklarına, çalışma koşullarının olumsuzluklarına ve hekimlerin sağlık çalışanlarının eksikliklerine dikkat çekilmektedir (29). Bizim çalışmamızda sağlık politikalarını 205 kişi neden olarak görmüştür. Çalışmamız göstermiştir ki halk, mevcut sağlık politikalarının sağlıkta şiddetin artmasında önemli bir faktör olduğunu düşünmektedir.

Toplumda eğitim ve kültürel sorunlar başlığında Al B. ve ark. yaptığı çalışmada, şiddet gösterenlerin daha çok 21-30 yaşlarında ve eğitim düzeylerinin düşük olanlardan oluştuğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile "güçlü olanın haklı olduğu" fikrinin yaygınlaşması vurgulanmıştır (18). Aydın M'nin yapmış olduğu çalışmada kişisel, toplumsal eğitim problemleri %15 olarak en sık nedenlerden birisi olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada toplumsal, sosyal ve kültürel problemler %28 olarak tespit edilmiştir (9). Gates D. ve ark.'nın eğitim, prosedürler, politikalar ve çevresel değişiklikler ile şiddetin azaltılabilmesi sonucunu çıkartması önemlidir (16). Annagur B. ve ark.'nın yaptığı çalışmada şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğunu vurgulamaktadır (22). İlhan M.N. ve ark.

Ankara’da yaptığı çalışmada sağlık çalışanına şiddet uygulanınca sorunların düzeleceğini düşünenlerin durumuna göre yaş grupları cinsiyet, öğrenim durumu ve meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlam bulunmuş ve şiddet yanlılarının çok büyük bir kısmı (%44.4) formal eğitim almamış kişilerdir %36.4’i ilköğretim, %30.9 u lise % 32.8’si yüksek okul ve üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir (10). Toplumda eğitim ve kültürel sorunlar bizim çalışmamızda 172 kişi tarafından seçilmiştir. Bu konu gerçek bir sosyolojik araştırma olup değerlendirilmesi oldukça güçtür. Topluma yönelik eleştirinin en zor eleştiri olması bir faktör olabilir.

Görevini kötüye kullanan sağlık çalışanları çalışmamızda ayrı bir görüştü. Aydın M.’nin çalışmasında iltimas, adam kayırmacılık, şiddeti doğurmaktadır denilmiştir. Aynı çalışmada ilaç, alkol ve madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü veren psikiyatrik hastalık tanısı almış personellerde görevini kötüye kullanma oranının arttığı belirtilmiştir (9). Pınar T. ve ark. çalışmasında şiddet çeşitleri incelenmiş ve Tip III olarak adlandırılan şiddet çeşidi ‘çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti ifade ettiği tanımlanmıştır. İşyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsamaktadır (15) tanımındaki anlatılan profildeki sağlık çalışanının görevini kötüye kullandığı belirtilmiştir. Çünkü bu çalışanın demoralize olmasına neden olan meslektaşları, daha dağınık bir dikkatle çalışıp hata yapabilmesine neden olabileceği gibi şiddet uygulayacakları da agreve edebilir, kendileri de şiddet görebilir. Al B. ve ark.’nın çalışmasında ‘Sağlık politikalarından ve hastane idarecilerinden kaynaklanan nedenler’ başlığı incelenmiş olup aynı zamanda sağlık çalışanı olan hastane idarecilerinin görevini kötüye kullanmasıyla ilgili olarak; personel yetersizliği veya kötü işletmecilikten kaynaklanan beklemeler, madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü veren personelle çalışmaya göz yuman, iltimas, adam kayırmacılık gibi belirtilen ifadeler tamamiyle görevin kötüye kullanılmasından ibaret durumlardır (18). İlhan M.N. ve ark. yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete uğraması gerektiğini düşünenler %20 idi. Bu kişilere daha özel sorular sorulduğunda ‘Kötü davrandıkları için’ seçeneğini işaretleyenler ise %47.6 olarak tespit edilmiştir. Bu da görevini kötüye kullanma açısından tam olarak değerlendirilemese de halkın gözlemi olduğu için bir öngörü olabilir (10). Bizim çalışmamızda ise sağlıkta şiddetin nedenleri arasında görevini kötüye kullanan sağlık çalışanları, 159 kişi tarafından neden olarak görülmüştür. Her meslek grubunda olduğu gibi görevini kötüye kullananlar sağlık

alanında da mevcuttur. Fakat sağlık çalışanları arasında bu tür davranışlar tespit edildiğinde medya dili ile daha görünür kılınmasının sağlıkta şiddeti alevlendirdiğini düşünmekteyiz.

Siyasetçilerin popülist açıklamaları anketimizde neden olarak sunulan diğer seçeneklerden biriydi. Aydın M.'nin çalışmasında "Politikacıların, yöneticilerin, yazarların, çizerlerin kamu oyunda etkili ve yetkili kişilerin, hekimleri rencide edici, küçük düşürücü söylemleri, giderek hekimlik mesleğine karşı saygıyı törpülemektedir" ibaresi vurgulanmıştır (9). Adas EB ve ark. hekimlere yönelik yaptıkları çalışmada hekimlerin Türkiye'nin sağlık otoritesine yeterince güven duymadıklarını ifade etmişlerdir. Çünkü hekimler, sağlık otoritesinin konu hakkında bırakın "sıfır tolerans" göstermeyi, aksine sorunun bir parçası olduğunu düşünmektedir. Sağlık bakanlığının ve bazı medya kuruluşlarının hekimleri hedef gösterdiklerini çalışmalarında bazı hekimler belirtmişlerdir (29). Elbek ve ark. Aydın Tabip Odası ile yaptığı çalışmaya göre, sağlık bürokrasisinin kamu sağlık hizmetlerini hem mali hem de politik açıdan "rantable" hale getirmek için sağlık alanını köklü bir biçimde yeniden yapılandırmıştır. Bu da daha talepkar bir hasta profili yaratarak talepler kısıktırılmıştır. Siyasilerin bu popüler açıklamaları sağlıkta şiddeti daha da körüklemiştir(28). Al B. ve ark.'nın çalışmasında siyasilerden kaynaklanan kararlarla sağlıkta sık değişen uygulamalar, örneğin bugün ödenen bir ilacın, yarın geri ödmeden çekilmesi gibi nedenlerde hasta yakınlarını ajite edebilmektedir (18). Ankara tabip odasının 2008 yılındaki yayınladığı şiddet raporunda da siyasilerin popülist açıklamalarının şiddeti ağırlaştırdığı, siyasilerin sağlık çalışanlarını hedef gösterdiğini ve bazı siyasilerin hastanelere gidip 'hastanıza bakılmazsa bizi arayın' diyerek hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik tahrik edici davranışlarının olduğunu ifade etmektedir (29). Bizim çalışmamızda da siyasilerin popülist açıklamaları ve kararları sorgulandığında 149 kişi bu konuyu sağlıkta şiddetin nedeni olarak belirtmiştir. Sağlıkta şiddeti azaltma çabaları arasında siyasilerin popülist açıklamalardan vazgeçmeleri kolaylıkla uygulanabilecek çözümlerden olabilecektir.

Toplumun hasta haklarını yeterince bilmemesi diğer seçenektir. Al B. ve arkadaşlarının çalışmasında hasta ve yakınlarının eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymama, haklarında yeterince bilinmeyeceğine işaret eder. Aynı çalışmada hasta haklarının topluma görsel basınla öğretilmesi ve hasta hakları kadar hekim haklarından da bahsedilmesi toplumun hasta haklarından yeterince haberdar olmadığı gösterilmiştir (18). Aydın M.'in yapmış olduğu çalışmada şiddetin önlenmesi için sağlık çalışanlarının %21'nin halkın eğitiminin önemli olduğunu vurgulaması halkın haklarını yeterince bilmediğine ayrı bir vurgudur(9). Elbek O.

ve ark. yapmış oldukları çalışmada hekimlerin ‘cahil ve eğitimsiz halk kitlelerinin özgüven patlaması ve her şeye hakları olduğu yanılsaması içine girdikleri’ için şiddete meyilli oldukları vurgulanmıştır(28). Ankara Tabip Odasının şiddet raporunda ‘Halkın eğitimi-bilinçli yaklaşımı çok önemli’ vurgusu ve ‘insanların cahil bırakılması, onları kolayca yönlendirmeye yarıyor’ vurgusu ön plandadır(29). Bizim çalışmamızda 149 kişi tarafından toplumun hasta haklarını yeterince bilmediği seçeneği işaretlenmiştir. Halkımızın genel bilgilendirilmelerden yoksun bırakılmış olmasının bu durumun zeminini oluşturduğunu düşünmekteyiz.

Hekim ve sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyen yayınlar diğer seçeneğimizdi. Aydın M.’nin Isparta’daki çalışmasında Sağlık Bakanlığının ‘mecburi hizmet hekimleri iyi kazanıyor, hekimlere çok para veriyoruz’ gibi yanlış söylemleri, hastalarca hekimlerin milyarlarca para alırken hizmet vermek istemiyorlar gibi algılanmasına, herkesin sağlıkçılara düşman gözü ile bakmasına sebep olduğu önemli bir vurgudur(9). Ankara Tabip Odasının 2008 şiddet raporunda ‘Medyadaki birçok program doktorları hedef gösterecek yayın dili kullanıyor ve bu şiddet zeminini oluşturuyor, medyada doktorların yanlış yaptığı durumlarda cezalarının hasta-hasta yakınları tarafından verilebileceği fikri veriliyor. Medya tarafından sağlık çalışanlarına yargısız infaz yapıldığının altı çizilmiştir(29). Aydın M.’nin çalışmasında medyanın yanlış yayınları %7 oranında sağlık çalışanlarınca işaret edilmiştir(24). Aydın Tabip Odasının ‘Şiddetin Gölgesinde Hekimlik’ başlıklı raporunda da Sağlık çalışanlarına saygı ve itibarı zedeleyen yayınlar hekime önyargı yaratmakta medyanın kamuoyunda hekim karşıtı bir söylemi ve algıyı yaygınlaştırdıklarını ve bu algının da hastaların hekimlere karşı önyargı ile yaklaşmalarına yol açtıklarını ifade etmektedir(28). Adas EB ve ark. çalışmasına göre medyanın hekime yönelik şiddeti agreve ettiğini söyleyen sağlık çalışanları %12 idi (29). Al B. ve ark. çalışmasında basında çıkan provakatif içerikli yanlış haberler şiddeti destekleyen nedenler içerisinde. Aynı çalışmada 2000’li yılların başından itibaren sağlıkla ilgili yapılan veya hastane (özellikle acil servis) sahneleri içeren diziler kamuoyuna çok yanlış bilgiler vermişlerdir. Acile getirilen bir hastayı giriş kapısında karşılayıp hiçbir muayene ve tanı olmadan "hemen ameliyathaneyi hazırlayın ve ameliyata alalım" veya hastanede yatan bir hasta veya yakınlarının "ulan doktor, hemşire hangi cehennemdesiniz çabuk gelin, doktoru ağaca bağlayın, bu doktorların gözü hiç doymaz, bu ameliyatı hangi kasap yaptı?" gibi adap dışı bağırımlar ve hakaretler ve benzeri sahneler ve yazılar toplumu bilimsel olarak olması mümkün olmayan beklentilere yöneltmiştir(18). Bizim çalışmamızda ise hekim ve sağlık

alışanlarının itibarını zedeleyen yayınlar 143 kişi bunu neden olarak düşünmekte olup, medya dilinin halk tarafından da tasvip edilmediğini, halkın bu yanlışın farkında olduğunu görmekteyiz.

Ekonomik sorunlar diğerk seçeneğimizdi. Al B. ve ark. alışmasında, şiddete eğilimli kişilerin özellikleri incelendiğinde; bu kişiler genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler olduğu tespit edilmiştir(18). İlhan MN. ve ark. yaptığı toplum gözü ile şiddet çalışmasında ankete katılanların %20'sinin sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü ifade etmiş olup bunların çoğunluğunun işsiz ve sosyoekonomik durumlarının düşük olduğu tespit edilmiştir(10). Ayrancı Ü. ve ark. yaptığı çalışmada hasta popülasyonunun sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri de şiddet kullanım sıklığıyla ilişkili olabilir denmiştir(2). Durak T.C. ve ark. İzmir'de yaptığı çalışmada şiddet uygulayanların genelde 30 yaş altı erkek ve sosyoekonomik olarak düşük statüde bireyler olduğu görülmüştür (17). Aydın M.'nin çalışmasında toplumda şiddetin yaygınlaşmasındaki nedenler olarak incelendiğinde kişilerin maddi, ülkenin ekonomik sıkıntıları %35 oranında birinci sırada yerini almıştır (9). Bizim alışmamızda ise ekonomik sorunlar 137 kişi tarafından işaretlenmiştir. Mevcut ekonomik alım gücünün düşük olması ve insanların ekonomik problemlerle boğuşur durumda olması stres katsayısını yüksek tutmaktadır ve şiddete meyili artırmaktadır.

Toplumsal beklentilerin artması sıradaki seçeneğimizdi. Ankara Tabip Odasının çalışmasında neoliberal politikaların sayesinde toplumdaki talepler kışkırtılmış oldu ve seçim uğruna sağlık çalışanları bizzat kendi bakanlıklarınca daha sık soruşturmalara tabi tutuldular(29). Al B. ve ark. alışmasında televizyon kanallarındaki dizilere vurgu yapılarak acile getirilen bir hastayı giriş kapısında karşılayıp hiçbir muayene ve tanı olmadan "hemen ameliyathaneyi hazırlayın ve ameliyata alalım" veya hastanede yatan bir hasta veya yakınlarının "neden hastam hemen ameliyata alınmıyor, neden hala burada bekletiliyor?" deyip şiddet uyguladığını görünce toplumun beklentileri artarken saygısıda azalmaktadır(18). Aydın M'nin çalışmasında hasta ve yakınlarının hekimden ve sağlık kurumlarından rasyonel olmayan yüksek beklentileri de şiddeti doğurmaktadır denilmiştir(9). İlhan MN. ve ark. alışmasında sadece kendilerinin durumunun önemli olduğunu düşünmeleri ve bu nedenle işlerinin bir an önce halledilmesini istemeleri bu istekleri yerine gelmeyince de şiddeti hak sayma düşünceleri neden olmuş olabilir, bu yüksek beklentinin bir ürünüdür(10). Adas EB ve ark. Antep'de yaptığı çalışmada şiddetin artma nedenleri hekimlere sorulduğunda

hekimlerin küçük bir bölümü (%2,4) ise tüketim kültürüne bağlı olarak ortaya çıkan aşırı istek ve beklentilerde artışın yarattığı hırs ve engellenmenin bir sonucu olarak şiddet olaylarında artışın yaşandığını vurgulamaktadır (29). Bizim çalışmamızda toplumsal beklentiler 132 kişi tarafından işaretlenmiştir. Çalışmada ankete cevap verenlerin bu seçenekte objektif özeleştirici yapabileceğini kestirebilmek güçtür. Ancak beklentilerin arttığını azımsanmayacak bir sayı ile işaretlemişlerdir. Toplumda beklentilerin artırıldığının farkındalığı az da olsa başlamış olabilir.

Otorite ve hukuk boşluğu çalışmamızda diğer üzerine durduğumuz nedendi. Al M. ve ark. çalışmasında yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar olduğu ifade edilmiştir(18). Pınar T. ve ark.'nın yaptığı çalışmada; topluma, başkalarına/insanlara bakım hizmeti (fiziksel ve duygusal/emosyonel) sunmak bir risk faktörüdür, ancak bu risk aynı zamanda sağlık hizmetinin tanımıdır. Üstelik sıkı güvenlik önlemleri, sağlık hizmeti veya sosyal hizmet sunulan ortamlarda hoş karşılanmaz. Bu durum, sağlık çalışanlarını riske karşı daha da korumasız hale getirmektedir görüşü otorite ve hukuk boşluğundaki tezata bir işarettir(15). Aydın M.'in çalışmasında sağlık çalışanlarının şiddetin önlenmesi ve azaltılması konusunda görüşleri sorulduğunda %16 sı güvenlik tedbirlerinin artırılması gerektiğini ifade ederken,%7 sinin hukuki tedbirlerin artırılması gerektiğine işaret etmiştir (9). Ankara Tabip Odasının Mart 2008 şiddet raporunda ; Hastanelerde çalışanları koruyacak mekanizmalar oldukça yetersizdir, Hastane idareleri sorunların çözümünde çalışanlara destek olmuyor. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete karşı yasal yaptırımların yetersizliği ve güvenlik görevlisi bulunmaması ya da yetersizliği de caydırıcılığı azaltmakta olduğunu ifade etmektedir (29). Bizim çalışmamızda ise otorite ve hukuk boşluğu 117 kişi tarafından işaretlenmiştir. Genel olarak hukuk mekanizmasının yavaş işlemesi ve adaletle olan güvenin sürekli tartışma halinde olması, yöneticilerin sorun çözmekten daha çok sorunu kapatmaya çalışması, bu boşluğu somutlaştırmaktadır.

Toplumda inanç ve değerlerde aşınma sorduğumuz son sorulardan birisiydi. Al B. ve ark.'nın yaptığı çalışmada toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile "güçlü olanın haklı olduğu" fikrinin yaygınlaşması, toplumsal nedenlerden dolayı şiddet kategorisinde değerlendirilmiş olup toplumsal değerlerin dejenerasyonuna en önemli örnektir(18). Pınar T. ve ark.'nın çalışmasında suç oranı yüksek olduğu yerlerde sağlık çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldığı vurgulanmıştır (15). Aydın M.'nin çalışmasında toplumsal ve kültürel

sorunlar %28 oranında en sık nedenlerden birisi olarak belirtilmiştir. İnanç ve değerlerinde aşınma fazla ise bir toplumda bu sorunların ön plana çıkması kaçınılmazdır(9). Ankara Tabip odasının şiddet raporunda; şiddet genel olarak arttı. Kontrolsüz bir toplum olduk. İnsanlar trafikte yol vermedi diye birbirini vuruyor. Toplumda şiddet var. Evde şiddet var. Şiddetin ve şiddet yapanların sınırı yok. Bu toplumsal olarak sahip olduğumuz hoşgörü ve saygı ortamının azaldığına işarettir (29). Adas EB ve ark.'nın yaptığı çalışmada inanç/değerlerde aşınma %9 olarak hekimlerce ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda da toplumda inanç ve değerlerde aşınmayı 82 kişi işaretlemiş olup, eğitim sistemimizde inanç ve değerlerin kriter dahilinde aktarılamamış olması, medyanın dilinin ve piyasanın dilinin her şeyi 'çıkarına göre tüketmeyi' gösteren dili, inanç ve değerlerde aşınmaya neden olmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İşyerinde şiddetin en sık gerçekleşmiş olduğu yerler hastatanelerdir. Bu konuda en riskli yerler ise acil servislerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri atlanarak, öncelikli olarak iki ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşım söz konusu olunca hastanelerde çok ciddi bir yığılma yaşanmaktadır.

Ciddi bir iş yükü olduğu için sağlık çalışanı ve personel arasında iletişim problemleri oluşabilmektedir. Çünkü ortalama hasta başına optimal sağlık çalışanı personel sayısı olmadığı için personel yorulmakta, dikkati dağılmakta, efektif iş yapmakta zorlanmaktadır. Hele ki hayati kararlar ve takiplerle sorumlu hekimler bu durumlarda çok daha gergin ve baskı altında olabilmektedir. Sistem mevcut iş yükünden dolayı daha hantal işlemektedir. Hasta ve yakınlarının uzun bekleme süreleri, sabırlarının tükenmesine ve daha toleranslı, hoşgörülü bir dialogdan uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Politikacıların popülist açıklamalarıyla sağlık sistemini ‘her derde deva’ olarak gösterilmeye çalışılması, yine politikacıların hekimlere yönelik sert açıklamaları, hasta ve yakınlarının taleplerinin ve beklentilerinin daha da artırılması, 184 şikayet hattı ile sistemden kaynaklı sorunların çözümü yerine sadece hekimi şikayet etme mekanizmasına dönüştürülmesinden, medyanın tek yanlı ve popüler haber yapmasından, filmlerde, dizilerde şiddet unsurlarının, bilimsel olmayan alternatif tıp yöntemlerinin yetkililerce piyasada serbestçe satılmasına izin verilerek hekimlere ve sağlık çalışanlarına olan güvenin azaltılmasıyla, mevcut hoşgörü ve inanç dünyasının sürekli dejenere olmasıyla şiddet ortamı sürekli artmakta ve bireyler şiddetin dayanılmaz gücüne sürekli başvurmaktadır.

Ankara’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %20 sinin şiddete uğraması gerektiğini ve sağlık sistemindeki sorunların çözümü için bunun gerekli olduğu düşünenlerin varlığı tablonun ne kadar ürkütücü olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda ciddi bir kısmının asgari ücretli olarak çalışması sağlıkta şiddeti çözmede en etkili grup olan kanun koyucular için düşündürücü ve yol gösterici olabilir. Birçok çalışmada sağlık çalışanlarına sorulan sorularda ekonomik nedenler sağlıkta şiddette üst sıralarda yerini almaktadır. Şiddet uygulayanların genel profili sosyoekonomik olarak düşük, eğitimsiz kişilerdir. Bu zamana kadar tanık olduğumuz şiddet vakaları sadece sözlü ve basit fiziki şiddet kategorisinde değerlendirilemez. Öldürülen hekimlerin, hamile haliyle yerde hasta yakınlarınca tekmelenen

nöroloji hekiminin, konversif bir hasta tarafından burnu kırılarak iki ay çalışamayan ve ciddi psikolojik travmaya ve ekonomik kayba uğrayan acil hekiminin, bir kaymakam tarafından evi basılarak dayak atılan aile hekiminin, bir millet vekili tarafından meydan dayağı atılan acil uzmanının görüntüleri sağlık çalışanlarının hafızasından silinmiş değildir.

Sağlık çalışanlarının iş yükünün azaltılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gerekli personel sayısının artırılması, güvenlik önlemlerinin artırılması, medya ve televizyonlarda özellikle sağlık çalışanlarını asılsızca ve yeterince sorgulamadan hedef gösteren yayınlara ciddi yaptırım sağlanması ve senaristlere, yayıncılara öncelikli olarak bu konuda sözleşmeler imzalatılması, caydırıcı ceza yasasının çıkması ve saldırganların ciddi tazminatlara mahkum edilerek bu tazminatların sağlık çalışanlarına ödenmesi meslek odalarınca önerilen bazı çözüm önerileridir. Sağlık sisteminin meslek odaları ve sendikalar görüşleri göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi de oldukça önemlidir. Tıp eğitiminin dinamik bir süreç olduğunu, etik ve deontolojik ve yeni mesleki tecrübelerinde düzenlenerek hekimlere ve sağlık çalışanlarına sürekli aktarımı da ayrıca önemlidir. Hekim-hasta ilişkisi, hekim-hekim ilişkisi, hekim ve sağlık çalışanı ilişkisi, idari personel ve hekim ilişkileri en iyi düzeye çıkarılacak şekilde her türlü sorunun çözümü için çalışan sağlığı birimlerinin yanı sıra çalışan eğitimi birimlerinde çok dinamik olması, sağlık hizmetlerinin verilirken sürekli bilgiyle, kaliteyle sınanması gerekir.

Sağlıkta şiddetin azalması için sağlık çalışanları ve halkı iki taraf olarak gösteren bir yaklaşımdan daha ziyade, karşılıklı uzlaş ve hoşgörü zeminini sürekli oluşturan, destekleyen yaklaşımların gerekliliği kaçınılmazdır.

7.ÖZET

Çalışmamızda acil servisten sağlık hizmeti almış hasta ve hasta yakınlarının bakış tarzı ile sağlıkta şiddetin nedenleri tespit edilmeye çalışılarak, sağlık sisteminin, uygulayıcılarının halkın bakış tarzı ile eleştirilerini de görünür kılabilmek ve gösterebilmek için yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Anketler hasta ve hasta yakınlarına verilip doldurmaları rica edilerek bilgileri gizli tutularak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmayla amacımız sağlıkta şiddetin nedenlerini halkın gözü ile değerlendirerek, bu büyük problemin çözümüne katkı sağlamaktır.

Çalışmamıza katılanların %45.2 si kadın %54.8 erkekti. Tartışma yaşayanların %50.6 sı erkek,%49.4 kadındır. Tartışma yaşayanların %57,8 20-29 yaş arasıydı. Bunu 30-39 yaş arası takip etti. Tartışma yaşayanların%49.4 evliydi. Meslek durumuna göre tartışma yaşayanların çoğunluğu %31.3 ile serbest meslek,%28.4 işsiz,%25.3 ile memurlar oluşturmaktadır. Tartışma yaşayanların %45.8 i asgari ücretliydi. Diğer çoğunluğu ise 1000-2000 tl arası geliri olanlar %27.7 ile oluşturdu. Eğitim düzeyine göre inceleme yaptığımızda tartışma yaşayanların çoğunluğunu üniversite ve yüksek lisans mezunları oluşturdu (%65.1).

Sağlıkta şiddetin nedenlerini sordüğümüzda ankete cevap verenlerin çoğunluğu (%60.3) personelin kaba davranmasını neden olarak gösterdi. Bekleme %74,1 ile en sık işaretlenmiş neden olarak gösterildi. Hasta ve yakınlarının sabırsız ve stresli olması %55,3 tedavi memnuniyetsizliği %33, muayenede ihmal %30,2, sağlık çalışanlarının hastalara yeterli ilgi göstermemesi %28,9,muayene önceliğinde adaletsizlik %25,4 olarak değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının hastadan çok prosedürle uğraşması %24,9 olarak değerlendirilmiştir. Konsultan hekimin geç gelmesi %24,4'tür. Yardımcı personel yetersizliği %24.4, kötü haber alma%23,6, sağlık kurumunun yetersizliği %19,5. Aciliyeti olmayan taleplerin sağlık çalışanları tarafından reddi %14,5 olarak değerlendirilmiştir.

Şiddetin artmasıyla ilgili görüşler alındığında hoşgörü eksikliği %53,8 olarak değerlendirilmiştir. Sağlık politikaları %52, toplumda eğitim ve kültürel sorunlar %43,2, görevini kötüye kullanan sağlık çalışanları %40,4 olarak değerlendirilmiştir. Siyasetçilerin popülist açıklaması %37,8 toplumun hasta haklarını yeterince bilmemesi %37,8 hekim ve sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyen yayınlar %36,3 olarak değerlendirilmiştir. Ekonomik sorunlar %34,8 toplumsal beklentilerin artması %33,5, otorite ve hukuk boşluğu %29,7

olarak değerlendirilirken, toplumda inan ve değerlerde aşınma %20,8 olarak değerlendirilmiştir.



8. İNGİLİZCE İSİM VE ÖZET

In our study, we tried to determine the reasons of violence in helathcare system by patients and their companions. We conducted this cross sectional study in order to analyze the critics of public on health care system and health care staff. We asked to patients and their companions to fill questionnaire. We kept their informations anonymous. The aim of this study is evaluate the reasons of violence in healthcare system and solve this problem.

%45,2 of participants our study were women while %54.8 of them were men. %50.6 of the ones who involved on argument were men while %49,4 of them were women. %57,8 of them were in the age between 20-29 years old. It is followed by the range 30-39 years old. %49,4 of them were married. The majority of the ones who involved in an argument were self employees (%31,3) Unemployess (%28,4) and civil seruants(%25,3)

%45,8 of them were earning minimum wage.The second majority were the ones who earns 1000-2000 tl with rate of %27,7. The result of our research on educational background found the majority of the ones who involved in an argument were graduated and post graduated. (%65.1)

The majority of participients (%60,3) gave ‘ the rude behavior of healthcare staff as a reason’. The most common reasons was waiting (%74,1). Other reasons were impatience and stres of patients and their companions. (%55,3) dissatisfying treatment (%33) neglect of examine (%30,2), paying not enough attention to patient (%28,9) and unfair examine priority (%25,4) paying more attention to procedures then to patients was the %24,9 of the reasons. Late arrived of consultant physicians was %24,4 of reasons %24,4 of the reasons was insufficient staff %23,6 , feeling bad news %19,5 was inadequacy of medical center. Refusing non emergency cases by healthcare staff was %14,5 of the reasons.

Insufficient toleration is the %53,8 of the reason on increasing violence. Health polictes (%52) educational and cultured problems (%43,2). Abuse of healthcare staff (%40,4) dedARATION of politics (%37,8) insufficient knowledge of patient rights (%37,8) Publications which damages healthcare staff reputations (%36,3) economical problems (%34,8) increased expectations (%33,5) authority gap (29,7) and loss of faith and values (%20,8) are other reasons.

KAYNAKÇA

1. Health WHO. World Report on Violence and Health. Geneva (Switzerland), 2002;1-17-21.
2. AYRANCI Ü.YENİLMEZ Ç,GÜNAY Y,KAPTANOĞLU C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:147-154.
3. Çamcı O, Kutlu Y, Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi -Journal of Psychiatric Nursing -2011 ve 2(1):9-16.
4. İlhan M.N. ve ark. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ • Cilt 28, Sayı.
5. Behnam M, MD,* Roger D. Tillotson, MD,* Stephen M. Davis, MPA, MSW,*and Gerald R. Hobbs. Violence In The Emergency Department: A National Survey Of Emergency Medicine Residents And Attending PhysiciansThe Journal of Emergency Medicine, Vol. xx, No.
6. Sminkey L. Şiddet ve Yaralanmaların Önlenmesi www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en.
7. Sağlık bakanlığı , Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 28.04.2012 Resmi Gazete Sayısı: 28277.
8. Özerkmen N, Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet, Akademik Bakış Dergisi, Sayı: 28 Ocak – Şubat 2012.
9. AYDIN M Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Şiddet Algısı, Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, ARALIK 2008 sf 5.
10. İlhan M.N. ve ark. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Ankara, Türkiye, 29.03.2013.
11. MEMİŞ M , KAYA M, Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen AR-GE Birimi SAĞLIK-SEN YAYINLARI – 20 Aralık 2013,.
12. Türkiye Barolar Birliği, Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar, Türkiye Barolar Birliği Yayınları Kasım 2011-4.
13. Chappell D, Di Martino V. Violence at Work. Geneva: International Labour Office; 2006.
14. Büyükbayram A, Okçay H, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler, Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(1):46-53.

15. Pınar T. ve ark. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet , TAF Prev Med Bull 2012; 12(3) : 315-3.
16. D. M. Gates et al. Violence: Recognition, Management and Prevention, Violence Against Emergency Department Workers, .
17. Durak T.C. ve ark. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi Genel Tıp Derg 2014;24:130 137 İzmir.
18. Al B. ve ark. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet , The Journal Ofacademic Emergency Medicine , JAEM 2012; 11: 115-24.
19. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ 1999;16:161-170. .
20. Kowalenko, Walters B, K Rahul, Compton S, Workplace Violence: A Survey of Emergency.
21. Haskan Ö* Yıldırım İ , Şiddet Eğilimi Ölçeği'nin Geliştirilmesi,Hacettepe Üniversitesi Eğitim ve Bilim 2012, Cilt 37, Sayı 163.
22. Annagür B , Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet:Risk Faktörleri, Etkileri,Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlarcurrent Approaches In Psychiatry 2010;2(2):161173© 2010, Eissn:13090674 Pıssn:13090658.
23. Boz B et al. Violence Toward Health Care Workers İn EmergencyDepartments İn Denizli, Turkey, Volume 23 No. 2 March/April 2006.
24. Yar F , Türkiye'de Gelir Dağılımı & Yoksulluk, Global Analiz dergisi 2 nisan 2015,<http://globalpse.org/turkiyede-gelir-dagilimi-ve-yoksulluk/>.
25. Adaş EB ,Elbek O ,Bakır K, Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I, Türk Tabipleri Birliği Gaziantep-Kilis Tabip Odası 2008.
26. Tokmak C. ve ark. İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas'ta.
27. - Carmi-Iluz T, et al . Verbal and physical violence towards hospital- and community based physicians in the negev an observational study, BMC Healthy Services Research 2005- 5:54.
28. Elbek O. Adaş EB. Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu2012.
29. Ankara Tabip Odası, Hekimlere-Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet,Neden?Nasıl önlenabilir? Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları KomisyonuMart 2008.
30. Arpacıoğlu Ö. ve ark. Dünyada Ve Türkiye'de Yoksulluğun Analizi,Niğde.