

T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



SAĞLIKTA ŞİDDETİN TIBBİ BEYİN GÖÇÜNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Deniz DOĞAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İŞLETME ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Arzu KARACA

TUNCELİ – 2024

T.C
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKTA ŞİDDETİN TIBBİ BEYİN GÖÇÜNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Deniz DOĞAN
(21001127)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Arzu KARACA

TUNCELİ – 2024

T.C
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKTA ŞİDDETİN TIBBİ BEYİN GÖÇÜNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Deniz DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI

Bu yüksek lisans tezi, 18/12/2024 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
oybirliği ile kabul edilmiştir.

İmza

Doç. Dr. Muhammet
DÜŞÜKCAN
(Fırat Üniversitesi)

BAŞKAN

İmza

Prof. Dr. Arzu KARACA
(Munzur Üniversitesi)

DANIŞMAN

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Eray Ekin
SEZGİN
(Munzur Üniversitesi)

ÜYE

Bu tez, Enstitümüz Genel İşletme Anabilim Dalı'nda hazırlanmıştır.

Prof. Dr. Altuğ KAZAR
Enstitü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı “Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu”ndaki hükümlere tabidir.

18/12/2024

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

İmza

Deniz DOĞAN

Danışman

Prof. Dr. Arzu KARACA

TEŞEKKÜR

Zahmetli çalışma sürecimde benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyerek mentorluk sürecini büyük bir kibarlıkla yürüten kıymetli bilim insanı hocam Prof. Dr. Arzu KARACA'ya teşekkürü ve minneti bir borç bilirim. Verdikleri düzeltme ve öneriler ile ufuk açan kıymetli jüri üyelerine de ayrıca teşekkür ederim. Elbette, çalışmanın teorik ve pratik altyapısını inşa ederken yararlandığım onlarca bilim insanının yazın ve eserleri de büyük katkı sağlamış olup görüşmecisi sağlık personellerinin de kıymetli vakitlerini bizlere ayırıp görüşlerini paylaşımları dolayısıyla onlara da sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca birlikte yol aldığım; Nurettin ULUSOY, Yasin AKGÜL ve Serdar KELEŞ'e desteklerinden ötürü müteşekkirim. Öte yandan hayat arkadaşım olan, hiçbir zaman benden desteğini esirgemeyen, her koşulda yanımda olan kıymetli eşim Gurbet DOĞAN'a bilahare teşekkür ederim. Hayatımın her anında emekleri olan anne ve babama da şükranlarımı sunar, teşekkür ederim.

Deniz DOĞAN
TUNCELİ-2024

İÇİNDEKİLER

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar LİSTESİ	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
EKLER LİSTESİ.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ	1
2. ŞİDDET KAVRAMINA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şiddet Kavramı	6
2.1.1. Şiddet türleri.....	7
2.1.2. İşyerinde şiddet	12
2.1.3. İşyeri şiddetini etkileyen bireysel risk faktörleri.....	13
3. SAĞLIKTA ŞİDDET	15
3.1. Sağlıkta Şiddetin Uygulayıcıları.....	19
3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddete Karşı Alınacak Önlemler	20
3.3. Sağlıkta Şiddet ile İlgili Yasal Düzenlemeler.....	22
3.4. Sağlıkta Şiddetin Olası Sonuçları	26
3.5. Türkiye’de Sağlıkta Şiddete İlişkin Yapılan Araştırmalar	27
3.6. Dünya’da Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olayları.....	30
3.7. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Beyin Göçü.....	33
4. UYGULAMA	38
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	38
4.2. Evren ve Örneklem.....	38
4.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	39
4.4. Verilerin Analizi	39
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
5. BULGULAR	40
5.1. Demografik Bulgular.....	40
5.2. Katılımcıların Şiddet Olgusuna İlişkin Bulgular	41
5.3. Katılımcıların Yaşadıkları Şiddetin Nedenine İlişkin Bulgular	41
5.4. Katılımcıların Hasta/Hasta Yakınları ile Sağlık Çalışanları Arasındaki Şiddetin Önlenmesi ve/veya Azaltılması için Çözüm Önerilerine İlişkin Bulgular.....	42
5.5. Katılımcıların Şiddet Eylemi Gerçekleştikten Sonra Tutumlarına İlişkin Bulgular.....	43
5.6. Katılımcıların Yurt Dışında Çalışma Düşüncesine İlişkin Bulgular	44
5.7. Katılımcıların İmkani Olsa Gitmek İsteddiği Ülke/bölgeye İlişkin Bulgular	44
5.8. Katılımcıların Yurtdışı Çalışma Koşulları Hakkında Bilgi Aldıkları Kanallara İlişkin Bulgular	45
5.9. Katılımcıların Yurtdışında Çalışmanın Sağlayacağı Avantajlara İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular	46
5.10. Katılımcıların Şiddet Görme Durumları ve Yurtdışına Gitme İsteği Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR.....	53
ÖZ GEÇMİŞ	
EKLER	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1.	Uygulanma şekline ve uygulandıkları ortamlara göre şiddet türleri	7
Tablo 3.1.	Beyin göçünün itici ve çekici sebepleri.....	34
Tablo 3.2.	İyi hal belgesi başvuru sayısı	36
Tablo 5.1.	Katılımcıların demografik özellikleri.....	40
Tablo 5.2.	Katılımcıların şiddet olgusuna ilişkin frekans ve yüzdeleri	41
Tablo 5.3.	Katılımcıların yaşadıkları şiddetin nedenine ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzdeleri	42
Tablo 5.4.	Katılımcıların hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması için çözüm önerilerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları	43
Tablo 5.5.	Katılımcıların şiddet eylemi gerçekleştikten sonra tutumlarına ilişkin frekans ve yüzde dağılımları	43
Tablo 5.6.	Katılımcıların yurt dışında çalışma düşüncesine ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımları.....	44
Tablo 5.7.	Katılımcıların imkanı olsa gitmek istedikleri ülke / bölgeye ilişkin vermiş oldukları cevapların frekans ve yüzde dağılımları	45
Tablo 5.8.	Katılımcıların yurtdışı çalışma koşulları hakkında bilgi aldıkları kanalların yüzde ve frekans dağılımları	45
Tablo 5.9.	Katılımcıların yurtdışında çalışmanın sağlayacağı avantajlara ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımları.....	46
Tablo 5.10.	Katılımcıların şiddet görme durumları ve yurtdışına gitme isteği arasındaki ilişkiye ilişkin ki-kare analizi	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Şiddetin Risk Faktörleri	13
Şekil 3.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ile İlgili Faktörler.....	16



EKLER LİSTESİ

Ek-1: Etik Kurul Onay Formu	66
Ek-2: Anket Formu	67



ÖZET

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının iş yerinde maruz kaldıkları şiddetin türlerini, sıklığını ve bu olayların sağlık çalışanlarının yurtdışına çıkma eğilimlerini ne derece etkilediğini anlamayı amaçlamaktadır. Çalışma, sağlık sektöründe artan şiddetin yalnızca bireyleri değil, sağlık sistemini ve genel toplum refahını nasıl etkilediğini ortaya koymayı hedeflemektedir. Sağlık çalışanlarının yurtdışına çıkma eğilimlerinin temel nedenlerinden biri olan şiddet olgusu hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ele alınmıştır. Özellikle hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan şiddetin yoğunluğu, sağlık çalışanlarının yurtdışına göç etme eğilimlerini tetiklemektedir.

Anket sonuçları, katılımcıların demografik bilgileri, maruz kaldıkları şiddet türleri ve şiddetin sonuçları üzerine kapsamlı bilgiler sunmuştur. Ayrıca yapılan çalışma bu deneyimlerin bireysel psikolojik ve sosyal etkilerine dair derinlemesine veriler sağlamıştır. Bulgular, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin, onların yurtdışına çıkma eğilimlerini artırdığını göstermektedir. Bu durum, özellikle genç sağlık çalışanlarında daha belirgin bir şekilde yurtdışına çıkma eğilimini artırmaktadır. Katılımcılar, yurtdışındaki daha iyi çalışma koşulları ve ekonomik refahın daha yüksek olması gibi nedenlerle göç etmeyi düşündüklerini ifade etmişlerdir. Çalışma, aynı zamanda mevcut şiddet önleme politikalarının ve uygulamalarının yetersizliğine işaret etmektedir. Sonuçlar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin azaltılması için daha kapsamlı ve etkili politikalar geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Öneriler arasında, çalışanların güvenliğini artırmak için daha sıkı yasal düzenlemeler, güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi, toplum farkındalığının artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişim becerilerinin geliştirilmesi yer almaktadır. Ayrıca şiddete maruz kalan çalışanlara psikolojik destek sağlanması ve şiddet eğilimlerini azaltmaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

Bu tez çalışması, sağlık sektöründe şiddetin sosyolojik ve psikolojik boyutlarını ortaya koyarak, bu durumun bireysel ve toplumsal düzeydeki etkilerini anlamaya katkıda bulunmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarının yurtdışına göç etme nedenlerinin anlaşılması, sağlık sistemini güçlendirmek için önemli ipuçları sunmaktadır. Sağlık sektöründeki şiddetle mücadele, sadece bireyler için değil, toplum sağlığı ve refahı için de hayati bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanları, tıbbi beyin göçü.

ABSTRACT

EXAMINING THE EFFECT OF VIOLENCE IN HEALTH ON MEDICAL BRAIN DRAIN

This study aims to understand the types and frequency of violence that healthcare workers are exposed to at work, and to what extent these incidents affect healthcare workers' tendency to go abroad. The study aims to reveal how increasing violence in the healthcare sector affects not only individuals but also the healthcare system and general public welfare. The phenomenon of violence, which is one of the main reasons for healthcare workers' tendency to go abroad, has been addressed at both individual and institutional levels. In particular, the intensity of violence from patients and their relatives triggers healthcare workers' tendency to migrate abroad. The survey results provided comprehensive information on the demographic information of the participants, the types of violence they were exposed to, and the consequences of violence. In addition, the study provided in-depth data on the individual psychological and social effects of these experiences. The findings show that the violence that healthcare workers are exposed to increases their tendency to go abroad. This situation increases the tendency to go abroad more significantly, especially in young healthcare workers. The participants stated that they considered migrating due to reasons such as better working conditions abroad and higher economic prosperity. The study also points to the inadequacy of current violence prevention policies and practices. The results reveal that more comprehensive and effective policies should be developed to reduce violence against healthcare workers. Recommendations include stricter legal regulations to increase the safety of workers, strengthening security measures, increasing public awareness, and developing communication skills in the provision of healthcare services. It is also recommended that psychological support be provided to workers exposed to violence and training be organized to reduce violent tendencies.

This thesis study contributes to understanding the individual and societal effects of violence in the healthcare sector by revealing the sociological and psychological dimensions of violence. In particular, understanding the reasons for healthcare workers' migration abroad provides important clues for strengthening the healthcare system. Combating violence in the healthcare sector is of vital importance not only for individuals but also for the health and well-being of society.

Keywords: Violence in health, healthcare workers, medical brain drain.

1. GİRİŞ

Olgusal bir gerçeklik olarak geçmişten günümüze insanın yaşamında önemli bir yere sahip olan şiddet, her türlü indirgeme karşısında anlam kazanabilecek bir gerçekliğe sahiptir. Homo-Faber'in alet yapabildiği dönemlerden bugünün bilgisi Homo-Sapiens'e kadar oldukça geniş bir birikim ile şiddet olgusu kendisini insan ve insanımsılarda göstermektedir. Şiddet olgusu oldukça geniş bir yelpaze içerisinde ele alınmaktadır. Tek taraflı insanın doğa üzerinde uyguladığı şiddet biçimini Homo Faber'in alet yapabilme döneminden bu yana meydana gelen "baskı" biçimiyle ele alabilirken Homo Sapiens'in bilgiyle tüm bu kısıntıları bir araya getirerek oluşturduğu "baskı, tahakküm, fiziksel ve psikolojik alanın tecavüze ve muhtelif çeşitleriyle şiddete kadar ele alınıp okunabilir. Aristoteles'in insan tanımlamasındaki "zoon politikon"la anlatmaya çalıştığı politika yapabilme kabiliyetine sahip insanı Arthur Schopenhauer, "İnsan Doğası Üzerine" eserinde sebepsiz kötülük yapabilen tek varlık olarak tasvir etmiştir. Elbette az önce adı geçen düşünürler bu savlarla bugünün düşün dünyasına yön vermekte olsalar da bu konu hakkında tamamı aydınlatılmış gerçeklikler değildir. Bu çalışmada tüm bu savları göz önünde bulundurarak şiddet olgusunun gerçekliğine bilimsel ve düşünsel olarak mesafeli yaklaşmak olacaktır. Keza şiddet sosyal bilimler alanında sıklıkla tartışılan bir olguyken sosyoloji, toplumsal kurumların oluşturduğu bir sürekli gerçeklik olarak görse de psikoloji aynı kavramı bir davranış biçimi olarak açıklamaya çalışmaktadır. Örneğin, Sigmund Freud, saldırgan ve şiddet içeren davranışların ortaya çıkışını içgüdüsel davranış olarak değerlendirmiş ve bunu "ölüm içgüdü" olarak açıklamaya çalışmıştır. Ona göre insan; şiddet ve ölüm içgüdüyle doğar ve bu nedenle şiddet içeren davranışlar insan doğasının bir sonucudur (Taşdemir Afşar, 2015).

Tahrip alanı, etkileri, yıkımı ve sonuçlarıyla şiddet gündelik hayatın neredeyse tüm alanlarında farklı farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Michel Foucault'un iki insanın arasında dahi beliriveren iktidar olgusunun bile en büyük parçası olarak tanımladığı şiddetin daha sık olarak karşımıza çıktığı durumları söz konusudur. Bunlar evde, sokakta, işyerlerinde, okullarda ve hatta günümüzün kaçınılmaz gerçekliği olan sosyal medya platformlarında dahi farklı biçimlerde sürekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet olgusunun aşırılığının en belirgin biçimleri insanların sürekli olarak savaş, katliam, terör, tedhiş ve işkence gibi biçimleriyle karşımıza çıkmasıdır. Doğrudan veya dolaylı olarak

şiddete maruz kalan mağdurlar farklı olsa da kaçınılmaz gerçek, şiddetin her geçen gün artması ve şiddete bağlı ölümlerin artmasıdır (Taşdemir Afşar, 2015).

Bu bağlamda ortalama olarak, her yıl 1,3 milyondan fazla insan şiddet nedeniyle hayatını kaybetmekte ve dahası şiddetin farklı biçimlerinden etkilenmektedir. Bu rakam dünya çapındaki tüm ölümlerin yaklaşık %2,5'i olmasına rağmen; şiddete bağlı ölümlerden en çok 15-44 yaş arası kişiler hayatını etkilenmektedir (WHO, 2014). 2022 yılı verilerine göre her yıl ortalama 1,4 milyon kişi şiddet nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı her gün yaklaşık 3.800 kişiye tekabül etmekte ve şiddetin ciddi bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olduğunu göstermektedir (WHO, 2022). Ayrıca ölümlerle sonuçlanmayan, fiziksel veya ruhsal yaralanmayla sonuçlanan şiddet eylemleri de önemli ölçüde yaygındır (Butchart vd., 2014). Dolayısıyla tam olarak çalışmanın dirsek temasında olduğu nokta burasıdır. Yukarıda bahsedilen gündelik hayatın gerçekliği olarak karşımıza çıkan şiddetin bu çalışmaya teması da yine bu alanın ihtivasıdır. Elbette sosyolojik ve psikolojik olarak birçok biçimde değerlendirilse de yapılan bu çalışmada sağlık alanında kendini gösteren şiddetin daha çok sosyolojik birtakım sorunlardan mütevellit meydana gelişi üzerine eğilim gösterilmiştir. Her alanda kendini gösteren şiddet insanların gündelik hayatını idame ettirmeye çalıştıkları alanlarda da ortaya çıkmaktadır. Öyle ki bu şiddet biçimi kimi zaman iş alanının idare kısmından muhataplarına kadar uzanmaktadır. Çalışanların işle ilgili faaliyetleri yürüttüğü alanda; saldırı, tehdit, tedhiş ve saire gibi herhangi bir davranışa maruz kalmaları tam olarak çalışmanın merkezi konumdadır. İşyerinde görülen şiddeti tanımlarken işyeri saldırganlığı, işyeri istismarı, mağduriyet, iş ile ilgili şiddet, işyeri şiddeti, olumsuz sosyal davranış gibi birçok kavram karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramlar terimsel olarak farklılık gösterse de genellikle işyeri şiddetini ifade etmek için kullanılmaktadır (Yıldız vd., 2011).

Her türlü iş ortamında kendini gösteren şiddetin mesleklere göre dağılımına bakıldığında; hizmet sektörü, eğitim sektörü, sosyal ve sağlık sektörlerinin başı çektiği ve sağlık çalışanlarının şiddet hedefi olma riskinin diğer sektörlerle göre 16 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Elliott, 1997). Bu bakımdan şiddet olgusunun sağlık çalışanları için ciddi bir sorun olduğu açıktır (Çınarlı vd., 2014). Elbette sağlık sektöründe şiddetin yoğunlaşmasının sebebinin sosyolojik olarak belirivermesinin yanında psikolojik bir dışavurumdan kaynaklanması da göz ardı edilmemelidir. Sağlık sektöründe şiddetin meydana geldiği durumlar kimi zamanda herhangi bir tedavinin bir yaptırımın bir uygulamanın bir sorunun eleştirisinden kaynaklı şiddet eylemine dönüşmüş olsa da en

önemli sebeplerinden biri ise insan yaşamının tehlikeye girdiği durumlarda daha çok pratikleşmesidir. Savaşlar, kaos anları, salgın hastalıklar ve beklenmedik sağlık sorunları şiddet olgusunun psikolojik olarak varlığını tetiklemektedir. Tabii ki tüm bunları ifade ederken yukarıda da belirtildiği üzere insanı şiddet olgusuna “sürükleyen” sosyolojik sorunların tetikleyiciliğini de yinelemekte fayda olacaktır. Bahsi geçen kaos, salgın hastalık gibi durumların tetikleyiciliği hususunda ise son sistematik incelemeler ve Dünya Sağlık Örgütü’nün ifade ettiği şekliyle Covid-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ciddi şekilde artış göstermiş ve örgüt bu şiddet eğilimlerini kınamıştır (WHO, 2022). Dolayısıyla aslında böylesi bir örgütün, şiddet karşısında göstermiş olduğu karşı tepkiler ve kınamalar sağlık sektöründe yer alan şiddet olgusunun küresel bir gerçeklik olduğu işaret etmektedir.

İşyerinde şiddet tüm bu bilgiler doğrultusunda ele alındığında sağlık sektöründe diğer sektörlerle göre daha yaygın olduğu görülmektedir. Yineleyerek bahsetmekte fayda olacaktır, sosyolojik sorunlar sektörlerde konu özelinde ise sağlık sektöründe şiddetin artış göstermesinde çok büyük etkiye sahiptir. Toplumda artan şiddet, yasalardaki yetersiz ceza ve yaptırımlar, sağlık hizmetlerinden yüksek beklentiler, sağlık sektörünün doğasında var olan riskler, iletişim eksikliği, medyanın toplum üzerindeki etkisi ve sağlık kuruluşlarında tezahür eden sorunlar nedeniyle kendini göstermektedir. Sağlık tesisleri yapısal olarak karmaşık işyerleridir. Bu işlerde çok ağır işler yapmak da şiddet olaylarını tetiklemektedir. Sağlık çalışanları, hastalar ve aileleri arasında gergin etkileşimler ve insan ölümleri bu durumu ciddi anlamda etkilemektedir (Ünal, 2019). Bir bilimsel araştırmanın sınırlılıklarının gözler önüne serilmesi oldukça zor bir durum iken sağlıkta şiddet istatistiklerinin ulusal ve uluslararası ölçekte ve sürekli olarak tutulması da bu sebeple oldukça zordur. Her şiddet eyleminin çeşitli nedenlerle kayıt altına alınmaması/alınamaması hatta bazı şiddet eylemlerinin normal davranışlar olarak kabul edilmesi sağlıkta şiddet araştırmalarını zorlaştırmaktadır (Gürsoy, 2021). Pek çok ülkede, sağlıklı şiddeti keşfetmek için kapsamlı araştırmalar yapılmıştır.

Almanya’da birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet veren hekimlerin %23’ü şiddetli saldırganlık veya şiddet yaşadığını belirtmiştir (Vorderwulbeck vd., 2015). Avustralya’da yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin %63.7’si son bir yıl içerisinde şiddete uğradığını şiddetin önlenmesine dair eğitim almadığını bildirmiş ve %80 ile bu şiddet türünün sözel olduğu tespit edilmiştir (Magin vd., 2005). Hindistan’da sadece bir yıl içinde hekimlerin %87,3’ü işyerinde sözlü saldırıya maruz kalmış, %8,6’sı fiziksel şiddet

gördüğünü belirtmiştir (Kumar vd., 2016). Belçika’da yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %79,8’inin son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldıklarını ve karşılaşılan şiddet türlerinin ise %89,8 sözel şiddet, %21,1 psikolojik şiddet ve %7,7’sinin cinsel saldırganlık olduğu tespit edilmiştir (Demeur vd., 2018). Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında 2730 kez fiziksel şiddet, 8041 kez sözel şiddet olmak üzere beyaz kod verildiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Her ülke ve toplum kendi alanlarında şiddetin önüne geçmek için birtakım önlemler alsa da şiddet, eylemlilik halinden çıkıp toplum sorunu olarak kabul görme yolunda emin adımlarla tüm dünyada kendini göstermektedir. Örneğin, Hindistan hükümeti, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti 7 yıla kadar hapis cezası gerektiren bir suç haline getirmiş olsa da Türkiye’de de “Beyaz Kod” gibi uygulamalar geliştirilmiştir fakat görünen o ki bu alanda şiddet eğilimi her geçen gün kendini yenileyerek yeniden üretmektedir (Taştanir, vd., 2022). Öyle ki şiddeti azaltmaya/ engellemeye yönelik çözümlerin arandığı ve suç teşkil eden fiilleri ağırlaştırmaya yönelik girişimlerinin olduğu Türkiye’de sağıkta şiddet sürekli olarak gündemdedir. Şiddetin yaygınlığının ve şiddete doğrudan katılan kişilerin görüşlerinin öğrenilmesiyle bu sorunun azaltılabileceği/ ortadan kaldırılabilceği söylenebilir. Çalışmada ele alınan sağık personellerinin yurt dışına gitme eğilimi tüm dünyada görülen ortak bir durumdur. Özellikle Afrika, eski Avrupa sömürgeleri ve Doğu Avrupa’da yaygın olduğu görülmektedir. ABD, Kanada, İngiltere, Avustralya ve Yeni Zelanda’da çalışan sağık çalışanlarının yaklaşık %25’i düşük gelirli ülkelerde eğitim görerek söz konusu ülkelerde çalışmada başlamıştır (Emeka 2015).

Yukarıda verilen istatistikler ışığında bakıldığında sağıkta şiddet dünyanın her yerinde yaşanan ve birbirine benzerlik gösteren bir olgudur. Benzer durumlar karşısında başka ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de var olan, sağık sektöründeki şiddetin sonucu olarak çalışanların yurt dışına gitme eğilimlerinin ne düzeyde olduğunun ortaya koyulması önem arz etmektedir. Beyin göçüne karar veren ya da düşünen sağık çalışanlarının şiddet nedeniyle bu kararı vermiş olabilecekleri düşünülerek bu çalışmada araştırma konusu olmuştur. Bu tez çalışmasında sağıkta şiddetin beyin göçüne etkisinin bilimsel olarak ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Bu bağlamda hazırlanan bu tez çalışması iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öncelikle şiddet kavramının tanımı, şiddet türleri, işyerinde şiddet ve bu durumu etkileyen faktörler ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Daha sonra sağıkta şiddet olgusu derinlemesine irdelenerek sağıkta şiddetin uygulayıcıları, sonuçları, alınabilecek önlemler,

bu konudaki yasal düzenlemeler üzerinde durulmuştur. Akabinde Türkiye’de ve dünyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları ve bu konuda yapılan çalışmalar detaylı olarak irdelenmiştir. Kuramsal çerçevede son olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve beyin göçü ilişkisi derinlemesine ele alınmıştır. Araştırmanın ikinci bölümünde de bahsi geçen bu iki kavram arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan bir alan araştırmasının detaylarına yer verilmiştir. Araştırma bulguları literatür doğrultusunda yorumlanarak birtakım öneriler geliştirilmiştir. Sağlık çalışanlarına, sağlık yöneticilerine ve yasa yapıcılara yönelik geliştirilen bu önerilerin hayata geçirilmesi sağlıkta şiddeti engelleyerek beyin göçünü durdurmaya katkı sunacağı düşünülmüştür.



2. ŞİDDET KAVRAMINA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

Birçok şiddet kavramı olması rağmen bu başlık altında konumuzla bağlantılı olarak işyerinde yaşanan şiddet türlerinin tanımlanması üzerine yoğunlaşılacaktır. Bu şiddet türleri ise genel olarak uygulama şekillerine göre ve uygulanma alanlarına göre iki başlık altında incelenecektir. İşyerindeki fiziksel ve psikolojik şiddet türleri ise daha kapsamlı olarak ele alınacaktır.

2.1.Şiddet Kavramı

Bu başlık altında şiddet kavramı detaylı şekilde açıklanmaya çalışılmıştır. Şiddetin tarihi, insanlığın kökenlerine kadar uzanır ve hayatın her alanında kendine yer bulur. Literatürde şiddet tanımlamaları dar ve geniş perspektiflerden yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından en dar anlamıyla şiddet; fiziksel gücün insan vücudunun bütünlüğüne karşı dışsal, şiddetli ve travmatik davranışı olarak tanımlanmaktadır (WHO 2015). Kişinin hayatını, malını, vücut bütünlüğünü ve özgürlüğünü tehdit eden unsurlar içerebilir. Başkalarını yaralama, cinsel şiddet, soygun, tutuklama ve intihara teşebbüs gibi durumlar da bu kapsama girmektedir (Ünsal, 1996). Geniş anlamda şiddet ise insanda yarattığı fiziksel ve ruhsal etkileri tam anlamıyla hesaplanamayan dolaylı baskılar bütünü ifade etmektedir (Limnili vd. 2017). Gündelik hayatın birçok alanında karşılaşılan ve ekonomik baskı, medya terörü, enflasyon, işsizlik, doğanın zarar görmesi ve tarihsel çevrenin tahrip edilmesi gibi örnekler de verilebilir (Erten vd., 1996). Şiddete dair kavramsal gerçeklikleri tartışırken toplumsal olarak yansımalarına dair görüngülere de temas etmekte fayda olacaktır. Öyle ki şiddetin gündelik hayat içerisinde yansımaları toplumdan topluma tarih boyunca ve günümüzde de farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık toplumların kendi iç dinamiklerine, kültürel bağ ve oluşumlarına göre farklılaşabilmektedir. Örnek verecek olursak kırsalda yaşayan kız çocuklarının toplum tarafından evlenip anne olmalarının beklenmesi, kadınların toplumda ikinci plana itilmesi, kan davalarının “namus” algısı veya başka biçimlerde yeniden üretilmesi gibi davranışlar şiddet olarak kabul edilmese de gelişmiş toplumlarda bu tür kabullenişler şiddet olgusu olarak benimsenmektedir. Yine şiddetin tanımı zaman içinde değişebilir. Eski zamanlarda vahşi doğada avlanmak gerekli kabul edilirken, şimdi eğlence için başka bir canlıyı öldürmek şiddet içeren bir davranış olarak kabul edilmektedir (Cinoğlu, 2015). Şiddetin toplumun tüm katmanlarına nüfuz

ettiğini, tüm dünyada hızla artmakta ve çeşitlenmekte olduğunu farklı araştırmalarda ortaya koymaktadır. Şiddetin, parlamentolardan komşulara, okullardan aile ortamlarına, hastanelerden işyerlerine kadar birçok yerde yaşandığı medya tarafından sıklıkla gündeme getirilmektedir (Keleş vd., 1996). Şiddetin sebepleri hususunda birçok noktaya ileride temas edilecek olsada şiddeti ifşa eden kişi veya kişiler açısından bakıldığında birden fazla sebep ortaya çıkabilmektedir. Şiddet uygulayıcılarının yönelim sebeplerinin genel olarak geçerli olarak görüldüğü birtakım düşünceler dizesine sınırlar ve meşrulaştırma eğilimi taşırlar (Uludağ vd., 2016).

2.1.1. Şiddet türleri

Hemen her toplumda ve zamanda farklı biçimlerde meydana gelen şiddet genel kabul görmüş hali ile; fiziksel şiddet, sözlü şiddet, zihinsel şiddet, cinsel şiddet, ekonomik şiddet, sanal ve sembolik şiddet olarak sınıflandırılmaktadır. Bu bölümde işyerinde yaşanan şiddet türlerini bir sıra halinde tanımlama çabasına girişmek yerinde olacaktır. Bir tablo halinde aşağıda sunulan şiddetin türlerinden iş yerlerinde karşılaşılanlara çalışma boyunca farklı yerlerde açıklık getirmeye çalışılacaktır.

Tablo 2.1. Uygulanma şekline ve uygulandıkları ortamlara göre şiddet türleri

Uygulanma Şekline Göre	Uygulandıkları Ortamlara Göre
1. Fiziksel şiddet	1. Aile içi şiddet
2. Sözel/psikolojik şiddet	a) İntihar/öz kıyım
3. Cinsel şiddet	b) Kadınlara yönelik şiddet
4. Ekonomik şiddet	c) Çocuklara yönelik şiddet
5. Simgesel şiddet	d) Kardeşler arasında şiddet
6. Siber şiddet	e) Flört/partner şiddeti
	2. İşyerinde şiddet
	a) Çalışanlara yönelik şiddet (Mobbing)
	b) Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet
	3. Kolektif şiddet
	a) Yaşlılara yönelik şiddet
	b) Engellilere yönelik şiddet
	c) Akranlar arası şiddet
	d) Etnik gruplara yönelik şiddet
	e) Mültecilere yönelik şiddet
	f) Norm dışı cinsel tutum veya davranış gösteren bireylere yönelik şiddet
	g) Sporda şiddet

Kaynak: Tosun, 2021.

Şiddetin türleri denildiğinde ilk akla gelen fiziksel şiddet: doğrudan temas, korkutma, tehdit edici beden dili, yüksek ses ve sorgulayıcı jest ve mimiklerle bir nesnenin kullanımı veya fiziksel üstünlük yoluyla ifade edilen her türlü tutum ve davranış olarak tanımlanabilir. Fiziksel şiddetin en yaygın örnekleri arasında bıçak veya benzeri uçlu alet veya silahla vurmak, yumruklamak, tekmelemek, itmek, sıkmak, zapt etmek, tehdit etmek veya yaralamak sayılabilir (Karaca, 2014). Saldırganlığın çekirdeğini oluşturan fiziksel şiddet diğer şiddet biçimlerine göre tanımlanması daha kolay olmakla birlikte en sık karşılaşılan şiddet türüdür. Yaygın anlayışa göre şiddet kavramı fiziksel şiddeti ifade etmekte olup şiddet türleri içinde toplumların tamamına yakını tarafından kabul edilmektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan kişi yaralanabilir, vücut bütünlüğü bozulabilir ve hatta ölümle sonuçlanan durumlar ortaya çıkabilir. Genel olarak fiziksel şiddet güçlüden zayıfa doğru olur. Örneğin, aile üyeleri tarafından uygulanan fiziksel şiddet, ebeveynlerden çocuklara ve gençlere kadar çoğunlukla babadan anneye yöneliktir. Şiddet olayları kişilerin cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine ve mesleki durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir ancak bu eğitilmiş, kültürlü, sosyal statüsü yüksek kişilerin şiddet mağduru veya faili olmayacağı anlamına gelmez (TBMM, 2013).

Fiziksel şiddet, uygulanma şekline göre iki gruba ayrılabilir (Güler, 2012).

- **Aletli saldırılar:** Bıçak, kemer, sopa veya tabanca ile yaralanma ve hatta ölümle sonuçlanabilecek bir saldırı türüdür.
- **Aletsiz saldırılar:** Şiddet uygulayanın bıçak, kemer, sopa, ateşli silah gibi aletler kullanılmadan tekme, tokat, çimdikleme, ısırma şeklinde davranışlarla sürdürdüğü fiziksel şiddet türüdür.

Günümüzde oldukça üzerine yoğunlaşılan ve zararlarının ölçülmesi zor olan şiddet türü ise psikolojik şiddettir. Aynı zamanda duygusal şiddet olarak da bilinen psikolojik istismar, bir grup veya birey üzerinde, fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki özelliklerine kalıcı zarar verebilecek fiziksel güç uygulanabileceğini hissettiren, tehditler de dahil olmak üzere kasıtlı baskı olarak tanımlanmaktadır (Pınar vd., 2013). Psikolojik şiddetin uygulandığı işyerlerinde sosyal ilişkilerin de olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir. Doğrudan psikolojik şiddete maruz kalmasalar bile diğer çalışanların tanıklık ettikleri şiddet olayları iş hayatında kaygı yaratır. Şiddete maruz kalmanın yarattığı tedirginliğin personel arasındaki uyumu bozduğu işyerlerinde bir güvensizlik ortamının sorun olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Tınaz vd., 2013). Leymann (1996) psikolojik şiddet kavramını “iş ortamında hemen hemen her gün ve aylarca bir veya daha fazla kişinin bir veya daha fazla

kişiyi saldırdığı (kötü davranış, dedikodu vb.) sosyal etkileşim” ve bunun sonucunda oluşan bir durum olarak tanımlamaktadır. Bu iletişim, çalışanı neredeyse çaresiz ve kovulma riskiyle karşı karşıya bırakır (Leymann vd., 1996). Şentürk vd. (2017)’ne göre psikolojik şiddet genellikle fiziksel şiddetten önce gelir. Sürekli eleştiri, hakaret, güven sözleri ve bakışlar özgüveni sarsar ve insan kendini her konuda eksik, bağımlı ve kendi kendine yetemeyen, aciz, beceriksiz ve yeteneksiz görmeye başlar. Diğer şiddet biçimlerinde olduğu gibi, duygusal istismarın birincil amacı, mağdur üzerindeki kontrolü ve gücü artırmaktır (Aka, 2018). Birçok kişi veya toplum tarafından psikolojik şiddet içerisinde fiziksel anlamda bir zarar söz konusu olmadığı için önemsiz olarak kabul edilebilmektedir. Dolayısıyla fiziksel yaralanma yoksa eylem, saldırı olarak kabul edilmemektedir. Buna karşılık, mağdurların çoğu, duygusal istismarın fiziksel yaralanmalardan daha acı verici ve zarar verici olduğunu söylemektedir. Kanıtlanması çok zor olduğu için etkileri uzun vadede görülebiliyor diğer şiddet biçimlerine göre daha zararlı ve oldukça yaygındır (Aka, 2018). Son yıllarda yapılan araştırmalar, işyerinde “psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha tehlikeli” olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışma ortamında güvenlik sorunlarına ve meslek hastalıklarına neden olduğu belirtilmektedir (Chappell vd., 2006). Psikolojik şiddet, iş doyumunun düşmesine, moral ve motivasyonun düşmesine, yüksek stres düzeyine, psikosomatik ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasına, işgücü piyasasından dışlanmaya neden olmaktadır (Şentürk vd., 2017). Psikolojik şiddet iş hayatının neredeyse tüm alanlarında kendini göstermektedir. Çalışmanın odak noktası olan sağlık sektörü de bu alanların başında gelmektedir. Bu bağlamda sağlık sektörü çalışanları ve onların icra ettikleri meslek grupları yüksek riskli topluluklar arasında yer almaktadır. Hasta, hasta yakınları ve yönetici kadrosu bağlamında sağlık çalışanları hizmet vermeye çalışırken psikolojik şiddetin her türlü aşaması ile karşılaşabilmektedir. Burada önemli hususlardan biri de hizmet verme saikidir bu noktada kurumların kendi iç yapısındaki yetersizlik ve imkansızlıklar psikolojik şiddetin gelişimini tetiklemektedir. Psikolojik şiddetin en önemli yöntemlerinden biri de sözel şiddettir. Kişiyi küçük düşüren, aşağılayan veya kişinin değerlerine ve itibarına saygı gösterilmeyen hakaret, sövme, bağırma, aşağılama, korkutma ve tehdit gibi sözlü anlatımları içermektedir.

Bir başka psikolojik şiddet yöntemi ise yine sözel şiddetin içerisinde değerlendirilebilecek olan tehdit durumlarıdır. Tehdit; bir bireye veya topluluğa fiziksel, cinsel, psikolojik veya herhangi bir zarar verme korkusu yaratan veya fiziksel güç kullanacağını ifade eden söylemler ve eylemler bütünüdür (Di Martino, 2002).

Öte yandan iş hayatının son dönemlerde daha yoğun ilişkilerle yürütülmesi ile beraber oldukça popüler hale gelen mobbing kavramı ise bir başka psikolojik şiddet biçimidir. Mobbing, bir başka deyimle süregelen yıldırma davranışlarını ihtiva etmektedir. Leymann (1996) mobbing terimini literatüre kazandıran bilim insanıdır. Terim, çoğunlukla çalışma gruplarında bir meslektaş veya meslektaşlarına yönelik saldırgan davranışları ve psikolojik saldırıları tanımlamak için kabul edilmektedir. Genel olarak, yıldırıcı başka bir çalışana zarar vermek için kasıtlı bir strateji olarak kullanılan ve bu işçinin istihdamından vazgeçme niyetiyle pasif-agresif grup davranışlarına odaklanma eğilimindedir. Ayrıca yıldırma, tükenmişliğin şiddetini göstermek için kullanılanlara benzer derecelerle temsil edilir yani birinci, ikinci ve üçüncü derece yıldırma gibi kendini göstermektedir. Üstler tarafından çalışanlarına veya diğer çalışanlara karşı acımasız veya aşağılık davranışlarla gözdağı, aşağılama ve uzun süreli kötü davranışlarla periyodik gözdağı, haksız nedenlerle işten çıkarılmaları veya istifa etmeleri ile sonuçlanacaktır (Chappell vd. 2006).

Bu çalışma için oldukça önemli bir yere sahip olan bir başka şiddet türü ise ekonomik şiddettir. Ekonomik şiddet; insanların hayatta kalmak için ihtiyaç duyduğu ekonomik olanaklardan mahrum kalmasıdır. Ekonomik kaynakların ve sermayenin bireylere karşı yaptırım, güç ve tehdit aracı olarak kullanıldığı şiddet türüdür. İnsanların mallarına veya paralarına el konulması, sosyal haklardan yararlanılması ve gelirlerinin şiddetli bir şekilde yok edilmesi gibi eylemleri içerir. Alkol, işsizlik, hakların bilinmemesi, güç korkusu ekonomik şiddete neden olan etkenlerdendir. Örneğin, çalışanlara çalışma hayatında yeterli maaşın verilmemesi veya daha az verilmesi veya aile hayatında bir kadından zorla para alınması ve paranın nasıl ve nereye harcandığının kontrol edilmesi ekonomik şiddetin her türlüşüdür (Arslan, 2019). Bu tür durumların örneklendirilmesinde herhangi bir kısıtlanma durumu söz konusu değildir çünkü gündelik hayatın her alanında ekonomik şiddetin görüngüleriyle karşılaşılabilir. Ekonomik şiddet, ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişmelerini engelleyen bir olgudur. Çoğunluğu kadın olan 1,5 milyar yoksul insandan oluşan dünyamızda, yoksulluk ekonomik şiddetin hem nedeni hem de sonucudur (Can Gürkan vd. 2009). İşsizlik, yüksek enflasyon ve yetersiz sosyal güvenlik imkanları ekonomik şiddetin kaynağı olarak görülmektedir. Bireylerin düşük ücretleri ve düşük satın alma güçleri insan hayatını tehdit eden unsurlardır. Ekonomik şiddete maruz kalan insanlar şiddete karşı daha savunmasızdır. Ekonomik şiddet işyerlerinde değişik şekillerde görülmekte olup çalışma bağlamında kamu veya özel sağlık sektöründe

yöneticilerin çalışanlar üzerinde kurdukları türlü ekonomik tahakküm biçimleriyle kendisini göstermektedir (Yıldız vd., 2011).

Öte yandan bu çalışma ile ilişkili olarak siber ve sanal şiddete de yer verilmiştir. Teknoloji çağı olan 21. yüzyılda bilişim teknolojileri kullanılarak suç işleme durumuna sıklıkla rastlanmaktadır. Siber şiddet kavramı kişisel bilgisayar, telefon gibi bilişim araçları kullanılarak rahatsız edici mesajlar, iftira, müstehcen içerikli görsel materyallerin kullanılması gibi yollarla ortaya çıkan şiddeti ifade etmektedir (Polat, 2016). Sanal şiddet diğer şiddet türlerinden şu şekilde ayrılmaktadır. Sanal şiddette, istismarcı karşı tarafla doğrudan iletişime geçmez, internet aracılığıyla ona zarar verir. İletişimin teknolojik gelişimi ve dijital medyanın yoğun kullanımının getirdiği yeni iletişim olanaklarına ek olarak bu anonimlik olasılığı, dijital şiddeti dijital medya için daha büyük bir sorun haline getirmektedir (Özmen, 2018). Arslan (2019)'a göre sanal şiddet davranışları gösteren kişilerin saldırganca tavırlar sergiledikleri veya şiddete eğilimli oldukları düşünülmektedir. Bu tutumlar sanal ortamda diğer kişilere psikolojik zarar vermeye neden olur. Tüm eylemlerin şiddet uygulayıcısının gerçek hayatta büyük ihtimalle yapamayacağı davranışı gerçekleştirmiş olması sebebiyle mutluluk duyacağı belirtilmiştir. Teknolojinin baş döndürücü gelişimi hayatı kolaylaştırırsa da bu gelişme bazen çeşitli zorluklar yaratabiliyor. Bu teşvik edici olumlu yönlerine ek olarak, tekniğin doğasında bulunan kırgınlık, öfke, intikam vb. zorbalık gibi olumsuz davranışların bir yansıması olarak da kullanılabilir. Bunlardan biri de siber zorbalıktır (Dikmen vd., 2017). Kullanıcılara birçok imkân sunan internet teknolojileri ve yeni medya ortamları, anonim kimliklerin ortaya çıkması, mahremiyetin kaybolması gibi güvenlik sorunları da yaratmış ve riskleri de beraberinde getirmiştir. Siber şiddet eylemi ciddi boyutlarda olabilecek, psikolojik, sosyal ve duygusal zararlar yaratmaktadır (Polat, 2016). Kamu veya özel sağlık sektöründeki herhangi bir çalışan, hasta veya hasta yakınlarından sanal/siber şiddet bağlamında bir zorbalığa maruz kalabilmektedir. Hasta veya yakını zoraki bir duygusal veya cinsel birliktelik arzusu, yaşadığı/yasadığını düşündüğü bir sorun doğrultusunda sağlık çalışanının açık kimlik bilgileri vasıtasıyla sosyal medya üzerinden rahatsızlık vermek, tehdit içerici söylemlerde bulunmak, hakaret içeren cümleler ve davranışlarda bulunmak gibi sorunlara yol açabilmektedir. Öte yandan gündelik medya araçları veya sosyal medya üzerinden sağlık sektöründe yaşanan şiddet biçimlerinin ve eylemlerinin tüm “çıplaklığıyla” gözler önüne serilmesi sektör içerisinde çalışan kişilerin olaylardan etkilenmesi ve dolayısıyla da baskı altında kalmalarına ve üzerlerinde bir korku hissinin oluşmasına sebep olmaktadır. Bu

noktada ortaya çıkan gerçeklik ise tedhiş olarak kendisini göstermektedir. Dolayısıyla oluşan güvensizlik ve tedirginlik hali sağlık sektörü çalışanın kendi geleceği için daha rahat ve refah yaşam alanları aramasıyla sonuçlanmaktadır.

2.1.2. İşyerinde şiddet

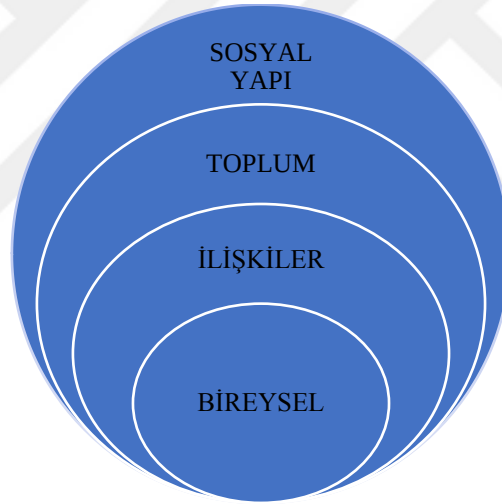
Şiddetin sıkça rastlandığı yerlerden biri de işyerleridir. İşyerinde şiddet, personelin işle ilgili faaliyetlerini yürüttükleri alan içerisinde saldırı, tehdit, istismar vb. herhangi bir davranışa maruz kalmaları durumunu ifade eder. İşyerinde şiddet kavramı, şiddeti uygulayanlara göre dört gruba ayrılmaktadır (Loveless, 2001):

- **Tip I:** Kriminal şiddet olarak da bilinen bu şiddet tipi “suça niyet ederek” şiddete başvurma durumunu ifade eder. İşyerlerinde gerçekleşen tüm cinayetlerin %85’i bu grupta yer alır. Silah kullanımının yaygın olarak görüldüğü şiddet tipi olmakla beraber en çok rastlanan neden hırsızlıktır. Kolluk kuvvetlerinin en sık rastladığı şiddet tipidir. Ayrıca taksi şoförleri, tezgâhtarlar ve gece çalışanlar en fazla risk grubunda yer alan gruplardır.
- **Tip II:** Müşteri ya da tüketicinin yani hizmetten faydalanan grubun hizmeti sunan kişilere (çalışanlara) karşı uyguladığı şiddet türüdür. Şiddete maruz kalma olasılığının muhatap olunan kişi sayısı ile doğrudan ilişkili olduğu söylenebilir. Sağlık kurum ve kuruluşları bu tür şiddete maruz kalmanın sıkça görüldüğü yerlerdir.
- **Tip III:** İşveren tarafından çalışana uygulanan ya da çalışanların birbirlerine karşı uyguladıkları şiddet tipidir. Şiddeti uygulayan ve şiddete maruz kalan kişiler aynı işyerinde çalışmaktadır ya da daha önce birlikte çalışmış kişilerdir. İşyerlerinde meydana gelen cinayet vakalarının %7’si bu grupta yer almaktadır.
- **Tip IV:** Kişiler arası uyuşmazlık veya anlaşmazlıktan kaynaklanan, aynı kurumda/işyerinde çalışmasalar da şiddeti uygulayanın mağduru tanıdığı durumlarda görülen şiddet tipidir. Aile içi şiddet vakalarının işyerlerine yansması sonucu meydana gelen vakalar bu grupta değerlendirilmektedir.

Bu dörtlü sınıflandırmanın bilinmesi, şiddet vakalarının önlenmesi ve azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Çünkü her tip vakaya ilişkin farklı çözümler sunulması, farklı yaklaşımlar geliştirilmesi gerekmektedir. İşyerinde şiddet tipleri genel anlamda fiziksel ve psikolojik şiddet olarak ikiye ayrılrsa da bu ayrımın net bir çizgiyle

yapılması mümkün değildir. Çünkü çoğunlukla bu iki şiddet türü beraber görülmektedir. Burada bahsedilen fiziksel şiddet, saldırıyı ve zarar verici fiziksel eylemleri kapsarken; psikolojik şiddet, tehdit, taciz, zorbalık ve suistimal gibi eylemleri ifade etmektedir (Yıldız vd., 2011). Chappell vd. (2006) ise işyerinde görülen bazı şiddet içerikli davranışları zorbalık, tecavüz, soygun, mağdur etme, yaralama, hırpalama, yumruklama, kaba hareketler, işe müdahale, düşmanca davranma, küfür, kötü söz, imalı sözler ve hareketler olarak örneklendirmiştir.

İşyeri baskısı ya da şiddeti olarak da bilinen, işyerlerinde sıkça görülen bir diğer şiddet türü ise mobbing kavramıdır. Mobbing terimi Latince “mobile vulgus”dan türemiştir. Sistematiik şekilde uygulanan psikolojik taciz ve saldırganlığın ortaya çıkardığı şiddet türüdür. Psikolojik şiddetin bir türü olarak değerlendirilebilir (İlhan vd., 2015). Bağırma, dışlama, sürekli olarak hedef değıştirme, faaliyet ve eylemlerini kısıtlama, hakkında dedikodu yapma sık rastlanan mobbing davranışlarıdır.



Şekil 2.1. Şiddetin Risk Faktörleri

Kaynak: Karaağaç, 2014.

2.1.3. İşyeri şiddetini etkileyen bireysel risk faktörleri

Bireylerin davranışlarını etkileyen veya şiddete maruz kalma olasılığını artıran biyolojik faktörlerdir. Yaş, eğitim seviyesi, gelir durumu gibi sosyo-ekonomik değışkenler bu grupta yer alır. Ayrıca kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı, saldırganlık, geçmişinde şiddet davranışları olması, istismara uğrama gibi faktörler de bireysel risk faktörleri arasında gösterilmektedir (Şen, 2024). İlişkiler grubu faktörü; aile, arkadaş, akraba, sevgili,

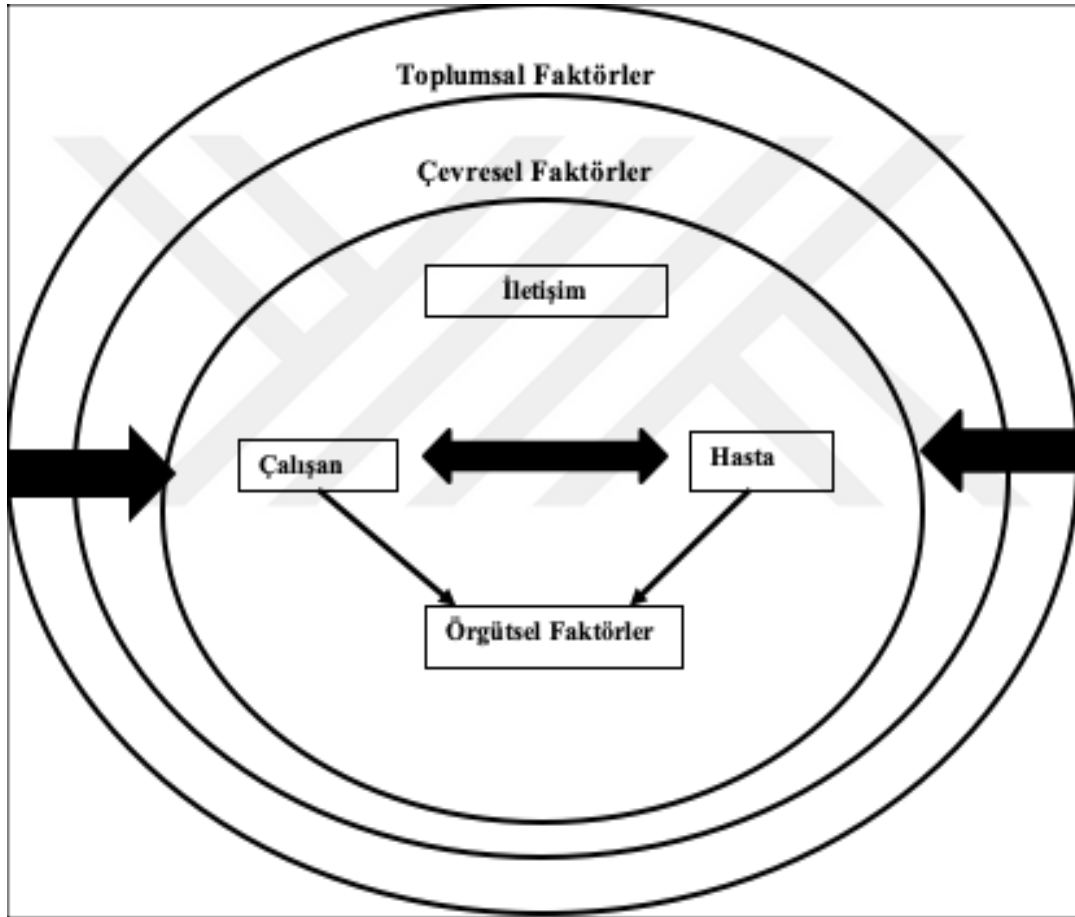
partner gibi yakın ilişki içerisinde bulunan grup ile ilişkiler nedeniyle şiddet ortaya çıkabilmektedir (Polat, 2016). Evlilikte geçimsizlik, şiddet içeren ebeveyn çatışmaları, şiddet uygulayan arkadaş çevresi gibi faktörler bu grup kapsamında değerlendirilir. Toplum faktöründe ise işyeri, okul gibi kalabalık alanlarda sosyal ilişkilerin şiddetin riskini ne düzeyde etkilediği belirlenmeye çalışılmıştır. Yoksulluk, yüksek suç oranları, yüksek işsizlik oranları gibi faktörler bu grup kapsamında değerlendirilir. Sosyal yapı faktörü; şiddetin desteklendiği ya da aksine şiddete engel olunan bir ortam oluşturan, şiddetin ortaya çıkıp çıkmayacağını, ne yönde ilerleyeceğini geniş ölçekte etkileyen toplumsal faktörlerin ele alındığı gruptur. Ekonomik eşitsizlik, cinsiyetten kaynaklanan eşitsizlikler, yetersiz sosyal güvenlik, yetersiz kanunlar, şiddeti destekleyen kültürel normlar, silahlara ulaşımın kolaylığı vb. faktörler bu kapsamda değerlendirilir (Baysan Arabacı, 2022).

3. SAĞLIKTA ŞİDDET

Sağlık sektörü yalnızca stresli ve şiddet içeren çalışma koşulları nedeniyle değil, aynı zamanda çok sayıda kadın çalışan nedeniyle şiddetin en sık yaşandığı alanlardan biridir. İstikrarsız, güvencesiz, düşük ücretli ve düşük statülü işlerde çalışma olasılığı daha yüksek olan kadınlar, erkeklere göre daha fazla şiddet riski altındadır (Di Martino, 2003). Sağlık çalışanları, tehdit edici davranışlarda bulunan hasta ve yakınlarından fiziksel ve cinsel şiddet görme riski altındadır (Saines, 1999). İşyerinde şiddet; izole, bireysel bir sorun olmayıp, sosyal, ekonomik, örgütsel ve kültürel faktörlere dayanan yapısal ve stratejik bir sorundur. Şiddetin, iş alanlarına dağılımı incelendiğinde hizmet sektörü, eğitim sektörü, sosyal hizmet ve sağlık sektörü önde gelmekle birlikte şiddet açısından sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına oranla 16 kat daha fazla risk taşıdığı görülmektedir (Elliot, 1997). Kesintisiz olarak hizmet sunulan sağlık sektörüne ilişkin yapılan birçok çalışmada şiddetin diğer sektörlerle kıyasla daha fazla olduğu, hemşire ve hekimler başta olmak üzere birçok sağlık çalışanının şiddete maruz bırakıldığı ve ağırlıklı olarak sözel şiddetin ön planda olduğu görülmektedir (İlhan vd., 2015). Sağlık sektöründe görülen şiddet, toplam işyeri şiddetinin neredeyse dörtte birini oluşturmaktadır (ILO vd., 2002). Şiddet açısından sağlık çalışanları içerisinde en riskli grubu ambulans çalışanları oluştururken, hemşirelerin şiddete uğrama sıklığının diğer sağlık çalışanlarına oranla 3 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Di Martino, 2002). Sağlık kurum ve kuruluşlarında görülen şiddet, hastalar ve hasta yakınları ile diğer bireyler (iş arkadaşı, yönetici vb.) tarafından uygulanan, sağlık çalışanları açısından risk meydana getiren, fiziksel tehdit davranışları ve sözel tehdit, ekonomik istismar ve cinsel saldırıdan oluşan durum şeklinde tanımlanmaktadır. Hastane ortamında sıklıkla görülebilen bu davranışların genellikle kasıtlı olarak ortaya çıktığı ve saldırgan unsurlar içerdiği gözlenmiştir (Saines, 1999).

Sağlık sektöründe şiddetin nedenlerini ortaya koymak genel anlamda zordur. Çünkü kompleks bir yapıya sahip olan sağlık kurumları farklı meslek gruplarından birçok çalışanı kapsar. Ayrıca şiddetin kaynağını oluşturabilecek birçok faktör (hasta, hasta yakını, iş arkadaşları vb.) söz konusudur. Bir diğer zorluk ise şiddetin farklı biçimlerde ortaya çıkmasıdır (Cooper vd. 2002). Şiddetin nedenleri “sapmış tepki, vicdan rahatlatma, şiddetin bir tedavi yöntemi olarak algılanması, sağlık çalışanı ile vatandaşın karşı karşıya getirilmesi, tükenmişlik, kurumsal etkenler ve toplumsal etkenler” şeklinde

sıralanabilmektedir (Türk Sağlık-SEN AR-GE, 2019). Sağlıkta şiddetin kurumsal, kişisel ve toplumsal sebeplerden kaynaklandığı, bu üç nedenin eşit derecede önemli olduğu ancak kurumsal sebeplerin kilit rolü üstlendiği söylenebilmektedir (Cooper vd., 2002). Sağlık sektörü şiddetin en fazla yaşandığı sektörlerden biridir (Bıçkıcı, 2013). Bu yüzden sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kaynağı çok çeşitlidir (Coşkun vd., 2016). Aşağıdaki şekilde gösterilen Curbow'un modeli (2001) çalışan ve saldırgan arasındaki iletişime odaklanır ve bu model sağlık sektörü içinde önerilmiştir.



Şekil 3.1. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili faktörler
Kaynak: Curbow, 2001.

Şekil 3.1'e göre sağlık kurumlarında şiddetin meydana gelmesinde sağlık çalışanlarının, hastaların, iletişimin, örgütün, çevrenin ve toplumun çok büyük rolü bulunmaktadır (Arslan, 2019).

İletişime dayalı nedenler; hasta, hasta yakını ve sağlık personeli karışık ilişkiler içeren bir etkileşim süreci içerisindeyler. Bu etkileşimi sağlıklı bir şekilde devam

ettirmek ve karşılıklı anlayış sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları yani iletişim sürecini gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Yağbasan vd., 2006). Sağlık personeli ile hasta veya hasta yakını arasındaki iletişim yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik, toplumsal ve örgütsel faktörlerden bağımsız olarak değerlendirilemez. Sağlık çalışanı ve hasta arasında yaşanan iletişimin pozitif olması hem hasta için hem sağlık çalışanı için önemlidir.

Bu iletişim sürecini etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler (Solmaz vd., 2018):

- Eğitimin hem sağlık çalışanı hem de hastada meydana getirdiği bilgi, inanç ve tutumlar,
- Sağlık çalışanları ve hastanın ruhsal yapıları ve ilişkiden beklentileri,
- Sağlık çalışanı ve hastanın iletişim becerileri,
- Sağlık çalışanı ve hasta ilişkisinin gerçekleştiği fiziksel ortam,
- Hekim başına düşen hasta sayısı,
- Toplumun hekim-hasta ilişkisine bakış açısı,
- Sağlık personelinin kullandığı ancak hastaların anlamakta zorlandığı tıbbi terminoloji ve dil.

Bu faktörler her iki tarafında iletişim kurma şeklini etkileyebilir. İletişim bu faktörlerden dolayı sekteye uğrayabilir. Bu sorun sağlık personelinin kaynaklanacağı gibi hasta veya hasta yakınından da kaynaklanabilir (Okay, 2009). Tıp eğitimi hastalarla kurulan ilişkilerde merkeze insanı koymanın aksine tıbbın biyokimyasal ve teknolojik bileşenlerine ağırlık vermekte ve hekimlerin eğitiminde iletişim becerileri ve hasta ilişkileri yerine merkeze hastalığı yerleştirmektedir (Solmaz vd., 2018). Sağlık çalışanları eğitimleri sırasında iletişim üzerine yeterince eğitim alamadıkları için çatışma yönetimi ve öfke yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olamamakta ve bu nedenle hasta ve hasta yakınları ile yaşadığı krizleri iyi yönetememektedir. Bu sebeple hasta ve yakınları ile sağlıklı ve doğru iletişim kuramaması sonucu, kaygı içerisindeki hasta ve yakınlarının gerginliği daha da artırmakta ve şiddet ortaya çıkabilmektedir (Turla vd., 2012). Sağlıkta şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda, hasta ve sağlık personeli ile kurulan iletişimin tedavi sürecine aktif katılımını ve iyileşme sürecine olumlu tesirlerinin olduğu belirlenmiştir. Tedavi sürecinde hasta-hekim arasında güven sağlamanın, hastaya tedavi süreci ve hastalığı hakkında bilgi verilmesinin hastanın memnuniyet düzeyini artırdığı, böylece etkin uygulamayı sağlayarak sonraki süreçte oluşabilecek riskler azaltılmaktadır (Koca vd., 2021). Ayrıca iletişim engellerinin ortadan kaldırılması ile sağlık çalışanı ve hasta arasında

yaşanması muhtemel yanlış anlamalar, kızgınlıklar, ön yargılara sebep olan iletişimden kaynaklanan durumlar da ortadan kalkmaktadır (Aydın vd., 2018).

Kanada Tıp Konseyi'nin klinik beceri ruhsat incelemesi tarafından ölçülen zayıf hasta-hekim iletişimi ile müteakip yanlış uygulama iddiaları oranları arasında bir bağlantı olduğunu bildirmiştir. Düşük ve yüksek hatalı uygulama iddiaları olan hekimlerin ses kayıtlarını incelediklerinde, yanlış uygulama iddiası olmayan birinci basamak hekimlerinin daha fazla kolaylaştırma kullandıklarını, hastayı konuşmaya teşvik ettiklerini, açıklamaları ve talimatları anlamalarını kontrol ettiklerini ve fikirlerini talep ettiklerini bulmuşlardır (King vd., 2018). Sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasındaki ilişki birçok faktöre bağlıdır. Bunlardan biri de örgütsel faktörlerdir. Fiziksel çevre ve altyapı, insan kaynakları, iş yeri kültürü ve iklimi vb. etkenler şiddeti etkileyen örgütsel faktörler arasındadır (Coşkun vd., 2016). Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği veya kötü yönetimden kaynaklanan uzun bekleme süreleri, geciken randevular, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince vakit ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık, park olanaklarının yetersizliği ve hastanelerin yedi gün yirmi dört saat halka açık olması ve hizmet vermesi gibi örgütsel faktörler şiddete zemin hazırlayan etmenler arasındadır (Aydın, 2008). Kamu sağlık kurumlarının daha kalabalık olması, sağlık personelinin hastalara ayırdıkları zamanın kısıtlı olması, yöneticilerin baskıları, sağlık personelinin kendilerini yalnız hissetmeleri, sağlık mevzuatında yapılan değişikliklerin sıklığı, çalışma ortamlarının diğer kurumlara oranla daha stresli olması kamu kurumlarında şiddet olaylarının daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır (Yeşiltaş, 2018). Bir sağlık kurumunun içinde bulunduğu kötü çalışma koşulları sağlık kurumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaş, ülkemizde yaşanan etnik kökenli ve dinsel temelli gerilim ve çatışma, istihdam sorunları, büyük şehirlerin suç oranlarındaki artış gibi birçok faktör de şiddeti artırmaktadır (Yeşiltaş, 2018). Sağlık kurumlarında şiddeti, çevresel ortamdaki şiddet olgularından soyutlayarak tümüyle açıklamak oldukça güçtür. Bu açıdan bakıldığında kişinin yakın çevresi olarak tanımlanabilecek ortamlarda (aile, akrabalar, iş yeri ve mahalle) şiddetin yaygın olması “yayılma etkisi” yoluyla sağlık iş yeri ortamına da bir şekilde yansımaktadır (Duğan, 2015). Sağlık personeline karşı uygulanan şiddeti toplumdaki şiddetten ayırmak mümkün değildir. Toplumda meydana gelen olaylar sağlık personelinin de etkilemektedir (Duğan, 2015). Bireylerin toplumsal hayatta kendilerini ifade

edememesi, iletişimde yaşanan sorunlar, karşıdaki kişiyi etkin olarak dinlememe ve bunun sonucu olarak da anlamama, empati ve hoşgörü yoksunluğu şiddete zemin hazırlayan sebepler arasındadır (Gordan vd., 1997). Altıntaş (2006)'a göre sağlık kurumlarında kaynakların yeterliliği ve eşit dağılımı hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Sağlık kurumlarında kaynak yetersizliği hastaların memnuniyet seviyesini düşürmektedir. Bu durum ise şiddeti meydana getirmektedir. Genel olarak şiddetin kaynağı; hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler veya çalışma arkadaşlarıdır (Arslan, 2019). Sağlık personeli çalışma ortamında hasta ve hasta yakınları ile iletişim halindedir. Hasta ve hasta yakınları ile etkili bir ilişki kurmak oldukça zordur. Bu durumun sebepleri sakatlıklar, hastalıklar veya ölümle karşılaşmaları neticesinde kişilerin genel olarak üzgün, isyankâr, gergin, paniklemiş, endişeli, ağrılı, bitkin halde olmalarıdır (Yeşiltaş, 2018). Bazı durumlarda ise sağlık çalışanlarının ilişki kurduğu hastalar alkol veya madde bağımlısı, nöropsikolojik bozukluk, şizofreni, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alzheimer hastalığı ve travmatik beyin yaralanmaları olan kişilerden oluşmaktadır. Bu kişilerin şiddet içeren davranışlara yatkınlıkları daha yüksektir şiddet vakalarının daha çok hasta veya hasta yakınları tarafından bir şey kaybetmiş ya da sınırlar çizilmiş kişiler tarafından uygulandığını belirtmişlerdir (Aydın, 2008).

3.1. Sağlıkta Şiddetin Uygulayıcıları

Sağlıkta şiddetin uygulayıcıları tek bir gruptan oluşmamaktadır. Sağlık kurumunda çalışan ve çalışmayan birçok grup arasında şiddet vakaları ortaya çıkabilmektedir. Yıldırım (2012) sağlıkta şiddetin taraflarını şu şekilde sınıflandırmıştır:

- Sağlık çalışanları - sağlık çalışanları,
- Sağlık çalışanları - hasta/hasta yakınları,
- Sağlık çalışanları - üçüncü şahıslar,
- Sağlık çalışanları - hasta/hasta yakınları üçüncü şahıslar,
- Hasta/hasta yakınları - hasta/hasta yakınları,
- Üçüncü şahıslar - üçüncü şahıslar
- Hasta/hasta yakınları - üçüncü şahıslar.

Yapılan bu sınıflandırma incelendiğinde şiddet uygulayıcısının sağlık çalışanı olma durumu da söz konusudur. Ancak sağlık çalışanına şiddet uygulayan grupların sayısı çok daha fazladır. Sağlık çalışanları; hastalar, hasta yakınları ve üçüncü şahıslar tarafından

şiddete maruz kalabilmektedir. Şiddetin uygulayıcılarına ilişkin bir diğer sınıflama Wiskow (2003) tarafından yapılmıştır.

- **İçsel Şiddet:** Şiddet uygulayıcısının (saldırganın) işyerinin çalışanı (hekim, hemşire, yönetici vb.) olduğu şiddet tipidir.
- **Hizmetten Faydalanan Kaynaklanan Şiddet:** Şiddet uygulayan bireyin hizmetten faydalanan kişi olduğu şiddet tipidir.
- **Dışsal Şiddet:** Şiddet uygulayan kişinin işyeri ile herhangi bir bağlantısının olmadığı, tamamen farklı suçlar için (hırsızlık vb.) sağlık kurumunda bulunmasından kaynaklanan şiddet tipidir.

Yapılan çalışmalardan çıkarılan sonuca göre sağlık çalışanlarının şiddet uygulayıcısı olma ihtimali bulunsa dahi genel olarak farklı şiddet türlerinin mağduru durumundadırlar.

3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddete Karşı Alınacak Önlemler

Sağlık kuruluşlarında şiddetin artması, önlem alınması ve şiddetin önlenmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu konuda sağlık çalışanlarının gerekli eğitimlerinin düzenlenmesi, gerekli mevzuatın hazırlanması, sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve survey görevlerinin yönetilmesi gibi çok yönlü araştırmaların yapılması gerekmektedir (Serin vd., 2015). Şiddete karşı alınacak öncelikli önlem şiddetin hoş görülmediği bir ortamın oluşturulmasıdır. Çalışma ortamında meydana gelen şiddet olaylarının şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması ve bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gerekmektedir (Yeşilbaş, 2016). Şiddetin birincil kaynağı olan birey ve toplum bazında önlemler alınmalıdır. Şiddeti oluşturan, şiddet kültürünün oluşumu engellenmeli ve şiddet uygulama eğiliminin faydalı alanlara yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Bireylere sorunları çözerken şiddete başvurmamaları gerektiği çocukluk döneminden itibaren öğretilmeli ve eğitim hayatı ile aile içerisinde hak, adalet, eşitlik gibi fikirlerin yanında etkili dinleme, iletişim ve empati yeteneklerinin edinilmesi ve geliştirilmesi sağlanmalıdır. Böylece problemleri şiddete başvurmadan çözebilecek bir neslin yetişmesi sağlanmış olacaktır (Cinoğlu, 2015). Çocukların yetişmesinde büyük etkisi olan medyanın şiddet kültürünü yaygınlaştırma etkisi göz önünde bulundurularak gerekli olan önlemler alınmalı ve şiddete “sıfır tolerans” yazılı ve görsel medya ile desteklenmelidir (İlhan vd., 2013). Sağlık Bakanlığı'nın düzenlemeleri etkin bir şekilde uygulanmalı ve bu konuda personel

yetiştirilmelidir. Beyaz kodun uygulanması, bildirim prosedürü ve adli yardım alınması, çalışanın hakları ve güvenlik birimine başvurma, çalışanların hizmetten çıkarılması, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve tıbbi yardım alma süreçlerinde şiddet konusuna ayrıntılı olarak yer verilmelidir (Özkan, 2017).

Öfkeyi ifade eden davranış, şiddetin nedenleri ve çözüm önerileri, şiddet oluşmadan önce farkındalık ve şiddeti önleme konusunda önceden farkındalıkla şiddetin önlenmesi için şiddet öncesi davranışları iyi gözlemleyecek şekilde eğitilmelidir. Hizmet içi eğitimlerde sağlık personelinin şiddet başladıktan sonra hasta ve hasta yakınlarına nasıl davranacağı anlatılmalıdır. Sağlık personeli şiddetin başlangıç aşamasında hasta ve hasta yakınlarına emredici, tehdit edici, küçük düşürücü iletişim tarzından uzak durmalı aksine sakin, yumuşak bir ses tonu ile konuşmalıdır. Şiddet davranışı başladıktan sonraki dönemde saldırgan güç kullanılarak etkisizleştirilmeye çalışılmalı ve sağlık çalışanı şiddet olayının meydana geldiği ortamda tek kalmamaya dikkat etmelidir (Parlar, 2008). Şiddetin iş yerinde önlenmesine katkıda bulunan unsurlar vardır. Bu unsurlar fiziksel çevre unsurları, yönetsel unsurlar ve davranışsal unsurlardır. Şiddeti önleme planına dahil edilecek önemli unsurların özeti aşağıda yer almaktadır (Tokgöz, 2019).

Davranışsal olarak yapılması gerekenler;

- Şiddet içermeyen müdahaleler ve uyuşmazlıkların çözümü için çalışanlara eğitim verilmesi ve bu eğitimlerin zorunlu kılınması,
- Potansiyel tehlikelerin farkında olma,
- Teşvik edici ve gelişmeye davet edici bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır (OSHA, 2015).

Fiziksel çevre ile ilgili yapılması gerekenler;

- Alarm sistemleri, kodlar, güvenlik cihazları bulundurmak ve yetkili müdahale ekibinin bulunması,
- 24 saat boyunca kapalı devre video kayıt sisteminin kullanımı,
- Hastane girişinde X-ray cihazı bulunması,
- Yüksek riskli alanlarda gizli panik düğmelerinin bulunması,
- Çalışanlar için hastaların giremeyeceği dinlenme odalarının olması,
- Suçlu hastalar için belirlenmiş veya ayrı konumların kullanılması,
- Konforlu bekleme alanlarının bulunması,
- Terapi veya kriz için kullanılan odaların iki çıkışı olmalı,

- Terapi odalarına erişimin sınırlandırılması,
- Güvenli ve uygun mobilya yerleştirme, minimal mobilya parçalarının en uygun şekilde yerleştirilmesi,
- Güvenli çalışan soyunma odalarının yapılması,

Yönetimsel olarak yapılması gerekenler;

- Personelden saldırıları veya tehditleri rapor halinde bildirmelerini istemek,
- Kolluk kuvvetlerinden yardım almak için yöntemler oluşturmak,
- Yapılan şikayetlere hızlı cevap vermek,
- Acil durumlar için müdahale ekibi/ hastane polisi bulunması,
- Yeterli sayıda güvenlik görevlisinin her birimde konumlandırılması,
- Uzun bekleme sürelerini iyileştirmek ve bekleyenlerle iletişim kurmak,
- Yetkili ve yeterli çalışan sağlamak ve çalışanların yalnız çalışmasına izin vermemek,
- Şiddet olaylarının raporlanması,
- Medyada sağlık çalışanının itibarını azaltacak söylemlerden kaçınılması (Ökçün, 2020).
- Hassas alanlarda erişimi ve çıkışı kontrol etmek (Bigira vd., 2015).

Yukarıda bahsedilen şiddet önleme yöntemleri sağlık çalışanları için çalışma ortamlarının güvenli olduğu algısını oluşturmaktadır. Bu yöntemler şiddeti tamamen ortadan kaldırırsa dahi şiddet oranını azaltacağı değerlendirilmektedir.

3.3. Sağlıkta Şiddet ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Şiddet, insan varoluşundan bu yana en sık görülen, ancak biçimi ve büyüklüğü zaman zaman ve toplumsal olarak değişen bir olgudur. Günümüzde şiddet içeren davranışlar suç olarak kabul edilmektedir (Yıldız vd., 2011). Son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetteki önemli artış sosyal bir sorun haline gelmesine rağmen yeterince bildirilmemektedir. Bunun nedeni, sağlık çalışanlarının haklarını korumaya yönelik yeterli ve etkili mevzuatın olmamasıdır. Sağlık çalışanları ve politikacılar, sağlık çalışanlarına güvenli bir çalışma ortamı sağlamak için gerekli yasal düzenlemeleri yapmalıdır (Coşkun vd., 2016). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önüne sadece kişisel çabalarla geçilmesi mümkün değildir. Şiddetin azaltılması ve mümkünse önlenmesi için

birtakım yasal düzenlemelerin ve hukuki yaptırımların olması düzeni sağlamak ve daha kaliteli hizmet verebilmek açısından gereklidir. Bu kısımda şiddetle mücadeleye ilişkin Türk hukuk mevzuatında yer alan yasal düzenlemeler incelenmektedir. Anayasanın “Temel Hak ve Ödevler” ile “Ekonomik Hak ve Ödevler” kısımlarında sağlık çalışanlarına karşı şiddet vakalarında çalışanların faydası ile bağdaştırılabilecek şu maddeler yer almaktadır (T.C. Anayasası).

- 12.Maddede, herkesin kişiliğine bağlı, dokunulamayan, devredilemeyen ve vazgeçilmeyen temel hak ve hürriyetlere sahip olduğundan bahsedilmiştir. Bu hak ve hürriyetler kişinin çevresine karşı ödev ve sorumlulukları kapsamaktadır.
- 17. Maddede, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğundan bahsedilmiştir. Burada en temel hakkın yaşama hakkı olduğu unutulmamalıdır.
- 40. Maddede Anayasa ile tanınmış hak ve hürriyetleri ihlal edilen herkesin, etkili makama geciktirilmeden başvurma imkânının sağlanması hakkına sahip olduğundan bahsedilmektedir.
- 49. Maddede, devletin çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemek, elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri almasının gerekliliği düzenlenmiştir.

Anayasada geçen bu maddelerde herkes belirli haklara sahip olduğundan ve bu hakların korunması için devlet eliyle tedbir alınmasından bahsedilmektedir. Dolayısıyla, sağlık personelinin sahip olduğu hakların korunabilmesi açısından Anayasadaki hükümler doğrultusunda yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden öne çıkanlar kronolojik olarak şu şekildedir: 16 Ekim 2009 tarihli resmi gazetede yayınlanan "Hastanede acil bakıma ilişkin usul ve esaslar hakkında bilgi" bu konuda atılan ilk adımlardan biridir. Acil serviste hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak için güvenlik personeli ve güvenlik kameralarının bulundurulması, giriş çıkışların kontrolü ve kapıların kişinin yetkisi ve ilgisine göre açılıp kapanacak şekilde düzenlenmesi gibi konularda düzenlemeler yapılmıştır (Resmî Gazete, 2009). 06.04.2011 tarihinde “Hasta ve çalışanların güvenliğini sağlama talimatı” yayınlanmıştır; hasta ve personel güvenliği uygulamaları ile ortak hasta ve personel güvenliği uygulamaları organize edilmektedir.

Diğer konuların yanı sıra hizmet kalitesinin artırılması için ek eğitimlerin düzenlenmesi, hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenmesi, güvenli çalışma ortamının oluşturulması, engelli hastalara yönelik düzenlemeler ve renk kodu uygulamaları ele alındı. (Resmî Gazete, 2011). Kamu kurum ve kuruluşlarında yaşanan ciddi mobbing sorununun önlenmesi için alınan tedbirler 19 Mart 2011 tarihinde Avrupa Birliği Dergisi'nde "İşyerinde psikolojik tacizin önlenmesi" genelgesiyle yayımlandı. Sağlığa yönelik şiddetle ilgili bir diğer düzenleme ise 28 Nisan 2012 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı personeline karşı işlenen suçlarda adli yardıma ilişkin usul ve esaslar"dır. Bu Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları suçlarla ilgili olarak adli yardım verilmesine ilişkin usul ve esasları düzenler (Resmî Gazete, 2012). 14.05.2012 tarihli "Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi" Sağlık Bakanlığı'nın tüm hastanelere (kamu hastaneleri, özel sağlık kuruluşları ve hastaneleri ile üniversite hastaneleri) düzenlemeler getirdiği bir genelgedir. Bu genelge ile sağlık çalışanlarına şiddete uğraması halinde (acil verilmesi gereken hizmetler hariç) hizmetten çekilme hakkı tanınmıştır. İçişleri Bakanlığı'nın 26 Nisan 2012 tarihli "Sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçların soruşturulması" genelgesinde, yaralanma durumunda, yaralanan işçinin şikayette bulunup bulunmamasına bakılmaksızın gerekli önlemlerin alınacağı belirtilmiştir. Kamu hizmeti sunarken sağlık çalışanlarını tehdit ve aşağılamak.

Annagür (2010) araştırmasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddete odaklanarak risk faktörleri, etkileri, değerlendirmesi ve önlenmesi olgusunu incelemiştir. Sağlık hizmetlerinde çalışmanın diğer iş yerlerine göre daha riskli olduğunu, fiziksel yaralanmaların şiddet olarak algılandığını, şiddet olaylarının çok az kayıt altına alındığını, şiddet uygulayanların genellikle hasta yakınları ve hastalar olduğunu belirtmiştir. Sağlığa yönelik şiddetin önlenmesi için çalışanların eğitilmesi, mevzuatın düzenlenmesi ve amirlerin görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyetlerini yürüten Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) vatandaşların problemlerini en kısa yoldan Bakanlığa iletilmesi, en doğru yerden bilgi alması ve problemlerinin çözümü noktasında en hızlı hizmeti almasına imkân tanımaktadır. Bu sayede olası problemlerin ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek şiddet vakalarının azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) her konuda şikayetlerin iletilmesi yönüyle bilişim ve iletişim teknolojileri kullanılarak hayata geçirilen bir halkla ilişkiler

uygulanması olarak hizmet vermektedir. Büyükbayram vd. (2013) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel faktörler olgusunu araştırmışlardır. Sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların son yıllarda artmış olduğuna dikkat çekerek bu durumun; hastalar, yakınları ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi zayıflattığını belirtmektedir. Şiddet olaylarının artması sağlık çalışanlarının psikolojisini ve moral motivasyonunu dolayısıyla hizmet kalitesini de zayıflatmaktadır. Araştırma sonucunda, sağlıklı işyerlerinde şiddeti önleme programlarının etkin bir şekilde uygulanmasıyla güvenli bir çalışma ortamının yaratılmasının mümkün olduğu sağlık çalışanları arasında mesleki şiddet farkındalığı artırılarak saldırganlık ve şiddet gibi öğrenilmiş davranışların değiştirilebileceği ve alternatif davranışlar ve yeni bilgilerle önlenebileceği ifade edilmiştir. Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik daha kapsamlı araştırma ve mevzuat revizyonu ile sağlıkta şiddetle ilgili sonuçların olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesinin azaltılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.

Ertong Attar (2017) çalışmasında, Türkiye’de son yıllarda yoğun olarak şiddete uğrayan hekimlerin şiddete yönelik tasarruf ve davranışlarını, şiddetin nedenlerini incelemiştir. Çalışmada, Ankara ve Düzce ilinde devlet hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan toplam 18 doktor ile görüşülmüştür. Araştırmada kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında hasta doktor ilişkisinde yaşanan sorunların temel sebebinin sağlıkta dönüşüm politikasının getirmiş olduğu olumsuzluklardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Temizkan vd. (2018) ise çalışmalarında, sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları veya dışarıdan birileri tarafından şiddete uğrama sıklığı, şiddetin türü ve şiddeti etkileyen risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla sağlık kurumlarında şiddete karşı çözüm önerisi olarak sağlık hizmetleri pazarlaması olgusunu incelemişlerdir. Arnetz (1998) tarafından geliştirilen “Şiddet Olay Formu” ile geliştirilen 19 soruluk anket Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve ek binasında görev yapan 96 sağlık çalışanına yöneltilmiştir. Verileri değerlendirerek, sağlık hizmetinin fiziki ortamının çalışanları, hasta ve yakınlarını memnun etmesi şiddet olgusunun azalmasını, zaman baskısının ortadan kaldırılmasını, hasta yakınlarına bildirim önceliği ile yeterli hizmet saatinin sağlanmasının şiddeti etkilediği ortaya konulmuştur.

3.4. Sağlıkta Şiddetin Olası Sonuçları

Sağlık kurumlarında görülen Şiddet, sadece sağlık çalışanlarını değil, hasta ve hasta yakınlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu durum, kamu ve özel tüm sağlık kurumları için geçerli olup uzun vadede; stres, depresyon, endişe gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Yılmaz, 2020). Daha nce Şiddete maruz kalan sağlık personelinin Şiddete uğramamış personele oranla daha fazla tükenmişlik sendromu yaşadığı ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş olup bu durumun sonucu olarakda personelin kaba davranışlar sergilediği, içinde kendini yetersiz hissettiği ve daha fazla hata yaptığı görülmektedir (Atan vd., 2011). Şiddet, alışanı ruhsal ve fiziksel olarak duyarsızlaştırmakta ve sadece iş hayatını değil tüm yaşamını olumsuz olarak etkilemektedir. Şiddete maruz kalan kişinin yaşadığı bu durum işine ve işyerine yabancılaşmasına neden olmaktadır (Keser vd., 2016). Hekimlerin mesleğini ekinererek icra etmesi, mesleki riskleri almaktan kaçınması, gereksiz incelemeler ve tetkiklerde bulunması gibi zaman ve kaynak israfına neden olan davranışlar sergilemesi Şiddetin bir sonucudur (Oğan, 2012). Şiddet; fiziksel ve psikolojik yorgunluğun yanı sıra isteksizlik, bezginlik, aşırı stres ve baskı altında hissetme gibi durumları beraberinde getirdiğinden, Şiddet nedeniyle hizmet sunumuna ilişkin problemlerin ortaya çıkma sıklığı da artmaktadır. Şiddete maruz kalmaktan korkan personelin empati yapmaktan uzaklaşması, çözüm getirebileceği sorunlar karşısında çekimser kalması gibi durumların ortaya çıkması muhtemeldir. Bu bakımdan sağlık personelinin kendisini güvende hissetmesi, sunulan hizmetin kalitesi açısından faydalı olacaktır (Arıkan, 2019). Kingma (2001), sağlıkta Şiddetin sonuçlarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Sunulan bakımın kalitesinin bozulması
- Çalışma ortamının zarar görmesi
- Çalışanlar tarafından için terk edilmesi
- Topluma sunulan sağlık hizmetinin azaltılması
- Sağlık sektöründe işe alımların/iş talebinin azalması
- Sağlık sektöründe maliyetlerinin artması
- Personel sağlığının bozulması

Bu sorunlarla karşı karşıya kalan sağlık çalışanları bireysel çözüm arayışına gidebilir. Yurtdışında alışma seçeneği de bunlardan birisi olduğu için bu sonuçların aynı zamanda sağlıkta beyin göçünün de tetikleyicisi olabileceği değerlendirilmektedir.

3.5. Türkiye’de Sağlıkta Şiddete İlişkin Yapılan Araştırmalar

Türkiye’de sağlık sektöründe şiddet konusunda yapılan çeşitli çalışmaların sonuçlarına burada yer vererek olayı bilimsel veriler ışığında aydınlatmak faydalı olacaktır. Bahsi geçen bu çalışmalardan güncel olanların bulguları şu şekildedir: Alan (2021) tarafından yapılan araştırmada “Aile Hekimliği ve Acil Servis Yeşil Alan Polikliniğine” başvuran hasta ve hasta yakınlarının sağlıkta şiddete ilişkin görüşleri incelenmiştir. Bu iki merkez arasındaki farklar ile şiddet tutumuna etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. 18-65 yaş grubundan katılımcılara 35 sorudan oluşan bir anket yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. 300 katılımcıya uygulanan anket sonunda en sık şiddet uygulanan meslek gruplarının hekimler (%63,6) ve hemşireler (%18,2) olduğu ve en sık uygulanan şiddet türünün sözel şiddet olduğu belirlenmiştir. Uzayan bekleme süreleri en sık rastlanan şiddet nedeni olarak bulunurken, hasta ve hasta yakınları en sık rastlanan şiddet uygulayıcıları olmuşlardır. Katılımcılara sağlıkta şiddete yönelik çözüm önerileri sorulmuş; verilen ilk üç cevap “cezaların caydırıcı olması”, “halka yönelik eğitimlerin verilmesi” ve “güvenlik önlemlerinin artırılması” olmuştur. Acil servise başvuranların aile hekimliği polikliniğine başvuranlara oranla daha fazla şiddete tanık olduğu ve daha fazla şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Özişli'nin (2022) literatür taraması yoluyla yaptığı meta-analitik çalışmada 2014-2020 yıllarında sağlığa karşı şiddetle ilgili 16.800 çalışmayı incelemiştir. Bunlardan araştırma kriterlerine uygun 52 tanesi seçilip değerlendirilmiştir. Çoğu araştırma fiziksel şiddetin ön planda olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanları söz konusu olduğunda kadın çalışanların erkeklere göre daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalma ile cinsiyet, meslek ve failler arasında anlamlı bir fark vardır. Eğitim değişkeni için anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Yılmaz (2020) tarafından Adana ilinde 598 hekim ve 357 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %85,9’u meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. En sık rastlanan şiddet türü sözel/psikolojik şiddet, en sık şiddet uygulayanlar hasta yakınları ve en fazla şiddet uygulayan cinsiyet erkek olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddete erkek çalışanların kadın çalışanlara oranla daha fazla maruz kaldığı ve fiziksel şiddete maruz kalanların diğer şiddet türlerine oranla daha fazla şikâyetle bulunduğu görülmüştür. Uyar vd. (2020) Konya ilinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, katılımcıların %97’sinin kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddet

olaylarına rastlama olasılığının daha yüksek olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışmada, katılımcıların şiddete en fazla kadın çalışanların (%62,3) ve doktorların (%73,7) maruz kaldığını düşündükleri belirlenmiştir. Katılımcılar en sık rastlanan şiddet türünün sözel şiddet olduğunu ifade etmiştir (%64,5). Uyar vd. çalışmasında hastaların sağlıkta şiddete ilişkin görüşlerini ve hasta haklarının kullanılmasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören 1.318 hastaya ulaşmıştır. Çalışmanın sonunda hastalara göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en önemli üç nedeni eğitimsizlik, uzun beklemler veya beklenmedik durumlar ve hasta ve yakınlarının sabırsız davranışlarıdır. Sağlık profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınları arasında karşılıklı güvene dayalı bir ilişkinin oluşturulması, hak ve sorumluluklarının farkında olmanın önemi vurgulanmıştır. Tokgöz (2019), Tekirdağ'da sağlıkta şiddet konusunda farkındalık yaratmak ve sağlıkta şiddeti azaltmak için önerilerde bulunmak amacıyla yaptığı araştırmada doktorların diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2013) tarafından 25 ilde yapılan bir çalışmada, 1300 sağlık çalışanının %81,9'u işyerinde şiddete maruz kalma konusunda endişeli olduklarını belirtmişlerdir. Aynı grubun %86,8'i meslek süreleri boyunca en az bir şiddet türüne maruz kaldıklarını söylerken %81,4'ünün son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıkları bulgusuna ulaşılmıştır. İncelenen verilere göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddet miktarının fazla olduğu, en çok hasta yakınlarının şiddet uyguladığı, sözel şiddet konusunda kadınların risk grubunu oluşturduğu ve erkeklerin daha fazla fiziksel şiddet yaşadığı tespit edildi. Doktorlar ve hemşireler en çok şiddete maruz kalan meslek gruplarıdır. Çamcı vd. (2011) tarafından Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının herhangi bir şiddete maruz kalma oranı %72,6 olarak bulunmuştur. Son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı ise %72,4'tür. İş yaşamı boyunca şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının sözel şiddete %98,5, zorbalık ve psikolojik tacize %24, fiziksel şiddete %15,8, cinsel şiddete %6,1 oranında maruz kaldığı bulgularına ulaşılmıştır. Annagür (2010) tarafından yapılan bir araştırma, son yıllarda doktorlara ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının arttığını hem hasta yakınlarının hem de hastaların şiddete yatkın olduğunu, sadece yaralanma gibi ciddi sonuçları olan vakaların şiddet olarak algılandığı, acil serviste ve psikiyatride en sık görülen şiddetin sözel şiddet ve şiddete maruz kalma olduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlıkta şiddeti gösteren Beyaz Kod bildirim sayısı; 2020’de 11.942 iken; 2021 yılında sağlık kurumlarına başvuru sayılarındaki artışa da paralel şekilde sağlıkta şiddet artmış; Beyaz Kod bildirim sayısı 29.826’ya yükselmiştir. TTB’nin yaptığı anket çalışmasına göre hekimlerin %84’ü meslek hayatlarında en az bir kez fiziksel veya sözel şiddete uğramış ancak bunların yalnızca yarısı Beyaz Kod veya yetkili mercilere bildirimle sonuçlanmıştır. Başka bir anlatımla Beyaz Kod verilerinin buzdağının görünen kısmı olduğunu belirtebiliriz. Sadece Beyaz Kod verileri bile 2021 yılında Türkiye’de, günde ortalama 80’den fazla sağlıkta şiddet vakasının yaşandığını göstermektedir (TTB 2022).

2022 yılı boyunca yaşanan 494 saldırganın neden olduğu 249 şiddet vakasında 422 sağlık çalışanı şiddet kurbanı olmuştur. 1 doktor ve 1 güvenlik görevlisi ise görev başında hayatını kaybetmiştir. Şiddet olaylarının 210’una hasta ve hasta yakınları neden olurken, 35’ine kendini bilmez kişiler sebebiyet vermiştir. 4 olaya ise idareciler neden olmuştur. 249 şiddet olayının 216’sı hem sözlü hem fiziki, 32’si sözlü, 1’i mobbing şeklinde cereyan etmiştir. Mağdurlara branş bazlı bakıldığında ise yıl boyunca en çok şiddete maruz kalanların doktor ve hemşireler olduğunu görülmektedir. Yaşanan şiddet olaylarında 2 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. 149 doktor, 76 hemşire, 76 güvenlik görevlisi, 58 acil sağlık hizmetleri çalışanı, 3 eczacı ve 60 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplamda 422 sağlık çalışanı mağdur olmuştur (Sağlıkta Şiddet Raporu 2023).

Başka bir “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ülke Vaka Çalışması” adlı çalışmada fiziksel şiddet %36,7 (hekimlerde %40,7, ATT’lerde %34,3) ve sözlü taciz %88,8 (hekimlerde %94,6 ve ebe, hemşire ve ATT’lerin %85,4) olarak tespit edilmiştir (Hamzaoglu vd., 2019 akt. TTB 2024). İkinci çalışma ise Türkiye genelinde 12.944 sağlık çalışanı (tabakalı bir örneklem ile) üzerinde ve Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Hemşireler Konseyi, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kamu Hizmetleri anketlerinin kullanıldığı çalışmadır. Bu çalışmaya göre Türkiye genelinde son 12 ay içinde işyerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının oranı %44,7. Şiddet türleri arasında fiziksel şiddet %6,8, sözel şiddet %43,2, mobbing (zorbalık) %2,4 ve cinsel taciz %1 olarak tespit edilmiş. Örneklem tüm meslek gruplarını aldığı için özellikle fiziksel şiddet oranları düşmüş olabilir. Cinsel taciz de az değil, 100 çalışandan biri cinsel tacize uğruyorsa ve bir de bu cinsiyete göre tabaka alırsak daha yüksek bulabiliriz. Bu çalışmada yaşam boyunca maruziyet de araştırılmış ve yanıt verenlerin %52,3’ü tüm kariyerleri boyunca en az bir tür işyeri şiddetine maruz kalmıştır. Şiddet türleri ise fiziksel şiddet %10,4, sözel şiddet

%48,2, mobbing %15 ve cinsel taciz %1,6 olarak saptanmıştır (Pınar vd., 2015 akt. TTB 2024).

3.6. Dünya’da Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olayları

Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet dünya çapında ciddi bir sağlık sorununa işaret etmektedir. Zor koşullarda çalışan sağlık çalışanları, şiddet sonucu yaşadıkları kaygı ve korku nedeniyle tükenmiş ve bitkin düşmektedir. Bu küresel sorunun çözülmesi tüm toplumlar için çok önemlidir. Sağlıkta şiddet, tüm uluslararası sağlık kuruluşlarını yakından ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Araştırmalar sağlık kuruluşlarında şiddetin ülke kalkınması ve izlenen sağlık politikası ve yönetimi ile ilgili bir durum olduğunu göstermektedir. Psikiyatri servisleri, acil servisler ve yaşlı bakım servisleri tüm ülkelerde şiddet olaylarının sıklıkla yaşandığı başlıca servislerdir (NIOSH, 2002). Aşağıda çeşitli ülkelerde yapılan sağlıkta şiddet konulu araştırmaların sonuçlarına yer verilmiştir. Çin’de yer alan ve 6 şehirde yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının son bir yıl içerisinde %9,5 oranında fiziksel şiddete, %69 oranında ise psikolojik şiddete uğradığı tespit edilmiş olup, fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin yarısından fazlası kendini korumaya çalışırken, bir kısmı da yakınındaki meslektaşından yardım almayı uygun bulmuştur (Zhao vd., 2015). Yüksek Mahkeme, Çin’deki sağlık çalışanlarını ve sağlık tesislerini içeren, ancak karışık sonuçlarla ceza davaları incelenmiş ve mahkemeye intikal eden davalarda; dayak, itme, sözlü taciz, tehdit, şirket malına zarar verme en yaygın şiddet biçimleri olduğu gözlenmiş olup bir başka araştırmada da katılımcıların %12 gibi bir oranla son bir yıl içerisinde şiddetle karşılaştıklarını ve şiddet ile ilgili endişe yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Bu çalışma sonucuna göre çalışanların mesleklerinde yeni olmaları, vardiya usulü çalışmaları ve eğitimin düşük olduğu kişilerde daha fazla şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (Xing vd., 2016). 2011’de Cai vd. Çin’in güneyinde geçen yıl en az bir kez hasta şiddetine maruz kalan personelle yüz yüze görüşmeler yapmış ve şiddetin nedenlerinin yetersiz iletişim, hizmetten memnun olmama, yetersiz tedavi ve sağlık çalışanlarının iş yükünün ağır olması olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Wu vd. (2013), Çin’de yaptıkları çalışmaya 2464 tıp uzmanı katılmış ve araştırmada İşyerinde Şiddet Ölçeği kullanılmış sonuçta katılımcıların yarısının son bir yılda şiddet gördüğü, çoğunun sözlü şiddete maruz kaldığı ve yaşam kalitelerinin bozulduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma, tıp uzmanlarının profesyonellik ve iletişim becerilerini geliştirme ihtiyacına odaklanmıştır (Aydın vd., 2018). İtalya’da yapılan

bir çalışmada ise sağlık sektöründeki saldırıların failleri genellikle erkek; kurbanların kadın olduğu ortaya çıkmıştır. Erkekler kadınlara göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kalsa da bunun zeka geriliği, uyuşturucu bağımlılığı ve psikiyatrik bozukluklardan kaynaklandığı söylenmektedir (Ferri vd., 2016). Benzer şekilde İtalya'da yapılan başka bir çalışmada şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %45 düzeyinde olduğu, şiddete en çok hemşirelerin maruz kaldığı, psikiyatri, acil servisler ve geriatri servisinde yaygın olduğu bulunmuştur. Sözlü şiddet ile fiziksel şiddet oranları yakın bulunmuştur (Ferri vd., 2016). Magnavita vd. tarafından 2005, 2007 ve 2009 yıllarında bir İtalyan devlet hastanesinde yapılan anketler sonucunda araştırmaya katılımının her geçen yıl arttığı, şiddet riskinin ağırlıklı olarak acil psikiyatride görüldüğü ve hemşireler ve doktorlar şiddete en çok maruz kaldığı saptanmıştır (Aydın vd., 2018). İngiltere'de doktorlara yönelik cinsel taciz olaylarını ortaya çıkarmaya çalışan araştırmacılar, kadın doktorların bu konuda oldukça endişeli, genç erkek doktorların ise oldukça endişe içinde olduğunu tespit etti (Elston vd., 2016). Karayip adası Barbados'ta yapılan bir araştırma, ankete katılan doktorların yarısından fazlasının geçen yıl en az bir kez şiddete maruz kaldığını ve en yaygınının sözlü tacize uğradıklarını ifade etmişlerdir (Abed vd., 2016). ABD'de gerçekleştirilen bir araştırmada da sağlık çalışanlarının %50'si sözlü tacize, %22'si fiziksel tehdit ve %10'u fiziksel saldırıya maruz kaldığı ve şiddete başvuran kişilerin genelde davranış sorunları olduğu, madde kullanımı olan, ağrı çeken ve bakım hizmetlerinden memnun olmayan kişiler olduğu ortaya konmuştur. Gerçekleşen saldırıların bildirilme oranları (%19) ise düşüktür (Pompeii vd., 2015). Erkek doktorlar kadın doktorlardan daha fazla şiddete maruz kalırken, en sık sözel şiddet ile karşılaşmaktadır (Behnam vd., 2011). ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise 5 yıllık bir süreç içerisinde acil servis çalışanların %72 oranla silahlı tehdide maruz kaldığı belirtilmiştir. Her ay en az 1 kez fiziksel şiddete maruz kalan çalışanların oranı %43'tür. Saldırıların sonucu %9 oranında ölüm meydana gelmiştir (Tekin, 2006). En çok şiddete maruz kalan servisler %41 ile psikiyatri, %18 ile acil servislerdir (Privitera vd., 2011). Taylor vd. (2010) Amerika'da 2004-2010 yılları arasında acil servislerde yaşanan şiddet olayları kayıtlarını taramaları sonucunda, işyeri şiddetinin tutarlı bir tanımının olmadığını, sözlü tacizin diğer şiddet türlerinden yaygın olduğu, şüphelilerin daha çok akıl hastası ya da sarhoş olduğu, ruhsal rahatsızlıklar, uyuşturucu kullanımı, uzun bekleme süreleri gibi faktörlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Araştırmacılar bu bulgulara ilaveten raporlamaların yetersiz kaldığını, sağlık sektörünün potansiyel şiddet içerdiğini ve işyeri saldırılarında ölümcül yaralanmaların yarıya yakını sağlık sektöründe

gerçekleştiğini ifade etmişlerdir (Taylor vd., 2010). Bahreyn de bir hastanenin acil servisinde yapılan çalışmada, sağlıkçıların çok yüksek oranda (%78) sözel şiddete maruz kaldığı ve bunu fiziksel şiddetin (%11) izlediği ve gerçekleşen şiddet olaylarının yarıdan fazlasının gece mesailerine denk geldiği bulunmuştur (Rafeea vd., 2017). İsviçre de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, son bir yıl içerisinde katılımcıların %72 si sözel, %42 si fiziksel şiddetle karşı karşıya kaldıklarını ve yaralanmalar meydana geldiği ortaya konmuştur (Hahn vd., 2010). Suudi Arabistan’da yapılan çalışmalarda, sağlıkçılar son bir yıl içerisinde %28 şiddete maruz kalırken bunun büyük çoğunluğunu sözel şiddet oluşturmaktadır (Amr vd., 2010). El-Gilany vd. (2009) akt. Aydın vd., (2018) Suudi Arabistan’da birinci derece sağlık hizmetlerinde çalışan 1091 kişiye uyguladığı anket sonucunda, şiddetin daha çok sözlü olarak gerçekleştiği ve son bir yıl içerisinde çalışanların %28’inin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Avustralya da yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları %67 sözel şiddete, %33 tehdide, %10 fiziksel saldırılara maruz kaldıkları belirlenmiştir (Privitera vd., 2011). Avustralya da yapılan bir diğer çalışmada en sık şiddete hemşirelerin maruz kaldığı ve pratisyen hekimlerin de hemşirelerden sonra en çok şiddete maruz kalan grup olduğu ortaya çıkmıştır. En sık sözel şiddete, tehdide ve fiziksel saldırıya maruz kalınırken, saldırganlar hasta ve yakınlarıdır (Alexander vd., 2004). Esmailpour vd. (2011) akt. Aydın vd. (2018) İran’da 11 yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin üzerinde yaptığı anket çalışması sonucu, hemşirelerin tamamına yakını son bir yıl içerisinde sözel şiddetle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan her 5 kişiden biri fiziksel şiddet ile karşılaşmış, en çok şiddeti hasta yakınlarından görmüşlerdir. Gerçekleşen şiddet olayların da temel neden memnuniyetsizlik olduğu belirtilmektedir. AbuAlRub vd. (2007) Iraktaki hastaneler de hemşirelerin fiziksel şiddete uğrama sıklığını Uluslararası Çalışma Ofisi (ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen anket kullanılmış ve çalışmaya katılan hemşirelerin %42 sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Tayvan’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin daha çok fiziksel şiddete maruz kaldığı ve bunu sözel şiddetin izlediği ve cinsel tacizin de azımsanamayacak düzeyde olduğu belirlenmiştir (Chen vd., 2008). Kanada’da acil servislere yapılan çalışmada katılımcıların %60’ının şiddete uğradığı ve en çok sözel şiddet ile karşılaştıkları ve bunu fiziksel şiddetin takip ettiğini; çalışanların büyük bir kısmının fiziksel şiddete tanık olurken, kuruma bildirme oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (Fernandes vd., 1999). Ferrinho vd. (2003) akt. Aydın vd. (2018) Portekiz’de

sağlık çalışanlarına anket ve görüşme yöntemi ile yapılan çalışmada en çok sözel şiddetin gerçekleştiği gözlenmiştir. Finlandiya’da yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının %40 oranla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Salminen, 1997). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında şiddet olaylarının tüm dünyada yaşandığı görülmektedir. İspanya da sağlık çalışanların %64’ü tehdide, %24’ü sözlü tehdide ve %11’ü fiziksel saldırıya uğradıkları tespit edilmiştir (Gascon vd., 2019). Şili’de yakın tarihli bir araştırmada son bir yılda şiddete maruz kalan sağlık personelinin oranı %71,3’tür (Jimenez vd., 2019). Kuveyt’te yapılan ve ulusal çapta yürütülen bir çalışmada, hemşireler son altı aylık süreçte %48 sözel, %7 oranında fiziksel şiddete uğramışlardır (Adlib vd., 2001). Japonya’da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %36’sı son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalmıştır ve bunların büyük çoğunluğu sözel ve fiziksel şiddet olduğu belirtilmiştir (Fujita vd., 2012). Farklı ülkelerde gerçekleştirilen bu araştırmaların ortak noktasını, sağlık alanında gerçekleşen işyeri şiddetinin diğer birçok sektöre nazaran çok daha yüksek oranlarda gerçekleştiği; buna karşın şiddet bildirimlerin yetersizliği sebebiyle gerçek oranların tam olarak ortaya konamadığı tespiti oluşturmaktadır (Kurt vd., 2018). Bununla birlikte tez çalışması boyunca incelenmiş olan sağlıkta şiddet konulu araştırmalar sağlıkta şiddet sorununun evrensel bir nitelik kazandığını göstermektedir.

3.7. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Beyin Göçü

Bu başlık altında beyin göçü kavramı ve sebepleri irdelenecektir. Türkiye’de sağlık personellerine yönelik uygulanan şiddetin, personellerin yurt dışına göç etme eğilimine yönelik etkisi de ele alınan bir diğer husus olacaktır.

Beyin göçü kavramı Göç Terimleri Sözlüğü’nde (2013) “eğitim görmüş ve yetenekli kişilerin menşe ülkelerden diğer bir ülkeye, menşe ülkenin beceri kaynaklarında azalmayla sonuçlanacak şekilde göç etmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Bir başka tanıma göre beyin göçü iyi eğitilmiş, düşünen ve üreten, nitelikli işgücünün araştırma yapmak veya çalışmak için geri dönmek üzere bir başka ülkeye gitmesidir (Bakırtaş vd., 2010). Bu bağlamda beyin göçü veren ülkeler bu durumdan olumsuz etkilenirken, göç alan ülkeler için bu durum pozitif etki yaratmaktadır. Zira göç veren ülkeler nitelikli insan gücünü kaybederken, göç alan ülkeler hem söz konusu kişilerin eğitim masraflarından tasarruf etmiş hem de daha yenilikçi ve eğitilmiş bir nüfusa sahip olmuştur (Tanrısevdi vd., 2019).

Beyin göçü genellikle sosyal ve ekonomik açıdan az gelişmiş veya gelişmemiş ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru olmaktadır ve bunun temel sebebi daha yüksek ücret, yenilikçi düşünce ve teknolojik gelişmelere yakınlık gibi sosyal ve ekonomik etkenlerdir (Erkal, 2011). Beyin göçüne sebep olan bu sosyal ve ekonomik faktörler literatürde itici sebepler ve çekici sebepler olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu sebepler aşağıdaki tabloda Babataş (2007) tarafından şu şekilde gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Beyin göçünün itici ve çekici sebepleri

İtici Sebepler	Çekici Sebepler
İşsizlik	Daha iyi hayat standardı
Düşük ücret politikası	Daha yüksek maaş ve ücret
Ekonomik istikrarsızlık	İyi araştırma olanakları
Politik dengesizlik	Eğitim için daha iyi fırsatlar
Düşünce ve bilimsel özgürlüklerin kısıtlanması	Teknolojik seviyenin iyi olması
Bürokrasi	Nitelikli eleman ihtiyacı
Plansız şekilde eleman yetiştirilmesi	Nüfus artışının düşüklüğü
Nitelikli elemanların istihdam edilememesi	Daha iyi bir gelir dağılımı

Çekici ve itici sebepler olarak kavramsallaştırılan bu faktörler, bireylerin mevcut durumlarından duyduğu memnuniyetsizlik ile göç hedeflenen ülkedeki fırsatlar arasındaki farkla açıklanır. Örneğin, işsizlik, düşük ücretler, bürokrasi gibi sebepler bireyleri ülkeden uzaklaştırırken; yüksek ücretler, gelişmiş araştırma imkanları, daha iyi yaşam standartları bireyleri bulundukları ülkeden göç etmeye motive eder. Dolayısıyla dünyada giderek derinleşen ekonomik eşitsizlik ve savaşların yarattığı güvensizlik durumu insanları daha müreffeh bir ülkeye göç etme konusunda harekete geçirmektedir. Zira Kahya'nın (2022) belirttiği gibi korku ve endişe duyguları insanlar için itici sebepler olabilirken, güven ve umut duyguları da çekici sebeplerdendir. Bu bağlamda insanlar üzerinde uygulanan her türden şiddetin, insanların göç etmesine neden olacak bir itici sebep olduğu söylenebilir.

Çalışmada ele alınan sağlık personellerinin yurt dışına gitme eğilimi tüm dünyada görülen ortak bir durumdur. Özellikle Afrika, eski Avrupa sömürgeleri ve Doğu Avrupa'da yaygın olduğu görülmektedir. Emeka'nın (2015) yaptığı bir çalışmaya göre ABD, Kanada, İngiltere, Avustralya ve Yeni Zelanda'da çalışan sağlık çalışanlarının yaklaşık %25'i düşük gelirli ülkelerde eğitim görerek söz konusu ülkelere çalışmaya başlamıştır. Yine aynı çalışmada tespit edildiği üzere Hindistanlı 60.000 hekim yani Hindistan'ın doktor iş

gücünün %10'u bu ülkelerde çalışmakta ve her yıl yaklaşık 23.000 doktor Afrika'dan göç etmektedir. Sahra Altı Afrika diye tarif edilen bölgedeki ülkelerde yetişen hekimlerin yurt dışına göç oranı %30'dan fazladır (Ünlü vd., 2024). Romanya 2014 yılında %27,8 ile en yüksek doktor göçü veren ülke olurken, Polonya'da göç yoğunluğu 1990'da %4.5'ken 2014'te %13.5'e yükselmiştir (Adovor vd., 2021).

Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü literatürde “tıbbi beyin göçü” olarak kavramsallaştırılmıştır. Tıbbi beyin göçü; doktor, hemşire, ebe gibi profesyonel sağlık personellerinin düşük ücret veren ülkelere daha iyi yaşam koşulları sağlayan ve yüksek ücret veren ülkelere doğru kitlesel göçünü ifade eder (Kollar vd., 2013). Tablo 3.3'te belirtilen sebepler tıbbi beyin göçünde de geçerli olmakla birlikte bunlarla sınırlı değildir. Uzun çalışma saatleri, personel yetersizliğine bağlı olarak ağır iş yükü, düşük çalışma standartları, gelişmemiş sağlık yönetimi, sınırlı kariyer ve eğitim olanakları, şiddet ve eziyet, can ve mal güvenliğine dair endişeler, HIV/AIDS vb. bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı, düşük mesleki statü gibi sebepler tıbbi beyin göçünde etkili olan faktörler olarak literatürde yer almaktadır (Yıldırım, 2009).

Türkiye'de görülen sağlık çalışanlarının yurt dışına göç etmesindeki motivasyona bakıldığında pek çok sebep karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son yıllarda artan iş yükü ve yoğunluğu, buna karşın gelirin azalması ve sağlıkta şiddetin artması çalışanları istifaya veya göçe zorlamaktadır (TTB, 2022). Yine TTB Sekreteri Vedat Bulut yaptığı bir açıklamada yurtdışına giden hekimlerin göç etmesindeki temel sebebin sağlıkta şiddet olaylarının artışı olduğunu, bunun yanı sıra doktorlara açılan malpraktis davaları ve yurtdışındaki ekonomik şartlar ve yaşam standartlarının söz konusu göç üzerinde etkili olduğunu ifade etmiştir (Durmuş, 2023). Hayran da (2023) sağlıkta yaşanan beyin göçünün ekonomik sebepleri olmakla birlikte özellikle sağlık çalışanlarının can güvenliği ve dayak/öldürülme kaygısının söz konusu göçte oldukça etkili olduğunu savunmuştur. Çalışma saatleri, zorunlu görevler, düşük ücretler, fiziksel ve psikolojik şiddetin artışı da yurt dışına göçün önemli sebepleri olarak gösterilmiştir. Harman Yıldız vd. (2022) hekim göçünün sebeplerini araştırdıkları çalışmada ekonomik ve sosyal sebeplere ek olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dikkat çekmiştir. Yaşları 25 ila 65 arasında değişen 1861 hekimle yapılan bir araştırmada beyin göçünü etkileyen itici sebepler kötü çalışma koşulları, düşük maaşlar, iş güvencesizliği ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olarak tespit edilmiş, çekici sebepler ise iş fırsatları ve rahat çalışma koşulları olarak nitelendirilmiştir.

Görüldüğü üzere Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin gittikçe yoğunlaşması, sağlık çalışanlarının göç etme eğiliminde önemli etkiye sahip bir itici sebep olarak ön plana çıkmaktadır. Aynı zamanda ağır çalışma koşulları ve düşük ücretler, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının yurt dışına göç etmesinde etkili olan diğer itici sebepler olmakla birlikte yurtdışındaki çalışma koşulları çekici sebep olarak ifade edilebilir. Bu noktada sağlıkta yaşanan beyin göçüne dair sayısal verileri göstermek meselenin daha iyi kavranmasına yardımcı olacaktır.

Türkiye’den yurtdışına göç eden sağlık çalışanı sayısı yıllar içerisinde artarak devam etmektedir. Türkiye’deki sağlık çalışanlarının yurt dışında çalışmasını sağlayan iyi hal belgesine yapılan başvuru sayısındaki artışı aşağıdaki tabloda görmek mümkündür:

Tablo 3.2. İyi hal belgesi başvuru sayısı

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
59	90	118	150	245	482	802	1047	931	1405

Kaynak: Aydan, 2023.

Tabloda da gösterildiği gibi yurtdışında çalışmak için söz konusu belgeye başvuranların sayısı her yıl artış göstermektedir. Nitekim 2022 yılında bu sayı 2685’e, 2023 yılında 3085’e yükselmişken 2024 yılının ilk henüz 8 ayında yapılan başvuru sayısı 1800 olmuştur ve 3000’e ulaşması öngörülmektedir (Taşkın, 2023). Dolayısıyla Türkiye’den yurt dışına sağlık çalışanı göçü artışının ciddi bir problem haline geleceği söylenebilir zira 2012’den 2023’e yurtdışına çıkan personel sayısı yaklaşık 52 kat artmıştır.

Yurt dışına göç etme eğilimi sağlık alanında çalışacak olan öğrenciler arasında da oldukça yaygın bir durumdur. Örneğin İstanbul Medipol Üniversitesi’nde doktor adayı olan 62 öğrenciyle yapılan bir çalışmada 30 öğrenci yurt dışında çalışmak istediğini belirtmiş ve bunun sebeplerini sağlık personellerine uygulanan şiddet, çalışma koşullarını yetersizliği, sağlık personellerine duyulan saygının azalması olarak ifade etmişlerdir (Çiçek, 2024).

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi’nde tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 559 öğrenciyle yapılan araştırmada katılımcılardan 353 kişi yurtdışında çalışma isteğini dile getirmiştir (Ünlü vd, 2024). Katılımcıların yurt dışına gitme isteğinin sebeplerine bakıldığında sırasıyla yaşam koşulları, yüksek ücretler ve

Ülkede yaşanan sağlıkta şiddet vakalarını neden olarak öne çıkardıkları görülmektedir (nl vd., 2024).

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimine devam eden 582 öğrenciyle yapılan araştırmada katılımcıların %71,8'inin başka ülkelere beyin göçü yapma niyetinde olduğu tespit edilmiştir (Altun Gzelderen vd, 2024). Bu çalışmada da katılımcıların göç etme isteklerine etki eden faktörler daha iyi çalışma koşulları ve gelir, yeteri kadar saygı duyulmama ve fiziksel-psikolojik şiddet olarak saptanmıştır.

Tıbbi beyin göçüne dair gerek dünyada gerekse Türkiye'de yapılan araştırmalar göstermektedir ki sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet formları, çalışanların yurt dışına g etmesinde önemli itici faktörlerden biridir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve bunun yarattığı korku yurt dışına gitme eğilimini ciddi şekilde artırmaktadır. Dolayısıyla Türkiye'deki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile beyin göçü arasında doğrudan bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Nitekim bu sorunun uzun vadede Türkiye'nin sağlık sistemine zarar verme ihtimali oldukça yüksektir.

Bu kuramsal çerçevede araştırmada "Türkiye'deki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile beyin göçü arasında doğrudan bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt bulmaya çalışılmış ve aşağıda ayrıntılarının yer aldığı alan araştırması yürütülerek bu hipotezi destekleyen verilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

4. UYGULAMA

Bu bölümde sağlık personellerine yönelik şiddet olaylarının beyin göçü üzerindeki etkisinin ortaya koyulmaya çalışıldığı bir alan araştırmasına dair ayrıntılar yer almaktadır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının iş yerinde maruz kaldıkları şiddet nedeniyle yurtdışına çıkma eğilimlerini ve bu eğilimleri etkileyen faktörleri incelemektir. Sağlık sektöründeki iş gücü kaybının temel nedenlerini anlamak, özellikle şiddetin bu süreçteki rolünü belirlemek açısından önemlidir. Bu araştırma, sağlık çalışanlarının mesleki memnuniyetini ve meslekten uzaklaşma motivasyonlarını daha iyi anlamayı hedeflemektedir. Çalışma sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulmasında, çalışma koşullarının iyileştirilmesinde ve sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesinde rehber niteliği taşıyabilir.

4.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Tunceli Devlet Hastanesi'nde görev yapan 810 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Tunceli il merkezinde sadece Tunceli Devlet Hastanesi bulunmakta olup başka özel ve devlet hastanesi bulunmamaktadır. Tunceli il merkezinde alternatif olmayışı ve başka hastaneler için zaman darlığı ve ulaşım sıkıntısı nedenleri ile araştırma il merkezindeki tek devlet hastanesinde yapılmıştır. Araştırmada seçkisiz olmayan örneklem yöntemlerinden kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Söz konusu yöntem, araştırmanın hızlı ve pratik bir şekilde yürütülmesine olanak sağlamaktadır (Altındış ve Ergin, 2018). Literatürde örneklem büyüklüğünün ne olması gerektiğine dair pek çok görüş bulunmaktadır. Preacher ve MacCallum (2002) tarafından örneklem sayısının en az 100 ile 250 arasında olması gerektiği vurgulanmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmanın kriterlerine uygun ve gönüllü 102 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

Anketlerin uygulanması için İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmış ve veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Veriler, Munzur Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul izni (Ek.1) alındıktan sonra toplanmıştır.

Katılımcılar arasında farklı meslek gruplarından bireylerin yer alması, sonuçların genellenebilirliği açısından önemlidir.

4.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Bu çalışmada anket veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Anket formu, sağlık çalışanlarının demografik bilgilerini, şiddet deneyimlerini ve yurtdışına çıkma eğilimlerini değerlendiren 18 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Likert tipindeki bu sorular, yazar tarafından derlenerek oluşturulmuştur. Katılımcılara anketler yüz yüze iletilmiş, bu sayede geniş bir kitleye ulaşılması sağlanmıştır. Verilerin toplanmasında etik kurallara tam uyulmuş ve katılımcıların gizliliği korunmuştur.

4.4. Verilerin Analizi

Toplanan veriler, IBM SPSS 24.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde) katılımcıların demografik özellikleri, şiddet deneyimleri ve yurtdışına çıkma eğilimlerini özetlemek için kullanılmıştır. Ayrıca yurtdışına çıkma eğilimleri ile şiddet arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi uygulanmıştır. Ki-kare analizinden genellikle iki veya daha fazla grup arasında anlamlı ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla faydalanılmaktadır (Güngör ve Bulut, 2008).

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları arasında katılımcıların yalnızca gönüllü sağlık çalışanlarından oluşması ve bu nedenle örneklemin tüm sağlık sektörünü tam anlamıyla temsil etmemesi yer almaktadır. Sağlık personellerinin maruz kaldığı şiddetin boyut ve biçimlerini tam olarak tespit etmek mümkün değildir. Çünkü fiziksel şiddetin kendini gösteriş biçimleri gibi sembolik, psikolojik veya sözsöz şiddetin somut olgusal bir ölçütü bulunmamaktadır. Örnek verecek olursak bir sağlık çalışanının, bir hasta veya hasta yakınının tehditkar veya tahakkümsel bir bakışını ya da hareketini ölçütlendirebilmek mümkün değildir. Fakat bu eylem ve davranışlar da önemli bir şiddet göstergesidir. Dolayısıyla bu tür şiddet biçimleri çalışmanın hem teorik hem de pratik altyapısı içerisinde kendisine yer bulamamıştır. Bu yüzden ki çalışmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

5. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde öncelikli olarak katılımcıların demografik özelliklerine, şiddet olgusuna ve yurt dışına çıkma isteklerine yönelik olarak detaylı bilgilerin bulunduğu betimleyici analizlere yer verilmiş ve aşağıda bulunan tablolarda bu bilgilerin frekans ve yüzde oranları gösterilmiştir. Daha sonra katılımcıların şiddet görme durumları ve yurtdışına gitme isteği arasındaki ilişkinin test edilebilmesi için ki-kare analizi yapılmış ve sonuçları paylaşılmıştır.

5.1. Demografik Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Aşağıdaki Tablo 5.1’de katılımcıların demografik özelliklerini görmek mümkündür.

Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişken Türü	Gruplar	N	Yüzde
Yaş	29 yaş ve aşağısı	37	36,3
	30-39 yaş	40	39,2
	40-49 yaş	20	19,6
	50+	5	4,9
Cinsiyet	Kadın	67	65,7
	Erkek	35	34,3
Eğitim Durumu	Lise	34	30,4
	Ön Lisans	17	16,7
	Üniversite	51	50,0
	Yüksek Lisans/Doktora	3	3
Meslek	Sağlık Memuru	30	29,4
	Hemşire	38	37,3
	Ebe	19	18,6
	Doktor	15	14,7
Meslek Yılı	1 yıldan az	8	7,8
	1-5 yıl	37	36,3
	6-10 yıl	24	23,5
	11-15 yıl	18	17,6
Bulunulan Kurumda Çalışma Yılı	15 yıl +	15	14,7
	1 yıldan az	11	10,8
	1-5 yıl	58	56,9
	6-10 yıl	18	17,6
	11-15 yıl	11	10,8
	15+ yıl	4	3,9
Toplam		102	100

Tablo 5.1’de verilen bilgilerden hareketle çalışmaya katılanların çoğunluğu (%39,2) 30-39 yaş, kadın (%65,7), üniversite mezunu (%50,0), hemşire (%37,3), 1-5 yıl meslek

deneyimine sahip (%36,3) ve bulunduğu kurumda 1-5 yıl arası çalışan (%56,9) katılımcılardan oluşmaktadır.

5.2. Katılımcıların Şiddet Olgusuna İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların şiddet olgusuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Aşağıdaki Tablo 5.2’de katılımcıların şiddet olgusuna ilişkin frekans ve yüzdeleri görmek mümkündür.

Tablo 5.2. Katılımcıların şiddet olgusuna ilişkin frekans ve yüzdeleri

Değişken Türü	Gruplar	N	Yüzde
Katılımcıların şiddete karşı endişe durumu yaşaması	Evet	100	98,0
	Hayır	2	2,0
Şiddete maruz kalma durumu	Evet	100	98,0
	Hayır	2	2,0
Şiddetin Türü	Fiziksel	9	8,8
	Sözel	68	66,7
	Fiziksel ve sözel	23	22,5
Şiddeti Uygulayanın Cinsiyeti	Erkek	47	46,1
	Kadın	53	52,0
Toplam		102	100

Tablo 5.2’de verildiği üzere katılımcıların büyük bir kısmının (%98,0) şiddet yaşamaya karşı endişe duyduğu benzer şekilde büyük çoğunluğunun (%98,0) şiddet gördüğü, yaşanan şiddetin büyük çoğunluğunun (%66,7) sözel şiddet olduğu ve şiddeti uygulayanların çoğunluğunun (%52,0) kadın olduğu belirlenmiştir.

5.3. Katılımcıların Yaşadıkları Şiddetin Nedenine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların yaşadıkları şiddetin nedenine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Aşağıdaki Tablo. 5.3’te katılımcıların yaşadıkları şiddetin nedenine ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzdeleri görmek mümkündür.

Tablo 5.3. Katılımcıların yaşadıkları şiddetin nedenine ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzdeleri

Değişken Türü	N	Yüzde
Hasta/Hasta Yakınının Tutum/Davranışları	27	26,5
Kurumsal Prosedür ve Sağlık Politikaları	28	27,5
Kötü İletişim ve Yanlış Anlama	39	37,3
Uzun Bekleme Süreleri	36	35,3
Tedaviden Memnuniyetsizlik	45	44,1
Diğer (Alkol/İlaç Etkisi, Kötü Haber verme, Haksız isteklerin reddi)	30	29,4

Tablo 5.3'te katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin nedenine ilişkin görüşleri verilmiştir. Bu noktada tablo incelendiğinde; şiddet nedenine ilişkin belirtilen gerekçelerin dağılımının yakın olduğu gözlemlenmektedir. Katılımcılar maruz kaldıkları şiddetin nedenini ilişkin olarak tedaviden memnuniyetsizlik (%44,1) olarak ifade etmişlerdir. Ardından kötü iletişim ve yanlış anlama (%37,3), uzun bekleme süreleri (%35,3) gibi nedenlerinde hasta/hasta yakınlarını sağlık çalışanlarına karşı şiddet göstermeye meylettirdiğini düşündükleri ifade edilebilir.

5.4. Katılımcıların Hasta/Hasta Yakınları ile Sağlık Çalışanları Arasındaki Şiddetin Önlenmesi ve/veya Azaltılması için Çözüm Önerilerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması için çözüm önerilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.4'te katılımcıların hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması için çözüm önerilerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarını görmek mümkündür.

Tablo 5.4. Katılımcıların hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması için çözüm önerilerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken Türü	N	Yüzde
Sağlık çalışanlarının haklarının artırılması	78	76,5
Şiddet uygulayanlara yaptırımların artırılması	94	92,2
Güvenlik önlemlerinin artırılması (güvenlik elemanı, kameralar gibi)	88	86,3
Şiddet karşıtı bir sağlık politikasının belirlenmesi	16	15,7
Sağlık çalışanlarının iletişim konusunda eğitilmesi	5	4,9

Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi veya azaltılmasına ilişkin olarak katılımcıların görüşlerinin yer aldığı Tablo 5.4 değerlendirildiğinde; katılımcıların çoğunluğunun şiddet uygulayanlara verilen yaptırımların artırılmasının (%92,2) hasta/hasta yakınların şiddete olan eğilimini azaltacağını düşündükleri ifade edilebilir. Buna ek olarak güvenlik önlemlerinin artırılması (%86,3) ve sağlık çalışanlarının haklarının artırılmasının (%76,5) sağlık çalışanlarına yönelik olarak gelişen/gelişebilecek olası şiddet durumlarını azaltabileceği ifade edilmiştir.

5.5. Katılımcıların Şiddet Eylemi Gerçekleştikten Sonra Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların şiddet eylemi gerçekleştikten sonra tutumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.5'te katılımcıların şiddet eylemi gerçekleştikten sonra tutumlarına ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarını görmek mümkündür.

Tablo 5.5. Katılımcıların şiddet eylemi gerçekleştikten sonra tutumlarına ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken Türü	N	Yüzde
Karşılık verdim	5	4,9
Beyaz kod verdim	60	58,8
Karşılık vermeden işime devam ettim	37	36,3

Tablo 5.5'te katılımcıların çoğunluğunun (%58,8) şiddet eyleminin gerçekleşmesinin ardından beyaz kod verdiği gözlemlenmektedir. Katılımcılardan bazılarının ise (%36,3) şiddet eylemine karşılık vermeden işine devam ettiği, bir bölümünün ise (%4,9) şiddet eylemine karşılık verdiği saptanmıştır.

5.6. Katılımcıların Yurt Dışında Çalışma Düşüncesine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların yurt dışında çalışma düşüncesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.6'da katılımcıların yurt dışında çalışma düşüncesine ilişkin ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarını görmek mümkündür.

Tablo 5.6. Katılımcıların yurt dışında çalışma düşüncesine ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken Türü	N	Yüzde
1-3 Arası	20	19,6
4-6 Arası	80	78,4
7-10 Arası	2	2,0

Tablo 5.6'da katılımcıların yurt dışında çalışma düşüncesine ilişkin 1-10 arası skalada görüşlerinin belirtilmesi ifadesine vermiş oldukları cevapların gruplandırılmış dağılımı yer almaktadır. Bu noktada katılımcıların çok az bir kısmının (%2,0) yurt dışına kesin gitmek istediği/düşündüğü, büyük bir çoğunluğunun ise (%78,4) bu konuda kararsız kaldığı ifade edilebilir. Yurt dışına çıkmayı düşünmeyen katılımcıların ise %19,6'lık kesimde yer aldığı belirlenmiştir.

5.7. Katılımcıların İmkanı Olsa Gitmek İsteddiği Ülke/bölgeye İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların imkanı olsa gitmek istediği ülke/bölgeye ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.7'de katılımcıların imkanı olsa gitmek istediği ülke/bölgeye ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarını görmek mümkündür

Tablo 5.7. Katılımcıların imkanı olsa gitmek istedikleri ülke / bölgeye ilişkin vermiş oldukları cevapların frekans ve yüzde dağılımları

Değişken Türü	N	Yüzde
Avrupa	17	16,7
Kanada	22	21,6
İskandinavya	55	53,9
ABD	7	6,9

Katılımcıların imkanları olsa yurtdışında gitmek istedikleri ülke/bölgeye ilişkin vermiş oldukları cevapların yer aldığı Tablo 5.7 incelendiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğunun (%53,9) İskandinavya ülkelerine gitmek istediği saptanmıştır.

5.8. Katılımcıların Yurtdışı Çalışma Koşulları Hakkında Bilgi Aldıkları Kanallara İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların yurtdışı çalışma koşulları hakkında bilgi aldıkları kanallara ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.8’de katılımcıların yurtdışı çalışma koşulları hakkında bilgi aldıkları kanalların frekans ve yüzde dağılımlarını görmek mümkündür

Tablo 5.8. Katılımcıların yurtdışı çalışma koşulları hakkında bilgi aldıkları kanalların yüzde ve frekans dağılımları

Değişken Türü	N	Yüzde
Sosyal Medya	17	16,7
Meslek Dernekleri	22	21,6
Yurtdışına Daha Önce Giden Meslektaşlarım	56	54,8
Diğer (Google Reklamları, Ağızdan Ağıza Yayılma Yöntemi)	7	6,9

Tablo 5.8 incelendiğinde katılımcılardan yurtdışı çalışma koşulları hakkında bilgi sahibi olanların büyük çoğunluğunun (%54,8) yurtdışına daha önce giden meslektaşlarından bilgi aldıkları saptanmıştır.

5.9. Katılımcıların Yurtdışında Çalışmanın Sağlayacağı Avantajlara İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların yurtdışında çalışmanın sağlayacağı avantajlara ilişkin görüşlerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.9’da katılımcıların yurtdışında çalışmanın sağlayacağı avantajlara ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımlarını görmek mümkündür

Tablo 5.9. Katılımcıların yurtdışında çalışmanın sağlayacağı avantajlara ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken Türü	N	Yüzde
Daha iyi sosyal haklar	15	14,9
Daha iyi ücret	20	19,6
Yaşam standartlarının daha yüksek olacağı	51	50,0
Çalışma ortamında fiziksel ve sözlü şiddete uğramamak	6	5,9
Diğer (Akraba yanına gitme isteği, ülke değişikliği isteği, dil geliştirme)	9	9,6

Katılımcıların yurtdışında çalışmanın sağlayacağı avantajlara ilişkin olarak vermiş oldukları cevapların yer aldığı Tablo 5.9 incelendiğinde; yurtdışının yaşam standartların daha yüksek olması sebebiyle (%50,0) çalışılabileceğinin ifade edildiği gözlemlenmektedir.

5.10. Katılımcıların Şiddet Görme Durumları ve Yurtdışına Gitme İsteği Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların şiddet görme durumları ve yurtdışına gitme isteği arasındaki ilişkiye ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo. 5.10’da katılımcıların şiddet görme durumları ve yurtdışına gitme isteği arasındaki ilişkiye ilişkin Ki-Kare analizi sonuçlarını görmek mümkündür

Tablo 5.10. Katılımcıların şiddet görme durumları ve yurtdışına gitme isteği arasındaki ilişkiye ilişkin ki-kare analizi

Karşılaştırılan Değişkenler	N	Ki-Kare	Sd	P
Daha Önce Şiddet Görme				
Yurtdışına Gitme İsteği	100	14,9	0,299	0,40*

Katılımcıların şiddet görme durumları ve yurtdışına gitme isteği arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan ki kare analiz sonuçlarından hareketle şiddet görme durumu ile yurtdışına gitme isteği arasında anlamlı ($p<0,05$) bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışması sağlık çalışanlarının iş yerinde maruz kaldıkları şiddet olaylarının yurtdışına çıkma eğilimlerine etkilerini detaylı bir şekilde incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmanın odak noktası sağlık sektöründe şiddetin yaygınlığı ve bu durumun çalışanlar üzerindeki sosyo-psikolojik, ekonomik ve mesleki etkileridir. Bulgular şiddet olaylarının sağlık çalışanlarının sadece profesyonel yaşamlarını değil aynı zamanda kişisel yaşamlarını da derinden etkilediğini ve bu durumun özellikle yurtdışına göç eğilimlerini artırdığını göstermektedir.

Bu bağlamda yürütülen araştırmada Tunceli İl merkezindeki Devlet Hastanesinde görev yapan 102 sağlık çalışanından yüz yüze anket yöntemiyle veriler toplanarak analiz edilmiştir.

- Araştırmaya katılanların çoğunluğun 30-39 yaş, kadın, üniversite mezunu, hemşire ağırlıklı olduğu gözlenmiştir.
- Araştırma kapsamında elde edilen veriler sağlık çalışanlarının sıklıkla fiziksel, psikolojik ve sözel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur.
- Katılımcılar maruz kaldıkları şiddetin nedenini ilişkin olarak tedaviden memnuniyetsizlik birinci sırayı alırken bunu kötü iletişim ve yanlış anlama, uzun bekleme süreleri olduğu gözlenmiştir.
- Katılımcıların çoğunluğunun şiddet uygulayanlara verilen yaptırımların artırılmasının hasta/hasta yakınların şiddete olan eğilimini azaltacağını öngörmektedirler.
- Ayrıca güvenlik önlemlerinin artırılması ve sağlık çalışanlarının haklarının artırılmasının sağlık çalışanlarına yönelik olarak gelişen/gelişebilecek olası şiddet durumlarını azaltabileceğini belirtmişlerdir.
- Katılımcıların yarıdan fazlasının şiddete maruz kaldıktan sonra beyaz kod verdiği gözlemlenmiş ve çok az bir oranda şiddete şiddet ile karşılık verildiği görülmüştür.
- Katılımcıların çoğunluğunun yurtdışına çıkma konusunda kararsız oldukları ve yurtdışında kesin olarak çalışmak isteyenlerin yurtdışında çalışmak istemeyenlere oranla daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.
- Katılımcıların çoğunluğu yurtdışına gitmeleri durumunda İskandinavya ülkelerinde çalışmak istediklerini belirtmişlerdir.

- Katılımcıların çoğunluğunun yurtdışında çalışma koşulları hakkında bilgiyi daha önce yurtdışına giden meslektaşlarından aldığı görülmüştür.
- Katılımcıların yurtdışında çalışmak istemelerinin ana etkeninin daha yüksek yaşam standartı olduğu gözlemlenmiş, gittikleri ülkede şiddete maruz kalmayacakları düşüncesi en düşük seviyede çıkmıştır.
- Katılımcıların yurt dışına gitme isteği ile maruz kaldıkları şiddet arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur.

Fiziksel şiddet genellikle hasta ya da hasta yakınlarından gelirken psikolojik şiddet ise iş yerindeki diğer çalışanlar veya yöneticiler tarafından uygulanmaktadır. Bu durum iş yerinde toksik bir ortam oluşmasına neden olmakta ve çalışanların tükenmişlik sendromuna yakalanma riskini artırmaktadır. Özellikle hasta yoğunluğunun fazla olduğu kamu hastanelerinde şiddet olaylarının daha yaygın olduğu tespit edilmiştir.

Şiddet sadece bireyler arasındaki çatışmalardan değil aynı zamanda sistemik faktörlerden de kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının uzun mesai saatleri, iş yükü ve yetersiz güvenlik önlemleri, şiddet riskini artıran başlıca nedenler arasında yer almaktadır. Ayrıca toplumun sağlık çalışanlarına yönelik algısının medyanın olumsuz etkileriyle birleşmesi şiddeti tetikleyici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum özellikle Covid-19 pandemisi sırasında belirgin bir şekilde görülmüş ve sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranları önemli ölçüde artmıştır. Araştırmada yurtdışına çıkma eğilimlerinin, daha güvenli bir çalışma ortamı arayışı ve ekonomik nedenler ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Psikososyal etkiler açısından bakıldığında şiddet olayları sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini düşürmekte, stres, kaygı ve depresyon gibi sorunlara yol açmaktadır. Şiddete maruz kalan çalışanların kendilerini güvende hissetmedikleri bir ortamda mesleklerini sürdürmeleri neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Ayrıca bu durum sadece bireyleri değil onların ailelerini ve sosyal çevrelerini de olumsuz etkilemektedir. Çalışanlar şiddet olaylarının tekrarlanma olasılığı nedeniyle iş yerlerinde sürekli bir gerginlik hali yaşamaktadır.

Araştırma sağlık çalışanlarının yurtdışına çıkma eğilimlerinin çok boyutlu nedenlere dayandığını ortaya koymuştur. Bunlar arasında başlıca nedenler; güvenlik arayışı, ekonomik fırsatlar, mesleki tatmin ve daha insancıl çalışma koşullarıdır.

Yurtdışındaki sağlık sistemlerinin sunduğu çalışma şartları, daha iyi ücretler ve daha düşük şiddet riski, Türkiye’deki sağlık çalışanları için cazip bir alternatif oluşturmaktadır.

Yurtdışına çıkma eğilimi sadece bireysel bir tercih değil aynı zamanda Türkiye’deki sağlık sistemindeki sorunların bir yansımasıdır. Şiddet olaylarının artışı sağlık çalışanlarının ülkeye olan bağlılıklarını ve sistemde kalma motivasyonlarını zayıflatmaktadır. Çalışmada genç sağlık çalışanlarının yurtdışına çıkma eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni kariyerlerinin başında olan bireylerin, daha güvenli ve istikrarlı bir gelecek arayışında olmalarıdır.

Altınok (2018) sağlıkta şiddet alanında yapmış olduğu çalışmasında sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca genellikle sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını ve bu şiddet türlerinden en çok sözel şiddete uğradıklarını belirtmiştir. Arıkan (2019) ise yine aynı alanda yaptığı çalışmasında sağlık çalışanlarının en çok sözel şiddete maruz kaldığını, beyaz kod uygulamasını bildiğini ve şiddete uğraması sonucunda çoğunlukla beyaz kod verdiğini belirtmiştir. Aynı araştırmada sağlık çalışanlarının diğer ülkelerde de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin var olduğundan haberdar olduklarını belirtmiştir. Babataş (2007) ise daha iyi hayat standartının beyin göçünde önemli ölçüde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bir başka çalışmada ise şiddet uygulayanlara karşı yaptırımların artırılmasının, güvenlik önlemlerinin artırılmasının ve sağlık çalışanlarının haklarının iyileştirilmesinin şiddet oranlarını azaltacağına dair bilimsel veriler ortaya konmuştur (Bıçkıcı 2013). Şiddetin nedenleri olarak tedaviden memnuniyetsizlik, uzun bekleme süreleri, randevu saatinden önce muayene olma isteği ve iletişim kurma sıkıntısı başka çalışmada da ortaya koyulmuştur (Tokgöz 2019). Sağlıkta şiddet alanında yapılan başka çalışmalarda incelendiğinde elde edilen verilerin benzerlik gösterdiği ve bu çalışmada ortaya çıkan sonuçların diğer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı olduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları sağlık sektöründe şiddetin bireysel bir sorun olmaktan çok sistemik bir problem olduğunu göstermektedir. Bu nedenle şiddeti önlemek ve sağlık çalışanlarının yurtdışına çıkma eğilimlerini azaltmak için kapsamlı politika değişikliklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Önerilen çözüm yolları şunlardır:

Güvenlik Önlemlerinin Artırılması: Sağlık kurumlarında güvenlik kameralarının yaygınlaştırılması, güvenlik personeli sayısının artırılması ve şiddet olaylarına karşı caydırıcı tedbirlerin alınması gerekmektedir. Ayrıca riskli alanlarda acil müdahale ekiplerinin bulundurulması önerilmektedir. Çalışanların yalnız çalışmaları engellenmelidir.

Sağlık bakım alanlarında halkın hareketi kısıtlanmalı ve hasta bakım alanlarına ilgisiz kişilerin girişi engellenmelidir. Sağlık kurumlarında kesici, delici aletlerin bulunduğu çekmece ve dolaplar kilitli tutulmalıdır. Ortamda kolayca fırlatılabilecek cisimlerin (zımba, makas, sandalye) mevcut olmamasına özen gösterilmelidir. Bekleme alanları dahil izlenebilecek ortamlar kamerayla izlenmeli, görüntüler anlık takip edilmeli ve gerekli müdahaleler hızla yapılmalıdır. Hastane otoparkları güvenlik kameraları ile izlenmeli ve sağlık çalışanlarının geceleri otoparklara güvenlik eşliğinde erişimi sağlanmalıdır.

Eğitim ve Farkındalık Programları: Sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınlarıyla etkili iletişim kurmaları için düzenli eğitim verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda toplumun sağlık çalışanlarına yönelik tutumlarını değiştirmek için farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir. Şiddet içeren davranış tehlikesinin farkına varılması ve hızlı müdahale için çalışanlar eğitilmelidir.

Hukuki Yaptırımların Güçlendirilmesi: Şiddet olaylarına karışan bireyler için daha sert yasal düzenlemelerin getirilmesi şiddetin caydırıcılığını artıracaktır. “Beyaz Kod” uygulaması gibi mevcut sistemlerin etkinliği artırılmalı ve bu tür olaylar hukuki açıdan daha sıkı takip edilmelidir. Kurumlarda şiddete tolerans gösterilmeyeceği ve şiddet içeren davranışların potansiyel sonuçları olacağına herkes tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.

Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi: Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin düzenlenmesi, aşırı iş yükünün azaltılması ve daha iyi ücretler sağlanması çalışanların mesleki tatminini artıracaktır. Hastanelerde yeterli sayıda ve nitelikte çalışan istihdam edilmelidir. Çalışanların özlük hakları, nöbet, izin ve tatil gibi hakları gözetilmelidir. Çalışanlar için yeterli dinlenme alanları ve zamanları oluşturulmalıdır. Kliniklerde hasta ve hasta yakınlarının bekleme sürelerini azaltacak; randevu, kayıt, ödeme gibi kolaylaştıracak; bilgilendirme ve yönlendirme yapacak sistemler geliştirilmelidir. Fiziksel altyapı ve donanım iyileştirilmeli, havalandırma, aydınlatma, temizlik, hijyen, konfor gibi standartlar sağlanmalıdır. Dayanışmanın bozulmaması için mekan planlanması, sağlık emekçileri arasında eşitsiz şekilde olmamalıdır.

Psikolojik Destek Mekanizmalarının Oluşturulması: Şiddete maruz kalan çalışanlar için psikolojik destek programlarının sunulması, onların iyileşme süreçlerini hızlandıracaktır. Çalışanların motivasyon ve memnuniyetlerini artıracak uygulamalar yapılmalıdır. Çalışanların psikolojik destek alabilecekleri mekanizmalar oluşturulmalıdır.

Elde edilen bulgular sağlık sektöründe daha sürdürülebilir politikaların geliştirilmesine ışık tutabilir. Şiddetin azaltılması ve sağlık çalışanlarının mesleki

memnuniyetinin artırılması hem bireyler hem de toplum için olumlu sonuçlar doğuracaktır. Sağlık çalışanlarının daha iyi koşullarda çalışmalarını sağlamak, yalnızca onların refahını artırmakla kalmaz aynı zamanda genel sağlık hizmetlerinin kalitesini de yükseltir. Bu nedenle şiddeti önlemek ve sağlık çalışanlarının yurtdışına çıkma eğilimlerini azaltmak için önerilen politikaların hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının iş yerinde maruz kaldıkları şiddet yalnızca bireysel bir sorun değil aynı zamanda sağlık sisteminin genel işleyişini etkileyen ciddi bir problemdir.

Bu araştırma sağlık sektöründe şiddetin yaygınlığını, sağlık çalışanlarına olan etkilerini ve bu bağlamda yurtdışına göç eğilimlerini incelemektedir. Bulgular sağlık çalışanlarının daha güvenli çalışma ortamları arayışıyla yurtdışına çıkma düşüncelerini tetiklediğini göstermektedir.

Araştırma aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş yükünün azaltılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve şiddeti önlemeye yönelik etkili politikaların oluşturulması gerektiğini vurgulamaktadır. Şiddetin önlenmesi ve çalışanların desteklenmesi hem bireysel refahın hem de sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda toplumsal farkındalığın artırılması ve sistematik reformların hayata geçirilmesi sağlık sektörünün sürdürülebilirliğini sağlamak için kaçınılmazdır.

İleride yapılacak araştırmalarda sağlıkta beyin göçünü etkileyen diğer değişkenlerin de incelenerek, farklı ana evrenlerde farklı değişkenlerle konunun derinlemesine ele alınması uygun olacaktır. Genellenebilir sonuçlara ulaşabilmek için konu daha büyük anaevrende incelenebilir ve özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarındaki durum incelenerek devlet ve özel hastaneler arasında bir farklılık olup olmadığı karşılaştırmalı olarak analiz edilmelidir. Beyin göçünü durdurmak için nitel çalışmalar ile konu derinlemesine analiz edilip çözüm yolları sunulması önemli olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Abdülbari, B., Antonio, V., Furkan, A., vd.** 2024. Determinants of brain drain among physicians in Turkey: Findings from a national exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, doi: 10.1177/00207640241285834
- Abed, M., Morris, E. Sobers., Grannum, N.** 2016. Workplace Violence Against MedicalStaff in Healthcare Facilities in Barbados. *Occupational Medicine*, 66 (7): 580-583.
- AbuAlRub, R., Khalifa, MF., Habbib, MB.** 2007. Irak Hastane Hemşireleri Arasında İşyerinde Şiddet. *Hemşirelik Bursu Dergisi*, 39(3):281–288.
- Adib, M.S., Al Shatti, A.K., Kamal, S., vd.** 2001. Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies*, 39: 469-478.
- Adovor, E., Czaika, M., Docquier, F., vd.** 2021. Medical brain drain: how many, where and why? *Journal of Health Economics*, 76, 102409.
- Aka, A.** 2018. Şiddet Türlerine Sosyolojik Bakış. *II. International Applied Social Sciences Congress (C- Iasos) Proceeding Boo.* 41-53.
- Alan, A.** 2021. Aile Hekimliği Polikliniği ile Acil Servis Yeşil Alana Başvuran Hasta ve Yakınlarının Sağlıkta Şiddete Yönelik Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi.* Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara.
- Alexander, C., Fraser, J., Hoeth, R.** 2004. Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers. *Journal of Healthcare Management*, 49:377-413.
- Altındış, S., Ergin, A.,** 2018. Araştırma Evreni ve Örneklem. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri içinde*, s.81-104, ed. Aslan, Ş., Eğitim Yayınevi, Konya.
- Altıntaş, N.** 2006. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. *Yüksek lisan tezi.* İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Altıok, R.** 2018. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde Çalışan Asistan Hekimlerin Şiddete Maruziyet Sıklığı ve İlişkili Etmenler. *Basılmamış Uzmanlık Tezi.* Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 17-19, Denizli.
- Altun Güzelderen, Y. B., Yurdakul, Ş., Altundal E. G., vd.** 2024. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beyin Göçüne Bakışı. *Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3):245-53.
- Amr, M., El-Gilany, A.H., El-Wehady, A.** 2010. Violence Against Primary Health Care Workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4):716-734.

- Annagür, B.** 2010. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2):161-173.
- Arıkan, K.** 2019. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Durumunda Beyaz Kod Vermedeki Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Şiddeti Önleme Konusundaki Önerileri. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Arnetz, J. E.** 1998. The Violent Incident Form. A Practical Instrument For The Registration of Violent Incidents in The Health Care Workplace. *Work and Stress*, 12(1):17-28.
- Arslan, T.** 2019. Sağlık Kurumlarında Şiddet: Gazete Haberleri Üzerinde Bir Araştırma. *Basılmamış Uzmanlık Tezi*. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Düzce.
- Atan, S. Ü., Dönmez, S.** 2011. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25(1):71-80.
- Aydan, S.** 2023. Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3):895-920.
- Aydın, B.O., Şahin, E.** 2018. Hastanelerde Hasta Yakınları Tarafından Belirlenen İletişim Engellerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İletişim Kuram ve Araştırması Dergisi*, 46: 60.
- Aydın, M.** 2008. Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı.
- Babataş, G.** 2007. Beyin Göçü ve Türkiye'nin Sosyo-Ekonomik Yapısının Beyin Göçüne Etkisi. *Öneri Dergisi*, 7(28):263-266.
- Bakırtaş, T., Kandemir, O.** 2010. Gelişmekte Olan Ülkeler ve Beyin Göçü: Türkiye Örneği. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 18(3):961-974.
- Balkır, Z. G.** 2015. Cinsiyet Ayrımcılığı Temelinde İş Yerinde Cinsel Taciz. Ankara.
- Basile, K. C., Smith, S. G., Breiding, M. J., vd.** 2014. Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, *Centers for Disease Control and Prevention*. 11.
- Baysan Arabacı, L., Uygun, T.** 2022. Şiddet Uygulayan ve Şiddet Uygulanan Bireylerin Özellikleri. *Hemşirelik Bilim Dergisi*, 5(1):38-46.
- Behnam, M., Tillotson, R., Davis, S., vd.** 2011. Violence in The Emergency Department: A National Survey Of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *The Journal of Emergency Medicine*, 5(40):565-579.

- Bıçkıcı, F.** 2013. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Aktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1):43-56.
- Bigira, E. S., Katongole, S. P.** 2015. Management of Hospital Security in General Hospitals of Southwestern Uganda. *International Journal of Public Health Research*. 3(5):173-179.
- Butchart, A., Mikton, C.** 2014. Global Status Report On Violence Prevention. WHO, UNODC and UNDP, Luxembourg.
- Büyükbayram, A., Okçay, H.** 2013. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1):46-53
- Can Gürkan, Ö., Coşar, F.** 2009. Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri. *Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2):124-129
- Casalod, Y., Angeles Rueda, M.** 2009. Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-Facility Study To Evaluate The Distribution Of Growing Violence
- Chappell, D., Di Martino, V.** 2006. Violence at Work. *International Labour Organization*.
- Chen, W.C., Hwu, H.G., Kung, S. M., vd.** 2008. Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workers in a Psychiatric Hospital in Taiwan. *J. Occup. Health*, 50, 288-293.
- Chen, W.C., Hwu, H.G., Wang, J. D., vd.** 2008. Prevalence And Determinants Of Workplace Violence Of Health Care Workers In A Psychiatric Hospital In Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50(3): 288.
- Cinoğlu, A.** 2015. Sağlık Kurumlarında Şiddet, *Dönem Projesi*, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Cooper, CL., Swanson, N.** 2002. Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art. 1-67.
- Coşkun, U. N., Erdem, R.** 2016. Şiddet ve sağlık. 10. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*.
- Curbow, B.** 2001. Origins of Violence at Work. In: Cooper, C., Violence in the Health Sector, *ILO/WHO Report*, Geneva.
- Çamcı, O., Kutlu, Y.** 2011. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2 (1):9-16.
- Çınarlı, Ş., Yücel, H.** 2014. Sağlık iletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık işyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *İletişim Dergisi*, Özel Sayı:3:31-52.

- Çiçek, A.** 2024. Türkiye’deki Hekim Adaylarının Yurt Dışına Göç Etme Eğilimleri. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 8(2):67-80.
- Demeur, V., Devos, S., Jans, E., vd.** 2018. Aggression Towards the GP: Can We Profile the GP– victim? A Cross-Section Survey Among GPs”. *BJGP open*, 2(3).
- Di Martino, V.** 2002. Workplace Violence in the Health Sector. Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an Additional Australian Study. Ginebra: *Organización Internacional del Trabajo*, 3-42.
- Di Martino, V.** 2003. Relationship Between Work Stress and Workplace Violence in the Health Sector. *Geneva: ILO*.
- Dikmen, A. A.** 1995. İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*.
- Dikmen, M., Tuncer, M.** 2017. Akademisyenlerin Siber Zorbalığa Yönelik Algıları ve Mücadele Etme Yöntemleri. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (31):675-686.
- Doğan, S., Güler, H., Kelleci, M.** 2001. Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1):26-32.
- Duğan, Ö.** 2015. Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması. *Basılmamış Doktora Tezi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, 6-96, Konya.
- Duğan, Ö., Arslan, A.** 2015. Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme. *Sağlık İletişim Sempozyumu*, Eskişehir, 17-39.
- Durmuş, S.** 2023. Doktor beyin göçü. [PUGAT./11/22/doktor-beyin-gocu/](https://pugat.org.tr/11/22/doktor-beyin-gocu/). (Erişim Tarihi: 05.12.2024).
- Elliott, P. P.** 1997. *Violence In Health Care. What Nurse Managers Need To Know*. *Nursing Management*, 28(12):38–41
- Elston, M. A., Gabe, J.** 2016. Violence in General Practice: A Gendered Risk”. *Sociology of Health and Illness*, 38(3):426-441.
- Emeka, N.** 2015. Migration of International Medical Graduates: Implications for the Brain-Drain. 2(1):17-24.
- Erkal, M.** 2011. Beyin Göçü. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, (18):73-80.
- Ersan, M.** 2023. Hekim Göçü Durdurulamıyor: Geçen yıl 2 bin 685 İyi Hal Belgesi Alındı.
- Erten, Y., Ardali, C.** 1996. Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları. *Cogito*. 6(7):143-164.

- Ertong Attar, G.** 2017. Türkiye’de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir Temellendirilmiş Kuram Analizi. *İstanbul Üniversitesi Soyoloji Dergisi*, 37(1):157-178.
- Fernandes, C. L., Gillrie, C., Way, M. vd.** 1999. Violence In The Emergency Department: A Survey Of Health Care Workers. *The Canadian Medical Association Journal*,16(10):1245.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni,C., vd.** 2016. Workplace Violence in Different Settings and Among Various Health Professionals in an Italian General Hospital: a Crosssectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*. 9.
- Fujita, S., Ito, S., Seto, K., vd.** 2012. Risk Factors Of Workplace Violence At Hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine*,7(2):79-84.
- Gascon, S., Martinez Jarreta B., Angel Santed M., vd.** 2019. İşyeri Şiddeti ve Mobbing İçinde Kadına Yönelik şiddetin Anatomisi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.25-46.
- Gordan, T., Edwards, T.,** 1997. Doktor Hasta İşbirliği. Sistem yayıncılık. İstanbul. Çev. Emel Aksay.
- Gülay, S.** 2015. Sağlık Kurumlarında Şiddet. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (33):32-33.
- Güler, E.** 2012. Sığınma Evinde Kalan Kadınların Yaşadıkları Şiddet ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Yüksek Lisans Tezi*. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Güngör, M., Bulut, Y.** 2008. Ki-kare Testi Üzerine. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 84-89.
- Gürkan, C., Coşar, F.Ö.** 2009. Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(3):128.
- Gürsoy, A.** 2021. Sağlıkta Şiddetin Demografisi ve Profili. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (57):20-23.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I. vd.** 2010. Factors Associated With Patient And Visitor Violence Experienced By Nurses in General Hospitals in Switzerland: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19:3535-3546.
- Harcar, T., Çakır, Ö., Sürgevil, O. vd.** 2008. Kadına yönelik şiddet ve Türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumu. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 2(4):2.
- Harman Yıldız, G., Özer, K.** 2022. Neoliberal Sağlık Politikaları ve Hekim Göçü. *SCAR*, 1(1):1-13.
- Hayran, O.** 2023. Sağlık Alanında Beyin Göçü ve Yönetişimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 46-49.

- Herlihy, P. A., Bloom, L., Marshall, L.** 2017. Sexual Violence in the Workplace: it happens here. University of Maryland Baltimore, 9(1):5.
- ILO, ICN, WHO, PSI.** 2002. Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Genova.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., vd.** 2013. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi Genelgesi. *Gazi Tıp Dergisi*, 24(1).
- İlhan, M. N., Yılmaz, D., Barkan, O., vd.** 2015. Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi. 1–34.
- Jimenez, R., Fernandes, C., Bouthillette, F., vd.** 1999. Violence in the Emergency Department: a Survey of Health Care Workers. *The Canadian Medical Association Journal*, 16 (10): 1245.
- Kahya, Y.** 2022. Göçün Değişen Yeni Yüzü: Fiziksel Emek Göçünden Beyin Göçüne. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 15(39):819-833.
- Karaağaç, H.** 2014. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Nedenler, Politikalar, Öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (3):18-22.
- Karaca, B. K.** 2014. Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. *Basılmamış Uzmanlık Tezi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 4-26.
- Keleş, R., Ünsal, A.** 1982. Kent ve Siyasal Şiddet. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınevi. Ankara.
- Keser, A., Kümbül Güler, B.** 2016. Çalışma Psikolojisi. Umuttepe Yayınları, 7. Baskı. İstanbul.
- King, A., Hoppe, R. B.** 2018. Best Practice’ for Patient-Centered Communication: a Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3):385–393.
- Kingma, M.** 2001. Workplace Violence in the Health Sector: a Problem of Epidemic Proportion [Editorial]. *International Nursing Review*, 48(3):129–130.
- Koca, G. Ş., Erigüç, G.** 2021. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Bakış Açısıyla Ölçmeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(Armağan Sayısı):186-202.
- Kollar, E., Buyx, A.** 2013. Ethics and policy of medical brain drain: a review. *Swiss medical weekly*, 143(4344):13845-13845.
- Kumar, M., Verma, M., Das, T., vd.** 2016. “A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India”. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 10(11).

- Kurt, M. E., Korkutan, M.** 2018. Ülkemizde ve Dünyada Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet ve Sonuçları. *1.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi*, Şanlıurfa.19-25.
- Lela, C.** 2022. “Brain Drain”: Causes, trends and their consequences in healthcare. *Бухучет в здравоохранении*, 57-63. doi: 10.33920/med-17-2211-06
- Leymann, H., Gustafsson, A.** 1996. Mobbing at Work and the Development of Posttraumatic Stress Disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5(2):251-275.
- Limnili, G., Özçakar, N.** 2017. Farklı Boyutlarıyla Şiddet. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(2).
- Loveless, L.** 2001. Workplace Violence A Report To The Nation. *In Injury Prevention Research Centre*. <https://www5.cnat>
- Magin, P. J., Adams, J., Sibbritt, D. W., vd.** 2005. “Experiences of Occupational Violence in Australian Urban General Practice: A Cross-Sectional study of GPs”. *The Medical journal of Australia*, 183(7):352– 356.
- NIOSH/The National Institute for Occupational Safety and Health. 2002.
- Oğan, H.** 2012. Sağlık Ortamında Şiddet. 32–36.
- Okay, A.** 2009. Sağlık İletişimi. Mediacat Kitapları. İstanbul.
- Osha.** 2015. Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities.
- Ökçün, S.** 2020. Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Fiziksel Şiddete Uğrama Durumlarının Mesleki ve Kariyer Bağlılıklarına Etkisi. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- Özcan, N. K., Bilgin, H.** 2011. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(6):1442-1456.
- Özişli, Ö.** 2022. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Üzerine Bir Araştırma, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(1):62-68.
- Özkan, N.** 2017. İstanbul Çekmece Bölgesi Genel Sekreterliğine Bağlı Hastanelerde Çalışan Doktorlarda ve Hemşirelerde Örgütsel Adalet, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Bir Çalışma. *Yüksek Lisans Tezi*. Beykent Üniversitesi. İstanbul.
- Özmen, Ş. Y.** 2018. Dijital Şiddet, Siber Zorbalık ve Yeni Medya Okuryazarlığı Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(61):958-966.
- Öztürk, D.** 2014. Hemşirelerin İş Doyumu Bursa Devlet Hastanesi Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

- Parlar, S.** 2008. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum; Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Öncü Tıp Bülteni*, 7(6):547-554.
- Pınar, T., Pınar, G.** 2013. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. *TAF Öncü Tıp Bülteni*, 12(3):3.
- Polat, O.** 2016. Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1):15-34.
- Pompeii, L. A., Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., vd.** 2015. Physical Assault, Physical Threat, And Verbal Abuse Perpetrated Against Hospital Workers By Patients or Visitors in Six U.S. Hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(11): 1194-1204
- Preacher, K. J., MacCallum, R. C.** 2002. Exploratory factor analysis in behavioral genetics research: Factor recovery with small sample sizes. *Behavior Genetics*, 32(2):153- 161.
- Privitera, M. R., Arnetz, J.** 2011. Effect of Workplace Violence on Staff, Institution and Quality of Patient Care. Privitera M.R. (eds). *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings*. Jones and Barlett Publishers, United States of America, 1st Edition.
- Rafeea, F., Al Ansari A., Abbas, E. M., vd.** 2017. Violence Toward Health Workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' Emergency Department. *Open Access Emergency Medicine*, 9:113-121.
- Resmi Gazete**, 27378. 16 Ekim 2009. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ.
- Resmi Gazete**, 27879, 19 Mart 2011. Hasta ve Çalışanların Güvenliğini Sağlama Talimatı. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi.
- Resmi Gazete**, 28277, 28 Nisan 2012. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı işlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
- Sağlıkta Şiddet Raporu.** 2023.
- Saines, J. C.** 1999. Violence and Aggression in A and E Recommendations for Action. *Accident and Emergency Nursing*, 7:8-12.
- Salminen, S.** 1997. Violence in the Workplaces in Finland. *Journal of Safety Research*, 28 (3):123.
- Schwartz, A. M.** 2011. Workplace Violence Screening and Prevention. The Collage of St.
- Serin, H., Serin, S., Bakacak, M., vd.** 2015. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(3):109-113.

- Solmaz, B., Duğan, Ö.** 2018. Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden İletişim Üzerine Bir İnceleme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2). 185-206.
- Şen, S., Sapanacı, A.** 2024. Bireysel ve Sosyal Faktörlerin Madde Bağımlılığı Etkileri Üzerindeki Yordayıcı Etkilerinin Karşılaştırılması. *Bağımlılık Dergisi*. 25(3):295-310.
- Şentürk, E., Yavuz, E.** 2017. Psikolojik Şiddetin Örgütsel Bağlılığa Etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9(4):510-529.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türk Tabipleri Birliği'ne 2017 Türk Tabipleri Birliği'ne cevabi yazısı.**
- Tan, Z. D.** 2016. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanan Sorunlar ve Şiddet, Çözüm Önerileri ve Beyaz Kod Uygulaması. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı.
- Tanrısevdi, F., Yengin Sarpkaya, P., Sarpkaya, R.** 2019. Eğitim Örgütlerindeki Kadın Yöneticilerin Cam Tavan Deneyimleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(4):1590-1617.
- Taşdemir Afşar, S.** 2015. Türkiye'de Şiddetin Kadın Yüzü. *İstanbul Sosyolojik Araştırmalar Dergisi*.
- Taşdemir, S. Y., Akay, A., Balcı, I., vd.** 2022. Sağlıkta Şiddetin Önlenmesine Yönelik Yapılan Nisan 2020 Tarihli Yasal Düzenlemenin İncelenmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, 27(1):86-92.
- Taşkın, S.** 2023. Sağlık Bakanı 'spekülatif' demişti: 10 yılda iyi hal belgesi başvurusu 59'dan 3183'e çıktı. Artı Gerçek. <https://artigercek.com/saglik/saglik-bakani-spekulatif-demisti-10-yilda-iyi-hal-belgesi-basvurusu-59dan-uc-318321h>. (Erişim Tarihi: 04.12.2024).
- Taştemir, S. Y., Akay, A., Balcı, I.** 2022. Sağlıkta Şiddetin Önlenmesine Yönelik Yapılan Nisan 2020 Tarihli Yasal Düzenlemenin İncelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 27(1):86-92.
- Taylor, J. L., Rew, L.** 2010. A Systematic Review of the Literature: Workplace Violence in the Emergency Department. *Journal of Clinical Nursing*, 20:1072-1085.
- TBMM Raporu** 2013. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi. *Yasama Dönemi*, 24-454.
- Tekin, İ.** 2006. Acil Hekimlerine Yönelik Şiddet. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(50):68-73.
- Temizkan, V., Akbaba, E.** 2018. Sağlık Kurumlarında Şiddete Karşı Bir Çözüm Önerisi. *Uluslararası Bankacılık Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 1-16.

- Tınaz, P., Gök, S., Karatuna, I.** 2013. Sosyal Güvenlik Kurumunda Çalışanların İşyerinde Psikolojik Taciz Algıları: Yaygınlık, Türler, Nedenler ve Bireysel Mücadele Yöntemleri, *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 4(1): 39-53.
- Tokaç, M.** 2018. Sağlıkta şiddetin Tarihçesi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (46):100-103.
- Tokgöz, H.** 2019. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ İl sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları. *Yüksek Lisans Tezi*. Namık Kemal Üniversitesi. Tekirdağ.
- Tosun, Ü.** 2021. Şiddet Türleri ve Uygulandıkları Ortamlara Göre Çeşitleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 14-15.
- Turla, A., Aydın, B., Ünlü, B.** 2012. İntern Hekimlerin, Hekime Şiddet Konusunda Yaşanmışlıkları ve Düşünceleri. *Adli Tıp Bülteni*, 17(1):5-11.
- Türk Sağlık-SEN AR-GE.** 2019. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri ve Çözüm Önerileri, Yeni Bir Çözüm Önerisi: Sağlıkta Sıfır Toleranslı Alan Uygulaması.
- Türk Tabipler Birliği.** 2022. Dr. Ersin Arslan ve Şiddet Sonucu Kaybettiğimiz Hekimler Birçok İlde Anıldı: Sağlıkta Şiddet Sona Ersin!
- Türk Tabipleri Birliği.** 2022. Türk Tabipleri Birliği Çalışma Raporu: 2022-2024. Türk Tabipleri Birliği.
- Türk Tabipleri Birliği.** 2024. Sağlıkta Şiddet Çalıştayı, Çalıştay Raporu Ankara.
- Uludağ, A., Zengin, N.** 2016. Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3):71-86.
- Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.** 2018. Sağlık Yönetiminde Gelecek Yönelimleri. Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi.
- Uluslararası Göç Örgütü.** 2013. Göç Terimleri Sözlüğü. ed. Richard Perrechoud ve Jilyanne Redpath-Cross. files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf
- Uyar, M., Yıldırım, E. N., Şahin, T. K.** 2020. Konya İli Meram İlçesi'nde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Erişkin Bireylerin Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısının Belirlenmesi. *ESTÜDAM Sağlığı Dergisi*, 5(1):113-120.
- Ünal, A.** 2019. Sağlıkta Şiddet Olaylarında Hukuki Sorumluluk. 2. *Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi*.
- Ünlü, H. Y., Daşlı, Y.** 2024. Sağlık Eğitimi Alan Öğrencilerin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 7(8):606-621.

- Ünsal, A.** 1996. Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi. 6(7):29-36.
- Vento, S., Cainelli, F., Vallone, A.** 2020. Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Frontiers in Public Health*, 8(September), 10–13.
- Vorderwulbeck, F., Feistle, M., Mehring, M.** 2015. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians A Nationwide Questionnaire Survey. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(10):159–165.
- Westhues, K.** 2002. At the Mercy of the MOB. OH and S Canada. 18(8):30-34.
- WHO.** 2022. Facts About Violence Prevention. 2022. Erişim.
- WHO.** 2014. Global status report on violence prevention.
- WHO.** 2015. “Definition and Typology of Violence.” Web. 9 Feb.
- Wiskow, C.** 2003. Guidelines on workplace violence in the health sector: comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA. World Health Organization Publication.
- Wu S., Lin S., Li H., vd.** 2013. Study on Workplace Violence and its Effect on Quality of Life Among Medical Professionals in China. *Archives of Environmental and Occupational Health*, 69(2):81-88.
- Xing, K., Zhang, X., Jiao, M., vd.** 2016. Concern about workplace violence and its risk factors in chinese township hospitals: a crosssectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 1-11.
- Yağbasan, M., Çakar, F.** 2006. Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (15):609-629.
- Yeşilbaş, H.** 2016. Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3):44-54.
- Yeşiltaş, A.** 2018. Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Bir Çalışma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(74):486-500.
- Yıldırım, H. H.** 2012. Sağlık İş Yeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri, *Sağlık-Sen, Yayınlanmamış Çalışma*. Ankara.
- Yıldırım, T.** 2009. Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç: Göç Nedenleri Üzerine Bir İnceleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 62(3):87-94.
- Yıldız, A. N., Kaya, M., Bilir, N.** 2011. İşyerinde Şiddet. *Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu*. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Yılmaz, K. 2020. Adana İlinde Sağlık Çalışmalarının Şidete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri. *Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı. Adana.

Zhao, S., Liu, H., Ma, H., vd. 2015. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12:14429- 14444.

2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982. Resmi Gazete İlanı 9/11/1982-17863.



EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

TOPLANTI SAYISI
2023/13

KARAR SAYISI
19

TOPLANTI TARİHİ
30.11.2023

Kurulumuz 30.11.2023 tarihinde saat 15.00'da Kurul Başkanı Prof. Dr. Fulya BENZER Başkanlığında, aşağıda imzaları bulunan kurul üyelerinin katılımlarıyla toplanarak gündemdeki konuları görüşmüş ve aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO 2023/13-19 Yüksek Lisans Öğrencisi Deniz DOĞAN'ın 24/11/2023 tarihli ve 45551 sayılı başvurusuna istinaden;

Munzur Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Deniz DOĞAN ve danışmanlığını yapan Prof. Dr. Arzu KARACA'ya ait "**Sağlık Personellerine Uygulanan Şiddetin Personelin Yurtdışına Çıkma Eğilimine Etkisinin İncelenmesi**" konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Kararın gereği için Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na sunulmasına karar verilmiştir.

Kurul Başkanı

Prof. Dr. Fulya BENZER

Kurul Üyeleri

Prof. Dr. Fahrettin YÜKSEL
Prof. Dr. Ali KARADOĞAN
Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ
Prof. Dr. Altuğ KAZAR
Doç. Dr. Seda GÜNDÜZALP
Doç. Dr. Oktay KIZAR
Doç. Dr. Tuncay YILDIRIM
Av. Serkan ERDOĞAN

Belge Doğrulama Kodu: 7UTDDDU

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi:

<https://ubys.munzur.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: Aktufak Mah. Üniversite Yerleşkesi Merkez / Tunceli

Telefon No: (0 428) 2131794

e-Posta:

Kep Adresi: munzuruniversitesi@hs01.kap.tr

Faks No:

İnternet Adresi:

Bilgi için :

Yazar: Serin

Bilgisayar İşletmeni:

Telefon No:

(0 428) 2131794 - 1297

Ek-2: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu Munzur Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nde yürütülen danışmanlığını **Prof. Dr. Arzu KARACA'** nın yaptığı “**SAĞLIK PERSONELİNE UYGULANAN ŞİDDETİN PERSONELİN YURTDIŞINA ÇIKMA EĞİLİMİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**” başlıklı yüksek lisans tezime veri toplamak için oluşturulmuştur.

Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak olup hiçbir suretle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Verdiğiniz cevaplar sadece akademik çalışmada kullanılacak olup bilimin gelişmesine verdiğiniz katkıdan ötürü teşekkür ederiz.

Prof.Dr. Arzu KARACA

Deniz DOĞAN

1.Yaşınız: _____

2.Cinsiyetiniz 1) Kadın 2) Erkek

3.Eğitim durumunuz: 1) Lise 2) Önlisans 3)Lisans 4)Yüksek lisans 5) Doktora

4.Mesleğiniz:

5.Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

1) 1 yıldan az 2) 1-5yıl 3) 6-10yıl 4) 11-15yıl 5) 15-20 yıl 6) 20-25 yıl 7)25 yıl ve üzeri

6.Kaç yıldır bu kurumda görev yapıyorsunuz?

1) 1 yıldan az 2) 1-5yıl 3) 6-10yıl 4) 11-15yıl 5) 15-20 yıl 6) 20-25 yıl 7)25 yıl ve üzeri

7.Görevinizi yaparken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

8.Siz hiç şiddete maruz kaldınız mı? (yanıtınız evet ise 8. Sorudan hayır ise 12. sorudan devam ediniz)

1)Evet 2) Hayır

9.Evet ise ne tür bir şiddete maruz kaldınız?

1)Fiziksel şiddet 2) Sözel şiddet 3) Fiziksel ve sözel şiddet

10.Şiddet kim tarafından gerçekleştirildi?

1) Hasta 2) Hasta yakını 3) hasta yakını ve hasta

11. Şiddeti uygulayanın cinsiyeti neydi?

1) Kadın 2) Erkek

12.Yaşadığınız şiddetin nedeni neydi size göre? (birden fazla işaretleme yapılabilir)

1) Hasta\hasta yakınının tutumu ve davranışları

2) Kurumsal prosedür ve sağlık politikaları

3) Kötü iletişim ve yanlış anlama

4) Uzun bekleme süreleri

5) Tedaviden memnuniyetsizlik

6) Randevu kurallarının ihlali

7) Alkol/ilaç etkisi

8) Kötü haber verme

9) Haksız isteklerin reddi (reçete rapor)

13.Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması için çözüm önerilerini işaretleyiniz (birden fazla işaretleme yapılabilir)

1) Sağlık çalışanlarının haklarının artırılması

2) Şiddet uygulayanlara yaptırımların artırılması

3) Güvenlik önlemlerinin artırılması (güvenlik elemanı, kameralar gibi)

- 4) Sağlık çalışanlarının iletişim konusunda eğitilmesi
- 5) Şiddet karşıtı bir sağlık politikasının belirlenmesi

14. Uygulanan şiddet karşısında ne yaptınız? (birden fazla işaretleme yapılabilir)

- 1) Karşılık verdim
- 2) Beyaz kod verdim
- 3) Karşılık vermeden işime devam ettim

15. Yurt dışında çalışma konusunda düşüncenizi 1 ile 10 arasında değerlendiriniz (1asla düşünmüyorum veya 10 kesinlikle kararlıyım gitmeye)

1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

16. Yurt dışında hangi ülkeye gitmeyi düşünüyorsunuz?

.....

17. Yurt dışı çalışma koşulları hakkında hangi kanallardan bilgi aldınız. (birden fazla işaretleme yapılabilir)

- 1) Sosyal medya
- 2) Meslek Derneklerinden
- 3) Yurt dışına daha önce giden meslektaşım
- 4) Hiç kimseden bilgi almadım
- 5) Daha önce yurt dışında bulundum/çalıştım.
- 6) Yurt dışındaki akrabalarım
- 7) Tanıdıklardan
- 6) Diğer açıklayınız lütfen.....

18) Yurt dışında çalışmanın size ne tür avantajlar sunacağını düşünüyorsunuz. (birden fazla işaretleme yapılabilir)

- 1) Daha iyi sosyal haklar
- 2) Daha iyi ücret alınacağını
- 3) Teknolojik alt yapının daha iyi olacağını
- 4) Daha hızlı ilerleme imkanı
- 5) Daha az çalışma süresi
- 6) Yaşam standartlarının daha yüksek olacağını

- 7) Çocuklarım için daha iyi eğitim imkanının olacağını
- 8) Eşim için daha iyi çalışma koşullarının olacağı
- 9) Daha özgür, demokratik bir ülke ortamı olacağı
- 10) Çalışma ortamında mobbinge uğramayacağımı
- 11) Çalışma ortamında fiziksel ve sözlü şiddete uğramayacağımı
- 12) Diğer belirtiniz lütfen

