T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA ŞEHİR HASTANESİNDE KLİNİK BRANŞLARDA ÇALIŞAN DOKTORLARIN, ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARININ VE ŞİDDETE KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nuray PEHLİVAN BARIŞ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2020

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA ŞEHİR HASTANESİNDE KLİNİK BRANŞLARDA ÇALIŞAN DOKTORLARIN, ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARININ VE ŞİDDETE KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nuray PEHLİVAN BARIŞ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ahmet KESKİN

ANKARA, 2020

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde emeğini ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım olan değerli hocam Doç. Dr. Ahmet Keskin'e,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma kıymetli dostlukları ve bu zorlu yolculuğu çekilir kıldıkları için,

Uzmanlık eğitimimin başından, tezimin son aşamasına kadar sabırla ve sevgiyle destek olan hayatıma anlam katan sevgili eşim Veysel Özgür Barış'a,

Hayatımıza neşe ve anlam katan bitanecik kızım Lisa Eylem Barış'a

Bana sevgiyi, saygıyı , özveriyi , fedakarlığı ve paylaşmayı öğreten çok değerli annem Zübeyde Pehlivan , abim İnan Pehlivan ve ablam Gülden Pehlivan Binici'ye sonsuz sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Nuray PEHLİVAN BARIŞ

İÇİNDEKİLER

ANKARA ŞEHİR HASTANESİNDE KLİNİK BRANŞLARDA ÇALIŞAN DOKTORLARIN, ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARININ VE ŞİDDETE KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TEŞEKKÜR ..... **iv**

BEYAN ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

ÖZET ..... **viii**

ABSTRACT ..... **x**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **xii**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xiii**

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ ..... **xiv**

1. GENEL BİLGİLER **1**

1.1. Giriş 1

1.2. Tanımlar 3

1.2.1. Şiddet 3

1.2.2. İş Yerinde Şiddet 4

1.2.3. Sağlıkta Şiddet 4

1.3. Şiddet Türleri 7

1.3.1. Fiziksel Şiddet 7

1.3.2. Sözlü Şiddet 8

1.3.3. Cinsel Şiddet 8

1.3.4. Duygusal Şiddet 8

1.3.5. Mobbing 9

1.4. Şiddet İle İlgili Teoriler 9

1.5. Sağlıkta Şiddet Nedenleri 10
1.6. Sağlık Sektöründe Çalışan Güvenliğinin Yasalardaki Yeri.....11
1.7. Beyaz Kod Uygulaması 13
1.8. Amaç.....14

2. MATERYAL VE METOT 15
2.1. Araştırmanın Şekli.....15
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....15
2.3. Verilerin Toplanması.....15
2.4. Etik Kurul.....16
2.5. İstatistiksel Analiz 16

3. BULGULAR.....17

4. TARTIŞMA.....30

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 36
5.1. Sonuç 36
5.2. Öneriler 36

6. KAYNAKÇA.....38

EKLER.....43
Ek-1. Çalışmada Kullandığımız Anket Formu 43
Ek-2. Etik Kurul Belgesi 47

ÖZGEÇMİŞ 48

ÖZET

Ankara Şehir Hastanesinde Çalışan Klinik Branş Doktorların, Hekime Yönelik Şiddet Maruziyetinin ve Çözüm Önerilerinin Değerlendirilmesi

Giriş: Sağlıkta şiddet ülkemizde ve tüm dünyada giderek artan ve tüm sağlık personeli üzerinde olumsuz etki yaratan bir durumdur. Türkiye'de birçok il ile ilgili bu konuyu inceleyen makaleler olduğu halde Türkiye'nin ve orta doğunun sağlık başkenti olan Ankara ile ilgili güncel çalışma mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı Ankara ve Türkiye'nin en büyük hastanesi olan Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hekimlerin bu konu hakkındaki deneyimlerini irdelemek ve çözüm önerileri hakkındaki görüşlerini araştırmaktır.

Materyal ve Metot: Çalışma, Eylül 2019 ve Ocak 2020 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan doktorlara anket dağıtılarak yapılan kesitsel bir çalışmadır.308 anket formu çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin, ortanca yaşı 29 (ÇAA:9),ortanca çalışma süresi 4 yıl (ÇAA:10),kadın cinsiyet oranı %62,3,cerrahi birimlerde çalışan hekim oranı %31,4 idi. Ankete Katılan hekimlerin %85,1'i sözlü, fiziksel veya fiziksel ve sözel şiddete uğradığını belirtmiştir. Şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin özellikleri karşılaştırıldığında yaş, çalışma süresi, cinsiyet ve çalışılan bölüm bakımından benzer oldukları saptanmıştır. Bulgularımıza göre, günde 50'den fazla hasta bakan hekimlerin şiddete uğrama oranı daha yüksektir (p:0,02). Şiddetin en sık nedeni beklemeye tahammülsüzlük olarak görülmüştür. Çalışmamızda şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmı (%46,6) herhangi bir şikayette bulunmamıştır. Bunun en önemli nedeni sonuç alınacağına inanılmaması olarak gösterilmiştir. (%30,8). Sağlıkta şiddetin artmasındaki en büyük nedeni sağlık politikaları olarak görülmektedir (%88,8). Şiddetin önlenmesi için yapılacak en önemli adım hukuki önlemlerin alınması olarak görülmektedir (%93,8).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızı, ülkemizde yapılan diğer literatür verileri ile karşılaştırdığımızda, çalışmamızda doktorların maruz kaldığı şiddet oranı daha

yüksek bulunmuştur. Bu durum şiddet oranlarının gittikçe arttığını göstermektedir. Doktorların görüşüne göre oluşan bu durumun en fazla sebebi sağlık politikaları olarak görülmektedir. (%88,8) Çözüm olarak da atılacak en önemli adım, hukuki önlemlerin yeterince alınması olarak görülmektedir(%93,8).

Çalışmamız Ankara Şehir Hastanesinde bu konuda ilk çalışma olma özelliğine sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Hekim, Ankara Şehir Hastanesi

ABSTRACT

Evaluation of Clinical Branch Doctors Working in Ankara City Hospital, Violence Exposure to Physician and Solution Suggestions

Introduction: Violence in health is an increasing condition in our country and all over the world and has a negative effect on all health personnel. Although there are a lot of trial about this issue in many provinces of Turkey, there isn't any current data about this issue in Ankara where is the capital city of Turkey and the health capital of the Middle East. This study aims to analyze the experience of the physicians, who working Ankara City Hospital which is the Turkey's biggest hospital, these issues and to explore their views on possible solutions.

Material and Method: The study is a cross-sectional study conducted between September 2019 and January 2020 by distributing a questionnaire to doctors working in Ankara City Hospital. 308 questionnaire forms were included in the study.

Results: The median age of the physicians participating in the study was 29 (IQR: 9), the median duration of study was 4 years (IQR: 10), the female gender rate was 62,3%, the rate of physicians working in surgical units was 31,4% 85,1% of the physicians who participated in the survey stated that they experienced verbal, physical or physical and verbal violence.When the characteristics of physicians who were exposed to violence and not, were compared in terms of age, working time, gender and the department studied. According to our findings, the rate of physicians who have more than 50 patients per day is higher (p: 0,02). The most common cause of violence was seen as intolerance to waiting. In our study, most of the physicians who experienced violence (46,6%) did not make any complaints. The most important reason for this is shown as not believing that results will be obtained. (30,8%). The biggest reason for increasing violence in health is seen as health policies (88,8%). The most important step to prevent violence is to take legal measures (93,8%).

Discussion and Conclusion: When we compare our study with other literature data in our country, the rate of violence that doctors are exposed to was higher in our study. This shows that the rates of violence are increasing. The most common reason for this situation, which occurs in the opinion of doctors, is seen as health policies. (88,8%) The most important step to take as a solution is seen as taking adequate legal measures (93,8%).

Our study is the first study on this subject in Ankara City Hospital.

Keywords: Violence, Physician, Ankara City Hospital

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Şiddete Maruz Kalan ve kalmayan Hekimlerin temel demografik özelliklerinin karşılaştırılması 17

Tablo 2. Hekimlerin şiddete uğradıkları yerlerin oranları 21

Tablo 3. Hekimlerin maruz kaldıkları şiddetin nedenleri 23

Tablo 4. Şikayet sonuçları.....25

Tablo 5. Şiddetin hekimler üzerindeki duygusal etkileri 25

Tablo 6. Sağlıkta şiddet artışının hekimlere göre nedenleri.....26

Tablo 7. Sağlıkta şiddetin azaltılması için hekimlerin önerileri.....27

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hekimlerin uğradığı şiddet sayısı 18

Şekil 2. Hekimlerin uğradığı şiddet türü.....19

Şekil 3. Hekimlere şiddeti uygulayanların oranları.....20

Şekil 4. Hekimlere şiddet uygulayanların cinsiyet dağılımları 21

Şekil 5. Şiddete Maruz Kalınan Zaman Dilimi 22

Şekil 6. Şikayette bulunma oranları ve türleri.....24

Şekil 7. Şikayette bulunmayan hekimlerin öne sürdüğü nedenler 24

Şekil 8. Şiddetin hekimlerin çalışması üzerindeki etkisi 26

Şekil 9. 'Şiddet nedeniyle mesleği bırakmayı düşündünüz mü?' sorusuna verilen cevap oranları 28

Şekil 10. 'En baştan başlama şansınız olsaydı Doktor olmamayı tercih eder miydiniz?' sorusuna verilen cevap 28

Şekil 11. 'Şiddet nedeni ile branş değiştirmeyi düşündünüz mü? ' sorusuna verilen cevap oranları 29

Şekil 12. 'Branş değişikliği düşünürseniz hangi dalı seçerdiniz? ' sorusuna verilen cevap oranları 29

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

WHO (DSÖ) **:** Dünya Sağlık Örgütü

ILO **:** Uluslararası Çalışma Örgütü

PSI **:** Uluslararası Kamu Hizmetleri Federasyonu

ICN **:** Uluslararası Hemşireler Birliği

NSW **:** New South Wales – Yeni Güney Galler

ICS **:** Endüstriyel İlişkiler Servisi

SS **:** Standart Sapma

ÇAA **:** Çeyrekler arası aralık

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Giriş

Şiddet sözcüğü; batılı dillerde sert ve acımasız anlamına gelen Latince 'violentia' kelimesine dayanırken, köken olarak Arapça'da 'sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet' anlamındadır (1). Dünyanın her yerinde her türlü şiddet giderek artmaktadır (2). Şiddet; mağdur olarak yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmemekte olup, günlük yaşamın bir parçası ve en güncel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (3). Bu güncel halk sağlığı sorunu, günlük hayatta iş yerinde şiddet oranlarında artışa yol açmaktadır ve sağlık çalışanları iş yerinde şiddete maruz kalan en önemli hedefler arasında yer almaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Kamu Hizmetleri Federasyonu (PSI) ve Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN) 2002 yılı "Work place violence in health sector" başlıklı ortak raporu;sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasının mesleklerini icra ettikleri herhangi bir zaman diliminde şiddete maruz kaldığını göstermiştir (2).

Diğer sektörler ile karşılaştırıldıklarında; sağlık çalışanlarının şiddete 16 kat daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir(3). Sağlık çalışanları içinde ise hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarına göre üç kat daha fazla risk altında bulunduğuna dikkat çekilmektedir (3, 5).

WHO, ILO, PSI ve ICN' nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (2).

Sağlıkta şiddetin oluşmasında; bireysel, kurumsal, toplumsal nedenlere ait birçok faktör rol oynamaktadır. Şiddet**;** sözel, fiziksel, duygusal veya cinsel içerikli olarak ortaya çıkmakta ve bireysel, kurumsal ve toplumsal sonuçlara yol açmaktadır (6, 7).

Sağlıkta şiddetin nedenleri ve sonuçlarının en iyi şekilde irdelenebilmesi için yaşanan şiddet olaylarının bildirilmesi ve yasal tutanakların tutulması gereklidir. Fakat zaman ile şiddetin kanıksanması ve bildirimlerin yazılı ortam yerine sözel şikayet şeklinde yapılması nedeniyle gerçek veriler ışığında bu soruna yaklaşmak mümkün olmamaktadır (8). Bu nedenle ülkemizde de sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelen şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında gerçekçi ve güvenilir resmi bir veri yoktur. Fakat günlük medya takip edildiğinde bile sağlıkta şiddetin her geçen gün artarak devam ettiği görülmektedir.

Yazılı kayıtları güvenilir olan Amerika Birleşik Devletlerine (ABD) bakıldığında;2000 yılındaki mesleki saldırıların önemli bir oranının sağlıkta şiddet olduğunu ve 10.000'de 9,3 yaralanma oranının olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, ABD'de 2011 yılındaki kayıtlar sağlıkta şiddet maruziyetinin bir yıl içinde %34 oranında arttığını göstermektedir (9).Bu konudaki rutin kayıtların eksikliği nedeniyle artış oranlarının güncel verilerine yeterince ulaşmak mümkün değildir. Fakat ülkemizde Z Baykan ve ark yaptığı çalışmada doktorların %86,4oranında yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (10). Kaya S. ve ark. yaptığı tüm sağlık çalışanlarının dahil edildiği çalışmada ise bu oranın %74,4 olduğu tespit edilmiştir (11). Bayram B. ve ark. nın acil serviste çalışan doktorlarda yaptığı bir çalışmada bu oran %78,1 olarak tespit edilmiştir (12). Komşumuz Bulgaristan'da sağlıkta şiddet oranı %75,8 oranına varırken, toplumsal refah seviyesi en yüksek oran ülkelerden biri olan Avustralya'da bile bu oran %67,2 civarında ölçülmüştür (2). Bu konuda Pubmed'de yer alan en güncel çalışma İtalya'da yapılmıştır (13). E Viottini ve ark tarafından yapılan bu çalışma; üniversite hastanelerinde çalışan tüm sağlık çalışanlarını içermektedir ve sağlıkta şiddet oranı %3,3 gibi diğer çalışmalar ile kıyaslandığında çok düşük oranda izlenmiştir. Bu durum bu çalışmanın tüm sağlık çalışanlarını (doktor, yardımcı personel, hemşire, laborant, yönetici vb) içermesi ve sadece şiddet bildirim formunu üzerinden yapılan bir retrospektif çalışma olması ile açıklanabilir.

Türkiye'de resmi veriler bulunmasa da bu konu hakkında yapılmış ve Türk Tıp Dizininde yer almış çalışmalar mevcuttur. Şiddet oranları çalışmalarda Kocaeli

ilinde %72,6 (14) Malatya ilinde %82,7 (15) Bolu ilinde ise %87 (16) olarak gösterilmiştir.

Türkiye'de yapılan bu çalışmalar genel olarak anket çalışması olup daha çok sözel veya basit fiziksel şiddeti içermektedir. Bunun dışında medyaya yansıyan Prof. Dr. Göksel Kalaycı, Dr. Ali Menekşe, Uzm. Dr. Ersin Arslan, Dr. Melike Erdem ve ismini burada sayamadığımız birçok sağlık çalışanı sağlıkta şiddetin kurbanı olarak hayatlarını kaybetmiştir. Sahada çalışan aile hekimleri de özellikle endikasyon olmadan istenen istirahat raporları nedeniyle çok fazla şiddete maruz kalmaktadır. Tüm bu çalışmaların gösterdiği şiddet olayları, tüm sağlık çalışanlarında görev yapma isteğini azaltmış ve hayat kaygısı yaratmıştır.

1.2. Tanımlar

1.2.1. Şiddet

Şiddet; insanlık tarihinin her döneminde etkili bir biçimde kendisini göstermiş bir kavram olmasının yanında, farklı birçok boyutu nedeniyle karmaşık bir yapıya sahip olmasından ötürü tanımlanması oldukça güç bir kavramdır.

Şiddeti bir olgu olarak ele alındığında, kaynakları, nedenleri, boyutları ve ortaya çıkış biçimleri incelenirse, her toplum ve her zamanda geçerli olabilecek standart bir şiddet tanımlaması ve sınıflamasına ulaşmanın da çok zor olduğu görülmektedir.

Şiddet olgusunu, kalıtsal etkenlerden basit içgüdülere, kişilik özelliklerinden engellenme karşısında verilen tepki biçimine toplumsal ve kültürel etkenlerden, merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlere ve hormonlara kadar pek çok faktör etkilemektedir. Kısaca, şiddetin saldırgan dürtülerde artışın yanında içsel kontrolünde azalmanın sonucunda ortaya çıktığı belirtilmektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü ise şiddeti "kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi" olarak tanımlamaktadır (2).

Şiddet temelinde; güçlünün güçsüz üzerinde egemenlik kurma, isteklerini kabul ettirme baskısı üzerine kurulu bir güç dengesizliği vardır ve yaşamı tehdit ederek toplum sağlığında olumsuz etkileri mevcuttur (18).

1.2.2. İş Yerinde Şiddet

İş kazası ise Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, "belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik olay" olarak tanımlamaktadır (19).

İşyerinde yaşanan şiddet olayları iş kazası kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" sağlıkta şiddet olarak tanımlanmıştır (20).

1.2.3. Sağlıkta Şiddet

Tıp bilimi ve uygulama alanı insanlıkla beraber başlamış ve insanlık tarihinin gelişimi ile şekillenmiştir. İnsanlık tarihindeki sorunlar ve gelişmeler insanlar ile en içli dışlı olan tıp bilimine de direkt olarak yansımaktadır. Bu yansımalar maalesef insanlık sorunlarını da tıp uygulama alanlarını da etkilemiştir. Bu sorunlardan biri olan şiddet; hasta ve hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan bir tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır.

Her bireyde ifade biçimleri farklılık gösterebilmektedir. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların ortamlarında birçok kısıtlama ve engelleme, hastalıklarına bağlı beden kontrolünün kaybı, bedenlerindeki değişiklikler, yakınlarından uzakta olma, yabancı ve çoğu kez mekanik bir ortamda bulunma, günlük yaşamdan kopma gibi kayıplar ve sorunlar biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit oluşturur, benlik saygılarını düşürür (21).

Yapılan çalışmalarda, şiddetin en çok sağlık sektöründe meydana geldiği, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetlerden doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir (22).

Araştırmalar, hastaların durumlarını gerçekçi olarak algılamaya başladıktan sonra duygularının öfke biçiminde ortaya çıktığını, öfkenin görevlilerce anlaşılma ve uygun tedavi edilme isteğini belirten bir sinyal olduğunu, hastaların korkularını ve diğer duygularını ifade edecek sözcükleri bulamamaları nedeniyle tedavilerini reddetme, işbirliği yapmama, sık sık isteklerde bulunma, sürekli yakınma, sözel sataşma ya da iğneleyici sözcükler kullanma, sözel veya davranışsal tehditlere yönelme gibi öfkelerini doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya koyan tepkiler verdiklerini göstermiştir (21).

Yapılan çalışmalarda maruz kalınan şiddetin genellikle stresli durumları takiben bir savunma mekanizması olarak meydana geldiği değerlendirilmektedir. Sözel şiddeti en sık uygulayan kişilerin hastalar, hasta yakınları, diğer sağlık çalışanları ve ziyaretçilerdir. Sözel şiddete maruz kalma sonrası en sık gösterilen duygusal tepki sinirlenme seklinde olup her şeye rağmen tekrar görevini yapma şeklinde yaklaşım tarzları da görüldüğü, sözel şiddetin çalışanların moralini olumsuz yönde etkilediği, duygusal olarak çökmeye, mesleki performansta düşmeye ve kurumdan ayrılmasına neden olabildiği bildirilmektedir (21).

Yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği, sağlık çalışanlarının %40'ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları ortaya konmuştur. Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, sağlık çalışanlarına karşı uygulanan şiddetin ve saldırganlığın alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu, şiddetle karşılaşmanın hekimler kadar diğer sağlık personeli ve hatta hastalar için de ciddi bir sorun olabileceğini vurgulamışlardır (21).

Şiddet olaylarının en çok görüldüğü birimler acil servis, geriatri, psikiyatri ve yoğun bakım üniteleridir. Acil servisler doğal olarak aşırı stresli mekanlar olup endişe içindeki yaralı hasta ve yakınlarının kişilik özellikleri, psikolojik sorunlarının varlığı, alkollü olma ve ilaç bağımlılığı ya da yoksunluğu durumu, uzun süreli bekleme, muayene ve tedaviler esnasında oluşan tartışma ve anlaşmazlıklar, öne sürülen tedavi yetersizliği nedeni ile hastanın ölümü sonucu hasta ve yakınlarının saldırganlaşma eğilimini arttırarak şiddet eylemlerini meydana getirebilir (21).

Araştırmacılar alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan kişilere karşı şiddetin gittikçe artığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır (22).

Sağlıkta şiddet önceden beri gelen ve maalesef giderek büyüyen psikolojik boyutları olan temelde sosyolojik bir sorundur. Yıllar içinde konuya ilginin derecesi artınca bu sorun göze daha çok çarpmıştır. Son 15 yıldır toplumdaki değişimlerin, medya ve sosyal medyadaki ilerlemenin bir sonucu olarak görülme sıklığındaki artış göze çarpmıştır ve bu şiddetin nedeni ile çözüm önerileri de giderek daha sıklıkla işlenmiştir. 1988'de bu konuyu işleyen dünya genelinde sadece 32 Makaleye rastlanırken, bugün bu sayılar yüzleri bulmuştur. ABD'de 1990-1996 döneminde temel sağlık hizmetleri, kadın-doğum hastalıklarıyla ilgili çıkan kaynaklar incelendiğinde; acil tıp kitaplarının ise %29'unda, kadın doğum kaynaklarının %38'inde, temel sağlık hizmetleri kaynaklarının %35'inde, acil tıp kitaplarının ise %29'unda şiddetle ilgili bölümlerin olduğu görülmüştür. Sağlıkta şiddet maalesef global bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre; kadın-doğum servisinde çalışan hemşirelerin %15'i birlikte çalıştıkları kişilerden fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. Work Cover NSWI (1997)'ye göre, 1992-1995 arasında sağlık bakım endüstrisinde görülen şiddet olaylarında %6,8 artış olmuştur. Sağlık bakımında şiddet, Lipscomb ve Love (1992) tarafından "acil tehlikeli durum" olarak tanımlanmıştır. Breakwell (1997), sağlık kurumlarında şiddeti, diğer alanlardan 26kez daha riskli bulmuştur. Bugün beş milyon ABD çalışanı diğer mesleklerden gelen birçok güvenlik ve sağlık tehlikesi yasamaktadır. Sağlık kurumları, geleneksel olarak yüksek riskli alanlardır ve hastanelerdeki şiddete duyarlı bakım alanlarında son yıllarda büyük bir patlama vardır. Ulusal işyeri

Güvenliği Enstitüsü (National Safe Workplace Institute-NSWI)'ne göre, sağlık kurumlarında şiddet olayları artmakla birlikte "bir işyeri tehlikesi" olarak kabul edilmiştir ve Endüstriyel ilişkiler Servisi (Industrial Community Service-ICS, 1998)'ne göre, sağlık bakım çalışanları diğer çalışanlara göre dört kez daha fazla şiddet olayı yasamaktadırlar (23).

Şiddetin önlenmesi ile ilgili yapılan araştırmalarda, etkili sağlık kurumu yönetimi ve şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma ya da başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (22).

1.3. Şiddet Türleri

Sağlık çalışanlarının işyerinde maruz kaldıkları şiddetin fiziksel, sözlü, cinsel, duygusal şiddet ve mobbing şeklinde türleri mevcuttur.

1.3.1. Fiziksel Şiddet

Şiddetin en sık görülen türüdür. İtmek, tokat atmak, tekmelemek, tükürmek, yumruklamak, kol kıvırmak, kol-bacak kırmak, saçından sürüklemek, temel ihtiyaçları kısıtlamak, tıbbi tedaviyi engellemek, silahla yaralamak vb. hareket türlerini içeren şiddet türüdür. Fiziksel şiddet, karşı tarafta fiziksel olarak acı ve korku yaşatarak kontrol etmeyi hedefleyen davranışlar bütünü olarak açıklanabilmektedir (24).

Uygulanma şekline göre fiziksel şiddet iki gruba ayrılabilir (25).

a) Aletli saldırılar: Ateşli veya ateşsiz silah vasfı olabilecek cisimlerle gerçekleştirilen saldırı çeşididir.

b) Aletsiz saldırılar: Şiddet uygulayanın silah vasfı olan alet kullanmadan itme, tekme, tokat, çimdikleme, ısırma gibi davranışlarla gerçekleştirdiği fiziksel şiddet davranış şeklidir.

1.3.2. Sözlü Şiddet

Sözel şiddet; kişilerin kendilerine olan saygınlığını ve benliğini, zarara uğratacak şekilde sürekli eleştirmek, aşağılamak, küfür, tehdit, katılımı engellemek, sorgulamak, bağırmak, lakap takmak, alay etmek, hakaret, küçümsemek gibi eylemleri içeren şiddet türüdür (26).

1.3.3. Cinsel Şiddet

Fiziksel, psikolojik ve sözlü olarak ya da beden diliyle yapılan cinsel içerikleri olan bireyin utanmasına, korkmasına, aşağılanmasına ve kendisini rencide edilmiş hissetmesine neden olan, şiddet türüdür.

Karşı tarafın rızası olmadan cinsel içerikli imalar ve söylemlerde bulunmak, zorla öpmek veya öpmeye kalkışmak, dokunmaya teşebbüs etmek, cinsel organlara zarar vermek gibi cinsel etkileşimde bulunarak istismar edilmesi ve tacize uğraması şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Şahsın cinsel benliğini zedeleyici sözel ve fiziksel davranışları da cinsel şiddet kapsamına almak mantıklıdır. Gerek sözel gerekse fiziksel yönden cinsel benliğine yönelik rahatsız edici davranışların cinsel şiddet içerdiğini söylemek mümkündür (27).

Cinsel şiddete maruz kalan bireyde diğer şiddet türlerine uğrayan bireylere göre daha sıklıkla iş performansında düşüklük, azalmış verimlilik, meslek kaybı, düşük kazanç, psikolojik durumda ve iyilik halinde düzensizlik gibi olumsuz sonu görülebilmektedir (28).

1.3.4. Duygusal Şiddet

Kişinin ruhsal sağlık durumunu bozmayı amaçlayan, kişiye düzenli biçimde yapılan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü davranış; aşağılamak, yıldırmak, küfür etmek, tehdit etmek küçümsemek, küçük düşürmek, gruptan ya da yapılan faaliyetlerden dışlamak ve alay etmek gibi davranışlardır.

Bu şiddet türü ile şiddeti uygulayan; mağdurun kendine yönelik özgüvenine, benliğine zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyip, kişinin kendisini aciz hissetmesine neden olarak mağduru kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Duygusal şiddetin en belirgin özelliği sürekliliğinin olması ve tekrar etmesidir.

Şiddeti Önleme Platformu Medya ve Şiddet Çalışma Grubu, duygusal şiddetin temellerine, sıradanlaşmasına ve savunulmasına karşı şu açıklamalarda bulunmuştur: "Duygusal şiddet daha çok psikolojik temellere dayanmaktadır. Bu şiddet türü de yine güç ilişkisine dayanmaktadır. Daha çok duygusal sınırlamaları, psikolojik yıpratmaları ve en önemlisi şiddete maruz kalan birey ya da grup üzerinde görünmez 'kontrol' mekanizmalarını içermektedir. Duygusal şiddet fiziksel şiddette olduğu gibi yaşam boyunca süreklilik kazanarak, bir nesilden diğerine davranış biçimi olarak aktarılmaktadır. Bu sebepledir ki şiddete maruz kalan kişi bu durumu içselleştirmekte, hatta durumu 'normal', 'kendi suçu' şeklinde algılamakta, dile getirmemekte ve yardım isteğinde bulunmamaktadır. Bazı durumlarda kişi yardım istese bile duygusal şiddeti 'normal' gören toplumsal değerlerle karşılaşmaktadır."

1.3.5. Mobbing

Mobbing (psikolojik taciz), işyerinde bir çalışana yöneltilen, işveren ya da diğer çalışanlar tarafından tekrarlanan saldırılar şeklinde uygulanan, kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama gibi düşmanca davranışlarla ortaya çıkan psikolojik bir terör biçimidir(29).

1.4. Şiddet İle İlgili Teoriler

Şiddetin ve altındaki nedenleri irdeleyen üç temel teori bulunmaktadır (30, 31).

1. Biyolojik teori: Bu teoriye göre bazı temporal lob epilepsisi gibi beyin disfonksiyonu olan kişiler nörolojik, genetik ve hormonal nedenler ile şiddete yatkındır(32,33). Bu teori şiddeti sadece toplumsal bir olay olarak ele almaz aynı zamanda tıbbi yaklaşım gerektiren bir biyolojik disfonksiyon olduğunu öne sürer.

2. Sosyal öğrenme teorisi: Bu teori diğer sosyal davranışlar gibi bireyin şiddeti daha büyük otoritelerden öğrendiğini ve bir uyaran ile şiddeti ortaya çıkardığını öne sürmektedir (32). Toplumsal linçler ve katliamlar bu teoriye örnek olarak gösterilebilmektedir.

3. Zedelenme-saldırganlık teorisi: Bu teori şiddetin; kişinin beklentisinin yerine gelmemesi ile oluşan kırıklık ile ortaya çıktığını öne sürmektedir. Bu teorinin sağlıkta şiddet vakalarının çoğunu açıkladığı düşünülmektedir (33).

1.5. Sağlıkta Şiddet Nedenleri

Sağlıkta şiddetin nedenleri bilimsel olarak ortaya koymakta önemli zorluklar mevcuttur. Bu zorluklar; sağlık hizmeti içinde doktor, hemşire, personel gibi birçok çalışanın iç içe çalışması ve şiddetin farklı kaynaklardan değişik şekillerde kaynaklanabilmesi şeklinde sayılabilir (34).

Sağlıkta şiddet; taraflar arasındaki etkileşimin, örgütsel faktörlerin, çevresel faktörlerin ve toplumsal değişkenlerin karmaşık etkileşiminin bir sonucu olmaktadır. Sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile doğrudan ve dolaylı ilişkileri içeren bir etkileşim sürecindedirler. Bu etkileşimi sağlıklı bir zeminde sürdürmek ve karşılıklı anlayış sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları, bir başka deyişle duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasını ifade eden iletişim sürecini gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Ancak sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasında genellikle açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişimsel sorunların yaşandığı bilinmektedir (35).Bunun temel nedenleri; ortamsal özellikler (fiziksel ortam ve gürültü gibi),tarafların bireysel özellikleri (sicilinde şiddet davranışı olan, ruhsal rahatsızlık öyküsü olan, alkol veya uyuşturucu kullanma öyküsü olan hasta/hasta yakınları ve/veya sağlık çalışanları, toplumsal cinsiyet, buyurgan tutum, iletişim becerisindeki yetersizlikler, sabırsızlık, empati becerisinden yoksunluk, aktif dinlemeyi uygulayamama gibi), hasta ve hastalık psikolojisi (maruz kalınan hastalık, sakatlanma veya ölüm olayı ya da tehdidi nedeniyle hasta/hasta yakınları genellikle

kederli, isyankar, gergin, paniklemiş, endişeli, ağrılı ve bitkin haldedirler)sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminoloji ve dildir (35).

Fiziksel çevre ve altyapı, insan kaynakları ve işyeri iklimi gibi faktörler şiddeti belirleyen örgütsel faktörler arasında yer almaktadır (34). Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği veya kötü yönetimden kaynaklanan beklemeler, uzayan kuyruklar, hekimlerden istenen performans baskısı, geciken randevular, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince zaman ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık gibi örgütsel faktörler de şiddete zemin hazırlayabilmektedir (36). Sağlık kurumu işyeri ortamında gözlenen şiddetin toplumdaki profilin bir yansıması olduğu unutulmamalı ve şiddet toplumsal faktörlerden bağımsız olarak değerlendirilmemelidir (36). Sağlık kurumu işyerindeki şiddet, sosyal yaşamın çeşitli alanlarındaki şiddetin artan fenomeni ve genel şiddetin bir yansıması olarak ele alınmalıdır (37). Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal psikolojik ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi olasıdır (38).

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlıkta hizmete ulaşılabilirliğin kolaylaşması bunun yanında alt yapı eksikliklerinin fazla olması ve eksikliklerin sağlık çalışanları ile kapatılmaya çalışılması sağlıkta şiddet olaylarının artmasına yol açabilmektedir. Ayrıca medya etkisi, hukuki boşluklar, güvenlik zaafiyetleri ve sağlık politikaları bu şiddet olaylarını artırdığı düşünülmektedir. Fakat Türkiye'de yapılan çalışmalar bu konuyu irdelemediği için ülkemiz özelinde bu konu nedeni hakkında bilimsel veriler bulunmamaktadır.

1.6. Sağlık Sektöründe Çalışan Güvenliğinin Yasalardaki Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'in "Çalışan Güvenliği" başlıklı 15. maddesi (39):

1) Çalışan güvenliği için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla, riskli alan ve gruplar belirlenir. Bu çerçevede Çalışan Güvenliği Programı oluşturulur ve uygulamaya konulur.

b) Riskli bölümlerde çalışan personel için ilgili mevzuat doğrultusunda düzenli olarak sağlık taramaları yapılır.

c) İğne ucu yaralanmaları takip edilir ve gerekli önlemler alınır.

ç) Kemoterapi hazırlama ve uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliği için yürürlüğe konulan Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi doğrultusunda uygulama yapılır.

d) Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük ve benzeri kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulur.

e) Bulaş özelliği yüksek hastalar ve özellikli grupların tedavi ve bakım sürecinde, hasta ve çalışanları korumak için kurum gerekli tedbirleri alır.

f) Radyasyona tabi çalışan kişilerin dozimetre kontrolleri düzenli olarak yapılır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulması zorunludur.

g) Lateks alerjisi olan personele yönelik düzenlemeler yapılır.

h) Çalışanların bulaş riski olan hastalıklara karşı korunması için, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından aşı listesi oluşturulur ve riskli alanlarda çalışan personelin aşılanması sağlanır.

Aynı tebliğin hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri başlıklı 18. maddesinde (39);

(1) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.

b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikayetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.

c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur.

denilmektedir.

1.7. Beyaz Kod Uygulaması

Beyaz Kod sistemi; Sağlık Bakanlığı'nın kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarının izlenmesi, gereken müdahalenin yapılması ile olayın takip edilmesi, adli mercilere iletilmesi, beraberinde; gerçekleşen olayların analizinin yapılarak ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirlerin alınması için geliştirilmiştir. Türkiye'deki tüm illerde İl Sağlık Müdürlüklerinde Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri ve Bakanlık Merkezde ise şiddet olaylarını takip etmek ve süreçleri koordine etmek amacıyla Bakanlık Beyaz Kod Birimi bulunmaktadır. Bakanlık Beyaz Kod Birimi'ne 24 saat hizmet veren "113" numaralı telefon hattı ve "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet adresi ile ulaşılabilmektedir.

Bakanlık Beyaz Kod Biriminin görevleri şöyle sıralanabilir;

- Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarını izlemek,
- Sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak,
- Hukuki süreçlerin başlatılması ve takibi,
- Veri toplama ve analizi.

Bu veriler kullanıldığında 14 Mayıs 2012 tarihinden 7 Kasım 2013 tarihine kadar geçen 1,5 yıllık sürede Beyaz kod Birimine, 14.130 şiddet olayı bildiriminde bulunulmuştur fakat bu bildirimlerin sadece 476'sı (%5,1) sonuçlanmıştır (40).

Türk Tabipler Birliği Şubat 2019'da sağlık bakanlığından2018 yılına ait beyaz kod verileri istendiği internet sitesi üzerinden görülmüş fakat cevabı hakkında herhangi bir veriye rastlanılmamıştır (41).

1.8. Amaç

Giriş bölümünde belirtildiği gibi sağlıkta şiddet ülkemizde ve tüm dünyada giderek artan sıklıkta yaşanmaktadır. Bu durum özellikle hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personeli üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Ülkemizde verilerin kayıt altında olmaması nedeniyle gerçek oran henüz bilinmemektedir. Türkiye' de birçok ilden bu konuyu inceleyen makaleler olduğu halde Türkiye'nin ve Orta Doğu'nun sağlık başkenti olan Ankara'dan yayınlanan herhangi bir çalışma literatürde izlenmemiştir. Ayrıca bu çalışmalar genel olarak sağlıkta şiddet oranını araştırmış ve şiddete uğrayan ve uğramayan çalışanlar arasındaki temel demografik özelikleri karşılaştırmıştır. Fakat sağlıkta şiddetin nedeni, çalışanlardaki etkisi bu çalışmaların çoğunda araştırılmamıştır. Ayrıca yaptığımız literatür araştırmalarında bu önemli sorunun çözümü için sağlık çalışanlarının önerileri henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı Ankara ve Türkiye'nin en büyük hastanesi olan Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hekimlerin bu konu hakkındaki deneyimlerini irdelemek ve çözüm önerileri hakkındaki görüşlerini araştırmaktır.

2. MATERYAL VE METOT

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Ankara Şehir Hastanesi'nde klinik branşlarda çalışan pratisyen, asistan, uzman, doktor öğretim üyesi, doçent ve profesör hekimlerin günlük çalışma şartları, şiddete maruz kalma oranları ve nedenleri, şiddete maruz kalanlarda oluşan duygu durumu, şiddetin nedenleri ve çözüm önerilerini irdeleyen kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hekimleri oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde personel işlerinden öğrenildiği kadarıyla Ankara şehir hastanesinde klinik branşlarda toplam 1990 hekim çalışmaktadır. Örneklem büyüklüğü n=Nt2 pq/d2 (N-1) + t2 pq formülü kullanılarak %95 güven düzeyinde alfa=0,05 p=0,25 alınarak örneklem büyüklüğü minimum 203 olarak belirlenmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması

Çalışma anket ile yapılmış bir kesitsel çalışmadır. Çalışma, Eylül 2019 ve Ocak 2020 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nde klinik branşlarda çalışan doktorlara anket dağıtılarak yapılmıştır.

Veri toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatürde kullanılan örneklerden de yararlanılarak hazırlanan 25 soruluk anket formu kullanılmıştır (EK-1). İlk bölümde kişisel bilgiler, mesleki deneyim ve şiddet ile maruziyet sorgulanmıştır. İkinci bölümde şiddet uygulayan, maruz kalınan şiddet sayısı, şiddetin uygulandığı yer, şiddetin olası nedeni, şiddet sonrası hekimin tutumu irdelenmiştir. Üçüncü bölümde ise hekimlerin sağlıkta şiddetin artış nedenleri, çözüm önerileri ve sağlıkta şiddet nedeniyle meslek veya branş değiştirme

hakkındaki düşünceleri alınmıştır. Şiddete uğrayan hekimlerin her üç bölümü, uğramayan hekimlerin ise birinci ve üçüncü bölümü doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce 20 aile hekimi asistanı ile pilot bir çalışma yapılmıştır. Asıl çalışma için 400 anket dağıtılmış, geri gelmeyen veya eksik/hatalı anketler çalışma dışı bırakılarak 308 anket formu çalışmaya dâhil edilmiştir.

2.4. Etik Kurul

Çalışmamız Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan 15.11.2019 tarihli 47 karar no ile onay almıştır (EK-2)

2.5. İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler SPSS programı (Windows için 20.0 sürüm, SPSS Inc. Chicago, IL) kullanılarak yapılacaktır. Elde edilen veriler açısından gruplar karşılaştırılacak ve normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin verilerinin ortalama ± standart sapma (SS) ile verilmesi, karşılaştırılmasının ise Student-t testi ile yapılması öngörüldü. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin verilerinin ortanca ve çeyrekler arası aralık (ÇAA) ile verilmesi karşılaştırılmasının ise Mann Whitney U testi ile yapılması öngörüldü. Kategorik değişkenlerin verileri yüzde olarak verilip, karşılaştırılmasının ki-kare testi ile yapılması öngörüldü. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

3. BULGULAR

Çalışma 01.09.2019 ve 31.01.2020 tarihleri arasında toplam 308 anket formu değerlendirilerek yapılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin Ortanca yaşı 29 (ÇAA:9)idi. Ortanca çalışma süresi 4 yıl (ÇAA:10) idi. Çalışmaya katılan hekimlerin kadın cinsiyet oranı %62,3, erkek oranı % 37,7 idi. Katılımcıların branş olarak aile hekimliğinde çalışan hekim oranı %40,5; diğer dahili birimlerde çalışan hekim oranı %28,1; cerrahi birimlerde çalışan hekim oranı ise %31,4 idi. Çalışmaya katılan hekimlerin;%1,3 pratisyen, %71,8 asistan, %20,1 uzman, %1 doktor öğretim üyesi, %4,5 doçent, %1,3 profesör idi.

Şiddete Maruz kalma oranı, kalanlar ve kalmayanlar arasındaki temel özelliklerin karşılaştırılmaları;

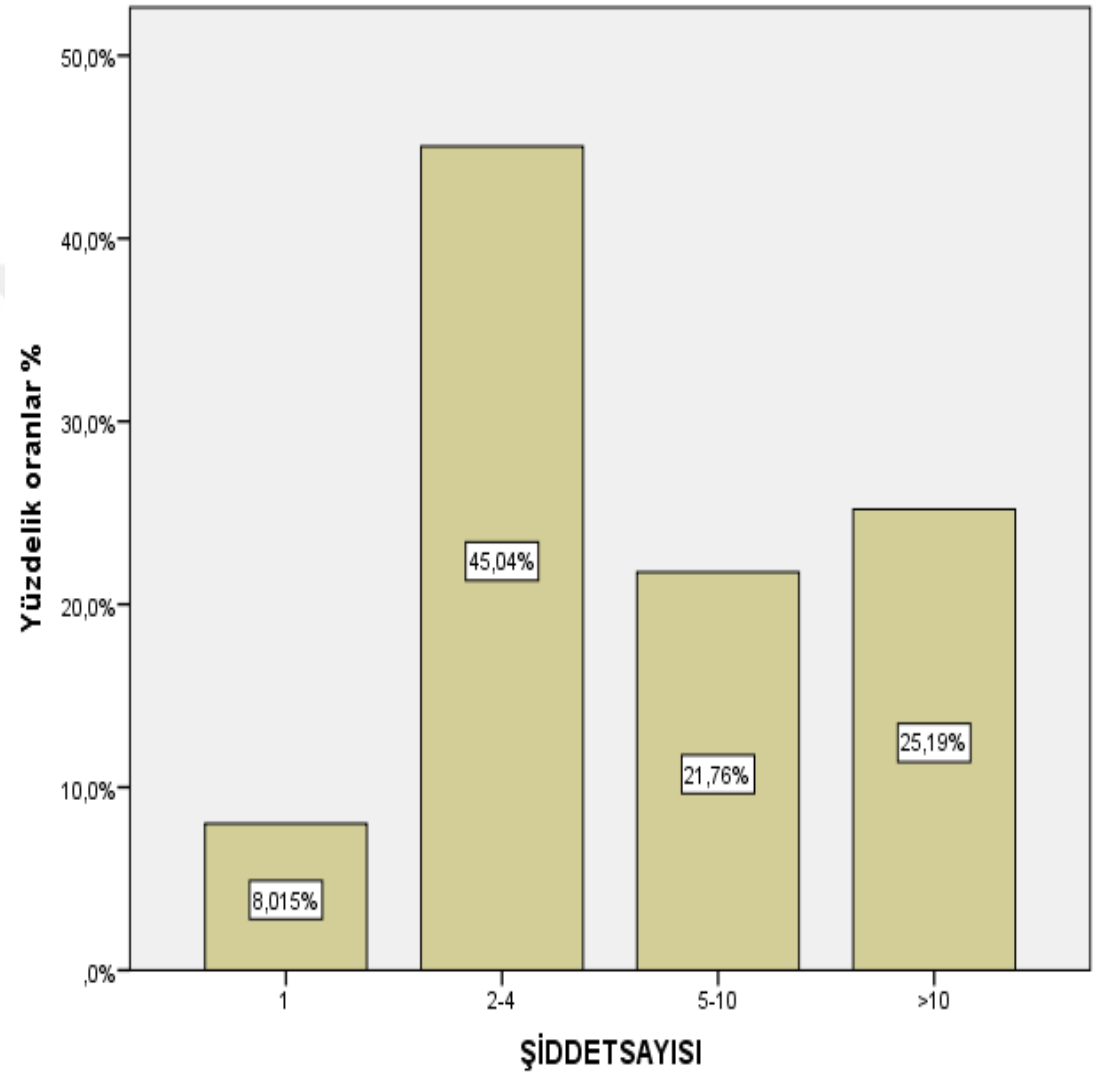
Ankete Katılan hekimlerin %85,1'i (n:262) sözlü, fiziksel veya fiziksel ve sözel şiddete uğradığını belirtmiştir. Şiddete Maruz kalan ve kalmayan hekimler karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, çalışma süresi ve bölüm olarak istatistiksel olarak benzer özelliklerde olduğu fakat şiddete maruz kalan hekimlerin günlük hasta bakma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (p:0,02) (Tablo 1).

Tablo 1. Şiddete Maruz Kalan ve kalmayan Hekimlerin temel demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Şiddete Maruz Kalan (n:262)	**Şiddete Maruz Kalmayan (n:46)**	**p**
Yaş (yıl) Median (ÇAA)	29 (9)	28,5 (13)	0,38
Kadın Cinsiyet n,(%)	168 (%64,1)	24 (%52,2)	0,12
Çalışma Süresi (yıl) Median (ÇAA)	4 (10)	3 (12,25)	0,14
Günlük Hasta Sayısı (>50 hasta /gün) (%)	%50	%30,4	0,02
Cerrahi Bölüm (n) (%)	74 (%28,3)	14 (%31,7)	0,64

Şiddet sayısı:

Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmının (%45,04) 2-4 kez şiddete uğradığı görülmektedir (Şekil 1). %21,8'inin 5-10 arası, %25,2'sinin on defadan fazla şiddete uğradığını belirtmişlerdir.

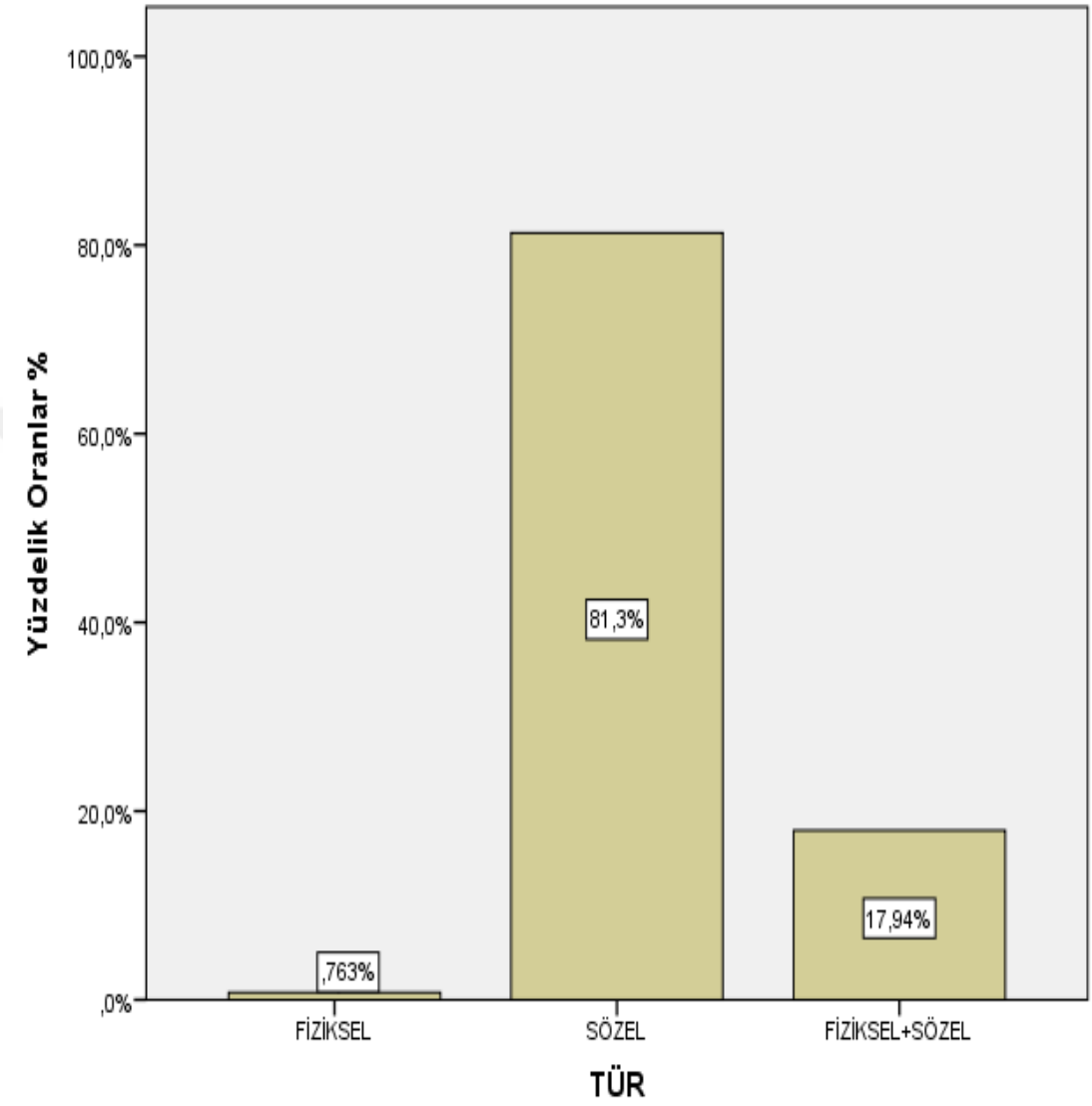


Şekil 1. Hekimlerin uğradığı şiddet sayısı

Şiddetin türü:

Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmının (%81,3) sözel şiddete uğradığı görülmektedir (Şekil 2). Çok küçük bir kısmının (%0,8) sadece

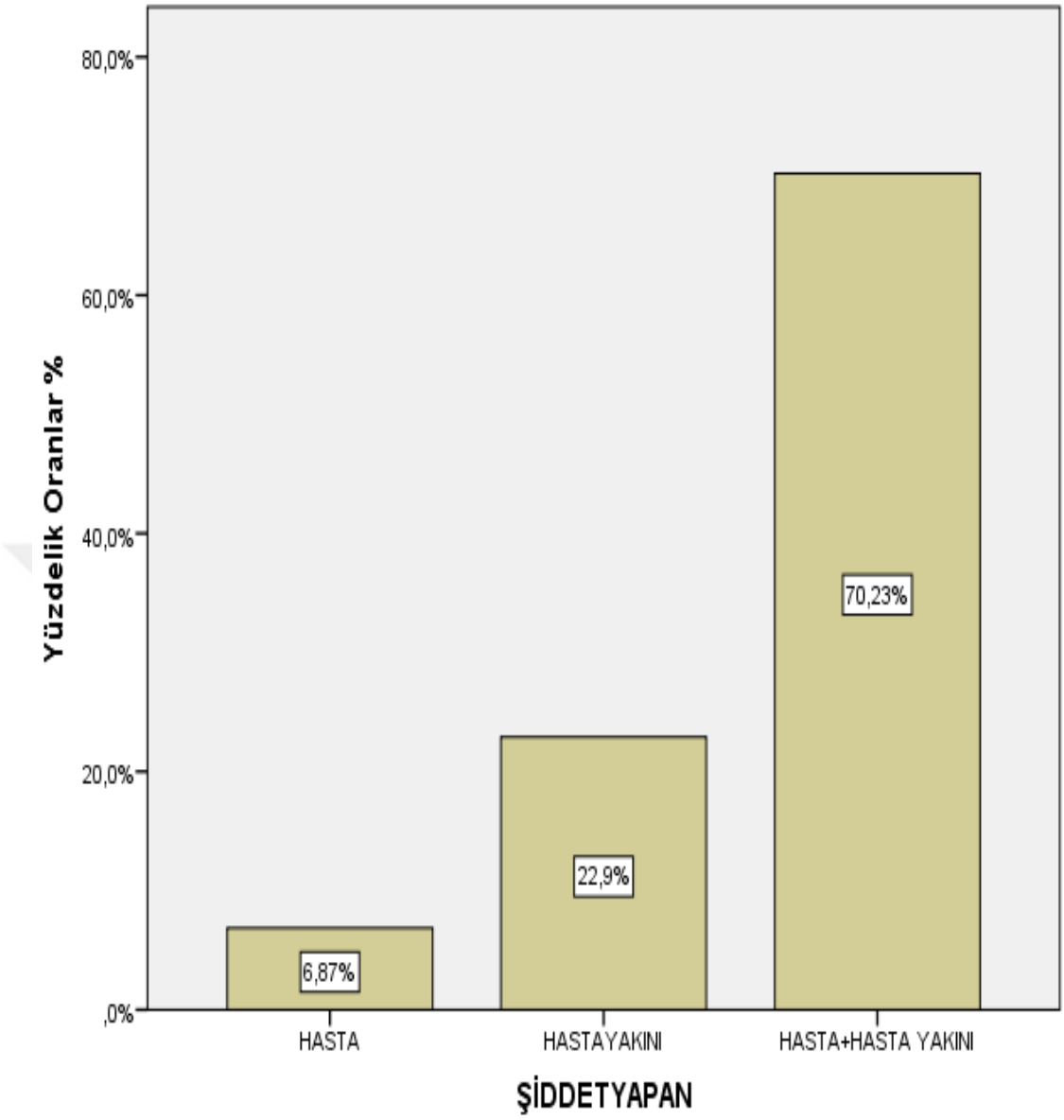
fiziksel şiddete, önemli bir kısmının ise (%17,94) hem fiziksel hem sözel şiddete uğradığı görülmektedir.



Şekil 2. Hekimlerin uğradığı şiddet türü

Şiddet uygulayan kişi:

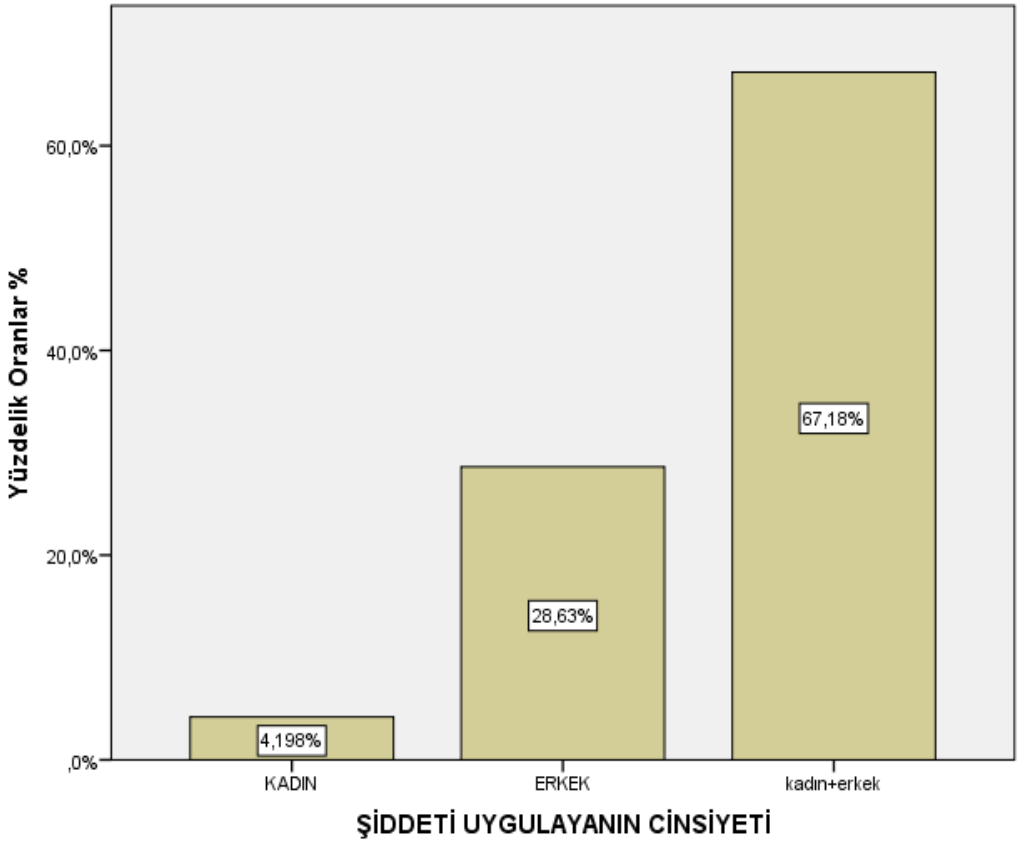
Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmının (%70,23) hasta ve hasta yakını tarafından şiddete uğradığı görülmektedir (Şekil 3).Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin %6,87'lik bölümünün hasta tarafından, %22,9'unun ise hasta yakını tarafından şiddete uğradığı görülmektedir.



Şekil 3. Hekimlere şiddeti uygulayanların oranları

Şiddeti uygulayan şahsın cinsiyeti:

Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmının (%67,18) hem erkek hem kadın cinsiyet tarafından şiddete uğradığı görülmektedir (Şekil 4).Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin %4,19'una kadınlar tarafından, %28,63'ünün erkekler cinsiyet tarafından şiddete uğradığı görülmektedir.



Şekil 4. Hekimlere şiddet uygulayanların cinsiyet dağılımları

Şiddete maruz kalınan yerler:

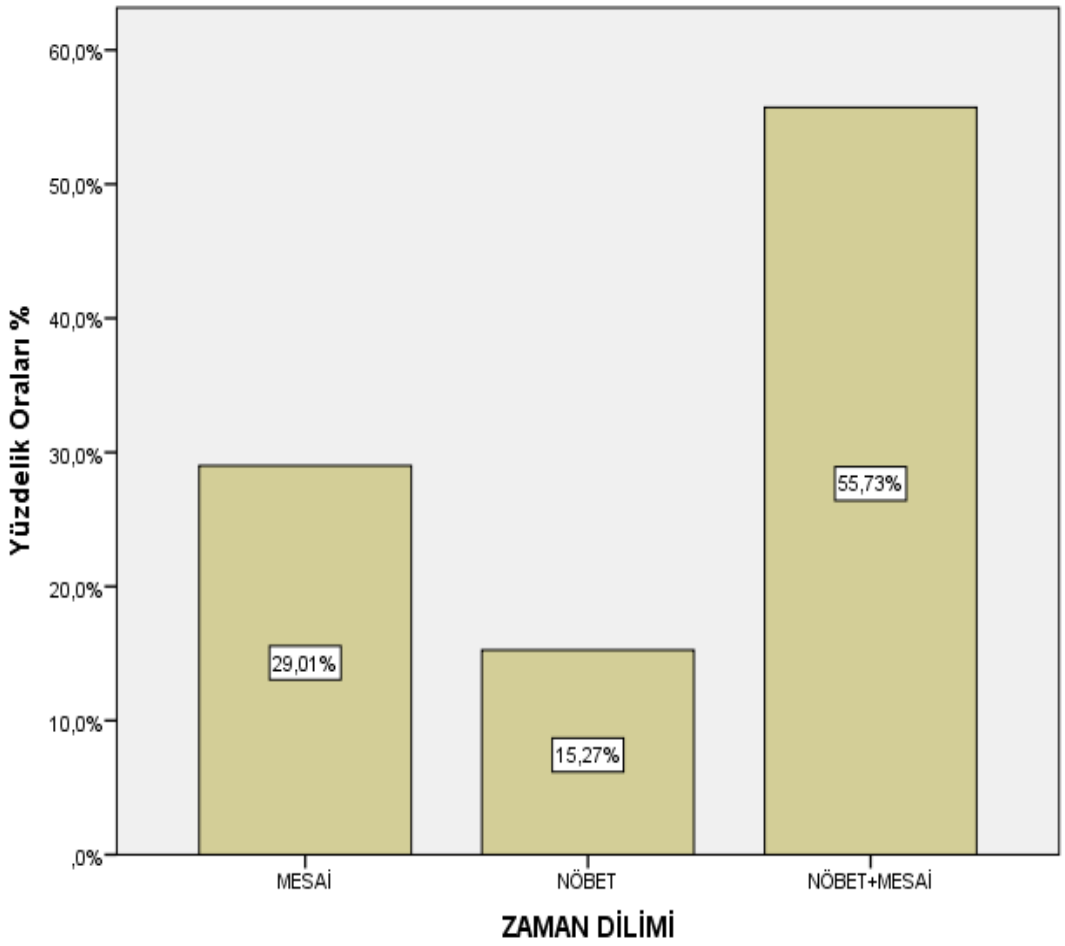
Bu soruya cevap veren hekimlerin en büyük kısmı şiddete poliklinikte uğradığını belirtmiştir. Ayrıca acil serviste ve yataklı servislerde de şiddet oranları yüksektir. (Tablo 2)

Tablo 2. Hekimlerin şiddete uğradıkları yerlerin oranları

Yer	Sayı (Oran)
Poliklinik	227 (%75,2)
Acil Servis	189 (%62,6)
Servis	105 (%34,8)
Kendi Oda	34 (%11,1)
Yoğun bakım Ünitesi	22 (%7,3)
Bekleme Salonu	18 (%6,1)
Bahçe	12 (%4,2)
Ameliyathane	6 (%1,9)

Şiddete Maruz Kalınan Zaman Dilimi:

Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmının(%55,73) hem nöbet hem mesai diliminde şiddete uğradığı görülmektedir (Şekil 5).Çalışmaya katılan ve şiddete uğrayan hekimlerin %29,01'lik kısmının hem mesai diliminde, %15,27'lik kısmının ise nöbet diliminde şiddete uğradığı görülmektedir



Şekil 5. Şiddete Maruz Kalınan Zaman Dilimi

Şiddetin Nedeni:

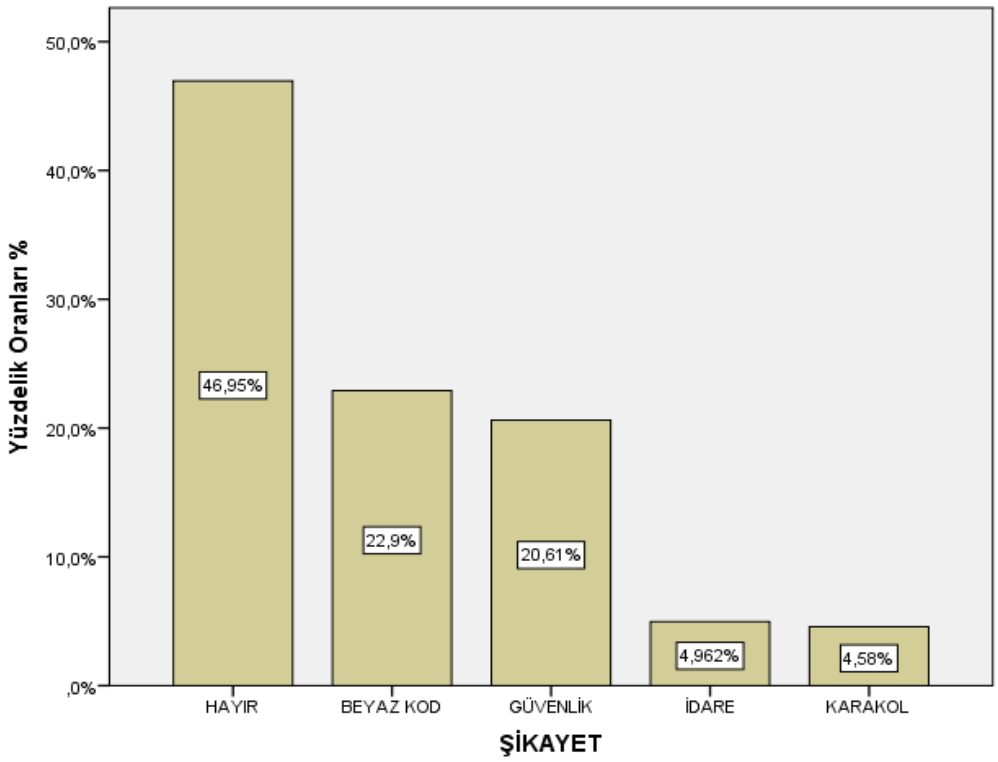
Hekimlere şiddetin nedeni sorulduğunda en büyük cevabı beklemeye tahammülsüzlük olarak verilmektedir. Ayrıca ilaç yazdırılmaması ve rapor alamama diğer önde gelen iki nedeni oluşturmaktadır. Şiddet nedenleri Tablo 3'te sıralanmıştır.

Tablo 3. Hekimlerin maruz kaldıkları şiddetin nedenleri

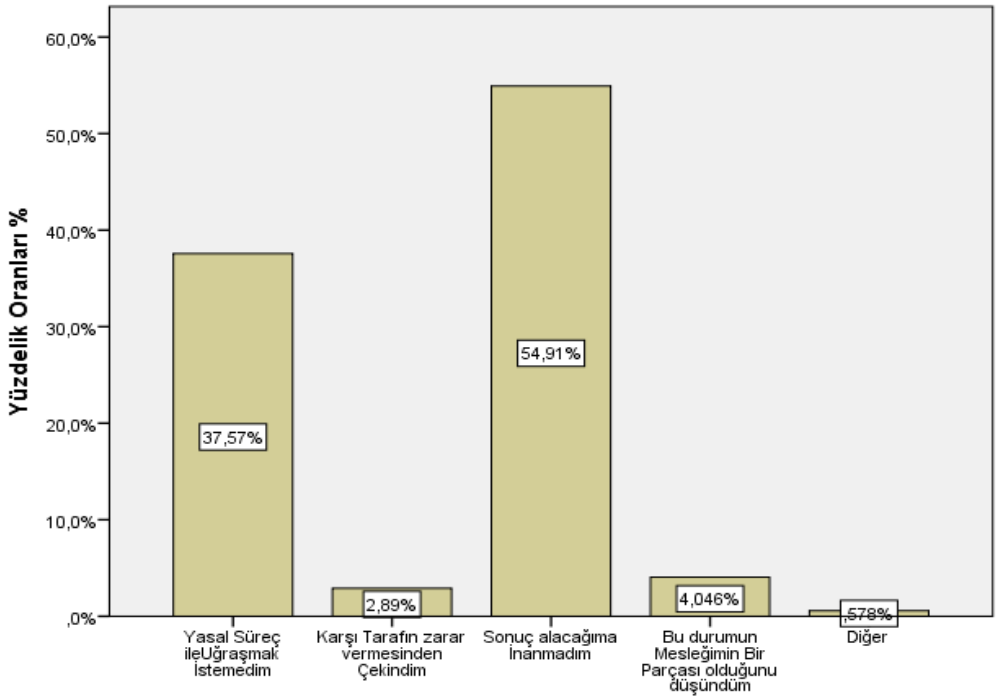
Neden	Sayı (Oran)
Beklemeye Tahammülsüzlük	248 (% 82)
İlaç Yazdıramama	176 (%58,4)
Rapor Alamama	164 (% 54,1)
Tedaviden Memnuniyetsizlik	127 (%42,2)
Psikiyatrik Problem	90 (%30)
Kurum Yetersizliği	84 (%27,9)
İletişim Problemi	64 (%21,4)
İlaç Madde Etkisi	46 (%15,3)
Kötü Haber alma	28 (%9,5)

Şikayet Oranları ve Sonuçları:

Şiddete uğrayan hekimlerin yaklaşık yarısının şikayette bulunmadığı görülmektedir (Şekil 5). Şikayette bulunmayan hekimlere nedeni sorulduğunda ise yarısından fazlasının şikayetten sonuç alamayacağını düşündüğü görülmüştür (Şekil 6). Şikayet sonuçları ise sorulduğunda %20,4'ü sonuç alınamadığını, %12,4'ü hiçbir şey yapılmadığını, %43,8'i ise mahkemeye taşındığını söylemiştir (Tablo 4). Mahkemeye taşınanların %71,6'sı mahkemenin kararlarını beklentileri ile uyumlu bulamamıştır. Ayrıca hekimlerin %74'ü kurum amirliklerinin üzerine düşen görevi yapmadığını belirtmektedir.



Şekil 6. Şikayette bulunma oranları ve türleri



Şekil 7. Şikayette bulunmayan hekimlerin öne sürdüğü nedenler

Tablo 4. Şikayet sonuçları

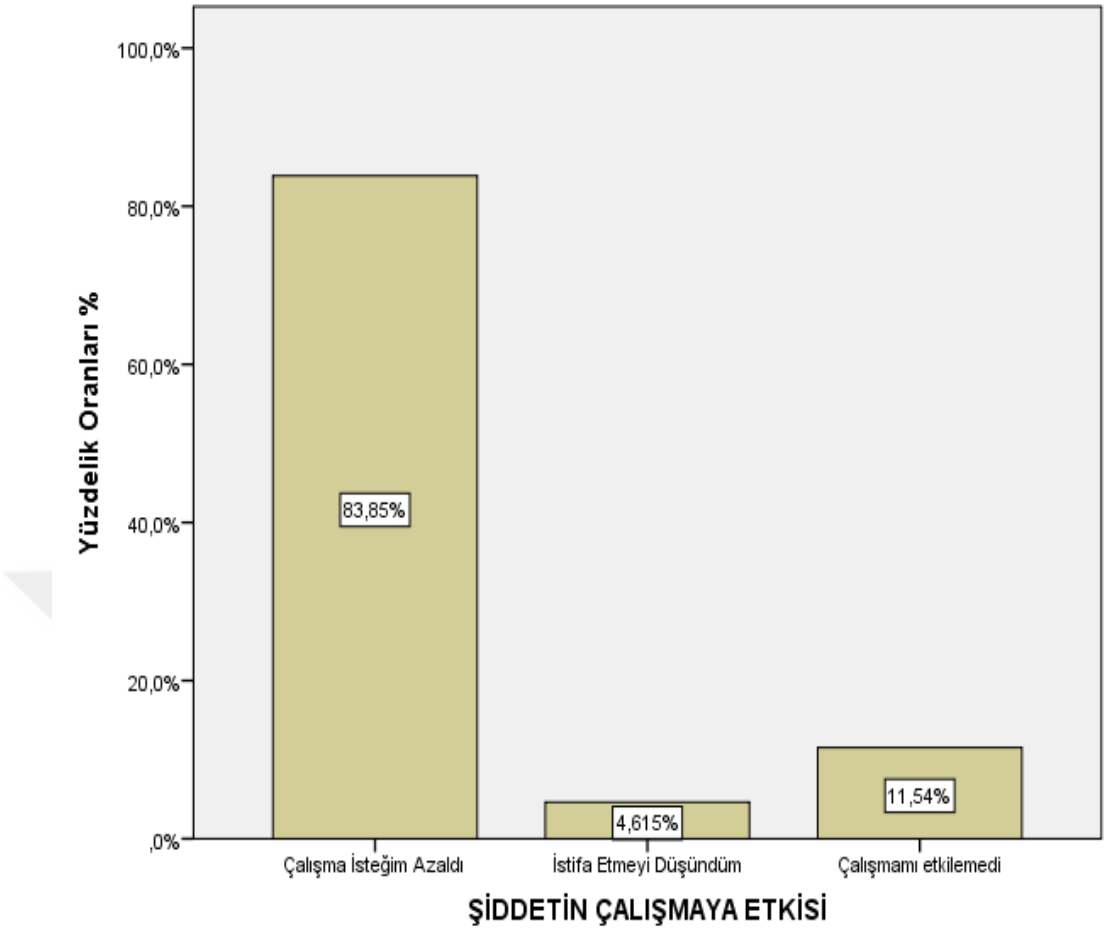
Sonuç	Sayı (Oran)
Mahkemeye taşındı	60 (%43,8)
Sonuç alınamadı	28 (%20,4)
Güvenlik ile saldırgan uzaklaştırıldı	22 (%16,1)
Hiçbir şey yapılmadı	17 (%12,4)
Özür diledi	8 (%5,8)
Hasta taburcu edildi	2 (%1,5)

Şiddetin Hekim Üzerinde Etkisi:

Şiddetin hekim üzerindeki duygusal etkisi sorulduğunda soruyu cevaplayan hekimlerin %78,9'unda kızgınlık olduğu görülmüştür (Tablo 5). Şiddetin çalışma üzerindeki etkisi sorulduğunda ise çok büyük bir kısmında(%83,85) çalışma isteğinde azalma olduğu görülmüştür (Şekil 7).

Tablo 5. Şiddetin hekimler üzerindeki duygusal etkileri

Duygusal Etki	Sayı (Oran)
Kızgınlık	200 (%78,9)
Tükenmişlik	167 (%65,5)
Kırgınlık	117 (%45,9)
Güven Kaybı	117 (% 45,9)
Çaresizlik	82 (%42,2)
Korku	75 (%30,2)
Şaşkınlık	74 (%28,8)



Şekil 8. Şiddetin hekimlerin çalışması üzerindeki etkisi

Sağlıkta şiddetin artış nedeni:

Çalışmaya katılan tüm hekimlere sağlıkta şiddetin artış nedeni sorulduğunda en fazla verilen cevabın sağlık politikaları olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Sağlıkta şiddet artışının hekimlere göre nedenleri

Neden	**Sayı (Oran)**
Sağlık Politikaları	274(%88,8)
Cezaların yetersiz oluşu	272(%88,4)
Hastaların Eğitimsiz Olması	271(%88,1)
Medyanın Etkisi	231(%75,3)
Önlemlerin Yetersiz olması	223(%72,5)

Sağlıkta şiddetin azaltılmasına yönelik çözüm önerileri:

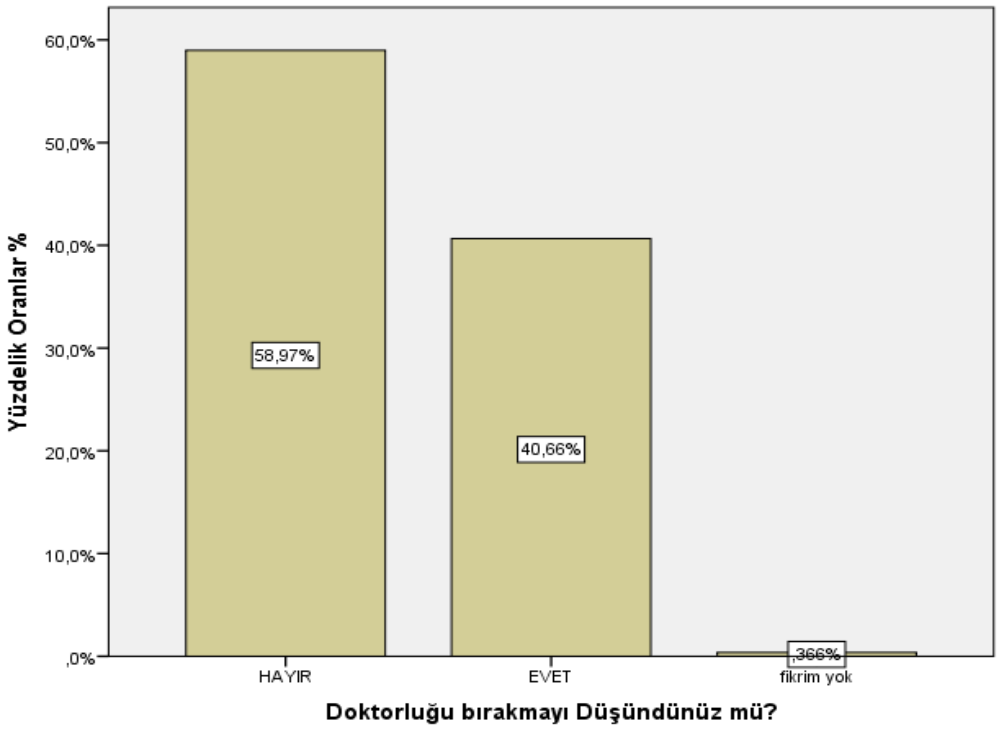
Çalışmaya katılan tüm hekimlere sağlıkta şiddetin azaltılması için çözüm önerileri sorulduğunda en fazla verilen cevabın hukuki önlemlerin alınması olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlıkta şiddetin azaltılması için hekimlerin önerileri

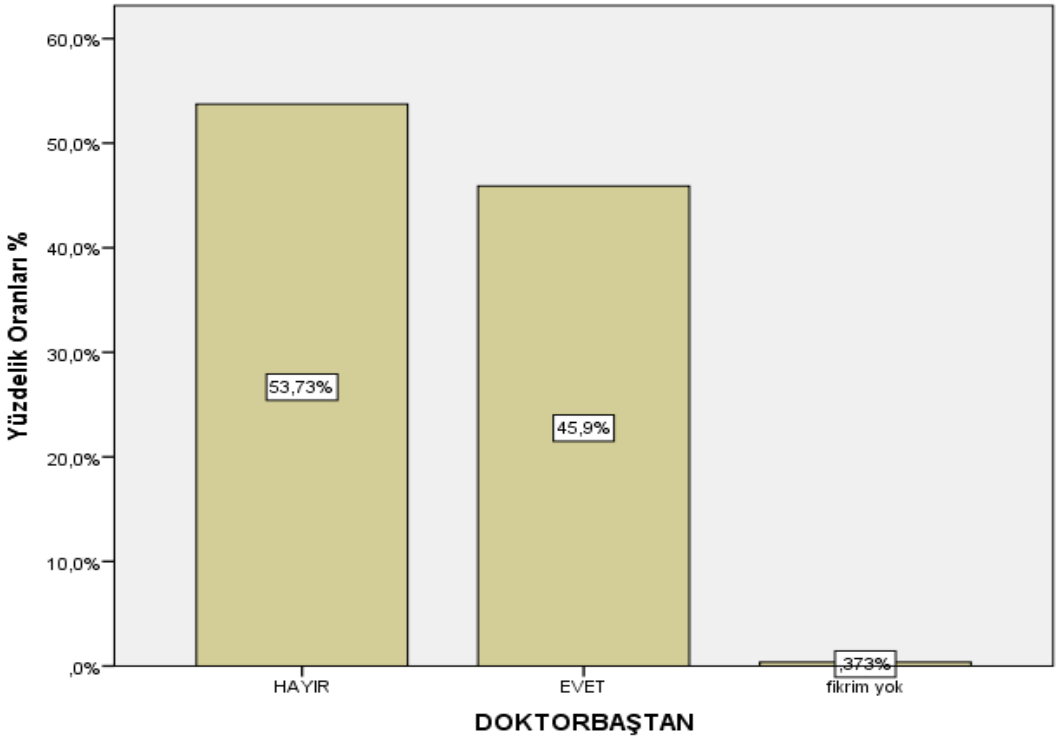
Önlem	**Sayı (Oran)**
Hukuki Önlem Alınması	286 (%93,7)
Sağlık Bakanlığının Çalışması	253 (%82,8)
Basın Önlemleri	252 (%81,8)
Güvenlik Önlemlerinin Artırılması	243(%78,9)
Poliklinik Şartlarının Düzeltilmesi	224 (%72,8)
Kamu Spotları	180 (%58,3)
Yardımcı Personel	163 (%52,7)

Sağlıktaki şiddetin mesleki etkisi:

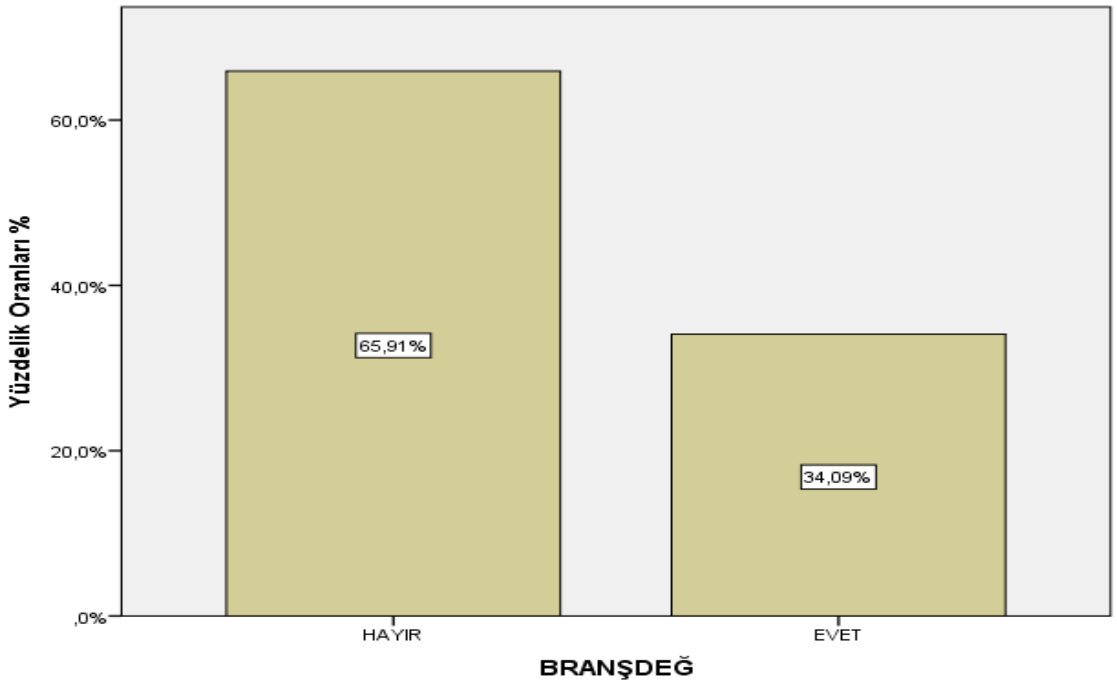
Hekimlere 'Şiddet nedeniyle mesleği bırakmayı düşündünüz mü?' sorusu sorulduğunda büyük kısmının(%58,97) hayır dediği, 'En baştan başlama şansınız olsaydı doktor olmamayı tercih eder miydiniz?' şeklinde sorusu sorulduğunda büyük kısmının hayır dediği görülmüştür (Şekil8,9). Ayrıca hekimlerin büyük bölümü şiddet nedeniyle branş değiştirmeyi düşünmemektedir. Branş değişikliği düşünebilecek hekimlerin büyük kısmı ise temel bilimleri düşünmektedir(Şekil 10,11).



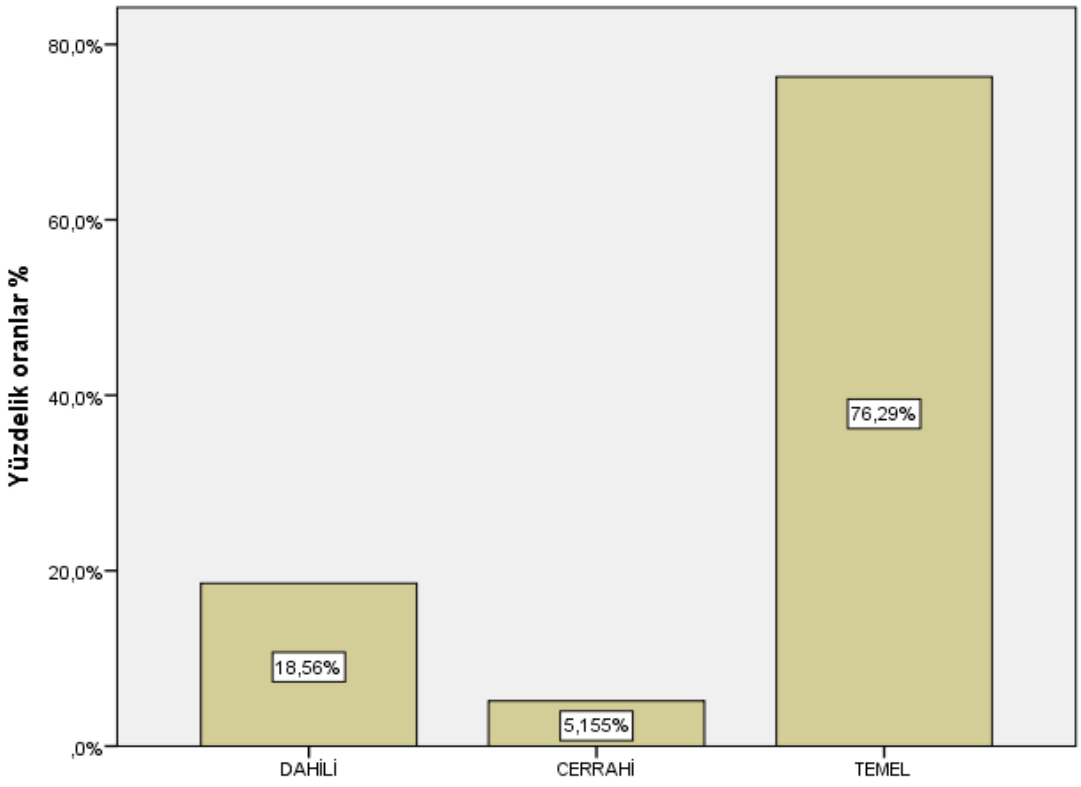
Şekil 9. 'Şiddet nedeniyle mesleği bırakmayı düşündünüz mü?' sorusuna verilen cevap oranları



Şekil 10. 'En baştan başlama şansınız olsaydı Doktor olmamayı tercih eder miydiniz?' sorusuna verilen cevap



Şekil 11. 'Şiddet nedeni ile branş değiştirmeyi düşündünüz mü? ' sorusuna verilen cevap oranları



Şekil 12. 'Branş değişikliği düşünürseniz hangi dalı seçerdiniz? ' sorusuna verilen cevap oranları

4. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan 308 hekimin 261 tanesi (%85,1) şiddete uğradığını belirtmiştir. Günde elliden daha fazla hasta bakan hekimlerin şiddete uğrama oranı istatistiksel olarak daha yüksek saptanırken (p:0,02), şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin diğer demografik özellikleri benzer bulunmuştur. Şiddet uygulayan kişiler sıklıkla hasta ve hasta yakını beraber olmaktadır ve cinsiyet veya zaman ayrımı gözetmemektedir. Hekimlerin en sıklıkla şiddete uğradığı yer poliklinik (%75,2) olmakla beraber şiddetin en sık nedeni beklemeye tahammülsüzlük (%82) olarak geçmektedir. Şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmı (%46,6) şikayette bulunmamıştır. Şikayette bulunmayan hekimlerin en önde gelen nedeni ise sonuç alınacağına inanılmamasıdır (%30,8). Nitekim şikayette bulunulan şiddet oranlarının %20,4'ünde sonuç alınılamamış, mahkemeye %43,8 'i intikal etmiş fakat mahkeme sonuçlarının %71,6'sı şikayetçi olan hekimin beklentilerini karşılamamıştır. Şiddet hekimlerin büyük kısmında kızgınlık yaratmaktadır (%78,9) ve hekimlerin çok büyük kısmında çalışma isteğini azaltmaktadır (%83,8). Sağlıkta şiddetin artmasındaki en büyük neden sağlık politikaları olarak görülmektedir (%88,8), şiddetin azalması için yapılacak en önemli adım ise hukuki önlemlerin alınması olarak izah edilmektedir (%93,8). Hekimlerin büyük kısmı şiddet nedeniyle mesleklerini bırakmayı, dünyaya yeniden gelseler doktor olmamayı, branş değiştirmeyi düşünmemişlerdir. Ancak branş değiştirecek hekimler temel bilimleri seçmeyi düşünmüştür.

Çalışmamızda hekime şiddet oranı %85,1 olarak görülmüştür. Ülkemizdeki diğer çalışmalara kronolojik sıra ile bakıldığında hekimlere şiddet oranı; Avşar ve arkadaşlarının 2003 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada %80 (42), Yeşildal ve arkadaşlarının 2004 yılında Düzce'de yaptığı çalışmada %58,3 (24), İlhan ve arkadaşlarının 2008 yılında Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde %60,9 (43). Lüleci ve arkadaşlarının 2012 yılında Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde yaptığı çalışmada %48,9 olarak görülmektedir.(46) Çalışmamızda diğer araştırmalara göre hekime şiddet oranı daha yüksek saptanmıştır. Hekimlere göre şiddetin en önemli nedeni

sağlık politikaları olarak görüldüğü çalışmamızda zaten aşikar olarak görülmektedir. 2003 yılından beri sağlıkta şiddetin önüne geçebilecek herhangi bir sağlık politikasının gündemde olmaması bu artışın bir nedeni olabilir. Şiddeti azaltacak en önemli basamak hukuki önlemlerin alınması olarak düşünülmektedir. Sağlıkta şiddet artışında medyanın etkisi de küçümsenmeyecek orandadır (%75,3). 2003 yılından beri özellikle sosyal medyanın yaygınlaşması ve medyanın bu konuya alet olması da sağlıkta şiddet oranlarını artırmaktadır.

Şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin özellikleri karşılaştırıldığında yaş, çalışma süresi, cinsiyet ve çalışılan bölüm bakımından benzer oldukları saptanmıştır. Ayrancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 40 yaş altı hekimlerin daha fazla şiddete maruz kaldığı (44). ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise hekimlerin yaşı ile şiddete maruz kalma durumlarının ters orantılı olduğu görülmüştür (45). Bizim çalışmamızda şiddete maruz kalan (Median:29 ÇAA:9) ve kalmayan hekimlerin (Median: 28,5 ÇAA:13) yaş ortancaları benzerdir (p:0,38).

Çalışmamızda şiddete uğrayan hekimlerin cinsiyetleri arasında fark izlenmemiştir (p:0,12). Literatürde bazı araştırmalarda (46, 47) şiddete uğrayanların sıklıkla kadınlar olduğu, bazı araştırmalarda (48) ise erkeklerin daha sık şiddete uğradıkları görülmüştür.

Çalışmamızda şiddet maruziyeti ile çalışma süresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,14). Ayrancı'nın yaptığı çalışmada en fazla 6-10 yıl arasındaki hekimlerin (49), Barlow ve arkadaşları ise beş yıldan az süredir çalışan hekimlerin daha çok şiddetle karşılaştığını bildirmiştir (50).Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin büyük kısmı asistan ve genç hekimler olduğu ve büyük hekimlerin ve hocaların çalışmaya katılmak istememesi ve zor ulaşılması nedeniyle bu sonuç elde edilmiş olabilir.

Sadece günde elliden daha fazla hasta bakan hekimlerin şiddete uğrama oranı istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (p:0,02). Şiddetin en sık nedeni 'beklemeye tahammülsüzlük' olduğu düşünüldüğünde, daha fazla hasta bakan hekimleri bekleyen daha fazla hastanın olacağı ve bekleme süreleri uzayacağı için hekimlerin şiddete uğrama oranı artacaktır. Aile hekimliğinin daha işlevsel hale

getirilmesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki hasta yükünü azaltarak bu durumun önüne geçebileceği kanısındayız.

Çalışmamızda hekimlerin en sıklıkla şiddete uğradığı yer polikliniktir (%75,2). Poliklinikleri sırasıyla yataklı servis ve acil servisler izlemektedir. Bu konudaki diğer çalışmalar incelendiğinde bulgular arasında farklılık izlenilmektedir. Açık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sıklıkla ameliyathanede (%15,7) (51), Yeşildal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sıklıkla acil serviste (24), İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sıklıkla yataklı servislerde (%65,6) (43) şiddet oranları görülmüştür. Araştırmalardaki bu farklılıklar çalışmalara dâhil edilen hekim branşlarındaki farklılıktan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmı (%46,6) şikâyette bulunmamıştır. Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde diğer araştırmalarda da hekimlerin şiddet sonrası şikâyette bulunma oranlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Adaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %62'sinin şiddet sonrasında şikayette bulunmadığı görülmüştür (52). Cantera ve arkadaşları bunun nedenini sözel şiddetin doktorluk mesleğinin doğası olarak algılanmasına ve bürokratik engellere bağlamışlardır (53). Türkiye'den daha önceki çalışmalarda hekimlerin çoğunluğunun şiddete maruz kaldıklarında başvurulacak yasal prosedürü bilmediklerine bağlamışlardır (54). Bu çalışmaya katılan hekimlerin %50,8'si beyaz kodu nasıl başlatacağını bilmemektedir. Fakat zaman ilerledikçe hekimlerde de şiddet konusunda farkındalık oluşmuştur ve beyaz kod uygulamaları basit hale getirilmiştir. Bu nedenle hekimlerin bu konudaki bilgisizliği bu sorunun cevabını oluşturmamaktadır. Çalışmamızda hekimlerin şikayette bulunmamasının en önemli nedeni sonuç alınacağına inanılmamasıdır (%30,8). Nitekim şikayette bulunulan şiddet oranlarının %20,4'ünde sonuç alınılamamış, mahkemeye %43,8'i intikal etmiş fakat mahkeme sonuçlarının %71,6'sı şikayetçi olan hekimin beklentilerini karşılamamıştır. Beyaz kod birimindeki bildirimlerin sadece %5'inin sonuçlanması da hekimleri bu düşüncede haklı çıkarmaktadır (55). Ayrıca kendi çabaları ile konuyu mahkemeye taşıyan hekimlerin %71,6'ü mahkemenin üzerine düşen görevi yaptığını düşünmemektedir. Bu da hekimlerin kendi çabalarına rağmen hukuk

sistemi dahil kimsenin kendilerine sahip çıkmadığı ve şikayetlerinden sonuç alınamayacağı duygusu yaratmaktadır.

Çalışmamıza katılan hekimler sağlıkta şiddetin artmasındaki en büyük nedeni sağlık politikaları olarak görmektedir (%88,8). Eskiye göre doktorun ve sağlık hizmetinin daha ulaşılabilir ve ucuz olması doktoru ve sağlıkçıyı değersiz konuma düşürmüş olabilir. Ayrıca sadece doktora yapılan şiddetin cezasının yetersiz oluşu da hekimlerin düşüncesine göre şiddeti artıran nedenlerdendir (%88,4).Tüm toplumdaki eğitim seviyesinin düşmesi ve buna bağlı hastaların eğitim seviyesinde düşüş de sağlıkta şiddeti tırmandırmaktadır (%88,1).

Eğitim eksikliğine rağmen sosyal medya ulaşılabilirliğinin artması ve medyanın bu konularda tavrı da sağlıkta şiddetin artış nedenleri arasında görülmektedir (%75,3). (56) Türkiye de yapılan ve sağlıkta şiddet haberlerini analiz eden bir çalışmada; Sağlıkta şiddet haberlerinin, habercilikte etik ve sosyal sorumluluk kuralları gözetilerek hazırlanmadığı, sağlık çalışanlarının imajını zedeleyici şekilde habercilik yapıldığı ve şiddetin izlerini taşıyan fotoğrafların yayınlanması gösterilmiştir (56). Bütün bunlar göz önüne alındığında çalışmamıza katılan hekimlerin bu düşüncelerinde ne kadar haklı oldukları sonucuna rahatlıkla varılabilir.

Güvenlik tedbirlerindeki yetersizlik şiddet olaylarını tırmandırmaktadır (%72,5). Birçok alışveriş merkezine girerken bile olan güvenlik önlemleri hiç bir sağlık kuruluşunda bulunmamaktadır. Sadece güvenlik görevlileri üzerinden yürüyen önlemler görevlilerin işine askıya almaları ile beraber bitebilmektedir. Bu konuyu hasta ve hasta yakınları tarafından inceleyen Özdemir Takak ve Artantaş ‘ın yaptığı çalışmada da sağlıkta şiddetin artış nedenleri olarak sağlık kurumlarının çok kalabalık olması, hasta ve yakınlarının sabırsız olması ve şiddet uygulayanların düşük eğitim seviyesinde olmaları öne sürülmüştür (57).

Şiddetin azalması için yapılacak en önemli adım ise hukuki önlemlerin alınması olarak izah edilmektedir (%93,8). Bu konuda meclise daha önce torba kanun verilmesi planlanmış fakat torba kanun ile beraber zorunlu hizmet süreleri uzadığı halde güvenlik önlemleri alınmamıştır. Sağlık bakanlığının çalışmasının

gerekli olduğunu düşünen hekim oranı da çalışmamızda yüksek olarak saptanmıştır (%82,8). Alınabilecek diğer basın, güvenlik, poliklinik şartlarının düzeltilmesi, kamu spotları ve yardımcı personel gibi önlemler daha sonraki sıralarda yer almaktadır.

Artan şiddet oranlarına rağmen çalışmamıza katılan hekimlerin büyük kısmı şiddet nedeniyle mesleklerini bırakmayı düşünmemektedir(%59,7).Hiç düşük olmayan bir oran %41,3'ü ise mesleği bırakmayı düşünmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük kısmı dünyaya yeniden gelseler doktor olmayı tercih etmemektedir (%46,3). Şiddet nedeniyle, branş değiştirmeyi hekimlerin büyük kısmı düşünmüştür (%33,8). Branş değiştirmeyi düşünen hekimler temel bilimleri seçmeyi düşünmüştür (%76,5).Bu durum artan şiddet olaylarına ve kötüleşen koşullara rağmen hekimlerin çoğunun mesleklerini sevdiğini aşikar bir şekilde göstermektedir. Branş değiştirmeye düşünen hekimlerin büyük kısmının temel bilimlere yönelmesi ise hasta ve hasta yakını kaynaklı problemlerden ve şiddetten uzakta kalma arzusu olarak yorumlanabilir. Hekimler şiddetten yılmıştır ve tükenmişlik sendromuna girmiştir. Uzun yıllar okuyarak, büyük emek harcayarak elde ettikleri meslekleri belki de birinin uyguladığı şiddet sonucu hayatlarına sebep olacaktır.Ve hekimler kendilerini yalnız hissetmektedir. Beyaz kod, şiddete ramak kala ve diğer uygulamalar onları korumamaktadır. Bu aşikardır. Artık çok daha somut adımlar beklenmektedir.

Artan sağlıkta şiddet oranları; aile hekimliği alanında çalışan araştırmacıların da gündemine gelmiştir. Bu konu hakkında ülkemizde güncel iki çalışma mevcuttur. Erten R. ve ark yaptığı Edirne il merkezinde çalışan hekimleri kapsayan çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde hekimlerin meslek hayatları süresince şiddete uğrama oranı %88,5 olarak saptanmış, şiddetin en sık nedeni beklemeye tahammülsüzlük olarak gösterilmiştir (58). Bizim çalışmamızdan farklı yanları ise; bu çalışmada dahil edilen aile hekimleri oranı %16 olup bizim çalışmamızdaki orana göre çok düşüktür (%40), ayrıca bu çalışmada şikayette bulunmama oranı % 57,8 iken bizim çalışmamızda bu oran %46,95'tir. Aile hekimliğinden bu konu hakkında yapılan diğer bir çalışma; Polat . ve ark tarafından İstanbul'da beyaz kod verileri üzerinden yapılmıştır (59). Bu çalışmada şiddet riskini artıran durumlar; kadın cinsiyet ve acil serviste çalışmak olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda

cinsiyetler arasında fark saptanmazken, acil servis şiddetin en sık görüldüğü ikinci yer olarak saptanmıştır.

Bu anket çalışmasını yaparken istatistiklere dökemediğimiz ancak duygular yolu ile anlayabildiğimiz bazı değerlendirmeler de mevcuttur. Öncelikle ankete katılan hekimlerin çok büyük bir kısmı anket sonrasında bize içten teşekkürlerini ve memnuniyetlerini iletmiştir. Bu durum bize; bu konuda hekimlerin anket aracılığı ile de olsa fikirlerini beyan edebilmelerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu çalışma sırasında ulaştığımız birkaç hekim ise artan şiddet ve baskı olayları nedeniyle korkmuş ve sindirilmiştir. Bir kaç hekim ise sorunun kendileri ile alakalı olduğunu düşünmekte olduğunu ifade etmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Ankara Şehir Hastanesi'nde klinik branşlarda çalışan hekimlerin büyük kısmı(%85,1) meslek hayatları boyunca şiddete uğramıştır. Günde 50'den fazla hasta bakan hekimlerin şiddete uğrama oranı daha yüksektir (p:0,02). Şiddetin en sık nedeni beklemeye tahammülsüzlük olarak görülmüştür. Çalışmamızda şiddete uğrayan hekimlerin büyük kısmı (%46,6) şikayette bulunmamıştır bunun en önemli nedeni sonuç alınacağına inanılmamasıdır (%30,8). Sağlıkta şiddetin artmasındaki en büyük nedeni sağlık politikaları olarak görülmektedir (%88,8). Şiddetin önlenmesi için yapılacak en önemli adım hukuki önlemlerin alınması olarak görülmektedir (%93,8).

5.2. Öneriler

Sağlıkta şiddet olaylarının önüne geçilebilmesi için yapılacak en öncelikli adım mevcut sağlık politikalarının değiştirilmesi ve hukuki önlemlerin caydırıcı bir şekilde alınması olarak görülmektedir. Ayrıca; hastane ve diğer sağlık merkezlerine girişlerde denetimi sağlayacak güvenlik elemanı istihdamı ve beraberinde X-ray cihazlar, metal detektörleri vb. önlemlerin sağlıkta şiddet olaylarını azalmasında fayda sağlayabileceği kanısındayız.

Sevk zincirinin belirli kurallara oturtularak getirtilmesi; ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde hasta yoğunluğunu belirgin şekilde azaltabilir. Bunun sonucunda beklemeye tahammülsüzlük, poliklinik yığılmaları ve acil servis yoğunluklarını engellenerek sağlıkta şiddet oranını düşürebileceğini düşünmekteyiz.

Hastane ve diğer sağlık merkezlerinin poliklinik odalarında ve hastayla iletişim kurulabilecek diğer odalarda, olası bir şiddet durumunda şiddete uğrayan sağlık elemanının acilen çıkabileceği başka kapıların da olması gerekmektedir.

Özellikle acil servisler hasta profili ve yoğunluğu nedeniyle riskli yerler olup, tüm acil servislerin fiziki şartları buna göre düzenlenmelidir.

Tıp fakültelerinde, özellikle eski eğitim sisteminde hiç anlatılmayan iletişim derslerine ağırlık verilerek, doktor adaylarının meslek hayatlarında etkin iletişim tekniklerinin kullanmasının sağlanması gereklidir.

Şiddetin bu kadar artmasında, reyting amaçlı hareket ederek olayları adeta olağan bir hale sokan ve çoğu haberde sağlık çalışanlarına karşı tavır alan yazılı ve sözlü medyanın da kendini sorgulaması gerekmektedir.

Sağlık çalışanları korunmazsa, sağlık sistemi çöker. Her bir sağlık çalışanı bu sistemin devamlılığı için çok önemlidir ve de korunmalıdır. Burada en önemli nokta halkın eğitilmesi ve Sağlık çalışanlarının şiddeti önleme ve bu yönde duygu ve davranışlarını yönetme konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesidir.

6. KAYNAKÇA

1. Ünsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. Cogito Dergisi 1996; 32((6-7)):29-36. .
2. Martino V. Workplace violence in the health sector Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study, Synthesis Report, . 2002.
3. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev 2001;48 ((3):):129-30.
4. J Wells LB. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK. J Adv Nurs 2002;393:230-40.
5. M Jakson DA. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. . Rev Panam Salud Publica 2005;18 ((2):):114-21.
6. Rippon T. Aggression and violence in health care proffessions. J Adv Nurs 2003;31((2)):452-60
7. GA Farrell CB, P Bobrowski . Scop- ing workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. . J Adv Nurs 2006; 55((6)):778-87.
8. D Jackson JC, J Mannix. . Who would want to be a nurse? Violence in the workplace a factor in recruitment and retention. . J Nurs Manag 2002;10((1)):13-20.
9. Meyer. H. Hospitals Taking Steps to Quell Acts of Violence Against Staff. . In: Networks. HHHH, editor. 2011.
10. Baykan Z, Oktem IS, Cetinkaya F, Nacar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. Int J Occup Saf Ergon. 2015;21(3):291-7.
11. Kaya S, Bilgin Demir I, Karsavuran S, Urek D, Ilgun G. Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. J Forensic Nurs. 2016;12(1):26-34.
12. Bayram B, Cetin M, Colak Oray N, Can IO. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2017;7(6):e013568.

13. Viottini E, Politano G, Fornero G, Pavanelli PL, Borelli P, Bonaudo M, et al. Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):215.

14. Oya ÇAMCI YK. Determination of Workplace Violence Toward Health Workers in Kocaeli. Journal of Psychiatric Nursing 2011;2((1):):9-16.

15. ATİK D. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET OLGUSUNUN BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ. NWSA-Medical Sciences, . 2013; 8,((2)):1-15.

16. Hayri Erkol MRG, Zerrin Erkol, Bora Boz. Aggression and violence towards health care providers – a problem in Turkey? Journal of Forensic and Legal Medicine. 2007;14(7):423-8.

17. Yekeler. B. Malatya'da Kırsal Bir Bölgede Ergenlik Dönemindeki Gençlere Yönelik Şiddet ve Etkileyen Faktörler- Yüksek LisansTezi. In: Dalı İÜHSAB, editor. Malatya2010.

18. M Altun M, (2006). . Denizli İli Kırsalında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15–49 Yaş Evli Kadınların, Fiziksel Şiddet Görme Durumları ve Kadınların Şiddete İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi. In: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü HSA, editor. Denizli2006.

19. LJ Warshaw JM. Workplace violence: Preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med 1996;38(10):993-1006.

20. Saines J. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. Accid Emerg Nurs 1999;7(1):8-12.

21. Beder C. Erzurum İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hasta veya Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Araştırılması,, Uzmanlık Tezi. In: Dalı AÜATAB, editor. Erzurum.2009.

22. Ü Ayrancı ÇY, Y Günay, C, Kaptanoğlu Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, . Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:147-54.

23. N Altıntaş. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. In: Enstitüsü İüSB, editor. İstanbul.2006.

24. Yeşildal N ÇM. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. . Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4:280-302.

25. Ç Güler LA. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.

26. Yalçın F. RTÜK kararları çerçevesinde televizyon yayınlarında şiddet. (Uzmanlık Tezi). 2012.

27. P. T. Slee KR. Australian school children's self appraisal of interpersonal relations: The bullying experience. . Child psychiatry and human development. 1993;23(4):273-82.

28. D. Chappell VDM. Violence at work. In: Organization. IL, editor. 2006.

29. Çobanoğlu Ş. İşyerinde duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. In: Yayınları T, editor. İstanbul2005.

30. Walter B. Aggression and violence: examine the theories. . Nurs Stand 1998;1998(12):36-7.

31. WK Mohr BM. Brain, behavior, connections and implications: psychodynamics no more. . Arch Psychiatr Nurs 2001;15:171-81.

32. Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression. A cognitive-neoassociationistic analysis. Am Psychol. 1990;45(4):494-503.

33. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2009;65(9):1956-64.

34. Art. BCOoVaWICCaSNEWVitHSSot. Origins of Violence at Work. Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. 2002.

35. M Yağbasan FÇ. Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. . Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;15:609-29.

36. Aydın M. Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve şiddet Algısı. In: Başkanlığı TI-BTO-s, editor. Isparta2008.

37. Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art [Internet]. 2002.

38. E.B. Adaş OE, K. Bakır Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu In: Odası. TG-KT, editor. 2008.

39. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, . Resmi Gazete2009.

40. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ Resmi Gazete 29 Nisan 2009 [

41. TTB, Sağlık Bakanlığı'ndan Beyaz Kod verilerini istedi. 2019.

42. Kadın hastalıkları ve doğum hekimine karşı şiddet. [Internet]. 213.

43. MN İlhan SÖ, ZÖ Kurtcebe, FN Aksakal Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;28,(3).

44. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. J Emerg Med. 2005;28:361-5.

45. American Medical Association Young Physicians Section:Violence in the Medical Workplace: Prevention Strategies. Chicago, III: AMA, 1995 [

46. Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. BMJ. 2000;320(7247):1447-8.

47. LaMar WJ, Gerberich SG, Lohman WH, Zaidman B. Work-related physical assault. J Occup Environ Med. 1998;40(4):317-24.

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

49. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. BMJ. 2002;324(7342):878-9.

50. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. West J Med. 1997;167(2):74-8.

51. Y Açık SD, G Güneş, G Gülbayrak ,Ş Dabak,G Saka G. Türkiye'de Tıp Fakültelerinde Uzmanlık Eğitimi Almakta Olan Hekimlerin Sözel, Fiziksel ve Cinsel Şiddete Maruz Kalma Sıklığı. IXHalk Sağlığı Kongre Bildiri Özetleri Kitabı. 2005;185:415.

52. EB Adaş OE, K Bakır Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını. 2008.

53. LM Cantera GC, JM Blanch Violence in the workplace: the case of healthcare professionals. . Papeles del Psicólogo 2008;29(1):49-58.

54. A C. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI VE ŞİDDETE UĞRAYAN HEKİMLERİN VERDİĞİ TEPKİLERİN BELİRLENMESİ. In: KLİNİĞİ AEVAHAH, editor. 2013.

55. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu 2013 [

56. Ö. D. Analysis of Violence in Health News: An Examination on Newspaper Repor. Erciyes İletişim Dergisi "akademia". 2017;5(1):400-10.

57. Takak S.Ö. AAB. Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;1:103-16.

58. Erten R. ÖS, Dağdeviren HN. Evaluation of exposure to violence against doctors in health care facilities. Türk Aile Hek Derg. 2019;23(2):52-63.

59. Polat Ö. ÇM. Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2019;15:393-8.

EKLER

Ek-1. Çalışmada Kullandığımız Anket Formu

ANKARA ŞEHİR HASTANESİNDE KLİNİK BRANŞLARDA ÇALIŞAN DOKTORLARIN, ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARININ VE ŞİDDETE KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket Çalışması

Bu anket Ankara Şehir Hastanesinde çalışan hekimlerin sağlıkta şiddet nedenleri ve şiddete karşı çözüm önerileri hakkındaki fikirlerini almak için yapılmaktadır. Kişisel veriler herhangi bir şekilde kullanılmayacak veya üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır.

1. Kaç yaşındasınız? (.....)

2. Cinsiyetiniz nedir?
   a)Kadın b) Erkek

3. Uzmanlık durumunuz nedir?
   a) Pratisyen b)Asistan c) Uzman
   d) Dr. Öğr. Üyesi e) Doçent f) Profesör

4. Branşınız nedir? (.....)

5. Aktif çalışma süreniz kaç yıldır? (.....)

6. Günlük yaklaşık kaç hasta görüyorsunuz?
   a)10'dan az b)10-50 arası c) 50 den fazla

7. Hasta veya hasta yakınları tarafından hiç fiziksel veya sözel şiddete uğradınız mı?
   a) Evet b) Hayır

   Cevabınız b ise 22. soruya geçiniz.

8. Kaç kere şiddete maruz kaldınız?
   a)1 b) 2-4 c)5-10 d)>10

9. Ne tür şiddete maruz kaldınız?
   a)Fiziksel b) Sözel c) Sözel +fiziksel

10. Kim tarafından şiddete maruz kaldınız?

a)Hasta b) Hasta yakını c) Hasta ve hasta yakını

d)Diğer ↔..... ( )

11. Şiddeti uygulayanın cinsiyeti nedir?

a)Kadın b) Erkek c) Kadın+Erkek

12. Şiddete maruz kalınan yer neresiydi? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Acil servis
b) Poliklinik
c) Yataklı servis
d) Laboratuvar
e) Koridor
f) Ameliyathane
g) Yoğun bakım
h) Hastane bahçesi
i) Kendi odam
j) Bekleme salonu
k) Diğer ↔..... ( )

13. Şiddete maruz kalınan zaman dilimi hangisidir?

a) Mesai b) Nöbet c)Nöbet+Mesai

d) Diğer ↔..... ( )

14. Sizce şiddetin nedeni neydi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Beklemeye tahammülsüzlük
b) Tedaviden memnuniyetsizlik
c) İstediği ilacı yazdıramama
d) Rapor alamama
e) İhmal edildiğini düşünme
f) Kötü haber alma
g) İletişimle ilgili problemler
h) Kurum yetersizlikleri
i) Şiddete başvuran kişinin psikiyatrik probleminin olması
j) İlaç veya madde etkisinde olma
k) Diğer ↔..... ( )

15. Şiddete uğradıktan sonra şikayette bulundunuz mu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Hayır bulunmadım.
b) Güvenlik çağırdım.
c) İdareye bildirdim
d) Karakola şikayette bulundum
e) Beyaz kod verdim
f) Diğer ↔..... ( )

16. Şikayette bulunmadıysanız sebebi nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
    a) Yasal süreçle uğraşmak istemedim.
    b) Karşı tarafın bana zara vermesinden çekindim.
    c) Sonuç alacağıma inanmadım.
    d) Bu durumun mesleğimin bir parçası olduğunu düşündüm.
    e) Diğer ↔ ..... ( )

Şikayette bulunmadıysanız ise 19. soruya geçiniz

17. Şikayetiniz sonucu nasıl oldu ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
    a) Mahkemeye taşındı
    b) Sonuç alınamadı
    c) Güvenlik marifetiyle saldırgan uzaklaştırıldı
    d) Özür diledi
    e) Hasta taburcu edildi
    f) Hiçbir şey yapılmadı
    g) Diğer ↔ ..... ( )

18. Sizce kurum amirlikleri üzerine düşen görevi yaptı mı?
    a) Evet b) Hayır c)Fikrim yok

19. Mahkemenin verdiği karar beklentilerinizle uyumlu muydu?
    a) Evet b)Hayır c)Fikrim yok

20. Şiddetin sizdeki etkisi nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
    a) Şaşkınlık
    b) Kızgınlık
    c) Çaresizlik
    d) Kırgınlık
    e) Korku
    f) Tükenmişlik
    g) Güven kaybı
    h) Diğer ↔ ..... ( )

21. Şiddetin çalışmanıza etkisi nedir?
    a) Çalışma isteğim azaldı
    b) İstifa etmeyi düşündüm
    c) Çalışmamı etkilemedi
    d) Diğer ↔ ..... ( )

22. Sizce sağlıkta şiddette artışın sebebi ne olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Sağlık sektöründe uygulanan politikalar
b) Olaylara medyanın etkisi
c) Sağlık kuruluşlarının aldığı önlemlerin yetersizliği
d) Hastaların eğitimsizliği
e) Sağlıkta şiddete karşı uygulanan cezaların yetersiz oluşu
f) Diğer ↔..... ( )

23. Sizce hekime şiddetin azaltılması için ne yapılmalı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Hukuki önlemlerin alınması
b) Sağlık bakanlığının sağlıkta şiddeti önlemek ile ilgili çalışmalar yapması
c) Basının sağlıkta şiddeti özendirecek haberler yapmaması
d) Yardımcı personel sayısının artması
e) Poliklinik şartlarının düzeltilmesi
f) Güvenlik tedbirlerinin artırılması
g) Kamu spotlarının konulması
h) Diğer ↔..... ( )

24. Şiddet nedeni ile bu mesleği bırakmayı düşündünüz mü?

a) Evet b) Hayır c)Fikrim yok

25. Her şeye en baştan başlama şansınız olsaydı şiddet nedeniyle doktor olmamayı tercih eder miydiniz?

a) Evet b) Hayır c)Fikrim yok

26. Mevcut şartlarda tekrar doktor olmayı tercih etseydiniz branş değiştirmeyi düşünür müydünüz?

a) Evet b) Hayır c)Fikrim yok

27. Cevabınız evet ise hangi branşı düşünürdünüz?

a) Dahili dallar .....(Belirtiniz)
b) Cerrahi dallar .....(Belirtiniz)
c) Temel bilimler.....(Belirtiniz)

28. Şiddet konusunun ele alınmasından memnun musunuz?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

ANKETE KATILDIĞINIZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİZ. ŞİDDETSİZ ÇALIŞMA KOŞULLARI DİLERİZ.