



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GAZİANTEP-KİLİS TABİP ODASI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET RAPORU-I



Dr. Emin Baki Adaş

Dr. Osman Elbek

Dr. Kemal Bakır

NİSAN 2008

HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDET VE HEKİMLERİN ŞİDDET ALGISI

Uyarı: Raporda sunulan verilerin bir kısmı veya tümü yazarların ve Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın izni olmadan çoğaltılamaz. Rapor, akademik amaçlı çalışmalarda atıf yapılarak kullanılabilir.

Atıf:

Adaş, E. B., Elbek, O., Bakır, K. 2008. *Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı*. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.

TEŞEKKÜR

Her çalışma kolektif bir emeğin ürünüdür. Bu çalışmanın da gerçekleşmesinde emeği geçen;

Dr. Hamza AĞCA (Gaziantep-Kilis Tabipler Odası Genel Sekreteri)

Dr. Kenan TİŞKAYA (Gaziantep-Kilis Tabipler Odası Saymanı)

Dr. Gönül ÇAKMAK (Gaziantep-Kilis Tabipler Odası Yönetim Kurulu Üyesi)

Dr. İsmet ELMAS (Gaziantep-Kilis Tabipler Odası Yönetim Kurulu Üyesi)

Dr. A. Dünder YILDIZ (Gaziantep-Kilis Tabipler Odası Yönetim Kurulu Üyesi)

Dr. Aysun SEMİZ (25 Aralık Devlet Hastanesi Hekimi)

Dr. Neriman AYDIN (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Dr. Mehmet İYİGÜN (Adil Özberk Sağlık Ocağı Hekimi)

Dr. Bülent Since (Çıksorut Sağlık Ocağı Hekimi)

Dr. İbrahim YERAL (25 Aralık Devlet Hastanesi Hekimi)

Dr. Sermet Mentеш (Çözüm KBB Dal Merkezi Hekimi)

Dr. Özgür DAĞLI (Kilis Devlet Hastanesi Hekimi)

Dr. Ercan Genco (Ünaldı Sağlık Ocağı Hekimi)

Dr. Hüseyin Meşe (Nizip Devlet Hastanesi Hekimi)

Dr. Deniz Cilasun (Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Hekimi)

Olca ŞAHİN (Gaziantep-Kilis Tabip Odası Sekreteri)

Metin KAPLAN (Gaziantep-Kilis Tabip Odası Sekreteri)'a başta olmak üzere, çalışmaya katkı sunan tüm dostlarımıza içtenlikle teşekkürlerimizi sunuyoruz.

ÖNSÖZ

Sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri, özellikle son dönemlerde uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı sonrasında doruğa çıkmış görünmektedir. “Görünmektedir” dememin nedeni, konu hakkında dünyada çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte, ülkemiz özelinde oldukça az sayıda çalışma olmasındandır. Ancak üzülererek ifade etmek gerekir ki, az sayıda çalışmaya karşılık, konu hakkında her kesimde çok sayıda yorum ve bilimsel temele dayanmayan raporlar mevcuttur.

Son iki yılda saldırıya uğrayarak ölen ya da yaralanan doktorların sayısının artması ve üniversite hastaneleri gibi daha önce oldukça seyrek olarak görülen kimi yerlerde de sağlık çalışanlarına yönelik eylemlerin olması nedeniyle, Gaziantep-Kilis Tabip Odası olarak sağlıkta şiddet konusunda bir çalışma yapmak üzere yaklaşık üç ay önce kolları sıvadık. Tabii ki yolumuzun üstünde pek çok diken olduğunu tahmin ediyorduk. Ancak bugün ifade etmek zorundayım ki, bu kadar diken olduğunu da tahmin etmiyorduk. Çünkü yaptığımız işin bilimsel olduğunu ve en azından hekim ve hasta yararına olduğunu görüyorduk. Bu gerçeğin herkes tarafından da görüleceğini umut ediyorduk. Fakat söz konusu çalışma sırasında iki kamu hastanesinde ve bir özel hastanede sorunlarla karşılaştık. Bir kamu hastanesi dışında oldukça zorlanarak sorunları çözmeyi başardık. Bu çalışma sayesinde Türkiye’de hükümet dışı sivil örgütlenmelerin ne kadar meşakkatli bir yolda yürüdüğünü de bir kez daha hep birlikte idrak ettik. “Hep birlikte” diyorum, çünkü bu sorunları çözerken yönetim kurulu üyesi olan ve resmi olarak yönetim kurulunda bulunmasa da dört yıl boyunca en az yönetim kurulundaki arkadaşlarım kadar Gaziantep-Kilis Tabip Odasına destek sunan arkadaşlarımızla birlikteydik.

Bilime inanan ve kanıta dayalı çalışmalara önem veren Gaziantep-Kilis Tabip Odası, Gaziantep Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Emin Baki Adaş ile birlikte sağlıkta şiddet konusunu araştırmak amacıyla hekimlere yönelik bir anket planlayarak elinizdeki raporu oluşturmayı amaçladı.

Hekimlere uygulanan anketlerin değerlendirilmesi ise Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakóltesi Göęüs Hastalıkları Öğretim Üyesi Dr. Osman Elbek ile Gaziantep Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Emin Baki Adaş tarafından yapıldı.

Şiddetin her türüne karşı çıkan Gaziantep-Kilis Tabip Odası, yakın zaman önce şiddetin sağlık üzerine etkisini tartışmak amacıyla düzenlediği panelde de kimden ve nereden gelirse gelsin şiddetin her biçimine karşı durduğunun altını çizmiştir. Çünkü yaşamı savunan hekimler olarak her zaman şiddete karşı mücadele etmenin öncelikle insani ve mesleki bir görev olduğuna inanıyoruz. Bir insan ve bir hekim olarak, varlık üretmeden varlık tüketemeyeceğimiz gibi, mutluluk üretmeden de mutluluk tüketemeyeceğimizi biliyoruz. Her sonuçlanan iş, yaşama dair bir şeyler yaptığımız için, yani bu uzun ve dikenli yola bir virgöl koyabildiğimiz için bizleri mutlu etmektedir.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kemal BAKIR
GKTO Yönetim Kurulu Başkanı

İÇİNDEKİLER

Giriş

- Hekim Hikayeleri
- Küresel Bir Sorun
- İlişkili Faktörler
- Şiddetin Dayanılmaz Cazibesi
- Tükenmenin Var Ettiği Şiddet

Çalışmanın Yöntemi ve Veriler

Çalışmanın Bulguları

- Cinsiyet, Yaş ve Coğrafik Dağılım
- Kurum ve Uzmanlık Alanına İlişkin Bilgiler
- Çalışma Hayatı ve Çalışma Koşulları

Şiddetin Niteliği, Boyutu ve Şiddet Algısı

- Toplumda Şiddetin Artışı ve Nedenleri
- Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Boyutu ve Niteliği
- Şiddete Başvuran Kişilerin Kimliği
- Sağlık Kurumlarının Güvenlik Açısından Değerlendirilmesi

Sonuç

Öneriler

Kaynakça

Ek

GİRİŞ

Hekim Hikayeleri:

2002 Mayıs'ında başvuran bir kişiye silah taşıma ve kullanma ruhsatını uygun görmeyen Dr. K.U, söz konusu şahıs tarafından önce tehdit edilir, ardından muayenehanesinde kimliği belirsiz kişilerin sopalı saldırısına uğrar.

2002 Temmuz'unda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gelişme geriliği tanısı ile izlenen hastanın dayısı, yeğenindeki gelişme geriliğini on ay önce doğum sırasındaki yanlış uygulamaya bağlı olabileceğinden dolayı doğum eylemini gerçekleştiren Dr. K.K'ye silahlı saldırıda bulunur.

Dr. E.G, 2002 Ağustos'unda eşi tarafından bıçaklanan hastaya müdahale gittiği bir ortamda hasta yakınlarının saldırısına uğrar.

2004 Ağustos'unda Hakkari'nin bir ilçesinde hizmet yapan Dr. H.D, onbeş gün rapor alacak ciddiyette kaymakam tarafından darp edilir.

2005 Kasım'ında hasta yakınlarının silahlı saldırısına maruz kalan Dr. G.K hayatını kaybeder.

2005 Aralık'ında durumu kritik bir hastayı hastaneye yatırabilmek için bir başka hastanın odasının değiştirilmesini isteyen Dr. S.B, hasta yakınları tarafından fiziki saldırıya uğrar.

2005 Aralık'ında nöbetçi olduğu bir hastanede tüm müdahaleye rağmen hastasını kurtaramayan Dr. M.M, hasta yakınları tarafından dövülür.

Dr. H.G, 2006 Mayıs'ında odasına reçete yazdıracağını söyleyerek giren kişilerin saldırısına uğrar ve burun kemiği iki yerden kırılır.

2007 Mart'ında kimliği belirsiz kişilerin saldırısına uğrayan Dr. M.S.A, kafa travması tanısı ile gözlem altına alınır.

Dr. N.Y, 2007 Aralık'ında İstanbul'da kendi hastanesinde görevli sırada olduğu bir anda silahlı saldırıya uğrar ve hayati tehlike nedeniyle yoğun bakıma kaldırılır.

2008 Ocak'ında hasta yakınlarının saldırısına uğrayan Dr. A.M hayatını kaybeder.

Dr. U.S, Dr. S.A, Dr. M.A, Dr. M.D, Dr. Y.T, Dr. N.T, Dr. E.Ö, Dr. H.K, Dr. B.G, Dr. İ.T, Dr. R.H, Dr. İ.U, ve Dr. S.V, Dr. F.U, Dr. E.U Çanakkale'de, Zonguldak'ta, Hatay'da, Manisa'da, Mardin'de, Ankara'da ve Gaziantep'te çeşitli gerekçelerle hasta ve hasta yakınlarının sözlü ya da fiziki saldırılarına maruz kalırlar...

Küresel Bir Sorun:

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti *“Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi”* olarak tanımlamaktadır (1). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ise, *“belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik olayı”* iş kazası olarak tanımlamaktadır (2). İşyerinde yaşanan şiddet olayları iş kazası kapsamında değerlendirilmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı’nın 2002 verilerine göre 295188 sağlık çalışanı bulunmaktadır (3). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında gerçekçi ve güvenilir resmi bir veri yoktur. Ancak konu hakkındaki ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin hem ulusal, hem de küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda da artış gösterdiği anlaşılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü gruplarına göre 16 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (4). Finlandiya’da yapılan bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin, hapisane gardiyanları ve polislerin ardından en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır (5). Benzer biçimde acil servis çalışanlarının da sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan grup olduğu dikkati çekmektedir (6).

Sağlık çalışanlarının işyerinde maruz kaldıkları şiddet fizik, psikolojik (emosyonel), taciz ve tehdit biçimleri şeklinde sınıflandırılabilir (3) Başka bir sınıflama ise işyerindeki şiddeti dört alt başlık altında kategorize etmiştir (7):

- Tip I : Suça niyet ederek şiddete başvurma
- Tip II : Tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet
- Tip III : Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet
- Tip IV : Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet

Sağlık çalışanlarının yukarıda tanımlanan dört tip şiddet biçimine de maruz kalabilme olasılığı varsa da ikinci tip şiddet biçimi en sık karşılaştıkları şekildedir. Konu hakkında bugüne kadar yapılmış çalışma sonuçları Tablo.1 ve 2’de özetlenmiştir.

TABLO 1: Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelen Şiddeti Araştıran Çalışmalar (8-19)

ARAŞTRMACILAR	YIL / YER	ÇALIŞMA GRUBU	SONUÇLAR	REFERANS
Ölmezoğlu ZB, ve ark.	1999 / İzmir	112 Çalışanları	Şiddet endişesi yaşayanların oranı %81,0. Çalışanların %67,6’sı sözlü tacize; %48,6’sı sözlü tehdide ve %16,8’i fiziki saldırıya maruz kalmış.	8
Öztunç G.	1999 / Adana	Hemşire	Sözel taciz %68,5; sözel korkutma %47,9; fiziksel saldırı %16,0; sözel cinsel taciz %10,5.	9
Ergör A, ve ark.	2001 / İzmir	Sağlık Çalışanları	Sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma %58,7.	10
Piyal B, et al.	2002 / Ankara	112 Çalışanları	Şiddet korkusu %73,0; taciz %55,8; sözel baskı %36,4; fiziksel saldırı %4.	11
Ayrancı U.	2002 / Ankara, Eskişehir, Kütahya	Acil Servis	Şiddete maruz kalma %72,3 (sözel şiddet %69,5; tehdit %53,2; fiziksel şiddet %8,5).	12
Ayrancı Ü, ve ark.	2002 / Ankara, Eskişehir, Kütahya	Sağlık Çalışanları	Şiddete maruz kalma Kütahya’da %74,5, Ankara’da %58,0, Eskişehir’de %46,6.	13
Alçelik A, ve ark.	2003 / Düzce	Hemşire	Şiddete maruz kalma %60,3 (sözel şiddet %92,2).	14
Avşar F, ve ark.	2003 / Ankara	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimleri	Şiddete maruz kalma %80 (sözel şiddet %89; tehdit %43; fiziksel saldırıya kalkışma %21; fiziksel saldırınının gerçekleşmesi %7,8; aletle yaralanma %1,1).	15
Boz B, et al.	2003 / Denizli	Acil Servis	Sözel ve fiziksel şiddete tanık olma oranları sırasıyla %88,6 ve %49,4.	16
Çalışkan M, ve ark.	2004 / Düzce	Araştırma Görevlileri	Şiddete maruz kalma oranı %58,3 (bunların %65,7’si sözel). Şiddetin en sık uygulandığı mekan acil (%53,1); en sık şiddet uygulayan hasta yakınları (%53,3).	3
Ağkoç S.	2005 / İstanbul	Araştırma Görevlileri	Son bir yılda şiddete maruz kalma oranı %50,7 (dahili bilimler %55,3; cerrahi bilimler %52,8; temel bilimler %16,7).	17
Yıldırım A, et al.	2005 / İstanbul	Hemşire	Mobbing oranı %86,5.	18
Aydın N, ve ark.	2006 / Gaziantep	Araştırma Görevlileri	Grubun %53,5’i sözel şiddet; %5,3’ü sözel ve fiziksel şiddet; %1,8’i fiziksel şiddete maruziyet tanımlıyor.	19

TABLO 2: Dünyada Sağlık Çalışanlarına Yönelen Şiddeti Araştıran Çalışmalar (20-31)

ARAŞTRMACILAR	YIL / YER	ÇALIŞMA GRUBU	SONUÇLAR	REFERANS
Hobbs FD.	1989 / UK	Pratisyen Hekim	Son bir yıl içerisinde kötü davranışa ya da şiddete maruz kalma oranı %62,9.	20
Fernandes CM, et al.	1999 / Kanada	112 Çalışanları	Çalışma yaşamında şiddetle karşılaşma oranı %68; şiddete/tehdide tanık olma fizik ve sözel biçime göre sırasıyla %86 ve %76.	6
Early MR, et al.	2002 / ABD	Hemşire (Acil)	Çalışmaya katılan hemşirelerin %60'ına hasta tarafından şiddet uygulanmış.	21
Quine L.	? / UK	Hekim	Genç doktorların %84'ü en az bir kez, %37'si ise son bir yıl içerisinde zorbalığa maruz kalmış.	22
Adib SM, et al.	2002 / Kuveyt	Hemşire	Son 6 ay içerisinde sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma sırasıyla %48 ve %7.	23
Hesketh KL, et al.	2003 / Kanada	Hemşire	Şiddetin kaynağı acil serviste ve psikiyatri servisinde sıklıkla hasta iken, yoğun bakımda hastane çalışanları.	24
Tolhurst H, et al.	? / Avustralya	Pratisyen Hekim	Hastalarından agresif davranış ya da saldırıya maruz kalma oranı %73 (fiziksel saldırı %37).	25
Gerberich SG, et al.	2003 / ABD	Hemşire	Şiddet hızı 13,2/100kişi/yıl.	26
Winstanley S, et al.	? / UK	Sağlık Çalışanları	Grubun %27'si saldırıya; %23'ü tehdide maruz kalmış.	27
Findorff MJ, et al.	2004 / ABD	Sağlık Çalışanları	Fiziksel olmayan şiddet %30,6; fiziksel şiddet %7,2.	28
Kowalenko T, et al.	2005 / ABD	Hekim (Acil)	Sözel şiddete maruz kalma %75; fiziksel şiddete maruz kalma %28.	29
Carmi-Iluz T, et al.	? / İsrail	Hekim	Son bir yıl içerisinde sözel ve fiziksel saldırıya maruz kalma oranları sırasıyla %56 ve %9.	30
British Medical Association	? / UK	Hekim	Grubun %47'si şiddeti işyeri için önemli bir sorun olarak tanımlıyor.	31

İlişkili Faktörler:

TABLO III: Sağlık Çalışanlarına Yönelen Şiddet İle İlişkili Faktörler

ARAŞTRMACILAR	SONUÇLAR	REFERANS
Ölmezoğlu ZB, ve ark.	Şiddete maruz kalma endişesi ile ekip uyumu ve yönetici desteği arasında negatif, eğitim düzeyi ve hasta sayısı ile pozitif; sözlü tacize uğrama ile yönetici desteği arasında negatif, eğitim düzeyi ve hasta sayısı arasında pozitif; sözlü tehdit ile eğitim ve hasta sayısı arasında pozitif; fiziksel saldırı ile hasta sayısı arasında pozitif korelasyon mevcut.	8
Öztunç G.	Sözel ve fiziksel şiddet olayları en çok çalışma saatleri içerisinde yaşanmakta. Sözel tacizler sıklıkla hasta yakınları tarafından; sözel cinsel taciz ve saldırılar ise hastalar tarafından gerçekleşmekte.	9
Ergör A, ve ark.	Doktorlar diğer sağlık çalışanlara kıyasla daha çok sözel şiddete maruz kalmakta.	10
Piyal B, et al.	Verbal ve fiziksel taciz kadınlarda ve ekip uyumu kötü olanlarda; şiddet korkusu ise yönetici desteği kötü olanlarda ve mobil hizmet birimlerinde çalışanlarda daha sık saptanmakta.	11
Ayrancı U.	Birinci basamak sağlık kurumlarında ve devlet hastanelerinde çalışanlar anlamlı oranda daha fazla şiddete maruz kalmakta.	12
Ayrancı Ü, ve ark.	39 ve altı yaş grubuna dahil olanlar, pratisyen hekimler ve hemşirelerin; birinci basamak sağlık kurumlarında ve devlet hastanesinde çalışanların şiddete maruz kalma oranı anlamlı oranda daha yüksek.	13
Avşar F, ve ark.	Devlet ve SSK hastanelerinde çalışanların şiddete maruz kalma oranı üniversite hastanesine göre daha yüksek. Ahlaki yetersizlik, medya etkisi ve hekime güvensizliğin hasta ve hasta yakınlarının hataları ile; yardımcı ekip eksikliği, hekim yorgunluğu ve hastaya ayrılacak yeterli zaman yokluğu hekim kaynaklı hatalar ile ilişkilendirilmekte.	15
Boz B, et al.	İlaç alımı ve alkol kullanımı şiddetin en sık (%31,4), uzun hasta bekleyişi ise ikinci sık (%24,7) neden olarak tanımlanmakta.	16
Ağkoç S.	Dahiliye ve cerrahi bilimlerde çalışan araştırma görevlilerinin temel birimlerde çalışan meslektaşlarına kıyasla şiddete maruz kalma oranı anlamlı oranda daha yüksek.	17
Hobbs FD.	Cerrahi bilimlerde çalışma şiddete maruz kalma ile; erkek cinsiyet, alkol kullanımı, anksiyete, psikiyatrik hastalıklar ve uzun bekleme süresi şiddet uygulama ile anlamlı oranda pozitif korele.	20
Quine L.	Siyah ve Asya etnik kökene sahip doktorların zorba davranışlara maruz kalma olasılığı diğer meslektaşlarına kıyasla daha fazla.	22
Tolhurst H, et al.	Sözel ve fiziksel şiddet erkek cinsiyetle, cinsel taciz ise kadın cinsiyetle pozitif korele. Sözel, fiziki ve cinsel şiddet çalışma saatlerinde daha sık. İlaç alımı, alkol kullanımı ve psikiyatrik hastalık saldırganlık ile pozitif korele.	25
Winstanley S, et al.	Dahili bilimlerde çalışma ve hemşirelik fiziksel saldırı ile; acil serviste çalışma ve hemşirelik hasta kaynaklı tehdit ile; acil serviste çalışma, kıdemli hemşirelik ve hekimlik ziyaretçilerden kaynaklı tehdit ile; acil serviste çalışma ve hemşirelik sözel saldırı ile anlamlı oranda pozitif korele.	27
Carmi-Iluz T, et al.	Hastalar birinci basamak sağlık kurumlarında yaşanan şiddet ile, hasta yakınları ise hastanelerde yaşanan şiddet ile anlamlı oranda pozitif korele. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışanlar, hastanelerde çalışan meslektaşlarına kıyasla anlamlı oranda sağlık kurumunun dışında da mesleki şiddete maruz kalmakta. Şiddet nedenleri sıklık sırasına göre uzun bekleme zamanı (%46,2), tedaviden memnuniyetsizlik (%15,4) ve hekimden hoşnutsuzluk (%10,3)'tur.	30
Wang PX, et al.	30-44 yaş grubu ve hemşirelik şiddete maruz kalma ile anlamlı oranda pozitif korele.	32
İngiltere Tabip Örgütü	Sağlık alanında yaşanan şiddeti önemli bir sorun olarak tanımlamak ile psikiyatrist, pratisyen hekim ve halk sağlığı hekimi olma arasında; işyerinde şiddet artışı ile kadın hastalıkları ve doğum hekimi, pediatrist ve halk sağlığı hekimi olma arasında; son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma ile kadın cinsiyet arasında; hasta kaynaklı şiddet ile pratisyen hekimlik arasında; hasta ailesi ve arkadaşlarından kaynaklı şiddet ile birinci basamak dışı kurumlarda çalışan hekimler arasında; ofiste şiddete maruz kalma ile pratisyen hekimlik arasında; acil serviste ve koğuştta şiddete maruz kalma ile hastanede çalışma arasında ilişki gösterilmiş. İlaç alımı, psikiyatrik, mental hastalık; uzun bekleme zamanı; önerilen tedavinin reddedilmesi; konulan tanı-tedavi planının beğenilmemesi ile şiddet nedenleri arasında ilişki mevcut.	31

Türkiye’de ve dünyada sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti araştıran çalışmalarda şiddet ile ilişkili bulunan faktörler yukarıda Tablo.3’de sunulmuştur.

Her beş çalışandan ancak birisinin mesleki riskler konusunda eğitim aldığı (10) düşünülduğünde sağlık çalışanlarının ne kadar büyük bir sorunla karşı karşıya olduğu kanaatimizce daha iyi anlaşılabilir. Ancak üzümlere ifade etmek gerekir ki, korkutucu bu tablo karşısında dahi sağlık çalışanları kendilerine yönelen bu travmada sıklıkla yalnız kalmakta, çoğunlukla olayları rapor etmemekte, rapor edilen durumlarda ise idari yapılar hemen daima hastayı taburcu ederek olayı kapatmaya çalışmaktadırlar (9). İngiltere Tabip Örgütü’nün Ocak 2008’de yayınladığı çalışmada (31); şiddete uğrayan hekimlerin %52’sinin olay sonrasında hiçbir girişimde bulunmadığı, herhangi bir girişimde bulunan hekimlerin %60’ının olayı rapor ettiği, %33’ünün polis çağırdığı görülmektedir. Öte yandan söz konusu raporda Türkiye’deki hekimler ile tezat olacak biçimde İngiltere’de görev yapan hekimlerin çoğunun, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri konusunda siyasi otoritenin “sıfır tolerans” gösterdiğini ifade ettiği görülmektedir (31).

Son yıllarda özelinde hekimlere, genelinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin sayıca artışı yanı sıra; uygulanan şiddetin dozu, biçimleri ve sonuçlarında da ciddi bir farklılaşmanın olduğu gözlemlenmektedir. Ancak söz konusu değişim trendini irdeleyen bir çalışma yoktur. Öte yandan Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları hekimlere yönelik şiddet eylemlerine kamuoyunun dikkatini çekmeye çalışmakla birlikte konu hakkında detaylı bir araştırma yapmamışlardır. Meslek örgütleri açısından yakın tarihli olarak konuyu irdelemeyi amaçlayan tek girişim Ankara Tabip Odası’nın Mart 2008’de yayınladığı “Hekimlere-Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet” raporudur (33). Söz konusu rapor, Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu’nca 7 Şubat-3 Mart 2008 tarihleri arasında 11 ayrı hastanede sağlık çalışanlarının katılımı ile gerçekleştirilen forum toplantılarında ifade edilen görüşlerin derlenmesinden oluşmaktadır. Raporda sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eyleminin nedenleri arasında sırasıyla sosyo-kültürel düzeye, medyanın rolüne, sağlık politikalarına ve hizmetlerine yönelik tepkiye, politikacı ve yöneticilerin olumsuz tutumuna, toplumsal şiddet ortamına, neoliberal politikaların hastayı müşteriye indirgeyen etkisine, acil servislerde yaşanan eksikliklere, SABİM şiddetine, içeriği boşaltılan hasta haklarına, çalışma koşullarının olumsuzluklarına ve hekimler-

sağlık çalışanlarının eksikliklerine dikkat çekilmektedir. Söz konusu rapor “Sağlık hizmetine herkes, sağlığına kavuşması-koruması-geliştirmesi için ihtiyacı olan ne ise ulaşmalıdır. Bu genel kabul gören anlayış ne yazık ki gerçek yaşamda böyle olmamakta ve hizmet almak isteyenler bir çok güçlükle karşılaşmaktadırlar. Bu güçlüklerin önemli kısmı sağlık sisteminin yapısından, izlenen neoliberal politikalarından ve/veya sosyo-ekonomik gerekçelerden kaynaklanmaktadır. Bu gerekçeler aynı zamanda hizmet sunanları yani hekimleri, hemşireleri, bütün sağlık çalışanlarını da kapsamaktadır. Kısacası herkes bu sorunların muhatabı ya da mağdurudur. Ne var ki sağlık hizmet sunumunda hekim-hemşire-sağlıkçılar bir taraf, hizmeti alanlar bir taraf gibi konumlanmakta bu da gerilim ve çatışmayı doğurmaktadır. Anlıyoruz ki politikacılar da bu konumlanışı özel olarak kullanmakta, gerçekte ilgisi olmayan beklentiler yaratarak adeta sağlıkçıları vatandaşın önüne “atmaktadırlar”. Bunun farkında olarak gündelik sağlık hizmet sunumunda karşılaşacak hasta-hekim-sağlıkçı sağlık politikalarına da, sıkıntıların çözümüne de daha fazla ve hep birlikte müdahil olma şansını bulacaktır.” cümleleri ile son bulmaktadır.

Gaziantep-Kilis Tabip Odası tarafından gerçekleştirilen bu çalışma sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin arttığı ve güvenilir saha verilerinin bulunmadığı bir ortamda, Gaziantep ve Kilis bölgesinde çalışan hekimlere yönelen şiddetin boyutunu, nedenlerini ve çözüm önerilerini saptamayı amaçlamaktadır. Çalışmayı başlatan ekibin tek isteği, günümüzün aksine özelden sağlık çalışanlarına, genelde tüm topluma yönelen şiddet eylemlerine “sıfır tolerans”ın gösterileceği bir siyasi iklimin hayata geçmesidir.

Şiddetin Dayanılmaz Cazibesi:

Ne üzücü ki Türkiye’de ve dünyada var olan sorunların çözüm yöntemi konusunda Hobbes’in “*kılıç olmaksızın sözleşmeler sözcükten başka bir anlam taşımaz*” (34) yaklaşımı genel kabul görmektedir. Ulusal ve uluslararası her sorun empati, diyalog ve ortak akıl çerçevesinde ulaşılan bir toplumsal sözleşme çerçevesinde değil, kılıçların gölgesinde “çözülmemektedir”. Meşrutiyetini haklılıktan değil de güçten alan; uzlaşmaya, empatiye, ötekini dinlemeye kapılarını kapatarak, zaman kaybetmeden sonuca ulaşan şiddet, yarattığı bu dayanılmaz cazibesi ile bireyleri ve toplumları tutsak almaktadır.

Etimolojik yönden Arapça kökene dayanan şiddet sözcüğü “*sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet*” anlamında kullanılmaktadır (35). Fransızca’da şiddet kelimesinin karşılığı olan *violence*, aslen “*sert ya da acımasız kişilik, güç*” anlamına karşılık gelen Latince *violentia* kelimesine dayanır. Latince’de şiddet kullanarak hareket etmek anlamına gelen *violare* kelimesinin kökeni olan “*vis*” güç, erk ve bedensel gücü simgelemektedir (35). Şiddet sorunu etimolojik yönden irdelendiğinde, insanlığın, güç ve erkle hesaplaşmayan bir “uygar”lığın kurbanı olduğu öne sürülebilir.

Küresel rüzgarların etkisiyle zenginlik ile yoksulluğun arasındaki uçurumun hızla açıldığı bir dünyada açlığın, işsizliğin, güvence yoksunluğunun da bir “*ekonomik şiddet*” olarak mevcut tabloya dahil olduğu unutulmamalıdır. Dahası günümüzün “uygar” iktidarı zaman içerisinde, “*insan bedenine bir makine olarak yaklaşan*”, gerektiğinde “suçlu”nun yaşama hakkını ortadan kaldıran “*disiplinci bir iktidar*” yapılanmasından; yaşamın kendisini hükmetme alanı olarak seçen ve “suçlu”yu “*itaatkar ve üretken*” hale getiren bir yapıya dönüşmüştür (36). Hiç kuşkusuz ki şiddet biçimleri de iktidarın bu değişimine uyum sağlayarak, gözden irak bir noktada tecrit ve çıplak şiddetten ziyade yeniden modernize olarak gündelik yaşamın içerisine taşınmıştır. Televizyon ve sinema modernize olan bu şiddeti bireylerin gündelik yaşamına taşıyan en önemli unsurlardır. Hızlı ve yoğun çalışma saatlerinde tükenen insanlar, çalışma saatlerinde biriktirdikleri öfkelerini televizyon ve sinemada boşaltmaktadırlar. Filmlerde ve dizilerde özdeşleşilen kahramanlar sayesinde hayatlarında kendilerine yönelik yapılan haksızlıkların cezası kesilmekte ve “*gündelik öfkelerin somutlaştığı kötü adamlar, hainler, yalancılar, ikiyüzlüler ve kanunsuzlar*”a

işkence edilmektedir (37). Artık görülmelidir ki üçüncü bin yılın dünyasında tüm aksi söylemlere rağmen şiddet meşrudur. Bu meşruiyet nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri'nde bir çocuk ilkokulu bitirinceye kadar yaklaşık 8000 kişinin öldürüldüğünü görmekte (37), Türkiye'de tirajı en yüksek olan bir gazetede şiddet haberi yayınlanmayan ayda sadece iki gün bulunmaktadır (38). Bu bilgiler ışığında Türkiye Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu tarafından yapılan çalışmada medyada yer alan şiddet olaylarının %19,3'ünde şiddetin olağan, %8,1'inde haklı gösterildiği (39); şiddet olaylarının beşte birisinde silahın kullanıldığı bilenen Türkiye'de halen üçte ikisi ruhsatsız olmak üzere sekiz milyon civarında silah olduğunun altı özenle çizilmelidir (38).

Şiddetin var olabilmesi için yukarıda tanımlanan toplumsal etkiler kadar bireysel katkılar da gereklidir. Birey veya grupların engellenmesinin yarattığı çaresizlik duygusu tüm şiddet biçimlerinde gözlenen ortak özelliktir. Birey her zaman toplumsal yapı içerisinde kendisine olumlu özellikler isnat edilmesini arzular. Psikolojide "*benliğin narsistik emelleri*" olarak tanımlanan bu ideallerin gerçekleşebileceğine olan inanç benliğin özsaygısını korur. Eğer bu narsistik arzuların, sosyal, kültürel, sınıfsal, cinsel, dinsel, etnik vb. kimi engeller tarafından gerçekleşmesi önlenirse, bireyin içgüdülerinden değil onun narsistik egosundan köken alan şiddet davranışları sergilenir. Bu nedenledir ki bireyin sergilediği şiddet, onun hayvani doğasından değil aksine insani kökeninden kaynak almaktadır (40). Hiç kuşku yoktur ki narsistik emellerin önüne çıkan engeller aynı zamanda insanın kültürünü de var etmektedir. Ancak şiddetin bu kaynaklarının olumlu kültürel çıktılara neden olması; toplumun şiddete bakış açısı, onun demokratik gelişmişliği ve bireyin kendisini ifade edebileceği alanların yetkinliği ile yakından ilişkilidir (40). Bu nedenle hemen tüm şiddet pratiklerinin yaygın olarak yaşandığı Türkiye'de, demokrasi kültürünün yetkinleşmediği bir ortamda barıştan yana bir toplumsal iklimin yeşeremeyeceği açıklıkla görülmelidir.

Tükenmenin Var Ettiği Şiddet:

İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından kullanılan *tükenme (burnout)* kavramı 1976 yılında Maslach tarafından “*kişinin özgül anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla gerçekten ilgilenemiyor olması*” olarak tanımlanmıştır (41). Halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, takatsizlik, özgüven ve coşkunun azalması/yitimi ile karakterize “duygusal tükenme”; hizmet sunduğu kişilere karşı olumsuz davranışlarla karakterize “duyarsızlaşma” ve iş gereği karşılaşılan insanlarla ilişkilerdeki yetersizlik duygusunda artış ile karakterize “bireysel becerilerde azalma” tükenmişliğin yapısını oluşturmaktadır (41).

Maslach tarafından “*hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı ve insancıl olmayan tarzda yanıt*” olarak tanımlanan tükenme, işten memnun olma düzeyi, iş doyumunu, iş heyecanı, işin önemi, iş-aile çatışması, iş değiştirme isteği, iş-yetenek uyumu, iş yükü, görev tanımı, ekonomik getiri ve sosyal destek arasında ilişkili mevcuttur (41). Yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiya biçimli çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizlikler, kamu hastanelerinde çalışma, tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamında otonominin kısıtlı olmasına yol açan mesleki kıdemsizlik, eğitim sırasında kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamama, akademik ve personel hiyerarşi piramidinde araştırma görevlisi, pratisyen hekim, tıp fakültesi öğrencisi gibi alt basamaklarda bulunma ve personelin dengesiz dağılımı sağlık çalışanlarında iş stresini arttıran ve tükenişe sürükleyen başlıca etmenlerdir (41-45).

Son günlerde hekimleri giderek daha fazla etkilemeye başlasa da, onlarca yıldır hekimler dışındaki sağlık çalışanlarını pençesine alan işsizlik, eksik istihdam, uzun ve esnek çalışma saatleri, gelecek belirsizliği, düşük ücret, güvencesiz istihdam, taşeron çalışma, düşük sosyal destek, işin anlamını yitirmesi, çalışanların birbiri ile rekabete sokulması, örgütsüzlük, sendikasızlık vb. etmenler çalışanın yaptığı işe yabancılaşmasını ve tükenmenin alt yapısını hazırlayan diğer temel taşlardır (46-49). İşte böylesi bir ortamda Sennett’in “karakter aşınması”nda yanıtlamaya çalıştığı, yeni ekonomik düzenin büyüğü sözcüğü olan değişimin insanlara nasıl yansıdığı, kısa vadeye endeksli bir ekonomide kişisel kalıcı değer ve hedeflerin nasıl kazanılacağı ve her an parçalanmış veya sürekli yeniden yapılanan kurumlarda, kişinin kendi

kimliğini ve yaşam öyküsünü nasıl oluşturabileceği soruları hepimiz açısından hayati öneme haizdir.

Sennett “karakter aşınması”nda günümüzün geçerli tek değer hızla kâr olduğunu belirtmektedir. Bu amaç için çalışanlardan, sürekli kendisini yenilemesi, seyyar olması, risk alması, rekabet becerisini geliştirerek yırtıcı bir karakter edinmesi ve paradoksal olarak takım çalışmasında uyumlu olması talep edilmektedir. Çalışanlar penceresinden ise bu esnekleşme süreci *“yaşam boyu iş güvencesinin yok olması; istikrarlı işlerin yerini geçici projelere bırakması ve bir işten diğerine, dünden yarına sürüklenen yaşam parçacıklarından beslenen, rekabetin körüklediği ‘güvensizlik’ ve ‘kayıtsızlık’ duygusu”* anlamına gelmektedir. Oysa Sennett’e göre *“insan karakteri, duygusal deneyimlerimizin uzun vadeli olması ve başkalarıyla girdiğimiz ilişkilere yüklediğimiz etik değerler üzerinden gelişir. Karakter, içsel bütünlük, ilişkilerde karşılıklı bağlılık ve uzun vadeli bir hedef için çaba harcamak biçiminde kendini gösterir”*. Halbuki yeni ekonomik düzen hızlı kâra ulaşmak için güvenmeyi, bağlanmayı ve uzun vadeli planlar yapmayı kârlı bulmamakta, reddetmektedir (49).

Senett’in uyarıları ışığında her geçen gün para kazanmayı tek amaç, sağlık çalışanını harcama kalemi olarak tanımlayan bir sağlık ortamına evrildiğimiz bugünlerde tükenmemek, insani özelliklerimizi aşındırmamak için çaba sarf etmek zorunda değil miyiz? Aksi takdirde depresyon, anksiyete, çaresizlik, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk, işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme, işi tamamen bırakma gibi tükenmişliğe ya da daha kötüsü duyarsızlık ve dehumanize bir karaktere ulaşmak içten bile değildir (41, 42).

Hem hekimlerin hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal psikoloji, karşılıklı tahammülsüzlüğü, empati ve tolerans yitimine neden olmakta ve gündelik hayatta varolmak için bencilce rekabeti “olumlu” bir değer olarak kodlamaktadır. Böylesi bir ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi kaçınılmazdır.

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ VE VERİLER

Bu çalışma, Gaziantep-Kilis Tabipler Odası'na (GKTO) üye hekimlere uygulanan anketten elde edilen verilere dayanmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hekimler, İstatistik test ve genellemeye uygunluğu açısından basit rasgele örneklem (simple random sampling) tekniği ile belirlenmiştir. GKTO'dan elde edilen üye kayıt listesinden hareketle (N= 1338), toplam üye sayısının yaklaşık % 18'ine tekabül eden 233 kişi rasgele belirlenmiş¹ ve bu üyelerin büyük bir çoğunluğuna soru formları elden teslim edilmiştir. Hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle ve sorulara daha nesnel yanıt alabilmek için yüz yüze görüşme tercih edilmemiştir. Yaygın eksik bilgi ve kodlama hatası içerdiği için iptal edilen 3 anket, örnekleme yer aldığı halde bazı nedenlerden dolayı kendilerine ulaşılamayan ve soru formlarını iletmeyen kişilerin tümünü hesaba kattığımızda, soru formlarının geri dönüş oranı (return rate) % 89,6'dır. Benzeri çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu oranın oldukça yüksek ve başarılı bir oran olduğu kaydedilmelidir².

TABLO 4. ÇALIŞMANIN EVRENİ, ÖREKLEMİ VE GERİ DÖNÜŞ ORANLARI ARASINDA KARŞILAŞTIRMA

	GKTO KAYITLI ÜYELER		ÖRNEKLEM İÇİNDEKİ PAY		GERİ DÖNÜŞ ORANI (RETURN RATE)	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
GAZİANTEP MERKEZ	1202	90	212	91,0	196	92
GAZİANTEP TAŞRA	98	7,3	16	6,9	8	50
KİLİS MERKEZ	37	2,7	5	2,1	5	100
TOPLAM	1338	100	233	100	209	89,6

Ancak, örneklem içerisinde temsili bir ağırlığa sahip olmakla birlikte, geri dönüş oranı açısından en düşük katılım Nizip, İslahiye, Araban, Yavuzeli gibi Gaziantep ilinin taşra ilçelerinde görev yapan hekimler olmuştur. GKTO'nun verilerine göre, taşra ilçelerinde görev yapan hekimlerin, tüm kayıtlı üyelere oranı %7,5 civarındadır. Randomizasyon sonucunda örneklem içinde bu grup %7'lik bir temsil oranına sahip

¹ Çalışma için "randomizer programı" kullanılarak 240 hekimden oluşan bir örneklem seçilmiştir. Ancak, dahil ederek basit rasgele örneklem tekniğinde sıkça karşılaşılan bir durum olan tekrarlanan sayılar örneklemden çıkarıldığında örneklem sayısı 233 olarak gerçekleşmiştir.

² ESS (European Social Survey) tarafından yapılan çalışmalarda hedeflenen minimum yanıtlanma oranı ve geri dönüş oranı %70'dir.

olmakla birlikte, geri dönüş oranındaki %50'lik kayıp nedeniyle analizlerde bu grubu yansıtan veriler ancak %3,8 düzeyinde kalmıştır. Dolayısıyla, taşrada görev yapan hekimlerin sorunları ve görüşleri bu çalışmada yeterli bir temsil gücüne sahip olmadığı söylenebilir ve bu gruba ilişkin genellemelere temkinle yaklaşılmalıdır. Diğer taraftan, Gaziantep merkez ilçelerinde ve Kilis'te görev yapan hekimlerin hem örneklem içindeki payları, hem de geri dönüş oranlarındaki yüksek oran göz önünde bulundurulduğunda, seçilen örneklemin, Tablo.4'de de görüldüğü gibi, oldukça gerçekçi bir temsil gücüne sahip olduğu belirtilmelidir.

Çalışmaya katılan hekimlere *demografik bilgiler* içeren soruların yanı sıra, çalıştıkları *kurum, kurumdaki görev ve uzmanlık alanları, çalışma koşulları, çalışma ortamında maruz kaldıkları ve tanık oldukları şiddetin boyutu ve nitelikleri* konusundaki deneyimlerini ve görüşlerini yansıtan ve büyük çoğunluğu kapalı uçlu olan sorular yöneltilmiştir. Ayrıca, soru formuna dahil edilen açık uçlu sorular ile hekimlerin hem toplumdaki hem de çalışma ortamında yaşanan şiddetin neden kaynaklandığı ve bu sorunun nasıl aşılması gerektiği konusundaki görüş ve önerileri alınmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS programının yardımıyla analize tabi tutulmuştur.

ÇALIŞMANIN BULGULARI

Cinsiyet, Yaş ve Coğrafik Dağılım:

Gaziantep ve Kilis'te çalışan hekimlerin büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Tablo 5.'de de görüldüğü üzere, örnekleme yer alan kadın hekimlerin oranı %22 iken, erkeklerin oranı %78'dir. Örnekleme ortaya çıkan erkek lehine dengesiz dağılım bölgede görev yapan ve tabipler odasına kayıtlı hekimlerin cinsiyet kompozisyonundaki durumun bir sonucudur. GKTO'nun üye kayıt verilerine göre, odaya kayıtlı üyelerin %79,2'si erkek hekimlerden, %20,8'i ise kadın hekimlerden oluşmaktadır. Yaş kompozisyonu açısından bakıldığında, örnekleme oluşturan hekimlerin yaşları 26 ile 68 arasında değişmektedir. Hekimlerin yaş ortalaması $41,6 \pm 9,0$ 'dur. En büyük grubu %43,1 ile 31-40 yaş oluşturmaktadır. 30 yaşın altında bulunan hekimlerin oranı yaklaşık %10 civarındadır. Buna karşılık 51 yaşın üstünde bulunan hekimlerin oranı %15,3'tür.

TABLO 5. HEKİMLERİN CİNSİYET, YAŞ VE COĞRAFİK DAĞILIMI

CİNSİYET (N= 209)	SAYI	%
KADIN	46	22,0
ERKEK	163	78,0
YAŞ (N= 209)		
< 30	20	9,6
31-40	90	43,1
41-50	67	32,1
> 51	32	15,3
KURUMUN BULUNDUĞU YER (N= 208)		
GAZİANTEP MERKEZ	195	93,8
GAZİANTEP TAŞRA	8	3,8
KİLİS MERKEZ	5	2,4

Hekimlerin görev yaptıkları bölgenin dağılımı Tablo.6'da görülmektedir. Buna göre, hekimlerin %93,8'i Gaziantep merkez ilçelerdeki sağlık kurumlarında görev yapmakta ve %3,8'i ise Gaziantep taşra ilçelerinde bulunan sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Buna karşılık Kilis'te görev yapan hekimlerin oranı %2,4'tür.

Kurum ve Uzmanlık Alanlarına İlişkin Bilgiler:

Örneklem içinde yer alan hekimlerin %22,5'i üniversite hastanesinde, %32,1'i devlet hastanelerinde, %13,4'ü ise sağlık ocaklarında görev yapmaktadır. Dolayısıyla, kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin örneklem içindeki toplam payı %68'e ulaşmaktadır. Buna karşılık, özel hastane, klinik ve tıp merkezlerinde çalışan hekimlerin sayısı 61 ve bu grubun oranı %30 civarındadır. Hekimlerin bu kurumlardaki görevleri değerlendirildiğinde, yarıdan fazlasını uzman hekimler oluşturmaktadır.

TABLO 6. HEKİMLERİN ÇALIŞTIKLARI KURUMA GÖRE DAĞILIMI

	SAYI	%
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	47	22,5
DEVLET HASTANESİ	67	32,1
SAĞLIK OCAĞI	28	13,4
ÖZEL HASTANE	42	20,1
ÖZEL KLİNİK/DAL	19	9,1
DİĞER*	6	2,9
TOPLAM	209	100,0

* Kurum hekimliği yapan ve emekli olan hekimleri kapsamaktadır.

TABLO 7. KURUMDAKİ GÖREVİ

	SAYI	%
PRATİSYEN HEKİM	80	38,3
UZMAN HEKİM	129	61,7
TOPLAM	208	100,0

Hekimlerin bu kurumlardaki görevleri değerlendirildiğinde, yarıdan fazlasını uzman hekimler oluşturmaktadır. Pratisyen hekim olarak görev yapan hekimlerin oranı %38,3'dür (Tablo.7). Uzman hekimlerin, uzmanlık alanlarına ilişkin dağılımı Tablo.8'de verilmektedir. Uzmanlık alanlarına göre gruplandırma hasta yoğunluğu ve şiddet riski en yüksek olduğu düşünülen alanlar göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Buna göre, uzman hekimlerin %14,4'ü çocuk hastalıkları ve çocuk cerrahi, %24'ü tüm cerrahi alanlarda, %24,8'i dahili hastalıklar, %20,8'i KBB, göz, kadın hastalıkları, acil servis ve psikiyatri alanlarında çalışmaktadır.

TABLO 8. UZMANLIK ALANLARINA GÖRE DAĞILIM

	SAYI	%
ÇOCUK HAST. & ÇOCUK CERRAHİ	18	14,4
CERRAHİ GENEL	30	24,0
DAHİLİ	31	24,8
KBB/GÖZ/KADIN/ACİL/PSİKİYATRİ	26	20,8
DİĞER ALANLAR	20	16,0
TOPLAM	125	100,0

Uzman hekimlerin tıp dal alanlarına göre dağılımına bakıldığında ise, hekimlerin %50'ye yakın bir kesimi cerrahi alanlardan, %43,2'si dahili alanlardan ve %7,2'si ise temel tıp alanlarından gelmektedir (Tablo.9).

TABLO 9. TIP DAL ALANLARI

	SAYI	%
CERRAHİ	62	49,6
DAHİLİ	54	43,2
TEMEL TIP	9	7,2
TOPLAM	125	100,0

Çalışma Hayatı ve Çalışma Koşulları:

Bölgede çalışan hekimlerin meslekte bulunma süresi ortalama $16,5 \pm 8,9$ yıldır. Hekimlerin %46'sı 11-20 yıl, %27,8'i 10 yıldan az bir süre ve %27,3'ü 20 yılın üzerinde meslekte bulunmaktadır (Tablo.10). Buna karşılık, çalıştıkları kurumdaki görev süresi dikkate alındığında, hekimlerin ortalama çalışma süresi $5,8 \pm 5,2$ yıl olarak görülmektedir. Çalışma süresi ile kurumda hizmet süreleri karşılaştırıldığında, özellikle ortanca değer dikkate alındığında (Medyan= 4,0 yıl), bölgede görev yapan hekimler arasında yer değiştirme eğiliminin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

TABLO 10. MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ (YIL)

	SAYI	%
< 10	58	27,8
11-20	94	45,0
> 21	57	27,3
TOPLAM	209	100,0

TABLO 11. KURUMDA ÇALIŞMA SÜRESİ (YIL)

	SAYI	%
< 5	121	59,6
6-10	46	22,7
> 11	36	17,7
TOPLAM	203	100,0

Tablo.11'de de görüldüğü gibi, hekimlerin %60'a yakın bir bölümü 5 yıldan az bir süredir halihazırda çalıştıkları kurumda görev yapmaktadır. Buna karşılık 10 yıl üzerinde aynı kurumda görev yapan hekimlerin oranı ise %17,7'dir. Bir başka deyişle, bölgede görev yapan hekimlerin oldukça yüksek mesleki deneyime sahip ve yatay hareketliliği yüksek bir özellik arz ettiğini söyleyebiliriz. Bu yüksek yatay hareketlilik kamudan özel sağlık kuruluşlarına doğru bir yönelimi göstermektedir.

Türkiye'de olduğu gibi, bölgedeki hekimlerin de oldukça yüksek bir hasta yoğunluğu ve mesai içinde çalıştıklarını söyleyebiliriz. Hekimlerin ortalama haftalık çalışma süresi $48,2 \pm 13,8$ saat olarak gerçekleşmektedir. Hekimlerin %55,6'sı 21 ile 45 saat arasında, %32,7'si 46 ile 60 saat arasında, %11 civarında bir bölümü ise 60 saatin üzerinde çalışmaktadır. Diğer taraftan, haftalık nöbet süreleri değerlendirildiğinde, hekimler, normal mesailerine ek olarak ortalama haftada 24 saatlik nöbet tutmaktadır. Tablo.12'de görüldüğü üzere, hekimlerin %61'i haftalık 30'a varan, %39'a yakın bir bölümü ise 30 saatin üzerinde haftalık nöbet tuttuklarını ifade etmektedir. Ayrıca, örneklem içinde yer alan her 5 hekimden biri (%22) yarı zamanlı olarak çalışmaktadır.

TABLO 12. HAFTALIK ÇALIŞMA, NÖBET SÜRELERİ VE GÜNLÜK HASTA/TETKİK SAYISI

HAFTALIK ORTALAMA ÇALIŞMA SAATİ (N=202)	SAYI	%
< 20	1	,5
21-45	113	55,9
46-60	66	32,7
> 61	22	10,9
HAFTALIK ORTALAMA NÖBET SAATİ (N=202)		
< 15	20	27,8
16-30	24	33,3
31-45	15	20,8
> 46	13	18,1
GÜNLÜK ORTALAMA HASTA/ TETKİK SAYISI (N=203)		
< 20	58	28,6
21-40	41	20,2
41-60	45	22,2
> 61	59	29,1
YARI ZAMANLI ÇALIŞMA (N=206)		
EVET	46	22,3
HAYIR	160	77,7

Hasta veya tetkik sayısı açısından bakıldığında hekim başına günlük ortalama hasta/tetkik sayısının 50 civarında olduğu görülmektedir. Hekimlerin %28,6'sı 20'den az, %20,2'si 21 ile 40 arasında, %22,2'si 41 ile 60 arasında, %30'a yakın bir bölümü de 60'ın üzerinde hasta veya tetkik yoğunluğuna sahiptir. Ortalama hasta yoğunluğu tüm gruplar için yüksek olmakla birlikte, hasta yoğunluğu ile çalışılan sağlık kurumu arasında ilişkiye bakıldığında, kurum ile hekim başına ortalama hasta yoğunluğu arasında istatistiksel olarak ($p < 0,001$) anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmelidir (Tablo.13). Buna göre, hekim başına ortalama hasta sayısının en yüksek olduğu sağlık kurumları, sırasıyla devlet hastaneleri ve sağlık ocakları olduğu görülmektedir. Buna karşılık, hekim başına günlük hasta yoğunluğunun en düşük olduğu kurumun üniversite hastanesi olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, özel hastanelerde çalışan hekimlerin hasta yoğunluğunun da görece yüksek olduğu söylenebilir. Günlük 41 ile 60 arasında hastaya bakan hekimler içinde özel hastanede çalışanların payı %22,2'dir. Özel hastanelerde hasta yoğunluğunun artışı 2002'den beri uygulanan sağlık dönüşüm programının bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

TABLO 13. SAĞLIK KURUMU İLE GÜNLÜK HASTA/TETKİK SAYISI*

ÇALIŞTIĞI SAĞLIK KURUMU	GÜNLÜK HASTA / TETKİK SAYISI				TOPLAM
	< 20	21-40	41-60	> 61	
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	28	10	5	3	46
	60,9%	21,7%	10,9%	6,5%	100,0%
DEVLET HASTANESİ	48,3%	24,4%	11,1%	5,1%	22,7%
	7	6	22	31	66
SAĞLIK OCAĞI	10,6%	9,1%	33,3%	47,0%	100,0%
	12,1%	14,6%	48,9%	52,5%	32,5%
ÖZEL HASTANE	3	3	5	17	28
	10,7%	10,7%	17,9%	60,7%	100,0%
ÖZEL KLİNİK/DAL	5,2%	7,3%	11,1%	28,8%	13,8%
	12	15	10	4	41
DİĞER	29,3%	36,6%	24,4%	9,8%	100,0%
	20,7%	36,6%	22,2%	6,8%	20,2%
TOPLAM	5	7	3	4	19
	26,3%	36,8%	15,8%	21,1%	100,0%
TOPLAM	8,6%	17,7%	6,7%	6,8%	20,2%
	3	--	--	--	3
TOPLAM	100,0%	--	--	--	100,0%
	5,2%	--	--	--	1,5%
TOPLAM	58	41	45	59	203
	28,6%	20,2%	22,2%	29,1%	100,0%
TOPLAM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* $\chi^2 = 85,994$ $p < 0.001$

Tablo.13 sağlık örgütleri tarafından sıklıkla bir sorun olarak dile getirilen bir olguyu da gözler önüne sermektedir. Devlet hastanelerinde hekim başına günlük ortalama hasta sayısı, sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin hasta yoğunluğunun her bir kategori için yaklaşık iki katı olarak gerçekleşmektedir. Günlük 41-60 arasında hastaya bakan hekim grubunda ise, devlet hastanesinde görev yapan hekimlerin oranı, sağlık ocağında görev yapan hekimlerin dört katına ulaşmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumları olarak tanımlanan sağlık ocaklarının hasta yoğunluğu açısından devlet hastanelerinin gerisine düşmesi; mevcut sağlık sisteminin birinci basamaktan daha ziyade ikinci basamak ağırlıklı olarak işlediğini göstermektedir.

ŞİDDETİN NİTELİĞİ, BOYUTU VE ŞİDDET ALGISI

Toplumda Şiddetin Artışı ve Nedenleri:

Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaş, ülkemizde yaşanan etnik temelli ve dinsel kaynaklı gerilim ve çatışma, son yıllarda gelir dağılımında ortaya çıkan derin eşitsizlik, yoksullaşma, istihdam sorunları, büyük kentlerdeki suç oranlarında artış gibi birçok etkenin bileşimi olarak yaygınlaşan şiddet ortamı gündelik hayatın bir çok alanını etkilemektedir. Hekimlerin de toplumda şiddetin arttığı yönünde bir kaygıyı paylaştıkları görülmektedir. Nitekim, hekimlerin %91,3'ü son bir yıl içinde toplumda şiddetin artış gösterdiğini ifade etmektedir. Benzer bir şekilde, son bir yılda sağlık alanında şiddetin arttığını ifade eden hekimlerin oranı %90'dır. Buna karşılık, hekimlere son bir yılda çalıştığı sağlık kurumunda şiddet artışı konusunda görüşü sorulduğunda, hekimlerin %60 gibi yüksek bir oranı görev yaptıkları kurumda şiddetin arttığını belirtmektedir (Tablo.14).

TABLO 14. TOPLUMDA, SAĞLIK ALANINDA VE KURUMDA ŞİDDETTE ARTIŞ EĞİLİMİ

	TOPLUMDA ŞİDDETİN ARTMASI		SAĞLIKTA ŞİDDETİN ARTMASI		ÇALIŞTIĞI KURUMDA ŞİDDETİN ARTMASI	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
EVET	190	91,3	188	90,0	121	59,3
HAYIR	18	8,7	21	10,0	83	40,7
TOPLAM	206	100,0	188	100,0	204	100,0

Toplumda şiddetin artış nedenleri sorulduğunda, hekimler en önemli nedenler arasında sırasıyla ekonomik kaynaklı sorunlar, toplumun eğitim ve kültür düzeyine bağlı nedenler, medya ve inanç ve değerlerde yaşanan aşınmaya vurgu yapmaktadır. Buna göre, hekimlerin %44,5'i gelir dağılımındaki eşitsizlik, yoksulluk ve işsizlik gibi ekonomik sorunların şiddeti beslediği görüşünü dile getirmektedir. Diğer taraftan, toplumun düşük eğitim seviyesi ve kültür düzeyindeki sorunların bir sonucu olarak şiddetin toplumda yaygınlaştığını dile getiren hekimlerin oranı %32,1'dir. Hekimlerin %12,5'i ise, görsel ve yazılı medyada şiddet içeriğinin toplumda şiddet dilinin ve şiddetin yaygınlaşmasına neden olduğunu belirtmektedir (Tablo.15).

TABLO 15. ŞİDDETTE ARTIŞIN NEDENLERİ*

	SAYI	%
EKONOMİK NEDENLER	93	44,5
EĞİTİM/KÜLTÜR SORUNLARI	67	32,1
MEDYA	26	12,5
İNANÇ/DEĞERLERDE AŞINMA	19	9,0
TOPLUMSAL HOŞGÖRÜ EKSİKLİĞİ	14	6,7
ÜLKE YÖNETİCİLERİ	14	6,7
OTORİTE/HUKUK BOŞLUĞU	8	3,9
TÜKETİM KÜLTÜRÜ	5	2,4
DİĞER	9	4,4

* Her bir katılımcı birden fazla neden tanımlamıştır.

Tablo.15'den de görüleceği gibi toplumda şiddetin yaygınlaşması konusunda hekimler tarafından dile getirilen bir diğer husus ise, ahlaki ve toplumsal değerlerde yaşandığı düşünülen aşınmadır. Din, ahlak gibi manevi değerlerde zayıflamanın yanı sıra, bencillik, kişiler arası ilişkilerde saygı yitimi, ailenin toplumsal etkisinin azalması gibi toplumsal değerlerde yaşanan aşınmayı şiddetin nedenleri arasında gören hekimlerin oranı %9'dur. Toplumsal gruplar arasında kutuplaşma ve gerilim, artan milliyetçi dalga ve farklılıklara karşı tahammülsüzlüğün bir sonucu olarak şiddetin toplumda yaygınlaştığını dile getiren hekimlerin oranı ise %7 civarındadır. Diğer taraftan, ülke yöneticilerinin ve siyasilerin izledikleri politikaların toplumda şiddeti körüklediğini düşünen hekimlerle, otorite ve hukuk boşluğunun bir sonucu olarak şiddette artış yaşandığını dile getiren hekimleri birlikte dikkate aldığımızda, %10'luk bir kesim toplumdaki şiddetin kaynağında ülkedeki yönetim, otorite ve hukuk sorunlarını görmektedir. Hekimlerin küçük bir bölümü (%2,4) ise tüketim kültürüne bağlı olarak ortaya çıkan aşırı istek ve beklentilerde artışın yarattığı hırs ve engellenmenin bir sonucu olarak şiddet olaylarında artışın yaşandığını vurgulamaktadır.

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık alanını da etkilemektedir. Bununla birlikte, sağlık alanında yaşanan şiddetin kendine özgü dinamik ve özellikleri olduğu belirtilmelidir.

Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Boyutu ve Niteliği:

Birçok ülkede yapılan çalışma, genelde sağlık çalışanlarının, özelde ise hekimlerin son yıllarda yaygın bir şekilde şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Bir başka deyişle, son yıllarda hekimlere dönük şiddet küresel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer biçimde, bölgemizde görev yapan hekimlerin de yaygın bir şiddet ile karşı karşıya oldukları görülmektedir. Hekimlere meslek hayatları boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda, her dört hekimden biri en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kaldıklarını belirtmektedir. Kariyeri süresince hiç şiddete maruz kalmadığını ifade eden hekimlerin oranı sadece %25,5'dir. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddetin -yukarıda vurguladığımız gibi- yaygınlaşma eğilimini gözler önüne sermektedir. Zira, her üç hekimden biri (%36,5) son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kaldığını dile getirmektedir (Tablo.16).

TABLO 16. MESLEK HAYATI BOYUNCA VE SON BİR YILDA İŞYERİNDE ŞİDDETE MARUZ KALMA

	MESLEK HAYATI BOYUNCA ŞİDDETE MARUZ		SON BİR YILDA İŞYERİNDE ŞİDDETE MARUZ KALMA	
	SAYI	%	SAYI	%
HİÇ KALMADIM	49	25,5	132	63,5
1-3 KEZ	92	47,9	59	28,4
4-6 KEZ	23	12,0	8	3,8
7-10 KEZ	6	3,1	4	1,9
10 VE ÜZERİ	22	11,5	5	2,4
TOPLAM	192	100,0	208	100,0

Sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu ortaya koyan bir diğer gösterge ise, kişinin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek orandır. Hekimlere, son bir yılda işyerinde tanık oldukları şiddet olayları sorulduğunda, hekimlerin %68 gibi çok yüksek bir bölümü işyerinde şiddete tanık olduğunu belirtmektedir. Şiddete tanık olduğunu ifade eden hekimlerin %70'i 5 veya beşten az şiddet olayına tanık olduğunu dile getirirken, %30'a yakın bir bölümü ise son bir yılda 5'in üzerinde işyerinde şiddet olayına tanık olduğunu söylemektedir (Tablo.17).

TABLO 17. SON BİR YILDA İŞYERİNDE ŞİDDETE TANIK OLMA VE SAYISI

SON BİR YILDA İŞYERİNDE ŞİDDETE TANIK OLMA	SAYI	%
EVET	138	68,0
HAYIR	65	32,0
TOPLAM	203	100,0

SON BİR YILDA TANIK OLUNAN ŞİDDET SAYISI	SAYI	%
< 5	100	70,4
6-10	17	12,0
> 11	25	17,6
TOPLAM	142	100,0

Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir. Sözel/psikolojik şiddet, kişinin değerlerine ve bütünlüğüne dönük yapılan hakaret, tükürme, küfür, bağırma ve tehdit gibi fiilleri içermektedir. Fiziksel şiddet ise, dayak, yumruk, aletle saldırı gibi kişinin bedenine yönelen saldırı ve fiilleri içermektedir. Tablo.18 hekimlerin ne tür bir şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Soru formlarında ayrıntılı bir biçimde alınan şiddet içeren fiiller, niteliklerine göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet olarak yeniden gruplandırılmaya tabi tutulmuştur.

TABLO 18. MARUZ OLUNAN ŞİDDET TÜRÜ

	SAYI	%
SÖZEL/PSİKOLOJİK ŞİDDET	57	39,9
FİZİKİ ŞİDDET	3	2,1
SÖZEL & FİZİKİ ŞİDDET	83	58,0
TOPLAM	143	100,0

Buna göre, hekimlerin %60'a yakın bir bölümü hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir. Diğer yandan, sadece sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade eden hekimlerin oranı ise, %40 civarındadır. Salt fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade eden hekimlerin oranı %2,1'dir.

TABLO 19. ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ MEKANLARI

	SAYI	%
MUAYENE ODASI	26	18,2
ACİL SERVİS	26	18,2
KLİNİK	10	7,0
BEKLEME SALONU/KORİDOR VS.	16	11,2
ÇOKLU ORTAM	51	42,7
DİĞER	4	2,8
TOPLAM	143	100,0

Hekimlerin büyük bir bölümü tedavinin yapıldığı mekanlarda, hastayla temasın yoğun olduğu alanlarda şiddete maruz kalmaktadır. Hekimlerin %18,2'si muayene odalarında, %18,2'si acil servislerde, %11,2'si bekleme salonlarında ve hastane koridorlarında, %7'si ise klinik ve yataklı servislerde görev yaparken şiddete maruz kalmaktadır. Ancak, meslek hayatları boyunca birden fazla şiddete maruz kaldıkları göz önünde bulundurulursa, hekimlerin %42,7'si çoklu ortam olarak tanımladığımız, klinik, acil servis, muayene odası, bekleme salonu, koridor, hastane bahçesi gibi alanları içeren bir çok mekanda şiddete maruz kaldıklarını ifade etmektedir (Tablo.19).

TABLO 20. ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ ZAMAN VE ŞİDDET ZAMAN RİSK ALGISI

	ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ ZAMAN		ŞİDDET ZAMAN RİSK ALGISI	
	SAYI	%	SAYI	%
MESAİ SAATİ	63	44,1	38	26,8
NÖBET ESNASINDA	38	26,6	89	62,7
MESAİ & NÖBET SIRASINDA	39	27,3	8	5,6
MESAİ BİTİMİ	--	--	7	4,9
DİĞER	3	2,1	--	--
TOPLAM	143	100,0	142	100,0

Sağlık kurumunun içinde farklı mekanlarda yaygınlık gösteren şiddet daha çok mesai saatlerinde gündüz yaşanmakla birlikte nöbet esnasında akşamları da gözlemlenmektedir. Hekimlerin %44,1'i gündüz mesai saatleri içinde şiddete maruz

kaldıklarını dile getirirken, nöbet sırasında şiddete maruz kaldığını belirten hekimlerin oranı %26,6'dır. Buna karşılık hem mesai saatlerinde hem de nöbet esnasında şiddete maruz kalan hekimlerin oranı ise %27,3'tür. Diğer taraftan, hekimlere çalışma saatinin en çok hangi zaman diliminde şiddete maruz kalma riski veya ihtimalinin yüksek olduğu sorulduğunda, her üç hekimden ikisi nöbet esnasında riskin daha fazla olduğunu belirtmektedir (Tablo.20). Burada deneyim ile algı arasında önemli bir farkın olduğu not edilmelidir. Zira, gündüz mesai saatleri şiddete maruz kalmanın en yüksek olduğu çalışma periyodu olmasına rağmen, hekimlerin nöbet esnasında daha fazla şiddete maruz kalabilecekleri kaygısı taşımaktadır. Kuşkusuz bu durum, kişinin gece nöbet esnasında kendini görece daha yalnız ve daha güvensiz hissetmesinin bir yansıması olarak görülebilir.

TABLO 21. KİŞİNİN ŞİDDETE BAŞVURMA NEDENLERİ*

	NEDEN-1 %	NEDEN-2 %	NEDEN-3 %	TOPLAM %
İHMAL & TEDAVİ MEMNUNİYETSİZLİĞİ	27,8	10,0	-	37,8
KURUM YETERSİZLİKLERİ	24,4	6,7	-	31,1
MEDYADA HEKİM KARŞITI YAYIN	7,2	14,8	9,6	31,6
HAKSIZ İSTEK/İLAÇ/ALKOL ETKİSİ	5,7	7,7	4,8	18,2
SAĞLIK POLİTİKALARI	3,3	5,7	9,1	18,1

*Her bir katılımcı birden fazla neden tanımlamıştır.

Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Bir diğer şiddete başvurma nedeni ise, kurum yetersizlikleri olarak ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle ilaç, cihaz, yatak vs. gibi kurum yetersizlikleri nedeniyle hasta ile hekim arasında gerilim yaşanmakta ve bu durum şiddete yol açmaktadır. Diğer taraftan, hekimlerin üçte biri medyada hekim karşıtı yapılan yayınların kendilerini hedef gösterdiğini ve hekim-hasta arasında ilişkileri zedelediğini ve gerilime yol açtığını düşünmektedir. %18'lik oranda dile getirilen bir diğer neden ise, hastalardan gelen haksız ilaç, rapor gibi isteklerin yerine getirilmemesinin yanı sıra ilaç ve alkol etkisi altında kişinin görev yapan hekime karşı saldırgan bir tutum içine girmesidir. Son olarak, hekimlerin %18'i ise, ülkede uygulanan sağlık politikalarının yol açtığı sorunların kendilerine şiddet olarak yansıdığını ifade etmektedir (Tablo.21).

Şiddete Başvuran Kişilerin Kimliği:

Tablo.22 şiddete başvuran kişileri ve bu kişilerin cinsiyetini göstermektedir. Mevcut verilere göre sağlık alanında yaşanan şiddetin en önemli aktörü hasta yakınlarıdır. Çünkü hekimlerin %60'a yakın bir bölümü hasta yakınlarından şiddet gördüklerini ifade etmektedir. Hastalardan hekimlere yönelik gelen şiddet ise %6,3'tür. Hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde, hekimlerin %87'si bu iki gruptan gelen şiddete maruz kalmaktadır. Mevcut sağlık sisteminde hasta yakınlarının, hastanın hastaneye ulaştırılmasından, tedavi sürecinde hastane içindeki tüm bürokratik ve takip işlemlerine kadar birçok işlevi üstlenmek durumunda olması, bu gruptan gelen şiddetin bu denli yüksek olmasının bir nedeni olarak görülebilir³. Diğer taraftan, hekimlerin %13 gibi azımsanmayacak bir bölümü ise hem sağlık çalışanlarından ve hem de hastane yönetiminden şiddet gördüklerini dile getirmektedir.

TABLO 22. ŞİDDETE BAŞVURAN KİŞİLERİN KİMLİĞİ VE CİNSİYETİ

ŞİDDETE BAŞVURAN KİŞİ/KİŞİLER	SAYI	%
HASTA	9	6,3
HASTA YAKINLARI	83	58,5
HASTA & HASTA YAKINLARI	31	21,8
İDARE	10	7,0
SAĞLIK ÇALIŞANI	9	6,3
TOPLAM	142	100,0
ŞİDDETE BAŞVURANLARIN CİNSİYETİ	SAYI	%
TÜMÜ ERKEK	40	28,2
TÜMÜ KADIN	2	1,4
ÇOĞUNLUKLA ERKEK	92	64,8
ÇOĞUNLUKLA KADIN	8	5,6
TOPLAM	142	100,0

Şiddete başvuranlar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, şiddet uygulayanların ezici bir çoğunluğu erkeklerden oluşmaktadır. Hekimlerin %93'ü ya tamamen erkeklerden ya da çoğunluğu erkeklerden oluşan kişiler tarafından şiddet görmektedir. Şiddete başvuranların çoğunlukla kadınlardan veya tümü kadınlardan oluştuğunu dile getiren hekimlerin oranı sadece %7'dir (Tablo.22).

³ Dolayısıyla, hasta yakınlarının hastane içindeki ve tedavi sürecindeki rolünün azaltılması hekimlere dönük şiddette ciddi bir düşüşü beraberinde getirebilir.

TABLO 23. ŞİDDETE BAŞVURMA İLE GELİR ARASINDAKİ İLİŞKİ

	YOKSUL HASTA VE ŞİDDET		ORTA SINIF HASTA VE ŞİDDETE		ÜST SINIF HASTA VE ŞİDDET	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
KATILYORUM	136	66,0	69	36,9	55	28,6
KATILMIYORUM	70	34,0	118	63,1	137	71,4
TOPLAM	206	100,0	187	100,0	192	100,0

Hekimlere şiddete başvurma ile hastaların gelir durumu arasındaki ilişki sorulduğunda hekimlerin büyük bir çoğunluğu, hastaların gelir düzeyi arttıkça şiddete başvurma eğiliminin azaldığı yönünde bir görüşe sahip oldukları görülmektedir. Buna göre, “yoksul hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurmaktadır” önermesine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı %66 iken, orta ve üst sınıf mensubu kişilerin daha çok şiddete başvurdukları fikrine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı ise, sırasıyla %36,9 ve %28,6’dır (Tablo.23).

TABLO 24. HASTALARIN EĞİTİMİ İLE ŞİDDETE BAŞVURMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

	DÜŞÜK EĞİTİMLİ HASTALAR		YÜKSEK EĞİTİMLİ HASTALAR	
	SAYI	%	SAYI	%
KATILYORUM	180	87,0	34	18,4
KATILMIYORUM	27	13,0	151	81,6
TOPLAM	207	100,0	185	100,0

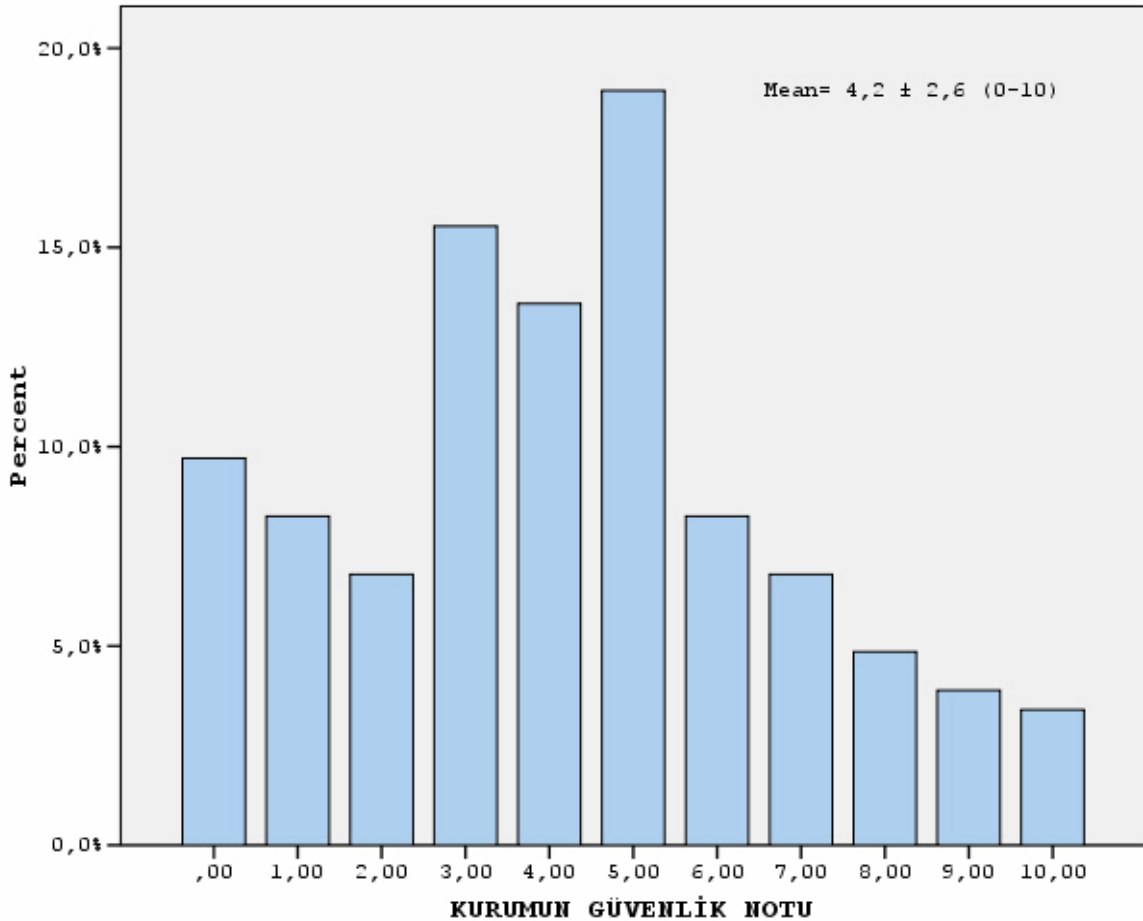
Hastanın eğitimi ile şiddete başvurma eğilimi arasındaki ilişki sorulduğunda, hekimlerin %87’si düşük, %18,4’ü yüksek eğitilmiş hastaların daha çok şiddete başvurdukları fikrine katılmaktadır (Tablo.24).

Hekimlerin, hastaların gelir ve eğitim ile şiddete başvurma eğilim arasındaki ilişkiye dair yaptıkları gözlemlerden, eğitimin kişilerin hekimle kurduğu ilişki açısından daha önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Hekimlerin, hastaların eğitim ve gelir düzeyine ilişkin yaptıkları gözlem, şiddete başvurma ile hastaların sosyo-ekonomik durumları arasında negatif bir etkileşimi gözler önüne sermektedir. Ancak, hekimlerin orta ve üst gelir grubuna mensup hasta ve hasta yakınlarına ilişkin gözlemleri,

şiddete başvurmanın toplumsal sınıfları kesen bir özellik arz ettiğini göstermektedir.

Sağlık Kurumlarının Güvenlik Açısından Değerlendirilmesi:

Sağlık kurumlarındaki şiddetin son yıllarda artma eğilimi göstermesi karşısında kurum yönetiminin, güvenlik konusunda çalışanları için ne tür önlemler aldıkları konusunda hekimlerin değerlendirilmesi, oldukça sorunlu bir tabloyu gözler önüne sermektedir. Her üç hekimden ikisi çalıştıkları kurumun güvenlik konusunda yeterince önlem almadığını belirtmektedir. Zira, hekimlere çalıştıkları kurumu güvenlik açısından 0 ile 10 arasında bir ölçekte notlandırması istendiğinde, hekimlerin %80'i kurumun güvenlik notunu orta ve ortanın altında bir yerde puanlamaktadır. Aşağıdaki grafikte de görüldüğü üzere, bölgedeki sağlık kurumlarının güvenlik not ortalaması 4,2'dir (Mean=4,2±2,6) .



Hekimlerin sadece %19'u çalıştığı kuruma 7 ve 7'nin üzerinde güvenlik notu vermektedir. Buna karşılık hekimlerin %40'ı ise, çalıştıkları kurumun güvenlik notunu "kötü"ye tekabül eden 3 ve altında bir yerde notlandırmaktadır (Tablo.25).

TABLO 25. SAĞLIK KURUMUN GÜVENLİK NOTU

	SAYI	%
KÖTÜ	83	40,3
ORTA	84	40,8
İYİ	39	18,9
TOPLAM	206	100,0

TABLO 26. KURUMUN GÜVENLİK KONUSUNDAKİ ÖNLEMLERİ

	KURUMDA YETERLİ GÜVENLİK ÖNLEMİ		GÜVENLİK EĞİTİMİ		İŞYERİ HEKİMLİĞİ	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
EVET	67	32,4	30	14,8	53	27,2
HAYIR	140	67,6	173	85,2	142	72,8
TOPLAM	207	100,0	203	100,0	195	100,0

Bölgedeki sağlık kurumlarının güvenlik açısından bir diğer önemli eksikliği ise çalışanlarına güvenlik eğitim programları sunmamasıdır. Hekimlerin %85'i güvenlik konusunda kurum tarafından herhangi bir eğitim verilmediğini dile getirmektedir. Hekimlerin sadece %14,8'i kurumun güvenlik konusunda bir bilgilendirme yaptığını belirtmektedir. Kurumun, çalışanlarının işyeri güvenliği konusundaki politikasının bir göstergesi de işyeri hekimliği kurumunun varlığıdır. Bu konuda da, bölgedeki sağlık kurumlarının karnesinin pek parlak olmadığını belirtmek gerekir. Zira, hekimlerin %72,8'i çalıştıkları kurumda işyeri hekimliğinin olmadığını dile getirmektedirken, hekimlerin %27'si çalıştıkları kurumda işyeri hekimliğinin bulunduğunu belirtmektedir (Tablo.26).

TABLO 27. ŞİDDET KONUSUNDA ŞİKAYET VE YAPILAN İŞLEM

ŞİKAYETTE BULUNMA	SAYI	%
EVET	54	37,8
HAYIR	89	62,2
TOPLAM	143	100,0
ŞİKAYET KONUSUNDA YAPILAN İŞLEM	SAYI	%
İŞLEM YAPILMADI	13	23,6
GÜVENLİK TARAFINDAN UZAKLAŞTIRMA	15	27,3
ÖZÜR DİLEME/UZLAŞMA	11	20,0
ADLİ İŞLEM	13	23,6
TABURCU EDİLDİ	3	5,5
TOPLAM	55	100,0

Diğer yandan, hekimlerin maruz kaldıkları Şiddet karşısında kurumsal desteğin zayıf olmasının yanı sıra, bireysel giriŐimin de oldukça zayıf olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalan hekimlerin sadece 1/3u kendilerine yönelik Şiddet konusunda Şikayette bulduklarını belirtmektedir. Hekimlerin %62'si ise herhangi bir Şikayette bulunmadıklarını ifade etmektedir. Şikayet konusunda yapılan iŐlemler sorulduğunda, hekimlerin %23u Őikayetleri konusunda herhangi bir işlem yapılmadığını, %27,3u saldırganın güvenlik marifetiyle uzaklaŐtırıldıęını, %20'si ise özür dileme ve uzlaŐtırılma sonucunda sorunun kapatıldığını dile getirmektedir. Diğer taraftan, her beş Őikayetten birinin ise adli iŐleme konu olduğunu belirtmektedir (Tablo.27).

SONUÇ

Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dünya'da yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaş, ülkemizde yaşanan etnik temelli ve dinsel kaynaklı gerilim ve çatışma ortamı, son yıllarda gelir dağılımında yaşanan derin eşitsizlik, yoksullaşma, istihdam sorunları, büyük kentlerdeki suç oranlarında artış gibi birçok etkenin bileşimi olarak yaygınlaşan şiddet ortamı gündelik hayatın bir çok alanını etkilemektedir.

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık sektörünü de ciddi bir biçimde etkilemektedir. Raporun giriş bölümünde de belirttiğimiz gib, birçok ülkede yapılan çalışma, genelde sağlık çalışanlarının, özelden ise hekimlerin son yıllarda yaygın bir şekilde şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Bir başka deyişle, son yıllarda hekimlere dönük yaşanan şiddetin Türkiye'ye özgü bir durum olmadığını; küresel bir olgu olarak karşımıza çıktığını belirtebiliriz. Kuşkusuz bu durumun, hem her ülkenin kendine özgü dinamikleriyle hem de son yıllarda artan bir biçimde sağlık sektörünü de biçimlendiren neo-liberal piyasa dinamikleri ile ilişkili boyutları var.

Çalışmanın ortaya koyduğu bulgular sağlık alanında şiddet konusunda vahim bir tabloyu gözler önüne sermektedir. Her dört hekimden üçü meslek hayatı boyunca en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kalmıştır. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç ise, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğudur. Zira, her üç hekimden biri (% 36,5) son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kalmıştır. Öte yandan, sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu ortaya koyan bir diğer gösterge de, kişinin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek orandır. Hekimlerin % 68 gibi çok yüksek bir bölümü son bir yılda işyerinde ortalama 7 şiddet içeren olaya tanık olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir. Hekimlerin büyük bir bölümü tedavinin yapıldığı mekanlarda, hastayla temasın yoğun olduğu alanlarda şiddete maruz kalmaktadır. Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Bir diğer şiddete başvurma nedeni ise, kurum yetersizlikleri olarak

ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle, ilaç, cihaz, yatak vs. gibi kurum yetersizlikleri hasta ile hekim arasında gerilim neden olmakta ve şiddete yol açmaktadır. Diğer taraftan, hekimlerin üçte biri medyada hekim karşıtı yapılan yayınların kendilerini hedef gösterdiğini ve hekim-hasta arasındaki ilişkileri zedelediğini, gerilime yol açtığını düşünmektedir. Bunun yanı sıra, hastalardan gelen haksız ilaç, rapor gibi isteklerin yerine getirilmemesi ve ülkede uygulanan sağlık politikalarının yol açtığı sorunların da hekimlere şiddet olarak yansıdığını belirtebiliriz. Öte yandan, hekimlerin büyük bir bölümü, sağlıkta yaşanan şiddetin toplumdaki gelir dağılımı eşitsizliği ve eğitim sorunlarından kaynaklandığını düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin göz ardı edilemeyecek bir oranı, ülke yöneticilerini ve uygulanan sağlık politikalarını var olan şiddet ortamının sorumlusu olarak görmektedir.

Sağlık alanında yaşanan şiddetin en önemli aktörü hasta yakınlarının olduğu görünmektedir. Hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde, hekimlerin % 87'si bu iki gruptan gelen şiddete maruz kalmaktadır. Mevcut sağlık sisteminde hasta yakınlarının, hastanın hastaneye ulaştırılmasından, tedavi sürecine ve hastane içindeki tüm bürokratik işlemlere kadar birçok işlevi üstlenmek durumunda olması, bu gruptan gelen şiddetin bu denli yüksek olmasının bir nedeni olarak görülebilir. Diğer taraftan, hekimlerin % 13 gibi azımsanmayacak bir bölümü ise hem sağlık çalışanlarından hem de hastane yönetiminden şiddet görmektedir.

Çalışma, sağlık kurumlarındaki şiddetin son yıllarda artma eğilimi göstermesi karşısında kurum yönetiminin ve sağlık otoritesinin çalışanların çalışma koşullarını iyileştirmesi ve güvenliklerinin sağlanması konusunda yeterli önlem almadığını ortaya koymaktadır.

ÖNERİLER

Hekimlerin kendilerine yönelik şiddetin önlenmesi konusundaki önerileri Tablo.28'de sunulmuştur.

TABLO 28. ŞİDDET KONUSUNDA ŞİKAYET VE YAPILAN İŞLEM

	ÖNERİ-1 %	ÖNERİ-2 %	ÖNERİ-3 %	TOPLAM %
EĞİTİM & EKONOMİK SORUNLAR	14,4	7,2	1,4	23,0
ÇALIŞMA KOŞULLARI	8,6	5,7	5,3	19,6
GÜVENLİK & CEZAI YAPTIRIM	8,6	5,3	2,9	16,8
MEDYA VE HEKİM	8,6	3,8	1,0	13,4
ETKİN PR & MESLEK ÖRGÜTÜ	5,7	6,2	1,0	12,9
STATÜ & SAYGINLIK	7,7	2,9	1,4	12,0
HASTA İLE ETKİN İLETİŞİM	6,7	4,8	,5	12,0
İDARE & SAĞLIK YÖNETİMİ	5,7	4,3	,5	10,5
SAĞLIK POLİTİKALARI	5,3	2,9	1,4	9,6
PİYASALAŞAN SAĞLIK SİSTEMİ	2,9	1,9	1,0	5,8
ÖZLÜK HAKLARI	-	2,9	1,0	3,9
HASTA HAKLARI	1,0	1,4	0,5	2,9
DİĞER	4,3	0,5	0,5	5,3

* Her bir katılımcı birden fazla öneri belirtmiştir.

Tablo.28'den de görüleceği üzere şiddetin önlenmesi konusundaki önerilerinin önemli bir bölümü bir meslek örgütünün uhdesinde bulunan önlemler değildir. Aşağıda aktarılan ifadelerinden de görüleceği üzere hekimler, şiddetin önlenmesinin en önemli yollarından birisini, Türkiye'deki eğitim ve ekonomik sorunların çözülmesinde görmektedirler:

- “Gelir adaletsizliği ve eğitim konularında ilerleme sağlanmalıdır.”
- “Eğitim ve ekonomik seviyenin yükseltilmesi gereklidir.”
- “Eğitim şart”
- “Ekonominin ve işsizliğin düzeltilmesi, eğitimin artması gereklidir.”
- “Toplum içinde gelir dağılımının mümkün olduğu kadar adil hale getirilmesi zorunludur.”

- *“Gelir düzeyinin yükseltilmesi, işsizliğin önlenmesi gereklidir.”*
- *“Yoksulluğun önlenmesi gereklidir.”*

Bu yaklaşım ışığında, eğitim ve ekonomik eşitsizliklerin giderilebileceği veya en azından azaltılabileceği politikaların oluşturulması gerekmektedir. Hiç kuşku yok ki, hayata geçirilecek bu politikalar, bugüne kadar yurttaş onuruna yakışır bir yaşam sürmek için gereken eğitim ve ekonomik haklara ulaşamayan dışlanmış kesimleri hedeflemelidir. Çünkü hekimlerin çalışmamızda da büyük bir isabetle gözlemledikleri gibi, yoksulluk ve yoksunluk şiddet üretmektedir. Bu nedenle toplumsal barış ortamına ulaşabilmek için uzunca bir süredir aşınan sosyal devletin yeniden yetkinleştirilmesi gereklidir. Bu iyileştirme, katılımcı bir demokrasi yaklaşımı çerçevesinde asıl sorunu yaşayan meslek gruplarının temsilcilerinin görüşlerini dikkate alan bir çerçeveden yürütülmelidir.

Çalışma kapsamında şiddetin önlenmesi konusunda hekimler tarafından dile getirilen bir diğer nokta ise hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesidir:

- *“Kişi başına düşen doktor sayısı ve sağlık personeli sayısı arttırılmalı”*
- *“Günlük bakılan hasta sayılarının sınırlandırılmalı”*
- *“Sistemin olum olumlu olumsuz her türlü çıktısı doktora fatura edilmemeli”*
- *“Hastaneler daha düzenli hale getirilmeli”*
- *“Aşırı yük altında kalan hekimler hasta ve hasta yakınlarına yeterince bilgi verememekte”*
- *“Hasta ve hekime ferah muayene ve bekleme salonu sunulmalı”*
- *“Hastanelerin otelcilik hizmetinin artması gerekli”*

Uzun bir süredir izlenen politikalar gereği, kamu sağlık sektörüne yeterli kaynak ayırılmamasının neden olduğu kötü çalışma ortamının bedelini bugün hekimler ödemektedir. Şiddetten uzak bir sağlık ortamına kavuşabilmek için başta ikinci basamak kamu sağlık kurumları olmak üzere, yaşanan yoğun hasta yükü ve uzun çalışma saatlerinin azaltılması gereklidir. Öte yandan çalışmamızda da saptandığı gibi, daha çok tetkik ve beklemeye yol açan ikinci basamak ağırlıklı bir sağlık sisteminin sürdürülmesi halinde şiddet olaylarında bir azalma yaşanmayacağı açıktır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin azaltılabilmesi, birinci basamak sağlık

sisteminin, eğitim ve ekonomik açıdan dezavantajlı kesimlerin lehine olacak biçimde niteliğinin güçlendirilmesi ile olanaklıdır.

Konu hakkındaki uluslararası literatür incelendiğinde yukarıdaki öneriler kadar siyasi otoritenin mevcut eylemlere karşı “sıfır tolerans” göstermesinin de önemli olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda yer alan hekimler, sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti önlemek için sağlık otoritesinin güvenliği sağlaması ve eylemler vuku bulduğunda da etkin cezai yaptırımlar uygulanması gerekliliğine işaret etmektedir. Ancak hekimler, Türkiye'nin sağlık otoritesine yeterince güven duymamaktadırlar. Çünkü hekimler, sağlık otoritesinin konu hakkında bırakın “sıfır tolerans” göstermeyi, aksine sorunun bir parçası olduğunu düşünmektedir. Güvenlik ve cezai yaptırım konusunda görüş belirten hekimlerin yaklaşımları aşağıda sunulmuştur:

- *“Hastanede ve acilde özel eğitilmiş güvenlik elemanlarının bulunması sağlanmalı”*
- *“Şiddet uygulayana adli cezalar verildiğinin duyurulması gerekli”*
- *“Şiddetin önlenmesinde önce sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması zorunlu”*
- *“Sağlık çalışanına yapılan sözlü ve fiziki saldırı yapanın yanına kâr kalmamalı”*
- *“Özellikle personel kaynaklı sorunlarda cezai uygulanmanın tam olarak yapılması, ‘bu defa af ederim’ denmemesi”*
- *“Güvenliğin sağlanması, idarenin çalışanlara destek çıkması”*
- *“Şiddete maruz kalan kişilerin şikayetçi olmaya teşvik edilmesi”*
- *“Çalışan personele güvenlik eğitimi verilmesi”*
- *“Devriye ekiplerin özellikle geceleri uğraması”*
- *“Sağlık bakanı ve medya tarafından hekimleri hedef gösteren yayınlara son verilmeli”*

Çalışmaya katılan hekimlerin şiddetin önlenmesi konusundaki bir diğer önerisi de, sağlık çalışanlarına karşı medyanın sergilediği olumsuz tutumdur. Bu kapsamda tarafımızca yürütülen çalışma benzeri araştırmaların yaygınlaşması, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin boyutu, nedenleri ve sonuçlarını ortaya koyma ve kamuoyunu etkileme olanağı yaratmaktadır. Hekimlerin konu hakkındaki kimi önerileri aşağıda verilmiştir:

- *“Yaygın medya kullanılarak vatandaş eğitimine yönelik TTB çalışmalar başlatmalı”*
- *“TV’lerde şiddetin azaltılması gerekli”*
- *“Sağlık çalışanları ile ilgili olumsuz yayınlar, iftiralar önlenmeli”*
- *“Medyadaki hekim düşmanı yayınlar konusunda işlem yapılmalı”*
- *“Medya tarafsız olmalı”*
- *“Medya halkı sağlık sistemi ve uygulamalar konusunda doğru ve gerçekçi bilgilendirilmeli”*
- *“Medya sağlık sistemi ve sağlık çalışanları ile ilgili doğru bilgi aktarması ve sorunun sağlık sisteminden kaynaklandığını ifade ederek toplu bilinçlendirme yapmalı”*
- *“Medya ve politika elini sağlık çalışanlardan çekmeli”*

Hekimler çalışmamızda kendilerine yönelen şiddet eylemleri için etkin bir meslek örgütünü aşağıdaki şu cümlelerle talep etmektedirler:

- *“Medya aracılığıyla doktorların çalışma koşulları eğitim süreçleri anlatılmalı, bunun karşılığında aldıkları ücret gösterilmeli, yanı sıra bir çok insanın elini bulaştırmadığı işleri nasıl büyük özveriyle yaptıkları gösterilmeli. Kısaca bu mesleğin kolay meslek olmadığı, TV dizisindeki (gibi) doktorların lay lay lom olmadığı anlatılmalı”*
- *“İlgili makamların yerel ve ulusal basında halka bilgi ve eğitim vermesi”*
- *“Medyada özellikle hekim hakları vurgulanmalı ve TTB, müdahale ile olayları hukuki zeminde takip etmeli”*
- *“Tabip odasının hekimin hakkını savunmadığını düşünüyorum. Çözümüne yönelik alternatif ve etkin olmalı”*
- *“Toplumsal siyasetçilik muhalefet ilişkisi yerine işbirliği tercih edilmeli, sorunlarımıza çözüm aranmalı”*

Yukarıdaki satırlardan da açıklıkla görüleceği üzere, Türk Tabipleri Birliği’nden beklenen, sağlıkta yaşanan sorunların ve şiddet eylemlerinin nedenlerini kamuoyu ile günümüzün modern iletişim araçlarını da kullanarak paylaşmasıdır. Araştırmalar, raporlar, toplantılar, kampanyalar, görsel ve işitsel medya kullanılarak etkin bir halkla ilişkiler faaliyeti yürütmelidir. Ancak kanatımız odur ki, tüm iyi niyetli çabaya karşılık, Türkiye’nin demokratik düzeyinin de var ettiği sorunlar nedeniyle Türk Tabipleri Birliği, üyelerinin talep ettiği bu boşluğu hakkı ile dolduramamaktadır.

Ancak, çalışmaya katılan ve etkin bir meslek örgütünü talep eden hekimlerin de konu hakkında ne kadar katkı sunduğu tartışmalıdır. Bununla birlikte, Türkiye’de sağlık çalışanları yaşanan şiddet eylemleri karşısında kendilerini yalnız hissetmekte ve örgütlerinden yeterli destek alamamaktan yakınmaktadır.

Çalışmaya katılan hekimler, hasta ile etkin iletişim eksikliğini giderilmesi yönünde de çalışmalar yapılması gereğine vurgu yapmaktadır. Nitekim Türkiye’de bugün sürdürülen tıp eğitimi, hekimlerin iletişim becerilerine ciddi katkı sunmamakta ve hekimliği salt teknik bir noktaya indirgemektedir. Oysa bir hekimin teorik bilgi birikimine felsefe, sosyoloji, halkla ilişkiler gibi beşeri disiplinlerin önemli oranda katkı yapması zorunludur. Bir başka ifadeyle, küresel çapta yaşanan sağlıkta dönüşüm ile uyumlu biçimde sadece hastalığa odaklanan, hastayı tedavi edilecek bir biyolojik organizmadan ibaret gören, insanı sosyal varlık olarak insani veçhelerini gözardı ederek nesneleştiren bir tıp eğitimi yaklaşımı terk edilmelidir. Bu bağlamda, mezuniyet öncesi ve sonrası hekimlere hasta ile etkin iletişim becerileri sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir.

Çalışmaya katılan hekimlerin şiddetin önlenmesi konusunda dile getirdiği diğer hususlar, statü yitimi, sağlık politikaları, piyasalaşan sağlık sistemi, yetersiz özlük hakları ve içeriği boşaltılmış hasta haklarıdır. Farklı başlıklar altında ifade edilen bu konuların tümü, aslında sağlık alanının liberalleşmesinin bir sonucudur. Ekonomik liberalleşme dalgası bir yandan sağlığı alınıp satılır bir meta haline getirirken, diğer yandan sağlık hizmetini sunanları da bir girişimci gibi, sürekli kârını maksimize etmeyi önceleyen bir “esnaf”a indirgemektedir. Bu yapı, hekimlerin hastaların sağlık sorunlarının aciliyetine göre değil de, onun ekonomik gücüne göre yaklaşması gerektiğini talep ettiği için hasta-hekim ilişkisinin temelini sarsmaktadır. Öte yandan, benzer bir dönüşüm geçirerek para kazanmayı öncelikli amaç olarak tanımlayan “sağlık işletmeleri” de, hasta haklarını müşteri menfaatine indirgemekte ve asıl bağlamından koparmaktadır. Yaşanan bu süreç hekimlerin toplum nezdinde statü ve saygınlığında aşınmaya yol açmaktadır. Unutulmamalıdır ki, piyasa adaletinin egemen olduğu bir sistemde kişinin değeri onun sahip olduğu paranın miktarı ile belirlenir. Oysa, insan sadece ekonomik mübadelede bulunan “homo-economicus” değildir. Bu nedenle hekimliğin toplumsal saygınlığının yeniden tesisi ve hekim-hasta haklarının içeriğinin anlamını yitirmeden layıkıyla doldurulması, ancak İnsan Hakları

Evrensel Beyannemesi'nde de tanımlandığı üzere, tüm topluma sağlık hakkının kamusal güvence altına alınması ile mümkündür.

KAYNAKÇA

- 1) Krug EG, et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 2) ILO, Encyclopaedia of occupational safety and health, Geneva, ILO, 1983.
- 3) Yeşildal N, Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4: 280-302.
- 4) Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev 2001; 48: 129-30.
- 5) Salminen S. Violence in the workplaces in Finland. J Safety Res 1997; 3: 123-31.
- 6) Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ 1999; 161: 1245-8.
- 7) The University of Iowa, Workplace violence. A report to the nation (February 2001). <http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/NATION.PDF> (Erişim Tarihi; 13/04/2008).
- 8) Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999; 14: 420-5.
- 9) Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2001; 5: 1-9.
- 10) Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri. Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2003; 16: 44-51.
- 11) Piyal B, Kaya M, Celen U. Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey). AJCI 2007; 1: 1-6.
- 12) Ayrancı U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. J Emerg Med 2005; 28: 361-5.
- 13) Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 147-54.
- 14) Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, ve ark. AİBÜ tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4: 55-66.

- 15) Avşar F, Kadın hastalıkları ve doğum hekimine karşı şiddet.
<http://www.medicalnetwork.com.tr/2003/konu.asp?goster=1&Metin=621>
(Erişim Tarihi; 12/04/2008).
- 16) Boz B, Acar K, Ergin A, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23: 364-9.
- 17) Ağkoç S. İstanbul tıp fakültesi tıpta uzmanlık öğrencileri üzerinde bir çalışma. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, 2005.
- 18) Yıldırım A, Yıldırım D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1444-53.
- 19) Aydın N, Coşkun F, Balcı Ö, ve ark. Gaziantep üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlilerinin iş ortamına ilişkin değerlendirme ve beklentileri. *Sendrom* 2007; 19: 71-4.
- 20) Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ* 1991; 302: 329-32.
- 21) Early MR, Williams RA. Emergency nurses' experience with violence: does it affect nursing care of battered women? *J Emerg Nurs* 2002; 28: 199-204.
- 22) Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002; 324 : 878-9.
- 23) Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, et al. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 469-78.
- 24) Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2003; 63: 311-21.
- 25) Tolhurst H, Baker L, Murray G, et al. Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust J Rural Health* 2003; 11: 231-6.
- 26) Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004; 61: 495-503.
- 27) Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* 2004; 13: 3-10.
- 28) Findorff MJ, McGovern PM, Wall M, et al. Risk factors for work related violence in a health care organization. *Inj Prev* 2004; 10: 296-302.

- 29) Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, et al. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. Ann Emerg Med 2005; 46: 142-7.
- 30) Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Serv Res 2005; 5: 54.
- 31) British Medical Association, Violence in the workplace - the experience of doctors in Great Britain, 2008.
<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violence08> (Erişim Tarihi; 12/04/2008).
- 32) Wang PX, Wang MZ, Hu GX, Wang ZM. Study on the relationship between workplace violence and work ability among health care professionals in Shangqiu City. Wei Sheng Yan Jiu 2006; 35: 472-4.
- 33) Ankara Tabip Odası, Hekimlere-Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, Mart 2008.
- 34) Arendth H. şiddet zerine. Cogito 1996; 6-7: 7-21.
- 35) nsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. Cogito 1996; 6-7: 29-39.
- 36) Keskin F. Foucault'da şiddet ve iktidar. Cogito 1996; 6-7: 117-122.
- 37) Erten Y, Ardalı C. Saldırganlık, şiddet ve terörün psikosoyal yapılar. Cogito 1996; 6-7: 143-63.
- 38) Karaaslan M, Boyraz A, Yalçın S, Tekşam . Yazılı medyada şiddet: bir gazetede içerik analizi ve şiddeti nleme platformu nerileri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007; 16: 100-4.
- 39) T.C. Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu. Türkiye'de televizyon ve aile. Ankara: Bizim Büro Basımevi, 1995.
- 40) Kaptanoğlu C. Psikodinamik açıdan siyasal şiddet. Toplum ve Hekim 2002; 17: 66-8.
- 41) Serinken M, ımrın AH, Ergr A, ve ark. Tükenme sendromu ve acil servis hekimleri. Toplum ve Hekim 2002; 17: 358-65.
- 42) Sünter AT, Canbaz S, Dabak ř, ve ark. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve işe doyumunu düzeyleri. Genel Tıp Derg 2006; 16: 9-14.
- 43) Mollaoğlu M, Yılmaz M, Kars T. Hemşirlerde tükenmişlik (burnout) sendromu. Toplum ve Hekim 2003; 18: 288-92.
- 44) Serinken M, Ergr A, ımrın AH, Ersoy G. İzmir ilindeki acil servis hekimlerinin tükenme düzeyleri. Toplum ve Hekim 2003; 18: 293-9.

- 45) Demir A. Hemşirelerin alışma ortamlarında stres oluşturan faktörlerin irdelenmesi. Toplum ve Hekim 2003; 18: 300-7.
- 46) Binbay T, Kaya B. Özelleştirmeler, sağlık çalışanları ve piskososyal etmenler. Toplum ve Hekim 2006; 21: 189-93.
- 47) TTB-MSG, Esnek istihdam ve sağlık. Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2006; 28: 6-9.
- 48) Demiral Y. Sağlık alışanlarında iş gerilimi, iş doyumunu ve mesleki riskler. Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2006; 28: 35-40.
- 49) Sennett R. Karakter aşınması -yeni kapitalizmde işin kişilik üzerindeki etkileri-, Ayrıntı Yayınları, 2002.

EK-1

ANKET FORMU

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET VE HEKİMLERİN ŞİDDET ALGISI

GAZİANTEP-KİLİS TABİPLER ODASI

Bu çalışma, Gaziantep Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. E. Baki Adaş'ın akademik danışmanlığında yürütülmektedir.

BÖLÜM I: DEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA HAYATINA DAİR BİLGİLER				
S.1.	CİNSİYETİNİZ?			
	KADIN	1	ERKEK	2
S.2.	YAŞINIZ?			
S.3.	LÜTFEN GÖREV YAPTIĞINIZ KURUMU BELİRTİR MİSİNİZ?			
	ÜNİVERSİTE HASTANESİ	1	ÖZEL HASTANE	4
	DEVLET HASTANESİ	2	ÖZEL KLİNİK/DAL MERKEZİ	5
	SAĞLIK OCAĞI	3		
S.4.	GÖREV YAPTIĞINIZ KURUMUN YERİ?			
	GAZİANTEP MERKEZ	1	GAZİANTEP-TAŞRA	3
	KİLİS MERKEZ	2	KİLİS -TAŞRA	4
S.5.	SAĞLIK KURUMUNDAKİ GÖREVİNİZ?			
	PRATİSYEN HEKİM	1		
	UZMAN HEKİM	2		
S.6.	(VARSA) AKADEMİK KARIYERİNİZİ BELİRTİR MİSİNİZ?			
	PROFESÖR	1	YRD. DOÇENT	3
	DOÇENT	2		
S.7.	(VARSA) UZMANLIK ALANINIZ NEDİR?			
S.8.	GÜNLÜK ORTALAMA BAKTIĞINIZ HASTA SAYISI?			
S.9.	BİR HAFTADA ORTALAMA KAÇ SAAT ÇALIŞIYORSUNUZ?			
S.10.	MESAI-DIŞI HAFTADA KAMU + ÖZEL TOPLAM KAÇ SAAT NÖBET TUTUYORSUNUZ?			
S.11.	PART-TIME ÇALIŞIYOR MUSUNUZ?			
	EVET	1		
	HAYIR	2		
S.12.	MESLEĞİNİZDE KAÇINCI YILINIZ?			
S.13.	ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDA KAÇ YILDAN BERİDİR GÖREV YAPIYOR SUNUZ?			
II. BÖLÜM: İŞYERİNDE ŞİDDET VE ŞİDDET ALGISI				
S.14.	SON BİR YILDA TOPLUMDA ŞİDDET OLAYLARINDA SİZCE BİR ARTIŞ VAR MI?			
	EVET	1	HAYIR	2
S.15.	SON BİR YILDA SAĞLIKTA ŞİDDET OLAYLARINDA BİR ARTIŞ GÖZLEMLİYOR MUSUNUZ?			
	EVET	1	HAYIR	2
S.16.	SON BİR YILDA GÖREV YAPTIĞINIZ KURUMDA ŞİDDET OLAYLARINDA BİR ARTIŞ VAR MI?			
	EVET	1	HAYIR	2

S.17	SON YILLARDA ÜLKEMİZDE ŞİDDETİN YAYGINLAŞTIĞI FİKRİNE KATILYOR MUSUNUZ?			
	KESİNLİKLE KATILYORUM	1		
	KATILYORUM	2		
	KATILMIYORUM	3	19. SORUYA GEÇİNİZ.	
	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	4		
	BİLMİYORUM/FİKRİM YOK	5		
S.18	[DİKKAT: 1 VEYA 2 YANITINI İŞARETLEDİYSENİZ] TOPLUMDA ŞİDDETİN YAYGINLAŞMASINI SİZ NEYE BAĞLIYORSUNUZ?			
S.19	SON BİR YILDA ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDA SİZİN TANIK OLDUĞUNUZ ŞİDDET İÇEREN VAKA YAŞANDI MI?			
	Evet	1		
	HAYIR	2	21. SORUYA GEÇİNİZ.	
S.20	KAÇ KEZ BÖYLE BİR VAKAYA TANIK OLDUNUZ?			
S.21	SON BİR YIL İÇİNDE SİZ İŞYERİNİZDE HIÇ ŞİDDETE MARUZ KALDINIZ MI?			
	HIÇ KALMADIM	1		
	1-3 KEZ	2		
	4-6 KEZ	3		
	7-10 KEZ	4		
	10 VE ÜZERİ	5		
S.22	MESLEK HAYATINIZ BOYUNCA HIÇ İŞYERİNİZDE ŞİDDETE MARUZ KALDINIZ MI?			
	HIÇ KALMADIM	1	32 . SORUYA GEÇİNİZ.	
	1-3 KEZ	2		
	4-6 KEZ	3		
	7-10 KEZ	4		
	10 VE ÜZERİ	5		
S.23	MARUZ KALDIĞINIZ ŞİDDETİ TARİF EDER MİSİNİZ? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)			
	TOKAT, YUMRUK VS.	1	TEHDİT	4
	ALETLE SALDIRI (BIÇAK, SİLAH VS.)	2	CİNSEL TACİZ	5
	KÜFÜR, HAKARET, TÜKÜRME	3	DİĞER (BELİRTİNİZ)	6
S.24	ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ YERİ BELİRTİR MİSİNİZ? ? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)			
	KENDİ ODAM	1	HASTANIN EVİ	5
	HASTA BEKLEME SALONU	2	KLİNİK/YATAKLI SERVİS	6
	HASTANE KORİDORU	3	ACIL SERVİS	7
	HASTANE BAHÇESİ	4	DİĞER	8
S.25	ŞİDDETE MARUZ KALDIĞINIZ ZAMANI BELİRTİR MİSİNİZ? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)			
	MESAİ SAATİNDE GÜNDÜZ	1	NÖBET ESNASINDA AKŞAM	3
	MESAİ SAAT DIŞINDA	2	NÖBET ESNASINDA GECE	4
S.26	ŞİDDETE BAŞVURAN KİŞİ YA DA KİŞİLER KİMLERDİ? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.)			
	HASTA	1		
	HASTA YAKINI/YAKINLARI	2		
	İDARE	3		
	SAĞLIK ÇALIŞANI	4		

S.27	ŞİDDETE BAŞVURANLARIN CİNSİYETİNİ DÜŞÜNDÜĞÜNÜZDE DAHA ÇOK KİMLERDİ?				
	TÜMÜ ERKEK	1	ÇOĞUNLUKLA ERKEK	3	
	TÜMÜ KADIN	2	ÇOĞUNLUKLA KADIN	4	
S.28	KİŞİNİN ŞİDDETE BAŞVURMASININ SİZCE NEDENİ NEYDİ? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)				
	TEDAVIDEN MEMNUNİYETSİZLİK	1	ALKOL/ILAÇ ETKİSİ ALTINDA	5	
	GEÇİKME, BEKLEME NEDENİYLE	2	MEDYADA HEKİM KARŞITI YAYIN	6	
	KÖTÜ HABER ALMAK	3	ILAÇ, YATAK, CİHAZ VS. GİBİ KURUM YETERSİZLİKLERİ	7	
	İHMAL EDİLME DÜŞÜNCESİ	4	UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI	8	
	DİĞER (BELİRTİNİZ)	9			
S.29	SİZCE GÜNÜN HANGİ SAATİNDE ŞİDDETE MARUZ KALMA RİSKİ DAHA FAZLA?				
	MESAİ SAATİNDE GÜNDÜZ	1	NÖBET ESNASINDA GECE	3	
	NÖBET SIRASINDA AKŞAM	2	MESAİ BİTİMİ	4	
S.30	SİZE UYGULANAN ŞİDDET KONUSUNDA ŞİKAYETTE BULUNDUNUZ MU?				
	EVET	1			
	HAYIR	2			32.SORUYA GEÇİNİZ.
S.31	ŞİKAYETİNİZ KONUSUNDA NE TÜR İŞLEM YAPILDI?				
	HASTA TABURCU EDİLDİ	1	ÖZÜR-UZLAŞTIRMA	3	
	GÜVENLİK MARİFETİYLE SALDIRGAN UZAKLAŞTIRILDI.	2	MAHKEME	4	
	DİĞER (BELİRTİNİZ)	5			
S.32	SİZCE HASTALARIN ŞİDDETE BAŞVURMASI İLE EĞİTİM VE GELİR DÜZEYLERİ ARASINDA BİR İLİŞKİ VAR MI?				
	EVET	1			
	HAYIR	2			
	AŞAĞIDAKİ ÖNERMELERE KATILIP KATILMADIĞINIZI BELİRTİR MİSİNİZ?				
S.33	DÜŞÜK GELİR GRUBUNDAN GELEN HASTA VEYA HASTA YAKINLARI DAHA ÇOK ŞİDDETE BAŞVURMA EĞİLİMİNDEDİR.				
	KATILYORUM	1			
	KATILMIYORUM	2			
S.34	ORTA GELİR GRUBUNDAN GELEN HASTA VEYA HASTA YAKINLARI DAHA ÇOK ŞİDDETE BAŞVURMA EĞİLİMİNDEDİR.				
	KATILYORUM	1			
	KATILMIYORUM	2			
S.35	YÜKSEK GELİR GRUBUNDAN GELEN HASTA VEYA HASTA YAKINLARI DAHA ÇOK ŞİDDETE BAŞVURMA EĞİLİMİNDEDİR.				
	KATILYORUM	1			
	KATILMIYORUM	2			
S.36	EĞİTİMİ DÜŞÜK HASTA VEYA HASTA YAKINLARI DAHA ÇOK ŞİDDETE BAŞVURMA EĞİLİMİNDEDİR.				
	KATILYORUM	1			
	KATILMIYORUM	2			
S.37	EĞİTİMİ YÜKSEK HASTA VEYA HASTA YAKINLARI DAHA ÇOK ŞİDDETE BAŞVURMA EĞİLİMİNDEDİR.				
	KATILYORUM	1			
	KATILMIYORUM	2			
S.38	SON YILLARDA DOKTORLARIN TOPLUMDA SAYGINLIĞI AZALDI.				
	KATILYORUM	1			
	KATILMIYORUM	2			

S.39	SİZCE ÇALIŞTIĞINIZ KURUM YÖNETİMİ GÜVENLİĞİNİZ KONUSUNDA GEREKLİ ÖNLEMLERİ ALIYOR MU?											
	EVET			1								
	HAYIR			2								
S.40	ÇALIŞTIĞINIZ KURUMU GÜVENLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRSENİZ KAÇ PUAN VERİRSİNİZ?											
	KÖTÜ			ORTA			ÇOK İYİ					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
S.41	KURUMUNUZ ÇALIŞANLARINA GÜVENLİK EĞİTİMİ VERİYOR MU?											
	EVET			1								
	HAYIR			2								
S.42	KURUMUNUZDA İŞYERİ HEKİMLİĞİ VAR MI?											
	EVET			1								
	HAYIR			2								
S.43	SİZCE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA DÖNÜK ŞİDDETİN ÖNLENMESİ İÇİN NELER YAPILMALI?											