

## ARAŞTIRMA

# HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDET ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Emin ADAŞ\*, Osman ELBEK\*\*

### GİRİŞ

Türkiye toplumu ciddi bir şiddet sarmalının içinden geçmektedir. Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaşlar, ülkemizde yaşanan etnik ve dinsel kaynaklı gerilim ve çatışma, son yıllarda gelir dağılımında ortaya çıkan derin eşitsizlik, yoksullaşma, istihdam sorunları, büyük kentlerdeki suç oranlarında artış ve bunların sonucunda toplumsal kesimler arasında ortaya çıkan derin güvensizlik gibi birçok etkenin bileşimi olarak yaygınlaşan şiddet ortamı gündelik hayatın birçok alanını etkilemektedir.

Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık alanını da etkilemektedir. Son birkaç yılda saldırıya uğrayarak ölen ya da yaralanan doktorların sayısındaki artış ve üniversite hastaneleri gibi daha önce oldukça seyrek olarak görülen kimi yerlerde de sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları kaygı verici niteliktedir. Sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri özellikle son dönemlerde uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı sonrasında doruğa çıkmış görünmektedir. Verimlilik, rekabet, karlılık, performans ücretlendirilmesi vs. gibi iktisadi kavramlar ekseninde yürütülen sağlık tartışmalarının işaret ettiği piyasa eksenli yapılandırma, sağlık alanında ciddi bir farklılaşmayı (kamu-özel ayrışması, "kamu içinde özel" sağlık uygulamaları vs.) beraberinde getirmekte ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliği ve toplumsal sınıflar arasında eşitsizlik algısını güçlendirmektedir.

Sağlık alanı toplumsal süreçlerin bir parçasıdır ve bu süreçlerden bağımsız düşünülemez. Bununla birlikte, sağlık alanında yaşanan şiddetin kendine özgü dinamik ve özellikleri olduğu belirtilmelidir. Bu çalışma hekimlere yönelik şiddet olgusunu Gaziantep ve Kilis'te yürütülen saha çalışması verileri bağlamında incelemektedir. Çalışma, sağlık kurumlarında hekimlere dönük yaşanan şiddetin boyutunu, niteliğini ve şiddete etki eden faktörleri ayrıntılı bir biçimde ele almaktadır.

Şiddet çok boyutlu bir kavramdır. Şiddetin bütün somut görünüşlerini kapsayacak ve tüketecek bir kavramsallaştırma yapmak oldukça güçtür. Şiddet, geldiği kaynağa, alta yatan motive, niteliğine ve bağlamına göre farklı biçimlerde tanımlanabilir. 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 (Krug, 2002). Bir başka sınıflandırma işyerinde yaşanan şiddeti dört "ideal tip" çerçevesinde tanımlamaktadır (The University of Iowa, 2001). Bu tanımlamaya göre, birinci tip, "suça niyet ederek şiddete başvurma,"; ikinci tip, "tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet"; üçüncü tip, "çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet"; dördüncü tip ise, "kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet" olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık çalışanlarının bu sınıflandırma çerçevesinde dört tip şiddet biçimine de maruz kalabilme olasılığı olsa da, ikinci ve üçüncü tip şiddet biçimlerinin daha sık karşılaştıkları biçimler olduğu söylenebilir. Bu çalışma kapsamında şiddet kavramı, çalışma hayatı içindeki fiilin nitelikleri göz önünde bulundurularak, sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet olarak ikili bir kavramsallaştırma ekseninde tanımlanmıştır. Operasyonel olarak, sözel/psikolojik şiddet kişinin değerlerine ve bütünlüğüne dönük yapılan hakaret, küfür, bağırma ve tehdit gibi fiilleri içerirken; fiziksel şiddet güç kullanımını içeren dayak, yumruk, aletle saldırı gibi kişinin bedensel bütünlüğüne yönelen saldırı ve fiiller olarak tanımlanmıştır.

\*Dr., Gaziantep Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü

\*\*Dr., Gaziantep Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

### ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ VE VERİLER

Çalışma Gaziantep-Kilis Tabipler Odası'na (GKTO) üye hekimlere uygulanan anketten elde edilen verilere dayanmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hekimler, istatistik 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 belirlenmiş 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 yanıtlanma oranı (response rate) %89,6'dır. Benzeri çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu oranın oldukça yüksek ve başarılı bir oran olduğu kaydedilmelidir.

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 eklenen 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 1'de görüldüğü üzere, örnekleme yer alan kadın hekimlerin

Tablo 1. Hekimlerin demografik ve mesleki özellikleri

	Sayı	%
<b>Cinsiyet (n= 209)</b>		
Kadın	46	22,0
Erkek	163	78,0
<b>Yaş (n= 209)</b>		
< 30	20	9,6
31-40	90	43,1
41-50	67	32,1
> 51	32	15,3
<b>Kurumun bulunduğu yer (n= 208)</b>		
Gaziantep merkez	195	93,8
Gaziantep taşra	8	3,8
Kilis merkez	5	2,4
<b>Sağlık kurumlarına göre dağılımı (n=209)</b>		
Üniversite hastanesi	47	22,5
Devlet hastanesi	67	32,1
Sağlık ocağı	28	13,4
Özel hastane	42	20,1
Özel klinik/dal	19	9,1
Diğer*	6	2,9
<b>Kurumdaki görevi</b>		
Pratisyen hekim	80	38,3
Uzman hekim	129	61,7
Cerrahi	62	49,6
Dahili	54	43,2
Temel tıp	9	7,2
<b>Meslekte çalışma süresi (yıl)</b>		
< 10	58	27,8
11-20	94	45,0
> 21	57	27,3
<b>Kurumda çalışma süresi (yıl)</b>		
< 5	121	59,6
6-10	46	22,7
> 11	36	17,7

\*Kurum hekimliği yapan ve emekli olan hekimleri kapsamaktadır.

oranı %22,0 iken, erkeklerin oranı %78,0'dır. Örneklemde ortaya çıkan erkek lehine dengesiz dağılım bölgede görev yapan ve tabipler odasına kayıtlı hekimlerin cinsiyet kompozisyonundaki durumun bir sonucudur. GKTO üye kayıt verilerine göre, odaya kayıtlı üyelerin %79,2'si erkek hekimlerden, %20,8'i ise kadın hekimlerden oluşmaktadır. Yaş kompozisyonu açısından bakıldığında, örneklemi oluşturan hekimlerin yaşları 26 ile 68 arasında değişmektedir. Hekimlerin yaş ortalaması 41,6±9,0'dur. En büyük grubu %43,1 ile 31-40 yaş oluşturmaktadır. 30 yaşın altında bulunan hekimlerin oranı %9,6, 51 yaşın üstünde bulunan hekimlerin oranı ise %15,3'tür. Hekimlerin görev yaptıkları bölgenin dağılımı Tablo 1'de 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. Kilis'te görev yapan hekimlerin oranı %2,4'tür.

#### Kurum ve Uzmanlık Alanları

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 olup, bu grubun oranı %29,2'dir. Hekimlerin bu kurumlardaki görevleri değerlendirildiğinde, yarıdan fazlasını uzman hekimler oluşturmaktadır. Pratisyen hekim olarak görev yapan hekimlerin oranı %38,3'dür. Uzman hekimlerin tıp dal alanlarına göre dağılımına bakıldığında ise, hekimlerin %49,6'sı cerrahi alanlardan, %43,2'si dahili alanlardan ve %7,2'si ise temel tıp alanlarından gelmektedir.

#### Çalışma Hayatı ve Çalışma Koşulları

Bölgede çalışan hekimlerin meslekte bulunma süresi ortalama 16,5±8,9 yıldır. Hekimlerin %45,0'ı 11-20 yıl arasında, %27,8'i 10 yıldan az bir süre ve %27,3'ü 20 yılın üzerinde meslekte görev yapmışlardır (Tablo 1). Buna karşılık, çalıştıkları kurumdaki görev süresi dikkate alındığında, hekimlerin ortalama çalışma süresi 5,8±5,2 yıl olarak görülmektedir. Tablo 1'de görüldüğü gibi, hekimlerin %59,6'sı 5 yıldan az bir süredir halen buldukları kurumda görev yapmaktadır. Buna karşılık, 10 yıl üzerinde aynı kurumda görev yapan hekimlerin oranı ise %17,7'dir. Çalışma süresi ile kurumda hizmet süreleri karşılaştırıldığında, özellikle ortanca değer dikkate alındığında (ortanca değer= 4,0 yıl), bölgede görev yapan hekimler arasında kurum ve/veya yer değiştirme eğiliminin oldukça yüksek olduğu söylenebilir. 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 son yıllarda kamudan özel sağlık kuruluşlarına doğru olan bir yönelimi göstermektedir.

Tablo 2'nin verileri dikkate alındığında Türkiye'de olduğu gibi, bölgedeki hekimlerin de oldukça yüksek bir hasta yoğunluğu ve mesai içinde çalıştıkları görülebilir. Hekimlerin ortalama haftalık çalışma süresi 48,2±13,8 (13-100) saat olarak gerçekleşmektedir. Hekimlerin %55,9'u 21 ile 45 saat arasında, %32,7'si 46 ile 60 saat arasında, %10,9'u ise 60 saatin üzerinde çalışmaktadır. Diğer taraftan, haftalık nöbet süreleri değerlendirildiğinde, hekimler, normal mesailerine ek olarak ortalama haftada 28,22±21,31 (ortanca değer=24, min=1, max=88) saatlik nöbet tutmaktadır. Tablo 2'de görüldüğü üzere, hekimlerin %61'i haftalık 30'a varan, %39'a yakın bir bölümü ise 30

Tablo 2. Haftalık çalışma, nöbet süreleri ve günlük hasta/tetkik sayısı

	Sayı	%
<b>Haftalık ortalama çalışma saati (n=202)</b>		
< 20	1	0,5
21-45	113	55,9
46-60	66	32,7
> 61	22	10,9
<b>Haftalık ortalama nöbet saati (n=202)</b>		
< 15	20	27,8
16-30	24	33,3
31-45	15	20,8
> 46	13	18,1
<b>Günlük ortalama hasta/ tetkik sayısı (n=203)</b>		
< 20	58	28,6
21-40	41	20,2
41-60	45	22,2
> 61	59	29,1
<b>Yarı zamanlı çalışma (n=206)</b>		
Evet	46	22,3
Hayır	160	77,7

saatin üzerinde haftalık nöbet tuttuklarını ifade etmektedir. Ayrıca, örneklem içinde yer alan her beş hekimden birisi (%22) yarı zamanlı olarak çalışmaktadır.

Hasta veya tetkik sayısı açısından bakıldığında hekim başına günlük ortalama hasta/tetkik sayısı  $59,07 \pm 79,55$  (ortanca değer=45, min=0, max=100) olduğu görülmektedir. Hekimlerin %28,6'sı 20'den az, %20,2'si 21 ile 40 arasında, %22,2'si 41 ile 60 arasında, %29,1'i 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 3). Özel sağlık kurumlarında günlük ortalama hasta/tetkik sayısı 35 iken kamu sağlık kurumlarında bu değer iki katıdır. Buna karşılık, bekleneceği üzere üniversite hastanesinde 20'dir. Buna göre, hekim başına ortalama hasta sayısının en yüksek olduğu sağlık kurumlarının, sırasıyla devlet hastaneleri ve sağlık ocakları olduğu görülmektedir. Buna karşılık, hekim başına günlük hasta yoğunluğunun en düşük olduğu kurum üniversitedir. 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'de uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programının bir sonucu olarak görülebilir.

**Tablo 3. Sağlık kurumu ile günlük hasta/tetkik sayısı\***

Çalıştığı sağlık kurumu	Günlük hasta / tetkik sayısı				Toplam
	< 20	21-40	41-60	> 61	
Üniversite hastanesi	28	10	5	3	46
	60,9%	21,7%	10,9%	6,5%	100,0%
	48,3%	24,4%	11,1%	5,1%	22,7%
Devlet hastanesi	7	6	22	31	66
	10,6%	9,1%	33,3%	47,0%	100,0%
	12,1%	14,6%	48,9%	52,5%	32,5%
Sağlık ocağı	3	3	5	17	28
	10,7%	10,7%	17,9%	60,7%	100,0%
	5,2%	7,3%	11,1%	28,8%	13,8%
Özel hastane	12	15	10	4	41
	29,3%	36,6%	24,4%	9,8%	100,0%
	20,7%	36,6%	22,2%	6,8%	20,2%
Özel klinik/dal	5	7	3	4	19
	26,3%	36,8%	15,8%	21,1%	100,0%
	8,6%	17,7%	6,7%	6,8%	20,2%
Diğer	3	--	--	--	3
	100,0%				100,0%
	5,2%				1,5%
Toplam	58	41	45	59	203
	28,6%	20,2%	22,2%	29,1%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*  $\chi^2 = 85,994$   $p < 0,001$

Öte yandan Tablo 3'ün verileri 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. Başka bir ifade ile birinci basamak sağlık kurumları olarak tanımlanan sağlık ocakları, hasta yoğunluğu açısından devlet hastanelerinin gerisine düşmüştür. Bu durum, halen yürürlükte olan sağlık sisteminin birinci basamaktan daha ziyade ikinci basamak ağırlıklı olduğunu göstermektedir.

### ŞİDDETİN NİTELİĞİ, BOYUTU VE ŞİDDET ALGISI Toplumda Şiddetin Artışı ve Nedenleri

Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. 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 %59 gibi yüksek bir oranı görev yaptıkları kurumda şiddetin arttığını belirtmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Toplumda ve sağlıkta şiddet artışı ve nedenleri

	Sayı	%
<b>Son bir yılda toplumda şiddetin artması</b>		
Evet	190	91,3
Hayır	18	8,7
<b>Son bir yılda sağlıkta şiddetin artması</b>		
Evet	188	90,0
Hayır	21	10,0
<b>Son bir yılda çalıştığı kurumda şiddetin artması</b>		
Evet	121	59,3
Hayır	83	40,7
<b>Şiddette artışın nedenleri*</b>		
Ekonomik nedenler	93	44,5
Eğitim/kültür sorunları	67	32,1
Medya	26	12,5
İnanç/değerlerde aşınma	19	9,0
Toplumsal hoşgörü eksikliği	14	6,7
Ülke yöneticileri	14	6,7
Otorite/hukuk boşluğu	8	3,9
Tüketim kültürü	5	2,4
Diğer	9	4,4

\*Her bir katılımcı birden fazla neden tanımlamıştır.

Toplumda şiddetin artış nedenleri sorulduğunda, hekimler en önemli nedenler arasında sırasıyla ekonomik kaynaklı sorunlar, toplumun eğitim ve kültür düzeyine bağlı nedenler, medya ve inanç / 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 4).

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 siyasilere 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 (Tablo 4).

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. Benzer biçimde, bölgemizde görev yapan hekimlerin de yaygın bir şiddet ile karşı karşıya oldukları görülmektedir. Aşağıdaki tablo bu durumu çarpıcı bir biçimde gözler önüne sermektedir (Tablo 5).

Hekimlere meslek hayatı boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda, her dört hekimden üçü en az bir kez olmak üzere şiddete 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 şiddet oranı, yukarıda vurguladığımız gibi, sağlık kurumlarında şiddetin yaygınlaşma eğilimini gözler önüne sermektedir. Zira her üç hekimden biri (%36,5) son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kaldığını dile getirmektedir.

Sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu ortaya koyan bir diğer gösterge ise, kişinin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek orandır. Hekimlerin işyerinde son bir yılda tanık oldukları ortalama şiddet sayısı

Tablo 5. Hekimlerin maruz kaldığı şiddet ve türleri

	Sayı	%
<b>Meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma</b>		
Hiç kalmadım	49	25,5
1-3 kez	92	47,9
4-6 kez	23	12,0
7-10 kez	6	3,1
10 ve üzeri	22	11,5
<b>Son bir yılda işyerinde şiddete maruz kalma</b>		
Hiç kalmadım	132	63,5
1-3 kez	59	28,4
4-6 kez	8	3,8
7-10 kez	4	1,9
10 ve üzeri	5	2,4
<b>Son bir yılda tanık olunan şiddet sayısı</b>		
< 5	100	70,4
6-10	17	12,0
> 11	25	17,6
<b>Maruz olunan şiddet türü</b>		
Sözel/psikolojik şiddet	57	39,9
Fiziki şiddet	3	2,1
Sözel & fiziki şiddet	83	58,0
<b>Şiddetin gerçekleştiği mekanlar</b>		
Muayene odası	26	18,2
Acil servis	26	18,2
Klinik	10	7,0
Bekleme salonu/koridor vs.	16	11,2
Çoklu ortam	51	42,7
Diğer	4	2,8
<b>Şiddetin gerçekleştiği zaman</b>		
Mesai saati	63	44,1
Nöbet esnasında	38	26,6
Mesai & nöbet sırasında	39	27,3
Mesai bitimi	--	--
Diğer	3	2,1
<b>Şiddet zaman risk algısı</b>		
Mesai saati	38	26,8
Nöbet esnasında	89	62,7
Mesai & nöbet sırasında	8	5,6
Mesai bitimi	7	4,9
Diğer	--	--

7,01±9,47'dir (ortanca değer=3, min=1, max=60). 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 beş veya beşten az şiddet olayına tanık olduğunu dile getirirken, %30'a yakın bir bölümü ise son bir yılda beşin üzerinde işyerinde şiddet olayına tanık olduğunu söylemektedir.

Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir. Soru formlarında ayrıntılı bir biçimde alınan şiddet içeren fiiller, niteliklerine göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet olarak yeniden gruplandırılmaya tabi

tutulmuştur. Buna göre, hekimlerin %58,0'ı hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir. Diğer yandan, sadece sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade eden hekimlerin oranı %39,9'dur. Sadece fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade eden hekimlerin oranı ise %2,1'dir. 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 salonları ve hastane koridorlarında, %7,0'ı 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 birçok mekanda şiddete maruz kaldıklarını ifade etmektedir.

Sağlık kurumunun içindeki 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. Burada deneyim ile algı arasında önemli bir farkın olduğu not edilmelidir. Çünkü gündüz mesai saatleri şiddete maruz kalmanın en yüksek olduğu çalışma periyodu olmasına rağmen, hekimler 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.

#### Şiddete Başvuran Kişilerin Kimliği ve Şiddete Başvurma Nedenleri

Tablo 6, şiddete başvuran kişileri ve bu kişilerin cinsiyetini göstermektedir. Buna göre, sağlık alanında yaşanan şiddetin en önemli aktörünün hasta yakınlarının olduğu görülmektedir. Hekimlerin %58,5'i hasta yakınlarından şiddet gördüklerini ifade etmektedir. Hastalardan hekimlere yönelik gelen şiddet ise %6,3'tür. Hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde, hekimlerin %86,6'sı bu iki gruptan gelen şiddete maruz kalmaktadır. Mevcut sağlık sisteminde

**Tablo 6. Şiddete başvuran kişilerin kimliği ve şiddete başvurma nedenleri**

	Sayı	%
<b>Şiddete başvuran kişi/kişiler</b>		
Hasta	9	6,3
Hasta yakınları	83	58,5
Hasta & hasta yakınları	31	21,8
İdare	10	7,0
Sağlık çalışanı	9	6,3
<b>Şiddete başvuranların cinsiyeti</b>		
Tümü erkek	40	28,2
Tümü kadın	2	1,4
Çoğunlukla erkek	92	64,8
Çoğunlukla kadın	8	5,6

Kişinin şiddete başvurma nedenleri*	Neden-1%	Neden-2 %	Neden-3 %	Toplam %
İhmal & tedavi memnuniyetsizliği	27,8	10,0	-	37,8
Kurum yetersizlikleri	24,4	6,7	-	31,1
Medyada hekim karşıtı yayın	7,2	14,8	9,6	31,6
Haksız istek/ilaç/alkol etkisi	5,7	7,7	4,8	18,2
Sağlık politikaları	3,3	5,7	9,1	18,1

\* Katılımcılar birden fazla neden belirtmiştir.

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 görülebilir. Dolayısıyla, hasta yakınlarının hastane içindeki ve tedavi sürecindeki rolünün azaltılması hekimlere dönük şiddete ciddi bir düşüşü beraberinde getirebilir. Diğer taraftan, hekimlerin %13 gibi azımsanmayacak bir bölümü ise hem sağlık çalışanlarından hem de hastane yönetiminden şiddet gördüklerini dile getirmektedir.

Şiddete başvuranlar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, şiddet uygulayanların ezici bir bölümünün erkeklerden oluştuğu görülmektedir. 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.

Hekimlere şiddete başvurma ile hastaların gelir durumu arasındaki ilişki sorulduğunda hekimlerin büyük bir çoğunluğu, hastaların gelir düzeyi arttıkça şiddete başvurma eğiliminin azaldığı yönünde bir görüş beyan etmektedir. Buna göre, "yoksul hasta ve hasta yakınları daha çok şiddete başvurmakta" önermesine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı %66,0, orta ve üst sınıf mensubu kişilerin daha çok şiddete başvurdukları fikrine olumlu görüş belirten hekimlerin oranı ise, sırasıyla %36,9 ve %28,6'dır. Hastanın eğitimi ile şiddete başvurma eğilimi arasındaki ilişki sorulduğunda, hekimlerin %87,0'ı düşük eğitimli hastaların daha çok şiddete başvurdukları fikrine katıldığını belirtirken, yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların şiddete başvurduklarını ifade eden hekimlerin oranı %18,4'tür. Hekimlerin, hastaların gelir ve eğitim ile şiddete başvurma eğilimi arasındaki ilişkiye dair yaptıkları gözlemden, 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 sosyoekonomik durumları arasında negatif bir etkileşimi gözler önüne sermektedir. Ancak, hekimlerin orta ve üst gelir grubuna mensup hasta ve hasta yakınlarına ilişkin gözlemleri, şiddete başvurma toplumsal sınıfları kesen bir özellik arz ettiğini göstermektedir.

Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında

Tablo 7. Güvenlik: kurumsal destek, bireysel tutum

	Sayı	%
<b>Kurumda yeterli güvenlik önlemi</b>		
Evet	67	32,4
Hayır	140	67,6
<b>Güvenlik eğitimi</b>		
Evet	30	14,8
Hayır	173	85,2
<b>İşyeri hekimliği</b>		
Evet	53	27,2
Hayır	142	72,8
<b>Şiddet konusunda şikâyetle bulunma</b>		
Evet	54	37,8
Hayır	89	62,2
<b>Şikâyet hakkında yapılan işlem</b>		
İşlem yapılmadı	13	23,6
Güvenlik tarafından uzaklaştırma	15	27,3
Özür dileme/uzlaşma	11	20,0
Adli işlem	13	23,6
Taburcu edildi	3	5,5

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 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, ülkede uygulanan sağlık politikalarının yol açtığı sorunların kendilerine şiddet olarak yansıtıldığını ifade etmektedir.

#### 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, bu konuda 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 %81,1'i kurumun güvenlik notunu orta ve ortanın altında bir yerde puanlamaktadır. Hekimlerin sadece %18,9'u çalıştığı kuruma 7 ve 7'nin üzerinde güvenlik notu vermektedir. Buna karşılık hekimlerin %40,3'ü, çalıştıkları kurumun güvenlik notunu "kötü"ye tekabül eden 3 ve altında bir yerde notlandırmaktadır.

Bölgedeki sağlık kurumlarının güvenlik açısından bir diğer önemli eksikliği, çalışanlarına güvenlik eğitim programları sunmamasıdır. Hekimlerin %85,2'si güvenlik

konusunda kurum tarafından herhangi bir eğitim verilmediğini dile getirmektedir. Hekimlerin sadece %14,8'i kurumun güvenlik konusunda bir bilgilendirme yaptığını belirtmektedir. Bilindiği gibi işyeri hekimliği kurumunun varlığı, kurumun çalışanlarının işyeri güvenliği konusundaki politikasının bir göstergesidir. Bu konuda da, bölgedeki sağlık kurumlarının karnesinin pek parlak olmadığını belirtmek gerekir. Zira hekimlerin %72,8'i çalıştıkları kurumda işyeri hekimliğinin olmadığını dile getirmekteyken, hekimlerin %27,2'si çalıştıkları kurumda işyeri hekimliğinin bulunduğunu belirtmektedir.

Diğer yandan, hekimlerin maruz kaldıkları şiddet karşısında kurumsal destek gibi bireysel girişimin de oldukça zayıf olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalan hekimlerin sadece 1/3'ü kendilerine yönelik şiddet konusunda şikâyetle bulduklarını belirtmektedir. Hekimlerin %62,2'si ise herhangi bir şikâyetle bulunmadıklarını ifade etmektedir. Şikâyet konusunda yapılan işlemler sorulduğunda, hekimlerin %23,6'sı şikâyetleri konusunda herhangi bir işlem yapılmadığını, %27,3'ü saldırganın güvenlik marifetiyle uzaklaştırıldığını, %20,0'ı ise özür dileme ve uzlaştırılma sonucunda sorunun kapatıldığını dile getirmektedir. Diğer taraftan, her beş şikâyetten birinin adli işleme konu olduğu bildirilmektedir.

#### TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Çalışmanın ortaya koyduğu bulgular sağlık alanında şiddet konusunda yaşanan vahim tabloyu gözler önüne sermektedir. Her dört hekimden üçü meslek hayatı boyunca en az bir kez olmak üzere şiddete maruz kalmıştır. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç ise, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğudur. Çünkü her üç hekimden biri son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kalmıştır. Öte yandan, sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu



Tablo 8. Son bir yılda şiddete maruz kalma ile ilişkili faktörler

Son bir yılda şiddete maruz kalma	Evet		Hayır		P
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Cinsiyete göre</b>					
Kadın	18	23,7	28	21,2	$X^2=0,17$ $p=0,679$
Erkek	58	76,3	104	78,8	
<b>Yaş gruplarına göre</b>					
< 30	13	17,1	6	4,5	$X^2=11,67$ $p=0,009$
31-40	35	46,1	55	41,7	
41-50	20	26,3	47	35,6	
> 51	8	10,5	24	18,2	
<b>Hasta/tetkik sayısı</b>					
< 20	15	20,3	42	32,8	$X^2=13,98$ $p=0,003$
21-40	11	14,9	30	23,4	
41-60	15	20,3	30	23,4	
> 61	33	44,6	26	20,3	
<b>Haftalık çalışma saati</b>					
< 20	1	1,4	-	-	$X^2=5,35$ $p=0,148$
21-45	40	54,1	73	57,5	
46-60	21	28,4	44	34,6	
> 61	12	16,2	10	7,9	
<b>Kurumda çalışma süresi</b>					
< 5	38	50,0	82	65,1	$X^2=9,09$ $p=0,011$
6-10	26	34,2	20	15,9	
> 11	12	15,8	24	19,0	
<b>Sağlık kurumları</b>					
Üniversite	18	24,7	29	22,5	$X^2=17,92$ $p=0,000$
Kamu	46	63,0	49	38,0	
Özel	9	12,3	51	39,5	
<b>Kurumun yeri</b>					
Gaziantep-merkez	69	90,8	125	95,4	$X^2=1,88$ $p=0,390$
Kilis-merkez	3	3,9	2	1,5	
Gaziantep-taşra	4	5,3	4	3,1	
<b>Kurum güvenlik notu</b>					
Kötü	45	59,2	38	29,5	$X^2=25,28$ $p=0,000$
Orta	28	36,8	55	42,6	
İyi	3	3,9	36	27,9	
<b>Kurumdaki görev</b>					
Pratisyen hekim	42	55,3	37	28,0	$X^2=15,18$ $p=0,000$
Uzman hekim	34	44,7	95	72,0	

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 şiddet içeren olaya tanık olduğunu belirtmiştir.

Konu hakkındaki uluslararası yazın incelendiğinde sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Örneğin, Finlandiya'da yapılan bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin, hapisane gardiyanları ve polislerin ardından en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır (Salminen, 1997). Benzer biçimde, Kanada'da 112 acil servis çalışanları üzerine yapılan bir çalışma, bu grubun sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan kesim olduğunu ortaya koymaktadır (Fernandes, 1999). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004 yılında yapılan bir başka çalışma ise, sözel/psikolojik şiddet başta olmak üzere, hekimlerin çalışma ortamında şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir (Kowalenko, 2005). Benzer bir şekilde, British Medical Association'ın hekimler üzerine yaptığı çalışma, hekimlere yönelen şiddette son yıllarda önemli bir artış olduğunu gözler önüne sermektedir (British Medical Association, 2008). Öte yandan Kuveyt, İsrail, Avustralya gibi birbirinden önemli kültürel ve ekonomik farklılıklar gösteren ülkelerde, şiddetin biçimi ve yaygınlığı farklılık arz etmekte birlikte, sağlık çalışanlarının son yıllarda şiddetle karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Adib, 2002; Carmi-Iluz, 2005; Tolhurst, 2003).

Türkiye'de sağlık çalışanları üzerine yapılan çalışmalar da sağlık sektöründe yaygın bir şiddetin yaşandığını ortaya koymaktadır (Ölmezoğlu, 1999; Öztunç, 2001; Piyal, 2002; Ayrancı, 2002; Alçelik, 2003; Avşar, 2003). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2002 verilerine göre 295,188 sağlık çalışanı bulunmaktadır (Yeşildal, 2005). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında maalesef gerçekçi

ve güvenilir resmi bir veri bulunmamaktadır. Ancak sınırlı sayıdaki çalışmalar, şiddet konusunda benzer bir tabloyu gözler önüne sermektedir. Örneğin, Ayrancı'nın acil servis çalışanları üzerine yaptığı çalışma, işyerinde şiddete maruz kalmanın oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ayrancı, 2002). Benzer bir şekilde, 112 çalışanları üzerine yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında hem şiddete maruz kalma korkusunun hem de fiilen şiddete maruz kalmanın ciddi bir boyutta olduğu gözler önüne serilmektedir (Ölmezoğlu, 1999; Piyal, 2007). Türkiye'de sağlık çalışanları üzerine yapılan çalışmalar daha çok acil servis, 112 çalışanları, hemşire ve araştırma görevlilerinin deneyimlerini yansıtmakta, dolayısıyla sadece bazı hekim segmentlerini ele almaktadır. Farklı alanlarda çalışan hekimlerin işyerinde maruz kaldıkları şiddet, şiddetin özellikleri ve boyutu konusunda sistematik bir çalışmanın bulunduğunu söylemek pek olanaklı değildir.

Çalışmamız temsili bir örneklem çerçevesinde tüm hekim gruplarının deneyimlerini yansıtmaya açısından hekimlerin karşı karşıya kaldıkları şiddet konusunda genel bir tabloyu gözler önüne sermektedir. Her ne kadar, şiddet tüm hekim gruplarını kesen bir yaygınlık arz etmekte birlikte, yaptığımız istatistiksel analizler bazı hekim gruplarının daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Son bir yılda şiddete maruz kalma ile cinsiyet, yaş, günlük hasta/tetkik sayısı, kurumda çalışma süresi, çalışılan kurumun özelliği, kurumun lokasyonu, kurumun güvenlik düzeyi ve kurumdaki pozisyon arasındaki ilişki Tablo 8'de görülmektedir. Buna göre, cinsiyet, haftalık çalışma saati, kurumun bulunduğu lokasyon ile şiddete maruz kalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bir başka deyişle, kişinin cinsiyeti, haftalık çalışma saati ve görev yaptığı çevre, kişinin şiddete maruz kalmasını açıklayıcı bir güce sahip değildir. Bu durum, hemşireler üzerine yapılan çalışmalar dışındaki araştırma sonuçları ile paralellik arz etmektedir.

Tablo 9. Meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma ile ilişkili faktörler

Kariyeri boyunca şiddete maruz kalma	Evet		Hayır		p
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Cinsiyete göre</b>					
Kadın	34	23,8	7	14,3	X <sup>2</sup> =1,95 p=0,162
Erkek	109	76,2	42	85,7	
<b>Yaş gruplarına göre</b>					
< 30	17	11,9	2	4,1	X <sup>2</sup> =4,55 p=0,208
31-40	66	46,2	19	38,8	
41-50	42	29,4	20	40,8	
> 51	18	12,6	8	16,3	
<b>Sağlık kurumları</b>					
Üniversite	33	24,1	12	24,5	X <sup>2</sup> =18,14 p=0,000
Kamu	75	54,7	12	24,5	
Özel	29	21,2	25	51,0	
<b>Kurumdaki görev</b>					
Pratisyen hekim	67	46,9	10	20,4	X <sup>2</sup> =10,62 p=0,001
Uzman hekim	76	53,1	39	79,6	

Tablo 10. Şiddetin önlenmesi için yapılan öneriler\*

	Öneri-1 %	Öneri-2 %	Öneri-3 %	Toplam %
Eğitim & ekonomik sorunlar	14,4	7,2	1,4	23,0
Çalışma koşulları	8,6	5,7	5,3	19,6
Güvenlik & cezai yaptırım	8,6	5,3	2,9	16,8
Medya ve hekim	8,6	3,8	1,0	13,4
Etkin pr & meslek örgütü	5,7	6,2	1,0	12,9
Statü & saygınlık	7,7	2,9	1,4	12,0
Hasta ile etkin iletişim	6,7	4,8	0,5	12,0
İdare & sağlık yönetimi	5,7	4,3	0,5	10,5
Sağlık politikaları	5,3	2,9	1,4	9,6
Piyasalaşan sağlık sistemi	2,9	1,9	1,0	5,8
Özlük hakları	-	2,9	1,0	3,9
Hasta hakları	1,0	1,4	0,5	2,9
Diğer	4,3	0,5	0,5	5,3

\* Her bir katılımcı birden fazla öneri belirtmiştir.

Buna karşılık, yaş, günlük hasta yoğunluğu, kurumda çalışma süresi, çalışılan kurumun niteliği ve kurumdaki statü ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaş ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkiye bakıldığında, tüm yaş grupları içinde 31-40 yaş grubunda yer alan hekimlerin daha fazla şiddete maruz kaldığı görülürken, en düşük oran 51 yaş ve üzerindeki hekimler arasında görülmektedir. Benzer biçimde, hasta yoğunluğu ve şiddete maruz kalma arasında da pozitif bir etkileşim olduğunu söyleyebiliriz. Günlük ortalama 60'ın üzerinde hasta yoğunluğu ile çalışan hekimler, diğer hekim gruplarına göre, iki katın üzerinde bir oranda şiddete maruz kalmaktadır. Buna karşılık, kurumda çalışma süresi arttıkça kişinin şiddete maruz kalma olasılığı azalmaktadır. Bir diğer vurgulanması gereken husus, kurum ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkidir. Şiddetin en yaygın yaşandığı kurum %63 ile kamu sağlık kurumları iken, en düşük oran özel sağlık kurumlarında gözlemlenmektedir. Buna karşılık üniversite hastanesinde yaşanan şiddet oranı da azımsanmayacak bir düzeydedir.

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin bir başka boyutu ise, şiddet ve statü arasındaki anlamlı ilişkidir. Buna göre, pratisyen olarak çalışan hekimler, uzman hekimlere nazaran, daha yüksek oranlarda şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır. Kuşkusuz, bunun hem deneyim hem de hastaların tıbbi otorite ile kurduğu ilişki ile ilgili olduğu söylenebilir. Ancak, bu konunun daha etraflı ve sağlıklı bir biçimde verilere dayalı olarak ele alınması ve hasta perspektifinin de analize dahil edilmesi gerekmektedir.

Hekimlerin kariyeri boyunca şiddete maruz kalma oranları daha yüksek bir oran arz etmekle birlikte, ilişkili faktörler açısından değerlendirildiğinde, en önemli iki değişkenin kurumun niteliği ve kurumdaki statü olduğu görülmektedir (bknz. Tablo 9). Burada dikkat çekilmesi gereken bir husus, uzman hekimlerin, pratisyenlere göre, görece daha yüksek bir oranda şiddete maruz kalmalarıdır. Bu durum, son bir yılda şiddete maruz kalma ile kıyaslandığında pratisyen ve uzman hekimler arasında bir farklılığa işaret etmektedir. Ancak, bu farkın meslekteki süre ve süreyle birlikte ortaya çıkan statü farklılığının bir

yansıması olduğu düşünülmelidir. Tıpta uzmanlığın pratisyenlik evresini içermesinden dolayı, kariyeri boyunca şiddete maruz kalmanın görece uzman hekimler arasında yüksek olması anlaşılır bir durumdur. Dolayısıyla, kurumdaki statü ve şiddet arasındaki ilişkide üzerinde durulması gereken asıl husus, pratisyen hekimlerin daha yüksek oranlarda şiddete maruz kalmasıdır.

Çalışma bulgularımız benzer araştırma sonuçlarıyla kıyaslandığında şiddetle ilişkili risk faktörleri açısından benzerlikler görülmektedir. Buna göre, yaş, hasta yoğunluğu, kurumdaki statü ve kamu sağlık kurumları gibi faktörler şiddete maruz kalma olasılığını arttıran etmenler olarak öne çıkmaktadır. Nitekim Ölmezoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da hasta sayısının şiddeti arttıran bir etmen olarak öne çıktığı görülmektedir (Ölmezoğlu, 1999). Ayrıca Ankara, Eskişehir ve Kütahya'da çalışan sağlık çalışanlarında şiddeti araştıran çalışmada da, kamu sağlık kurumlarında çalışmanın ve pratisyen hekimlik statüsünün şiddete maruziyeti arttıran bir etmen olduğu saptanmıştır (Ayrancı, 2002). Farklı bölgelerde yapılan bu araştırmaların bulgularının benzerliği dikkate alındığında, sağlık alanında şiddeti etkileyen faktörlerin bölgesel lokalizasyondan ziyade ağırlıkla kurumun niteliği ve hekimin statüsü ile yakın ilişkide olduğu açıktır. Bu nedenle sağlık alanında var olan şiddetin azaltılması için bu kurumlardaki çalışma koşulları, hizmet kalitesi ve hekimin toplumsal statüsü konularında öncelikle iyileştirmelere gidilmesi gereklidir.

Bu bağlamda hekimlerin kendilerine yönelen şiddetin çözümleri konusunda yapmış oldukları önerilere bakıldığında, eğitim ve ülkedeki ekonomik sorunlar başta olmak üzere çalışma koşullarının iyileştirilmesi, kurumdaki güvenlik tedbirlerinin artırılması, medya kuruluşlarının sorumlu bir yayıncılık politikası izlemesi ve etkin bir meslek örgütünün gerekliliği öne çıkmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10'dan ve aşağıda aktarılan kimi ifadelerinden de görüleceği üzere hekimler, şiddetin önlenmesinin en önemli yolunu, Türkiye'deki eğitim ve ekonomik sorunların çözümlenmesinde görmektedir:

- "Gelir adaletsizliği ve eğitim konularında ilerleme sağlanmalıdır."

- "Eğitim ve ekonomik seviyenin yükseltilmesi gereklidir."

- "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 sınırlanmalı"

- "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 ayrılmamasının 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.

Konu hakkındaki uluslararası literatür incelendiğinde yukarıdaki öneriler kadar siyasi otoritenin mevcut eylemlere karşı "sıfır tolerans" göstermesinin de çok önemli olduğu anlaşılmaktadır (British Medical Association, 2008). 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 duymamaktadır. 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 eğitimli 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 kar 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 çalışmamıza benzer araştırmaların yaygınlaşması, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin boyutu, nedenleri ve sonuçlarını ortaya koyma ve bu yolla kamuoyunu etkileme olanağı yaratabilecektir. 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 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 birçok 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 yürütülmelidir. Ancak kanaatimiz 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. Öte yandan, çalışmaya katılan ve etkin bir meslek örgütünü talep eden hekimlerin, konu hakkında meslek örgütüne ne kadar katkı sunduğu da ayrıca 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 eksikliğinin giderilmesi yönünde de çalışmalar yapılması gereğine vurgu yapmaktadır. Nitekim Türkiye'de halen 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 nesneleştirilen bir tıp eğitimi yaklaşımı artık terk edilmelidir. Bu bağlamda, mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde, 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 alınır satılır bir meta haline getirirken, diğer yandan sağlık hizmetini sunanları da bir girişimci gibi, sürekli karını 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 geçirecek para kazanmayı öncelikli amaç olarak tanımlayan "sağlık işletmeleri" de, hasta haklarını müşteri memnuniyetine 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 Beyannamesi'nde de tanımlandığı üzere, tüm toplumun sağlık hakkının kamusal güvence altına alınması ile mümkündür.

Bu çalışmanın temel kısıtlılıkları, bulguların Gaziantep ve Kilis illerinde görev yapan hekimler için geçerli olması, kırsal bölgelerdeki hekimlerin örneklem içindeki temsilindeki düşük oran ve bu soruna ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşlerinin yansıtılmamış olmasıdır. Ancak, tüm sınırlılıklarına rağmen, farklı hekim gruplarının temsiliyetine olanak tanıyan bu çalışmanın güncel bir konuda önemli bir boşluğu doldurduğu kanaatindeyiz.

## TEŞEKKÜR

Bu çalışma, Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın destekleri ile gerçekleşmiştir. Başta Gaziantep-Kilis Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı Dr Kemal Bakır olmak üzere, çalışmaya destek olan yönetim kurulu üyelerine, anketörlere ve değerli vakitlerini ayırıp çalışmaya katılan hekimlere katkılarından ötürü teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

- Adib, SM., Al-Shatti, AK., Kamal, S., et al.** (2002). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud*, 39: 469-78.
- Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., ve ark.** (2005). AlBÜ tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 4: 55-66.
- Avşar, F.** (2003). Kadın hastalıkları ve doğum hekimine karşı şiddet. <http://www.medicalnetwork.com.tr/2003/konu.asp?goster=1&Metin=621> (Erişim Tarihi; 12/04/2008).
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C.** (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3: 147-54.
- Ayrancı, U.** (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med*. 28: 361-5.
- British Medical Association.** (2008). 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).
- Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T., Shvartzman, P.** (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res*. 5: 54.
- Fernandes, CM., Bouthillette, F., Raboud, JM., et al.** (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*, 161: 1245-8.
- Kowalenko, T., Walters, BL., Khare, RK., et al.** (2005). Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*. 46: 142-7.
- Krug, EG., et al.** (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.
- Ölmezoğlu, ZB., Vatansver, K., Ergör, A.** (1999). İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*. 14: 420-5.
- Öztunç, G.** (2001). Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi. 5: 1-9.
- Piyal, B., Kaya, M., Celen, U.** (2007). Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey). *AJCI*. 1: 1-6.
- Salminen, S.** (1997). Violence in the workplaces in Finland. *J Safety Res*. 3: 123-31.
- The University of Iowa.** (2001). Workplace violence. A report to the nation (February 2001). <http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/NATION.PDF> (Erişim Tarihi; 13/04/2008).
- Tolhurst, H., Baker, L., Murray, G., et al.** (2003). Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust J Rural Health*. 11: 231-6.
- Yeşildal, N.** (2005). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 4: 280-302.