

EGE TIP



ayın kitabı

Sayı
124

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU

Editör

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU

EDİTÖR

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

124

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU

EDİTÖR

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

ISBN: 978-605-338-055-9

2014

Ege Üniversitesi Yönetim Kurulu Toplantısının 28.01.2014 tarih ve 4/18 sayılı kararı ile basılmıştır.

© Bu kitabın tüm yayın hakları Ege Üniversitesi'ne aittir. Kitabın tamamı ya da hiçbir bölümü yazarının önceden yazılı izni olmadan elektronik, optik, mekanik ya da diğer yollarla kaydedilemez, basılamaz, çoğaltılamaz. Ancak kaynak olarak gösterilebilir.

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No: 18679

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi

Bornova, İzmir

Tel: 0232 388 10 22 / 311 20 66

e-mail: bsmmd@rektorluk.ege.edu.tr

Baskı Tarihi: Mayıs, 2015

Sağlıkta Şiddet Sorunu/ed. Çağatay ÜSTÜN.

2.bs. - İzmir: Ege Üniversitesi, 2015.

XII, 160 s.: tbl.; 20 cm.

ISBN: 978-605-338-055-7

I. Şiddet-Sağlık Sektörü

303.6- dc20 Dewey

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu

Başkan:

Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI

Üyeler:

Prof. Dr. Ayşegül AKGÜN

Prof. Dr. Ayşenur OKTAY

Prof. Dr. Hasan TEKGÜL

Prof. Dr. Ali BAŞÇI

Prof. Dr. Semra KARAMAN

Doç. Dr. Altuğ YAVAŞOĞLU

Ayın Kitabı Editörleri:

Prof. Dr. Ayşegül AKGÜN

Prof. Dr. Elvan ERHAN

Prof. Dr. Mehtap KÖKSAL

Yazışma Adresi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yayın Alt Kurulu
Yayın Bürosu
Bornova, 35100 – İZMİR

Tel : (0 232) 390 3103

Tel : (0 232) 390 3186

Fax : (0 232) 342 2142

E-posta : egedergisi35@gmail.com

Web adresi : <http://www.egetipdergisi.com.tr>

YAZARLAR

Prof. Dr. Tunç ALKIN

Dokuz Eylöl Üniversitesi Tıp Faköltesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mustafa Ruhan ERDEM

Yaşar Üniversitesi Hukuk Faköltesi
Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe HAVUTÇU

Yaşar Üniversitesi Hukuk Faköltesi
Medeni Hukuk Anabilim Dalı

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

Ege Üniversitesi Tıp Faköltesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Faköltesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Nuray DEMİRCİ

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi
(RTEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

Öğr. Gör. Sema KOÇAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Doktora Öğrencisi
(RTEÜ SHMYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü)

Av. Mithat KARA

Av. Abdullah HIZAL

İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu

Esin SAYIN KAYSER

Yeni Asır TV Haber Spikeri
Program Sunucusu ve Yapımcısı

ÖNSÖZ

Sağlıkta şiddet sorununu konu alan bir kitabın hazırlanmış olması düşündürücü ve üzüntü vericidir. Tıp gibi özel değerlerle yüklü bir sanatın ve mesleğin başta hekimler olmak üzere tüm çalışanlarının, günümüzde hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz bırakılması, yaşananların akıl ve vicdanla çeliştiğini göstermektedir.

Tüm dünyada buna benzer örnekler görülmesine rağmen, özellikle son yıllarda ülkemizde sağlıkta şiddet olgularında artış yaşanması, bu sorunun detaylandırılması ve arkasında gizlenmiş nedenlerin incelenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu kitap, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi ve İzmir Tabip Odası tarafından 23 Kasım 2013 tarihinde İzmir'de düzenlenen *Sağlıkta Şiddet Sorunu Sempozyumu*'nun içeriğini oluşturan ve konuya etik, hukuk, psikiyatri, hemşirelik, medya gibi farklı alanlardan yaklaşan konuşmacıların sunum metinlerinden oluşmaktadır.

Elbette ki, kitabın bilimsel ve akademik anlamda çözüm sağlamaya yönelmesi için sunulan bilgilerin hasta ve hasta yakınları ile sağlık sisteminin yetkilileri tarafından da içselleştirilmesi ve bir tür iç hesaplaşmanın yapılması gerekmektedir.

Sağlıklı olma ve sağlığı koruma gibi önemli hedefleri olan bir alanın şiddet sorunu ile baş başa kalması kolay tanımlanacak bir şey değildir. Bu nedenle hasta veya hasta yakınlarının hekim ve tıbbi ekibe yönelik uyguladığı şiddetin sağlıksız bir yapı oluşturduğunu iyi anlamak lazımdır.

Kronikleşmeye başlamış sosyal sorunların kısa zamanda çözüme kavuşmasını beklemek zordur. Ancak yine de bir adımın atılması, gerçeğin fark edilmesi için bilimsel ve akademik tespitler üzerinde çalışılması gerekmektedir.

Bu kitapla, ülkemizde giderek artan *sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununun* özümüne önemli bir katkı sağlayacağımızı umut ediyoruz.

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
İzmir-2014

İÇİNDEKİLER

Şiddetin Ortaya Çıkış Sürecinin Etik ve Ahlaki Yönden İncelenmesi, Çözüm Önerileri 1-28
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

Sağlıkta Şiddet Sorunu: Sağlık Çalışanları Üzerinde Nitel Bir Çalışma 29-56

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Öğr. Gör. Nuray DEMİRCİ
Öğr. Gör. Sema KOÇAN

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tanımı ve Risk Faktörleri 57-76
Doç. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

Şiddet Davranışı: Gelişimi, Sonuçları ve Ele Alınışı 77-87
Prof. Dr. Tunç ALKIN

Ceza Hukuku Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet 89-106
Prof. Dr. Mustafa Ruhan ERDEM

Hukuki Sorumluluk Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Karşı Hukuki Koruma 107-134
Prof. Dr. Ayşe HAVUTÇU

İzmir Tabip Odası'nın Hekime Yönelik Şiddet Alanındaki Hukuki Girişimleri 135-143
Av. Mithat KARA
Av. Abdullah HIZAL

Sağlıkta Şiddet Sorununun Basına Yansımaları 145-157
Esin SAYIN KAYSER

GEZEĞENİMİZDEKİ ŞİDDET

*Şiddet içilir, şiddet çıkarılır
Gezegelimizin köpüren öfke odaklarında
Nerede yaşama varsa, oraya göz dikmiştir şiddet*

*Sokaktaki şiddet, trafik destekli ya da değil
En çok karıştırılabileceği ortamlardandır
Haklıyla haksızın, suçluyla suçsuzun
Gözü dönmüştük, kışkırtıcılık, kaba güç
Sanki hepsi bir zincirin halkalarıdır geçmiş iç içe*

*Evdeki şiddet, sokaktakiyle bile boy ölçüşebilir kimi kez
Kadına kalkan el, her nasılsa unutturur
Onun eşi olabilmek için dökülen sayısız tatlı dilleri
Çocuğa kalkan kemerle her nasılsa unutulur
Onun dünyaya gelmesi için baş vurulduğu bilinen her çareye*

*Okuldaki şiddet, kökenini evdekenden
Bir miktar hem alabilir hem almayabilir
Sarsılabilir eğitim ve öğretimin bu seçkin yuvası
Ara sıra öğretmenlerle öğrencileri tekinsiz girdabına
çekebilen
Sert cetvel ve sopa darbeleri, tokatlar ve yumruklarla*

*Hastanede şiddet, sağlığa kavuşulabilecek bu tek otelede
bazen
Konukların yakınlarına yaşam beğçisi hekimlere saldırılır
Benliklerdeki derin mi derin kırılmalar yadsınıp
Çaresizlik ve umutsuzluktan cesaret alınarak
Ölümcül silah bile çekilebilir hasta dostu doktorlara*

*Denizde şiddet, geçmiştekenden farklı denilebilecek
Bir anlam ve yöntem ama benzer bir tehlike ve tehdit
Bireşimiyle korsanlık yeniden enginlere açılmıştır
Artık ne şilep, ne tanker, ne transatlantik ne de yat
Sayılmaz tam güvenli bir seyir halinde*

*Havada şiddet, yıllardır terörün belki de en ürküntü verici
Tipi olmayı, yokken bile var gibi algılanarak sürdürür
Pilot kabinidir savunmasız bir yolcu jetinde ilk hedeflenen
Uçağın ulaşması planlanan hangi noktaysa da, tüm ilgili
Unsurları bekleyen alevlerin kaçınılmazlığıdır sonunda*

*Sokaktı, evdi, okuldu, hastaneydi, denizdi, havaydı derken
Usların şaşkınlığını gizleyemeyeceği daha nice yakın ve uzak
Çevreyi özgün ve kararlı yöntemleriyle kuşatabilir şiddet
Oturmuş düzenleri darmadağın edip dönüştürebilir
Düşlerin en kötülerini gerçeklerin en kanayanlarına*

*Şiddet içilir, şiddet çıkarılır
Gezegenimizin köpüren öfke odaklarında
Yaşama neredeyse, oraya göz koymuştur şiddet*

Dr. Güntürk ÜSTÜN
2014

ŞİDDETİN ORTAYA ÇIKIŞ SÜRECİNİN ETİK VE AHLÂKİ YÖNDEN İNCELENMESİ, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

İnsanlığın var oluşundan beri süregelen, şiddete olan eğilim ve bunu bir tür gösteri veya olağan durummuş gibi sergileme güdüsü azalmayan bir oranda devam etmektedir. Peki, *insanı şiddet olgusuna yönlendiren nedir?* Bunun çok çeşitli nedenleri olabileceğini tahmin ediyoruz. Etnik, ırksal, cinsiyete dayalı, dini, ekonomik, kültürel, hatta geleneksel anlamda yapılan temellendirmelerin yanında, etik ve ahlâki ikilemlerin varlığı da insan ilişkilerinde şiddetin ortaya çıkış sürecini hızlandırmaktadır.

Sosyal öğrenme ve kötü rol modeller veya çocukluk çağında şiddete ilişkin karşılaşılan ruhsal travmalar, saldırganlık dürtüsünün kontrol altına alınamaması gibi etkenler, ileri yaşlarda şiddetin farklı biçimlerde ve farklı unsurlarla kendisini göstermesine neden olmaktadır.

Şiddetin günümüzdeki uygulama boyutları fazlasıyla genişlemiş bir durumdadır. Sorunun küresel anlamdaki öneminin yanında, toplumsal ve mesleki alanlara

yönelik olanının da büyük ivme kazanması düşündürücüdür. Ülkemizde yaygın olan ataerkil yaşam biçiminin özellikle son 20 yılda *sevgi, saygı ve hoşgörüde* yaşanan erozyonla da birleşmesiyle şiddet eğiliminin artmasına sebebiyet vermektedir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet sorunu sadece bize özgü değildir ve tüm dünyada bu tür olgularda bir artış görülmektedir. Sorunu alınacak sert hukuki önlemlerle tek başına çözebilme imkanı yoktur. *Etik ve ahlâki değerleri zayıflamış, duyarsızlaşmış, ön yargılı, eğitim eksikliği ve örnek model yoksunluğu* içinde yaşayan toplumların şiddetle baş edebilme şansları oldukça zayıftır. Şiddet ister toplumsal, ister bireysel isterse de mesleksel olsun; üzerinde dikkatle düşünülmesi gereken patolojik bir tablodur. Buna çözüm getirmek için bazı sert tedbirlere başvurulmasını arzulamak, tepkisel bir karşılık oluşmasına zemin hazırlayabilir.

Türkiye’de halen 460 bin kadar sağlık çalışanı olduğunu göz önüne aldığımızda, sağlıkta şiddet sorununa karşı neden duyarlı olunması gerektiğini daha iyi anlıyoruz.

Sağlıkta yaşanan *şiddetin hasta hakkı/hakları* üzerinden ilişkilendirilmesi bir hakkın kötüye kullanılmasının doğurabileceği sonuçları göstermektedir. Hastaların kendilerine tanınan hakları kullanırken bunların sadece *hasta oldukları* süre içinde *geçerli olduğunu* bilmesi, *sınırsız hak algısının* ise suistimalleri kolaylaştıracağı unutulmamalıdır.

Giddens’e göre, *Bugün içinde yaşadığımız dünya çok gergin ve tehlikelidir. Böylesi bir durum, modernliğin*

ortaya çıkışının daha mutlu ve güvenli bir düzenin oluşumuna yol açacağına ilişkin varsayıma inanmak yolunda hevesimizi kırmak ya da zorlamaktan da fazlasını yapmış bulunmaktadır (1). Gerçekten de 20. yüzyıl, savaşların, şiddetin, kargaşanın hakim olduğu, karanlık yüzünü bu şekilde ortaya koyduğu bir dönemdir ve o dönemden bugüne ulaşan güvensizlik, şüphecilik ve tedirginlik modernliğin önündeki engeller olarak karşımızdadır.

Şiddet unsurunun ortaya çıkışında öfke konusunun başka bir anlamı vardır. Merleau-Ponty öfkeyi şöyle ele almaktadır: Bir nedenden dolayı bana korkunç öfke duyan biriyle karşı karşıyayım diyelim. Bu kişi sinirleniyor, ben de bu kişinin bu öfkesini şiddetli sözlerle, el kol hareketleriyle, bağırıp çağırarak dışa vurduğunu fark ediyorum. Öfke nerede peki? Diyebilirler ki, öfke karşımdaki kişinin ruhunda. Bu o kadar da açık bir şey değil. Bakışlarından okuduğum bu kötülüğü ve acımasızlığı el kol hareketlerinden, sözlerinden, vücudundan ayrı düşünemiyorum ki. Burada olup bitenler dünyanın dışında, öfkeli insanın vücudunun ötesinde ücra bir makamda olmuyor ki. Öfkenin patlak verdiği yer resmen burası, bu oda, bu nokta; öfke ikimiz arasındaki uzama yayılıyor. Karşımdakinin öfkesi, belki demin gözyaşlarının döküldüğü gibi ya da birazdan ağzında bir kasılmanın oluşabileceği gibi suratında oluşmuyor, tamam ama sonuçta öfke karşımdaki kişide barınıyor, rengi atan benzine vuruyor, o kızaran yanaklara, kanlanan gözlere, incelenene sese yansıyor... Bir an için öfkeyi dışarıdan gözlemlene tutumunu bırakıp da öfkenin ben öfkelendiğimde bana nasıl görüldüğünü anımsamaya çalışırsam, durumun farklı olmadığını itiraf etmem

gerekir: kendi öfkem üzerinde düşününce görüyorum ki öfkem vücudumdan ayrılabilir ya da ona yapıştirilmiş ama çıkartılabilecek bir şey değil (2).

Şiddetin sadece toplumsal karmaşa, anarşi veya savaş ortamlarında oluştuğu düşünülmemelidir. Barış ortamında bile şiddet unsurunun toplumun bir parçası haline geldiği inkar edilmemelidir. Aktif sosyal yaşamda kimi zaman *psikolojik*, kimi zaman ise *fiziksel* şekilde görülen yaklaşımlar içinde farklı şiddet unsurlarını barındırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 verilerine göre yılda 1.6 milyondan fazla sayıda insan şiddet yüzünden yaşamını kaybetmektedir. Bu olumsuz veri tablosu, şiddetin yaşamın bir parçası haline nasıl geldiğini özetlemektedir.

Şiddet, etik ve ahlâki ölçütler içinde değerlendirildiğinde ne tür bir konumdadır? Öncelikle şiddetin ister aile içi, isterse de diğer ortamlarda, etik ve ahlâki yönden geçerli bir karşılığı olmadığı gibi, aynı zamanda hukuksal bir zemininin de bulunmadığını bilmeliyiz. Diyaloga açık olmayan, bir duvar gibi büyümüş ön yargıların şiddete dönüşmesi kaçınılmazdır.

Şiddet'in tanımı, onu tanımlayan kişiler ve bu kişilerin amaçları doğrultusunda farklılıklar gösterse de, Dünya Sağlık Örgütü *şiddeti* kısaca şu şekilde tarif etmektedir: *"Fiziksel güç ya da kuvvetin, amaçlı bir şekilde kendine, başkasına, bir gruba ya da topluluğa karşı fiziksel zarara ya da fiziksel zararlar sonuçlanma ihtimalini artırmaya, psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına ya da yoksunluğa neden olacak şekilde tehdit edici biçimde ya da gerçekten kullanılmasıdır"* (3).

Şiddet göstermek ve şiddetin dayanaksız da olsa bir nedeni olduğunu iddia etmek etik ve ahlâki açıdan kabul edilemezdir. İyi bilinmelidir ki, şiddet ile uygulanan eylemin sonucu arasında önemli bir bağ oluşmakta, şiddet sayesinde zarar gören tarafın, *kinlenmesi* ve bunun ardından *şiddetin tekrarı*, hatta *yaygınlaşması* gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Şiddetle birlikte genel anlamda tüm canlılara gösterilmesi gereken saygının ortadan kalktığını ve sonrasında bunun insana doğru yönelişinin daha belirginleştiğini fark ediyoruz. İnsanın *zarar verme isteği* adeta yaradılıştan kaynaklanan bir özellik gibi görülmesine rağmen, aslında bu sorunun öğrenme, rol modeli örnek alma sayesinde geliştiğini biliyoruz.

Esasında şiddet, cansız bir objeye uygulanarak öğrenilmez. Mutlaka canlı bir varlık unsurunun şiddete maruz bırakılması, bunun insandan daha güçsüz olması ve şiddete karşı gösterdiği yetersiz engelleme içinde bulunması, insanın *şiddeti* sistematik bir şekilde yaşamın bir parçası haline getirmesine neden olmaktadır.

Şiddet, artık tüm dünya üzerinde yaygınlaşarak adeta bir tür *kültür* haline dönüşmek üzeredir. *Manevi erime, etik değerlerdeki yozlaşma ve çürüme*; başkalarına acı çektirmekten zevk alma ve bunu seyretmekten hoşlanma şiddet dürtüsünü kuvvetlendirmektedir. Aslında bu durum, eğitimden yoksun bırakılmış bir tutumun parçasıdır.

Dalai Lama'nın şiddete ilişkin farklı tespitleri vardır. *Öfke ve nefretin hakimiyetine girdiğimizde kendimizi zihinsel ve fiziksel olarak tam hissetmeyiz... Biz içimizde öfke ve nefret düşmanını barındırdığımız*

sürece bugün dışarıdaki düşmanları temizlemekte başarılı olsak da, yarın yenileri ortaya çıkacaktır. Özellikle öfke ve nefret, aile kavgalarından büyük boyuttaki çatışmalara kadar dünyadaki sorunların büyük bölümünün kaynağıdır... Öfkeden tamamıyla kurtulmak hiç de kolay değildir. Ancak öfkeden belli bir miktar kurtulur, onu en aza indirerseniz çabalarınıza değdiğini göreceksiniz (4).

Türkiye’de şiddete ilişkin farklı sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle cinsiyete dayalı bir şekilde kadına yönelik şiddetin yanı sıra, meslek gruplarında ve sağlık alanında çalışanlara uygulanan şiddet oranlarının artışı dikkat çekicidir. Bize özgü ataerkil sosyal yaşam düzeni halen yeterli bir akılcı ve modern düşünceye dönüşmemiştir. Osmanlı döneminden beri gelen eski sistemin Cumhuriyet sonrası reformlarla belirgin bir değişim göstermesine rağmen, bunun politik ve siyasi anlamda sürekliliği ne yazık ki sağlanamamış, sonraki nesillerin de aynı ataerkil yapıdan etkilenmesi sayesinde etik yönden doğrunun bulunması güçleşmiştir.

Şimdi etik bakış açısıyla ülkemizde son yıllarda giderek artma eğilimi gösteren sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olguları hakkındaki bazı tespitlerimizi ve önerilerimizi paylaşmaya çalışacağız.

ETİK BAKIŞ AÇISIYLA SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU İÇİN TESPİT VE ÖNERİLER

1. Aile toplumun en temel yapıtaşıdır. Eğer bir ailede *insani değerler, huzur, güven, eşitlik* hakim değil ise anne, baba ve çocuklarının hatta sonraki nesillerin de bir iç hesaplaşma içinde olması

kaçınılmazdır. Bu anlamda; her zaman için niteliğin niceliğe tercih edilmesi, bunu sağlamak için genel kültür ve eğitimin tüm olanaklarının aile ve çocuklar üzerinde yoğunlaştırılması lazımdır. Samimi duygular içinde yetiştirilmemiş, gerekli etik ve ahlâki ilkelerden mahrum bırakılmış çocukların gelecek yaşamlarında fiziksel ya da ruhsal şiddeti gerçekleştirmeye yatkın oldukları gözlemlenmektedir.

2. Eğitim ve öğretim döneminde, çocukların şiddetin yanlışlığı konusundaki bilinçlenmesinin artırılmasına yönelik olarak mutlaka çalışma programları yapılmalıdır. Etik ve ahlâki olanın insanlara şiddet uygulamadan, herkesin fikrine saygı gösteren, vicdana değer veren, ötekileştirmeyen bir sistem olduğu tekrarlanmalı, çocukların çevrelerine örnek teşkil edecek davranışları sergilemeleri konusunda duyarlı olmaları istenmelidir. Bu durum aile ile de paylaşılarak, okul ve aile arasında bir tür işbirliği sağlanmalı ve bunu bozabilecek davranışlardan uzak durulmalıdır.
3. Sosyal çevresiyle uyumlu çocuklar ve gençler yetiştirilmesi aile ve eğitim kurumlarının temel amacı olmalıdır. Bu konuda yapılan bir çalışmada Garz'ın tespitlerine yer verilerek, bireylerin ahlâki gelişimini sağlayacak koşullar şöyle özetlenmiştir:
 - Toplum, ahlâk gelişimini engellemek yerine destekleyecek ortamı sağlamalıdır.
 - Toplum, ahlâki bütünleşmeyi, örnek almayı ve özdeşleşmeyi motive edecek örneklerin oluşmasına yardım etmelidir.
 - Toplumsal kurumlarda aşırı tutucu olmayan güvencilik sistemi sağlanmalıdır.

- Toplum, yaşamın bütün alanlarına ilişkin diyalog, tartışma, müzakere ve konuşmaların oluşmasını etkileyebilmelidir.
 - Ahlâki yargı ve ahlâki davranışın birbirine zıt olmaması sağlanmalıdır (5).
4. Son 100 yıldır yaşanan *ahlâki kriz ve sıkıntılar, manevi erozyon ve erimeler, akıl ve vicdan tutulmaları* toplumların birlikteliğini sağlayan mayanın bozulmasına sebebiyet vermiştir. Durkheim'in* da tespit ettiği bu durum aslında ekonominin, politikanın, siyasetin çok fazla sosyal yaşam içinde yer almasıyla ortaya çıkmıştır. Etik ve ahlâkın temel olduğunu düşündüğümüzde, bu unsurların zedelenmesi halinde ortaya çıkan nitelik ve niceliği artmış suçların ve şiddetin varlığı karşısında ne hukukun ne de bir başka önleyici veya düzeltici sistemin çabası olumlu sonuç veremeyecektir. Asıl olan; *toplumların etik ve ahlâki değerlerini kaybetmeden var olmalarını* sağlamaktır.
 5. 2011 yılında İzmir merkezli olarak başlayan ve halen devam eden, *Her Şeye Rağmen Etik* isimli sosyal sorumluluk aktivasyonu uyarınca, bu zamana kadar 60'dan fazla konferans ve televizyon programına katılmış, tek amacı toplumda etik farkındalığı ve bilinci artırmak olan, tespitlerde ve tavsiyelerde bulunan bir akademisyen olarak *"İmtihanlı Evlilik Okulları"* önerimizi paylaşmak istiyorum. Bu kavram, toplumun en temel yapı taşı olan ailenin oluşumunun başlangıç aşamasında *sağlıklı, sosyal, kültürel, etik ve ahlâki* değerlerle

* Émile Durkheim (1858-1917) Fransız sosyolog.

donatılmış özellikleri barındırması ve ortaya çıkabilecek sıkıntıları zamanında tespit etmek, yol gösterici olmak ve çiftlerin aile kurduktan sonraki yaşamlarına rehberlik edebilmek için önerilmiştir. Bu önerinin halen ülkemizde bazı yerel yönetimlerde uygulanan *evlilik sertifikası programları* ile uzaktan yakından bir ilgisi yoktur. Burada multidisipliner bir anlayışla, devletin denetiminde evlilik öncesi dönemde çiftlerin bir aile kurulmasına hazır olup olmadıklarının belirlenmesine yönelik bir çalışmanın varlığı söz konusudur. Bu sistemin en önemli özelliği, çiftlerin alınan kursların sonrasında belli seviyede hazırlanmış bir imtihana tabi tutularak, geçerli notu almalarının ardından tasdik edilmiş bir şekilde evlenmek için başvuruda bulunmalarını sağlamaktır. Bu önerinin içeriği hakkındaki ilgililerle ve kurumlarla her zaman işbirliğinde bulunmaya hazırız.

6. Fiziksel güç gösterisini çağrıştıran film, sinema, oyun gibi görsel unsurların bireylerin üzerinde *olumsuz örnek model* teşkil eden bir özelliği vardır. Bu tür yapıtların engellenmesi her ne kadar imkansız gibi görünüyorsa da, ilk aşamada ülke yöneticilerinin uluslararası düzeyde bir platform oluşturarak, bu tür sahnelerin en asgari düzeye indirgenmiş olanlarına izin verilmesi hususunda çalışmalar yapması gerekmektedir. Gerek medya gerekse de kitlesel iletişim ağları üzerinden paylaşılan görüntü ve efektler sayesinde bilinçaltına yüklenen insanın ve diğer canlıların bir tür nesne olduğuna ilişkin algı şiddete karşı çözüm üretile sürecini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yeri gelmişken, *devlet* ile *şiddet* arasındaki bağa da dikkat çekmeliyiz.

Weber'e göre; modern devletin özelliklerinin vurgulanması sırasında *devletin şiddet tekeli* kavramına değinilmektedir. Weber'in* bu konudaki görüşü nettir: *Modern devlet, bütün siyasal birlikler gibi, sosyolojik olarak ancak kendine özgü somut araçları açısından tanımlanabilir. O da fiziksel güç ve şiddet kullanımıdır.* Weber, devleti belli bir teritorya içerisinde meşru fiziksel şiddet kullanımı (legitimer physischer Gewaltsamkeit**) tekeline başarıyla sahip çıkan insan topluluğu olarak tanımlamaktadır. Braudel, 15. yy'dan itibaren her tarafa yayılmakta, her yeri zapt etmekte olan devletin ilk görevinin kendine itaat ettirmek, belli bir toplumun görünüşteki şiddetini kendi lehine tekelleştirmek, bu toplumu tüm öfkelerden boşaltmak yerine Max Weber'in şiddet dediği şeyi ikame ettirmek olduğunu söyler (6). Ancak söz konusu durumda şiddet araçlarının denetimsel olması gerektiğini ve bunun aksinin düşünülmemeyeceğini irdelemeliyiz. Eğer bir ülkede, meşru dahi olsa şiddet kullanımını yaygınlaştırırsa, buna medya üzerinden sunulan görüntüler de eklendiğinde, şiddet kavramının toplum zihninde *şiddetin mazur görülmesi* gibi tehlikeli bir sonuç ortaya çıkabilir. Mesleki ve sosyal alanlarda yaygınlaşmaya

* Max Weber (1864-1920) Alman düşünür, sosyolog, ekonomi, politik uzmanı

** Gewalt: Şiddet anlamı yanında, Almanlar için meşru iktidar, otorite, kamusal güç gibi anlamlarda da kullanılmaktadır. Gewalt, hem şiddet hem de meşrulaştırılmış iktidardır, haklılaştırılmış otoritedir.

başlayan şiddetin kökeninde bu unsurun da rolü olabileceği düşünölmelidir.

7. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde (1948), 3. maddesinde *Herkesin yaşama hakkı ile kişi özgürlüğü ve güvenliğine hakkı vardır* ve 7. maddesinin ilk cümlesinde, *Herkes yasa önünde eşittir ve ayırım gözetilmeksizin yasanın korunmasından eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir* ifadelerine yer verilmiştir (7).

Burada yer alan *güvenlik* ifadesi; tüm ölkelerde yaşayan *her bireyin güvenli bir ortamda barınma ve mesleğini yerine getirme hakkı* olduğu şeklinde algılanmalıdır. Hasta hakları olarak ortaya çıkan ve genişletilen metinlerin geçmişı 20 yıl kadar öncesine uzanmaktadır. Bu *hak* özel bir *hak* türü olup, *üçüncü kuşak* olarak tabir edilen bir hak gurubundandır ve birincil anlamdaki haklar kadar etkisi tesirli değildir. Hasta hakkı, hastanın sağlığını geri kazanıncaya kadar geçen süre zarfında sahip olabileceği bir hak çeşididir. Bu anlamda hastaların ve yakınlarının “hasta hakkı” kavramını temel ve birincil ve insan haklarından bile öncel gibi algılaması, bu hakkı korumak adına sağlık mesleği çalışanlarına yönelik şiddet ve baskı uygulaması etik ve ahlâki anlamda kabul edilemezdir. Sonuçta hasta olsun ya da olmasın, ortada her bir bireyin kendi yaşamının ortaya koyduğu *temel bir insan hakkı* söz konusudur ve bu hak *en temel* ve *en öncel* olandır.

8. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde yaşanan gecikmenin bir başka tehlikeli boyutu daha vardır. Şiddet gören sağlık çalışanının kendi

bireysel yaşama ve güvenlik ortamının zedelenmesini fark etmesiyle, oluşan haksızlığa karşı bütün yönetsel ve yasal yolların tükendiğini düşünerek, kamu vicdanını da içine katabilecek bir eylem türü olan *sivil itaatsizliğe* yönelmesi söz konusu olabilir.

Burada değindiğimiz *sivil itaatsizlik*, bireyin kendi kişisel çıkarlarını ikinci plana iterek, var olduğunu ispatlamak için, düşünsel ve vicdani hesaplaşmasını da yaparak gerçekleştirebileceği bir eylem türünü ifade etmekte olup, şiddet unsurlarını içermeyen, yasadışı gibi görünen ama meşru bir yaklaşımdır (8).

Kanımızca, sağlık çalışanlarının hastalardan veya yakınlarından gördükleri orantılı veya orantısız şiddet karşısında mesleklerinde tükenmişlik yaşamaları, mesleklerinden soğumaları ve motivasyonlarını yitirmeleri sonucunda iş yavaşlatmaları, bu konuda seslerini duyurmaya yönelik toplantılar düzenlemeleri bilimsel literatürde tanımlanan *vicdani retten* (*conscientious objection*) farklı olarak, yeni iki farklı ifade biçimiyle de nitelendirilebilir. Paylaşacağımız öneri tarzındaki bu iki ifade; *vicdani karşı duruş*, *vicdani direnme hakkı* olarak isimlendirilebilir. *Vicdani karşı duruş*, *vicdani direnme hakkı* şiddeti çağırıştırmadan, bir sorun hakkında yapılmış tüm etik, ahlâki ve hukuki ihlallere rağmen, insan olmanın önemine dikkat çeken, bunun *hatırlatan*, *haklı olduğunu irdelemeye devam etmek için düşüncesini açıklayan bir insana* işaret etmektedir. Bu tanım *vicdani ret* olgusunun eylemsel özelliğinden farklı olup, *ilk planda bireyin etik ve ahlâki bir olumsuzluğa karşı vicdanının ön gördüğünü vurgulamak ve olması gerekeni ortaya koymak için sözel anlamda bir anlatım ve açıklama*

içinde bulunmasını önerir. Aslında *vicdani ret*, önerdiğimiz bu yeni iki kavramın ardından kendisini gösterecek bir tavidir ve bunun içerisinde *dini inançların, politik görüşlerin ve ahlâki değerlerin bir karışımını* bulmak mümkündür. Vicdani redde başvuran birey, bu çerçevede kalarak *eylemsel* bir tavır içine girer. Hatırlatmak gerekir ki, *insan vicdanı* kavramı İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin (1948) özellikle 1. ve 18. maddesinin birinci cümlesinde de yer bulmuştur.

[Madde 1-Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler, birbirlerine karşı kardeşlik anlayışıyla davranmalıdırlar.

Madde 18-Herkesin düşünce, vicdan ve din özgürlüğüne hakkı vardır...]

Son yıllarda ülkemizde artış gösteren sağlık çalışanlarının uğradıkları haklı ya da haksız olduğu tespit olunmamış şiddete karşı çalışanlar tarafından şu an için hasta ve hasta yakınlarına yönelik *şiddet barındıran veya sarsıcı etki bırakan* tepkisel bir durum gerçekleşmemiş, olay sadece *vicdani açıdan kabul görmeme* ile sınırlı kalmıştır. Tek dileğimiz, bu sorunun farklı açmazlara girmeden ve büyümeden *kısa sürede kalıcı bir çözüme* kavuşması yönündedir.

9. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için tek çareyi hukuk gibi görerek, kanunsal düzenlemelerden baskı aracı olarak yararlanılmasını önermek sorunun tamamen ortadan kaldırılması için tek başına yeterli değildir. Burada önemli olan, *hukukta görmenin nasıl mümkün olabileceğini* fark etmektir. Sonuçta ortada tek taraflı kabul edilebilecek adaletsiz ve sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları tarafından çok etkenli bir şekilde

şiddete maruz kalışına neden olan bir durum söz konusudur. Bir çelişkiye meydan vermeden *hukukta görmek* demenin, *adaletsizliği görmek* demek olduğunu anlamak gerekiyor. Adaletsizlik ise *hukuktaki adaletsizlikle* ilgilidir. Diğer bir ifadeyle, hukukta görmek, hukukun kendisinin de görmeyi görülmeyi engelleyen başlıca vasıta olduğunun farkında olmak demektir (9). Örneğin, *insan hakları* kavramının içerik olarak *sağlıkta şiddet çerçevesinde* etik ve hukuki açıdan uygunluğunun tek yanlı olarak ihlal edildiği gözlemlenebilir. Buna ilaveten hasta hakkı kavramının varlığı hekim ve sağlık çalışanları üzerinde olumsuz ikinci bir argüman olarak karşımızdadır. O halde hekim ve sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması ile ortaya çıkan *hak kaybı* nasıl telafi edilebilir? Eğer bu nokta anlaşılabilirse, hukukun bu sorunla ilgili çözüm önerilerinin daha kalıcı ve net olacağı düşünülebiliriz.

10. Gençlerin meslek tercihlerini yaparken veya üniversiteye girme aşamalarında eşitliğe dayanan sistemlerin sağlanması, geleceğe umutla bakabilen ve değişimi sağlayabilecek fertlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayacaktır. Mesleği ile barışık olan birey kendisiyle de barışık ise mesleğini, meslektaşlarını ve toplumdaki diğer meslek üyelerini *sevgi*, *saygı* ve *hoşgörü* ile değerlendirecektir.
11. Tıp alanındaki mesleki yemin metinlerinin hiç birisinde, hastanın hekime karşı uygulayacağı şiddete karşı önlem veya davranış biçimi geliştirmeye yönelik bir ifadeye rastlanmamaktadır. Zaten tıp sanatının içeriği açısından şiddeti çağırıştıran bir kavramı içinde barındırması ve hekimin bunu

benimsemesi mümkün değildir. Bu konuda verilecek bir örnek, Hippokrates'in Atina'yı fethetmek isteyen Pers Kralı I. Artakserkses'in (Artaxerxes) kendi ordusunda baş gösteren veba salgını için davetini ve sağlayacağı maddi olanakları ülkesine karşı yapılacak saldırıyı önlemek için kabul etmemesi şeklinde verilebilir (10). Bu tavır, *hekimin şiddeti önlemeye yönelik sorumluluğunu gösteren tutum olması* açısından değerlidir.

12. Hekimin görevini yerine getirirken genellikle yönetsel kaynaklı otoritelerden gelen *baskı unsuru* tarihin her döneminde olmuştur. Ancak bu tip durumlarda hekimler gerek *mesleki geleneklerinden*, gerekse de *tıp yemini metinlerinden* aldıkları kuvvet ile buna karşı durmasını bilmişlerdir. Örneğin *1799'da Akka'da (Lübnan dolayları) Osmanlı ordusunun karşısında yenilerek geri çekilen Napoleon'un vebalı hastaların ve ağır yaralıların öldürülmesini emretmesi üzerine ordusundaki hekimler buna şiddetle karşı çıkmışlar ve Hippokrates'in "Hekimin vazifesi her ne pahasına olursa olsun hayatı ve sağlığı korumaktır" sözünü tekrarlamışlardır* (11).

13. Tıp sanatı ve mesleği, içeriği itibarıyla kasti ve bilerek hastaya zarar vermeyi savunan bir alan değildir. Her ailenin içindeki fena evlatların varlığı gibi her mesleğin içinde de bazı olumsuzluklara sebep olan meslek çalışanları vardır. Bunun tıp için de söz konusu olduğunu düşünürken, bir hekimin hastasına yönelik gerçekleştirmiş herhangi bir etik ve ahlâk dışı, deontolojik olmayan ve hukuki açıdan onaylanamaz tutumu, mesleğin tüm üyelerine yansıtılmamalı ve genelleştirilmemelidir.

Sağlıkta şiddetin kaynağını bununla ilişkilendirmek akılcı değildir.

14. Türk kültür tarihinde ve doğu medeniyetlerinde hekimin toplum içindeki saygın yeri iki farklı kelime olan *filozof* ve *hakim* ile daha da pekiştirilmiştir. Bu konuda bilinen en iyi örnek, hekim Huneyn bin İshak'a (ölm. 873/910) aittir. Onun yazdığı *Tarih'ul Etibbâ ve'l Hukemâ (Tabiplerin ve Filozofların Tarihi)* isimli eserin başlığına dikkat edilirse, *tabipler* ve *hakimler* yani *hekimler* ve *filozoflar* aynı çerçevede ele alınmaktadır. *Başka bir deyişle filozof olanlar aynı zamanda tabip sayılmakta, tabip olanlar da filozof olarak kabul edilmektedir* (12). Bu saygın durum, zaman içerisinde giderek farklı yönlere doğru sürüklenmiştir. Özellikle sanayi devriminin ardından, tıbbın endüstrileşme boyutuna girmesi, II. Dünya Savaşında Nazi Almanyası'nda ortaya çıkan konsantrasyon kamplarının ve burada insanlar üzerinde yapılan deney ve işkencelerde görev alan hekimlerin varlığı tıbbın kutsal ve özel yerinin kalıcı bir yara almasına sebebiyet vermiştir. Savaşın ardından Dünya Tıp Birliği tarafından yayınlanan *Cenevre Bildirgesinin*, yaklaşık 2500 yıldır etik özelliğini koruyan *Hippokrates Yemininin* üzerinde oluşan *büyük manevi hasarı onarmak* için hazırlanmış yeni bir 20. yüzyıl tıp yemini olması bunun en belirgin kanıtıdır.
15. Toplumların nazarında hekime ve tıba olan güveni sarsan en önemli etkenlerden iki tanesi, bir dönem ülkemizde sağlık sisteminin mesleki sınıfsal bir sistem üzerinden yürümesi (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur), herkesin eşit derecede sağlık hizmetinden yararlanamaması ile *muayenehane-*

cilik diye nitelendirilen bir sistemin varlığıdır. Yıllarca etkin olan bu sistemler nedeniyle hekimlerin toplum nazarında lüks bir yaşam sürdürdükleri ve maddi menfaati seven kişiler oldukları izlenimi güçlenmiş, son yıllarda buna hukuki davalara da konu olan “*bıçak parası*” gibi kavramların da eklenmesiyle sorun daha kronik ve ön yargılı bir hale gelmiştir.

Çözüm noktasında; hekimlerin çalışma koşulları ve alacakları ücretlere ilişkin iyileştirmelerin yapılması halinde, özel çalışma koşullarında hizmet vermek yerine, kendi kurumlarında çalışmaya devam etmeleri sağlanabilir. Etik olan, sistemin bunun üzerine kurgulanmasıdır. Çünkü hekim ile hasta arasına *maddi* boyutun ve *ücretin* girmesi tıbbın *anlamını* ve *özünü* bozmaktadır.

16. Tıbbın son yıllarda ekonomik bir sektör ve endüstri haline dönüşmesiyle birlikte, tıbbi tedavi yöntemlerine ve ilaçlarına ilişkin olarak; gerek yazılı, görsel medya, internet ortamı üzerinden, gerekse de eczanelerde dağıtılan broşürlerin veya halka açık yerlerde asılmış afişlerin hastalar üzerinde oluşturucağı aşırı iyimserlik aşıl原因an içerikleri önemlidir. Bu konuya ilişkin bazı örnekleri şöyle sıralayabiliriz:

Kanser tedavisinde yeni bir dönem! Yaşamınız uzuyor!

Artık kanser teşhisi çok kolay!

Ömrünüze ömür katmak “X” ürünü ile kendi elinizde!

Kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz? Sadece "X" ürününü kullanmanız yeterli! Her sabah bir tane alınız!

Burada sunduğumuz örneklerde; *maddi nedenlerle tedavi olamayan, uygulanan tedaviden başarılı bir sonuç elde edemeyen veya o tedavi şansını kaçıran, reklamlarda belirtilen pozitif etkili sonuçlara ulaşamayan* hastaların odaklandıkları öncelikli nokta, bunun sorumlusunun hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları olduğu şeklindedir. Bunun önüne geçilmesi için, sağlıkla ilgili haberlerin, tıbbi ürün reklamlarının verilmiş tarzını belirleyen etik ve hukuki düzenlemelerin yapılması lazımdır. Buna ilaveten; hastaların *sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak, tedavi olanaklarından eşit yararlanmak* adına ülkenin sağlık sistemi yöneticilerinin *etik ilkeleri gözeten, tutarlı, adaletli* bir organizasyon oluşturmaları temel hedef olmalıdır.

17. Son 20 yılda artış göstermeye başlayan, hiçbir şekilde etik ve hukuki açıdan normal kabul edilmeyen *sosyal, mesleki ve kurumsal mobbing (bezdiri)* kavramı sayesinde bireysel ve toplumsal huzur bozulmaya başlamıştır. Hirigoyen'e göre mobbing bir tür manevi tacizdir. Burada mağdur şikayet etmeye kalkıştığında ona her şeyin normal olduğu söylenmekte, saldırgan ise davranışının nedenini açıklamayı reddetmektedir. Sapkın şiddet olarak da isimlendirilen mobbing sayesinde bireyin ruh sağlığı bozulmakta, özgüven eksikliği ve saygı yitimi oluşmakta ve bunun yeniden geri kazanılması güçleşmektedir (13).

Sağlık çalışanları arasında da mobbing'in görüldüğünü ve *mobbing mağdurlarının, uygulayanlarının ve buna seyirci kalanlarının* hastalarla olan iletişimlerinde sıkıntılar yaşandığını biliyoruz. Sağlık alanında *mesleki mobbing* olgusunun dışlanmasına yönelik *ciddi ve kararlı çalışmalar yapılması, bürokratik ve kurumsal yöneticilerin etik ve ahlâki olmayan tutum ve tavırlardan vazgeçmesi, örnek model oluşturmaya özen göstermesi*, hastaların gözünde *sağlık çalışanları arasında geçimsiz veya çift kutuplu bir yapının* olduğu izlenimi yaratılmasından uzak durulması gerekmektedir.

18. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet dünyanın pek çok ülkesinde karşılaşılan bir durumdur. Özellikle hasta hakkı kavramının Dünya Tıp Birliği tarafından şekillendirildiği Lizbon Bildirgesi (1981) bu konuda bir ilk olarak kabul edilmektedir. Hasta hakkının, *hasta güvenliği kültürü* şeklinde algılanmasında yaşanan sıkıntılar, sağlık sistemlerinin maliyete dayalı bir şekilde sunulmaya devam edilmesi ve en üst temel etik değer olan *yaşama hakkının* devamı için *sağlık hakkının ücretsiz* bir hale dönüştürülememesi, *sigorta sistemlerinin bireysel sağlık harcamaları konusundaki esnek olmayan tutumları* sağlık alanındaki şiddet unsurunun ortaya çıkışını hızlandırmaktadır. Ülkemizde son yıllarda sağlıkta yaşanan dönüşüm ve yenilikler çerçevesindeki performans sisteminin etik açıdan sıkıntılı bir durum olduğu hatırlanmalıdır. Bu sayede *sağlık personelinin iş yükünün bilerek ve isteyerek artması, iş yoğunluğu ve yorgunluğunun belirginleşmesi, yapılan işe karşılık alınması gereken ücrete ilişkin adaletsizlikler, yoğun mesai*

ve nöbet fazlalığının yaşanması çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Sağlık çalışanı hasta arasındaki ilişkide *sevgi, saygı, hoşgörü* ve *tahammül* sınırının azalmasında ve anlaşmazlıkların yaşanmasında bunun da katkısı vardır.

19. Hasta güvensizliğinin oluşmasında başta hekim olmak üzere tüm sağlık personelinin de payı olduğu unutulmamalıdır. Meslektaşları eleştirmek veya kötülemek hasta-hekim ilişkisinin güven boyutunun zedelenmesine yol açabilir. Bu konuda McDaniel ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmanın sonuçları konunun önemine işaret etmektedir. Çalışma, farklı branşlarda görev yapan hekimlerin birbirleri arasındaki eleştirilerin yüksek olduğunu ve bu sayede oluşturulan hasta güvensizliğinde hekimlerin bu tutumunun katkısını ortaya koymuştur. McDaniel ve arkadaşları; hekimlerin hastalarıyla diğer hekimler tarafından saptanmış ileri evre kanser bakımı hakkındaki diyaloglarını araştırmış, ileri evre akciğer kanseri olan standart hastanın onkolog ve aile hekimlerinin izniyle katıldıkları ziyaretleri gizli kamerayla kayıt altına almıştır. Buna göre 20 onkolog ve 19 aile hekimi standart hastalarla olan iletişimleri hakkında karşılaştırmalarda bulunulmuştur. Bunun içinde diğer hekimler tarafından verilen sağlık hizmetlerine ait hekimlerin yöntemleri kayıtlardan ayıklanmış ve nitel bir şekilde analiz yapılmıştır. Yorumlar destekleyici görüş ve olumsuz eleştiri şeklinde ikiye ayrılmış, buna ilaveten eleştirel yorum yapanlarla destekleyici yorum yapan hekimler arasında farklılıklar olup olmadığı da ele alınmıştır. Yapılan

çalışmada; hastanın önceki hekim konusunda toplam 42 yorumu incelenmiş, bunların %29'u destekleyici görüş, %67'si olumsuz eleştiri, 2 yorum da nötr şekilde saptanmıştır. Destekleyici görüş yorumları, başka bir hekimin veya bakımın olumsuz özelliklerine atıfta bulunurken, olumsuz eleştiriler, genel güven eksikliği ve başka özel eleştirileri içermektedir. Bu makalenin tartışma bölümünde yazarlar, bir hekimin diğer hekimi hasta açısından olumsuz eleştirmesinin hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini etkilediğine değinirken, hem sağlık politikalarının hem de tıp eğitiminin hekimleri bu davranış biçiminden vazgeçirmesi gerektiğine dikkat çekmiştir(14). Özetle çalışmanın ortaya koyduğu sonuç; hekimlerin başka bir hekime/hekimlere muayene olmuş hastalarla olan iletişimlerinde, farklı tıbbi tedavi ve görüşlere ilişkin bilgileri değerlendirirken olumsuz bir yaklaşım içine girdiğine ya da bunları hasta ile tartışmasının tıbbi takım çalışması etiğine aykırı bir tutum olduğuna ve bunun profesyonel bir yaklaşım olarak değerlendirilemeyeceğine işaret etmektedir. Aynı durum, Dünya Tıp Birliğinin hazırladığı Mesleki Etik İlkeleri Kılavuzu doğrultusunda da *sakıncalı ve uygun bulunmayan bir durum* olarak ele alınmıştır (15).

20. Meslek etik ve ahlâkına aykırı durumların yetkili yerlere bildirimini gerçekleştirilmesinden önce diyalog yönteminin denenerek, ilgili kurumda varsa (-ki mutlaka olması lazımdır) Hastane Etik Kurulu veya buna benzer bir organizasyondan yardım alınması, bundan sonuç elde edilemezse, o ülkedeki tıp meslek birliğine veya ona bağlı meslek

odasına başvurulması ve bundan sonra disiplin veya hukuki mekanizmalarının işletilmesi gerekmektedir. Dünya Tıp Birliğinin bu konudaki görüşü *yanlış davranışın bildiriminin hekimlerin mesleki bir görevi* olduğu yönündedir. Meslektaşlar arası huzursuzluğun ve etik açmazların sonucu bireysel tahammül sınırlarının zorlanması tartışma ortamlarına zemin hazırlamaktadır. Hiçbir sağlık çalışanı mesleki etik ve ahlâki yanlış bir davranışı kendi kurumu ve mesleki alanları dışına hemen taşıymalı, özellikle hasta ve hasta yakınları veya medya üzerinden paylaşım yoluna gitmemelidir. Dünya Tıp Birliğinin de önerisi, *hekimlerin ve diğer tıbbi ekibin farklı ve karşıt fikirlerin, belirsizliklerin diyalog ve görüşlere saygı yöntemiyle çözümlenmesi* şeklindedir.

21. Gündelik tıp uygulamalarında disiplinler arası anlaşmazlıklar, genellikle hastaya uygulanacak tedavinin hangi seçenek olması gerektiğine ilişkin olarak yaşanmaktadır. Buradaki doğru karar, medikal literatürde kabul görmüş, bilimsel araştırma ve verilerle desteklenmiş ve hastaya en az zarar veren türden olanlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Hatırlanmalıdır ki, sağlıkta şiddetin ortaya çıkmasının bir başka nedeni *hastanın uygulanan tıbbi tedaviden zarar görmesidir*. Son 20 yıl içinde tıbbi teşhis ve tedavi olanaklarının yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanmasıyla, hastalarda oluşan malpraktis oranlarındaki yükselmeye paralel olarak açılmış hukuki davalarda bir artış gözlemlenmektedir. Bunun doğal sonucu; hastaların hekime ve tıbbi tedaviye karşı *mesafeli, kuşkucu* bir duruş sergilemesi ve *güvensizliğin* artmasıdır.



22. Ülkemizin tıp sisteminde 1998 yılından beri aktif olarak yer alan Hasta Hakları Yönetmeliğinin (01.08.1998/23420) içeriğindeki ibarelerden hasta-hekim ve hasta-sağlık çalışanı arasında sorun oluşturabilecek, ikilem yaratacak maddelerinin daha net bir hale getirilmesi ya da revize edilmesi gerekmektedir. *Örneğin, hastanın sağlık personeli seçme ve değiştirme hakkı çoğu kez yanlış anlaşılabilir olarak bunun her durum ve her koşul için geçerli olduğu düşünülmektedir.* İlaveten hastanelerde ve sağlık kurumlarında *“Bu sağlık kurumunda doktorunuzu seçme hakkınız vardır”* şeklinde yazılmış bir bilgilendirme sadece *doktorun seçilme hakkı* ile sınırlı olduğu gibi yanlış bir izlenime sebebiyet vermektedir. Oysa Yönetmelikte belirtilen seçme hakkı, *“sağlık personeli ve sağlık kurumu”* şeklindedir.

23. Tüm dünyada da benimsendiği gibi hastalara belli haklar tanınmıştır. O halde bu hakların öğrenilmesi ve benimsenmesi için özel kurs veya sertifika programları düzenlenmelidir. Yurtdışında da benzer örnekleri olan bu uygulama sayesinde

hasta-sağlık çalışanı arasındaki sürtüşmelerin ya da sözlü veya fiziksel şiddete varabilecek durumların önüne geçilmesi sağlanabilir.

24. Hastaların hasta haklarını kullanırken bunların sadece *hasta oldukları süre* içinde geçerli olduğunu kavraması, *sınırsız hak algısının* ve *kullanımının suiistimal edilmesini* kolaylaştıracağı unutulmamalıdır. Eğer bir hak varsa ve o hak bir başka kişinin hakkı üzerinde fiziksel ya da ruhsal şiddet oluşumuna zemin hazırlıyorsa, o *hakkın etik boyutunun sorgulanması, içeriğinin değiştirilmesi* gündeme gelmelidir. Bunun başka bir açıklaması, alternatifi veya çözümü yoktur.

25. Üzerinde düşünülecek bir başka soru da şudur: *Sağlık çalışanınin uğrayabileceğini tahmin ettiği şiddet karşısında hazırlık içinde olması ya da en azından defansif bir tutum sergilemesi ya da şiddet sırasında kendini savunmayı meşru müdafaa sınırları içinde gerçekleştirmesi mümkün müdür?* Bu konunun etik'ten çok hukuki bir boyutu olmasına karşın, saldırı ve müdafaa kavramlarının derinlemesine incelenmesinde etik ve ahlâki argümanlara da ihtiyaç olduğu görülür. Bir savunmanın meşru müdafaa sayılması için, saldırının zarar verecek veya tehlike oluşturabilecek biçimde ve belli bir derecede olması şartı vardır. Saldırı başlamadan sağlık çalışanınin savunma halinde bulunması, tetikte beklemesi bir saldırı anında hemen meşru müdafaa yapabileceği anlamına gelmemelidir. Buradaki sorun, sağlık çalışanınin böyle bir ruh hali içinde bulunmasının ona getireceği ruhsal sıkıntıyla ve iş verimi kaybıyla ilişkilidir. Ayrıca uygulanan saldırının *haksız olması* ve zaten

mevcut bir hak için yeniden hak temin etmek adına *saldırının uygulanmamış* olması gerekmektedir. Belki burada sözel savunma olanaklarının da denenmesi beklenebilir. Genellikle bir savunma eylemi için kabul edilen sınır, saldırıyı sonlandırmaya yönelik bir hareketin gerçekleştirilmesini sağlamaktır. Buradan hareketle savunma için saldırana karşı etkili olmayan bir saldırının uygulanmasını doğal karşılamak gerekebilir. Ancak *savunma ile saldırı arasında belli bir orantının* olması etik açıdan önemli bir ayrıntıdır. Savunma sırasında saldırıyı ortadan kaldıracak bir önlem olmasına rağmen, mağdurun saldırana orantısız bir şekilde ve bir araç kullanarak saldırması halinde bunun etik açıdan kabul görme imkanı yoktur. Çünkü savunma diye nitelendirilen kavram, saldırı adına uygulanması gereken tüm önlemlerin yetersiz kaldığı bir durumda ancak geçerlilik kazanabilir. Temel amacı sağlıkla ilgili bir alanda çalışmak olan ve hastasına mevcut sistemin türlü zorluklarına rağmen hastanın *sağlık hakkını* bir tür *hizmet* şeklinde sunmaya çalışan sağlık çalışanının kendisine yönelik bir saldırıya karşı sessiz ve çaresiz kalmasının beklenmesi etik açıdan son derece yanlıştır. Sağlık çalışanı bir saldırı anında elbette ki kendisini savunma hakkına sahip olmalıdır. Ancak buradaki küçük ayrıntı, sağlık çalışanının saldırıyı ve yeniden saldırma ihtimalini ortadan kaldırdıktan sonra, hasta ve hasta yakınlarına karşı haksız eylem oluşturabilecek ona/onlara zarar vermeyi sürdürebilecek bir eylem sürecine devam etmemesidir. Aksi takdirde bu tutumu onu haksız bir pozisyona düşürebilir.



26. Sağlık gibi toplumun bütünü ilgilendiren bir alanda çalışanlara yönelik şiddetin uzun süre devam etmesi ve gündemde kalmayı sürdürmesi halinde; bunun bir tür *alışkanlık* haline dönüşme riski vardır. Böyle bir durumda *hukuki caydırıcılık* yeterli sonuç vermeyebilir. Çünkü şiddet uygulayan insanların karakteristik özellikleri incelendiğinde, çoğunlukla bu tür kişilerin; *30 yaşın altında, genellikle erkek, düşük sosyo-ekonomik duruma sahip, yasal ya da yasal olmayan sebeplerle silah taşıyan, otorite ile sorunu olan, tutuklanma veya şiddet yapma öyküsü bulunan, etik ve ahlâki değerleri kendi egosunun gerektirdiği şekilde algılayan, alkol ya da madde bağımlısı, psikolojik sorunları olan* kimseler oldukları bilinmektedir. Çok faktörlü bu bileşenler nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çaresini sadece hukuki bir çözümden aramanın anlamsızlığı görülecektir. Bu sorunun daha kapsamlı ve geniş boyutlarıyla ele alınması lazımdır.

SONUÇ

Ülkemizde sağlıkta artan şiddet sorunun aşılmasında bir ülkedeki sağlık sistemi oluşturucularına, kurumlarına, yöneticilerine ve sağlık alanında hizmet veren sivil toplum kuruluşlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Birliktelik içinde bir çalışma yürütmeden, Beyaz Kod (Alo 113) gibi palyatif tedbirlerle bu sorunun aşılma imkanı ne yazık ki yoktur.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununa ilişkin bu anlamda kararlı olunmalı, farklı ve ikilem yaratacak söylemlere yer verilmemelidir. Çünkü herhangi bir sorunun anlaşılmasının ve paylaşılmasının sağlanması, çözümün açığa çıkarılması için önemlidir.

Kaynaklar

1. Giddens A., Modernliğin Sonuçları, (Çev. E. Kuşdil), Ayrıntı Yayınları, 4. Basım, İstanbul 2010, s. 17.
2. Merleau-Ponty M., Algılanan Dünya, (Çev. Ö. Aygün), Metis Yayınları, 3. Basım, İstanbul 2010, s. 49-50.
3. World Health Organization, World Report on Violence and Health, Geneva, 2002.
4. Dalai Lama, Yürekten Gelen Öğütler, (Çev. I. Ölmez), 3. Baskı, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul 2006, s. 89-90.
5. Çiftçi N., Almanya Türkiye'deki Lise Öğrencilerinin Ahlâki Yargı Yeteneklerinin Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul 2001. [Detlef Garz, *Moral, Erziehung und Gesellschaft. Wider die Erziehungskatastrophe, Klinikhardt, 1998.*'den alıntı ile]
6. Agtaş Ö., Ceza ve Adalet, Metis Yayınları, İstanbul 2013, s. 51, 171-172.

7. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesine ilişkin maddeler için <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> (Erişim Tarihi 20.11.2013)
8. Arendt H., Dworkin R., Habermas J., Galtung J., King KL., Rawls J., Saner H., Thoreau HD., Kamu Vicdanına Çağrı Sivil İtaatsizlik, (Çev. Y. Coşar), 3. Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2013 (arka kapak yazısı).
9. Uygur G., Hukukta Adaletsizliği Görmek, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara 2013, s. 117.
10. Üstün Ç., Tıp Sanatının Ustası Hippokrates, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 2003 İzmir, s.5.
11. Şehsuvaroğlu BN., Tıbbi Deontoloji (Geliştirilmiş 2. Baskı A. Terzioğlu), İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı Bayda Yayını, İstanbul 1983, s. 128.
12. Keklik N., Hekim ve Hakim Olarak İbn-i Sina, Gevher Nesibe Sultan Anısına Düzenlenen İbn-i Sina Kongresi Tebliğler Kitabı, 14.03.1984, Kayseri, s. 317.
13. Hirigoyen MF., Manevi Taciz, (Çev. H. Bucak), Güncel Yayıncılık, İstanbul 2000, s. 5-17.
14. McDaniel SH, Morse DS., Reis S., Edwardsen EA., Gurnsey MG., Taupin A., Griggs JJ., Shields CG., Physicians Criticizing Physicians to Patients, Journal of General Internal Medicine, Nov 2013, 28(11), 1405-1409.
15. Medical Ethics Manual (2nd edition-2009) http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf (Erişim Tarihi: 13.12.2013)

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE NİTEL BİR ÇALIŞMA

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN¹
Öğr. Gör. Nuray DEMİRCİ²
Öğr. Gör. Sema KOÇAN³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

²Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik
Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi
(RTEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Doktora Öğrencisi (RTEÜ SHMYO Tıbbi
Hizmetler ve Teknikler Bölümü)

1. GİRİŞ

Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır (1). Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırıdır (2). Şiddet, ana hatları ile sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olmak üzere üç ana başlık altında toplanmakta olup ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkmaktadır (3).

İş yerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu şiddet ile ilgili için gerçek sıklığının bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmiştir (4). Bir çalışmada sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir (5). Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir. Sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (5,6). Kanada'da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (7). Bu çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu belirtilmiş ve katılımcıların %73'nün şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktukları, %49'nun hastalar tarafından tanındığı ve %74'nün iş doyumunun azaldığı belirlenmiştir. İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada ise genel hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu saptanmış ve fiziksel saldırı oranının %20 olduğu belirtilmiştir (8).

Türkiye'de sağlıkta şiddet ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan bir çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi, hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dahil edilmiş ve son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuştur. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52.5) şiddete uğradığını ifade etmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (3).

2006 yılında ülkemizde yapılmış bir başka çalışmada ise son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49.5 olarak belirtilmiş ve kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmaya benzer olarak hemşirelerin ve pratisyen hekimlerin şiddete daha çok maruz kaldıkları ve çalışılan ortam olarak acil servislerde şiddetin daha fazla görüldüğü bulgular arasındadır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sözel şiddete daha sık maruz kaldıkları belirtilmiştir (6).

Bazı çalışmalar; genel olarak genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyöz görünümlü bayanların şiddete daha fazla maruz kaldığını göstermektedir. Ayrıca bazı kaynaklarda hemşirelerin hekimlere oranla daha fazla şiddete maruz kaldıklarını ve meslekte deneyimsiz olmanın şiddete uğrama riskini artırdığı belirtilmiştir. Şiddetin gerçekleştiği yerle ilgili bildirilere baktığımızda en sık acil servislerde ve ikinci sıklıkta psikiyatri kliniklerinde şiddetin görüldüğü gösterilmiştir (3, 6, 8, 9,10).

Acil servisler, acil müdahale gerektiren olayların, yaralanmaların, ölüm riski yüksek hastaların yaşandığı yerlerdir. Bu nedenle hem acil çalışanları hem hasta ve hasta yakınları için stresli ortamlardır. Endişeli hasta ve yakınları tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin uzamasını geç müdahale olarak algılayabilir. Bu nedenle de sağlık çalışanı sorumlu tutulabilir ve hasta yakını saldırganlaşma eğilimi gösterebilirler (3).

Şiddete eğilimli kişilerin özellikleri incelendiğinde; bu kişiler genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya

tutuklanma öyküsü olan kişilerdir. Bu kişilerin çoğunluğunun alkol ya da madde kullanımı öyküleri vardır. Ayrıca metabolik hastalığı olanlar, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyonu olanlar, nörolojik sorunu olanlar (Alzheimer hastalığı veya beyin disfonksiyonu gibi), psikiyatrik hastalığı olanlar şiddet uygulama riski yüksek olan kişilerdir (5,9).

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri gösterilmiştir. Şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir (5,7,11,12). Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir (13). Çalışmalarda saptanan bir diğer sonuç ise, şiddete uğrayan sağlık çalışanının diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düşmesi şeklindedir (7,14).

1.1. Problem Durumu

Sağlık bir uyum sağlama meselesidir. Toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom, ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir. Sağlık, herkesin kendi sorumluluğunda olan, başkalarına karşı ise herkesin yalnızca kısmen sorumlu olduğu bir olgudur. Sorumluluğun taşıyabileceği iki anlam vardır. Bir insan kendi yaptıklarından sorumlu olabileceği gibi başka insanlar ya da gruplara karşı da sorumlu olabilir (15).

Şiddet, toplumun her kesiminde karşılaşılan ve günlük yaşantıların içinde sürekli olarak karşı karşıya kalınan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar karşılaştıkları problemlerde bir çözüm aracı olarak şiddete başvurmaktadır. Bu açıdan düşünüldüğünde şiddet, farklı ortamlarda ve farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır (16).

İş yerinde şiddet, çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar olarak tanımlanmıştır. Çalışma hayatında meydana gelen şiddetin %25'i sağlık alanında yaşanmaktadır. Sağlıkta şiddetin bu denli yoğun yaşanması birçok nedenle ilişkilidir. Sağlık kurumlarındaki şiddet de, "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmıştır. Şiddet, ana hatları ile sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olmak üzere üç ana başlık altında toplanmakta olup ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkmaktadır (16,17). Başka bir sınıflama ise işyerindeki şiddeti dört alt başlık altında kategorize etmiştir:

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 (18).



Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması, uzun mesai saatleri, nöbet sonrasında mesaiye devam etmek, hasta sayısının fazla olması ve gelen hastaların sıkıntılı olması, hasta ve hasta yakınlarının öncelik isteği, her hastanın kendisini acil vaka olarak görmesi, toplumda sağlık çalışanlarına karşı oluşan ön yargı, sağlık çalışanlarının hastalarına yeterince zaman ayıramaması, gerekli tıbbi özen ve ilgiyi gösterememeleri sonucu tıbbi malpraktislere neden olmaları sağlık kurumlarında şiddetin gerçekleşmesine olanak tanımaktadır.

Buradan hareketle araştırmanın problem cümlesini *“Sağlıkta şiddet algısının sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi nasıldır?”* sorusu oluşturmaktadır.

1.1.1 Alt Problemler

Araştırmanın alt problemleri ise şöyle sıralanabilir:

1. Sözel şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi nasıldır?
2. Fiziksel şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi nasıldır?

3. Mesai arkadaşlarından görülen şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi nasıldır?
4. Hasta ve hasta yakınları tarafından görülen şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi nasıldır?
5. Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının ruh hallerine yansması nasıldır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sosyal, etik ve hukuki açıdan bir sorun haline gelen sağlıkta şiddet sorununa karşı sağlık çalışanlarının algılarını değerlendirmektedir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma, son dönemlerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununun giderek artması nedeniyle sağlık çalışanlarının bu durumu nasıl algıladığını, sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine nasıl etki ettiğini ve çözüm için neler yapılabileceğini ortaya çıkarmak açısından önem taşımaktadır.

1. 4. Çalışmanın Etik Boyutu

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için 20.09.2013 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alınmıştır. [Karar No:13-9.1/4]. Bunun yanı sıra çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarının bilgilendirilmiş onamları alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

1. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, veri toplama araçları ve verilerin çözümlenmesi ile ilgili konular açıklanacaktır.

2.1. Araştırma Modeli

Nitel araştırmaların en önemli özelliği insanları, varlıkları ve olayları doğal ortamda incelemesi yani “doğalcı” olmasıdır (19). Araştırmada sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet olgusunu duygu dünyalarında nasıl analiz ettikleriyle katılımcıların bu durumu nasıl anlamlandırdıkları araştırıldığı için, araştırma konusunun doğal ortamda incelenmiştir. Araştırma, sağlık çalışanlarının şiddet olgusuna ilişkin deneyimlerinin, duygularının ve algılarının analiz edilmesi amaçlandığından nitel araştırma yöntemlerinden “olgu bilim” araştırma desenine uygun gerçekleştirilmiştir.

2.2. Çalışma Grubu

Araştırmada nitel araştırmalarla özdeşleşmiş olan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Nitel bir çalışma olduğundan ve çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak bir genellemeye ulaşılamayacağı için araştırmanın evreni yoktur.

2.3. Veri Toplama Araçları

Nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama teknikleri görüşme, gözlem ve döküman incelemesidir. Araştırmada sağlıkta şiddet ve sağlık çalışanlarının iş verimliliği arasındaki ilişki irdelenirken detaylı bilgilere ihtiyaç duyulduğu için görüşme yöntemi uygulanmıştır.

Araştırma Doğu Karadeniz Bölgesi’nde bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde şiddete maruz kalmış ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 3 hekim, 4 hemşire ve 1 acil tıp teknisyeni olmak üzere toplam 8 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler 2013 yılının Eylül ayı ve Ekim ayının ilk haftalarında sürdürülmüştür. Görüşmede kullanılan yarı yapılandırılmış sorular Ek-1'de sunulmuştur.

2.3.1 Görüşme Formu

Nitel araştırmaların temel karakteristiği araştırma öznelerinin bakış açılarını, anlam dünyalarını ortaya koyma, araştırılan kişiler tarafından dünyayı görme oluşturur. Bu bağlamda araştırılan kişilerin bakış açılarını ortaya çıkarmak ve görüşülenlerin anlam dünyalarını, duygu ve düşüncelerini anlamak için nicel görüşmelerden farklı olarak yüzeysel değil daha derin bilgi edinmek esastır (20). Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet ve iş verimliliği arasındaki ilişki konusunda onların düşüncelerine başvurmak, onları anlamak açısından önemlidir.

Bu amaçla katılımcıların sağlıkta şiddet ve iş verimliliği algılarını çeşitli açılardan incelemek amacıyla, önceden hazırlanmış yarı yapılandırılmış *“Sağlıkta Şiddet Sorunu ve Sağlık Çalışanlarının İş Verimliliğine Etkisi Görüşme Formu”* kullanılmıştır. Ayrıca araştırmacının çalışma grubunu oluşturan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içeren *“Tanıtıcı özellikler”* formu kullanılmıştır.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ VE YORUMLANMASI

Verilerin analizinde kullanılmak üzere ses kayıt cihazı yoluyla kaydedilmiş sözel veriler; yazıya aktarılmış, kodlamaları yapılmış ve betimsel analiz yöntemiyle yorumlanmıştır.

2.4.1. Verilerin İşlenmesi ve Yazıya Aktarılması

Verilerin analiz sürecinde, öncelikle katılımcıların açık uçlu sorulara verdikleri cevaplar, değiştirilmeden katı-

limcilerin bire bir ifadeleri araştırmacılar tarafından Microsoft Office Word 2010 kelime işlemci programında yazıya geçirilmiştir.

2.4.2. Verilerin Kodlanması

Görüşme sırasında sorulan cevapların kodlanmasında, katılımcı isimleri kullanılmadan her bir katılımcının mesleğine göre (*Hekim-Hkm, Hemşire-Hmş, Acil Tıp Teknisyeni-Att*) 1'den başlanılarak katılımcı sayısı kadar numara verilmiştir. Örnek olarak birinci hemşirenin görüşleri söylem olarak verildiğinde “*Hmş 1*” şeklinde ifade edilmiştir.

2.4.3. Betimsel Analiz

Bu tür analizde amaç, elde edilen bulguları düzenlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde okuyucuya sunmaktır. Bu amaçla elde edilen veriler, önce sistematik ve açık bir şekilde betimlenir. Daha sonra yapılan bu betimlemeler açıklanır ve yorumlanır, neden-sonuç ilişkileri irdelenir ve birtakım sonuçlara ulaşılır. Ortaya çıkan temaların ilişkilendirilmesi, anlamlandırılması ve ileriye yönelik tahminlerde bulunulması da araştırmacının yapacağı yorumların boyutları arasında yer alabilir. Bu yaklaşımla okuyucu elde edilen bilgilerle betimsel bir yaklaşımla tanıştırılmış olur. Bu betimlemelerden yola çıkarak araştırmacının kendi yorumlarını yapması ve bazı çıkarımlarda bulunması mümkündür (21).

3. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde görüşme yoluyla toplanan verilerle elde edilen bulgulara ve bu bulguların yorumlanmasına yer verilecektir.

3.1. Sağlık Çalışanlarının Görüşleri

Araştırmaya katılan 3 hekim, 4 hemşire ve 1 acil tıp teknisyeniyle yapılan mülakatlar tartışılacaktır.

3.1.1. Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algıları Ve İş Verimliliğine Etkisi

Öncelikle sağlık çalışanlarına şiddete dair tutumlarının ne olduğu, sözel ve fiziksel şiddetin kendileri açısından ne ifade ettiği ve bu durumun iş verimliliğine nasıl etki ettiğine dair sorular sorulmuştur. Örneğin,

Hkm 1; “Hastanın veya hasta yakınlarının hakkı olmadığı halde size karşı fiziksel veya sözlü bir şekilde aşırı güç kullanmasıdır. Aşırı değil hatta güç kullanması.”,

Hkm 2; “Sağlıkta şiddet dendiği zaman moral bozukluğu geliyor aklıma. Çalışma isteksizliği geliyor aklıma.”,

Hkm 3 “Kontrolün hasta yakınlarına geçmesi”,

Hmş 1; “Kesinlikle çok onaylamadığımız, istemediğimiz hatta hani hak etmediğimiz bir olay”,

Hmş 2; “Orantısız güç”,

Hmş 4; “Sağlıkta şiddet daha çok saldırı”,

Att 1; “Hakaret, küfür, el kol hareketleri.” şeklinde ifade etmektedirler.

İnanılır gibi değil! Müjde veren doktoru dövdüler

Trajikomik olay Tokat'ta yaşandı.
Oğullarının beyininde tümör var sanan
aile, doktorun söylediği kelimenin
anlamını bilmeyince olanlar oldu...



Bu bağlamda sağlık çalışanlarının şiddeti; *aşırı güç, kaba kuvvet, çalışma isteksizliği, moral bozukluğu, motivasyon düşüklüğü* gibi olumsuz kavramlarla nitelendirilen bir durum olarak algıladıkları görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının tamamı çalıştıkları birimde sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

3.1.2. Sağlık çalışanlarının fiziksel şiddet algıları ve iş verimliliğine etkisi

Katılımcıların tamamına yakını güvensiz bir ortamda çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Hasta ve hasta yakınlarının fazla olması, acil servisin fiziki şartlarının iyi olmaması, acil girişinin hastane girişi, ziyaretçi girişi, MR, tomografi girişi yada başka servislere giriş çıkışı için kullanıldığı için güvenliklerin yetersiz kaldığı ifade edilmektedir. Acil serviste gerekli düzenin olmaması ve bu nedenle sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet durumlarında kendilerini korumak için şiddete karşı şiddetle tepki vermek durumunda kaldıklarını ifade etmektedirler. Örneğin,

Hkm 1; "Yani ben korkmadım işin açık tarafı. Çünkü hani tahrik varsa işin içinde sizde karşılık verme

hakkına sahipsinizdir. Hani böyle bir tahrik olduğu zaman ben de karşı koymaktan korkmadım. Nitekim o konuda da haklıydım yani sarhoş bir hasta tarafından darp edildim. Ha darp edilmedim de ufak bir tekme geldi işin açık tarafı. Çok fazla darp sayılmaz ama yine de şiddet şiddettir yani.”

Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanları tarafından çok doğal ve her an hayatın içinde olabilecek bir olay olarak algılanmaktadır. Bununla ilgili olarak;

Hkm 2; “Madde bağımlısı birisi kendisine acil serviste akineton yapılmadığı için dışarıda çıkıyor parmağını kesiyor ve yarım saat sonra içeriye parmağıyla birlikte, yani kan akan eliyle birlikte ve kocaman bir satırla içeri dalıyor. Bana o kadar doğal geldi ki hastaya dönüp şey dedim. Hasta olarak nitelendiriyorum ben onları her şeyden evvel. Hayrola ne oldu, sıkıntı nedir? Hasta yakınları da bana bakıyor hani bu kadar rahat bir şekilde nasıl dönüp de cevap verdim diye. Diyor ki bana adam çok büyük rahatlıkla. Bana akineton yapmadınız ben de parmağımı kestim, şimdi burayı dağıtacağım diyor. Yani o yüzden diyorum ya hayatımızın içinde her dakika.”

Hastalara uygulanan invaziv girişimler hastanın psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte olup bu durum hastanın şiddete eğilimini artırabilmektedir. Sağlık çalışanları kaybolan sağlığın yeniden kazandırılması için çaba sarf ederken, hastalar sağlığını kaybettikleri için hassas bir dönemden geçmektedirler. Sağlık çalışanlarının bu süreçteki en önemli görevi uygulayacağı işlem hakkında hastaya veya hasta yakınına bilgi vermektir. Bilgi verirken bilgi verilen kişinin anlama yeterliliği dikkate alınarak, anlaşılır bir dille,

tıbbi terminolojiden uzak, umudunu kırmadan ve gerektiği kadar bilgi vermeye özen gösterilmelidir. Verilen bilgi doğrultusunda sözlü veya yazılı onam alındıktan sonra hastaya girişimde bulunulmalıdır. Bu uygulamalar esnasında hastanın veya hasta yakınının görevi ise sağlık çalışanına saygı duymak, yapılan açıklamaları dinlemek, gerektiğinde sağlık çalışanlarından bilgi istemektir. Sağlık çalışanları tıp etiği ilkeleri doğrultusunda her zaman hastanın yararını en üst değer olarak görmektedirler. Hastalara bu durum hissettirilmeli ve hastalar da bunun bilincinde olmalıdırlar. Bu bilinçte çalışan sağlık çalışanlarına hasta veya hasta yakını tarafından şiddet uygulanması sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu oldukça düşürdüğü görülmektedir.

Örneğin Att 1; *“Olay hastanın damar yoluyla ilgili bir sıkıntıydı. Damar yolunu çıkarmak istiyordu. Tedavisi devam ettiği için damar yolunu çıkarmayacağımı, tedavisinin devam edeceğini söyledim. Üzerime telefonu fırlattı. Yatağından kalktı, üzerime yürüdü. Sonra araya güvenlikler ve arkadaşlar girdi. Hani bana vuramadı ama üzerime geldi. Böyle insanlara hizmet verdiğim için pişman oldum açıkçası. Hiçbir şey hak etmediklerini düşündüm. Açıklama yaptığım halde bu şekilde davranış görmek hiç hoş değildi.”* şeklinde ifade etmektedir.

Hmş 4; *“Ve diyelim hasta üç aydır sırt ağrısı çekiyor, acile geliyor. Beş dakika olmamış serumu takılalı. Benim ağrım geçmedi. Üç aylık ağrısının beş dakikada geçeceğini sanıyorlar.”*

Burada sorun hastanın bilgi eksikliği ise bu eksikliği gidermek için yeniden bilgi isteyebilir. Sağlık çalışan-

ları da hastanın kafasında soru işaretleri kalmayacak şekilde hastaya bilgi vermelidir. Nitekim Hk 3'ün söylemleri de bunu doğrulamaktadır.

Hkm 3; “Şiddet uygulayabilecek sosyokültürel seviyesi daha düşük agresif insanları daha sık bilgilendiriyorum. Direk olarak göz teması kuruyorum. Anlatıyorum, hasta ile ilgili gidişatın nasıl olacağını, ne tahliller yapacağımızı, neyi bekleyeceğimizi, ne düşündüğümüzü tek tek anlatıyorum. %60-%70 daha sakinleşiyorlar. Sık sık hastaları hakkında bilgi veriyorum onlara. Hasta yakınları hastanın gidişatı ile ilgili bilgi aldıkları zaman daha bir sakinleşebiliyorlar.”

3.1.3. Sağlık çalışanlarının sözel şiddet algıları ve iş verimliliğine etkisi

Acil serviste şiddeti tetikleyen önemli unsurlardan biri hasta veya hasta yakınlarının stresli olması ve bunun sonucunda sağlık çalışanlarına karşı öfkeli ve tehdit içeren tavırlarla yaklaştıkları belirlenmiştir.

Hkm 1; “Yine şahit olduğum olay 19 yaşında bir genç, kötü bir trafik kazası sonrasında SAK geçiriyor. Travmatik SAK. Ex oldu olacak, cerrahi yoğun bakıma yatırdık. İşte böyle genç yaşta trafik kazasının vermiş olduğu öfkeyle söylenmiş olan nidalar olduğunu düşünüyorum.”

Hkm 2; “Bu en son göğüs cerrahisindeki Ersin bey öldürüldükten sonra bize bir kaç hastamızın şöyle bir tepkisi oldu. İlla sizi de mi öldürelim de kendimize baktıralım şeklinde böyle hiç hoş olmayan ifadelerle de karşı karşıya kalıyoruz.”

Hmş 1; “Geriliyorsunuz. Örneğin hasta yakınıyla yaşadığım tansiyon ölçme ile ilgili bir problem olmuştü.

Giriş almadan gelmişti ve tansiyonuna baktırmak istemişti. Hastaya yer göstererek oturmasını ve tansiyonunu ölçeceğimi söyledim. Hasta yakınına da giriş alması gerektiğini söyleyerek yönlendirdim. Bu girişten dolayı bir sürtüşmemiz oldu. İşte ben ölüyorum, bana bakılmayacak mı, ne girişi istiyorsunuz gibi söylemleri oldu. Ben de zaten sizinle ilgileniyorum, yakınınızı giriş almaya yönlendirdim. Sızlık bir durum yok, yani siz oturun ben tansiyonuza bakacağım. Sonra doktor dahil oldu bizim o tartışmamıza. Hatta bu olay savunmaya kadar gitti. Benim savunmam alındı.”

Hkm 3; “Genel durumu kötü hastalar geldiğinde veya CPR (Kardiyo-Pulmoner Resusitasyon) yaptığımızda genç hastanın genel durumu kötü ise, hayati tehlikesi varsa hasta yakınları daha agresif olabiliyorlar. Bir suçlu arıyorlar genelde. Hani niye bizim başımıza böyle bir şey geldi diye. Ben onlara tüm sağlık personelinin elinden geleni yaptığını, bu hastanenin çevredeki en donanımlı hastane olduğunu, herkesin hastası için uğraştığını ama hastanın genel durumunun kötü olduğunu, bu şekilde anlatmaya çalışıyorum. Tabi bazıları anlamadıkları zaman güvenlik yardımı, güvenlikle de olmadığında hastane polisine haber veriyoruz.”

Acil serviste şiddeti tetikleyen bir diğer unsurun bütün hastaların kendini acil vaka olarak görmesi olarak belirlenmiştir.

Hmş 2; “Öncelik istiyorlar. Ama bence öncelik zaten veriliyor hastanın durumuna göre. Hasta yakınlarının bunu özellikle belirtmesine gerek yok yani. Ben sağlık

çalışanlarının böyle bir suistimal yapacaklarını düşünmüyorum zaten. Yapılmıyor öyle bişey de.”

Hmş 3; “Hasta yakını kendisini tek ve acil hissettiği için. Yani önündeki veya karşısındaki hastaları görmediği için. Mesela gribal enfeksiyon da kendini acil hisseder, solunum arresti geçiren kişinin yakını da hastasını acil hisseder. Bu iki ayrımı yapamadıkları için.”

Hmş 4; “Burası ne biçim hastane. Hastamıza hala bakılmadı. Kim bakacak? Doktor nerede? Bu hastanede tek doktor mu var? Acil böyle olur mu? İthamlarıyla hemşirelerin üzerlerine yürüyorlar zaten, bağıryorlar.”

Her ilişki iki taraflıdır. Hastaların da sorumluluğu ve görevleri vardır. Acil sağlık hizmetlerinden sadece acil durumlarda yararlanılmalıdır. Hastalar acil servisi poliklinik gibi kullanmamalıdır. Hastalar açık ve dürüst olmalı ve sağlık çalışanlarına güven duymalıdır. Ayrıca hastalar triajda, kendilerinden daha acil olan olgularda öncelikli yaklaşımda bulunmasını anlayışla karşılanmalıdır (22).

Toplumda yaşayan bireylerin acil servis, poliklinik, aile hekimliği gibi sağlık birimlerine hangi durumlarda başvurmaları gerektiğine yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenebilir. Acil servislere sadece acil durumdaki insanlar başvurursa bazı olumsuz durumların azabileceği kanaatindeyiz.

Hkm 1; “Hastane yoğunlukları azaltılamaz hani o konuda çok fazla ben de optimal değilim. Hani burası da yoğundur karşı taraf da yoğun. En azından şey olmalı, insanlar yönlendirilmeli, ya da aile hekimlikleri ile biraz daha fazla irtibat halinde çalışılmalı.”

3.1.4. Mesai arkadaşlarından görülen şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi

Tıp bir takım çalışmasıdır. Tıbbi ekibin bütün üyelerinin bu bilinçte olması gerekmektedir. Bu felsefe ile çalışan sağlık çalışanları daha kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunarlar.

Hmş 1; “Ekip ruhunu kesinlikle bozmak istemem. Çünkü huzur o şekilde geliyor başka türlü gelmiyor yani. Doktorlar ve hemşireler olarak çalıştığımız zaman ister istemez gergin çalışıyorsunuz. Ama hani bizim doktorumuz, bizim hemşiremiz modunda çalıştığımız zaman çok daha farklı oluyor.”

Hkm 2; “Sanki sağlık kurumları hekimler üstüne kurulmuş gibi geliyor ama aslında ben hep birşey söylerim. Biz tek başımıza hiçbir iş yapamayız. Benim hemşirem, paramediğim işte benimle çalışan acil tıp teknisyen arkadaşım, güvenliğim ve beraberinde işte ekstradan temizlik personelime ilgili bir sıkıntım ve eksikliğim olduğu zaman bile benim işim yolunda gitmez yani.”

Tıbbi ekibin üyeleri bir birine şiddet uyguladığı durumlarda iş verimliliği olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin hekimlerden sözel şiddet gördüğü saptanmıştır. Bunun yanı sıra özellikle acil servis sorumlu hekiminin ekip üyelerine karşı olumlu ve sahiplenici tutumu yaşanan olumsuz olayların çözülmesine yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır.

Hmş 1; “Biz zaten çok yoğun şartlarda çalışıyoruz. Özellikle acil ekibi olarak yani. Kendimizden çok fazla ödün vererek çalıştığımız için yani bu tür olaylar tamamen bizi demoralize ediyor. Acil serviste çalıştığımız için biz 24 saat usulü çalışıyoruz. Tabiki de insan

olduğumuz için ara sıra dinlenmek istiyoruz ortam müsahit olduğu zaman, yoğun olmadığı zaman. Nöbetimizde hekim arkadaşımızın muayene için bekleyen hastaları vardı ama tedavi için bekleyen hasta yoktu. İki hemşire çalışıyorduk. Ama ısrarla üçüncü kişiyi istemesi üzerine bir tartışmamız oldu. Hatta hakarete kadar gitmişti bu kavgamız. Sorumlu hemşireye ve sorumlu doktora da yansımıştı bu olay. Ekip arkadaşlarımdan gördüğüm şiddeti hastanenin üst makamlarına bildirmedim. Yani yüz yüze bakıyoruz, halledilmeyecek bir olay olduğu zaman zaten hemen yukarı intikal ediliyor ki olan oldu yani, intikal edilen oldu ama dediğim gibi. Dr.Ö.'nün gösterdiği büyüklük, sahiplenme yani çalışanını sahiplenme bu olayı yukarıya aksettirmedi.”

Mesai arkadaşları tarafından uygulanan sözel şiddetin sebebi sorumlulukların istenilen zamanda ve şekilde yerine getirilememesinden doğan yetersiz ilgi olarak belirlenmiştir.

Hmş 4; “-Unutulan EKG- EKG çekilmemişti. Doktor bey neden çekilmemiş diye sordu. Çok kalabalıktı zaten, yoğun bir nöbeti. Direk yanına çağırdı ve bütün hasta yakınlarının, hastaların ve diğer konsültasyona gelen doktorların yanında bağırarak bunu dile getirdi. Bunu sessiz sedasız da sorabilirdi. Ekip arkadaşınız. Sabaha kadar biz bu nöbeti tutmak zorundayız.”

Hmş 4; “Diğerinde de tedavim erken yapılsın olayıydı. Yine ortalık yerde. Deskin içindeydi kendisi. Bir kere bana ikinci olayında söylediğinde hani doktor bey diye izah etmeye çalıştım. Ben gayet rahattım sessiz sedasız ‘doktor bey’ dedim sadece ve üzerime doğru

'ne var' diyerek kalkınca ben bu doktorla bir şey konuşulmayacağını anladım açıkçası."

Hekimlerin meslektaş ilişkilerinin ortaya çıkmasında en önemli ölçüt o ülkenin mesleki tüzükleri ve mesleki etik kodlarıdır. Bunların rahatlıkla uygulanabilmesi için ise, meslektaş iletişimlerinin daha tıp eğitimi sırasında Tıbbiyelilere öğretilmesinin zorunluluğu vardır. Bir hekim iyi bilmelidir ki, meslektaşları ile ilgili yaklaşım tarzı her şeyden önce Tıp Yemini (Hipokrat Andı) içerisinde yer almıştır. *"Hayatımı sağlık, samimiyet içinde sanatımı icra ederek geçireceğim."* [Diğer meslektaşlara örnek olacak şekilde]. Aynı konuya tıp yeminleri içerisinde yer alan Laennec Andında da yer verildiğini görmekteyiz. *"...tababet ailesinin maddi ve manevi kötülüklerden kurtuluşu uğrunda elimden gelen gayreti göstereceğime, bütün konularda ve meslektaşlık ilişkilerimde en dürüst, en nazik ve başkalarını düşünen bir hekim olduğumu yapacaklarımıla ispat edeceğime..."* İyi bir hekim; bilgisi, kültürü, örnek tavır ve tutumları, nezaketi, saygılı oluşu, yaşama bağlılığı, hastasına karşı görevleri gerektiği gibi yerine getirişi, ilkelerinden ödün vermemesi, yeminini tutmak için gayret sarf etmesi, tıp etiği ilkelerini benimsemesi ve uygulaması ile tanınır (23).

3.1.5. Hasta, hasta yakınları ve mesai arkadaşları tarafından görülen şiddetin sağlık çalışanlarının ruh hallerine yansması

Araştırmaya katılan katılımcılar sağlık çalışanı olduktan sonra özellikle psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilendiklerini ifade etmişlerdir. Bu olumsuz durumların araştırmacılara sözel olarak ifade edilme-

sinin yanı sıra, katılımcıların yaşadıkları olayları aktarırken sahip oldukları yüz ifadeleri ve duygu durumları da bu olumsuzluğu tamamen onaylar nitelikteydi. Örneğin kaşlar çatılmış ve zaman zaman gülerken, iç çekerek, zaman zaman ise gözleri dolarak yaşadıklarını aktarmışlardır.

Hkm 1; "Sağlık çalışanını daha stresli yapıyor."

Hkm 2; "Biraz daha sakin mizaçlı bir insandım ama daha sonrasında ister istemez galiba agresifleştik."

Hkm 3; "Yani sağlık çalışanı olmadan önce daha hümanist bir insandım öyle diyebilirim. Bir de son zamanlardaki bu olaylar, hastaların bize bakış açısı, doktor olarak kıyaslamayım sağlık sektörü olarak, hepimizde tükenmişlik sendromu gelişti. Ben mesela bilerek acil servis yazdım. 'Acil yaşatmaktır' yazıyordu ben öğrenci iken. O yüzden anestezi ve genel cerrahi seçmedim acili seçtim, insanlara faydalı olabileyim diye seçtim ben bunu. Ama hata yaptığımı düşünüyorum. Çünkü hastalara elimizden geleni yapıyoruz ama hasta yakınlarını çok tatmin edemiyoruz. Hani severek yapmıyorum. Tamamen ailemin maddi geçim kaynağını sağlaması için yapıyorum bu işi yani. Yani hiç kimsenin işini severek işine geldiğini düşünmüyorum ben. Bizim hastanemiz için konuşabilirim, acil için konuşabilirim. Sağlık çalışanlarının hiç birinin işini severek yaptığını düşünmüyorum. Yapabileceğim başka bir iş imkanım olsa hekimlik mesleğini bırakırım."

Hmş 1; "Yıpranıyorsun. Yaşlandığımı düşünüyorum. Evet çok berbat haldeyim, çok berbat haldeyim. Böyle gülüyorum falan anlatırken de gülüyorum ama ben ilk başladığım zaman yani çok severek okudum; çok

severek başladım ve yüksek lisans yapın, akademisyen olun şeklindeki yönlendirmeleri kesinlikle dikkate almadım. Ben hep sahada çalışmayı istedim. Çok severek başladım ama şu anda çok kötü gidiyor diyebilirim. Tamamen fikrim değişti. Yani o yüzden ne bileyim çok berbat haldeyim.”

Hmş 2; “İlk başladığımda nöbete gelirken, çalışırken, hastalara davranışta bulunurken daha böyle sevecensiniz, daha iyi niyetlisiniz, sıcak kanlısınız, yardım seversiniz. Ama sonra sonra onlardan kötü geri dönüşler aldığınız zaman biraz daha geri çekiliyorsunuz. Yani her hastaya öyle iyi niyetle yaklaşıyorsunuz.”

Hmş 3; “Kötü hissediyorum. Yaptığımız bütün işlerin bir anda çöpe atıldığını hissediyorum. Sen hastalara hayat veriyorsun, hastalar seni hayatından alıyor.”

Hmş 4; “İnsan ağlamak istiyor. O ortamda bulunmak istemiyorum, soyutlanmak istiyorum. Üzülüyorum, motivasyonum düşüyor. Çalışmak istemiyorum. Gelen hastalara karşı nazik olamıyoruz.”

Att 1; “Şu anda daha duygusuzum diyebilirim yani, insanlara karşı acıma duygum kalmadı. Hiç üzülüyorum.”

3.1.6. Hasta, hasta yakınları ve mesai arkadaşları tarafından görülen şiddetin sağlık çalışanlarının iş verimliliğine etkisi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tamamı hasta ve hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra hemşirelerin bir kısmı da hekimler tarafından sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Gergin, güvensiz çalışma ortamı, mesai saatlerinin uzun olması, fazla mesai çalışma, sağlıkçuların sosyal yaşantılarının kısıtlı olması, özel koruma alanlarının olmaması, sağlık çalışanlarının toplumda değersizleştirilmeleri, hasta haklarının gündemde olması, çalışan haklarının ikinci plana itilmesi ve bunların yanı sıra iş yerinde şiddete maruz kalmalarının iş verimliliğini olumsuz yönde etkilediği aşikardır.

Hkm 1; “Benim çalışma performansımı düşürüyor. Şimdi örnek vereyim. Ben sabahleyin bir tane hastayla tartıştığım zaman benim günüm mahvoluyor. O hasta acil servisten gidiyor ama onun stresini siz gün boyunca üstünüzde taşıyorsunuz.”

Hkm 2; “Dış hayatımız şöyle. Biz biraz daha acilciler asosyal diye nitelendiriliriz. Toplumda hani böyle çok fazla sosyal yaşantısı olan insanlar olmadığımız için bizim için en büyük sosyal yaşantı acil içerisinde. Yani o yüzden hani dışarıyla çok fazla bağlantımız olmuyor.”

Hkm 3; “İş verimimi düşürüyor tabii ki. İşinizde mutlu olmuyorsunuz, birçok sıkıntıya yol açıyor. Aynı zamanda bence sağlığın masraflarını da artırıyor bu. Hasta yakınlarıyla sürtüşmemek için gereksiz tetkikler isteyebiliyoruz bazen.”

Hmş 2; “Gerçekten de can güvenliğimizin olmadığını hissediyoruz. Emeğimin karşılığını bu şekilde almak gün geçtikçe mesleğe olan saygımı azaltıyor. Yıpranıyoruz. Hakkımızı yeterince savunabilme ve arkamızda yeterince insanların durduğu konusunda şüpheliyim.”

Hmş 2; “Mesela eleman sayımız yeterli olsa, ben çalışmam gereken mesai saatleri haricinde çalışsam, daha az hastaneye gelsem, dinlenebilsem,

psikolojik olarak kendimi daha iyi hissetsem, kendime daha fazla vakit ayırabilsem, hani sosyal ihtiyaçlarımı karşılayabilsem, doğal olarak daha sağlıklı psikoloji ile hastaneye geleceğim ve daha verimli olabileceğimi düşünüyorum.”

Att 1; “Memnun değiliz çalışmaktan. Hani sadece paramızı alıyoruz. Öyle bakıyoruz olaya. Çalışıyoruz, bu paraya ihtiyacımız var, paramızı kazanıyoruz diye bakıyoruz. Yoksa hizmet etmekten memnun değiliz yani. Çünkü kimse bizden memnun kalmıyor, her ilgiyi gördüğü halde.”

4. ETİK DEĞERLENDİRME

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimde birçok olumsuz durumla karşılaşmasına rağmen araştırmacılara aktardıkları ifadelerinde saklı kalan bazı etik öğelerin olması sevindirici bir durumdur. Örneğin; *“Hepimiz vicdanımızla çalışan insanlarız”* ifadesi birçok katılımcı tarafından dile getirilmiştir. Bir insanın iç mahkemesi olarak nitelendirdiğimiz vicdan mekanizmasının karşılaşılan olumsuz durumlara rağmen halâ çalışıyor olması, sağlık çalışanlarının bu temel etik öğeyi koruyabilmeleri takdir edilmesi gereken bir durumdur. Vicdan öğesinin yanı sıra *“Empati yapabiliyorum”, “Sağlık çalışanları vefakar çalışıyor”, “Şiddet olayları profesyonelliğimi etkilemiyor”, “Tıbbi ekip tüm üyeleriyle birlikte bir bütündür”* şeklindeki ifadeler sağlık çalışanlarının toplumda daha çok önemsenmesi ve değer verilmesi gereken önemli bir grubu teşkil ettikleri anlamına gelmektedir. Şiddete maruz kalmalarına rağmen hastanın yararını en üst etik ilke olarak benimseyerek vicdan, fedakarlık, sorumluluk, görev

gibi temel etik öğelerin bilincinde hareket etmeleri onların erdemli birer insan olduğunun göstergesidir.

5. SONUÇVE ÖNERİLER

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının tamamının hasta ve hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldıkları, bazılarının da tıbbi ekibin diğer üyeleri tarafından sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Şiddet uygulayan bireylerin gerekçelerinin *stres, bilgi eksikliği, herkesin kendini acil vaka olarak görmesi ve yetersiz ilgi* olduğu belirlenmiştir. Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve iş verimliliğini azalttığı saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; sağlık çalışanları empati yapabilmesi, hasta ve/veya hasta yakınlarına gerektiği ölçüde, anlaşılır bir dilde mutlaka bilgi vermesi, tıbbi ekibin bir bütün olduğu düşünülerek ekip üyeleri bir birine gerekli saygıyı göstermesi önerilebilir. Araştırmamızın Doğu Karadeniz Bölgesinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Acil kliniğinde yapılmış olması bir sınırlılıktır. Şiddet sorununa daha net çözümler üretebilmek adına bu tür araştırmaların başka hastanelerde de yapılması ayrıca acil serviste veya diğer birimlerde sistematik gözlem içeren araştırmalar ve stres kaynağının ne olduğunu belirlemek için eleştirel söylem analizini içeren çalışmalar yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO) (1998). Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre.
2. Arslantaş H, Adana F, Bağcı S, Ayva E (2012). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin klinik uygulamala-

- rında karşılaştıkları şiddetin boyun eğici davranışlar ve bazı değişkenlerle ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 20 (1): 53-61.
3. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 3: 147-154.
 4. Leon W, Jacqueline M (1996). Work place violence: Preventive and interventivestrategies. Journal of Occupational&Environmental Medicine 38(10):993-1006.
 5. Annagür B (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2(2): 161-173.
 6. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C (2006). Identification of violence in Turkish Health Care Settings. Journal of inter personal violence 21: 276.
 7. Christopher FMB, France B, Janet MR, Linda B, Catherine FM, James MC, Grafstein E, Rae S, LeisaQ, Clay G, Michele W (1999). Violence in the emergency department: A survey of health care workers. Journal of Canadian Medical Association 10: 1245-1248.
 8. Winstanley S, Whittington R (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. Journal of Clinical Nursing 3: 3- 10.
 9. Lau JBC, Magarey J, Mc Cutcheon H (2004).Violence in the emergency department: A literature review. Australian Emergency Nursing Journal 7 (2): 27- 37.
 10. Barlow CB, Rizzo AG (1997).Violence aganist surgical residents. West J Med167:74- 78.
 11. Erickson L, Williams- Evans SA, Tens M (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patient asaults. Journal of Emergency Nursing 26 (3): 210- 215.
 12. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST (1998). Insights of nurses about asault in hospital-based emergency departments. Journal of Nursing Scholarship 30 (3): 249-254.
 13. Şahin NH, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H (2008).Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki

- yaklaşımlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2:17- 31.
14. Arnetz JE, Arnetz BB (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine* 52:417- 427.
 15. Illich I (2011). Sağlıkın Gasplı. Çev.: Süha Sertabiboğlu. 2. Basım İstanbul: Ayrıntı Yayınları. s:182.
 16. Hekime yönelik şiddet: Fenomenolojik bir değerlendirme. <http://www.yurtvedunya.net/Sayi6/4.pdf> (Erişim Tarihi: 26.12. 2013)
 17. Aydın M (2008). Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı.
 18. Adaş EB, Elbek O, Bakır K (2008). Sağlık sektöründe şiddet: Hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
 19. Punch KF (2005). Sosyal Araştırmalara Giriş (Çev. Bayrak D, Arslan HB, Akyüz Z). Ankara: Siyasal Kitapevi.
 20. Kuş E (2003) Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri. Ankara: Anı Yayıncılık.
 21. Şimşek H, Yıldırım A (2004). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 4.Baskı Ankara: Seçkin Yayınevi.
 22. Tokyay R, Armağan E, Akköse Ş (2001). Acil Tıpta Etik. İçinde: Klinik Etik. (Edt.: Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. s. 572.
 23. Üstün Ç (2002). Tıp Etiği Kavramlarına Giriş. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:154. s. 30-46.

Ek-1. Sağlıkta Şiddet Sorunu ve Sağlık Çalışanlarının İş Verimliliğine Etkisi Görüşme Formu

Acil servisteki çalışma süreniz?

Şiddeti kendinize göre tanımlayabilir misiniz?

Sağlıkta şiddet denilince aklınıza ne geliyor?

Çalıştığınız kurumda kendinizi güvende hissediyor musunuz?

Çalıştığınız birimde şiddet olayı hiç yaşandı mı, siz bu olayın içinde oldunuz mu?

Şiddet öyküsü "evet" ise;

- Şiddet türü:
- Şiddeti uygulayan kişi:
- Şiddetin uygulandığı yer:

Şiddet karşısında ne yaptınız? Neler hissettiniz?

Şiddeti uygulayan kişinin sizce gerekçesi neydi?

Şiddete maruz kaldıktan sonra yetkililere bildirdiniz mi? Bildirilmediyse neden?

Mesai arkadaşlarınızdan şiddet gördüğünüz oluyor mu?

Sağlıkta şiddet sizin iş verimliliğinizi nasıl etkiliyor?

Sizce sağlık çalışanlarına karşı şiddetin nedenleri nelerdir? Bu durum gittikçe neden artış göstermektedir?

Sizce sağlıkta şiddeti azaltmak için neler yapılabilir? Önerileriniz?

Beyaz kod (ALO 113) uygulaması hakkında ne düşünüyorsunuz?

Şiddete maruz kalınan ortamlarda sürekli kalmanız sizin şiddete eğiliminizi artırıyor mu?

Sağlık çalışanı olmadan önceki ruh haliniz ile şimdiki ruh halinizi kıyaslayacak olursanız neler söyleyebilirsiniz?

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: TANIMI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Doç. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN
*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*

1. Giriş

Her geçen gün şiddet günlük yaşamımızda daha çok yer almaktadır. Şiddetin bu denli yoğun olarak günlük yaşamda yer alması şiddetin kanıksanmasına yol açmaktadır. Ayrıca şiddet bir problem çözme aracı olarak kullanıldığından, bu kanıksama şiddetin birçok boyutta kullanılmasına ve çok çeşitli şekillerde karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Ailede, sokakta, sporda, okulda gerçekleşen şiddetten sonra; şiddet artık sağlık kurumlarında da yoğun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, uluslararası düzeyde ilgi gösterilmesi ve politik boyutta müdahale edilmesi gereken öncelikli bir alan olarak gösterilmektedir (21). Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Hemşireler Birliği'nin 2002 yılı "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre; işyerlerinde görülen şiddetin yaklaşık %25'inin sağlık sektöründe yer aldığı ve sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasının mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıkları

bildirilmektedir (31). Sağlık alanında hizmet verenler, diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadır (5, 11, 13, 26). Gardiyan, polis, şoför ve banka çalışanlarından daha fazla saldırıya uğradıkları belirlenen sağlık bakım çalışanları arasında hemşirelerin, diğerlerine göre üç kat daha fazla risk altında bulunduğu dikkat çekilmektedir (23, 24, 26).

Bu makalede, dünyada ve ülkemizde giderek artan oranlarda görülen; sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliğini tehdit eden önemli bir iş sağlığı sorunu olan; sağlık sektöründe şiddetin tanımı, tipleri, görülme sıklığı ve risk faktörlerinin literatür doğrultusunda incelenmesi amaçlanmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, genel olarak işyeri şiddet olgusundan ayrı düşünülmemeyeceği için makalede, kavramsal olarak "işyerinde şiddet" tanımlaması genel çerçevesi altında sağlık sektöründeki şiddet tanımlanmaya ve risk faktörleri tartışılmaya çalışılmıştır.

2. Şiddetin Tanımı

Uluslararası literatürde, yalnızca ülkeler arasında değil ulusal ve yerel düzeyde bile işyeri şiddetini anlamada tutarlılığın olmadığı görülmektedir. Bunun da ötesinde, şiddet ve işyeri terimlerinin, kabul edilmiş bir tanımı da bulunmamaktadır (38). Birçok kurum ve örgüt işyeri şiddetini farklı şekillerde tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) İşyerinde şiddeti, "çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği, tehdit edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar", (4,27) olarak tanımlamıştır. Amerikan Çalışma Departmanı altında yer alan İş Güvenliği ve Sağlık Yönetimi (OSHA) birimi işyeri şiddetini "işyerinde gerçekleşen herhangi bir saldırı, tehdit

davranışı veya sözel istismar” olarak tanımlamıştır (32). İş Sağlığı ve Güvenliği Ulusal Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH) işyeri şiddetini; iş ya da görevini yaparken bireylere yönelik şiddet davranışları (fiziksel saldırı ve tehdit davranışlarını içeren eylem) olarak tanımlamaktadır (4, 30).

En kapsamlı işyeri şiddeti tanımı; Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından yapılmıştır. İşyeri şiddeti, “Çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında güvenliğini, iyilik halini veya sağlığını açık ya da kapalı olarak tehlikeye sokan; istismar edildiği, tehdit edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlamıştır (38).

Sağlık kurumlarındaki şiddet ise, “Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (6, 34).

İşyeri şiddetini tanımlamak kadar, bu şiddetin hangi kapsamda değerlendirildiği de önemlidir. İşyerinde yaşanan şiddeti iki kişi (hasta-sağlık çalışanı) arasında yaşanan şiddet olayı kapsamında değerlendirirseniz, bu problemi çözmeye yönelik girişimleriniz bireysel faktörler (öfke kontrolü, kişisel gelişim, iletişim teknikleri vb) açısından önlemler almakla sınırlı kalacaktır. Oysa işyeri şiddetinin oluşmasında; bireysel, çevresel, sosyal ve organizasyonel birçok faktör yer almaktadır. İşyeri, çalışanın işle ilgili görevini yerine getirdiği geçici ya da kalıcı herhangi bir yer olarak tanımlanmaktadır (32). Bu durumda ailede,

sokakta yaşanan şiddetten farklı bir yaklaşımı gerektirmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün de vurguladığı gibi işyerinde yaşanan şiddet olayları iş kazası kapsamında değerlendirilmelidir. Bu kapsamda ILO işyeri şiddetini “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlamıştır (40).

3. Şiddet Tipleri

İşyerinde yaşanan şiddetin tanımlanması ve sınıflandırılması, şiddetin önlenmesine yönelik alınacak tedbirlerin belirlenmesinde oldukça önemlidir. İşyerinde görülen şiddet tipleri farklı sınıflandırmalar ile tanımlanmaya çalışılmıştır. Yaygın olarak işyeri ile ilişkili şiddet tipleri belirlenirken iki eksen üzerinde bir sınıflandırma yapılmaktadır. Birincisi, şiddetin görülme şekillerini tanımlamaktadır. Bu yaklaşımda, şiddet uygulama şekline göre bir sınıflandırma söz konusudur. Şiddet türlerine göre işyerinde şiddeti; fiziksel ya da psikolojik şiddet olarak sınıflamak mümkün olsa da, genellikle biri diğerini de içermektedir (38). Bu nedenle şiddet türlerini sınıflamak güçtür (41). Şiddetin uygulanış şekline göre daha ayrıntılı bir sınıflandırma Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Derneği (American Psychiatric Nurses Association-APNA) tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre işyeri şiddeti, fiziksel (saldırı, *dayak*, *fiziksel taciz*, *cinayet*, *gasp*), cinsel (tecavüz, *kişide rahatsızlık oluşturacak şekilde cinsel içerikli kelimeler söyleme*, *davranışlarda bulunma*), sözel (*tehdit*, *sözel istismar*) ve horizontal (*hususmet*, *sözel taciz*, *zorbalık*) şiddet olmak üzere dört tipte tanımlanmıştır (4).

İşyeri şiddeti ile ilgili diğer sınıflandırma, şiddeti uygulayanlara göre yapılan sınıflandırmadır (38, 39, 41). Şiddeti uygulayanlara göre işyerinde şiddet 4 tipte incelenmektedir (39, 41):

Tip I: Saldırganın işyeri ile resmi bir ilişkisi yoktur, suça niyet ederek şiddete başvurma şeklindedir (dış şiddet-kriminal şiddet). Nedeni sıklıkla hırsızlık olayları olmakla birlikte, işyerinde meydana gelen tüm suç olayları bu tip şiddete neden olabilmektedir. İşyerinde meydana gelen cinayetlerin %85'i bu gruptadır. Öldürücü silahlar sık kullanılır ve ciddi yaralanmalara neden olur. Taksi şoförleri ve tezgâhtarlar gibi para ile uğraşanlar, güvenlik güçleri, gece çalışanlar ve yalnız çalışanlar daha çok risk altındadır.

Tip II: Müşteri/tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet türüdür (Tüketici Odaklı Şiddet). Şiddeti uygulayan kişi çalışma ortamına göre müşteri, tüketici, hasta, öğrenci, mahkûm, akıl hastası ve hizmet verilen diğer kişiler olabilmektedir. Genellikle işyerinin normal çalışma saatlerinde meydana gelmektedir. Sağlık çalışanları, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları başta olmak üzere insanlarla sık ilişkide bulunan tüm meslek grupları daha çok risk altındadır. Hasta ve hasta yakınlarından sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddet bu grupta yer alır.

Tip III: İşverenin ya da çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet türüdür (İnternal-İç Şiddet). Nedeni kişilerarası veya işle ilgili anlaşmazlıklardır. Şiddeti uygulayan kişi, mağdurla aynı işyerinde çalışan veya daha önce çalışmış bir kişidir. İşyerinde meydana gelen cinayetlerin %7'si bu gruptadır ve meslek türü ile ilişkili değildir.

Tip IV: Kişiler arası ilişki ile ilgili meydana gelen şiddet türüdür (Kişilerarası İlişki Şiddeti). Şiddeti uygulayan mağdurla aynı işyerinde çalışmayan fakat mağduru tanıyan birisidir. Örneğin ev içi şiddetin işyerine yansımadır.

4. Şiddetin Sıklığı

İşyerinde şiddet uygulamaları, aile içi şiddet uygulamalarında olduğu gibi bildirim eksikliği nedeni ile çoğu kez gizli kalmaktadır. Konuyla ilgili daha güvenilir veriler ölümlü ya da ağır yaralanma ile sonuçlanan olaylara ilişkindir. Ölümcül olmayan fiziksel saldırı içerikli şiddetten, cinsel tacize kadar geniş bir kapsamı olan bu uygulamalar genellikle, gerçekte olduğundan daha az bilinmekte ve daha az rapor edilmektedir (3, 8, 38).

İşyeri şiddetine dair bilgiler doktor raporları, hastane kayıtları, işyeri sağlık birimi kayıtları, polis tutanakları, işçi kuruluşlarının verileri, sosyal güvenlik kuruluşu ve tazminat kayıtları, mahkeme kayıtları, iş günü kayıplarına ilişkin veriler ve çalışanların bildirimlerinden sağlanabilmektedir. Ancak kayıtlar hemen hemen sadece yaralanma ile sonuçlanan olaylar için bilgi vermektedir. Ölümcül olmayan ya da yaralanma ile sonuçlanmayan, özellikle tehdit gibi pek çok uygulama bu konularda bildirim sistemi olmaması nedeni ile rapor edilmemekte ve kayda geçmemektedir (8, 41).

İşyerinde şiddetin rapor edilmemesinde birçok neden belirtilmektedir. Bu nedenler arasında; bildirilmemesi konusunda çalışma arkadaşlarının baskısı, şiddetin tanımındaki belirsizlik, hastanın özür dilemesi, şiddetin işin bir parçası olduğu algısı, kurum kültürü, şiddet kurbanı olmanın yükü ve utanma, izole edilme,

yargılanma ve işini kaybetme korkusu, şiddeti provoke eden veya ilgisiz olmakla suçlanma korkusu, şiddet kurbanının kendini suçlaması, zaman alıcı, etkisiz ya da cinsiyet önyargılı raporlama mekanizmaları, bildirim ne kişisel ne de kurum açısından yararının olmadığı düşüncesi, önceki bildirimlerle ilgili olumsuz deneyimler yer almaktadır (4, 7, 14, 22, 29, 33, 36).

İşyeri şiddetinin rapor edilmesindeki tüm sınırlılıklara rağmen, elde olan veriler işyeri şiddetinin önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Uluslararası Hemşireler Birliği (2006) işyeri şiddetini dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir (15). ABD'nin İşgücü Bölümü raporuna göre (2002) yılda işle ilişkili ölümcül olmayan yaklaşık 2 milyon şiddet olayı gerçekleşmiştir. ABD'de işle ilişkili şiddet, iş kazalarına bağlı ölüm nedenlerinde üçüncü sırada ve işyerindeki kadın ölümlerinde de ikinci sıradadır (16).

WHO, ILO ve ICN 'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel içerikli, %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (10, 25). Di Martino (2002) ülkeler düzeyinde (Brezilya, Bulgaristan, Lübnan, Portekiz, Güney Afrika, Tayland ve Avustralya) sağlık sektöründeki şiddeti incelediği araştırma raporunda, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının son 12 ay içinde en az bir psikolojik veya fiziksel şiddet olayı yaşadığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının son bir ayda işyerinde şiddet olayı yaşama sıklığı Bulgaristan'da %75.8; Avustralya'da %67.2; Güney Afrika'da %61;

Portekiz'de Sağlık Merkezi Komplekslerinde %60, hastanelerde %37; Tayland'ta %54; Brezilya'da %46.7'dir. İspanya'da, sağlık çalışanlarının %64'ü tehdit, yıldırma veya aşağılama davranışlarına maruz kalırken, %11'i fiziksel saldırı kurbanı olmuştur (18). Suudi Arabistan'da yürütülen bir çalışmada temel sağlık hizmetleri çalışanlarının yaklaşık %28'i en az bir kez işyerlerinde şiddet olayı yaşadığını belirtmiştir (12). ABD, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'da yürütülen çalışmalarda da bu problemin önemi ve acil eylem yapılmasına olan gereksinim ortaya koyulmuştur (19, 20). Gelişmiş dünya bu problemin farkındadır ve bilimsel araştırmaları temel alarak problemi çözmeye yönelik gerekli koruyucu önlemler ve uygulamalar ile bu sorunu çözmeye çalışmaktadır (8).

Gelişmekte olan ülkeler grubunda yer alan ülkemizde sağlık sisteminde standart bir kayıt sistemi olmadığından, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin insidansı hakkında kesin veriler bulunmamakta ve ulaşılabilen kaynaklardan sınırlı bilgi elde edilebilmektedir (7, 41). Bunun yanı sıra, literatürdeki şiddetin bildirilmesinde saptanan engeller bizim ülkemizde de geçerli olup, sağlık çalışanlarında şiddet gereken önemi görmemektedir (7). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yapılan birçok araştırma, şiddetin görülme sıklığının oldukça yüksek olduğunu vurgulamaktadır (8).

Ülkemizdeki sağlık sektöründeki şiddete ilişkin son yıllarda yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri Aytaç ve arkadaşlarının (2011) farklı sektörlerde çalışan 1708 kişi ile yürüttükleri araştırmalarıdır. Aytaç ve arkadaşları (2011) çalışmalarında, son bir yıl içinde

işyerinde şiddetin en sık görüldüğü sektörün sağlık sektörü (%51.3) olduğu saptanmıştır. Sağlık sektörünü, güvenlik (38.8%) ve eğitim (36.8%) sektörleri takip etmiştir (Tablo-1).

Tablo-1. Farklı Sektörlerde Çalışanların İşyerinde Şiddet Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı.

İş Sektörü	Şiddet Yaşayan		Şiddet Yaşamayan	
	n	%	n	%
Endüstri (N=70)	17	24.3	53	75.7
Hizmet (N=158)	42	26.6	116	73.4
Güvenlik (N=343)	133	38.8	210	61.2
Sağlık (N=1069)	548	51.3	521	48.7
Eğitim (N=68)	25	36.8	43	63.2

$X^2=57.984$, $df=4$, $p=0.0001$

Keser ve Bilgin'in (2011) Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili; Ocak 1999-Temmuz 2010 tarihleri arasında yayınlanmış çalışmaların sistematik incelemesini yaptıkları çalışma sonuçları, Türkiye'deki sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutlarını ortaya koyma bakımından değerli bulgular oluşturmaktadır (Tablo-2, Tablo-3).

Tablo-2. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Tipleri ve Yüzdeleri.

(Ocak 1999-Temmuz 2010)

Şiddet Tipi	Çalışma Sayısı (29)	Min-Maks (%)
Sözel şiddet	23	46.7-100
Fiziksel şiddet	21	1.8-52.5
Cinsel Şiddet	7	1.1-73
Psikolojik şiddet	2	33.3-86.5

Tablo-3. Türkiye'de Mesleklere Göre Sağlık Alanında Yaşanan Şiddet Tipleri ve Yüzdeleri.

(Ocak 1999-Temmuz 2010)

Mesleklere göre şiddet tipi	Çalışma sayısı (29)	Min-Maks.(%)	Ortalama (%)
Doktor (sözel)	7	46.7-100	72.81
Doktor (fiziksel)	7	1.8-22.5	13.42
Doktor (sözel+fiziksel)	5	53.7-96.7	71.10
Doktor (cinsel)	2	1.1-3	2.05
Doktor (psikolojik)	1	33.3	33.30
Hemşire (sözel)	13	59-98.5	81.33
Hemşire (fiziksel)	9	2.1-52.5	17.71
Hemşire (sözel+fiziksel)	5	57.2-90	71.56
Hemşire (cinsel)	4	1.1-73	30.43
Hemşire (psikolojik)	2	35.9-86.5	61.20

5. İşyerinde Şiddette Risk Faktörleri

İşyeri şiddeti, tüm sektörlerde her düzeyde çalışanı etkileyen bir durumdur. Ancak sağlık sektörü, sunulan hizmetin temel karakteristiği -zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektirmesi- ve günümüzdeki sağlık

ortamı- nedeniyle en riskli olanıdır. Sağlık reformları, sosyal istikrarsızlık, uzun çalışma saatleri ve nöbetlerin artan baskısı, çalışanların moral bozukluğu altında sağlık sektöründe işyeri şiddeti hızla yaygınlaşmaktadır (11).

İşyeri şiddetinin ortaya çıkmasında birçok faktörün etkili olduğu belirtilmektedir. Bu faktörleri tanımlamak, işyerinde şiddetin önlenmesine yönelik girişimlerin oluşturulmasında oldukça önemlidir (21). Literatürde, bu faktörlerin tanımlanmasıyla ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Bir sınıflandırmaya göre; işyeri şiddetinin görülmesinde bireysel, çevresel ve organizasyonel olmak üzere üç grup risk faktörü tanımlanmıştır. Bu yaklaşıma göre, cinsiyet, yaş, deneyimsizlik gibi bireysel faktörler; güvenliğin zayıf olması, yetersiz ışıklandırma, gece vardiyası gibi çevresel faktörler, şiddet kurbanı olma riskini artırabilmektedir. Eksik istihdam, yoğun çalışma saatleri, elverişsiz, güvensiz ve iletişimsiz çalışma ortamı gibi birçok organizasyonel faktörler işyeri şiddetinin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (11).

Di Martino (2002) ülkeler düzeyinde (Brezilya, Bulgaristan, Lübnan, Portekiz, Güney Afrika, Tayland ve Avustralya) sağlık sektöründeki şiddeti incelediği araştırma raporunda, işyeri şiddetinin oluşmasında etkili risk faktörleri olarak birbiriyle kompleks etkileşim gösteren organizasyonel, sosyal ve bireysel faktörleri tanımlanmaktadır. Sosyal problemlerin, sağlık reformlarının baskısı altında, artan sağlık hizmeti talebinin yarattığı gerginlik, şiddetin dinamosu olarak görülmektedir. Araştırmaya katılanlar arasında sağlık sektöründeki şiddetin ortaya çıkmasında tek faktör olarak düşünülen hastanın kişiliğini, ülkedeki sosyal ve

ekonomik durum izlemekte, ardından da iş organizasyonu ve iş koşulları gelmektedir. Bulgaristan raporunda, araştırmaya katılanların yaklaşık %15'i günde 12 saat çalışma, yetersiz personel nedeniyle iş yoğunluğunun artması, eksik personeli gece ekipleri sonucunda geceleyin yalnız çalışma, Ulusal Sağlık Sigorta Fonunun gereği olarak yapılması gereken evrak işlerinin artması gibi etkisiz yönetim ve çalışma koşullarına yönelik özelliklere vurgu yapmaktadır. Tüm bunlar uzun hasta bekleme sıraları ile sonuçlanmaktadır. Tüm bu hazırlayıcı faktörlerin toplamı bireysel, sosyal ve organizasyonel faktörler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu raporda, tüm üç alanın risk analizinde eşit önem gösterebilirler de, organizasyonel faktörlerin anahtar role sahip olduğu vurgusu yapılmaktadır (11).

İşyerinde şiddetin ortaya çıkmasında neden olabilecek risk faktörlerine yönelik en kapsamlı sınıflandırma WHO, ICN, ILO ve PSI tarafından hazırlanan "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti"ni ele alan rehberde belirtilen sınıflamadır. Bu rehberde işyeri şiddetine yol açabilecek risk faktörleri yedi başlıkta toplanmıştır (21):

1. Toplum Özellikleri
2. Değişen şartlar
3. İş organizasyonu
4. İşyeri
5. Kişilerarası ilişkiler
6. Şiddet uygulayan(Potansiyel)
7. Şiddet kurbanı (Potansiyel)

Her bir risk faktörünün belirleyici değişkenleri aşağıda yer almaktadır:

1. Toplum Özellikleri: Şiddet her tarafa yayılan bir sorundur. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaş, yoksullaşma, büyük kentlerdeki suç oranlarında artış gibi birçok etkenin bileşimi olarak yaygınlaşan şiddet ortamı, gündelik hayatın birçok alanını etkilemektedir. Toplumda var olan şiddet ve şiddetin tüm özellikleri işyerlerine de yayılmıştır. Aşağıda, toplumda şiddetin ortaya çıkmasına yol açabilecek, hazırlayıcı faktörler sıralanmıştır:

- Yüksek oranlarda fakirlik, işsizlik (1, 11, 12)
- Yüksek oranlarda suç (1, 11, 21)
- Silah ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolay olması (2, 17)
- Yüksek oranlarda uyuşturucu madde kullanımı (2, 17, 21)
- Yüksek nüfus yoğunluğu (1, 2)
- Yüksek oranlarda çete şiddeti (2, 21)
- Gücü kutsayan değişim: “güçlü olanın haklı olduğu” fikrinin yaygınlaşması (1, 2)

2) Değişen Şartlar: Şiddet kadar, küreselleşme süreci, sağlık sektöründeki reform ve küçülme girişimleri, artan sayıda işçinin güvencesiz çalışmasına, iş kaybına ve çalışma koşullarının giderek kötüye gitme riski ile karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, son yıllarda gelir dağılımında ortaya çıkan derin eşitsizlik, istihdam sorunları şiddet ortamının oluşmasında etkili faktörler olarak belirtilmektedir. Aşağıda, sağlık sektöründe şiddetin görülmesine yol

açabilecek değişen şartlara ilişkin başlıklar yer almaktadır:

- Küreselleşme (1, 11, 21)
- Yapısal reformlar (1, 11, 21)
- Küçülmeye gitmek (1, 21)
- Artan savunmasızlık (1, 21)
- İş güvencesizliği (1, 21)
- “Neo-liberal” Sağlık Politikaları (1, 11)
- Statü yitimi (1, 2)
- Yetersiz özlük hakları (1, 2)
- Piyasalaşan sağlık sistemi (1,11)
- Toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile “güçlü olanın haklı olduğu” fikrinin yaygınlaşması (2)

3) İş Organizasyonu: İş organizasyonunun kalitesi, kurum kültürü ve yönetimi, işyeri şiddetine maruz olmayı tanımlamada çok büyük öneme sahiptir. Aşağıda sağlık sektöründe şiddetin görülmesi açısından önemli olan iş organizasyonuna ait faktörler yer almaktadır:

- Uzun çalışma saatleri (1, 3, 17, 21)
- Zayıf iş memnuniyeti (21)
- Şiddete toleranslı bir kültür (21)
- Zayıf iletişim (1, 2, 21)
- Yetersiz güvenlik (1, 2, 11, 21, 30)
- Güçsüz yönetim (1,2, 21)
- Personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikası eksikliği (2, 11, 30)

4) İşyeri: Çalışanların yüksek oranlarda iş bırakması ve yüksek oranlarda işe devamsızlık bir işyeri şiddetinin belirtilerinden sayılmaktadır. Yeterli personeli ve yeterli ekipmanı olmayan veya kötü organize olmuş yerler, işyeri şiddetine yol açabilmektedir. Aşağıda sağlık sektöründe şiddetin görülmesine yol açabilecek işyerine ait faktörler yer almaktadır:

- Aşırı personel değişimi (1, 2)
- Yetersiz personel (1, 2, 17, 21)
- Yetersiz teçhizat (1, 2, 17, 21)
- Kötü organizasyon (2, 21)
- Aşırı hasta yoğunluğu (1, 2, 17, 21)
- Sağlıkta sık değişen uygulamalar (1, 2, 21)
- Sağlık kurumlarının yönetiminde gözlenen iş odaklılık, verimsizlik ve ticarileşme (1, 2, 3, 11, 21)

5) Kişiler arası faktörler: Stresin, aşırı rekabetin, net olmayan görevlerin ya da aşırı iş yükünün yoğun olduğu bir çalışma ortamı, işyerinde şiddeti tetikleyen temel faktörler olarak görülmektedir. Aşağıda, sağlık sektöründe şiddetin görülmesine yol açabilecek kişilerarası faktörler yer almaktadır:

- Yüzleştirmeye ilgili tutumlar (21)
- Aşırı zaman baskısı (1, 21)
- Kalabalık çevre (1, 2, 21, 30)
- Rol çatışması/belirsiz görevler (1, 21)
- İşçinin aşırı işle yüklenmesi (1, 2, 21)
- İş ortamında rekabet (2, 11, 21)

6) Şiddet Uygulayan: Potansiyel şiddet uygulayan, servisteki bir hasta, bir kuruluş ya da sağlık sektörün-

deki diğer kuruluşlar, genel toplumun bir üyesi olabilir. Önemli olan potansiyel şiddet uygulayan olarak düşünülen bireylerle ilgili kalıplaşmış yargılardan uzak durmaktır. Çünkü bu damgalama ve ayrımcılığa neden olabilir. Birçok vakada, şiddet uygulayanların kendilerinin şiddet kurbanı oldukları, göz önünde bulundurulması gereken bir gerçektir. Aşağıda işaret edilen; zor bir çocukluk geçirme veya alkol bağımlılığı, işyeri şiddetini uygulayana atfedilen insan yaşamında görülebilen temel faktörler olabilir.

- Şiddet davranış öyküsü (21)
- Zor çocukluk dönemi (21, 27)
- Alkol ve madde bağımlılığı (2, 17, 21, 30)
- Ruhsal hastalık (2, 21, 30)
- Düşmanca tutumlar (21)

7) Şiddet Kurbanı: Sağlık sektöründeki tüm profesyonellerin, işyeri şiddeti açısından potansiyel risk taşımasına rağmen, bu risk bazılarında daha yüksek olabilmektedir. Hemşireler ve ambulans personeli son derece yüksek riskte, doktorlar, destek ve teknik personeller yüksek riskte, diğer tüm benzer meslekler de risk altındadır.

- Hemşire (4, 6, 17, 30)
- Deneyimsiz çalışan (2, 21)
- Ambulans personeli (11, 30, 35)
- Acil servis çalışanı (2, 9, 17, 28, 30, 37)
- Genç kadın (11, 21)
- Şiddet öyküsü, hala şiddet kurbanı olma (2, 17, 21)
- İlaç, alkol ve madde bağımlılığı, (2, 17, 21, 25)

- Toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile “güçlü olanın haklı olduğu” fikrinin yaygınlaşması (2)
- Tutum/dış görünüş (2, 21).

Kaynaklar

1. Adaş, E. B., Elbek, O., Bakır, K. *Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı*. Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını, 2008, 21-50.
2. Al B., Zengin S., Deryal Y., Gökçen C., Arı Yılmaz D., Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff (Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet), *Journal of Academic Emergency Medicine* 2012; 11: 115-24.
3. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2010, 2:2, 161-173.
4. American Psychiatric Nurses Association (APNA). Workplace Violence Position Paper http://www.apna.org/files/public/APNA_Workplace_Violence_Position_Paper.pdf (Erişim Tarihi: 02.12.2013)
5. Aydın B., Kartal M., Midik Ö. Buyukakkus A. Violence Against General Practitioners in Turkey, *Journal of Interpersonal Violence* 2009, 24:12, 1980-1995.
6. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002, 3, 147-154.
7. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006, 21, 276-296.
8. Aytac S., Bozkurt V., Bayram N., Yıldız S., Aytac M., Akinci Sokullu F., Bilgel N. Workplace Violence: A Study of Turkish Workers, *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)* 2011, 17(4), 385-402.

9. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *West J Med* 1997; 167:74-78.
10. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 2008, 50:3, 288-93.
11. Di Martino V. Workplace violence in the health sector: Country case studies, 2002, 1-49.
12. El-Gilany AH, EL-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpers Violence*. 2010, 25:4, 716–34.
13. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997, 28, 38-41.
14. Farrell, G., & Cubit, K. Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing* 2005, 14, 44-53.
15. Farrell, G., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 2006, 55:6, 778-787.
16. Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M., & Gerberich, S.. Reporting violence to a healthcare employer: A cross sectional study. *AAOHN Journal* 2005, 53:9, 399-406.
17. Gacki-Smith J., Juarez A.M., Boyett L., Homeyer C., Robinson L., MacLean S.L. Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments, *The Journal of Nursing Administration* 2009, 39:7/8, 340-349.
18. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of a growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*. 2009, 15, 30–6.
19. Grenyer BFS, Ilkiw-Lavalle O, Biro P. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Aust NZ J Psychiat*. 2004;38: 1440–614.

20. Hesketh KL, Duncan SM, Estrabrooks CA. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*. 2003, 63, 311–21.
21. International Council of Nurses, International Labour Office, Public Services International World Health Organization Framework Guidelines For Addressing Workplace Violence in The Health Sector The Training Manual, ILO Publications, 2005, Switzerland, 65-119.
22. Jackson, C., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10:1, 13-20.
23. Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica* 2005,18:2, 114-21.
24. Keely, B. R. (2002). Recognition and prevention of hospital violence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21:6, 236-241.
25. Keser Özcan N., Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011, 31:6,1442-56.
26. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001, 48:3,129-30.
27. *Krug, E. G., Mercy J.A, Dahlberg L.L, Zwi A.B.* The world report on violence and health, *The Lancet* 2002, 360:5, 1083-1088.
28. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004, 7, 27-37.
29. McCoy, Y., & Smith, M.H. Legal considerations of workplace violence in healthcare environments. *Nursing Forum* 2001, 36:1, 5-14.
30. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Violence: Occupational Hazards in Hospital, DHHS (NIOSH) Publication No. 2002–101, April 2002, Web site at www.cdc.gov/niosh (Erişim Tarihi: 02.12.2013)

31. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The deescalating aggressive behaviour scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs* 2009, 65:9, 1956-64.
32. OSHA workplace violence definition www.osha.gov/dte/library/wp-violence/healthcare/wpvhealth (Erişim Tarihi: 02.12.2013)
33. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2000, 31:2, 452-60.
34. Saines JC: *Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs* 1999; 7:8-1
35. şahin B., Gaygısız ř., Balcı F.M., Öztürk D., Sönmez M.B., Kavalcı C. Yardımcı acil tıp personeline yönelik şiddet, Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Tr J Emerg Med* 2011, 11:3, 110-114.
36. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *J Adv Nurs* 2002, 39:3, 230-40.
37. Winstanley S, Whittington R. Violence in general hospital: comparison of assailed and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106, 144-147.
38. Wiskow C.(2003). Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme Working Paper, Geneva.
39. Workplace Violence: A Report to the nation, 2001. <http://www.publichealth.uiowa.edu/iprc/resources/workplace-violence-report.pdf> (Erişim Tarihi: 02.12.2013)
40. Yeşıldal, N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve şiddetin Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005, 4:5, 280-302.
41. Yıldız A.N., Kaya M., Bilir N. İşyerinde şiddet, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını, Ankara 2011,13-33.

ŞİDDET DAVRANIŞI: GELİŞİMİ, SONUÇLARI VE ELE ALINIŞI

Prof. Dr. Tunç ALKIN

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı*

Farklı disiplinlerce yapılmış çok farklı tanımları olan şiddet en yaygın olarak “insanın doğasında mevcut olan bastırılmış bir davranış biçimi” olarak tanımlanmaktadır. İnsanın doğasında olması deyişi şiddetin olağan ya da kabul edilebilir bir davranış olduğunu işaret etmemektedir. Biliyoruz ki, insanın doğasında olan diğer birçok başka dürtü (cinsellik vb) gibi şiddet dürtüsü de değiştirilebilir, ertelenebilir, baskılanabilir ve kontrol edilebilir. Şiddeti ortaya çıkaran saldırganlığın ve yıkıcı davranışların toplumsal yaşam içinde asla yeri yoktur.

İnsandaki saldırgan davranışları anlayabilmek için biyopsikososyal bir bakış açısı gerekmektedir. Araştırmalar, saldırganlığın biyolojik bir temeli olduğunu göstermektedir. Beyinde serotonin transmisyonundaki düzensizlikler, testosteron hormonu-erkeklerin neden daha fazla saldırgan olduğunu açıklar- ve alkol-madde kullanımı saldırganlıkla ilişkilidir (1). Biyolojik temel üzerine eklenen bir dizi psiko-sosyal etken saldırganlığın oluşumuna katkıda bulunur. Bu etkenler arasında yoksulluk, işsizlik, kalabalık ya da parçalanmış aileden gelmek, aile içi şiddetin varlığı ve silahlara erişim en iyi bilinenleridir (1).

Şiddet Kültürü

Bazı toplumların psikososyal risk etkenleri açısından verimli bir zemin oluşturduğu söylenebilir. Ülkemizin uzun yıllardır yaygın ve yoğun bir “*şiddet kültüründe*” yaşadığını söyleyebiliriz. Aile içi şiddet çok yaygındır. Ailede hem çocuklara hem de kadına yönelik şiddet neredeyse olağanlaşmıştır. Terbiye şiddet aracılığıyla verilmektedir. Aile içi şiddet her zaman fiziksel şiddet içermeyebilir. Sevgi göstermeme, aşağılama (sen aptalsın), küçümseme (sen bilmezsin-anlamazsın), sürekli eleştirme ya da alay etme (lakap takma), reddetme, yoksun bırakma, korkutma, yaşamın keyfi olarak kısıtlanması, sevdiği etkinliklerden alıkoyma gibi “*duygusal şiddet*” yöntemleri kullanılır (1-4).

Okullarda eğitim korkutmaya, yıldırmaya ve hatta şiddete dayalı olarak sürdürülmektedir. Askerlik görevinde de şiddet yöntemleriyle eğitim verilir. Kültürümüzde “askerlikte adam olunur” inancı yaygındır. Devlet şiddet uygulamaktadır. Resmi işyerlerindeki yıldırma (hakaret, tehdit, taciz), polis şiddeti (onur kırıcı davranışlar, cop, biber gazı) ve son zamanlarda artan hukuk şiddeti (uzun tutukluluk, ağır cezalar) devletin olağan tutumları olmuştur (2).

Medyada şiddet yer alış biçiminin insan davranışlarını etkilediği iyi bilinmektedir. İntihar, saldırganlık, cinsel sapma, ırkçılık gibi nefret suçları, ayrımcılık özellikle cinsel ayrımcılık, hoşgörüsüzlük, küfür, saygısızlık etmek gibi davranışlar medyada “yaşamın doğal bir parçası” olarak sunulabilmektedir. Bu bazen gülünebilen bir “reality show” olabilmektedir. Yargısız infazlar yaşanabilmektedir. Böylelikle şiddetin sunulduğundan rant elde edilir. Hatta bazen medyada şiddetten çok

bir “medya şiddetinden” söz etmek daha doğru olmaktadır (5).

Travmalar

Türkiye’deki “şiddet kültürüne” travmalar da önemli katkı yapmaktadır. İnsan kavrayışının ötesinde olma özelliğiyle herkesin etkileneceği, “gerçek bir ölüm tehdidi yaşatan ya da buna tanık olunan” olaylar travma kabul edilmektedir. Travmalar doğrudan ruhsal bozukluklara yol açabilecek şiddettedir. Özellikle kronik ve yineleyici olduklarında ruhsal bozukluklara ek olarak kişilikte de derin izler bırakırlar (6, 7).

En yaygın travmalar doğal afetler (deprem, sel vb) ve trafik kazalarıdır (6, 7). Sıklığı daha az olmakla birlikte daha yıkıcı etkileri olan insan eliyle oluşturulmuş travmalar da Türkiye’de gündelik hayatın bir parçasıdır. Çocuklara ve gençlere yönelik ensest, cinsel taciz ve tecavüzler sanıldığından daha fazladır. İşkence ve ağır kötü muamele azalmakla birlikte tam olarak sona ermemiştir. Güney doğudaki savaş ortamından (Örn. boşaltılan köyler, kapatılan meralar) ve komşu ülkelerdeki iç savaşlardan kaynaklanan iç ve dış mültecilik de çok önemli travmalar arasındadır (8).

Savaş Hali

Bugün bir şiddet kültüründe yaşıyorsak bunda en büyük pay Güneydoğu’daki savaş halidir. Bölgede yaşanan olaylar, kadına ve hekime yönelik olan şiddet de dahil olmak üzere belirtilen diğer tüm şiddet türlerini doğrudan beslemektedir. Şiddetin toplumsal yaşamın bir parçası, hayatın bir gerçeği olarak kabullenilmesine büyük bir katkıda bulunmaktadır.

Yoğunluğu son bir yılda azalmakla birlikte uzun zamandır süre giden savaş travmatize olmuş kuşaklar yaratmıştır. Her iki tarafın yaşadığı yaralanmalar, ölümler ve kayıp insanlar onulması güç ruhsal travmalar oluşturmuştur. Savaşın birinci elden tanıkları olanlar (kurbanlar) ne kadar incinebilir ne kadar ölüme yakın olduklarını anlamışlardır. Yakınların, tanıdıkların, evlatların kaybı uzun süreli yas reaksiyonlarına neden olmuştur. Roboski olayındaki gibi faillerin bulunmayışı, sorumluların cezalandırılmaması insanların adalet duygularını incitmiştir (9). Çaresizce denetlemeye çalıştıkları bir “öfke” duygusu yaşamışlardır. Savaşın çözümlenmeyerek öfkenin kuşaklar ötesine sarkması özellikle gençlerde tehlikeli bir “ötekileştirmeye” yol açmıştır. Görece ilkel bir düşünüş biçimi olan “ak-kara düşünüşünün” (tüm iyiler/iyilikler bizde, tüm kötüler/kötülükler onlarda) ve “genellemelerin” (biz iyiyiz, onlar kötü) yaygınlaşması ile “*düşmanlar yaratılmıştır*”. Bir kez düşmanlar oluştuğunda artık onlar saldırmadan “*önleyici vuruş yapma*” ya da saldırıldığında “*misilleme yapma*” doğal hak olmaktadır. Böylece travmatizasyon döngüsü sürer gider.

Yukarıda sayılan iki uçlu düşünme eğilimi, önyargılar, damgalama kısır döngüye dönüştüğünde yalnızca neden değil şiddet kültürünü sürdüren etkenler işlevi de görürler. Bunlara ek olarak uzlaşma kültürünün olmaması, çatışma çözme becerilerinin yetersizliği, otoriteryenlik eğilimleri de “şiddeti sürdüren ve barışı öteleyen etkenler” arasında sayılabilir.

Şiddete başvuranların ortak özellikleri

Çeşitli ruhsal durumlar ve kişilik özellikleri kişilerin şiddete yatkınlığını belirler. En sık görülen özelliklerin

başında “ani duygu değişimleri ve dürtüsellik”, “düşük benlik saygısı (kendini değersiz görme)”, “kıskançlık ve yoğun kaybetme korkusu” sayılabilir. Bu etkenler özellikle bireysel şiddet olaylarında sık sık karşımıza çıkmaktadır (2).

Çocukluğunda fiziksel şiddet görenlerin şiddete daha yatkın oldukları bulgusuna dayanarak şiddetin öğrenilmiş bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığı söylenebilir. Örneğin öfke ve saldırganlık, toplumsal ayrıcalıklardan yararlanma (erkek olma, statü) ve başkalarının davranışlarını kontrol etme aracı olarak iş görebilir. Bunların yanı sıra sık şiddete başvuranlar “davranışlarının başkaları üzerindeki olumsuz etkileri görmezden gelme veya kabul etmeme” gibi bir tutum sergilerler. Empati yetileri yetersizdir. Yaşadıkları sorunlar için başkalarını suçlama eğilimi gösterirler. Kendi gereksinimlerinin, duygularının ve isteklerinin diğerlerinin-kilerden daha önemli olduğuna inanırlar, gerçekçi olmayan beklentilere girerler ve bu istekleri olmadığına da aşırı tepki verirler (2). Böylece kendi gözlemlerindeki değerleri geçici olarak yükselir.

Saldırganlık ve psikiyatrik hastalıklar

Tanımlanan bu profil her şiddet uygulayanın -ve elbette sağlıkçıya saldıranların da- psikopatolojisi olduğu anlamına gelmemektedir. Hekimlere hastalardan çok hasta yakınları saldırmaktadır. Sağlık ortamlarında yaşanan şiddetin incelenmesi, alkol-madde etkisi altında olmak ve aldığı hizmetten memnun olmamanın “fizik şiddet” ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik bozukluğu olanlar ise “sözel şiddet, korkutma ve eşyaya zarar verme” gibi davranışlar sergilemektedir (10). Dolayısıyla şiddete

yatkın kişilerin “psikiyatrik hasta” olduğu söylemleri saldırganlığa kılıf hazırlama ve bu davranışları mazur göstermeye yaramaktadır.

Veriler, psikiyatrik sorunları olan kişilerin normallerden daha fazla saldırgan olduklarını göstermemektedir. Yine de bazı psikiyatrik hastalıklar davranışsal kontrolü bozabilir ve hastalarda kişilere yönelik saldırganlık davranışları ortaya çıkabilir. Bunlar psikotik bozukluklar (şizofreni, manik episod) alkol-madde kullanım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları (özellikle antisosyal ya da paranoid kişilik bozukluğu) ve daha nadir olarak bazı beyin hastalıklarıdır (deliryum, epilepsi) (11, 12).

Sağlıkçıya yönelik şiddet

Kitabın başka bölümlerinde geniş yer verileceği için sağlık alanındaki şiddete ruhsal açıdan birkaç noktaya değinmekle yetineceğiz. Hekime saygı ve minnet bu toprakların kadim bir geleneğidir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm planlarının önündeki en büyük engel olan hekimler ve hekim meslek örgütleri ile mücadele ederken hükümetin kullandığı itibarsızlaştırma, güçsüzleştirme, izole etme, bölme ve halkı kışkırtma stratejilerinin işe yaramadığı söylenemez. Hekimler hedef gösterilmiştir. Bir önceki bölümlerde kişilik özelliklerine sahip ve şiddet kültürüyle büyümüş olan insanların, en yetkili ağızlardan duyduğu “Doktor efendi dönemi bitti”, “Bunlar ısrarla daha fazla para kazanmak istiyor” söylemlerinin etkisinde kalmıştır. Saldırganlık açıkça cesaretlendirilmiştir. Zamanın Sağlık Bakanı, Sami Ulus Hastanesinde nöbetteki asistan 5 kişinin bıçaklı saldırısına uğradığında

“Trafikte de böyle kabalıklar olur” diyebilmiştir. Yönetenlerin sözel saldırganlıkları şiddetle iç içe yaşayan toplumda katlanarak yankı bulmuştur.

Tehlikeli olma potansiyeli

Sağlıkçılar için şiddete maruz kalmak mesleksen bir risktir. Bu nedenle iş başındayken tehlikenin kimlerden geleceğini bilmek gereklidir. Aşağıda saldırganlıkla ilişkili bulunmuş olan özellikler sıralanmıştır (11, 12).

- 16-25 yaşlarında genç erkek,
- Öyküde dürtü denetim bozukluğu/saldırganlık,
- Çocuklukta fiziksel kötüye kullanıma öyküsünün olması,
- Alkol-madde etkisi altında olmak,
- Saldırganlık jestleri-plan-fantezileri,
- Antisosyal kişilik bozukluğu,
- Gerçeği değerlendirmenin bozuk olması.

Mesleğimiz üzgün, öfkeli, şiddete yatkın ve hasta olanlara hizmet etmeyi ve bazen da yaşanan gerginliklere müdahaleyi gerektirdiğinden, bu durumlarda doğru tutum ve davranışları sergilemek önemlidir. Saldırgan kişiye/hastaya yaklaşımda dikkat edilecek hususlar aşağıdadır (12).

- Durumun/ortamın tehlikeli olup olmadığını değerlendirin.
- Odaya yalnız girmeyin (mümkünse eğitilmiş personel olmalı)
- Ortamdaki tehlikeli nesnelere gözden geçirin (bisturi, makas, şişe vb)
- Silahlı olup olmadığını araştırın, varsa alınmalı!

- Çıkış yolunun uygunluğunu gözden geçirin
- Hastaya dokunmamaya özen gösterir
- Yumruk-tekme mesafesine girmeyin, (en az bir kol mesafesi aralık bırakın, bu durumda hasta da rahat eder)
- Hastaya arkanızı dönmeyin
- Sakin davranın!
- Acele etmeyin, tane tane ve yavaş konuşun,
- Hastaya kendinizi tanıttın, nasıl yardımcı olabileceğinizi sorun,
- Hem hasta hem de görüşmeci mutlaka oturmalıdır,
- Farklı düşündüğünüzü söyleyin ancak yargılamayın ya da tartışmayın,
- Kararlı ve net mesajlar verin,
- Sınırları ve uyulması gereken kuralları hatırlatın,
- Sözlü saldırıları kişiselleştirip üzerinize almayın,
- Ona dışarıdan nasıl gözüktüğünü söyleyin, bunu yaparken onurunu incitmeyin.

Çoğu durumda yatıştırıcı olan bu önlemler bile bazen yetersiz kalabilir. Saldırganlık sergileyen kişi hasta ise ayrı bir odaya alınmalı ve “tespit edilmelidir” (11). Tespit fiziksel (kayışlar) ya da kimyasal (ilaçlar) olabilir. Zorla tespit için yeterli sayıda personel (ideal olanı 5 kişidir) bulunmalıdır.

Şiddet görmek ya da saldırıya uğramak

Şiddete maruz kalmak her insanda farklı etkiler yaratabilir. Hiç etkilenmemekten, tedavi gerektirecek psikiyatrik sorunların gelişmesine dek geniş bir

yelpaze görülür. Etkilenmenin boyutu kişinin taşıdığı biyolojik ya da psikososyal risk etkenleri, baş etme becerileri, var olan destek sistemleri gibi çok sayıda değişkene bağlıdır (6). Yaşanan travmatik olay “*akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları ve/veya depresif bozukluğa*” yol açabilir (6, 13, 14). Bu klinik durumlar mutlaka profesyonel yardımı gerektirir.

Hastalanmasalar bile saldırı kurbanları birçok sorun geliştirmeye adaydırlar. En azından “*dava masrafları, yeni güvenlik harcamaları*” bütçelerini sarsar. Yaşanan hayal kırıklığı ve motivasyon azalması “*işe devamsızlık, sık rapor alma, üretkenliğin azalmasına*” yol açabilir. Uzun vadede ise “*iş doyumunun azalması, yabancılaşma ve tükenmişlik*” gibi önemli kalıcı sorunlara dönüşebilir.

Yukarıdaki durumların ciddiyeti göz önüne alındığında saldırı/travma yaşayanlara erken müdahalelerin önemi açıktır. Yardım girişimlerinin temel ilkeleri aşağıdadır 10):

- Şiddet kurbanını özellikle olayın hemen erte-sinde yalnız bırakmamak ve iletişimi sürekli kılmak,
- Olayın ciddiye alındığını göstermek için “en üst düzey” girişimlerde bulunmak,
- Kurbanı mutlaka ruhsal destek sağlamak,
- Gerekiyorsa adli, tıbbi ve yönetsel destek vermek,
- Olayın nasıl ele alındığı ve önlemler konusunda ilgililere açık bir bilgi akışının sağlanması

Şiddet ile mücadele

İlk ve en temel girişim farkındalığı artırma, görünür kılma ve kamunun dikkatini çekme olmalıdır. Hızla ve

kararlılıkla tepki verilmelidir. Tüm kaynaklar harekete geçirilmelidir. Mücadele çok boyutlu olmalıdır. Bu amaçla yerel (ekipler, kampanyalar, risk değerlendirme çalışmaları), kurumsal (eğitim, yardımcı personel, vardiya), ulusal (şiddete sıfır tolerans, olumlu tutum geliştirme) ve uluslararası (dayanışma, denetleme) her düzeyde girişimler planlanmalıdır (10).

Kişisel tedbirler aslında son çaredir ve tek başına yetersizdir. Kurbanı saldırgan ile tek başına uğraşması sorunlar, hatta yeni riskler yaratabileceğinden saldırganların karşısına kurumsal olarak çıkılmalıdır. Sağlıkçılar için çalışılan kurumun başhekimliği, Sağlık Müdürlüğü, Tabip Odaları, Uzmanlık Dernekleri öne çıkmalıdır. Verilecek olan hukuki destek son derece önemlidir.

Kaynaklar

1. Kaplan HI, Sadock BJ., Synopsis of Psychiatry. Mass Publishing Co.,1998.
2. Dilbaz N., Şiddet ve madde bağımlılığı. (N. Dilbaz, Ed) Kaygı ve Şiddet. Pozitif matbaacılık 2009.
3. Yüksel Ş, Başterzi AD: 8 Mart Dünya Kadınlar Günü: Aile İçi Şiddet Önlenmeli Ve Kadın Cinayetleri Durdurulmalıdır! Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2011; 14(1): 5-8.
4. Başterzi AD: Kadına Yönelik Şiddet. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2011; 14(2): 14-15.
5. Tanıl Bora., Linç Kültürü üzerine bir kaç söz. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2012; 15(2): 6-7.
6. Alkın T., Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Yemez B, Tunca Z (eds) Yetişkin Psikiyatri. İzmir; Veri Medikal Yayıncılık. 2013, 87-96.
7. Javidi H, Yadollahie M., Post-traumatic Stress Disorder. Int J Occup Environ Med. 2012 3 (1): 2-9.

8. Boztaş H, Yüksel Ş. APHB protokolü Çerçevesinde Türk Tabipler Birliği ve Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma Ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi Reyhanlı Patlaması Değerlendirmesi. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2013; 16(2): 29-33.
9. Türkiye Psikiyatri Derneği Diyarbakır Şubesi ve Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin Roboski (Ortasu) ve Bêjû (Gülyazı) Köylerinde Roboski Katliamı Sonrası Psikososyal Gereksinim Belirleme Raporu. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2012; 15(1): 12-16.
10. Dr. Ian Needham I, McKenna K, Kingma M, Oud N., Violence in Health Sector. Kavanah, 2010.
11. Riba MB, Ravidranath D., Acil psikiyatri Klinik El Kitabı (Çev Ed. Vedat Şar), 121 Medikal Yayıncılık, 2011.
12. Cimilli C: Acil Psikiyatri. Yemez B, Tunca Z (eds) Yetişkin Psikiyatri. İzmir; Veri Medikal Yayıncılık. 2013, 435-457.
13. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, Humayan A, Kagee A, Llosa AE, Rousseau C, Somasundaram DJ, Souza R, Suzuki Y, Weissbecker I, Wessely SC, First MB, Reed GM. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry. 2013 Oct;12(3):198-206.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. 1994, American Psychiatric Association: Washington DC.

CEZA HUKUKU BOYUTUYLA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Prof. Dr. Mustafa Ruhan ERDEM
Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı

I. Giriş

Sağlık hizmetinin sunulduğu tüm yerlerde ve bu hizmeti sunan kişilere yönelik olarak şiddet kullanımı her geçen gün artarak sürmektedir. Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama oranı %50.8 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlara bakıldığında, devlet hastanelerinde, çalıştıkları birimlere bakıldığında da acil servis ve serviste şiddete uğrama oranı diğer kurum ve birimlere göre daha fazladır¹. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden iki akademisyen tarafından yapılan bir başka çalışmada da, ankete katılan 798 sağlık çalışanının %74'ü sağlık çalışanlarına şiddet uygulamasını gördüğünü söylemiştir². Türkiye'de 2012 sonu rakamlarına göre 698 bin 519 çalışanı bulunan Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beyaz Kod Birimi'ne, 14.5.2012 ile 7.11. 2013 tarihleri arasındaki 1,5 yıllık süre içeri-

¹**Ayrancı**, Ünal/ **Yenilmez**, Çınar/**Günay**, Yasemin/**Kaptanoğlu**, Cem, Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002/3, s. 147

²<http://haber.gazetevatan.com/doktorlarin-dayak-itirafi/584077/1/gundem> (3.2.2014)

sinde, çalışanlar tarafından 14 bin 130 “şiddet” bildiriminde bulunulmuştur. Saldırıların 4 bin 603’ü fiziksel, 9 bin 527’si ise sözlü şiddet olarak gerçekleşmiştir³.

Yapılan bir araştırma, psikiyatristler için işyerinde öldürülme rizikosunun özellikle yüksek ve taksii sürücüsü, gece kasiyeri, polis memurundan sonra dördüncü sırada geldiğini ortaya koymuş bulunmaktadır⁴.

Almanya’da da hekimler, polis memurları ve psikiyatri terapi personelinin sonra özel tehlike içerisinde bulunan meslek grupları içerisinde gösterilmektedir. Her yıl Almanya’da ortalama iki hekim hastası tarafından öldürülmekte ya da ağır biçimde yaralanmaktadır. Isırmak, tükürmek, yumruk atmak gibi daha az önemdeki şiddet davranışları özellikle acil servislerde gündelik olaylar arasında görülmektedir. Buna rağmen Almanya uluslararası alanda şiddet olayları açısından İsviçre gibi en alttaki 1/3’lük dilim içerisinde yer almaktadır. Buna karşılık ABD, Avustralya, İngiltere, İsrail ve Türkiye, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında daha yüksek bir oranda temsil edilmektedir⁵.

³<http://www.sondakika.com/haber/haber-saglikta-siddet-5343324/> (4.2.2014)

⁴ Bkz. **Püschel**, Klaus/**Cordes**, Olaf, Gewalt gegen Ärzte: Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/25757/Gewalt-gegen-Aerzte-Toedliche-Bedrohung-als-Berufsrisiko> (4.2.2014)

⁵ **Mäulen**, Bernhard, Vom Helfer zum Opfer: Gewalt gegen Ärzte, Orthopädie & Rheuma, <http://www.springermedizin.de/vom-helfer-zum-opfer-gewalt-gegen-aerzte/4435418.html> (4.2.2014)

İstatistiklere göre mesleki yaşamı boyunca her altı internistten biri saldırıya uğramaktadır. Ne var ki, bu alanda karanlık alanda kalan sayılar oldukça yüksek olup, saldırıya uğrayan sağlık çalışanları bu tür olayları çoğunlukla yetkili makamlara bildirmemektedirler.

II. Şiddet

1. Kavram

Güç, zorlama ya da baskı yoluyla bireyin yaşamının, beden bütünlüğünün, onurunun, cinsel dokunulmazlığının, kişi özgürlüğünün ihlalini ya da ihlal tehlikesini oluşturan her türlü fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel tutum, söz, yaklaşım ve davranışların tümüdür. Şiddetin fiziksel, cinsel, duygusal, sözel, ekonomik ve politik olmak üzere birçok türünden söz edilebilir⁶. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet denildiğinde ise, hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel ya da cinsel saldırıdan oluşan durum söz konusu olmaktadır⁷. 6284 sayılı *Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun*⁸ şiddeti, “kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik

⁶Bkz. **Koçöz**, Remzi, ‘Şiddet’ Üzerine, ABD 2011/1, s. 247; **Ayrancı/Yenilmez/Günay/Kaptanoğlu**, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002/3, s. 148

⁷**Ayrancı/Yenilmez/Günay/Kaptanoğlu**, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002/3, s. 148

⁸20.3.2012 T. ve 28239 S. RG

tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış” olarak tanımlamıştır. Kanun, şiddet olarak tanımlanan tutum ve davranışlara doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalan veya kalma tehlikesi bulunan kişiler ile şiddetten etkilenen veya etkilenme tehlikesi bulunan kişileri “*şiddet mağduru*” olarak tanımlamıştır. Bu tanım göz önüne alındığında, şiddetin fiilen uygulanmasının değil, aynı zamanda şiddet uygulanması olasılığının da bu kapsamda değerlendirildiği dikkat çekmektedir. Bu kanunda yer verilen gerek *şiddet* ve gerekse *şiddet mağduru* tanımlarının, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu açısından da geçerlik taşıdığına kuşku yoktur.

2. Nedenleri ve Görünüş Biçimleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti, genel şiddet kavramından ayrı düşünmek mümkün değildir. “*Sağlık*” gibi doğrudan insan ile ilgili olan bir alanda hizmet alan ile hizmeti veren arasında diyalog eksikliği ve iletişim kanallarının tıkalı olması, hem şiddetin nedenini ve hem de zeminini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının, bu hizmetten yararlananların beklentilerine aykırı düşen herhangi bir davranışı (hastaya yeterli zaman ayıramama, kişisel ayrıcalık ve öncelik beklentisinin karşılanmaması) şiddete yol açabilmektedir. Hasta ve yakınları, sağlık alanında yaşanan sorunların sorumlusu olarak doğrudan muhatap olduğu sağlık çalışanını görmekte ve tüm öfkesini bu kişilere yöneltmektedir. Nitekim Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden iki akade-

misyenin yukarıda dile getirdiğimiz çalışmasında da sağlık çalışanlarının %68'i şiddetin sağlık sistemindeki aksaklıklardan ileri geldiğini söylemiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik 54 ağır şiddet suç olayının analizinden önemli sonuçlar ortaya çıkmıştır. Çalışanlara yönelik şiddet büyük oranda hastalar tarafından gerçekleştirilmiştir: Öncelikle hayal kırıklığı, kızgınlık, hatalı tedavi iddiası veya yazılan rapora durulan öfke bunlar arasında yer almaktadır. Her hastanın kendine göre kabul edilebilir bir şiddet motifi mutlaka vardır⁹. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda şiddetin nedenleri arasında; toplumsal şiddet ortamı, sosyo-kültürel düzey, sağlık politikalarına ve hizmetlerine yönelik tepki, neo-liberal politikaların hastayı müşteriye indirgeyen etkisi, acil servislerde yaşanan eksiklikler, içeriği boşaltılan hasta hakları, çalışma koşullarının olumsuzlukları, hekim-sağlık çalışanlarının kalite ve sayı olarak yetersizliği, politikacı ve yöneticilerin olumsuz tutumu, medyanın rolü sayılmaktadır¹⁰.

Sağlık çalışanları, yalnızca hasta ve yakınlarının değil, kendi üstlerinin de her boyuttaki şiddetiyle karşı karşıya kalmaktadır. Ancak burada sağlık çalışanlarına yönelik yalnızca hasta ve yakınlarından gelen şiddetle sınırlı bir değerlendirme yapılacaktır. Bunun nedeni, şiddetin diğer boyutlarının daha az önemde olması değil, bu boyuttaki bir çalışmada şiddeti tüm yönleriyle ele almanın olanaksızlığıdır.

⁹ **Mäulen**, Vom Helfer zum Opfer: Gewalt gegen Ärzte

¹⁰ <http://www.hukuki.net/www.saglikhukuku.net/index.php?article=87> (04.02.2014)

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hakaret, tehdit, kaba dayak ve daha ileri boyutta öldürme biçiminde karşımıza çıkmaktadır.

III. Şiddetin Ceza Hukuku Yoluyla Önlenmesi

Ceza hukuku yaptırımları genellikle *herkese* yöneliktir ve bu nedenle de suç tipleri düzenlenirken, suçun faili olabilecek kişiler açısından ayrı bir nitelendirmeye gidilmez. Suç tiplerinde genellikle suçun faili “*her kim*”, “*bir kimse*” terimleriyle ifade edilir. Bu anlamda suçun faili de ancak bir *herhangi bir gerçek kişi* olabilir. Buna karşılık suç tipinin ancak belirli nitelikte olan kişilerce işlenebilmesi de mümkündür. Bu tür suçlara ise, *özü suçlar* adı verilir. Özü suçlar da kendi arasında *gerçek özü suç* ve *görünüşte özü suç* olarak ikiye ayrılır. Gerçek özü suçlarda failin kişisel ve doğal niteliği suç tipinde bir unsurdur. Bu niteliği taşımayan kişilerin bu tür bir suç tipini ihlal etmesi mümkün değildir. Buna karşılık görünüşte özü suçlarda faildeki kişisel özellik, suçun oluşması açısından değil, suçun hukuksal niteliği açısından önem taşır ve suçta ağırlatıcı veya hafifletici neden etkisi yapar¹¹.

Bu açıdan bakıldığında, tek başına sağlık çalışanı (sağlık mesleği mensubu) olmak, ne cezalandırılabilirliğe dayanak oluşturur¹² ve ne de suçun daha ağır biçimde cezalandırılması sonucuna yol açar¹³. Dolayısıyla herhangi bir kişiye karşı işlenen suç nasıl cezalandırılıyorsa, *kurak olarak* sağlık çalışanına

¹¹Bkz. **Öztürk**, Bahri/**Erdem**, Mustafa Ruhan, Uyuşmalı Ceza Hukuku, Ankara 2013, s. 166 vd.

¹² İstisna TCK m. 210/2, 280

¹³ İstisna TCK m. 188/8, 190/3

yönelik olarak işlendiğinde de aynı ölçüde cezalandırılır. Sağlık çalışanlarının en çok karşılaştığı şiddet, kasten öldürme, kasten yaralama, hakaret ve tehdittir.

Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddetin en ağırını kasten öldürme suçu oluşturur. TCK m. 81'e göre, "*bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır*". Görüldüğü gibi, bu suçun oluşması açısından failin ve mağdurun sıfatı önemli olmayıp, herkes, yaşamı, yaşı, sağlık durumu, ırkı, sosyal konumu, dini, cinsiyeti ve uyuşu ne olursa olsun, eşit biçimde korunmaktadır¹⁴. Başka bir anlatımla, bu suçun sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenmesi¹⁵, belki farklı bir duyarlılık yaratabilir; ancak eylemin farklı biçimde nitelendirilmesini gerektirmez. Bununla birlikte bu suçun "*kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle işlenmesi*" cezanın ağırlaştırılmasını gerektiren nitelikli hal oluşturur (TCK m. 82: ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası). Nitelikli halin uygulanması açısından en önemli sorunu, sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik olarak işlenen suçlardan dolayı kamu görevlisi sayılıp sayılmaması oluşturmaktadır.

¹⁴ Bkz. *Tezcan, Durmuş/Erdem, Mustafa Ruhan/Önok*, R. Murat, *Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku*, Ankara 2013, s. 128.

¹⁵ Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi'nde görevli Kalp Damar Cerrahisi Uzmanı Ersin Arslan'ın, 17 Nisan 2012 tarihinde 17 yaşındaki bir hasta yakını tarafından bıçaklanarak, Giresun Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde görevli Ali Menekşe'nin 15 Ocak 2008'de psikolojik tedavi gören hastası tarafından hastane koridorunda tabancayla vurularak, Prof. Dr. Göksel Kalaycı'nın İstanbul Tıp Fakültesinin bahçesinde 11 Kasım 2005'te vurularak, kalp cerrahisi Doç. Dr. Edip Kürklü'nün 5 Haziran 1988 tarihinde arabasının içinde hasta yakını tarafından kurşunlanarak, öldürülmesi kamuoyunda farklı bir duyarlılık yaratmıştır.

Kimlerin TCK uygulaması bakımından kamu görevlisi sayılacağı TCK m. 6/1-c'de belirtilmiştir. Buna göre, kamu görevlisi, "*kamusal faaliyetin yürütülmesine atama veya seçilme yoluyla ya da herhangi bir surette sürekli, süreli veya geçici olarak katılan kişi*"dir. Demek ki, bir kimsenin TCK uygulamasında kamu görevlisi sayılması konusunda ölçüt, söz konusu kişinin "*kamusal faaliyetin yürütülmesine katılması*"dır. Hangi faaliyetin "*kamusal*" nitelik taşıdığı konusunda ise, söz konusu faaliyetin devletin yerine getirmek zorunda olduğu bir görev olması ve az ya da çok, mutlaka kamu otoritesine ait bir iktidar ve yetkinin kullanılması göz önünde bulundurulur¹⁶. Söz konusu faaliyetin bizzat kamu kurumu ya da onun gözetimi altında yürütülüyor olmasının bir önemi bulunmamaktadır¹⁷.

Sağlık hizmetlerinin, devlet ya da onun gözetimi altında özel kişiler tarafından sunulan bir kamu hizmeti olduğu konusunda duraksama bulunmamaktadır¹⁸. Bu açıdan bakıldığında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurum ve kuruluşları yanında Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve belediyeler tarafından işletilen sağlık kuruluşu çalışanlarının TCK m. 6/1-c anlamında kamu görevlisi sayılması ve dolayısıyla kendilerine yönelik olarak işlenen suçların daha ağır cezalandırılması

¹⁶ Bkz. Tezcan/Erdem/Önok, Ceza Özel, s. 848 vd.

¹⁷ Bkz. Tezcan/Erdem/Önok, Ceza Özel, s. 852

¹⁸ AY m. 56/3-4: "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. -Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir*"

bakımından herhangi bir sorunla karşılaşmaz¹⁹. Burada sorun aile hekimleri ve özel sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katılan kişilerin statüsünün belirlenmesi açısından ortaya çıkar. İşte TCK m. 6/1-c'deki kamu görevlisi tanımının aile hekimleri açısından geçerli olup olmayacağı konusunda ortaya çıkabilecek duraksamaları gidermek için 5258 sayılı *Aile Hekimliği Kanunu* m. 6²⁰ “*aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir*” hükmüne yer vermiştir. Ne var ki, bu düzenleme, özel kişiler ya da poliklinik, tıp merkezi, özel hastane gibi sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetleri kapsamadığı için bu kurum çalışanları, işledikleri ya da kendilerine karşı işlenen suçlardan dolayı kamu görevlisi sayılmamaktadırlar²¹. İşte Türk Tabipler Birliği'nin sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin göz önünde bulundurularak sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçların daha ağır cezalandırılması yönündeki önerisi doğrultusunda, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 6514 sayılı kanunla²² eklenen ek 12/2 ile “*özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personelin bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından*” TCK uygulamasında kamu görevlisi

¹⁹ Bkz. **Arslan Hızal**, Sevinç, Sağlık Mesleği Mensuplarına Yönelik Şiddetli Ceza Kanunundaki Yaptırımlar Bağlamında İrdelenmesi, CHD Ağustos 2012, S.19, s. 270 vd.

²⁰ 9.12.2004 T. ve 25665 S. RG

²¹ **Arslan Hızal**, CHD 2012, s. 273 vd.

²² 18.1.2014 T. ve 28886 S. RG

sayıllacağına ilişkin özel bir düzenlemeye yer verilmiştir.

Şu halde hangi kuruma bağılı olarak çalışırca çalışsın, eğer sağıık çalışanı, görevi nedeniyle kasten öldüröl-müş ise, suç kamu görevlisine karşı işlenmiş olacak ve fail ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılacaktır.



Sağıık çalışmaları, hasta ya da hasta yakınlarının, beden bütünlüğüne yönelik saldırılarıyla da karşı karşıya kalmaktadır. TCK m. 86'ya göre, “*kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağıılığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*”. Suçun kamu görevi nedeniyle işlenmesi durumunda ceza ağırlaştırılır ve kovuşturma şikayet aranmaksızın kamu adına yapılır (TCK m. 86/3-c). Sağıık çalışmalarına karşı, görevi nedeniyle işlenen kasten yaralama da, 3359 sayılı Kanun ek 12/2 ile yapılan gönderme gereğı, bu madde kapsamında cezalandırılır ve soruşturma ve kovuşturma kamu adına yapılır.

Hakaret (TCK m. 125) ve tehdit de (TCK m. 106) sağıık çalışmalarına yönelik sıkça karşılaşılan şiddet türleri olarak görünmektedir. Hakaret suçunu düzenleyen TCK m. 125'e göre, “*bir kimseye onur, şeref ve*

saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır” cezalandırılır. Bu suçun da bir kişiye karşı kamu görevi nedeniyle işlenmesi, hem cezanın ağırlaştırılmasını gerektirmekte (TCK m. 125/3-a) ve hem de suçun şikayet olmaksızın kamu adına yapılması sonucuna yol açmaktadır (TCK m. 131/1).

Tehdit suçunu düzenleyen TCK nm. 106’ya göre ise, *“bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikayeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur*”. Görüldüğü üzere, şu ana kadar ele aldığımız diğer suçlardan farklı olarak tehdit suçunda, tehdide maruz kalan kişinin kamu görevlisi olması, cezanın ağırlaştırılmasını gerektiren nitelikli hal olarak göz önünde bulundurulmuş değildir. Her ne kadar *“sağlık mesleği mensubu*” sıfatının tüm suçlar bakımından cezanın ağırlaştırılmasını gerektiren bir nitelikli hal olarak düzenlenmesi durumunda tehdit suçu açısından bu eksikliğin giderileceği söylenmiş ise de²³; salt sağlık çalışanı olmanın, tek başına cezanın ağırlaştırılmasını haklı kılan bir neden olması gerektiği düşüncesindeyiz. Sağlık çalışanları TCK uygulamasında kendilerine yönelik işlenen suçlar bakımından kamu görevlisi sayıldığına göre, sağlık

²³ **Arslan Hızal**, CHD 2012, s. 276

çalışanı olmanın tek başına cezanın ağırlaştırılmasını gerektiren genel bir neden sayılması yerine, tehdit suçunun, kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle işlenmesine ayrıca cezanın ağırlaştırılmasını gerektiren bir neden olarak yer verilmesi daha isabetli olacaktır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde ceza hukuku araçlarına büyük önem atfedilmekte ve bu bağlamda şiddetin özel görünüş biçimleri için ayrı yasal düzenlemeye gidilmekte ise de²⁴; ceza hukuku, yaptırımların sert olması nedeniyle *ultima ratio* (son çare) olarak göze çarpar ve bu alanda *ikincillik* ilkesi geçerlidir²⁵. Bundan başka ceza hukuku, sosyal açıdan en çok değer taşıyan yararları saldırılara karşı korur ve bu nedenle de zorunlu olarak *fragmanter* bir nitelik taşır²⁶. Hangi tür hukuksal yararların ceza hukuku korumasını gerektiren ağırlığa sahip olduğu konusunda anayasal değerler düzeni göz önünde bulundurulur. Buna göre söz gelimi yaşam, beden bütünlüğü, cinsel özgürlük, kişi özgürlüğü, özel yaşam gibi bireysel nitelikteki hukuksal yararların ceza hukuku korumasından yararlanması gerektiğinde herhangi bir duraksama yoktur. Bu tür hukuksal yararları korumak, bir taraftan devlet müdahalesinin sınırını belirler, aynı zamanda devlete bu yararları koruma

²⁴ Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ile 6222 sayılı Sporda Şiddet ve Düzensizliğin Önlenmesine Dair Kanun (14.4.2011 T. ve 27905 S. RG) buna örnek gösterilebilir.

²⁵ *Wessels/Beulke*, Strafrecht Allgemeiner Teil, 2002, § 1 no.9; *Radtke*, in: Münchener Kommentar zum StGB Bd.1, 2003, vor § 38 ff. no.4

²⁶ *Wessels/Beulke*, § 1 no.9

yükümlülüğü yükler²⁷. Bireyin yaşamı, beden bütünlüğü, şerefi, cinsel dokunulmazlığı ve özgürlüğünün korunması amacı, devletin ceza hukuku müdahalesini meşru kılar ise de, hangi davranışların suç sayılıp cezalandırılacağı konusunda keyfi hareket etme olanağı da vermez. Her sosyal sorunun çözümü için son çare olması gereken ceza hukukuna başvurulması, “*ceza hukuku enflasyonuna*” yol açar; bu da ceza hukukuna yönelik beklentileri boşa çıkarır ve hayal kırıklığı yaratır. Ceza hukuku, hukuksal yararlaraya yönelik saldırıları önlemede en etkin, ancak bir o kadar da tehlikeli bir araçtır. Bu nedenle *Türk Tabipler Birliği*’nin TCK’ya “*sağlık personeline etkileme ve sağlık hizmetini kesintiye uğratma*” başlığı altında yeni bir suç tipinin eklenmesi yönündeki önerisini²⁸ desteklemediğimizi belirtmek isteriz. Önerinin gerekçesinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle sağlık hizmetini özerk, yararlı ve adaletli bir biçimde sunmanın daha da zor hale geldiği, bu durumdan yalnızca sağlık çalışanlarının değil, diğer hastalara verilen sağlık hizmetinin de olumsuz etkilendiği, insan yaşamıyla doğrudan ilişkisi olan sağlık hizmetinin

²⁷ **Joecks**, Strafgesetzbuch Studienkommentar, München 2007, vor § 1 no. 4

²⁸ Öneriye göre;

“(1) Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline yerine getirdiği sağlık hizmeti nedeniyle yapmaması gereken bir işi yapması veya yapması gereken bir işi yapmaması için emir veren veya baskı yapan veya nüfuz icra eden veya her ne suretle olursa olsun hukuka aykırı olarak etkilemeye teşebbüs eden kimseye iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Bu fiiller sonucunda sağlık hizmeti kesintiye uğramışsa yukarıdaki fıkraya göre belirlenen ceza yarı oranında artırılır”. (Bkz. <http://www.hukuki.net/www.saglikhukuku.net/index.php?article=87>)

uygulanması sırasında, bu hizmeti verecek kişilerin alacakları kararlarda ve yapacakları işlemlerde hiçbir baskı ve etki altında kalmamaları gerektiği, sağlık hizmetinin gereği gibi yürütülebilmesinin ise ancak güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarıyla mümkün olabileceği, bu nedenlerle sağlık personeline emir vermek, baskı yapmak, nüfuz icra etmek veya her ne suretle olursa olsun hukuka aykırı olarak etkilemeye teşebbüs etmek fiillerinin suç sayılması suretiyle “sağlık çalışanlarının mesleki bağımsızlık ve güvenlik içinde çalışması”nın hukuksal koruma altına alınması gerektiği ifade edilmiştir. Biz sağlık çalışanlarına, mesleğini bağımsız ve güvenlik içerisinde yapması yönünde güvence sağlanmasının gerekliliğine inanmakla birlikte, bunun için ayrı bir suç tipi meydana getirilmesine gerek olmadığı düşüncesindeyiz²⁹. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti, mevcut düzenleme içerisinde cezalandırma olanağı zaten vardır. Öyle ki, sağlık çalışanlarının TCK uygulamasında artık kamu görevlisi sayılması nedeniyle verilecek cezalar etkin ve caydırıcı hale de gelmiş bulunmaktadır. Yeni suç tipleri meydana getirilmesi ya da cezaların ağırlaştırılması yerine, ceza soruşturması ve kovuşturmasının etkinliğinin artırılması ve hükmedilen cezaların infazının sağlanması, şiddeti önlemede çok daha fazla katkı ve yarar sağlayacaktır.

IV. Şiddetin Ceza Muhakemesi Hukuku Yoluyla Önlenmesi

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi bakımından ceza muhakemesi araçlarına da belirleyici bir rol tanınmakta ve bu bağlamda özellikle tutukla-

²⁹Karşılaştırınız **Arslan Hızal**, CHD 2012, s. 276

maya olanak sağlanması üzerinde durulmaktadır³⁰. TBMM'de “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu” da³¹, tespitlerini Ocak 2013'te bir rapor halinde kamuoyuna duyurmuştur³². Komisyon'un alınmasını istediği önlemler arasında ceza ve ceza muhakemesi araçlarının da önemli yer tutması bize şaşırtıcı gelmemiştir³³. Nitekim yukarıda belirttiğimiz 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 6514 sayılı kanunla eklenen ek 12/2 ile “sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçunun” CMK m. 100/3 kapsamında tutuk-

³⁰ Bkz. Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu'nun açıklamaları. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/232962--quot-doktora-siddet-quot-tutuklama-nedeni-sayilacak> (4.6.2014)

³¹ 19.6.2012 T. ve 1018 S. TBMM Kararı için bkz. 23.6.2012 T. ve 28332 S. RG

³² <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf> (5.6.2014)

³³ “32. Türk Ceza Kanunu'nda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti caydırıcı nitelikte yeni düzenlemeler yapılarak; bu eylemlerin, kamu hizmetini engelleme, vatandaşın sağlık hakkını kullanmayı engelleme ve bunun sonucunda insan hayatının riske atılması gibi suç tipleri başlıkları altında değerlendirileceği yasal düzenlemeler yapılmalı, cezalar artırılmalı ve verilen cezaların ertelenmemesi sağlanmalıdır.

33. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personele karşı, verilen sağlık hizmeti dolayısıyla işlenen suçların da kamu görevlilerine karşı işlenen suçlar gibi cezalandırılabilmesi amacıyla, Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kamu görevlisi tanımı genişletilmelidir.

34. Şiddete karşı kamuoyu bilinci oluşturması ve caydırıcılık sağlaması amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların yargılaması sonucunda verilen mahkûmiyet kararları medya yoluyla kamuoyu ile paylaşılmalıdır.” (Bkz. Ünüvar Necdet/ Ardic Çobaner, Aslıhan, TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddeti Araştırma Komisyonu'nun Çalışmaları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, Eylül-Ekim-Kasım 2013, S. 28, s. 34 vd.)

lama nedeni varsayılan suçlardan olduğu öngörül-
müştür. Bu düzenleme, tutuklamaya, sağlık çalışanla-
rına yönelik şiddeti “*caydırma*” amacıyla başvurulması
anlamına gelmektedir ki, bu anlayış, hem tutukla-
manın bir koruma tedbiri olarak amacına yabancıdır³⁴
ve hem de yasa koyucunun tutuklamanın uygulama
alanını sınırlandırma yönündeki anlayışıyla bağdaş-
mamaktadır³⁵. Sağlık çalışanlarına yönelik kasten
yaralama, basit tıbbi müdahaleyi gerektirecek bir etki
yaratmış ise, verilecek ceza iki yılı geçmemekte (TCK
m.86/2-3); bu durum bir tutuklama yasağı oluşturmaktadır
(CMK m. 100/4). Ne var ki, sağlık çalışanlarına
yönelik kasten yaralama açısından cezanın ağırlığına
göre herhangi bir ayırıma gidilmediği için tutuklama
yasağının bulunduğu durumlarda da tutuklama kararı
verilebilecektir. Tutuklamayı, öne alınmış bir tür peşin
ceza olarak görme anlayışının ürünü ve oranlılık ilkesi
ile bağdaştırılması olanaksız olan bu düzenlemenin bir
an önce yürürlükten kaldırılmasını diliyoruz.

³⁴Tutuklama, bir koruma tedbiri olarak şüpheli veya sanığın
muhakemede hazır bulunmasını ve kararın infaz edilmesini
sağlamak; delillerin karartılmasını önlemek, son tahlilde maddi
gerçeğe ulaşılmasını sağlamaktır. (*Öztürk*, Bahri/*Tezcan*,
Durmuş/*Erdem*, Mustafa Ruhan ve diğerleri, Nazari ve Uygulamalı
Ceza Muhakemesi Hukuku, 4. Baskı, Ankara 2012, s. 440; *Özbek*,
V. Özer/*Kambur*, M. Nihat/*Doğan*, Koray ve diğerleri, Ceza
Muhakemesi Hukuku, Ankara 2012, s. 287; *Centel*, Nur/*Zafer*,
Hamide, Ceza Muhakemesi Hukuku, İstanbul 2012, s.329).

³⁵Bir taraftan 6352 sayılı kanunla (5.7.2012 T. ve 28344 S. RG) üst
sınırı 2 yılı geçmeyen hapis cezaları için tutuklama yasağı getirilir ve
tutuklama yerine adli kontrol kararı verilebilmesi için CMK’da
mevcut engeller ortadan kaldırılırken, diğer taraftan salt kasten
yaralama suçunun sağlık mesleği mensubuna yönelik olmasını, salt
bu nedenle tutuklama için yeterli görmek bir çelişkidir.

V. Sonuç

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kamuoyunda farklı bir duyarlılık yarattığını kabul etmekle birlikte, bu hizmeti veren kişiler için “*ayrı bir ceza hukuku oluşturulması*” düşüncesine sıcak bakmadığımızı belirtmek isteriz. Ceza hukukun son çare olma özelliğine ve fragmanter niteliğine aykırı düşecek düzenlemeler, sorunun çözümüne kalıcı bir katkı sağlamaz. “*Cezaların caydırıcı olmadığına*” yönelik inanç, zaman içerisinde cezaların şiddetlenmesi sonucuna yol açar. Bu yolla sağlık çalışanlarına yönelik suçların işlenmesinin önüne geçilebileceği düşüncesine katılmamakta ve sağlık çalışanının bir suça maruz kalması durumunda bu nedenle cezanın ağırlaştırılması gerektiği yönündeki önerilere sıcak bakmamaktayız. Şiddetin nedenleri üzerinde durmak ve etkin karşı tedbirler almak, şiddetle mücadelede daha fazla sonuç verir. Cezanın ağırlaştırılması ya da tutuklama gibi kurumların amacından saptırılması yerine, ceza soruşturmasının etkinliğinin artırılmasının daha yerinde bir çözüm olduğuna inanıyor ve bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın şiddet olaylarının bildirilmesi için kesintisiz 24 saat hizmet veren *beyaz kod* uygulamasını³⁶ ve şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına gerekli hukuksal desteğin verilmesini³⁷ destekliyoruz.

³⁶ <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/alo113.aspx> (4.2.2014)

³⁷ Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik için bkz. 28.4.2012 T. ve 28277 S. RG

Kaynaklar

1. Arslan Hızal, Sağlık Mesleği Mensuplarına Yönelik Şiddetin Ceza Kanunundaki Yaptırımlar Bağlamında İrdelenmesi, CHD Ağustos 2012, S.19, s. 270 vd.
2. Ayrancı/ Yenilmez/ Günay/ Kaptanoğlu, Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002/3, s. 145 vd.
3. Centel/Zafer, Ceza Muhakemesi Hukuku, 2012.
Joecks, Strafrechtsgesetzbuch Studienkommentar, München 2007.
4. Koçöz, 'Şiddet' Üzerine, ABD 2011/1, s. 246 vd.
5. Mäulen, Vom Helfer zum Opfer: Gewalt gegen Ärzte, Orthopädie & Rheuma,
<http://www.springermedizin.de/vom-helfer-zum-opfer-gewalt-gegen-aerzte/4435418.html>
6. Özbek/Kambur,/Doğan ve diğerleri, Ceza Muhakemesi Hukuku, 2012.
7. Öztürk/Tezcan/Erdem ve diğerleri, Nazari ve Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku, 2012.
8. Öztürk/Erdem, Uygulamalı Ceza Hukuku, 2013.
9. Püschel/Cordes, Gewalt gegen Ärzte: Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko,
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/25757/Gewalt-gegen-Aerzte-Toedliche-Bedrohung-als-Berufsrisiko>
10. Radtke, in: Münchener Kommentar zum StGB Bd.1, 2003.
11. Tezcan/Erdem/Önok, Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku, 2013.
12. Ünüvar/Ardıç Çobaner, TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddeti Araştırma Komisyonu'nun Çalışmaları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, Eylül-Ekim-Kasım 2013, S. 28, s. 34 vd.
13. Wessels/Beulke, Strafrecht Allgemeiner Teil, 2002.

HUKUKİ SORUMLULUK BOYUTUYLA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETE KARŞI HUKUKİ KORUMA

Prof. Dr. Ayşe HAVUTÇU
Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Medeni Hukuk Öğretim Üyesi

I.GİRİŞ

Ailede, okulda, işyerinde, sporda, trafikte, karakolda, sokaklarda, neredeyse yaşamın her alanında sık sık karşılaşılan şiddet halkasına son zamanlarda sağlık alanında yaşanan şiddet eklenmiştir. Varlığı aile içi şiddet kadar eski ve yaygın olmasa da doğurduğu sonuçlar, şiddetin yaşandığı alan, şiddete uğrayanların mesleki kimlikleri, görevleri, şiddete yol açan nedenler dikkate alındığında, sağlık alanında yaşanan şiddet, kararlılıkla üzerine gidilmesi gereken son derece vahim bir olgudur.

Ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları gün geçtikçe artmaktadır. 17 Nisan 2012 tarihinde Gaziantep'te çalıştığı hastanede bir hasta yakınının saldırısı sonucu Dr. Ersin Aslan'ın hayatını kaybetmesi, sağlık çalışanlarına karşı şiddetin ne kadar vahim olduğunu gün yüzüne çıkarmıştır. Dr. Aslan'ın ölümü, o zamana kadar sağlıkta yaşanan şiddete gereken önemi vermeyen medyayı, siyasetçileri harekete geçirmiştir. Meclis'te gurubu bulunan siyasi partilere mensup

milletvekilleri, sağlıkta artan Şiddet olaylarının araŐtırılması, alınması gerekli önlemlerin belirlenmesi için önergeler vererek meclis araŐtması açılmasını talep etmişlerdir. Muhtelif partilere mensup milletvekillerce verilen başlıca 10 önerge, TBMM’de birleŐtirilerek kabul edilmiş ve “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla (10/49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258) Esas Numaralı Meclis AraŐtması Komisyonu” kurulmuŐtur. Komisyonun hazırladığı 14.1.2013 tarihli rapor TBMM Başkanlığı’na sunulmuŐtur³⁸.

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik artan Şiddetin nedenleri, risk faktörleri konusunda birçok bilimsel araştırma ve çalışma yapılmıştır. Özellikle Gaziantep Tabip Odası, Aydın Tabip Odası, Isparta-Burdur Tabip Odası gibi meslek örgütleri tarafından yapılan kapsamlı çalışmalarda, Türk Tabipler Birliği tarafından düzenlenen sempozyumlarda³⁹ sorun tüm boyutlarıyla

³⁸ <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>
erişim 26.11.2013

³⁹ Örneğin, bkz.:Şiddet Sempozyumu Eylül 2007, Türk Tabipler Birliği Yayınları
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddet_sempozyumu.pdf
erişim: 26.11.2013

Aydın Tabip Odası, Şiddetin Gölgesinde Hekimlik, Dr. Osman Elbek, Dr. Emin Baki Adaş, Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Mayıs 2012
http://www.aydintabipodasi.org.tr/userfiles/file/hekime_sidde_t.pdf erişim:26.11.2013; Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Dr. Metin Aydın, Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı,Aralık 2008

masaya yatırılmıştır. TBMM Araştırma Komisyonu Raporuna da referans olan bu çalışmalara göre, sağlıkta şiddetin öne çıkan önemli nedenlerinden biri, **“şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınamaması”** olarak değerlendirilmektedir. Araştırma sonuçlarında, sağlıkta şiddetle mücadelede, anılan yetersizlik ve eksiklik ile ilişkilendirilebilecek çeşitli çözümler de önerilmiştir. Bu çözüm önerilerinin ağırlık merkezini cezai yaptırımlar ve güvenlik tedbirleri oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadele, idare hukuku, iş ve sosyal güvenlik hukuku, ceza hukuku, medeni hukuk gibi hukukun çeşitli alanlarında önleyici-koruyucu-tazmin ve telafi edici nitelikte önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Ülkemizde, yapılan yasal düzenlemeler, sağlıkta şiddetle mücadelede ceza hukuku ve iş hukukuna ilişkin önlemlerin öne çıktığını göstermektedir.

Şiddetle etkin mücadelede hukukun çeşitli alanlarına giren önleyici, koruyucu, tazmin ve telafi edici önlemlerin bütünlük taşıdığı gözden kaçırılmamalıdır. Aksi halde, tek başına yasaklayıcı tedbirlerle ya da güvenlik önlemleriyle şiddet sorunu ile başa çıkmak mümkün değildir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet, sağlık çalışanının başta Anayasa olmak üzere Türk Medeni Kanunu, Ceza Kanunu gibi temel yasalarla korunan kişilik hakkını, bu hakkın kapsamındaki yaşam, beden bütünlüğü, mesleki onur ve saygınlık gibi münferit

<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/isparta.doc> erişim:26.11.2013.

kişilik değerlerini, sağlıklı ve güvenli bir çevrede yaşama, çalışma hakkını ihlal etmekte, bireysel/mesleki çıkarlarına zarar vermektedir. Şiddet uygulayan dışında mağdura karşı idarenin, işverenin hukuki sorumluluğunun şartları gerçekleşebilir. Bu çalışmada, mağdurun beden bütünlüğünü ihlal eden şiddet eylemi nedeniyle mağdura karşı özel hukuka dayalı sorumluluk ele alınmaktadır.

Sağlık çalışanınin işyerinde şiddete uğraması halinde devlet, zarardan sorumlu olmasa bile belirli koşullar altında sağlık çalışanınin zararının tazmin ve telafi edilmesinde rol almalıdır. Sağlık çalışanına yönelik şiddette sağlık çalışanınin zararlarının tazmini sorunu, yalnızca zarar veren-zarar göreni ilgilendiren yalın bir özel hukuk ilişkisi olarak görülemez. Sağlık çalışanıni, kamu hizmeti niteliğindeki sağlık hizmetinin verilmesiyle ilgili olarak şiddete uğramaktadır. Sağlık çalışanınını şiddetin hedefi haline getiren sebepler ağırlıklı olarak onlar dışındaki etkenlerden kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalar⁴⁰, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ağırlıklı olarak,

⁴⁰ Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir Çalıştayı Anket Sonuçları, Dr.Ali Özyurt/Dr. Hasan Ogan/Dr. Zeynep Solakoğlu/Dr.Ayşegül Bilen, Mithat Hamarat, Şüheda Arslan (http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/siddetc_alistay.doc); Türkiye Biyoetik Derneği, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Hakkında Görüşü, s.2 (http://iris-interaktif.com/Biyoetik/files/gorusler/TBD_Siddet_hk_Gorusup.pdf).

- *Uygulanan sağlık politikaları,*
- *Sağlık hizmetlerine erişimdeki güçlükler,*
- *Sağlık hizmetlerinin yetersizliği,*
- *Sağlık hizmeti sunulan ortamların fiziksel yapısının yetersizliği,*
- *Sağlık alanında aşırı iş yükü,*
- *Sağlık hizmeti sunulan işyerlerinin güvenliğinin yetersizliği* gibi organizasyonel sorunlardan beslendiğini açıklıkla ortaya koymaktadır.
- Diğer taraftan, araştırmalara göre,
- Şiddet en fazla erkek hasta yakınları tarafından uygulanmakta,
- Genel olarak sözel şiddete uğramada kadınlar, fiziksel şiddete uğramada erkekler; hem sözel hem fiziksel şiddete uğramada yine kadınlar ve meslek olarak da hemşireler riskli gruplar olmakta,
- Şiddet en sık acil hizmetlerde uygulanmakta, bunu birinci basamak, psikiyatri, cerrahi ve dahili kliniklerinin izlemekte,
- Şiddet uygulayanlar daha çok erkek ve ruhsal sorunları olan, alkol bağımlısı ya da madde bağımlısı kişilerden oluşmaktadır.

Şiddetin etkenleri ve şiddetin gerçekteştiği yer, uygulayan ve mağdurun cinsiyeti ve mesleki/kişisel durumlarına ilişkin araştırma sonuçları, şiddete uğrayanın zararlarının tazmini sorununun yalın bir özel hukuk problemi olarak algılanmasının yanlışlığını ve yetersizliğini gözler önüne sermektedir. Özellikle, failin ekonomik durumunun yeterli olmaması, zararının sigorta veya başka kaynaklardan karşılanamaması ihtimallerinde devletin şiddete uğrayan sağlık çalışanının yanında olması ve onun zararlarını tazmin ve telafi etmesi mağdur açısından önemlidir.

Bu çalışmada, özel hukuk alanında, tazminata esas olan şiddet olgusu/sağlıkta şiddet kavramı, hekimin zararının tazminini nasıl sağlayacağı, zarar veren-zarar gören-tazminat sorumlusu olan kişiler, tazminatın hukuksal sebebi, daha etkili tazmin ve telafi yollarına ihtiyaç olup olmadığını ele alınacaktır. Çalışmanın sonucunda, şiddet mağdurunun zararlarının tazmininde bir model önerilecektir.

II. SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDET KAVRAMI, TÜRLERİ, ŞİDDETE UĞRAYAN SAĞLIK ÇALIŞANI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

A. SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDET KAVRAMI

Şiddet, kişinin onuruna, beden bütünlüğüne, özgürlüğüne, yaşam hakkına, güvenliğine, cinselliğine yönelik zorlayıcı, saldırgan davranışların bütünüdür.

Şiddetle ilgili yapılan araştırma ve bilimsel çalışmalarda da hukukumuzda şiddetin bir tanımının olmadığı, şiddet kavramının değişkenliği, çeşitliliği belirtilmiş ve muhtelif tanımlara yer verilmiştir. Özellikle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanım neredeyse tüm çalışmalarda tekrarlanmaktadır⁴¹.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddet,

“Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da

⁴¹ Bkz: Egemen Nursoy, Hukuk Gündemi 2012/1, 2. 74 (s.74-76 Hukuk Gündemi Dergisi Ankara Barosu) <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/2012yayin/dergi/hukuk-gundemi-dergisi/hgd2012-1.html> 28.11.2013

tehdidinin amaçlı olarak uygulanması”dır (TBMM Araştırma Raporu, s.107).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ya göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet şöyle tanımlanmıştır:

“Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.” (TBMM Araştırma Raporu, s.107)

Hukukumuzda şiddetin genel olarak, şiddetin yoğun olarak yaşandığı bir alanla ilgili olarak, 6284 sayılı yasada yapılmıştır: Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair 6284 sayılı yasanın amacı, özellikle aile içi şiddetin, toplumsal cinsiyet temeline dayanan kadına karşı şiddetin önlenmesidir. Fakat Yasa, şiddete ilişkin genel bir tanım da içermektedir. Yasa, genel şiddet tanımının yanında, özel bir durum/alan olarak kadına yönelik şiddet, ev içi şiddet ayırımları yapmakta ve genel tanımı özelleştirmektedir.

6284 sayılı Yasanın hazırlanmasına esas olan İstanbul Sözleşmesi’ndeki tanımlara paralel olarak, 6284 sayılı Yasanın şiddet tanımının özünde de, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan şiddet tanımı mevcuttur.

Bu Yasa’nın 3/d maddesine göre şiddet, *“Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellen-*

mesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış” tır.

Kuşkusuz 6284 sayılı Yasa ile yapılan bu genel tanım sağlık alanında yaşanan şiddet açısından da geçerlidir. Ancak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti özelleştiren, şiddet oluşturan tutum ve davranışların sağlık hizmetinin verilmesiyle ilgisi, şiddete uğrayanın ve şiddet uygulayanın kimlik özellikleridir⁴². Buna göre, sağlık alanında, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin

“Sağlık hizmetinin verilmesiyle ilgili olarak hasta veya hasta yakınlarından hekim, hemşire, acil sağlık çalışanları gibi sağlık personeline yönelen, sağlık çalışanlarının fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketler, buna yönelik tehdit ve baskıyı içeren, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış” olarak tanımlanması kanaatimce mümkündür.

⁴² TBMM Araştırma Raporunda da işaret edildiği gibi(s.125) sağlık işyerinde şiddet, şiddetin taraflarına göre tasnif edilebilir. Sağlık çalışanına karşı şiddet sorunu, sağlık çalışanının bu kimliği ve sunduğu sağlık hizmeti ile herhangi bir işlevsel bağlılık olmaksızın şiddete herhangi bir kişi gibi şiddete uğramasından farklı algılanması ve değerlendirilmesi gereken bir sorundur. Bu nedenle, sağlık çalışanına işyerinde hasta veya yakınlarından gelen şiddet sağlık çalışanına karşı şiddet kavramı içinde değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Fakat düşüncemize göre sağlık çalışanına karşı şiddet kavramı yalnızca işyerinde yaşanan şiddeti kapsamaz, sağlık hizmetinin verilmesiyle bağlantılı olarak, hukuki anlamda “işyeri” dışında yaşanan şiddet de bu kavram içinde ele alınmalıdır.

Hekime/sağlık çalışanlarına şiddet olarak tanımlanan bu tutum ve davranışları uygulayan veya uygulama tehlikesi bulunan kişiler, genellikle hastalar ve hasta yakınlarıdır.

Hekime/sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kaynağı sağlık hizmetinin alıcısı durumundaki hasta veya yakınları dışındaki kişiler de (örneğin amir konumundaki kişi, meslektaş) olabilir.

Yukarıda sağlık çalışanına yönelik şiddet kavramında şiddet uygulayanın hasta veya hasta yakını olma kimliği özellikle belirtilerek, sağlık çalışanına sağlık işyerinde meslektaşı tarafından çeşitli saiklerle uygulanan şiddet, kapsam dışında tutulmuştur.

Sağlık hizmetinin verilmesi nedeniyle şiddet işyeri dışına taşabilir. Örneğin bir hekim, hastanın ya da yakınının tedavi beklentisini karşılamayabilir ve evinde iken saldırıya uğrayabilir. Tanımda, “kamusal veya özel alan” denilerek, sağlık işyeri dışında yaşanan şiddet⁴³ de kapsama dahil edilmiş fakat sorun işyerinde yaşanan şiddetle sınırlı görülmemiştir.

B. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ UĞRADIĞI ŞİDDET TÜRLERİ

Şiddet, fiziksel, psikolojik, cinsel, sözel ve ekonomik şiddet olarak görünüm biçimlerine göre türlere ayrılır.

Fiziksel şiddet, dövme, vurma, yaralama, itme, boğazını sıkma gibi genellikle kişinin beden bütünlüğüne zarar vermeye yönelik ve şiddet uygulayanın fiziksel gücüne dayalı şiddet türüdür.

⁴³Sağlık işyerinde şiddet kavramı için bkz ve karş.: TBMM Şiddeti Araştırma Raporu, s. 123 vd.

Psikolojik şiddet, sözel olarak tehdit etme, bağırma, korkutma, küfür etme, hakaret etme, küçük düşürme, alay etme, musallat olma, takip etme gibi davranışlarla kişinin korkutulması, değersizleştirilmek istenmesi, saygınlığının zedelenmesidir.

Cinsel şiddet, kişinin iradesine aykırı olarak cinsel içerikli rahatsız edici davranışlara maruz kalmasıdır.

Neslihan Keser Özcan/Hülya Bilgin'in hazırladığı, Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili Ocak 1999-Temmuz 2010 tarihleri arasında yayınlanmış çalışmaların gözden geçirildiği ve çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik biçimde değerlendirildiği çalışma, ülkemizde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet türü ve sıklığı, şiddet hedefindeki sağlık çalışanları, şiddet sonrası mağdurda gelişen değişiklikler konusunda önemli veriler içermektedir.

Bu sistematik derlemede yer alan tablodan, sağlık çalışanlarının fiziki, cinsel, psikolojik, sözel şiddete maruz kaldıkları, örneklem büyüklüğü ve kapsamına göre şiddete uğrama oranlarının azımsanmayacak ölçülerde olduğu görülmektedir. Birkaç örnek vermek gerekirse, Aslan'ın çalışmasına göre İstanbul'da acil ünitelerinin fizik şartları ve çalışanlarının karşılaştıkları sorunları belirlemek amacıyla üç genel hastanenin acil ünitesinde çalışan 808 sağlık personelini kapsayan araştırmada (Aslan, 1999), sözel ve fiziksel şiddet uygulandığı, şiddete uğrama oranının hemşirelerde %70,4, doktorlarda %76,1 ve diğer sağlık çalışanlarında %43,5 olduğu; Öztunç'un Adana'da çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları fiziksel ve sözel tacizleri belirlemek amacıyla yaptığı, 257 hemşireyi (üç genel hastane) kapsayan çalışmada,

sözel tehdit, sözel, cinsel ve fiziksel şiddet uygulandığı, oransal olarak sözel tacizin %68,5; sözel korkutmanın %47,9; fiziksel saldırının %16,0; sözel cinsel tacizin %10,5 olduğu tespit edilmiştir⁴⁴.

C. ŞİDDETİN SAĞLIK ÇALIŞANI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Şiddet, kişinin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik varlık ve bütünlüğüne zarar veren ya da zarar vermesi muhtemel davranışlardır.

Gerçekten, genel olarak düşünüldüğünde dövme, yaralama, öldürme gibi eylemlerin işlenmesi ya da işlenileceği yolunda tehditte bulunulması, kişinin güvenliğinden korkuya, endişeye kapılmasına yol açılması, takip, taciz, cinsel bütünlüğe saldırı gibi şiddet eylemleri, mağdurun bedensel sağlık ve bütünlüğünü, ruhsal sağlığı ve bütünlüğünü bozucu niteliktedir. Beden bütünlüğü ve sağlığı bozulan mağdur, bazen uzun süre tedavi görmek zorunda kalırken, çalışma gücünün azalması veya yitirilmesi, ekonomik geleceğinin sarsılması, başkalarının bakım ve desteği

⁴⁴Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme-Neslihan Keser Özcan/Hülya Bilgin, Türkiye Klinikleri J 1446 Med Sci 2011;31(6) Tablo-1, s.1446 (<http://www.saglikcalisanisagligi.org/index.php>).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunu araştıran ÜNDER'in çalışmasında da 1999-2006 yılları arasında İzmir, Adana, Ankara, Düzce, Gaziantep, Ankara, Kütahya, Denizli, Gaziantep gibi çeşitli illerde hemşire, hekim, araştırma görevlisi, acil servis çalışanı gibi sağlık personelinin kapsayan araştırmalarda sağlık çalışanlarının çok yüksek oranlarda işyerinde şiddet korkusu yaşadıkları, sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Bu konuda bkz: Yıldız Ertuğ Ünder, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul Barosu Yayınları, s.266,Tablo-1 (<http://www.istanbulbarosu.org.tr/images/haberler/saglikhukuku208.pdf>)

ile hayatını sürdürmek zorunda kalması, evini, işyerini değiştirerek başka yere taşınmak zorunda kalması nedeniyle maddi kayıplara uğramaktadır. Öte yandan, mağdur şiddetin etkisini ruhsal/duygusal alanda da derin biçimde hissetmekte, aşırı güvensizlik, uyku bozuklukları, sürekli korku hali, depresyon gibi tedavi gerektiren ruhsal bozuklara yakalanmakta, yaşam kalitesi düşmekte, manevi yönden de zarar görmektedir. Şiddetin olumsuz etkileri mağdur kadar, mağdurun yakınlarını da etkilemektedir.

Nitekim, şiddetin sağlık çalışanları açısından etkilerine yönelik araştırmalar bu bulguları doğrulamakta, şiddetin mağdur üzerinde psikolojik, fiziksel, finansal ve kariyer anlamında olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır.

Örneğin, TBMM Araştırma Raporundan edindiğimiz bilgilere göre, İngiltere’de işyerindeki tüm saldırıların yaklaşık yarısı morluklardan kemik kırıklarına kadar uzanan bir yelpazede bir dizi fiziksel yaralanma ile sonuçlanmıştır. İşyeri şiddetine maruz kalan çoğu mağdur aynı zamanda şiddet olayından duygusal anlamda olumsuz olarak etkilendiklerini rapor etmiştir. Fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalan kişilerin yaşadığı duygusal deneyimler arasında; öfke, şok, korku, şaşkınlık, tükenmişlik, güven kaybı, depresyon, anksiyete, öğrenme güçlükleri, sosyal ilişkilerden çekilme ve uyku bozukluğu yer alabilmektedir. Ayrıca, işyerinde şiddet, çalışanların kariyerini etkileyebilmektedir ve işyerinde şiddetle karşılaşanların kurumlarından ayrılması çok daha muhtemeldir: Kanada’da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38’inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18’inin acil serviste

çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir.

Ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarında da, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin mağdur üzerinde, fiziksel yaralanma, stres, özgüvenin yitirilmesi, şoka girme, kızgınlık, güçsüz kalma, işe devamsızlık, kişilerarası ilişkilerin bozulması, iş tatminin ve işe bağlılığın azalması gibi etkileri olduğu belirlenmiştir⁴⁵.

III. SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE ALINMASI ÖNERİLEN HUKUKİ TEDBİRLER

Gerek TBMM Araştırma Komisyonu raporunda, gerek sağlıkta şiddetle ilgili bilimsel araştırmalarda, sağlıkta şiddetle mücadelede en önemli bu alanın dinamikleri, özelliklerine uygun olarak çeşitli çözüm önerileri ortaya konulmuştur. Sağlık çalışanları, kendilerine yönelik şiddetin önlenmesi için önerilen çözümler arasında en fazla, sağlıkta dönüşüm politikasının değiştirilmesi/düzeltilmesini benimsemekte, etkili görmektedirler⁴⁶. Hukuki tedbirlerin şiddetin önlenmesinde etki ve başarı şansı düşük değerlendirilmekte

⁴⁵ Keser/Özcan, s.1453; Bilge Annagür, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2 (2), s.169

(<http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/saglikciyasiddet.pdf>)

⁴⁶İsparta-Burdur Tabip Odası Çalışması-Dr. Metin Aydın'ın çalışmasına göre sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik şiddetin önlenmesi için önerdikleri çözümler arasında %41 oranı ile en fazla şu anda uygulanan sağlık politikalarının değiştirilmesi önerisi gelmektedir. Şiddete karşı neler yapılması sorusuna sağlık çalışanlarınca verilen cevaplara bakıldığında, hukuki tedbirlerin oransal olarak düşüklüğü dikkat çekicidir: Türk Tabipleri Birliği İsparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Dr. Metin Aydın, İsparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, Aralık 2008, s.30

(<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/isparta.doc>)

birlikte, özellikle, ceza hukuku açısından yasal düzenleme/değişikliklerin caydırıcı ve faydalı olacağı konusunda tereddüt duyulmamaktadır.

TBMM araştırma raporu ve muhtelif çalışmalardaki önerilerden, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önemli etkenlerinden biri olarak değerlendirilen yasal düzenlemelerin yetersizliği/etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması ile ilişkilendirilebilecek olanlar-**dolayısıyla yasal olarak alınması beklenen tedbirler** şöyle sıralanabilir:

- Sağlık çalışanına psikolojik ve/veya fiziksel şiddet uygulanmasının önlenmesi için gereken her türlü hukuki ve idari tedbir
- Şiddet ile karşılaşan sağlık çalışanına hukuki destek sağlanması
- Kurumlarca adli süreçlerinin başlatılması ve sürdürülmesinde aktif rol üstlenilmesi
- Sağlık kurumlarında risk değerlendirmesi yapılarak, şiddet riskinin fazla olduğu alanlarda güvenlik önlemlerinin artırılması
- Sağlık çalışanının tehdit altında olduğu durumlarda; sağlık çalışanı ve ailesinin korunmasına yönelik düzenlemeler getirilmesi
- *Şiddet olaylarında şikâyet söz konusu olmadan savcılığın kamu davası açması,*
- Türk Ceza Kanunu'nda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti caydırıcı nitelikte yeni düzenlemeler yapılması, cezalar artırılmasının ve verilen cezaların ertelenmemesinin sağlanması
- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personeli de kapsayacak şekilde Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kamu görevlisi tanımının genişletilmesi

- Şiddete karşı kamuoyu bilinci oluşturması ve caydırıcılık sağlaması amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların yargılması sonucunda verilen mahkûmiyet kararlarının medya yoluyla kamuoyu ile paylaşılması

IV. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELEDE HUKUKİ AÇIDAN YENİLİK VE GELİŞMELER

Son zamanlarda, sağlık çalışanlarını hedef alan şiddet olaylarındaki artış meclisi de harekete geçirmiş, bazı yasal düzenlemelerle somut adımlar atılmıştır:

- 20.6.2013 tarihinde TBMM Başkanlığına sunulan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı, (Sağlık Bakanlığı)
- 28 Nisan 2012 tarihli 28277 sayılı RG.de yayınlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” (Sağlık Bakanlığı)
- 6 Nisan 2011 tarihli 27897 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” (Sağlık Bakanlığı)
- İçişleri Bakanlığı’nın 2012/22 sayılı/Emniyet Genel Müdürlüğü’nün 2012/39 sayılı Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulmasına ilişkin Genelgeler,
- Sağlık Bakanlığınının 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliği Genelgesi

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle etkili ve kararlı biçimde mücadelede hukuki açıdan alınması gerekli önlemler şiddeti önleyici/şiddete karşı koruyucu/şiddet sonucu zararların tazmin ve telafi edilmesini sağlayıcı olmalıdır. Yukarıda sıralanan mevzuat, özellikle önleyici ve koruyucu önlemler açısından önem taşımaktadır. Anılan normlar şiddet mağduru sağlık çalışanının zararlarının tazmin ve telafisini kapsamamaktadır. Dolayısıyla, zarar ve tazminat konusu, özel hukukun genel sorumluluk ilkeleri ve hükümleri çerçevesinde değerlendirilmektedir.

V. SAĞLIK ÇALIŞANININ ZARARLARININ TAZMİN VE TELAFİSİ

A. Türk Borçlar Kanunu Hükümlerine Göre Sorumluluk:

1. Şiddet Uygulayanın Haksız Fiil Sorumluluğu

Türk Borçlar Kanunu m.49'a göre, kusurlu ve hukuka aykırı fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür (1). Zarar verici fiili yasaklayan bir kural bulunmasa bile, ahlaka aykırı fiille başkasına kasten zarar veren de bu zararı gidermekle yükümlüdür(2).

Sağlık çalışanına uygulanan fiziksel, sözel, psikolojik ya da cinsel şiddet, Türk Borçlar Kanununa göre kişilik hakkını ihlal eden, kişiliği koruyan temel koruma normu olan TMK m.24'e aykırı düşen bir eylemdir, dolayısıyla, sağlık çalışanına yönelen şiddet eylemi haksız eylem/fiil niteliğindedir.

Uygulanan şiddet nedeniyle sağlık çalışanının beden bütünlüğü ihlal edilmiş olabilir, hayatını kaybedebilir.

Şiddet sonucu sağlık çalışanının beden bütünlüğü ihlal edildiğinde, bedensel zararların tazmin edilmesini isteyebilir.

Bedensel zarar, beden bütünlüğünün ihlalinin yol açtığı maddi zararı ifade etmektedir. Beden bütünlüğü, hem fiziksel bütünlüğü ve sağlığı hem de ruhsal bütünlüğü ve sağlığı kapsayıcı anlam taşır. Bedensel zarar, fiziksel sağlık ve bütünlüğün ya da ruhsal sağlık ve bütünlüğün ihlalinin neden olduğu maddi zararlardır.

Bedensel zararın kapsamı, hangi zarar kalemlerinden oluştuğu, TBK.m.54/f.1'de, "özellikle" denilmek suretiyle dört bent halinde örnekseyici olarak sayılmıştır. Bunlar,

- Tedavi giderleri
- Kazanç kaybı
- Çalışma gücünün azalması veya yitirilmesinden doğan kayıplar
- Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplardır.

Bu hükme göre örneğin sözleşmeli olarak hastanede çalışan, muayenehanesinde de hasta kabul eden bir hekim, yaralanma, fiziki sakatlanma nedeniyle belli bir süre hastanede yatsa, tedavi masraflarını, muayenehanesinde hasta kabul edememesi nedeniyle oluşan kazanç kaybını; cerrah olup da elinin kalıcı biçimde hasar görmesi yüzünden artık operasyonlara giremiyorsa çalışma gücünün azalması ya da kaybı nedeniyle uğradığı maddi kayıpların tazmin edilmesini bu kapsamda talep edebilecektir.

Beden bütünlüğü ihlal edilen sağlık çalışanı yalnızca maddi zararlarının tazminini değil, **manevi zararlarının tazmin edilmesini de isteyebilir (TBK.m.56/1)**.

Eğer şiddet beden bütünlüğü dışındaki duygusal/sosyal kişilik değerlerini ihlal eden bir eylem ise, örneğin doktora hakaret edilmesi, küfredilmesi, aşağılanması durumunda, hekim, onur ve saygınlığının ihlali/sosyal kişilik değerinin ihlali nedeniyle manevi zarara uğramıştır ve TBK **m.58'e göre manevi tazminat davası açabilir**.

Fiziki kişilik değerlerinin ihlali halinde manevi tazminat şeklinin belirlenmesinde hakimın takdir yetkisi yoktur, bir miktar paranın manevi tazminat olarak ödenmesine karar verilecektir. TBK m.58'de ise para ile giderim dışında başka bir tazmin şekline yargıç karar verebilir. Örneğin hekime küfür ve hakaret nedeniyle manevi tazminatta mahkemenin kınama, özür dilemeye mahkum etme kararı vermesi mümkündür.

6098 sayılı Borçlar Kanununda, "ağır bedensel zarar" halinde zarar görenin yakınlarına da manevi tazminat isteme imkânı tanınmıştır. TBK m.56/2 çerçevesinde örneğin uğradığı şiddet sonucu omiriliği zedelenecek felç olan bir hekimin/başka bir sağlık çalışanının yakını (eşi, çocukları, anne babası, kardeşleri) de manevi tazminat isteyebilirler.

Sağlık çalışanına karşı şiddetin **ölümle** sonuçlanması durumunda, **ölenin yakınları** TBK m.53'e dayanarak cenaze giderlerini-ölüm hemen gerçekleşmemişse-tedavi giderlerini ve çalışma gücünün azalması ya da yitirilmesinden doğan kayıplarını ve özellikle, ölen ile bir bakım-destek ilişkisi içinde olanlar ya da olması muhtemel kişiler destek kaybı nedeniyle uğradıkları

(maddi) zararların tazmin edilmesini isteyebilirler; ayrıca TBK m.56/2'ye dayanarak manevi tazminat davası açabilirler.

Şiddet uygulayanın haksız fiil nedeniyle sorumlu tutulabilmesi için kusurlu olması gerekir. Şiddet konusundaki araştırmalar, alkol, madde bağımlısı olan/ruhsal bozukluğu olan hasta veya hasta yakınlarınca şiddet uygulamanın sık olduğuna işaret etmektedir. Bu saptama hukuksal açıdan, şiddet uygulayanın kusurlu olup olmadığı yani zarardan sorumluluğun temel koşulu olan KUSUR'un varlığının sorgulanmasında önemlidir. Şayet şiddet uygulayan belirtilen nedenlerden birine bağlı olarak sürekli olarak ayırtım gücünden yoksunsa hakkaniyet sorumluluğu çerçevesinde kusuru aranmaksızın sorumlu tutulabilir. Geçici yoksunluk durumunda, kişinin kendi iradesi ile ayırtım gücünü yitirmesi halinde esasen kusurlu sayılır.

Şiddet uygulayanın haksız fiil hükümlerine göre sorumluluğunda, zarar gören sağlık çalışanı, sorumluluk koşullarının gerçekleştiğini ispat yükü altındadır (TBK.50). Sağlık çalışanına yönelik şiddette, hukuka aykırı eylem olarak nitelediğimiz şiddet türüne ve yaşanan ortama bağlı olarak eyleminin ispatında zorluk yaşanabilir. Tehdit, cinsel şiddette olduğu gibi.

Tazminatta İndirim Sebepleri

Türk Borçlar Kanununun 52.maddesinde, zarar görenin rızası, zarar görenin müterafik kusuru halinde tazminatın indirilebileceği veya tamamen kaldırılacağı belirtilirken, tazminat yükümlüsünün hafif kusuru ve tam tazminat ödediğinde yoksulluğa düşecek olması ve hakkaniyetin gerektirmesi halinde

tazminatta indirim yapılabileceği hükme bağlanmaktadır.

Bedensel zarar ve destekten yoksun kalma zararlarının belirlenmesiyle ilgili TBK.m.55'te ise, hesaplanan tazminatın miktar esas alınarak hakkaniyet düşüncesiyle artırılmayacağı ya da azaltılmayacağı ifade edilmektedir.

Tazminat, mağdura zarar verici eylemin gerçekleşmesinden önceki malvarlığı durumunu sağlamaya, bu amaçla malvarlığı durumu arasındaki farkın telafi edilmesine yönelik olduğundan, tazminatın üst sınırını, zarar olarak kabul ettiğimiz, malvarlığı durumları arasındaki fark oluşturur. Amaç, mağdurun malvarlığını zarar verici eylemden öncesine göre daha iyi duruma getirmek değildir ve hakkaniyet düşüncesi ile de esasen zarar miktarını aşan bir miktara hükmedilemez.

Haksız fiil sorumluluğunun şartları gerçekleştiğinde, yargıç bazı nedenlere dayalı olarak tazminatta indirim yapabilir. Hekime yönelik şiddet açısından en önemli durum, şiddet uygulayanın hafif kusurlu olması, tazminat ödediğinde yoksulluğa düşecek olması ve hakkaniyetin indirimi gerektirmesidir. Çünkü genellikle şiddetin gerçekleştiği mekan, içinde bulunulan durum, şiddet uygulayanın ekonomik durumu nedeniyle bu indirim sebebinin uygulanması gündeme gelebilir. Fakat burada, "HAKKANİYET" ÖLÇÜTÜ gözden kaçırılmamalıdır.

Bedensel zarara ilişkin hükmün değiştirilebilmesi (TBK m.75)

TBK m.75'e göre bedensel zararın kapsamı karar verme sırasında tam olarak belirlenemiyorsa hakim,

kararın kesinleşmesinden başlayarak iki yıl içinde, tazminat hükmünü değiştirme yetkisini saklı tutabilir. Buna göre, şiddet mağdurunun çalışma gücü kaybını karar verirken tam olarak belirlemek mümkün değilse, hakim kararı gözden geçirme yetkisini saklı tutacak, şiddet mağduru da bu sayede ileride yeni bir dava açarak çalışma gücündeki kayıp sebebiyle hükmedilen tazminatta değişiklik yapılmasını sağlayabilecektir.

Şiddet Mağdurunun Tazminat Avansı İsteyebilmesi

TBK.m.76'ya göre zarar gören, iddiasının haklılığını gösteren inandırıcı kanıtlar sunduğu ve ekonomik durumu da gerektirdiği takdirde hakim, istem üzerine davalının zarar görene geçici ödeme yapmasına karar verebilir. Davalının yaptığı geçici ödemeler, hükmedilen tazminata mahsup edilir; tazminata hükmedilmezse hakim, davacının aldığı geçici ödemeleri, yasal faizi ile birlikte geri vermesine karar verir.

Özellikle ekonomik durumu geçici ödemeyi gerektiren şiddet mağduru sağlık çalışanı için (örneğin asgari ücretle sözleşmeli olarak çalışan acil servis görevlileri için) bu hüküm, tazminat davasının yıllarca sürmesi riskine karşı koruma sağlaması açısından önemlidir.

2. Hizmet akdi ile istihdam edilen sağlık çalışanlarına karşı işverenin/istihdam edenin sözleşmeye dayalı sorumluluğu:

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet akdi ile istihdam edilen sağlık çalışanları ya da kamu kurumlarında sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeli, şiddet uygulayan fail dışında, kendisini

sözleşme ile istihdam eden/çalıştıran işverene karşı sözleşmeye dayanarak sorumluluk davası açabilir.

TBK. m.417'de, işverenin işçiyi koruma yükümlülüğü düzenlenmiştir. Bu maddeye göre;

“İşveren, hizmet ilişkisinde işveren işçisinin kişiliğini korumak, saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramaları ve bu tür tacize uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

İşveren, iş yerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmak, işçiler de iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdür.

İşverenin yukarıdaki hükümler dahil kanuna ve sözleşmeye aykırı davranışı nedeniyle işçinin ölümü, vücut bütünlüğünün zedelenmesi veya kişilik haklarının ihlaline bağlı zararların tazmini, sözleşmeye aykırılıktan doğan sorumluluk hükümlerine tabidir.”

Sözleşmeye dayalı sorumluluk da haksız fiil sorumluluğu gibi kusur ilkesine bağlıdır. Fakat haksız fiilden farklı olarak burada sorumlu için bir kusur karinesi getirilmiştir (TBK.m.112). Sağlık çalışanı bu hukuki sebebe dayanarak işverenden tazminat talep ettiğinde, işverenin kusurunu ispatlamak zorunda kalmayacaktır.

Günümüzde, sağlık çalışanlarının sağlık hizmetini yürütürken diğer çalışanlar gibi sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakları olduğu, sağlıkta şiddetin işyeri sağlığı/güvenliği ile ilgili olduğu ve sağlık çalışanının anılan hakkını ihlal ettiği tartışmasız kabul edilmektedir. Çalışılan ortamın sağlıklı olmasını,

güvenliğini sağlama yükümlülüğü, işverenin yükümlülüğüdür⁴⁷.

6 Nisan 2011 tarihinde yürürlüğe giren “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamaktadır (m.2). Yönetmelik “çalışan” kavramını hizmetin resmi veya özel sağlık kurumlarında, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden ve hizmetin verilmesine destek sağlayan kişileri kapsayacak şekilde tanımlamıştır (m.4/b). Sağlık kurumları, çalışan güvenliği ile ilgili olarak çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik tedbirler almak, düzenlemeler yapmakla yükümlüdür (m.7/d). Yönetmeliğe göre Yönetmelik kapsamında gerekenlerin yapılması, çalışan/hasta güvenliğinin sağlanmasında ilgili sağlık kurumunun en üst amiri-Başhekimisi-sorumlu tutulmuştur (m.10).

Sağlık Bakanlığı, 2012/23 sayılı Genelge ile yönetmeliğin uygulanmasında ayrıntıları düzenlemiştir. Genelge ile beraber,

- beyaz kod uygulaması,
- çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin kurulması,
- risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri,
- hizmetten çekilme gibi düzenlemeler getirilmiştir.

İşte, akdi sorumlulukta, çalışan güvenliğinin sağlanması ile ilgili olarak, sağlık işyerinde gerekli tedbirlerin alınmamış olması ile çalışanın şiddete uğraması arasında nedensellik varsa, işveren TBK.m. 417

⁴⁷ Bu konuda ayrıntılı bilgi için: Hakan Hakeri, Hakan Hakeri, Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, sayı 1, Ocak 2010 s.53-59
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/d1.pdf>

kapsamında zarar gören çalışana karşı giderimle yükümlü olacaktır.

B. SAĞLIK ÇALIŞANININ ZARARINDAN İDARENİN (BAKANLIĞIN) SORUMLU TUTULABİLMESİ

1982 tarihli Anayasanın 40/III ve 129/V. maddelerinde devlet ve kamu idarelerinin çalıştırdıkları memur ve diğer kamu görevlilerinin görevlerini yerine getirirken üçüncü kişilere haksız eylem ve işlemle verdikleri zarardan devletin sorumluluğu düzenlemektedir. Anayasa m.40/III'e göre, *“Kişinin, resmi görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır.”* Anayasanın 129. maddesinin beşinci fıkrasında ise *“Memurlar ve diğer kamu görevlileri yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendlerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir”* hükmüne yer verilmiştir⁴⁸.

İdare Hukuku esasları çerçevesinde, ister özel ister kamusal olsun, sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan güvenliğinin sağlanması için tedbir alma/denetleme ödevinde ihmal veya özensizlik, “hizmet kusuru” oluşturur. Sağlık çalışanı, hizmet kusuru nedeniyle idare aleyhine de tazminat (tam yargı) davası açarak, zararının tazmin edilmesini talep edebilir.

⁴⁸ Fikret Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 12.baskı, İstanbul 2010, s.588 vd.

C. SAĞLIK ÇALIŞANININ ŞİDDET SONUCUNDA UĞRADIĞI ZARARLARI DEVLETİN TAZMİN VE TELAFİ ETMESİNE YÖNELİK ÇÖZÜM MODELİ ÖNERİMİZ

Sorumluluk Hukukunda temel ilke, bir kimsenin zarardan sorumlu tutulmasında hukuka ya da borca aykırı bir davranışla başkasının zarara uğramasına sebep olmasıdır. Zarara sebep olmamakla birlikte bazı hallerde zarardan sorumluluk doğabilir: Sigortacının durumu böyledir.

Bu çerçevede, devlet de, hizmet kusuru nedeniyle idare hukuku ilkelerine göre zarardan sorumlu tutulabilmekte; özel hukuk hükümleri çerçevesinde, özel hukuka dayalı bir çalıştırma ilişkisinde işveren/çalıştıran olarak sözleşmesel sorumluluğundan söz edilebilmektedir.

Burada öneri olarak ortaya koyduğumuz model, bu temel ilke ve düşünceleri dışlamamaktadır. Yalnızca, sağlık çalışanının zararını zarara sebep olan failden (şiddet uygulayandan, örneğin hasta yakınından), sigortadan ya da sosyal güvenlik kurumu gibi zarara sebep olan dışında bir kaynaktan tazmin edilmesini sağlayamaması durumunda, faile/diğer sorumlulara rücu edilmek kaydıyla belirli şartlarda devletçe karşılanmasıdır. Elbette bu çözüm önerisinde, zararın devlet tarafından tazmin edilmesinde zararın belirli nitelik ve nicelikte olması sağlık çalışanının uğradığı bedensel zararın AĞIR olması önemlidir. Düşüncemize göre, sağlık çalışanına yönelik şiddet aynı zamanda “SUÇ” oluşturan bir eylemse ve şiddet mağduru “AĞIR BEDENSEL ZARARA” uğramışsa, mağdur, failden ya da başka bir sorumludan zararını tazmin ettiremediğinde ya da böyle bir tehlike ile

karşılaştığında, ZARARI KARŞILAMASI İÇİN DEVLETE BAŞVURABİLMELİDİR.

Bu öneri, failin ekonomik durumunun tazminatı karşılamasında çoğu zaman yetersiz olduğu, SGK'ya da özel sigortalarda yapılan ödemelerin gerçekte uğranılan zararı karşılamaktan uzak olduğu vb. durumlar dikkate alındığında, sağlık çalışanının zararlarının tazmin ve telafi edilmesinde son derece etkin bir önlem olabilir.

Sağlık çalışanının şiddete uğramasında risk faktörleri dikkate alındığında, bu öneri, sağlık çalışanının şiddet uygulayanla karşı karşıya ve yalnız bırakılmasını da önler düşüncesindeyim.

SONUÇ

Yasal alanda şiddetin önlenmesi ve şiddetle mücadelede en önemli düzenlemeler, ceza kanunu açısından kamu görevlisi sıfatının özel sağlık kurum/kuruluşlarında sağlık hizmeti veren çalışana kapsayacak şekilde genişletilmesi, çalışan güvenliği yönetmeliği, Sağlık Personeline karşı işlenen suçlar nedeniyle yapılacak hukuki yardımın usul ve esasları hakkında yönetmelik ve bu yönetmelikler çerçevesinde Bakanlık genelgeleridir.

Tüm olumlu yönlerine karşın bu düzenlemeler şiddet sonrasında sağlık çalışanının bedensel zararlarının tazmin ve telafisinde herhangi bir hüküm içermekte, şiddetin tazminat boyutu tamamen genel ilkelere bırakılmaktadır.

Özellikle, şiddet uygulayanın ekonomik durumunun tazminata karşılamaya yeterli olmaması halinde sağlık çalışanının zarara katlanması beklenmemeli, mali

gücünün yeterli olmaması riski sağlık çalışanının omuzlarından alınmalı, devlet tazminat sistemi kurulmalıdır. Kurulacak bu sistemde, özellikle suç teşkil eden şiddet hallerinde ve zararın ağırlığı ölçüsünde sağlık çalışanı, sorumlulardan tazmin ve telafisini sağlayamadığı zarar için Devlet'e başvurabilmeli, zarara katlanmak zorunda kalmamalıdır.

Kaynaklar

1. Aydın Tabip Odası, Şiddetin Gölgesinde Hekimlik, Dr. Osman Elbek, Dr. Emin Baki Adaş, Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Mayıs 2012 http://www.aydintabipodasi.org.tr/userfiles/file/hekime_siddet.pdf erişim:26.11.2013
2. Bilge Annagür, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2 (2):161-173 http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/saglikciyasi_siddet.pdf erişim:26.11.2013
3. Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir Çalıştayı Anket Sonuçları, Dr.Ali Özyurt, Dr. Hasan Ogan, Dr. Zeynep Solakoğlu, Dr. Ayşegül Bilen, Mithat Hamarat, Şüheda Arslan (<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/siddetcalistay.doc>) erişim:26.11.2013
4. Hakan Hakeri, Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, sayı 1, Ocak 2010 s.53-59 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/d1.pdf> erişim: 26.11.2013

5. Neslihan KESER ÖZCAN/ Hülya BİLGİN, Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(6) s.1442 vd. (<http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/saglikciyasiddet.pdf>) erişim:26.11.2013
6. TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddeti Araştırma Komisyonu Raporu
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>
f erişim 26.11.2013
7. Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Dr. Metin Aydın, Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, Aralık 2008
<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/isparta.doc> erişim:26.11.2013
8. Türk Tabipleri Birliği, Şiddet Sempozyumu, Eylül 2007
Türk Tabipler Birliği Yayınları
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddet_sempozyumu.pdf
erişim: 26.11.2013
9. Türkiye Biyoetik Derneği, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Hakkında Görüşü, Hazırlayan: Uzm.Dr.Gülsüm Önal
http://irisinteraktif.com/Biyoetik/files/gorusler/TBD_Siddet_hk_Gorusup.pdf erişim:26.11.2013
10. Yıldız Ertuğ Ünder, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusu, Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul Barosu Yayınları, s. 265-275
<http://www.istanbulbarosu.org.tr/images/haberler/saglikhukuku208.pdf> erişim:26.11.2013

**İZMİR TABİP ODASI'NIN
HEKİME YÖNELİK ŞİDDET ALANINDAKİ
HUKUKİ GİRİŞİMLERİ**

Av.Mithat KARA
Av.Abdullah HIZAL
İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının hukuki statüsü Anayasamızın 135. maddesinde düzenlenmiştir. Anayasamızın 135. maddesinin 1.fıkrasında, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının, belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, meslekî faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlâkını korumak maksadı ile amacıyla kanunla kurulan, organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilen kamu tüzelkişilikleri olduğu ifade edilmiştir. (1) (Çınarlı Serkan, Kara Mithat, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle Kurulan Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslekleri Kurulunun Tabip Odalarının Disiplin Yaptırımına Etkisi, Mevlana Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2013, Cilt 1, Sayı 1, s. 270)

Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları; dayanağını Anayasamızın 135.maddesinden alan, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ile kurulmuş, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşlarıdır. Anayasamızın 135.maddesi ve 6023 sayılı kanun hükümlerine göre, Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları'nın görev tanımları üç temel başlık altında toplanabilir. Bu başlıkları; mesleki deontolojiyi korumak; hekimlerin hak ve çıkarlarını korumak; halk sağlığını korumak ve geliştirmek şeklinde özetleyebiliriz.

Ülkemizde zıtlıklar üzerine kurulmuş bir sağlık sistemi programı, maalesef sistematik bir şekilde uygulanmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşım konusunda geçmişte yaşanan olumsuzluklar üzerine kurgulanan ve bu olumsuzluklardan beslenen bir programın uygulamasını hep birlikte yaşamaktayız.

Hasta hakkı, hekim hakkı, sağlık hakkı kavramları, birbiriyle çelişen ve uzlaşmaz kavramlar olarak algılanmaya başlamıştır. Yukarıda ifade edildiği üzere, zıtlıklar üzerine kurgulanan bu sistemde, aslında sağlık hizmetinde paydaş olan hastalar ve sağlık çalışanları karşı karşıya getirilmiştir. Aynı gemide aynı yöne doğru yolculuk yapan hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki gerilim, bir noktada şiddet olarak gün yüzüne çıkmaya başlamıştır. şiddet kavramına ve şiddetin gerekçelerine ilişkin tartışmalar bildiri konumuz dışında olduğu için bu konuda değerlendirme yapılmamıştır.

İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu'nun hekime yönelik şiddet alanındaki çalışmaları, İzmir Tabip Odası Yönetim Kurulu çalışmalarının bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır. Hekime yönelik şiddet olgularında,

olay yerinde ve olay sonrasında hekimlere hukuki destek verilmekte, hukuki yönlendirme yapılmakta ve yargısal süreçler takip edilmektedir.

İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu'nun hekime yönelik şiddet alanındaki çalışmalarını üç başlık altında toplamak mümkündür.

Birincisi, eğitim toplantılarıdır. Sağlık birimlerinde gerçekleştirilen eğitim toplantıları aracılığıyla şiddet kavramının hukuki boyutu ve şiddetle karşı karşıya kalındığı zaman izlenmesi gereken hukuki süreçler hakkında hekimler bilgilendirilmektedir. Birçok sağlık biriminde gerçekleştirilen eğitim toplantısı ile çok sayıda hekime ulaşılmıştır.

İkincisi; hukuki danışmanlık ve yönlendirmedir. Bu süreç, şiddet vakalarının yargılama öncesini, hukuki bağlamda ceza soruşturması aşamasını oluşturmaktadır. Şiddet olgusunun ortaya çıktığı anda, Hukuk Bürosuna yapılan bildirim doğrultusunda, olayın niteliğine göre olay yerinde veya telefonla hekime danışmanlık ve yönlendirme yapılarak adli süreçlerin sağlıklı yürütülmesi sağlanmaktadır. Hukuk Bürosuna bildirimler, "İzmir Tabip Odası Acil Durum Hattı" aracılığıyla; hekimin şahsi olarak Hukuk Bürosuna ulaşmasıyla; hekimin veya sağlık biriminde görevli diğer hekimlerin İzmir Tabip Odasına ulaşmasıyla yapılmaktadır. Hukuk Bürosuna yapılan şiddet bildirimlerinde, olayın niteliğine ve olaydan sonra geçen süreye göre değişmekle birlikte olay yerine gidilmekte veya telefonla yönlendirme yapılmaktadır. Olay sonrası; tutanakların düzenlenmesi; idari mercilere bildirim yapılması; beyaz kod ilan edilmesi; kolluk görevlileri ve Savcılık Makamı ile iletişimde hekime

danışmanlık yapılmakta ve yardım edilmektedir. Hekimin kolluk görevlilerine veya Savcılık Makamına verdiği ifadelerde hazır bulunulmaktadır.

Üçüncüsü, yargıya taşınan şiddet olgularının yargı süreçlerinin takibidir. Şiddet olgularında, İzmir Tabip Odası Yönetim Kurulu kararı gereği, hekimlere ücretsiz hukuksal destek sunulmaktadır. Yargı sürecinin takibi için, şiddete uğrayan hekimin Oda üyesi olması; Oda'ya hukuksal destek isteğini bildiren bir dilekçe vermesi ve Oda avukatlarına vekaletname vermesi yeterli olmaktadır.

Uygulamada, şiddet olgularının hukuksal düzleme taşınmasında sıkıntılar olduğunu gözlemlemekteyiz. Hekimlerin bizlere ilettiği ve aşağıda paylaştığımız gerçeklerle birçok şiddet olgusunun, hukuksal düzleme taşınmadığı görülmektedir. Bu gerekçeleri;

- a) Hekimlerin şikayetçi olmakta isteksiz davranması,
- b) Dava takip etmeye zamanının olmadığını ifade etmesi,
- c) Nasıl olsa bir şey olmayacak düşüncesi,
- d) Suça eğilimli hasta ve hasta yakınları ile karşı karşıya gelmek istenmemesi,
- e) İşlerin aksayacağı düşüncesi ile olay anında girişimde bulunmak istenmemesi,
- f) Hukuksal sürecin takibinde yalnız olduğunun düşünülmesi,
- g) Çalıştığı kurumun kendisine sahip çıkmadığı düşüncesi,
- h) Yaşananları yazılı hale getirmek, tutanak tutmak konusunda isteksiz davranılması,

i) Meslek örgütüne ve çalıştığı kuruma haber verilmemesi,

şeklinde özetleyebiliriz. Bu gerekçeler, kanaatimizce bütün ülkedeki şiddet olguları için geçerlidir. Bu nedenlerle, şiddetin gerçek boyutu ile hukuksal süreçler hakkında sağlıklı veri toplanması mümkün olamamaktadır.

Bu bildiri için, 2006-2013 döneminde, yargı süreci takip edilen hekimlerin dosyaları incelenmiş ve dosyalarda yer alan bilgiler çerçevesinde bazı bilgiler paylaşılarak değerlendirmeler yapılmıştır.

2006-2013 dönemi kapsayan süreçte, hekime yönelik şiddet olguları nedeniyle takip edilen dava dosya sayısı 56 olup; bu dosyalarda toplam 64 hekimin şiddete uğradığı tespit edilmiştir.

Bildiri tarihi itibarıyla, 56 dosyanın 33 adedinin (%59) yargı süreci tamamlanmış ve kararlar kesinleşmiştir. 9 dosyada (%16) mahkemece hüküm verilmiş olup kararlar taraflarca temyiz edildiği için henüz kesinleşmemiştir. 10 dosyanın (%18) yargılaması devam etmektedir. 4 dosya (%7) ise Savcılık aşamasında olup ceza soruşturması devam etmektedir.

Şiddete uğrayan hekimlerin cinsiyet dağılımında bir eşitlik görünmektedir. Şiddete uğrayan 64 hekimin 32'si (%50) kadın, 32'si (%50) erkektir.

Şiddete uğrayan hekimlerin yaş dağılımı incelendiğinde, 25-35 yaş aralığında olan hekimlerin daha fazla şiddete uğradığı görülmektedir. 25-35 yaş aralığında 35 hekimin; 36-45 yaş aralığında 13 hekimin; 46-55 yaş aralığında 15 hekimin; 56-65 yaş aralığında 1 hekimin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Şiddete uğrayan hekimlerin statüsü incelendiğinde, asistan hekimlerin daha fazla şiddetle karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Şiddete uğrayan 33 hekimin asistan hekim; 18 hekimin pratisyen hekim; 13 hekimin uzman hekim olduğu tespit edilmiştir.

Şiddetin gerçekleştiği sağlık birimlerinin değerlendirilmesinde ise, en fazla şiddet olgusunun görüldüğü sağlık birimleri eğitim ve araştırma hastaneleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastaneleri devlet hastaneleri takip etmektedir. 24 şiddet olgusunun eğitim ve araştırma hastanesinde; 9 şiddet olgusunun devlet hastanesinde; 7 şiddet olgusunun üniversite hastanesinde; 6 şiddet olgusunun özel sağlık kurum ve kuruluşunda; 5 şiddet olgusunun aile sağlığı merkezinde; 3 şiddet olgusunun 112 ve Acil Nöbet Birimlerinde; 1 şiddet olgusunun muayenehanede gerçekleştiği görülmektedir.

Şiddetin sağlık birimleri içinde en fazla acil servislerde gerçekleştiği, acil servisleri polikliniklerin takip ettiği görülmektedir. 23 şiddet olgusunun acil servislerde; 16 şiddet olgusunun poliklinik koşullarında; 4 şiddet olgusunun servislerde; 5 şiddet olgusunun ise ameliyathane, koridor, bahçe ve diğer bölümlerde gerçekleştiği görülmektedir.

Hekime şiddet uygulayan saldırganların yaş dağılımı incelendiğinde, 26-35 arası yaş grubunun dikkat çektiği; bu yaş grubunu 36-45 arası yaş grubunun takip ettiği görülmektedir. 15-25 yaş aralığında 4 saldırganın; 26-35 yaş aralığında 21 saldırganın; 36-45 yaş aralığında 17 saldırganın; 46-55 yaş aralığında 14 saldırganın; 56 ve üstü yaş aralığında 9 saldırganın olduğu görülmektedir.

Hekime şiddet uygulayan saldırganların yaş dağılımı incelendiğinde, erkek saldırganların ağırlıkta olduğu görülmektedir. Saldırganların 44'ü (%68) erkek; 21'i (%32)'si kadındır.

Dava dosyalarına yansıyan saldırganların savunmaları incelendiğinde, eylemlerini hizmetin işleyişine ilişkin bazı aksaklık ve sağlık personeli davranışlarıyla haklı göstermeye çalıştıkları görülmektedir. Birçok olguda, saldırganların birden fazla gerekçe ileri sürdüğü görülmektedir. Saldırganların ileri sürdüğü gerekçeler incelendiğinde, 25 olguda zaman, sıra bekleme, gecikme, bazı hastalara öncelik verilmesi gibi gerekçeler olduğu; 25 olguda, genel memnuniyetsizlik olarak ifade edeceğimiz personelin ilgisizliği, ölüm ve beklenmedik gelişmelerin gerekçe gösterildiği; 18 olguda, sağlık birimindeki bürokratik işlemlerden kaynaklanan gerginliklerin gerekçe olduğu; 10 olguda hekimin hasta veya hasta yakınına olumsuz yaklaşımının gerekçe gösterildiği; 9 olguda sağlık kuruluşunun alt yapı ve personel eksikliğinin gerekçe gösterildiği görülmektedir.

Saldırganlar hakkında açılan davalarda isnat edilen suçlamalar incelendiğinde; bazı sanıklar hakkında birden fazla suçlama nedeniyle dava açıldığı görülmektedir. Suçlamaların 44'ü (%45) hakaret; 26'sı (%27) yaralama; 25'i (%26) tehdit; 1'i (%1) direnme; 1'i (%1) iftiradır.

Yargılaması sonuçlanan dava dosyalarında saldırganlar hakkında verilen mahkumiyet kararlarını değerlendirdiğimizde, saldırganlar hakkında verilen cezaların önemli bir kısmını hakaret suçu nedeniyle verilen mahkumiyetler oluşturmaktadır. 27 saldırgan (%46)

hakaret suçundan; 16 saldırgan (%28) tehdit suçundan; 14 saldırgan (%26) yaralama suçundan; 1 saldırgan (%2)'da direnme suçundan mahkum olmuştur.

Yargılama sonucunda verilen bütün kararların sonuçlarını değerlendirdiğimizde, mahkumiyet kararlarının ise genellikle hükmün açıklanmasının geri bırakılması yönünde olduğu görülmektedir. 41 mahkumiyet hakkında hükmün açıklanmasının geri bırakılması yönünde karar verilmiştir. 4 mahkumiyet kararı ile verilen hürriyeti bağlayıcı ceza ve para cezası ertelenmiştir. 11 mahkumiyet kararı ile verilen hürriyeti bağlayıcı ceza ve para cezası ertelenmemiştir. Ayrıca, 10 beraat kararı; 2 ceza vermektен vazgeçme kararı; 1 ceza tertibine yer olmadığı kararı verilmiştir.

Sonuç olarak; İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu olarak takip ettiğimiz dava dosyaları değerlendirildiğinde, yargıya taşınan şiddet olgularının çok önemli bir kısmında saldırganlar hakkında mahkumiyet kararları verildiği görülmektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarına karşı şiddet olgularının görünür hale getirilmesi; adli makamlara bildirim yapılmasının önemli olduğu kanaatindeyiz. Ancak, sağlık çalışanlarına şiddet olgusunun çözümünde, cezai yaptırımların tek başına çözüm yolu olduğunu söylemek mümkün değildir. Hatta saldırganlar hakkında verilecek cezaların artırılması da, şiddet sorununu çözmek için tek başına yeterli olmayacaktır. Bu nedenle, şiddet eğiliminin ortaya çıkmasına neden olan sosyal, kültürel, ekonomik, felsefi ve etik gerekçelerin kaynağına inmek, çözüm yollarını tespit etmek, cezai yaptırımları bu gerekçelerle birlikte değerlendirmenin önemli olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

Çınarlı Serkan, Kara Mithat, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle Kurulan Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslekleri Kurulunun Tabip Odalarının Disiplin Yaptırımına Etkisi, Mevlana Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2013, Cilt 1, Sayı 1, s. 270.

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNUNUN BASINA YANSIMALARI

Esin SAYIN KAYSER

Yeni Asır TV Haber Spikeri
Program Sunucusu ve Yapımcısı

SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE BASININ ROLÜ

Basının en önemli görevi kuşkusuz, toplumsal sorunları yazılı ve görsel olarak vatandaşlara iletmek, insanları haberdar etmek, bir kamuoyu oluşturmak, sorun çözümüne katkı sağlayabilecek çalışmalar gerçekleştirilmesidir.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı sıkıntıların da milyonlarca insana aktarılabileceği doğru adresin basın-medya olduğu şüphesizdir. Elbette burada basın kuruluşları bu sorumluluğun bilincinde olarak insanları etkileme gücünü de düşünerek dikkatli davranmalıdır. Basının bu konuda alması gereken doğru rol, sağlık çalışanlarının yaşadıkları bu problemleri tarafsız bir şekilde vatandaş ile paylaşmaktır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDETE BASIN YASAĞI GENELGESİ

Sağlık Bakanlığı'nın çıkardığı sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet haberlerinin basın ve yayın kuruluşlarıyla paylaşılmaması genelgesi, sorunun çözümüne nasıl bir katkı sağlama amacı güdebilir diye kendi kendimize sormak lazım.

Genelgeye baktığımızda gerekçe olarak "**mahremiyet ve gizlilik ilkesine uyulması, sağlık çalışanın mesleki itibarının korunması ve mesleki tükenmişliğin önlenmesi, travmanın medyada yer alan gündem haberleri dâhilinde toplumsal krizlere dönüşmesinin önlenmesi**" şeklinde bir açıklama görüyoruz (1).

Basın ile irtibatını kopardığında sağlık çalışanı kendisine yapılan haksızlığı nasıl duyuracaktır? Sesini milyonlara nasıl ulaştıracaktır? Şiddete uğrayan bir sağlık çalışanı basında yer aldığı için itibarsızlaşır mı, yoksa ortada bir problem olduğu için konunun sorumluları mı itibarsızlaşır? Ayrıca sağlıkta şiddet haberlerinin basından saklanması sorunu çözebilir mi? (2) Bunlar sorulması gereken sorulardır.

Son 1 yıl içerisinde basına yansıyan bazı haberlerden örnekler vererek konu üzerine düşünebiliriz.

1-(25.05.2013) DENİZLİ'DE DOKTORA ŞİDDET

Doktora şiddet olaylarına bir yenisi de Denizli'de eklendi. Denizli Devlet Hastanesi'nde görev yapan Çocuk Hastalıkları Uzmanı Doktor Tuncay Özer, bir hasta yakını tarafından hastane çıkışı darp edildi. Tuncay Özer'in dudak kısmına 5 dikiş atılırken, 10 gün de rapor verildi.

2-(05.08.2013) İĞDIR DOKTOR ŞİDDET

İğdir'da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerine bir yenisi daha eklendi. İğdir Devlet Hastanesi'nde dahiliye uzmanı olarak görev yapan doktor, yaklaşık 20 kişilik bir grubun saldırısına uğradı. Saldırının gerçekleştiği anlar ise güvenlik kameralarına yansıdı...

3-(01/04/2013) BURSA SAĞLIKÇILAR SALDIRI

Bursa'da 112 acil serviste görevli iki sağlık çalışanı, ihbar sonucu gittikleri evde hasta yakınları tarafından darp edildiklerini iddia etti.

4-(13/09/2013) İZMİR SAĞLIK ÇALIŞANLARI TEPKİ

SES İzmir Şubesi ve Tabip Odası düzenlediği ortak basın açıklaması ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti ve sağlıkçıların artan iş yükünü kınadı.

5-(17/04/2013) AYDIN DOKTORLAR EYLEM

Türkiye genelinde sağlıkta şiddet ve sorunlara dikkat çekmek için gerçekleşen eylem kapsamında Aydın'da da hekimler ve sağlık çalışanları iş bıraktı. Uyarıları dikkate alan vatandaşın hastaneye gelmemesi nedeniyle her hangi bir sıkıntı yaşanmadı (3).

Haber ajanslarından servis edilen bu haberlere baktığımızda, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin basın yoluyla vatandaşlara nasıl aktarıldığını görüyoruz. Basın meydana gelen olayları, gerçekliği ile zaman ve mekan belirterek aktarır. Özellikle gazete ve televizyon haberciliğinde haberler olduğu gibi aktarılır, yorum yapma işi ise vatandaşa düşer.

Bu haberlerin basın ile paylaşılmadığını düşünelim. Yaşanan bir problemde sorunun üzerini örtmenin çözüm olmadığı aşikardır.

Gündemin bu kadar sık değiştiği bir ülkede sorunlar basın yoluyla aktarılmazsa toplumsal bir bilinç de oluşturulamaz. Sorunlar hukuki yoldan çözülebilir, ne kadar çözülüyor bunun yorumunu da hukukçular yapar ama toplumsal bilincin oluşturulabileceği alan basındır.

Her sosyo-kültürel yapıdan insanın, okuma yazma bilmeyen insandan, profesöre kadar herkesin sağlık hizmetinden faydalandığını hatırlayalım. Bu sebeple basın ile araya çekilecek bu set yerine basını nasıl daha etkili kullanabiliriz bunları gündeme getirmeliyiz.

Basın doğru kullanıldığı zaman birçok sorunu da çözüme kavuşturabilecek güçte, hele ki büyük bir çoğunluğu televizyon başında olan bir ülkede yaşadığımızı hatırlarsak, özellikle görsel basının, sorunları ekrana getirerek çözüme yolunda konunun uzmanlarına konuşma fırsatı sunmasında bulunmaz bir alan olduğunu söylemekte fayda var.

SAĞLIK ÇALIŞANI VE VATANDAŞ BİRBİRİNİ NE KADAR ANLIYOR?

Ne sağlık çalışanları vatandaşın yaşam tarzını ve düşüncelerini tam gözlemleyebilmekte, ne de vatandaş sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını ve problemlerini bilmektedir. Sağlık çalışanı ve vatandaş arasındaki uçurumun yok edilebileceği, karşı karşıya gelerek birbirlerini anlama fırsatı bulabilecekleri en önemli mecra, basındır. Örneğin, bir sağlık çalışanı ile bir vatandaşın karşı karşıya getirilerek canlı bir yayında yapılacak seviyeli bir tartışma programında iki tarafın da sorunları masaya yatırılabilir ve iki tarafın da özeleştiri yaparak sorunları çözmesi sağlanabilir. Bu şekilde belki de önyargılar kırılacak, karşılıklı tahammülsüzlükler azalacak, anlayış hakim olacaktır.

Örneğin, halk arasında "aile hekimleri çok para kazanıyor" gibi yanlış bir kanının oluşmasında kimi zaman basın suçlu bulunuyor. Oysa bunun sorumlusu basın değil, konuyu doğru bir şekilde ifade edemeyen

yetkilidir. Basının yaptığı şey bu yetkilinin açıklamasını vatandaş ile paylaşmaktır.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olayları televizyonlarda ve gazetelerde haber olarak aktarılabaksa yorumdan uzak, eldeki tüm verilerle ve taraf tutmadan anlatılmalıdır.

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin artmasında medyanın günah keçisi haline getirildiğini de zaman zaman üzülerken görüyoruz. Haberlerin çarpıtılarak aktarıldığı tarzında yorumlar gelmekte ve bu yorumlar da görevi halkı bilgilendirmek olan basın çalışanlarını üzmektedir. Elbette ki basın da elindeki gücü doğru kullanması gereken güçlü bir organdır. Bu tartışılmaz bir gerçektir.

BASIN OKUYUCUYU VE İZLEYİCİYİ NASIL ETKİLİYOR?

Türkiye'nin büyük bir bölümünün televizyon izleyicisi olduğunu ve yine ülkenin istikrarlı bir gazete okuyucu kitlesine sahip olduğunu düşünecek olursak, basın vatandaşı olumlu ya da olumsuz etkileme gücüne sahip. Bunu bir örnek ile vurgulamak yerinde olur.

1990'lı yıllara baktığımızda televizyon dizilerinde ve sinema filmlerinde sigara içildiğini ve bunun insanlar tarafından örnek alındığını hatırlayalım. Bir iş adamı, bir kabadayı, bir aile babası ya da çekici bir kadını topluma hitap eden bir yayında sigara içerken gören, özellikle ergenlik dönemindeki gençlerin bu özentisi ile sigaraya başlayıp hayatlarını nasıl da olumsuz etkilediği aşikardır. Zaman içerisinde basındaki bu yanlışlar düzeltilmiş ve daha dikkatli, sorumluluk sahibi bir yayıncılık öne çıkmıştır. Basının halk

üzerindeki etkisi bu örnekte de görüldüğü gibi olumlu ya da olumsuz oldukça fazladır. Yine bu örnekten yola çıkarak özellikle bilinçaltı mesaj vererek izleyiciyi etkileyebilecek televizyon yayınlarında sağlık çalışanlarının itibarı kazandırılmalı, sağlık çalışanlarına şiddet içeren ya da şiddeti özendiren sahnelerin kurgu bile olsa insanlar üzerinde oluşturabileceği etkiler düşünülerek bulunmaması gerekir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununun çözümünde basın ile diyalog kurarak bu hususların göz önünde bulundurulmasının gerekliliği konuşulabilir. Böylece sorunun çözümünde, basın da sorumluluğunu yerine getirmiş olur.

İNTERNET HABERCİLİĞİ NE KADAR SAĞLIKLI DIR?

İnternetin hayatımıza girmesi ile yaygınlaşan internet haberciliğinde ise yeterli denetimlerin yapılmaması birçok haber sitesinin adeta mantar gibi türemesi sebebiyle, çarpıtılmış bazı haberlerin internet kullanıcılarına ulaşması da ayrı bir sorundur. Ancak bu kötü örneklerden yola çıkarak haber kaynakları olan ajansları temel alarak doğru ve ilkeli haber yapan haber sitelerini de suçlamamak, bu siteleri aklamak için internet haberciliğinde gerekli çalışmaların yapılması şarttır. Unutmamak lazım ki meydana gelen bir olayda yorumsuz bir şekilde sadece olayın meydana gelişi kamuoyuna sunulur. İşin içerisine taraflı yorumların girmesi basın etiğine de terstir. Medyada ise durum daha farklıdır (4). Yorumlu ya da yönlendirici haberlerin takip edilerek, özellikle imzası bilinmeyen haberlerin takip edilerek, ilgili sitelerin kontrol edilmesi de önemlidir.

VATANDAŞ NE DÜŞÜNÜYOR?

Türkiye kozmopolit bir yapıya sahip olup, profesörün de, okuma yazma bilmeyen insanın da bulunduğu bir toplumdur. Yani belli bir genelleme yapmak oldukça zordur.

Bir genelleme yapmamak için, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili vatandaş ne düşünüyor diye merak edip kameraman arkadaşım ile sokağa çıktık ve seçilmemiş farklı yaş gruplarından, mesleklerden ve cinsiyetlerden kişiler ile konuşmak istedik.

İzmir'de yaşayan biri olarak seçtiğimiz bölge Alsancak idi. Çünkü her kesimin geleceği ortak bir nokta olduğunu düşündük.

Öncelikle şunu söylemekte fayda var. Röportaj yapmakta oldukça zorlandık. İnsanlar kamerayı görünce soracağımız sorunun ne olduğunu bile duymadan kaçıyor. Peki neden? Nedenini sordumuzda " ismimiz çıkacak mı, amacınız bizi fişlemek mi ya da söyleyeceklerimden hapse atılır mıyım?" gibi bizi dehşete düşüren yorumlar duyduk. Halbuki daha sorunun ne olduğunu bile duymamışlardı. İnsanların konuşmaya bile korkması sanırım tartışılması gereken ayrı bir sorun ve oldukça düşündürücü.

Röportajlarımıza gelince; bizimle konuşmayı kabul eden 12 kişiye genel bazı sorular sorduk ve değişik cevaplar aldık. Vatandaşların konuşmalarından dikkat çeken cümleleri paylaşalım.

1. "Sağlık çalışanlarının can kurtardığını bilmek lazım. Türkiye'de eğitim eksikliği var. Televizyonlarda bunun üzerine programlar yapılması lazım. İnsanları eğitmek gerekli." (E.Ç. MÜZİSYEN-42)

2. "Hasta yakınlarının daha duyarlı olması lazım, ellerinden geldiği kadar sağlık çalışanlarına yardımcı olmaları lazım. Beş parmağın beşi bir değil. Ceza da olsa caydırıcılık da olsa bunların önüne tam olarak geçilebileceğini düşünmüyorum." (A.Y ÖZEL SEKTÖR ÇALIŞANI-33)

3. "Devlet hastanelerine giden bir vatandaş olarak, bu hastanelerde muayene olmak çok zor. Her gittiğiniz yerde kuyruk bekliyorsunuz. İnsanlar rahatsızlıklarından dolayı zaten gergin oluyorlar. Bir de karşılaştığınız muamele azar ve tenkit şeklinde olunca insanların sinir katsayıları artıyor." (G.U. FİNANS SORUMLUSU-32)

4. "Sağlıkçılarımıza saygı duymalıyız. Hem biz onlara, hem de onlar bize güvenmeli." (K.P EV HANIMI-57)

5. "Herkes asabi, halk da asabi, doktorların da sorunları var, ellerinden geleni yapıyorlar ama onlar da yetişemiyorlar. Ben bir sağlık çalışanı olsaydım şiddete maruz kalsaydım insanlardan ve mesleğimden soğurdum." (H.N TEKSTİLCİ-45)

6. "Tahammülsüzlük var. Sonuçta hasta gidiyor oraya, iyileşmek için. Hastanın doktora ihtiyacı var. Sorunun çözümü eğitimden geçiyor." (M.A DÖNERCİ USTASI-54)

7. "Doktor yeri geliyor günde yüzlerce kişiyi muayene ediyor. Uğraşmak zor." (M.S.Ç TOPTANCI-47)

8. "Sağlık çalışanları şiddete maruz kalırsa şikayetçi olmalı." (F.A EV HANIMI-37)

9. "Sağlık çalışanlarına yapılan şiddet kesinlikle tasvip edilemez. Bunun için hükümetin gerekli önlemleri alması lazım. Aslında bu konuda çok gecikildi.

Onlar da nihayetinde bizim kardeşlerimiz, analarımız, babalarımız, çocuklarımız. Onlara da sahip çıkılması lazım. Özellikle acil servislerde bana göre hezeyan var. Orada bir sahipsizlik var. Yeri geldiğinde canı sıkılan, sorun çıkarmak isteyen, gece saatlerinde acil servislerde istedikleri gibi hareket edebiliyor. Orada çalışan zor durumda kalabilir. Ancak tabii ki halkı da düşünmek lazım. Sağlık çalışanını ne kadar düşünüyorsak şiddet olmasın diye, sağlık çalışanı da bunu kendisine kalkan ediniyor insanlara kötü davranıyorlar. Sonuçta oraya gelen kişi hasta, sıkıntılı. Buna yönelik de sağlık çalışanı eğitim almalı.”(M.A. KAMU PERSONELİ - 42)

10.“Bazı insanlar psikolojik saldırılarda bulunabiliyor. Bununla ilgili kanunların düzenlenmesi lazım.” (F.A. EMEKLİ BAŞKOMİSER - 64)

11.“Bana göre hem vatandaşlarımız haklarını bilmiyor, hem de sağlık çalışanlarımız vatandaşa nazik davranmayı bilmiyor. Ancak elbette ki sağlık çalışanlarına şiddeti kınıyorum. Onlar bizim için gece gündüz çalışıyorlar. Çok zahmetli işleri var. Bir doktor ya da hemşire hiç iğrenmeden hastanın herşeyi ile ilgilenabiliyor. Bence bu problemin çözümü eğitim.” (M.B. EMEKLİ ÖĞRETMEN 63)

12. “İlk önce Sağlık Bakanlığı, doktorlarımıza ve sağlık çalışanlarına sahip çıkmak zorunda. Onların can güvenliğini sağlaması gerekiyor. Sağlıkta sıkıntılar olduğu zaman vatandaş sağlık çalışanına şiddet gösteriyor, bu doğru değil. Onlar da ellerinden geleni yapıyorlar. Sağlık bakanımızın çok acil bu konuda hastanelerde önlem alması gerekiyor.” (Y.K.EMEKLİ İŞÇİ - 65)

DÜNYA'DA SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU NE AŞAMADA?

Son yıllarda Türkiye'de artış gösteren sağlık çalışanlarına şiddet, dünyanın da önemli sorunlarından biri. Ancak burada önemli olan husus sorunun çözümüne nasıl yaklaşıldığı. Bazı ülkeleri inceleyelim.

1-AMERİKA

Amerika'da son yıllarda şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının sayısında artış var. Özellikle acil servislerde çalışan her 10 hemşireden birinin şiddet gördüğü rapor edildi. Son beş yılda ise 73 sağlık çalışanı şiddete uğrayarak hayatını kaybetti. Ülkedeki sağlık kuruluşları özel güvenlik tarafından korunuyor. Bazı hastanelerde K-9 köpekleri acil servislerde güvenliği sağlıyor.

2-İNGİLTERE

İngiltere de şiddetle mücadele eden ülkeler arasında yer alıyor. Her yıl ortalama 65 bin sağlık çalışanının şiddet gördüğü ülkede, 14 yıldır 'Sağlıkta şiddete sıfır tolerans' kampanyası yürütülüyor. Bu kapsamda hastanelere güvenlik kameraları yerleştiriliyor, giriş-çıkışlar kontrol altına alınıyor, ışıklandırma sistemleri ve bilgilendirici işaretler artırılıyor.

3-ALMANYA

Almanya'da hekimler, sigortalı hastalara sağlık hizmeti sunmakla yükümlü. Acil durumlar dışında, şiddete maruz kaldıklarında hizmetten çekilebiliyorlar. Bu durumda doktorlar, sigorta şirketleriyle konuşup çekilme nedenini açıklıyor.

4-KANADA

Kanada'da doktorlar, şiddete maruz kaldıklarında tedaviye devam etmeme hakkına sahip. Ancak diğer çalışanlar o kadar özgür değil. İşverenleri ve denetçileri tarafından belirlenen kurallara uymak zorundalar.

5-BELÇİKA / DANİMARKA / FRANSA

Belçika, Danimarka ve Fransa'da sağlık kurum ve kuruluşlarında özel güvenlik şirketlerinden hizmet satın alarak koruma sağlanıyor. Fransa'da sağlık çalışanları şiddete maruz kaldığı anda hizmetten çekilebiliyor ve iş bırakabiliyor.

6-KUZEY İRLANDA

Kuzey İrlanda'da birçok klinikte panik butonu sistemi bulunuyor.

7-ESTONYA

Estonya'da doktorlar, can güvenliklerini tehdit eden bazı durumlarda polis gözetiminde hastaya müdahale edebiliyor. Ayrıca acil olsa bile eğer sağlığı tehlikeye atan bir durum söz konusu ise doktor hizmet vermeyi reddedebiliyor.

8-FİNLANDİYA

Finlandiya'da sağlık çalışanları kendi arzusuyla hizmetten çekilebiliyor. Şiddet durumunda başka bir sağlık çalışanı hizmeti devam ettiriyor ya da koruma altına alınarak tedavi sürdürülüyor.

9-HIRVATİSTAN

Hırvatistan'da şiddet sonucu yaralanan ya da zarar gören doktorlar, iş kazasına uğramış sayılıyor. Son üç

aylık maaşının ortalaması baz alınarak ücretli hastalık iznine ayrılabilir.

10-İSRAİL

İsrail'de sağlık çalışanları hizmetten çekilme hakkına sahip değil. Ancak şiddet olayının yaşanması durumunda şiddeti uygulayan kişi önce yazılı olarak uyarılıyor. Eğer 12 ay içerisinde aynı kişi tekrar şiddet olayına karışırsa, hastane yöneticileri bu kişinin acil durumlar haricinde sağlık hizmeti almasını engelliyor (5).

Sonuç

Sağlıkta şiddet hem Türkiye'de hem de dünyada var olan ve artmakta olan bir sorundur. Bu sorunun çözümü için ise önce yasal düzenlemeler yapılması gerekiyor. Bu düzenlemelerin yanı sıra yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının da toplumda farkındalık yaratacak şekilde çalışmalar yapması gerekiyor. Toplumsal bilinçlenmenin sağlanmasında en büyük etkiyi ise basın oluşturuyor. Basın-yayın organları kullanılarak atılacak her adım, istenilen hedefe ulaşmakta hem zaman, hem de kitleye ulaşmada büyük bir katkı sağlayacaktır. Bu sebeple sağlıkta şiddetin çözümü için basın ile işbirliğinin önemi unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1- HABER AKTÜEL

<http://www.haberaktuel.com/saglikciya-siddet-haberleri-medyayla-paylasilmayacak-haberi-767327.html>

2- ANONS AJANSI

<http://www.anonsajans.com.tr/habertrak/genel/basindan-saklansa-da-saglikta-siddet-suruyor.htm>

3- İHLAS HABER AJANSI, ANADOLU AJANSI

<http://www.iha.com.tr/>

<http://www.aa.com.tr/>

4-Medya terimi, yazılı, sesli ya da görsel tüm kitle iletişim araçlarını kapsar, basın-yayını da içerisine alır. Bu sebeple basın terimine göre daha kapsamlıdır. Basın terimi ise gazete, dergi gibi belirli zamanlarda çıkan yazılı yayınlar olarak bilinirken, günümüzde televizyon ve internetin de hayatımıza girmesi ile görsel, sözlü veya elektronik basın olarak bir basın kolu oluşmuş, gazete ve dergiler ise yazılı basın olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla yazı içerisinde gazete, televizyon ve internet ağırlıklı örnekler bulunduğu için basın kelimesi ağırlıklı kullanılmıştır. Medya kelimesi ise basını da kapsayan daha geniş bir alanı oluşturur. Ayrıca medyanın temel görevleri bilgilendirme, yönlendirme, eğitme, duyguları dile getirme, toplumsal ilişki kurma, eğlendirme ve uyarma olarak açıklanabilirken, basının görevi ise haber vermek, vatandaşların eleştirel katkılarını sağlamak, sürekli ve etkin bir kamuoyu forumu oluşturmaktır.

5- MEDIA AJANS

<http://www.mediajans.net/dunya-saglikta-siddete-care-ariyor>

EGE TIP AYIN KİTAPLARINDAN YAYIMLANMIŞ ÖRNEKLER

<u>S.NO</u>	<u>YIL</u>	<u>KİTABIN ADI</u>
109.	2010	İdiyopatik Hiperhidrozis ve Tedavisi Editör: Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI
110.	2011	Grip (İnfluenza) Editör: Doç. Dr. Candan ÇİÇEK
111.	2011	Her Şeye Rağmen Etik Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
112.	2011	İnsan Gelişiminin Erken Dönemi ve Plasental Bozukluklar Editör: Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ
113.	2011	Geriatride 5D'ler Editör: Prof. Dr.Sibel ÜLKER GÖKSEL Doç.Dr. Fulden SARAÇ
114.	2011	Geriatride Sık Rastlanan Tıbbi Sorunlar Editör: Prof. Dr.Sibel ÜLKER GÖKSEL Yrd. Doç.Dr. Mehmet Akif YALÇIN
115.	2012	Menopoz Editör: Prof. Dr.Kemal ÖZTEKİN
116.	2012	Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım Editör: Prof. Dr. Mehdi ZOGHI
117.	2012	Lokal Anestezikler Editör: Doç. Dr. Semra KARAMAN Prof. Dr. Aytül ÖNAL
118.	2013	Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Hastaneler, Çocuk Hastaneleri ve Tıp Eğitimi Editör: Prof. Dr. Baha TANELİ Doç.Dr. Hatice ŞAHİN
119.	2013	Kan Yolu İle Bulaşan İnfeksiyöz Etkenler Editör: Prof. Dr. Rüçhan YAZAN SERTÖZ
120.	2013	Diş Hekimliğinde Anestezi ve Analjezi Editör: Prof. Dr. Taner BALCIOĞLU Prof.Dr. Bahar SEZER
121.	2013	Başarı Yolunda Rüzgarını Kendin Yarat Editör: Doç.Dr. Tezan BİLDİK
122.	2013	Ötanazi Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
123.	2014	Konjenital Kalp Cerrahisi ve Anestezi Editör: Doç.Dr. Seden KOCABAŞ

Ayın Kitaplarını;

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu'ndan temin edebilirsiniz.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu

Tel : (0232) 390 31 03

e-mail : egedergisi35@gmail.com

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU

Yaşamsal tüm alanlarda tersine dönmüş ve yörüngesinden çıkmış bir dünya düzeninde şiddet, kendisine başlı başına bir yer edinmek ve adeta bir tür “şiddet kültürü” oluşturmak istiyor. Oysa hangi türden olursa olsun, şiddetin benimsenmesi veya son çareymiş gibi tercih edilmesi gereksizdir. Sorunların karşılıklı konuşma ile aşılmasının denenmesi, kaba kuvvet ile bir yere varılamayacağıının anlaşılması gerekmektedir. Bugün, önerdiğimiz türden bir uzlaşmadan çok uzakta olduğumuzu fark etsek bile, yine de doğru bir yola yönelmekten vazgeçmemek en akılcı tutumdur.

Son yıllarda ülkemizde sosyal yaşamın yanı sıra, mesleki alanlara da sıçrayan ve giderek artma eğilimi gösteren şiddet olgularının ortaya çıkardığı umutsuz ve sıkıntılı tablo, başlı başına ele alınması gereken bir durumdur.

Bu kitap, sağlıkta şiddet sorununu etik, hukuk, psikiyatri, hemşirelik, medya gözüyle incelemeyi ve bu sayede çözüm önerilerine yaklaşmayı hedeflemiştir. Okuyucunun kitapta edineceği bilgilerin; gerçeğe ulaşılmasında, “neden” ve “niçin” ile başlayan soruların cevaplanmasında önemli katkılar sağlayacağına düşünüyoruz.

