



AYDIN TABİP ODASI

DEĞERİN GÖLGESİNDE HEKİMLİK

Dr. Osman Elbek

Dr. Emin Baki Ada

Aydın Tabip Odası İddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu

MAYIS 2012

ÖNSÖZ

Yaşadığımız ortamda toplumsal şiddet ile birlikte hekim ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığının tanığıyız. Bu çerçevede 2002 yılından bu yana Türkiye’de uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın sağlık ortamında ciddi bir tahribata yol açtığına da altını çizmeliyiz. Çünkü söz konusu program, performans, puan, işlem, rekabet, içe kapanma, kar ve işletme kavramlarını hekimler istemese dahi yaşamlarının bir parçası haline getirdi. Hekimler ve sağlık çalışanları Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla değişen sağlık ortamında, farklı çalışma koşullarının içerisinde kendilerini buldular. Sonuç itibarıyla uygulanan politikalar hekimlerde mutsuzluk, umutsuzluk ve gelecek kaygısını arttırdı.

Son yıllarda şiddet ne yazık ki sağlık alanında çalışma ortamımızın bir ögesi ve değişmez parçası haline geldi. Her gün ülkemizin farklı illerinden, farklı şiddet olayları kamuoyunda gündem oldu. Bir tür “şiddet salgını” yaşanmaya başladı. Son olarak 17 Nisan 2012 tarihinde Dr. Ersin Arslan’ın Gaziantep’te bir hasta yakını tarafından öldürülmesi hekim ve sağlık camiasında haklı bir infial yarattı. Sağlık Bakanlığı’nın konuyla ilgilenmesini sağladı. Bu ilginin bir yansıması olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yönetmelik ve genelgeler yayınlandı. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde “Sağlıkta Şiddeti Araştırma Komisyonu” kurulmasına karar verildi.

Bu atmosferde Aydın Tabip Odası bünyesinde kurulan “**Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu**” olarak özelinde hekimlerin genelinde sağlık çalışanlarının yaşanan şiddet eylemlerini nasıl deneyimlediklerini, kendilerine yönelen eylemlerin nedenleri ve çözüm yolları hakkında ne düşündüklerini ortaya koyan bir araştırma gerçekleştirdik. Araştırma kapsamında tıp fakültesi öğrencileri, çoğu hekim olmak üzere acillerde, 112 sağlık hizmetlerinde, özel hastanelerde, birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde hem merkezde hem il periferinde çalışan yaklaşık 250 sağlık çalışanına ulaştık. Ulaştığımız sağlık çalışanlarının her birisinden sahici ve içten yanıtlar aldık.

Bu araştırmanın önemini arttıran bir diğer faktör de çalışmanın sosyal bilimler alanından destek alarak sürdürülmüş olmasıdır. Bu çerçevede özellikle medikal sosyoloji alanındaki bilgi birikimini bizimle paylaşan Adnan Menderes Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Emin Baki Adaş’a teşekkür etmek isterim. Öte yandan raporun şekillenmesini sağlayan Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Osman Elbek’e, Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu üyeleri Dr. Adalet Çıbık’a, Dr. İlknur Yılmaz’a, Dr. Metin Aydın’a, Dr. İsmail Hakkı Ertin’e, Dr. Fatih Tapan’a, Dr. Işık Doğan’a ve Dr. Güneri Kuruöz’e çok teşekkür ediyorum. Sağlıkta yaşanan şiddet salgınının azaltılmasına yönelik mütevazı bir katkı sağladığımızı düşünüyor, herkese şiddetsiz ve sağlıklı bir yaşam diliyorum.

Dr. Eralp Atay

Aydın Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

İÇİNDEKİLER

	Sayfa Numarası
O Gün Söz Bitti!	3
Sözün Bittiği Noktadayız!.....	4
Giriş	6
Sağlıkta Dönüşüm Programı & Değişim	7
Şiddet Açısından Risk Faktörleri & Saha Deneyimleri	14
Yorum & Sonuç	32
Performans Sistemi & Şiddet	41
Sağlıkta Şiddet Konulu Faaliyet Programı Önerisi	48
Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyası Önerisi	50

O GÜN SÖZ BİTTİ!

DR. ERSİN ARSLAN



UNUTMAYACAĞIZ

UNUTTURMAYACAĞIZ

SÖZÜN BİTTİĞİ NOKTADAYIZ!.....

18 Nisan 2012 tarihli basın açıklaması

Duymayan kulaklara, görmeyen gözlere bir kere daha soruyoruz: Söyleyin bize hekimlik dışında hangi meslekte 4 kişiden 3'ü mesleği nedeniyle şiddete uğramaktadır?

Ve dün yine bir hekim, hem de 30 yaşının baharını yaşayan gencecik bir hekim, Gaziantep'te 17 yaşındaki bir hasta yakını tarafından bıçaklı saldırıya uğradı. Ne yazık ki ölümcül bıçak yaraları olan Dr. Ersin Arslan hayatını kaybetti...

Bugün durup düşünmek zorundayız: Hayatının en güzel yıllarını hastalarının yaralarına derman olmak için öğrenmeye, çalışmaya, kitaplara, sınavlara, ameliyatlara vakfetmiş bir insan, neden çalıştığı hastanenin orta yerinde ölümcül bıçak saldırılarına maruz kalmaktadır? Hekime ve diğer sağlık çalışanlarına yönelen bu öfke nedendir?

Bugün durup düşünmek zorundayız: Düne oranla bugün hastalıkların nedenlerini daha iyi biliyor olmamıza, teknolojik gelişme sayesinde hastaları daha iyi tedavi etmemize ve daha önemlisi düne oranla bugün hastalarımızı daha uzun ve konforlu yaşatabilmemize rağmen, neden düne oranla bugün hekimler ve diğer sağlık çalışanları olarak daha çok horlanmakta, hakaret edilmekte ve ölümcül saldırılara maruz kalmaktayız?

Çünkü bu ülkede Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaktadır.

Çünkü bu program, uygulamaya konulduğu diğer ülkelerde olduğu gibi şiddete neden olmaktadır.

Aşırı hasta yükü, hasta başına ayrılan sürenin kısalığı, emeğin değersizleştirilmesi, hekimlerin "paragöz" insanlar olarak topluma tanıtılması, sağlıkta yaşanan sorunların nedeninin hekimler olarak gösterilmesi ve en önemlisi hekimlik mesleğinin puana indirgenerek mesleğin onur ve saygınlığının yok edilmeye kalkışılması yaşanan şiddet olaylarının temel nedenidir. Ne yazık ki bugün hekim ve diğer sağlık çalışanları, Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle hekimlik mesleğinin tüccara, sağlık hizmet birimlerinin de ticarethaneye dönüşmesinin bedelini canlarıyla ödemektedir.

Öte yandan hekime yönelik şiddetin sorumlusu yalnızca şiddeti uygulayanlar değil, şiddete sessiz kalan, gereğini yapmayan, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını korumayan yetkililerdir. Şiddete başvuran kişilerin etkili bir şekilde cezalandırılmaması hekimlerin yaşadığı mağduriyeti arttırmakta ve sürekli hale getirmektedir. Türk Tabipleri Birliği'nin hekime yönelen şiddet konusunda geliştirdiği yasal mevzuat önerilerini bugüne kadar gözardı eden yetkililer, acaba yaşanan bu ölümcül saldırı sonrasında vicdanlarına nasıl hesap verebilmektedirler?

Bugün buradan tüm Türkiye'ye ifade etmek isteriz ki;

Dün gün boyunca yüreğimiz Gaziantep'te bir yoğun bakımda attı.

Dün nefesimiz gün boyu Dr. Ersin'e bir fazla nefes olmak için Gaziantep'teydi.

Ama bugün her birimiz, bu ülkede daha fazla Ersin'lerin yaşanmaması için, 17 yaşındaki bir çocuktan katil çıkartan bu karanlık sağlık sistemini sorgulamak için Türkiye'nin tüm illerinde isyandadır.

Unutmayalım ki; hekimlik mesleğinin temeli hasta hakkıdır. Hastaların sadece insan oldukları için hak ettikleri nitelikli sağlık hizmetine ulaşmasının yolu ise genelinde sağlık çalışanlarının özelinde hekimlerin çalışma koşullarının insani olmasından geçmektedir.

Unutmayalım ki; hekimlik mesleğinin temeli Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın istediği gibi "para", "puan", "verimlilik", "kâr", "bilanço".. değildir. Aksine bu mesleğinin temeli yıllar önce söylendiği gibi sevgidir, anlayıştır, paylaşımdır, dayanışmadır.

Hastanın müşteri, hekimin tüccara dönüştüğü bu karanlık sağlık sistemine daha fazla kurban vermemek için hastasıyla, hekimiyle, hemşiresiyle, laborantıyla, sekreteriyle ve bil cümle tüm sağlık personeliyle nitelikli sağlık hizmeti sunmak için işgüvencesi, can güvencesi, gelir güvencesi ve gelecek güvencesi istiyoruz.

Kararlıyız, alacağız!.....

Çünkü sözün bittiği noktadayız!.....

Çünkü ölüyoruz!.....

GİRİŞ

Belirsizliklerin eşlik ettiği kültürel, toplumsal ve siyasal değişim süreci, toplumda bireyler ve gruplar arasında güven ilişkisini zayıflatmakta ve karşılıklı gerilimi, çatışmayı ve kuşkuları derinleştirmektedir. Köklü kurumsal değişimlerin yaşandığı dönemlerin belirsizlik ve endişe üretmesi kaçınılmaz olmakla birlikte, değişimi deneyimleyen sosyal aktörlerin yeni koşullar altında endişe ve beklentilerini yönlendirmede süreci doğru kavrama ve etkin müdahale araçları geliştirmelerinde bilimsel verileri derlemek son derece önemlidir. Bu anlayıştan hareketle, son dönemde ülkemizde sağlıkta yaşanan değişim ve bu süreçte sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet vakalarına “sağlıklı” bir çözüm üretme amacıyla, Aydın ili genelinde farklı sağlık kurumlarında ve sağlık basamaklarında görev yapan hekimlere şiddet deneyimleri, şiddetin nedenleri, öngördükleri çözümleri, idari ve bürokratik desteğin niteliği konusunda sorular sorulmuştur.

Çalışmaya ikinci basamak kamu sağlık kurumlarından 125 (49’u merkez, 76’sı ilçe sağlık kurumlarında), özel sağlık kurumlarından 35, acil serviste görev yapan 34, aile sağlık merkezlerinde çalışan 25, üçüncü basamakta çalışan 24 ve 112 sağlık hizmetlerinde görev yapan 11 hekim olmak üzere toplam 254 kişi (220 hekim, 34 hekim dışı sağlık çalışanı) katılmıştır. Ayrıca toplam 14 tıp fakültesi öğrencisi ile yüzyüze ve/veya yapılandırılmış anket yoluyla bilgiler derlenmiştir.

Aydın Tabip Odası tarafından hazırlanan bu rapor, elde edilen verileri istatistiki yüzelere dönüştürmekten daha çok, anlatısal olarak gözler önüne sermeyi ve bu sayede sağlık sektöründe yaşanan şiddet sorununu niteliksel açıdan değerlendirmeyi hedeflemektedir.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI & DEĞİŞİM

Türkiye’de son on yılda uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kamu sağlık sunumunun kurumsal yapısında ve çalışma ortamında köklü değişimlere yol açmıştır **(Elbek O, 2009)**. Bu çerçevede bilindiği üzere SDP, kamu sağlık sunumunda var olan devlet ve SSK hastaneleri ayırımına dayalı modeli sonlandırarak kamu sağlık hizmet sunumunu tek model altında birleştirmiştir. Birinci basamakta yer alan sağlık ocaklarının yerine aile sağlık merkezleri uygulamasına geçilmiştir. Diğer taraftan, sağlık alanında özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi sağlık alanında özel hastane ve özel sağlık kuruluşlarının görünürlüğünü ve payını arttırmıştır. Öte yandan Türkiye’de tüm kesimlerin kamu sigortası kapsamına alınması ve bu kesimlerin özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımının önünün açılması, sağlık alanında özel sağlık hizmet sunumunun daha geniş toplum kesimleri tarafından deneyimlenmesini de beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmet sunum modeli, hasta karşılama ve çalışma prensiplerine ilişkin pozitif deneyim, kamu hizmet sunum modelindeki sorunlara ilişkin var olan negatif algıyı daha da derinleştirmiştir. Bu durum “verimli çalışan” özele karşı, “hantal ve verimsiz çalışan” kamu algısını güçlendirmiş ve bu algı kamu sağlık birimlerinde görev yapan sağlık çalışanlarına dönük etiketleme ve değersizleştirmeyi kamuoyu nezdinde pekiştirmiştir **(Adas, 2011)**.

Diğer taraftan SDP çerçevesinde kamuda özel muayenenin sonlandırılması, kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehane işletmelerine son verilmesi, tam-gün çalışma ve malpraktis gibi düzenlemeler kamuda görev yapan hekimlerin ücret ve refah düzeylerinde baskıyı beraberinde getirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın geçiş evresinde olduğumuz bu süreçte pek çok nedenden dolayı ikinci ve üçüncü basamakta hasta yoğunluğu artmıştır. Her ne kadar, bir tür hizmet başı ödeme modeli olan performans dayalı ücretlendirme, hasta sayısının artması sayesinde hekimlerin gelirlerine pozitif bir katkı sunmuş olsa da, tercih edilen bu politika hekimlerin daha yoğun çalışma ve tükenmesini de beraberinde getirmiştir. Ayrıca performans dayalı ücretlendirme, sağlık çalışanları arasında ücret temelli rekabete yol açarak ekip uyumsuzluğuna neden olmuştur. Son olarak bu sürecin başka bir olumsuz yanı da hastaların hekime güven duygusunu zayıflatmış

olmasıdır. Hastalar performansın var ettiği zeminde, kendilerine önerilen tedavinin var olan hastalıklarının mı bir gereği olduğu, yoksa performans koşullandırmasının mı bir sonucu olduğu konusunda açmaza düşmüşlerdir. Hiç kuşku yok ki hastalarda artan bu güvensizlik -özellikle hekimin malpraktis kaygısı ile birleştiğinde- hem sağlık harcamalarını gereksiz yere arttırmış, hem de güvene dayalı kurulması gereken hasta-hekim etkileşimini negatif yönde biçimlendirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir diğer önemli bileşeni ise hasta haklarına ilişkin yapılan düzenlemelerdir. Türkiye'de 1998'de uygulamaya konulan hasta hakları yönetmeliği 2004 yılından itibaren fiilen tüm hastanelerde hayata geçirilmiştir. Hastaların sağlık hizmeti alımı esansında karşılaştıkları sorunları çözüme amacıyla oluşturulan "Hasta Hakları Birimleri" ve "Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi" adı altında hizmete giren "184 Hattı", hasta ve hasta yakınları tarafından etkin ve yaygın bir biçimde kullanılan bir şikayet iletme ve müdahale platformuna dönüşmüştür. Diğer taraftan, medya ve internetin gündelik hayatımıza yaygın biçimde girmesi ve sağlık/hastalık konusunda medyada yoğun biçimde kendisine yer bulan popüler sağlık programları sayesinde bireylerin sağlık konusunda daha fazla bilgiye erişmesi mümkün olmuştur. Bu durum sağlık sisteminde daha önce gözlenmeyen daha talepkar ve sorgulayan yeni bir hasta tipinin de ortaya çıkmasına yol açmıştır. Kanaatimizce burada altı çizilmesi gereken önemli husus, "sıradan uzmanlığın" yükseldiği bu çağda paternalist hasta-hekim etkileşim modelinin büyük oranda geçerliğini yitirdiğidir. Bu bağlamda en başta sağlık çalışanları tarafından, dün olduğu gibi hekim otoritesine koşulsuz boyun eğen ve ona her zaman şükran ve minnet duyan bir hasta yerine, hekimle eşitler ilişkisi çerçevesinde demokratik bir etkileşim beklentisi içerisinde olan hasta modelinin sağlığa her geçen gün daha fazla egemen olduğu fark edilmelidir.

Kısacası yaşanan bu süreçlerin anlamı; geçmişte görece özerk olan hekimlerin günümüzde (ve gelecekte) daha fazla bürokratik ve piyasa denetimine tabi olarak mesleklerini sürdürecektir olmasıdır. Çünkü sağlık bürokrasisi ve siyasi iktidar, kamu sağlık hizmetlerini hem mali hem de politik açıdan "rantable" hale getirmek için sağlık alanını köklü bir biçimde yeniden yapılandırmıştır.

Öte yandan SDP çerçevesinde yaşanan değişime muhalefet eden ve direnç gösteren sağlık çalışanları ve meslek örgütlerinin kamuoyu desteğini harekete

geçirebilmek konusunda etkin olduklarını söylemek olanaklı değildir. Aksine bu süreçte siyasi iktidar, sağlık çalışanlarından gelen direnci büyük oranda “eski yapıyı korumaya dönük, halkın sağlığından daha çok statükoyu korumaya çalışan ideolojik bir tutum” olarak niteleme konusunda etkili ve sonuç alıcı bir kampanya yürütebilmiştir. Özellikle yoksul ve alt sosyoekonomik sınıfların büyük bir kesimi açısından negatif çağrışım ve deneyimlerle yüklü olan eski sağlık sistemine karşılık, görece kolaylaşan sağlık hizmetlerine erişimle birleşen yeni sağlık sistemi paradigması, özellikle bu kesimlerin siyasi iktidarın sağlık politikalarına olan desteğini de arttırmıştır. Ancak bu noktada sağlığın herkese, parasız ve temel bir yurttaşlık hakkı olarak sunulmasını savunan sağlık örgütleriyle, sağlığın ücretsiz sunulması gerektiğine inanan halkın çok büyük bir kesiminin talebi ortaklaşmasına rağmen; toplumun özellikle sağlık hakkına en çok ihtiyaç duyan kesimlerinin, sağlık örgütlerinin değişime direnç gösteren tavrına hemen hiç destek sunmaması, en başta sağlık örgütleri tarafından üzerinde incelik düşünülmesi gereken bir paradokstur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tetiklediği / inşa ettiği bu değişim süreci, hekimler tarafından belirsizliklerin arttığı, mesleki prestij, toplumsal saygınlık ve özlük haklarında aşınmayla birlikte çalışma güvenliğinin de zayıfladığı bir dönem olarak deneyimlenmektedir. Nitekim, son yıllarda sadece geleneksel olarak şiddete maruz kalma riski yüksek olan acil servis, psikiyatri, 112 çalışanları dışında tüm hekim gruplarının yaygın olarak sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldıkları bir süreç yaşanmaktadır. Hiç şüphesiz ki zaman zaman cinayetlerle sonuçlanan sağlıkta şiddet ortamı çalışma güvenliğini zedelemekte ve hekimlerde / sağlık çalışanlarında umutsuzluk ve mağduriyet duygusunu derinleştirmektedir. Ancak sağlıkta şiddet konusunda kamuoyunda yükselen hassasiyet, sağlıkta değişimin hem sağlık çalışanlarının özlük haklarını, çalışma güvenliklerini, ekonomik sorunlarını açıklıkla tartışabilecekleri, hem de hastaların daha nitelikli ve etkin bir sağlık hizmet almalarına dönük politikaları biçimlendirebilecekleri etkili bir platforma dönüştürülebilir. Bu fırsatın tüm taraflar açısından hak ettiği biçimde kullanılamaması halinde sağlık hizmet alanında var olan çatışmanın derinleşeceği aşıkardır.

Hekimlere Yönelik Şiddetin Boyutu

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin son yıllarda arttığı birçok akademik çalışma ve araştırma raporu tarafından ortaya konmaktadır. Kamuda çalışan hekimler başta olmak üzere, hemen hemen tüm hekim grupları meslek hayatları boyunca bir ya da birden fazla şiddete maruz kalmaktadır. Ne yazık ki Aydın ilinde de farklı sağlık kurumlarında görev yapan hekimler için de benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bu rapor kapsamında ortaya konulan araştırma verileri Aydın'da görev yapan hekimlerin neredeyse tamamı yakın bir bölümünün hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan sözlü ve fiziksel şiddete maruz kaldığına işaret etmektedir. Öte yandan veriler sağlık alanında gözlenen şiddetin, sağlık hizmet sunumunun hemen tüm aşamalarında yaşanabileceğini kanıtlamaktadır. Aşağıda hekimlerin kendi tanıklıkları bu durumu net bir şekilde ortaya koymaktadır:

- *“Enjeksiyon odasında reçetesiz ağrı kesici yapmadığım için bıçaklı saldırıya uğradım. (Aile Sağlığı Merkezi, Kadın, 35 yaşında).*
- *Sıra bekleme aşamasında sözlü saldırı ve hakarete maruz kaldım (Aile Sağlığı Merkezi, Kadın, 38 yaşında).*
- *Hastayı muayene esnasında hastanın yanında bulunan kişilerin saldırısına uğradım (Aile Sağlığı Merkezi, Erkek, 52 yaşında).*

Hasta ve hasta yakınından gelen şiddet kamu hastanelerinde daha belirgin bir biçimde karşımıza çıkmaktadır. Kamu hastanelerinde görev yapan pratisyen hekimler, uzmanlara göre daha yüksek oranda şiddete maruz kalmaktadır (**Adas EB, 2008; Adas EB, 2011**). Diğer taraftan, perifer veya merkezde görev yapan hekimlerin karşı karşıya kaldıkları sorun ve şiddet açısından belirgin bir farklılık gözlemlenmemektedir:

- *Hastaya sonuç bildirme esnasında saldırıya uğradım (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 33 yaşında).*
- *Hasta serviste yatarken, tedavi uygulaması esnasında hakaret ve sözlü saldırıya uğradım (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 34 Yaşında).*

- *Çalıştığım süre zarfında defalarca sözlü şiddete maruz kaldım. 2-3 defada hastanın fiziksel şiddetine maruz kaldım (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 41 yaşında).*
- *Operasyon öncesinde ve sonrasında saldırıya maruz kaldım (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*

Kısaca belirtmek gerekirse, hekimler tedavinin hemen hemen her aşamalarında (anamnez öncesi, sırasında ve tedavi sonrasında) hasta/hasta yakını kaynaklı şiddete maruz kalabilmektedir. Benzer biçimde hekimler, acil servis, poliklinik ve klinik servislerinde başta hakaret ve sözlü şiddet olmak üzere yaygın bir biçimde şiddet vakalarıyla karşı karşıya kalmaktadır.

Hekimlerin Gözünden Şiddetin Nedenleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet birçok faktörle ilişkidir. Hekimlerin perspektifinden değerlendirildiğinde son yıllarda sağlıkta artan şiddetin en önemli nedenlerin başında **izlenen sağlık politikaları** ve **bu süreçte hekimlerin hedef gösterilmesi** gelmektedir. Bu çerçevede hekimler tarafından sıklıkla dile getirilen hususların başında **sağlıkta yaşanan sorunların haksız bir biçimde hekimlere fatura edilmesi** gelmektedir. Bu başlık altında **haksızlığa uğrama hissi** oldukça güçlü bir biçimde ifade edilmektedir.

- *Sağlık çalışanlarına saygı ve itibarı zedeleyen yayınlar hekime önyargı yaratmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 40 yaşında).*
- *İnsanlar önyargılı oldukları için daha hastaneye gelir-gelmez tartışmaya başlıyorlar (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 33 yaşında).*
- *Son dönemde hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin uygulanan yanlış politikalar sonucu çok arttırılması ve artması şiddete yol açmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 55 yaşında).*
- *Politika kaynaklı; halk ve sağlık çalışanı karşı karşıya getirilmektedir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 34 yaşında).*

- *Yöneticiler(in) devamlı şekilde halkın gözünde hekimleri ve çalışanları gözden düşürmesi şiddete neden olmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 47 yaşında).*
- *Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarının aşağılanması, devamlı kötü lanse edilmesi şiddete yol açmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 34 yaşında).*
- *Hasta ve hasta yakınları, siyasilerin politik metasıdır; sağlıkta bunun pazarlama yeridir (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*
- *Mesleğimize saygının siyasiler tarafından ayaklar altına alınması şiddete neden olmaktadır (Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Merkez, Kadın).*
- *Ülkeyi 1980'den beri yönetenler görsel ve yazılı basında hekimleri halka hedef olarak gösterdiler (Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Merkez, Erkek, 52 yaşında).*

Hekimler, siyasetçilerin ve medyanın kamuoyunda hekim karşıtı bir söylemi ve algıyı yaygınlaştırdıklarını ve bu algının da hastaların hekimlere karşı önyargı ile yaklaşımlarına yol açtıklarını -yukarıdaki ifadelerin gösterdiği üzere- sıklıkla dile getirmektedir. Veriler son dönemde bu hekim karşıtlığı algısının hekimlerin çok büyük çoğunluğu tarafından sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri arasında birinci sıraya yerleştirildiğine işaret etmektedir. Bu algıyla ilişkili olarak, şiddet konusunda hekimlerin öne çıkardığı bir diğer husus da **hasta hakları ve 184 Hattı** uygulamasıdır. Hekimler, hasta hakları uygulamasının pratikte hastaları hekimlere karşı kışkırtmanın ve hekimler üzerinde bürokratik denetim ve disiplin aracına dönüşmenin sıkıntısını taşımaktadırlar.

- *Sağlık Bakanlığı'nın hasta haklarını abartması ve hastanın her türlü hakkı olduğuna dair halkta yanlış inanışlara yol açması şiddeti körüklemektedir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 33 yaşında).*
- *Sağlık Bakanlığı vatandaşları şımartmakta ve sağlık personeline gerekli değeri vermemektedir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 54 yaşında).*
- *Bakanlığın hasta haklarına fazla yön vermesi; sanki sağlık çalışanları(nın) köleymiş gibi bir muameleye tabi tutulması (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek 38 yaşında).*

- *Hasta haklarından daha çok sağlık çalışanın hakkı olmalıdır (Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Merkez, Kadın).*
- *Kullandığım dil için üzgünüm ama Sağlık Bakanlığı hekimi kapının iti gibi göstermesi şiddeti körüklemektedir (Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Merkez, Erkek, 36 yaşında).*
- *Hasta haklarının fazla abartılması, yanlış yorumlanması şiddete yol açmaktadır (Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Merkez, Kadın).*

Görüldüğü üzere, hemen tüm hekimler arasında güçlü bir biçimde toplumsal saygınlık ve statülerinin aşındığı duygusu yaygın bir biçimde yaşanmaktadır. Bu süreçte, hasta haklarının fazlasıyla abartıldığı, buna karşılık sağlık çalışanlarının -özellikle hekimlerin- haklarının aşındırıldığı belirtilmektedir. “Köle muamelesi görmek”, “kapının önündeki it olmak”, “hastaların şımartılması”, “hakkın abartılması”, “cahil ve eğitimsiz halk kitlelerinin özgüven patlaması ve herşeye hakları olduğu yanılması içine girdikleri” vb. ifadeler, hekimlerin yaşadıkları statü ve prestij kaybını dramatik bir biçimde ortaya koymaktadır.

Kanaatimizce hasta hakları, statü yitimi ve şiddetin birlikte anılması, meslek örgütlerinin ve sağlık bürokrasinin üzerinde dikkatle düşünmesi gereken bir duruma işaret etmektedir. Hiç kuşku yok ki, hasta haklarının yasal güvence altına alınması gerekli bir düzenlemedir. Ancak hasta hakları ile hekimlerin özlük hakları arasında kurulan karşıtlık veya negatif korelasyon hasta-hekim etkileşimi açısından oldukça sorunludur. Bu bağlamda Türkiye’de bir dönem insan haklarına karşı eylem yapan polislerin oluşturduğu ironik tablonun bir benzerinin hekimlerin “hasta hakları” konusunda göstermesi, sağlık örgütlerinin ve sağlık bürokrasinin acilen gelişmelere müdahil olması gerektiğini düşündürmektedir.

Şiddet konusunda ulusal / uluslararası çalışmalardan edinilen bilgiler şiddete uğrama açısından kimi risk faktörleri bulunduğuna işaret etmektedir. Raporun bundan sonraki bölümünde daha önceki çalışmalardan edinilen risk faktörleri Aydın ilindeki saha deneyimleri birlikte sunulacak ve bu sayede şiddetin önlenmesi için sürecin hekimler üzerindeki etkilerinin niteliği ve hekim gözünden çözüm önerileri paylaşılacaktır.

ŞİDDET AÇISINDAN RİSK FAKTÖRLERİ & SAHA DENEYİMLERİ

Risk Faktörleri

Cinsiyet, Yaş, Statü

Kadınlar verbal ve fiziksel taciz açısından daha yüksek risk altındadır **(BMA, 2008; Piyal B, 2007)**. Ancak kimi çalışmalarda sözel ve fiziksel şiddetin erkek cinsiyetle, cinsel tacizin ise kadın cinsiyetle pozitif korele olduğu saptanmıştır **(Tolhurst H, 2003)**. Türkiye’de genel olarak sözel şiddet riski kadınlarda, fiziksel şiddet erkeklerde, hem fiziksel hem sözel şiddet kadınlarda daha fazla yaşanmaktadır **(Özcan NK, 2011)**. Ayrıca gençler (<39 yaş), pratisyen hekimler ve hemşireler şiddet açısından diğer riskli gruplardır **(Ayrancı Ü, 2002)**. Son olarak kurumda çalışma süresi arttıkça kişinin şiddete maruz kalma olasılığı azalmaktadır **(Adaş EB, 2008)**.

Saha Deneyimi

- *Sağlık çalışanlarına silah taşıma ruhsatı verilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 35 yaşında).*
- *Sağlık personeline elektroşok cihazı, biber gazı ve ateşli silah verilmelidir (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 28 yaşında).*
- *Hastane girişlerine x-ray cihazı konmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 33 yaşında).*
- *Güvenlik kamerası her yerde olmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 50 yaşında).*
- *Şiddet uygulayan para cezası gibi caydırıcı cezalar verilmelidir (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 31 yaşında).*
- *Şiddet uygulayana kişinin şiddet uyguladığı hastaneden bir daha faydalanamaması şiddeti önler (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 40 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanlara ve yakınlarına ülkenin hiçbir yerinde sağlık hizmeti verilmemelidir (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 28 yaşında).*

- *Şiddet uygulayanların sağlık güvencelerinin iptal edilmesi kanunlaşırorsa şiddet biter (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 41 yaşında).*
- *Hasta hakkı olduğu kadar, sağlık çalışanlarının da hakları önemsenmelidir (112, Aydın Merkez, Kadın, 25 yaşında).*
- *Hasta hakları gibi hekimin de hakları olmalıdır (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 31 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet T.C. varlığına yapılmış gibi görülüp cezai yaptırımlar artmalı (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 45 yaşında).*
- *Doktora el kalktı mı devlete el kaldırma ile eş görülüp cezai yaptırımlar artmalı (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 45 yaşında).*
- *Sağlık çalışanları vatandaştan daha aşağı seviyeye düşürüldüğü için hasta gelince kendisini patronumuz sanıyor (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Hasta-hekim ilişkisinde hekimin otoritesinin yüksek olması hasta ve hastalığın çözümü için olduğu belirtilmeli (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 39 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarının ilk çağlardan gelen tanrı adına bu işe soyunmaları ve sağlık hizmeti talep edenlerin haklarını hazmedememiş olmaları sağlıkta şiddete yol açmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 40 yaşında).*
- *İnsan hayatı için çalışan sağlık personelinin biraz daha önemsenmesi ve saygı duyulması gerekir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 33 yaşında).*
- *Meslek ilkeleri ve tıbbi ihtiyaçlar dahilinde sağlık çalışanları hasta üzerinde tekrar yönlendirici pozisyona kavuşabilmelidirler (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 38 yaşında).*
- *İnsanlar sağlık çalışanlarını yasal hakları olan bir kamu personeli değil de, kendilerine hizmet eden 'satın alınmış köleler' olarak görmekte (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*
- *Sağlık hizmeti verilen kişilerin insan olduğu ve buna göre özen gösterilmesi gerektiği gibi sağlık çalışanının da insan olduğu unutulmamalıdır (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 31 yaşında).*

- *Türkiye’de çalışan olup da şiddete maruz kalmayan bir kesim varsa, bu kesim model alınıp önlemler geliştirilmelidir. Ama böyle bir kesim yoktur (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 58 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile kadına yönelik, öğrenciye yönelik şiddet arasında fark yoktur. Hepsinde çözüm politiktir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 48 yaşında).*

Risk Faktörleri

Sağlık Birimi ve Mesleki Alan

Türkiye’de şiddetin en önemli nedeni sağlık biriminin organizasyonel sorunlarıdır **(Özcan NK, 2011)**.

112 çalışanları diğer çalışanlardan farkı olarak kaza/yaralanmanın olduğu yerde de şiddete maruz kalmaktadır **(Sucu G, 2007)**.

Birinci basamak sağlık kurumlarında ve devlet hastanesinde çalışanların şiddete maruz kalma oranı anlamlı oranda daha yüksektir **(Ayrancı Ü, 2002; Avşar F, 2008)**. Öte yandan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışanlar, hastanelerde çalışan meslektaşlarına kıyasla anlamlı oranda sağlık kurumunun dışında da mesleki şiddete maruz kalmaktadır **(Carmi-Iluz T, 2005)**.

Cerrahi bilimlerde çalışma ile şiddete maruz kalma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır **(Hobbs FD, 1991)**. Ancak kimi araştırmalarda dahili bilimlerde çalışmanın fiziksel saldırı ile; acil serviste çalışmanın hasta kaynaklı tehdit ve sözel saldırı ile anlamlı oranda pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır **(Winstanley S, 2004)**.

Öte yandan işyerinde şiddet artışı ile kadın hastalıkları ve doğum hekimi, pediatrist ve halk sağlığı hekimi olma arasında; hasta kaynaklı şiddet ile pratisyen hekimlik arasında; hasta ailesi ve arkadaşlarından kaynaklı şiddet ile birinci basamak dışı kurumlarda çalışan hekimler arasında; ofiste şiddete maruz kalma ile pratisyen hekimlik arasında; acil serviste ve koğuştta şiddete maruz kalma ile hastanede çalışma arasında ilişki gösterilmiştir **(BMA, 2008)**.

Şiddetin en yaygın yaşandığı kurum kamu sağlık kurumları iken, en düşük oran özel sağlık kurumlarında gözlemlenmektedir **(Adaş EB, 2008)**. Öte yandan

acil servisler şiddetin en çok yaşandığı birimler arasında ilk sıralarda gelmektedir **(Annagür B, 2010)**.

Çalışmalar şiddetin en sık gündüz saatlerinde, hasta odalarında ve sıklıkla hastanın sağlık birimine başvurduğu ilk saatte gerçekleştiğine işaret etmektedir **(Özcan NK, 2011; Annagür B, 2010)**. 112 çalışanları ise daha sıklıkla 19.00-24.00 arasında şiddete maruz kalmaktadır **(Sucu G, 2007)**.

Saha Deneyimi

- *Hastaların haklarını bilip sorumluluklarını bilmemesi şiddete yol açmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Triaj yeterli yapılamamaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Hastane düzeni oluşturulmalı ve hangi işin nereden, nasıl yapılacağı açık ve net sunulmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 24 yaşında).*
- *Gereksiz evraklar azaltılmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Hasta hekimin huzuruna langırt diye girmemelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 63 yaşında).*
- *Hasta yakınlarına psikolojik danışma hizmetleri verilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 50 yaşında).*
- *Hastane mimari planları iyileştirilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Acillere hasta yakını alınmamalıdır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 34 yaşında).*
- *Birinci basamak güçlendirilmeli ve katılım payı kaldırılmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 43 yaşında).*
- *Çalışma düzenini net sınırlarla belirleyen bir kanun olmadığı için az çalışan kayılırken çok çalışana çok iş yüklenmektedir (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 28 yaşında).*

Risk Faktörleri

Alışkanlık ve Bağımlılıklar

İlaç alımı ve alkol kullanımı şiddetin en sık nedenleri arasındadır (**BMA, 2008; Boz B, 2006; Tolhurst H, 2003; Hobbs FD, 1991**). Ayrıca anksiyete ve psikiyatrik hastalıklar ile şiddet arasında anlamlı oranda pozitif korelasyon vardır (**BMA, 2008; Tolhurst H, 2003; Hobbs FD, 1991**).

Saha Deneyimi

- *Profesyonel triaj sistemi getirilmeli ve sadece hastaların içeri alındığı bir muayene ortamı yaratılmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*

Risk Faktörleri

Hasta Yüğü

Her türlü şiddete maruz kalma ile hasta sayısı arasında pozitif korelasyon vardır (**Ölmezoğlu ZB, 1999**). Ayrıca yardımcı ekip eksikliği, hekim yorgunluğu ve hastaya ayrılacak yeterli zaman yokluğu hekim kaynaklı hatalar ile ilişkilendirilmekte ve şiddete neden olmaktadır (**Avşar F, 2008**).

Saha Deneyimi

- *Sağlık personeli sayısı yetersizdir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Yoğun iş temposu, personel yetersizliği, iletişim ve eğitim eksikliği ekip uyumunu bozmaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 33 yaşında).*
- *Hekim günde 80-100 hasta bakmamalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 47 yaşında).*
- *Performansa dayalı sistem gereksiz iş ve müdahalelere neden olmakta ve hekimler 'bonus' yapmak için yardımcı sağlık personeline yüklenmektedirler (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 34 yaşında).*

Risk Faktörleri

Tükenme

Vardiya usulü çalışma şiddet riskini arttırmaktadır (**İlhan MN, 2009**). Öte yandan gelecek kaygısı duyma, mesleğini devam ettirmek istememe ve mesleğinin toplumda hak ettiği karşılığı göremediğini düşünme çalışma motivasyonunun yitirilmesine yol açmaktadır (**İlhan MN, 2009**).

Son günlerde hekimleri giderek daha fazla etkilemeye başlasa da, onlarca yıldır hekimler dışındaki sağlık çalışanlarını pençesine alan işsizlik, eksik istihdam, uzun ve esnek çalışma saatleri, gelecek belirsizliği, düşük ücret, güvencesiz istihdam, taşeron çalışma, düşük sosyal destek, işin anlamını yitirmesi, çalışanların birbiri ile rekabete sokulması, örgütsüzlük, sendikasızlık vb. etmenler çalışanın yaptığı işe yabancılaşmasını ve tükenmenin alt yapısını hazırlayan diğer temel taşlardır (**Adaş EB, 2008**). Öte yandan günümüzün geçerli tek değer hızla kar olduğu ve bu amaç için çalışanlardan, sürekli kendisini yenilemesi, seyyar olması, risk alması, rekabet becerisini geliştirerek yırtıcı bir karakter edinmesi ve paradoksal olarak takım çalışmasında uyumlu olması talep edilmektedir. Oysa çalışanlar penceresinden bu esnekleşme süreci “yaşam boyu iş güvencesinin yok olması; istikrarlı işlerin yerini geçici projelere bırakması ve bir işten diğerine, dünden yarına sürüklenen yaşam parçacıklarından beslenen, rekabetin körüklediği ‘güvensizlik’ ve ‘kayıtsızlık’ duygusu” anlamına gelmektedir (**Sennett R, 2002**). Hiç kuşku yok ki tükenme ortamının var olduğu ve güvensizlik ile kayıtsızlığın derinleştiği bir çalışma ortamında şiddetin yaşanmaması imkansızdır.

Saha Deneyimi

- *Doktörün hep güler yüzlü olması gerekiyormuş. Böyle bir şey mümkün mü, ancak plastik cerrahi müdahale ile sırttan bir yüz yapılırsa halkı böyle aldatabilirler (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 58 yaşında).*
- *Personel yetersizliği ve yoğun iş temposu hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının arasındaki uyumu bozmaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Hekim diğer çalışanların gözünde performans toplayan memur olmuştur (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 47 yaşında).*

- *Çalışanların çalışma saatleri düzenlenmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Çalışanların motivasyonu arttırılmalıdır (112, Aydın Merkez, Kadın, 25 yaşında).*
- *Fazla mesai yapılması ekip uyumunu bozmaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Çalışma şartlarının zor ve yorucu olması sağlık çalışanları arasındaki uyumu bozmaktadır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 32 yaşında).*
- *Çalışma saatleri insani boyuta çekilmelidir (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 38 yaşında).*
- *Hekimlerin sendikalarda örgütlenmesi ile şiddet azaltılabilir (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 32 yaşında).*

Risk Faktörleri

Moral Değerler ve Güvensizlik

Ahlaki yetersizlik, medya etkisi ve hekime güvensizlik şiddete yol açan nedenler arasındadır **(Avşar F, 2008)**. Hekimler din, ahlak gibi manevi değerlerde zayıflamanın yanı sıra, bencillik, kişiler arası ilişkilerde saygı yitimi, ailenin toplumsal etkisinin azalması gibi toplumsal değerlerde yaşanan aşınmanın şiddete yol açtığını ifade etmektedirler **(Adaş EB, 2008)**. Ayrıca hekimler sağlık alanında yaşanan şiddetin tüketim kültürüne bağlı olarak ortaya çıkan aşırı istek ve beklentilerde artışın yarattığı hırs ve engellenmenin bir sonucu olduğunu da düşünmektedirler **(Adaş EB, 2008)**.

Saha Deneyimi

- *Hekime saygı bittiği için sağlık çalışanları şiddete maruz kalmaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 54 yaşında).*
- *Hekimlik eski saygınlığını geri kazanmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 47 yaşında).*

- *Anlayış ve saygı ile sağlık çalışanları arasında bozulan ekip uyumu yeniden sağlanabilir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 23 yaşında).*
- *Türkiye’de bozulan ahlak anlayışının acilen evrensel normlara oturtulması gereklidir (112, Aydın Merkez, Kadın, 43 yaşında).*
- *Performansa dayalı sistem hastalara müşteri gözüyle bakılmasını söylüyor (Acil, Aydın Periferi, Erkek, 39 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarının etik olarak eğitilmesi gereklidir (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 33 yaşında).*
- *Uygulanan politikalar nedeniyle doktorluk mesleği(nin) artık ticari bir kavram olarak düşünülmesi sağlık alanında şiddete yol açmaktadır (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 28 yaşında).*

Risk Faktörleri

Çalışan Eğitimi, Tıp Eğitimi, İletişim

Her beş çalışandan ancak birisi mesleki riskler konusunda eğitim almıştır **(Ergör A, 2003)**.

Saha Deneyimi

- *Hekimler kendi iç organizasyonlarını tamamlayabilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 37 yaşında).*
- *Sağlık personelin daha idealist yetişmesi, önceliklerinin sorgulanması gereklidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarına doğru iletişim öğretilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 58 yaşında).*
- *Öfke kontrol mekanizmasını kullanmayı öğretici eğitimler sağlanmalıdır (112, Aydın Merkez, Kadın, 25 yaşında).*
- *Her üniversitede hasta iletişimi derslerinin artması gereklidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarının karışık grup eğitimleriyle ekip olması sağlanmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 34 yaşında).*

- *Tıbbi etik, deontoloji ve ahlak eğitimi konuları hatırlatılmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 46 yaşında).*
- *Tıp ve uzmanlık eğitimi ve etiği gözden geçirilmeli. (Çünkü) mevcut sistem aşırı rekabetçi ve meslektaşını veya arkadaşını geçmek (alt etmek) üzerine kurulu (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 37 yaşında).*

Risk Faktörleri

Çalışma Ortamı

Uzun bekleme süresi şiddeti arttıran bir faktördür (**Özcan NK, 2011; BMA, 2008; Boz B, 2006; Carmi-Iluz T, 2005; Hobbs FD, 1991**). Ayrıca tedaviden memnuniyetsizlik ve hekimden hoşnutsuzluk da diğer şiddete yol açan nedenlerdir (**BMA, 2008; Carmi-Iluz T, 2005**).

Çalışma ortamı ile şiddet arasındaki bir başka ilişki de kurum yetersizlikleridir. Bir başka deyişle ilaç, cihaz, yatak vs. gibi kurum yetersizlikleri nedeniyle hasta ile hekim arasında gerilim yaşanmakta ve bu durum şiddete yol açmaktadır (**Özcan NK, 2011; Adaş EB, 2008**).

Türkiye’de sağlık birimlerinin büyük çoğunluğunda güvenlik zaafı da vardır. Benzer biçimde pek çok sağlık birimi çalışanlarına güvenlik eğitim programları da sunmamakta, dahası hemen hiçbirisinde çalışanların sağlığını korumaya yönelik işyeri hekimliği bulunmamaktadır (**Adaş EB, 2008**).

Saha Deneyimi

- *Hastanelerde hasta hakları birimi gibi çalışan hakları birimi de oluşturulmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 33 yaşında).*
- *İnsanlarımız bankada, kuaförde sabırla sırasını beklerken hastanelere gelince tüm sabırlarını yitiriyorlar (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Hastalara hastane çalışma düzenine ait yeterli bilgilendirme yapılmalı, uygun mekansal düzenlemeler sağlanmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*

- *Hasta yakınlarına yeterli danışma hizmetleri sunulmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 49 yaşında).*
- *Hasta yakınlarıyla gereksiz yakın temas şiddete yol açmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 53 yaşında).*
- *Güvenlik tedbirleri arttırılmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Her katta bir güvenlik görevlisi olmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 49 yaşında).*
- *112 çağrısındaki vakalara güvenlik güçleri ile gidilmelidir (112, Aydın Merkez, Kadın, 24 yaşında).*
- *Yeterli sayıda personel çalışmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*
- *Sağlık çalışanları hasta yakınları ile muhatap olmak zorunda kalıyor (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Hastaneye gelenlere küçük pusulalarla bilgilendirme yapılmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 46 yaşında).*
- *Sürekli değişen bürokratik koşullar sağlık çalışanlarına yönelik şiddete yol açmaktadır (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 31 yaşında).*

Risk Faktörleri

Ekip Uyumu, Yönetici Desteği

Şiddete maruz kalma endişesi ile ekip uyumu ve yönetici desteği arasında ve sözlü tacize uğrama ile yönetici desteği arasında negatif korelasyon vardır (**Ölmezoğlu ZB, 1999**). Benzer biçimde sözel ve fiziksel taciz ekip uyumu kötü olanlarda; şiddet korkusu ise yönetici desteği kötü olanlarda ve mobil hizmet birimlerinde çalışanlarda daha sık saptanmaktadır (**Piyal B, 2007**).

Saha Deneyimi

- *Görev tanımlarının yapılmamış olması ekip uyumunu bozmaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 49 yaşında).*

- *Hekim ekipte amir pozisyonda olmalı. Dış yöneticiler müdahil olmamalı (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*
- *Empati yapmaktan aciz, bu işin ekip işi olduğunu, aynı takımda olduğunu bilmeyen hekim ve sağlık çalışanı uyumu bozuyor (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 32 yaşında).*
- *Gelir ve ücretlendirme eşitsizliği ekip uyumunu bozmaktadır (Acil, Aydın Periferi, Erkek, 38 yaşında).*
- *Geçici görevle giden veya gelen personelden dolayı ekip uyumu bozulmaktadır (112, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Sağlık çalışanları genelde hatır-gönül çerçevesinde görev dağılımına maruz kalıyor. Hak edenin hakkı yenilebiliyor (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 35 yaşında).*
- *Aynı işte görevlendirilmiş, ama aynı özlük haklarına sahip olmayan personel çeşitliliği birlik ve uyumu bozmaktadır (112, Aydın Merkez, Kadın, 43 yaşında).*
- *Döner sermayenin hakça paylaşılması ekip uyumunu sağlayabilir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 58 yaşında).*
- *Ekip uyumunu sağlamak için döner sermaye ortalamadan verilmelidir (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 33 yaşında).*
- *Ekip uyumunu sağlamak için hizmet içi eğitim arttırılmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarının birbirini dinlememesi sorunlar oluşturabilmektedir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 23 yaşında).*
- *Çalışanların birbirine güvenmesi ekip uyumunu sağlayabilir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 51 yaşında).*
- *Çok hasta bakma isteği ve bunların yol açtığı kalabalık ve gerginlik ekip uyumunu bozmaktadır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 24 yaşında).*
- *Çeşitli etkinliklerle, eğitimlerle ve empati yaparak ekip uyumu sağlanabilir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 23 yaşında).*
- *Sağlık çalışanları arasında iletişimi geliştirecek sosyo-kültürel ortamlar sağlanmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*

- *Hekim hastasını kaybetmemek için yardımcı sağlık personelinin ezmekte, onları hastalara hep haksız göstermektedir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 36 yaşında).*
- *Yardımcı sağlık personelinin hastaya daha aydınlatıcı olması gereklidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*
- *Yöneticiler görev dağılımı konusunda adaletsiz davranmaktadır (112, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Kurum idarecilerinin bir gün kendilerinin de çalışanlarla aynı duruma düşebileceklerini bilmeleri gereklidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 35 yaşında).*
- *Kurum idarecileri belirli sürelerde toplantı yapıp çalışanların görüşlerini almalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 49 yaşında).*
- *Başarılı olduğumuzda idarecilerden ödül, hata yaptığımızda da destek alamıyoruz (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*
- *Sağlık çalışanları kendi idarecesine puan vererek (onları) değerlendirmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*
- *İdareciler hastane içinden istekli olanlar arasından seçilmeli ve görevlerini yapmayanlar yine seçimle gitmelidir (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 39 yaşında).*
- *İdareciler seçimle gelmeli ve seçimi tüm çalışanlar yapmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 39 yaşında).*
- *Sağlık kurumunda idareciler şeffaf bir yönetim sağlamalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 51 yaşında).*
- *Kurum idarecilerimiz haksız bile olsa, agresif ve ortalığı karıştıran hasta bile olsa onlar için haklıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 24 yaşında).*
- *İdarecilerin tavrı bana değmeyen yılan bin yaşasın misalidir (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 40 yaşında).*
- *Hasta idarecilere şikayete gittiği zaman sağlık personelinin anlattığı durum dikkate alınmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 35 yaşında).*
- *İdareciler çalışanların sorunlarına empati kurarak çözümler aramalıdır (112, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*

- *Cesur, hekimini koruyan, sahip çıkan idareci lazım (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*
- *İdareciler poliklinik yapar, hasta tacizlerine maruz kalır veya bizim gibi 36 saat hastanede kalırlar ve nöbet ertesi çalışırlarsa halimizi anlarlar (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 27 yaşında).*
- *İdareciler aynı tarafta olduğumuzu bilmeliler (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 48 yaşında).*
- *Sağlık idarecileri çalışanları gözlemlemeli, işlemleri zorlaştırmak yerine kolaylaştırmalı, hızlandırmalı (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 24 yaşında).*
- *İdareciler ön yargılı olmamalı (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 32 yaşında).*
- *Devlet hastanesinde çalıştığım dönemde idarecilerden bize hiç destek yoktu. Özel hastanede ise bu konuda sorun yok (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 47 yaşında).*
- *Devlet hastanelerinde idareci koltuğuna oturanlar siyasi destekle geldikleri için çalışanlara karşı negatif tutum içinde olmaktadırlar (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 58 yaşında).*
- *İdareciler iktidar yalاکası olmaktan çıkarsa sağlık çalışanlarına destek olabilirler (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 52 yaşında).*
- *Çalıştığım kurumda hiçbir konuda idarecilerden destek görmedim (112, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Liyakatli ve gerçek anlamda idareci olabileceklerin idareci olarak atanması gereklidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 60 yaşında).*
- *İdarecilere siyasi kaygıdan daha çok mesleğiyle ilgili sorumluluk yüklenmeli (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Çalıştığım kurumun idarecileri hastaları ve yakınlarını savundukları için genellikle sağlık personelinin zor durumda bırakıyorlar (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 26 yaşında).*

Risk Faktörleri

Siyaset ve Siyasi İktidar(lar)

İngiltere’de görev yapan hekimlerin çoğu, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri konusunda siyasi otoritenin “sıfır tolerans” gösterdiğini ifade etmektedirler **(BMA, 2008)**. Oysa Türkiye’de hekimler, İngiltere’deki hekimlerin aksine, ülke yöneticilerinin ve siyasilerin izledikleri politikaların toplumda şiddeti körüklediğini düşünmekte ve daha önemlisi bu alanda bir otorite ve hukuk boşluğunun olduğuna inanmaktadırlar **(Adaş EB, 2008)**.

Saha Deneyimi

- *Tavandan tabana eşit ağırlıkla kurulmuş komisyonlar kurulmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 40 yaşında).*
- *Çalışan haklarıyla ilgili birim kurulmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 32 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarının gereğinde başvurabilecekleri telefon numaraları olmalı (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 50 yaşında).*
- *Çalışma koşulları ve çalışan psikolojisi bilimsel şartlarda değerlendirilmelidir (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*
- *Beyaz kod uygulaması hayata geçirilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Hastane içerisinde risk alanları değerlendirilerek oluşabilecek şiddete yönelik erken önlemler alınmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 39 yaşında).*
- *Hasta hakları birimi kaldırılmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 41 yaşında)*
- *Hekim ve hasta hakları eş düzeye getirilmeli, sağlık üzerinden yürütülen popülist amaçlı politikalara son verilmelidir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 48 yaşında).*
- *Sağlık kurumlarının duvarlarını süsleyen “hasta hakları” tabelasının yanına “sağlık emekçilerinin hakları” tabelasının asılması gereklidir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 49 yaşında).*
- *Performans sistemi kaldırılmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 32 yaşında).*

- *Alo şikayet hatları amaç dışında, kişisel ve ego tatmini için kullanılmaktadır (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 28 yaşında).*
- *184 şikayet hattı kaldırılmalıdır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 48 yaşında).*
- *Sağlığın ücretli hale getirilmesi (katkı payı, sigorta) şiddete neden olmaktadır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 37 yaşında).*
- *Karmaşık sağlık sistemi nedeniyle sağlık çalışanları şiddete maruz kalmaktadır (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 30 yaşında).*
- *Şiddet davalarında Sağlık Bakanlığı davayı takip etmeli ve cezalar mutlak uygulanmalıdır (112, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının sosyal ve ekonomik statülerinin arttırılmasını sağlamak (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 55 yaşında).*
- *Medyada hekimlerin çalışma şartlarını anlatan yayınlar yapılmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 34 yaşında).*
- *Medyada sağlık alanında olumlu giden ve çalışanların başarılarını ve özverilerini anlatan yayınlar yapılmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 50 yaşında).*
- *Kamuya yönelik spotlar doktorlara da yönelik olmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Medya aracılığıyla acil eğitimi vatandaşa anlatılmalıdır (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 37 yaşında).*
- *Yazılı ve görsel basını uyararak süzgeçten geçmemiş, araştırılmadan yazılmış, haksızca sağlıkçıları suçlayan haberlerin yapılmasını engellemeliler (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 55 yaşında).*
- *İnsanlar yapılan işin ciddiyeti hakkında bilinçlendirilmelidir (112, Aydın Merkez, Kadın, 25 yaşında).*
- *Şiddet uygulayanlar deşifre edilmelidir (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 30 yaşında).*
- *Halka sağlık sistemindeki aksaklıkların sebebinin hekimler olmadığı anlatılmalı (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*

- *Sağlık Bakanı tarafından ifade edilen 'Sağlık çalışanlarına yapılan her türlü saldırıyı kendime yapılmış kabul ederim' görüşünün kanıtlanması (gereklidir) (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 39 yaşında).*
- *Siyasiler koltuk hastalıklarını bırakıp yeterince bizle ilgilenseler şiddet azalır (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Sağlık politikaları sistemin mükemmel olduğunu, şayet bir hata varsa bunun sebebinin çalışanlar olduğu anlayışını yaratmaktadır (112, Aydın Merkez, Erkek, 48 yaşında).*
- *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet hekimlerin hedef olarak gösterilmesinin önlenmesi ile sağlanabilir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 45 yaşında).*
- *Memlekette bir hekim kolay yetişmiyor (bunu anlamaları gerek, patagonyada gelen hekimin faydası OLMAZ) (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 38 yaşında).*
- *Bir polis okulu bitirir bitirmez ne kadar maaş alıyor, bizim maaşımız ne kadar, emekli olunca ne kadar alacağız (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 58 yaşında).*
- *Halkın sanki bizim maaşımızı veriyormuş gibi düşüncelerini sağlayarak sağlıkçıların saygınlıklarını bitirmişlerdir (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 35 yaşında).*
- *Her fırsatta televizyona çıkıp çalışanları halkın önüne yem olarak atmasınlar (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 34 yaşında).*
- *Sağlık Bakanlığı ve siyasiler hekimin yanında yer almalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 54 yaşında).*
- *Sağlık personelini korumaya yönelik yeni yasalar çıkarılmalı ve uygulanmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 33 yaşında).*
- *Emeğinin karşılığı doktora verilmelidir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 47 yaşında).*
- *Sağlıkta kar amaç olmamalı, nicelik değil nitelik önemli olmalı, üniversite hastanesine sadece sevkli olarak gidilebilmeli (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Kadın, 34 yaşında).*

- *Sadece hasta haklarını değil, sağlık çalışanlarının da haklarını topluma aktarmalılar (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 33 yaşında).*
- *Sağlığı siyasi rant olarak görmemeli ve sağlıkçılara gerçek değerini vermeliler (112, Aydın Merkez, Kadın, 48 yaşında).*
- *Siyasetçiler sağlığı arpalık olarak görmemeliler (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 38 yaşında).*
- *Sağlık üzerinden politik baskı ve çıkarlardan vazgeçilmesi gereklidir (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 38 yaşında).*
- *Popülist ve hekimin insanlar karşısındaki değerini azaltan siyasi kararlar son bulmalıdır (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 37 yaşında).*
- *Bakanlık oturduğu yerden değil de sahada çalışıp durumu görmesi gerekli (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 33 yaşında).*
- *Eskiden olduğu gibi bu mesleğin cefasını, özerkliğini bilir ve biraz olsun saygı duyarlarsa şiddet vakaları azalabilir (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 29 yaşında).*
- *Devlet şiddete uğrayanlara koruyamadığı için tazminat ödemelidir (Üçüncü Basamak, Aydın Merkez, Kadın, 24 yaşında).*
- *Sağlık Bakanlığı ve siyasiler çalışanları insan yerine koysunlar ki vatandaşta saygı duysun (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 43 yaşında).*
- *Vatandaşın sağlık dışı sorunlarının azaltılması şiddeti önlemede etkili olur (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek).*
- *Siyasetçilerin aradan çıkmasıyla sorun daha da güzel çözülür (Özel Hastane, Aydın Merkez, Kadın, 51 yaşında).*
- *Siyasetçiler ellerini çeksinler yeter (Acil Aydın Merkez, Kadın, 34 yaşında).*
- *Ankara düzeltilmediği sürece destek mestek hayaldir (Acil, Aydın Merkez, Erkek, 44 yaşında).*
- *Yapılacaklara inanmıyorum, öneri olsa kim dinler (Özel Hastane, Aydın Merkez, Erkek, 63 yaşında).*
- *Önerilerde bulunsak ne fayda, çözümü uygulayan veya sesimizi duyan var mı? (Acil, Aydın Merkez, Kadın, 32 yaşında).*

- *Oy amacıyla hizmet veren kurumların şiddeti azaltmak için bir adım atacaklarına inanmıyorum (İkinci Basamak, Aydın Merkez, Erkek, 32 yaşında).*
- *Hekim arkadaşımız öldürüldü Başbakanımız bir başsağlığı bile dilemedi. Hekimin ölümü futbol maçından daha önemsiz siyasilerin gözünde (İkinci Basamak, Aydın Periferi, Erkek, 45 yaşında).*

YORUM & SONUÇ

Hekimlerle yapılandırılmış teknikle gerçekleşen görüşme bulguları literatür verileri ile birlikte analiz edildiğinde;

1. Türkiye sağlık ortamında hekime/sağlık çalışanına yönelen şiddet eylemlerinin yaş, cinsiyet ve statü farkından etkilenmeyecek biçimde çok yaygın olduğu gözlenmektedir.
2. Sağlık çalışanlarının bu eylemler karşısındaki ilk tepkisi “korunma” amaçlı reflekslerdir. Ancak bu reflekslerden bazıları (silah taşıma, elektroşok cihazı, biber gazı, sağlık güvencesinin iptali gibi) hekimlik mesleği ile bağdaşmayacak içeriktedir.
3. Hiç kuşku yok ki Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin temel nedenlerinden birisi sağlık kurumlarında yaşanan organizasyonel sorunlardır. Bu nedenle hekimler sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin uygun triajla azaltılabileceğini fark etmişlerdir. Gerçekten de özellikle devlete ait sağlık kurumlarında hangi işin, kim tarafından, nerede, nasıl ve ne zaman sürecinde yapılacağı belirsizdir. Benzer biçimde sağlık birimlerinde acil durumlara ve kriz sorunlarına nasıl yaklaşılacağı yazılı olarak tanımlanmamış, sorumlular belirlenmemiş ve özellikle acil hizmet organizasyonları hasta yakınları üzerinden sürdürülmeye çalışılmıştır. Tüm bu sorunların yanı sıra sağlık sisteminde her geçen gün etkisini arttıran bir evrak, bilgisayar bazlı kayıt sorunu ve sürekli değişen bürokratik uygulamaların yarattığı karmaşa ortamı mevcuttur. Son olarak Türkiye’de hastanelerin daha tasarlanma aşamasında mimarileri çalışan sağlığını ve mutluluğunu düşünerek planlanmamaktadır. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde inşa edilen yeni hastanelerde hekim/sağlık çalışanlarının bir araya gelebilecekleri mekanların özellikle tasarlanmadığı ve hekim/sağlık çalışanların bireysel odalarda “kendi başlarına” konumlandırıldıkları bilinmektedir. Kanaatimizce sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin azaltılması isteniyorsa sağlık kurumlarının mimari tasarım aşamasından başlayarak sağlık çalışanlarının mutluluğunu sağlayacak, ekip çalışma bilincini geliştirecek, çalışan ve hasta

sağlığı açısından analiz edilen riskli alanlardaki sorunları çözecek ve en önemlisi kurumda “biz” algısını yaratacak biçimde planlanması gereklidir.

4. Hekimlere göre sağlık çalışanları arasında uyumu bozan en temel nedenler arasında sağlık birimlerinde çalışanların görev tanımlarının yapılmamış olması, çalışanlar arasında farklı istihdam ve ücretlendirme durumunun bulunması, geçici görevlerin varlığı ve döner sermayenin eşitsiz dağılımı olması önemli bir yer tutmaktadır. Gerçekten de söz konusu vurguların tümü ekip uyumunu bozan faktörlerdir. Bu nedenle ekip bilincini yaratmak için tüm sağlık çalışanları aynı istihdam statüsüne kavuşturulmalı, çalışanlara ödenen ücretler ekip bilincini yok etmeyecek biçimde olmalı, aynı meslek kategorilerinde ücret eşitsizliği yaratılmamalı ve geçici görevler sonlandırılmalıdır.
5. Türkiye sağlık ortamında şiddet olaylarının yaşanmasına yol açan bir diğer neden de yoğun iş temposuna karşılık yaşanan personel yetersizliğidir. Kanaatimizce bu sorun basamaklandırılmış sağlık sistemi ve sağlık insan gücünün planlanması ile aşılabılır. Bu bağlamda ivedilikle gerek sağlık sisteminin basamaklandırılması gerekse gerekli sağlık insan gücünün planlanması için siyasi yetkiyi elinde tutan kamusal otoritenin, sağlık çalışanlarını temsil eden meslek örgütleri ve sendikalarla birlikte çalışabilmesi gereklidir. Öte yandan etik ve diğer sorunların yanı sıra performans sistemi, sistemin mantığı gereği fazla olan hasta yükünü daha da ağırlaştırmaktadır. Bu nedenle performans sisteminin mevcut mantığı ve işleyişi ivedilikle değiştirilmelidir.
6. Hekimler / sağlık çalışanları, halen sürdürülen sağlık sistemi yükünün kendilerini tükenmeye sürüklediğini ifade etmektedirler. Hekimlere göre bu tükenişin nedeni sadece iş yükünün fazlalığı ve çalışılan mekanın sorunları değildir. Aksine hekimler, esnekleşen ve uzayan çalışma koşullarının ve işin anlamının “hasta yararı” ve “iyilik” olmaktan çıkıp “para kazanmak” olarak dönüşmesinin de tükenmeye neden olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin son bulabilmesi için çalışan başına düşen hasta yükü azaltılmalı, çalışma saatleri çalışan hakları ve mutluluğu dikkate alınarak düzenlenmeli, çalışma ortamını bozan fiziki

mekan sorunları giderilmeli, talep eden tüm çalışanlara kurumsal destekler (kreş, servis, yemek, dinlenme, eğlenme, sosyo-kültürel gelişim, vs) ücretsiz sunulmalı ve hekimlik mesleğinin etik ilkelerine ters düşmeyecek gelir/ücret politikaları hayata geçirilmelidir.

7. Hekimler, sağlık çalışanları arasından ekip uyumunu sağlamak için çalışanlar arasında sosyo-kültürel paylaşımların sağlanabileceği ortamların yaratılmasını talep etmektedirler. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, sağlık birimlerinin idarecilerinden düzenli olarak kurumlarında sosyo-kültürel paylaşımlar sağlayabilecek etkinlikler yapmasını talep etmelidir.
8. Genelinde sağlık çalışanlarının özelinde hekimlerin en önemli talebi “çalışan hakkı” kavramına, “hasta hakkı” kavramı oranında değer verilmesidir. Sürdürülen sağlık sisteminde “müşteri memnuniyeti”nin bir ölçüt olarak yer almasına karşılık, gerek sağlık birimlerinin gerekse bir bütün olarak sağlık sisteminin değerlendirilmesinde “çalışan hakkı” ve “çalışan memnuniyeti” kavramlarına yer verilmemesi büyük bir eksikliklerdir. Bu eksikliğin ivedilikle tamamlanması ve sağlık birimlerinin ve sağlık sisteminin izleminde söz konusu kavramların sürekli takibi ve değerlendirilmesi gereklidir.
9. Sağlık çalışanları ve hekimlerin en temel isteklerinden birisi kendilerinin önemsenmesi ve büyük bir özveriyle yaptıkları işe gerek siyaset mekanizmasının gerekse toplumun saygı duymasıdır. Kanaatimizce çok haklı ve yerinde olan bu talebin gereği özellikle siyaset mekanizmasında yetki sahibi olan kişiler tarafından hızla yerine getirilmelidir.
10. Sağlık hizmet alanının liberalize olmasının bir sonucu olarak hekimler/sağlık çalışanları kendilerinin değersizleştiğini, bir nevi “satın alındıklarını” ve köleleştirildiklerini düşünmektedirler. Literatürde ücretli emeğin kendisine ve üretimine yabancılaşması olarak tanımlanan bu sürecin önlenmesi ancak sağlık hizmet alanının çıkar/kazanç/kar/verimlilik gibi neo-liberal ilkelerden uzaklaştırılarak kamu yararına dayandırılması ile mümkündür. Bu nedenle ivedilikle sağlık hizmet alanına son yıllarda egemen olan neoliberal ideolojiden vazgeçilmeli,

sağlık hizmetlerinin insani yönü yeniden hatırlanmalı ve sağlık sistemi kamu yararı doğrultusunda şekillendirilmelidir.

11. Hekimler hasta-hekim arasındaki anlayışın yeniden sağlanması ve toplumda hekimlere yönelik azalan saygının yeniden kazanılması halinde şiddet sorununun azalacağını düşünmektedirler. Hekimler bu bağlamda anlayış ve saygının ancak sağlık çalışanlarının etik bir anlayışla eğitilebileceği ve çalışabileceği koşulların oluşturulmasından geçtiğini ve bu başlık altında performans sisteminin bakış açısının değişmesi gerektiğini ifade etmektedirler.
12. Her beş çalışandan ancak birisinin mesleki riskler konusunda eğitim aldığı Türkiye’de çalışanların bu konuda eğitim eksikliği olduğu herkes tarafından kabul edilmelidir. Zaten hekimler de bu konuya dikkat çekmekte ve gerek mesleki riskler, gerek iletişim, gerekse de öfke kontrolü konusunda eğitim almayı talep etmektedirler. Ancak hekimler ifadelerinde verilecek bu eğitimin tıbbi etik, deontoloji ve ahlak gibi konuları da kapsamına alması gerektiğini düşünmektedirler. Kanaatimizce sağlık hizmet alanının liberalizasyonu çerçevesinde hayata geçirilen politikalar hekimlere bu kavramları yeniden hatırlamanın gerektiğini düşündürmektedir. Öte yandan tıbbi etik, deontoloji ve ahlak gibi kavramlar konusunda alınacak en iyi eğitiminin fiilen yaşamda bu kavramların gereğini uygulama olduğu dikkate alındığında, sağlık ortamının ivedilikle bu kavramlara sahip çıkan bir zemine dönüştürülmesi gereklidir.
13. Öte yandan sağlık çalışanlarının kimi ifadeleri kendilerini devletle özdeşleştirdikleri modernist eğitimin ve daha önemlisi patriyarkal tıp sisteminin yansımalarını bünyesinde taşımaktadır. Bu bağlamda özellikle hekimler tıp sisteminde “sıradan uzmanlığın” yükselişine ve daha önemlisi bilgi ve otoritelerinin yurttaş tarafından sorgulanmasına tahammül edememektedirler. Kanaatimizce ivedilikle hekim/çalışan hakları kavramını yok etmeden ve daha önemlisi toplum gözünde sağlık çalışanlarını “suçlu” olarak etiketlemeden, hekim-hasta ilişkisinin günümüzdeki çağdaş içeriği hekim/sağlık çalışanları ile birlikte tartışılmalı ve tıp eğitimi değişen paradigma dikkate alınarak şekillendirilmelidir.

- a. Ancak tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan görüşme bu alanda ciddi sorunlar yaşandığına işaret etmektedir. Çünkü tıp fakültesi öğrencileri, kendilerini eğiten insanların kendilerine şiddet uyguladığını, küçük gördüğünü ve aşağıladıklarını düşünmektedir. Tıp fakültesi öğrencileri -ne yazık ki- kişilik çatışmaları ve ego sorunlarının bir sonucu olarak şiddet gördüklerini dile getirmektedir. Kanaatimizce bu durum şiddet dalgasının bir biçimde herkesi girdabına aldığına, bir anlamda “nöbetleşe şiddet” yaşandığına ve bu çerçevede bir alanda mağdur durumda olanların başka bir alanda ezen durumda olabildiğine işaret etmektedir.
- b. Öte yandan aslında garip bir paradoks olarak tıp fakültesi öğrencilerinin, tıpkı hekimlerin toplumdan istedikleri gibi saygı görmeyi, eğitimcilerinin onları meslektaş olarak görmesini ve nitelikli bir usta-çırak ilişkisi yaşamayı talep etmesi dikkat çekicidir. Kanaatimizce bu yaklaşım aslında şiddet ikliminden çıkışın empatiden geçtiğini ve bireyin kendisi için talep ettiğini bir başkasına da sergilemesi ile ulaşılabileceğine işaret etmektedir.
- c. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan görüşmede öğrencilerin artan tıp fakültesi sayısından kaygı duyduğunu, tıp eğitiminin niteliğinin düştüğünden yakındığını ve daha önemlisi şiddet de dahil olmak üzere hayatın gerçek sorunlarını içeren, öğrenciyi de eğitime dahil eden interaktif bir tıp eğitimi müfredatı talep ettiğine işaret etmektedir. Bu çerçevede öğrenciler eğitimin standartlaştırılması, kalitesinin artırılması, kontenjanların azaltılması, bilgiye erişimin kolaylaştırılması ve hekimliğin ders notlarına sıkıştırılmasından çok halkla iç içe ve hastayı görerek yapılması ve bu sayede öğrencilerin ilgisinin artırılmasını beklemektedirler.
- d. Yine ilginç bir bulgu olarak tıp fakültesi öğrencileri tıpkı hekimlerin idarecilerini puanlarla değerlendirmek istediklerine benzer biçimde eğitimcilerine geri bildirim vermeyi ve bu geri bildirimlerin dikkate alınmasını talep etmektedir. Kanaatimizce bu durum her alanda üstlenilen toplumsal görevlerin/sorumlulukların demokratikleşmesi,

şeffaflaşması ve hesap verilebilirlik kazanması talepleri üst başlığı altında yorumlanmalıdır.

- e. Öte yandan kimi tıp fakültesi öğrencileri klinik stajlar sırasında gördükleri bazı uygulamaların (örneğin hastaya hastalığı hakkında geri bildirim verilmemesi, hastanın kendine yapılan işlem hakkında fikrinin olmaması, hastanın bu bilgi açığını önemsememesi, vb) hasta-hekim ilişkisini bozduğunu ve özellikle bu yaklaşımın komplikasyon olması halinde şiddete neden olabileceğini belirtmektedir. Kanaatimizce gerek yoğun iş yükü gerekse patriyarkal tıp yaklaşımı çerçevesinde Türkiye sağlık ortamının temel sorunlarından birisi olan mevcut tablonun değişmesi için tıp fakültesi öğrencilerinin tanıklığı ve gözlemi herkese hayati fırsatlar sunmaktadır.
- f. Son olarak hekime / sağlık çalışanına yönelik şiddet eylemleri konusunda gerek nedenler gerekse çözümler bağlamında özellikle sağlık sistemi ve siyaset mekanizması konusunda tıp fakültesi öğrencileri ile hekimler benzer bir bakış açısına sahiptir.

14. Hekimler yaşadıkları sorunların çözüm yolunun hastanelerde “çalışan hakları birimi” kurulmasından geçtiğini düşünmektedirler. Kanaatimizce çok haklı ve isabetli bir öneridir bu. Çünkü her şeyden önce böylesi birimlerin sağlık kurumlarında olması o kurumda çalışanların haksızlığa uğradıkları zamanda haklarını arayabilecekleri bir muhatabın olması anlamına geleceği açıktır. Ayrıca böylesi bir yapılanma o kurumda çalışanları ve çalışma ortamını mesleki riskler açısından dikkatle izleyecek ve sorun gelişmeden önce koruyucu müdahalenin yapılabilmesine olanak tanıyacaktır. Ancak kanaatimizce böylesi bir yapılanmada görevlendirilecek çalışanlar, o kurumda görev yapan çalışanlar tarafından seçilmeli ve onlara karşı sorumlu olmalıdır.

15. Hekimler sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin azaltılmasının bir yolunun da hastalara yeterli düzeyde bilgilendirme, danışma, psikolojik destek ve gerekli yerlerde fiziksel mekan ortamının yaratılmasıyla mümkün olacağına inanmaktadırlar. Gerçekten de sağlık kurumlarının hemen hepsi

söz konusu hizmetler açısından ciddi düzeyde eksiklikle maluldür. Ancak böylesi eksikliğin olduğu bir ortamda hekimler/sağlık çalışanları, kendilerinin bir kusuru olmadığı halde kurumun bu tür eksikliklerinden sorumlu tutulmakta ve bu nedenle de şiddete maruz kalmaktadırlar. Tanımlanan sorunun çözülebilmesi için her bir sağlık kurumundan hizmet alan hasta sayısı dikkate alınarak o kurumda yeterli sayıda ve içerikte sosyal/fiziksel destek hastalara sunulmalıdır.

16. Hekimler şiddet eylemlerine muhatap olmamak için kurumlarından yeterli düzeyde güvenlik hizmeti talep etmektedirler. Gerçekten de sağlık kurumları (ve bir bütün olarak sağlık sistemi) kendi kurumlarında görev yapan çalışanları korumakla yükümlüdür. Bu nedenle herhangi bir sağlık biriminde şiddete maruz kalan bir çalışanın saptanması halinde o sağlık biriminde Sağlık Bakanlığı ve şiddete maruz kalan çalışanın meslek örgütü tarafından inceleme otomatikman ve izne tabi olmadan başlamalı, başlatılan bu inceleme sayesinde kurumun eksiklikleri saptanmalı ve iyileştirici önerilerle saptanan eksiklik(ler) ivedilikle tamamlanmalıdır. Söz konusu incelemeler sonucunda saptanan eksiklikleri uygun bir zamanda tamamlamayan sağlık kurumunda hizmet sunumu eksikler tamamlanıncaya kadar durdurulmalı ve o sağlık kurumunun yöneticisinin görevi sonlandırılmalıdır. Öte yandan sağlık kurumların dışında sağlık hizmeti sunan yapılar da (112, evde bakım, vs) benzer biçimde güvenlik koruması altına alınmalıdır.

17. Hekimler sağlık kurumlarında -özellikle devlet hastanelerinde- görev yapan sağlık idarecilerden oldukça fazla yakınmaktadırlar. Çünkü hekimlere göre bu idareciler, göreve atandıktan sonra çalışanlardan kendilerini soyutlamakta, idareci olduktan sonra çalışanlardan görüş almamakta, çalışanları ödüllendirmemekte ve şeffaf yönetim sergilememektedirler. Hekimler sağlık kurum idarecilerinin böylesi bir tutum sergilemelerinin nedeninin liyakat yerine siyaset mekanizmasıyla seçilmesi olarak görmekte ve bu nedenle de sağlık kurumlarında kendi yöneticilerini kendileri seçmek ve seçtikten sonra da görevde olduğu sürece puanlarıyla değerlendirmek istemektedirler. Kanaatimizce çalışma ortamının demokratikleşmesi,

idareci pozisyonundaki kişilerin çalışanların sorunlarına duyarlı olması ve bugünkü yapının aksine çalışanlara hasta/hasta yakınları ve siyaset mekanizmasından yönelebilecek kimi sorunları çözebilmesi açısından bu önerinin hayata geçirilmesi gereklidir.

18. Hekimlerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin temel nedenlerinden birisi olarak gördükleri siyaset ve siyasi iktidardan çok beklentileri vardır. Bu beklentileri ana başlıklar halinde toparlayacak olursak:

- a. Tüm tarafların temsil edildiği eşyetkili komisyonlar kurması
- b. Sağlık kurumlarında “çalışan hakları birimi”ni kurması
- c. Sağlık çalışanları için telefon hattı kurması
- d. Çalışma koşulları ve çalışan mutluluğunu araştırması ve izlemesi
- e. “Beyaz Kod” uygulamasını gerçekleştirmesi
- f. Şiddet davalarına müdahil olması
- g. Şiddet eylemlerine yönelik cezaların uygulanmasını takip etmesi
- h. Şiddete uğrayanlara tazminat ödemesi
- i. Medyada sağlık çalışanları hakkında olumlu kanaat belirtmesi ve onların özverilerini topluma aktarması
- j. “Kamu Spot”ları yapması, haksız/yanlış haberleri önlemesi
- k. Sağlık politikalarını mükemmel gibi gösterip, sorun yaşandığında sağlık çalışanlarını hedef göstermemesi
- l. Sağlığı sadece “hastalık” olarak algılamaması ve konuya bütüncül bakarak sağlıklı yaşamayı belirleyen gelir, eğitim, barınma gibi alanlardaki eşitsizliği gidermesi
- m. Sağlık çalışanlarını şiddete karşı koruyacak etkin yasalar çıkarması
- n. Sağlığı siyasi rant alanı olarak görmemesi
- o. Sağlıkta amacı kar olarak belirtmemesi ve nicelik değil niteliği dikkate alması
- p. Sağlık çalışanlarına değer verdiğini göstermesi
- q. Sağlık çalışanlarına saygı duyması

19. Hekimlerin siyaset mekanizmasından kimi talepleri (hasta hakları biriminin kaldırılması) veya ifade ettiği görüşlerin siyaset mekanizması tarafından duyulmayacağı ya da önemsenmeyeceği için talepsizlikleri dikkat çekicidir.

Kanaatimizce bu iki bakış açısının değişmesi için öncelikle “hasta hakları” kavramının “müşteri memnuniyeti”ne indirgenmeden layıkıyla doldurulması ve günlük yaşamda “Alo 184” benzeri hatların yarattığı tahribatın sonlandırılması gereklidir. Öte yandan siyasi yetkiyi elinde tutan kamusal otorite bugüne kadar tercih ettiği politikanın aksine, kendi bakış açısına yakın ya da hoşuna giden yapılanmalarla değil; aksine sağlık çalışanlarını temsil eden meslek örgütleri ve sendikalarla yakın ve içten bir ilişki kurması ve bu sayede çalışanların seslerini duyduğunu ve önemseydiğini onlara göstermesi gereklidir.

KAYNAKLAR

- Adas EB. Privatization of health and publicization of violence: violence toward doctors in Turkey. *Critical Public Health* 2011; 21 (3): 339-351.
- Adaş EB, Elbek O, Bakır K. 2008. Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
- Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2 (2): 161-173.
- Avşar F, Kadın hastalıkları ve doğum hekimine karşı şiddet. <http://www.medicalnetwork.com.tr/2003/konu.asp?goster=1&Metin=621> (Erişim Tarihi; 12/04/2008).
- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 147-54.
- Boz B, Acar K, Ergin A, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23: 364-9.
- British Medical Association, Violence in the workplace - the experience of doctors in Great Britain, 2008. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violence08> (Erişim Tarihi; 12/04/2008).
- Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 54.
- Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2009; 12 (1): 33-44.
- Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri. *Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi* 2003; 16: 44-51.
- Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ* 1991; 302: 329-32.
- İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksalak FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009; 28 (3): 15-23.
- Ölmezoğlu ZB, Vatanserver K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999; 14: 420-5.
- Özcan NK, Bilgin H. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011; 31(6): 1442-1456.
- Piyal B, Kaya M, Celen U. Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey). *AJCI* 2007; 1: 1-6.
- Sennett R. Karakter aşınması -yeni kapitalizmde işin kişilik üzerindeki etkileri-, Ayrıntı Yayınları, 2002.
- Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. *Tr J Emerg Med* 2007; 7 (4): 156-162.
- Tolhurst H, Baker L, Murray G, et al. Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust J Rural Health* 2003; 11: 231-6.
- Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* 2004; 13: 3-10.

EK BİLGİ NOTU

PERFORMANS SİSTEMİ & ŞİDDET

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti "*Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi*" olarak tanımlamaktadır **(Krug EG, 2002)**. Uluslararası Çalışma Örgütü ise, "*belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik olayı*" iş kazası olarak tanımlamaktadır **(ILO, 1983)**. İşyerinde yaşanan şiddet olayları iş kazası kapsamında değerlendirilmektedir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında gerçekçi ve güvenilir resmi bir veri yoktur. Ancak konu hakkındaki ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin hem ulusal, hem de küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda da artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Türkiye’de -son olarak ölümcül saldırıya maruz kalan Dr. Ersin Arslan’ın görev yaptığı Gaziantep ilinde- yapılan bir araştırmada her 4 hekimden 3’ünün mesleği dolayısıyla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir **(Adaş EB, 2008)**. Ancak sağlık alanında yaşanan şiddet sadece hekimleri tehdit etmemektedir. Örneğin İstanbul’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %86.5’inin mobbing mağduru olduğu saptanmıştır **(Yıldırım A, 2007)**.

Gerek ulusal gerekse uluslararası literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin kimi faktörlerle ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu faktörlerden birisi ekip umuyu ve yönetici desteğidir. Gerçekten de sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma olasılığı ile ekip uyumu ve yönetici desteği arasındaki negatif ilişki mevcuttur **(Ölmezoğlu ZB, 1999; Piyal B, 2007)**. Yani sağlık hizmeti sunan ekibin kendi arasındaki uyumu ve gerek sağlık birimlerinin yöneticilerinin gerekse kamu otoritesinin sağlık çalışanlarına desteği yüksekse sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma olasılıkları azalmaktadır. Öte yandan sağlık çalışanlarının gerek fiziksel gerekse sözel şiddete maruz kalma olasılığı hasta sayısı ile pozitif koreledir **(Ölmezoğlu ZB, 1999)**. Yani gün içerisinde sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısı arttıkça sağlık çalışanının şiddet görme riski de artmaktadır. Yurtdışında yapılan bir araştırmada hastaların uzun

bekleme süresi ile onların şiddet uygulamaları arasında anlamlı oranda pozitif korelasyon saptanmıştır (**Hobbs FD, 1991**). Benzer biçimde İngiltere Tabip Örgütü tarafından yapılan bir araştırmada ise hastaların uzun bekleme zamanı ve hekim tarafından önerilen tanı-tedavi planının hasta tarafından beğenilmemesi de sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti arttıran etmenler olarak tespit edilmiştir (**BMA, 2008**).

Söz konusu literatür verilerini halen Türkiye’de “performans” sistemi adı altında uygulanan hizmet başı ödeme sistemi ile birlikte değerlendirildiğinde:

“Performans” Sistemi Ekip Uyumunu Yok Etmektedir:

Bilindiği üzere “performans” sistemi sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu gözardı edilerek hazırlanmıştır. Çünkü “performans” sistemi, tüm sağlık çalışanlarını ekip mantığından koparıp bireyselleştirerek puan (=para) kazanmaya zorlamaktadır. Oysa sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Örneğin bir akciğer kanseri hastası ancak göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, radyoloji, nükleer tıp, patoloji, medikal ve radyasyon onkoloji uzmanlık alanlarının ortak çabası ile nitelikli biçimde tanı konulup tedavi edilebilir. Eğer bu uzmanlık alanlarından herhangi birisi görevini layıkıyla yerine getiremezse o hastanın tanı/tedavisinde aksama yaşanılması kaçınılmazdır. Oysa “performans” sistemi, bu ekibin hastaya sunduğu hizmeti ayırıştırmakta ve aynı hastanın tanı/tedavisinde ekip olarak çalışan uzmanlık alanlarını ücret konusunda birbirine rakip haline getirmektedir. Hiç kuşkusuz ki bu yanlış bakış açısı uzmanlık alanları arasında ölümcül bir rekabet yaratarak ekip uyumunu yok etmektedir. Öte yandan “performans” sistemi hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları arasında da benzer bakış açısı nedeniyle rekabeti var ederek ekip uyumunu yok etmektedir. Oysa bir hastanın tanı/tedavi süreci hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının takım çalışmasını iyi sergileyebilmesi ile olanaklıdır. Ancak “performans” sistemi hükümleri özellikle hekim dışı sağlık çalışanlarının hastaların tanı/tedavi süreçlerine kritik katkılarını önemsizleştirerek onların emeğini değersizleştirmekte ve ekip çalışmasını imkansızlaştırmaktadır.

“Performans” Sistemi Yönetici Desteğini Yok Etmektedir:

Çünkü “performans” sisteminin temel mantığı çalışanların kazançlarını arttırmak için kendi aralarında yarışmasıdır. Ancak gündelik yaşamda da net

biçimde görüldüğü gibi farklı uzmanlık alanları ya da aynı uzmanlık alanlarında farklı hekimler arasında yaşanan rekabet çatışmalarına yol açmaktadır. Hiç kuşkusuz bu çatışmalar iş barışını yok ettiği için hastane birimlerinin yönetim kadrosunun mesleki pratiklere müdahil olmasına ve yaşanan sorunlar konusunda taraf olmasına yol açmaktadır. Bu durum ise var olan çatışma zeminini derinleştirmekte ve kişiselleştirmektedir.

Öte yandan “performans” sistemi, çalışanlarla hastanelerde idari mekanizmada görev alan yöneticiler arasında da temel mantığı gereği çatışmaya yol açmaktadır. Bu çatışma ya çalışanların daha çok puan (=para) toplamak için mesleklerinde aşınmaya neden olacak uygulamalara gitmesi ya da hastane idarecilerinin hastanenin ekonomik kazancının artması için çalışanlara daha çok puan (=para) getirecek uygulamalar için onları zorlaması biçiminde yaşanmaktadır. Hiç kuşkusuz her iki uygulama da çalışanlara yönelik olması gereken yönetici desteğini yok etmektedir. Ne yazık ki son düzenlemelerle birlikte hastanelerin gelirlerinin arttırılmasına yönelik CEO benzeri profesyonel yöneticilerle yönetilme uygulamasına gidilmesi, halen çalışanlarla yöneticiler arasında var olan gerilimi daha da arttıracak ve yönetici desteğini daha da azaltacaktır.

Son olarak “performans” sistemi ülke genelinde kamusal yetkiyi kullanan idarecilerle sağlık çalışanları arasında da çatışmalara neden olmaktadır. Çünkü kamusal yetkiyi kullanan idarecilerin temel hedefi toplumun sağlık ve memnuniyet düzeyini arttırmaktır. Ancak hastalar puan/paraya dayalı bu “performans” sistemi çarkları arasında yoğun bir güven krizine düşmektedir. Bu durum -özellikle hekimlere yönelik suçlayıcı mantıkla hazırlanan malpraktis uygulaması ile birleşince- hastaların basit hastalıklar için dahi sağlık hizmetini gereksiz yere çok sık kullanmasına yol açmaktadır. Hiç kuşkusuz bu tavır bir yandan siyaset mekanizmasının kendisi için koyduğu hedefe ulaşamamasına diğer yandan da gereksiz yere artan sağlık harcamalarına yol açmaktadır. Mevcut şartlar altında sürdürülebilirliği olmayan bu harcama savurganlığını kısmen karşılamak için hayata geçirilen katkı payı benzeri uygulamalar ise toplumda memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Ne yazık ki Türkiye’de bu kısır döngü çoğu kez siyaset mekanizması tarafından özelinde hekimlerin genelinde sağlık çalışanların yaşanan

sorunların sorumluları olarak işaret edilmesiyle “çözülmekte” ve çalışanlara yönelik olması gereken yönetici desteği yok olmaktadır.

“Performans” Sistemi Hasta Sayısını Gereksiz Yere Arttırmaktadır:

Literatür verileri yürürlükteki “performans” sisteminin etik ilkeleri aşındıracak düzeyde gereksiz yere hasta yükünü arttırdığına işaret etmektedir **(Elbek O, 2010)**. Doğaldır ki artan bu hasta ve işlem yükü, hekim başına düşen iş miktarını da arttırmaktadır. Hekim başına iş yükünün artışı ise -özellikle sağlık birimlerinin alt yapı sorunlarıyla birleştiğinde- muayene olmak ya da hastaneye yatmak için uzun bekleme sürelerine yol açmaktadır. Hiç kuşkusuz bu durum, “güven” krizi yaşayan hastanın memnuniyetsizliğini derinleştirmektedir.

Öte yandan “performans” sisteminin kışkırtmasıyla gereksiz yere artan hasta ve iş yükünün en önemli sonucu sağlık çalışanlarında yaşanan “tükenme”dir. İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından kullanılan *tükenme (burnout)* kavramı 1976 yılında Maslach tarafından “*kişinin özgül anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla gerçekten ilgilenemiyor olması*” olarak tanımlanmıştır **(Serinken M, 2002)**. Halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, takatsizlik, özgüven ve coşkunun azalması/yitimi ile karakterize “*duygusal tükenme*”; hizmet sunduğu kişilere karşı olumsuz davranışlarla karakterize “*duyarsızlaşma*” ve iş gereği karşılaşılan insanlarla ilişkilerdeki yetersizlik duygusunda artış ile karakterize “*bireysel becerilerde azalma*” tükenmişliğin yapısını oluşturmaktadır **(Serinken M, 2002)**.

Maslach tarafından “*hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı ve insancıl olmayan tarzda yanıt*” olarak tanımlanan tükenme, işten memnun olma düzeyi, iş doyumunu, iş heyecanı, işin önemi, iş-aile çatışması, iş değiştirme isteği, iş-yetenek uyumu, iş yükü, görev tanımı, ekonomik getiri ve sosyal destek arasında ilişkili mevcuttur **(Serinken M, 2002)**. Yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiya biçimli çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizlikler, kamu hastanelerinde çalışma, tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamında otonominin kısıtlı olmasına yol açan mesleki kıdemsizlik ve gerekçesi bilimsel olmayan kimi Sağlık Uygulama Tebliğ hükümleri, eğitim sırasında kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine

aktarılamama, akademik ve personel hiyerarşi piramidinde araştırma görevlisi, pratisyen hekim, tıp fakültesi öğrencisi gibi alt basamaklarda bulunma ve personelin dengesiz dağılımı sağlık çalışanlarında iş stresini arttıran ve tükenişe sürükleyen başlıca etmenlerdir **(Adaş EB, 2008)**. Öte yandan son günlerde hekimleri giderek daha fazla etkilemeye başlasa da, onlarca yıldır hekimler dışındaki sağlık çalışanlarını pençesine alan işsizlik, eksik istihdam, uzun ve esnek çalışma saatleri, gelecek belirsizliği, düşük ücret, güvencesiz istihdam, taşeron çalışma, düşük sosyal destek, işin anlamını yitirmesi, çalışanların birbiri ile rekabete sokulması, örgütsüzlük, sendikasızlık gibi etmenler çalışanın yaptığı işe yabancılaşmasını ve tükenmenin alt yapısını hazırlayan diğer temel taşlardır **(Adaş EB, 2008)**.

Tüm bu faktörler nedeniyle hem hekimlerin hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal psikoloji, karşılıklı tahammülsüzlüğü, empati ve tolerans yitimine neden olmakta ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi ise kaçınılmaz bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır.

Çözüm Önerileri:

Aydın Tabip Odası tarafından hazırlanan bu raporda özel bir başlık altında yer verilen bu bilgi notunun temel amacı hekimler tarafından şiddeti arttıran en önemli faktörlerden birisi olarak ifade edilen “performans” sisteminin hangi yollarla sağlık çalışanlarında şiddete neden olduğunu ortaya koymaktır. Öte yandan bu raporda da ortaya konulduğu üzere sağlık hizmet alanında yaşanan şiddet eylemlerinin sağlık hizmet alanından kaynaklanan ve kaynaklanmayan pek çok başka nedeni de vardır. Bu nedenle kanaatimizce atılması gereken ilk adım; sağlık çalışanlarının meslek örgütlerinin, sendikalarının ve uzmanlık derneklerinin kamu sağlık otoritesi olan Sağlık Bakanlığı ile bir araya gelmesi ve konuya bütüncül bakarak sorunları saptayıp çözüm önerileri geliştirmesidir.

Ancak mevcut bilgilendirme vesilesi ile özel olarak “performans ve şiddet” konusunda belirtmek isteriz ki;

- a) Gerek mezuniyet öncesi, gerek mezuniyet sonrası dönemdeki eğitimin entegre ve afiliye bir süreç dahilinde, özgür ve bağımsız biçimde sürdürülmesi gereklidir.
- b) Sürekli mesleki eğitim ve gelişim olanaklarının sağlandığı, etik ve moral değerlerin yetkinleştirildiği, hasta-hekim arasında bilgi paylaşımına dayalı eşitler ilişkisinin kurulduğu bir çalışma ortamı yaratılmalıdır.
- c) Hekimler, mesleki gelişim süreçlerinde hasta ve toplum odaklı bir sağlık ortamının yaratılması için üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmeye ve sundukları tüm hizmetlerde hasta güvenliğini öncelikle konusunda cesaretlendirilmelidirler.
- d) Tüm sağlık çalışanlarına aldıkları eğitime, yükledikleri sorumluluğa yakışır gelir temel maaş olarak tanınmalıdır.
- e) Tanımlanacak maddi ve sosyal hakların tümü sadece çalışma dönemini değil, hastalık, izin ve emeklilik dönemlerini de kapsamına almalıdır.
- f) Sağlık insan gücü planlaması nüfus, sağlık hizmet yapılanması ve hastalıkların toplumsal yükü dikkate alınarak, konunun tüm tarafları ile birlikte yapılmalıdır. Sağlık alanındaki yetişmiş nitelikli insan gücünün toplumsal yarara neden olabilmesi için sağlık çalışanlarının işsizlik sorunuyla karşı karşıya kalmaması gereklidir. Bu çerçevede güvenli iş olanağının yaratılması, çalışanlar arasında etik değerleri yok edecek yarışların önlenmesi ve çalışanların sadece çalıştıkları kurumda hizmet sunmasının sağlanması gereklidir.
- g) Bir ödüllendirme sistemi olarak performans sistemi, toplam gelirin %30'unu aşmayacak biçimde, kanıta dayalı tıp bilgileri çerçevesinde, sağlık çalışanlarının mesleki niteliklerini, ekip mantığını, toplumun temel sağlık sorunlarını ve koruyucu sağlık uygulamalarını motive eden biçimde uygulanmalıdır.
- h) Sağlıkta verilecek kararların sadece ekonomik bedeller üzerinden hesaplanması ve değerlendirilmesinden ivedilikle vazgeçilmeli, aksine sağlık hizmetlerinin insani yönünü göz önüne alan bir yaklaşım benimsenmelidir.

- i) Sağlıkta alınacak tüm kararlar, birey ve toplum sağlığını önceleyen bir hedefle, demokratik zeminde ve tüm tarafların katılımı ile belirlenmelidir.
- j) “Şiddete Sıfır Tolerans” uygulamaları çerçevesinde devlet sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerini önlemek için gerekli hukuki, idari ve sosyal tedbirleri ivedilikle almalıdır.

KAYNAKLAR:

- Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını, 2008.
- British Medical Association, Violence in the workplace - the experience of doctors in Great Britain, 2008.
- Elbek O. “Performans” ve Hekimlik. Toplum ve Hekim 2010; 25: 432-447.
- Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. BMJ 1991; 302: 329-332.
- ILO, Encyclopaedia of occupational safety and health, Geneva, ILO, 1983.
- Krug EG, et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999; 14: 420-425.
- Piyal B, Kaya M, Celen U. Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey). AJCI 2007; 1: 1-6.
- Serinken M, Çımrın AH, Ergör A, ve ark. Tükenme sendromu ve acil servis hekimleri. Toplum ve Hekim 2002; 17: 358-365.
- Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. J Clin Nurs 2007; 16: 1444-1453.

SAĞLIKTA ŞİDDET KONULU FAALİYET PROGRAMI ÖNERİSİ

İş Tanımı	Hedef	Strateji	Etkinlikler	Zaman	Sorumlu	Paydaşlar	Çıktı	Monitörizasyon	Açıklama
Sekretarya	Yazışmaların standardize edilmesi	Tüm yazışmaların aynı format ve logo ile tek elden yapılması	1- Gruba özgü standart yazı formatının oluşturulması 2- Yazışmaların tek elden yürütülmesi		TTB-MK	ŞST-ÇG Tabip Odaları	Yapılan yazışmalar	Yazışmalar	
Koordinasyon	Tüm faaliyetlerin hedefe uygun koordinasyonu	Faaliyet programına uyumlu ve zaman hedefli çalışmak	1- Faaliyet programının oluşturulması 2- Paydaşlarla kesinleştirilmesi 3- Programa uyumlu çalışmaların sürdürülmesi		TTB-MK	ŞST-ÇG	Program	Yapılan faaliyetler	
Arşiv	Tüm faaliyetlerin hedefe uygun arşivlenmesi	Faaliyetlerin dökümanite edilerek saklanması	1- Tüm faaliyetlerin sekretarya üzerinden sürdürülmesi 2- Sekretaryanın arşivlemesi		TTB-MK	ŞST-ÇG Sekreteri	Faaliyetler	Arşiv dosyası	
PR Faaliyeti	Sağlıkta yaşanan şiddet hakkında farkındalık yaratılması	Kamuoyuna yönelik faaliyetlerle farkındalık sağlanması	1- Yazılı basına yönelik faaliyetlerin planlanması 2- Görsel ve işitsel basın faaliyetlerinin planlanması 3- Sağlık kurumlarına yönelik faaliyetlerin planlanması 4- Uluslararası faaliyetlerin planlanması 5- TBMM'ye yönelik faaliyetlerin planlanması 6- Faaliyetlerin topluca yaşama geçirilmesi		TTB İstanbul TO Ankara TO İzmir TO TTB-UDEK	Medya SB TBMM YÖK DTB AB	Yapılan faaliyetler	Faaliyet sayısı Faaliyete katılan kişi sayısı Faaliyetin etkilediği kişi sayısı	
Eğitim Modülü	Şiddet kontrolünün sağlanması	Şiddet ortamına yönelik sonuç alıcı bir eğitim modülünün hayata geçirilmesi	1- Eğitim modülünün tamamlanması 2- Eğitici eğitiminin sağlanması 3- Bölgelerde ve illerde yaygın eğitime geçilmesi		ŞST-ÇG	Tabip Odaları TTB-UDEK SB YÖK Dekanlar	Modül programı	Eğitim sayısı Eğitime katılan kişi sayısı	

İş Tanımı	Hedef	Strateji	Etkinlikler	Zaman	Sorumlu	Paydaşlar	Çıktı	Monitörizasyon	Açıklama
Kurumsal Önlemler	Şiddet kontrolünün sağlanması	Şiddet ortamına yönelik sonuç alıcı kurumsal önlemlerin hayata geçirilmesi	1- Kurumsal önlemlerin tanımlanması 2- Kurumsal önlemlerin alınması için gerekli faaliyetler		TTB-MK	ŞST-ÇG Tabip Odaları TTB-UDEK SB YÖK	Kurumsal önlemler listesi	Uygulanan kurumsal önlemlerin sayısı	
Hukuki Girişimler	Gerekli hukuki önlemlerin alınması	Şiddet öncesi ve sonrasına yönelik hukuki prosedürlerin belirlenmesi	1- Yasa teklifinin güncellenmesi 2- Yasal girişim için gerekli faaliyetler 3- Oda ve uzmanlık derneklerinin hukuki mevzuat hakkında bilgilendirilmesi		TTB-MK	TTB-Hukuk Tabip Odaları TTB-UDEK SB Adalet Bakanlığı TBMM	Yasa	Yasa teklifi için yapılan tüm faaliyetlerin sayısı	
Bilimsel Faaliyetler	Ulusal ve uluslararası bilimsel literatürün geliştirilmesi ve tanıtılması	Şiddet konulu bilimsel çalışmaların artırılması ve paylaşılması	1- Ulusal ve uluslararası literatürün toplanması 2- Uluslararası katılımlı "Sağlıkta Şiddet" konulu kongrenin gerçekleştirilmesi		TTB-MK	ŞST-ÇG Tabip Odaları TTB-UDEK SB TBMM YÖK DTB Hasta Hakları	Kongre programı	Kongre etkinlikleri Kongreye katılan kurum / örgüt sayısı Kongreye katılan kişi sayısı	
İzlem-Değerlendirme	Kampanyanın çıktılarının takibinin yapılması	Belirlenen izlem ve sonuç kriterlerinin izlenmesi	1) Monitörizasyon kriterlerinin saptanması 2) İzlem grubunun oluşturulması 3) İzlem sonuçlarının periyodik olarak açıklanması		ŞST-ÇG	Tabip Odaları TTB-UDEK	İzlem raporları		

ŞİDDETE SIFIR TOLERANS KAMPANYASI ÖNERİSİ

AMAÇ :

Genelinde sağlık alanında, özelinde hekimlere yönelik şiddetin boyutunun ortaya konması ve konu hakkında toplumda “sıfır tolerans” geliştirilmesi

HEDEF :

- a) Sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygınlığını kavramak
- b) Gerek ulusal, gerek küresel boyutta yaşanan ekonomik ve sosyal değişimlerle yaşanan şiddet eylemleri arasındaki ilişkinin farkında olmak
- c) Hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin önlenebileceği/azaltılabileceği bir ortamın genel ilkelerini tanımlamak
- d) Şiddete maruz kalan bireylere ve şiddet uygulayan kişilere karşı planlanacak yaklaşımı şekillendirmek

ALAN	STRATEJİ	SORUMLU	MONİTÖRİZASYON	AÇIKLAMA
SÜREN FAALİYETLERİN DEVAMI VE YETKİNLEŞTİRİLMESİ	Şiddete Sıfır Tolerans Temsilcileri	TTB-MK Tabip Odaları	Belirlenen Temsilci Sayısı	Her bir sağlık biriminin büyüklüğü ve yoğunluğuna göre temsilci belirlenmeli (50 hekime bir temsilci gibi) Temsilci seçimleri birim toplantılarında gerçekleştirilmeli Birim temsilcilerinin görev tanım-sorumlulukları net olmalı, kimlik çıkarılmalı ve tüm bu bilgiler idari yöneticilere iletilmeli
	Şiddet Hattı ve Uygulamalarının Tanıtımı	TTB-MK Tabip Odaları	İhbar Edilen Olay Sayısı	Sürekli ve malzeme eşliğinde hekimlere tanıtım yapılmalı (Tıbbi Tanıtım Temsilcileri gibi)
TEKNİK ÖNLEMLER	“Şiddete Hayır” Uyarıları	TTB-MK Tabip Odaları	Uyarı Levhaları Asan Birim Sayısı Uyarı Levhalarının Sayısı	Tüm sağlık birimlerinin ana giriş kapısına ve sağlık biriminin büyüklüğüne göre gerekli noktalara görünür biçimde uyarı levhaları asılmalı (Elbette sağlık birimlerinin misyon, vizyon,.. cümlelerinin arasına “şiddetten arındırılmış çalışma ortamına ulaşmak” eklenmeli)
	Şiddet Karşıtı Ortam Dizaynı	TTB-MK Tabip Odaları	Uygulanan Yöntem Sayısı Uygulayan Sağlık Birimi Sayısı	Sağlık birimlerinde şiddeti önlemeyi amaçlayan teknik düzenlemeler yapılması*
PR	Medya İzlemi	TTB-MK Tabip Odaları	Haber Arşivi	Günlük olarak profesyonel olarak yapılmalı ve gerekli görülen haberlere aynı gün yanıt yazacak bir ekip oluşturulmalı
	PR Faaliyeti	TTB-MK Tabip Odaları	PR Çıktıları (gerçek ve sanal ortamda)	Profesyonel bir ajansla çalışılmalı

EĞİTİM	Bilgi Taraması	TTB-MK Tabip Odaları	Ulaşılan Doküman Sayısı	Literatür ve bilgi kaynakları derlenmeli ve sanal ortamda arşivlenmeli
	Sanal Ağ Oluşturulması	TTB-MK Tabip Odaları	Ağa Dahil Olan Kişi ve/veya Kurum Sayısı	Hekimler, sağlık birim yöneticiler, medya ve ilgili STÖ temsilcilerini içeren en az dört farklı ağ oluşturulmalı
	Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Tıp Eğitimi	TTB-MK Tabip Odaları	Yıllık Ders Saat Sayısı	“Sağlık Çalışanları ve Şiddet” dersi “Sağlık Çalışanları ve İletişim” dersi “Medikalizasyon” dersi Şiddet, felsefe, sosyoloji, insan / hasta hakları konferansları
	Şiddet Sempozyumu	TTB-MK Tabip Odaları	Sempozyum Web Sayfası ve Kitabı	TTB, TTB-UDEK, Sendikalar, Hasta Örgütleri, Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliği ile gerçekleştirilmeli
	Şiddet Broşürü	TTB-MK Tabip Odaları	Broşür Çıktısı	TTB, TTB-UDEK, Sendikalar, Hasta Örgütleri, Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliği ile gerçekleştirilmeli
	Şiddet Karşıtı Eğitim	TTB-MK Tabip Odaları	Eğitime Katılan Kişi Sayısı	Şiddeti anlamaya ve korunmaya yönelik interaktif eğitim olmalı
	Şiddet Çalışması	TTB-MK Tabip Odaları	Araştırma Raporu	Türkiye ölçeğinde gerçekleştirilmeli
	Kişi / Birim Toplantıları	TTB-MK Tabip Odaları	Toplantılara Katılan Kişi Sayısı	Hekimlere, topluma ve yöneticilere yönelik üç farklı düzlemde gerçekleşmeli Her bir toplantının amaç, hedef ve çıktıları önceden tanımlanmalı
	Şiddeti Önleme Birimi	TTB-MK Tabip Odaları	Birimin Üretimleri	İl düzeyinde tam gün süreyle en az iki personelin istihdam edildiği bir yapılanma olmalı
	Deneyim Toplantıları	TTB-MK Tabip Odaları	Gerçekleştirilen Toplantı Sayısı Toplantıya Katılan Kişi Sayısı	Toplantılara hekim-hasta ve hekim-medya temsilcileri katılmalı ve şiddete uğrayan hekimlerin deneyimleri tartışılmalı

YASAMA	Lobi Faaliyeti	TTB-MK Tabip Odaları	Ziyaret Edilen Kurum ve Kişiler	İl milletvekilleri, hekim/sağlık çalışanı milletvekilleri, sağlık komisyonu, sağlık bakanı ile yakın ve yoğun temas kurulmalı
KÜLTÜR	Film Haftası	TTB-MK Tabip Odaları	Gösterilen Film Sayısı Filmi İzleyen Kişi Sayısı	Sağlık, sağlıkta şiddet ve şiddet temalı olmalı
	Konferanslar	TTB-MK Tabip Odaları	Gösterilen Konferans Sayısı Konferansı İzleyen Kişi Sayısı	Sağlık, sağlıkta şiddet ve şiddet temalı olmalı
	Barış Festivalleri	TTB-MK Tabip Odaları	Gerçekleştirilen Festival Sayısı Festivale Katılan Kişi Sayısı	Sağlık, sağlıkta şiddet ve şiddet temalı olmalı

***Teknik Düzenlemeler:**

1. Alkol, ilaç ve madde bağımlılarının özel polikliniklerde hizmet sunulması
2. Tüm bürokratik hasta işlemlerinin sanal alana taşınarak hasta ve hasta yakınlarının iş yükünün sonlandırılması
3. Muayene, tetkik ve tedavi hizmetlerinde randevulu hizmet sunumu
4. Birimlerde "Kırmızı Kod" butonu ve diafonun olması
5. Çift kapılı muayene odaları, kilitli kapılar, alternatif çıkış yolları, bariyerler
6. Akıllı kart eşliğinde çalışan kapılar sayesinde hasta ve hasta yakınlarının serbestçe dolaşımının kısıtlanması
7. Acil servise hasta yakınlarının alınmayacak biçimde organizasyonu
8. Acil serviste 24 saat süreyle dört ana branştan hekimin bulunması
9. Acil servis bünyesinde temel laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin sunulması
10. Sağlık çalışanlarının asgari iki kişi ile nöbet tutması ve gece boyu devriye ekiplerin bulunması
11. Uygun aydınlatma sağlanarak sağlık birimlerinde kör ve karanlık bölgelerin olmasının önlenmesi
12. Hekim ve hemşire dışı personel sayısının yeterli sayı ve nitelikte olması
13. Tüm sağlık birimlerinde etkin çalışan danışma / bilgi aktarım birimlerinin olması
14. Araştırma görevlileri başta olmak üzere çalışanların 24 saat mesai+nöbet çalışması sonrasında zorunlu 11 saat izin hakkı olması
15. Bekleme salonlarının geniş ve ferah olması, salonlarda müzik ve içecek ikramının bulunması
16. Hekim başı hasta sayısının azami 25 ile sınırlanması
17. Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının ortak dinlenme odalarının bulunması, bu odaların müzik, internet, kitap, dergi gibi olanakları bulunması
18. Sağlık kurumlarında her ay tüm çalışanların, meslek örgütü ve sendika temsilcilerinin katılacağı "Sorunlar ve Çözüm Yolları" başlıklı toplantıların yapılması
19. Sağlık birimlerinde "Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Birimi" oluşturulması
20. Sağlık birimlerinin risk analizlerinin yapılması
21. Her sağlık biriminde yazılı ve sorumluları tanımlanmış biçimde şiddetten korunma programının oluşturulması
22. OSHA'nın Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers dokümanı uygulamalarının hayata geçirilmesi



**AYDIN TABİP ODASI
ALO HEKİM ŞİDDET HATTI**

0 538 912 87 55



HER ZAMAN ÇALABİLECEĞİNİZ

BİR KAPI VAR...