

T.C  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE  
GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK  
ŞİDDET**

**(Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Örneği)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Ali İrfan YAVUZ**

İstanbul, 2014

T.C  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE  
GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK  
ŞİDDET**

**(Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Örneği)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan

**ALİ İrfan YAVUZ**

110746615

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

İstanbul, 2014

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

24.01.2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746615 numaralı *Ali İrfan YAVUZ'un* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 07.01.2014 tarih ve 2014/01 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5.9) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN  
YRD.DOÇ. DR.NEVZAT DEVEBAKAN



ÜYE  
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN



ÜYE  
YRD. DOÇ. DR. GÖNÜL ALKAN

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. ..../...../.....

İmza

**Aday : Ali irfan YAVUZ**

**Adı ve Soyadı:** Ali İrfan YAVUZ

**Danışmanı:** Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

**Türü ve Tarihi:** Yüksek Lisans 2013

**Alanı:** İşletme Yönetimi / Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, Sağlık Çalışanına Şiddet, İş Sağlığı ve Güvenliği, Şiddet Nedenleri, Sağlıkta Şiddet.

## ÖZ

### SAĞLIK İŞLETMELERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK ŞİDDET

**(Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Örneği)**

Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanlarının, kendilerini çalıştıkları kurumda huzurlu ve güvende hissetmeleri, kaliteli ve nitelikli hizmet üretme ve sunma düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Şiddet, toplumumuzun ve çalışma alanlarının her kademesinde yaşanan toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kavramı ne kadar önemli ise çalışan güvenliği kavramı da o denli önemli bir kavramdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde, çalışan güvenliği, iş sağlığı ve şiddetin önlenmesi konularının üzerinde titizlikle durulması gerekmektedir. Her geçen gün hayati önemleri bir kez daha anlaşılan iş sağlığı ve güvenliği sistemi, bu kapsamda hizmet veren tüm işletmelerde uygulanmalı, daha verimli ve performansı yüksek hizmet sunumu amaç edinilmelidir. Diğer taraftan sağlık işletmelerinin, İSG politikasına maksimum düzeyde özen göstermesi, işletme çatısı altındaki tüm çalışanların oluşturulan İSG politikasına dahil edilmesi, personeli için her türlü risk, şiddet ve güvenlik önlemleri alınmış bir işletme ortamı oluşturması gerekmektedir. Bu tez çalışması, karmaşık ve multidisipliner yapıda, emek yoğun ve çeşitli meslek grubundaki çalışanların eşgüdümlü çalışmalarıyla hizmet üreten Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık personellerinin; şiddete uğrama nedenlerini, şiddete uğrama yüzdelerini, şiddetin türlerinin araştırılması ve şiddeti önlemeye yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucu ise; çalışma koşulları, güvenlik, stres, karışık işleyiş süreçleri, iletişim ve bilgilendirme faktörleri ile psikolojik ve fiziksel şiddet faktörleri arasında anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğu görülmüştür.

**Name and Surname:** Ali İrfan YAVUZ

**Supervisor:** Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

**Degree and Date:** Master 2013

**Major:** Department of Business Administration, Management of Hospital and Health Institution

**Key Words:** Violence, Violence in Employee Health, Occupational Health and Safety, Causes of Violence, Violence in Health.

## **ABSTRACT**

### **THE VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS UNDER OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY REGULATIONS**

**(Dr. Behçet Uz Children's Disease and Surgery Training and Research Hospital  
Example)**

During the delivery of healthcare services, healthcare workers will produce and deliver high quality and superior service positively if healthcare workers feel safe and peaceful in the workplace. Violence has become a social problem in all levels of society. In healthcare facilities, the concept of employee safety is as important as the concept of patient safety. Therefore, employee safety, occupational health and violence prevention issues must be dealt with diligently in healthcare organizations. Health organizations, which aim to work more efficiently and with high performance, should pay attention to create a work environment under occupational health and safety measures. On the other hand, health institutions should pay attention on Health and Safety Policy and incorporate all employees under Health and Safety Policy. Also, health institutions are required to create a business environment by taking risks, violence and security measures in order to avoid their staff. This thesis has been co-ordinated by employees who work under complex and multidisciplinary structure in various professional groups. Dr. Behçet Uz Children's Disease and Surgery Training and Research Hospital, health personnel and has been prepared in order to determine the causes of violence and percentages, and types of violence. Also, this thesis is intended to shed light on studies that purpose to prevent violence. The result of this research shows us the significant relationship is seen between factors of working conditions, safety, stress, complicated operational processes, communication and information and factors of psychological and physical violence.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY SAYFASI	
YEMİN METNİ	
ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR .....	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM TEMEL SAĞLIK KAVRAMLARI VE SINIFLANDIRILMASI

<b>1.1.SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI .....</b>	<b>4</b>
1.1.1. Sağlık Kavramı.....	4
1.1.2. Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
1.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
1.1.3.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	9
1.1.3.1.2. Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri .....	10
1.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	10
1.1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
1.1.3.4. Sağlık Geliştirilmesi .....	11
<b>1.2. SAĞLIK İŞLETMELERİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ .....</b>	<b>11</b>
1.2.1. Sağlık İşletmelerinin Tanımı .....	12
1.2.2. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması.....	13
1.2.3. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri .....	16
<b>1.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....</b>	<b>18</b>
1.3.1. İş sağlığı .....	18

1.3.2. Güvenlik .....	21
1.3.3. İş Güvenliği .....	22
1.3.4. Tehlike.....	23
1.3.5. İSG ve İSG Yönetim Sistemi.....	24
1.3.6. Risk ve Risk Değerlendirmesi.....	29
1.3.7. İş Kazası ve Meslek Hastalığı.....	32
1.3.8. Türkiye’de Sağlık Çalışanları.....	36
<b>1.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİ TEHDİT</b>	
<b>EDEN FAKTÖRLER.....</b>	<b>44</b>
1.4.1. Biyolojik Risk Faktörleri.....	46
1.4.2. Kimyasal Risk Faktörleri .....	47
1.4.3. Fiziksel Risk Faktörleri .....	48
1.4.3.1. Işıklandırma/Aydınlatma .....	48
1.4.3.2. Gürültü .....	49
1.4.3.3. İyonizan Radyasyon.....	50
1.4.3.4. Nakil/Transfer .....	51
1.4.3.5. İklimlendirme Sistemleri .....	51
1.4.3.6. Trafik Kazaları.....	52
1.4.4. Psiko-Sosyal Risk Faktörleri.....	53

## İKİNCİ BÖLÜM

### ŞİDDET KAVRAMLARI VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE

#### ŞİDDET

<b>2.1. ŞİDDET KAVRAMI VE SINIFLANDIRILMASI.....</b>	<b>55</b>
2.1.1. Şiddet Kavramı.....	55
2.1.2. Şiddetin Tarihçesi.....	57
2.1.3. Şiddet Türleri.....	60
2.1.4. Şiddetin Sınıflandırılması.....	61
2.1.5. İşyerinde Şiddet.....	65
<b>2.2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ŞİDDET.....</b>	<b>66</b>
<b>2.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞİDDETE</b>	
<b>MARUZİYETLERİNE YÖNELİK ALINAN ÖNLEMLER .....</b>	<b>73</b>



**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**  
**KAPSAMINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK ŞİDDET**  
**Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma**  
**Hastanesi Örneği**

<b>3. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN ŞİDDETE MARUZİYETİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK ALAN ÇALIŞMASI.....</b>	<b>77</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	77
3.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	78
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	79
3.4. Araştırmanın Yöntemi.....	79
3.5. Araştırmanın Analiz ve Bulguları.....	80
3.5.1. Demografik Verilerin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	81
3.5.2. Fiziksel Şiddete Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	85
3.5.3. Psikolojik Şiddete Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	89
3.5.4. Güvenlik Önlemlerine Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	93
3.5.5. Ölçek İfadelerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	94
3.5.6. Şiddet Nedenlerinin İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları.....	96
3.5.7. Fiziksel Şiddet, Psikolojik Şiddet ve Memnuniyet Düzeylerine Yönelik Hipotezler.....	97
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>109</b>
<b>KAYNAKÇA... ..</b>	<b>120</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK-1. Anket Örneği.....</b>	<b>131</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>133</b>

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>API</b>	: American Petroleum Institute
<b>ASME</b>	: American Society of Mechanical Engineers
<b>AÜ</b>	: Ankara Üniversitesi
<b>BSI</b>	: British Standards Institute
<b>BUÇH</b>	: Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi
<b>Bkz.</b>	: Bakınız
<b>CBI</b>	: İngiltere Endüstri Konfederasyonu
<b>CDC</b>	: Amerikan Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi
<b>DEÜ</b>	: Dokuz Eylül Üniversitesi
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü'nün
<b>dB</b>	: Desibel
<b>Eeg.</b>	: Elektroensefalografi
<b>Hz</b>	: Hertz
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>HSE</b>	: İngiltere İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu
<b>ICRP</b>	: Uluslararası Radyolojik Korunma Komisyonu
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
<b>ILO</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>İSG</b>	: İş Sağlığı ve Güvenliği
<b>ISO</b>	: International Organization for Standardization

<b>Lab.</b>	: Laboratuvar
<b>NFPA</b>	: National Fire Protection Association
<b>No.</b>	: Numara
<b>OHSAS</b>	: İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi
<b>Ort.</b>	: Ortalama
<b>PSI</b>	: Uluslararası Kamu Hizmetleri Sendikası
<b>PPD</b>	: Pürified Protein Derivative
<b>Plk.</b>	: Poliklinik
<b>RG.</b>	: Resmi Gazete
<b>RTÜK</b>	: Radyo Televizyon Üst Kurulu
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>SABİM</b>	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
<b>SNZ</b>	: Standards New Zealand
<b>SBE</b>	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SİM</b>	: Sağlık İletişim Merkezi
<b>TAEK</b>	: Türkiye Atom Enerji Kurumu
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>Tkn.</b>	: Teknisyen
<b>TESK</b>	: Türkiye Esnaf ve Sanatkârlar Konfederasyonu
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>TSE</b>	: Türk Standartları Enstitüsü
<b>TSK</b>	: Türk Silahlı Kuvvetleri
<b>TMMOB</b>	: Türkiye Makine Mühendisleri Odalar Birliği

<b>TOBB</b>	: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UÇÖ</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>v.b.</b>	: Ve Benzeri
<b>YTKİY</b>	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurumu
<b>YYLT</b>	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
<b>yy.</b>	: Yüz Yıl
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

<b>Tablo 1.</b> İSG’nde Klasik ve Yeni Yaklaşımın Karşılaştırılması.....	24
<b>Tablo 2.</b> Risk Matrisinde Kabul Edilebilirlik.....	31
<b>Tablo 3.</b> Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler, (2006-2011).....	38
<b>Tablo.4</b> Sağlık Personelinin Sektöre ve Unvanlara Göre Dağılımı, (2011).....	39
<b>Tablo 5.</b> Nüfus başına düşen sağlık personeli gelişimi (2006-2010).....	40
<b>Tablo 6 .</b> Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Etkileyen Tehlike ve Riskler.....	44
<b>Tablo 7.</b> Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet, (2006).....	58
<b>Tablo 8.</b> Yüksek Stres Düzeyindeki Meslekler.....	63
<b>Tablo 9.</b> Bazı Hizmet Gruplarının Şiddet Düzeyleri.....	68
<b>Tablo 10.</b> Güvenilirlik Analiz Sonuçları.....	80
<b>Tablo 11.</b> Cinsiyet Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	81
<b>Tablo 12.</b> Medeni Durum Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	81
<b>Tablo 13.</b> Yaş Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	82
<b>Tablo 14.</b> Eğitim Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	82
<b>Tablo 15.</b> Meslek Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	83
<b>Tablo 16.</b> Meslekteki Toplam Çalışma Yılı Frekans ve Yüzde Dağılımları .....	84
<b>Tablo 17.</b> BUCH’da Toplam Çalışma Yılı Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	84
<b>Tablo 18.</b> Çalışma Durumu Frekans ve Yüzde Dağılımları .....	85
<b>Tablo 19.</b> Bir Yıl İçinde İşyerinde Fiziksel Şiddete Uğrayanlar ve Uğradıkları Fiziksel Şiddetin Sayısal Dağılımı.....	85
<b>Tablo 20.</b> Fiziksel Şiddete Maruz Kalınan Yer ve Şiddet Sonrası Sonuçların Yüzde Dağılımları .....	86
<b>Tablo 21.</b> Fiziksel Şiddete Yönelik Psikolojik Destek İhtiyaçları ve Alınan Yardımların Yüzde Dağılımları.....	88

<b>Tablo 22.</b> Bir Yıl İçinde İşyerinde Psikolojik Şiddete Uğrayanlar ve Uğradıkları Psikolojik Şiddetin Sayısal Dağılımı.....	89
<b>Tablo 23.</b> Psikolojik Şiddetin Türüne ve Maruz Kalınan Yerlere Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları .....	90
<b>Tablo 24.</b> Psikolojik Şiddeti Uygulayan Kişilerin Frekans ve Yüzde Dağılımları ...	91
<b>Tablo 25.</b> Psikolojik Şiddet Sonrası Psikolojik Destek İhtiyaçları ve Alınan Yardımların Yüzdesel Dağılımları.....	92
<b>Tablo 26.</b> Güvenlik Önlemlerine Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları .....	93
<b>Tablo 27.</b> Çalışılan Birim Tercihleri ve Memnuniyet Durumları Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	94
<b>Tablo 28.</b> İş Riski ve İşyeri Değişikliğine Yönelik Yüzde Dağılımları .....	95
<b>Tablo 29.</b> Şiddet Nedenlerinin İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları.....	96
<b>Tablo 30.</b> Fiziksel Şiddete Göre T Testi Analiz Sonuçları.....	98
<b>Tablo 31.</b> Psikolojik Şiddete Göre T Testi Analiz Sonuçları.....	100
<b>Tablo 32.</b> Memnuniyet İfadelerinin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	103
<b>Tablo 33.</b> Yaş Durumu Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları.....	104
<b>Tablo 34.</b> Memnuniyet İfadelerinin Meslek Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	105
<b>Tablo 35.</b> Meslek Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları.....	106
<b>Tablo 36.</b> Memnuniyet İfadelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	107
<b>Tablo 37.</b> Eğitim Durumları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları.....	108

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

<b>Şekil 1.</b> Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri.....	8
<b>Şekil 2.</b> Risk Matrisinin Oluşturulması.....	31
<b>Şekil 3.</b> 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslar arası Karşılaştırılması.....	42
<b>Şekil 4.</b> 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslar arası Karşılaştırılması.....	43

## GİRİŞ

**Çalışmanın Konu Seçimi:** Sağlık sektöründe çalışan personellerin maruz kaldıkları şiddetin boyutları, devletin ve sağlık işletmelerinin örgütlü olarak, geniş kapsamlı ve uzun soluklu mücadeleleri ve ivedilikle önlemler alınmasını gerekli kılmıştır. Dolayısıyla sağlık sektöründe, iş sağlığı ve güvenliği ve sağlıkta şiddet konularının önemi daha da belirgin hale gelmiştir. Konunun daha iyi anlaşılması açısından, bu faktörler göz önünde bulundurularak konu seçimine gidilmiştir.

**Çalışmanın Önemi:** İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli bu risklerden ciddi şekilde etkilenmektedir. Hastaneler birçok iş kolunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır. Hastaneler dışında hiçbir iş ortamında kimyasal madde kullanımı, enfeksiyon riskleri, delici-kesici aletler, radyoaktif madde ve radyasyon kullanımı, ağır malzemelerin nakliyesi ve elektrikli aletlerin sürekli kullanımı bir arada bulunmamaktadır. Tüm bu etmenlerin yanı sıra yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve/veya vardiyalı çalışma, ergonomik yapıdan uzak, konforsuz çalışma ortamları ve iş stresi sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre, daha fazla mesleki riskler ile karşılaşması ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ne kadar önemli ise çalışan güvenliği de o denli önemli bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet, çalıştıkları kurumda huzursuz ve güvensiz hissetmelerine neden olmaktadır. Bu durum kaliteli hizmet sunma düzeylerini negatif anlamda etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği, çalışma koşullarından memnuniyet ve şiddetin önlenmesi gibi konularının üzerinde titizlikle durulması gerekmektedir. Ayrıca, şiddetin nedenlerinin, şiddete uğrama yüzdelerini, türlerinin, oluş nedenlerinin ve alınması gereken önlemlerin araştırılması ve açığa çıkarılması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma sağlıkta şiddet, şiddet nedenleri ve önlenmesi konularının daha iyi anlaşılması ve literatürde yeni kaynaklar oluşturması açısından faydalı olacaktır.



**Çalışmanın Amacı:** Sağlık Bakanlığı tarafından son zamanlarda yayınlanan yönerge ve yönetmelikler ile amaçlanan tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin artırılması, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesi, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntemler ve tekniklerin belirlenmek istenerek güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanması istenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bu yönetmelik ve yönergeler kapsamında yürütülen bu çalışma emek yoğun, 24 saat kesintisiz hizmet veren ve multidisipliner yapıdaki T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Sağlık sektöründe hizmet sunan personellerin şiddete maruz kalmalarındaki temel nedenler, şiddete zemin hazırlayan faktörlerin değerlendirilmesi, şiddete uğrama yüzdeleri ve önlemeye yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır.

**Çalışmanın Yöntemi:** Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr.Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği), başlıklı çalışmanın yazım aşamasında, konu hakkında oluşturulmuş kaynak ve literatür taraması yapılmıştır. Aynı zamanda alan araştırması ve anket tekniği kullanılarak araştırma verileri elde edilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan anket, Doç.Dr. Serap COŞKUN'un "Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi" isimli çalışmasından alınmıştır. Anket için gerekli izinler kendisinden alınarak çalışmanın yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi katılımcılarına uygulanmıştır.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde ise SPSS for Windows 15,0 (Statistical Program for Social Science ) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. İlgili verilerin türüne ve hesaplanma metoduna uygun olarak, tanımsal istatistik analizleri, bağımsız örneklem t testi (Independent sample t test), bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Araştırmada güvenilirlik analizi sonuçları (Cronbach alpha), tekniği kullanılarak elde edilmiştir.

**Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları:** Araştırma evreni İzmir Güney Bölge Genel Sekreterliği Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelinden oluşmaktadır. Zaman kısıtı, sağlık işletmelerinde gerçekleştirilen işlerin çoğunun insan yaşamı ile ilgili olup, ivedililik gerektirmesi ve dolayısı ile sağlık çalışanlarının sözü edilen hizmetleri sunma konusundaki yoğunluğu, araştırma için kullanılacak ekonomik kaynaklarının yetersizliği nedenleriyle örneklem olarak sağlık çalışanlarından sadece İzmir Güney Bölge Genel Sekreterliği Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personeli dahil edilmiştir.

**Çalışmanın Hipotez ve Varsayımları:** Ülkemizin onayladığı Uluslararası Çalışma Örgütü'nün İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 sayılı sözleşmesinin 3. Maddesinde "Sağlık" kavramının, işle bağlantısı açısından, sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması halini değil, aynı zamanda, çalışma sırasındaki sağlığa uygunluk ve güvenlik ile doğrudan ilişkili olarak sağlığı etkileyen fiziksel ve zihinsel unsurları da kapsadığı ifade edilmektedir. Genel olarak araştırmanın yapıldığı, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi personellerinin iş sağlığı ve güvenliği kapsamında, şiddete maruziyetleri varsayımı üzerinden sistemli bir çalışma planlanmış ve yürütülmüştür. Bu kapsamda yürütülen çalışmada, güvenlik, iş riski, iş stresi, çalışma koşulları ve meslekten memnuniyet konularının şiddet türleri ile bağlantısı incelenmiş olup, çalışma koşulları ve meslekten memnuniyet faktörlerinin; yaş, eğitim durumu ve meslek grubu değişkenlerine göre anlamlılık düzeyleri de ölçülerek varsayımlar derinleştirilmiştir.

Araştırmanın birinci bölümünde; sağlıkla ilgili temel kavramlar, sağlık hizmetleri ve sınıflandırılması, sağlık işletmeleri ve özellikleri, iş sağlığı ve güvenliği ve İSG yönetim sistemi ile personelinin sağlığını tehdit eden risk faktörlerinden bahsedilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde; şiddetin tanımı, tarihçesi, türleri, sınıflandırılması, işyerinde ve sağlık hizmetlerinde şiddet ve son olarak ülkemizde şiddeti önlemeye yönelik alınan önlemlerden bahsedilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümü ise, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında sağlık çalışanlarının şiddete maruziyetlerini kapsayan bir araştırmaya yer verilmiş olup, araştırma sonuç ve öneriler ile sonlandırılmıştır.

# SAĞLIK İŞLETMELERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK ŞİDDET

(Doktor Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Örneği)

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TEMEL SAĞLIK KAVRAMLARI VE SINIFLANDIRILMASI

#### 1.1. TEMEL SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Günümüzün iş yaşamı ve çalışma koşulları ile gelişen teknoloji karşısında en çok karşılaşılan sorunlardan birisi de sağlık sorunlarıdır. Konunun önemi ve daha iyi anlaşılması amacıyla çalışmamızın bu bölümünde; sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması kavramlarına yer verilecektir.

##### 1.1.1. Sağlık Kavramı

En kısa tanımıyla sağlık, “hasta olmamak” ise de, böyle bir yaklaşım hastalıktan ne anlaşılacağı ön sorununun çözülmesini gerektirir. Hastalığın tanımı da sağlık kadar belirsizlikler içermektedir. Hastalık algılanması, kişiden kişiye ve toplumdan topluma farklılık gösterir. Kişi, “ağrı çekmediği bir durumda kendisini sağlıklı hissedebilirken, muayene eden hekim kişinin hasta olduğuna karar verebilir, bunun tersi bir durumda her zaman mümkün olduğu söylenmektedir.”<sup>1</sup> Hastalık ve sağlık kavramları arasında net bir sınırın olmaması, bu kavramların kişiler ve toplumlar arası farklı anlaşılabilmesi, sağlık otoritelerini ve yasa koyucuları, “sağlık” kavramını tanımlama ve kapsamını belirleme çabası içine sokmuştur. Geline bu durum karşısında, sağlık konusunda otorite sayılan bir takım kişi ve kurumlar “sağlık” kavramını kısmen de olsa göreceli olmaktan kurtarıp tüm dünya tarafından anlaşılabilir ortak bir tanım oluşturmaya yoluna gitmişlerdir. Son 150 yıldır, sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın kişilerin; yaşmalarını sürdürebilme yeterlilikleri, iyilik halinin sağlanması, hasta

<sup>1</sup> G. H. Dağlı., Türkiye de Sağlık Sektörünün Yapısı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara Üniversitesi(AÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBÜ), Ankara, 2006, s.13

olmaları, günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterlilikleri, mutluluk duygusuna sahip olmaları, sosyal, çevresel ve psikolojik değişkenlere varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur.<sup>2</sup>

Sağlık kavramı sözcük olarak, “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik”<sup>3</sup> anlamında ifade edilmektedir. Gerçektende birçok insan “sağlığı, hastalığın olmaması”<sup>4</sup> olarak düşünmektedir. Hastalık, hekim yaklaşımı ile “doku, organizma ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı hal”<sup>5</sup> olarak tanımlamak mümkündür. Tıbbi açıdan hastalık ise, “bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması”<sup>6</sup> şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık kavramını daha iyi açıklayabilmek için, Dünya Sağlık Örgütü’nce (DSÖ) 1948 yılında tanımlanan “Sağlık” kavramını belirtmekte fayda vardır. DSÖ’ne göre sağlık, yalnızca hasta olamamak değil, bireyin, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.<sup>7</sup>

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun 2. maddesinde DSÖ tanımına benzer bir tanımın Türk sağlık mevzuatına girdiği görülmektedir. Bu Kanunun göre, sağlık, “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.”<sup>8</sup>

Sağlık ve hastalık kavramları bireysel, toplumsal, çevresel farklılıklarla algılanan bir durum olması nedeniyle, her bilim tarafından o bilime özgü bakış ve yöntemle incelendiği görülmektedir. Örneğin sağlığın psikolojik yönden göstergesi, “mutluluk, huzur veya sorunlarla başa çıkma kabiliyeti olurken, biyolojik açıdan sağlıklı olmanın göstergesi, bedendeki her hücrenin görevini kusursuz yapmasıdır.”<sup>9</sup>

---

<sup>2</sup> S. Somunoğlu, “Kavramsal Açıdan Sağlık,” Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı, 1, Ankara, 1999, s. 52

<sup>3</sup> Sağlık, Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Ankara, 1988, s. 549

<sup>4</sup> O. Hayran-H. Sur, Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s. 3

<sup>5</sup> N. Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1985, s.1.

<sup>6</sup> N. Gerek, Sosyal Güvenlik Hukuku, Eskişehir, 2000, s.172

<sup>7</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011, s. 1

<sup>8</sup> Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Md. 2, Tarih.1961, Sayı. 224  
[http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR\\_KARARLAR/kanuntbmmc043/kanunmbkc043\\_kanunmbkc04300224.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc043/kanunmbkc043_kanunmbkc04300224.pdf), (02.05.2013)

<sup>9</sup> N. Sabuncu- K. Babadağ- G. Taşocak- T. Atabek, Hemşirelik Esasları, (Ed): Seçim, H, Eskişehir, 1991, s.5

Diğer taraftan sosyolojik bakış açısında sağlık, “bireyin sosyal normlara uyumuna işaret ederken, hastalık, sosyal normlardan sapma”<sup>10</sup> şeklinde tanımlanmaktadır.

Alan yazını incelendiğinde, bazı yazarların sağlık tanımında sözü edilen tam iyilik halinin sağlanmasının bir sağlık yönetim sistemi ile mümkün olabileceğini öne sürmektedir.<sup>11</sup> Sabuncu, sağlık yönetim sisteminin özellikle sağlığı koruyacak ve geliştirecek kişiden başlayarak, en tepe görevlisine kadar uzanan önemli ve çok bilimli bir sistem olduğuna işaret ederken, sağlığın korunması ve geliştirilmesi görevinin sadece sağlık hizmetlerinin görevi olmadığına da dikkat çekmektedir. Sabuncunun yaklaşımına göre insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini sağlamak tüm meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Örneğin, hukukçu insan sağlığını koruyacak kanunları oluşturmakla; mühendis insanın sağlıklı bir çevrede yaşayacağı çevresel alt yapıyı oluşturmakla; öğretim üyesi, sağlık eğitimini ve insanın yaşamını sürdürmesi için gerekli mesleki eğitimi vermekle, ekonomist ve işletmeci, insanın sosyal ve ekonomik gereksinimlerini sağlayacak sistemleri oluşturmakla yükümlüdürler.<sup>12</sup>

Yukarıdaki bilgiler değerlendirildiğinde sağlıklı olabilmenin sadece hastalıkların çevreden bertaraf edilmesi ile oluşmayacağı, kişilerin sosyal ve psikolojik yönden iyi olmalarının da sağlıklı olabilmelerinde önemli rol oynadığı anlaşılmaktadır. Aynı zamanda var olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi birçok bilim dalı ile birlikte çalışmayı gerektirmekte ve üzerlerine düşen görevlerin büyük bir hassasiyet ile yerine getirilmesi beklenmektedir.

Sağlık, bireyler için temel bir haktır. Nitekim uluslararası metinlerde de, “sağlık hakkı” ayrı bir başlık olarak yer almaktadır. İnsan haklarının korunması alanında uluslararası temel belgelere bakıldığında, Avrupa Sosyal Şartı’nın 11. ve 13. Maddelerinde sağlık hakkının düzenlendiğini görmekteyiz. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25.maddesinde “Her bireyin, gerek kendisi, gerek ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık,

---

<sup>10</sup> N. Sabuncu ve Ark, s. 5

<sup>11</sup> H. H.Sabuncu, İş Sağlığı, İzmir, 2002, s. 319, <http://www.ttb.org.tr/MSG/dergi/39/msg39.pdf>, (15.05.2013)

<sup>12</sup> Sabuncu ve Ark, s. 7

dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkanlarından iradesi dışına mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır”<sup>13</sup> şeklinde sağlık hakkının, açıkça düzenlendiği görülmektedir.

T.C. Anayasası'nın 56. maddesi; “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” hükmüyle, sağlık hakkına anayasal güvence sağlamaktadır. Sağlık hakkı Türk hukuk düzeni içinde anayasal bir haktır. Bu çerçevede, herkesin bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı yaşamasını sağlayacak koşulları oluşturmak ve iktisadi kalkınmanın ana unsuru olan, sağlıklı işgücü yetiştirmek için gerekli tedbirleri almak devletin anayasal bir ödevi olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>14</sup>

### 1.1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri genel bir kavram olarak “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler bütünü olarak tanımlanmaktadır.”<sup>15</sup>

Fişek, sağlık hizmetlerini, “genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar”<sup>16</sup> olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü ise, sağlık hizmetleri sistemini; “belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yaralanarak toplumun gereksinme ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem”<sup>17</sup> olarak tanımlamıştır.

Sağlık hizmetlerindeki temel amaç, toplumdaki tüm bireyler için gerek hastalığın veya sağlıklı olmayan halin tedavisi, gerekse her türlü hastalığın önlenerek, bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek, sağlıklı bir şekilde daha uzun ömürlü ve kaliteli yaşamalarına hizmet etmek olduğu söylenebilir. Böylece

<sup>13</sup> Milli Eğitim Bakanlığı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Madde 25/I.  
[http://www.meb.gov.tr/belirligunler/insan\\_haklari/bildirge.htm](http://www.meb.gov.tr/belirligunler/insan_haklari/bildirge.htm), (13.08.2013)

<sup>14</sup> Dağlı, s.14

<sup>15</sup> TTB, (Türk Tabipler Birliği), Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 1.bölüm 1.kısım ss. 1  
[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=240&itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34),  
(13.08.2013)

<sup>16</sup> Fişek, s. 4

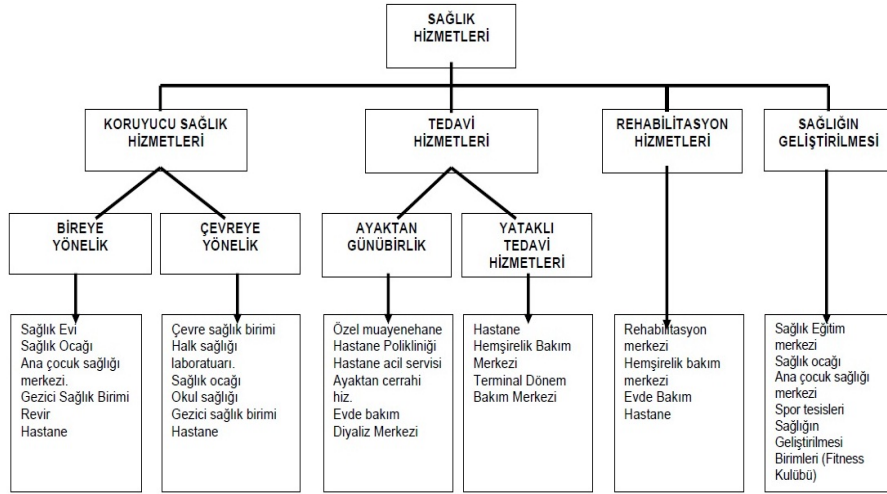
<sup>17</sup> E. Öztürk, “Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları,” Sayıştay Dergisi, Sayı 56, Ankara, 2005, s. 5

toplumdaki tüm bireyler sağlıklı bir şekilde topluma kazandırılıp üretkenliğe katkıda bulunup bu üretkenliğin devamını sağlayacaklardır.

### 1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri birbirini tanımlar nitelikte olmasına rağmen daha profesyonel ve daha etkin hizmet sunumu sağlamak, anlaşılır ve ifade edilebilir olmasını ve daha kolay fayda-maliyet analizleri yapılabilmesi amacıyla bir takım sınırlandırmalar sonucu ortaya çıktığı görülmektedir. Bu konuyla ilgili birçok ayrıma gidilmiş olsa da dünyada sağlık konusunda en yetkili kurum olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından üç şekilde tanımlandığı görülmektedir.<sup>18</sup>

Ancak, Şekil 1’de görüldüğü üzere bazı yazarlar tarafından DSÖ’ nün tanımladığı üç boyuta ek dördüncü boyut olan sağlığın geliştirilmesinin de eklendiği görülmektedir.<sup>19</sup>



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, (Geliştirilmiş 2.baskı) Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s.35

<sup>18</sup> Ş. Ertekin, 1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapılanması ve Finansman Sorunu (YYLT), Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ), SBE, İzmir, 2000, s.8

<sup>19</sup> Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.35

### 1.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etmenlerinin yok edilmesine yönelik hizmetler bütünüdür. Kişinin kendisine yönelik olarak yapılan, genel olarak fiziki, sosyal ve biyolojik çevredeki olumsuz ve insan sağlığına zarar veren sorunları önlemek amacı ile, aşılama ve bağışıklama, erken tanı ve tedavi, aile planlaması, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık eğitimi ve akılcı ilaç kullanımı gibi faktörlerin etkin olarak kullanılması ve çevreye bu amaçla yapılan müdahaleler bütünü koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.<sup>20</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığın henüz ortaya çıkmadan engellenmesi, sağlığın korunması, sağlığın korunması ile ilgili eğitimlerin verilmesi, Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması, Aşılama, Gıda Kontrolleri ve Denetimi v.b gibi sağlığı koruyucu önlemlerden oluşmakta olduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde çevreye ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler olarak iki grupta incelenmektedir. Bunlar;<sup>21</sup>

- Çevreye yönelik koruyucu hizmetler
- Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerdir.

#### 1.1.3.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin amacı, çevreyi ve dolayısıyla insan sağlığını tehdit eden “kimyasal, biyolojik ve fiziksel tehlikelerden arındırmak, temiz ve yaşanılabilir bir çevre haline getirmek olarak tanımlamak mümkündür. Yapılan bu hizmetlerin tümüne çevre sağlığı hizmetleri denilmektedir.”<sup>22</sup> Başka bir şekilde tanımlayacak olursak, “çevreye yönelik olan bu hizmetler, yeteri düzeyde temiz su temini, her türlü katı ve sıvı atıkların uygun yollarla imhası, haşerelerle mücadele, hava kirliliği, atık su ve kanalizasyon v.s gibi hizmetleri kapsamaktadır.”<sup>23</sup> Bu tanıma ek olarak, toplumun yaşadığı çevrede insan sağlığını etkileyecek boyutta ses, gürültü

<sup>20</sup> Kavuncubaşı, s. 36

<sup>21</sup> Kavuncubaşı, s. 36

<sup>22</sup> M. Ateş, Sağlık İşletmeciliği, İstanbul, 2011, s.10

<sup>23</sup> N. Çilingiroğlu, Sağlık Ekonomisi, Ankara, 1995, s. 376



aydınlatma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrol altında tutulması da, çevreye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında sıralanabilir.

#### **1.1.3.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler**

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hekim, hemşire, ebe, v.b gibi profesyonel sağlık çalışanları tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler; “bağışıklanma, beslenme, erken tanı, aile planlaması, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi, zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığı” şeklinde tanımlamak mümkündür.<sup>24</sup>

#### **1.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri; “hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalmış bireylerin tanı ve tedavilerini üstlenen ve oluşmuş her türlü vücut arazlarının giderilmesi veya azaltılması ve en önemlisi de ölümün önlenmesi amacıyla hekimlik yöntemleri ve profesyonel sağlık çalışanları ile uygun teknolojileri de kullanılarak sağlanan sağlık hizmetleri bütünü”<sup>25</sup> olarak tanımlandığı görülmektedir.

#### **1.1.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir yeri kapsamaktadır. Fiziksel veya psikolojik olarak kişilerin yaşadığı kazalar, travmalar ve hastalıklardan sonra meydana gelen, uzuv kayıpları, kısmen ya da tamamen vücut bütünlüğü ve psikolojik durumu bozulmuş kişilerde medya gelen kısıtlılık durumunun ortadan kaldırılması ya da bu kısıtlılık durumunun en aza indirilmesi olarak tanımlamak mümkündür.

Rehabilite edici sağlık hizmetlerinin amacı, ruhsal veya bedensel kısıtlılık halleri ile karşı karşıya olan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaya sağlıklı bireyler olarak topluma geri kazandırma ve çevresindekilerin bu durumdan dolayı duydukları acılarını hafifletme, özürllük veya hareket kabiliyetindeki kusurların giderilmesi

---

<sup>24</sup> Ateş, s.10

<sup>25</sup> Ateş, s.10

gibi durumlar söylenebilir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri sunumu “tıbbi rehabilitasyon ve sosyal iyileştirme”<sup>26</sup> olarak iki şekilde sağlandığı görülmektedir.

#### **1.1.3.4. Sağlık Geliştirilmesi**

Alan yazını incelendiğinde, sağlığın geliştirilmesi için 1986 yılında Ottawa’da yapılan uluslararası bir konferansta sağlık için önemli olan ön koşullar ve başlıca faaliyet alanları belirlenmiştir.<sup>27</sup> Buna göre; “sağlıklı olabilmek için toplumdaki her bireyin yeterli gelire sahip olması, uygun düzeyde eğitim almış olması, yeterli ve dengeli bir şekilde beslenebilmesi çevresel koşulların uygun olması, yönetimlerin hizmet sunumu ve kaynak planlaması konularında sosyal adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun davranması ve belki de en önemlisi barışçıl bir ortamın bulunması gerekmektedir. Bireylerin sahip olması gereken bu olanakların yanı sıra devletlerinde kendi sağlık sorun ve öncelikleri ile kaynaklarını dikkate alan sağlık politikası, finansman ve örgütlenme modelinin oluşturulmasını sağlaması gerekmektedir.”<sup>28</sup>

## **1.2. SAĞLIK İŞLETMELERİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ**

İşletmelerin karlılık, sosyal sorumluluk ve süreklilik gibi genel amaçları olduğu göz önüne alındığında, aynı amaçların sağlık işletmeleri için de geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Karlılığın, bir sağlık işletmesinin büyümesi, sürekliliğini sağlaması ve kendisinden beklenen sosyal yükümlülükleri yerine getirmesi açısından önemi büyüktür. Ancak, sağlığın temel bir insan hakkı ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka giderilmesi gereken bir ihtiyaç olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması durumunda kar göz ardı edilen bir amaç olmaktadır. İnsanların sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak üzere mal ve hizmet üreten kuruluşlar sağlık işletmeleri olarak adlandırılmaktadır. Bunlar değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Sağlık hizmet sektörünü oluşturanlara örnek olarak özel veya kamuya ait sağlık evleri, sağlık ocakları, özel dal merkezleri, çeşitli basamaklarda üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri, dispanserler verilebilir.

---

<sup>26</sup> N. Akdemir - Y. Akkuş, “Rehabilitasyon ve Hemşirelik,” Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Sayı No. 13, Cilt No. 12. Ankara, 2006, s. 82

<sup>27</sup> Ateş, s. 4

<sup>28</sup> Ateş, s. 4

Sağlık işletmelerini hizmet türleri, büyüklükleri, çalışma alanları, yapıları gibi birçok açıdan sınıflandırılabilir.<sup>29</sup>

### 1.2.1. Sağlık İşletmelerinin Tanımı

İşletmeler insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getirerek, ekonomik mal ve/veya hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar olarak tanımlamak mümkündür.<sup>30</sup> Hastane sözcüğü ise Latince de konukların ağırlandığı yer anlamına gelen “hospitium” kelimesinden gelmektedir. Hastaneleri, “kendisine başvuran hasta ve yaralılara (yatan hasta, ayaktan bakım hastaları ve acil hastalar) tanı ve tedavi, sürekli hemşirelik bakımı, yemek ve otelcilik hizmetleri olanakları sağlayarak hastalığı azaltan veya tedavi eden kuruluşlar”<sup>31</sup>olarak tanımlanabilir.

Hastaneler sağlık işletmeleri içinde önemli bir yere sahip olmasına karşın günümüzde sağlık kurumları işletmeciliği alanı; dar anlamda hastanecilik kavramının ötesinde bir anlam taşır hale gelmiştir. İşletme kavramından hareketle sağlık işletmelerini, “insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmetlerini üreten veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar”<sup>32</sup>olarak tanımlamak mümkündür.

Sağlık işletmeleri tarafından çeşitli alanlarda ve türlerde teknolojinin de yardımı ile sağlanan bu sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı bir şekilde topluma kazandırılmasına yardımcı olması söylenebilir. Bazı yazarlar bu konuya, “bireyin üretime katılması ve ülke ekonomisine katkı sağlaması büyük ölçüde sağlıklı olması ile mümkün olacaktır. Sağlıksız her bireyin üretken olamadığı ve ülke ekonomisine katkı sağlayamadığı düşünüldüğünde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyi olmasını sağlayan sağlık işletmelerinin varlığı yaşamsal bir önem taşıyacaktır”<sup>33</sup>şeklinde yaklaştığı görülmektedir.

---

<sup>29</sup> Ç. Akar - H. Özalp, Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998, s. 24

<sup>30</sup> Akar ve Özalp, s. 41

<sup>31</sup> J. A. Willian, Hospital Management In the Tropics and Sub-Tropics, Hong Kong, 1992, s.2

<sup>32</sup> Akar ve Özalp, s. 42

<sup>33</sup> N. Devebakan, Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği, Ankara, 2008, s. 142

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayınladığı bir genelgede<sup>34</sup> konu ile ilgili uygulamalarda yanlış bir anlaşılmaya meydan vermemek ve sağlık kurum ve kuruluşları ifadesinden ne anlaşılması gerektiğini netleştirmek için sağlık kurum ve kuruluşlarının aşağıdaki tanımlarına yer verilmiştir;

- **“Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları:** Kamuya bağlı kurumlarda hizmet veren kurum hekimleri, sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri ve aile planlama merkezleridir.

- **Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu:** Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler.

- **İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu:** Bu kuruluşların temel yapısı incelendiğinde eğitim ve araştırma hastanesi kapsamı dışında olan hastanelerdir. Örnek vermek gerekirse; devlet hastaneleri, özel dal kapsamında hizmet veren merkezler ve yine eğitim ve araştırma kapsamında olmayan diğer kurumlardır.

- **İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu:** İkinci basamak özel sağlık kuruluşları, Özel Hastane İşletme Yönetmeliği kapsamında ruhsatlandırılmıştır. Bu ruhsat ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri.

- **Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu:** Üçün basamak sağlık kurumu denildiğinde kapsamlı olarak eğitim ve araştırma hastaneleri, özel veya devlet üniversitesi hastaneleri, özel eğitim ve araştırma maksadı ile kurulmuş özel dal merkezleri şeklinde sıralanmaktadır.”<sup>35</sup>

### 1.2.2. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması

Sağlık işletmelerinin (kuruluş amaçlarına ve görevlerine göre farklılık göstermekle beraber) genel olarak dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler;

<sup>34</sup> Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge, 15.08.2003, Sayısı:16058, Genelge No: 2003/97, <http://www.memurlar.net/haber/2650/>, (12.06.2013)

<sup>35</sup> N. Devebakan, Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), DEÜ, SBE, İzmir 2007, s. 27

“hasta ve yararlıların tedavisi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine olarak sıralanabilir.”<sup>36</sup>

Sağlık işletmelerinin sınıflandırılmasında kullanılan yöntemlerden birisi de; sağlık işletmelerinin verdikleri sağlık hizmetlerinin türüne göre, yataksız veya yataklı şekilde sınıflandırılmasıdır.<sup>37</sup> Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre kurulan sağlık işletmeleri, yataksız sağlık işletmeleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu işletmeler aşağıda sıralanmıştır.<sup>38</sup>

- “Sağlık Evleri ve Sağlık Ocakları
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri
- Dispanserler
- Hıfzıssıhha Enstitüleri
- Bölge Laboratuvarları
- Enterobakteri Laboratuvarı
- Özel Muayenehane ve Laboratuvarlar”

Sağlık merkezleri, hastaneler ve rehabilitasyon merkezleri yataklı sağlık işletmeleri olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>39</sup> Yataklı tedavi kurumları olarak isimlendirilen hastanelerin ulusal mevzuatımızdaki bazı düzenlemelerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Örneğin Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin (YTKİY) 5. maddesinde sağlık kurumları, işlevlerine göre aşağıdaki gibi 5 ayrı grupta sınıflandırılmıştır;

- “**İlçe / belde hastanesi:** Kapsamında 112 acil hizmetler, doğumhane hizmetleri, ayaktan veya yataklı muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık

---

<sup>36</sup> Kavuncubaşı, ss. 76-77

<sup>37</sup> Akar ve Özalp, s. 43

<sup>38</sup> Devedbakan, 2007, s. 63

<sup>39</sup> Akar ve Özalp, ss. 56-57

hizmetlerini barındıran, bünyesinde yapılamayan ileri tetkik veya tedavi durumlarında kontrollü bir şekilde sevk zinciri sağlayan merkezlerdir.

- **Gün hastanesi:** Bir hastaneye bağlı veya bir hastane ile organize bir şekilde hizmet veren, farklı birkaç branşta ayaktan teşhis veya günü birlik işlemlerin yapıldığı en az beş gözlem yatağa sahip 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

- **Genel hastaneler:** Bir hastanenin bu kapsamda sayılabilmesi için en az 50 yataklı olması gerekmektedir. Hasta ayırt etmeksizin acil,ayaktan veya yatarak hastaların hizmet aldığı ve bünyesinde farklı uzmanlık dalları barındıran kurumlardır.

- **Özel dal hastaneleri:** Özel dal hastaneleri, genel bir sağlık sunucusu olmayıp yalnızca belirli yaş, belirli hastalık, belirli tıbbi müdahale ve belirli cinsiyet grubu gibi durumlarda hastaların tedavi olduğu veya bakım altında tutulduğu kurulmuşlardır.

- **Eğitim ve araştırma hastaneleri:** Ülkemizde kapsamı en geniş olarak bilinen hastane grubudur. Eğitim öğretimin verildiği, kapsamlı araştırmaların yapıldığı, farklı birçok branşta 24 saat hizmet veren, uzmanlık veya yan dal uzmanlıkları gibi eğitim projelerini kapsayan kuruluşlardır.<sup>40</sup>

Daha önce ifade edildiği gibi sağlık ve/veya sağlık hizmetlerinden yararlanma temel bir insan hakkı olup, söz konusu hakkın korunması ülkemizde olduğu gibi sosyal devlet anlayışını benimsemiş birçok ülkede anayasal düzeyde güvence altına alınmıştır. Bireylerin hasta olmaması için koruyucu hekimlik hizmetlerinden yararlanmak önleyici bir yaklaşımdır. Ancak tüm önlemlere rağmen bireylerin hastalanması, yaralanması ve/veya sağlığından şüphe etmesi durumunda yukarıda sözü edilen sağlık işletmeleri önemli bir görevi yerine getirmekte ve bireyleri sağlıklarına kavuşturmaktadır. Günümüzde bireylerin sağlığını korumada koruyucu hizmetlere benzer şekilde çalışanların sağlığı korumak ve geliştirmek için uygulanan İSG yönetim sistemlerinde de önleyici yaklaşım esas alınmaktadır. Çalışanlar için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması devletin, işverenin ve

---

<sup>40</sup> Devebakan, 2007, s. 56

çalışanların ortak sorumluluğundadır. Sağlık işletmeleri ve dolayısı ile sağlık çalışanları bir taraftan toplumun ihtiyaç duyduğu hizmetleri arz ederken, diğer taraftan söz konusu hizmetlerin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Ülkemizde İSG alanı ile ilgili düzenlemeler incelendiğinde, sağlık çalışanları veya sağlık işletmeleri için özel olarak oluşturulmuş düzenlemelerin sınırlı olduğu görülecektir.<sup>41</sup>

### 1.2.3. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

Sağlık işletmeleri sundukları hizmetler bakımından birbirleri ile benzerlikler gösterse de, detaylı bir şekilde incelendiğinde birbirlerinden çok farklı özellikleri olduğu bilinmektedir. Bir hizmet işletmesi olarak sağlık hizmeti arzını gerçekleştiren sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayıran söz konusu özellikler aşağıda sıralanmıştır;<sup>42</sup>

- Sağlık işletmesinin yapısı incelendiğinde uzmanlaşma düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Tıp ve sağlık alanındaki sürekli gelişme, teknolojinin hızla gelişmesi, çağımızda yeni hastalıkların ortaya çıkması ve söz konusu hastalıklara yönelik tanı, teşhis ve tedavideki değişiklikler sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini arttıran etmenlerin başında gelmektedir<sup>43</sup>. Sözü edilen gelişmelere paralel olarak yeni meslekler ortaya çıkmış ve bu durum tıp alanında aşırı iş bölümüne ve yapısal karmaşıklığa neden olmuştur.<sup>44</sup>

- Sağlık işletmelerinde, hizmet arzını gerçekleştirmede birçok meslek grubu ve bölüm bir arada hizmet verdiği için işlevsel bağımlılık düzeyi yüksektir. Sağlık hizmetlerinin sunumu tam anlamıyla bir ekip ve koordinasyon işi olduğundan herhangi bir kişi veya bölümden kaynaklanan olumsuzluk, sağlık hizmetini ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkileyecektir. Örneğin, bir hekimin isteği doğrultusunda istenen tetkiklerin laboratuarlardan yanlış çıkması; tanı, teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkileyerek süreci uzatacaktır. Bu nedenle hizmet sunumunda yeterli sayıda ve uzmanlaşmış bir ekibin varlığı yetmemekte buna ek

---

<sup>41</sup> Devebakan,2007, s. 59

<sup>42</sup> H. Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul, 1991, s. 21

<sup>43</sup> Kavuncubaşı, s. 52

<sup>44</sup> M, Yerebakan, Özel Hastane Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul, 2000, s. 21

olarak destek hizmetlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıdan hizmeti sunan kişi ve bölümler arasındaki eşgüdüm, planlama ve kontrol işlemleri sağlık işletmeleri yönetiminin birincil görevleri arasındadır.<sup>45</sup>

- “Sağlık işletmelerinde insan kaynakları eğitim düzeyi çok yüksek çalışanlardan meydana geldiği için, bazen çalışanların mesleki amaçları kurumsal hedeflerin önünde gelebilmektedir. Birçok hekim tıp fakültesini bitirdikten sonra, akademik eğitime devam etmektedir. Eğitim hastanelerinde eğitim süreci, akademik düzeyde de devam etmektedir. Diğer taraftan hekimlik faaliyetleri dışındaki tıbbi hizmetleri gerçekleştiren eczacı, fizyoterapist, psikolog, hemşire gibi sağlık çalışanları da üniversite mezunudur. Bir hekim hastasını en iyi şekilde tedavi etmeye çalışırken çoğunlukla hizmetin maliyeti ve finansal boyutu ile ilgilenmemekte, buna karşın sağlık işletmeleri yönetimi işletmenin varlığını devam ettirmesi, kalite sağlama ve verimli sağlık hizmeti sunma yönünde bir çaba içerisindedir. Bu durum sağlık çalışanları ve yönetim arasında bazen çatışmalara neden olabilmektedir.

- Sağlık işletmelerindeki birimler hekimden gelen talebe göre hizmet sunmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde hekimler hizmet arzını büyük ölçüde etkilemektedir. Örneğin, bir sağlık işletmesinde hekimin isteği olmadan bir teknisyenin röntgen çekmesi ya da bir laboratuarda tetkik yapılması olanaklı değildir. Sağlık işletmelerinde hizmet arzını ve arz sonucu oluşacak gelirin önemli bir bölümünü oluşturan hekimlik hizmetleri tamamıyla denetlenebilir özellikte değildir. Bu nedenle, sağlık işletmelerinde kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak için hekimleri kararlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal düzenlemelere ihtiyaç vardır.

- Birçok işletmeden farklı olarak sağlık işletmelerinde “çıktının tanımlanması ve ölçülmesi zordur. Bilindiği üzere sağlık işletmelerinde temel sürecin temel girdisi yaralı, hasta veya sağlığından şüphe eden insandır. Sözü edilen kişilerin bir tedavi süreci sonucunda taburcu olduğunu düşündüğümüzde verilen sağlık hizmetlerinin çıktılarını kısa vadede değerlendirmek mümkün olmamaktadır. Örneğin, kalp

---

<sup>45</sup> N. Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, (YYLT), DEÜ, SBE, İzmir, 2001, ss. 4-7



ameliyatı geçirmiş bir hastanın söz konusu operasyonun etkinliğini değerlendirmesi bazen yıllarca sürebildiğinden, çıktıların tanımlanıp ölçülmesi zor olmaktadır. Öte yandan, bir otomobil endüstrisinde veya hizmet sektörü olan otel işletmelerinde müşteri sunulan ürünü (mal veya hizmet) daha kolay değerlendirme şansına sahiptir.”<sup>46</sup>

- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar insanların sakat kalmasına veya ölmelerine neden olduğundan, sunulan hizmetlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır. Yapılan hataların çoğunun sonradan düzeltme veya telafi etme şansı olmadığından; yapılan işin ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir.

- Sağlık işletmelerinde “hizmet alanların sunulan tıbbi hizmetlerin teknik yönünü değerlendirmesi zordur. Başka bir ifade ile tıp alanı içerisinde yürütülen hizmetler ileri derecede uzmanlık gerektirdiğinden; hasta söz konusu hizmetler hakkında doğal olarak yeterli bilgi ve beceriye sahip olamamakta; teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, hangisinin etkin olacağına karar verememekte veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmamaktadır.”<sup>47</sup>

### **1.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**

Günümüzün çalışma ve iş yaşamında insan kaynakları yönetimi alanında en sık karşılaşılan sorunlardan birisi de çalışanların İSG ile ilgili sorunlarıdır.<sup>48</sup> Konunun önemi açısından çalışmamızın bundan sonraki bölümünde sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma ile ilgili iş sağlığı, güvenlik, tehlike, iş sağlığı ve güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi, risk, risk değerlendirmesi, iş kazası ve meslek hastalığı, kavramlarına yer verilecektir.

#### **1.3.1. İş Sağlığı**

İş, “insanın yaşamını sürdürmesi amacına yönelik zihinsel ve bedensel her uğraş olarak” ya da “bedensel, zihinsel ve ruhsal bir çaba ile çalışanın kendisi ya da

---

<sup>46</sup> Devedbakan, 2007, s. 63

<sup>47</sup> Devedbakan, 2007, s. 63

<sup>48</sup> Devedbakan, 2007, s. 16

başkaları için değer ifade eden mal ve hizmetler üretme faaliyeti”<sup>49</sup> olarak tanımlanır. İş sağlığı kavramı ise, “İSG kavramının sağlık ile ilgili cephesini ifade eden bir kavram olup, işçinin sağlığının korunması konu alan bütün çalışmalar bu kavram kapsamında değerlendirilmektedir.”<sup>50</sup> Çalışma ortamı, kullanılan alet ve materyal, kullanılan kimyasal maddeler, makine ve donanım ile o ortamdaki çalışan arasında son derece sıkı ve önemli bir etkileşim olduğu söylenebilir. İşte bu açıdan çalışma ortamları ile çalışan kişinin sağlığı arasındaki bu kuvvetli bağ, iş sağlığı ve güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır.

İş sağlığı çalışmaları, çalışma yaşamındaki tehlikelere karşı insan sağlığının korunmasını hedefleyerek çalışan insanın sağlıkla ilgili sorunlarını ele alır ve bu sorunlara çözüm getirmeyi amaçlar. Çalışan insanın sağlığının geliştirilmesi ve korunmasını hedefleyen iş sağlığı hizmetlerinin amaçlarını; çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye çıkarmak, çalışanların olumsuz koşulları nedeniyle sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalışanın fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalışmasını sağlamak, yapılan iş ile çalışanlar arasındaki uyumu sağlamak olarak sıralanabilir.<sup>51</sup>

Devletin başlıca görevlerinden olan “kişinin ruh ve beden sağlığının korunması ödevi; çalışma ilişkilerinde işçinin beden ve ruh sağlığının korunmasına odaklanmaktadır.”<sup>52</sup> Dolayısı ile çalışanın beden ve ruh sağlığının korunması için yararlı olabilecek her tedbir, yüklediği gider ve zahmet ne olursa olsun, işverenin ödevi içinde sayılmalı, devlet de konu ile ilgili etkili denetim mekanizmalarına sahip olmalıdır.

İş sağlığı konusu önemi itibariyle uluslararası alanda yüksek önceliği olan bir konumda olması gerekir. Buna karşın, birçok ülkede çalışma koşullarının geliştirilmesi yüksek standartlarda oluşurken, dünya çalışanlarının büyük çoğunluğu

---

<sup>49</sup> M, Y, Tınar, Çalışma Psikolojisi, İzmir, 1996, ss. 5–6

<sup>50</sup> K. Arıcı, İşçi Sağlığı ve Güvenliği Dersleri, Ankara, 1999, s. 49

<sup>51</sup> J, Stanks., The Health & Safety Handbook, London, 2001, s. 8, [http://books.google.com.tr/books?id=JACu2P1D624C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.tr/books?id=JACu2P1D624C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false), (12.03.2013)

<sup>52</sup> K. Özel, İş Sağlığı ve Güvenliği, İstanbul, 2004, s. 13

için Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) standartları ve rehberleri en düşük düzeyde bile karşılanmadığı<sup>53</sup> görülmektedir.

Ülkemizin de kabul ettiği onayladığı Uluslararası Çalışma Örgütü'nün İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 sayılı sözleşmesinin 3. Maddesinde "Sağlık" kavramının, işle olan ilgisi açısından bahsi geçen hastalık veya sakatlığın olmaması değil, çalışma sırasındaki atmosferinde sağlığa ve güvenliğe uygunluğu olarak sağlığı etkileyen fiziksel ve ruhsal etkenleri de kapsadığı ifade edilmektedir.<sup>54</sup> DSÖ' nün iş sağlığı ile ilgili çalışmaları temelde üç alanda yürümektedir. Söz konusu çalışmalar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır;

- "İş sağlığı politikaları ve eylem planları geliştirerek bu alanda gerekli denetimleri yapmalarında ve güçlendirmelerinde, bu sorunun sağlık açısından getirdiği yükü değerlendirmelerinde ve ülke ölçeğinde bir mesleki sağlık profili geliştirmelerinde, ülkelere yardımcı olmak ve desteklemek.

- DSÖ, iş sağlığı işbirliği merkezleri aracılığıyla kapasite geliştirmek, çeşitli risk faktörlerinin (kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal, biyolojik ve kazalarla ilgili) daha iyi bilinmesini sağlamaktır.

- İş sağlığı alanında bütün ülkelerin önleyici tedbirlere ağırlık vererek oluşturmaları gereken asgari bir hizmet paketi tanımlamaktadır."<sup>55</sup>

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili en son düzenleme 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı resmi gazete de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu kapsamındaki bazı düzenlemelere bakıldığında; işverene sağlık ve güvenlik tedbirlerini alma, mevcudu iyileştirme ve İSG tedbirlerini kontrol etme yükümlülükleri getirilmiştir. Yeniliklerden bir diğeri ise iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi ile diğer sağlık personelinin istihdam etme zorunluluğudur. Sözü edilen yasa ile ayrıca ISG önlemlerinin alınmasına yazılı şekil şartı getirilmiştir. Yasa ile işverene meydana gelen iş kazası ve meslek hastalıklarının

---

<sup>53</sup> J. LaDou, International Occupational Health International 2003, s. 304, <http://wiego.org/publications/international-occupational-healthinternational-journal-hygiene-and-environmental-health>, (02.02.2013)

<sup>54</sup> Devedakan, 2007, s. 69

<sup>55</sup> Devedakan. 2007, s. 18

kaydını tutma zorunluluğu getirilirken, işçiler İSG tedbirlerinin alınmadığı gerekçesi ile iş sözleşmesini tek taraflı iptal etme ya da tehlikenin ciddi olması durumunda işyerini terk etme hakkına kavuşmuştur. Başka bir ifade ile çalışanlar İSG tedbirleri alınıncaya kadar işten kaçınabilme imkânına kavuşmuştur. 6331 sayılı yasa göre ayrıca işveren İSG güvenliği eğitimlerinin verilmesini sağlayacak ancak çalışanlar söz konusu eğitim için herhangi bir ücret ödemeyecektir. Yine iş yerinde risk değerlendirmesi yapmak, İSG yasası ile çalışma yaşamımıza girmiş önemli bir konu olmuştur.<sup>56</sup>

Çalışanlar bireyler sürekli gelişme ve iyileşme kapsamında çalışma koşullarında iyileştirme ve aynı iyileştirmelere paralel olarak ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden de tatmin ve takdir edilmek istemektedirler.<sup>57</sup> Bir başka şekilde ifade edilecek olursa, çalışan bireylerin istekleri ve ihtiyaç duyduğu öğeler, tatmin edildiği sürece doyuma ulaşırlar.

Bu açıdan bakıldığında sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının yaratılmasının çalışanın iş doyumuna üzerine ve profesyonel hizmet sunumuna etkisi göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda psikolojik, toplumsal ve ekonomik anlamda gereksinimlerini karşılamış çalışanların ve bunu sağlayan kurumların kendi alanlarında daha başarılı olacakları söylenebilir. Dolayısıyla profesyonelleşme ve kaliteli hizmet sunma kabiliyetleri gereksinimlerin karşılanması ile doğru orantılıdır. Gereksinimler karşılandıkça personelin üretim gücü, çalışma isteği ve kaliteli hizmet sunumu pozitif yönde yükselmektedir.

### 1.3.2. Güvenlik

Güvenlik sözcüğü bazı yazarlar tarafından genel olarak “emniyet içinde olma”<sup>58</sup> anlamında kullanılırken, Türk Standartları Enstitüsü TS (Türk Standardı) 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri standardında “kabul edilmez zarar riskinden uzak kalma”<sup>59</sup> şeklinde tanımlanmaktadır.

<sup>56</sup> Resmi Gazete, İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkında Kanun, Tarih.30.06.2012, Sayı.28339

<sup>57</sup> O. Çam- E. Akgün- A. B. Gümüş- A. Bilge- G. Ü. Keskin, “Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi,” Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sayı No 6, Sivas, 2005, s. 213

<sup>58</sup> T. Demirebilek, İş Güvenliği Kültürü, İzmir, 2005, s. 5

<sup>59</sup> Türk Standartları Enstitüsü, (TSE), İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri, Ankara, 2004, s. 2

İş kazalarının işçi açısından yarattığı kayıplar güvenliğin bireysel, İSG alanındaki yetersizlikler ve buna bağılı meydana gelen kazaların maliyetleri güvenliğin örgütsel önemine işaret etmektedir. Diğer taraftan endüstrileşme süreci ile sosyal yapıda meydana gelen değişiklikler ise (ücretlilerin sayısal olarak artması, işçi sorunlarının tüm toplumu etkiler hale gelmesi) güvenliğin toplumsal açıdan önemine işaret etmektedir.<sup>60</sup>

Görüldüğü üzere, güvenlik ve İSG arasında doğrudan bir etkileşim söz konudur. Çalışmamızın bundan sonraki kısmında İSG alanı ile ilgili kavramsal belirlemelere yardımcı olması itibari ile güvenlik kavramı kapsamında iş güvenliği, tehlike, risk ve risk değerlendirmesi, ayrıca iş kazası ve meslek hastalıkları konularına sırasıyla değinilecektir. Her ne kadar birbirleriyle ayrı tanımlar gibi görünseler de birbirleri ile son derece ilişki içerisinde olan kavramlardır.

### 1.3.3. İş Güvenliği

İş Güvenliği, çalışılan iş ortamında ve işin yapımı esnasında, kişinin sağlığına, işyerine ve üzerinde çalışılan ürüne zarar verebilen durumların ve buna sebep olacak etmenleri ortadan kaldırılması amacı ile yürütölen planlı çalışmalar şeklinde tanımlanabilir.<sup>61</sup>

Çalışanların çalışma esnasında maruz kaldıkları iş kazaları veya meslek hastalığı gibi durumların neden olduğu kayıpları minimumda tutmak ve hiç yaşanmaması adına gerekli güvenlik önlemlerini almak veya almaya yönelik bilimsel araştırmalar yapmak gibi uygulamalar “iş güvenliği” terimi içinde toplanmaktadır.<sup>62</sup>

Genel olarak anlaşılması gereken iş güvenliği kavramı, işletmenin, ürünün, çalışan personelin gelebilecek her türlü risk ve tehlikeden uzaklaştırılması ve bunun korunmasının sağlanması kapsamaktadır. İnsan hayatının korunması ve insan sağlığı kıyaslanmayacak derecede en öncelikli unsur olmasından dolayı, ürün ve işletme güvenliklerinin arka planda kaldıkları konunun hem ulusal hem de uluslararası

---

<sup>60</sup> Demirbilek, ss. 18-26

<sup>61</sup> A. Durmuş, İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı, Elazığ, 2012, s.11  
<http://www.belgeler.com/blg/4kit/is-guvenligi-ve-isci-sagligi>, (11.08.2013)

<sup>62</sup> Ö. Özkılınç, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Risk Değerlendirme Metodolojileri, Ankara, 2005, s. 8

kapsamda iş güvenliği kavramıyla vurgulanmak istenenin insan sağlığı olduğu dikkatleri çekmektedir.<sup>63</sup>

Günümüzde modern teknolojinin çalışma yaşamına girmesi bir taraftan önemli kolaylıklara sebep olurken diğer taraftan işyerlerinde bir çok sorunu da beraberinde getirmiştir. Sözü edilen sorunlar çalışan sağlığı yanında işletme ve işletmeye ait tüm değerler içinde aynı zamanda bir tehdit olabilmektedir. Çalışma yaşamının her geçen gün karmaşıklaşması konu ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasını kaçınılmaz kılmıştır. Öte yandan, konu ile ilgili bilimsel araştırmalar bir multidisipliner alan olarak İSG disiplinini ortaya çıkarmıştır. Nitekim tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat'ın kurşun zehirlenmesini saptaması ile başlayan çalışmalar, günümüzde meslek hastalıkları hastanelerinin kurulmasına ışık tutmuştur.<sup>64</sup>

#### **1.3.4. Tehlike**

Tehlike zarar verme yeteneğine sahip herhangi bir madde veya davranış, olarak tanımlamak mümkündür. Tehlikeler veya tehlikeli davranışlar, insana sağlığına, mala ve iş sürecine, kazalara, sakatlıklara ve hastalıklara, ürün, üretim ve zaman kaybına, sebep olabileceği söylenebilir.

İSG alanında “tehlike” ve “risk” sözcükleri sık sık kullanılmaktadır. “Tehlike ve risk sözcükleri birbiri ile ilintili ancak aynı şeyi ifade etmemektedir. Tehlike ise zarar verebilecek her şey (örneğin, kimyevi maddeler, elektrik, merdiven üstünde çalışma vb.) anlamına geldiği söylenebilir. Risk ise, bir kimsenin bir tehlikeden zarar görmesi olasılığıdır ve bu olasılık küçük ya da büyük olabilmektedir.”<sup>65</sup>

Tehlike kavramı TS 18001-İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-Şartlar standardında “İnsanların yaralanmaları, hastalanmaları, malın veya malzemenin hasar görmesi, işyeri ortamının zarar görmesi veya bunların birlikte gerçekleşmesine sebep olabilecek kaynak veya durum”<sup>66</sup>olarak tanımlanmaktadır.

---

<sup>63</sup> Durmuş, s. 12

<sup>64</sup> Durmuş, s. 12

<sup>65</sup> Demirbilek, s. 15

<sup>66</sup> Health And Safety Executive, An introduction to health and safety, Health and safety in small businesses, <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg259.pdf>, s.2, (03.12.2012)

### 1.3.5. İSG ve İSG Yönetim Sistemi

İSG kavramının günümüz modern çalışma yaşamındaki önemi tartışmasıdır. Bununla birlikte İSG önlemlerinin ilk amacı “esasen çalışanın sağlığının korunmasıdır.”<sup>67</sup> Sanayileşmenin ortaya çıkardığı üretim sistemleri ve teknikler aynı zamanda yüzlerce insanın iş kazaları ve meslek hastalıkları ile yüz yüze gelmesine sebep olmuştur. Söz konusu hastalık ve kazalardan ötürü meydana gelen bireysel ve toplumsal kayıplar, İSG önlemlerinin önemini artırmıştır. Sanayileşme sonrasında çalışma hayatında meydana getirdiği problemler, işçileri kendi içlerinde sendikalar ve kooperatifler gibi yardım mekanizmalarına yönlendirdiği bilinmektedir.<sup>68</sup>

İş sağlığı ve güvenliğinin temel amacı, çalışan bireylerin çalışma hayatları boyunca fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarına zarar verebilecek, iş kazası veya meslek hastalığı oluşturabilecek tüm etmenlerin bertaraf edilerek sağlıklı ve güvenli çalışma ortamlarının sürdürüle birliğinin sağlanması şeklinde tanımlanabilir.<sup>69</sup>

Gün geçtikçe hayati önemleri bir kez daha anlaşılan iş sağlığı ve güvenliği sistemi bu kapsamda hizmet veren tüm işletmelerde uygulanmak durumundadır. Kaliteli hizmet sunmayı amaç edinmiş sağlık işletmelerinin, İSG politikasına maksimum düzeyde özen gösteren, personeli için her türlü risk, şiddet ve İSG önlemleri alınmış bir işletme ortamı oluşturmalıdır. Bir iş yerinde oluşturulan İSG politikasına işletme çatısı altındaki tüm çalışanların dahil olması gerekmektedir.

---

<sup>67</sup> S. Süzek, İş Hukuku, İstanbul, 2005, s. 664

<sup>68</sup> Arıcı, s. 2

<sup>69</sup> E. Cervatoğlu, “İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme,” Türk Tabipler Birliği (TTB) Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No.13, Ankara, 2003, s. 23  
[http://www.ttb.org.tr/MSG/index.php?option=com\\_content&view=article&id=129:Ocak-Subat-Mart-2003-Sayi-13&catid=53:dergi&Itemid=56](http://www.ttb.org.tr/MSG/index.php?option=com_content&view=article&id=129:Ocak-Subat-Mart-2003-Sayi-13&catid=53:dergi&Itemid=56), (10.02.2012)

**Tablo 1. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Klasik ve Yeni Yaklaşımın Karşılaştırılması**

<b>Klasik yaklaşım (reaktif yaklaşım)</b>	<b>Yeni yaklaşım (proaktif yaklaşım)</b>
Yetersiz çalışan katılımı	İSG işçi temsilcisi & her konuda çalışan katılımı
Sertifikasız ve yetkin olmayan uzman	Sertifikalı uzman çalıştırma zorunluluğu
Çalışanların yetersiz bilgilendirilmesi	Yeterli ve geniş bilgilendirme
Yetersiz eğitim	Uzman kişi ve kuruluşlardan programlı ve nitelikli eğitim ve sertifikalandırma
Sadece korumaya yönelik	Koruma ve önleme

Kaynak: Ali TURAN - Arif MÜEZZİNOĞLU, Risk Değerlendirme Yöntemleri, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ankara, 2006, s. 41

Tablo 1 ‘de İSG’nde klasik ve yeni yaklaşımlar görülmektedir. Her geçen gün insan sağlığı ve işletme verimliliği konularına olan ilgi artmakta olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda İSG’ ne olan ihtiyaçlarda artan bu ilgiye paralel olarak ilerlemekte ve bir takım değişiklikler göstermektedir. Tablo’dan da anlaşılacağı üzere İSG’nin önemi arttıkça profesyonelleşme, daha çok çalışan katılımı, işinde uzman, diplomalı ve nitelikli personel çalıştırma zorunluluğu ve en önemlisi de sadece korumaya yönelik değil aynı zamanda önlemeye yönelik çalışmaların yapılmasıdır.

Çalışan personelin İSG politikası, politikanın yaptırımlarını ve kurallarından haberdar olması için bir takım eğitimlere eğitimlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin 15 Mayıs 2013 tarihinde Sayı: 28648 ile Resmi Gazete de yayımlanarak yürürlüğe giren, “Çalışanların İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte, çalışanlara verilecek iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esaslarının belirlendiği görülmektedir. Bu Yönetmelik, 20.6.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında bulunan işyerlerini, bu işyerlerinde çalışanlara eğitim



verecek kişi, kurum ve kuruluşları kapsamaktadır. İlgili yönetmelik kapsamında işverenin ve çalışanların bir takım sorumluluklarının olduğu açıkça görölmektedir.<sup>70</sup>

**İşverenin yükümlülükleri:** İSG kapsamında bir takım plan ve programların hazırlanması ve uygulanması, eğitimlerin sağlıklı bir ortam ayarlanması ve gerekli materyalin sağlanması, İSG politikasında her bireyin kendine has sorumluluğunun bilincinde olarak bu eğitimlere katılımların sağlanması ve bu katılımların kayıt altına alınarak belgelendirmesi gibi faaliyetleri yürütmekle yükümlüdür.<sup>71</sup>

İşveren dışarıdan bir şirket veya bir kişi ile iş ilişkisinde bulunursa bu sorumluluk her iki taraf içinde aynıdır. İşveren çok tehlikeli veya tehlikeli işlerde istihdam edecek personelin gerek oryantasyon gerekse işin niteliği ile ilgili sağlık güvenlik ve riskleri içeren bir eğitim vermek zorundadır. Aksi durumlarda bu personeli eğitim vermeden çalıştıramaz. Personelin çalışma yeri veya teknolojik yenilenme söz konusu olduğunda diğeri işin ve ekipmanın oluşturduğu risklerin eğitimini ayrıca vermesi gerekir. İş kazası veya meslek hastalığı geçiren ve çalışma hayatından uzaklaşan, gerekli tedavi işlemleri sonucunda çalışma yaşamına geri gelen personel için, 15 yaşını bitirmiş 18 yaşından gün almamış genç işçiler için, yaşlı, engelli ve gebeler için özel hükümler uygulanır ve tekrar eğitim verilmesi gerekmektedir.

**Çalışanların bu konu ile ilgili sorumlulukları:** Öncelikli olarak eğitim öğretim programını aksatmayacak şekilde eğitime katılmak, eğitimi aldığı andan itibaren bunu uygulamak, eğitim sonucunda elde ettiği bilgileri çalışma hayatına entegre etmek ve titizlikle uygulamaktır.<sup>72</sup>

- “Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa.
- Tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa.
- Az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa.”<sup>73</sup>

<sup>70</sup> Resmi Gazete, Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Tarih,15.05.2013, Sayı. 28648

<sup>71</sup> Resmi Gazete, Tarih, 15.05.2013, Sayı. 28648

<sup>72</sup> Resmi Gazete, Tarih, 15.05.2013, Sayı. 28648

<sup>73</sup> Resmi Gazete, Tarih, 15.05.2013, Sayı. 28648

Eğitimler, işyerinde konuyla ilgili İSG uzmanları ve iş yeri hekimleri tarafından büyük bir hassasiyet ile verilmelidir. Asgari düzeyde verilecek eğitimler Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri Hakkındaki Yönetmeliğinde açıkça belirtilmiştir. Bu eğitimler aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır;<sup>74</sup>

#### **“Genel konular**

- Çalışma mevzuatı ile ilgili bilgiler,
- Çalışanların yasal hak ve sorumlulukları,
- İşyeri temizliği ve düzeni,
- İş kazası ve meslek hastalığından doğan hukuki sonuçlar

#### **Sağlık konuları**

- Meslek hastalıklarının sebepleri,
- Hastalıktan korunma prensipleri ve korunma tekniklerinin uygulanması,
- Biyolojik ve psikososyal risk etmenleri,
- İlk yardım

#### **Teknik konular**

- Kimyasal, fiziksel ve ergonomik risk etmenleri,
- Elle kaldırma ve taşıma,
- Parlama, patlama, yangın ve yangından korunma,
- İş ekipmanlarının güvenli kullanımı,
- Ekranlı araçlarla çalışma,
- Elektrik, tehlikeleri, riskleri ve önlemleri,
- İş kazalarının sebepleri ve korunma prensipleri ile tekniklerinin uygulanması,
- Güvenlik ve sağlık işaretleri, Kişisel koruyucu donanım kullanımı,
- İş sağlığı ve güvenliği genel kuralları ve güvenlik kültürü,
- Tahliye ve kurtarma”

---

<sup>74</sup> Resmi Gazete, Tarih, 15.05.2013, Sayı. 28648

Planlanan eğitim sona erdiğinde bu eğitimler belgelendirilerek personelin özlük dosyalarında muhafaza edilir. Eğitim eğer dışarıdan bir kurumdan verildi ise o kurumun adı ve unvanı da sertifikada yer almalıdır.<sup>75</sup>

İSG yönetim sisteminin faydalarından bir tanesi de daha hızlı karar alabilme sistematik bir yaklaşım, tehlikeleri önceden fark edebilme ve çok hızlı cevap verebilme özelliği sağlar. Profesyonel bir İSG yönetim sistemi, risk yönetimi üzerine inşa edilerek sağlanır.<sup>76</sup>

İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi Sistemi organizasyona direkt faydalar sağlamak için yol gösterici olmakla beraber hastalık sakatlık ve kazaları azaltarak, çalışan ve toplum menfaatine sağlıklı bireylerin ve üretimin aynı anda yürütmesine yardımcı olmaktadır. Bununla beraber, kaynakların etkin tahsisi ile ekonomik açıdan tasarruf sağlayarak tüm yönetimin bilgi kalitesini ve karar verme kabiliyetini arttırdığı ve firmanın imajına olumlu yönde etki ettiği söylenebilir.

TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi en genel olarak, sistemli ve bilimsel teknikler kullanılarak, iş yerindeki kazaya veya meslek hastalığına sebebiyet verebilecek her türlü risk, tehlike ve olumsuz etkenin yok edilmesidir.<sup>77</sup> Bir başka deyişle, hem insan sağlığının hem de üretimin güvenilir bir ortamda sürdürülebilirliğini sağlamaktır.

TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi standardı bir kuruluşun İSG risklerini kontrol etmesi ve performansını iyileştirmesi için, İSG yönetim sistemi şartlarını kapsamaktadır. Bu kapsamda standartlar, İSG' de başarı sağlama amaçları olan her kuruluşa uygulanabilmektedir.<sup>78</sup>

TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi standardının bütün şartlarının, herhangi bir İSG yönetim sistemine dahil edilmesi ile ürün ve hizmet güvenliğinden ziyade İSG'nin ele alınması amaçlanmaktadır. Standardın asıl amacının; güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının yönetilmesidir. Bir kuruluş

<sup>75</sup> Resmi Gazete, Tarih, 15.05.2013, Sayı. 28648

<sup>76</sup> Özkılıç, s. 22

<sup>77</sup> S. Odaman, "4857 Sayılı Yeni İş Kanunu Döneminde İş Sağlığı ve Güvenliği Hükümlerinin Önemi ve Ohsas 18001 Yönetim Sistemi," Mercek Dergisi, Sayı No, 39, İstanbul, 2005, s. 139

<sup>78</sup> Türk Standartları Enstitüsü,(TSE), Ts 18001, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri, Ankara, <http://www.belgeler.com/blg/2te0/ts-18001>, (05.03.2013)

sürekli iyileştirmeyi sağlamak için bir İSG yönetim sistemini kurulması olduğu söylenmektedir. Bu unsurlar;<sup>79</sup>

- “İşçi sağlığı ve iş güvenliği politikası
- Planlama
- Uygulama ve işletme
- Kontrol ve düzeltici faaliyetler
- Yönetimin gözden geçirmesi”

### 1.3.6. Risk ve Risk Değerlendirmesi

Literatürlere bakıldığında her ne kadar risk ve tehlikeden birlikte bahsedilse de birbirleri ile bağlantılı ancak ayrı kavramlar olduğu görülmektedir. Risk kavramı incelendiğinde, bir tehlikeye maruziyet sonucu bir yaralanma ya da bir hastalığın meydana gelme olasılığının ve şiddetinin bileşkesine işaret ettiği görülmektedir.<sup>80</sup>

Risk kavramı, TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-Şartlar (Occupational Health and Safety Management Systems-Specifications) Madde 3.14’e göre “tehlikeli bir olayın meydana gelme olasılığı ile sonuçlarının bileşimi olarak tanımlanmaktadır. Kabul edilebilir risk ise, kanunlar çerçevesinde ölçülmüş ve iş sağlığı ve güvenliği uyulama ve politikalarınca kabul edilebilir riskler olarak tanımlanabilir.”<sup>81</sup>

Çalışanların mesleki yaşamındaki riskleri ve tehlikeleri değerlendirilmesinde temel amaç, değerlendirme sonucunda çıkan risk ve tehlikeli durumlara bilimsel açıdan kalıcı çözümler bulmak ve çalışanların sağlığının ve güvenliklerinin sağlanmasıdır. Risklerin bilinmesi ve değerlendirilmesi, yapılan işle ilgili oluşabilecek zararların en az seviyelerde olmasına yardım eder. Sağlık ve güvenlik alanında yapılan yasal düzenlemelerde işverenlere ve sağlık alanında hizmet veren

<sup>79</sup> M. Kurt- K. Özdemir, “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemleri,” TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No.16, Ankara, 2003, ss. 13–14  
[http://www.ttb.org.tr/MSG/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:Ekim-Kasim-Aralik-2003-Sayı-16&catid=53:dergi&Itemid=56](http://www.ttb.org.tr/MSG/index.php?option=com_content&view=article&id=132:Ekim-Kasim-Aralik-2003-Sayı-16&catid=53:dergi&Itemid=56), (15.02.2012)

<sup>80</sup> Deveci, Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği..., s. 21

<sup>81</sup> Türk Standartları Enstitüsü (TSE), Ts 18001, s. 2, <http://www.belgeler.com/blg/2te0/ts-18001>, (05.03.2013)

kamu kurum ve kuruluşlarda düzenli risk değerlendirme yapma yükümlülüğü getirilmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sisteminin temel direğini “Risk Değerlendirmesi” oluşturmaktadır. Risk değerlendirmesinin amacı işyerlerindeki çalışma koşullarından kaynaklanan her türlü tehlike ve sağlık riskini azaltmak ve söz konusu risk ve tehlikeleri çalışanlar ve işletme açısından etkisiz hale getirmektir. Risk değerlendirmesi kapsamında değerlendirilen riskler iş kazaları olabileceği gibi her türlü meslek hastalığı ve diğer sağlık riskleri de olabilmektedir.<sup>82</sup>

Organizasyonel bir yapının tüm noktalarında risk yönetiminin uygulanması, her türlü risklerin bilinmesini ve yönetilebilecek bir yapının kurulmasını gerektirir. Genel olarak bir İSG yönetim sistemine uygunluk için birbirini tamamlayan bazı unsurların var olması ve etkin olarak sisteme katılması gerekir. Bu unsunlar, “işletmenin bir İSG politikasına sahip olması, planlama ve uygulama, bu uygulama esnasında oluşan kusurları tespit etmek ve kusur giderici çalışmalar yapmak, sürekli takip gelişme”<sup>83</sup>olarak sıralandığı görülmektedir.

İSG, risk planlaması, risk değerlendirmesi gibi konular sadece üst yönetimlerin sorumluluğunda olmayıp, hizmet alınan danışmanlık firması veya İSG uzmanı ve firmada çalışan her personel için ayrı ayrı sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Üst yönetimin organizasyondaki sorunları ve öncelikleri belirlerken, kaza ve tehlikeleri öngörebilen işçiye kadar her çalışana ayrıca bir sorumluluk yüklemektedir. Verimli ve etkin bir İSG uygulaması, en tepe noktadan en alt noktaya kadar oluşabilecek her türlü sorunun üstesinden gelmek ve bu multidisipliner yapıda üzerine düşeni yapması ve buna kesinlikle inanması gerekmektedir.<sup>84</sup>Yapılan alt yapı çalışmaları neticesinde riskler değerlendirilir ve derecelendirilirler. Bu derecelendirmeler neticesinde kabul edilebilir veya edilemez olan riskler belirlenir. Risk değerlendirmeleri riskin kabul edilebilirlik düzeyini ölçme ve gerekli durumlarda önlem alma maksadıyla yapılır. Risk değerlendirmesi aşamasında,

---

<sup>82</sup> Devebakan.2007, s. 21

<sup>83</sup> Özkılınç, s. 8

<sup>84</sup> Özkılınç, s. 8

olayların ortaya çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar belirlenir.<sup>85</sup>

İHTİMAL	SONUÇLAR (ZARARIN DERECESESİ)				
	Çok Ciddi (5)	Ciddi (4)	Orta (3)	Hafif (2)	Çok Hafif (1)
Çok Yüksek (5)	25	20	15	10	5
Yüksek (4)	20	16	12	8	4
Orta (3)	15	12	9	6	3
Düşük (2)	10	8	6	4	2
Çok Düşük (1)	5	4	3	2	1

**Şekil 2. Risk Matrisinin Oluşturulması**

Kaynak: S. Baysal, İş Yerlerinde Risk Yönetimi Yaklaşımları ve Bir Uygulama Örneği, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı No, 23, Yıl.5, Ankara, 2005, s. 8

Baysal, Şekil 2’de görüldüğü üzere, Risk Matrisinin oluşturulmasında 5x5’lik bir ölçek kullanmış ve riskin oluşma ihtimali ile ortaya çıkabilecek zararın çarpımı ile oluşacak riski derecelendirmiştir. Risk Matrisinin oluşturulmasında sonra ise, kabul edilebilirlik değerlerini aşağıda Tablo 2’deki gibi tanımlamaktadır.

**Tablo 2. Risk Matrisinde Kabul Edilebilirlik**

SONUÇ	EYLEM
25-20-15-16	KABUL EDİLEMEZ RİSK Bu risklerle ilgili hemen çalışma yapılmalı
12-10-9-8	DİKKATE DEĞER RİSK Bu risklere mümkün olduğu kadar çabuk müdahale edilmeli
6-5-4-3-2-1	KABUL EDİLEBİLİR RİSK Acil tedbir gerektirmeyebilir

S. Baysal, İş Yerlerinde Risk Yönetimi Yaklaşımları ve Bir Uygulama Örneği, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı No, 23, Yıl.5, Ankara, 2005, s. 9

<sup>85</sup> Özkılınç, s. 9

İşyerindeki tehlikelerin büyüklüğü, çalışan sayısı, çalışanların eğitim durumu, teknolojik değişimler ve yasal şartlar da dikkate alınarak risk değerlendirmesi çalışmaları için bir dönem belirlenmeli ve bu çalışmalar tümüyle tekrar edilmelidir.<sup>86</sup> Ayrıca yeni bir makine ve ekipmanların alınması, kullanılan teknolojinin ve personelin yapısında ciddi anlamda değişiklik, üretim tarzının değişmesi, iş kazası ve meslek hastalıklarının olması durumunda ve İSG kurulu veya uzmanın gerek görmesi durumunda belirlenen alanlarda risk analiz ve değerlendirme çalışmaları yapılmasının gereklilik olduğu söylenmektedir.<sup>87</sup>

### 1.3.7. İş Kazası ve Meslek Hastalığı

İş kazasının adında da anlaşılacağı üzere bir işin yerine getirilmesi aşamasında plansız bir şekilde meydana gelen çoğu zaman can ve mal kayıpları ile sonlanan olaylar bütünüdür. DSÖ' nün tanımına göre iş kazası “önceden planlanmamış, çoğu zaman yaralanmalara, makine ve teçhizatın zarara uğramasına veya üretimin bir süre durmasına yol açan olay”<sup>88</sup> olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütüne göre iş kazası ise “belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik bir olay”<sup>89</sup> şeklinde tanımlanmıştır.

Meslek hastalığı kavramı incelenecek olursa, 5510 sayılı Kanunu'nun 13'üncü maddesinde “sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütülmesi şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri şeklinde tanımlanmaktadır.”<sup>90</sup> Meslek hastalıkları Sağlık İşlemleri Tüzüğünde; “fiziksel hastalıklar, cilt hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar ve kimyasal faktörlerden kaynaklanan hastalıklar olarak beş ana başlık altında toplanmaktadır.”<sup>91</sup>

Çalışanların sağlığını etkileyen mekanik faktörler içinde kazalar, önemli bir dizi olayı içine barındırmaktadır. Öyle ki, her geçen yıl, kazaların toplum içindeki oranı artmakta ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan tıbbi, insancıl, sosyo-ekonomik

---

<sup>86</sup> Baysal, s. 11

<sup>87</sup> Baysal, s. 11

<sup>88</sup> Özkılıç, s. 8

<sup>89</sup> Özkılıç, s. 8

<sup>90</sup> Resmi Gazete, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Madde 13, Kanun No, 5510, Tarih, 31.05.2006  
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>, (12.09.2012)

<sup>91</sup> Özkılıç, s. 8

ve hukuki sorunlar büyük boyutlara varmaktadır. Kazaların özellikle nüfusun genç diliminde daha fazla oluşu, önemini daha da arttırmaktadır.<sup>92</sup>

Günümüzde gelişen teknolojilerin etkisi ile işyerlerinde kullanılan donanımların çeşit ve sayıca artması ve işin özelliğinden kaynaklanan çevresel faktörler iş kazası ve meslek hastalıklarının görülme sıklığını artırmaktadır.<sup>93</sup> Bu yönü ile çalışma yaşamında iş kazaları ve meslek hastalıkları, sağlık yönünden önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları; iş göremezlik, işgücü kaybı, ağrı, sakatlık ve uzuv kayıplarına ve bazen de kişinin yaşamına neden olabilmektedir.

Kazalar genel olarak meydana geldiği yere göre sınıflandırılabilir gibi kazanın sebebine göre de sınıflandırılabilirler. “Örnek verecek olursak ev kazaları, iş kazaları gibi kaza türleri olay yerine göre sınıflandırılırken, düşmeler, kesmeler, zehirlenmeler olay sebebine göre sınıflandırmaya örnek verilebilirler.”<sup>94</sup>

Demirbilek iş kazalarına, “çoğunlukla risk unsuru taşıyan çalışma koşullarının bir takım psiko-sosyal faktörler nedeniyle çalışanlar tarafından yeterince algılanmamasından kaynaklanabilmektedir”<sup>95</sup> şeklinde yaklaşmıştır. Bu yaklaşıma göre işin örgütlenmesindeki yetersizlikler, etkin olmayan iletişim ve eğitim yetersizliği çalışanların güvensiz davranışlarda bulunmasına yol açarken, mesleki ve günlük yaşamdan kaynaklanan sorunların yarattığı psikolojik gerilim de kaza riskini artırmaktadır.

İngiltere Endüstri Konfederasyon İSG konusunda yaptığı bir açıklamada iş kazaları ve meslek hastalıklarının maliyetlerini ölçecek bir yöntemin bulunması halinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenebileceğini ve ölümlerin azalacağını savunmaktadır.<sup>96</sup>

---

<sup>92</sup> T. Akbulut, İşçi Sağlığı Prensip ve Uygulamaları, İstanbul, 1996, s. 77

<sup>93</sup> A. Turan- A. Müezzinoğlu, “Risk Değerlendirme Yöntemleri,” TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No, 25, Ankara, 2006, s. 3, [http://www.ttb.org.tr/MSG/index.php?option=com\\_content&view=article&id=141:Ocak-Subat-Mart-2006-Sayi-25&catid=53:dergi&Itemid=56](http://www.ttb.org.tr/MSG/index.php?option=com_content&view=article&id=141:Ocak-Subat-Mart-2006-Sayi-25&catid=53:dergi&Itemid=56), (15.05.2012)

<sup>94</sup> Akbulut, s. 77

<sup>95</sup> Demirbilek, s. 5

<sup>96</sup> Özkılıç, s. 8



Yöneticilerin riskleri önceden saptaması gerekir. Aksi takdirde iş kazası ya da meslek hastalıkları nedeniyle oluşan zararın büyüklüğüne katlanmak zorundadır. Maliyetler, İSG ve risk yönetim süreçleri açısından önemli bir faktördür. İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda meydana gelecek zararların önlenmesinde bir takım maliyetlere katlanmak gerekir. Yönetim, İSG konusunda kararlı ve aynı zamanda etkili olacak prensiplerin uygulanmasını hayata geçirmelidir. İngilizlerin Sağlık ve Güvenlik Kuruluşu (HSE), kazalarından doğan kayıpların sebeplerini kontrol altına almak için bir maliyet yöntemi geliştirdiği görülmektedir.<sup>97</sup>

HSE kaza maliyetlerini belirlemeye yönelik farklı sektörlerdeki iş kazaları üzerinde beş ayrı iş kolunda çalışmalar yürütmüştür. Sözü edilen araştırma 18 hafta sürmüş ve toplamda 3626 kaza incelenmiştir. Araştırma kapsamında inşaat, mandıra, nakliyat, petrol ve hastane işletmelerinde toplam finansal kaybının, 87.507 İngiliz Sterlin'i ve kaza nedeni ile üretimin aksamaması sonucu oluşan iş kaybının 157.568 Sterlin olduğu, toplam kaybın ise, 245.075 sterlin'e yükseldiği anlaşılmıştır.<sup>98</sup>

ABD'de tüm kanser vakalarının %20 ile %40'ının doğrudan meslekten kaynaklandığını, Kanada'da ise her yıl kanserden hayatını kaybeden 40 bin kişiden 10 binden fazlasının meslek hastalığı mağduru belirtilmektedir.<sup>99</sup> Ülkemizde 2005 yılı itibariye 73,923 kişi iş kazasına uğramıştır ve söz konusu kişilerin yaklaşık %60'ı 50'den az çalışanı olan işletmelerde çalışmaktadır. 2005 Yılı SSK istatistiklerine göre ülkemizde en fazla iş kazasının gerçekleştiği iller sırasıyla İstanbul, İzmir, Bursa ve Kocaeli'dir. 2005 yılı itibariyle iş kazasına uğrayan toplam 73,923 kişiden 3,334'ü bayandır. Sözü edilen istatistiklere göre ülkemizdeki sigortalılardan 25–29 yaş grubunda olanların diğer yaş grubunda olanlara göre daha fazla iş kazasına uğradığını, 40–44 yaş grubunda olanların da diğer yaş gruplarına göre daha fazla meslek hastalığına tutulduğunu göstermektedir. Ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıklarının en çok meydana geldiği iş kolları ise sırasıyla;

---

<sup>97</sup> Özkılıç, s. 9

<sup>98</sup> Özkılıç, s. 8

<sup>99</sup> G. Yılmaz, "Şirket Sağlığı ve Hissedar Güvenliği," TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No, 5, Ankara, 2001, ss. 2-3, <http://www.ttb.org.tr/MSG/dergi/ocak05/index.pdf>, (13.05.2013)

inşaat, metalden eşya üretimi, kömür madenciliği ve nakliyat olarak sıralanmaktadır.<sup>100</sup>

Günümüzde işyerlerinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının yalnızca sonuçlarının onarılması artık yeterli görülmemektedir. Konu ile ilgili yapılacak önleyici faaliyetler iş kazaları ve meslek hastalıklarını çalışanlar için kader olmaktan çıkaracaktır. Çünkü en akılcı yöntem, riskin ortaya çıkmasını önlemek ve bu bağlamda, bir yandan işçinin, öbür yandan da tüm toplumun çıkarı doğrultusunda, çalışma koşullarını iyileştirmektir. Bu zorunluluk, yepyeni bir düşünce sisteminin gün ışığına çıkmasına yol açmış, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı koruyucu ve bu riskleri önleyici çözümler oluşturulmaya başlanmıştır.<sup>101</sup>

Günümüzde iş güvenliği uygulamalarını geliştirme uğraşlarına rağmen, iş kazaları hem işletme yönetimi hem de çalışan için bir sorun olmaya devam etmektedir.<sup>102</sup> Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü işyerinde ölüm, kaza ve hastalık olaylarının giderek arttığını ve dünyada önleyici güvenlik kültürünün yaygınlaşması gerektiğine işaret etmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları ekonomik ve sosyal birer sorun olması sebebiyle; toplumun büyük kesimine dolaylı olarak, çalışma hayatının sosyal taraflarına ise doğrudan sorumluluk yüklemektedir. Burada sosyal taraflar arasındaki işbirliğinin ve uzlaşmanın, yani sosyal diyalogun önemi ortaya çıkmaktadır. Sosyal diyalog, demokratik, siyasi rejimi benimseyen ülkelerde sosyal taraf olarak nitelenen, işçi ve işveren üst örgütlerinin temsilcilerinin toplumda yer alan diğer organize temsilciler ile birlikte, temel ekonomik ve sosyal politikaların belirlenmesi ve uygulamalara katılmalarıdır.<sup>103</sup>

---

<sup>100</sup> Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 2005 Yılı Ssk İstatistikleri, Ankara, 2005  
<http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2005/default.html>, (02.03.2013)

<sup>101</sup> TTB, "4857 Sayılı İş Kanunu'na İlişkin Türk Tabipleri Birliğinin Görüş ve Önerileri," Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No 14, Ankara, 2003, s. 11,  
<http://www.ttb.org.tr/MSG/dergi/haziran14/index.pdf>, (15.05.2012)

<sup>102</sup> Demirbilek, s. 12

<sup>103</sup> Y. Pekşen, S. Canbaz, "İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası ve Güvenlik Kültüründe Sosyal Diyalogun Rolü," İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Cilt No. 5, Sayı:25, Ankara, 2005, s. 13  
<http://www.isgdergisi.com/pdf/lowr/25.pdf>, (10.07.2012)

### 1.3.8. Türkiye’de Sağlık Çalışanları

Günümüzde hizmetler sektörü ile kalkınmışlık arasından doğru yönde bir ilişki söz konusudur. Başka bir ifade ile günümüzün kalkınmış ülkelerinin çoğunda Gayri Safi Milli Hâsılının büyük bölümünü hizmet sektörü oluşturmaktadır. Hizmet sektörü içinde sağlık sektörü önemli bir yer tutmaktadır. Bir ülkenin sağlık sektörüne ayırdığı bütçe, bir kalkınmışlık ölçütü olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sektöründe ve dolayısı ile sağlık işletmelerinde hizmeti arz eden sağlık çalışanlarının sayısı, çalışma koşulları, ülke genelinde dağılımları ve hasta başına oranları gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumunu, etkinliğini ve verimliliğini etkileyecektir. Öte taraftan dünyada ve ülkemizde sağlık çalışanları pek çok sorun ile karşı karşıyadır. Bu sorunlardan bir tanesi de sağlık çalışanlarının İSG ile ilgili sorunlarıdır. “Sağlık işletmelerinin iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli grupta yer alması, sağlık işletmelerinde İSG’nin önemini artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve sağlık çalışanlarının mesleksel becerilerinin teşhis ve tedavideki önemi, hizmet alan ile hizmeti sunanlar arasındaki etkileşimi diğer sektörlere göre daha yoğun kılmaktadır. Ülkemizce sağlık işletmelerinde arz edilen hizmetler sağlık iş kolu kapsamında değerlendirilmektedir”<sup>104</sup>

2821 sayılı Sendikalar Kanunu’na göre çıkarılan İş Kolları Tüzüğünde<sup>105</sup> hastaneler, sanatoryumlar, bakım ve dinlenme evleri, doğum ve çocuk bakım evleri, kreşler, doktor muayenehaneleri klinikler gibi sağlık kuruluşları, diş klinikleri, röntgen muayenehaneleri ve benzerleri ile hayvan bakım evlerinde yapılan her türlü sağlık işleri “Sağlık İş Kolu”nda sıralanmıştır. Toplumsal fayda sağlaması açısından sağlık hizmetleri ile sağlık çalışanları arasında bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerindeki çalışma koşulları topluma sunulan hizmetin niteliğini belirleyen en önemli değişkenlerden birisidir. Örneğin; hizmet sunumunda personel azlığı, çalışanlara daha fazla iş yüklenmesi; sağlık çalışanlarının nitelik ve becerilerini geliştirememesi, güdülenme eksikliği ve sonuçta istenen tedavi ve

---

<sup>104</sup> Devebakan. 2007, s. 130

<sup>105</sup> Devebakan. 2007, s. 129

hizmeti yerine getirememeye sonucuna yol açmaktadır.<sup>106</sup> Personel azlığının sağlık çalışanları açısından ortaya çıkardığı sorunlar aşağıda sıralanmıştır;<sup>107</sup>

- “Sağlık çalışanlarına daha fazla iş yüklenmektedir.
- Sağlık çalışanları nitelik ve becerilerini daha az kullanabilmektedir.
- Kendilerini yenileme ve becerilerini geliştirme olanağı bulamamaktadırlar.
- Eşgüdüm sorunu yaşamakta ve strese girmektedirler.
- İstenen tedavi ve hizmeti sunamamaktadırlar.”

Sağlık çalışanları yaptıkları işten kaynaklan bazı biyolojik, kimyasal, fiziksel, psikolojik, çevresel, mekanik ve biyomekanik risklere maruz kalmaktadır. Söz konusu risklere çalışmanın ilerleyen kısımlarında etraflıca yer verildiğinde, bu risk ve tehlikelerin sağlık çalışanlarının sağlığı açısından teşkil ettiği önem daha iyi anlaşılacaktır. Çalışanların çalışma koşullarının ağırlığı ile çalışanların İSG düzeyleri arasında da önemli bir ilişki vardır. Sağlık hizmetlerinin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, diğer iş kollarından farklıdır. Sağlık hizmetlerinin 24 saat olarak kesintisiz verilmesi ve hizmetlerin çoğunun acil ve ertelenmeyecek durumda olması, normal çalışma süresi dışında çalışma, nöbetler ve icapçı olarak çağırılma gibi nedenlerden dolayı sağlık çalışanlarında çalışma süreleri uzamakta ve bu durum çalışanlar açısından iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Ülkemizdeki hasta başına düşen sağlık personelinin azlığı ve yurt çapında dengesiz dağılımı da çalışanların İSG’ni etkileyen bir diğer etmendir. Birçok sektörden farklı olarak sağlık işletmelerinde gece gündüz hizmet verilmektedir. Sağlık çalışanları bu nedenle vardiya sistemi ile gecede çalışmakta ve bazen de rutin çalışma saatleri dışında acilen çağrılmaktadır. Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri ve dinlenme için ayrılabilirlikleri süre, çalışan sağlığı ve iş verimliliğini doğrudan etkilemektedir.<sup>108</sup> Dünya ülkeleri incelendiğinde ülkemizdeki sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin birçok ülkeden uzun olduğu

---

<sup>106</sup> A. Soyer, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Ankara, 1993, s. 1

<sup>107</sup> M. Özdemir, “Sağlık Çalışanlarının Sorunları,” Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt No. 6, Sayı No. 14, Ankara, 1999, s. 403

<sup>108</sup> Soyer, s. 180

görülmektedir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre memurların “haftalık çalışma süresi 40 saat iken, 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'a göre,”<sup>109</sup> kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin haftalık kanunî çalışma “süresi 45 saat” olarak belirlendiği görülmektedir.<sup>110</sup>

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Türkiye'deki sağlık insan gücü ile ilgili bir değerlendirmeye yer verilmiştir. Söz konusu değerlendirmedeki tespitler aşağıda sıralanmıştır.<sup>111</sup>

- “Hekim ve sağlık personeli sayılarında iyileşme olmakla birlikte, ülkenin ihtiyaçlarını karşılayacak seviyeye henüz gelinememiş olup, bölgeler arasında dengesiz dağılım sorunu önemini korumaktadır.

- Hekimlerin bölgeler arası dağılımı, bölge nüfuslarıyla orantılı olarak incelendiğinde, nüfusun yüzde 25'inin yaşadığı Marmara Bölgesinde hekimlerin yüzde 28,6'sının, nüfusun yüzde 18,8'inin yaşadığı Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesinde ise hekimlerin yüzde 11,3'ünün istihdam edildiği görülmektedir.

- Son dönemlerde uygulamaya konulan sözleşmeli personel uygulaması ile yardımcı sağlık personeli ve pratisyen hekim dağılımındaki iyileşmeye rağmen, uzman hekim dağılımında yeterli düzelme sağlanamamıştır.

- AB ülkelerinde yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezun sayısı 8,8 iken, bu rakam ülkemizde 2000–2005 döneminde 7,5'ten 6,1'e düşmüş olup, bu düşüşün devam etmesi durumunda gelecek yıllarda hekim açığının daha da artması beklenmektedir.”

---

<sup>109</sup> Devedbakan, 2007, s. 131

<sup>110</sup> Soyer, s. 187

<sup>111</sup> Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007 Yılı Programı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2007.pdf>, s.198, Ankara, 2007, (05.11.2012)

**Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler (2006--2011)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Uzman Hekim	52.868	54.439	56.973	60.655	63.563	66.064
Pratisyen Hekim	33.383	34.559	35.763	35.911	38.818	39.712
Asistan Hekim	18.224	19.404	20.415	22.075	21.066	20.253
<b>Toplam Hekim</b>	<b>104.475</b>	<b>108.402</b>	<b>113.151</b>	<b>118.641</b>	<b>123.447</b>	<b>126.029</b>
Diş Hekimi	18.332	19.278	19.959	20.589	21.432	21.099
Eczacı	23.140	23.977	24.778	25.201	26.506	26.089
<b>Hemşire</b>	<b>82.626</b>	<b>94.661</b>	<b>99.910</b>	<b>105.176</b>	<b>114.772</b>	<b>124.982</b>
Ebe	44.483	47.175	47.673	49.357	50.343	51.905
Diğer Sağ. Per.	67.514	79.441	89.540	93.550	99.302	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	150.053	167.585	169.763	197.386	198.694	209.126
<b>Toplam Personel Sayısı</b>	<b>490.623</b>	<b>540.519</b>	<b>564.774</b>	<b>609.900</b>	<b>634.496</b>	<b>670.092</b>

Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, Ankara, 2011, s, 121

Tablo 3’de verilen Sağlık Bakanlığı yıllık istatistikleri incelendiğinde, 2006 - 2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki personel sayıları ve dağılımları görülmektedir. Artan ülke nüfusu, yaşam sürelerinin uzaması ve yeni hastalıkların ortaya çıkması, sağlık personeline olan ihtiyacı tetiklemektedir. Her yıl düzenli olarak tüm meslek gruplarından yeni istihdamlar sağlanmış olsa da, sağlık sektöründeki yeterli iş gücünün hala istenilen düzeyde olmadığı söylenebilir.

**Tablo.4 Sağlık Personelinin Sektöre ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2011**

	<b>Sağlık Bakanlığı</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Özel Sektör</b>	<b>Toplam</b>
Uzman Hekim	32.623	13.094	20.347	66.064
Pratisyen Hekim	33.523	277	5.912	39.712
Asistan Hekim	7.236	13.017	0	20.053
<b>Toplam Hekim</b>	<b>73.382</b>	<b>26.388</b>	<b>26.259</b>	<b>126.029</b>
Diş Hekimi	7.225	1.134	12.740	21.099
Eczacı	1.891	245	23.953	26.089
Hemşire	89.314	17.530	18.138	124.982
Ebe	46.944	663	4.298	51.905
Diğer Sağlık Personeli	82.201	7.011	21.650	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.295	8.991	18.840	209.126
<b>Toplam Personel Sayısı</b>	<b>482.252</b>	<b>61.692</b>	<b>125.878</b>	<b>670.092</b>

Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2011, s. 121

Tablo 4’de görüldüğü üzere, 2011 yılı itibariyle bir ülkemizde 126.029 hekim ve 124.982 hemşire bulunmaktadır. Tablo 5’deki veriler incelendiğinde ise, bir hekime 591 bir hemşireye ise 636 nüfus düşmektedir. Buna göre ülkemizde hekim-hemşire / nüfus oranı henüz istenilen seviyede olmayıp gelişmiş ülke ortalamalarından uzaktır. 1980’li yıllardan günümüze Türkiye’de sağlık insan gücü açısından önemli gelişmeler olmuştur. Ancak Türkiye’de kişi başına düşen sağlık personelinin yeterli düzeyde olmamasının en önemli nedenlerinden birisi de hızlı nüfus artışı olduğu düşünülebilir.

Sağlık hizmetleri özelliği gereğince ikame etmek mümkün olmadığından, modern sağlık anlayışı gereklerine uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücünün istihdam edilmesi büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan ülkemizde hala

iyi bir “sağlık enformasyon sisteminin bulunmaması; sağlık düzeyi ile ilgi bilgilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır.”<sup>112</sup>

**Tablo 5. Nüfus Başına Düşen Sağlık Personeli Gelişimi 2006-2010**

Yıl	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı
2006	664	3 785	840	1 187	1 590	2 999
2007	648	3 642	742	895	1 488	2 928
2008	628	3 562	712	846	1 491	2 869
2009	607	3 499	685	783	1 460	2 859
2010	591	3 406	636	773	1 450	2 754

Kaynak. Türkiye İstatistik Kurumu, Tük, 2010

Kaynakların etkili ve verimli kullanılması, kaynak israfının önlenmesi ve sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyacı karşılar nitelikte olabilmesi için, insan gücü planlamasına ihtiyaç vardır. Bugün sahip olduğumuz iş gücü, geçtiğimiz yıllarda pek çok kişi ya da kuruluşça alınan, büyük ya da küçük ölçüdeki kararlar doğrultusunda sürdürülen planlama çabaları sonucunda oluşmuştur. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının kamu kaynakları ile yetiştirilip devlet imkânları dâhilinde istihdam edilmesi nedeniyle, bu planlama çalışmaları önemli ölçüde kamu tarafından yapılmıştır. Sağlık insan gücü planlamasında, eğitim ve sağlık otoritelerinden, hangi nitelikte ve ne sayıda çalışana ihtiyaç duyulduğu, bu personelin dağılımı ve görevleri konusunda kararlar almaları beklenmektedir.<sup>113</sup>

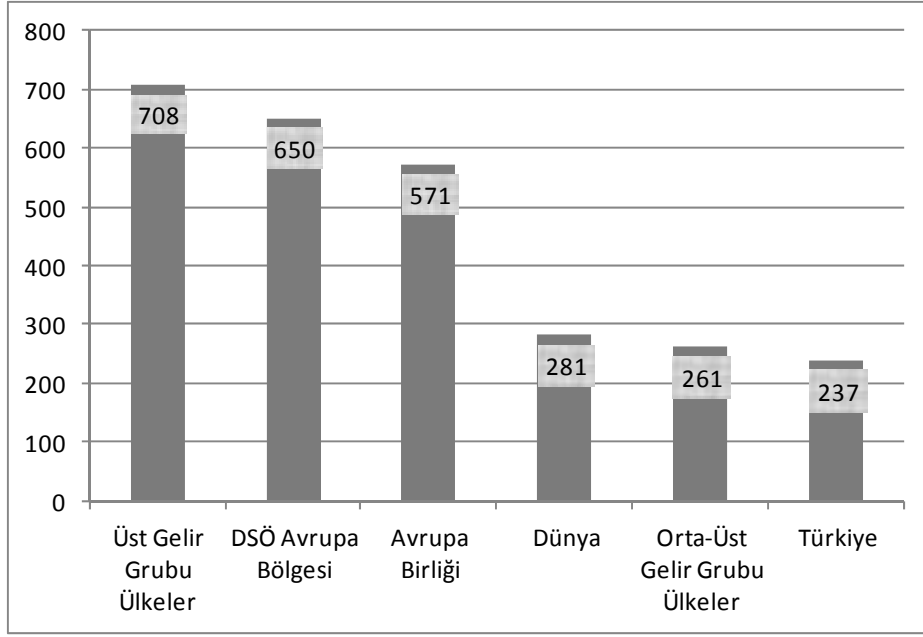
İnsan gücü planlaması, bu kararların doğru alınmasını, zamanında ve olması gereken şekilde gerçekleşmesini sağlamalıdır. Reel olmayan planlamaların yapılması, sistemin iyi işlemlerini engellemekte ve maliyetleri artırmaktadır. Özet olarak sağlık insan gücünün planlamasında reel bir politika izlenmeli ve konu ile ilgili kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insan gücü planlarının yapılması kaçınılmaz olmaktadır.<sup>114</sup>

<sup>112</sup> Hayran ve Sur, s. 35

<sup>113</sup> Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durumu Bildirir Raporu, Yayın No 2010/1, 2010, Ankara, s. 3  
[http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede\\_saglik\\_egitimi/3eef8efe-9fbe-4e66-bc05-15262a6ec747](http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede_saglik_egitimi/3eef8efe-9fbe-4e66-bc05-15262a6ec747), (10.08.2013)

<sup>114</sup> YÖK, s. 3 [http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede\\_saglik\\_egitimi/3eef8efe-9fbe-4e66-bc05-15262a6ec747](http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede_saglik_egitimi/3eef8efe-9fbe-4e66-bc05-15262a6ec747), (10.08.2013)



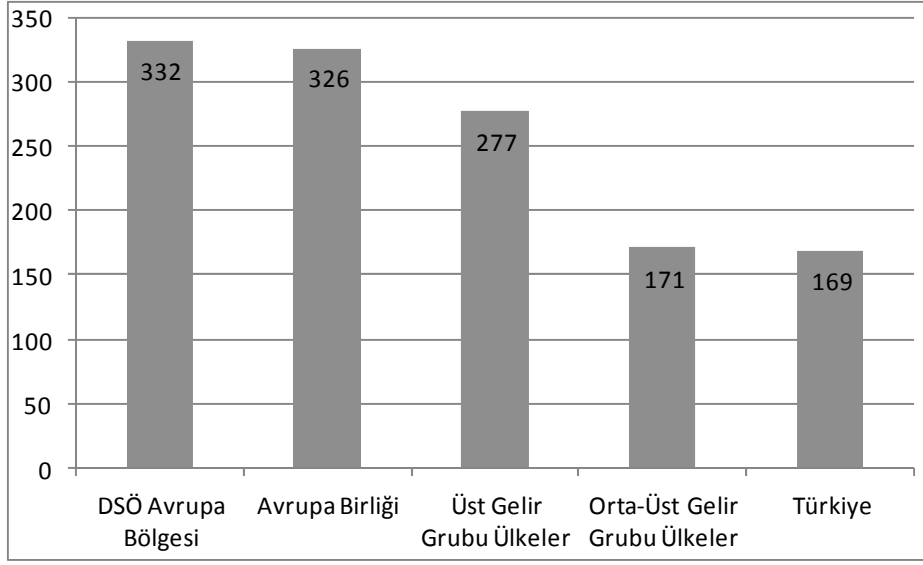


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, (SB), Sağlık İstatistiği Yıllığı, Ankara, 2011, s, 121

### Şeki1 3. 100.000 Kişiy e Düşen Toplam Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması

Şekil 3’de 100.000 kişiy e düşen toplam hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırma grafikleri verilmiştir. Türkiye’nin 100,000 kişiy e düşen hemşire ve ebe oranında, gelişmiş ülkelere göre istenilen noktada olmadığı anlaşılmaktadır. Grafiklerden de anlaşılacağı üzere, AB, DSÖ Bölgesi ve üst gelir grubu ülkelerin sağlığı verdikleri önem ve sağlık personel istihdamındaki başarısı açıkça görülmektedir.

Bir ülkenin sağlık politikaları konusunda başarılı olabilmesi için, nitelikli ve kaliteli iş gücünün tüm ülke coğrafyasında istihdam etmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, hekim dışı diğer profesyonel sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi başarılı bir sağlık politikasının temellerini oluşturmaktadır. Sağlık alanında hizmet vermek tek koldan sağlanabilen bir işlem olmayıp, tamamıyla multidisipliner bir yapı içerisinde hareket etmeyi gerektirmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı istatistikleri incelendiğinde, yapılan çalışmaların var olduğu ancak, hedeflenen standartlarda olmadığı açıkça anlaşılmaktadır.



Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, Ankara, 2011, s,121

#### Şekil 4. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması

Şekil 4’de ise, Türkiye, DSÖ Avrupa bölgesi ve AB ülkelerinin 100,000 (yüz bin) kişiye düşen hekim sayıları yer almaktadır. Şekil 4’deki verilere göre, Türkiye’nin mevcut durumu, hedeflenenin oldukça altında olduğu görülmektedir. DSÖ Avrupa bölgesi ve AB ülkelerinde bu sayı ortalama 330 doktorken, Türkiye bu oranın ancak yarısını yakalayabilmiştir.

Son yıllarda yürütülen etkin planlama ve politikalarla beraber kalifiye insan gücü ve bir takım altyapı konularında gelişme kaydedilmiştir. Ancak ülke potansiyeli göz önüne alındığında henüz beklentileri sağlayabilen bir durumda değildir. Bunun en temel sebepleri ise; coğrafik olarak iyi yapılanmamış ve dengesiz dağılmış insan gücü faktörü, etkin bir sevk sisteminin olmayışı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde hizmet verememesi olarak gösterilebilir.<sup>115</sup>

<sup>115</sup> DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı, Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi 2007-2013, Ankara, 2007, s. 198  
<http://www.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/746/2007.pdf>, (11.05.2013)

#### 1.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN FAKTÖRLER

İnsan, günümüz şartlarında kendi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin hayatlarını idame ettirebilmesi açısından çalışmak ve kazanmak zorundadır. Dolayısıyla, iş ve finansman faktörleri kaliteli bir yaşam sürmenin kaçınılmaz bileşenleri olmaktadır. İnsanlar yaşamı için gerekli olan her şeyi ister ve çalışarak elde ederler. Ancak zaman zaman insanlar çalıştığı işin niteliğine göre çalışma ortamlarında farkında olmadan veya dalgınlık sebebi ile bir takım fiziksel veya psikolojik sağlık sorunları ile karşılaşabilirler. Yaşamak en temel insan hakları içerisinde yerini almışken, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmakta insanların en temel haklarından biridir. Bu kapsamda düşünüldüğünde, çalışma ortamları ile çalışanın sağlığı ve güvenliği arasında doğrusal bir ilişki kaçınılmazdır.<sup>116</sup>

Sağlıklı bireylerin ekonomiye ve çalışma hayatına katkı sağlayacağı düşünüldüğünde, çalışma hayatının ve ortamlarının da kişilerin sağlıkları üzerinde ciddi etkilerinin olduğu bilinmektedir. İş ortamlarının, çalışanların sağlığı üzerindeki etkileri dünyayı bu konuda bazı düzenlemelere sürüklemiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü, 1950 yılında iş sağlığını; “bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır.”<sup>117</sup>

İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Hastanelerde çalışan sağlık personeli bu risklerden ciddi şekilde etkilenmektedir. Hastaneler birçok iş kolunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır.

Hastaneler haricinde hiçbir işyerinde aynı zamanda elektronik aletlerin aktif kullanımı, ağır nakliye işlemleri, biyolojik atıklar veya malzemeler, batıcı, kesici ve delici aletler, kimyasal ve radyoaktif maddeler gibi etkenler aynı çatı altında toplanmamaktadırlar. Tüm bu etmenlerle birlikte yoğun ve 24 saat kesintisiz çalışma

---

<sup>116</sup> Paşabahçe Devlet Hastanesi Araştırma Grubu, “Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Sağlık Sorunları ve Alınan önlemler,” Antalya, 2010, s. 4-7  
[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011.2010.15\\_Temmuz\\_2010/121.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011.2010.15_Temmuz_2010/121.pdf), (18.11.2012)

<sup>117</sup> C. Wilkinson, Fundamentals of Health at Work, London, 2001, s. 7

temposu, fiziksel yapı ve ergonomik problemler, sağlık meslek mensuplarının diğer meslek gruplarına göre daha çok mesleki risk ile karşı karşıya bırakmaktadır. Biyolojik ve ergonomik riskler sağlık çalışanlarının sağlığını genel olarak işin yürütülmesi sırasında tehdit etmektedir. Hemşireler ve laboratuvar çalışanları işlerinin tedavi ve tetkik aşamasında çoğunlukla biyolojik risklerle, hemşireler ve yardımcı sağlık çalışanları ise hastanın taşınması, kaldırılması vb. işlemlerde ergonomik risklerle karşılaşmaktadır.<sup>118</sup>

Tablo 6’da sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psiko-sosyal etkenler olarak gruplandırılmıştır.

**Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Etkileyen Tehlike ve Riskler Tablosu**

RİSKLER	ÖRNEKLER
<b>BİYOLOJİK</b>	Hasta kişilerden direkt temas, solunum yolu veya vücut sıvıları aracılığı ile bulaşan bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler
<b>FİZİKSEL</b>	Radyasyon, aydınlatma, düşük ve yüksek sıcaklıklar, gürültü gibi doku hasarına sebep olan çevresel etkenlerin yol açtığı risklerdir.
<b>ERGONOMİK</b>	Kazalara, yaralanmalara, gerginliğe ya da rahatsızlığa yol açan veya bunların oluşumunu destekleyen risklerdir.
<b>KİMYASAL</b>	İlaçlar, laboratuvar kimyasalları, dezenfektan ve sterilizanlar, gazlar vücut sistemleri üzerinde zehirli ya da tahriş edici etki oluştururlar.
<b>PİSİKOSOSYAL</b>	Strese, duygulanımsal gerginliğe, kişisel veya kişiler arası sorunlara yol açan çalışma çevresine bağlı risk etkenleridir

Kaynak: Niosh, Violence, 4; osha (occupational safety and health administration). Guidelines for Preventing Workplace Violence For Care&Social Service Workers, (Violence), U.s Department Of Labour, Osha Publications, <http://www.osha.gov/publications/osha3148.pdf>, (28.Kasım.2012)

<sup>118</sup> Paşabahçe Devlet Hastanesi Araştırma Grubu, s, 7

### 1.4.1. Biyolojik Risk Faktörleri

Biyolojik risk etmenleri, birçok ulusal ve uluslar arası iş sağlığı ve güvenliği standartları kapsamında tanımlanmıştır. Biyolojik risk etmenleri genel olarak zehirli veya zararlı şekilde tanımlanmaktadır. Biyolojik risk etmenleri kapsamında başlıca tehlikelerin, mikroorganizmalar veya enfeksiyon kökenli nedenler olduğu görülmektedir. Biyolojik risk etmenlerinin bilinmesinde en çok tarım sektörü çalışanları, sağlık çalışanları ve laboratuvar çalışanlarından yararlanılmış ve araştırmalar bu sektörlerde yoğunlaşmıştır. Çalışanların maruz kaldığı biyolojik riskler tarihte ilk kez sağlık çalışanlarından tespit edilmiştir.<sup>119</sup>

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği kapsamında uygun koruyucu önlemleri almadığı takdirde, enfeksiyona maruz kalması kaçınılmazdır. Hastane çalışanları birçok biyolojik tehlikelere maruz kaldıkları görülmektedir bunlar en çok; HIV, Hepatit B, Hepatit A, Hepatit C, Herkes virüs, Rubella ve Tbc gibi enfeksiyonlar olduğu görülmektedir.<sup>120</sup>

Sağlık sektörü, sağlık işletmeleri, sağlık kurumları (Hastaneler, sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri, v.b), Diğer iş kolları ile kıyaslandığında, hemen hemen hiçbir iş kolu sağlık işletmeleri veya hastaneler kadar çeşitli branş ve dallarda hizmet vermediği söylenebilir. Bu kadar çeşitli hizmetler veren ve bu kadar riski bir arada bulunduran bu kurumlarda çalışan sağlık personellerinin de karşılaşılabilecekleri riskler de aynı oranda artış gösterebilmektedir.

Özkan'ın yaptığı bir araştırmada hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psiko-sosyal tehlike ve risk olduğunu bildirmektedir. Hepatit B hastalığı, tüberküloz, bel ağrısı, varis, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet ve kötü muamele, kesici-delici alet yaralanmaları sağlık

---

<sup>119</sup> E. Akalın- M. Akova, Sağlık Personelinin İşle İlgili Enfeksiyon Hastalıkları Riski, Sağlık Personelinin Mesleki Riskleri, Ankara, 1991, ss. 116-117

<sup>120</sup> A. K. Sepkowitz - L. Eisenbergt, Occupational Death Among Health Care Workers, Emerging Infectious Diseases, , Sayı No.11, Cilt No7, 2005, s. 1006, <http://www.cdc.gov/eid>, ( 01.01.2012)

çalışanlarının sık sık karşılaştıkları sorunlar olduğu ve 20 yılda bu sorunların ciddi bir şekilde arttığı bilinmektedir.<sup>121</sup>

Özellikle, hasta ile temas eden sağlık personeli iş ortamında kazanacakları enfeksiyonlar, diğer hastalar, diğer sağlık çalışanları, aile bireyleri ve toplumda temas halinde oldukları sağlıklı kişiler için de risk oluşturur.<sup>122</sup>

Keskiner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Ankara’da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda görev yapan hekim, hemşire, laboratuvar ve radyoloji teknisyeni ile güvenlik görevlisi gibi farklı görevlerde çalışan toplam 491 kişide tüberküloz enfeksiyonunun riskini araştırmışlar ve PPD olumluluğunun %83 olduğunu belirlemişlerdir.<sup>123</sup>

Enfeksiyon etkenlerinin oluşturduğu tehdidin derecesi o sağlık kuruluşunda alınan önlemlerle ilgilidir. Etkenlerin sağlık çalışanlarına bulaşma yolları göz önünde tutularak uygun önlemler alınmalıdır. Enfeksiyon açısından yoğun ve kolay bulaşabilir ortamlarda çalışmakta olan sağlık personellerine, hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve hastalardan bulaşabilecek hastalıklar konusunda hizmet içi eğitimler verilmesi, konu ile ilgili farkındalık yaratılması, korunma yollarının anlatılması ve bilgilendirilmesi bu konunun hastanelerde sadece profesyonel sağlık personellerine değil hastanede çalışan tüm birimlerin ve çalışanların bilgilendirilmesi, olumlu davranışlar oluşturmak gerekmektedir.<sup>124</sup>

#### **1.4.2. Kimyasal Risk Faktörleri**

Sağlık çalışanlarının İSG’ni büyük ölçüde tehdit eden bir diğer risk kimyasal risklerdir. Günümüzde birçok sağlık işletmesinde özellikle kanserli hastaların tedavilerinde kullanılmak üzere bazı ilaçlar (antineoplastik) hazırlanmaktadır. Söz konusu ilaçlar bir taraftan ilaçları hazırlayan personelin sağlık ve güvenliğini

---

<sup>121</sup> Ö. Özkan, Hastane Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Oranı Tehlike ve Riskleri Risk Algılarının Saptanması (YDT), Hacettepe Üniversitesi, SBÜ, Ankara, 2005. s. 43

<sup>122</sup> H. Pullukçu, “Hastane Personelinin Nazokimiyal İnfeksionlardan Korunması,” Sağlıkta Birikim Dergisi, Cilt No.1, Sayı No. 4, Manisa, 1997, s. 59, <http://www2.bayar.edu.tr/saglik/docs/sagliktabirikim/4/b%FCt%FCn.pdf>, (10.04.2013)

<sup>123</sup> R. Keskiner-Ö. Ergönül, “Risk Of Tuberculous Infection Among Healthcare Workers in a Tertiary-Care Hospital in Ankara,” Turkey Infect Control Hosp Epidemiol, 2004 Cilt No.25 ss. 1067-1071, [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2004-02/html/2004-08-2-140-143.htm](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2004-02/html/2004-08-2-140-143.htm), (05.08.2013)

<sup>124</sup> TTB, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri, Ankara, 2008, s. 5

tehlikeye sokmakta, diğer taraftan tüm sağlık çalışanlarının sağlığını için bir risk teşkil etmektedir. Sağlık çalışanlarından özellikle de hemşireler söz konusu kanser tedavisinde kullanılan ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır.<sup>125</sup>

Hastaneler, birden çok disiplinin bir arada çalışması ve yapılan işin niteliği bakımından çok fazla kimyasal ajanı birlikte kullanmaktadır. Bu kimyasal ajanlar; anestezi ilaçları ve gazlar, kimyasal tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar, sitotoksik maddeler ile sterilizasyon amacı ile kullanılan maddelerdir. Sık kullanılmaları ve etkileri nedeniyle çalışan sağlığı açısından önemlidir.<sup>126</sup>

Bu kapsamda yapılan araştırmalar, anestezi gazlara fazla maruz kalma durumunda ani gebelik düşüklüklerine, konjenital bozukluklara, böbrek fonksiyonlarında bozulmalara, prematüre doğumlara, kanser hücrelerinde artışa ve karaciğer fonksiyon bozukluklarına ve bunların birer mesleki bir risk olduğunu göstermektedir.<sup>127</sup>

### **1.4.3. Fiziksel Risk Faktörleri**

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen risk ve tehlikelerden bir diğeri de fiziksel etmenlerdir. Bunlar; “radyasyon, elektrik, gürültü, kanserojen ajanlar, kötü havalandırma”<sup>128</sup> gibi iyi bilinen riskler yanında üzerinde hiç durulmayan ve önemsenmeyen, nakil-transfer, aydınlatma düzeyi, iklimlendirme ve trafik kazaları gibi etkenler sağlık çalışanlarının sağlıklarını olumsuz yönde tehdit etmekte ve etkilediği söylenebilir.

#### **1.4.3.1. Işıklandırma/Aydınlatma**

Aydınlatma, özellikle işi ışığa ihtiyaç duyan tüm meslek grupları için ve özellikle 24 saat çalışma esasına göre hizmet veren sağlık çalışanlarının, yaptıkları işte kendilerini daha konforlu hissetmeleri, daha efektif çalışabilmeleri ve oluşabilecek sağlık sorunlarının en aza indirgenmesi için mümkün olduğunca

---

<sup>125</sup> M. Türk- M. Çiçeklioğlu- A. Davas- F. Saçaklıoğlu, “Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi,” TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt No.21, Sayı No. 5-6, Ankara, 2006, s.41

<sup>126</sup> TTB, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri... s. 30

<sup>127</sup> TTB, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri...,s. 15

<sup>128</sup> TTB, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri...,s. 17

profesyonel bir planlama yapılarak kendilerinin ve yaptıkları işin niteliğine göre optimal kalitede bir aydınlatma tercih edilmelidir.

Aydınlatma sistemlerinin optimal kalitede olmaması yüksek veya düşük olması özellikle ameliyathane gibi çalışma ortamlarında bir takım sorunlara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar ışığın ve elektromanyetik alanların pineal bez fonksiyonlarını etkilediğini göstermektedir. Pineal bezin etkilenmesi uzun dönemlerde melatonin üretimini azalmasına, östrojen hormonlarında artışa ve meme epitel hücrelerinin malign şekilde değişmesine neden olmaktadır. Bu değişimler sonucu; meme kanseri, üreme fonksiyon bozuklukları ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Yapılan bu çalışmalar özellikle aydınlatmanın iyi olmadığı alanlar ve gece nöbet tutan yoğun bakım personeli açısından önem taşımaktadır.<sup>129</sup>

Çalışma ortamlarının aydınlatma sistemleri planlanırken, direk gün ışığından yararlanılmanın esas alınması ve yeterli olmadığı durumlarda indirek aydınlatma sistemleri ile destek olunmalıdır.<sup>130</sup>

#### **1.4.3.2. Gürültü**

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen risk ve tehlikelerden bir diğeri de gürültüdür. Gürültü faktörü, çalışma alanlarında motivasyon kayıplarına, kan basıncında artışlara, uyku bozuklukları ve çalışma performansında azalmalara, stres ve gerginliğe, geçici ve kalıcı duyma kayıplarına neden olabilmektedir.

Gürültüye bağlı olarak yaşanan duyma bozuklukları normal konuşma frekans aralıklarında görülür ve sağlık iletişim kurmayı engeller. Mersin ilinde, Kumbur ve arkadaşları tarafından gürültü düzeyleri konulu yapılan çalışmada, hassas bölgeler

---

<sup>129</sup> H. Kumbur - D. Özsoy- Z. Özer, Mersin'in Gürültü Kirliliği Haritasının Oluşturulması, İstanbul, 2002, ss. 451-458.

<sup>130</sup> A. Öcal, Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2010, s. 95



olarak bilinen hastane, otel, huzurevi, gibi mekânlarda oluşan ses düzeyinin, Gürültü Kontrol Yönetmeliğinde belirtilen sınır değerlerini en az 20 dB aştığı saptamıştır.<sup>131</sup>

Yapılan çalışmalar, sağlık işletmelerinde ve özellikle yoğun bakımlarda, hoparlörlerden anonslar yapılması, tıbbi cihaz uyarı sinyallerin çalması, ısıtma ve soğutma sistemlerinin yüksek desibelde çalışması, çalışan ve hastaların yüksek sesle konuşması son elli yılda gürültünün hastaları ve çalışanları rahatsız edecek düzeyde arttığını ortaya koymaktadır.<sup>132</sup>

### 1.4.3.3. İyonizan Radyasyon

Günümüzde ve yapılan çalışmalar sonucunda radyasyonun insan sağlığına zararları tartışılmayacak kadar çok ve kesindir. Radyasyonun sağlık alanında teşhis ve tedavi maksadı ile kullanılması 8 Kasım 1895 tarihinde Dr. Wilhelm Conrad Röntgen'in, x ışınlarının keşfetmesine dayanmaktadır. Günümüzde x, gamma, alfa gibi birçok türü sağlık alanında sıkça teşhis ve tedavi alanında kullanılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit eden ve en önemli karsinojen olarak bilinen iyonizen radyasyon ve asbesttir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Derneği tarafından (The International Agency for Research on Cancer), sağlık çalışanlarının karsinojenlere mesleki maruziyet nedeniyle meydana gelen akciğer kanseri, lösemi ve malign mezotelyomaya bağlı morbidite ve mortalite tüm dünya genelinde tanımlanmıştır.<sup>133</sup>

Radyasyonun hamilelikteki etkileri bebeğin anne karnındaki evresine bağlıdır. Bebeğin evresine ve radyasyon dozuna bağlı olarak maruz kaldığı radyasyon sonrası; bebeğin ölümüne, gelişim geriliğine, zekâ durumunda geriliklere veya sakat kalmalara neden olmaktadır. Radyasyondan korunmak önlemleri amacıyla bilinen üç temel faktör vardır. Radyasyon kaynağından uzak durmak, kaynak ile aynı alanda fazla kalmamak ve kaynak ile kişi arasına kurşun bir paravan koymaktır.<sup>134</sup>

---

<sup>131</sup> Kumbur ve Ark., s. 453

<sup>132</sup> Kumbur ve Ark., s. 454

<sup>133</sup> TTB, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri..., s. 17

<sup>134</sup> TTB, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri..., s. 22

Uluslararası Radyolojik Korunma Komisyonu (ICRP), radyasyondan daha etkin korunabilmek amacı ile bir takım protokoller geliştirmektedir. Dünya ile beraber Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK), ICRP protokollerine uymaktadır. Bu ulusal tüzük ve yönetmeliklere göre radyasyon üretmek maksadı ile kurulan veya radyoaktif madde içeren bütün tesis veya cihazlar, TAEK'ten izin alınmadan herhangi bir amaç için kurulamayacağı, bulundurulamayacağı ve kullanılamayacağı açıkça belirtilmişti.<sup>135</sup>

#### **1.4.3.4. Nakil/Transfer**

Sağlık çalışanları hastaların bir yerden bir yere nakil edilmesinde ve el ile yapılan bazı işlerde sıklıkla kaza ve yaralanmaya uğrarlar. Söz konusu kazaların büyük kısmı kas iskelet yaralanmaları şeklinde meydana gelmektedir. Retsas ve Pinikahana tarafından Avustralya'da hemşireler üzerine yapılan bir araştırmada, hastanede meydana gelen tüm yaralanmaların %34,3'ünün hastaların taşınması ile ilgili olduğu saptanmıştır.<sup>136</sup>

Sağlık personellerinin çalıştığı branşın görevlerini yerine getirmeleri esnasında, bir takım fiziksel riskler ile karşılaştıkları söylenebilir. Örneğin, bir hemşirenin kendisinden oldukça kilolu ve geriatrik bir hastayı yatırırken ya da kaldırırken, bir ameliyathane çalışanının saatlerce soğuk bir ortamda ve çok uzun süreler ayakta kalması, bir radyoloji çalışanın mekanik ve manüel cihazlarda çalışması ve hastalara pozisyon verme esnasında yaşadığı fiziksel zorluklar, kas ve iskelet sistemi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu söylenebilir.

#### **1.4.3.5. İklimlendirme Sistemleri (Sıcaklık, Nem, Havalandırma)**

Hastane işletmeleri, bünyesinde birçok farklı bilim dalını bilim dalında hizmet veren ve en önemlisi de ciddi enfeksiyon riskleri taşıyan işletmelerdir. Bu açıdan bakıldığında, hastanelerin havalandırma, nemlendirme, ısıtma ve soğutma sistemleri son derece önem arz etmektedir. Bazı mikroorganizmaların; sıcak veya soğuk ortamlarda, fazla nemli ortamlarda yaşayabildiği bilinmektedir. Bir takım

<sup>135</sup> Resmi Gazete, Radyasyon Güvenliği Hakkında Yönetmelik, Tarih. 24.03.2000, Sayı. 23999  
[http://www.hospital.hacettepe.edu.tr/Dosya/Radrasyon/rad\\_guv\\_yon.pdf](http://www.hospital.hacettepe.edu.tr/Dosya/Radrasyon/rad_guv_yon.pdf), (05.05.2013)

<sup>136</sup> A. Retsas – J. Pinikahana, "Manual Handling Activities and Injuries Among Nurses An Australian Hospital Study," Journal of Advanced Nursing, Sayı No. 31, Cilt No.4, 2000, s. 880

mikroorganizmaların ise hava yolu ile (örn. Tüberkuloz) bulaştığı bilinmektedir. Dolayısı ile hastane otamalarının; ısı, nem ve havalandırma sistemlerinin yeterli olmaması sağlık çalışanları açısından bir risk teşkil etmektedir. Hastane ortamlarının iklimlendirme sistemleri yapılma aşamasında; personelin konforuna, mikroorganizmaların biyolojik ve fiziksel davranışlarını, radyasyonlu ortamları ve anestezi gazlarının etkileri düşünülerek planlanması gerekmektedir.<sup>137</sup>

Hastane ortamlarında çok farklı oda tipi bulunmaktadır. Bu odalar; hastalar için, tetkik yapılması için, depo veya arşiv için, ameliyathane için kullanılmaktadır. Dolayısıyla her odanın ısı ve nem ayarları farklılık göstermektedir. Hastaneler bu farklı ısı kontrollerini sağlayabilmek için klima sistemlerine ihtiyaç duyarlar. Optimal kalitede ısı ayarlar ise; ameliyathane için 20-22 C, standart hasta odaları için, 22-24 C, yoğun bakım odaları için, 24-27 C olması önerilmektedir.<sup>138</sup> Ancak, sağlık işletmelerinde hizmet veren, Kalorifer dairesi, çamaşırhane, mutfak, sterilizasyon üniteleri, teknik atölye gibi bölümlerde ekstra önlemler alınmamış ise yüksek sıcaklığın ve yüksek nem derecesinin rahatsız edecek boyutlarda olduğu söylenebilir.

#### **1.4.3.6. Trafik Kazaları**

Fiziksel faktörlerin birçoğunun sağlık işletmesinin fiziksel alt yapısından kaynaklandığı da söylenebilir. Örneğin, sağlık işletmeleri içerisinde motorlu araçlar için ayrılan yolların kontrolünün tam anlamıyla sağlanamaması veya sağlık işletmeleri arasından geçen karayollarının personelin yoğun çalışma temposunda bir bloktan diğer bir bloğa geçerken trafik kazası açısından risk oluşturduğu ve bu durumda sağlık çalışanları açısından fiziksel bir risk sayılabileceği söylenebilir. Aynı zamanda sağlık işletmeleri bünyesinde görev yapan şoför, 112 ambulans görevlileri ve motorlu araç kullanan personellerde bu risk kapsamında değerlendirilebilir.

---

<sup>137</sup> A. Öcal, s. 96

<sup>138</sup> G. Akkaya, Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, (YDT), İstanbul Üniversitesi, SBE, İstanbul, 2007, ss. 45-46

#### 1.4.4. Psiko Sosyal Risk Faktörleri

İnsanların tıbbi yardıma ihtiyaç duymaları çoğu zaman tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmasından dolayı sağlık sektörü ve sağlık çalışanları genelde 24 saat esasına göre kesintisiz hizmet vermektedir. İnsan hayatının önemi söz konusu olduğunda yapılan işler yoğun dikkat ve özen ve çabukluk gerektirmektedir. Çalışanlar uygun şartlarda dinlenme ve beslenme imkanı olmadan hizmet vermektedir. Çalışma şartlarının yoğun olması, dikkat ve özen gerektirmesi, çalışma alanlarının izole oluşu kişileri stres düzeylerini arttırmakta ve ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanlarda bu olumsuz çalışma koşulları sonucu yoğun stres bozuklukları görülmekte ve buna bağlı olarak, tansiyon problemleri, davranış bozuklukları, migren ve kardiovasküler rahatsızlıklar görülmektedir. Yaşanan bu sorunlar kaliteli hizmet sunma süreçlerini etkilemekte ve madde bağımlılığını tetikleyerek psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır.<sup>139</sup>

Alan yazını incelendiğinde işyerinde sağlığı olumsuz etkileyebilecek psiko-sosyal risk etmenlerini genel hatları ile; çalışma ortamı, çalışma süresi, ücret faktörü, yönetsel ve çalışanlar ile ilgili faktörler, taciz, ayrımcılık, baskı, mobbing ve stres şeklinde sıralamak mümkündür.<sup>140</sup>

Tınar, en genel anlamıyla stres, “bireyin içinde bulunduğu çevreden kendine yönelen istemlerle, kendi değerleri, tutumları, ihtiyaçları, yetenekleri ve becerileri arasındaki uyumsuzluktan (denge bozukluğundan) kaynaklanan bedensel, sosyo-psişik bir gerilim durumu şeklinde tanımlamıştır.”<sup>141</sup>

Cüceloğlu’da stresi benzer bir tanımla “bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret”<sup>142</sup> olarak tanımlamaktadır.

Psiko-sosyal riskler 1950’lerden günümüze gündemdedir. Psikologlar önce çalışma çevresinin sağlık için tehlikeli olabilecek psiko-sosyal boyutları yerine

<sup>139</sup> F. E. Aslan – Z. K. Öntürk, “Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,” Cilt. No, 4, Sayı No, 1. İstanbul, 2011, s, 41

<sup>140</sup> F. E. Aslan – Z. K. Öntürk, ss.38-41

<sup>141</sup> Tınar, s. 46

<sup>142</sup> D. Cüceloğlu, Psikolojinin Temel Kavramları, İstanbul, 1994, s. 321

işçinin çalışma çevresine uygunluğunu ve uyarlanmasını sağlamaya yönelmişlerdir. İş psikolojisinin 1969'lara gelişmeye başlamasıyla birlikte, çalışma çevresinin psiko-sosyal özelliklerinin sağlık üzerindeki etkileri öne çıkmıştır. Psiko-sosyal tehlikeler sağlığı doğrudan ya da stres aracılığıyla dolaylı olarak etkilediği söylenebilir.<sup>143</sup>

---

<sup>143</sup> Aslan ve Ark., s. 11

## İKİNCİ BÖLÜM

### ŞİDDET KAVRAMLARI VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ŞİDDET

#### 2.1. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ŞİDDET İLE İLGİLİ TANIMLAR

Şiddet olgusu, sadece sağlık personelleri ile sınırlı kalmayıp, bugün toplumumuzun ve çalışma alanlarını her kademesinde görülmektedir. Yaşayan her birimizin, her hangi bir zaman dilimi içerisinde yaşaması muhtemel, ciddi bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddete maruz kalmak, kişide gerek fiziksel gerekse psikolojik hasarlara neden olmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği, çalışan güvenliği ve şiddetin önlenmesi konularının üzerinde titizlikle durulması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ne kadar önemli ise çalışan güvenliği de o denli önemli bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet, kendilerini çalıştıkları kurumda huzursuz ve güvensiz hissetmelerine neden olmaktadır. Bu durum kaliteli hizmet sunma düzeylerini negatif anlamda etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği, çalışan güvenliği ve şiddetin önlenmesi konularının üzerinde titizlikle durulması gerekmektedir. Çalışmamızın bundan sonraki kısmında sağlık personellerinin karşılaştıkları şiddet olgularına daha detaylı yer verilecektir.

##### 2.1.1. Şiddetin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şiddet “kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi” olarak tanımlanmıştır.<sup>144</sup> Şiddet kavramı “sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma olarak tanımlanır. Şiddet olayları ise; insanları

<sup>144</sup> World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva, , 2002.  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/), (07.01.2013)

sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır.”<sup>145</sup>

Avrupa Komisyonu’nun yaptığı tanım, “kişinin saldırıya uğradığı, tehdit edildiği, iş ile ilişkili, kişinin sağlığına, güvenliğine, iyilik haline yönelik içsel ya da dışsal değişime neden olan ima edilen açık olaylar”<sup>146</sup> şeklinde tanımlanmaktadır.

Brezilyalı otoritelerden olan Zaluar ve Leal’a göre şiddet, “insan haklarının ihlali, gücün aşırı olması, diğerine saygı duymadan bütünlüğüne saldırı olarak tanımlanmıştır. Brezilyanın önde gelen sosyal bilimcileri tarafından da, şiddetin görünümü; sosyo-ekonomik, politik, kültürel ilişkiler üzerine temellenen, saldırganlık tiplerine göre farklı sınıflandırmaları olan, sosyal toleransın bölünmesini içeren, soyut kavramla somut gerçek arasındaki etkileşimin yansıması”<sup>147</sup> şeklinde ifade edilmektedir.

OSHA’nın tanımlaması sözel tehdit/saldırıları içerirken, İş İstatistikleri Bürosu (Bureau of Labor Statistics)’nin tanımı diğer şiddet türlerini de içermiştir. Tüm bu tanımlamalar aynı zamanda şiddetin saldırganlık ile eşanlı olarak kullanılabilirdiğini de göstermektedir. Fakat aralarındaki ayrım son derece manidardır. Cooper ve Swanson’a göre şiddet, genelde “tek bir saldırı aktivitesi içerirken, saldırganlık tekrarlanmış baskı, işkence aktivitesi”<sup>148</sup> şeklinde tanımlamıştır.

İş yerinde şiddet kavramı, kişinin çalışma esnasında başka bir kişi veya kişiler tarafından sözel veya fiziksel olarak istismar edilmesi ya da saldırıya uğraması şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>149</sup> Sağlık işletmelerinde şiddet kavramı ise, sağlık çalışanlarının çalıştıkları esnada hastalar, hasta yakınları, meslektaş ve diğer kişiler

<sup>145</sup> A. Ünsal, “Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi,” *Cotigo Dergisi* Cilt No.4. Sayı 6-7, İstanbul, 1996, ss. 29-36

<sup>146</sup> J. Soares - S. Lawoko, “The nature extent and determinants of violence against psychiatric personnel.” *Work&Stress*, 2000, Sayı No.14, Cilt No,10, s. 20  
<http://www.ingentaconnect.com/content/psych/twst/2000/00000014/00000002/art00002>. (01.03.2013)

<sup>147</sup> R. Thomas, “Aggression And Violence in Health Care Professions,” *Journal of Advanced Nursing*, 2000 Sayı No 31, Cilt No. 2, ss. 452  
[http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centresunits/mnc/admin/ehs\\_docs/Aggression\\_and\\_Violence\\_inHealth\\_Care\\_Professions.pdf](http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centresunits/mnc/admin/ehs_docs/Aggression_and_Violence_inHealth_Care_Professions.pdf), (01.03.2013)

<sup>148</sup> C. Cooper – N. Swanson, *Workplace Violence in the Health Sector, State of The Art*. University of Manchester Institute of Science and Technology and National Institute of Occupational Safety and Health, United Kingdom and USA, 2004, s. 78  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVstateart.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf), (01.03.2013)

<sup>149</sup> Ü. Ayrancı – Ç. Yenilmez – Y. Günay – C. Kaptanoğlu, “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı,” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sayı No. 3 Cilt No.1, Sivas, 2002, ss. 147-154, <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2002/147.pdf>, (13.05.2013)

tarafından sözel, fiziksel veya cinsel olarak istismar edilmesi ya da fiziksel olarak şiddete maruz kalması olarak tanımlanmaktadır.<sup>150</sup>

Şiddet kavramı başka bir şekilde tanımlanacak olursa, bir kişiye veya bir gruba güç veya baskı uygulamak sureti ile bir olayı yaptırmak ve yapmak olarak tanımlanabilir. Günümüzde şiddet olguları, sadece kurumlarda, yada kişiler arasında olmayıp ulusal ve uluslararası düzeylerde de yaşanmaktadır. Görsel ve yazılı meydanında etkisi ile daha çok bilinir hale gelen şiddet olguları; savaşlar, işkence gören bireyler, cinayetler, intihar eylemleri şeklinde toplumsal bir sorun olarak kendini göstermektedir.

Günümüzde kişilerin şiddete ulaşması diğer dönemlerden çok daha kolay ulaşılabilir durumdadır. Kişiler şiddeti en basit şekilde sorun çözme aracı olarak görmekte ve şiddete olan ilgi dünyada ve ülkemizde her geçen gün artmaktadır. Artan şiddet olguları, içinde barındırdığı karışık senaryolar yüzünden bir çok farklı bilim dalının ilgisini çekmekte özellikle hukuk, tıp, psikiyatri, sosyoloji ve sosyal bilimler gibi disiplinler kapsamında yapılan araştırmalar hızla artmaktadır. Her ne kadar ulusal ve uluslar arası düzeyde şiddet olgularında bir artış varmış gibi görünse de, asıl önemli husus şiddetin tarihinin çok eskilere dayandığı ancak günümüzde teknolojinin de yardımı ile daha kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir olması şeklinde düşünülebilir.<sup>151</sup>

### **2.1.2. Şiddetin Tarihçesi**

Şiddet kavramı, insanlığın var oluşu ile birlikte nedenleri ve sonuçlarının ilişkilendirilmesi açısından son derece karışık bir yapıda kendisini gösteren toplumsal bir sorun olarak bilinmektedir. Her ne kadar basit bir eylemiş gibi görünse de son derece karışık bir yapıya sahip olup tanımlamak ve ortaya çıkarmak kolay olmamaktadır. İnsanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapı ortaya koymaktadır. Bu nedenle şiddet olgusunu tanımlamak ve ortaya çıkarmak da kolay olmamaktadır.

---

<sup>150</sup> Ü. Ayrancı – Ç. Yenilmez – Y. Günay – C. Kaptanoğlu, ss, 147-154

<sup>151</sup> M. R. Kesici, “Yoksulluk Şiddet Döngüsünün Sosyal Politika Açısından Analizi,” Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı No.13, Cilt No.4, Ankara, 2007, s. 120, <http://toplumsalpolitika.blogspot.com/2013/03/dunya-emekci-kadinlar-gununde-turkiyede.html>, (13.05.2013)



Şiddet olguları toplum içerisinde iyi bir kamufle olmuş çoğu zaman nerede ve ne şekilde olacağı önceden kestirilemeyen ve kendisini farklı roller içerisinde gösteren davranışlardır. Her bireyin farklı zamanlarda ve biçimlerde şiddete maruz kalması son derece muhtemeldir. Günlük yaşamda kendini eziyet, korkutma, tehdit etme, sindirme, üzerinde baskı kurma şeklinde farklı derecelerde ancak rutin olarak kendini gösteren şiddet türleridir.<sup>152</sup>

Şiddetin tarihçesini inceleyecek olursak, eski zamanlardan günümüze kadınların yüzdesel olarak daha çok şiddete maruz kaldıkları söylenebilir. Eski Roma'da erkekler eşlerini dövebilir; zina, toplum içinde sarhoşluk, kendilerinden izin almadan oyuna katılmaları, gibi bazı durumlarda da öldürebilirdi. 1700'li yıllarda ise, İngiltere'de yasalar erkeklere doğru yoldan ayrılan karısını fiziksel olarak cezalandırma hakkını verdiği görülmektedir.<sup>153</sup>

Kadının aşağılanması, güçler arasındaki eşitsizlik, kadının mal olarak görülmesi, erkeğin saldırgan davranışlarına onay verilmesi, kadının ikinci sınıf olarak görülmesi erkeğin gücünü ve bu güce itaat etmeyi sağlamıştır. "Kilisenin üstünlük kazanmasıyla birlikte, erkeklerin eşleri üzerindeki hakları da aynı şekilde kilise kurallarında yer almıştır. Klasik kilise hukuku, haklı bir sebebe dayanarak kocanın karısını hafifçe tedip (terbiye etmek) edebileceğini kabul etmişti, 12 ve 13. yy. da Fransa'da koca karısını yaralamamak şartıyla dövebilirdi. 18 Ağustos 1882 tarihli kanundan önce İngiltere'de kocanın karısına baskı hakkının olduğu görülmektedir."<sup>154</sup>

1960'lı yıllara kadar kadına yönelik şiddet görmezden gelinmiştir. 1970'li yıllardaki kadın hareketi, kadın dayanışması, kadının toplumdaki yeri ve önemi, kadının toplumda yaşadığı her türlü şiddete dikkat çekilmesini sağlamıştır. Bu tarihten sonra şiddet kavramının ve tanımlamalarının şekli ve çeşitleri değişmiş,

---

<sup>152</sup> F. Kocacık, "Şiddet Olgusu," Cumhuriyet Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt No. 12, Sayı No. 2, Sivas, 2011, s. 101

<sup>153</sup> P. Oğuz - B. H. İşler, "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddette Sosyodemografik Özellikler ve Adli Tıbbi Yaklaşım," Legal Hukuk Dergisi, Sayı No.13, Cilt No.3, Ankara, 2003, s. 2766

<sup>154</sup> H. Cin, İslam ve Osmanlı Hukukunda Evlenme, Ankara, 1988, s. 178

birçok farklı ayrıma gidilmiş, sadece yaşanan olayların değil, çeşitlerinin ve bunların kişilerde bıraktığı etkilerinin tanımlanmasına gerek duyulmuştur.<sup>155</sup>

**Tablo.7 Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet, 2006**

	Kır(%)	Kent(%)	Türkiye(%)
<b>Farklı dönemlerde fiziki eş şiddetiyle karşılaşan kadınlar</b>	43,2	38	39,3
<b>Hamilelik sürecinde fiziki eş şiddetiyle karşılaşan kadınlar</b>	9,8	6	9,7
<b>Farklı dönemlerde cinsel eş şiddetiyle karşılaşan kadınlar</b>	18,3	4,3	15,3
<b>Eş şiddeti yaşayıp intihar etmeyi düşünen kadınlar</b>	31,7	4,5	33,7
<b>Eşi dışındaki kişilerden fiziksel/cinsel şiddet gören kadınlar</b>	2,3	3,6	3,3

**Kaynak:** Türkiye İstatistik Kurumu, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet İstatistikleri, www.tuik.gov.tr, (06.03.2013)

Tablo 7’de görülen veriler, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2006 tarihinde yapılan bir araştırmanın özeti şeklindedir. Veriler, Türkiye’de kadına yöneltilen şiddet sorununun sadece kırsal kesimde olmadığını batıda da bu şiddet olguları ile de sık karşılandığının açıkça göstermektedir. Verilerden de anlaşılacağı üzere her hem kırsal kesimde hem de batıda, birbirine çok yakın oranlarda kadınların şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Bunun yanında ülkemizdeki kadınların neredeyse %10’u hamilelik sürecinde eş şiddetiyle karşılaşmışlardır.

Şiddet olayına etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Geçmişinde şiddet davranışı bulunanların, alkol ve madde kullanımı, psikiyatrik hastalığı veya kişilik bozukluğu olanların şiddet kullanma potansiyelinin yüksek olduğu belirtilmekte

<sup>155</sup> N. Subaşı – A. Akın, Kadına Yönelik Şiddet Nedenleri ve Sonuçları, Ankara, 2003, s. 5

ayrıca; yaş, cinsiyet, kalabalık gürültülü ortamların ve sağlık ekibi ile yaşanan iletişim güçlüklerinin şiddet olaylarında etkili olduğu öne sürülmektedir. Acil servisler, cerrahi birimler ve psikiyatri kliniklerinde şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır.<sup>156</sup> Literatürler incelendiğinde elde edilen araştırmalar sonucunda sağlık çalışanlarının da en sık karşılaştıkları şiddet türleri, sözlü veya tehdit şeklinde yaşandığı ve sonrasında ise fiziksel şiddet olduğu söylenebilir.<sup>157</sup>

### 2.1.3. Şiddet Türleri

Şiddet olguları birçok farklı türü bünyesinde barındıran çok geniş bir kavramdır. Dolayısıyla şiddetin oluş veya güdülenme şekline göre bir çok ayrıma gidilebilir. Erich Fromm, farklı şiddet türleri arasındaki ayrımları, şiddetin oluş şeklindeki güdülenmeye dayandırmaktadır. Şiddeti oluşturan nedenlerin bilinçaltında barınan kökenlerinin ve oluş şeklinin ancak bu şekilde açıklanabileceğini savunmaktadır.<sup>158</sup> Fromm'un şiddet olgularını güdülenme şekline göre beş ana grupta incelediği görülmektedir. Bunlar;

**“Oyuncu Şiddeti:** Şiddetin nefretle beslenmediği, yıkım duygusuyla güdülenmeyen daha çok şiddeti uygulayan kişinin hünerlerini göstermeyi amaçlamış türlerinde görülmektedir.

**Tepkisel Şiddet:** Kişinin, farklı nedenlerden dolayı inancını kaybetmesi, kendisini tehlikede hissetmesi ve istek ve arzuların karşılanmaması veya engellenmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Kişi yaşadığı bu olumsuzluklar sonucunda tepkisel olarak saldırgan davranışlar sergiler ve tepkisel şiddet ortaya çıkmış olur.

---

<sup>156</sup> S. Coşkun – A. T. Öztürk, “Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi,” Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt No. 3, Sayı No. 3, İstanbul, 2010, s. 12  
<http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/8sayi/pdf/16-23.pdf>, (13.05.2013)

<sup>157</sup> M. A. GÜLER, Toplumsal Politika, Dünya Emekçi Kadınlar Gününde Türkiye'de Kadına Karşı Şiddete İlişkin Göstergeler, s. 1, <http://toplumsalpolitika.blogspot.com/2013/03/dunya-emekci-kadinlar-gununde-turkiyede.html>, (16.08.2013)

<sup>158</sup> E. Fromm, The Heart of Man Its Genius for Good and Evil Sevgi ve Şiddetin Kaynağı, Budak. S, (Ed), İstanbul, 1997, ss. 26-39

**Dengeleyici Şiddet:** Kişilerin güçsüz oldukları durumlarda bu güçsüzlüğü dengeleyebilmek amacı ile gösterine bir davranış biçimidir. Hastalıklı şiddet veya patolojik boyutlarda kendini gösterebilen şiddet davranışlarını içermektedir.

**Arkaik (İlkel) Kana Susamışlık:** Temelinde kan dökmek ve kana susamışlık barındırmaktadır. Mantıklı davranışların gerisinde, yaşamına bir anlam arayan ve kan dökmenin kendini tüm varlıkların üzerinde görme, güçlü, canlı ve eşsiz hissetmesine neden olan bir şiddet davranışıdır.

**Ölüm Sevgisi (Nekrofil):** Yaşam sevgisinin tam aksi durumdur. Şiddetin en ağır ve en patolojik boyutudur. Kötülüğün özünün bu olduğu düşünülür ve şiddet türlerinin en ağır şeklidir.”

#### 2.1.4. Şiddetin Sınıflandırılması

Fiziksel ve psikolojik şiddet çoğu kez birbirine karıştırıldığından iki şiddet türünü sınıflamaya çalışmak bazen çok zor olmaktadır. Şiddet ile ilgili çok sık kullanılan kavramlar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır;<sup>159</sup>

- **“Saldırı/Atak (Assault/attack):** Bir kişiye fiziksel olarak yaralamaya kalkışmak veya saldırmak veya kişiye zarar vermek (Dövmek, tekmelemek, tokat atmak, bıçaklamak, birini silahla vurma, cinsel saldırı ve ırza tecavüz bu kapsamda değerlendirilir).
- **İstismar (Abuse):** Davranışın makul düzeyden ayrılması ve fiziksel ya da psikolojik gücün kötüye kullanılmasıdır. Taciz etmek, zorbalık yapmak ve psikolojik şiddet uygulamak bu kapsamda değerlendirilir.
- **Taciz (Harassment):** Irk, din, coğrafik bölge, politik görüş, inanç, azınlık grubundan olma gibi unsurlara yönelik istenmeyen davranış veya tavır takınma (sözel veya sözel olmayan, psikolojik veya fiziksel), iş yerinde erkek veya kadın çalışanların saygınlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

<sup>159</sup> V. D. Martino, Workplace Violence in the Health Sector Country Case Studies, Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an Additional Australian Study, Synthesis Report, Geneva: ILO / ICN / WHO / PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002, s. 17 [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf), ( 03.04.2013)

- **Cinsel Taciz (Sexual Harassment):** Genel olarak istenmeyen cinsel mağduriyet söz konusudur. Cinsel tacize uğrayan kurbanların sessiz kalması veya sakinleşmesi için genelde tehdit söz konusudur.”
- **Tehdit (Threat):** Gözdağı vermek veya korku salmak suretiyle fiziksel, cinsel, psikolojik açılardan olumsuz sonuçlara neden olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Bir başka şekilde tanımlanacak olursa, genel bir kavram olan cebir, maddi ve manevi cebir olarak ikiye ayrılmaktadır. Maddi cebir “şiddet,” manevi cebir ise “tehdit” olarak ifade edilmektedir. Şiddet bir engelin ortadan kaldırılması için fiziksel enerji ya da güç kullanılmasını, tehdit ise gerçekleşmesi failin iradesine bağlı olan gelecekteki kötülüğün gerçekleşecekmiş gibi gösterilmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>160</sup>
- **İş yerinde Psikolojik Taciz (Bullying/Mobbing):** Psikolojik taciz yöntemiyle, “zalimce ve kötü niyetli bir şekilde birini küçük düşürmeye çalışmak, mağduru sürekli olumsuz bir şekilde değerlendirmek, mağdur kişi hakkında dedikodu yapmak veya kişi hakkında yanlış bilgi yaymak suretiyle kişiyi sosyal ilişkilerden ve işinden soyutlamaya çalışmak.”<sup>161</sup>

Baskıcı rejim veya Mobbing 1980’lerin ortalarında fark edilen, kişilerin meslek hayatlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen ve strese neden olan bir davranış şekli olarak bilinmektedir. Mobbing davranışlarında hedef, kişiyi bezdirmek olduğundan beraberinde birçok psikolojik travmaya da neden olabilmektedir. İşyerinde mobbing, bir veya birkaç kişi tarafından bir bireyi hedef alıp sistematik bir biçimde düşmanca ve ahlak dışı davranışlar şeklinde ortaya çıkan bir çeşit psikolojik terör olarak tanımlanmaktadır.<sup>162</sup> Türkiye’de son yıllarda işyerinde psikolojik taciz konusuna olan ilgi artmakta ve bu konuda yapılan çalışma sayısında da bir artış gözlemlenmektedir.

---

<sup>160</sup> S. Bakıcı, “Tehdit Sucu ve Unsurları,” Ankara Barosu Dergisi, , Cilt No. 2, Sayı No.5, Ankara, 1992, s. 717  
<http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/tekmakale/1992-5/1.pdf>, (01.06.2013)

<sup>161</sup> Martino, s.17

<sup>162</sup> S. Palaz- S. Özkan- N. Sarı- F. Göze- N. Şahin- Ö. Akkurt, “İş Yerinde Psikolojik Taciz (mobbing) Davranışları Üzerine Bir Araştırma,” İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt No.10, Sayı No.4, Bursa, 2008, s. 58

İşyeri mobbingi, kurumda çalışan personeli, ilgili kurumdan ayırmaya, başka bir departmana geçirmeye, bir amaca hizmet ettirmeye veya iş akdine son vermeye yönelik zorlayıcı davranışların, gerçeği yansıtmayan suçlamalar, kötü muamele, aşağılamalar, adaletsiz ücret ve iş yükü, ayrımcılık gibi yıldırıcı unsurların planlı ve sistemli olarak uygulanması olarak tanımlanabilir.

Yaygın mobbing davranışları; kişilerin yaptıkları işin sürekli eleştirilerek takdir edilmemesi, kişilerin görmezden gelinmesi, siyasi görüş, din, etnik köken gibi inanışlar üzerine konuşulması ve alay edilmesi, hakkında onur kırıcı asılsız iddialar çıkarılması, yaptığı işler konusunda beceriksiz bulunması ve verilen işlerin tekrar geri alınması, kariyerinin çok üzerinde veya çok altında işler verilmesi, gücünün yetmeyeceği fiziksel işlerde istihdam edilmesi, ayrımcılık ücret ve izin politikasındaki adaletsizlikler gibi davranış şekilleri ile kendini göstermektedir.<sup>163</sup>

İşyerinde mobbing “kamu ve özel sektörlerde çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlıklarını bozan baskıcı davranışlardır.”<sup>164</sup> Hastanelerde yaşanan mobbing olayları hem hizmetin kalitesini etkilemekte hem de sağlık çalışanlarının mutsuz ortamlarda çalışmalarına neden olmaktadır.

---

<sup>163</sup> H. Öztürk- F. Yılmaz- S. Hintistan- T. Bayramoğlu, Hemşirelerin Yaşadığı Mobbing, Kırılmaz, H, (Eds.) II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2010, ss. 144-145

<sup>164</sup> Ç. Yiğitbaş- S. E. Deveci, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing,” TBB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No. 23, Ankara, 2011, s, 42

**Tablo 8. Yüksek Stres Düzeyindeki Meslekler**

<b>Meslek</b>	<b>Stres Düzeyi Skoru</b>
Madenci	8,3
Polis Memuru	7,7
Gardiyan, İnşaat İşçisi, Hava Yolları Pilotu, Gazeteci	7,5
Reklam Yöneticisi	7,3
<b>Diş Hekimi</b>	<b>7,3</b>
Aktör	7,2
<b>Doktor</b>	<b>6,8</b>
Radyo Televizyon Çalışanı	6,8
<b>Hemşire</b>	<b>6,5</b>
Film Yapım Çalışanı	6,5
Ambulans Çalışanı, Müzisyen, İtfaiyeci	6,3
Öğretmen	6,2
Sosyal Çalışmacı, Personel Yöneticisi	6,0

Kaynak: Vittorio Di Martino, 2002, Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies, Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an Additional Australian Study, Synthesis Report, Geneva: ILO / ICN / WHO / PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, s.17. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf), (03.04.2013)

Manchester Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Enstitüsü tarafından geliştirilen yaklaşıma göre, “mesleklere göre stres skoru 0 ila 10 arasında yer almaktadır. Buna göre stres skoru 6’ya eşit veya 6’nın üstünde olan meslekler yüksek stres düzeyinde meslekler olarak kabul edilmektedir.”<sup>165</sup>

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere hemşire, doktor ve diş hekimi gibi sağlık çalışanlarının stres düzeyleri birçok meslek grubundan yüksektir. Düzeyin yüksek

<sup>165</sup> Martino, s. 10

olması sağlık çalışanlarının hastalar/hasta yakınları ile yüz yüze ilişki içinde olması, hastalık veya yaralanma, enfeksiyon riski, psikolojik veya fiziksel şiddete maruz kalma gibi risklerin bulunması sağlık çalışanları açısından önemli bir stres kaynağı olmaktadır.

### 2.1.5. İş Yerinde Şiddet

Son zamanlarda varlığından sıkça sözü edilen şiddet türlerinden bir tanesi de iş yerinde şiddettir. İş yerlerinde yaşanan bu şiddet olguları, işçi ile işveren veya çalışanlar arası barışı bozarak kişilerin çalışma ve hizmet sunma kabiliyetlerini negatif düzeyde etkilemekte ve zaman zaman bir takım hukuki süreçler doğurmaktadır. DSÖ, şiddet kavramını, kişinin öncelikle kendisine, bir başkasına, bir gruba veya topluma karşı istemli olarak fiziksel gücünü kullanması veya tehdit etmesi şeklinde tanımlamaktadır.<sup>166</sup> Uygulanan bu fiziksel şiddet sonrasında kişilerin zarar görmesi, psikolojik travmalar yaşaması, gelişiminde olumsuzluklar, fiziksel olarak sakatlanma ve ölüm ortaya çıkabilmektedir.

ABD İş Sağlığı dokümanlarına göre şiddet, “çalışma esnasında bireylere yöneltilmiş fiziksel saldırı ya da saldırı tehdidi olarak tanımlanmaktadır. İş yerinde şiddet ise genel olarak, personelin üretim performansını ve güvenliklerini negatif düzeyde etkileyen iş yada iş çevresini kapsayan diğer sorunlar olarak tanımlanmaktadır.”<sup>167</sup>

İş yerinde fiziksel şiddete yönelik birçok çalışma yapılmaktadır. Finlandiya’da 1000 kişi üzerinde yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri hemşireleri, hapisane gardiyanları ve polis memurlarının şiddete maruz kalma sıralamasında 500 şiddet vakası 3. Sırada yer almaktadırlar. Doktorlar 4. sırayı 234 şiddet vakası ile 5. Sırayı 229 şiddet vakası ile hemşireler izlemiştir. Şiddet vakalarının en yoğun acil servislerde ve madde bağımlılığı nedeni ile yaşandığı da araştırma bulguları kapsamındadır.<sup>168</sup> Araştırma sonuçlarından da anlaşılacağı üzere, sağlık sektörü

---

<sup>166</sup> Wilkinson, s. 17

<sup>167</sup> N. Yeşildal, “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi,” Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sayı No 4, Cilt No.5, Ankara, 2005, s. 280

<sup>168</sup> Öcal, s. 105



çalışanlarının fiziksel şiddete maruz kalmada diğer meslek gruplarından daha üst sıralarda olduğu anlaşılmaktadır.

## 2.2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ŞİDDET

Bugünün sosyal ve ekonomik şartları göz önünde bulundurulduğunda, şiddet faktörünün çalışma yaşamında yoğun bir şekilde görüldüğü bilinmektedir. İşyerinde şiddet faktörü İSG kapsamında incelendiğinde, çalışanlar açısından ciddi tehditler oluşturmaktadır. Genel olarak psikolojik şiddet; taciz, tehdit, kötü muamele, duygusal veya fiziksel istismar ve psikolojik baskı şeklinde kendini göstermektedir. Şiddet kavramı veya iş yerinde şiddet olgusu birkaç kelime ile özetlenemeyecek kadar derin ve kapsamlı bir kavramdır. İş yerinde şiddeti tetikleyen faktörlerden bazıları ise; kişinin kariyeri, kişilik yapısı, kültürel faktörler ve sosyo-ekonomik etkenlerin sentezi sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir.<sup>169</sup>

En temel anlamı ile fiziksel şiddet kavramı ise, kişinin kendisine veya bir başkasına bilinçli bir şekilde vücut bütünlüğünü bozabilecek, akli ve bedeni mukavemetini azaltabilecek, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Şiddet eylemi, bir başkasının özgürlüğünü kısıtlayıcı, canına veya malına karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Sözü edilen şiddet eylemleri genel olarak; yaralama, ırza tecavüz, yağma, adam kaçıрма şeklinde görülebildiği gibi kişinin kendi canına kıyması şeklinde de kendine uyguladığı şiddet olarak görülebilmektedir.<sup>170</sup>

Yaşanan şiddet eylemlerinin sosyo-kültürel çevrede nasıl karşılandığı ve kabul edilip edilmemesi son derece önemlidir. Eğer bir şiddet eylemi toplumda kabul görüyor ise meşrulaşmış bir eyleme dönüşmüştür. Şiddet, bir toplumda onay gördüğü sürece, kişilerin yaşam tarzı haline gelmesi kaçınılmazdır. Bu tip toplumlarda şiddete başvurmak sorun olarak görülmenin aksine, sorunları çözmek için ilk başvuru olan eylem biçimi olarak kabul görmektedir. Gelenekçi yapılarından uzaklaşmış, yapısal olarak kültürlerinden kaymış veya farklı toplumlara entegre olmaya çalışan kişilerde;

---

<sup>169</sup> S. Ö. Çöl, "İş Yerinde Psikolojik Şiddet," İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, , Cilt No. 9, Sayı No.3, Bursa, 2007, s. 62

<sup>170</sup> Ünsal, s. 32

değersizlik hissi, topluma yabancılaşma, kurallara karşı dirençli kişilikler ve uyum sorunları nedeni ile ani şiddet olguları görülmektedir.<sup>171</sup>

Şiddet eylemlerinin toplumun her noktasında ve iş ortamlarında yaygın bir şekilde görüldüğü bilinmektedir. İş yerlerinde sıklıkla rastlanan şiddet olguları, toplumsal düzeyde ortaya çıkan ve iş yaşamını tehdit eden bir başka unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda yapılan çalışmalar, hem toplumsal hem de iş yerinde yaşanan şiddet konularının önemini arttırmaktadır. Şiddet olgusu kapsamında yapılan birçok çalışmada ortaya konulan ortak sonucun; yaşanan şiddet vakalarının çok olmasına karşın çok az kayıt altına alınmasıdır. Sağlık alanında hizmet veren personellerin şiddete uğrama olasılıkları her geçen gün artmaktadır. Hastane ortamları; alınan tedbirlerin yetersizliği, yasal düzenlemelerdeki boşluklar ve her geçen gün görsel ve yazılı medya yardımı ile gün yüzüne çıkan şiddet olguları, sağlık personellerinin kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır.<sup>172</sup>

Her yıl 25 milyon kişinin iş ortamında şiddete maruz kaldığından bahsedilmektedir.<sup>173</sup> Sağlık alanında hizmet sunan profesyoneller ve özellikle 24 saat hizmet sunan hemşireler hasta ve sağlıklı bireylerle olan ilişkileri aracılığıyla fiziksel ve sözel şiddete daha fazla maruz kalabilmektedir.<sup>174</sup> Araştırmalarda şiddete maruz kalma açısından cinsiyet, yaş, mesleki deneyim gibi farklılıklar saptanmış, hemşirelerde şiddete maruz kalma oranı diğer sağlık çalışanlarına oranla daha fazla bulunmuştur. Yine şiddete maruz kalma durumunda uygulanan süreç kişiler, kurumlar, ülkeler arasında farklılıklar göstermekte, karşılaşılan şiddet olaylarının çoğu zaman bildirilmediği belirtilmektedir.<sup>175</sup>

Konu hastaneler, sağlık işletmeleri, çalışma ortamları ve sağlık çalışanına şiddet olgusu olduğundan, sağlık personellerinin şiddete maruz kalmasındaki temel riskler ve şiddet olgusunu tetikleyen faktörler (sağlık işletmesinin bulunduğu yer,

---

<sup>171</sup> D. Ergil, "Şiddetin Kültürel Kökenleri," Bilim ve Teknik Dergisi, Sayı No. 399. Cilt No.2, Ankara, 2001, s. 40

<sup>172</sup> Yiğitbaş ve Deveci, s. 42

<sup>173</sup> P. P. Elliott, "Violence in Health Care. What Nurse Managers Need To Know." Nurs Manage, 1997, Sayı No. 28, Cilt No.12, ss. 38-41

<sup>174</sup> H. Bilgin- S. Buzlu, "A Study Of Psychiatric Nurses' Beliefs And Attitudes About Work Safety And Assaults in Turkey," Issues Ment Health Nurs, 2006, Sayı No.1, s. 75

<sup>175</sup> Bilgin ve Buzlu, s. 75

büyüklüğü ve verdiği sağlık hizmetlerinin türü gibi değişkenler açısından farklılaşmakla birlikte) genel olarak aşağıda sıralanmıştır.<sup>176</sup>

- “Tepki göstermeye yatkın, özellikle alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olan, geçmişinde şiddet uygulamış veya hali hazırda psikiyatrik sorunu olan insanlarla doğrudan çalışmak,
- Yemek saatleri ve ziyaretlerinde sayıca yetersiz personelin olduğu zamanlar,
- Hastaların taşınması,
- Hizmet almak için uzun süre beklemek,
- Fazla kalabalık, rahat olmayan bekleme odaları,
- Yetersiz güvenlik hizmeti,
- Yetersiz çevresel düzenleme,
- Çabuk etkilenip aniden değişebilen hastalara engel olmak ve oluşacak krizi yönetmek için personelde bulunması gereken özelliklerin ve eğitimin yetersizliği,
- Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı,
- Ateşli silahları edinme hakkı,
- Sağlık işletmesinin herkese açık olması,
- Hastanelerde aynı zamanda uyuşturucu madde olarak kullanılacak ilaçların ve paranın varlığı,
- Sağlık çalışanlarının hasta muayenesi ve tedavisi süresince hasta ile baş başa kalması (yalnız çalışma),
- Yetersiz ışıklandırılmış koridorlar, odalar, park alanları ve diğer alanlar.

---

<sup>176</sup> NIOSH, Violence, 4. Osha (occupational safety and health Administration, Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care&Social Service Workers, (Violence), U.S Department of Labour, OSHA Publications, 2003, ss. 6-7 <http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>, (28.01.2013)

Yukarıda sayılan şiddeti tetikleyen faktörlere ek olarak, hasta bilgilendirme ve yönlendirme personeli eksikliği ve karışık işleyiş süreci ve bazı meslek ve hasta gruplarına tanınan öncelik hakları da şiddeti tetiklediği söylenebilir”

İsveç’te yapılan bir araştırmada sağlık meslek mensuplarının ve sağlık sektörü çalışanlarının başka alanlarda hizmet veren meslek gruplarına göre kıyaslanmayacak ölçüde daha fazla şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır.(Tablo 9)

**Tablo 9. Bazı Hizmet Gruplarının Şiddet Düzeyleri**

HİZMETLER	ŞİDDET YÜZDESİ
Sağlık Hizmetleri	24
Sosyal Hizmetler	23
Perakende Satış Hizmetleri	4
Posta Hizmetleri	7
Bankacılık Hizmetleri	7
Nakliye Hizmetleri	7
Güvenlik Hizmetleri	2
Emniyet Hizmetleri (polis)	5
Eğitim Hizmetleri	7
Çocuk Bakımı Hizmetleri	4

Kaynak: Martino, s. 11

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere, sağlık hizmetleri sektöründe meydana gelen şiddet olaylarının yüzdesi, tüm sektörlerdeki şiddet olaylarının yüzdesinden fazladır.

İstanbul ilinde hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada, bir veya daha fazla kez sözel şiddete maruz kalma oranı % 86 olarak saptanmış olup sözel şiddet; küfür, hakaret, tehdit, küçük düşürme ve sözlü cinsel taciz olarak sıralanmış, Sözel şiddete

maruz kalanların %40'ı önemsemediğini, %31'i korktuğunu, %32'si ise öfke yaşadığını belirtmiş, sözel şiddete maruz kalanların sadece %24,8'i olayı bildirdiğini ifade etmiştir. Hemşirelerde fiziksel şiddete maruz kalma oranı %50.4 olarak saptanmıştır. Özellikle çalışılan bölüm açısından hemşirelerin fiziksel şiddete maruz kalma oranı incelendiğinde; psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda %63,2, nöroloji&nöroşirurji birimlerinde çalışanlarda %40,6 acil ve polikliniklerde çalışanlarda ise %23,8 oranında fiziksel şiddete maruz kalındığı belirlenmiş, Fiziksel şiddet olaylarının %77'sinin hastalar tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalanların önemli bir kısmında herhangi bir yaralanma oluşmamışsa da, 20 kişi hafif şekilde yaralandığını belirtmiş, 15 kişi de ezik ve 1 kişi de kırık oluştuğu ifade edilmiştir. Fiziksel şiddetin %21,5 oranında rapor edildiği belirlenmiş ve şiddete maruz kalan hemşirelerin %9'unun psikolojik destek aldığı ifade etmiştir. Ayrıca fiziksel şiddete maruz kalanların %85'i ekibin veya kendisinin bir hatası bulunmadığına inandığını belirtmektedir.<sup>177</sup>

Türkiye'nin batı bölgelerinde bulunan acil servislerindeki sağlık çalışanlarının şiddete uğraması ile ilgili Ayrancı tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcıların %72,3'ünün herhangi bir şekilde şiddete maruz kaldığını, sözü edilen şiddetin de % 69,5'inin sözlü taciz, % 53,2'sinin tehdit ve % 8,5'inin fiziksel şiddet şeklinde ortaya çıktığını göstermektedir.<sup>178</sup>

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan araştırmalardan elde edilen veriler incelendiğinde elde edilen verilerin ve sonuçların ortak noktası sağlık alanındaki yaşanan şiddet olgularının diğer sektörlere göre daha fazla olduğu ancak, bu yaşanan şiddet olgularının kayıt altında alınmadığı veya çok az oranda alındığı söylenebilir. Buna neden olarak, sağlık işletmelerinde gerçekleştirilen işlerin çoğunun insan yaşamı ile ilgili olup, ivedililik gerektirmesi ve dolayısı ile sağlık çalışanlarının sözü edilen hizmetleri sunma konusundaki yoğunluğu gösterilebilir.

---

<sup>177</sup> Coşkun ve Öztürk, s. 13

<sup>178</sup> U. Ayrancı, "Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments In West Turkey," The Journal of Emergency Medicine, Sayı No.28, Cilt No.3, 2005, s. 361

Kanada’da yapılan bir araştırmada acil servislerde yaşanan şiddet olgularının fazla olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamında, farklı zamanlarda şiddete uğrama sıklığının %60, yaşanan sözel saldırıların %76, tehdit veya fiziksel saldırının %86 olduğu anlaşılmıştır. Yapılan bu çalışmada şiddet sonrası personelin %73’lük kısmı hastalardan korktuklarını, %49’luk kısmı ise hastaların artık kendilerini tanıdığını düşünmektedir. Maruz kalınan şiddet sonrasında ise bazı personellerin iş doyumlarının azaldığı, bazı personellerin ise kurum değiştirdikleri anlaşılmıştır. Yaşanan şiddet olgularının %67’sinin kayıt altına alındığı, bazı personellerin mesleki performanslarının azaldığı ve hastaları “potansiyel şiddet yaratıcıları” olarak gördükleri de çalışmanın diğer bulgularıdır.<sup>179</sup>

Bolu ilinde hem üniversite hem de devlet hastanesi üzerinde yapılan çalışmada; doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının %87.1’lik kısmının şiddet içerikli davranışlara maruz kaldığını bildirmiştir. Araştırma kapsamında %46.9’luk kısmının sözel şiddet, 33.5’lik kısmının saldırgan davranışlar, 19.4’lük kısmının ise fiziksel şiddete maruz kaldıkları anlaşılmaktadır. şiddet eylemlerine başvuran kişilerin genellikle yaş aralıklarının 21-30 ve eğitim seviyesi düşük hasta profillerinin oluşturduğu anlaşılmıştır.<sup>180</sup>

Alçelik ve arkadaşları tarafından hastanede görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada araştırma grubunda yer alan hemşirelerin %60,3’ünün şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalanlardan %92,2’sinin ise sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır.<sup>181</sup>

Türkiye’de şiddet ile ilgili çok merkezli olarak planlanıp yürütölen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların en kapsamlılarından bir tanesi de Eskişehir, Ankara ve Kütahya (2002) illerinde eş zamanlı olarak yürütölen bu çalışmadır. Çalışma kapsamı hem birinci basamak sağlık hizmetleri hem de üniversitelerden oluşmaktadır. Personele son bir yıl içerisinde fiziksel, psikolojik veya cinsel içerikli herhangi bir saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuştur. Araştırma sonucunda,

<sup>179</sup> B. Annagür, “Sağlık alışanlarına Yönelik şiddet, Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi,” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, Cilt No. 2, Sayı No.2, Mersin, 2010, s. 173

<sup>180</sup> Ayrancı. s. 361

<sup>181</sup> A. Alçelik- F. Deniz- N. Yeşildal- A. S. Mayda, B. ř. “Ayakta, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi,” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt No.4, Sayı No.2, Ankara, 2005, s. 61

katılımcıların yarısı şiddete uğradıklarını ifade etmiştir. Şiddete uğrayanların %52,5'ü bayan, %48'si ise erkektir. Şiddete uğrama sıklıkları, çalışmanın yapıldığı illere göre farklılıklar göstermiştir. En çok şiddete maruz kalanlar ise sırasıyla; pratisyen hekimler, hemşireler en az şiddete maruz kalanlar ise öğretim görevlilerinin olduğu tespit edilmiştir.<sup>182</sup>

Sağlık sektöründe şiddetin yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerini tehdit eder hale gelmesinden dolayı, “Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Kamu Hizmetleri Sendikası (PSI) sağlık sektöründe şiddetin önlenmesi ve azaltılması, konu ile ilgili politikaların geliştirilmesi ve pratik yaklaşımların belirlenmesine yönelik 2000 yılında ortak bir program başlatmıştır. Çalışanların karşılaştığı şiddet ve stresin manevi yıkımının bir ölçüsünün olmadığı söylenebilir. Çalışanların karşılaştıkları bu şiddet ve stresin yol açtığı maddi kayıplar ise her yıl AB'ne 20 Milyar Euro'luk maliyeti vardır. Aynı şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde stresin 350 Milyar Dolar, şiddetin de 34,5 Milyar Dolarlık yıllık maliyetinin olduğu tahmin edilmektedir.”<sup>183</sup>

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışana şiddet konulu araştırma verileri incelendiğinde, sağlık çalışanlarının yoğun stres ve şiddet(fiziksel-psikolojik) altında hizmet verdikleri söylenebilir. Yukarıda verdiğimiz AB ve ABD ülkelerindeki stres ve şiddetin maddi - manevi kayıplarına ilişkin verileri göz önüne alındığında, ülkemizde de şiddet olgularının devlete maddi kayıp, manevi kayıp, iş gücü kaybı, farklı kurumlara iş yükü, niteliksiz ve kalitesiz hizmet sunumu şeklinde ağır kayıplara yol açtığı söylenebilir.

---

<sup>182</sup> Annagür, s. 161-173

<sup>183</sup> Devedbakan, 2007, s. 166

### 2.3. TÜRKİYEDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞİDDETE MARUZİYETİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK YAPILAN ÇALIŞMALAR

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetle ilgili çalışmalara göre mesleksi şiddet; sağlık çalışanlarında uzun vadede düşük moral, sakatlık, personel devir hızının yükselmesi, işe devamsızlık, iş değiştirme ve güven kaybı gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Son zamanlarda sağlık çalışanına şiddetin artması nedeni ile ülkemizde de çeşitli çalışmaları yapıldığı görülmektedir.<sup>184</sup>

Son yıllarda hastanelerde konu ile ilgili oryantasyon ve hizmet içi eğitimler verilmekte ve bu eğitimlere sağlık hukuku, risk değerlendirmesi ve risk yönetimi, iletişim ve sağlıklı iletişim teknikleri, öfke kontrolü, konularına ağırlık verilmekte ve sağlık çalışanlarının şiddet yönetimi ve gerginlik durumlarındaki rolüne dikkat çekilmekle beraber, Sağlık Bakanlığı, Türk tabipler birliği, bazı sivil toplum örgütleri ve sendikalar tarafından “Emeğe saygı sağlıkta şiddete sıfır tolerans” yaklaşımının vurgulandığı görülmektedir.

2005 yılında hastane ve sağlık işletmelerinde başlayan kalite çalışmaları 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı makam onayı ile yürürlüğe konan “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” kapsamında yeni hizmet kalite standartları gereğince ve hizmet kalite standartlarını benimsemiş ve bu standartlar çerçevesinde hizmet veren kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerinde “Çalışan Sağlığı Komiteleri”nin kurulmasını zorunlu tutmuştur. Çalışan sağlığı komitesinin bazı görevlerini aşağıdaki şekilde sıralanmıştır;<sup>185</sup>

- “Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması,
- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,

<sup>184</sup> Devedbakan, 2007, s. 165

<sup>185</sup> Sağlık Bakanlığı, Hastanelerde Hizmet Kalite Standartları, Performans Kalite Daire Başkanlığı 2011, s.19  
[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hizmet\\_kalite\\_standartlari\\_2011/hastane\\_hks/hkskitap.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/hastane_hks/hkskitap.pdf), (12.07.2012)



- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamaludur.”

Sağlık personeline şiddeti önlemeye yönelik yapılan çalışmalar bunlarla sınırlı kalmamıştır. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili en son düzenleme, 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı resmi gazete de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu kapsamındaki bazı düzenlemelerde de çalışan ve çalışan sağlığını koruyucu bazı tedbirleri içermektedir. Çalışmanın “iş sağlığı” kısmında bu kanunun detaylarından bahsedilmektedir.

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihli ve B.10.0.SGH.0.21.00.00/951.99/6665 Sayılı “Hasta Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” konulu genelge yürürlüğe girmiştir.<sup>186</sup> Yönergenin bu güne kadar konuyla ilgili en güncel ve en kapsamlı genelge olduğu söylenebilir. “Genelgenin amacı, sağlık çalışanlarımızın güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması” şeklindedir. Genelge kapsamında sağlık çalışanına şiddeti önlemek amacıyla bir takım önlemler alınmıştır:

“Beyaz kod; hastane hizmet kalite standartlarında belirlenmiş olası bir kavga, taciz ve sağlık personeline yönelik bir tehdit olduğu zaman, olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin intikal ederek olayı çözümlemesi ve kayıt altına almasıdır.”<sup>187</sup>

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; çalışma hayatında yaşanan olumsuzlukları gidermek, işçi ile işveren arasındaki barışı sağlamak ve korumak amacı ile bir takım çalışmalar yapmaktadır. Yapılan çalışmaların bir tanesi de, son zamanlarda bireysel, toplumsal ve iş hayatında varlığından sıkça söz edilen psikolojik tacize yönelik çalışmasıdır. Bu kapsamda, 19 Mart 2011 tarih ve 27879

---

<sup>186</sup> Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Hasta Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” Konulu Genelge.2011, s. 19, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>, (13.07.2012)

<sup>187</sup> Sağlık Bakanlığı, “Hasta Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” Konulu Genelge, 2011, s. 19, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>, (13.07.2012)

sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)” amacıyla Alo 170 mobbing önleme hattını devreye koymuştur.<sup>188</sup>

TCK’nun 2004 tarih, 5237’nolu kanuna göre kasten öldürme, kasten yaralama, cinsel taciz, cinsel saldırı, şantaj, cebir, ayrımcılık, hakaret, kötü muamele, iftira ve kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma gibi şiddet içeren durumlar kanunla belirtilen hallerde uygulandığında suç teşkil etmektedir. Bu Kanununun 105. maddesinde ise, cinsel tacize ilişkin hükümler yer almaktadır. Eğer bir kimse bir başkasını cinsel amaçlı olarak taciz eder ve mağdur tarafından şikayet edilirse, hakkında 3 aydan 2 yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına mahkum edilir denilmektedir. Bu ve benzeri durumlar, eğitim, hiyerarşi, hizmet veya aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıda bahsi geçen fıkraya göre cezası yarı oranında arttırılarak uygulanır. Yukarıda bahsi geçen durumlar nedeni ile eğer kişi; işini kaybetmiş, okulundan ayrılmış veya ailesinden uzaklaştırılmış ise cezası bir yıldan az olamaz hükmünde bulunmuştur.<sup>189</sup>

28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde şiddete maruz kalan sağlık personellerine hukuki yardım yapılması kararlaştırılmıştır.<sup>190</sup>

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), “14 Ocak 2013 tarihinde, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu”<sup>191</sup> şiddeti önlemeye yönelik 66 maddelik bir rapor yayınlamıştır. Raporda sağlık çalışanlarının şiddete maruziyetlerinin önlenmesine yönelik alınan tedbirleri içermektedir.

---

<sup>188</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi Hakkında Genelgesi, Resmi Gazete, 4, 5, 8, Md. Tarih, 2011, Sayı, 27879, [http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/kitap/kitap07\\_mobbing](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/kitap/kitap07_mobbing), (05.06.2013)

<sup>189</sup> Türk Ceza Kanunu, Kanun No 5377, Madde No 13, Tarih, 29.6.2005  
<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, (11.05.2013)

<sup>190</sup> Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Tarih. 28/04/2012 Sayı. 28277

<sup>191</sup> Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu, Ankara, 2013, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf> (01.06.2013)

Çalışmanın bu kısmına kadar yukarıda verilen bilgilere bakılacak olursa şiddet kavramının çok eski zamanlardan beri var olduğunu, zaman zaman alınan önlemlerin yetersiz olduğu, ne kadar önlem alınırsa alınsın bazı bireyler tarafından şiddetin bir sorun çözücü eylem olarak kabul gördüğü söylenebilir.

Son zamanlarda yapılan araştırmalara bakıldığında, aile içinde, bireyler arasında, hemen hemen her meslek grubunda şiddet eylemlerine rastlamanın mümkün olduğu söylenebilir. Tablo 9'daki örnekte de bu şiddetin sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarından çok daha fazla olduğu göz önüne alındığında, sağlık personellerinin yoğun stres, mobbing ve şiddet altında çalışması son yıllarda görsel ve yazılı medyanın da yardımıyla gün yüzüne çıkmış ve ciddi boyutlarda olduğu anlaşılmıştır. Sağlık profesyonellerinin güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışması ve kaliteli hizmet sunumunda standardizasyonun sağlanması amacıyla, kaliteli hizmet sunumunu amaç edinen sağlık işletmelerinin yukarıda bahsedilen önlemleri almak zorunda oldukları söylenebilir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK İŞLETMELERİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK ŞİDDET

**DR. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
Örneği**

#### **3. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN ŞİDDETE MARUZİYETİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK ALAN ÇALIŞMASI**

Yüksek lisans tezi olarak sunulan bu çalışmanın 3. bölümünde İzmir ilinde faaliyet gösteren kamuya ait sağlık işletmesinde yapılan araştırmadan bahsedilecektir. Bu çalışma İzmir Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın bundan sonraki kısmında sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanların şiddete maruziyetinin araştırılması üzerine bir çalışmadan bahsedilecektir.

##### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Çalışma yaşamında İSG'ni sağlamadaki yükümlülükleri açısından en önemli taraflar; devlet, işveren ve çalışanların bizzat kendisi olarak sıralanmaktadır. Bu araştırmanın ana amacı; sağlık işletmelerinde İSG ile ilgili tarafların (devlet, işveren ve çalışanlar) yükümlülüklerini ne ölçüde yerine getirdiğinin, çalışanlar tarafından ayrı ayrı değerlendirilmesine olanak sağlanması ve böylece hangi alanlarda geliştirilmeye açık alanların bulunduğu tespit edilmesidir. Araştırmada ayrıca sağlık işletmelerinde çalışanların maruz kaldıkları mesleki risk, tehlike ve şiddetin saptanması ve saptanan risk ve tehlikelerin İSG açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada, BUÇH'de çalışanların karşılaştıkları risk, tehlike ve şiddetin ana sebeplerini, kimler tarafından uygulandığını, uygulanan şiddet sonrası gerek yönetimin gerekse personelin sorumlulukları ve yaptırımlarının neler olduğu

konusunda diğerk sağlık çalışanları ve akademik çevrelere yol göstermesi ve ilgili çevreler ile toplumu aydınlatması amaçlanmıştır. Araştırma, sağlık işletmelerinde şiddete yönelik güvenliğin sağlanmasında sözü edilen tarafların ortak sorumluluğunun katılımcılar tarafından nasıl değerlendirildiğinin tespit edilmesi, alınması gereken önlemlerin belirlenmesi ve konu ile ilgili önerilerin sunulması açısından önem taşımaktadır.

### **3.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları**

Araştırmanın evreni İzmir Güney Bölge Genel Sekreterliği Dr. Behçet UZ ocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelinden oluşmaktadır. Zaman kısıtı, sağlık işletmelerinde gerçekleştirilen işlerin çoğunun insan yaşamı ile ilgili olup, ivedililik gerektirmesi ve dolayısı ile sağlık çalışanlarının sözü edilen hizmetleri sunma konusundaki yoğunluğu, hizmet kalite standartları gereğince personelin görev sorumluluklarını uzun vadeli terk edememesi, araştırma için kullanılacak ekonomik kaynaklarının yetersizliği nedenleriyle örnekleme olarak sağlık çalışanlarından sadece İzmir Güney Bölge Genel Sekreterliği Dr. Behçet UZ ocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personeli dahil edilmiştir. Araştırma İzmir’de 15 Temmuz 2012–20 Temmuz 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

T.C. S.B. İzmir Dr. Behçet Uz ocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 368 yatak kapasitesine sahip, dahili birimler (pediatri, nefroloji, onkoloji-hematoloji, intaniye, pediatrik kardiyoloji, prematüre, yeni doğan, talasemi servisleri), cerrahi birimler (ocuk cerrahi, yanık, kalp damar cerrahisi, kulak burun boğaz, göz, ortopedi, plastik cerrahi servisleri), ocuk acil servis, poliklinik, yoğun bakım (ocuk yoğun bakım- 1., 2., 3., basamak yoğun bakım- septik, cerrahi yoğun bakım, prematüre yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım servisleri) ve ameliyathane alanlarında hizmet veren bir kamu hastanesidir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2013 yılında T.C. S.B. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesini fiili olarak çalışan 946 personel oluşturmaktadır. Basit tesadüfî örnekleme yöntemi uygulanarak seçilen örneklem grubuna anket tekniği uygulanmıştır.

İzmir Güney Bölge Genel Sekreterliği Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 37 Uzman Doktor, 53 Asistan Doktor, 114 Hemşire, 25 Radyoloji Teknisyeni, 26 Laboratuar Teknisyeni, 25 Acil Tıp Teknisyeni ve Sağlık Memuru, 10 Psikolog ve Sosyal Çalışmacı, 40 Sekreter, 40 Güvenlik Görevlisi araştırmaya dahil edilmiştir. İlgili hastane insan kaynakları/personel birimlerinden çalışan kayıtlarına ulaşılmıştır. Katılımcılara ilgili hastanede toplam 500 anket dağıtılmış olup 400 anket geri toplanmıştır. Ancak 30 adet anket eksik bilgi sebebi ile araştırmaya dahil edilmemiştir. Anketlerin geri dönüş oranı %74'dür. Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklüğüne göre örneklem sayısı yeterli kabul edilmiştir.<sup>192</sup>

### 3.4. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada araştırmanın verileri anket tekniği ile elde edilmiştir. Anket, sistematik bir veri toplama yöntemidir. Veriler, önceden belirlenmiş insanlara bir dizi soru sorularak elde edilir. "Anket tekniği, ulaşılmak istenen verilere mümkün olan en kısa sürede ulaşmaya ve gerekli açıklamaların yapılabilmesine olanak tanıdığı için etkili ve en çok kullanılan tekniklerden birisidir."<sup>193</sup> Araştırmanın yazım aşamasında literatür ve kaynak tarama yöntemi ile alan araştırması tekniği kullanılmıştır.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 15,0 (Statistical Program for Social Science ) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Uygulamada kullanılan anket toplam 44 soruyu içermektedir. Demografik özellikleri belirlemek amacı ile 8 adet soru bulunmaktadır. Araştırmadaki anket yönteminde 11 adet 2'li ölçek (Evet-Hayır), 11 adet 5'li Likert

<sup>192</sup> U. Sekaran, Research Methods for Bussines, Kanada, 1992. s. 253

<sup>193</sup> Ö. Tütüncü, Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi, Ankara, 2001, s. 84

tipi ölçek ve 14 adet ifade ise düzey belirleme tipi ölçek kullanılmıştır. Anket sonuçları SPSS 15,0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada güvenilirlik analizi (Cronbach alpha), tanımsal istatistik analizleri (descriptive ve frequency statistics), bağımsız örneklem t testi (Independent sample t test), bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Bu kapsamda, p işaret değeri  $p < 0.05$  olduğunda alternatif hipotez kabul edilerek anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Çalışmanın bazı analizlerinde bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Bu kapsamda yalnızca anlamlı sonuçlar üzerinden değerlendirme yapılmış olup, anlamlılık düzeyleri (\*) simgesi ile ifade edilmiştir.

### 3.5. Araştırmanın Analiz ve Bulguları

Güvenilirlik, ölçüm aracının araştırma değişkenlerini istikrarlı ve tutarlı şekilde ölçme düzeyini ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle ölçümler benzer koşullarda tekrarlandığında aynı ya da birbirine yakın tutarlı sonuçlar elde ediliyorsa ölçüm aracı güvenilir olarak nitelendirilmektedir.<sup>194</sup>

**Tablo 10. Güvenilirlik Analiz Sonuçları**

İFADELER	İfade Numaraları	Cronbach's Alpha	İfade Sayısı
<b>Fiziksel Şiddet İfadeleri</b>	16,17,18,19,20,21,22,23	0,932	8
<b>Psikolojik Şiddet İfadeleri</b>	24,25,26,26,27,29,30	0,869	7
<b>Diğer İfadeler</b>	9,10,11,12,13,14,15,31,32,33 34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44	0,819	21
<b>Genel</b>		0,803	36

n= 370

<sup>194</sup> A. Özdemir, Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamaları, İstanbul, 2008, s. 291

Tablo 10’da görüldüğü üzere, çalışmamızın genel güvenilirlik analizi Cronbach Alfa katsayısı, 0,803 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. İfadelerin güvenilirlik analizi sonuçlarına bakıldığında fiziksel şiddet boyutunun 0,932, psikolojik şiddet boyutunun 0,869 ve diğer ifadelerinin boyutu 0,819 çıkmıştır. Cronbach’s alpha = 0,80-1.00 arasında olup ölçek oldukça güvenilirdir.

### 3.5.1. Demografik Verilerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tablo 11’de görüldüğü üzere, çalışan personelin cinsiyetlerine ilişkin veriler yer almaktadır. Katılımcıların %73,5’lik kısmı bayan ve %26,5’lik kısmı ise erkek çalışandan oluşmaktadır.

**Tablo 11. Cinsiyet Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
Cinsiyet	Erkek	98	26,5
	Kadın	272	73,5
	Toplam	370	100.0

**Tablo 12. Medeni Durum Frekans ve Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
Medeni Durum	Evli	204	55,1
	Bekar	166	44,9
	Toplam	370	100.0

Tablo 12.’de görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Verilere incelenecek olursa, %55,1’lik kısmı evli ve % 44,9’luk kısmı ise kar katılımcıdan oluşmaktadır.



**Tablo 13. Yaş Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
Yaş	18-23	45	12,2
	24-29	145	39,2
	30-35	106	28,6
	36-41	58	15,7
	42 ve Üstü	16	4,3
	Toplam	370	100,0

Tablo 13’de görüldüğü üzere katılımcıların yaş dağılımlarına ilişkin veriler yer almaktadır. Katılımcıların yaş dağılımları incelenecek olursa %12.2’lik kısmı 18-23 yaş aralığında, %39.2’lik kısmı 24-29 yaş aralığında, %28.6’lık kısmı 30-35 yaş aralığında, %15.72’lik kısmı 36-41 yaş aralığında ve %4,3 lük küçük bir kısmı ise 42 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırmaya katılanlar katılımcılarının genç bir yapıya sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 14. Eğitim Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
Eğitim	Lise	99	26,8
	Ön lisans	87	23,5
	Lisans	88	23,8
	Lisans üstü	96	25,9
	Toplam	370	100,0

Tablo 14.’de Katılımcıların eğitim durumlarına yer verilmiştir. Buna Göre, %26,8’lik kısmı lise %23’lik kısmı ön lisans yüzde 23,8’lik kısmı lisans ve % 25,9’luk kısmı ise lisansüstüdür.

**Tablo 15. Meslek Durumlarının Frekans ve Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
<b>Meslek</b>	Asistan Doktor	53	14,3
	Uzman Doktor	37	10,0
	Güvenlik Gör.	40	10,8
	Sekreter	40	10,8
	Psikolog ve Sosyal Çalışmacı	10	2,7
	Radyoloji Tekn.	25	6,8
	Laboratuar Tekn.	26	7,0
	ATT ve Sağlık Memuru	25	6,8
	Hemşire	114	30,8
	Toplam	370	100,0

Tablo 15’de görüldüğü üzere katılımcıların meslek gruplarına ilişkin verilere yer almaktadır. Veriler incelendiğinde, %10’luk kısmını uzman doktor, %14,3’lük kısmını asistan doktor, %10,8’lik kısmını güvenlik görevlisi, %10,8’lik kısmını sekreter, %6,8’lik kısmını radyoloji teknisyeni, %7’lik kısmını laboratuar teknisyeni, %6,8’lik kısmını acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru, %2,7’lik kısmını psikolog ve sosyal çalışmacı, %30,8’lik kısmı ise hemşirelerden oluştuğu görülmektedir.

Sağlık işletmeleri, multidisipliner bir yapıya sahip, farklı bölüm ve bilim dallarından meydana gelen ve tüm bu oluşumların aynı çatı altında toplandığı yapılardır. Anket uygulama aşamasında, katılımcıların özellikle hastalar ile birebir ilişkisi olan meslek gruplarının seçilmesine özen gösterilmiş olup, araştırmamızın ana konusu olan şiddet olgularının en yoğun yaşandığı ve en çok şiddete maruz kalabileceği düşünülen personel kitlesi hedef alınmıştır.

**Tablo 16. Meslekteki Toplam Çalışma Yılı Frekans ve Yüzde Dağılımları**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
<b>Meslekteki Toplam Çalışma Yılı</b>	1-5 yıl	149	40,3
	6-10 yıl	80	21,6
	11-15 yıl	67	18,1
	16 yıl ve üstü	74	20,0
	Toplam	370	100,0

Tablo 16’da yer alan veriler incelendiğinde, mesleklerindeki toplam çalışma yıllarına ilişkin bilgiler verilmektedir. Katılımcıların %40,3 lük kısmı 1-5 yıl arası, %21,6’lık kısmı 6-10 yıl, %18,1’lik kısmı 11-15 yıl ve %20’lik kısmı ise 16 yıl ve üzeri olduğunu ifade etmektedir. Analiz bulguları incelendiğinde, %40,3’lük kısmının 1-5 yıl arası katılımcıdan oluştuğu görülmektedir. Bu durumda çalışmanın yapıldığı BUÇH katılımcılarının ağırlıklı olarak dinamik bir yapıda olduğuna işaret etmektedir.

**Tablo 17. BUÇH’da Toplam Çalışma Yılı Frekans ve Yüzde Dağılımları**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
<b>BUÇH’da Toplam Çalışma Yılı</b>	1-5 yıl	224	60,5
	6-10 yıl	80	21,6
	11-15 yıl	27	7,3
	16 yıl ve üstü	39	10,5
	Toplam	370	100,0

Tablo 17’de yer alan analiz bulguları incelendiğinde, katılımcıların BUÇH’deki çalışma süreleri yer almaktadır. Buna göre; %60,5’lik kısmı 1-5 yıl arası %21,6’lık kısmı 6-10 yıl, %7,3 lük kısmı 11-15 yıl ve %10,5’lik kısmı ise 16 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir.

**Tablo 18. Çalışma Durumu Frekans ve Yüzde Dağılımları**

Çalışma Durumu		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
	Kadro	288	77,8
	Sözleşme	4	1,1
	Şirket personeli	78	21,1
	Toplam	370	100,0

Tablo 18’de görüldüğü üzere katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin veriler bulunmaktadır. Buna göre; %77,8’lik kısmının kadrolu %21,1’lik kısmının taşeron firmalarca hizmet alımı şeklinde çalışan katılımcıları ve %1,1’lik küçük bir kısmı ise sözleşmeli personel olduğu görülmektedir.

### 3.5.2. Fiziksel Şiddete Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tablo 19’da görüldüğü üzere, katılımcıların son bir yıl içerisinde fiziksel şiddete maruziyetlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu tabloya göre katılımcıların %87,3 lük kısmı ise fiziksel şiddete maruz kalmadığı görülmektedir. %12,7’lik kısmının ise fiziksel şiddete maruz kaldığı ve bu oranın sağlık sektöründe profesyonel hizmet sunan sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları şiddetin boyutunun azımsanmayacak ölçüde olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

**Tablo 19. Bir Yıl İçinde İşyerinde Fiziksel Şiddete Uğrayanlar ve Uğradıkları**

#### Fiziksel Şiddetin Sayısal Dağılımı

Son Bir Yıl İçinde Fiziksel Şiddete Uğradınız mı?			Uğradığınız Fiziksel Şiddetin Sayısı		
	Frekans	% Yüzde		Frekans	% Yüzde
Evet	47	12,7	1-5 kez	47	12,7
Hayır	323	87,3			
Toplam	370	100,0	Toplam	47	12,7

Katılımcıların %12,7'lik kısmının 1-5 kez fiziksel şiddete maruz kaldıkları yönünde fikrini beyan ettikleri görülmektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %11,9'luk kısmının hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldıkları, % 0,8'lik kısmının meslektaşları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nitelik olarak çocuk hastanesi olduğundan şiddeti uygulayan kişilerin genel olarak hastalar olmadığı ve bu şiddet olaylarının hasta yakınları tarafından uygulandığı görülmektedir.

**Tablo 20. Fiziksel Şiddete Maruz Kalınan Yer ve Şiddet Sonrası Sonuçların Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
<b>Fiziksel Şiddete Maruz Kaldığınız Yer</b>	Servis	5	1,4
	Poliklinik	11	3,0
	Acil	23	6,2
	Tetkik Odaları	7	1,9
	Diğer	2	0,5
	Toplam	47	12,7
<b>Fiziksel Şiddet Sonrası Sonuç</b>		Frekans	% Yüzde
	Kıl payı Kurtulma	23	6,1
	Hafif Yara Sıyrık	4	1,1
	Ağır Yara Kırık	2	0,5
	Psikolojik Travma	16	4,3
	Çürük Ezilme	2	0,5
	Toplam	47	12,7

Tablo 20'de görüldüğü üzere, fiziksel şiddete maruz kaldıkları yerler ve dağılımları yer almaktadır. Analiz bulguların incelendiğinde, şiddetin en çok %6,2'lik bir oran ile acil serviste %3 lük bir oranın polikliniklerde %1,4 lük kısmının servis/kliniklerde, %1,9'luk kısmının tetkik odalarında (usg-tomografi-röntgen-eeeg lab.-kan alma odaları. v.s), %0,5'lik kısmının diğer alanlarda olduğu görülmektedir. Burada bahsedilen diğer alanlar, hastane bahçesi, hasta bekleme ve bilgilendirme alanları, otopark gibi alanlar düşünülebilir. Burada önemli olan fiziksel şiddet olgularının sırasıyla en çok acil birimleri, poliklinik birimleri ve tetkik odalarında

yaşandığıdır. Analiz bulgularına göre, %6,1'lik kısmı kıl payı kurtulma, %1,1'lik kısmı hafif yara, sıyrık, %0,6'lık kısmı ağır yara, kırık, %4,3'lük kısmı psikolojik travma, 0,5'lik kısmının ise çürük ezilme olduğu görülmektedir.

İnsanların sağlık hizmetlerine duydukları ihtiyaç büyük ölçüde tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Kişilerin sağlıklarında birden bire ortaya çıkan olumsuzluklar, kazalar, yaralanmalar sonucunda ilk başvurdukları yer hastane acil servislerdir. Ancak bu durum zaman zaman yanında kötü ve istenmeyen olayları da beraberinde getirmektedir. Kişiler ani bir şekilde sağlıklarında meydana gelen bozulmalar (yaralanma, kazalar, ani seyreden ağrılı durumlar vs) nedeniyle daha gergin, daha hassas ve tahammülsüz davranışlar sergilemekte ve bu davranışlar hasta-sağlık çalışanı arasındaki barışı zedelemekte ve hatta bozmaktadır. Bu durumun tam terside mümkündür. Yoğun hasta potansiyeli, stres, 24 saat vardiyalı çalışma şekli, baskı, fiziksel şiddet veya psikolojik şiddete maruz kalan personelin tahammül sınırları azalmakta ve yaşanan gerginlik krizlerini yönetmekte güçlükler yaşamaktadır.

Çalışmanın analiz bulgularına bakılacak olursa, şiddet olaylarının en çok acil serviste yaşandığı görülmektedir. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda da, şiddetin en yoğun yaşandığı yerlerin başında acil servislerin geldiği bilinmektedir. Başlıca nedenlerinin ise; alkol ve madde bağımlılığı, psikiyatrik hastalıklar, davranış bozuklukları ve iletişim güçlükleri şeklinde olduğu bilinmektedir.

Araştırmanın yapıldığı BUÇH'ni niteliği bakımından özel bir duruma sahiptir ve yalnızca bebek ve kanunen çocuk olarak nitelendirilen hasta gruplarına hizmet vermektedir. Dolayısıyla şiddeti uygulayan kişiler hastalar değil hasta yakınlarının olduğu görülmektedir. Nitekim analiz bulgularımızda bu durumu desteklemektedir. Her ne kadar yapılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılıklarının şiddete eğilim göstermede önemli bir etken olduğu bilinse de, BUÇH'de yaşanan şiddet olgularının temelinde, ailelerin çocuklarının sağlığı konusunda aşırı hassas, tedirgin, kaygılı ve endişeli olmaları yatmaktadır. Diğer taraftan ise, sağlık çalışanlarının yoğun hasta potansiyeline hizmet vermekte yaşadığı zorluklarda şiddeti tetikleyen önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bunların dışında, acil ve poliklinik birimlerinin yoğun olması, ailelerin kültür düzeyleri, kurumun fiziksel altyapısı, evrak ve izlek işlemlerinin karışıklığı, bilgilendirme ve danışmalarda yaşanan sorunlarda şiddeti tetikleyen diğer nedenler arasında önemli faktörler olmaktadır.

**Tablo 21. Fiziksel Şiddete Yönelik Psikolojik Destek İhtiyaçları ve Alınan Yardımların Yüzde Dağılımları**

	BUÇH		
	Frekans	% Yüzde	
<b>Psikolojik Destek Gerekisini Duydunuz mu?</b>	Evet	23	6,2
	Hayır	24	6,5
	Toplam	47	12,7
<b>Cevabınız Evet İse Psikolojik Yardım Aldınız mı?</b>	Frekans	% Yüzde	
	Evet	5	1,3
	Hayır	18	4,9
	Toplam	23	6,2

Tablo 21’de görüldüğü üzere, katılımcıların yaşadıkları fiziksel şiddet sonrasında psikolojik destek ihtiyaçlarına yönelik veriler yer almaktadır. Bu veriler incelendiğinde yaşadıkları şiddet sonrasında %6,2’lik kısmı psikolojik desteğe ihtiyaç duymuş %6,5’lik kısmı psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Analiz bulgularından görüldüğü üzere, fiziksel şiddet sonrasında psikolojik destek almalarına ilişkin veriler yer almaktadır. Bu veriler incelendiğinde fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %1,3’lük kısmının psikolojik destek aldığı ancak %4,9’luk kısmının psikolojik destek almadığı görülmektedir. Buna göre; psikolojik desteğe ihtiyaç duyan 23 personel %6’lık kısımdan sadece 5 kişi yani %1,3’lük kısmının bu desteği aldığı görülmektedir.

Bu durum; sağlık sektöründe yapılan işlerin büyük bir kısmının direk insan sağlığı ile ilgili olması, ivedilik, yoğun dikkat ve özen gerektirmesi, yoğun ve sürekli olması personelin yaşadığı şiddet vakaları sırasında veya sonrasında bu olayları kayıt

altına almasını veya psikolojik destek almalarının önünde bir engel oluşturduğuna işaret etmektedir.

### 3.5.3. Psikolojik Şiddete Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tablo 22’de görüldüğü üzere, katılımcıların son bir yıl içinde psikolojik şiddete maruz kalmalarına yönelik bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların yaklaşık %70’lik büyük bir kısmının son bir yıl içerisinde psikolojik şiddete maruz kaldıkları, %30,5’lik kısmının ise psikolojik şiddete maruz kalmadığı görülmektedir. Bu durum, sağlık sektöründe psikolojik şiddetin geldiği boyutların, hızlı bir şekilde önlenmesi ve gerekli önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Veriler incelendiğinde, katılımcıların %32,2’lik kısmının en az bir kez psikolojik şiddete uğradıkları, %24,9’luk kısmının iki kez psikolojik şiddete uğradıkları ve %12,4 lük kısmının ise üç ve daha fazla kez psikolojik şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Bu durumda BUÇH’de araştırmamıza katılan katılımcıların sıklıkla psikolojik şiddete maruz kaldığı söylenebilir.

**Tablo 22. Bir Yıl İçinde İşyerinde Psikolojik Şiddete Uğrayanlar ve Uğradıkları Psikolojik Şiddetin Sayısal Dağılımı**

Son Bir Yıl İçerisinde İş Yerinde Psikolojik Şiddete Uğradınız mı?	BUÇH	
	Frekans	% Yüzde
Evet	257	69,5
Hayır	113	30,5
Toplam	370	100,0

Uğradığımız Psikolojik Şiddetin Sayısı	Frekans	% Yüzde
	Bir kez	119
İki kez	92	24,9
Üç ve Daha Fazla	46	12,4
Toplam	257	69,5

Sağlık sektöründe, profesyonel hizmet sunmayı amaç edinmiş sağlık personelinin uğradığı psikolojik şiddetin boyutları ve sayıları analiz bulgularından anlaşılmaktadır. Sağlık işletmeleri gibi 24 saat esasına dayalı ve sürekli olarak sağlık



hizmeti gibi önemli bir hizmeti verme gayretinde olan sağlık personelin yaşadığı psikolojik şiddet ivedilikle önlemler alınmasını gerekli kılmaktadır. Aksi taktirde toplumsal bir sorun olarak ortaya çıkan şiddet, kişilerin sağlık alanında sorunları çözmede kullanılan en etkin yol olarak kabul görmesi kuvvetli muhtemeldir.

**Tablo 23. Psikolojik Şiddetin Türüne ve Maruz Kalınan Yerlere Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları Tablosu**

		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
<b>Karşılaşılan Psikolojik Şiddetin Türü</b>	Küfür	24	6,5
	Hakaret	180	48,6
	Küçük düşürme	4	1,1
	Tehdit	45	12,2
	Sözlü cinsel taciz	4	1,1
	Toplam	257	69,5
<b>Psikolojik Şiddete Maruz Kaldığınız Yer</b>		Frekans	% Yüzde
	Servis	52	14,1
	Poliklinik	72	19,5
	Acil	75	20,3
	Tetkik Odaları	40	10,8
	Diğer	18	4,9
	Toplam	257	69,5

Tablo 23’de görüldüğü üzere katılımcıların karşılaştıkları şiddetin türüne ve maruz kalınan yere ilişkin veriler yer almaktadır. Analiz bulguları incelendiğinde, katılımcıların % 6,5’lik kısmının küfür’e maruz kaldığı, % 48,6’lık kısmının hakarete maruz kaldığı, %1,1’lik kısmının küçük düşürmeye maruz kaldığı, %12,2’lik kısmının tehdit’e maruz kaldığı, %1,1’lik kısmının sözel cinsel tacize maruz kaldığı görülmektedir. Analiz bulguları incelendiğinde, katılımcıların %14,1’lik kısmının hastane servis/kliniklerinde, %19,5’lik kısmının hastane polikliniklerinde, %20,3 lük kısmının acil birimlerinde, %10,8’lik kısmı ise tetkik odalarında (radyolojik tetkikler, usg-tomografi-röntgen-eeg lab.-kan alma odaları. v.s), %4,9’luk kısmının diğer alanlarda olduğu görülmektedir. Burada bahsedilen diğer alanlar, hastane bahçesi,

hasta bekleme ve bilgilendirme alanları, otopark gibi alanlar düşünülebilir. Katılımcıların %30,5'lik kısmı ise psikolojik şiddete maruz kalmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 24. Psikolojik Şiddeti Uygulayan Kişilerin Frekans ve Yüzde Dağılımları**

Psikolojik Şiddeti Uygulayan Kişi/ Kişiler		BUÇH	
		Frekans	% Yüzde
	Hasta	15	4,1
	Hasta yakını	210	56,8
	Meslektaş	32	8,6
	Toplam	257	69,5

Tablo 24'de yer alan veriler incelendiğinde, katılımcıların kimler tarafından şiddete maruz kaldıklarına ve bunların dağılımlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların %56,8'lik büyük bir kısmının hasta yakınları tarafından psikolojik şiddete maruz kaldıkları, %8,6'lık kısmının meslektaş tarafından psikolojik şiddete maruz kaldıkları ve 4,1'lik kısmının ise hastalar tarafından psikolojik şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin çocuk hastanesi olmasından dolayı hastalar tarafından şiddet uygulama oranının düşük çıktığı ancak hasta yakınlarınca yapılan şiddetin yüksek çıktığı açıkça görülmektedir. Genel olarak çocukların şiddet içerikli eylemler beklenmese de, araştırma bulgularımızdan çocuk hastalar tarafından küfür veya hakarete maruz kalan personellerinde var oldu anlaşılmaktadır.

Araştırma bulgularında göze çarpan diğer bir husus ise, psikolojik şiddete maruz kalan toplam 257 katılımcının %8,6'lık kısmı meslektaşları veya sağlık çalışanı tarafından psikolojik şiddete maruz kalmış olmasıdır. Bu analiz sonuçları, sağlık sektöründe veya BUÇH'de mobbing'in varlığına yönelik yapılacak çalışmalara yol göstermesi açısından anlam ifade etmektedir.

**Tablo 25. Psikolojik Şiddet Sonrası Psikolojik Destek İhtiyaçları ve Alınan Yardımların Yüzdesel Dağılımları**

	BUÇH	
	Frekans	% Yüzde
<b>Psikolojik Destek Gereksinimi Duydunuz mu?</b>	Evet	71 19,5
	Hayır	186 50
	Toplam	257 69,5
<b>Cevabınız Evet İse Psikolojik Yardım Aldınız mı?</b>	Frekans	% Yüzde
	Evet	19 5,1
	Hayır	52 13,1
	Toplam	71 17,9

Tablo 25’de görüldüğü üzere, katılımcıların maruz kaldıkları psikolojik şiddet sonrasında psikolojik destek ihtiyaçlarına yönelik veriler yer almaktadır. Bu incelendiğinde, %69,5 e tekabül eden 257 katılımcı psikolojik şiddete maruz kalmıştır. Bu katılımcılardan %50’lik kısmı psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı, %19,5’lik kısım ise psikolojik şiddete ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Veriler incelendiğinde, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan 71 katılımcıdan sadece %5,1’lik kısmı (19 katılımcı) psikolojik destek aldığı, %13,1’e tekabül eden 52 katılımcının psikolojik desteğe ihtiyaç duymasına rağmen, destek almadığı görülmektedir.

Bu durum; sağlık sektöründe yapılan işlerin büyük bir kısmının direk insan sağlığı ile ilgili olması, ivedilik, yoğun dikkat ve özen gerektirmesi, yapılan işlemlerin yoğun ve sürekli olması personelin yaşadığı şiddet vakaları sırasında veya sonrasında bu olayları kayıt altına almasını veya psikolojik destek almalarının önünde bir engel oluşturduğuna işaret etmektedir.

### 3.5.4. Güvenlik Önlemlerine Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tablo 26’da görüldüğü üzere, katılımcıların hizmet verdikleri alanlarda güvenlik personelinin varlığına yönelik veriler yer almaktadır. Bu veriler incelendiğinde, katılımcıların tamamını oluşturan 370 personelden %63 ‘ü çalıştığım birimde güvenlik personeli var derken %37 ‘si çalıştığım birimde güvenlik personeli yok yönünde fikrini beyan ettiği görülmektedir. Veriler incelendiğinde, katılımcıların %23 lük kısmı işyerinde güvenlik önlemleri yeterli derken %77’lik büyük bir kısmının güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğu yönünde fikrini beyan görülmektedir.

**Tablo 26. Güvenlik Önlemlerine Yönelik Frekans ve Yüzde Dağılımları**

	BUÇH		
	Frekans	% Yüzde	
Servisinizde güvenlik personeli var mı?	Evet	233	63,0
	Hayır	137	37
	Toplam	370	100,0
		Frekans	% Yüzde
İş yerinizde güvenlik önlemleri yeterli mi?	Evet	85	23
	Hayır	285	77,0
	Toplam	370	100,0
		Frekans	% Yüzde

Bir önceki ifadede, katılımcıların %63’lük kısmının çalıştığım birimde güvenlik personeli var şeklinde fikrini beyan etmiş olmasına rağmen, güvenlik önlemlerinin %77 oranında yeterli bulunmaması, güvenlik personelinin yeterli olmadığı veya verimli çalışmadığı yönünde ipuçları göstermektedir.

İş sağlığı ve iş güvenliğini kapsamında, hasta ve çalışan güvenliği önlemlerini en üst düzeyde tutmayı amaç edinmiş kurumların; güvenlik önlemleri, güvenlik ekipmanlar ve güvenlik personellerine vereceği önem şiddet olgularının önlenmesi, caydırıcılığın sağlanması ve en kısa sürede müdahale edilmesi açısından son derece önem taşımaktadır.

### 3.5.5. Ölçek İfadelerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tablo 27’de görüldüğü üzere, katılımcıların çalıştıkları birimleri tercih etmelerine yönelik bilgiler yer almaktadır. Bu veriler incelendiğinde %47,3 lük kısmının çalıştığı birimi kendisi seçtiği %53 lük kısmının ise kendi tercihi olmadı yönünde cevap verdiği görülmektedir. Analiz bulgularına göre çalışanların %47,8 i çalıştıkları birimden memnun olduğu %52’lik kısmın ise memnun olmadığı görünmektedir.

**Tablo 27. Çalışılan Birim Tercihleri ve Memnuniyet Durumları Frekans ve Yüzde Dağılımları**

	BUÇH		
	Frekans	% Yüzde	
<b>Çalışma birimini kendiniz mi seçtiniz?</b>	Evet	174	47,0
	Hayır	196	53,0
	Toplam	370	100,0
<b>Çalıştığınız Birimden Memnun musunuz?</b>	Frekans	% Yüzde	
	Evet	177	47,8
	Hayır	193	52,2
	Toplam	370	100,0

Personelin, çalışma koşullarından memnuniyet durumları, şiddete maruz kalmada etkin olarak rol oynamaktadır. Bu kapsamda düşünüldüğünde; sağlam temellere oturtulmak istenilen iş sağlığı ve iş güvenliği sistemlerinde, personelin memnuniyet durumlarının kesinlikle göz ardı edilmemesi, personel planlamada profesyonel davranılması, nitelikli ve deneyimli personel istihdamının sağlanması ve kurum imkânları ölçüsünde personelin çalışacağı birimi tercih etmesine olanak sağlanması, personelin memnuniyet düzeyini artması konusunda fayda sağlayacaktır.

**Tablo 28. İş Riski ve İşyeri Değişikliğine Yönelik Yüzde Dağılımları**

	BUÇ	
	Frekans	% Yüzde
İş riski nedeniyle işyeri veya iş değişikliği yapmayı düşündünüz mü?	Evet	159 43
	Hayır	211 57,0
	Toplam	370 100,0

Tablo 28’de görüldüğü üzere katılımcıların, iş riski nedeniyle işyeri veya iş değişikliği yapmalarına yönelik bilgilere yer almaktadır. Bu bilgilere bakıldığında iş riski nedeni ile iş değişikliği veya işyeri değişikliği yapmayı düşünen katılımcı sayısı 159 olduğu bunun toplam katılımcı sayısının %43’lük kısmını oluşturduğu görülmektedir. İş riski sebebi ile iş veya işyeri değiştirmek istemeyen katılımcı sayısı ise 211 olduğu ve bu sayının toplam katılımcı sayısının %57’lik kısmını oluşturduğu görülmektedir.

Sağlık işletmeleri içinde barındırdıkları fiziksel, kimyasal ve biyolojik risk faktörlerinin yanı sıra iş sağlığı ve iş güvenliğini ciddi boyutlarda etkileyen, yaralanmalara, iç gücü kayıplarına ve hatta ölümlerle sonuçlanabilen şiddet faktörüyle de karşı karşıya kalmaktadır. Konuyla olan ilginin son zamanlarda artması ve sosyal medyanın konuya gösterdikleri ilgi ile daha çok gün yüzüne çıkmış olan şiddet ve ulaştığı boyutların ciddiyeti daha anlaşılır hale gelmiştir.

Bir işletmedeki personel devir hızının belirlenmesi açısından “iş riski” faktörü, önem ifade etmektedir. Bir işletmede personelin yaklaşık olarak yarısının kendisini risk altında hissetmesi veya yaptıkları işleri nitelik bakımından riskli bulması, o işletmenin iş sağlığı ve güvenliği kapsamında alınan önlemlerin yeterli düzeye ulaşmadığının bir göstergesi olarak önem ifade etmektedir.

### 3.5.6. Şiddet Nedenlerinin İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları

Araştırmaya katılan katılımcıların şiddete uğrama nedenlerine göre beyan ettikleri fikirler, 5 (beş)'li likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların beyan ettikleri fikirlerin aritmetik ortalaması Tablo 29'da verilmiştir.

**Tablo 29. Şiddet Nedenlerinin İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları Tablosu**

İfadeler	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlık personeli, hasta veya hasta yakınları tedaviden memnun olmadığı için şiddete uğrar.	370	2,98	1,46488
Sağlık personeli, hasta bilgilendirme ve iletişim yetersiz olduğu için şiddete uğrar	370	3,96	1,17923
Sağlık personeli, hastanın kendine ayrılan süre yetersiz olduğu için şiddete uğrar.	370	4,11	1,16832
Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının, devletin belirlediği değişken sağlık politikalarına uyum sağlayamadıkları için şiddete uğrar.	370	2,60	1,48415
Sağlık personeli BUÇH'de uzun ve karışık işleyiş süreci yüzünden şiddete uğrar (kayıt, evrak, kodlama, muayene sonuç)	370	3,92	1,29543
Sağlık personeli, kendi arasındaki koordinasyon ve iletişim yetersizliği yüzünden şiddete uğrar.	370	2,45	1,35103

Tablo 29'daki ifadeler sırasıyla değerlendirilecek olursa, sağlık personeli hasta veya hasta yakınları tedaviden memnun olmadıkları için şiddete uğrar, ifadesini için katılımcıların beyan ettikleri fikirlerin aritmetik ortalama değeri 2,98'dir. Bu değer likert tipi ölçek ortalama değeri olan 3(üç)'ün altındadır. Bu durum çalışmaya dahil olan katılımcıların kendilerine uygulanan şiddet nedeninin, hasta veya hasta yakınlarının tedaviden memnun olamamaları olarak görmemektedirler.

Bir sonraki ifadeyi inceleyecek olursak, sağlık personeli, hasta bilgilendirme ve iletişim yetersiz olduğu için şiddete uğrar, ifadesinin aritmetik ortalama değeri 3,96'dır. Bu durum çalışmaya dahil olan katılımcılar kendilerine uygulanan şiddet nedenlerinden bir tanesinin hasta bilgilendirme ve iletişimin yetersiz olmasıdır

yönünde fikirlerini beyan ettikleri görülmektedir. Bir sonraki ifadeyi inceleyecek olursak, sağlık personeli, hastanın kendine ayrılan süre yetersiz olduğu için şiddete uğrar, ifadesinin aritmetik ortalama değerinin 4,11 çıkması dikkat çekicidir. Bu durum çalışmaya dahil olan katılımcıların kendilerine uygulanan şiddetin, sağlık personeli tarafından hastanın kendisine ayrılan sürenin yetersiz olmasıdır şeklinde fikirlerini beyan ettikleri açıkça görülmektedir.

Tablo 29'daki diğer bir ifade incelenecek olursa, sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının, devletin belirlediği değişken sağlık politikalarına uyum sağlayamadıkları için şiddete uğrar ifadesinin aritmetik ortalama değeri 2,60'dır. Bu ortalama değerine göre katılımcılar kendilerine uygulanan şiddetin devletin belirlediği değişken sağlık politikalarına uyum sağlayamamaları olduğunu düşünmemektedirler. Bir sonraki ifade olan, sağlık personeli BUÇH'de uzun ve karışık işleyiş süreci yüzünden şiddete uğrar (kayıt, evrak, kodlama, muayene sonucu), ifadesinin aritmetik ortalama değeri 3,92 olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcıların kendilerine uygulanan şiddet nedenlerinden bir diğerinin BUÇH'deki uzun ve karışık işleyiş süreci olduğu yönünde fikirlerini beyan ettikleri görülmektedir.

Tablo 29'daki son ifade olan sağlık personeli, kendi arasındaki koordinasyon ve iletişim yetersizliği yüzünden şiddete uğrar, ifadesinin aritmetik ortalama değeri 2,45'tir. Bu durumda katılımcılar kendilerine uygulanan şiddet nedeninin kendileri arasındaki koordinasyon ve iletişim yetersizliğinden meydana gelmediği yönünde fikirlerini beyan ettikleri görülmektedir.

### **3.5.7. Fiziksel Şiddet, Psikolojik Şiddet ve Memnuniyet Düzeylerine Yönelik Hipotezler**

Yapılan araştırmalar kapsamında elde edilen verilerin, anlamlılık düzeylerinin ölçülmesi amacı ile fiziksel şiddete, psikolojik şiddete ve memnuniyet düzeylerine yönelik hipotezler kurulmuş ve ilgili analiz teknikleri kullanılarak test edilmiştir. Araştırma bulguları kapsamında yapılan bu hipotezler, kabul veya red kriterleri doğrultusunda değerlendirilerek aşağıda verilmiştir.



**Tablo 30. Fiziksel Şiddete Göre T Testi Analiz Sonuçları Tablosu**

İfadeler	Fiziksel Şiddete Maruziyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çalışma koşullarından memnuniyetinizi puanlayınız	Evet	47	2,2391	1,07878	-2,862	0,004*
	Hayır	323	2,7368	1,10705		
Meslekten memnuniyetinizi puanlayınız	Evet	47	3,0000	1,31656	-1,810	0,071
	Hayır	323	3,3437	1,18852		
İş riskinizi puanlayınız	Evet	47	4,0000	1,26491	0,942	0,347
	Hayır	323	3,8173	1,22629		
İş yeri güvenliğinizi puanlayınız	Evet	47	2,2174	1,11381	-2,103	0,036*
	Hayır	323	2,6099	1,19373		
İş stresinizi puanlayınız	Evet	47	4,3696	,95123	0,115	0,578
	Hayır	323	4,2755	1,08702		

\*p < 0,05

**Hipotez 1:** H<sub>1</sub>--Katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı fark yaratmaktadır.

Çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi) bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tablo 30. Buna göre fiziksel şiddete maruz kalmadığını beyan eden katılımcıların, şiddete maruz kalanlara göre çalışma koşullarından daha memnun olduğu anlaşılmıştır. (F= 0,911; p=0,004<0,05; H<sub>0</sub> red)

Bağımsız örneklem t-testi analiz sonuçları Tablo 30'da detaylı bir şekilde verilmiştir. Fiziksel şiddete maruziyetin, çalışma koşullarını etkileyip etkilemediği değerlendirildiğinde önemli bir faktör olduğu ve meydana gelen fiziksel şiddet

sonrasında çalışma koşullarından memnuniyeti olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

**Hipotez 2: H<sub>1</sub>--**Katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı fark yaratmaktadır.

Meslekten memnuniyetin, fiziksel şiddete uğrayıp uğramamaları açısından bir fark olup olmadığının analiz edilebilmesi için verilere bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tablo 30'da görülen veriler neticesinde, katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır. (**F= 0,200; p= 0,71>0,05; H<sub>1</sub> red**)

**Hipotez 3: H<sub>1</sub>--**Katılımcıların, iş ortamını riskli bulup bulmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır

Katılımcıların iş ortamını riskli bulup bulmamaları, fiziksel şiddete uğrayıp uğramamaları açısından bir fark olup olmadığının analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi), bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tablo 30'da görülen veriler neticesinde, katılımcıların çalışma, iş ortamını riskli bulup bulmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır. (**F=0,144; p=0,347>0,05; H<sub>1</sub> red**)

**Hipotez 4: H<sub>1</sub>--** Katılımcıların işyerlerini güvenli bulup bulmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Katılımcıların iş yerini güvenli bulup bulmamaları, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından verilerin analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi) t-testi uygulanmıştır. Tablo 30'da görülen verilere göre, fiziksel şiddete maruz kalmadığını beyan eden katılımcıların, şiddete maruz kalanlara göre işyerinin daha güvenli buldukları anlaşılmıştır. (**F=0,249;p=0,036<0,05; H<sub>0</sub> red**)

Analiz sonuçları incelendiğinde fiziksel şiddete maruz kalmış katılımcıların işyeri ve çalışma ortamlarını güvensiz buldukları anlaşılmaktadır. Fiziksel şiddet eylemlerinin, katılımcıların işyeri ve çalışma ortamları güvenliğine bakış açısını

olumsuz yönde etkilediği, fiziksel şiddetin meydana gelmediği çalışma ortamının katılımcılar tarafından daha güvenli bulunduğu söylenebilir.

**Hipotez 5:**  $H_1$ --Katılımcıların iş stresi, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Katılımcıların iş stresinin, fiziksel şiddete uğrayıp uğramamaları açısından fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi) t-testi uygulanmıştır. Tablo 30’da görülen veriler neticesinde katılımcıların iş stresi, fiziksel şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark oluşmamıştır. ( $F=0,115$ ;  $p=0,578 > 0,05$ ;  $H_1$  red)

**Tablo 31. Psikolojik Şiddete Göre T Testi Analiz Sonuçları Tablosu**

İfadeler	Psikolojik Şiddete Maruz Kalma	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çalışma koşullarından memnuniyetinizi puanlayınız	Evet	256	2,4883	1,05898	-3,633	0,00*
	Hayır	92	2,9674	1,09395		
Meslekten memnuniyetinizi puanlayınız	Evet	256	3,2930	1,23832	0,71	0,944*
	Hayır	92	3,2826	1,11263		
İş riskinizi puanlayınız	Evet	256	3,9102	1,19301	1,578	0,137
	Hayır	92	3,6739	1,33514		
İş yeri güvenliğinizi puanlayınız	Evet	256	2,4023	1,19404	3,067	0,003*
	Hayır	92	2,8261	1,11541		
İş stresinizi puanlayınız	Evet	256	4,3906	1,00379	2,371	0,030*
	Hayır	92	4,0870	1,18277		

\* $p < 0,05$

**Hipotez 6:**  $H_1$ --Katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Psikolojik şiddete maruz kalmanın, katılımcıların çalışma koşullarından memnuniyetlerinde fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi), bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tablo 31’de görülen analiz bulgularına göre, psikolojik şiddete maruz kalmadığını beyan eden katılımcıların, şiddete maruz kalanlara göre çalışma koşullarından daha memnun olduğu anlaşılmıştır. (**F=0,157; p=0,00<0,05; H<sub>0</sub> red**)

Sağlık sektörü ve sağlık çalışanlarının çalışma alanlarının insan yaşamı ile ilgili olması, hasta ve yakınları ile aynı ortamda çalışmaları, yoğun bir tempo ve ivedilik gerektirmesi gibi nedenler çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır. Tablo 31’de elde edilen analiz bulguları incelendiğinde, psikolojik şiddete maruz kalma, katılımcıların çalışma koşullarından memnuniyet durumlarını olumsuz yönde etkileyen bir başka etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Hipotez 7: H<sub>1</sub>--**Katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır

Psikolojik şiddete maruz kalmanın, katılımcıların meslekten memnuniyetlerinde fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi), bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tablo 31’de görülen veriler neticesinde, katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmamaktadır. (**F=1,433; p=0,944>0,05; H<sub>1</sub> red**)

**Hipotez 8: H<sub>1</sub>--**Katılımcıların iş ortamını riskli bulup bulmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Katılımcıların iş ortamını riskli bulup bulmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere (independent sample t-testi), bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tablo 31’de görülen veriler neticesinde, katılımcıların çalışma, iş ortamını riskli bulup bulmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır. (**F=3,999;p=0,137>0,05; H<sub>1</sub> red**)

**Hipotez 9:**  $H_1$ --Katılımcıların işyerlerini güvenli bulup bulmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Psikolojik şiddete maruz kalmanın, katılımcıların güvenli bir işyerinde çalışmalarında fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere t-testi uygulanmıştır. Tablo 31’de görülen veriler neticesinde, katılımcıların işyerlerini güvenli bulup bulmamaları, psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yarattığı anlaşılmıştır. Buna göre, psikolojik şiddete maruz kalmadığını beyan eden katılımcıların, şiddete maruz kalanlara göre işyerini daha güvenli buldukları anlaşılmıştır. ( $F=3,841;p=0,01<0,05; H_0$  red)

Analiz sonuçları incelendiğinde psikolojik şiddete maruz kalmış katılımcıların işyeri ve çalışma ortamlarını güvensiz buldukları anlaşılmaktadır. Psikolojik şiddet eylemlerinin, katılımcıların işyeri ve çalışma ortamları güvenliğini değerlendirmede olumsuz yönde etki etkilediği, fiziksel şiddetin yaşanmadığı çalışma ortamlarının katılımcılar tarafından daha güvenli ve daha çalışılabilir bulunduğu söylenebilir.

**Hipotez 10:**  $H_1$ --Katılımcıların iş stresi, Psikolojik şiddete maruz kalıp kalmamaları açısından anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Katılımcıların iş stresinin, psikolojik şiddete uğrayıp uğramamaları açısından fark yaratıp yaratmadığının analiz edilebilmesi için verilere t-testi uygulanmıştır. Tablo 31’de görülen veriler neticesinde, psikolojik şiddete maruz kalmadığını beyan eden katılımcıların, psikolojik şiddete maruz kalanlara göre daha stressiz ortamlarda çalıştığı anlaşılmaktadır. ( $F=4,472;p=0,00<0,05; H_0$  red)

Analizimizden de anlaşılacağı gibi katılımcıların iş stresinin, psikolojik şiddete maruz kalmada bir etken olduğu söylenebilir. Stresin olumlu yönde etkileri olduğu gibi olumsuz etkilerinin de olduğu bilinmektedir. Birçok meslek grubunda varlığından söz edilen stresin sağlık alanında da en yoğun bir şekilde yaşandığı bilinmektedir. Martino’nun stres düzeyi yüksek sektörler analizinde sağlık çalışanlarının stres düzeyi ölçeğinde üst sırada olduğu görülmektedir. (Bkz, Tablo.8)

**Hipotez 11:**  $H_1$ --Katılımcılarının çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcılarının çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir, hipotezini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Her bir faktörün yaş gruplarına göre test çıktısı Tablo 32’de verilmiştir.

**Tablo 32. Memnuniyet İfadelerinin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları Tablosu**

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p
Çalışma Koşullarından Memnuniyet	Gruplar Arası	36,039	4,00	9,010	7,811	0,00*
	Gruplar içi	421,042	365,00	1,154		
	Toplam	457,081	369,00			
Meslekten Memnuniyet	Gruplar Arası	23,74	4,00	5,935	4,212	0,002*
	Gruplar içi	514,357	365,00	1,409		
	Toplam	538,097	369,00			

\* $p < 0,05$

Aşağıda, Tablo 33’den de görüldüğü üzere demografik özelliklerden yaş grupları arası çoklu karşılaştırma analizi tablosu verilmiştir. Bonferroni testine göre çalışma koşullarından memnuniyet ifadesinde, 41 yaş ve üstü katılımcılar ile 25-32, 33-40 yaş grubu arasında anlamlı farklılık vardır. ( $F=7,811$ ;  $p=0,00<0,05$ ;  $H_0$  red)

Buna göre çalışma koşullarından memnuniyet yaş ile doğru orantılıdır. Yaş arttıkça çalışma koşullarından memnuniyetin de arttığı görülmektedir. Bunun sebebi ilerleyen yaş ile beraber mesleki deneyimlerinde artması, iş çevresine, kurum kültürüne ve sosyal çevreye olan alışkanlıklar, farklı çalışma koşuluna daha çabuk oryantasyon sağlama kabiliyetinin artması, öfke, risk ve stres yönetimi konusunda deneyim kazanmak ve kabullenmişlik olduğu söylenebilir.

**Tablo 33. Yaş Durumu Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları Tablosu**

Demografik Özellikler	İfadeler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p
Yaş	Çalışma Koşullarından memnuniyet	41-50 Yaş	25-32 Yaş	,73793(*)	0,16687	0,00*
			33-40 Yaş	,57807(*)	0,17542	0,01*
		50 Yaş ve Üzeri	25-32 Yaş	1,12802(*)	0,28293	0,00*
			33-40 Yaş	,96816(*)	0,28806	0,01*
Yaş	Meslekten Memnuniyet	41-50 Yaş	25-32 Yaş	,53793(*)	0,18443	0,04*
		50 Yaş ve Üzeri	25-32 Yaş	1,01422(*)	0,31272	0,01*

\*p < 0,05

**Hipotez 12:** H<sub>1</sub>--Katılımcıların meslekten memnun olup olmamaları, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

BUÇH çalışanı katılımcılarının meslekten memnun olup olmamaları, yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir, hipotezini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Her bir faktörün yaş gruplarına göre test çıktısı Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 33’de görüldüğü üzere demografik özelliklerden yaş grupları arası çoklu karşılaştırma analizi tablosu verilmiştir. Bonferroni testine göre meslekten memnuniyet ifadesinde, 41 yaş üzeri katılımcılar ile 25-32 yaş grubu katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.(F= 4,212; p= 0,002<0,05; H<sub>0</sub> red)

Buna göre meslekten memnuniyet ile yaş arasında doğrusal bir orantı olduğu söylenebilir. Yaş arttıkça meslekten memnuniyetin de arttığı görülmektedir. Bunun sebebi ise yaş ile beraber mesleki deneyimin artması, profesyonelleşme, mesleki şartların ve kurum imkânlarının kabullenilmesi olduğu söylenebilir.

**Hipotez 13:** H<sub>1</sub>--Katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, meslek grupları arasında anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, meslek gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Tablo 34’de görüldüğü üzere yapılan analizler sonucunda, katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, meslek grupları arasında farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. ( $F=5,89$ ;  $p=0,00<0,05$ ;  $H_0$  red)

**Tablo 34. Memnuniyet İfadelerinin Meslek Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları Tablosu**

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p
Çalışma Koşullarından Memnuniyet	Gruplar Arası	52,757	8,00	6,595	5,89	0,00*
	Gruplar içi	404,324	361,00	1,120		
	Toplam	457,081	369,00			
Meslekten Memnuniyet	Gruplar Arası	58,414	8,00	7,302	5,50	0,00*
	Gruplar içi	479,683	361,00	1,329		
	Toplam	538,097	369,00			

\* $p < 0,05$

Tablo 35’de meslek grupları arası çoklu karşılaştırma analizi tablosu verilmiştir. Bonferroni testine göre çalışma koşullarından memnuniyet ifadesinde, uzman doktor, radyoloji teknisyeni, sekreter ve laboratuvar teknisyeni ile asistan doktorlar arasında anlamlı farklılık vardır. Yukarıda bahsi geçen meslek gruplarının, asistan doktorlara göre çalışma koşullarından daha memnun oldukları görülmektedir.

Ayrıca, laboratuvar teknisyenleri ile asistan doktor, güvenlik personeli ve hemşire grubu arasında anlamlı farklılık vardır. Laboratuvar teknisyenlerinin, asistan doktor, güvenlik personeli ve hemşireden çalışma koşulu olarak daha memnun oldukları görülmektedir. Bunun sebebi olarak laboratuvar çalışanlarının daha izole ortamlarda çalışması, hasta veya hasta yakınları ile doğrudan iletişime geçmemesi veya aynı ortamda hizmet vermemesi olarak düşünülebilir. Bonferroni testine göre,



çalışma koşullarından memnuniyet uzman doktorlar ile asistan doktorlar arasında da anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında, uzman doktorların çalışma koşullarından memnuniyet düzeyleri, asistan doktorlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilir. Bunun başlıca sebebi olarak, asistan doktorların yoğun iş temposu, zorlu eğitim ve uygulama süreci olarak sıralanabilir.

**Tablo 35. Meslek Grupları Arası Bonferroni Karşılaştırma Testi Sonuçları**

Demografik Özellikler	İfadeler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p.
Meslek	Çalışma Koşulları Memnuniyeti	Uz. Doktor	Doktor	1,03519(*)	0,22672	0,00*
		Sekreter	Doktor	,95613 (*)	0,22166	0,00*
		Radyoloji	Doktor	,98113 (*)	0,25677	0,01*
		Laboratuvar	Doktor	1,40421(*)	0,2534	0,00*
			Güvenlik	,97308 (*)	0,2666	0,01*
			Hemşire	,86167 (*)	0,23	0,01*
Meslek	Meslekten Memnuniyet	Sekreter	Doktor	1,05189(*)	0,24143	0,00*
			Güvenlik	,92500 (*)	0,25776	0,01*
		Radyoloji	Doktor	1,10189(*)	0,27968	0,00*
			Güvenlik	,97500 (*)	0,29389	0,04*
		Laboratuvar	Doktor	1,30189(*)	0,276	0,00*
			Güvenlik	1,17500(*)	0,29039	0,00*

\*p < 0,05

**Hipotez 14:** H<sub>1</sub>--Katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, meslek grupları arasında anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcıların meslekten memnun olup olmamaları, meslek gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Tablo 34’de görüldüğü üzere yapılan analizler sonucunda, katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, meslek grupları arasında farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. (F= 5,50; p= 0,00<0,05; H<sub>0</sub> red)

Tablo 35’de görüldüğü üzere, meslek grupları arası çoklu karşılaştırma analizi tablosu verilmiştir. Bonferroni analiz sonuçlarına göre, sekreter, radyoloji ve laboratuvar teknisyenleri gibi meslek gruplarının, asistan doktor ve güvenlik görevlisi meslek grupları arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Analiz çıktılarına göre

sekreter, radyoloji ve laboratuvar teknisyenlerinin mesleklerinden memnuniyet düzeyleri asistan doktorların ve güvenlik görevlilerinin memnuniyet düzeylerinden daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bunun sebebi olarak, (asistan doktorlar için) uzmanlık eğitim ve öğretim sürecinin yoğun ve zorlu bir süreç olması, güvenlik personelleri içinse güvenliği sağlamada yaşanan zorluklar olarak söylenebilir.

**Hipotez 15: H<sub>1</sub>--**Katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, eğitim durumlarına göre farklılık gösterir, hipotezini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Tablo 36’da görüldüğü üzere yapılan analizler sonucunda, katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları, eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. (**F=3,841; p=0,01<0,05; H<sub>0</sub> red**)

**Tablo 36. Memnuniyet İfadelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları Tablosu**

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
Çalışma Koşullarında Memnuniyet	Gruplar Arası	13,95	3,00	4,650	3,841	0,01*
	Gruplar içi	443,131	366,00	1,211		
	Toplam	457,081	369,00			
Meslekten Memnuniyet	Gruplar Arası	19,028	3,00	6,343	4,472	0,00*
	Gruplar içi	519,07	366,00	1,418		
	Toplam	538,097	369,00			

\*p < 0,05

Tablo 37’de görüldüğü üzere, katılımcıların çalışma koşullarından memnun olup olmamaları durumu, ön lisans mezunları ile lisansüstü mezunları arasında anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Buna göre ön lisans mezunlarının lisans mezunlarına oranla çalışma koşullarından daha fazla memnun olduğu görülmektedir.

Bunun sebebi olarak kamu sektöründe lisans mezunları için bir kariyer planının olmayışı, beklentilerin yüksek, imkânların kısıtlı oluşu, lise ve ön lisans mezunlarına oranla ücret politikasının tatmin edici olmaması olarak sıralanabilir.

**Tablo 37. Eğitim Durumları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları Tablosu**

Demografik Özellikler	İfadeler	(I)	(J)	Ort.Fark (I-J)	Std. Sapma	p
Eğitim Durumu	Çalışma Koşullarından Memnuniyet	Önlisans	Lisansüstü	,53412(*)	0,16288	0,01*
Eğitim Durumu	Meslekten Memnuniyet	Lise	Lisansüstü	,49684(*)	0,17058	0,02*
		Önlisans	Lisansüstü	,59124(*)	0,17628	0,01*

\*p < 0,05

**Hipotez 16:** H<sub>1</sub>--Katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcıların meslekten memnun olup olmamaları, meslek gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Tablo 36'da görüldüğü üzere yapılan analizler sonucunda, katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları, meslek grupları arasında farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. (F= 4,472; p= 0,00<0,05; H<sub>0</sub> red)

Tablo 37'de görüldüğü üzere, katılımcıların mesleklerinden memnun olup olmamaları durumu, lise ve ön lisans mezunları ile lisansüstü mezunları arasında anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Veriler incelendiğinde lise ve ön lisans mezunları, lisansüstü mezunlarına göre mesleklerinden daha memnun oldukları görülmektedir. Bunun nedeni olarak, lisansüstü eğitim sürecinin zorlu bir süreç olduğu, kamu sektörü olmasından dolayı planlanmış bir kariyer planının bulunmayışı ve ücret politikasının beklentilerin altında olması örnek verilebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsanlık varoluşuyla birlikte ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal farklılıklar ile birlikte karmaşık bir yapı ortaya koymaktadır. Bu nedenle şiddet olgusunu tanımlamak ve ortaya çıkarmak da kolay olmamaktadır. Meydana geliş şeklini çok farklı biçimlerde gösterebilen şiddet olgusu, günümüzde sıradanlaşarak ve yaşamın içerisine entegre olarak günlük yaşamın bir parçası haline gelmiştir. İletişim sektörünün gelişmesi, sosyal medya teknolojilerinin yaygınlaşması ve kolay ulaşılabilir hale gelmesi dünyanın hemen her yerindeki şiddeti çok daha görünür hale getirmiş ve dünya üzerindeki şiddetin boyutları gün yüzüne çıkmaya başlamıştır.

Şiddet olgusunun ulaştığı boyutlar ve geldiği noktalar incelendiğinde, toplumun her noktasında görebilmek ve her an karşı karşıya kalabilmek mümkün hale gelmiştir. Aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, iş yeri şiddeti, çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında ve özel işletmeler içerisinde yaşanan şiddet, toplumsal şiddet olarak sıralanabilir. Ancak boyutları fiziksel veya psikolojik olarak farklılıklar göstermektedir. Kişilerin yaşadıkları şiddet olgusunun türü ve boyutu ne olursa olsun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak ciddi travmalar ve kayıplar oluşmaktadır.

Yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamları ve iş stresi sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

Şiddetin önlenmesi ve işyerinde şiddet, dünyada, madde kullanımı, alkol, sigara alışkanlıkları ve bir takım hastalıklar (HIV/AIDS) başta olmak üzere büyük risklerden biri olarak gösterilmektedir. Sağlık sektörü çalışanları şiddete maruziyet konusunda özellikle risk altındadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği, çalışma koşullarından memnuniyet ve şiddetin önlenmesi gibi konuların üzerinde titizlikle durulması, örgütlü ve kapsamlı bir çalışmayı zorunlu hale getirmiştir.

Bu çalışma İzmir T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki; 37 Uzman Doktor, 53 Asistan Doktor, 114 Hemşire, 25 Radyoloji Teknisyeni/Teknikeri, 26 Laboratuvar Teknisyeni/Teknikeri, 25 Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri ve Sağlık Memuru, 10 Psikolog ve Sosyal Çalışmacı, 40 Sekreter, 40 Güvenlik Personelinin katılımları ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunan personellerin şiddete maruz kalmalarındaki nedenler ve şiddete zemin hazırlayan faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bulgular SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırma sonucu %95 güven aralığında test edilmiş ve p işaret değeri  $p < 0.05$  olduğunda alternatif hipotez kabul edilerek anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Araştırmada hipotezler test edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Araştırmada katılımcılara şiddete uğrama nedenlerine ilişkin sorular yönlendirilmiştir. Katılımcıların beyan ettikleri fikirlerin analizleri yapılmış ve kendilerine uygulanan şiddetin nedenleri hakkında araştırmaya ışık tutmuşlardır. Buna göre yapılan analizler içersinden üç faktör dikkat çekmektedir. Bunlar;

- Sağlık personeli tarafından hastaya yapılan bilgilendirme ve iletişimin yetersiz olmasından dolayı şiddete uğradıkları,
- Sağlık personeli tarafından, hastanın kendine ayrılan süre yetersiz olmasından dolayı şiddete maruz kaldıkları,
- Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, hasta kayıt, evrak kodlama, muayene ve sonuç alma süreçlerinin uzun ve karışık olmasından dolayı şiddete maruz kaldıkları ve toplamda bu üç ana faktörün şiddete maruz kalmada önemli rol oynadığı anlaşılmıştır.

Araştırmada diğer şiddete uğrama faktörleri olan, kendi aralarındaki koordinasyon ve iletişim yetersizliği, hastaların değişken sağlık politikalarına uyum sorunları ve hastaların tedaviden memnuniyet durumlarının şiddete maruz kalmada yukarıda sayılan faktörler kadar önemli olmadığı söylenebilir.

Araştırmanın verileri incelendiğinde, son derece dikkat çekici bir husus olan fiziksel ve psikolojik şiddetin ulaştığı boyutlardır. Araştırmaya katılan toplam 370 katılımcıdan 257 (%70) katılımcının psikolojik şiddete, 47 (%13) katılımcının ise fiziksel şiddete maruz kaldıkları açıkça görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı BUÇH’de her 100 sağlık personelinden 70’i psikolojik şiddete ve her 100 sağlık personelinden 13’ü fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunmayı ilke edinmiş profesyonel sağlık personellerinin maruz kaldığı şiddetin boyutları, ivedilikle önlemler alınmasını gerekli kılmaktadır.

Araştırma bulgularına göre, katılımcıların %56,8’lik büyük bir kısmının hasta yakınları tarafından psikolojik şiddete maruz kaldıkları, %8,6’lık kısmının meslektaş tarafından psikolojik şiddete maruz kaldıkları ve 4,1’lik kısmının ise hastalar tarafından psikolojik şiddete maruz kaldığı anlaşılmaktadır.

Analiz bulguları kapsamında dikkat çeken diğer bir husus ise, araştırmaya katılan toplam 370 katılımcıdan 257 katılımcının psikolojik şiddete maruz kaldığı ve psikolojik şiddete maruz kalan katılımcıların ise yaklaşık % 9’unun meslektaş veya sağlık çalışanı tarafından psikolojik şiddete maruz kalmasıdır. Bu durum ilerleyen dönemlerde, iş yerinde psikolojik baskı (mobbing)’e yönelik yapılacak araştırmalara ışık tutması ve ipuçları göstermesi açısından anlam ifade edebilir.

Analiz bulguları kapsamında, katılımcıların karşılaştıkları psikolojik şiddetin türlerine ilişkin veriler incelenecek olursa, katılımcıların % 6,5’lik kısmının küfür’e maruz kaldığı, % 48,6’lık kısmının hakarete maruz kaldığı, %1,1’lik kısmının küçük düşürmeye maruz kaldığı, %12,2’lik kısmının tehdit’e maruz kaldığı, %1,1’lik kısmının sözel cinsel tacize maruz kaldığı görülmektedir.

Analiz verilerinden elde edilen bulgulara bakıldığında, personelin fiziksel veya psikolojik olarak şiddete maruz kaldığı yerler %14,1’lik kısmının hastane servis/kliniklerinde, %19,5’lik kısmının hastane polikliniklerinde, %20,3 lük kısmının acil birimlerinde, %10,8’lik kısmı ise tetkik odalarında (radyolojik tetkikler, usg-tomografi-rontgen-eeg lab.-kan alma odaları. v.s), %4,9’luk kısmının diğer alanlarda olduğu görülmektedir. Burada bahsedilen diğer alanlar, hastane bahçesi, hasta bekleme ve bilgilendirme alanları, otopark gibi alanlar düşünülebilir.

Araştırma bulguları kapsamında, 370 katılımcıdan %70'inin (257 katılımcı) psikolojik şiddete maruz kaldığı anlaşılmaktadır. Bu kapsamda, psikolojik şiddete en çok %29 ile hemşirelerin, %20 ile asistan doktorların, %13 ile sekreterlerin, %11 ile güvenlik personelinin ve %27 ile de araştırmaya katılan diğer meslek gruplarının maruz kaldığı anlaşılmaktadır. Fiziksel şiddete ilişkin analiz bulguları incelendiğinde ise, toplam katılımcının %13'ünün (47 katılımcı), fiziksel şiddet olgusu ile karşılaştığı görülmektedir. Analiz bulgularına göre en çok fiziksel şiddete maruz kalan meslek grupları %30 ile asistan hekimler, %25 ile güvenlik görevlisi, %15 ile sekreter ve %13 ile hemşirelerin %17 ile de diğer meslek gruplarının şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Araştırmanın analizleri kapsamında çalışma koşulları ile fiziksel ve psikolojik şiddet arasından anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. Buna göre, çalışma koşullarından memnun olan personelin olmayanlara göre daha az fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kaldığı anlaşılmıştır.

Yapılan araştırmada dikkat çeken diğer bir husus ise, araştırmaya katılan toplam 370 katılımcıdan 285'inin iş yerini güvenli bulmamasıdır. Diğer taraftan ise, araştırmaya katılan 233 katılımcının çalıştığı birimde güvenlik personeli olduğu yönünde fikirlerini beyan ettikleri analiz sonuçlarından anlaşılmaktadır. Buna rağmen, güvenlik önlemlerinin yüksek oranda yetersiz bulunması ve personelin kendini güvende hissetmemesi, güvenlik önlemlerine yönelik yapılan çalışmaların yetersiz olduğuna veya beklenen performansın alınmadığına işaret etmektedir.

Analiz bulgularına göre, çalışanların işyerlerini güvenli bulup bulmamaları ile fiziksel ve psikolojik şiddet arasında anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. İş yerinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmış katılımcıların, iş yeri güvenliği konusunda olumlu düşünmedikleri veya başka bir tanımla, güvenli olmayan işyerlerinde daha fazla fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kaldığı söylenebilir.

Yapılan analizler neticesinde, iş stresini ile psikolojik şiddet arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Stresin olumlu yönde etkileri olduğu gibi olumsuz etkilerinin de olduğu bilinmektedir. Birçok meslek grubunda varlığından söz edilen

stresin sağlık alalında da en yoğun bir Şekilde yaşandığı ve yaşanan bu stresin psikolojik Şiddete uğramada önemli bir etken olduğu bir kez daha söylenbilir.

ÇalıŐmamızda elde edilen diğer önemli bir bulgu ise, çalışma koşullarından ve meslekten memnuniyet düzeyleri ile yaş deđiŐkeni arasındaki anlamlı iliŐkidir. Buna göre, çalışma koşulları ve meslekten memnuniyet ile yaş ile doğru orantılıdır. 41 yaş üzeri katılımcılar ile 25-32 yaş grubu katılımcılar arasında anlamlı açıkça görölmektedir. Yaş arttıkça çalışma koşullarından ve meslekten memnuniyetin de arttığı söylenbilir. Bunun sebebi ise yaş ile beraber mesleki deneyimin artması, profesyonelleşme, mesleksel Şartların ve kurum imkânlarının kabullenilmesi olduğu söylenbilir.

Çalışmada ayrıca, eğitim deđiŐkeni ile meslekten ve çalışma koşullarından memnuniyet faktörleri arasında da anlamlı farklılıkların olduğu görölmüŐtür. Buna göre, lise ve ön lisans mezunu katılımcıların, lisansüstü katılımcı kitlesine göre mesleklerinden daha memnun oldukları anlaşılmaktadır. Eğitim deđiŐkeni ile çalışma koşullarından memnuniyet faktörü incelendiğinde ise, ön lisans mezunu katılımcıların, lisansüstü katılımcı kitlesine göre çalışma koşullarından daha memnun oldukları anlaşılmaktadır. Eğitim deđiŐkeninin memnuniyet faktörleri üzerine olan etkisi açıklanacak olursa; lisansüstü eğitim sürecinin zorlu bir süreç olması, kamu sektörü olmasından dolayı planlanmış bir kariyer planının olmaması ve ücret politikasının beklentilerin altında olması, ilk akla gelen faktörler olarak sıralanabilir.

Analiz bulgularında ortaya çıkan bir diğer sonuç ise, meslek deđiŐkeni ile çalışma koşulları ve meslekten memnuniyet faktörleri arasındaki anlamlı farklılıktır. Buna göre, uzman doktor, radyoloji teknisyeni ve sekreteryaya personellerinin, asistan doktorlara göre çalışma koşullarından daha memnun oldukları anlaşılmaktadır. Analiz bulgularından bir diğerisi ise laboratuvar teknisyenlerinin; asistan doktor, hemşire ve güvenlik personeline göre çalışma koşullarından daha memnun olmalarıdır. Bunun nedeni olarak, laboratuvar teknisyenlerinin diğer meslek gruplarına göre, genel olarak hastalar ile bire bir çalıŐmaması veya daha izole ortamlarda hizmet vermesi söylenbilir. Meslek deđiŐkeni ile meslekten memnuniyet faktörü arasındaki anlamlı farklılık incelenecek olursa, radyoloji teknisyeni,



laboratuvar teknisyeni ve sekreteryaya personellerinin; asistan doktor ve güvenlik hizmetleri personeline göre mesleklerinden daha memnun oldukları anlaşılmaktadır.

Sağlık sektöründe hizmet veren personellerin, çalışma şartları birçok meslek grubuna göre daha ağır olduğu bilinmektedir. Çalışmamız kapsamında, katılımcıların meslekten ve çalışma koşullarından memnuniyet düzeyleri, analiz bulgularına göre kendi içinde kıyaslanacak olursa, asistan doktor, hemşire ve güvenlik personellerinin diğer sağlık personeli ve uzman hekimlere göre hem meslekten hem de çalışma koşullarından daha mutsuz oldukları söylenebilir. Bunun sebebi olarak, asistan doktorlar için uzmanlık eğitim ve uygulama sürecinin yoğun ve zorlu bir süreç olması, tüm meslek grupları ve özellikle hemşireler için yoğun hasta potansiyeli, zorlu bakım süreçleri, yetersiz iş gücü istihdamı ve personel dağılımlarından kaynaklanan sorunlar olarak sıralanabilir. Bir diğer neden ise, sağlık sektöründe yapılan işlerin birçoğunun insan hayatı ile doğrudan alakalı olması, yoğun dikkat, özen ve ivedilik gerektirmesi, stres, ücret, güvenlik ve şiddeti önlemede yaşanan zorluklar da personelin hem meslek hem de çalışma koşullarını etkileyen faktörler olduğu söylenebilir.

Genel olarak artan şiddet olayları artık sadece belirli yerlerde değil toplumun her coğrafyasında, aile içinde, birçok meslek grubunda ve kurumda, sık rastlanan bir durum haline geldiği bilinmektedir. Gelişen teknoloji ile beraber sosyal medya ve iletişim araçlarının yaygınlaşması sayesinde daha çok gün yüzüne çıkmıştır. Şiddetin yaşandığı sektörlerden birisi de sağlık sektörüdür. Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olgularının genel olarak planlı olmaması, şiddeti önlemede alınan önlemlerin yetersizliği, şiddeti önlemede ve alınacak önlemlerin belirlenmesi hususundaki çözümleri daha da zorlaştırmaktadır. Yaşanan şiddet olaylarından sonra, sağlık hizmetinin aksaması ve durmasına, buna bağlı olarak hastaların sağlık hizmeti alamaması, sağlık hizmeti alamayan ve tanısı konulamayan hastaların potansiyel bulaştırıcı gibi halk sağlığını doğrudan ilgilendiren sorunlarının ortaya çıkması, gerek kişilerin kendi ekonomileri gerekse devlet ekonomisi kapsamında kayıpların yaşanmasına neden olmaktadır.

Sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi konularında alınan önlemlerin yetersizliği ve sağlık personelinin şiddete maruziyeti sonrasında, mesleki değerlerin

kaybıyla birlikte hastalara karşı tepkili, daha çekingen sağlık çalışanları oluşmakta, tahlil, tetkik, müdahale ve tedavi süreleri uzamaktadır. Tüm sağlık çalışanlarında sağlık sistemine ve hastalara karşı güven duygusu azalmakta ve motivasyon kayıpları yaşanmaktadır. Bu yaşanan kayıplar neticesinde kaliteli hizmet sunmayı amaç edinen profesyonel sağlık personelinin sunduğu hizmet kalitesi düşmektedir. Toplumda sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına güven kaybı hızla artmaktadır. Hasta ve hasta yakınları karıştığı olaylar sonucu hukuksal süreçler ve cezalar ile karşı karşıya kalmaktadır. Diğer taraftan ise yaşanan bu şiddet olguları ve hukuksal süreçler kapsamında uzun süreli iş gücü kaybı yaşanmakta ve buna bağlı olarak kurumsal ve sektörel anlamda ekonomik kayıplar oluşmaktadır.

Benzer çalışmaların daha büyük örneklerde İzmir ili içerisinde hizmet veren sağlık işletmeleri ile İzmir dışındaki sağlık işletmelerinde de yapılması, şiddetin sağlık sektöründe ulaştığı boyutların daha net anlaşılması açısından gelecekte konu ile ilgili çalışmalar yapacak araştırmacılara tavsiye edilmektedir.

Yaşanan bu şiddet olguları karşısında, tüm sağlık sektörü çalışanlarında, hasta ve yakınlarına karşı olumsuz düşünce ve tutum gelişmekte, mesleki hatalarda (malpraktis) artış yaşanırken tüm meslek gruplarında tükenmişlik sendromu sık görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık işletmelerinde, iş sağlığı, iş güvenliği ve sağlık personeline şiddetin önlenmesi amacıyla yapılacak araştırmalara ve hastane yönetimlerine yol göstermesi açısından önerilen bazı öneriler aşağıda sıralanmıştır;

- Öncelikle şiddetin meydana geldiği ve sık tekrarlandığı kurumlarda personelin şiddete maruz bırakan nedenler araştırılmalı ve alınacak önlemler bu noktadan başlamalıdır. Kurum içerisindeki şiddete neden olan etkenler belirlenerek ivedilikle düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. İş akışı, sistem işleyişi, yeterli personel planlama, iletişim ve koordinasyon gibi konuların üzerinde titizlikle durulmalıdır. Bu kapsamda, gerek teknolojik kontroller gerekse personel eğitimleri sıklıkla tekrarlanmalı ve raporlar ilgili komitelere sunularak değerlendirmeleri yapılmalıdır. Şiddeti doğuran sistemsel nedenlerin kurum sisteminden arındırılması; şiddeti önleme konusunda alınacak tedbirlere katkı sağlayacaktır.

- Şiddet eylemleri ile bireysel olarak mücadele edilemeyeceğinden konu ile ilgili bir kurum kültürü oluşturulması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili aldığı önlemlerden birisi olan “beyaz kod” uygulaması tüm hastanelerde devreye girmiş olsa da, zaman zaman yeterli olmadığı görülmektedir. Şiddeti önlemedeki temel amacın, şiddet olgusunun henüz meydana gelmeden ve hiçbir personel veya hasta bundan etkilenmeden bertaraf edilmesine yönelik çalışmalar yapılması olduğu söylenebilir. Bunun için şiddet olgularının en çok meydana geldiği alanlarda (acil birimler ve poliklinikler) güvenlik önlemleri arttırılmalı ve caydırıcılık önlemlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

- Uzun bekleme süreleri ve hastane süreçlerinin karmaşık olması, kanımızca sağlık kurumlarında şiddet olgularını arttıran faktörlerdendir. Nitekim araştırma bulguları da bu savımızı desteklemektedir. İş süreçlerinin basitleştirilmesi, randevu sistemlerinin daha verimli kullanılması ve süreç yönetimi tabanlı bir takım yönetsel faaliyetlerin sisteme entegrasyonu, şiddet olgularının azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

- Acil servis, poliklinikler ve hasta bekleme alanlarında sadece güvenlik görevlileri değil aynı zamanda hastanenin tüm süreçlerinden haberdar ve her türlü işleyiş bilgisinde uzman personeller görevlendirilmeli ve bu personellerin kıyafetleri diğer personellerden ayırıcı nitelikte olmalıdır. Bu kapsamda; danışma, yönlendirme ve bilgilendirme problemleri yaşayan (özellikle engelli, yaşlı, okuryazar olmayan kişiler), gerilmiş ve şiddete yatkınlık gösteren hasta veya yakınlarını konu ile ilgili bilgilendirilmesi, hasta-personel arasında bir köprü oluşturarak hızlı çözümler üretilmesi, şiddet olgularının daha az yaşanmasına katkı sağlayacağı söylenebilir.

- Hastanelerde kurulan “Çalışan Hakları” biriminin etkinliği arttırılmalıdır. Tüm personel için bir eğitim planı hazırlanmalı ve kurum içerisindeki tüm personel konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Buradaki temel amaç oluşan şiddetin boyutlarına ve türüne bakılmaksızın kayıt altına alınmasıdır. Sağlık çalışanlarının diğer sektörlerle göre daha çok risk ve şiddet olguları ile karşı karşıya kaldığı, sunulan hizmetinin insan sağlığı ile ilgili olması ve aciliyet gerektirmesi yaşanan şiddet olguların kayıt altına alınmasını güçleştirmektedir. Personel tüm yasal haklarından haberdar edilmeli ve oluşan tüm şiddet olguları kayıt altına alınarak yasal süreç başlatılmalıdır. Yasal mercilerce alınacak kararlar diğer hasta ve hasta

yakınları açısından örnek teşkil edip caydırıcılık sağlanması, şiddeti önlemede önemli bir etken olacaktır.

- Sağlık işletmesi kapsamında çalışan tüm sağlık personeline yönelik yapılan: Konferans, Toplantı, Sunum, Sempozyum, v.b gibi eğitimlerin planlanması konusunda daha profesyonel olunmalıdır. Eğitimin yapıldığı saat içerisinde randevulu hastası olan, bulunduğu servis/poliklinikte kendisine ihtiyaç duyulan sağlık personelinin bu eğitimlerden muaf tutulması ya da muhakkak gitmesi durumlarında ise yerine ikame olunacak başka bir personel ile hizmet sunumunun devamlılığı sağlamak, hem kaliteli hizmet sunumu hem de şiddeti önlemede etkin bir uygulama olacaktır.

- Hastanelerde kullanılan otomasyon sistemlerine (sıra verme, randevu takip, sonuç, vb) gerekli önem verilmelidir. Sistemde meydana gelen problemler, hastane iş akışını yavaşlatmakta veya durdurmaktadır. Bu yavaşlama durma veya oluşan karışıklık hastaların birikmesine, planlanmış randevu veya muayene saatlerinin geçmesine ve oluşan kaos ortamı gerginliğe neden olmaktadır. İyi bir veri tabanına oturtulmuş ve oluşabilecek en küçük sorunlarda en ivedi şekilde müdahil olunması şiddete yönelik alınacak önlemler konusunda etkin olacaktır.

- Hasta ve hasta yakınları ile sağlık personelinin birebir çalışma ortamlarında oluşan şiddet olaylarına müdahalelerde gecikmeler olabilmektedir. Hastaların en doğal hakkı olan mahremiyet hakkını kullanmasından dolayı, kapılar kapalı hizmet sunulmakta ve yaşanabilecek şiddet olgusundan haberdar olunmakta zorluk ve gecikmeler yaşanmaktadır. Bu tip çalışma alanlarının kapılarına alarm sistemleri ya da ışıklandırma sistemleri, henüz şiddet olayı olmamışken sağlık çalışanı tarafından butona basılarak en yakın güvenlik personeli veya merkezinde farkındalık yaratmak şiddeti önlemede etkin ve hızlı bir uygulama olacaktır.

- Çalışma ortamlarında stres düzeyinin yüksek olması, personelin psikolojik şiddete daha fazla maruz kalmasında önemli bir faktördür. Nitekim çalışmamızın analiz bulguları da bu savı desteklemektedir. Strese sebep olan nedenler; iş yoğunluğu, çalışma koşulları, güvenli çalışma ortamının olmayışı ve özel nedenler olarak sıralanabilir. Çözüm olarak personelde stres oluşturabilecek tüm kaynakların araştırılması, kök neden analizlerinin yapılması, stresin çıkış

sebeplerinin belirlenmesi ve önlemler alınması gerekmektedir. Personelin çalışma ortamlarındaki stres kaynaklarının yok edilmesi, stresle baş etme ve stres yönetimi konularında eğitilmeler verilmesi, güvenli çalışma ortamları sağlanması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve iş risklerinin azaltılması konularındaki çalışmalar personelin iş stresi düzeyini minimize ederek yaşanan şiddet olgularını azalmasına fayda sağlayacaktır.

- Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarındaki olumsuzluklar, personelin hem psikolojik hem de fiziksel olarak şiddete maruz kalmasının zeminini hazırlamaktadır. Çalışma koşullarındaki olumsuzluklar; mesai saatleri, çalışma şekli, çalışma ortamı, mobbing, yetki karmaşası, iş gücü yetersizliği, ücret şeklinde sıralanabilir. Bu etkenler personelin çalışma motivasyonuna olumsuz etki ederek psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kalmasını kolaylaştırdığı elde edilen analiz bulgularından da anlaşılmaktadır.

Buna çözüm olarak, personelin çalışma koşullarında düzenlemeye gidilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda yapılacak çalışmalar; yeterli iş gücü istihdamı sağlanması, mesai saatleri ve çalışma şekillerinin olumlu yönde düzeltilmesi, profesyonel çalışma kadroları oluşturulması, yetki belirsizliklerinin ortadan kaldırılması, sosyal imkanlar sağlanması, çalışma ortamlarının kurum imkanları ölçüsünde daha modern ve daha konforlu planlanması, ücret politikasının iyileştirilmesi şeklinde sıralanabilir. Yapılan bu iyileştirmeler kapsamında, personelin çalışma koşullarından memnuniyeti, motivasyonu ve iletişim kabiliyetleri artacağı söylenebilir. Dolayısıyla şiddet ile doğrudan bağlantılı olan çalışma koşullarının düzenlenmesi, kanımızca yaşanan şiddet olaylarının önlenmesinde önemli bir faktör olacaktır.

- Sürekli gelişme, iyileşme ve profesyonelleşme kapsamında, zor insanlarla başa çıkma ve öfke kontrolü konularında eğitimler düzenlenmelidir. Personelin bu eğitimler sonucunda kişilik tiplerini kısmen analiz edebilmesi ve nasıl davranması konusunda bilgilendirmesi, şiddeti önleme veya profesyonel bir şekilde yönetebilme konusunda etkin bir uygulama olacaktır.

- Sendikaların ve bazı sivil toplum örgütlerinin “şiddete sıfır tolerans” ve “şiddete hayır” gibi etkinlikleri bulunmaktadır. Bu tip etkinliklerin sosyal ve

görsel medyada daha fazla olması şiddetin önlenmesi konusunda etkin bir farkındalık yaratacaktır.

- Şiddetin yoğun yaşandığı alanların en başında acil birimlerin geldiği bilinmektedir. Bu kapsamda düşünüldüğünde, acil birimlerden uzak alanlara polis veya kolluk kuvveti noktaları kurulmamalıdır. Kurulacak olan polis veya kolluk kuvveti noktalarının acil servis içlerisin de olması, hem olaylara çok daha hızlı müdahaleyi hem de hastaların polis noktaları etrafında şiddet yönelik eylemlerden çekinmeleri konusunda caydırıcı bir yaklaşım olacaktır.

- Hastaların hastane kurallınca veya kanunen belirlenmiş öncelik haklarına kati suretle uyulmalıdır. Bu öncelik durumları; belirli yaş grubu, belirli hastalık grubu, yatan veya ayaktan hasta olması, kurum içi veya ilgili kurum çalışanı olması, randevulu olması, acil vakalar, adli vakalar, engelliler (özürlüler), yaşlılar şeklinde sıralanabilir.

Öncelik hakkı tanımlanmış hastaların bu öncelik durumlarına hassasiyet ile yaklaşılmalıdır. Bu öncelik durumları “Sağlıkta Kalite Standartları”nda belirlenmiş, doküman asma kurallarına uygun bir bilgilendirici tabela ile ilgili klinik, poliklinik veya hastane girişlerine asılmalıdır. Yoğun hasta potansiyeli söz konusu olan sağlık işletmelerinde; uzun bekleme sürelerinin hastalar üzerinde gerilim yarattığı dolayısıyla şiddete yatkınlıkları söz konusu olmaktadır. Çalışmanın analiz bulguları da bu savı desteklemektedir. Öncelik durumu kapsamında yaşanan sorunlar, oluşabilecek şiddet eylemlerini tetiklediği söylenebilir. Bu kapsamda düşünüldüğünde, yukarda bahsedilen konulara hassasiyet ile yaklaşılması, şiddeti önleme konusunda etkin bir yaklaşım olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akalın, E., Akova, M., Sağlık Personelinin Mesleki Riskleri, Ankara, 1991
- Akkaya, G., Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007
- Akbulut, T., İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, İstanbul, 1996
- Akdemir, N., Akkuş, Y., Rehabilitasyon ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt No. 1, Sayı No 13, Ankara, 2006
- Akar, Ç., Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998
- Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A. S., Şerifi, A. B., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt No 4, Sayı No 2, Ankara, 2005
- Annagür, B., Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Cilt No 2, Sayı No 2, İstanbul, 2010
- Aslan, F. E., Öntürk, Z. K., Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt No 4, Sayı No.1. İstanbul, 2011
- Arıcı, K., İşçi Sağlığı ve Güvenliği Dersleri, Ankara, 1999
- Ateş, M., Sağlık İşletmeciliği, İstanbul, 2011
- Ayrancı, Ü., Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in West Turkey, The Journal of Emergency Medicine, Cilt No 3, Sayı No 28, , 2005

- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu C., Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt No 1, Sayı No 3, Sivas, 2002
- Bakıcı, S., Tehdit Suçu ve Unsurları, Ankara Barosu Dergisi, Cilt No. 2, Sayı No. 5, Ankara, 1992
- Bilgin, H., Buzlu, S., A Study Of Psychiatric Nurses Beliefs And Attitudes About Work Safety And Assaults in Turkey. Issues Ment Health Nurs, Sayı No 1, 2006
- Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A.B., Bilge, A., Keskin, G.Ü., Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sayı No 6, Cilt No 7, Sivas, 2005
- Cervatoğlu, E., İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No 13, Ankara, 2003
- Cin, H., İslam ve Osmanlı Hukukunda Evlenme Ankara, 1988
- Çilingiroğlu, N., Sağlık Ekonomisi, Ankara, 1995
- Coşkun, S., Öztürk, A, T., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, 18 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt No 3, Sayı No 3, İstanbul, 2010
- Çöl, S, Ö., İş Yerinde Psikolojik Şiddet, İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt No 9, İstanbul, Sayı No 3, 2007
- Cüceloğlu. D., İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, İstanbul, 1994
- Dağlı, H.G., Türkiye de Sağlık Sektörünün Yapısı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006
- Demirbilek, T., İş Güvenliği Kültürü, İzmir, 2005



- Devebakan, N., Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2001
- Devebakan, N., Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2007
- Devebakan, N., Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği, Ankara, 2008
- Ertekin, Ş., 1980 Sonrası Dönemde Türkiye de Sağlık Sisteminin Yapılanması ve Finansman Sorunu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2000
- Ergil, D., Şiddetin Kültürel Kökenleri, Bilim ve Teknik Dergisi, Sayı No 399, Cilt No 2, Ankara, 2001
- Elliott, P, P., Violence in Health Care. What Nurse Managers Need To Know, Nurs Manage, Cilt No 12, Sayı No 28, 1997
- Fişek, N., Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1985
- Fromm, E.,” The Heart of Man Its Genius for Good and Evil,” H. Budak (Ed.), İstanbul,1997
- Gerek, N., Sosyal Güvenlik Hukuku, Eskişehir, 2000
- Hayran O., Sur H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul,1997
- Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000.
- Keskiner, R., Ergönül, Ö., Risk Of Tuberculous Infection Among Healthcare Workers in A Tertiary-Care Hospital in Ankara, Turkey Infect Control Hosp Epidemiol, Cilt No 25, Sayı No 4, İstanbul, 2004
- Kesici, M, R., Yoksulluk Şiddet Döngüsünün Sosyal Politika Açısından Analizi, Çalışma ve Toplum Dergisi, Cilt No 4, Sayı No13, İstanbul, 2007

- Kurt, M., Özdemir, K., İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemleri, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No.16, Ankara, 2003
- Kocacık, F., Şiddet Olgusu, Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt No. 12, Sayı No. 2, Manisa, 2011
- LaDou, J., International Occupational Health, International Journal Hygiene Enviromental Health, Cilt No 3, Sayı No 16, 2003
- Odaman, S., 4857 Sayılı Yeni İş Kanunu Döneminde İş Sağlığı ve Güvenliği Hükümlerinin Önemi ve Ohsas 18001 Yönetim Sistemi, Mercek Dergisi, Sayı No 39, İstanbul, 2005
- Öcal. A., Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2010
- Oğuz, P., İşler, B, H., Kadına Yönelik Aile İçi Şiddette Sosyodemografik Özellikler ve Adli Tıbbi Yaklaşım,, Legal Hukuk Dergisi, Cilt No 3, Sayı No.13, Ankara, 2003
- Özdemir, M., Sağlık Çalışanlarının Sorunları, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt No 6, Sayı No 14, Ankara, 1999
- Öztürk, E., Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları, Sayıştay Dergisi, Sayı No 56, Ankara, 2005
- Öztürk, H., Yılmaz, F., Hintistan, S. Bayramoğlu,Kırılmaz, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2010
- Özdemir A., Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamaları, İstanbul, 2010
- Öztek. Z., Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2001

- Özkan, Ö., Hastane Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Oranı Tehlike ve Riskleri Risk Algılarının Saptanması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005
- Özkılınç, Ö., İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri, Ankara, 2005
- Özel, K., İş Sağlığı ve Güvenliği, İstanbul, 2004
- Pekşen, Y., Canbaz, S., İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası ve Güvenlik Kültüründe Sosyal Diyalogun Rolü, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Cilt No 5, Sayı No 25, Ankara, 2005
- Parlar, S., Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Durum; Sağlıklı Çalışma Ortamı, TAF Preventive Medicine Bulletin, Cilt No.6, Sayı No.7, Ankara, 2008
- Palaz, S., Özkan, S., Sarı, N., Göze, F., Şahin, N., Akkurt, Ö., İş Yerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) Davranışları Üzerine Bir Araştırma, İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt No.10 , Sayı No. 4, İstanbul,2008
- Pullukcu, H., Hastane Personelinin Nazokimiyal İnfeksonlardan Korunması, Sağlıkta Birikim Dergisi, Cilt No 1, Sayı No 4, Manisa, 2008
- Retsas, A., Pınkahana, J., Manual Handling Activities And İnjuries Among Nurses, An Australian Hospital Study, Journal of Advanced Nursing, Cilt No.4, Sayı No. 31, 2000
- Sabuncu, N. Babadağ, K, Taşocak., G.,Atabek T., Hemşirelik Esasları Seçim, Hikmet, (Ed.), Eskişehir, 1991
- Seçim, H., Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model, İstanbul, 1991
- Sekaran.U., Research Methods for Bussines, Kanada, 1992
- Sepkowitz, K., Eİsenbergt, L., Occupational Dealth Among Health Care Workers, Emerging Infectious Diseases, Cilt No. 7, Sayı No. 11, 2005

- Subaşı N., Akın A., Kadına Yönelik Şiddet Nedenleri Ve Sonuçları, Ankara, 2003
- Stank, J., The Health & Safety Handbook, London, 2001
- Süzek, S., İş Hukuku, İstanbul, 2005
- Soyer, A., Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Personelinin Temel Sorunları Ankara, 1993
- Soares, J., Lawoko, S., The Nature, Extent And Determinants Of Violence Against Psychiatric Personnel, Work&Stress, Cilt No10, Sayı No 14, 2000
- Thomas, R., Aggression And Violence in Health Care Professions, Journal of Advanced Nursing, Cilt No. 2, Sayı No 31, 2000
- Tınar, M.Y., Çalışma Psikolojisi, İzmir, 1996
- Turan, A., Müezzinoğlu, A., Risk Değerlendirme Yöntemleri, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No 25, Ankara, 2006
- Türk, M. Çiçeklioğlu, M, Davas, A. Saçaklıoğlu, F., Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt No.21, Sayı No. 5-6, Ankara, 2006
- Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Ankara, 1988
- Türk Tabipler Birliği, Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri (1. Baskı), Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2008
- Tütüncü, Ö., Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi Ankara, 2001
- Ünsal, A., Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi, Cotigo Dergisi, Cilt No 4. Sayı No. 6-7, İstanbul, 1996
- Yılmaz, G., Şirket Sağlığı ve Hissedar Güvenliği, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No 5, Ankara, 2001

- Yiğitbaş, Ç., Deveci, S. E ., Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing, TBB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Sayı No. 23, Ankara, 2010
- Yeşildal, N., Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. Cilt No.5, Sayı No 4, Ankara, 2005
- Yerebakan, M., Özel Hastane Araştırması Mevcut Durum,Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul, 2000
- Willian, J. A., Hospital Management, Hong Kong, 1992
- Wilkinson, C., Fundamentals of Health at Work, London, 2001

### **İnternet Kaynakları**

- Cooper, C., Swanson, N., Workplace Violence in The Health Sector. State of The Art. University of Manchester Institute of Science and Technology and National Institute of Occupational Safety and Health, United Kingdom and USA, 004  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVstateart.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf), (01.03.2013)
- Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007 -2013 Yılı Programı, Ankara, 2007  
<http://www.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/746/2007.pdf>, (11.05.2013)
- Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge, Ankara, Tarih, 15.08.2003, Sayı:16058, Genelge No: 2003/97  
<http://www.memurlar.net/haber/2650/>, (11.07.2013)
- Durmuş, A., İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı Ders Notları, Elazığ Mesleki Eğitim Merkezi, Elazığ, 2013, <http://www.belgeler.com/blg/4kit/is-guvenligi-ve-isci-sagligi> (11/08/2013)
- Güler, M. A., Toplumsal Politika, Dünya Emekçi Kadınlar Gününde Türkiye'de Kadına Karşı Şiddete İlişkin Göstergeler, Ankara, 2013,

<http://toplumsalpolitika.blogspot.com/2013/03/dunya-emekci-kadinlar-gununde-turkiyede.html>, (16.08.2013)

Health And Safety Executive. An introduction to health and safety, Health and safety in small businesses, 2012, <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg259.pdf>, (03.12.2012)

İş Kanunu, Kanun No 4857, Madde No 77, Tarih, 22.05.2003  
<http://www.iskanunu.com/4857-sayili-is-kanunu/4857-sayili-is-kanunu-turkce/4857-sayili-is-kanunu-maddeli-metin.html#27>, (27.08.2012)

Kumbur, H., Özsoy, D., Özer, Z., Mersin'in Gürültü Kirliliği Haritasının Oluşturulması, 8. Endüstriyel Kirlenme Kontrolü Sempozyumu, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul, 2002  
<http://www.mersin.edu.tr/apbs/hkumbur/bilimsel-calismalar>, (12.05.2013)

Martino, V, D., Workplace Violence in The Health Sector, Country Case Studies, Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an Additional Australian Study, Synthesis Report, Geneva: ILO / ICN / WHO / PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002, s.17,[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf), (03.04.2013)

Milli Eğitim Bakanlığı Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Madde 25/I, Ankara,1948  
[http://www.meb.gov.tr/belirliGunler/insan\\_haklari/bildirge.htm](http://www.meb.gov.tr/belirliGunler/insan_haklari/bildirge.htm),(13.08.2013)

Niosh, Violence, 4; osha (occupational safety and health administration). Guidelines for Preventing Workplace Violence For Health Care&Social Service Workers, (Violence), U.s Department Of Labour, Osha Publications, <http://www.osha.gov/publications/osha3148>, (28.10.2012)

Paşabahçe Devlet Hastanesi Araştırma Grubu., Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Sağlık Sorunları ve Alınan Önlemler, İstanbul

2010,[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2010/15\\_Temmuz\\_2010/121.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2010/15_Temmuz_2010/121.pdf), (18.11.2012)

Resmi Gazete, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi Hakkında Genelge, 4, 5, 8, Md. 2011, Sayı, 27879 [http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/kitap/kitap07\\_mobbing](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/kitap/kitap07_mobbing), (21.08.2013)

Resmi Gazete, Radyasyon Güvenliği Hakkında Yönetmelik, Tarih. 24.03.2000, Sayı. 23999,<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23999.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23999.pdf> (15.02.2013)

Resmi Gazete, Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Genelge, 09.03.2000, 23988 <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23988.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23988.pdf> (15.02.2013)

Resmi Gazete, İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkında Kanun, Tarih. 30.06.2012, Sayı.2833, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, ( 15.02.2013)

Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961, Sayı. 224, [www.resmigazete.gov.tr](http://www.resmigazete.gov.tr), (15.02.2013)

Resmi Gazete, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Kanun No, 5510,Tarih, 31.05.2006 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-.htm>, (12.09.2012)

Sabuncu, H. H., İş Sağlığı, Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği, Yönetişim Sistemi ve İş Sağlığı Veri Tabanı, II. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, İş Sağlığı Örgütlenmesi, İzmir, 2002 <http://www.ttb.org.tr/MSG/dergi/39/msg39.pdf>, (15.05.2013)

- Sağlık Bakanlığı., Hastanelerde Hizmet Kalite Standartları, Ankara, 2011  
[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hizmet\\_kalite\\_standartlari\\_2011/hastane\\_hks/hkskitap.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/hastane_hks/hkskitap.pdf), (12.07.2012)
- Sağlık Bakanlığı., Hasta Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Konulu Genelge, Ankara, 2011,  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>, (13.07.2012)
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011,  
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Flu%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>,  
(03.06.2013)
- Sosyal Sigortalar Kurumu, 2005 Yılı Ssk İstatistikleri, Ankara, 2005,  
<http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2005/default.html>, (02.03.2011)
- Subaşı. N, Akın A, Kadına Yönelik Şiddet Nedenleri ve Sonuçları, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003  
[http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina\\_yon\\_siddet.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf), (11.06.2013)
- TBMM, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu, Ankara, 2013  
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>, (01.06.2013)
- Türk Ceza Kanunu, Kanun No 5377, Madde No 13, Tarih, 29.6.2005  
<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (13/08.2013)
- Türk Standartları Enstitüsü, Ts 18001, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-Şartlar, (3,14), Ankara, 2004, <http://www.belgeler.com/blg/2te0/ts-18001>,  
(05.03.2013)



- Türk Tabipler Birliği, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge  
1.Bölüm,1.Kısım  
[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=240&itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34), (13/08/2013)
- Türk Tabipler Birliği, Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilirimi Çalıştayı, Ankara,  
2009, [www.ttb.org.tr/siddet/images/file/itocalistay.pdf](http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/itocalistay.pdf), (12.05.2013)
- Türk Tabipler Birliği, 4857 Sayılı İş Kanunu'na İlişkin Türk Tabipleri Birliğinin  
Görüş ve Önerileri, <http://www.ttb.org.tr/MSG/dergi/haziran14/index.pdf>,  
(15.05.2012)
- Türk Tabipler Birliği, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, Ankara,  
1999, [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs\\_kongre.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs_kongre.pdf), (14.05.2013)
- Türkiye İstatistik Kurumu, Kadına Yönelik Şiddet İstatistikleri, Ankara,  
[http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\\_id=6](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6) , (25.06.2011)
- İbiloğlu, A, O., Aile İçi Şiddet, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, İstanbul, 2012  
[http://www.cappsy.org/archives/vol4/no2/cap\\_04\\_13.pdf](http://www.cappsy.org/archives/vol4/no2/cap_04_13.pdf), (12.01.2013)
- Violence, N., 4. Osha (occupational safety and health Administration, Guidelines for  
Preventing Workplace Violence for Health Care&Social Service Workers,  
(Violence), U.S Department of Labour, OSHA,  
<http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>, (28.11.2013)
- World report on violence and health. World Health Organization, (WHO), Geneva,  
2002.[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/), (07/01/2013).
- Yüksek Öğretim Kurumu, 2010, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan  
Gücü Durumu Bildirir Raporu, Yayın No 2010/1, Ankara, 2010  
[http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede\\_saglik\\_egitimi/3ee8efe-9f8e-4e66-bc05-15262a6ec747](http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede_saglik_egitimi/3ee8efe-9f8e-4e66-bc05-15262a6ec747), (10.08.2013)

## Değerli Sağlık Çalışanları

Bu anket iş yerinizde karşılaştığınız şiddete yönelik olayları araştırılması amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için lütfen soruları doğru ve eksiksiz olarak işaretleyiniz. Katkı ve katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

1. Yaşınız	.....		
2. Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek	
3. Mesleğiniz	.....		
4. Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli	
5. Eğitim durumunuz?	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Önlisans	<input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü
6. Çalışma durumunuz	<input type="checkbox"/> Kadrolu	<input type="checkbox"/> Sözleşmeli	<input type="checkbox"/> Şirket
7. Meslekte toplam çalışma yılınız	.....		
8. Bu hastanede toplam çalışma yılınız	.....		
9. Hangi birimde çalışıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Acil--Yoğun bakım Hizm. <input type="checkbox"/> Poliklinik Hizmetleri <input type="checkbox"/> Klinik—Servis Hizmetleri	<input type="checkbox"/> Görüntüleme Hizmetleri <input type="checkbox"/> Laboratuar Hizmetleri	
10. Bu birimde çalışma süreniz?	.....		
11. Çalıştığınız Birimden Memnunumsunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
12. Çalışma sisteminiz?	<input type="checkbox"/> Mesai	<input type="checkbox"/> Nöbet	<input type="checkbox"/> Fazla mesai
13. Çalışma saat ve şekliniz yaşıntınızı olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/> Çok nadir <input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Daima	<input type="checkbox"/> Etkilemiyor
14. Haftalık çalışma saatiniz?	.....		
15. Çalıştığınız servisi kendi isteğinizle mi seçtiniz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
16. Son bir yıl içerisinde iş yerinde fiziksel şiddete uğradınız mı? ( <i>Evet ise aşağıdaki soruları cevaplandırınız</i> )	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
17. Yaşadığınız şiddetin sayısı	.....		
18. Yaşadığınız şiddetin türü?	.....		
19. Şiddete uğradığınız yer?	.....		
20. Şiddeti uygulayan kişi/kişiler?	<input type="checkbox"/> Hastanın kendisi <input type="checkbox"/> Meslektaş / Sağlık Çalışanı	<input type="checkbox"/> Hasta yakınları <input type="checkbox"/> Diğer .....	
21. Sonuçta ne oldu?	<input type="checkbox"/> Kıl payı kurtulma <input type="checkbox"/> Psikolojik travma	<input type="checkbox"/> Hafif yara,sıyrık <input type="checkbox"/> Çürük, ezilme	<input type="checkbox"/> Ağır yara, kırık vb.
22. Psikolojik destek gereksinimi duydunuz mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
23. Cevabınız evet ise yardım aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

24. Son bir yıl içerisinde iş yerinde psikolojik şiddete uğradınız mı? ( <i>Evet ise aşağıdaki soruları cevaplandırınız</i> )	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
25. Şiddetin sayısı?	.....				
26. Şiddetin türü / türleri?	<input type="checkbox"/> Küfür <input type="checkbox"/> Tehdit	<input type="checkbox"/> Hakaret <input type="checkbox"/> Sözlü cinsel taciz <input type="checkbox"/> Küçük Düşürme			
27. Şiddete uğradığınız yer ?	.....				
28. Şiddeti uygulayan kişi / kişiler?	<input type="checkbox"/> Hastanın Kendisi <input type="checkbox"/> Meslektaş—Sağlık Çalışanı	<input type="checkbox"/> Hasta Yakınları <input type="checkbox"/> Diğer .....			
29. Psikolojik destek gereksinimi duydunuz mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
30. Cevabınız evet ise yardım aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
31. Servisinizde güvenlik personeli var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
32. İş yerinizde güvenlik önlemleri yeterli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
33. İş riski nedeniyle işyeri veya iş değişikliği yapmayı düşündünüz mü?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
	<b>AZ</b>	<b>COK</b>			
	----->				
34. Çalışma koşullarınızdan memnuniyetinizi puanlayınız.	1	2	3	4	5
35. Mesleğinizden memnuniyetinizi puanlayınız	1	2	3	4	5
36. Çalışma ortamınızdaki iş riskinizi puanlayınız	1	2	3	4	5
37. İş yeri güvenliğinizi puanlayınız	1	2	3	4	5
38. İş stresinizi puanlayınız	1	2	3	4	5
39. Sağlık Personeli, Hasta veya Hasta Yakınları Tedaviden Memnun Olmadığı İçin Şiddete Uğrar	1	2	3	4	5
40. Sağlık Personeli, Hasta Bilgilendirme ve İletişim Yetersiz Olduğu İçin Şiddete Uğrar	1	2	3	4	5
41. Sağlık Personeli, Hastanın Kendine Ayrılan Süre Yetersiz Olduğu İçin Şiddete Uğrar	1	2	3	4	5
42. Sağlık Personeli, Hasta ve Hasta yakınlarının, Devletin belirlediği değişken sağlık politikalarına uyum sağlayamadıkları için şiddete uğrar.	1	2	3	4	5
43 Sağlık Personeli Uzun ve karışık işleyiş Süreci yüzünden şiddete Uğrar (Kayıt, Evrak, Kodlama, Muayene Sonuç)	1	2	3	4	5
44. Sağlık Personeli, Kendi arasındaki Koordinasyon ve iletişim Yetersizliği yüzünden şiddete uğrar.	1	2	3	4	5

## ÖZGEÇMİŞ

13 Mayıs 1979 tarihi, Ankara doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi Ankara da tamamladıktan sonra, 2000 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu, Radyasyon Onkolojisi (Radyoterapi) bölümüne kaydoldum. Bu bölümü bitirdikten sonra, 2004 yılında Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümüne kaydoldum. Bu bölümden 2009 yılında mezun oldum ve askerlik görevimi, Osmaniye 39'uncu Mühimmat Bölüğünde tamamladım. 1998-2010 yılları arasında Tıbbi Görüntüleme ve Radyasyon Onkolojisi, departmanların da görev yaptım. Halen, Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları ve Güvenliği Birim Sorumlusu olarak görevimi sürdürmekteyim. 2011 yılında, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programına kaydoldum.

Özel ilgi alanlarım, tarihi geziler, fotoğraf, kişisel gelişim eğitimleri ve akademik çalışmalardır.

Yabancı dilim İngilizcedir. Medeni durumum bekar olup, İzmir'de ikamet etmekteyim.

Aday: Ali İrfan YAVUZ