

SD

12 TL
(KDV DAHİL)
2021
KIŞ

57

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ

DR. MAHMUT TOKAÇ SAĞLIKTA ŞİDDETİN TARİHÇESİ* | PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİTMEK BİLMEYEN ŞİDDET ÜZERİNE USANDIRICI BİR YAZI
DOÇ. DR. ÜLKÜ TOSUN ŞİDDET TÜRLERİ VE UYGULANDIKLARI ORTAMLARA GÖRE ÇEŞİTLERİ | ZÜLEYHA BALCI YAŞ BOYU, YAŞAM BOYU ŞİDDET | PROF. DR. AKİLE GÜRSOY
SAĞLIKTA ŞİDDETİN DEMOGRAFİSİ VE PROFİLİ | PROF. DR. OSMAN HAYRAN SAĞLIKTA ŞİDDETİN BELİRLEYİCİSİ VE/YA ÖNLEMİ OLARAK SAĞLIK SİSTEMLERİNİN CEVAP VEREBİLİRLİĞİ
PROF. DR. ADEM AKÇAKAYA-DR. MUSTAFA ŞENER HEKİM HAKLARI DERNEĞİ'NİN SAĞLIKTA ŞİDDETE BAKIŞI | PROF. DR. FEVZİ SEFA DEREKÖY-DR. TUĞBA AKTEMUR-PROF. DR.
İBRAHİM İKİZCELİ HEKİMLERİN GÖZÜNDEN SAĞLIKTA ŞİDDET | BAHTİGÜL KUBAT-DR. ÖĞR. ÜYESİ YELİZ DOĞAN MERİH HEMŞİRELERİN GÖZÜNDEN SAĞLIKTA ŞİDDET
PROF. DR. FAHRİ OVALI TIBBİ MALPRAKTİS | ÖMER DOĞUBEY ASLAN-ARİFE ARSLAN BUCAK SABİM BAŞVURULARI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIKTA ŞİDDETİN
ÖNLENMESİNE YÖNELİK MEVZUAT ALTYAPIMIZ | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ SAĞLIK SİSTEMİ VE KURULUŞLARINA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ | DR. MAHMUT TOKAÇ
DEONTOLOJİK DEĞERLERİN KAYBI VE SAĞLIKTA ŞİDDET İLİŞKİSİ | DOÇ. DR. AYHAN ULUDAĞ SAĞLIKLI İLİŞKİLER KÜLTÜRÜNÜN İNŞASI | DOÇ. DR. BİLGE KARAMEHMET ALTUNTAŞ
SAĞLIKTA ŞİDDET VE İLETİŞİM | DR. MAHMUT TOKAÇ SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE İLETİŞİM EĞİTİMİNİN ÖNEMİ VE MEDİPOL TIP ÖRNEĞİ* | PROF. DR. SELMA ALTINDIŞ
SAĞLIKTA ŞİDDETİ ÖNLEMEDE HASTA KATILIMININ ROLÜ | ELİF YARDIM TOK-EZGİ KOŞAR-MUSTAFA ÖRNEK SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİ İÇİN EYLEMLER
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ SAĞLIKTA ŞİDDETİN PSİKOLOJİK BOYUTLARI | DR. BAYRAM DEMİR-DR. HASAN GÜLER ŞİDDET SARMALINDA AYNAYA BAKMA ZAMANI
DR. SALİH KENAN ŞAHİN-ZÜLEYHA BALCI SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL HİZMET UZMANININ ROLÜ | PROF. DR. AKİF TAN NÖROTEOLOJİ VE EVRİM | LEYLA RÜVEYDE ŞENYÜZ-PROF.
DR. HANEFİ ÖZBEK-PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU MÜZİKAL DOĞAÇLAMININ NÖROBİYOLOJİSİNE GİDEN YOLDA; CAZ MI, TAKSİM Mİ? | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



KIŞ 2021
SAYI: 57
ISSN: 1307-2358

TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
(TESA) ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Dr. Öğr. Üyesi İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özeltay
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Dr. Öğr. Üyesi Salih Kenan Şahin
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Özlem Matbaacılık ve Reklamcılık Ltd.Şti.
Maltepe Mahallesi, Litros Yolu,
2. Matbaacılar Sitesi, 2BB4
Zeytinburnu / İstanbul
Tel: 0212 612 06 62

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Sağlıkta şiddetin köklerine bakabilmek

COVID-19 pandemisi dolayısıyla sağlık çalışanlarının kıymeti bir nebze olsun hatırlanmış olsa da sağlıkta şiddet olgusu ne yazık ki gündemdeki yerini korumaya devam etmektedir. Birçok gelişmiş ülkede de önemli bir sorun olarak karşılaşılan sağlıkta şiddet konusunda 2013 yılında TBMM'de bir araştırma komisyonu kurularak ayrıntılı bir rapor hazırlanmış, ayrıca çeşitli sivil toplum örgütleri tarafından toplantılar düzenlenerek sağlıkta şiddeti engellemeye yönelik çözümler aranmıştır.

Çeşitli mecralarda dile getirilen söylemlere baktığımızda sağlıkta şiddetin, daha doğru bir deyişle sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gerekçelerini herkesin kendi zaviyesinden bakarak değerlendirdiği ve aslında görmek istediği gibi gördüğü gerçeği ile karşılaşıyoruz. Bir anlamda körlerin fil tarifini andırır bu değerlendirmeler. Sağlık çalışanları sağlık politikalarını birinci derecede sorumlu tutarken, hastalar ve yakınları açısından ilgisizlik ya da kötü davranış en önde gelen sebepler olarak görülecektir. Bu satırların yazarı gibi hekim adaylarını hastalar ve yakınlarıyla iletişim konusunda eğiten bir hoca iseniz o zaman da

hekim-hasta iletişiminde yaşanan aksaklıkların şiddeti körükleyen en önemli sebep olduğuna inanırsınız. Yahut deontolojik değerlerin artık itibar görmediği bir ortamda meslektaşların birbirlerini suçlayıcı söylemlerinin şiddetin gerekçelerinden biri olduğu gerçeği karşısında deontolojinin etiğe evrilmesinden duyduğunuz rahatsızlığı dile getirirsiniz. Hele bir de tıp tarihçisi olarak olaya bakarsanız tarihteki tanrı/yarı tanrı hekim algısının günümüzdeki yansıması olarak vefat eden hastanın ölümünden hekimi sorumlu tutan anlayışın şiddetin kaynağı olduğunu düşünür; hasta yakınlarına tanrı ya da yarı tanrı olmadığınızı, can alıp can verme selahiyeti olmayan fenn-i tıbbi bilen bir beşer olduğunuzu haykırmak istersiniz.

Sağlıkta şiddetin önlenmesinde ilk akla gelen çözüm, genellikle caydırıcı cezalar verilmesi şeklinde olmaktadır. Tabii ki cezaların caydırıcı olması suçun önlenmesinde önemli bir araç olsa da ölüm cezası gibi en ağır cezanın yürürlükte olduğu ülkelerde bile şiddet eylemlerinin devam etmesi, cezanın tek başına yeterli olamadığının göstergesidir.

Şiddet gibi insanlık tarihinden beri süregelen bir olgunun sebeplerini tüm yönleriyle tam olarak aydınlatmadan getirilen çözüm önerilerinin de yeterince kapsayıcı olamayacağı aşıkardır. Aslında sağlıktaki şiddetin toplumdaki genel şiddet olgusundan bağımsız olmadığı, sosyolojik yönden toplumdaki şiddetin gerekçelerini bilmeden sağlıktaki şiddetin gerekçelerinin de bilinemeyeceği gerçeğini göz ardı etmememiz gerekiyor. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi olarak her sayımızda ele aldığımız konuları tüm boyutlarıyla irdelemeye gayret ettiğimiz gibi dergimizin “sağlıkta şiddet” temalı bu sayısında da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti farklı yönleriyle ele alıyoruz. Burada yapılan tespitlerin sorunu tümüyle çözeceği gibi bir iddiada bulunmaya cüret etmesek de bu yönde önemli bir adım olacağını söylememiz abartılı olmaz diye düşünüyoruz.

Toplumun tüm kesimlerinde var olan ve özellikle de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tümüyle bitirilemese de en aza indirgenmesi ve COVID-19 pandemisinin bir an önce sona ermesi dileklerimizle iyi okumalar...

İçindekiler

6

SAĞLIKTA ŞİDDETİN TARİHÇESİ*
DR. MAHMUT TOKAÇ



10

SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİTMEK BİLMEYEN
ŞİDDET ÜZERİNE USANDIRICI BİR YAZI
PROF. DR. HAYDAR SUR



14

ŞİDDET TÜRLERİ VE UYGULANDIKLARI
ORTAMLARA GÖRE ÇEŞİTLERİ
DOÇ. DR. ÜLKÜ TOSUN

16

YAŞ BOYU, YAŞAM BOYU ŞİDDET
ZÜLEYHA BALCI

20

SAĞLIKTA ŞİDDETİN DEMOGRAFİSİ VE PROFİLİ
PROF. DR. AKİLE GÜRİSOY

24

SAĞLIKTA ŞİDDETİN BELİRLEYİCİSİ VE/YA
ÖNLEMİ OLARAK SAĞLIK SİSTEMLERİNİN
CEVAP VEREBİLİRLİĞİ
PROF. DR. OSMAN HAYRAN



30

HEKİM HAKLARI DERNEĞİ'NİN
SAĞLIKTA ŞİDDETE BAKIŞI
PROF. DR. ADEM AKÇAKAYA
DR. MUSTAFA ŞENER

32

HEKİMLERİN GÖZÜNDEN SAĞLIKTA ŞİDDET
PROF. DR. FEVZİ SEFA DEREKÖY
DR. TUĞBA AKTEMUR
PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ



36

HEMŞİRELERİN GÖZÜNDEN SAĞLIKTA ŞİDDET
BAHTİGÜL KUBAT
DR. ÖĞR. ÜYESİ YELİZ DOĞAN MERİH

38

TIBBİ MALPRAKTİS
PROF. DR. FAHRİ OVALI

44

SABİM BAŞVURULARI
ÖMER DOĞUBEY ASLAN
ARİFE ARSLAN BUCAK

46

SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK
MEVZUAT ALTYAPIMIZ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

50

SAĞLIK SİSTEMİ VE KURULUŞLARINA İLİŞKİN
ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ



54

DEONTOLOJİK DEĞERLERİN KAYBI
VE SAĞLIKTA ŞİDDET İLİŞKİSİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

58

SAĞLIKLI İLİŞKİLER KÜLTÜRÜNÜN İNŞASI
DOÇ. DR. AYHAN ULUDAĞ

60

SAĞLIKTA ŞİDDET VE İLETİŞİM
DOÇ. DR. BİLGE KARAMEHMET ALTUNTAŞ

62

SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE İLETİŞİM
EĞİTİMİNİN ÖNEMİ VE MEDİPOL TIP ÖRNEĞİ*
DR. MAHMUT TOKAÇ

66

SAĞLIKTA ŞİDDETİ ÖNLEMEDE
HASTA KATILIMININ ROLÜ
PROF. DR. SELMA ALTINDIŞ

68

SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİ İÇİN EYLEMLER
ELİF YARDIM TOK
EZGİ KOŞAR
MUSTAFA ÖRNEK

74

SAĞLIKTA ŞİDDETİN PSİKOLOJİK BOYUTLARI
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ



78

ŞİDDET SARMALINDA AYNAYA BAKMA ZAMANI
DR. BAYRAM DEMİR
DR. HASAN GÜLER

82

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL HİZMET
UZMANININ ROLÜ
DR. SALİH KENAN ŞAHİN
ZÜLEYHA BALCI

84

NÖROTEOLOJİ VE EVRİM
PROF. DR. AKİF TAN

88

MÜZİKAL DOĞAÇLAMININ NÖROBİYOLOJİSİNE
GİDEN YOLDA; CAZ MI, TAKSİM Mİ?
LEYLA RÜVEYDE ŞENYÜZ
PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

92

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Sağlıkta şiddetin tarihçesi*

Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesinden, 1985'te İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı'nda ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezinde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

"Hani Rabbin meleklerle: 'Ben yeryüzünde bir halife yaratacağım' demişti. Melekler de: 'Bozgunculuk çıkartıp kan dökecek birisini mi yaratacaksın?' dediler. Allah da 'Şüphesiz ben sizin bilmediğiniz şeyleri bilirim' dedi."
(Bakara 30)

Kutsal kitaplarda Kâbil ile başladığı bildirilen şiddetin, insanlığın varoluşundan beri olduğu malumumuz. Her ikisi de insanın fitratında olmakla birlikte, iyi yönün geliştirilmesi ve kötü yönün bastırılması yaradılışın gereğidir. İnsanoğlu iyi yönünü geliştirerek "âdâ-yı illiyyîn"e (yücelerden yüce mertebe) yükselebileme istidadında olduğu gibi Kur'an'ın deyişiyle "esfel-i sâfilîn"e (aşağıların en aşağısı) de düşmesi söz konusudur. Başka bir ifadeyle insan, meleklerden daha üstün olabildiği gibi hayvanlardan daha aşağı (yine Kur'an'ın tabiriyle "bel hum edall") olabilir. Çok tanrılı dinlerde tanrıların bizzat kendileri şiddetin kaynağıdır. Kur'an bunu çok veciz bir şekilde izah etmektedir. "Eğer göklerde ve yerlerde Allah'tan başka tanrılar olsaydı, yerin ve göğün intizamı bozulurdu." (Enbiya 22) Yani birbirleriyle kavga ederlerdi ki mitolojik hikâyeler tanrıların kavgaları üzerinedir genellikle.

Yunan mitolojisinde baş tanrı olan Zeus'un kendisi şiddetin sembolüdür. Bir kızmaya görsün, oturduğu Olimpos Dağı'ndan hemen yıldırımlarını göndermekten çekinmez. Apollon ise kızdığı zaman insanların üzerine salgın hastalıkları musallat eder. Apollon'un annesini yakarak öldürdüğü için yetiştirmek üzere teslim ettiği Kherion'dan tıbbi öğrenen oğlu Asklepios, ölüleri diriltecek kadar ustalaşınca Zeus ta-

rafından gönderilen bir yıldırım ile öldürülür (Tarihte öldürüldüğü bilinen ilk hekim diyebilir miyiz Asklepios'a? Bu yüzden Asklepios adına sağlık tapınakları "Asklepion"lar inşa edilmiştir. Günümüzde hastaları tarafından öldürülen hekimlerin adlarının hastanelere verilmesi acaba bu geleneğin bir yansıması mıdır?). Klasik Hinduizm'de de Şiva şiddetin sembolü, güçlü ve korkulan bir tanrıdır. Bazen de Yunan mitolojisindeki Apollon gibi okları ile ağrı ve hastalığa yol açan korkunç Vedik tanrısı Rudra haline gelebilmekteydi.

Tanrı/Yarı Tanrı Hekim Algısı

Sağlık, insanların vazgeçilmezi olduğuna göre hekimlik mesleğinin de insanoğlunun varlığından beri var olduğu kabul edilebilir. Ancak eski çağlardan beri tababetle meşgul olanlar "tanrı" ya da "yarı tanrı" gibi algılanmışlardır. Eski Yunan'da sağlık tanrısı olan Asklepios'un karşılığı olarak eski Mısır'da da İmhotep, Sümerlerde Mar-duk sağlık tanrısı olarak kabul edilir. Bu hekim-tanrıların örneklerine birçok kadim medeniyette rastlamaktayız. İşte eski devirlerdeki bu tanrı/yarı tanrı algısı dolayısıyla olsa gerek, hekimlerin başarısız olmaları kabul edilemediğinden başarısız olduğu düşünülen hekimlerin cezalandırılması söz konusuydu ki bunun tarihten pek çok örneği vardır. M.Ö. 2200 yılında yazılmış olan "Hammurabi Kanunları"nda (bilerek ya da bilme-

yerek yapmalarına veya kusurlu olup olmamalarına bakılmaksızın) hastaya müdahale ederken ölümüne ya da göz kaybına sebep olan cerrahların ellerinin kesileceği kayıtlıdır. Eski Hint kültüründe ise hekimin yetersizliği sonucu ölüm olursa hekimin parçalanarak öldürülmesi hükmü mevcuttur. (Cezası çok ağır olsa da Hammurabi Kanunları'ndakinin tersine burada hiç olmazsa kusur şartı vardır ve kusurun tespiti de günümüzde olduğu gibi bilirkişiler tarafından belirlenmektedir.)

Eski Mısır'da, bilinen klasik tedaviler yerine bilinmeyen yeni bir tedavi yöntemi uygulandığı için hasta ölürse hekime ölüm cezası verilmekteydi. Roma'da da hastasının ölümüne neden olan hekim cezalandırılırdı (Kusur şartının aranıp aranmayacağı konusunda bir bilgimiz yok). Amerikan Kızılderililerinin kadim kültüründe ise bir doktor tıbben hatalıysa (yani mevcut yöntemleri kullanmıyorsa) saldırıya maruz kalabiliyordu (Sonuç başarılı olmasa da kullandığı yöntemlerinin kabul edilebilir seviyede olması gerekiyordu). Roma İmparatoru Diocletianus Dönemi'nde (284-305), Kliky'a'nın Aegae (bugünkü Yumurtalık/ Ayas) şehrinde insanları Hristiyanlığa çekebilmek amacıyla hastaları ücretsiz tedavi eden ikiz kardeş hekimler Cosmas ve Damian, hükümdarın talimatıyla şehrin valisi Lysias tarafından korkunç işkencelerle öldürülmüşlerdi. Bir sonraki İmparator Galerius Maximianus'un



Fransız ressam Charles Le Brun'un (1619-1690) Büyük İskender'in Babil'e girişini anlattığı yağlı boya resmi

(305-311) en gözde doktoru olan (bugün giydiğimiz pantolonun da isim babası) Nikomedyalı Pantaleon (Pantaleimon) kendisini kıskanan hekimler tarafından Hristiyan olduğu ve fakir hastaları ücretsiz baktığı için gammazlanarak ölüme mahkûm ettirilmişti (Her iki olay dolayısıyla bu şahıslar, Hristiyan dünyasında azizleştirilmişlerdir). İslam kültüründe ise hekimin tıp ilminin kurallarına uygun davranışları sonucunda gelişebilecek herhangi bir zardan dolayı sorumlu tutulamayacağı hükmü mevcuttur. Ahmed Hüseyin Şerefüddin'in *el-Ahkâmü's-Şeriyye li'l-A'mâl-i-Tıbbiye* adlı eserinde "*Cevâiz-i şer'i tazmine mânidir*" (Hukuka uygun olan fiillerin tazmini gerekmez) şeklinde belirtilmiştir. Bugünkü modern hukukta da benzeri hüküm vardır. Yargıtay'ın bir içtihadında; "*Tıbbın gereklerine, kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise bundan doktor sorumlu tutulamaz.*" denilmektedir. (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E.2001/10959, K.202/487, T.21.1.2002)

Orta Çağ Hristiyanlığının Şiddeti

Bir zamanların putperest Roma'sında işkence gören Hristiyanlar, Roma'nın Hristiyanlaşmasından sonra Orta Çağ'da şiddetin ve bağnazlığın sembolü haline gelmişlerdir. Kilisenin baskıları dolayısıyla bilim adamları Hristiyan ülkeleri terk etmek durumunda kalmışlardır. Başta hekimler olmak üzere Atina, Roma ve Bizans'tan kovulan bilim adamları önce İskenderiye ve Edessa'ya (Urfa) sığınmışlarsa da kilisenin baskıları burada da kalmalarını imkânsız hale getirdiği için İran'daki

Cundişâpûr'a göç etmek zorunda kalmışlardır ("Şerden hayr doğar" vecizesi gerçekleşmiş ve Hz. Ömer Dönemi'nde İran fethedilince Cundişâpûr'daki bilimsel birikim sayesinde İslam dünyasında bilimde hızlı ilerlemeler olmuş, önemli Müslüman bilim adamları ve dünyaca meşhur hekimlerimiz buradan atılan tohumlarla gelişmiştir).

Krallara Hekim Olmanın Zorluğu

Saltanat sahiplerine hekimlik yapanların maruz kaldıkları şiddet daha ağır olmaktadır. Büyük İskender, çok içki içtiği için hastalanan en sevdiği arkadaşı ve generali Efestion'un (Hephaestion) tedavisi ve diyetini takip etmesi için görevlendirdiği hekimi Glaucias'ın yanında olmadığı bir sırada Efestion'un diyetini bozup aşırı yemek yiyerek soğuk şarap içmesi sonucu fenalaşması ve birkaç gün sonra da ölmesi üzerine kusurlu kabul ettiği hekimi çarmıha gerdirerek cezalandırmıştır. VI. yüzyılda Burgundia (Burgonya) Kralı Guntram, Fransa'yı kasıp kavuran vebaya yakalanan Kraliçe Austragild'in vasiyeti üzerine, ölümünden hemen sonra kendisini tedavi eden Nicholas ve Donatus isimli iki hekimi idam ettirmiştir. 1337'de Bohemya Kralı John, kataraktını iyileştiremeyen gezici göz doktorunu bir çuvalın içine koyup Oder nehrine attırmıştır.

Bizden de bazı örnekler verelim: İbn-i Sina, yaşadığı bölgeye hâkim olan Gazneli Mahmud'un emrine girmeyi reddettiği için öldürölme korkusuyla uzun yıllar kaçak olarak yaşamak zorunda kalmıştır. Osmanlılarda ise hekimbaşlar padişahların ölümüyle

Büyük İskender, çok içki içtiği için hastalanan en sevdiği arkadaşı ve generali Efestion'un (Hephaestion) tedavisi ve diyetini takip etmesi için görevlendirdiği hekimi Glaucias'ın yanında olmadığı bir sırada Efestion'un diyetini bozup aşırı yemek yiyerek soğuk şarap içmesi sonucu fenalaşması ve birkaç gün sonra da ölmesi üzerine kusurlu kabul ettiği hekimi çarmıha gerdirerek cezalandırmıştır.

yetersiz kaldıkları gerekçesiyle görevlerinden alınmaktadır (Padişahın tahttan çekilmesi durumunda ise hekimbaşı görevinde kalmaktadır). Dolaylı da olsa sultanların hekimlere kötü davranışlarına iki örnek daha verelim: Hekimbaşı Emir Çelebi'nin ölümü bir kıskançlık yüzünden olmuştur. Zeynel Abidin adında birisini yerine getirmek için uğraşan Silahtar Paşa, tütün ve uyuşturucuyu yasaklayan IV. Murad'a gammazlamış, sultanla satranç oynadıkları sırada Emir Çelebi'yi cebinde afyon hokkasıyla yakalatmıştır. IV. Murad'ın hiddetle sorduğu "Bu nedir?" sorusu karşısında "İslah olunmuş, zararı giderilmiş afyon hülâsasıdır." diye cevap verince "Eğer

zararı giderilmişse ye de göreyim.” demiş ve 10 dirhem afyonun tamamını yedirmiştir. Bu kadar yüksek dozda afyon midesine girince kalbi sıkışan Emir Çelebi huzurdan çekilmek istemişse de IV. Murad satranca devam etmesini emretmiş, “Sen hâzık hekimsin, onun zararını yok edersin.” diyerek üç oyunu tamamlamıştır. İyice afyonun etkisinin belirginleştiğini gören IV. Murad gitmesine izin verdiğinde, durumdan haberdar olup bazı ilaçlar hazırlamış olan yardımcılarının teklifini reddeden Emir Çelebi, ölümünü çabuklaştırmak için bir kâse buzlu şerbet içerek hayata gözlerini kapamıştır.

Klasik tıbbın son temsilcilerinden Şânizâde'nin ölümü de ilginçtir. Hattat, musikişinas ve ressam, Arapça, Farsça, Rumca, İtalyanca, Fransızca ve Latince bilen, yeni tıbbı da hakim olan, Hamse-i Şânizâde isimli yeni tıbbı dair beş kitaplık derleme eseri bulunan Şânizâde Mehmed Atâullah Efendi, kıskançlık sonucu bir iftiraya uğrayarak Tire'ye sürgüne gönderilir. Bir süre sonra masumiyeti anlaşıl原因 olarak affedilir ancak affına dair fermanı getiren kişinin fermanı okurken “affınızda” anlamına gelen “itlâkınızda” kelimesini yanlışlıkla “idaminızda” anlamındaki “itlâfınızda” şeklinde okuması üzerine fenalaşarak vefat etmiştir. (Osmanlı döneminde kullanılan alfabe ile itlak ile itlaf kelimelelerinin yazılışında “k” [ق=Kaf] ile “f” [ف=Fe] arasında sadece bir nokta eksiktir. Görüleceği üzere itlakınızda [اطلاقك] ile itlafınızda [اتلافك] yazılış itibarıyla birbirine çok yakındır.)

Yakın Tarihimizden Sağlıkta Şiddet Örnekleri

Günümüzde sağlıkta şiddetin arttığından sıkça bahsedilmektedir. Acaba eskiden sağlık çalışanlarına şiddet çok mu azdı? Yaşı bizlere göre daha büyük olan doktor meslektaşlarımızın bazılarının anlattığı anılarından her dönemde sağlık çalışanlarına şiddetin olduğunu anlıyoruz. Birinci örneğim merhum amcam, emekli askerî hekim olan Dr. Turgut Tokaç'ın bir anısı. 70'li yıllarda Ağrı Askeri Hastanesinde yüzbaşı rütbesiyle başhekimlik yaparken muayenehanesi de olan bir dâhiliye uzmanı idi. Eski Türk filmlerinin bildik sahnelerinde olduğu gibi o zamanlarda doktorlar evlere de giderek hastaları muayene ve tedavi ederlerdi. Bir gün, bir hasta için çağrıldığı eve gittiğinde yaşlı hastanın



Azizleşen hekimlerden Cosmas ve Damian'ın işkenceyle öldürülüşü. Fra Angelico'nun, San Marco mihrabının duvarında yer alan resminden. Louvre, Paris



Azizleşen hekimlerden Cosmas ve Damian'ın öldürülüşü. Fra Angelico'nun San Marco'daki başka bir tablosu

vefat etmiş olduğunu aileye söylediğinde, vefat eden şahsın kızı babasının ölümünden sorumlu tutarak amcama baltayla saldırmış. Diğer yakınlarının koruması sonucu bir darbe almadan kurtulmuş. Diğer bir örneğim de Başakşehir Devlet Hastanesinde birlikte çalıştığım ve şimdilerde emekli olan genel cerrah Dr. Celal Celaloğlu ağabeyden. Yıllar önce Diyarbakır'da muayenehane hekimliği yaparken bir hasta için bir eve çağrılır. Gittiğinde yaşlı bayan hastanın vefat etmiş olduğunu bildirir. Vefat eden şahsın kızı bıçakla doktor abimizin üzerine yürürken söylediği söz tam ibretliktir: “Geçen yıl babamı öldürmüştün, şimdi de anamı öldürdün.” Evet, bu iki olay gibi birçok örnek verilebilir. İşin aslı halkımız (ya da en azından belli bir kesimi diyelim de kimseye haksızlık etmeyelim) doktorların her koşulda insanların ölmesini engelleyebilecek kudrette olduğuna inanıyor ki bu da (belki de

Bizler doktorlar olarak hastalarımızın ölmelerini engelleyebilecek kudrette değiliz. Ancak mevcut tıbbın imkânlarıyla elimizden gelenin en iyisini yaparız o kadar. Bir karikatürde resmedildiği gibi Azrail (A.S.) ile bilek güreşine tutuşmak gibi bir görevimiz de niyetimiz de yok. Biz haddimizi biliriz. Hastalarımız ve yakınları da bir bilse...

farkında bile olmadan) “tanrı” ya da hiç değilse “yarı tanrı” gibi algılandıkları iddiamızı desteklemektedir.

Kamuoyunda bilinen yakın tarihimizden sağlıkta şiddete dair başka örnekler de verebiliriz. 1988 yılında ülkemizin yetiştirdiği en önemli kalp cerrahlarından Doç. Dr. Edip Kürklü, açık kalp ameliyatı yaptığı ve uyuşturucu kullandığını gizlediği için anestezi komplikasyonu sonucu hayatını kaybeden gazinocu bir mafya babasının yakını tarafından öldürülmüştü. 2005 yılında ise ülkemizde ilk akciğer naklini gerçekleştiren göğüs cerrahlarından Prof. Dr. Göksel Kalaycı, akciğer nakli yaptığı ve ameliyat öncesinde “Ben ölürsem sen de ölürsün” diye tehdit eden bir kabadayının ameliyat sonrası ölmesi üzerine hastanın yakını tarafından kendi üniversitesinin bahçesinde öldürülmüştü. Tüm bu örneklerden görüldüğü gibi hastanın ölmesinden doktorların sorumlu tutulması eskiden beri gelen “doktorları tanrı ya da yarı tanrı gibi görme” alışkanlığının bir neticesidir. Bu durumu bir hekimin öldürülmesi üzerine o dönemki İstanbul Tabip Odası başkanı şu sözlerle ifade etmişti: “Hasta yakınları bizi tanrı yerine koyuyor. Biz tanrı değiliz.”

Bu satırların yazarı da hem bir şiddet girişiminin tanığı hem bizzat şiddetin kurbanlarından biridir. Önce tanıklığımızla başlayalım. 1996 senesinde ortaklarından olduğumuz kliniğimizde bir cumartesi günü idareci arkadaşın odasında gidişatı görmek üzere oturuyorduk. Hemen çaprazımızdaki müracaat bankosunda bir gürültü koptu. Adamın biri; “Nerede o doktor, gösterin bana, öldüreceğim onu!” diye bağıırıyordu. Hemen kalkıp adamın yanına gittik ve sakinleştirmek için müdür odasına aldık. İkram ettiğimiz çayı içip biraz sakinleşince sordüğümüzde aldığımız cevap ilginçti: “Karıma çocuğun zatürre olduğunu nasıl söyler?” Adama “Karınız çocuğunuzu doktorumuza muayene neye getirdi ve doktorumuz çocuğunuzun teşhisini karınıza söyledi, öyle mi?” diye sordum. “Evet” cevabını aldığım da çocuğun yanında annesinden başka kimsenin olup olmadığını sorunca adam bir anda afalladı ve ne diyeceğini şaşırdı. Ben de o zaman taşı gediğine koydum ve “Ne yani, bir anne çocuğunu doktora getirecek, doktor teşhisi anneye söylemeyecek öyle mi? Kime söyleyecek o zaman?” deyiverdim. Adam özür dileyerek ayrıldı. Anlaşılan



Başakşehir Devlet Hastanesi başhekimini dövdüler

Hürriyet 23.12.2009

zavallı kadıncağız zatürreyi ölümcül bir hastalık sanıp kocasına ağlayınca yufka yürekli (!) koca da doktor öldürmeye kliniğimize gelmişti. Neyse ki bu sefer ucuz atlatmış ve bir meslektaşımızın telef olmasının önüne geçmiştik. Ya atlatamasaydık?

Şiddetin kurbanı olmama gelirse; Başakşehir Devlet Hastanesine başhekim olarak atandığım ilk haftalarında kalbi duran bir hastaya resüsitasyon (kalp masajı) yapıldığını duyunca eski bir acil hekimi olmam hasebiyle acil servise gittim. Resüsitasyon işlemine nezaret ettikten sonra hasta yakınlarını hastanın durumu hakkında bilgilendirdim. Hastanın kaybedilmesi üzerine daha önce kendisini bilgilendirdiğim bir hasta yakını bana bir şey söyleyecekmiş gibi gelip kafa atmaya kalktı. Refleks ile darbeden kaçsam da gözlüğümle burnumda bir kesi oluşturdu. Hastanın tedavisini üstlenmesem de hastanenin yöneticisi olmam dolayısıyla hastasının yaşatılmasından beni sorumlu tutan bu şahsın algısı da sanırım benim tanrı ya da yarı tanrı olduğum ve emrimdekilerin mutlaka hastaları yaşatmakla görevlendirdiğim elemanlarım olduğu yönünde idi. Bu algı ile beni cezalandırmak istediğini düşündüğüm bu ve bunun gibilere eski bir genel müdürümüzün anekdotu ile cevap vermek isterim. Anarşi ve kargaşanın çok olduğu dönemde görev yapan bu genel müdürümüz, şimdilerde herkesin takmak için can attığı, aracının önündeki çakar lambayı sökmek için izin isteyince, müstehzar yardımcısı sebebini sorar. “Ben bir şey olmadığımı biliyorum da başkaları beni bir şey sanmasınlar.” diye cevap verir. Ben de bizi tanrı/yarı tanrı sanan hastalarımıza ve yakınlarına bizlerin de birer insan olduğumuzu, hastalıkları tedavi ilmi olan tıbbi bildiğimizi, tedavi için elimizden geleni yapsak bile hasta-

nın iyileşemeyebileceğini ya da ölebileceğini, iyileştirenin ya da öldürenin biz olmadığımızı hatırlatıyorum.

Patch Adams filmindeki o muhteşem replikle sonlandıralım. Lisanssız olarak doktorluk yaptığı için kıdemli hocalardan oluşan bir heyet tarafından sorgulanan Patch Adams, heyet başkanının “Ya hasta ölseydi?” sorusu üzerine “Neden ölüme insanca yaklaşmıyoruz, saygıyla, ılımla ya da belki mizahla? Düşman ölüm değil beyler. ... Doktorun görevi yalnızca ölümü engellemek olmamalı; yaşam kalitesini yükseltmek de olmalı. Hastalığı tedavi ederken kazanır ya da kaybedersiniz. İnsanı tedavi ederken size garanti ediyorum kazanırsınız; sonuç ne olursa olsun.” diyerek yaptığı savunmasında da belirttiği gibi, bizler doktorlar olarak hastalarımızın ölmelerini engelleyebilecek kudrette değiliz. Ancak mevcut tıbbın imkânlarıyla elimizden gelenin en iyisini yaparız o kadar. Bir karikatürde resmedildiği gibi Azrail (A.S.) ile bilek güreşine tutuşmak gibi bir görevimiz de niyetimiz de yok. Biz haddimizi biliriz. Hastalarımız ve yakınları da bir bilse...

* SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ilkbahar 2018 tarihli 46. sayısında yayımlanan yazının yazarı tarafından gözden geçirilmiş halidir.

Kaynaklar

Atabek E., Görkey Ş.; Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi, Cerrahpaşa Tıp Fak. Yay., İstanbul, 1998.

Bayat A.H.; Tıp Tarihi, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, İstanbul, 2010.

Belofsky N.; Strange Medicine: A Shocking History of Real Medical Practices Through the Ages. Penguin Group, New York, 2013.

Demirhan Erdemir A.; Tıp Tarihi, Nobel, İstanbul 2014.

Ekşi A.; İslâm Tıp Hukuku -Çağdaş Tıp Problemlerine İslâm'ın Getirdiği Hukuki Çözümler-, Ensar Neşriyat, İstanbul, 2011.

Lyons A.S. & Petrucci R.J., [Çev. Nilgün Gündüç]; Çağlar Boyu Tıp (Medicine, An Illustrated History), Oman.

Osman Şevki (Uludağ); Beşbuçuk Asırlık Osmanlı Tabâbeti Tarihi, (Sadeleştirilen: İ. Uzel), Kültür Bakanlığı Yay., Ankara, 1991.

Pierce L. & M.; The Annals of the World, Master Books, AR., 2005.

Shephard R.J.; An Illustrated History of Health and Fitness, from Pre-History to our Post, Springer, 2015.

Yaltkaya Ş.; İbn Sina Kitabı -Hayatı, Risaleleri, Şiirleri-, Büyüyenay Yay., İstanbul, 2014.

Sağlık hizmetlerinde bitmek bilmeyen şiddet üzerine usandırıcı bir yazı

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Halen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Hizmeti veren ile alan arasındaki bilgi uçurumu sağlık hizmetlerinin en önemli özellikleri arasında sayılır. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri süreçlerin birçok aşamasında hizmet verdikleri kişilerin karar verme vekâletini de üstlerine almış oluyorlar. Bu durum özellikle hekim ve hemşirelerin geniş bir özerk karar alanı elde etmesine yol açmaktadır. Bu vekâleti elde ederken sağlık profesyonelleri bir yükümlülük altına da girmiş oluyorlar. Yüzyıllardır oluşan asimetrik etkileşimin belirli bir düzeyde dengelenmesi, kantarın topuzunun ayarlanması gerekiyordu. Bu dengenin kurulabilmesi çok önemli iki aşamaya bağlıydı. Birincisi profesyonel odaklı hizmet yapılanmasının ve hizmet sunum kültürünün hasta ve aile odaklı hale getirilmesi, ikincisi de hizmet alanların sağlık ve sağlık hizmeti kullanım bilincinin artırılması yani sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesiydi.

Yirmi birinci yüzyılın ilk 20 yılında, bütün dünyada bu çabalar sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına damgasını vurdu. Bu büyük değişim sürecinin istenen bazı sonuçları verip bazılarını vermediğine şahit olduğumuz gibi, istenmeyen bazı sonuçları ortadan kaldırılabirirken istenmeyen yeni sonuçları da getirdiğini gördük. Cümlemiz nasıl karmaşık olduysa hizmetler de aynen böyle karmaşıklaştı. Birçok konuda sonuçları toparlamamız gerekmektedir ama en acıtıcı noktalar-

dan birisi sağlık hizmetlerinde şiddetin bir sorun olarak gündemimizde sürekli yer edinmesidir.

Arapçada "şidd" kökü sertlik, katılık, zorluk anlamları taşır ve şiddet kelimesi buradan gelmektedir. Bir kişi veya gruba yönelik; mağdurun bedensel bütünlüğüne, mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine zarar verecek her türlü davranış şiddettir. Yakma, yıkma, arabasını çizme, yağmalama gibi eylemler mala yönelik şiddete; cinayet, yaralama, dayak, rehin alma, tecavüz gibi eylemler de fiziksel şiddete örnektir. Küfür, ayrımcılık, hakaret gibi kişiyi hedef alan eylemler, toplumsal koşullar ya da sistem tarafından uygulanan baskılar, savaş, terör ve işgaller sık yaşanan şiddet örnekleridir. Günümüzde şiddet kelimesi Türkçede "bir olgunun gücü, yoğunluğu, sertliği, yeğlilik" anlamlarında kullanıldığı gibi "kaba kuvvet" anlamında da kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de şiddeti "Kendisine, başkasına, bir gruba veya topluma karşı kasti olarak fiziksel baskı veya güç kullanmak, tehdit etmek veya fiiliyata geçirmek, yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya mahrum bırakmaya neden olmak veya bu durumların gerçekleşme ihtimalini artırmak" olarak tanımlamaktadır (1).

Şiddetin maruz kalana verdiği zarara göre hafif, orta, ağır gibi sınıflamaları yapılırken, uygulama yöntemlerine göre de sınıflama yapılabilir. Çok yaygın başka sınıflama yöntemleri arasında şiddeti

uygulayana göre (sokak magandası, futbol fanatigi, şehir çetesi, mafya şiddeti gibi) veya maruz kalana göre (kadına, çocuğa, yaşlıya, engelliye vb.) şiddettir. Sağlık çalışanlarına şiddeti bu tür sınıflama ile tanımlamak uygun olacaktır.

Şiddet, saldırı, tecavüz veya cinayet gibi aşırı bir saldırganlık biçimidir. Şiddetin birçok nedeni vardır. Hayal kırıklığı, şiddet içeren medyaya maruz kalma, evde veya mahallede şiddet ve başkalarının eylemlerini düşmanca görme eğilimi gibi içsel psikolojik nedenler yanında; alkol alımı, hakaret veya başka kışkırtıcılara maruz kalma gibi dışsal nedenler saldırganlık riskini artırabilir. Ayrıca ısı ve aşırı kalabalık gibi çevresel faktörlerin de kişinin sabrını azaltan ve saldırganlık eşiğini düşüren etkileri vardır (2). Bir kişinin şiddete başvurması için bir sorun yaşaması gerekir. Bu sorunu şiddet dışında çözme planı ve umidi varsa şiddete başvurması hiçbir şekilde açıklanacak bir şey değildir. Şiddet uygulamayı zevk unsuru (psikopati), toplumsal güç gösterisi (sosyopati) veya baştan güç elde etmek için taktik (sosyopati) olarak kullanma maksadı bu yazıda ele alınan çözümlerin haliyle dışında kalacaktır.

Sağlık Hizmetlerinde Şiddet

Sağlık hizmetlerinde şiddet ülkelerin ekonomik ve kültürel özelliklerine bakılmaksızın dünya çapında bir sorundur. Mesele profesyoneller ve kuruluşlar tarafından utanç, imaja zarar verme





21. yüzyılın sağlık hizmeti örgütlenişini kendisinden önceki on bin yılın sağlık hizmeti geleneğinden ayıran en önemli fark, hizmetlerin on bin yıldır profesyonel odaklı örgütlenişinin tersine çevrilerek hasta odaklı hale getirilmesidir. Bunu iyi anlamak gerekiyor. Yöneticilerin de çok iyi anlaması gereken şey, hasta odaklı hizmet verdiğinden emin olunan sağlık profesyonellerini her türlü saldırı ve tacizden arınmış korunaklı sistemlerde çalışır hale getirmenin önemidir.

vb. nedenlerle gizlenme eğilimindedir. Sağlık hizmetlerinde şiddeti anlamaya yönelik normatif yaklaşımlar yetersiz kalmakta ve sorgulanmaktadır. Bazılarına göre sağlık hizmetlerinde şiddet eskiden de aynı şekilde vardı, sadece bu eylemler daha görünür hale getirilmektedir. Eskiden ne ölçüde olursa olsun, sağlık hizmetlerinde şiddetin bugünkü durumu kabul edilemez. Gelişmekte olan ülkelerde vaka bildirimleri büyük ölçüde yapılmadığından ve konuyla ilgili araştırma ve yayınlar çok

kısıtlı olduğundan, sağlıkta şiddetin boyutu tam olarak ortaya serilememektedir. Ancak kesin olan bir şey bu ülkelerde yaşanan sağlıkta şiddetin boyutu, diğer şiddet türlerinin çoğunda olduğu gibi gelişmiş ülkelerdekenden büyüktür. Kanada ve ABD gibi ülkelerde, hemşirelerin genellikle fiziksel, ahlaki, psikik ve hatta cinsel şiddetin kurbanı olduğu, suçluların hastalar ve yakınları olabildiği gibi patronlar, yöneticiler ve iş arkadaşları da olabildiği bildirilmektedir. Hemşirelik, dünyada polis memurlarının ardından en fazla şiddet riski altında olan ikinci meslek olarak kabul edilmektedir. Hekimlik de son dönemlerde şiddet görmek açısından hemşirelik kadar riskli hale gelmiş gibi görünmektedir.

Sağlık hizmeti ortamlarında çalışanların yoğun çalışma ritmi, bazen adil olmayan sorumluluk ve faaliyet paylaşımları, talepleri karşılamak için yetersiz insan veya malzeme, katı hiyerarşik ilişkiler, protokollere, normlara ve rutinlere sıkı sıkıya uyma gibi önemli stres faktörleriyle başa çıkma sorumlulukları vardır. Hastalar ve yakınları ise baskı altında endişe ve huzursuzluk duygularıyla, belki ağrı, hareket kısıtlılığı vb. zorluklar altında hizmet almaya çabalamaktadır. Daha önce hiç bilmedikleri birçok kural, ilke ve süreçler karşısında kendilerine özen gösterilmediği ve haksızlık yapıldığı gibi duygulara kapılabilirler. Hâlbuki hastaların ve yakınlarının uygun bir şekilde ve en az zahmet çekerek bu zorluklarla başa çıkmasını en çok sağlık görevlileri istemekte ve desteklemektedir. Hastaların tarafındaki gibi sağlık profesyonelleri arasında da geçici veya kalıcı olarak psikopat veya sosyopat kişiler de

bulunabilir. Bütün bu karmaşık durumlar içinde sağlık hizmetlerini yönetenlerin gerekli desteği ve kolaylığı sağlamak, engel faktörlerini ortadan kaldırmak gibi yükümlülükleri bulunmaktadır. Birçok gerekliliğin bir arada olduğu tam uyum ortamında istenilen sağlık hizmeti, istenilen huzur içinde gerçekleşecektir. Ancak süreçler içinde yer alan bütün aktörler güç ve şiddet uygulamalarının hedefi veya aracı olabilmektedir. Konu ayrıntısıyla ele alındığında akla belki ilk gelen, düşmanca uygulamalar, saldırganlık (fiziksel, duygusal, sözlü, cinsel) ihmal veya yönetsel şiddettir (bir kurum/yönetici tarafından yapılan kasıtlı kurumsal eylem). Herhangi bir zamanda kâr/avantaj veya daha güçsüz durumda sayılanların moral bozukluğunun giderilmesi amacıyla yapılan ve uygun olmayan karşı çıkış çabaları olarak da görebiliriz. Yani konu bir şekilde iktidar, zalim ve mazlum konumlarıyla yakından ilgilidir.

2009 yılı ve öncesi yüzde 21,2 olan sağlıkta şiddet oranları, 2020 yılının ilk yarısında yüzde 54,9 olarak kayıtlara geçti. Sağlık çalışanlarının yüzde 94,3'ünün mesleğini icra ederken sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yüzde 59,8'u 10 defa ve daha fazla, yüzde 21,6'sı ise 5-10 defa şiddet gördüğünü belirtmiştir. Mesleklerini icra ederken sağlık çalışanlarına uygulanan sözlü şiddet yüzde 62,7; hem sözlü hem fiziksel şiddet yüzde 35,9 oranındadır (4). Sosyal hayatın her durumunun en şaşırtıcı, üzücü, inanılmaz olgularının ortaya çıkabildiği tıp ve sağlık alanı, şiddetin de çok somut görüldüğü bir alandır. Güvenlik güçlerinin yaşadıkları bir yana konulursa, sağlık hizmetleri alanında diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir (5).

Şiddet araştırmalarının sistematik taranmasında;

- Şiddet türlerinin en fazla erkek hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği,
- Genel olarak sözel şiddete uğrama da kadınların, fiziksel şiddete uğramada erkeklerin, hem sözel hem fiziksel şiddete uğramada yine kadınların ve meslek olarak da hemşirelerin daha riskli gruplar olduğu,
- Saldırının en sık gerçekleştiği yerin acil hizmet birimleri olduğu ve bunu sırasıyla birinci basamak hizmetleri,



psikiyatri, cerrahi ve dâhili kliniklerin izlediği,

- Saldırganların daha çok erkek ve ruhsal sorunları olan ve alkol bağımlısı, madde kullanıcısı kişilerden oluştuğu,
- En sık saldırı nedeninin organizasyonel sorunlardan kaynaklandığı,
- Fiziksel saldırılarda diğer saldırılara göre daha çok bildirim yapıldığı,
- Saldırı sonrası mağdurların en çok duygusal ve fizyolojik belirtiler gösterdikleri ve genel olarak yetersiz baş etme düzenekleri kullandıkları belirtilmektedir (6, 7).

Sebe-Sonuç İlişkileri Üzerine Düşünceler

Sağlık hizmeti demek, insanların en özel ve öznel durumlarına bile vâkıf olmayı gerektiren ve onu fiziksel, ruhsal ve sosyal bir varlık olarak bütüncül algılama sayesinde örselemeden mesleğini icra edecek olgunluğa ulaşan profesyonellerin hizmeti demektir. Bu olgun, yumuşak ama kararlı ve disiplini bozmayan tutumu sağlık görevlisinin hizmeti alan ile düzeyli bir ilişki içinde hizmeti yürütmesi için elzemdir. Ancak yine olmazsa olmaz bir unsur daha vardır: Hizmeti alanın da bu olgunluğu hak edecek ilişki düzeyini tutturabilmesidir. Hizmet alırken gereken insanlığı göstermek, sağlık görevlisinin de bir insan olduğunu unutmamakla başlar. Onun aynı anda birçok kişiye hizmet vermekte olduğunu, dönem dönem kontrol etmekle yükümlü olduğu envanterleri, bilgi sistemleri, raporlama yükümlülükleri, başka hastaları, aciliyet durumuna göre öncelik sıralaması vb. bulunduğunu kavrayabilmek kişilere bir hizmet kullanım kültürü sağlar. Bu kültür-

den yoksun olanlar küçük veya büyük bir engel karşısında ya kadere bir anlayışla küskünlük içinde beklemeye geçecek ya da sinirlenip tepki gösterecektir. Tepki gösterenlerin tepki biçimleri sitem etme, arkasından bedduada bulunma, küfretme düzeyinde sözel kalabilirken fiziksel şiddete başvurma düzeyine de geçebilmektedir. Zaten evinde, komşusuyla ilişkisinde, eğlence veya iş ortamında arkadaşlarıyla ilişkisinde, trafikte, maçta, düğünde vb. ilk fırsatta şiddete başvuran bir toplumun hele sağlık hizmeti alma süreci gibi sıkıntılarla dolu macera içinde şiddete başvurma olasılığı artmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin iş ortamında çok iyi korunması gerekmektedir.

Sağlık profesyonellerine bir önerim şu olabilir: Bize okullarda hep normatif ihtiyacın belirlenmesi ve buna yönelik işlemlerin teknikleri öğretildi. Hâlbuki bu insanların kendilerinin hissettikleri ihtiyaç durumları vardır. Aslında bunu anlamaya yönelik de bir çaba sarf etmemizi hem hizmet alanlar hem yöneticiler bizden beklemektedir. Bireylerin hissettikleri ihtiyaç ile bilimsel normlara göre bizim belirlediğimiz ihtiyaç, hem miktar açısından hem öncelik sıralaması açısından genellikle birbirini tutmaz.

Bu durumda sağlık profesyoneli kendini ihtiyaçlarına saygı duymamakla suçlama eğilimi çok yaygın karşımıza çıkar. Şiddete başvurma bu noktada gerçekleşmektedir. 21. yüzyılın sağlık profesyoneli olmak, bütün bilimsel doğrularımızı gerçekleştirirken, hizmet alan ile kültürel köprü kurmak, onun birey olarak en az baskı altında olacağı bir zemini hastamıza sağlamak anlamına gelmektedir. Bu-

nun adını hasta odaklı hizmet koydular. 21. yüzyılın sağlık hizmeti örgütlenişini kendisinden önceki on bin yılın sağlık hizmeti geleneğinden ayıran en önemli fark, hizmetlerin on bin yıldır profesyonel odaklı örgütlenişinin tersine çevrilerek hasta odaklı hale getirilmesidir. Bunu iyi anlamak gerekiyor. Yöneticilerin de çok iyi anlaması gereken şey, hasta odaklı hizmet verdiğinden emin olunan sağlık profesyoneli her türlü saldırı ve tacizden arınmış korunaklı sistemlerde çalışır hale getirmenin önemidir. Çünkü sağlık profesyoneli kenara koyarsanız ortada hizmet diye bir şey kalmaz (8). Sonsöz olarak, "Sağlık hizmetlerinde şiddeti, iyi yönetim ve iyi iletişim bitirir." diyorum.

Kaynaklar

- 1) <https://tr.wikipedia.org/wiki/Şiddet> (Erişim Tarihi: 01.09.2020).
- 2) <https://www.apa.org/topics/violence> (Erişim Tarihi: 01.09.2020).
- 3) Fernandes H., Paquier Sala D. C., Moraes Horta A. Violence in Health Care Settings: Rethinking Actions, L., Rev. Bras. Enferm. vol.71 no.5 Brasília Sept./Oct. 2018, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0882>.
- 4) Aile Hekimliği Çalışanları Sendikası 18.08.2020 Tarihli Açıklaması: Türkiye Sağlık Çalışanlarına Şiddette Eski Normale Döndü, <https://www.ahesen.org.tr>, (Erişim Tarihi: 01.09.2020).
- 5) Ayrancı Ü., Yenilmez Ç., Günay Y., Kaptanoğlu, C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:147-154
- 6) Türkiye Biyoetik Derneği Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Hakkında Görüşü, <https://biyoetik.org.tr/gorusler/saglik-calisanlari-na-yonelik-siddetin-degerlendirilmesi-ve-onlenmesi-hakkinda-gorusu> (Erişim Tarihi: 01.09.2020).
- 7) Keser Özcan, N., Bilgin, H.; Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(6):1442-56.
- 8) Sur H., <https://hpbistanbul.com/prof-dr-haydar-sur-saglikta-siddeti-iletisim-bitirir/1416>, (Erişim Tarihi: 01.09.2020).

Şiddet türleri ve uygulandıkları ortamlara göre çeşitleri

Doç. Dr. Ülkü Tosun



Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (PDR) alanında Hacettepe Üniversitesinde lisans, Marmara Üniversitesinde doktora eğitimini tamamladı. 2004-2005 akademik yılında ABD'de ziyaretçi araştırmacı olarak çalıştı. İSTEK Vakfı okullarında koordinatör rehber öğretmen, Yeditepe Üniversitesinde Öğrenci Dekan Yrd., Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri öğretim üyesi, bölüm başkanı, Dekan Yrd., Kıbrıs Sosyal Bilimler Üniversitesi PDR Bölüm Bşk., İstanbul-Maltepe ilçesi İnsan Hakları Komisyonu üyesi, Kültür Bakanlığı-İstanbul Görsel Eserleri Değerlendirme Alt Komisyon Üyesi görevlerinde bulundu. 2019 yılında Eğitim Psikolojisi alanında doçent oldu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesinde Eğitim Bilimleri Bölüm Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Çatışmalar, kişinin kendi içinde, kişiler ya da gruplar arasında kaçınılmaz olarak ortaya çıkarlar. Çatışmalar uzlaşma ya da şiddet ile çözülür. Şiddet, bir tarafın güç kullanarak karşı tarafa istediğini yapması/yaptırmasıdır. Uygulanma şekline göre şiddet çeşitleri şunlardır:

a. Fiziksel şiddet: Cana ya da mala kastedilmektedir. 2013 yılında dünyadaki 1,28 milyon kişi fiziksel şiddet görmüştür. Alet kullanarak ya da kullanılmadan gerçekleştirilir. Örneğin dövmek, öldürmek.

b. Duygusal şiddet: Duygusal/psikolojik/sözel şiddet/istismar kavramları eşdeğer olarak kullanılmaktadırlar. Birisinin karşısındaki kişiyi aşağılaması, korkutması ve itibarsızlaştırmadır. Örnek: azarlamak, küfretmek, bağışlamak, sürekli eleştirmek, isim takmak, kasıtlı sessizlik vb.

c. Cinsel şiddet: Birisinin karşısındakine yıkıcı cinsel davranışlar gösterdiği şiddet türüdür. Cinsel şiddet, dokunarak ya da dokunmadan uygulanabilir. Örnek; tecavüz, fuhuş, teşhircilik, röntgencilik, cinsel ilişkiye tanık olma, ısrarlı takip vb.

d. Ekonomik şiddet: Toplumlarda yoksulluk arttıkça şiddet de artar. Çocuklukla kadınlara, çocuklara, yaşlılara ve engellilere uygulanan ekonomik şiddet iki yönlüdür (1). Çalıştırılırlar ve

kazançları ellerinden alınır (2). Çalıştırılmazlar ve kendilerine yeterli ekonomik destek de sağlanmaz.

e. Simgesel şiddet: Medya araçlarından izlenen şiddet, bireylerin davranışlarını ve toplumların kültürel yapılarını etkiler. Şiddet içerikli film ve bilgisayar oyunlarını izleme/oyunama süreleri artan kişilerin saldırgan davranışları artmaktadır.

f. Siber şiddet: Sosyal medyada fotoğraf ve videoların kullanımıyla oluşan, suça eğilimli şiddet türüdür. Örneğin suçlama, karalama, cinsel sözler, kimlik hırsızlığı vb.

Uygulandıkları ortamlara göre şiddet çeşitleri ise şunlardır:

1. Aile içi Şiddet

Türkiye'de ailelerin %34'ünde fiziksel şiddet, %53'ünde sözel şiddet görülmektedir. Çocukların dörtte üçü şiddete tanık olmakta, %18,6'sı istismara uğramaktadır.

a. İntihar/öz kıyım: İntihar, kişinin kendine yönelik şiddettir. 2015 yılında dünyadaki ölümlerin %1,5'u intihar sonucundadır. İntihar girişimleri ölümle sonuçlanan intiharların 10-20 katıdır.

b. Kadınlara yönelik şiddet: Kadına yönelik şiddet; kadına zarar veren ve kadının özgürlüklerini kısıtlayan saldırgan davranışları kapsar. 2014 yılında

Türkiye'de eşinden /eski eşinden şiddet gören kadınların oranları: Fiziksel %36, duygusal %44, cinsel %12'dir. Ailesinde anneye yönelik şiddete tanık olan çocuklar büyüdüklerinde; erkekler eşlerine şiddet gösterirken, kızlar şiddete dayanıklı olmaktadır. Şiddete uğrayan kadınlarda, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar görülür.

c. Çocuklara yönelik şiddet/istismar: 18 yaşından küçükler çocuktur. Çocuk istismarı; çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi(ler) tarafından her tür şiddet içerikli davranışlara maruz kalması ya da ihmal edilmesidir. Araştırmalara göre çocukların %77'si aile içi şiddet mağdurdurlar. 2017 yılında dünyada istismara uğrayan çocuk oranları; fiziksel %23, duygusal %36, cinsel %18 kız, %8 erkek ve ihmal edilen %16'dır. Dünya genelinde anne-babası olmayan çocukların sayısı 400 milyondan, çocuk işçilerin sayısı ise 200 milyondan fazladır. Çalışan çocukların 3 milyonu 10 yaşından küçüktür. 2011 yılında ülkemizde istismara uğrayan çocukların %57,6'sı fiziksel, %15,2'si cinsel istismara uğramışlardır. Erken çocuklukta istismar ve travma yaşayan kişilerde şiddet davranışları artmaktadır. Şiddete uğrayan çocuklarda; kaygı, kişilik ve gelişim bozuklukları görülür. Aşırı saldırgan ya da aşırı çekingen olurlar, gülmezler, ağlamazlar, yetişkin

olduklarında şiddet uygulamaya eğilimli olurlar.

d. Kardeşler arasında şiddet: Tüm dünyada çok sık karşılaşılsa da sınırları belirli olmayan ve yeterince araştırılmayan bir konudur. Dowsett ve Jackson (2019) uzun süre şiddet içerikli bilgisayar oyunu oynayanların saldırgan davranışlarına oyunlardaki şiddetin değil, yarışmanın neden olduğunu bulmuşlardır. Kardeşlerin birbirleriyle sürekli karşılaştırılmaları, kardeşler arası şiddeti besleyebilir.

e. Flört/partner şiddeti: Evlenmeden önceki duygusal ilişkide yaşanan her türlü şiddeti kapsar. Üniversite öğrencileri arasındaki bir araştırmada, ilişkilerinde şiddet gören %13,8 iken şiddete başvuran %12,4'tür. Kıskaçlık; kadınların %59,6'sı, erkeklerin %70,4'ü tarafından şiddet olarak nitelendirilmemiştir.

2. İş Yerinde Şiddet

İş yerlerinde yetişkinler arasında görülen psikolojik şiddettir. Şiddet; iletişim, sosyal ilişkiler, sosyal konum, mesleki ve özel yaşamın niteliği, sağlık alanlarında gerçekleşir. Şiddetin derecesi ve süresi, kültürlere ve zamana göre değişir.

a. Çalışanlara yönelik şiddet (Mobbing): İş yerinde bir çalışana yönelik sergilenen sürekli ima, alay, küçük düşürücü saldırgan davranışlar mobbing kapsamındadır. Mobbing uygulayanlar aktif veya pasif saldırganlardır. Aktif saldırganlar sürekli sözel/duygusal şiddet uygularlar. Pasif saldırganlar bazen insanca davranırlar ve mağdurun psikolojisi daha fazla bozulur. Mobbing; mağdurların işten ayrılmalarına, iş kazaları ya da meslek hastalıkları yaşamalarına neden olabilir.

b. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tüm dünyada hasta ya da hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına uygulanan fiziksel ve sözel şiddeti kapsar. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet diğer işyerlerindeki şiddetten 16 kat daha fazladır. Şiddete uğrayan çalışanlarda; öfke, travma sonrası stres bozuklukları, kaygı gibi davranışlar görülmektedir.

3. Kolektif Şiddet

a. Yaşlılara yönelik şiddet: Yaşlılara yönelik; her türlü şiddet ve bakımlarının ihmal edilmesini kapsar. 2016 yılında dünyadaki yaşlı nüfus %8,7, Türkiye'deki %8,3'tür.

b. Engellilere yönelik şiddet: Engelli kadın ve çocuklar, ihmal ve şiddetle ilgili risklere daha fazla açıktırlar. Engelli çocuklar, akranlarından 3,7 kat daha fazla şiddete uğramaktadırlar.

c. Akranlar arası şiddet (zorbalık): Okulda birbirlerine zarar veren öğrencilerden biri daha güçlüyse ve diğeri mağdur oluyorsa bu eylem zorbalıktır. 2002 yılındaki bir araştırmada ergenler arasında %44 sözel, %30 fiziksel, %18 duygusal, %9 cinsel şiddetin yaygın olduğu belirlenmiştir.

d. Etnik gruplara yönelik şiddet: Etnik gruplar, gelenek, soy, kültür tarih olarak birlikte ya da yakın yaşadıkları diğer gruplardan farklı olan gruplardır. Etnik grupta yer alan bireyler her türden şiddete açıktırlar. Etnik gruplar arasındaki savaşlar da şiddet bağlamındadırlar. Örneğin Afrika.

e. Mültecilere yönelik şiddet: Mülteci; hiçbir ülkeye ait olmayan terk ettiği ülkesine dönerse tehlikede olacak kişidir. 2017 yılında dünyadaki mülteci sayısı 25.4 milyondur. Yalnız olan çocuklar, gençler ve kadın mülteciler, gittikleri ülkelerde ya da göç esnasında yollarında şiddete uğramaktadırlar.

f. Norm dışı cinsel tutum veya davranış gösteren bireylere yönelik şiddet: Cinsel yönelimleri farklı olduğu için şiddete uğrarlar. Bu gençler, yaşlılarından 1,5-3 kez daha fazla oranda intihara teşebbüs etmektedirler.

g. Sporda Şiddet: Sporcuların kendi aralarında, seyircilerin birbirlerine, çevrelerine, sporculara ve hakemlere, antrenörlerin sporculara yönelik zarar verici davranışları sporda şiddeti yansıtmaktadır. "Her şeye rağmen kazanmak" düşüncesi bırakıldığında sporda şiddet azalabilecektir.

Sonuç

Pandemi günlerinde yaygınlaşan şiddet; özellikle sağlık çalışanlarına yönelik olarak kolektif şiddet türüne dönüşmüştür. Toplumlarda kültür öğelerinin şiddeti değil uzlaşmayı onaylayan tarzda değiştirilmeleri önem kazanmaktadır. Örneğin "Dayak cennetten çıkmadır." atasözü "İyi bir şey olsaydı, cennette kalmaya devam ederdi." diye dönüştürülebilir.

Kaynaklar

1) Tunçer, Ç.P. (2020). Sosyal Medya ve Şiddet: Ekşi Sözlükte Çinli Algısı. İnsan ve İnsan Dergisi, 7 (25): 65-84. DOI: <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.745785>.

Pandemi günlerinde yaygınlaşan şiddet; özellikle sağlık çalışanlarına yönelik olarak kolektif şiddet türüne dönüşmüştür. Toplumlarda kültür öğelerinin şiddeti değil uzlaşmayı onaylayan tarzda değiştirilmeleri önem kazanmaktadır. Örneğin "Dayak cennetten çıkmadır." atasözü "İyi bir şey olsaydı, cennette kalmaya devam ederdi." diye dönüştürülebilir.

2) Polat, O. (2016). Şiddet, http://dspace.marmara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11424/5852/_id det %5B %23 29 0 6 5 3 %5D - 2 7 4 3 2 6 . pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 07.09.2020).

3) Wikipedia (2020). <https://en.wikipedia.org/wiki/Violence#Types> (Erişim Tarihi: 07.09.2020).

4) Karagün, E. (2015). Çocuk, Şiddet ve Spor. Ed.s.M.Korkmaz, E. Demiray, Ü. Sevil, Ş. Hablemitoğlu ve Y. Taşkıran. Dünyada , Türkiye'de Kadın ve Şiddet, s: 7-47, Nobel Akademik Yayıncılık.

5) TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070 (Erişim Tarihi: 24.09.2020).

6) AÇSHB-Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). Türkiye'de Kadın. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/38419/02-03-2020-trde-kadin.pdf> (Erişim Tarihi: 24.09.2020).

7) Bakır, Z. Z., (2018) 2018 Dünyanın Çocuk Karnesi. İNSAMER (İHH İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi, https://insamer.com/tr/2018-dunyanin-cocuk-karnesi_1490.html (Erişim Tarihi: 24.09.2020).

8) Süneci, B., Say, A., Gümüştepe, B., Enginkaya, B., Yıldızdoğan, Ç. ve Yalçın, M., (2016). Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddeti Algıları Üzerine Bir Araştırma, Ufuk Ötesi Bilim Dergisi, 16 (1): 56-83.

9) Tınaz, P. (2011). İşyerinde Psikolojik Taciz, Beta Yayınları.

10) Stephens, W., (2019), Violence Against Healthcare Workers: A Rising Epidemic, <https://www.ajmc.com/view/violence-against-healthcare-workers-a-rising-epidemic>, (Erişim Tarihi: 24.09.2020).

11) Erden, Ş. ve Boz, H. (2018). Türkiye'de Yaşlı İstisarı ve İhmali. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 71 (3): 100-105 DOI: 10.4274/atfm.08208.

12) Haskan, Ö. ve Yıldırım, İ. (2012). Şiddet Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi. Eğitim ve Bilim Dergisi, 37 (163): 165-177.

Yaş boyu, yaşam boyu şiddet

Züleyha Balcı



Düzce'de doğdu. Anadolu Üniversitesi'nde işletme lisans eğitimini tamamladı. 15 yıl boyunca özel sağlık kurumlarında işletme müdürlüğü, kurumsal iletişim ve pazarlama yöneticiliği gibi çeşitli görevlerde bulundu. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketine (USHAŞ) Kurumsal İletişim ve Pazarlama Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Bundan sekiz yıl evvel TBMM tarafından, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla bir meclis araştırma komisyonu kurulmasına karar verilmiş, ilgili karar 3 Mayıs 2012 tarihli ve 28281 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştı. 17 üyeden oluşan Komisyonun çalışması için başlangıçta 3 ay gibi bir süre belirlenmiş; ancak aynı yıl yeni bir kararla bu süre 1 ay daha uzatılmıştı. Komisyonun 2014 tarihli raporunda (1) sağlıkta şiddetin önlenmesi için üzerinde durulması gereken en mühim konu başlığı "iletişim" olarak belirtilmişti ki bir başka yazımızda biz de konuyla ilgili önerilerimizi dile getirdik (bkz. "Sağlık İletişiminde Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü"). Söz konusu raporun önemli bir diğer çıktısı da "toplumdaki bir profilin yansımaları olarak sağlık kurumlarında gözlenen şiddetin toplumun genelinden bağımsız değerlendirilmemesi gereğine" yapılan vurguydu ve işte bu yazı da aynı gerekliliğin üzerinde farklı bir bakış açısıyla düşünülerek kaleme alındı.

Söz konusu komisyon çalışmalarının öneri ve talepleri başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili tüm kurumlarla paylaşıldı. Elbette sorunun çözümüne ilişkin atılan adımların değerini yadsıyamayız ancak ne yazık ki bugün elimizde daha değerli büyük bir gerçeklik var: sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, tıpkı toplumun genelinde olduğu gibi artarak devam ediyor. Üstelik neredeyse şiddetin

kendisi oranında yükselen cezalara rağmen... Bilindiği üzere Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın meclise çağırısını yaptığı, kamuoyunda uzun zamandır tartışılan teklif "Sağlıkta Şiddet Düzenlemesi" 15 Nisan 2020'de yasalaştı. Buna göre, sağlıkçıya yönelik şiddette bulunanlara verilecek cezalar yarı oranında artırılırken, hapis cezaları ertelenmeyecek ve şiddet faili hasta ya da yakınına sağlık hizmeti, bu suçun mağduru olan sağlık personeli dışındaki başka bir sağlık personeli tarafından verilebilecek. Pandemi gibi çok özel bir dönemden geçtiğimiz şu dönemlerde, fedakârca çalışmaları dolayısıyla kamuoyunda pozitif bir gündem konusu olan sağlıkçılarla ilgili bu yasa da oldukça ses getirdi. Peki sonra ne oldu? Bu caydırıcılık gerçekten işe yaradı mı? Şiddetin azaldığını söyleyebilir miyiz? Hukuki yaptırımların şiddet sorununun çözümü için yeterli olması mümkün mü? Elbette hayır.

Yasanın çıktığı ve haberinin geniş yankı bulduğu Nisan ayından içinde bulunduğumuz Ekim ayına kadar sayısız şiddet vakasına şahit olduk. 21 Eylül akşamı, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servisine silahlı yaralanma ile getirilen hastanın yakını 5 kişi, bütün müdahalelere rağmen kurtarılamayan hastaları için "Onu yaşatamadınız, biz de sizi yaşatmayacağız." diyerek sağlık personellerine saldırdı. Bir yandan COVID-19 ile mücadele içindeki yorgun kahramanlarımızın, diğer yandan hasta yakınlarının şiddetinden korunabilmek için bedenlerini barikat

yaparak, kapı arkasına travma tahtaları koyarak verdikleri pasif direnişin görüntüleri vicdanlarımızda ince bir sızı olarak kaldı çünkü "sağlıkçıya yönelik şiddete" karşıyız. (!)

Oysa şiddet karşıtlığımızı, onu kategorize etmeden ve önce dilde birleşerek göstermeliyiz. Gerçekten de "...yönelik şiddet" yerine "şiddete yönelik her şeye" karşı olduğumuzda toplumsal olarak önemli bir yol kat etmiş olacağız. Kategorize etmeden, bize dokunmayan yılanı da farkındalıkla şiddetin karşısında durabilmeliyiz. Sağlıkçıya yönelik şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet gibi başlıklarla meseleleri irdelerken, farkında olmadan birini eleştirip diğerini meşrulaştırmış olabiliyoruz. Tıpkı şiddeti türlerine göre ayırıp "ekonomik şiddete hayır!" demediğimiz gibi (Zira fiziksel olanına da hayır, psikolojik olanına da hayır...) , şiddetin mağduru olan tarafı kümeleyerek de gerçek anlamda bir şiddet karşıtlığı yapamayız. "Sağlıkçıya yönelik şiddete hayır" demek çok güzel, kime yönelik olanına "evet"? Kim tarafından kime ve ne şekilde yapılırsa yapılsın şiddet olgusuna bir bütün olarak tüm benliğimizle karşı çıkabilmenin neresindeyiz? Şiddetten ne anlıyor, şiddeti ne kadar tanıyoruz?

İşte bu noktadan hareketle, toplumları derinden etkileyen ve izleri kalıcı olan şiddetin varoluşuna inmek gerekli. Üzerinde bunca tartışılan ve çalışılan, hemen herkesin diline "karşıtlığı" pelesenk olmuş; ama yine hemen herkesçe bir



Duygularımızı kontrol edemediğimizde istediğimizi söyleyebileceğimizi hatta bunu ses tonumuzu artırarak, fiziksel gücümüzü kullanarak yapabileceğimizi tüm iyi niyetleriyle bizi yetiştiren, bizi eğitenlerden öğrendik. Henüz bir bebekken anne babamız besleyip doyurmak için ağızımızı zorla açtı, belki toktuk; ama burnumuzu tıkadılar ki nefes alamayıp mecburen kaşığı ağızımızda bulalım. Bizi çok seviyorlardı, bizim iyiliğimiz için endişelilerdi.

şekilde uygulanan şiddet konusunda gerçekten ne kadar samimiyiz? En sevilen diziler, sözde “çocuk oyunları”, spor anlayışımız hatta şarkılarımız bile şiddet içerikli. Söz yazarlığını Sezen Aksu’nun yaptığı, bestesini Levent Yüksel isimli sanatçının seslendirdiği “Med Cezir” şarkısında “şiddetin ne hoş, ne güzel şefkatin” denince herkes alkış tutuyor. Aşkta bile şiddeti mazur görebiliyoruz. Dünyaya teşrifimizdeki ilk nefesi bir şaplakla alıyor oluşumuzdan mı geliyor bu yakınlık, yoksa yaşamın hep bir “mücadele” olduğunu bizlere emeklediğimiz günden beri vurgulayan ailemiz, sevdiklerimizden öğütlerinden mi? Dayak cennetten mi çıkma gerçekten? Yaratılanın nush ile uslanmadığına ne vakit kani geldik de tekdir icap etti? Ya tekdir ile uslanmayanın hakkı neydi? Eti bizindir de evladımızın okula teslim ederken, kemiği kimindir? Büyüyünce yüzümüzde bir gülümsemeyle hatırlamamıza rağmen, hakikaten gerekli miydi anne terliği?

“Şiddeti Anlamak” başlıklı yazısında Prof. Dr. Ahmet İnam (2), “*Şiddetin önüne geçebilmek, şiddete karşı bir duyarlılık geliştirmek, bir şiddet bilincine sahip olmakla olanaklıdır.*” diyor ve şiddeti sırasıyla kozmik, püsküren, eğiten, sindiren ve çıkarıcı şiddet olarak beş ayrı anlamıyla gözden geçiriyor:

Kozmik şiddet: Doğada, evrende görüldüğümüz, varoluşun köklerinde bulunduğu düşünebileceğimiz şiddettir. Şiddetli depremler, fırtınalar yanı sıra, canlıların var olma, yaşama uğraşında, sürüp giden mücadelenin, kavganın da işaret ettiği şiddet, kozmik şiddettir.

Püsküren şiddet: Önceden düşünülererek planlanmış bir şiddet olmayıp, düşünmeyen, bilinçsiz şiddettir. Bir anlamıyla içimizdeki kozmik şiddetin dizginlenemeyerek, denetlenmeden, ölçülerini aşarak patlayivermesidir.

Eğiten şiddet: Şiddetin “belli bir amaçla” uygulanması söz konusudur. Sıklıkla insanları “eğitmek”, “terbiye” etmek için başvurulacak yoldur. Bu anlamdaki şiddet, ebeveyn çocuğuna, öğretmen öğrencisine, kolluk güçleri suçlulara uygulayabiliyor. Sözle, yazıyla, jestlerle, hatta severek de şiddet uygulanabilir. Sözde eğitmek amacıyla, şiddet uygulandığında, bizde “ters” tepkiler yaratabilir.

Sindiren şiddet: Şiddetin en tehlikeli, en acımasız biçimi, yıldırma, korkutma, sindirme, direncini kırma özellikleriyle kendini gösteren şiddettir. Tarihte örneğine sık rastladığımız dikta yönetimlerinde, baskı, zulüm, kıyım ve işkence gibi, “terör” adını da verdiğimiz bu şiddet

biçiminde, insanlar belli inançlar doğrultusunda korkutulup, yıldırılarak, bu inançlara direnmelerinin önü kesilmeye çalışılmaktadır. Sindiren şiddet, güç peşinde, iktidar tutkunu şiddettir.

Çıkarıcı şiddet: Bir şiddet türü de soygun yapma, çıkar ya da haz elde amacıyla uygulanan şiddettir. Gasp, şantaj, ırza geçme gibi suçların oluşmasında belirleyicidir (2).”

Peki tüm bu tanımlardan sonra, şiddetin insanın doğasında var olduğunu söyleyebilir miyiz? Şiddet doğal bir eylem midir yoksa toplumsal düzen, kültür ve koşulların bir sonucu mudur? Şiddet literatürü tıpkı şiddet kavramının kendisi gibi oldukça karmaşıktır. Kimi düşünürler şiddetin biyolojik yönüne değinmiş, onun doğuştan var olan bir gerçeklik olarak bireylerin bir parçası olduğundan bahsetmiştir. Kimi düşünürler ise şiddetin doğamızda olmadığını, dış etkenlerden kaynaklanan bir davranış biçimi olduğunu savunmuştur. Bir başka görüş ise bireyleri şiddete yönelten birçok etken olduğunu kabul etmekle birlikte yine de neden şiddete başvurulduğunun tam olarak belirlenmesinin güç olduğu yönündedir. 1788 doğumlu Alman filozof Arthur Schopenhauer, “İnsan Doğası Üzerine” isimli kitabında; “İnsan sadece





zarar vermek mantığıyla girişimde bulunabilen tek hayvandır, diğer bütün hayvanlar zarar verme davranışını bir amaç ve bir güdü içinde yaparken insan bunu nedensiz yapar.” (3) der .

Ancak bizim asıl değinmek istediğimiz husus şu: şiddetin doğamızda olduğunu varsaymak, şiddet eyleminde bulunanlar için bir normalleştirmeyi doğuracak ve hatta şiddet mağduruna ikinci kez mağduriyet yaşatacak bir bakış açısı yaratacaktır. Bundan kaçınmamız gerekiyor. Kaldı ki insan doğası ziyadesiyle merhamet barındırıyor ve bunu besleyip geliştirecek eylemleri normalleştirmek yine insanlığın elinde. Tarih öncesi dönem ve insan kökenleri alanında uzmanlaşmış bir arkeolog olan Penny Spikins konuyla ilgili yazısında (4) şöyle der: *“İnsanın ‘doğası gereği’ saldırgan ve şiddet eğilimli bir tür olup olmadığı sorusunu düşünürken, derin bir nefes alıp madalyonun diğer tarafına bakmak faydalı olabilir. Elbette, tarihimizde insanlar arası şiddete dair kanıtlar var. Ancak, aslında düşünebileceğimizden çok daha az örnek söz konusu. Gerçekten, insanlar arası şefkatle ilgili çok daha fazla kanıt mevcut.”* Yazının sonunu ise insan ve maymun benzetmesi üzerinden şekillendirerek “Kendimizi ‘şiddet yanlısı maymunlar’ gibi görmek kolaydır. Ancak genel anlamda daha isabetli görünen tanım ‘şefkatli maymunlar’ olabilir. Sonuçta, bizi diğer canlılardan ayıran şey, nezakete eğilimli olmamız.” ifadelelerini kullanıyor.

Şimdi yeniden başa dönelim. Nezakete eğilimi şiddetten daha fazla olan insan soyu için mücadele etmekle şiddet göstermek arasındaki ayrımı yapalım.

Doğada tutunma ve yaşamını idame ettirebilme adına ilk insandan beri süregelen “mücadele” zorunluluğu iyiliğe olan meylimizi zaman zaman sekteye uğrattırıyor. Öyle ki, kendi yaptığımızın adının “şiddet” olduğundan habersiz, bir başka şiddet olayına şiddetle karşı çıkarken buluyoruz kendimizi. Doktora saldıran hasta yakını, kim bilir kaç kez örneğin bir çocuğa şiddet haberine veryansın etti. Bir olayda şiddet mağduru olan vatandaşın kim bilir kim başka bir olayda mustarıptı.

Duygularımızı kontrol edemediğimizde istediğimizi söyleyebileceğimizi hatta bunu ses tonumuzu artırarak, fiziksel gücümüzü kullanarak yapabileceğimizi tüm iyi niyetleriyle bizi yetiştiren, bizi eğitenlerden öğrendik. Henüz bir bebekken anne babamız besleyip doyurmak için ağızımızı zorla açtı, belki toktuk; ama burnumuzu tıkadılar ki nefes alamayıp mecburen kaşığı ağızımızda bulalım. Bizi çok seviyorlardı, bizim iyiliğimiz için endişelilerdi. Mesela bu yüzden biri bize vurursa biz de ona vurmalydık. Kendimizi korumayı öğrenirken, bunun yegâne yolunun başkasına zarar vermek olmadığını unuttuk. Yaşamlarımızdaki en önemli rol modellerimiz, bugün her ne oluvsak başlangıçtan beri onlara borçlu olduğumuz, en kıymetli mesleğin sahipleri, öğretmenlerimiz... Onlar da tüm iyi niyetleriyle bilgi yüklemek istediler belleklerimiz; o gün alalım yok diye kendi halimize bırakılamazdık ya! Çizgi film karakterlerimiz “kötülerle savaşırken” özel bir güce büründü, özel kostümler ve yeteneklere... Demek ki hep bir hak arama olacağı kurtlar sofrasında ve bizim güçlü olmamız gerekirdi yem yerine kullanılmak / kaybeden olmak

istemiyorsak. Amerikalı karikatürist Elzie Crisler Segar’ın oluşturduğu ve orijinal adı Popeye olan çizgi roman karakteri Temel Reis, sevgilisine âşık Kabasakalla “mücadele gücü”nü bir teneke kutu konserve ıspanak yiyip pazıları şişirerek bulmuyor muydu? Keloğlan isimli çizgi filmde “Senin sayende çok para kazanacağım!” diyen çocuk, şiddetin ekonomik bir türü de olduğunu bize öğretti. Aynı evi paylaştığı adamın ayaklarının altına muz kabuğu koymak suretiyle onu düşüren kedi Garfield hepimizi kahkahalarla güldürdü. Filmin efektleri, yere düşen adamın başında dönen renkli yıldızlar ve adamın kendisinin de bu şımarıklığa gülüp geçmesi bize de eğlenceli geldi. Masum (!) çizgi filmlerle sempatik şiddet olgusunu içselleştirdik ve aslında şiddet yavaş yavaş normalleşti.

Dolayısıyla şiddetle olan mücadelemizi bütünsel bir perspektif üzerinden sürdürmeliyiz. Yeni bir dil kurmalı, yeni eğitim yöntemleri belirlemeli, yeni mücadele biçimleri geliştirmeli ve bütün bu eylemleri caydırıcı kanunlarla destekleyerek “Toplum Sözleşmesi” ne dâhil etmeliyiz. Bunun yöntemleri üzerine düşünmeliyiz. Ev içi şiddete karşı sıfır tolerans yaklaşımı, ilköğretimden itibaren dersler koymak; televizyon programlarında, özellikle dizilerdeki şiddet anlatısını en aza indirmek; toplumdaki rol modellerle eğitici kamu spotları çekmek bu yöntemlerden birkaçı olabilir. Yoksa sadece sağlık çalışanına şiddeti engelleyeceğiz diye yola çıkarak başarıya ulaşmamız mümkün gözüküyor. Elbette sağlık çalışanları bu konuda çok mağdurlar, elbette en yoğun ve yöneltilmiş öfkenin kurbanı oluyorlar ama meseleyi toptan ve derininden halletmediğimiz sürece, şiddet, başka başka kılıklarda karşımıza çıkmaya, toplumlara zarar vermeye devam edecektir.

Kaynaklar

1) TBMM. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergeler ve Meclis Araştırması Komisyonu Raporu https://tbmm.gov.tr/develop/owa/genel_kurul.cl_getir?pEid=31489 (Erişim Tarihi: 27.20.2020)

2) İnam A. Şiddeti Anlamak, <https://mimoza.marmara.edu.tr/~avni/dersbelgeligi/kunduz/siddet/ahmetinam.htm> (Erişim Tarihi: 27.20.2020)

3) Schopanhauer A. İnsan Doğası Üzerine, Alter Yayıncılık, 2015.

4) Spikins P. Compassion Sets Humans Apart, <https://www.sapiens.org/debate/human-compassion/> (Erişim Tarihi: 27.20.2020)

Sağlıkta şiddetin demografisi ve profili

Prof. Dr. Akile Gürsoy



İngiltere Durham Üniversitesi Antropoloji Bölümü'nden mezun olduktan sonra Hacettepe Üniversitesinde sosyal antropoloji doktorasını tamamladı. Sağlık antropolojisi alanında uzmanlaştı. Devlet ve vakıf üniversitelerinde çalıştı, ABD'de University of Texas at Austin'de misafir öğretim üyesi oldu. 2004'te Venezuela'da seçimle International Forum for Social Science in Health (IFSSH) yönetim kurulu başkanı seçildi. 2005'te "Health Challenges of the Third Millenium" Dünya Kongresinin başkanlığını yürüttü. Social Science and Medicine dergisinin danışman editörlüğü, Avrupa Bilim Vakfı Türkiye temsilciliği gibi görevler aldı. Halen Beykent Üniversitesi Öğretim Üyesidir.

Küresel boyutta yaşamakta olduğumuz COVID-19 salgını tüm sağlık çalışanlarının bizim için ne kadar kıymetli olduğunu bir kez daha gözler önüne serdi.

Onlar hastaların ömürlerini biraz daha uzatabilmek adına kendi yaşamlarını tehlikeye atıyor, en riskli ortamlarda çalışıyorlar. Bu salgından kurtuluşumuzu bilim insanlarına ve sağlık çalışanlarına bağladık. Bu duruma rağmen, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bitmiyor. Günümüzde sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet türünün yüksek olduğu, sağlık kurumlarının şiddetin en çok görüldüğü alanlarından biri olduğu bilinmektedir. Her sağlık çalışanı potansiyel bir şiddet mağduru olmakta ve bu riskin bilinciyle endişe duymakta, stres yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının güvenlik sektörü çalışanlarından bile daha fazla şiddete maruz kalmaları çok yönlü soru ve sorunları beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Hemşireler Birliği raporlarına göre, son yıllarda sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası mesleklerini uygulama süreçlerinde en az bir kez şiddete maruz kalmış oluyorlar (1).

Sayılar Oluşturmanın Güçlüğü

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya genelinde sağlık çalışanlarının %8-%38 kadarı iş yaşamlarında en azından bir kez fiziksel şiddete maruz kalıyorlar (2). Bu oranın çok daha faz-

lası ise sözel şiddet ve tehditlere maruz kalıyor. Şiddeti uygulayanların çoğu hastalar ve hasta yakınları. Sektörde çalışan herkes risk altında olmakla birlikte, şiddete en fazla maruz kalanlar hemşireler ve hastalarla bire bir muhatap olanlar, acil serviste çalışanlar. Şiddet uygulayanların profili incelendiğinde; çoğunlukla kişilik bozukluğu olan, şiddet meyillisi veya uyuşturucu bağımlısı olan kişiler olduğunu görmekteyiz. Şiddet uygulayanların çoğu da erkek hasta yakınları veya hastalar.

Şiddet, insanlık tarihi kadar eski. Sağlık çalışanlarına şiddet de öyle. Üstelik, şiddet çok boyutlu, karmaşık bir sosyal olgu (3-4). Ancak günümüzde tüm dünyada sağlık çalışanlarına karşı şiddet eylemlerinin arttığı gözlemlenmekte, hatta bu konuda bir pandemi yaşandığı tespiti yapılmakta (5). Bu sorunun bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlandığını da görüyoruz (6). Sağlık çalışanlarına şiddet kabul edilemez bir sosyal sorun olarak karşımızda çözümlemeyi beklemekte.

Sağlık çalışanlarına karşı şiddeti ayrıntılı istatistik verilerle ulusal ve uluslararası boyutu ile net ve kıyaslamalı bir şekilde tanımlamak güç. Çünkü bu konuda sürekliliği olan, sistemli ulusal ve evrensel araştırmalar yok. Bir diğer zorluk ta çoğu şiddet eyleminin kayda geçmediği, hatta birçok sağlık personelinin maruz kaldıkları şiddeti işlerinin gereği, olağan bir durum gibi algılamalarından kaynaklanıyor.

Türkiye'de 2013 yılında, 25 ilde, 1.300 sağlık çalışanı ile yapılan ayrıntılı bir araştırmada görüşülenlerin %87'sinin meslek hayatları içinde en az bir kez, %81'inin de son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını göstermiştir. Görüşülenlerin %82'si şiddetle karşılaşma konusunda endişe yaşadığını belirtmiştir. Şiddet uygulayanların %68'i erkek, %32'si kadındır. Şiddet olaylarının %65'i mesai saatleri içinde, %25'i hastane koridorunda, %24'ü acil serviste gerçekleşmiştir. Yaşadıkları şiddet karşısında araştırmaya katılanların %40'ı karşılık vermeden işine devam ettiği, %26'sı güvenliğe bildirdiğini, %14'ü ise karşılık verdiğini belirtmiştir. Neden şiddet uygulandığı sorulduğunda, şiddete maruz kalanların %19'u şiddet uygulayanın şiddeti kendilerine hak gördüğünü, %14'ü genel sağlık politikalarına, %13'ü ise bunu hastalık psikolojisi ve kendini ihmal edilmişlik algısına bağlamıştır. Bu sonuçları araştırmayı yürütenler, şiddetin bireyler tarafından normal algılandığı değerlendirilmesine varmıştır. Araştırmaya katılanların %65'ü çalıştıkları kurumda yeterli güvenlik önlemleri alınmadığını düşünmektedir. %55'i şiddet karşısında nasıl davranması gerektiğine dair eğitim almıştır (7).

Aynı araştırmada şiddetin kadın/erkek ve mağdurların eğitimi konusunda bazı farklılıklara işaret etmiştir. %86 oranla kadınlar, %74' oranla erkeklerle kıyasla daha fazla şiddet endişesi yaşamakta. Oysa erkekler kadınlara oranla daha



fazla fiziksel şiddet yaşamakta. Erkekler %36, kadınlar %19. Kadınlar daha fazla psikolojik ve sözel şiddete maruz kaldıkları bulunmuş. Sağlık çalışanlarının medeni durumlarının da şiddete maruz kalmada bir etkisi olduğu görülüyor: Son bir yıl içinde hiç şiddet yaşamadığını belirten evliler %20 iken, bekârlar %13 oranında. Eğitim durumunun da şiddete maruz kalmada bir faktör olduğu görülüyor. Lise/meslek lisesi mezunlarının %33'ü, yüksek lisans/doktoralı sağlık çalışanlarının ise %24'ü son bir yılda şiddete maruz kalmışlar. Bu verilerin ışığında, daha güçsüz görülenlerin daha fazla şiddete maruz kaldığı yorumunu getirebiliriz.

Aslında her şiddet vakasının kendisine özgü şartları söz konusu. Sayıları istatistik sayılar içine hapsedmek her zaman doğru olmuyor. Doktora karşı bireysel şiddet her zaman var olmuş. Bu konuda aktarılan bir olay, merhum sanatçı Gülriz Sururi'nin annesi Suzan Lütfullah'ın 1932'de henüz 23 yaşında iken ölümüyle ilgili. Türk opera sanatçısı ve Türkiye'nin ilk profesyonel Müslüman primadonnası olan Suzan Lütfullah, apandisit veya pankreas rahatsızlığı ile hastaneye götürülüyor, ancak arife olduğu için eve gönderiyorlar. Eşinin evde ölmesi üzerine büyük matem yaşayan Lütfullah Bey'in onlarla zamanında ilgi-

lenmeyen, bayram sonrası gelmelerini söyleyen doktoru Kadıköy vapurundan denize attığı biliniyor. Bugün, şiddet eylemlerinin genellikle hastane şartlarının, ekip ve donanımın yeterli olmadığı, genellikle daha fazla baskı altında çalışan, sosyoekonomik açıdan yetersizlikler yaşayan ortamlarda daha fazla rastlandığı gözlemlenmekte (8). Ayrıca, afetlerde veya çatışma, savaş gibi durumlarda sağlık çalışanlarının topluca şiddetin hedefi olma durumları da söz konusu (9).

Sağlık çalışanına şiddetin aile içinde yaşanan şiddete benzer yönleri var. Aile içi şiddet söz konusu olduğunda da bunu sayısal olarak tespit etmek güçleşiyor çünkü genellikle yaşanmış olanların üstü kapatılıyor. Aile kurum olarak yüceltiliyor ve mahremiyeti olan bir alan. Eşler arasındaki ilişki, çocuklarla olan ilişkiler kutsal sayılabiliyor. Ancak bireylerin en çok güven içinde olmaları beklenen bu kurumda yaygın şekilde şiddetin her türüsü yaşanabiliyor (10-11). Aile içi şiddet, kadına şiddet, yaşlıya ve çocuklara şiddet ve istismar toplumların önemsemediği, üzerinde konuşarak önleyici tedbirler almaya çalıştığı ama önleyemediği sosyal sorunlar olarak süregelen (12).

2006-2007 eğitim yılında Türkiye'de 30 bin öğrenci arasında yürütülen bir

Türkiye'de 2013 yılında, 25 ilde, 1.300 sağlık çalışanı ile yapılan ayrıntılı bir araştırmada görüşülenlerin %87'sinin meslek hayatları içinde en az bir kez, %81'inin de son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını göstermiştir. Görüşülenlerin %82'si şiddetle karşılaşma konusunda endişe yaşadığını belirtmiştir. Şiddet uygulayanların %68'i erkek, %32'si kadındır.

araştırmada öğrenciler en büyük sorunlarının sevgisizlik ve ikinci olarak da adalet duygularının zedelenmesi olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamındaki gençlerin %74'ü ailelerinde şiddete maruz kaldıklarını, %65'i de bizzat kendilerinin şiddet uyguladığını belirtmiştir. Bu gençlerin son üç ay içinde %49'unun sözel, %35'inin fi-

ziksel, %27'sinin duygusal, %12'sinin de cinsel şiddet yaşamış oldukları anlaşılmıştır (13). Bunlar oldukça vahim sonuçlardır.

Eğitim sektörü boyutları hiç küçümsemeyecek ciddi bir şiddet alanıdır. Akran şiddeti, mobbing ve öğretmen şiddeti okullarda baş edilemeyen bir sorundur. UNICEF'in dünya genelinde yaptığı araştırmada 13-15 yaş arasındaki çocukların %50'sinin okulda bir tür şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Bu şiddet sonucu bazı çocukların okulu terk ettikleri veya kalıcı kişilik bozuklukları taşıdıkları da belirlenmiştir.

Şiddet Sarmalı

Günümüzde sağlık çalışanlara yönelen şiddet dünyada hüküm süren bir genel şiddet tablosunun parçası. Genel manzaranın içinde hatta küçük kalan ama son derecede önemli bir sosyal ve insani sorun. Sağlık sektöründe yaşanan şiddeti günümüzde toplum genelinde tırmanışta olan şiddet eylemlerinden ve ortamından ayrı düşünmek gerçekçi bir yaklaşım olmamaktadır. Neticede, sağlık kurumlarımız da toplumun bünyesinden çıkan ve toplum bütünlüğü içinde var olan üniteleridir. İçinde yaşadığımız şiddet kültürü tüm kurumlara ve bireysel davranış kalıplarına nüfuz etmektedir. Bizi sarmalayan şiddet halkalarını özetle sayacak olursak, bunların başında uluslararası şiddet eylemleri, devletler arası savaşlar, iç savaşlar, eğitim kurumlarında yaşanan şiddet, aile içi şiddet, sokakta şiddet, iş yeri ortamlarında şiddet, hayvanlara ve doğaya karşı şiddet, çocuk ve yaşlıların istismarı, medya ve iletişim alanında şiddetten söz edebiliriz.

Kolektif toplumsal şiddetin, yüzyılımızın en sarsıcı gerçeklerinden biri olduğu ifade edilmektedir (14). Son yirmi yılı ele alacak olursak komşumuz Irak'ta Körfez Savaşı olarak bilinen savaşta bombalamalar ve diğer eylemler sonucu bir milyona yakın insanın; Suriye iç savaşında ise yarım milyondan fazla insanın öldüğü tahmin edilmektedir (15-16). Bu şiddet ortamından kaçmak için milyonlarca insan zorunlu olarak göç etmiştir. Son yirmi yıl içinde ülkemize 7-8 milyon mültecinin geldiği, hatta bunun neticesinde ülkemizin demografik yapısının değişime uğradığı söylenebilir.



Savaşa dayalı şiddet sadece doğu sınırlarımızda olmayıp, batı sınırlarımızda, Balkanlarda da görülmüştür. 1990'lı yıllarda Yugoslavya'nın dağılması ile Bosna-Hersek'te yaşanan katliamlar dehşet verici idi. Birleşmiş Milletler tarafından korunmasına rağmen, Srebrenitsa'da kadın ve çocuklar dahil sadece bir hafta içinde 8 binden fazla silahsız Bosnalı acımasızca katledildi. Bu tür kitle ölümlerinin ve sıradan vatandaşların şiddet eylemleri sonucu yaşamlarını kaybetmeleri dışında, Saddam Hüseyin'in 2006'da, Kaddafi'nin 2011'de vahşice katledilmeleri, gazeteci Cemal Kaşıkçı'nın 2018'de korku filmlerine taş çıkartacak yöntemlerle katledilmesi bize uluslararası siyasette şiddetin mahiyeti konusunda şüphe bırakmıyor. Bunlar ve benzeri şiddet eylemleri sınırlarımız dışında, hatta sınırlarımız içinde ne kadar yoğun ve acımasız bir şiddet halkası içinde olduğumuzu hatırlatan veriler ve sayılar (17).

Uluslararası analizler, siyasi şiddetin toplumlarda korku ve yılgınlık yarattığı ve depresif bir kültür oluşturduğunu belirtmektedir (18-19). Siyasetin dili ve günlük söylemi de günümüzde şiddet içermektedir. Dünyada siyasi liderler birbirlerine tehdit, aşağılama adedilebilecek hitap tarzları ile toplumda

Sağlık çalışanlarına karşı şiddet eylemlerini ortadan kaldırmak için toplumda var olan tüm şiddet türlerinin ortadan kalkmasını, sağlıklı toplumlarda sağlıklı bireylerin yetişmiş olduğunu beklemek elbette gerçekçi bir yaklaşım olmaz. Ancak en azından daha kolayca sağlanabilecek düzenlemelerle sağlık çalışanlarının istek ve beklentilerine cevap vererek onların şiddetsiz bir ortamda çalışmalarına katkıda bulunabiliriz.

şiddete dayalı iletişim tarzını meşrulaştırmakta ve bu söylemler içselleştirilen örnek davranış tarzları olmaktadır.

Her gün görsel medyada sunulan ve sıradanlaşan cinayet, gasp gibi şiddet eylemlerinin yanı sıra, toplumda popülaritesi ve izlenirliği yüksek dizilerde de ön planda sergilenen şiddet hareketleri sürekli yer almaktadır. Ekranda da olsa bu şiddet eylemlerini izleyenlerin bundan bedensel ve psikolojik olarak etkilendikleri ve sarsıldıkları bilinmektedir. O zaman "Genel İzleyici" kategorisine giren dizi ve filmlerde, hatta çocuk çizgi filmlerinde bile neden bu kadar çok

şiddet sahnesi yer almaktadır? Birçok araştırmacı ve düşünür, şiddetin sağlıksız bir çekiciliği olduğu düşüncesini öne sürmektedirler (20-21).

İnsanlar arası şiddetten ayrı olmakla beraber, insanların hayvanlara ve doğaya karşı giriştikleri şiddet eylemleri de empati eksikliği ve duyarsızlık sergileyen davranışlar olarak toplumlara damgasını vurmaktadır. Hayvanlara karşı şiddet, sadece horoz dövüşleri, köpek dövüşleri, boğa güreşleri veya geçmişte meşru olan ayı oynatma gibi sistemli şekilde yürütülen, hayvanları şiddetin objesi haline getiren organize eylemlerle sınırlı kalmamaktadır. Çoğu avlanma tekniği veya evcil hayvan yetiştiriciliği de insanlığın bencil amaçlarla hayvanları şiddetle sömürmesine dayanır. Bu durum yeni olmayıp, tüm toplumlarda eskiye dayanan geleneklerde örnekleri görmek mümkündür. Günümüzde hayvan hakları savunucuları hayvanlara karşı ihmalen vahşete kadar varan hayvan hakları ihlallerini gözler önüne sermektedir ve çözüm için mücadele etmektedirler (22).

Endüstri sonrası toplumlarda insanlığın muhayyilesinde, Avatar bilim kurgu filminde konu edildiği gibi, uzayda Pandora uydusunda doğa ile uyum içinde yaşayan ve hayatta kalmak amacıyla avlanırken bile etik davranan, barışçıl Na'vi kabilesinin ahlâkına özlem duyulduğunu söyleyebiliriz (23). Böyle bir iddiada bulunurken filmin gösterime çıktığında tüm zamanlar gişe hasılat rekoru kırmış olmasının sadece teknik efektlere dayanmadığı, kolektif bilinçaltımızda çağımızın ruhunda yatan şiddet ve bencilliği sorgulayan bir yön olduğuna işaret etmek istiyorum. Günümüzde şiddet ve savaş karşıtı pek çok kuramsal yaklaşım ve aktivist hareket mevcuttur (24-25-26).

Bu yazıda, özetle dikkate sunduğum şiddet ortamlarını sağlık çalışanlara yapılan şiddet konusunu saptırmak amacıyla değil, sağlık sektöründe gözlemlenen şiddet vakalarının çözümünün daha büyük bir sarmalla iç içe yaşandığını ve uzun vadeli çözümün tüm toplumu ve uluslararası kuruluşları da ilgilendirdiğini vurgulamak için. Şiddetin sıradanlaştığı, olağan ve beklenen bir davranış tarzı olduğu bir çağda topyekûn şiddetten arınmanın bir hedef ve ülkü olması gerektiğini vurgulamak için.

Şiddet denilince tahayyülümüzde canlanan, genellikle insanlar arası fiziksel şiddet olmakla beraber, artık biliniyor ki sözel ve psikolojik şiddet de mağdurlarda uzun süreli yıpratıcı hasarlar bırakabiliyor. Bu tür şiddeti ölçmenin ve sayısal veriye dönüştürmenin büyük zorlukları var. Ayrıca, nerede olursa olsun, cinsel şiddet vakaları da genellikle istatistiklere geçmemekte, ekonomik şiddet ise genellikle bir şiddet türü olarak algılanmamaktadır.

2020'de yaşadığımız COVID-19 pandemisinde, bir taraftan hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının özverili davranışlarından bahsederek konu gündemde tutulurken bir yandan da hak ettikleri manevi takdir ve maddi tazminattan mahrum kalmaları da onlara karşı bir toplumsal şiddet türü sayılabilir. Yıpratıcı mesai saatleri, iş ortamında gerçek dışı beklentiler, elverişsiz çalışma koşulları da onlara yönelmiş bir kurumsal şiddet olarak değerlendirilebilir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet eylemlerini ortadan kaldırmak için toplumda var olan tüm şiddet türlerinin ortadan kalkmasını, sağlıklı toplumlarda sağlıklı bireylerin yetişmiş olduğunu beklemek elbette gerçekçi bir yaklaşım olmaz. Ancak en azından daha kolayca sağlanabilecek düzenlemelerle sağlık çalışanlarının istek ve beklentilerine cevap vererek onların şiddetsiz bir ortamda çalışmalarına katkıda bulunabiliriz.

Kaynaklar

- 1) Keser, Özcan ve Hülya Bilgin, "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme, Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011; 31 (6)
- 2) Violence and Injury Prevention - Violence Against Health Workers. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ (Erişim Tarihi: 13.11.2020)
- 3) UNESCO, Violence and its Causes, Paris, 1981
- 4) Yörükoğlu, Atalay, Gençlik Çağı, Ruh Sağlığı Eğitimi ve Ruhsal Sorunları, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 1986
- 5) Stephens, Wallace, Violence Against Healthcare Workers: A Rising Epidemic, MJH Life Sciences May 12, 2019. <https://www.ajmc.com/view/violence-against-healthcare-workers-a-rising-epidemic> (Erişim Tarihi: 15.11.2020)
- 6) Gürsoy, Akile, Bir Sağlık Sorunu Olarak Şiddet, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2015, sayı 35, sayfa: 66-69 <https://www.sdplatform.com/Dergi/882/Bir-saglik-sorunu-olarak-siddet.aspx>
- 7) Sağlık-Sen AR-GE Birimi, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Ankara. 2013

8) <https://www.hurriyet.com.tr/gunde-150-has-taya-bakarken-hasta-yakinindan-yumruk-yedim-11210907>, 15 Mart 2009 (Erişim Tarihi: 10 Kasım 2020)

9) Cueto, Marcos, Stigma and Blame During an Epidemic, Cholera in Peru 1991, Disease in the History of Modern Latin America – From Malaria to Aids, der. Diego Armus, Duke University Press, 2003.

10) Altınay, Ayşe Gül ve Arat, Yeşim, Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet, İstanbul, 2007.

11) Tezcan, Mahmut, Türkiye'de Töre (Namus) Cinayetleri, Naturel Yay. Ankara, 2003.

12) İstanbul Barosu, Kadın Hakları Merkezi, 8 Mart 2019 Özel Yayını - İstanbul Sözleşmesi (2011), 2019 Kadın Dayanışma Vakfı, Şiddete Karşı Somut Bir Adım: Ankara Gecekondularında Kadınlarla Ortak Bir Çalışma, Ankara 1995.

13) Solak, Adem, TBMM Gençler Arasında Artan Şiddet Eğilimlerini Araştırma Komisyonu Raporu, Ankara 2008.

14) Desjarlais, Robert vd. World Mental Health, Oxford University Press, 1995. "Violence" s.:116-135.

15) https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_wars_by_death_toll (Erişim: 11.11.2020).

16) Graham, David T. & Poku, Nana, "Population Movements, Health and Security, Redefining Security", Redefining Security, Praeger, 1998.

17) Erginsoy, Güliz, "Darfur'da Zorunlu Göç ve Cinsiyete Dayalı Şiddetin Anatomisi", İnsan, Toplum ve Haklar, Bağlam Yayıncılık, 2018.

18) Bennett, Oliver, Cultural Pessimism - Narratives of Decline in the Postmodern World, Edinburgh University Press, 2001.

19) Moisi, Dominique, The Geopolitics of Emotion, The Bodley Head, London, 2009.

20) Simon, David R., Social Problems & the Sociological Imagination - A Paradigm for Analysis, McGraw Hill, 1995.

21) Twitchell, James B., Preposterous Violence, Fables of Agression in Modern Culture, Oxford University Press, 1989.

22) Gündoğdu, Cihangir, The Ainal Rights Movement in the Late Ottoman Empire and The Early Republic: The Society for the Protection of Animals (İstanbul 1912). Der. Suraiya Faroqhi, Animals and People in the Ottoman Empire, Eren, İstanbul 2010.

23) Avatar: Yönetmen James Cameron'ın 2009 ABD Yapımı Bilim Kurgu Filmi.

24) Moorehead, Caroline, Troublesome People - The Warriors of Pacifism, Adler & Adler Publishers, 1987.

25) Cornish, Paul, Controlling the Arms Trade - The West Versus the Rest, Bowerdean Publishing Company Ltd. 1996.

26) Fromm, Erich, Sağlıklı Toplum, Doğu Matbaası, 1982.

Sağlıkta şiddetin belirleyicisi ve/ya önlemi olarak sağlık sistemlerinin cevap verebilirliği

Prof. Dr. Osman Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'na geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonuçlarına göre 2019 yılında her üç vatandaşımızdan en az ikisi kamu sağlık hizmetlerinden memnundur (1). Sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi son altı yıl boyunca her yıl eğitim ve adalet hizmetlerinden daha yüksek çıkmıştır. Bu gerçeğe rağmen sağlık personeline yönelik şiddetin tüm diğer sektörlerden daha fazla olması da bir başka gerçektir. Hekime, hemşireye, diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberleri medyadan hiç eksik olmamakta, ölümle sonuçlanan olaylar sıradanlaşmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalar da sağlıkta şiddetin artmakta olduğunu ve boyutlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

İnsanlar sağlık hizmetlerinden memnun oldukları halde bu hizmetleri sunanlara neden saldırmakta, şiddet uygulamaktadır? Bu sorunun en kestirme yanıtı "kendisinin veya yakınının fiziksel, psikolojik sorunu nedeniyle kırılabilirliği zaten artmış olan bireylerin hizmetin sunulduğu biçimi karşısında tahammülsüzlüğü ya da tatminsizliği"

şeklinde verilebilir. Ancak, ezbere dayanan bu yanıt yeterli değildir.

Adalet hizmetlerinden yararlananların sorunları ve kırılabilirliği de fazla olduğu halde bir yargıcın ya da adliye görevlisinin saldırıya uğraması, dayak yemesi çok ender görülen, olağan dışı olaylardır. Üstelik sadece ülkemizde değil başka ülkelerde yapılan çalışmalar da sağlık sektöründe çalışanlara yönelik şiddetin tüm sektörlerden çok daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu sorunun yanıtını daha derinde aramak gerekir.

Çalışma Hayatında Şiddetin Tanımı ve Türleri

İş yerinde çalışanlara yönelik şiddet önemli bir iş sağlığı sorunudur. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) tanımına göre "Fiziksel, psikolojik, cinsel veya ekonomik zarar verme amacıyla yapılan, böyle bir zarara neden olan ya da neden olabilecek olan, bir ya da daha fazla kez yapılan, kabul edilmesi mümkün olmayan her türlü davranış, tehdit veya uygulama" şiddet ve taciz anlamına gelmektedir (2). Bu tanıma uyan olayların sadece işin yapılması sırasında değil iş ortamında iken yemek

yeme, soyunma-giyinme ya da dinlenme anında; işin parçası olarak yapılan eğitimler, seyahatler, geziler, sosyal faaliyetler sırasında; işle ilgili iletişim süreçlerinde, işveren tarafından sağlanan konaklama ortamlarında olması da iş yerinde şiddet ve taciz olarak değerlendirilmektedir.

ILO tanımına benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre de iş ortamında çalışanlara yönelik olarak yapılan her türlü istismar, tehdit veya saldırı türünden olaylar çalışana yönelik şiddet olarak sınıflanmaktadır ve 90'lı yıllardan itibaren pek çok gelişmiş ülkenin bu sorunu önleme amaçlı ulusal rehberler yayınlamaya başlamıştır. (3, 4)

Çalışanlara yönelik şiddetin türleri ve kaynakları konusunda çeşitli sınıflamalar bulunmaktadır. Çok genel bir sınıflamaya göre şiddetin türleri fiziksel, sözel ya da cinsel olabilmektedir. Şiddetin kaynağına göre yapılan sınıflamalarda ise sağlık çalışanlarına yönelik şiddet 4 ya da 5 grupta toplanmaktadır. ABD hastalık kontrol merkezi CDC tarafından yapılan ve yaygın kullanılan bir sınıflamaya göre, Tip I: suç amaçlı ya-



bancılardan (hırsızlık, soygun, tecavüz gibi), Tip II: sağlık hizmeti alanlardan, Tip III: çalışanlardan, Tip IV: bireysel ilişkilerden (hemşirenin-doktorun eşi, vb.) kaynaklanan şiddet şeklinde 4 grupta toplanmakta iken (5) bir başka sınıflamada bunlara ek olarak beşinci tip olarak "ideolojik kaynaklı" şiddete de yer verilmektedir. (6)

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sıklığı: Dünyada ve Türkiye

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin niteliği ve miktarı toplumsal özelliklere, sağlık kuruluşunun çeşidine, hedef aldığı sağlık personelinin özelliklerine, şiddeti uygulayanların kimliğine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin acil servislerdeki, psikiyatri kliniklerindeki veya yaşlı bakım evlerindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, farklı nitelik ve boyutlarda olduğu gibi hemşireye, doktora ya da paramediklere yönelik şiddet de şekil, miktar ve neden olarak farklılık gösterebilmektedir. O nedenle sağlıkta şiddet araştırmalarında hedef gruplara özgü yöntemler kullanılması ve özgün bulgular elde edilmesi önem taşımaktadır.

Bu konudaki yayınlar incelendiğinde hastalar ve ziyaretçilerden kaynakla-

nan sağlık personeline, örneğin hemşirelere yönelik yıllık şiddet prevalansının Tayland'da %2,75 iken (7), ABD'de %74,42 (8), İngiltere'de %88,31 (9) gibi farklı düzeylerde olabildiği, bu farklılıkların araştırmalarda incelenen şiddetin niteliği, hizmet sunulan sağlık kuruluşunun ve toplumun özellikleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Araştırmalarda kullanılan yöntem farklılıklarının da şiddet konusundaki sıklık farklılıklarına neden olabileceğini unutmamak gerekir.

Hekimlere yönelik şiddet ile ilgili bir meta-analiz çalışmasında prevalansın %69 olduğu dikkati çekmektedir. (10) ABD'de 2017 yılında resmi istatistiklerden yararlanılarak yapılan bir çalışma sonucuna göre özel sektörde sağlık çalışanlarının görevleri sırasında gördükleri şiddet nedeniyle yaralanma riski diğer özel sektör iş kollarında çalışanlardan 5 kat daha fazladır (11). Gene ABD'de 2018 yılındaki acil servislerde çalışan 3.539 hekimin katıldığı bir çalışmaya göre hasta veya yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranı %47'dir (12). Ülkemizde de durum çok farklı değildir. Sağlık-Sen tarafından ülke düzeyinde yapılan bir araştırma sonuçlarına göre son bir yıl içerisinde en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten sağlık çalışanlarının oranı

Gerek ülkemizde gerek diğer ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerine bakıldığında önemli bir kısmının kurumsal organizasyon ve yönetim sorunlarından kaynaklandığı, bir kısmının ise hizmet alanların ruhsal ve mental durumları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Şiddet nedeni olarak sağlık çalışanlarının sıraladığı ruhsal ve mental sorunlar dışındaki nedenlerin neredeyse tamamının sağlık sistemlerinin cevap verebilirliğini tanımlayan bileşenlerle örtüştüğü dikkati çekmektedir.



Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusu ile mücadele sırasında sistemlerin cevap verebilirliğinin rolünü inceleyen bir çalışma bulunmamakla birlikte cevap verebilirlik bileşenlerinin, çeşitli araştırmalarda saptanan şiddet nedenlerini ortadan kaldıracı nitelikte olduğu ortadadır. Kaldı ki cevap verebilirlik koşullarının tam olarak gerçekleştirilmesi şiddetin olmadığı sistemlerde bile gereklidir.

%81,6'dır. Son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı ise %23,7'dir (13).

Ülkemizi temsil eden bir örnekleme ile seçilen 12.944 sağlık çalışanı arasında gerçekleştirilen bir başka çalışmada son bir yıl içerisinde herhangi bir tür şiddetle karşılaştığını belirtenlerin oranı %44,7, fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı ise %6,8 bulunmuştur (14). Yapılan bir sistematik derlemede; ülkemizde hemşirelerin %17,7'sinin fiziksel, %71,6'sının sözel ve fiziksel şiddete, doktorların %13,4'ünün fiziksel, %71,1'inin sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (15). Bir kamu hastanesi çalışanları arasında yapılan çalışma sonuçlarına göre fiziksel şiddete maruz kalma oranının hemşirelerde hekimlere ve diğer sağlık personeline göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (16).

Yakın zamanda yapılan ve 30 ülkeden 61.800 sağlık profesyonelinin kapsayan bir meta-analiz çalışmasında hasta ve yakınlarından sağlık personeline yönelik fiziksel şiddet için yıllık prevalansın %19,33 olduğu saptanmıştır (17). Yani sağlık sektöründe çalışan her beş kişiden biri, bir yıl içerisinde fiziksel şiddet mağduru olmaktadır. Aynı çalışmada alt grup analizleri sonucuna göre hem-

şireler hekimlerden, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlar birinci basamaktakilere, kentsel kesimdeki sağlık kuruluşlarında çalışanlar kırsal kesimdekilerden daha fazla şiddetle karşılaşmaktadır. Görüldüğü gibi sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, görülme sıklığı ve şekli açısından toplumlara göre, sağlık kurumlarının niteliğine ve sağlık personelinin özelliklerine göre çok farklılık göstermekle birlikte küresel düzeyde önemli bir sorundur.

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

En azından bizim ülkemizde toplumun büyük kesimi sağlık hizmetlerinden memnun olmakla birlikte memnun olmayan azınlığın sık sık şiddete başvurduğu, şiddet olaylarının ölümle bile sonuçlanabildiği ortadadır. Bu durum sağlık personeline yönelik şiddetin nedenlerinin ayrıntılı biçimde incelenmesini gerektirmektedir. Başka ülkelerde yapılmış çalışmalarda sağlık kuruluşlarının kalabalık ve gürültülü olması, sağlık personelinin yetersizliği, bekleme sürelerinin uzunluğu, muayene sürelerinin kısa olması şiddet sıklığını artıran risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır (18-20). Kapsamlı bir sistematik derleme sonuçlarına göre hekimlere yönelik şiddet nedenleri olarak "mahrumiyet bölgelerinde görev yapıyor olma", "ye-

tersiz personelle çalışma", "hasta ve yakınlarındaki ruhsal sorunlar", "yetersiz güvenlik önlemi" ön plana çıkmakta, erkek hekimlerin fiziksel, kadın hekimlerin ise sözel şiddete daha çok maruz kaldıkları dikkati çekmektedir (10).

Benzer şekilde ülkemizde yapılan çalışmalarda da kalabalık ve gürültülü ortamlar, hastaneye uygun olmayan mimari, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri ile yetersiz güvenlik ve polis desteği önemli sorunlar arasında sayılmıştır (21). Şiddetin hasta ve yakınları ile ilgili başlıca nedenleri olarak tıbbi gereklilikle çatışan istekleri, düşük eğitim düzeyleri, çalışanlara karşı güvensizlikleri, stresli duygu durumları ve medyadan etkilenmeleri gösterilmektedir (22). Çalışanların iletişim problemleri, kişisel sorunları, yorgunluğu, krizleri yönetmede yetersizlikleri de nedenler arasında görülmektedir (23). Sağlık-Sen tarafından yapılan araştırmaya göre şiddetin nedenleri sırasıyla, "kendinde hak olarak görme", "izlenen sağlık politikaları", "hastalık psikolojisi", "ihmal edildiğini düşünme", "kötü iletişim, yanlış anlaşılma", "tedaviden memnuniyetsizlik", "uzun bekleme süreleri", "alkol/ilâç etkisi altında olma" şeklinde bulunmuştur (13).

Yakın zamanda yayınlanan ve ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre sağlık personelinin karşılaştıkları şiddet nedenleri olarak sırasıyla, "önleyici yasal düzenleme ve güvenlik önlemlerinin yetersizliği", "hizmet alanların hasta haklarına yapılan vurgudan etkilenmeleri", "hizmetlerin yönetim ve organizasyonundan kaynaklanan aksaklıklar", "sistem kaynaklı sorunların çalışan kaynaklı olduğu algısı", "sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz haberler" sayılmış, son sırada ise "sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen aşırı yaklaşım" yer almıştır (24).

Türkiye'de sağlık çalışanlarının şiddeti yetkililere bildirme, raporlama oranları oldukça düşüktür. Bir çalışmada şiddeti raporlama oranı %26,8, başka bir çalışmada %24 olarak belirtilmiştir. (21, 25) Sağlık-Sen tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre çalışanların %43,54'ü şiddetle karşılaşmaları halinde nasıl raporlayacaklarına ilişkin bilgi sahibi olmadıklarını, %46,69'u ise çalıştıkları yerde şiddeti önleme amaçlı bir önlem bulunmadığını belirtmiştir (13).

Şiddetin nedenleri konusunda yapılan çalışmalar ağırlıklı olarak şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarından toplanan verilere dayanmakta, şiddeti yapanların hangi duygu ve düşüncelerle şiddete başvurduğu konusunu inceleyen çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Bu konuda Çin'de 12 hastanede hizmet alan 5.556 kişi ile görüşülerek sağlık hizmeti alırken önemli bir sorunla karşılaştıklarında ne yapacakları sorulduğunda %32,5'inin hastane yönetimine şikâyet, %26,3'ünün hukuki yollara başvuru, %19,6'sının hekimlerle yüz yüze görüşme, %9,7'sinin medyaya şikâyet, %7,4'ünün üçüncü şahıslardan yardım, %1,5'inin ise şiddet yoluna başvuracağı ifade edilmiştir. Şiddete başvuracağını ifade edenlerin yüzdesinin son derece düşük olduğu, bu yanıtı verenlerin daha çok erkek ve ekonomik durumu iyi olanlar olduğu görülmüştür (26).

ABD'de en sık şiddet olayının görüldüğü acil servislerdeki hekimlerin ifadesine göre yaşanan fiziksel şiddet olaylarının yarıya yakını uyuşturucu ilâç talebinde olan ya da uyuşturucu/alkol etkisinde olan kişiler, %40'yakın kısmı da psikiyatrik sorunu olan hastalar tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırma grubunun %85'i hastaların uygunsuz talep ve istekleri ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Bu oran kadın hekimler için %96, erkekler için %80 bulunmuştur. Alınması gereken önlem olarak grubun %49'u güvenlik önlemlerinin artırılmasını önermiştir (27). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedenlerinin de toplumlara, sağlık kuruluşunun türüne, personelin özelliğine göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Şiddet ve Sağlık Sistemlerinin Cevap Verebilirliği

Gerek ülkemizde gerek diğer ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerine bakıldığında önemli bir kısmının kurumsal organizasyon ve yönetim sorunlarından kaynaklandığı, bir kısmının ise hizmet alanların ruhsal ve mental durumları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Şiddet nedeni olarak sağlık çalışanlarının sıraladığı ruhsal ve mental sorunlar dışındaki nedenlerin neredeyse tamamının sağlık sistemlerinin cevap verebilirliğini tanımlayan bileşenlerle örtüştüğü dikkati çekmektedir. Bu noktada ülkemizde ihmal edilmiş olan sağlık sistemlerinin

cevap verebilirliği konusu üzerinde durmak, cevap verebilirlik kavramının hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi kavramlarından farklı bir kavram olduğunu hatırlamak gerekir.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet konusu tamamen hizmet alanların beklentileri ile ilişkili bir konudur. Beklenti düşük ise memnuniyet yüksek çıkmaktadır ve tersi de doğrudur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin performansı değerlendirilirken sistemden memnuniyetin değil de sistemin cevap verebilirliğinin ölçülmesi daha doğru bir yöntemdir (28). Nitekim ülkemizde memnuniyetin yüksek olmasına rağmen sağlık personeline yönelik şiddetin fazla olması belki de bu yüzdendir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ilk kez 2000 yılında önemli bir sistem değerlendirme ölçütü olarak kullanılmaya başlanan cevap verebilirlik, sağlıkla ilgili ihtiyaçlar konusuna sistemin nasıl cevap verdiğinin ölçüsü değil, tersine, sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda toplumun ve bireylerin beklentileri ile ne ölçüde uyumlu olduğunun göstergesidir. Herhangi bir sorunu nedeniyle sağlık hizmet sistemine başvuran bir bireyin hizmet sürecindeki tüm etkileşimlerinin? iki boyutu bulunmaktadır. Biri, bireye sunulan sağlık hizmetinin tıbbi boyutu, diğeri ise bu hizmetin nerede, hangi koşullarda ve nasıl sunulduğu konusudur. Sunulan hizmetin bilimsel kanıtlar açısından en doğru ve duruma en uygun hizmet olması, hatasız sunulması, bireyin "iyi olma" durumu için gerekli, ancak, her zaman yeterli değildir. Hizmeti sunan kişilerin hizmeti alanla kurdukları ilişkinin niteliği, hizmetin sunulduğu ortamın rahatlığı ve özellikleri de en az bilimsel doğruluk ve uygunluk kadar önem taşımaktadır. İşte bu özelliklere "cevap verebilirlik" denilmektedir. Sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliğinin, etkinlik, verimlilik, kalite, memnuniyet gibi ölçülmesi ve izlenmesi gerekmektedir (29).

Cevap verebilirlik, sağlık durumundaki düzelmelerden farklı olarak önemli bir yatırım gerektirmeyen ve hızlı sonuç alınabilen bir kavramdır. Cevap verebilirliğin tüm öğeleri temel insan hakları ile ilişkili olmanın yanı sıra, bazı durumlarda hastalar için sağlık durumundaki düzelmelerden bile daha değerli olabilmektedir.



Sağlık sistemlerinin cevap verebilirliği en basit şekilde kişinin birey olarak gördüğü saygı ve yakın çevresinin, ailesinin hizmet sunulan yere ilişkin değerlendirmeleri ile ölçülebilmektedir (30). Kişinin birey olarak gördüğü saygı denilince, insanlık onuruna duyulan saygı, ilişkilerin mahremiyetine gösterilen saygı ve bireyin verilecek kararlar konusundaki özerkliğine gösterilen saygı anlaşılmalıdır. Hiç kimsenin sağlık sorunları nedeniyle küçümsenmesi, aşağılanmaması, dışlanmaması, kişisel bilgilerinin gizliliğinin ihlal edilmemesi, yapılacak tedaviler, işlemler konusunda görüşünün alınması, söz hakkına saygı duyulması her sistemin temel özellikleri arasında yer almalıdır.

Öte yandan hizmete ihtiyacı olan bireylerin bu hizmetlere en kısa sürede ulaşabilmeleri, istedikleri hizmet sunucusunu seçebilmeleri, hizmeti alırken aile-arkadaş gibi sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini aynı kalitede sürdürebilmeleri, hizmet aldıkları mekanlardaki temizlik, havalandırma, insani ihtiyaçların karşılanması gibi ortam özelliklerinin yeterliliğinin sağlanmış olması da gerekmektedir.

Özet olarak, sağlık hizmeti almak için sistem içerisine giren herhangi bir bireyin sistem dışında sahip olduğu her türlü saygılık, konfor ve sosyal çevre özelliklerinin sistem içerisinde sağlanmış, hatta, daha nitelikli bir şekilde sağlanmış olması gerekir.

Sağlık hizmeti sunan sistemi iyi değerlendirebilmek için olabildiğince objektif, bu nedenle de bireysel farklılıklardan fazla etkilenmeyen (örneğin bekleme süresi ölçümü gibi) yöntemlere ihtiyaç vardır. Bir başka önemli nokta da hedef grubun kimler olduğu konusudur. Ölçümler, tüm toplumdan, herhangi bir nedenle hizmet almış olanlardan ya da özel bir konuda hizmet almış olanlardan yapılabilir ve doğal olarak farklılıklar gösterebilir.

Dünya Sağlık Örgütü sistemlerin cevap verebilirlik ölçümlerinin düzenli olarak ve ortak bir yöntemle ölçülmesi, izlenmesi amacıyla önem taşıyan alanları belirlemiş ve bu amaçla ölçekler geliştirmiştir. Buna göre cevap verebilirlik ölçümlerinde önem taşıyan alanlar ile neleri kapsamaması gerektiği şu şekilde sıralanmaktadır: (31, 32)

- **Sunucu seçme özgürlüğü:** Hekimi ya da hizmeti sunacak kişiyi seçme özgürlüğü.

- **Anında ilgi:** İhtiyaç duyulan hizmete erişim hızı ve bekleme sürelerinin kısalığı.

- **Hizmet mekanının niteliği:** Hizmet alınan ortamın temel insani ihtiyaçlara uygunluğu.

- **Sosyal desteklere erişim:** Aile, arkadaşlar ve dış ortamlarla ilişkileri sürdürebilme, sosyal ilişkilerin, dini ihtiyaçların

gereğini yerine getirebilme olanakları.

- **İletişim:** Hasta ve hizmet sunucuları arasındaki iletişimin açıklığı ve rahatlığı.

- **Özerklik:** Bireyin bakım ve tedavisi konusundaki kararlara katılımının sağlanması.

- **Gizlilik:** Bireyin sağlık durumu ve aldığı hizmetlere ilişkin bilgilerin mahremiyeti.

- **Saygınlık:** Tedavi ve iletişimde insan onuruna yaraşır, gerekli saygıyı görme.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 29'u Avrupa bölgesinden olmak üzere toplam 69 ülkede ambulator hizmetler ile yatış hizmetleri konusunda yürütülen ayrıntılı çalışmalarda, hasta beklentileri ile cevap verebilirlik arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle hizmet alanlar aldıkları hizmet konusundaki deneyimlerini değerlendirirken aynen memnuniyet ölçümlerinde olduğu gibi beklentilerinin etkisi altında kalmaktadır ve bu etki önemli bir etkidir. Bu etkiyi gidermek amacıyla cevap verebilirlik ölçümlerinin beklenti düzeylerine göre ayarlanarak/standardize edilerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Standardizasyon özellikle cevap verebilirliğin "sunucu seçme özgürlüğü", "anında ilgi" ve "iletişim" boyutları için önem taşımaktadır (33-35).

Ülkelerin sağlık harcamalarının miktarı ile cevap verebilirlik arasında ilişki bulunmuş olmakla birlikte bu ilişki tartışmalıdır. Özellikle kamu harcamalarının fazla olduğu ülkelerde durumun daha iyi olduğu, sağlık güvence kapsamının ve hakkaniyetin azalması ile birlikte cevap verebilirlik puanlarının da düştüğü görülmektedir (36).

Sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmenin önemli araçları olarak hasta memnuniyeti, hasta deneyimleri ve cevap verebilirlik ölçümlerinin her birinin ayrı bir değeri bulunmaktadır. Ne var ki, bu ölçümler için kullanılacak anketler, soru formları, değerlendirilecek hedef grupların belirlenmesi ve örnekleme yöntemleri, var olan ölçeklerin tercümesi ve kültürel uyarlanması gibi pek çok yöntemsel ayrıntılar nedeniyle bugün için hiçbirinin tam anlamıyla işe yarar sonuçlar verdiğini söylemek de mümkün değildir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile mücadele sırasında sistemlerin cevap verebilirliğinin rolünü inceleyen bir çalışma bulunmamakla birlikte cevap verebilirlik bileşenlerinin, çeşitli araştırmalarda saptanan şiddet nedenlerini ortadan kaldırıcı nitelikte olduğu ortadadır. Kaldı ki cevap verebilirlik koşullarının tam olarak gerçekleştirilmesi şiddetin olmadığı sistemlerde bile gereklidir. Bunun ötesinde sağlık yöneticilerinin şiddet kaynağına yönelik düzenlemeleri yapmaları, şiddet olaylarını anında ve standart bir şekilde raporlamaları, çalışanları ne yapılması gerektiği konusunda eğitmeleri ve yeterli güvenlik önlemlerini almaları zorunludur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulamaları için caydırıcı cezaların verilmesi, bu amaçla yasal düzenlemelerin yapılması ise bu konunun olmazsa olmaz koşuludur.

Kaynaklar

- 1) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33729> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
 - 2) ILO. *Safe and Healthy Working Environments Free from Violence and Harassment* - Geneva: ILO 2020.
 - 3) diMartino V. *Workplace Violence in the Health Sector: Relationship Between Work Stress and Workplace Violence in the Health Sector*. ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva, 2003.
 - 4) Wiskov C. *Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector: Comparison of Major Known National Guidelines and Strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California)*. Geneva, 2003.
- https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2020).

- 5) https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit1_5 (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
- 6) <https://www.everbridge.com/blog/five-types-workplace-violence/> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
- 7) Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. *Workplace Violence Directed at Nursing Staff at a General Hospital in Southern Thailand*. J. Occup. Health 2008;50:201–207.
- 8) May DD, Grubbs LM. *The Extent, Nature, and Precipitating Factors of Nurse Assault Among Three Groups of Registered Nurses in a Regional Medical Center*. J. Emerg. Nurs. JEN O_. Publ. Emerg. Dep. Nurses Assoc. 2002;28:11–17.
- 9) Nijman H, Bowers L., Oud N, Jansen G. *Psychiatric Nurses' Experiences with Inpatient Aggression*. Aggress. Behav. 2005;31:217–227.
- 10) Nowrouzi-Kia B, Chai E, Usaba K, vd. *Prevalence of Type II and Type III Workplace Violence Among Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis*. Int J Occup Environ Med 2019;10:99–110. doi:10.15171/ijoem.2019.1573.
- 11) <https://www.nbcnewyork.com/investigations/violence-toward-e-r-nurses-and-doctors-is-the-dirty-little-secret-of-health-care/2296617> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
- 12) American College of Emergency Physicians. *2018 ACEP Emergency Department Violence Poll Results*. <https://www.emergencyphysicians.org/globalassets/files/pdfs/2018acep-emergency-department-violence-pollresults-2.pdf> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
- 13) Sağlık-Sen AR-GE Birimi. *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları-20, 2013*. <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
- 14) Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Barışkin E, vd. *Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study*. J Interpers Violence 2015;32:1-21.
- 15) Keser Özcan N, Bilgin H. *Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme*. Türkiye Klin J Med Sci. 2011;31(6):1442-1456. doi:10.5336/medsci.2010-20795.
- 16) Demirci Ş, Uğurluoğlu Ö. *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Bir Kamu Hastanesi Örneği*. ACU Sağlık Bil Derg 2020; 11(1):89-97.
- 17) Yi-Lu Li, Rui-Qi Li, Dan Qiu and Shui-Yuan Xiao. *Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 299; doi:10.3390/ijerph17010299.
- 18) Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usaba K, Chen A. *Antecedent Factors in Different Types of Workplace Violence Against Nurses: A Systematic Review*. Aggress. Violent Behav. 2019;44:1–7.
- 19) Hills DJ, Joyce CM. *Personal, Professional, and Work Factors Associated with Australian Clinical Medical Practitioners' Experiences of Workplace Aggression*. Ann. Occup. Hyg. 2013;57:898–912.
- 20) Thomas JA, Thomas JJ, Paul AB, vd. *Medical Vandalism: Awareness and Opinions; Beyond The Clinician's window*. J Family Med Prim Care. 2019;8(12):4015–4020. Published 2019 Dec 10. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_830_19.
- 21) Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B. *Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı*. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(4):147-152.
- 22) Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı FM, Öztürk D,

Sönmez MB, Kavalcı C. *Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet*. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2011;11(3):110-114.

23) Şengül C, Şimşek D, Serinken M. *Acil Serviste Şiddet Yönetimi*. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2009;9(3):139-143.

24) Yıldız MS. *Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019;22(1): 135-156.

25) Sönmez M, Karaoğlu L, Egri M, Genç MF, Güneş G, Pehlivan E. *Prevalence of Workplace Violence Against Health Staff in Malatya*. Bitlis Eren University Journal of Science and Technology 2013;3(1): 26-31.

26) Du Y, Wang W, Washburn DJ, vd. *Violence Against Healthcare Workers and Other Serious Responses to Medical Disputes in China: Surveys of Patients at 12 Public Hospitals*. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):253. Published 2020 Mar 26. doi:10.1186/s12913-020-05104-w.

27) American College of Emergency Physicians. *2018 ACEP Emergency Department Violence Poll Results*. <https://www.emergencyphysicians.org/globalassets/files/pdfs/2018acep-emergency-department-violence-pollresults-2.pdf> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).

28) Busse R. *Understanding Satisfaction, Responsiveness and Experience with the Health System*. İçinde: Papanicolas I, Smith P. *Health System Performance Comparison: An Agenda For Policy, Information and Research*, McGraw-Hill Education, 2013. ProQuest Ebook Central.

29) Hayran O. *Cevap Verebilirlik ve İnsan Odaklı Olmak*. İçinde: Hayran O. *Kanıtı Dayalı İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi*, Yüce Yayın, 2016, s:88-90.

30) Valentine NB, Darby C, Bonsel GJ. *Which Aspects of Non-clinical Quality of Care are Most Important? Results from WHO's General Population Surveys of "Health Systems Responsiveness" in 41 Countries*. Soc. Sci. Med. 2008;66(9):1939e-1950.

31) Gostin L, Hodge J G, Valentine N, Nygren-Krug H. *The Domains of Health Responsiveness: A Human Rights Analysis*. Health and Human Rights Working Paper Series No. 2, World Health Organization, Geneva, 2003.

32) Letkovicova H, Prasad A, La Vallee R, Valentine N, Adhikari P, Heide GW. *The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-Country Survey Study*. World Health Organization, Geneva, 2005.

33) Busse R. vd. *Being Responsive To Citizens' Expectations: The Role of Health Services in Responsiveness and Satisfaction*. İçinde: M. McKee and J. Figueras (eds) *Health Systems: Health, Wealth and Societal Well-being*. Maidenhead: Open University Press/ McGraw-Hill, 2012.

34) Üstün TB, vd. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*. Geneva: World Health Organization (GPE Discussion Paper 37), 2001. <http://www.who.int/responsiveness/papers/gpediscpaper37.pdf>, (Erişim Tarihi: 01.10.2020).

35) Üstün TB vd. *The World Health Surveys*. İçinde: C. J.L. Murray ve D.B. Evans (eds) *Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 2003.

36) Valentine NB. vd. *Health Systems Responsiveness: A Measure of the Acceptability of Health Care Processes and Systems from the User's Perspective*. İçinde: P.C. Smith vd. (eds) *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

Hekim Hakları Derneği'nin sağlıkta şiddete bakışı

Prof. Dr. Adem Akçakaya



1990 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1995 yılında genel cerrahi ihtisasını tamamladı. 2007'de genel cerrahi doçenti oldu. 2013'te profesör oldu. Okmeydanı EAH ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi (BVÜ) Hastanesinde başhekimlik, Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi ve Şişli Etfal E.A.H.'de Klinik şefliği yaptı. Halen BVÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı, Palyatif Bakım ve Organ Nakli Merkezlerinin müdürü, Bezmialem Science Dergisi Baş Editörü ve Fitoterapi Merkezi eğitmeni olan Dr. Akçakaya aynı zamanda Hekim Hakları Derneği Başkanı'dır.

Dr. Mustafa Şener



1979 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1981-1985 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi ihtisası yaptı. 1988-2008 yılları arasında İstanbul E.A.H'de başasistan, şef yardımcısı ve klinik şefi olarak çalıştıktan sonra 2008 yılında kendi isteği ile emekli olarak 11 yıl kadar da Medipol Grubu Hastanelerinde görev yaptı. 2019 yılından itibaren serbest hekim olarak çalışmakta olup halen Hekim Hakları Derneği Başkan Yardımcısı'dır.

Hekim Hakları Derneği (HHD); evrensel, milli ve manevi değerlere sahip, meslektaşlarının ve hastalarının haklarını önemseyen, bilimsel ve sosyal ortak çalışmalar yapmayı hedeflemiş, hekimlik mesleğinin itibarını ve onurunu ön planda tutan, sağlık çalışanlarının da haklarını gözetip ve gelecek kuşaklara önderlik edebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip, mesleğine ve etik değerlere gönülden bağlı hekimlerden oluşan bir sivil toplum örgütüdür. HHD; sağlık alanında sorunları çözmeyi ve hekimlerin haklarını savunmayı kendine ana ilke edinmiştir. HHD olarak geçtiğimiz yıl içerisinde meslektaşlarımız arasında yaptığımız bir anket çalışması sonucu; öncelikli olarak hekimlerin 5 önemli sorununun olduğunu tespit ettik. Bunlar; sağlıkta şiddet sorunu, hekimlerin itibar kaybı, özlük haklarında gerileme ve maddi gelir kaybı, malpraktis konusu ve buna bağlı tazminat meseleleri ile emek sömürüsü problemleri idi.

Bunlar içerisinde en çok zikredilen ve birinci sırada yer alan "sağlıkta şiddet"

sorunuydu. 12.944 sağlık çalışanı üzerinde yapılan "sağlıkta şiddet" ile ilgili başka bir araştırma da son bir yıl içerisinde her iki sağlık çalışanından birinin şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Bunların %10'u fiziksel şiddetti. Türü ne olursa olsun şiddet, çalışma ortamının huzurunu ve barışını, çalışanların motivasyonunu bozan, verimi azaltan, güveni zedeleyen, işlevselliği düşüren bir olgudur. Şiddeti önleyici politikalar ve önlemler ile çok daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacağı, hasta ve çalışan memnuniyetinin artacağı bilinen bir gerçektir. Şiddetin söz konusu olmadığı bir toplumda hasta ve hekim ilişkileri karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış içerisinde yürütülebilir. Böyle bir ortamda hekimler de her yönden kendini geliştirebilir ve hastalara verdiği hizmetin kalitesi artar.

Hekim Hakları Derneği olarak 23 Şubat 2020'de Türkiye Sağlık STK'ları Platformunun (TÜSEP) çatısı altında siyasi ve kurumsal bağlantılardan bağımsız şiddet sorununa odaklanmak ve çözüm üretebilmek için "Sağlıkta Şiddet" tüm yönleri ve tüm taraflarıyla inceleyip sebep-sonuç ilişkisi içerisinde çözüm

önerilerini sunabilmek amacıyla "Sağlıkta Şiddetin Nedeni ve Çözüm Önerileri" çalıştayı gerçekleştirdik.

Bu çalıştayda; öncelikli olarak dünyada sağlıkta şiddetin durumu gözden geçirildi. Ülkemizdeki durumun birkaç ülke hariç diğer dünya ülkelerinden maalesef daha vahim olduğu vurgulandı. Adli makamlara yansımaları çok daha fazla sağlıkta şiddet olgusu olduğu, birçoğunun resmi kayıtlara yansımadağı tespit edildi. Mevcut mevzuata göre şikâyet prosedürlerinin çok uzun olduğu, şiddeti uygulayana ciddi ve caydırıcı yaptırımların yapılmadığı, bunun da şiddet uygulayanları cesaretlendirdiği belirtildi. Bu çalıştayda ayrıca; sağlıkçıların davranışlarının etkisinden tutunda hasta ve hasta yakınlarının davranışına, toplumda dini ve ahlaki değerlerin erozyona uğramasına, uygulanan eğitim sisteminin etkisinden medyanın rolüne, sağlık mevzuatının etkisinden, devlet erkinin olaya bakış açısına, sağlık yönetimi ve yöneticisinin davranışlarına kadar şiddetin oluşmasında rol oynayan tüm etkenler gözden geçirildi. Sonuç olarak;

1. Toplumda dini ve ahlaki değerlerin erozyona uğramasından dolayı, aile içinde başlayan ve her türlü canlıya karşı uygulanan şiddetin ve şiddete eğilimin artmış olmasından kişilerin sağlık çalışanlarına karşı da çok kolay şiddet uygulayabildiği,

2. Yazılı ve görsel basın organlarının ve sosyal medyanın şiddet olaylarını sürekli gündeme getirmesinin şiddet olaylarında artışa neden olduğu,

3. Yine yazılı ve görsel basında, sosyal medyada sağlık çalışanlarına karşı oluşturulan yoğun negatif algının, yargı süreci bitmemiş ve bilimsel dayanak-tan yoksun ithamların kişileri olumsuz yönde şartlandırarak şiddete eğilimi artırdığı,

4. Sağlık okur-yazarlığının toplumu-muzda yeteri kadar gelişmemiş olma-sının hekim, sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakını arasında sürtüşmelere, gerginliğe yol açarak şiddete yol aç-tığı,

5. Hekimlere ve sağlık çalışanlarına “iletişim ve iletişim teknikleri” ile ilgili eğitim verilmemesinin davranış biçi-minde yanlışlığa yol açarak taraflar arasında gerginliğe ve şiddete sebep olduğu,

6. Mevzuatta, fiziki mekânda, teknik altyapıda, donanımda olan eksiklik ve aksaklıklardan sağlık çalışanlarının suçlamasının gerginliği artırarak kişileri şiddete yönelttiği,

7. Sağlık kurumlarında tek yönlü yö-netim anlayışının, sağlık çalışanına karşı yönetim tarafından sürekli hasta ve hasta yakınlarının haklı görülmesi eğiliminin gerilime ve taraflar arasında sürtüşmeye yol açtığı,

8. Devlet erki ve siyasilerin sürekli va-tandaşın haklı olduğu şekilde söylem-lerde bulunarak sağlık çalışanlarını itibarsızlaştırması, kişilerin bunu refe-rans alarak haksız olduğu durumlarda bile kendini haklı görerek şiddete yö-nelmesine sebep olduğu,

9. Hasta hakları ihlallerinin olması ve hasta şikâyetlerinin, zamanında ve adil olarak değerlendirilip akıbeti hakkında bilgi verilmemesinin etkili hak arama yollarının olmamasının şiddete yol aç-tığı,

10. Gerek performans kaygısı ve ge-rekse idari zorlamalar ile hekimlerin mesailerinin uzun olması, dinlene-memesi, hasta sayısının fazla olması, hasta başına ayrılan zaman diliminin az olmasının iletişim aksaklıklarına ve şiddet için uygun ortam oluşmasına sebep olduğu,

11. Türk Ceza Kanunu'nda caydırıcı nitelikte “sağlıkta şiddete” ait net bir maddenin olmamasının şiddete eği-limin artmasında en önemli etken ol-duğu, yapanın yaptığıın yanına kar kaldığı algısı nedeniyle hasta yakınla-rının şiddete yönelmekten çekinmediği çıkarımları elde edildi!

Biz hekimler yaşam hakkının kutsallı-ğına inanan bir mesleğin mensupla-riyız. Mesleğe yemin ederek başlarız. *“Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak; yaşamımı insanlığın hizmetine adaya-cağıma, hastamın sağlığına ve esen-liğine her zaman öncelik vereceğime, hastamın özerkliğine ve onuruna saygı göstereceğime, insan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime”* sözle-riyle başlar ömür boyu bağlı kaldığımız bu yemin. Ancak şifa dağıtıp yaşam vermeye çalışan bizler yaşam hakkı-mızın hiçe sayıldığı, can güvenliğimizin olmadığı ortamlarda çalışıyoruz. Şiddet bazen bir acil servis koridorunda, ba-zen bir poliklinik önünde, bazen bir aile sağlığı merkezinde, bazen bir muaye-nehanede karşımıza çıkıyor; inciniyor, demoralize oluyor, yaralanıyor ve ölü-yoruz!

Ülkemizde birçok arkadaşımız sağlık hizmeti üretirken yaşamdan kopartıldı. Dr. Edip Kürklü 21 Temmuz 1988, Dr. Göksel Kalaycı 12 Kasım 2005, Dr. Ali Menekşe 18 Ocak 2008, Dr. Ersin Arslan 17 Nisan 2012, Dr. Kamil Furtun 29 Mayıs 2015, Dr. Aynur Dağdemir 19 Kasım 2015, Dr. Hüseyin Ağır 29 Mart 2017, Dr. Fikret Haciosman 2 Ekim 2018 tarihinde yaşamdan ailesinden ve mesleğinden koparıldı. “Artık Yeter! Sağlıkta Şiddet Son Bulsun!” temenni-si tüm sağlık çalışanların yüreğinde ve dilinde.

Cinayete varan sağlıkta şiddet kanık-sanacak, sakince karşılanacak, ola-ğanlaştırılacak bir durum değil. Sözün özü bu ülkede çok ciddi bir sağlıkta şiddet sorunu var! Bu durumu ülkeyi yönetenlerin tüm açıklığıyla kavrama-sında fayda var!

Sağlıkta yaşanan bu ölümcül şiddet, mesleğimizi yaparken, hastalarımıza bakarken karşılaştığımız, birer birer öl-düğümüz bu tablo çok ciddi bir sağlık, güvenlik ve toplumsal sorundur. Bunu herkes görmeli ve çözüm bulmalıyız! Bunun için siyasi otorite, meslek oda-ları, sağlık çalışanı ve hekim dernekleri ikinci başka bir gündemi olmadan bir araya gelmeli ve çözüm üretmelidir.

Pandemi sürecinin başlangıcında Sa-yın Sağlık Bakanımızın sağlık çalışan-larının itibarını artırmak ve farkındalık oluşturmak için başlattığı “alkış” kam-panyasına rağmen “sağlıkta şiddet” hız kesmeden devam etti! Kaybettiklerimi-zin anısına saygı, sağlıkta şiddetin son bulması, can ve çalışma güvenliğimi-zin sağlanması için içerisinde bizimde bulunduğumuz birçok meslek örgütle-rinin kararlılıkla sürdürdüğü çalışmalar ve ısrarlı çabalar sonucu nihayet “Sağ-lıkta Şiddeti Önleme Yasası” 17 Nisan 2020’de çıkartıldı. “Sağlıkta Şiddeti Önleme Yasası”na rağmen pandemi sürecinde bile maalesef “sağlıkta şid-det” tırmanmaya devam etti! Çünkü yasa kadük olarak çıktı ve şiddet olay-larında bir azalma olmadı. O zaman da açıkladığımız gibi bu yasada bir-çok eksiklikler var. Bu sebeple “sağ-lıkta şiddet”e karşı mücadele bizim en önemli gündem maddemiz olmaya devam edecek gibi gözüküyor. Pande-mi döneminde sağlıkçıların ne kadar özveri ve fedakârca çalıştığı, mesleği-ni icra ederken ailesinden ayrı kaldığı ve şehit olduğu görüldü. Buna rağmen şiddetin sürmesi manidardır ve ilgilile-ri ve çözüm üretecek olan makamları acilen bu konuyu tekrar ele almaya it-melidir.

Umuyoruz ki önümüzdeki dönemde çözüm için atılmış adımları konuşma şansını buluruz. Hekim Hakları Der-neği olarak bu alanda yapılacak olan her çalışmada hekimlerin ve sağlık ça-lışanlarının yanında yer almaya devam edecek ve “sağlıkta can alan, can ya-kan şiddetin” en ağır şekilde cezalan-dırılmasını sağlamak için bu meselenin takipçisi olmayı sürdüreceğiz.

Hekimlerin gözünden sağlıkta şiddet

Prof. Dr. Fevzi Sefa Dereköy
Dr. Tuğba Aktemur

(İstanbul Medipol Üniversitesi Çamlıca
Uygulama ve Araştırma Hastanesi)

Hekim ve şiddet

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması" şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık kurumlarındaki şiddet de, "Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tarif edilmiştir. Tokat ve tekme atmak, sertçe itmek, silah kullanmak, bir odaya kapatmak, ısırmak, tükürmek, saç çekmek ya da eli kolu bükme fiziksel şiddete örnektir. Bağırarak, tehdit etmek, aşağılamak ve küfür etmek sözel (psikolojik) şiddet türlerindendir.

Ülkemizde varlığını sürdüren aile içi, sokak, çalışma hayatı ve diğer sosyal alanlarla hayvanlara yönelik şiddet olgusu, nihayet hizmet sektörlerine ve özellikle de sağlık alanına sıçramış bulunmaktadır. Hukuk, askerlik, eğitim, sağlık ve benzeri sektörlerde mevcut sistemlerin sorgulanması/değişimi ile bireysel hak arama ve şikayet mekanizmalarının kurulması, toplumun lehinde muhakkak büyük katkılar sunmuştur. Ancak halkın yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik bu politikalar, geçmişte yapılan bazı hataların da etkisiyle bir güvensizlik ortamına yol açmıştır. Kendini ezik konuma koyan bireylerdeki bu güven kaybı ve geçmişte yaşa-

nan kötü örnekler hizmet sunan okumuşlara karşı bir tepki birikimine neden olmuştur. Çevremizde komutanından şikayetçi olan asker, öğretmenini şikayet eden öğrenci, davaya bakan hakim ve savcıların kapısını yumruklayan davacı ve hizmet aldığı kişilere saldıran hasta olguları daha sık görülmeye başlamıştır. Yine de tüm bu meslek grupları içerisinde en çok sağlık çalışanlarının şiddete uğradığı saptanmıştır. Diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre bu risk 10-15 kat daha fazla olarak bulunmaktadır. Yukarıda sözü edilen güvensizlik hislerinin etkisiyle gelişen öfke, eğitilmiş çalışanlar arasında halka en yakın temsilci sıfatındaki hekimlere yönelik şiddete dönmüştür. Sağlık sisteminde geçmişte veya halen yaşanan olumsuzlukların sorumlusu olarak hekimlerin gösterilmesi ise şiddetin en büyük nedeni olarak algılanmaktadır. İşin ilginç hekimler de sağlık politikalarının belirlenmesinde ve hizmet sunumundaki değişimlerde alınan stratejik kararlarda söz sahibi olmadıklarından şikayetçidir.

Bir hekim ailesinin, mahallesinin ve okulunun en iyi öğrencisidir. Mahalledeki teyzelerin, amcaların ve okuldaki öğretmen ve müdürlerin medarı iftiharıdır. Bir hekim adayı, disiplinli ve çalışkan bir öğrenci olmasa, eğitiminin bir safhasından ötekine geçemez. Üniversitelerde tıp dışında öğrenim gören diğer yaşlı öğrenciler bir çok sosyal program içinde yaşarken, bir tıp öğrencisi sessizce kendini kitaplarına adanmış durumdadır. İş hayatında memuriyetteki ya da özel kurumdaki sicili temiz olmasa bir an bile hastanelerde yer bulamaz ve başarılı olamaz. Hem kendisinin hem ailesinin hem de çevresinin emek verdiği böylesi bir vatan/millet değeri nasıl oluyor da şiddete maruz kalabiliyor?

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, sağlık çalışanlarının %8-%38'i çalışma yaşamlarında en az bir defa fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Ülkemizde ise sağlık çalışanlarının yaklaşık %86'sı meslek hayatları boyunca en az bir kez bir şiddet türüyle karşılaşmıştır. Şiddetin yaralanma, uzuv kaybı, ölüm, psikolojik ve fiziksel sağlığın bozulması gibi sonuçları vardır. Şiddet sonrası çalışma veriminde azalma, mesleği bırakma düşüncesi, baş ve mide ağrıları, uykusuzluk, psikiyatrik ilaç kullanımı ve motivasyon ve gelir kaybı ortaya çıkarken potansiyel güç ve yeteneklerin kısıtlanması söz konusu olmaktadır. Ailesi ve devlet için büyük bir mali külfetle yetişen bir hekimin görevinden ayrılması ya da performansındaki düşüklük aslında devlet için ve kendisinden sağlık hizmeti alanlar için büyük bir kayıptır. Bu tür bir değer kaybına şahit olan tıp öğrencileri, diğer meslektaşlar ve toplum üzerindeki etkiler ise aslında ele alınması gereken bir başka önemli olgudur.

Şiddete eğilimli olan kişilerin; düşük sosyoekonomik düzeye sahip, eğitimsiz, genellikle 30 yaş altı, erkek, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişiler olduğu belirtilmektedir. Bu kişilerin çoğunluğunda alkol ya da madde kullanımı bulunmaktadır. Metabolik hastalığı olanların, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve bilinç bulanıklığı olanların, nörolojik sorunu olanların, psikiyatrik hastalığı olanların şiddet uygulama riski yüksektir. İşyerinde şiddet ile antidepresan kullanımı arasında ilişkili bulunmuştur. Bu konulardaki adaletin tecellisindeki gecikme, şiddeti uygulayan kişiye de cesaret vermektedir.





Şiddeti uygulayanların yaklaşık %60'ı hasta yakını, %30'u hastanın kendisi ve %10'u yönetici ve çalışma arkadaşıdır. Bunların %70'i erkek %30'u kadındır. Şiddetin %65'i mesai saatinde, %34'ü nöbetler sırasında gerçekleşmektedir. Sırasıyla hastane koridorları, acil servis ve odalar en çok şiddetin uygulandığı yerlerdir. Hekimlere şiddete uğrama nedenleri sorulduğunda, cevap olarak haksız istekleri reddetme, sağlık politikaları, kişisel nedenler, medyanın etkisi, uzun muayene bekleme süresi, tedaviden memnuniyetsizlik, hizmette kusur ve ilaç/alkol/madde bağımlılığı gibi sebepleri ifade etmişlerdir.

Geçtiğimiz aylarda tekrar yapılan hukuki düzenlemelere rağmen son günlerde hastanelerde yine şiddet olayları devam etmektedir. Şiddetin önüne geçmek için yönetimde bulunanların hekimleri idari ve hukuki olarak desteklediklerini göstermeleri, sağlık politikalarını belirlemede hekimlerin de söz sahibi olmalarının sağlanması, basının bilinçli yayın yapması gibi önerilerde bulunulmuştur. Hastane bekleme alanlarında hastaya bilgi verecek sekreter gibi idari çalışanların varlığı önem kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinin işleyişi sırasında hastanın anlık bilgi alamaması ve kendisine muhatap bulamaması gerginliğin artmasına yol açabilmektedir. Kapının dışında bekleyen hastalar, içerde olup biten kıymetli işlemleri anlamadan kendisine muhatap bulamaması ile öfke kontrolünü kaybetmektedirler. Bu yönüyle toplumumuzdaki ruhsal bozuklukların tedavi ve rehabilitasyonu da göz önüne alınmalıdır.

Sağlık sisteminde çok büyük bir hızla yaşanan değişimler ve artan şiddet hekimleri hazırlıksız yakalamıştır. Bizim yaş grubunda hekimlik mesleğini seçtiğimiz zamanlarda, bu işin zor ve yorucu bir süreç olduğu ve hekimin ancak yarım gün çalışması halinde ruhsal ve fiziksel sağlığını koruyabileceği; yeni gelişmeleri takip edebileceği vurgulanmaktaydı. Zamanla hekimlerin dinlenmeleri ve eğitim/hobi gibi uğraşlara ayırmaları için devletin tanıdığı bir hak olan yarım gün mesaisini, özelde çalışmaya devşirmelerinin sonuçları pek hayırlı olmamıştır. Canını vermek için hazır olduğu hastadan şiddet görmek, bu mesleğin en büyük hayal kırıklığı olmuştur. Beklentileri karşılanmamış, zaten kendisi de öfkeli ve yorgun olan ve üstelik stres yönetim eğitimi almamış bir hekimin şiddet öncesinde hastasının artan kaygı ve gerginliğini anlamaması olağan gözükmemektedir. Sayısız tıp fakültesinin açılmasıyla hekim sayısının artırılması projesi bu defa meslekte kalite ve yetkinlik sorununa da yol açmış olabilir. Böyle bir özeleştiriden sonra 1000 yıl önce bu topraklarda yazılmış ve bir zamanlar halk tarafından özümsemiş bir kültürü hatırlatmakta yarar görüyoruz. Yusuf Has Hacıp'in Kutadgu Bilig kitabının 52. babında her zaman ihtiyaç duyulabilecek tabiplere karşı iyi davranılması gerektiği ve haklarının gözetilmesi lüzumu yazılıdır. Bu hususta toplumumuzdaki aile terbiyesi ve görgüsü öne çıkmaktadır. Ülkemizde etiği de içine alan bir eğitim seferberliği düzenlemek ve yazılı/görsel basın ile işbirliği yapmak gerekmektedir. Bir başka önemli noktayı daha dile getirmek isteriz: Avrupa ile ABD'deki

sağlık hizmetlerinin örnekleri ile kurum ve hekim tutumları halkımıza tanıtılsa ülkemizdeki sağlık kurumlarının ve hekimlerin değerinin daha iyi anlaşılacağı kanaatindeyiz.

Prof. Dr. İbrahim İkizceli
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa)

Hekim gözüyle
"sağlıkta şiddet hakkı!"

Ülkemizde özellikle son yıllarda sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddet giderek artarak önemli bir sorun haline gelmeye başlamıştır. Bu konu üzerine Türkiye'de yapılan çalışmalar da şiddet oranının yüksekliğine dikkat çekmektedir. Çalışmalar genelde acil servislerde yapıldığı için en çok şiddet olayı acil servislerde gerçekleşiyor gibi bir izlenim oluşmaktadır. Acil servisin 7-24 ulaşılabilir olması, üst düzey güvenlik önlemlerinin olmaması, sağlık personeline istenildiğinde rahatlıkla ulaşılabilmesi, acil servisin her türlü sağlık sorununun hızlı ve ücretsiz çözülebileceği bir yer olarak algılanması, halkın bunları hak olarak görmesi, aşırı kalabalık yüzünden kaotik bir ortam olması bunu desteklemektedir. Ancak geniş kapsamlı bir derlemede diğer kliniklerde yapılan çalışmalarda da şiddet oranı yüksek bulunmuş ayrıca acil servis ile diğer servislerin karşılaştırıldığı çalışmalarda ise acil serviste oran daha düşük çıkmıştır dolayısıyla kesin olarak en yüksek şiddet oranının nerede olduğu söylenilememektedir.

Şiddet sebeplerine baktığımızda ön planda aşırı yoğunluğa bağlı olarak

bekleme sürelerinin artmasıdır. Yine sistem yetersizlikleri veya organizasyon sıkıntısı yüzünden hastanın işinin aksamaması veya tam çözülmemesi gibi nedenler ikinci sıklıkta gelmektedir. Poliklinik ve yataklı servis kapasitesindeki yetersizlikler yüzünden hastaların acil servislerde çözüm arayışı ve bulamaması, özellikle bakım ihtiyacı olan hastaların ihtiyaçlarının karşılanabileceği merkezlerin yetersiz olması, yine enjeksiyon ve pansuman gibi basit ihtiyaçlar için uygun polikliniklerin yetersizliği, bunlarla beraber komplike hastaların başvurabileceği merkezlerin azlığı ve ulaşım zorluğu şiddet altyapısını hazırlayan nedenlerin başında gelmektedir.

Genelde hasta yakınları en sık şiddet uygulayan taraftır. Bu davranışının altında hastasını sözde koruma içgüdü-süyle kaba kuvvet uyguladığı zaman işlerinin hızlanacağı veya çözüleceğine dair yanlış inanç yatıyor olabilir veya hastasının durumu karşısındaki panik, korku, üzüntü ve çaresizlik gibi hisler şiddet olarak yansıyabilir. Bu tip durumlarda iyi bir empati ve iletişim çoğu zaman şiddetin ortaya çıkmasına engel olabilir. Ayrıca toplumda artık medya ve internet aracılığıyla kendini aşırı önemseme ve öncelikli görme, kendi ihtiyacı olan her şeyin temel hakkı olduğu yönünde bilinçaltı bir algı yaratılmaktadır. Herkes kendi işinin veya hastasının daha öncelikli olduğunu düşünmekte diğer insanlara saygı göstermemekte önceliğin kendi temel hakkı olduğunu düşünmektedir.

Şiddete başvuranların daha çok 30 yaş altı, eğitim düzeyi düşük, çoğu zaman psikiyatrik rahatsızlığa sahip veya uyuşturucu, alkol gibi bağımlılıkları olan ve erkek cinsiyette olduğu görülmektedir. Hatta bu tip insanların normalde de sağlık çalışanlarına karşı şiddet kullanmanın bazı durumlarda gerekli olduğuna dair düşüncelerinin olduğunu gösteren bir çalışma da yapılmıştır. Aslında bu profil genel olarak da şiddete eğilimi olan kişileri kapsar ve daha dikkatli bir yaklaşım gerektirir. Ancak maalesef ülkemizde kaçak göçmenlerin sayının da artmasıyla özellikle büyük şehirlerdeki hastanelerin acil servislerinde geç saatlerde karşılaşılan hasta ve hasta yakını profili de bu yöndedir ve şiddet meydana gelmesi sık karşılaşılan bir durumdur.



Şiddet tipi açısından incelendiğinde sağlık çalışanları daha çok sözel şiddete maruz kalmaktadır. Devlet hastaneleri şiddet açısından en riskli yerler olarak saptanmış olsa da özel hastanelerin de nispeten riskli ve adli bildirim açısından yetersiz olduğu görülmektedir. Sözlü şiddet konusunda kadın cinsiyet daha mağdur olsa da fiziksel şiddet söz konusu olunca erkekler daha riskli gruba oluşturmaktadır. Meslek grubu olarak ise hemşireler daha çok saldırıya uğramaktadır. Bunun altında yaptırımın olmadığı düşünülmesi ve kadın cinsiyetin zayıf olarak algılanması yatıyor olabilir.

Özetlemek gerekirse sağlık politikalarının halka yanlış olarak aktarılması, sağlık çalışanlarına olan saygının azalması, insanların aşırı tahammülsüzlüğü ve birbirine olan saygının azalması, çözümün yanlış yerde aranması, aşırı yoğunluk, fiziki, donanımsal ve sistemsel yetersizlikler, ciddi yaptırımın olmaması, yeterli güvenlik önleminin olmaması ve iletişim eksikliği sağlıkta şiddetin oluşumundaki en önemli faktörlerdir. Bunların düzeltilmesine ilişkin çözümler üretilmezse ilerleyen dönemde şiddet boyutu da artacaktır.

Kaynaklar

Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2014;13(1):1-12.

Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry 2010;2(2):161173.

Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing. 2013;4(1):46-53.

Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing. 2011;2(1):9-1610.

Çankıcı İH, Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;2(10):47-62.

İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Tezel A, Bumin MA. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. GMJ 2013; 24: 5-10.

Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011;31(6):1442-56.

Pınar T, Pınar G. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Prev Med Bull 2012; 12(3):315-32.

Yıldırım D, Yıldırım A. Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve bu Davranışların Etkileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(2): 559-70.

Hemşirelerin gözünden sağlıkta şiddet

Bahtigül Kubat

(İstanbul Medipol Üniversitesi
Çamlica Hastanesi)

Hemşireler ve şiddet

Hemşirelik mesleği insanlığın varoluşundan itibaren kadının sağaltıcı (şifa verici) rolü ile başlamıştır. Türk Hemşireler Derneği (THD) 1981 yılında hemşireliği "Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık haline iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir" şeklinde tanımlamıştır. Hemşirelik mesleği hasta, düşük ve güçsüz durumda olan bireyin bakım ihtiyacı gereksiniminden doğmuş ve geliştirilmiş bir meslektir. Bireyleri hastalıklardan korumak, hasta olan kişilere bakım vermek ve onlara güvende oldukları duygusunu sağlamak üzere temellendirilmiştir. Sadece birey değil, aile ve toplumla da bir bütündür. Bu nedenle aile ve toplumun da sağlığını koruma ve geliştirilmesini yerine getirir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde de Farsça kökenli olan hemşire kelimesinin anlamı kız kardeş, baci, hastabakıcılık konusunda eğitim görmüş hastabakıcı kadın olarak tanımlanmıştır. Bütün bu tanımlara baktığımızda uzak gibi görüle de hemşirelik mesleği de sağlıkta şiddetten payını almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; "Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedeleme ve gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması" olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde şiddet ise hasta, hasta yakınları ya da farklı bir birey tarafından sağlık çalışanlarına sözel, fiziksel, cinsel saldırı ve tehdit ile karşılaştığı riskli durum olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN) 2002 yılı "Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti" başlıklı ortak raporunda sağlık çalışanlarının

yarısından fazlasının mesleklerini uyguladıkları süre içinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir. Ortak raporda şiddetin türlerine ve sıklıklarına bakıldığında, %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete maruz kaldığı görülmüştür.

Sağlık hizmetinin sunumunda büyük rolü olan hemşirelerin de şiddet gerçeği ile karşılaşmalarını yapılan çalışmalarla daha iyi görmektediriz. Yakut ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin %21,7'sinin, fiziksel şiddete maruz kaldıklarını saptamıştır. Türkiye'de çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde şiddete yönelik yapılan bir çalışmada hemşireleri %40'ının şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalma sıralamasında hapishane gardiyanları ve polis memurlarının ardından psikiyatri hemşirelerinin 3. sırada oldukları, belirtilmiştir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ve pratisyen hekimlerin %62'sinin işyerinde şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %60,3'ünün şiddetten etkilendiği belirtilmiştir. Kamu ve özel sektör hastanelerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan başka çalışmada ise herhangi bir şiddet olayına maruz kalanların oranı %89,5 olarak saptanmıştır. Aytaç ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %55,2'sinin bir şiddet türüne maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Şiddetin türlerine baktığımızda en sık sözel şiddetin gerçekleştiğini ve şiddeti gerçekleştiren kişilerinde en fazla hasta yakınları olduğunu görmektediriz. Sözel şiddetin fazla olmasının nedeni olarak cezaların caydırıcı olmadığını düşünebiliriz. İngiltere'de devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada katılımcıların %68'inin sözel şiddete maruz kaldığını saptamıştır. Adana'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %68,5'inin sözel tacize, %47,8'inin sözel korkutmaya, %10,5'inin sözel cinsel tacize ve %16'sının da fiziksel saldırıya uğra-

dıkları belirlemiştir. Aynı çalışma, şiddetin en çok hasta sahibi ve refakatçiler tarafından gerçekleştiğini göstermiştir. Acil servislerde çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada ise sözel şiddet oranı %98,5, fiziksel şiddet oranı %19,7 olarak tespit edilmiştir.

Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının araştırılan başka bir çalışmada %77'sinin sözel şiddete, %11'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Yine aynı araştırma hemşirelerin yarısının şiddetle karşılaştıklarında kendi kendilerine baş etmeye çalıştıkları, olaydan sonra %52,6'sında öfke, %10,5'inde kızgınlık, %10,5'inde korku duygularını yaşadıklarını, %10,5'inin olaydan sonra meslektan ayrılmak istediklerini, %40,4'ünün ise şiddet olayının iş performanslarını etkilediğini belirtmişlerdir. Bolu'da sağlık personellerine yapılan başka bir çalışmada ise sözel şiddetin %46,9, saldırgan davranışın %33,5, fiziksel saldırının %19,4 olduğu saptanmış, şiddeti gösteren kişilerin daha çok 21-30 yaşları arasında ve hasta yakınları oldukları belirlenmiştir.

Şiddetin gerçekleştiği alanlara bakacak olursak araştırmalar bize acil servisler, yoğun bakımlar, poliklinikler ve psikiyatri bölümlerinde daha sık karşılaşıldığını göstermektedir. Özellikle acil servislerin acil müdahale gerektirecek vakaların yoğunluğu, hasta ve yakınların tedavi sürecindeki sabırsızlıkları bu üniteleri daha riskli hale getirmiştir. Acil servis çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada personelinin %52,1'inin daha önce şiddete maruz kaldığını, kaldıkları şiddet türü sıralamasında %52 ile sözel şiddetin ilk sırada olduğu tanımlanmıştır. Üçüncü düzey bir hastanede yapılan çalışmada şiddet olaylarının %35'inin çocuk acil serviste, %24'ünün yatan hasta servislerinde, %27'sinin polikliniklerde, %14'ünün de yoğun bakımlarda olduğunu saptanmıştır. Yine aynı araştırma şiddeti gerçekleştiren kişilerin %99'unun hasta yakını olduğunu saptamıştır. Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %100'ünün her nöbetlerinde en az

bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddet gösteren kişilerin çoğunluğunun da 15-30 yaş arası gençlerden oluştuğunu, alkol ve madde kullanan kişilerin daha fazla şiddet eğiliminde bulunduğunu belirlemişlerdir.

İçinde bulunduğumuz pandemi döneminde sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının, özellikle de hemşirelerin bakım hizmetlerindeki rolü ve etkisi toplum üzerinde daha görünür bir hale gelmiştir. Pandemi sürecini şiddet eylemini önlemek için toplum üzerinde fırsat aracı olarak değerlendirilmesi düşünülmelidir. Toplum gözünden şiddeti değerlendirecek olursak, yapılan bir çalışmada katılımcıların %56,3'ünün sağlık çalışanlarının en çok acil servislerde şiddete maruz kaldıklarını, %79,4'ünün sağlık çalışanlarının en çok sözel şiddete maruz kaldığını, %62,7'sinin ise muayene sırasında fazla bekledikleri için şiddete başvurduklarını düşündüklerini iletmışlerdir. Şiddet konusunda özellikle tüm sağlık kuruluşlarının daha çok veri toplamasına yönelik olarak şiddet eylemi gösterenlerin sosyokültürel özellikleri ve şiddetin nedenleri araştırılmalı, risk değerlendirmeleri yapılmalı, hizmet sunumu da bu özelliklere göre planlanmalıdır. Hemşireler bakım hizmetlerindeki rollerini yerine getirirken şiddet gerçeği konusunda daha donanımlı hale getirilmeli ve desteklenmelidir.

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz Doğan Merih
(SBÜ Hamidiye Hemşirelik Fakültesi)

Şiddeti yönetebilmek

Sağlık kuruluşları, hem iş ve iş yeri özellikleri bakımından hem kişisel risk faktörleri bakımından büyük bir risk grubu oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında yapılan işin önemi, insan hayatı unsurunun ön planda olması, hem çalışanlarda hem hizmeti alan kişilerde, fiziksel veya ruhsal yıpranmalara ve istenmeyen şiddet durumlarının oluşmasına neden olmaktadır. Şiddet, son yıllarda birçok sektörde olduğu gibi, sağlık kurumları ve hastanelerde de toplum huzurunu tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu durum hastanelerde hizmet veren hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin yanı sıra hasta ve hasta yakınları için de ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Özellikle sağlık çalışanları arasında hemşireler, zamanlarının büyük bir bölümünü hastanede geçirmekte, çalışma ortamının stresi, yoğun iş yükü, vardiyalı çalışmanın zorluğu gibi neden-

lerle diğer sağlık çalışanlarından daha fazla şiddetle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumları

Hemşireler yoğun iş temposu nedeniyle zamanlarının büyük bir kısmını hastanelerde geçirmektedir. Bu nedenle içinde bulunduğu iş ortamı ve çalışma koşullarının hemşirelerin motivasyon ve performans üzerinde önemli etkileri vardır. Aşırı iş yükü, iş stresi, zaman baskısı, uzun süreli çalışma, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik, vardiyalı çalışma, yetersiz personel, yoğun çalışma temposu, hasta, yakınları ve sağlık personeli arasında gelişen yoğun iletişim, güvenlik önlemlerindeki eksiklikler, fiziki olarak yetersiz çalışma ortamı ve mesleğin çoğunlukla kadınlar tarafından yürütülmesi gibi zorlu nedenler, hemşirelerde şiddetle karşılaşma riskini artırmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatlerinde sıkça karşılaştıkları ancak pek fazla dile getirmedikleri psikolojik, fiziksel ve sosyal boyutta şiddet olguları bir sağlık riski oluşturmakta, maruz kalan şiddet sonucunda hemşireler ciddi sağlık ve emosyonel problemler yaşayabilmektedir.

Araştırmalar, sağlık personelinin özellikle hemşirelerin iş ortamlarında sıklıkla şiddetle karşılaştıklarını göstermektedir. Bunun nedeni olarak hemşirelerin, tedavi ve hastaya yönelik uygulamalarda diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok rol alması, hasta ve yakınları ile daha çok temasta bulunması gösterilebilir. Şiddet sonrası hemşirelerin tutum ve davranışları değerlendirildiğinde, hemşirelerin sıklıkla şiddeti görmezden geldikleri ve hastalarına bakmaya devam ettikleri görülmektedir. Hemşirelerin hasta bakımını aksatmamlarının nedenini; uluslararası mesleki etik ilke ve sorumluluklarına bağlı olmalarına, bakımlarının merkezlerinde hastalarını odak olarak bulundurmalarına ve holistik yaklaşımlarına bağlayabiliriz. Hemşireler için bu kadar önemli bir sorun olmasına karşılık şiddet olaylarının bildirimi yetersizdir. Hemşireler olayı rapor etmeme nedenlerini ise bildirimi destekleyici iş yeri politikasının olmaması, geçmişte raporlandırılan olaylardan sonuç alınmaması, raporlandırma prosedürlerinin zaman kaybına neden olması, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanması, suçlanmaktan korkmaları gibi nedenlerin olduğu birçok çalışmada ifade edilmiştir. Hemşirelerin karşılaştıkları şiddet sonu-

cunda moral bozukluğu, yoğun stres, öz saygı ve verimlilikte azalma yaşadıkları belirlenmiştir.

Şiddetin Önlenmesine Yönelik Öneriler

Şiddete karşı alınacak önlemlere ilişkin birincil korunmada, öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortamın oluşturulması, iş yerinde meydana gelen şiddet olaylarının, şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması, bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gerekmektedir. Son yıllarda sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artması nedeniyle ülkemizde bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, bazı sivil toplum örgütleri ve sendikalar tarafından "Emeğe Saygı, Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans" yaklaşımının savunulduğu her ortamda vurgulanmaktadır.

Şiddeti önleyici yönelik yaklaşımlar;

- Sağlık kurumlarının şiddete yaklaşım konusunda daha donanımlı hale gelmesinin sağlanması ve farkındalık eğitimlerinin düzenli olarak organize edilmesi
- Şiddet olaylarının erken tanınmasına yönelik rehberlerin hazırlanması
- Şiddet olaylarının tümünün bildirilmesinin sağlanması ve şiddet olaylarının meydana geliş nedeninin araştırılarak girişimde bulunulması
- Şiddet mağduru olan hemşirelerin erken dönemde saptanmasının sağlanarak komplikasyonların gelişmesinin ve şiddet olaylarının yinelenmesinin önlenmesi
- Şiddete maruz kalan hemşirelere örgütsel ve sosyal desteğin sağlanması
- Sağlık kurumlarında etkili 24 saat kurum içi güvenliğin sağlanması ve şiddete toleransın olmadığına açıkça vurgu yapan yazılı bir güvenlik politikası geliştirilmesi önemlidir.

Sonuç olarak şiddetin tüm olumsuz sonuçlarından korunmak için şiddeti yönetebilmek gerekir. Şiddetin yönetiminde iyi planlanmış, etkin ve önleyici stratejiler içeren bir yaklaşım kullanılmalıdır. Şiddeti önlemek için risk değerlendirilmesi yapılmalı, korunma stratejileri geliştirilmeli, güvenlik sistemleri kurulmalı ve çalışanlar sürekli eğitilmelidir. Yöneticilerin, konuya yönelik yapacakları değerlendirmeler sonrasında mevzuatta yapılacak düzenleme, yasalar ile hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin tamamen önüne geçilebilir.

Tıbbi malpraktis

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcılığı görevlerinde bulunan Dr. Ovalı halen aynı üniversitenin tıp fakültesinde öğretim üyeliğine devam etmektedir.

Sağlık çalışanlarına karşı şiddet veya şikâyet söz konusu olduğunda akla ilk gelen konu, sağlık çalışanının yaptığı kötü uygulama, diğer bir deyişle malpraktistir. Sağlık hizmetini sunmakta görevli olan hekim, hemşire, tıbbi müdahaleye yasaların verdiği ölçüde uygulamaya yetkisi olan fizyoterapist, psikolog, diyetisyen gibi sağlık çalışanlarının yaptığı hatalı uygulamalar malpraktis kapsamında değerlendirilir. Hasta ile ilgilenilmeyerek hastanın kendi haline bırakılması da malpraktis kavramı içinde yer alır. Sağlık çalışanlarına yönelik malpraktis iddiaları son yıllarda giderek artmaktadır. Tıptaki gelişmelerin hızlanması ve tüm topluma yayılması, toplumun eğitim ve bilinç düzeyinin artması, basın yayın organlarında ve sosyal medyada -çoğu yanlış- tıbbi bilgilerin artması ile hekimin yaptığı uygulamaların hatalı olduğu/olabileceği yönünde bir eğilim olması bu iddiaların artışındaki başlıca nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır. “Dr. Google” dan edindiği tıbbi bilgiler ile hastasına veya kendisine yapılan uygulamaların doğru veya yanlış olduğuna karar veren kişiler hekimleri sorumlu tutmakta, zaman zaman da şiddete başvurmaktadır. Tıbbi malpraktis nedeniyle dava açılması halinde hekim tazminat ödemeye mahkum edilebildiği gibi, davanın niteliğine göre Türk Ceza Kanunu'na göre yargılanabilmekte ve çeşitli cezalar alabilmektedir.

Aslında malpraktis, kelime anlamı ola-

rak “kötü uygulama” anlamına gelmektedir ve yalnızca tıp mensuplarını ilgilendirmemektedir. Bu kavram ilk olarak 1768 yılında İngiltere’de Sir William Blackstone tarafından yazılan “İngiltere kanunları üzerine yorumlar” adlı eserde kullanılmıştır. 1847 yılında kurulan American Medical Association (AMA) tıp eğitimi ilgili standartları oluşturmaya başlamış ve standartlara aykırı müdahaleler sonucunda meydana gelen zararlar malpraktis olarak kabul edilmiştir. Mesleğini kötü olarak uygulayan herkes aslında malpraktis yapmaktadır. Hastane planını yanlış çizen mimar, binanın statik hesabını yanlış yapan mühendis veya eline aldığı dosyayı yanlış değerlendirerek masum bir doktorun ceza almasına yol açan hâkim de aslında malpraktis yapmaktadır. Fakat bu konular ne yazık ki çok gündeme gelmemekte, malpraktis denince akla ilk önce tıp mensupları, hatta hekimler gelmektedir. Tıbbi kötü uygulamadan (tıbbi malpraktis) bahsedebilmek için öncelikle iyi uygulamaların özelliklerini ve şartlarını gözden geçirmek gerekmektedir.

Tıbbi malpraktis iddiası araştırılır iken sorulan ilk soru, bahse konu olan sonucun öngörülebilir olup olmadığıdır. Eğer bu sonuç daha önce hiç görülmemiş, ilk kez görülen bir sonuç ise veya daha önceden bilinen bir sonuç olmasına rağmen engellenmesi mümkün görünmüyorsa herhangi bir ceza ve tazminat sorumluluğu doğmaz. Engellenmesi için gereken her şey yapılmış

olmasına rağmen yine de sonuç oluşmuş ise yine sorumluluk doğmaz ve bu durumlar komplikasyon olarak değerlendirilir. Komplikasyon, sağlık mensubunun isteği dışında oluşan, bilgisizlik ve deneyimsizlik ile ilişkisi olmayan bir durumdur. Hiçbir tedavi kusursuz olmadığı gibi hekimin iyileşme garantisi vermesi de söz konusu değildir. Ancak tüm önlemlerin alınmadığı veya gerekli itina ve özenin gösterilmediği kanaatine varılır ise malpraktis olarak değerlendirilir ve ceza ve tazminat sorumluluğu doğar.

İnsanların temel içgüdüğü hayatta kalmak ve sağlıklı olmaktır. Ancak kişiler hastalanmadıkları sürece sağlıklarının değerini çok fazla anlamazlar fakat hastalandıkları zaman da umut içinde hekime başvururlar. Böyle bir ruh hali içindeki hasta için hekim bir kurtarıcıdan öte bir büyücü, bir evliya veya tanrısal bir güçtür. Her ne kadar hekimlik eski “tanrısal” gücünü giderek kaybetmiş ise de yine de birçok kişide bu duygu çok belirgindir. “Önce Allah sonra siz” söylemi hala daha birçok hekimin duyduğu sözlerdendir. Aslında 2500 yıl öncesinde Hipokrat da “hekim çok az şifa verir, biraz dert dinler, en fazla da teselli eder” diyerek hekimlerin Tanrı olmadığını açık bir şekilde ilan etmiştir. Her ne kadar hekimin birincil görevi, Hipokrat’tan beri değişmez ilke olan “Önce zarar verme” (primum non nocere) ilkesi olsa da, hekimin de insan olduğu ve hata yapma potansiyelinin bulunduğu gözden uzak tutulma-





malıdır. Hekimliğin diğer temel kuralları “yararlı ol” (utilis esse); “hastanın sağlığı en yüksek buyruktur” (salus aegroti suprema lex) ve “hastanın istemesi, onun sağlığına kavuşturulmasının ve hekimlik sanatının icra edilmesinin koşuludur” (voluntas aegroti conditio salutis aegrotiet artis medici). (1) Tıp bilimi ve tekniği ilerlemesine rağmen ölüm korkusundan kaynaklanan bu korkuyu değiştirmek hemen hemen imkânsızdır; hatta bilim ve tekniğin ilerlemesi, yapılabilecek tedavi şekillerinin de çeşitlenmesi ve ilerlemesi anlamına geldiği için var olan tedavileri uygulama(ya)mayan hekime çok daha büyük anlam ve sorumluluk yüklenmekte, hastanın hekimden olan beklentileri olağanüstü seviyelere ulaşmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda sağlık personelinin cezalandırıldığı olayların yaklaşık %20’sinde olayın ölümlü sonuçlandığı tespit edilmiştir. (2)

Hekimden istenen “ortalama bir meslektaş kadar” dikkatli, özenli ve bilgili olması ve yerleşmiş kuralları uygulamasıdır. Ancak yasalar ve yönetmeliklerde hasta haklarına yönelik düzenlemelerin daha fazla ve daha detaylı olması, buna karşılık hekim haklarının aynı düzeyde öne çıkmaması hem hekimi çok daha büyük bir stres altına sokmakta

ve hata yapma olasılığı artmakta, hem de hekimin çok daha özenli ve dikkatli çalışmasını ve yenilikleri sürekli takip etmesini gerekli kılmaktadır.

Tıbbi müdahale denildiği zaman anlaşılması gereken, kişinin ruh ve beden bütünlüğüne yönelik olarak, yetkili kişiler tarafından tıp bilimi ve tekniğine uygun olarak yapılan tüm uygulamalardır. Bu bağlamda, kişiye verilen her türlü ilaçlar, yapılan ameliyatlar, hastalıklardan korunmaya yönelik olarak yapılan aşılar veya istenmeyen gebeliklerden korunmaya yönelik uygulamalar ile psikoterapiler tıbbi müdahale kapsamında değerlendirilir. Herhangi bir müdahalenin hukuka uygun bir tıbbi müdahale sayılabilmesi için başlıca 3 şartın yerine getirilmiş olması gerekir:

- a) Tıbbi müdahaleyi yapan kişinin tıp mesleğini icraya yasal olarak yetkili (hekim) olması
- b) Hastanın rızasının bulunması
- c) Eylemin tıp biliminin objektif ve sübjektif sınırları içinde kalması (3) , diğer bir deyişle fizyolojik, psikolojik, sosyolojik bir zorunluluk yani endikasyon bulunması.

Buradan da anlaşılacağı gibi, hekim olmayan kişiler tarafından yapılan girişimler tıbbi müdahale sayılmaz ve za-

ten hukuka aykırıdır. Diğer yandan, müdahalenin hekim tarafından yapılmış olması da her zaman hukuki olmaz. Örneğin, yetkili bir cerrah tarafından kişinin bir böbreğinin alınması tıp bilimi kurallarına uygun olarak yapılsa bile, para karşılığı organ nakli için bu işlem yapılmış ise hukuki nitelik kazanamaz. Yine kişinin rızası alınmaksızın veya rızasının aksi yönünde yapılan uygulamalar tıp bilimine uygun olarak yapılmış olsa bile hukuken tıbbi müdahale sayılmaz ve tıbbi kötü uygulama olarak değerlendirilir. Hekim dışı sağlık personeli (hemşire, teknisyen, tekniker vb.) ancak kendi görev tanımları ile ilgili iş ve işlemleri yapabilir; bazı uygulamaları hekimin talimatı ve onayıyla yapabilir. Bu kişilerin yaptığı kötü uygulamalardan kendileri kadar, talimatı veya onayı veren hekim de sorumlu olabilir.

Aydınlatılmış onam (rıza) günümüzde sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasına rağmen bazen kurallara uygun olarak yapılmamaktadır. Rızanın geçerlik şartı, aydınlatılmanın usulüne uygun bir şekilde yapılmış olmasıdır; aydınlatılmadan alınan rıza geçersizdir. Aydınlatma sırasında tıbbi müdahalenin riskleri, olumlu ve olumsuz neticeleri, hastanın bünyesinden kaynaklanabilecek nedenler ve alternatif tedavi yöntemleri, hastanın anlayacağı bir dilde

ve düşünmesine fırsat verecek kadar uygun bir zamanda, tıbbi müdahaleyi yapacak kişi tarafından anlatılmalı ve daha sonra onayı alınmalıdır. İstinaf mahkemesi kararlarına göre, eğer hasta yabancı uyruklu bir hasta ise o zaman aydınlatmanın da kendi anlayacağı şekilde, yani kendi dilinde yapılması gerekmektedir (4). Uygulamada, bilgilendirmenin ispatı önemli bir yer tutar. Bilgilendirilmediğini iddia eden hastada ispat yükü hekimedir. Bu nedenle hekimin kayıtlarını düzenli bir şekilde tutması büyük önem taşır. Ülkemiz kanunları yalnızca bilgilendirilmiş onamın alınmasını istemekte, buna mukabil bu onamın mutlaka yazılı olması konusunda bir zorunluluk bulunmamaktadır. Ancak ispat sorumluluğunun hekimde olması nedeniyle hemen her zaman yazılı onam alınması artık kabul edilen bir uygulamadır. Hatta bazı kritik uygulamalarda, bilgilendirme ve onam süreci video ile kayıt altına alınabilmektedir. Zira burada, “davaya konu olan vakianın, ispat kolaylığı olan tarafın ispatlaması” kuralı uygulanmaktadır. Birçok vakada hasta, formu imzaladığını, ancak belgedeki bilgilerin doktor tarafından kendisine yeteri kadar anlatılmadığını iddia edebilir ve böyle bir durumda karar vermek zorlaşabilir.

Anayasamızın 17.maddesinin 2.fıkrasında “*tıbbi zorunluluklar dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmaz*” ibaresi ile tıbbi müdahale için endikasyon aranması gerektiği açık bir şekilde ortaya konmuştur. Tıbbi müdahaleler hukuka uygun bir şekilde tüm şartlar yerine getirildikten sonra gerçekleştirilmiş olsa bile dikkatsiz ve özensiz bir şekilde yapılırsa veya bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik yüzünden hasta zarar görürse tıbbi müdahale hatası ortaya çıkabilir. Yetkisiz kişinin veya kişinin kendi yetki sınırlarını aşarak yaptığı (ortopedistin sezaryen yapması gibi) uygulamalar, haksız maddi menfaat amacıyla yapılan (gereksiz ameliyatlar) uygulamalar ile rızası dışında yapılan (yaşlı bir kadının karın ameliyatı sırasında “artık doğum yapamaz” düşüncesiyle rahminin alınması gibi) uygulamalar tıbbi malpraktis olarak kabul edilir. Diğer yandan tıp biliminin yapısı gereği bazı sonuçlar öngörülemez veya öngörülebilir. Tıbbi uygulama bakım standardına uygun olmasına rağmen gelişebileceği tıp otoriteleri tarafından kabul edilmiş olan

ve her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkması kaçınılmaz olan zararlar komplikasyon olarak değerlendirilir ve hekim açısından herhangi bir sorumluluk doğurmaz. Tıbbi standartları tanımlamak zordur ancak hekim gerek tanı gerek tedavi aşamasında hastasını çok iyi dinleyerek, gerekli soruları sorarak, uygun muayeneleri yaparak, çağdaş bilimsel bilgileri ve elindeki mevcut olanakları en üst seviyede kullanarak sonuca ulaşmak zorundadır. Hastanın ve kendisinin durumuna göre gerekirse uygun konsültasyonları da istemesi ve değerlendirmesi gerekir. İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesi’nin 4. Maddesi “Araştırma dahil sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir” hükmünü getirmektedir.

Komplikasyon terimi, hukuki açıdan “kabul edilebilir risk” ile eşdeğerdir. Bununla birlikte komplikasyon yönetiminin de tıbbi kurallara uygun şekilde yapılmış olması gerekir. Bu amaçla, komplikasyonlara yönelik olarak her türlü bilgi ve beceri edinilmeli, ilaç ve tıbbi teçhizat hazır bulundurulmalıdır. Tıbbi müdahale hataları genellikle hasta zarar görmüşse gün yüzüne çıkar ve sorun oluşturur. Hatanın fark edilmemesi veya ortaya çıkmaması, hata olduğu gerçeğini değiştirmemekle beraber hatalı işlem sorgulanmadığı için sorun oluşturmaz.

Hekimle hasta arasındaki sözleşme hukuki açıdan bir “vekâlet sözleşmesi”dir. Her avukatın yüklendiği her davada müvekkili lehine karar çıkartma yükümlülüğü bulunmadığı gibi, hekimin de hastasını mutlaka iyileştirme yükümlülüğü bulunmamakta, buna mukabil hastasının iyiliğini önceleyerek hastasını iyileştirmek için elinden geleni yapması gerekmektedir. Hatalar insan kaynaklı olabileceği gibi altyapı, mekanik ve sistem hataları şeklinde de karşımıza çıkabilir. İnsan hataları olarak hastanın hastalığı ile ilgili yeterli tanı ve tedavi girişimlerinin yapılmaması, yanlış yargılarda bulunulması veya el becerisi gerektiren uygulamalarda yeterli deneyimin olmamasına bağlı olarak ortaya çıkan hatalar olabilir. Diğer yandan tüm dünyada insan kaynaklı tıbbi hataların en büyük ve önemli nedeni olarak iletişim hataları gösterilmektedir. Bu hatalar, hastaya veya hasta yakınlarına hastalığı veya tedavisi ile ilgili bilgi

verirken, olabilecekleri anlatırken gerçeğin saklanması, eksik anlatılması, saptırılması veya kişinin farklı beklentiler içine sokulması olabildiği gibi özellikle kötü haberlerin verilmesi esnasında yeteri kadar empati yapılmaması, bazı kelimelerin kullanılması ve kullanılmaması ve hastaların yeteri kadar dinlenilmemesi şeklinde de olabilir. Mekanik hatalar, tanı ve tedavide kullanılan aletlerin ve teçhizatın standartlara uygun olmaması, kalibrasyonlarının yapılmaması veya güvenlik önlemlerine uyulmaması neticesinde hastanın zarar görmesi şeklinde olabilir.

Günümüzde tıbbi müdahalelerin büyük bir kısmı ekip çalışması ile yapılmaktadır. Dolayısıyla ekipte görev alan kişilerin görev tanımlarının tam olarak belirlenmesi ve yetki alanlarının net olarak sınırlandırılması yerinde olur. Bu bağlamda göz önüne alınan bir diğer ilke, güven ilkesidir. Bu ilkeye göre ekip içinde yürütülen faaliyetlerde her bir kişi diğerlerinin faaliyetle ilgili davranış kurallarına uygun hareket edeceği beklentisi içindedir ve ekip arkadaşlarına bu konuda güvenmektedir. Her kişinin görevi, bu güveni kötüye kullanmamak ve gereğini yerine getirmektir. Diğer yandan ilgili yönetmelik gereği tabibin görev tanımları arasında “birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamalarını planlama, izleme ve denetleme” yer almaktadır. (5) Özellikle hemşirelere “hemşirelik girişimi” ve “hemşirelik tanılama süreci” kavramları çerçevesinde kendi başlarına yapabilecekleri görevler tanımlanmıştır. Hemşireler bu ihtiyaçlara yönelik olarak hemşirelik bakımını planlayabilir ve değerlendirebilir ancak bu planlama hastanın tanı ve tedavisi ile değil, sadece bakımı ile sınırlıdır. Her ne kadar hekimin yazılı talimatı olsa bile açıkça hastanın ölümüne, sakatlanmasına, yaralanmasına veya kötüleşmesine yol açabilecek bir işlem talebi suç teşkil edeceği için hemşireyi sorumluluktan kurtarmaz, zira Türk Ceza Kanunu’na göre “konusu suç teşkil eden bir emir” hiçbir şekilde uygulanamaz (6). Hekimin bariz hatasının olduğu durumlarda hekimin yanı sıra hemşire de sorumlu olabilir. Hekimden habersiz olarak ve hekimin iradesi dışında hastaya tıbbi müdahalede bulunur ve hekimin engelleme olanağı olmazsa, hemşire haksız fiilden dolayı sorumlu olur ve hekim sorumluluktan kurtulur. Hekime bağlı ola-



Hekimlerin kötü niyetle tıbbi uygulama yapmaları nadirdir. Kötü niyetli uygulamalar sıklıkla organ nakli, infertilite tedavileri ile hastanın rıza olmadan yapılan uygulamalar olarak sıralanabilir. Diğer yandan bazı malpraktis davalarında yüksek tazminatların ortaya çıkması, hastaların “kar amaçlı” dava açmalarına, hatta bunu “kullanan” avukatların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Malpraktis davalarından korkan bazı hekimlerin mesleklerini bıraktıkları ve başka işlere yöneldikleri de görülmektedir.

rak görev yapan asistanlar ve pratisyenler için de aynı kural geçerlidir. (7) Hastanın ciddi şekilde zarar gördüğü durumlarda cezai müeyyide gerekebilir. Ancak ceza kanununun “cezaların şahsiliği” ilkesi gereğince böyle bir durumda uygulamayı bizzat yapan kişiye ceza verilir. Bir tıbbi müdahaleyi hemşire hekimin kesin emri sonucu yapmak zorunda kaydıysa hekim ve hemşire beraberce suça iştirak ettiğinden birlikte sanık olabilirler.

Tanı hataları arasında hastalık öyküsünün yeterli alınmaması, fizik muayenenin eksik yapılması veya hiç yapılmaması, gerekli tetkik ve testlerin yapılmaması, aydınlatma ve onam hataları ile yorum hataları ve bilgisizlik sayılabilir. Tedavi hataları arasında tedavinin hiç yapılmaması, yanlış tedavi yönteminin seçilmesi, hasta vücudunda yabancı madde unutulması, yanlış ilaç uygulaması, hasta karıştırma, yanlış taraf cerrahisi, komplikasyonların fark edilmemesi, yanlış malzeme ve cihaz kullanımı, hijyen kurallarına uyulmaması ve hastane enfeksiyonları, tetkikler incelenmeden tedavi yapılması veya konsültasyon istenmesi, zamanında konsültasyon istenmemesi veya

hastanın sevk edilmemesi ile hastanın yeteri kadar izlenmemesi sayılabilir.

Ülkemizdeki tıbbi malpraktis davalarında bilirkişi olarak Adli Tıp Kurumu, Tabip odaları onur kurulları, yüksek öğretim kurumları ile konunun uzmanları görev yapmaktadır. Ancak bilirkişilerin yaptığı yorumlar teknik düzeyde olup hakim kararını bağlayıcı özelliği bulunmamaktadır.

İnsanın biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve kimyasal yapısının birbirinden tamamen farklı olması, hekimin birçok bilinmeyen durumla karşı karşıya olmasına neden olmaktadır. Gerek tıp biliminde gerekse hukukta sıklıkla kullanılan “hastalık yok hasta vardır” veya “her vaka kendi içinde değerlendirilmelidir” kavramı, birçok bilinmeyen ile karşı karşıya kalan hekimin işini zorlaştırmaktadır. Tıp Hukukunda hekimlerin sorumluluğu kusura dayalı genel sorumluluktur. Bu nedenle, hekimin sorumluluğu ancak kusurlu uygulama hatasından dolayıdır. Hekimin özen yükümlülüğünü ihlal ettiği kusurlu haller taksir olarak adlandırılır. Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı olarak bir davranışın suçun kanuni

tanımında belirtilen neticesi öngörül-meyerek gerçekleştirilmesidir. Hekim, kendisinden beklenen objektif dikkat ve özeni göstermeyerek kişinin hayatı veya sağlığını tehlikeye sokacak bir eylemde bulunursa taksirli hareket etmiş olur. Bu eylem sonucunda hasta ölmüş ise taksirle öldürme (TCK madde 85); yaralanmış ise taksirle yaralama (TCK Madde 89) kapsamında değerlendirilir. Ancak hekimin taksirli eyleminden söz edebilmek için hekimin hareketinin iradi olması, öngörülebilir neticenin istenmemiş olması ve hekimin eylemi ile sonuç arasında nedensellik (illiyet) bağının bulunması gerekir.

Birçok hekim, tıbbi malpraktis nedeniyle yapılabilecek toplumsal ve hukuksal iddialardan ve davalardan korunmak amacıyla defansif tıba yönelmektedir. Sistemin hekimi tam olarak koruyamaması ve davalar söz konusu olduğunda yalnız bırakması da bu davranışları desteklemektedir. Defansif tıp, hekimlerin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması şeklinde tanımlanabilir. Örneğin; normal doğum sırasında ortaya çıkabilecek doğum travmaları, bebeğin havasız kalması ve ileride spastik olabileceği korkusuyla birçok kadın-doğum hekimi sezaryen operasyonunu tercih etmektedir. Bu durum ülkemizde de sezaryen oranlarının artmasına neden olmuştur. Defansif tıp, iki şekilde karşımıza çıkar: Pozitif defansif tıp, birçoğu gereksiz olan daha çok girişim, daha çok tetkik ve daha çok müdahale anlamına gelirken negatif defansif tıp ise "riskli" davranışlardan ve hastalardan kaçınma anlamına gelir. Pozitif defansif tıp davranışlarının hastaya zarar vermeyeceği varsayılsa da normalde gerekmediği halde hastaneye yatırılma, konsültasyon isteme, daha fazla tetkik isteme (hatta hastayı gereksiz radyasyona maruz bıraksa ve zaman alsa bile bilgisayarlı tomografi veya MR gibi tetkikler dahil olmak üzere), daha fazla kayıt tutmak, daha fazla ilaç yazmak, invazif girişimleri daha fazla yapmak, daha fazla visit yapma veya daha fazla bilgilendirme yapma gibi davranışlar ortaya çıkabilir. Pozitif defansif tıp uygulamaları hasta memnuniyetini

artırabilir ancak mali kaynaklar ve zaman kaybı açısından ülke ekonomisine olumsuz katkılarda bulunabilir. Negatif defansif tıp davranışları nedeniyle hastaların yeterince değerlendirilmemesi veya başka kliniklere sevk edilmesi, hastaların aynı şikayetlerle birden çok hekime gitmesine ve "doktor doktor dolanması" yol açmaktadır. Bu durum, sağlık istatistiklerinde kişi başı hekime müracaat sayısının artışı olarak gözük-mektedir; ancak bu artışın "hastalık" göstergesi mi, "sağlık" göstergesi mi olduğunun iyi irdelenmesi gerekmektedir. Negatif defansif tıp davranışları, hekim sorumluluklarını yerine getirmede için sorumluluk doğurabilmektedir. Özellikle tıbbi gelişmelere ve teknolojik ilerlemelere uyum sağlayamayan tıp mensuplarında defansif davranışlar giderek artmaktadır. Tıbbi malpraktis nedeniyle açılan davalarda hemen hemen daima eksik veya hatalı yapılan davranışlar söz konusu olurken gereksiz ve fazladan yapılan uygulamalar genellikle gündeme gelmemekte; bu durum pozitif defansif tıp davranışlarını artırmaktadır. Bu davranış daha uzmanlık dalı seçme aşamasında ortaya çıkmakta, nispeten daha "az riskli" görülen uzmanlık dallarına yönelim daha fazla iken, "daha riskli" görülen özellikle cerrahi branşlardan kaçış olmaktadır. ABD'de tıbbi malpraktisten korunmak için düzenlenen kurslara harcanan paralar klinik kurslara harcanan paralardan daha fazla hale gelmiştir. (8) Hekimlerden beklenti yükseldikçe ve dava tehdidi devam ettiği sürece defansif tıp uygulamalarının da kaçınılmaz olarak devam edeceği, hatta artacağı öngörülebilir. Diğer yandan hastalar daha çok tetkik isteyen, hastanede yatıran, yatış süresini uzatan hekimleri "iyi hekim" olarak nitelendirebilmekte, buna yanıt olarak da hekimlerin defansif tıp davranışları artmaktadır. Defansif tıp davranışları bireysel olabildiği gibi kurumsal (işletme politikası) şeklinde de olabilmektedir. Bu korkuları biraz olsun hafifletebilmek için hekimlerin malpraktis sigortası yaptırmaları giderek artmaktadır. Hatta kamuda çalışan hekimlerin sigorta primlerinin yarısı devlet tarafından karşılanmaktadır. Ancak bu durumun defansif tıp davranışlarını çok da fazla değiştirmedeği görülmektedir. Halkın sağlık hizmeti sunucularından beklentilerinin artması pozitif defansif tıp uygulamalarını pekiştirmektedir. Ancak defansif tıp uygulamalarını ispat etmek her zaman çok da kolay değildir.

Hekimlerin kötü niyetle tıbbi uygulama yapmaları nadirdir. Kötü niyetli uygulamalar sıklıkla organ nakli, infertilite tedavileri ile hastanın rıza olmadan yapılan uygulamalar olarak sıralanabilir. Böyle bir durumda olay kandırılma veya dolandırılma olarak da algılanabilir ve bu konuda dava açılabilir. Diğer yandan bazı malpraktis davalarında yüksek tazminatların ortaya çıkması, hastaların "kar amaçlı" dava açmalarına, hatta bunu "kullanan" avukatların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Malpraktis davalarından korkan bazı hekimlerin mesleklerini bıraktıkları ve başka işlere yöneldikleri de görülmektedir.

Görüldüğü gibi tıbbi kötü uygulamalar (tıbbi malpraktis) birçok nedeni olan ve birçok yönden incelenmesi gereken olaylardır. Tıbbi malpraktis, yalnızca hekimden kaynaklanan veya hekimin suçlanacağı olay olmayıp birçok faktörün işin içine karıştığı davalardır ve gerek bilir kişilerin gerekse mahkemelerin bu konularda karar vermeleri bazen oldukça güç olabilmektedir. Tıbbi ihtisas mahkemelerinin kurulmasının, bu güçlükleri bir miktar hafifletebileceği düşünülebilir. Ancak kaynağı her ne olursa olsun tıbbi malpraktis olaylarının çözüm yerleri yasal çerçeve içinde kalmak zorundadır; hukuk düzeninin kesinlikle reddettiği "ihkak-ı hak" davranışları ve şiddet çözüm yolu değildir ve tam aksine hukukun yok edilmesi anlamına geleceği için aklı başında her insanın kesinlikle karşı çıkması gereken davranışlardır.

Kaynaklar

1) Koslowski P. Etik ve Hekimlik Sanatı. In: Etik ve Meslek Etikleri Tepe H. (eds) Meteksan A.Ş. Ankara, 2000 s. 44

2) Hakeri H. Tıp Hukuku S. 258

3) Yargıtay 4. Hukuk Dairesi E.1976/6297, K. 1977/2541, T. 7.3.1977

4) Ankara Bölge Adliye Mahkemesi 3. Hukuk Dairesi 08.07.2020

5) Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

6) TCK Madde 24/3

7) Borçlar Kanunu Madde 55

8) Selma Aydaş. Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Uygulamaları. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2014

SABİM başvuruları

Ömer Doğubey Aslan



1992 yılında Ankara'da doğdu. Atılım Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun oldu (2016). 2015-2017 yılları arasında çeşitli Avrupa Birliği projelerine katılıp proje bazlı olarak Birleşmiş Milletlerde çalıştı. 2018-2020 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde ve Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezinde (SABİM) görev yaptı. Halen Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneğinde Program Sorumlusu olarak görev yapmaktadır.

Arife Arslan Bucak



Ankara Üniversitesi Hemşirelik Bölümünden 1996 yılında, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümünden 2002 yılında mezun oldu. 1997-2016 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Satınalma biriminde görev yaptı. 2009-2016 yılları arasında İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. 2017-2019 arasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde Yönetim Destek Hizmetleri ve Proje Geliştirme ve Mali İşler Daire Başkanı olarak görev yaptı. 2019 yılından itibaren Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı görevine devam etmektedir.

Sağlıkta şiddet; tüm dünyada sağlık çalışanları için en önemli mesleki tehlikelerden biri olarak görülmektedir (1, 2). Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması veya açma olasılığı bulunması" olarak tanımlanmıştır (3). Sağlıkta şiddet ise sağlık çalışanlarının işleriyle alakalı olarak üstü açık veya kapalı olarak güvenliklerini, sağlık durumlarını ve esenliklerini olumsuz etkileyecek şekilde tacize, saldırıya ve tehdide maruz kalması olarak tarif edilmiştir (4). Sağlıkta şiddet; fiziksel şiddet, sözlü şiddet, cinsel taciz, zorbalık ve tehdit şeklinde gerçekleşebilmektedir (5). Bunlar arasında en yaygını ise sözlü şiddettir (6).

Amerika Birleşik Devletlerinde iş yerlerinde hem sözlü hem fiziksel olarak gerçekleşen şiddet olayları en fazla sağlık çalışanlarına karşı vuku bulmaktadır (7). Amerika İş Güvenliği ve Sağlığı Biriminin (OSHA) raporuna göre sağlık çalışanlarının diğer iş yeri çalışanlarından dört kat daha fazla şiddet görme olasılığına sahip olduğu belirtilmiştir. On bin çalışanda ortalama 8 vaka sayısı ile en çok yaralanma vakası sağlık çalışanlarında görülmektedir. Diğer sektörlerde ortalama vaka sayısı 2'nin altında seyretilmektedir (8). Çeşitli ülkelerde yapılan fiziksel şiddet araştırmalarında oran ülkeler arası farklılık gösterdiği gibi meslek

grupları ve birimler arasında da farklılık göstermektedir (9). Örneğin, Çin'de 2018 yılında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler arasında fiziksel şiddete maruz kalma oranı %81,85, Almanya'da 2018 yılında yaşlı bakım evi ve hastanede çalışan hemşireler arasında %66,98, 2018 yılında Danimarka'da hastanede çalışan tüm sağlık çalışanları arasında %25,40, Finlandiya'da 2017 yılında hastanede çalışan hemşireler arasında %24,63, Amerika Birleşik Devletlerinde hastanede çalışan hemşireler arasında %38,18 olarak belirlenmiştir (9, 10, 11). Türkiye'de 2015 yılında yapılan iki farklı araştırmada hastanede çalışan hemşireler arasında fiziksel şiddete maruz kalma oranı %13,38, tüm sağlık kuruluşlarında çalışan doktorlar için bu oran %27,5 olarak belirlenmiştir (12, 13).

Sağlıkta şiddet noktasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmet vermekte olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) önemli çalışmalar yürütmektedir. 01.01.2004 tarihinde hizmet vermeye başlayan SABİM, vatandaşların sağlık hizmetleriyle ilgili yaşadığı sorunlarını, taleplerini, önerilerini, teşekkür veya eleştirilerini iletebileceği bir platform olup kişilere mevzuat dahilinde doğru bilgilendirme ve çözüm sağlamaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı ve vatandaşlar arasında bir köprü görevi gören SABİM, kişilere mümkün olan en kolay yoldan, en hızlı şekilde ve doğrudan Bakanlığa ulaşma imkânı sağlamaktadır. Vatandaşlar SABİM'e telefon, faks, e-posta, posta, sosyal medya

ve canlı destek aracılığıyla veya şahsen birime gelerek 7 gün 24 saat esasına göre başvuruda bulunabilmektedir. Bu başvurular arasında sağlık çalışanlarına yönelik tehdit, hakaret içerikli beyanlar bulunabilmektedir. Bu durumun hızlı ve etkin yönetilmesi ve sağlık çalışanlarına yönelik muhtemel şiddet olaylarının önüne geçilmesi için SABİM çatısı altında "Şifa Veren Ele Vefa" ekibi hizmet vermektedir. Bu ekip, tehdit ve hakaret içerikli başvuruları değerlendirmekte olup Tehdit Başvuruları İş Akış Şemasında yer alan algoritmaya göre hareket etmektedir. Başvuruda kısa süre içerisinde şiddete dönüşme ihtimali bulunan bir tehdit beyanı var ise başvuru dakikalar içerisinde kolluk kuvvetlerine, hastane yönetimine ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine gereği yapılmak üzere iletilmektedir. Buna ek olarak başvurunun içeriğine göre konu ilgili İl Sağlık Müdürlüğüne iletmektedir. İlgili İl Sağlık Müdürlükleri tarafından da başvuru ve başvurudaki beyanlar ilgili İlçe Sağlık Müdürlüklerine veya hastanelere bildirilerek gerekli güvenlik önlemlerinin alınması sağlanmaktadır, gerektiğinde beyaz kod bildirimi yapılmaktadır. Ayrıca oluşabilecek şiddet vakalarının önüne geçilmesi adına gerekli iyileştirmeleri gerçekleştirmektedir. Başvuruda sağlık çalışanlarına ve devlet büyüklerine hakaret söz konusu ise başvuru hukuki işlemlerin yapılması için T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne iletilmektedir.

2020 yılı 1 Ocak-26 Ağustos tarihleri arasında SABİM Şifa Veren Ele Vefa

ekibi tarafından toplam 14.095 başvuru değerlendirilmiş olup 13.107'si (%92,99) gereği yapılmak üzere ilgili İl Sağlık Müdürlüğüne, yaklaşık %7'si ise kolluk kuvvetlerine iletilmiştir. Gelen başvuruların tümü tehdit içerikli olduğundan sözel şiddet kategorisine girmektedir. Tehdit içerikli potansiyel şiddet başvurularının hızlı ve etkin müdahale ile şiddete dönüşmesi engellenmeye çalışılmaktadır. Değerlendirilen başvurular en çok 4.948 adet (%35,10) ile İstanbul ilinden gelmiş olup, bunu sırasıyla 1.010 adet (%7,17) ile Ankara ve 671 adet (%4,76) ile İzmir takip etmektedir. Başvurular yaş aralıklarına göre değerlendirildiğinde en çok başvurunun %30,36 oranla (4.279 adet) 35-44 yaş aralığındaki vatandaşlardan geldiği görülmüştür. Başvurular cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise 11.731 adet başvuru (%83,24) erkekler, 2.023 adet başvuru (%14,35) kadınlar tarafından oluşturulmuş olup 340 başvuruda (%2,41) cinsiyet belirtilmemiştir.

SABİM gerek işleyiş gerek sağlıkta şiddete karşı önlem alma noktasında dünyadaki eşdeğer kurumlardan farklılık göstermektedir. SABİM, 7 ayrı kanaldan 7 gün 24 saat esasına göre vatandaşlık durumuna bakılmaksızın herkese hizmet vermektedir. Sosyal medyayı en etkin kullanan iletişim merkezi olarak da kişilere yardımcı olmakta ve 4 milyonun üzerinde etkileşim sayısına ulaşmaktadır. Bu noktada bahsedilmesi gereken en önemli kurumlardan biri ise Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezidir. CİMER, vatandaş ile devlet arasında bir iletişim köprüsü olarak kurulmuştur. Vatandaşlar talep, ihbar ve şikayetlerini doğrudan Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığına iletebilmektedir. Sağlık Bakanlığı görev ve yetki alanına giren tüm konular Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmet veren CİMER Birimine iletilmektedir. CİMER başvuruları değerlendirilerek konu ve içeriklerine göre Sağlık Bakanlığı ilgili Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıklarına gereği yapmak üzere sevk edilmektedir.

İngiltere'de sağlık sisteminde sorun yaşayan bir vatandaş, konusuna göre farklı kurumlara başvurmak zorundadır (14). Yaşanılan sorun; birinci basamak sağlık hizmetiyle, dış hekimiyle, optisyenle, eczane ile veya acil durumlarda aranan NHS 111 hattı ile vatandaş Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmetine telefon veya e-posta yoluyla başvuruda bulunabil-

mektedir (15). İlgili çağrı merkezi hafta içi 09.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir (15). Eğer yaşanan sorun hastane bakımı, ruh sağlığı hizmetleri, hizmet saati dışı sorunlar veya bölge hemşireliği gibi toplumsal hizmetlerle alakalı ise yerel görevlendirilmiş gruplara başvurusu gerekmektedir (14). Sağlık sistemindeki sorun Singapur'da yaşanmış ise sadece e-posta aracılığıyla Sağlık Çalışanları Kuruluna şikâyet mektubu yazarak iletebilmektedir (16). Eğer sağlık sisteminde yaşanan sorun Avusturalya'da yaşanmış ise kişi şikâyet formunu doldurarak Avustralya Sağlık Uygulayıcıları Düzenleme Kurumuna e-posta veya posta aracılığıyla, telefonla arayarak veya bölgesel ofislere şahsen başvurarak sorununu iletebilmektedir (17). İlgili çağrı merkezi hafta içi 09.00-17.00 saatleri arası hizmet vermektedir (18). Amerika Birleşik Devletlerinde devlet her ne kadar düşük gelir grubunda bulunan vatandaşlara (*Medicaid*) ile 65 yaş üstü ve bazı 65 yaş altı malullük durumu olan vatandaşlara (*Medicare*) ücretsiz sağlık sigortası sağlasa da sağlık sisteminin çoğunluğunu özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır (19). 2019 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde nüfusun %21'i düşük gelir grubunda bulunduğu (*Medicaid*), %16'sı 65 yaş üstü ve bazı 65 yaş altı malullük durumundan (*Medicare*) dolayı devlet tarafından sağlanan sağlık sigortası kapsamındadır (20, 21). *Medicare* sağlık sigortasına sahip bir vatandaş finansal konularda veya sigorta kapsamında bir sorun yaşarsa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) numarasını veya ilgili e-posta adresine ulaşarak hizmet kalitesi noktasında veya diğer konularda ise o eyalette bulunan Eyalet Sağlık Sigortası Yardım Programına ulaşarak başvuruda bulunabilmektedir (22, 23). *Medicaid* sağlık sigortasına sahip bir vatandaş sağlık sisteminde bir sorun yaşadığında ilgili eyalet birimine ulaşarak başvuruda bulunabilmektedir (24). Özel sağlık sigortasına sahip bir vatandaş sağlık sisteminde bir sorun yaşadığında konuyla ilgili sağlık sigortasını yaptırmış olduğu firmaya başvurabilir (25, 26, 27). Her halükârda, bu üç gruba dahil vatandaşlar ilgili Eyalet Sağlık Kuruluna başvurabilir (28).

Kaynaklar

- 1) Kuehn BM. *Violence in Health Care Settings on Rise*. JAMA 2010; 511.
- 2) Gates DM. *The Epidemic of Violence Against Healthcare Workers*. *Occup Environ Med* 2004; 649.
- 3) Etienne GK, Linda L et al. *World Report on Violence and Health*. Geneva. WHO; 5.

4) Wynne R, Clarkin N, Cox T, et al. *Guidance on the Prevention of Violence at Work*. Luxembourg: European Commissions. DG-V. 1997.

5) Cooper C, Swanson N. *Workplace Violence in the Health Sector-state of the art*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector, 2002; 81

6) Liu J, et al. *Prevalence of Workplace Violence Against Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Occup Environ Med* 2019; 9.

7) Rugala EA, Isaacs AR, eds. *Workplace Violence Issues in Response*. Critical Incident Response Group, National Center for the Analysis of Violent Crime FBI Academy

8) *Workplace Violence in Healthcare*. OSHA 2015; 1.

9) Li YL, et al. *Prevalence of Workplace Physical Violence Against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 6-8.

10) Schablon A., Wendeler D., Kozak A., Nienhaus A., Steinke S. *Prevalence and Consequences of Aggression and Violence Towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey*. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 6.

11) Pihl-Thingvad J, Brandt LPA, Andersen LL. *Consistent Use of Assistive Devices for Patient Transfer*. *AAOHN*. 2018; 456.

12) Aksakal B et al. *Workplace Physical Violence, Verbal Violence, and Mobbing Experienced by Nurses at A University Hospital*. *Turk J Med Sci*. 2015; 1361.

13) Baykan Z et al. *Physician Exposure to Violence: A Study Performed in Turkey*. *Int J Occup Safe Ergo*. 2015; 294.

14) <https://www.nhs.uk/contact-us/give-feedback-or-make-complaint>, 2019 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

15) <https://www.england.nhs.uk/contact-us/complaint/complaining-to-nhse>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

16) <https://www.healthprofessionals.gov.sg/smc/information-for-public-patients/submitting-a-complaint>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

17) <https://www.ahpra.gov.au/About-AHPRA/Complaints.aspx>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

18) <https://www.medicalboard.gov.au/sitecore/content/home/about-ahpra/contact-us.aspx>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

19) Tunstall L. <https://evidencenetwork.ca/background-making-sense-of-the-u-s-health-care-system-a-primer-2>, (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

20) Mikulic M. <https://www.statista.com/topics/1167/medicare>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

21) Mikulic M <https://www.statista.com/topics/1091/medicaid>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

22) <https://www.medicare.gov/forms-help-resources/contact-medicare>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

23) Klug M. <https://www.shiptacenter.org/about-medicare/blog/who-do-i-call-about-quality-care-concerns>, 2018 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

24) <https://www.medicaid.gov/about-us/contact-us/contact-your-state-questions/index.html>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

25) <https://www.healthpartners.com/hp/insurance/medicare/appeals-grievances/grievance/index.html>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

26) <https://www.cigna.com/individuals-families/member-resources/appeals-grievances>, 2020, (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

27) <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances/appeals.html>, 2020, (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

28) <https://www.docinfo.org/report-a-doctor>, 2020 (Erişim Tarihi: 26.09.2020).

Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik mevzuat altyapımız

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya-Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yapan Aydın, sonrasında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyeliği ve Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevlerini üstlendi. 2010-2020 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü yapan Aydın, 2020 yılı Kasım ayında atandığı Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcılığı görevini sürdürmektedir.

Şiddet herhalde canlılar arasındaki en kötü iletişim aracı olsa gerek. Bunun insanlar arasında olmasının ise izahı kolay değil. Şiddet genellikle güçlü'nün zayıfa uyguladığı küresel bir sorundur. Bu sorunun hizmet verme ve alma noktasında ortaya çıkması, her şeyden önce taraflardan daha çok hizmetin kendisine zarar verme potansiyeli taşımaktadır. Ne var ki, hasta ve yakınlarının en kırılgan anı, hizmet sunan sağlık çalışanlarının ise çoğu kez yorgun olduğu sıraya denk gelen bu an iletişim kazasının en fazla yaşandığı nokta olmaya adaydır. Bu yüzden konunun sadece bir asayiş sorunu olarak ele alınmasının ve çözümün sadece bu noktada aranmasının netice vermeyeceği açıktır.

Bunun için çok yönlü bir yaklaşımla meselenin ele alınması gerekir. Vatandaşlarımızın ve sağlık çalışanlarının karşılıklı itimat ve saygıya dayalı, iletişimin sağlıklı kurulabildiği ortamlarda bir araya gelmesini sağlamalıyız. Hasta ve sağlık personeli olarak her iki tarafın da kendini güvende hissettiği bir hizmet ortamının oluşturulması sağlanmalıdır.

Ne var ki, bu yazının konusu sağlıkta şiddeti analiz etme ve çözüm aramaktan ziyade mevzuat altyapımızı irdelemekten ibarettir.

Sağlık Bakanlığı, kendi hazırladığı alt mevzuatlar ve rehberler yoluyla daha ziyade sağlık kuruluşlarındaki ortamı iyileştirmeye çalışmıştır. 2011 yılında yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik, sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasını, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasını, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesini, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesini amaçlamaktadır. Yönetmelik somut bir yaptırımdan ziyade ilgili alanlarda düzenlemelerin yapılması ve programların hazırlanmasını öngörmektedir (1).

Bakanlığın 2012 tarihli Çalışan Güvenliği konulu genelgesi, tüm sağlık kurumlarında hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik doğrultusunda, çalışan güvenliği komitesinin kurulması, çalışan güvenliği programının hazırlanması, çalışanların kişisel koruyucu önlemleri alması, çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması, Beyaz Kod uygulamasına geçilmesi, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi konularında yapılacakları sıralamaktadır (2).

Yine 2012 yılında çıkarılan bir yönetmelikle, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının haklarının korunması amaçlanmıştır (3). Buna göre, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele veya bunların vefatı halinde kanuni mirasçılara talepte bulunulması halinde hukuki yardımda bulunulması güvence altına alınmış, bunun usul ve esasları belirlenmiştir (Madde 5/1).

Sağlık Bakanlığı, 2019 yılında Hasta ve Çalışanların Güvenliğinin Sağlanması ve Korunması konulu bir tebliğ yayımlamıştır (4). Bu tebliğde, hasta ve çalışanların fiziksel saldırı cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, gerekli tedbirlerin alınacağı ve prensiplerin belirleneceği, özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılacağı, bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulacağı belirtilmiştir (Madde 18).

Bu yazıda belirtildiği gibi, Bakanlık tarafında yayımlanan yönetmelik, tebliğ ve genelgelerin şiddet uygulayan kişiyi muhatap almaktan ziyade çalışma ortamının düzenlenmesine yönelik olduğu görülmektedir.



Şiddetin toplumsal bir sorun olduğunu göz ardı ederek, “sağlıkta şiddet”, “kadına karşı şiddet”, “aile içi şiddet”, “trafik magandası”, “şehir vandalizmi” gibi kategorilere bölüp çözüm aramanın yeterli olmayacağını düşünüyorum. Aksine bu tutum, şiddeti markalaştırmakta, magazinleştirmekte ve meşru zemin bulmasına yol açmaktadır.



Doğrudan şiddete gelince, önce şiddet konusu olan genel cezai hükümlere bakalım. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu suç oluşturan birçok eylemi tanımlamakta ve bunlara ilişkin cezai müeyyideler getirmektedir (5).

Kasıtlı olarak başkasının vücuduna acı verme veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olma, “kasten yaralama” olarak tanımlanmaktadır. Bunun karşılığı bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasıdır (5237-86/1). Kasten yaralama fiilinin etkisi basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif ise, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur (5237-86/2). Eğer bu yaralama kişinin yaptığı kamu görevi nedeniyle işlenmişse, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır (5237-86/2c).

“Tehdit” bir fiilin kendisi olmaktan ziyade, yapılacak fiille korkutma girişimidir. Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştirmekle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (5237-106/1). Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya başka bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur (5237-106/1). Eğer tehdit birden fazla kişi tarafından birlikte yapılırsa iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur (5237-106/2c).

Bir kimseye şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat ederek veya sövmek suretiyle bir kimsenin şeref ve saygınlığına yapılan saldırı “hakaret” kabul edilir. Hakaret eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır (5237-125/1). Hakaret kamu görevlisine karşı görevinden dolayı yapılırsa cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz (5237-125/2). Ancak kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenen hariç, hakaret suçunun soruşturulması ve kovuşturulması, mağdurun şikâyetine bağlıdır (5237-131/1).

Ayrıca “mala zarar vermenin” de cezai müeyyidesi vardır. Başkasının taşınır veya taşınmaz malını kısmen veya tamamen yıkan, tahrip eden, yok eden, bozan, kullanılamaz hale getiren veya kirlen kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan üç yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır (5237-151/1).

Şiddetin derecesi can kaybına yol açarsa, yani “kasten öldürme” fiili işlenirse cezası müebbet hapidir (5237-81/1). Yine belli şartlarda ve kişinin yerine getirmekte olduğu kamu göre nedeniyle bu fiil işlenirse ceza ağırlaştırılmış müebbet olur (5237-81/1).

5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nu ise ceza muhakemesinin nasıl yapılacağı hususundaki kuralları ile bu sürece katılan kişilerin hak, yetki ve yükümlülüklerini düzenlemektedir (6). Bilindiği gibi, şiddet konusunda kamuoyu vicdanını en fazla yaralayan failin salıverilmesi- dir. Hangi şartlarda “tutuklama” yapıla-

bileceği, tutuklama nedenlerinin neler olduğu kanunda detaylı bir şekilde ele alınmıştır. İşin önemi, verilmesi beklenen ceza veya güvenlik tedbiri ile ölçülü olmaması halinde, tutuklama kararının verilemeyeceği belirtilmektedir (5271-100/1). Saydığımız suçlardan sadece “kasten öldürme” tutuklama nedenleri içinde sayılmıştır (5271-100/3a). Genel bir kural olarak vücut dokunulmazlığına karşı kasten işlenenler hariç olmak üzere hapis cezasının üst sınırı iki yıldan fazla olmayan suçlarda tutuklama kararı verilemeyeceği hükmü yer almaktadır (5271-100/4).

Kanun hafif suçlarda öncelikle “uzlaştırma” girişimini ön görmektedir. Şüpheli ile mağdur veya suçtan zarar gören gerçek veya özel hukuk tüzel kişinin uzlaştırılması girişiminin başında soruşturma ve kovuşturması şikâyete bağlı suçları saymaktadır (5271-253/1a). Şikâyete bağlı olup olmadığına bakılmaksızın saydığımız suçlardan “kasten yaralama” da bu kapsamda sayılan suçlar arasında yer almaktadır. (5271-253/1b).

2559 Sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu’na göre polis, suçüstü hâlinde veya gecikmesinde sakınca bulunan diğer hâllerde suç işlendiğine veya suça teşebbüs edildiğine dair haklarında kuvvetli iz, eser, emare veya delil bulunan şüphelileri eylemin veya durumun niteliğine göre koruma altına alır, uzaklaştırır ya da yakalar ve gerekli kanuni işlemleri yapar (7) (2559-13/1A). Yakalama sebebi ortadan kalkanlar ise derhal serbest bırakılır (2559-13/2C).

2012 yılında İçişleri Bakanlığı Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması konulu genelgesiyle mevcut mevzuattan kaynaklanan sorumluluğu hatırlatmış ve yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle yaralama, tehdit ve hakaret gibi şiddete maruz kalan mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın hastane polisi başta olmak üzere yetkili kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesisi ve ilgili Cumhuriyet savcılarına konunun intikali gerektiğini duyurmuştur (8).

Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu'nda 2015 yılında yapılan değişiklikle Polisin müşteki, mağdur veya tanık ifadelerini, talepleri hâlinde ikamet ettikleri yerlerde veya işyerlerinde de alabileceği hükmü getirilmiştir (2559-15). Böylece sağlık çalışanları şiddete maruz kalmaları halinde talepleri üzerine görev yaptıkları hastanede veya ikametlerinde polise ifade verebilmeleri sağlanmıştır. Ancak süreç içinde bu hükümlere yeterince uyulmadığı gözlenmiştir.

Yine 2016 yılında Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 100'üncü maddesinin dördüncü fıkrasında yapılan değişiklik ile vücut dokunulmazlığına karşı kasten işlenen eylemlerin tutuklama yasağına tabi olmadığı düzenlenmiştir (5271-100/4). Bu düzenlemenin de sağlıkta şiddet uygulayanlar bakımından bir yansımaya toplum olarak şahit olmadık.

Buraya kadar anlatılan yasal mevzuat hükümleri tamamen genel şiddet eylemi ve buna karşı alınan tedbirler, cezai uygulamalar ile ilgilidir. Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik bunlara ilave bir dizi kanuni değişiklikler yapılmıştır. Bu mevzuat değişikliklerini tarihsel bir perspektifte ele almak, sürecin yönetimi ve aktörleri hakkında da bilgi edinmemize yardımcı olabilir.

Bu hususta somut ilk adımı 2014 yılında 3359 sayılı Sağlık Temel Kanunu'nda yapılan değişiklikle görüyoruz (9). Buna göre sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen "kasten yaralama" suçu, tutuklama nedeni varsayılan suçlar arasına alınmıştır (3359-Ek12/1). Bu yazıda tanımı ve cezai müeyyideleri anlatılan "kasten yaralama" fiilinin yaptırımı maruz kalan sağlık personeli lehine değiştirilmiş, "sağlıkta kasten yaralama" istisna kabul edilmiştir. Böylece Kamuoyunun fazlasıyla dikkatini çeken sağlık personeline fiili şiddet uy-

gulayanların ifadesi andıktan sonra salıverilmesine son verilmiş oldu.

Türk Ceza Kanunu'nun sözünü ettiğimiz hükümlerinde görüldüğü gibi, genellikle kamu görevlilerine karşı görevleri nedeniyle işlenen suçların yaptırımında ağırlaştırıcı hükümler bulunmaktadır.

2018 yılında kanuna, sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanların, kolluk görevlilerince yakalanarak gerekli işlemleri yapıp Cumhuriyet Başsavcılığına sevk edileceği, Cumhuriyet savcısının adli işlemleri tekemmül ettireceği yönünde bir hüküm eklenmiştir (3359-Ek12/3). Böylece emniyet görevlilerinin faili doğrudan serbest bırakması önlenmiş oldu. Ayrıca, bu suçların soruşturmasında, kolluk tarafından müşteki, mağdur veya tanık olan sağlık personelinin ifadelerinin -özel ve kamu sağlık kuruluşu ayırımı yapılmaksızın- iş yerlerinde alınacağı hükmü getirilmiştir (3359-Ek12/3). Böylece şiddet olayına maruz kalan veya tanık olan sağlık personelinin ifade için güvenlik birimlerine çağırılmaksızın "ifadesinin kendi iş yerinde alınması" sağlandı.

Bu hususa yeterince uyulmasını uyarlamak üzere İçişleri Bakanlığı tarafından bir genelge yayımlanarak, hastanelerimizde meydana gelen olaylarda sağlık personelinin bilgisine görev mahallinde başvurulması gereği hatırlatılmış, olay yerinde iş ve işlemlerin tamamlanması istenmiştir. Ayrıca yoğun hastanelerimizde hastane polis noktalarında 24 saat "emniyet görevlisi bulundurulacağı" bildirilmiştir (10).

Kanunda 2020 yılında yapılan değişiklikle sağlık hizmeti adına bir istisna getirilmiş ve kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen "kasten yaralama", "tehdit", "hakaret" ve "görevi yaptırma için direnme" suçlarında "ceza- ların yarı oranda artırılacağı ve hapis cezasının ertelenemeyeceği" belirtilmiştir (3359-Ek12/1).

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel de bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından "kamu görevlisi" sayılmıştır (3359-Ek12/2). Bu hüküm 2014 yılında konulmuş olmakla birlikte madde- nin yeni halinde de korunmuştur.

Bu arada şiddete başvurulmuş olsa da kişinin sağlık hakkının korunması kaydıyla mağdur sağlık personelinin hizmet vermemesi meşrulaştırılmıştır. Kanun'daki ifadeyle, şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmetin ilgili diğer personel tarafından verileceği belirtilmiştir (3359-Ek12/4).

Görülüyor ki, sağlıkta şiddetin önlenmesi konusunda oldukça detaylı yasal düzenlemelere gidilmiştir. Ayrıca Bakanlık hazırladığı rehber ve eylem planlarıyla hasta ve sağlık personelinin bulunduğu fiziksel ortamların rehabilitasyonu, yorgunluk ve bitkinliğe yol açan aşırı iş yükünün azaltılması, malptaktis ve tazminat tehdidinden kurtulma, vatandaşlarımızın sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık hizmeti verme ve hizmet alma kültürünün yeni bir tanımlamayla geliştirilmesi ve hasta hekim iletişimini geliştirici eylemlerin hayata geçirilmesi dahil bir dizi eylemi hayata geçirme gayretini ortaya koymaktadır. Ancak bütün bunların ne derece önleyici olduğunu zaman gösterecektir. Şiddetin toplumsal bir sorun olduğunu göz ardı ederek, "sağlıkta şiddet", "kadına karşı şiddet", "aile içi şiddet", "trafik mağandası", "şehir vandalizmi" gibi kategorilere bölüp çözüm aramanın yeterli olmayacağını düşünüyorum. Aksine bu tutum, şiddeti markalaştırmakta, magazinleştirmekte ve meşru zemin bulmasına yol açmaktadır.

Kaynaklar

1) Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 06.04.2011 tarihli, 27897 sayılı Resmî Gazete.

2) Çalışan Güvenliğinin Sağlanması konulu Sağlık Bakanlığı Genelgesi Tarih: 14.5.2012.

3) Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 28.04.2012 tarihli 28277 sayılı Resmî Gazete.

4) Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 26.5.2019 tarihli 27214 sayılı Resmî Gazete.

5) 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu.

6) 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu.

7) 2559 Sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu.

8) Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması konulu İçişleri Bakanlığı Genelgesi. Tarih: 26.4.2012.

9) 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

10) Sağlık Çalışanları konulu İçişleri Bakanlığı Genelgesi. Tarih: 20.7.2018.

Sağlık sistemi ve kuruluşlarına ilişkin çözüm önerileri

Prof. Dr. Mustafa Altındiş



1966 yılında Konya'da doğdu. 1989'da Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında viroloji bilim doktoru, 2005 yılında klinik mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'da laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atandı, 2013'te Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçti. Halen Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Dalı ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarını yürütmektedir.

Her dönemde olduğu gibi zorlu COVID-19 pandemi döneminde cephenin farklı sathlarında da olsa fedakarca mücadele eden ve tükenmişliğin eşliğinde olan sağlık çalışanlarının en temel kaygısı, bu stresli ve yoğun çalışma ortamında bir hasta ya da yakınından şiddete maruz kalabilme endişesidir. Gün geçmiyor ki farklı yerlerde birden fazla şiddet haberi basına yansısın. Önleyici ve caydırıcı tedbirler, çağrılar ve müeyyideler ise sağlıkta şiddetin azaltılmasında yetersiz kalabilmektedir. Yayınlanmakta olan raporlara göre sağlıkta şiddetin kayıtlı sayıları düzenli olarak artmaktadır. Sağlık-Sen raporuna göre Ekim 2020 ayında kamuoyuna yansıyan 18 şiddet olayında 49 saldırganın 28 sağlık çalışanını mağdur ettiğini belirlenmiş, 18 vakanın 16'sı hem sözlü hem fiili, 2'si ise sözlü saldırı olarak gerçekleşmiştir. Bu şiddet vakalarında 20 saldırgan, ifadeleri sonrasında serbest bırakılırken, 7'si hakkında hiçbir işlem yapılmasına bile gerek duyulmamış, sadece 22'si tutuklu olarak takip edilmiştir.

Sağlıkta Şiddetin Artma Nedenleri

Sağlıkta şiddetin birçok sorumlusu ya da nedeni bulunmaktadır. Bu nedenleri kısaca açıkladıktan sonra sağlık sistemi ve sağlık kuruluşlarına ilişkin nedenler ve çözüm önerileri üzerinde durulacaktır.

Sürekli artan şiddet kültürü: Hızla artan şiddet, sevginin saygının azaldığı, sabırsızlığın arttığı, toplumda aile büyükleri ve mahallenin sosyal denetiminin azaldığı, kimsenin kimseden çekinmediği, sorunları şiddet kullanarak çözme modellemesi, medyada her gün onlarca şiddet sahnesi ile şiddete örnek ve yapılmı biçimlerinin model olarak sunulması, sorunları açıklıkla konuşma yerine konuşamama ve şiddete başvurma halleri, dinleme ve empati yapabilme yeteneklerinin öğretilmemesi, iyi örneklerin azalması, güçlü olanın, sesi daha çok çıkanın haklı olduğu algısının pompalanması ve kuralızsızlık ya da kural çiğnemenin marifet sayılması gibi nedenler ile şiddet kültürü topluma hakim olmaya başlamıştır.

Hasta ve yakınlarına ait faktörler: Hasta ya da yakınlarında, yaşama dair korku, gerginlik, panik, endişe, sakat kalma ve yada ölüm korkusu, belki şiddetli ağrı, bitkinlik nedenleri ile oluşan olumsuz duygular ve bunların dışa vurumu olabilmektedir. Ayrıca alkol ve madde bağımlılığı sorunları, psikolojik problemler, bilgisizlik yada aşırı beklenti de şiddeti doğurabilmektedir.

Sağlık çalışanlarıyla ısanlarıyla ilişkili faktörler: Yoğun iş yükü ve yetersiz çalışma koşulları, performans nedeni aşırı çalışmalar, izin/tatilsiz mesai, sıklıkla gelen ve yoğunlaşmış nöbetler ve erte-

si günde çalışma; günlük 100 hastaya yakın muayene zorunluluğu ve yeterince her hastaya gerekli zaman, özen ve ilgiyi gösterememe, sonuçta tıbbi kararlar ve girişimlerdeki muhtemel tıbbi hata, şiddete neden olabilmektedir. Yine meslekte umduklarını bulamama, stres, tükenmişlikler, mobbingler ve yetersiz motivasyonda hizmette beklenen performans göstermemeye ve düşük hasta memnuniyetine dolayısıyla da şiddete destek olacak ortamı yaratmaktadır.

Medya ve yönlendiriciler: Genel olarak şiddetin özendirilmesi, dizilerde ve filmlerde şehir ortasında silahlı çetelerin çatışma sahneleri ve silahlandırılmaya özendirilmesi, toplumun, saygın kabul görmüş değerlerinin değil, bunları yıkan değersizleştiren sokak jargonu ve yaşam tarzının dayatılması, pozitif örneklerin verilmesi yerine şiddeti körükleyen diğer etkenlerdendir. Ayrıca sağlıkta yaşanan problemlerin temel nedeninin sağlık çalışanları gibi görülmesi/gösterilmesi; Malpraktis vakalarında hizmet kusurlarını da direkt hekim hatası gibi görme; kötü uygulama adına birkaç olumsuz örneği genele mal etme ve sağlık çalışanlarını küçük düşüren her türlü siyasi, yazar, çizer, film-senaryo söylemi bu nedenlerden sadece birkaçıdır.

Meslektaş ve meslek örgütleriyle ilişkili faktörler: Meslek odalarının hekim





sorunları, iletişimleri ve sürekli eğitimlerine odaklanmaları, yaşanan olumsuz örnekleri, etik olmayan olayları da deşifre etmeli ve gerekli hukuki sürecin takipçisi olmalıdır. Bu konudaki isteksizlik ve yetersizlik de, mesleki saygınlığı zedeleyecektir.

Sistemle ilgili sorunlar: Performans yapılanması, mekân ve sistem işleyişine ilişkin eksiklerin hizmeti aksar hale getirmesi şiddeti destekleyen faktörlerden sadece bir kaçıdır. Bu sorunlar aşağıda çözüm önerileri ile birlikte detaylı olarak verilmektedir.

Sağlık Sistemi ve Sağlık Kuruluşlarına İlişkin Nedenler ve Çözüm Önerileri

- Alt yapının yetersiz kaldığı ve donanım eksikliklerinin olduğu bir hastane kalmamış olduğunu düşünmekle beraber, işletme kusurları ya da kötü yönetim, personel yetersizlikleri ve uyumsuzluğu sonucu hizmet aksaması, uzayan sıralar, randevu alamamalar ya da organizasyon bozuklukları, ameliyat randevuları oluşturamama, boş yatak bulunamaması ve benzeri olumsuzlukların kesinlikle profesyonel destek alarak ve çözüm odaklı yaklaşılarak sonlandırılması gerekmektedir.

- Hasta hizmetlerinde yeterince asgari konfor ve hasta güvenliğinin sağlanamaması, hasta ve sağlık personelinin olumlu buluşmasını sağlayacak iyileştirmeler yapılamaması, süreçlerde iyileş-

tirme ve kalite süreçlerine odaklanmama sorunları göze çarpmaktadır.

- İltimas geçme, adam kayırma benzeri uygulamalar çalışma barışını bozduğu gibi sistem işleyişini de olumsuz etkilemektedir.

- Özellikle büyük hastaneler (3000-5000 ve üstü personelin olduğu kurumlarda olduğu gibi) başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında çalışanlar dikkatle takip edilmeli, içlerinde ilaç, alkol ve madde bağımlısı olanlar, şiddete eğilimi sevenler, psikiyatrik hastalık tanısı almış, raporlu personel bilinmeli ve çalışma düzeni ona göre oluşturulmalıdır.

- Hastanelerde belli saatlerde şiddet olaylar daha çok görülmektedir. Örneğin nöbet değişim saatleri, yemek shiftleri, ziyaret saatleri, ziyaret zamanları, personel sayısının azaldığı dönemsel süreçlerde, personelin tek ve yalnız başına çalıştığı anlarda ve güvenlik birimlerinin de yetersiz olduğu alanlarda bu olayların görülme sıklığı artmaktadır. Bunlara çözüm önerileri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

- Hastalar ve yakınları, kendi klinikleri dışına çıkmakta tüm hastaneyi özgürce dolaşabilmektedir; bunda kesinlikle önüne geçilmelidir, hasta ve yakınları kartla sadece kendi kliniklerine girip çıkabilmeli, başka kapılar kapalı olmalıdır.

- Hastaneye silah ve benzeri kesici delici tehlikeli aletler getirilmemeli ya da güvenlikte alıkonulmalı, asla geçişe izin

verilmemelidir. Güvenlik görevlileri işlerini ciddi yapmalı, yerelleşmemeli, kurallar herkese ve aynı şekilde işletilmelidir. "Beyaz kod" verildiği halde müdahale etmeyen edemeyen güvenlik görevlileri varlığı, meslektaşlarımızın güvenliğini sarsmaktadır. Yani güvenlik sadece hastaneye getirilen meyve, yiyecek, içecek kontrolü şeklinde olmamalı, şüphe uyandıran ve davranış problemi olan riskli bireyler de dikkatle takip edilmelidir. Hastaneler her saat insanların kolay girip çıkabildiği, geceyi geçirebileceği alanlar olarak düşünülmemelidir. Hatta kontrolsüz açık/arka giriş çıkışlar dikkatle gözden geçirilmelidir. Buna ilişkin olarak mesai sonrası ve hafta sonları tüm kapılar kapanmalı, tek yada iki kapıdan giriş çıkış kontrollü sağlanmalıdır. Personel ve hasta giriş çıkışları ayrı kapılardan olabilir, bunun avantaj ve dezavantajları da dikkatlice değerlendirilmelidir.

- Hastanelerin akşamları iyi aydınlatılması, koridorlarda ve ünitelerde karanlık, loş ve kuytu alanlar olmaması, kimsenin gizlenebileceği kontrolsüz odanın olmaması, depoların kilitli olması önemlidir.

- Hasta ve yakınlarının bekleme alanları, gece refakatçi oteline dönüşmemesi için bekleme alanlarının düzenlenmesi ve iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

- Hastaların hizmet alım sırasında tahammüllerini zorlayan mekân bulma problemlerine çözüm oluşturulmalıdır. Bu konuya yönelik hastanelerde yönlendirme levhası ve bilgilendirme tabe-

laları bol, net ve okunaklı olmalı, tereddüte mahal vermemeli, giriş kapıları ve acil çıkışlar standartlara uygun olmalı, gerektiğinde bazı hastalara refakat edilmelidir.

- Hastane yönetimi, hasta hakları birimini görünür kılmalı ve danışma desklerini artırmalıdır. Buralara, insan ilişkilerinde başarılı, iletişim becerisi yüksek, nazik ama sabırlı, görevliler yerleştirilmelidir. Dağınık yapılanma, ulaşım ve erişim zorlukları, ilgili birimlerin bir arada olmayışı (kardiyoloji poliklinikleri içinde EKG ünitesi olmaması yada bir başka katta olması gibi...), hasta dostu yapılanma ve işleri kolaylaştıran, zamanı efektif kullandıran, enerji/zaman kazandıran, ergonomiyi destekleyen yapılanmalar cesur adımlar ile gerçekleştirmek gerekir.

- Hastanelerde, kesinlikle hasta hakları birimi kadar önemli olan bir diğer birim de çalışan güvenliği ve destek birimidir. Buraya personel kolaylıkla ulaşabilmeli, sorunlarını iletebilmeli makul olanlara çözüm oluşturulmalıdır. Personel sorunlarının dinlenmemesi hastaya da yansıyan demotivasyonuna neden olacaktır. Hastaneler personelinin motivasyonunu yükseltecek çözümler geliştirmelidir.

- Personel istihdamında “adama göre iş değil, işe göre adam” mottosu ile kesinlikle personel hareketliliklerinde liyakat öncelikli olmalıdır. Hasta ve yakınlarıyla yoğun teması olan birimlerde, eğitilmiş ve deneyimli personel istihdamına dikkat edilmelidir. Tüm sağlık çalışanları, hasta hakları kavramları ve hasta güvenliği sağlamaya yönelik en iyi pratikleri geliştirmelidir. Bu konuda da hizmet içi eğitim planlanmalı, ödül ve diğer yaptırımlar ile desteklenmelidir.

- Hasta ve yakınlarının hastalık hakkındaki bilgilenmesi tedavi sürecine dahil olma adına her zaman yararlıdır. Ancak bilgilendirilmede, uygun dil kullanılması, olası risklerin ve komplikasyonların kesinlikle net ortaya konulması, kötü prognoz olasılıklarının da anlatılması ve gerektiğinde muhtemel beklentiler de önceden vurgulanmalıdır. Yine hasta yakınlarına hastalarının vefatı bilgisi verme sürecin hasta iletişiminin en zor kısmıdır. Burada da kesinlikle hasta için yapılanların tamamı net ve tüm detayları ile anlatılmalı, süreci olumsuzla gö-

türen klinik nedenler sıralanmalı, elden gelen tüm imkanların kullanıldığı bilgisi paylaşılmalı, hasta yakınlarının anladığından emin olunmalıdır. Gerekirse bu konudaki deneyimler yönetim marifeti ile oryantasyon eğitimlerinde yeni personele aktarılmalıdır.

- Hastane ve sistemler, hasta mahremiyetini ve onurunu koruyacak şekilde yapılanmalı, çalışanlarda buna dikkat etmeli, hasta hizmetleri için eğitimlerde bu konuda öncellenmelidir.

- Sağlık kurumlarının yönetiminde gözlenen ticarileşme ve kuruma güven eksikliği hastalar ve yakınları tarafından bir gerilim nedeni olarak değerlendirilmektedir.

- Sağlıkta sık değişen uygulama ve rehberler de zaman zaman çalışma ortamında karışıklıklara neden olabilmektedir.

- Performansa dayalı çalışma düzeninin getirdiği aşırı iş yükü, tatil ve izin yapmaktan kaynaklanan gerginlik, yorgunluk, tükenmişlik de zaman zaman personeli sabırsız ve tahammülsüz kılabilen, iletişim ve nezaket dilini kaybettirmektedir.

- Her sağlık kurumu yönetimi (örneğin il sağlık müdürü ya da başhekim) kendi mekanları için, şiddetin önlenmesi, personelin korunması adına gerçekçi, uygulanabilir planlama yapmalıdır.

- Hastanelerde şiddetin sık rastlandığı yerler belirlenmeli, bunların nedenleri üzerine daha çok odaklanılmalıdır. Örneğin, acil servisler gibi birimlerde, fiziksel ortama ilişkin gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

- Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına, olay esnasında, anında ve yeterli güvenlik desteği sağlanmalıdır. Bu konudaki tereddüt ve yetersiz müdahale çalışanlarda defansif tıbbi tetikleyecektir.

- Yaşanan şiddet eylemleri kayıt altına alınmalı, hukuka intikal ettirilmelidir. Saldırganlar geciktirilmeden adalete teslim edilmeli ve hüküm giymelidir. Olayın oluş biçimi ve nedenleri ayrıntılı irdelenmeli, gelecek muhtemel tehditleri önleyici uygulamalar acilen devreye alınmalıdır. Sağlık kurumları içinde, olası şiddetin önüne geçilmesi, personelin risklere karşı korunması için

rasyonel, uygulanabilir planlamalar hayata geçirilmelidir.

- Şiddet eğilimi olan, hakaret veya tehdit eden hasta ve yakınların bilinmesi durumunda gelecek riskleri de dikkate alarak durumu bildirecek bir sistem kurgulanmalı, olayın nasıl kontrol edilebileceği, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının nasıl davranması gerektiği ve yasal hakları konusunda eğitim ve psikolojik destek verilmelidir.

Ayrıca büyük oranda giderilmiş olmakla beraber halen bazı kurumlarda altyapı ve donanım eksiklerinin olması, hizmetin aksamasına neden olabilmektedir. Yapılan iyileştirmeler arasında; sağlık komplekslerinin modernleştirilmesi, tek yataklı hasta odalarının hızla artırılması, yüksek teknoloji ve mükemmel fiziksel koşullara sahip şehir hastaneleri oluşturulması gibi pek çok değişim sayılabilir. Ancak bu süreç çok dinamik. Mükemmellik arayışıyla iyileştirmelerin devam etmesi önemlidir.

Sonuçta sağlıkta şiddetin nedenleri ve çözümleri oldukça kompleks olmakla beraber bu yazının konusu, şiddeti önlemede sağlık sistemi ve kuruluşlarına ilişkin çözüm önerileridir. Ancak şunu da net vurgulamak gerekir ki, hekimlere dönük bu menfur olaylar nedeniyle, tüm hasta veya hasta yakınlarını töhmet altında bırakmak da uygun değildir. Her gün milyonlarca hasta veya hasta yakını, sağlık teşekküllerinden yüksek memnuniyet düzeyi ile hizmet almakta, özellikle pandeminin kendisini tüm şiddeti ile hissettirdiği bugünlerde sağlık çalışanları tüm varlıkları ile salgından en az zararlı çıkılması konusunda özveri ile sonsuz enerji harcamaktadırlar. Bu güzel hasta/sağlık çalışanı ilişkisini birkaç, talihsiz olayın gölgelemesi düşünülemez. Aksi değerlendirme, sağlık çalışanlarına memnuniyetini bildiren ve dualarını ileten bunca hastaya haksızlık olur.

Kaynaklar

<http://www.sagliksen.org.tr/haber/9393/saglik-sen-ekim-ayi-saglikta-siddet-raporu> (Erişim Tarihi: 15.11.2020)

<http://asyod.org/dokuman/05102016140126.pdf> (Erişim Tarihi: 15.11.2020)

Deontolojik değerlerin kaybı ve sağlıkta şiddet ilişkisi

Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Nasreddin Hoca'nın evine hırsız girdiğini duyan komşularının tedbirsizliği dolayısıyla suçladığı Hoca'nın "Hırsızın hiç mi suçu yok?" serzenişi gibi "Neden hep sağlık personelinin suçluyorsun?" sorusuna muhatap olacağımın farkındayım ama ne yazık ki bu yazının konusu sağlıkta şiddetin gerekçelerinden biri olarak sayılan sağlık personelinin birbirlerine karşı davranışları hakkında olacak. Daha önce yine bu dergimizde "Sağlıkta Şiddetin Tarihçesi" ve "Sağlıkta Şiddetin Önlenmesinde İletişim Eğitimi" başlıklı iki makalemiz yayımlanmıştı. Dergimizin "Sağlıkta Şiddet" temalı bu sayısında sağlıkta şiddetin sebepleri

üzerine çok çeşitli değerlendirmeler olacağından eminim. Çeşitli mecralarda dile getirilenlere baktığımızda sağlıkta şiddetin gerekçelerini herkesin kendi zaviyesinden bakarak değerlendirdiği ve aslında görmek istediği gibi gördüğü gerçeği ile karşılaşırsınız. Eğer sağlık çalışanları olarak işe bakıyorsanız sağlık politikalarını birinci derecede sorumlu tutarken, hastalar ve yakınları açısından bakıldığında ilgisizlik ya da kötü davranış en önde gelen sebepler olarak görülecektir. Bunun bariz bir örneğini Tablo 1'de verilen anket sonuçlarında görebiliriz. Bu çalışmada sağlıkta şiddetin gerekçeleri arasında muayene sırasında fazla bekleme sağlık çalışanlarına göre ilk sırada, hem de bariz bir farkla yer alırken, hasta ve yakınlarına göre ancak son sırada

ve diğer sebeplerden oldukça farklı bir oranda kendine yer bulabilmektedir.

Araştırmalar arasında farklı sonuçların çıkması sadece bu hususta olmayıp başka konularda da söz konusudur. Örneğin bazı araştırmalarda şiddete maruz kalan sağlık personelinin yaş ortalaması ve deneyim süresi azaldıkça şiddete maruz kalma oranının arttığı sonucu çıkarken, araştırmaların bazılarında ise deneyim süresi ve yaş ortalaması arttıkça şiddete maruz kalma oranının arttığı şeklinde tam tersi bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Araştırma mecralarının farklılığı araştırma sonuçlarına etki eden bir faktör olsa gerektir. Ancak her ne şekilde olursa olsun, özellikle de sağlık çalışanları pek kabul etmese de sağlıkta şiddetin sebepleri arasında önemli bir yer tutan bir faktör de sağlık personelinin birbirlerine karşı davranışlarıdır.

Tablo 1: Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet başlıklı anketin sonuçları

Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hak Ettiğini Düşünme Nedenleri (n=189)

Gerekçe	Sayı	%
Kötü davrandıkları için	90	47,6
Yüksek sesle tepki verdikleri için	85	44,9
Hastalığımızla ilgili bilgi vermedikleri için	92	48,6
Hastamızla yeterince ilgilenmedikleri için	110	58,2
Muayene sırasında beklettiği için	73	38,6

Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=1157)

Gerekçe	Sayı	%
Hastaya olumsuz, kötü haber verdiğinde	478	41,3
Hastanın istediği reçeteyi yazmadığında	234	20,2
Yanlış anlama gibi iletişim sorunlarında	480	41,4
Tedaviden memnun kalmadığında	500	43,2
Muayene sırasında fazla beklediğinde	726	62,7

Kaynak: İlhan, M.N. ve ark.; Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet, Gazi Medical Journal, 2013; 24: 5-10

2013 yılında TBMM'de Araştırma Komisyonu tarafından hazırlanan Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerinin irdelendiği ve çözüm önerilerinin sunulduğu "Sağlıkta Şiddet Raporu"nda, sağlıkta yaşanan şiddet olgularının sebepleri dört ana başlık altında ele alınırken ilk sırada "Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim" başlığı yer almıştır. Burada taraflardan kasıt sadece hekimler ya da diğer sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmeti alanlar yani hastalar ve hasta yakınları arasındaki ilişkiler olmayıp, aynı zamanda sağlık meslek mensuplarının birbirleri ile olan ilişkileri ya da sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmeti sunucusu kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkiler de yer almaktadır.



Deontolojiden Etiğe

70-80'li yıllarda öğrencilik dönemlerimizde etik değil deontoloji vardı. Zaman değişti ve deontolojiden etiğe evrilen bir ders halini aldı tıbbi deontoloji dersleri. Hekimlerin ve diğer sağlık meslek mensuplarının uymaları gereken ahlaki ve hukuki kurallar olarak tanımlanan tıbbi deontoloji derslerinde hocalarımız bizlere hekimliğin ahlakını öğretirlerken, hekimlerin diğer hekimlere karşı davranışlarının nasıl olması gerektiğini de öğretirler, deontoloji kitaplarında "hekimin görevleri" kısmında "kendine, hastalarına ve emrinde çalışanlara karşı" görevleri yanında "hekimin meslektaşlarına karşı olan görevleri" diye bir de bölüm olurdu. Şimdilerde ise tıp fakültelerinde hekim adaylarına deontoloji yerine etik anlatırken, evrensel olma uğruna sadece ikilemlerle karşılaştıklarında nasıl etik karar verebileceklerini öğretiyoruz ama maalesef meslektaşlarımızla ilişkilerimize dair pek fazla eğitim veremiyoruz. Halbuki sağlıkta şiddetin önemli sebeplerinden biri meslektaşların birbirleri hakkında hastalara veya hasta yakınlarına karşı sarf ettikleri ifadeler olmaktadır.

Hekimlerin birbirlerini karalayan davranışlarına güzel(!) bir örnek olarak 1950 yılında vefat eden İrlandalı yazar George Bernard Shaw'a ait çok bilinen bir anekdotu verebiliriz:

Hekimlerin birbirlerini karalayan davranışlarına güzel(!) bir örnek olarak 1950 yılında vefat eden İrlandalı yazar George Bernard Shaw'a ait çok bilinen bir anekdotu verebiliriz: Dostları Bernard Shaw'a "Tedaviniz nasıl gidiyor üstad?" diye sorarlar. "Bıraktım doktorum olan o şarlata herifi, ciğeri beş para etmez birini, dini imanı para, üstelik yazdığı reçeteler de saçma sapan!" diye cevap verir. "Ama üstad! Tanınmış ve saygın bir hekim hakkında böyle konuşulur mu?" diye mukabele ettiklerinde, "Bunlar benim sözlerim değil ki, yeni hekimimin onun hakkında söyledikleri." der.

Bu anekdot gerçekleşmiş midir yoksa uydurulmuş mudur bilemeyiz ama bir gerçeği ifade ettiği konusunda hiçbir tereddüdümüz yok. Deontolojiyi etiğe (ç)evirdiğimiz şu dönemde deontolojiye ne derece ihtiyacımız olduğunu görmek adına bundan sadece 50 yıl önce yazılmış bir tıbbi deontoloji kitabının "Hekimin meslektaşlarına karşı olan görevleri" adlı bölümünden bazı alıntılar yapmak istiyoruz: *"Meslektaşlar arasındaki karşılıklı saygı ve sevgi kişiler kadar mesleği de yükseltir. Birbiryle geçinemeyen, birbirinin arkasından söyleyen meslektaşların zararı kendilerinden önce mesleğedir. Zira bu gibi durumlar hekimliğe olan inancı sarsar. Eskiden hekimler arasında ki bu karşılıklı bağ ve saygı çok kuvvetli olduğu içindir ki: 'Hekim değiller mi? Muhabbakk birbirlerini tutarlar' denirdi."*

Sağlıkta şiddetin önemli gerekçelerinden biri olan sağlık meslek mensuplarının birbirleri ile olan ilişkilerinin eskiden olduğu gibi yine deontolojiye riayet edilir bir tarzda gelişmesi için bireysel gayretlerin ötesinde tıp eğitimi müfredatında deontolojinin yeniden güçlü bir şekilde yer alması temennimizdir.

50 yıl önce bile hekimler arasındaki bağ ve saygının azaldığından dert yanan bu saygıdeğer hocamız bugünkü halimizi görse ne derdi acaba?

Bir doktor, hastasına daha önce gittiği doktorla ilgili olumsuz ifadeler kullandığında, hele de ciddi bir hastalık da varsa hastada gelişecek psikolojik tablo, yeni geldiği doktora gelmese yanlış teşhis ya da tedavi sonucu ciddi zarar görebileceği ve hatta hayatını kaybedebileceği duygusudur. Bu hususta da aynı eserden bir alıntı yapalım: *"Hekim, hastaya*

kendinden önce bakan hekimi ve tedavisini bu şahıslar yanında tenkit edemez. Bu medikal deontolojiye aykırıdır. Kaldı ki tababette de çok kere hata yoktur. Bir hastalığın semptomları zamanla daha belirgin olur, bu nedenle hastaya erken bakan hekimler bu durumda çok kere şanslıdır. Geç gelenler ve çok kere ünlü dediğimiz hekimler ise bu durumda daha şanslıdır. Zira onlara gelinceye kadar semptomlar daha belirgin bir hal alır ve klinik tanı kolaylaşır.”

Evet, bir hastanın hastalığı belli bir düzeye gelmedikçe teşhisinin konulması her zaman mümkün olmayabilir. Hele ki ihtisaslaşmanın bu kadar dallanıp budaklandığı bir ortamda her uzman kendi alanı açısından olaya bakacağından kendi alanının dışındaki bir teşhis gecikebilecektir. Bu durumda hastalar ve yakınlarıyla konuşurken “gecikme” ve benzeri tabirlerin kullanılması, hastanın daha önce gitmiş olduğu hekimleri suçlamasına ve belki de şiddete sebep olabilecek bir davranış olarak görülmelidir.

Dr. House dizisinde güzel “Uzmanını seçen hastalığını seçer.” diye bir replik vardı. Aşırı uzmanlaşmanın getirdiği hastaya bütüncül bakamama sorununu çok güzel özetleyen bir cümle. Gerçekten hastalara bütüncül bakabilecek bir sistem olarak düşündüğüm “Aile Hekimliği Sistemi”ne geçilirken oldukça heyecanlıydım ama uygulamanın benim beklediğim şekilde gerçekleşememesi umudumu kaybetmeme sebep olmuştu. Belki de sistemi iyileştirerek hastalara bütüncül bakabilirsek teşhislerde gecikmelerin önüne geçebilir miyiz diye düşünmeden edemiyorum.

Deontolojinin değer kaybının en belirgin görüldüğü yerlerden biri de eski alışkanlıkla “Hipokrat Yemini” olarak adlandırılan “Tıp Yemini”nde yapılan değişikliklerdir. İlk kez Dünya Tabipler Birliği’nin (WMA) Eylül 1948’de Cenevre’de gerçekleştirilen 2. Genel Kurulu’nda kabul edilmiş olan Tıp Yemini metninde “Hekimlik mesleğinin şerefini ve soylu geleneklerini tüm gücümle koruyacağım.” şeklinde yer alan ifadeler, 2006 yılında “Hekimlik mesleğinin şerefini ve soylu geleneklerini geliştireceğim.” olarak değiştirilerek mesleğin “soylu gelenekler”in bir kısmından vaz geçebileceğimiz ima edilirken, “Hocalarım için beslediğim saygı ve minneti her zaman koruyacağım. Meslektaşlarım kardeşlerim olacaktır.” ifadeleri de 2017 yılında



WMA Tıp Yemini 1948

Hekimlik ortamına katıldığım şu anda, yaşamımı insanlık hizmetine adayacağım.
Hocalarım için beslediğim saygı ve minneti her zaman koruyacağım.
Hekimlik mesleğinin gereklerini onurla ve yürekten uygulayacağım.
Hastanın sağlığını baş kaygım sayacağım.
Bana emanet edilen sırları koruyacağım.
Hekimlik mesleğinin şerefini ve soylu geleneklerini sürdüreceğim.
Meslektaşlarım kardeşlerim olacaktır.
Din, milliyet, ırk, parti ya da sınıf sorunlarının görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim.
İnsan yaşamına ana karnına düştüğü andan başlayarak kesinlikle saygı duyacağım.
Tehdit altında bile olsam meslek bilgilerimi insanlık yasalarına karşı kullanmayı kabul etmeyeceğim.
Bunları yapmaya özgürce, namusum üzerine and içerim...

WMA Tıp Yemini 2017

Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak;
Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağım,
Hastamın sağlığına ve esenliğine her zaman öncelik vereceğime,
Hastamın özerkliğine ve onuruna saygı göstereceğime,
İnsan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime,
Görevimle hastam arasına; yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin girmesine izin vermeyeceğime,
Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağım,
Mesleğimi vicdanımla, onurumla ve iyi hekimlik ilkelerini gözeterek uygulayacağım,
Hekimlik mesleğinin onurunu ve saygın geleneklerini bütün gücümle koruyup geliştireceğime,
Mesleğimi bana öğretenlere, meslektaşlarıma ve öğrencilerime hak ettikleri saygıyı ve minnettarlığı göstereceğime,
Tıbbi bilgimi hastaların yararı ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için paylaşıacağım,
Hizmeti en yüksek düzeyde sunabilmek için kendi sağlığımı, esenliğimi ve mesleki yetkinliğimi korumaya dikkat edeceğime,
Tehdit ediliyor olsam bile, tıbbi bilgimi, insan haklarını ve bireysel özgürlükleri çiğnemek için kullanmayacağım,
Kararlılıkla, özgürce ve onurum üzerine,
Ant içerim.

* İlk kez Dünya Tabipler Birliği’nin (WMA) Eylül 1948’de Cenevre-İsviçre’de gerçekleşen 2. Genel Kurulu’nda kabul edilmiş, daha sonra 22. Genel Kurulda (Sydney, Avustralya, Ağustos 1968), 35. Genel Kurulda (Venedik, İtalya, Ekim 1983) ve 46. Genel Kurulda (Stockholm, İsveç, 1994) değiştirilmiş, ayrıca Mayıs 2005’te ve Mayıs 2006’da Divonne-les-Bains-Fransa’da gerçekleştirilen 170’inci ve 173’üncü Genel Kurul toplantılarında gözden geçirilmiştir. Son olarak, Ekim 2017’de Chicago’da düzenlenen 68. Genel Kurul toplantısında, Türk Tabipleri Birliği’nin de katkılarıyla yapılan değişiklikler kabul edilmiştir.

yapılan bir değişiklikle “Hocalarıma, meslektaşlarıma ve öğrencilerime hak ettikleri saygı ve şükranı göstereceğim.” şeklinde değiştirilmiştir. Yani Tıp Yemini hekimleri artık kardeş olarak kabul etmeyecek her türlü “ayak oyununa” maruz bırakılabilecek birer rakip gibi algılamaya yol açabilecek bir değişiklik yapılmıştır. (“Meslektaşlarım kardeşlerim olacaktır.” cümlesindeki “kardeşler” ibaresinin orijinal İngilizce metinde “brothers” olarak ifade edilmesinin cinsiyet ayrımcılığı olduğu düşüncesiyle 1994 yılında “sisters and brothers” şekline çevrilmiş olmasına rağmen 2017 yılında kardeşlik kavramı tamamen kaldırılmıştır.)

Hekim ve diğer sağlık personeli arasındaki ilişkilerde de şiddete sebep olacak davranışlar söz konusudur. Klinik ortamında bir sorun çıktığında hekimlerin diğer sağlık personelinin ya da diğer sağlık personelinin hekimleri suçlamak suretiyle durumu kurtarma çabalarında olduğu gibi eczacılar ve eczane teknisyenleri ile hekimler arasında da zaman zaman şiddeti körükleyecek davranışlar olabilmektedir.

6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'daki “Eczacılar muhteviyatında yanlışlık olduğundan şüphe ettikleri reçetelerle kodekste yazılı miktarlardan fazla eczayı ihtiva edip altı iki çizgi ile çizilerek ayrıca imza edilmiş olmayan reçeteleri müdavi tabip ile temas etmeden imal edemezler.” hükmü gereğince hekim ile temasa geçmesi gereken eczacı ya da kalfası hastaya reçetede yanlış ilaç veya doz bulunduğu tarzında ifadeler kullandığında bu da hastalarda öfkeye sebep olabilmektedir. Tersine bir durum da eczacıların düzeltme talebiyle hekime gönderdiği reçeteleri dolayısıyla bazı hekimlerin olayı eczacının bilgisizliği şeklinde hastaya iletmesi de tepkiyi eczacıya yöneltebilecektir.

Şikâyet Şiddeti

Sağlıkta şiddet dediğimizde genellikle fiziksel ya da sözel şiddeti anlıyoruz ama bir de sağlık personeline karşı oldukça yaygın görülen ve “psikolojik ve ekonomik şiddet” olarak sınıflandırabileceğimiz şikâyet etme ve mahkemeye verme olayları da var. Şikâyet şiddeti diye adlandırabileceğimiz bu tarz şiddetin de en önemli sebeplerinden biri de yine kendi meslektaşlarımızdır maalesef. Özellikle kendini koruma refleksiyle önceki müdavi hekimleri suçlayan hekim arkadaş-

larımız dolayısıyla, tıbbi kötü uygulama (malpraktis) olduğu düşüncesiyle hastalar ve yakınları tarafından yapılan şikâyetlerle hekimler idari soruşturmalara, ceza ve tazminat davalarına maruz kalamaktadırlar. Maalesef son zamanlarda bu tarz şiddetin yaygınlaşması özellikle mahkemelerin yüklü tazminat cezalarına hükmetmeleri hekimlerin defansif tıbbi yönelmeleri ve hatta bu anlamda riskli gördükleri için özellikle cerrahi birçok uzmanlık bölümlerini tercih etmemeleri sonucunu doğurmaktadır.

Sonuç

Meslektaşları kardeş görmekten vaz geçen Tıp Yeminindeki kaybımız yanında her şey gibi sağlığın da ticarileştiği bir ortamda “Meslektaşlarından ve birinci derece yakınlarından ücret alamama prensibi”nin bile eskiden olduğu gibi öğretilmediği deontolojiden uzak bir etik eğitimi ile geldiğimiz nokta maalesef pek de iç açıcı bir durum değil. Sağlıkta şiddetin önemli gerekçelerinden biri olan sağlık meslek mensuplarının birbirleri ile olan ilişkilerinin eskiden olduğu gibi yine deontolojiye riayet edilir bir tarzda gelişmesi için bireysel gayretlerin ötesinde tıp eğitimi müfredatında deontolojinin yeniden güçlü bir şekilde yer alması temennimizdir.



Kaynaklar

Açık Y, ve ark.; Türkiye’de Tıp Fakültelerinde Uzmanlık Eğitimi Almakta Olan Hekimlerin Sözel, Fiziksel ve Cinsel Şiddete Maruz Kalma Sıklığı. IX. Halk Sağlığı Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, GATA, 2005; 185: 415.

Ayrancı, U. ve ark.; Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. J Interpers Viol 2006;21(2):276-96.

Eker, H.H.ve ark.; Aggression and Violence Towards Health Care Providers, and Effects Thereof. In Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2012; (4), 19-29.

Erten, R ve ark.; Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi, Türk Aile Hek Derg 2019; 23 (2): 52-63. Doi: 10.15511/tahd.19.00252.

İlhan, M.N. ve ark.; Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet, Gazi Medical Journal, 2013; 24: 5-10.

Şehsuvaroğlu, B.N.; Tıbbi Deontoloji, (Geliştirilmiş 2. Basımı Haz.: A. Terzioğlu), İstanbul Tıp Fak. Vakfı-BAYDA Yay., İstanbul, 1983.

TBMM (2013) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Sıra sayısı: 454. <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/bitstream/handle/11543/110/ss454.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 15.11.2020).

Tokaç, M.; Sağlıkta Şiddetin Tarihçesi. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2018; 46, 100-103.

Tokaç, M.; Sağlıkta Şiddetin Önlenmesinde İletişim Eğitimi”. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2020; 55: 26-29.

Yıldız, M.S.; Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(1): 135-156.

Sağlıklı ilişkiler kültürünün inşası

Doç. Dr. Ayhan Uludağ



1974 yılında Antalya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümünde lisans eğitimini tamamladı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı'nda doktorasını yaptı. Konya İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Kurucu Koordinatörlüğü görevini yürüttü. 2018 yılında doçent unvanı aldı. Selçuk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul üyeliği yapan Uludağ, 2019 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü görevini yürüttü. Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan yardımcılığı ile Fakülte Yönetim Kurulu üyeliği yaptı. Halen NEÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Politikaları Anabilim Dalı Başkanı'lığını yürütmektedir.

Şiddete karşı kültürleşme yolu ile çözüm üretmek temel amaç olmalıdır. Sağlıkta şiddeti en aza indirecek -hatta sıfırlayacak- bir yol, ancak şiddeti çözüm olarak görmeyecek bir toplum inşası ile mümkündür. Şiddet, sorunlarını şiddete başvurmaktan çözebilme mekanizmalarını içselleştirmiş bir çoğunluğun oluşturduğu toplumla azalabilir. Sağlıkta şiddet, şiddetin bir sorun çözme yöntemi olmadığını benimsemiş çoğunlukla engellenebilir. Bu yazdıklarım oldukça uzun vadeli eylem sürecinin sonunda varılabilecek aşamadır ama bir yerden de başlamak gereklidir. Sağlık alanında önemli bir sorun olan ve uzunca bir süredir de sıklıkla konuşulan sağlıkta şiddet üzerinde fikir belirtmek pandemi döneminde daha da zor hale gelmiştir. Pandemi döneminde aşırı fedakârlık gösteren sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleşen şiddeti konuşmak bile sarsıcı bir durumdur. Pandemi öncesi şiddet konusunda yazacaklarım ile bu ortamda yazacaklarım arasında doğal olarak ciddi farklar bulunacaktır.

Genel anlamda bakıldığında, yaşanan şiddet olayları elbette adli ve idari bir sorundur ve tartışılmadan gerekli merciler derhal rutin işlemlerini yerine getirmelidir. Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda il sağlık müdürlükleri aktif bir süreç yöneterek, mağdur olan sağlık çalışanına adli, idari, sosyo-psikolojik tüm destekleri seferber etmelidir. Aynı zamanda şiddeti uygulayan tarafa da gereken tüm hukuki ve meşru yaptırımların yerine ge-

tilmesi için çaba gösterilmelidir. Bu süreç olgu bazlı atılacak adımları içermektedir. Bu yapılanlar/yapılacaklar, sağlıkta şiddetin engellenmesine dair aslında ciddi bir önlemler silsilesi değildir. Bu görüşüme elbette farklı yaklaşımlar olacaktır, olmalıdır da.

Kolaycılığa kaçılan başka bir çözüm önerisi de sürekli cezai yaptırımın artırılması şeklindedir. Elbette bir miktar etkili olabilir fakat son 10-15 yıldır alınan bu yöndeki kararların çok da caydırıcı olmadığı gerçeği ortadadır. Kısır döngüye düşülmüş durum şudur: Ne kadar yüksek ceza, o kadar az şiddet yaklaşımı. Aslında bu, meseleye sadece olgusal bakışın hâkim olması ve bütünü görmekten bilerek veya bilmeyerek kaçma meselesidir.

Peki, bütünü nasıl görmek lazım? Bütünde ne var? Toplumdaki yapısal değişimler, toplumsal bakış açısının değişimi, toplumsal şiddetin artışı ve buna uygun bir ilişki süreci teminine dönük gerçek bir çabanın eksikliğinin görmezden gelinmesi var. Ya da anlık olumlu etki sunacak mucize(!) çözümler aranması... Günümüzün değişen sağlık personeli ve hasta ilişki formlarına ayak uyduramayan, toplumsal değişimi okuyamayan bir eğitim sisteminin üstüne, kurumlarda kurumsallığı başaramamış yönetimler ve sağlıklı iletişimin gerçekten önemsenmemesi bulunmaktadır. Yine büyük büyük laflar edilmesi de maalesef şiddeti engelleyemez. Yine dönemsel lafların anatomisini de şöyle ifade ede-

bilirim: Dönemine göre, şartlara uygun olarak ve çoğunluğun duymak istediğini söyleyerek.

Bir şiddet vakası sonucu yetkililer, meslek örgütleri, sendikalar vb. kurum ve kuruluşların açıklamalarına baktığımızda, kullanılan dilin çoğu zaman tüm toplum üyelerini hedef aldığına şahit oluyoruz. Sanki toplumun tüm üyeleri bu şiddeti onaylıyor ve sanki toplumun tamamı suçlu. Herkesi potansiyel şiddet uygulayıcısı gibi gösteren dilin hiç mi suçu yok? Neden iyileri ayıklaymıyoruz. Toplumu hedef alarak nasıl bir iletişim politikası oluşturacağız? Olgudan yola çıkarak genelleştirmeler ve genele dönük çıkarımlara varmak kolayca işimize geliyor. Olgunun gerçeğinde ne var mesela; önlem almayan yönetim, çalışanına sahip çıkmamış yönetici veya olgunun sonrası hemen unutulup uyumaya bırakılan sorunlar mı?

Sağlık kurumlarında ortak bir iletişim politikası var mı? Göstermelik ve kalite standartları gereği zorunlu eğitimler dışında neleri söyleyebiliriz. Gerçekte kurumlar insana dair neyi önemsiyorlar? İnsanın bütünü mü yoksa hastalığa neden olan organları mı? Veya o hasta insanların önemsediklerini, biz önemsiyor muyuz? Bilgimizin gücüne inanıp onlara eşit bir iletişim tutumu sunabiliyor muyuz?

Sağlık çalışanı hasta ilişkisinde bir kültür oluşturma politikası için çaba var mı? Anlık parıltılı, hemencecik tüketilecek



mesaj stratejileri dışında, uzun vadeli iletişim yapılandırma çabasını öne çıkaramıyoruz. Kültür oluşturmak bilgi, zaman, gayret, sabır ve strateji istemektedir. Ülkemizde yeniden saygı temelli bir iletişim kültürü oluşturmak için aileden itibaren tüm eğitim kademeleri boyunca yavaş yavaş inşa sürecine başlanılmadığıdır. Bu inşa süreci sadece sağlıkta şiddeti değil, her düzeydeki şiddeti de yok etmek üzerine kurulmalıdır. Saygı temelli bir bakış elbette güvene dayalıdır. Bana güvenmelisin demek, güveni sağlamaz. Güvenin bileşenlerini hem kişilerarası iletişimde hem de kitlesel boyutta birlikte ele alınması gerekmektedir. Yani önyargıların cirir attığı bir ortamda ne güven yeşerir ne de içsel bir saygı.

Sağlık hizmeti sunulan bir kişinin sağlık çalışanlarına karşı minnet duyması ne kadar da benimsenen bir durumdur. Kim bu konuda iki cümle kursa mutlaka biri, hasta ve yakınlarının hatta toplumun tamamının sağlık çalışanlarına karşı minnet hissi duyması ve böyle davranması gerektiğini ihtiva eder. Sağlık hizmeti böyle bir "al-ver" üzerine mi kurulu olmalıdır? "Ben hizmet verdim sen minnet et, etmezsen nankörsün." Böyle bir "al-ver" işlemine dönüştürülen ilişkinin sağlıklı olması beklenemez. Elbette her insanın beklediği kadar bir insani yanıt, sağlık çalışanının da hakkıdır ama bunu minnet-nankör çizgisine indiren yakla-

şımalar bu ilişkiye maalesef olumlu katkı sunmamaktadır.

Sonuç olarak, sağlıkta şiddetin önlenmesi kısa sürede, az bir çabayla, dönemsel yaklaşımlarla, hamasetle mümkün görünmemektedir. Vakit geçmeden Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda, uzun vadeye yayılmış eğitim kurumlarının dahil olduğu karşılıklı güven ve saygı temeline dayanan programlar geliştirilmelidir. Toplumun tüm kesimlerine ulaşacak mesajların doğru kanallarla ve doğru zamanlarda iletilmesi de önemlidir. Ayrıca kısa vadede hasta kapasitesi yoğun hastanelerde ya özel eğitimli polis ya da özel eğitimli güvenlik görevlilerinin görev yapması gereklidir. Sağlık yöneticilerinin sağlık çalışanlarına gerçekten sahip çıktığı hissettirilmeli ve iyi ile kötünün ayıklanmasını bizzat kendileri takip etmelidir. Sağlıklı ilişkilerin olduğu bir kültür yaratılması, sağlık politika yapıcılar ve yöneticilerinin öncelikli temel hedefi olmalıdır.

Kaynaklar

Aggarwal, A., Davies, J., Sullivan R. (2014). "Nudge" in the Clinical Consultation - An Acceptable Form of Medical Paternalism? BMC Medical Ethics 15 (31) <http://www.biomed-central.com/1472-6939/15/31> (Erişim Tarihi: 12.10.2020).

Arda, H., Ertem, M., Baran, G., Durgun, Y. (2007). "Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri", I.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 15 (59), 68-74, ISSN 1304-4869.

Ataç, A. (2009) "İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması", Hacettepe Tıp Dergisi 40, 89-95.

Atıcı, E. (2007) "Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı", Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 33 (1), 45-50.

Aydın, E. (2006). Tıp etiği. Ankara: Güneş Kitabevi.

Aydın, E. (2006). Tıp Etiği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Bauman Z. (2017). Sosyolojik Düşünmek. 14. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Cüceloğlu, D. (1999). Yeniden İnsan İnsana. 19. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Duğan, Ö. ve Uludağ, A. (2015). "Sağlık Çalışanlarının Halkla İlişkilere Bakışı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği", Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der. 34, 41-51.

Fromm, E. (2014). Sağlıklı Toplum. Y. Salman, Z. Tannsever (Çev.). 5. Baskı. İstanbul: Payel Yayınevi.

Gibb, J. R. (1965). "Defensive Communication". A Review of General Semantics, 22 (2), 221-229.

Gordon, T., Edwards S. (2014). Hasta ve Doktor İletişimi. İstanbul: Profil Yayıncılık.

Güngör, N. (2013). İletişime Giriş. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Gürüz, D. ve Eğinli, A. T. (2014). Kişilerarası İletişim. 4.Baskı. Ankara: Nobel.

Kılınç, M. ve Uludağ, A. (2017). "The Relationship Between Aggressive Behavior And Empathic Tendency Levels Of Health Workers." Gaziantep University Journal of Social Sciences 16 (3), 809-825. doi: 10.21547/jss.307207.

Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (1998). Tıpta İletişim Teknikleri. S. Yeniçeri, A. Yurdaçalış, M. Yaşarlar (Çev.). İstanbul: Beyaz.

Mead, N. ve Bower, P. (2000). "Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature". Social Science & Medicine 51, 1087-1110.

Okay, A. (2009). Sağlık İletişimi. İstanbul: Farmaskop/Media Cat.

Özlü, T. (2005). Hasta Hakları Hakkımız Var Çünkü Hastasınız. İstanbul: Timaş Yayınları.

Sanders, B. (1999). Öküzün A'sı, Elektronik Çağda Yazılı Kültürün Çöküşü ve Şiddetin Yükselişi. Ş. Tahir (Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Uludağ, A. ve İleri, Y. (2018). "Kurum İçi Halkla İlişkiler Bağlamında Hastanelerde Otomasyon Sistemlerinin Değerlendirilmesi: Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği", Selçuk İletişim 11 (1), 167-178. doi:10.18094/josc.358569.

Uludağ, A. (2011a). "Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği", Türkiye Klinikleri J. Med. Sci 31 (3), 653-663, doi:10.5336/medsci.2009-16481.

Uludağ, A. (2011b). "Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Danışman A. Kalender).

Uludağ, A. ve Zengin, N. (2016). "Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği", Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 16 (3), 71-86.

Veatch, R.M. (2010). Biyoetiğin Temelleri. Tolga Güven (Çev.), 2. Basım, HAYAD, İstanbul: Mega Basım.

Sağlıkta şiddet ve iletişim

Doç. Dr. Bilge Karamahmet Altuntaş



2006 yılında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü'nden mezun oldu. 2012 yılında Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Reklamcılık ve Tanıtım Bölümü'nden doktora derecesini aldı. 2019 yılında pazarlama alanında doçentliğini aldı. 2016 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesinde Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Dünden bugüne var olan, etkisi nesiller boyu süren, toplumların baş etmeye çalıştığı ve günümüzün en önemli toplumsal sorunlarından biri şiddet. İnsanların kendilerinin oluşturduğu, sürdürdüğü ve rahatsız olduğu bir kavram; şiddet. Araştırmalara konu olan, çözmek için yeni modeller oluşturulan bir olgu şiddet. Latince “*violentia*” kelimesinin karşılığı olan şiddet, en geniş olarak “karşılıklı ilişkiler sırasında, oranın ne olursa olsun, toplu ya da bireysel olarak, birine veya birkaçına karşı, malına, bedensel bütünlüğüne, manevi bütünlüğüne, simgesel, sembolik, kültürel değerlerine zarar verici davranış” olarak tanımlanmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak uygulanan fiziksel kuvveti veya gücü kasıtlı olarak kullanma durumunda; yaralanma, ölüm, psikolojik hasar, gelişim bozukluğu ya da mahrumiyet ile sonuçlanan ya da sonuçlanma ihtimali yüksek olan olayları şiddet olarak tanımlamıştır (2, 3). Bir başka tanıma göre şiddet; “*Herhangi bir fiziksel güç kullanımının sonucu, buna maruz kalanının rahatsız olması, alıkonulması, kısaca ya da sertçe müdahaleye uğraması, dokunulmazlığının bozulması, onurunun kırılması, aşağılanması ya da kirletilmesi*” olarak tanımlanmıştır (4). Günümüzde yapılan tüm şiddet tanımlarını kapsayan oldukça kapsamlı bir şiddet tanımı Michaud’a

aittir. Bu tanıma göre şiddet; “*Karşılıklı ilişkilerde taraflardan birinin ya da birkaçının; doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya birkaçının bedensel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır*” (5).

Toplumsal Sağlık Sorunu Olarak Şiddet

Şiddet kavramı; iletişim bilimciler, davranış bilimciler, psikoloji uzmanları ve akademisyenleri tarafından çalışılan konular arasındadır. Şiddetin sosyolojik, psikolojik ve genetik temellerinin olduğu bilinmektedir. Şiddet, oldukça ciddi bir toplumsal sağlık sorunudur. Yapılan araştırmalar sonucu toplumsal bir sorun olan şiddete sağlık çalışanlarının da fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel içerikli ve etnik maruz kaldığı saptanmıştır (6). Hatta sağlık kurumları, şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından biridir. Sağlık kurumlarında öncelikle hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına (eczacı, hemşire, sağlık teknikeri, hasta bakıcı ve yardımcı personel gibi) yönelik uygulanan şiddette son yıllarda gözle görülür bir artış bulunmaktadır (7, 8). Sağlık çalışanlarının motivasyon eksiklikleri, sağlık çalışanları ve hasta-hasta yakını arasındaki iletişim eksiklikleri, sağlık sisteminin veya sağlık kuruluşu yönetiminden kaynaklı aksaklıklar, hasta-hasta yakını dinleme, doktor-sağlık çalışanı dinleme konusundaki eksiklikler, kitle iletişim araçlarından etkilenme, medya okur ya-

zarlığındaki eksiklikler, psikolojik sorunlar, kişisel çıkarların gözetilmesi adına kurallara aykırı olan istekler, hassasiyeti olunan konulardaki değersizleştirme, ekonomik sorunların gelişmesi veya ekonomik olarak yeterli olmama, psikolojik olarak çöküntü veya normal olmama halleri gibi faktörler, şiddete yönelimi tetikleyen unsurlar olarak görülebilir (9). Yukarıda sayılan faktörlerden bir ya da birkaç tanesinin bir araya gelmesiyle oluşan şiddet, aynı zamanda bir iletişim sorunudur. Kitle iletişim araçları ile çözülebilecek, medya okuryazarlığı ile desteklenebilecek, farkındalık oluşturulabilecek bir kavram olan şiddet; sağlık çalışanlarının da son dönemde oldukça fazla karşılaştığı toplumsal bir sorun haline gelmiştir.

Hizmet sektörü yapısı gereği merkezine insanı alan ve tüm çalışmalarını “insan” üzerine kuran bir sektördür. Bilindiği gibi sağlık sektörü de hizmet sektörü kapsamında değerlendirilmektedir. Konusu insan olan her alanda karşımıza çıkan şiddet; sağlık alanında çalışanların da oldukça fazla karşılaştıkları bir gerçektir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin; hizmet sektöründe çalışan diğer kişilere oranla şiddete uğrama riskinin 16 kat daha fazla olduğu araştırmalar sonucu görülmüştür (10). Finlandiya’da yapılan bir çalışma sonucunda; hapishane gardiyanları en fazla şiddete maruz kalan grup iken, ikinci sırada polislerin şiddet gördüğü ve üçüncü sırada ise psikiyatri hemşirelerinin şiddet gördüğü saptanmıştır (11). Aynı şekilde yine

sağlık sektör çalışanlarından acil servis çalışanlarının da sağlık sektörü çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan kişiler olduğu dikkati çekmektedir (12).

Sağlıkta Şiddet Konusunda Dünya Ne Durumda?

Kanada'da yapılan bir araştırmada; acil servis çalışanlarının şiddete uğrama risklerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada oldukça dikkat çeken bir bulgu da sözel şiddetin %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 düzeyinde olduğu görülmüştür. En önemlisi ise çalışmaya dahil olan acil servis çalışanlarının %73'ünün şiddete maruz kalmalarından dolayı hastalardan korktukları ve yine araştırmaya dahil bu çalışanların %74'nün iş tatminlerinin azaldığı belirtilmiştir (13). İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada ise çoğunlukla kadınların şiddete maruz kaldığı ve bu şiddetin hastalar tarafından sağlık çalışanlarına (%23) davranışsal tehdit içerdiği görülmektedir (14). Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir (15).

Sağlıkta Şiddetin İletişim Yoluyla Önlenmesi

Şiddete yol açan psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve diğer etkenleri birlikte değerlendirdiğimizde doğru ve etkili iletişim ile şiddetin azaltılması, şiddet eğilimini tetikleyebilecek ortamların düzenlenmesinin yanı sıra toplumsal bilinçlenme ile şiddetin tamamen önüne geçilmesi söz konusu olacaktır. Ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının geliştirdiği "Beyaz Kod" uygulaması ile sağlıkta şiddetin caydırıcılığının artacağı düşünülmektedir. Bireyler, içinde yaşadıkları toplumsal sistemin hem üreticisi hem ürünü konumundadırlar. İçerisinde yaşadıkları sisteme uyum sağlamak amacıyla kendilerini değiştirir ve geliştirirler. İnsanlar geniş bir sosyokültürel etkiler ağı içinde yaşamaktadır. Bireyin psiko-sosyal unsurlarının yanı sıra çevresel unsurlar ve bireyin yakın çevresi onun davranışlarının değişmesi ve gelişmesi üzerinde etkili olmaktadır (16). Retorik yaklaşımının "ikna edici söylem, sanatın işlevsel olarak iletişimde kullanılması süreci" (17) olarak değerlendirilmesiyle sağlık iletişiminde de kullanılması söz konusu toplumsal sağlık sorununun önüne geçilmesi mümkün olacaktır. Kitle iletişim araçları ile



şiddetin önlenmesi konusu sosyal medyanın da desteği alındığında tüm yaş gruplarının dikkatini çekebilecek hale dönüşmesi beklenmektedir. Sağlıkta şiddetin en önemli nedenleri arasında sağlık çalışanlarının hastalarla yeterli derecede ilgilenmemesi ve hastalara kötü davrandıkları yönünde olduğu (18) bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında özel ilgi bekleyen hastanın, belirsiz ya da zorlayıcı olan hastalığının çözülmesinde; hastanın sağlık çalışanları ile birlikte ve karşılıklı çabası ile iletişim sorunlarının ortadan kaldırılması neticesinde şiddetin önlenmesi söz konusu olabilecektir.

Kaynaklar

- 1) Yöyen, E. G. (2017). Şiddet Türleri ve Kişilik Özellikleri. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 1(1), 35-50.
- 2) World Health Organization. Report of the WHO Global Consultation on Violence and Health. Geneva, 2-3 December 1996 (Document WHO/EHA/SPI.POA.2).
- 3) Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002
- 4) Keane, J. (1998). Şiddetin Uzun Yüzyılı. (B. Peker, Çev.). Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.s. 68 Akt. Duğan, Ö., & Arslan, A. (2015). Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme. *Sağlık İletişimi Sempozyumu*, 5-6.
- 5) Michaud, Y. (1991). Şiddet. (C. Muhtaroglu, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları. Akt. Duğan, Ö., & Arslan, A. (2015). Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme. *Sağlık İletişimi Sempozyumu*, 5-6.
- 6) Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.

7) ILO Workplace Violence. (2002). September 2008, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>, (Erişim Tarihi:16.11.2020).

8) Büyükbayram Ayşe, and Hale Okçay. "The Socio-cultural Factors that Affect Violence in Health Care Personel/ Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyokültürel Etmenler." *Journal of Psychiatric Nursing*, vol. 4, no. 1, 2013, p.46.

9) Erhan, D. A. G., & Baysal, H. (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması-Burdur İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(11), 95-118.

10) Kingma M. Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion. *Int Nurs Rev* 2001; 48: 129-30.

11) Salminen S. Violence in the Workplaces in Finland. *J Safety Res* 1997; 3: 12331.

12) Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. *CMAJ* 1999; 161: 1245-8.

13) Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. *CMAJ* 1999; 161:161-170.

14) Winstanley S, Whittington R. Aggression Towards Health Care Staff in A UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments. *J Clin Nurs*, 2004; 13:3-10.

15) Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence* 2006; 21:276-296.

16) Bandura, A. (2001, October). Growing Primacy of Human Agency in Adaptation and Change in the Electronic Era. Paper Presented at New Media in the Development of Mind, Naples, Italy.

17) Robert T. Craig, Communication Theory, Volume 9, Issue 2, 1 May 1999, Pages 119-161, <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1999.tb00355.x>, (Erişim Tarihi:16.11.2020).

18) Fener, E., & Aydıntuğ, N. (2019). Sağlıkta Şiddet Nedenlerinin Toplum Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*, 12(62).

Sağlıkta şiddetin önlenmesinde iletişim eğitiminin önemi ve Medipol Tıp örneği*

Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı olarak görev yapmaktadır.

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet karmaşık bir olgudur. Toplum tarafından daha çok sert/kaba fiziksel davranışlar şiddet olarak anlaşılmaktadır. Bu da şiddetin görülebilir olduğu zaman varlığının kabulünden kaynaklanmaktadır. Halbuki şiddet sadece fiziksel şiddet ile sınırlı olmayıp sözel ya da psikolojik şiddet de söz konusudur ve fiziksel şiddete göre daha yaygın görülmektedir. Son zamanlarda bu şiddet türlerine ekonomik şiddet ve siber şiddet gibi kavramlar da ilave edilmiştir.

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından; "fiziksel kuvvet ya da gücün tehdit yoluyla veya doğrudan kişinin kendisine, başka birisine, bir gruba ya da topluluğa karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişme veya mahrumiyet ile sonuçlanacak ya da yüksek ihtimalle sonuçlanabilecek bir biçimde kasıtlı olarak kullanılması" olarak tanımlanmaktadır. Bu tariftten de anlaşıldığı üzere uygulanan kişiler açısından üç tip şiddet söz konusudur: Kişinin kendisine karşı uyguladığı şiddet, bir başka kişiye karşı uygulanan şiddet ve bir topluluğa karşı uygulanan şiddet. Şiddet eylemlerinin çeşitliliği bakımından kategorize edildiğinde ise fiziksel, cinsel, psikolojik ve mahrum bırakma şeklinde dört türlü şiddetten bahsedebiliriz. Bu dört türlü şiddet

grubunun içerikleri yukarıda belirttikimiz üç şiddet tipinde genellikle yer alabilmektedir.

Şiddet insanların olduğu birçok alanda görülebilir ve genellikle uygulandığı alanın adıyla adlandırılır; ailede şiddet, işyerinde şiddet, okulda şiddet, sokakta şiddet, trafikte şiddet, futbolda şiddet, siyasette şiddet, sağlıkta şiddet gibi. Bir de uygulayıcıların alanlarına göre adlandırılan şiddet türleri vardır: Terör şiddeti, mafya şiddeti, güvenlik güçlerinin şiddeti, medya şiddeti gibi. Literatür taraması yaptığımızda farklı alanlarda görülen şiddet türleri hakkında yapılmış birçok araştırma vardır. Bunlar arasında kadına ve sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddetlere ilişkin olanlar daha yoğunluktadır.

Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet

Tüm bu araştırmalar içinde ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu'nun (Bureau of Labor Statistics - BLS) geçmiş yıllarda yayınladığı bir raporunda ve ABD Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi'ne (CDC) bağlı Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (The National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH) raporlarında yer alan ve "ölümle sonuçlanan (fatal) şiddet olayları parayla yoğun meşgul olan diğer işkollarında daha yüksek oran-

da görülmekle birlikte ölüme sebep olmayan (nonfatal) şiddete maruz kalma oranının sağlık çalışanlarında diğer işkollarında çalışanlara göre 16 kat daha fazla görüldüğü" belirtilen veriler dikkatlerimizi çekmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının yaklaşık %80'inin bir şekilde şiddete maruz kaldıkları, maruz kalınan şiddet türünün %85 civarında sözel, %12 civarında hem sözel hem fiziksel, %2 civarında ise sadece fiziksel şiddet şeklinde olduğu belirlenmiştir. Yani sağlıkta yaşanan şiddet olgularının yaklaşık %15'i fiziksel şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine bu çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre dağılımında ilk sırayı hemşireler ile pratisyen hekimlerin aldığı (%60-70), çalıştıkları birimlere göre dağılımında ise ilk sırayı acil servis çalışanları ile psikiyatri klinikleri çalışanlarının (%50-60) almış olduğu görülmektedir. Burada bir ayrıntı da şiddete uğrayanların arasında 20-25 yaş grubunun daha çok şiddete uğradığı şeklindedir. Bu da tecrübe arttıkça şiddete uğrama oranının azaldığını göstermektedir.

Sağlıkta Şiddetin Sebepleri

2013 yılında TBMM'de sağlıkta şiddet konusunda kapsamlı bir araştır-



ma komisyonu raporu oluşturulmuştur. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerinin irdelendiği ve çözüm önerilerinin sunulduğu bu raporda sağlıkta yaşanan şiddet olgularının sebepleri dört ana başlık altında ele alınmıştır:

1. Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim,
2. Örgütsel/kurumsal faktörler,
3. Çevresel faktörler,
4. Toplumsal faktörler.

Görüldüğü üzere şiddetin en önemli sebepleri arasında iletişim konusu ilk sırada yer almaktadır.

Bu raporda sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan tarafların özellikleri, etkileşimleri ve iletişim konusunda şu hususlara yer verilmiştir:

“Sağlık çalışanları, yaptıkları işin doğası gereği zorlu iletişim alanlarında bulunmakta, acılı haber verme, kendi profesyonel alanlarıyla ilgili bilgiyi halk diline çevirerek zamanında ve doğru olarak aktarabilme gibi sorunlarla gün içerisinde defalarca karşı karşıya gelmektedir. Çalışanlar uzun ve yorucu çalışma süreleri, sağlık alanında çok yoğun olan psikososyal risk etmenleri ve iletişim teknikleri konusundaki eğitim eksiklikleri nedeni ile iletişim kurmada zorluk yaşayabilmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitimleri sırasında çoğunlukla iletişim becerileri, çatışma yönetimi ve öfke yönetimine yönelik eğitim almamış olmaları ya da beceri kazandırılmamış olması; çalışma hayatlarında iletişim problemlerine neden olmakta, bu durum da şiddet

nedenlerinden olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yeterli ve zamanında bilgilendirilmemesi, zaten kaygı içerisinde olan hasta ve yakınlarında stresi daha da artırmakta ve şiddete neden olmaktadır. Acılı haber verme durumuyla sık sık karşılaşan sağlık personelinin bunu anlatırken kullandığı dilin ve tarzın önemi yadsınmaz.”

Aslında bir yazarımızın dediği gibi *“Şiddet, iletişimin koptuğu anda ortaya çıkabilmektedir. Aslında tersinden bakacak olursak, şiddet bir iletişim aracıdır da diyebiliriz.”* Başka bir ifade ile şiddet iletişim becerisinin olmaması yani kendini ifade edememenin bir sonucudur.

İletişim Nedir?

İnsanlık tarihi kadar eski bir kavram olan “iletişim” esasında kültürel bir olgudur ve bireylerin birbirleri ile kültürleri aracılığıyla kurdukları, duygu, düşünce, his ve bilgilerin karşılıklı paylaşılması şeklindeki çift yönlü bir süreçtir. Bu yüzden sağlıkta şiddetin sebebi olan iletişim sorunu hem hastalar ve hasta yakınları açısından, hem de sağlık çalışanları açısından söz konusudur. İletişim dediğimizde genellikle “sözlü iletişim” anlaşılır ve bu da iletişimin en temel kısmıdır. Ancak sözlü iletişimi destekleyen ve bazen karşı tarafa iletilmek istenen mesajları kuvvetlendiren bir de “sözsüz iletişim” vardır ki jest ve mimiklere, duygu ve düşünceler yüklenerek yapılır. Eğer jest ve mimikler doğru seçilmezse karşı tarafın algısı yanlış yöne çekilir ve bu da iletişim sorunlarına sebep olabilir.

Toplum tarafından daha çok sert/kaba fiziksel davranışlar şiddet olarak anlaşılmaktadır. Bu da şiddetin görülebilir olduğu zaman varlığının kabulünden kaynaklanmaktadır. Halbuki şiddet sadece fiziksel şiddet ile sınırlı olmayıp sözel ya da psikolojik şiddet de söz konusudur ve fiziksel şiddete göre daha yaygın görülmektedir.

Sağlık çalışanları kültürel yönden çok farklı hastalar ve yakınları ile sürekli iletişim içindedirler. Bu iletişim sağlıklı bir şekilde kurulamadığında hastalar ya da hasta yakınları kendilerinin anlaşılmadığını düşünmekte veya hastayla ilgilenilmediği zannına kapılmakta ve böylece kendince bir iletişim yolu olarak şiddete başvurabilmektedirler. Sağlıkta şiddeti araştıran bir ankete katılanların “Sizce şiddet önlenbilir mi?” sorusuna %80 oranında önlenbilir cevabını verdikleri ve “Evet” cevabı verenlere sorulan “Nasıl önlenbilir?” sorusuna ise “İyi bir iletişimle önlenbilir.” dedikleri belirtilmiştir. Bu araştırmanın ortaya çıkardığı sonuç; aslında şiddete sebep olan faktörlerden hasta ve ya-

kınlarına bağlı olup kesinlikle önlenme imkanı bulunmayan (psikiyatrik hastalar, alkol ve madde bağımlıları, sürü psikolojisiyle hareket eden gruplar gibi) kişiler tarafından uygulanan %20 'lik kısmın dışında oluşabilecek şiddet olaylarının iyi bir iletişimle engellenebileceğidir. Tıp Fakültesi öğrencilerine özellikle kliniğe başladıkları dönemde iyi bir iletişim eğitimi verilmesi bu yüzden çok önemlidir. Bu itibarla İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı olarak öğrencilerimize sağlıklı bir iletişimin nasıl kurulabileceğini öğretmek üzere bir program dahilinde hekim-hasta iletişimine yönelik müfredat uygulamaya başladık. Bu müfredat bir örnek olması açısından aşağıda verilmektedir:

Medipol Tıp Hekim-Hasta İletişim Müfredatı

Öncelikli olarak Tıp Fakültesi 1. Sınıfta görülen "Tıp Etiği" derslerinde hekim-hasta iletişimi konularına yer verdik. Ayrıca ders kapsamında Patch Adams filmini izlettirip bu filmdeki iyi/kötü iletişim sahneleri üzerine yorumlarını aldık. Filmi izleyen öğrencilerimizde kötü örnekler konusunda farkındalık oluşturmaya gayret ettik. Ayrıca güzel örnek olabilecek hekimlerimizin hayatlarından pasajlar vererek onları rol model almalarını teşvik ettik. 4.sınıfta Dahiliye stajı içinde "klinik etik" dersimizde pratik etik vaka örnekleri çözerek beraberrinde öğrencilerimize hekim-hasta iletişimi ile ilgili ipuçları vermeye çalıştık. En son olarak da 6.sınıfta halk sağlığı stajı kapsamında "Sağlık Mevzuatı ve Etik" dersimiz ile bir yandan mezuniyet sonrası yaşayabilecekleri hukuki sorunlarla baş edebilmeleri için öğrencilerimizi bilgilendirirken, diğer yandan etik davranış ve hekim-hasta iletişimi konularında örneklerle davranış tarzı geliştirmelerini sağlamaya çalıştık. Bu derslerimizde hekim-hasta iletişimin başladığı an olan hastayla ilk karşılaşma anından itibaren doğru iletişimin algoritmasını aşağıdaki şekilde verdik:

1- Önce hastanızı güler yüzle karşılayın: Yorgun ya da bir önceki hasta ile tartıştığınız için sinirli olabilirsiniz. Ancak bunların hiç birisi o hastanın kabahati değildir. O yüzden her yeni gelen hastayı önceki etkilerden arınmış olarak karşılamamız iletişimde aksaklıklar yaşamamızı ve dolayısıyla sizin daha gergin hale gelmenizi engelleyecektir.

2- Gözüne bakarak "hoş geldiniz" deyin: Hasta ile göz teması kurmak iletişimde en önemli basamaktır. Teknolojiye bağımlı hekimlik ortamında bilgisayar ekranına bakarak hastayla konuşmak -daha doğrusu konuşmak- aslında en başından iletişimin eksik başlaması anlamına gelmektedir. Halbuki teknolojiyi daha etkili iletişim için kullanmak mümkündür. Hastanızın adını ekranınızda göreceğiniz için "Falanca Bey" ya da "Fılanca Hanım" şeklinde adıyla hitap etmeniz size iletişimde avantaj sağlayacaktır. Hele tek-rarlayan gelişlerde bilgisayar kayıtlarından kolayca ulaşabileceğiniz daha önceki bulgular ve kullandığı ilaçlar hakkında sorular sormanız, hastanızın kendisinin önemsendiği duygusunu yaşamasına ve iletişiminizin daha olumlu seyrine vesile olacaktır.

3- "Sen" şeklinde değil "siz" şeklinde hitap edin: İnsanların bir kısmı "sen" şeklinde hitap edilmesinden hoşlanmayabilirler. Bu yüzden özellikle ilk karşılaştığınız hastanıza "sen" şeklinde hitap etmeniz bazı hastalarınızın kırılmasına sebep olabilir. Hastanız ile belli düzeyde tanışıklık sağladıktan ve kendisinin nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığı konusunda bilgi sahibi olduktan sonra hastanızın durumuna uygun hitap tarzını tercih edebilirsiniz.

4- Eğer sakıncası yoksa elini sıkın: COVID19 pandemisi dolayısıyla şu anda el sıkmaya ara vermiş olsak da normal şartlarda da bazı hastaların elini sıkma mahsurlu olabilir. Bu durum bazen bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla olabildiği gibi, bazen de hastalar obsesyonundan veya inanışları yüzünden ya da başka bir hassasiyetinden dolayı elinin sıkılmasından hoşlanmayabilirler. Eğer bu tür sıkıntıların olmayacağına kanaat getiriyorsanız hastanızın elini sıkın, değilse sıkılmaktan vazgeçin aksi takdirde bu da bir gerginlik sebebi olabilir.

5- Rahat bir pozisyonda oturmasını sağlayın ve kendisini önemsendiğini hissettirin: Bir hastanızı ayakta bekletmeniz halinde hastanız bu hareketinizi kendisine karşı bir saygısızlık olarak algılayacaktır. Hastanıza oturmasını söylemek ona saygı duyduğunuzun ve önemsendiğinizin bir işaretidir. Unutmayın ki başarılı bir iletişim daima saygı ve sevgiyi bir arada barındırır.

Hastayı muayene edip tedavisini tanzim ettikten sonra "güle güle" diyerek güler yüzlü bir şekilde yolcu etmek hastada güven duygusunu oluşturur. Unutulmamalıdır ki hekimine güvenen hastada ilaçların etkisi, güven duygusunun da verdiği pozitif enerji ile birleştiğinde artacak ve iyileşme yolunda hızla mesafe kat edecektir.

6- Anamnezini ayrıntılı olarak alın: Ayrıntılı bir anamnez (hastaya genel durumu ve o anki rahatsızlığı hakkında sorular sormak) hastalığın teşhisinde önemli bir araçtır. Bazen gözden kolayca kaçabilecek bulgular iyi bir anamnez ile ortaya çıkartılabilir. Anamnez alınmadan yapılan tetkikler dikkatinizi esas olaydan başka yönlere çekip gerçek hastalığı atlamanıza ve bu yüzden hastanızın zarar görmesine sebep olabilir. Bu satırların yazarının bir yakını gebeliği esnasında "Hipertansiyon ve Ödem" bulgularıyla başvurduğu bir üniversite hastanesinin acil servisinde yapılan tetkikte "Proteinüri" (İdrarda protein) olmadığı gerekçesiyle evine gönderilmiş ve aynı gece "Eklampsisi" (Gebelik zehirlenmesi) sonucu komaya girerek hem bebeğini kaybetmiş hem de kendisi ölümden dönmüştür.

7- Derdini/sıkıntısını anlatmasına ve soru sormasına müsaade edin: Hasta ile iletişimin en kritik noktası belki de burasıdır. Derdini anlatmadığını düşünen hasta iletişimsizlik girdabına girmiş demektir. Hastanın karakterine göre ya içine kapanacak ya da şiddet olarak bunu dışarı vuracaktır. Soru sormak ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak her hastanın en tabii hakkıdır.

8- Mutlaka muayene edin: Muayene etmeden tetkike göndermeyin. Hekimliğin en temel teşhis aracı muayenedir. Muayene edilmeden yapılan hekimlik daima eksik kalacaktır. Burada hemen şu karşı tez ileri sunulmaktadır: "Yeterli vakit yok, nasıl anamnez alıp ayrıntılı

muayene yapacağız?” Sağlık sisteminin aksaklıklarının sorumlusu hekim değildir ama hastasına yeterli zaman ayırma konusunda kararlı olduğu takdirde kimsenin hekimin hastasını muayene etmesine engel olma şansı yoktur. Her hekim ancak hakkıyla muayene edebileceği kadar hastaya bakmalıdır.

9- Gerekliyse mutlaka tetkiklerini yaptırın, gerekmeden tetkik yaptırmayın: Tetkiklerin bir kısmının hastaya zarar verme potansiyeli -radyasyon ya da girişimsel işlem riski- olduğunu bilecek hastaya zarar verecek hiçbir tetkiki gerçekten gerekli olmadıkça yaptırmayın. Hastalar tetkik yaptırmaya çok istekli olabilirler. Gerekli kadar tetkiki yaptırdığınızı, diğerlerinin zarar verebileceği için yaptırmadığınızı hastaya izah edin. Bazen de hekimler malpraktis davalarına muhatap olmamak için çok sayıda tetkik isteme eğiliminde olabilirler. Hukuk karşısında sorumlu olmamaya çalışmak ama bunu paranoaya düzeyine getirmemek gerektiğini unutmayın.

10- En az sayıda ilaçla tedavi etmeye gayret edin: Hastanıza fazla ilaç yazmamanızın kendisinin menfaatine olduğunu belirtin: Hastalar genellikle kendilerine ilaç yazılmasından hoşlanırlar ve hatta ilaç yazılmaması bazen şiddet gerekçesi bile olabilmektedir. Ancak hastanızın güvenini kazanır ve fazla ilacın vereceği zararlar konusunda kendisini düşündüğünüzü hissettirseniz hasta size bu konuda ısrarcı olmayacaktır. Ancak yine de ilaç yazılması konusunda ısrar eden hastanız olursa zarar vermeyeceğinden emin olduğunuz bazı ilaçları yazarak hastanın psikolojik olarak rahatlamasını sağlayabilirsiniz.

11- Sürekli kullandığı ilaçlarını çok gerekmedikçe değiştirmeyin: Bazen bir ilacın değiştirilmesinin hastada farklı etkilerin ortaya çıkmasına yol açarak hastalığının kötüleşmesine yol açabileceğini unutmayın. Alıştığı ilacın plasebo bile olsa etkili olduğunu ifade ediyorsa değiştirmekte ısrar etmeyin. Hele de yeni piyasaya çıkmış ve yan etki profili henüz tam bilinmeyen ilaçları yazmakta hiç acele etmeyin. Çünkü ilaçların yan etki profili piyasaya çıktıktan 4-5 yıl sonra ancak piyasa gözetimi ile gerçekleşen Faz 4 çalışmalarının yaygınlık kazanmasından sonra tam anlamıyla ortaya çıkmaktadır. Piyasaya

büyük tantanalarla çıkan birçok ilacın bir süre sonra ciddi yan etkileri dolayısıyla piyasadan çekilmek zorunda kaldıklarını unutmayın.

12- İlaçları nasıl kullanması gerektiğini izah edin: Hastanıza ilaç yazmışsanız mutlaka ilaçların kullanılışı ile ilgili bilgilendirmeyi yapın. Nasıl olsa eczanede tarif ederler diye düşünmeyin. Eczanede ne kadar bilgi sahibi olduğunu bilmediğiniz bir kalfa/teknikere güvenip hastanızın güvenli ilaç kullanımını temin edemediğinizde olabilecek bir zarardan hekim olarak sizin sorumlu tutulacağınız bilincinde olun.

13- Yaşam tarzı önerilerinde bulunun: Hastalığın tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ilaçlar kadar, belki de daha fazla önemlidir. Bazen bir yaşam tarzı değişikliği tavsiyesinin eksikliği yüzünden ilaçlar etkisiz kalabilmekte belki de ters etki etmesine sebep olabilmektedir. Bu yüzden hastanızın selameti açısından mutad alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olun. Gerekli yaşam tarzı değişikliğinin önemini anlamasına gayret edin. Hastanızın yaşam tarzını ancak kendi kararıyla değiştirebileceğini de asla unutmayın.

14- Mutlaka kontrole çağırın: Hastanızın tedavisinin düzgün gidip gitmediğinin, verilen ilaçların hastada olumlu ya da olumsuz tesirler yapıp yapmadığının takibi çok önemlidir. O yüzden hastanızı belli bir zaman sonra mutlaka kontrole çağırın. Bu süre hastalıklara göre değişebilse de özellikle akut hastalıklarda fazla uzun tutulmamalıdır. Hele komplikasyon ihtimali olan durumlarda hastanızı uyarın ve olumsuz bir durumla karşılaşrsa belirtilen süreyi beklemeden derhal kontrole gelmesini ya da size ulaşmadığında bir acil servise başvurmasını tembihleyin.

15- Güle güle diyerek, güler yüzle yolcu edin: Hastanızı muayene edip tedavisini tanzim ettikten sonra “güle güle” diyerek güler yüzlü bir şekilde yolcu etmeniz hastanızda size karşı güven duygusu oluşturur. Unutulmalıdır ki hekimine güvenen hastada, güven duygusunun da verdiği pozitif enerji ile birleştiğinde ilaçların etkisi artacak ve iyileşme yolunda hızla mesafe kat edecektir. Hastanızı güler yüzle uğurlamanızın verdiği huzur size bir sonraki hastanızı da güler yüzle karşılayarak doğru bir iletişime ilk adımı

atmanızı kolaylaştırır ve böylece zinciri kırmadan tüm hastalarınızla sağlıklı iletişim kurmayı temin etmiş olursunuz.

Tabii ki bu algoritmanın sonunda en önemli husus olarak da hastalar ve yakınları ile mutlaka empati kurulmasını tavsiye ediyor ve “*Gelen hastanın siz ya da çok sevdiğiniz bir yakınınız olduğunu düşünün, hasta iken size ya da yakınınıza nasıl davranılmasını o şekilde davranın; size hangi tetkikler yapılmasını, hangi tedavinin uygulanmasını isterseniz hastalarınıza da aynı tetkik/tedavileri yapın, size yapılmasını istemediğiniz hiçbir şeyi hastalarınıza da yapmayın*” diyoruz.

* SD Dergisinin 55. sayısında 26-29. sayfalar arasında yayımlanan makalenin yazarı tarafından gözden geçirilmiş halidir.

Kaynaklar

- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 147-154. <https://search.proquest.com/docview/1010055960/485FFE85FD4748CCPQ/6?accountid=16382> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- Bal, N. (2014). *Sosyolojide Şiddet Kavramı*. Yurt ve Dünya Dergisi, 6, 6-22. <https://yurtvedunyadergisi.files.wordpress.com/2014/02/6-3.pdf> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- Eker, H. H., Özder, A., Tokaç, M., Topçu, İ., & Tabu, A. (2012). Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. In *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* (4), 19-29.
- Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. *Nursing Management*, 28(12), 38-41. <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1097/00006247-199712000-00012> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- Duğan, Ö., & Arslan, A. (2015). *Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı - Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme*. Sağlık İletişim Sempozyumu, 78-91.
- Polat, O. (2017). *Şiddet (Violence)*. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22(1), 15-34. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/274326> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- TBMM (2013) *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*, Sıra sayısı: 454. <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/bitstream/handle/11543/110/ss454.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- Tokaç, M. (2018). *Sağlıkta şiddetin tarihçesi*. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 46, 100-103. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/551/Saglikta-siddetin-tarihcesi.aspx> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- WHO, Definition and typology of violence, Violence Prevention Alliance, <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> (Erişim Tarihi: 20.04.2020)
- Yıldız, A. N., & Kaya, M. (2009). İşyerinde Şiddet. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(3), 1-6. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2009/sayi_3/baslik1.pdf (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Sağlıkta şiddeti önlemede hasta katılımının rolü

Prof. Dr. Selma Altındış



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Afyon Kocatepe Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. Altındış halen Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapmaktadır.

Hasta katılımı, hasta ve hasta yakını ile hizmet sunucuları arasında bilgi akışının nasıl, ne düzeyde olduğu ile hasta ve hasta yakınının sağlığına ilişkin kararlarda ne düzeyde aktif bir role sahip olduğu ile ilgilidir. Hasta katılımı ile ilgili birçok farklı tanıma rastlanmaktadır. Hasta katılımı; “bireyin hastalığını önlemek, yönetmek ve tedavi etmek amacıyla sağlık profesyonellerinin bilgi ve tavsiyelerinin hastaların kendi ihtiyaç ve tercihleriyle uyumlu hale getirildiği bir süreçtir” ya da “hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki ortaklık sürecidir” şeklinde tanımlanır. Bu tanımlarda belirtildiği gibi bakım sürecine aktif olarak katılan hasta ve yakınları, sürecin bir parçası olmakta ve gelişen sonuçlara bir anlamda ortaklık etmektedirler. Bu yönüyle sunulan sağlık hizmetin sonucundan kısmen hastalarda sorumlu olacaklarından şiddet eğilimlerinin daha az olacağı öngörülebilir.

Hastalar, bakım sürecinin herhangi bir aşamasında gerek tıbbi hatalarının önlenmesinde gerekse de bakımın istenen başarıya ulaşmasında aktif rol alabilirler. Bunların yanı sıra süreçten haberdar olan hasta yakınlarının sürecin etkili olarak yürütüldüğünü bizzat görmesi ve bilmesi, onların üzüntülerinin öfkeye dönüşmesini dolayısıyla da şiddet eğilimlerini engelleyecektir. Hastaların aktif katılımları, onların diğer sağlık profesyonelleri ile etkili bir iletişim kurmasını gerektirir. Etkili iletişim sayesinde tarafların birbirlerini anlama-

ları ve empati kurmaları da kolaylaşır. Özellikle sağlıkta şiddet olaylarında iletişim ve empati kusurlarının önemli bir etken olduğu söylenebilir. Bu noktada iki tarafta bazı sorunların nedeni olabilir diğer bir ifade ile ilgili tarafların iletişim kurma ve onu sürdürme konusunda bazı kısıtları olabilir. Bu kısıtları iki başlıkta değerlendirebiliriz. Bunlar:

Sağlık profesyoneline ilişkin kısıtlar;

- Sağlık profesyonelinin ağır iş yükü
- Çalışma temposunun yoğunluğu
- Çalıştığı sağlık sistemine ilişkin kusurlar
- Sağlık profesyonelinin iş stresi
- Sağlık profesyonelinin mevcut durumu anlatma ve karşı tarafa aktarma konusunda yaşadığı sorunlar ya da düşük iletişim becerisi

Hastaya ilişkin kısıtlar;

- Hastanın sürece dair bilgisizliği ya da yetersiz bilgilendirilmesi
- Hastanın bilgilendirilme biçimi
- Hastanın iletişim becerisi
- Hastanın hekime ve kuruma olan güveni
- Hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi
- Duygusal olarak hastanın hassas oluşu ve ajitasyona yatkın olabilmesi (psikolojik durumu)

Bu kısıtların giderilmesi ile her iki tarafın birbirini daha iyi anlamaları mümkün olabilir. Bunun için hasta ya da yakınında gelişebilecek komplikasyonların doğru şekilde anlatılması, anlaşabile-

cek cümleler ile ifade edilmesi, karşıdaki insanın önemli bir kaygı, endişe ve psikolojik olarak hassas ve kırılgan olduğu kurulan iletişimde akıldan çıkarılmamalıdır. Hastaların anlayışlarının artırılması da bir diğer konudur ki bu da onların eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi ile mümkün olabilir. Bu ihtiyaçların giderilmesi, bakım sürecinin aşamaları ve hastanın prognozu hakkında verilen bilgiyi anlamaları açısından çok önemlidir. Ayrıca bu eğitimin sağlanması, bir anlamda sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi ile sonuçlanır. O halde, gerek sürece etkin katılımlarının sağlanmasında gerek şiddet eğilimlerin azaltılmasında hastaların eğitimi yanı sıra sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi de önem kazanır. Çünkü belirli düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olmayan bireyin hasta katılımının da pasif olacağı açıktır. Sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesinde tüm araçlar (yazılı/sözlü basın, sosyal medya ağları, seminerler vs.) birlikte kullanılmalıdır. Ayrıca hastane bünyesinde ya da birinci basamak sağlık hizmetleri ya da bir halk sağlığı işlevi olarak bir program dahilinde bu sağlanabilir. Toplumun sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi, gerek şiddet sorunun çözümü gerek sağlık okuryazarlığının sağlayacağı diğer birçok kazanımı beraberinde getirecektir. Burada konuya ilişkin olarak önemli olan nokta, belirli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmayan bireyin hasta katılımının da pasif olacağıdır.

Hastaların işleyen bakım sürecinden haberdar olması önemlidir. Çünkü has-

ta ve yakını süreçten haberdar olmadığına bakımda istenmeyen bir sonuç doğduğunda sürecin bütün yükü (sonucu) hizmet sunucunun üzerine yüklenir. Ancak aktif katılım ile hasta ve yakını bu yükü paylaşmak durumunda kalır böylece şiddet eğilimi gösterme potansiyeli düşer. Çünkü hasta ve yakını aktif katılımı sağlık profesyonellerinin süreçte ellerinden geleni yaptıklarını bilme, görme ve anlama imkanı bulur buda çıkan olumsuz sonucun ya da istenmeyen durumun oluşturduğu öfkeyi azaltır. Hastaların şiddete meyletmeyeceği etkili ve verimli bir hasta katılımının sağlanabilmesi için öncelikle yapılması gereken bazı hususlar şunlardır:

- Hasta ve yakınlarının kendi sağlık ve bakım süreçlerini yönetebilecek düzeyde bilgi, beceri ve yeteneklere sahip olması
- Hasta ve yakınlarının kendi sağlık ve bakım süreçlerini yönetmek için istekli olmaları
- Sağlık kurumunun hasta katılımını sağlayacak ve destekleyecek bir kültüre sahip olması
- Hasta ve yakını ile hizmet sunucular arasında iş birliğinin sağlanması

Sağlıkta şiddet konusunda hasta ve yakınlarının verilen hizmetlere güvenmesi ve buna içten inanması da önemli bir diğer konudur. Şiddet vakalarının azaltılmasında hasta katılımı ile bu güvenin istenen düzeyde gelişmesi sağlanır. Güven, şüphe duymadan muhabata inanmayı getirir. Dolayısıyla doktorlarına güven duyan hastalar, genellikle daha faydalı sağlık davranışlarına, daha başarılı tedavi, tedaviden daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olurlar. Memnuniyet düzeyi yüksek olan bireylerde şiddet eğiliminin görülmesi pek olası değildir. O halde hasta ile hizmet sunucu arasında bu güvenin tesis edilmesi gerekir. Hastada istenen güvenin oluşturulmasında hastanın hem kendi doktoru ile güven oluşturması hem genel olarak sağlık kuruluşuna güven duyması şeklinde iki farklı yaklaşım vardır. Şiddetin önlenmesinde bu her iki tür güven yaklaşımının oluşturulması son derece önemlidir. Hastanın kendi bakım sürecinin koordinatörü olan hekimine güveni, hekim-hasta ilişkisinin olumlu bir şekilde sürdürülebilmesi için gereklidir. Ayrıca bu konuda yapılan araştırmalarda hastanın kendi hekimine güveninin, hastaların kendi kendine bakma yeteneklerini artırma-



larına, tedavilerine uymalarına, sağlıklı yaşam tarzlarını korumalarına ve doğru davranış kalıplarına sahip olmalarına yardımcı olabileceği bildirilmektedir. Daha da önemlisi, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına duydukları yüksek güven düzeyinin, hasta memnuniyet düzeyini artırdığı bildirilmektedir. Tesis edilen bu güven, kişilerin şiddet göstermeleri önünde önemli bir engeldir. Çünkü güvenin oluşmasıyla gelişecek memnuniyet, şiddete yönelik davranışları engelleyecektir. O halde sağlık profesyonellerinin hastanın kendilerine güven duymasını sağlayacak davranışlarda bulunması gerekir ki bu davranışlar aynı zamanda hasta katılımını artıran eylemlerdir. Bunun için sağlık profesyoneli;

- Hastanın hikâyesini anlatmasına izin vermeli
- Hastayı dikkatle dinlemeli
- Hastaya düşündürücü sorular sormalı
- Hastanın sözünü kesmemeli
- Hastanın ihtiyaçlarına zaman ayırmalı
- Aceleci davranmamalıdır

Sonuç olarak, tüm bunların istenen düzeyde gerçekleşmesi için önemli bir altyapının yani sağlık sisteminin buna göre yapılandırılması gerekir. Dolayısıyla gerek sağlık profesyonellerinin gereken davranışları göstermesi gerek şiddeti önleyebilecek bir hasta katılımının sağlanması için böyle bir sistemin yapılandırılması asgari koşuldur. Ayrıca bakım sürecinde hasta ve yakını aktif kılacak şekilde onları sürecin bir parçası olmaya hem gönüllü hem bunu

yapabilecek yetkinliğe getirilmesi için belirli bir sağlık okuryazarlık düzeyine ulaşması, şiddetin önlenmesinde önemli bir strateji olarak düşünülebilir.

Kaynaklar

Athenahealth, (2014). 5 Elements of a Successful Patient Engagement Strategy.

Chandra S., Mohammadnezhad M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-patient Relationship: A Literature Review. *Archivos De Medicina*, 3(3), 36-41. Chandra S., Mohammadnezhad M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-patient Relationship: A Literature Review. *Archivos De Medicina*, 3(3), 36-41.

Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Commun*, 3(36).

Gülcemal, E., & Keklik, B. (2016). Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Ekif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.

Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439.

Jones, D. E., Carson, K. A., Bleich, S. N., & Cooper, L. A. (2012). Patient Trust in Physicians and Adoption of Lifestyle Behaviors to Control High Blood Pressure. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 57-62.

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From Tokenism to Empowerment: Progressing Patient and Public Involvement in Healthcare Improvement. *BMJ Quality & Safety*, 25(8), 626-632.

Özkan, O. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 1759-1770.

Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Patient Trust in the Physician: Relationship to Patient Requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483.

Weaver, M. J., Ow, C. L., Walker, D. J., & Degenhardt, E. F. (1993). A Questionnaire for Patients' Evaluations of Their Physicians' Humanistic Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 8(3), 135-139.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için eylemler

Elif Yardım Tok



1981 yılında Diyarbakır'da doğdu. Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümünden 2006 yılında mezun oldu. Spor, sanayi, gıda, sağlık sektörlerinde hizmet veren özel firmalarda görev yaptı. 2016 yılından beri Sağlıkta Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde çalışmaktadır.

Ezgi Koşar



1991 yılında Çorum'da doğdu. 2015 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun oldu. 2016 yılında Konya İl Sağlık Müdürlüğünde psikolog olarak göreve başladı. Halen Sağlıkta Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bünyesinde psikolog olarak çalışmaktadır.

Mustafa Örnek



1978 yılında Konya'da doğdu. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünden mezun oldu. Beykoz Devlet Hastanesinde Müdür Yardımcısı, Kâğıthane Devlet Hastanesi ile Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Müdür olarak görev aldı. 2011 ile 2019 yılları arasında iki dönem Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcılığı ve SASAM Enstitüsü Genel Koordinatörlüğünü yaptı. Mayıs 2019'dan itibaren Sağlıkta Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde Daire Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Şiddet, hayatın pek çok alanında olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da sosyal huzuru tehlikeye atan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şiddet, "Bireyin kasıtlı olarak kendisine, başka bir kişiye, bir gruba veya topluluğa karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zedelenme, gelişim bozukluğu veya yoksunlukla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan güç kullanımıdır." Şiddet sözel, fiziksel ve cinsel olmak üzere üç şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Sağlık alanında en çok karşılaşılan şiddet türü sözel şiddettir, bunu fiziksel şiddet izlemektedir.

Şiddetin açıklanmasında, güven ve saygı kavramları önemli bir yere sahiptir. Türk Dil Kurumu, "saygı" sözcüğünü "değeri, üstünlüğü, yaşlılığı, yararlılığı, kutsallığı dolayısıyla bir kimseye, bir şeye karşı dikkatli, özenli, ölçülü davranmaya sebep olan sevgi duygusu, hürmet, ihtiram." ve "başkalarını rahat-

sız etmekten çekinme duygusu." olarak, "güven" sözcüğünü "korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu, itimat." olarak tanımlamaktadır. Sosyal bilimler sözlüğünde ise güven, "bir toplumda yaşayan bireylerin birbirlerine, içinde yaşadıkları sistemin kurallarına ve kurumlarına yönelik olarak söz konusu birey ve kurumların rollerini ve işlevlerini belirlenen doğrultuda en iyi şekilde yapacaklarına karşı duyulan inanç." olarak tanımlanmaktadır.

Güven ve saygı teması çerçevesinde sağlıkta şiddeti incelediğimizde en yalın ifadeyle; hem hasta ve hasta yakınlarının hem de sağlık çalışanlarının birbirlerinden beklentileri bulunmaktadır ve bu beklentiler olabilecek en iyi şekilde gerçekleştirildiğinde güven duygusu zedelenmemiş olacaktır. Karşılıklı güven duygusunu korumaya çalışırken aynı zamanda karşılıklı saygıyı da korumak şiddetin ortaya çıkmaması için önemlidir. Güven ve saygının kaybedildiği koşullarda şiddetin ön plana çıkması olasıdır.

Peki, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki güven ve saygı duygularını korumak ve şiddeti önlemek adına neler yapılabilir? Sağlıkta şiddeti önleme çalışmaları planlanırken, şiddet vakalarının sebeplerini inceleyen ulusal ve uluslararası araştırmalara bakılmış, bu araştırmalarda hem hasta ve hasta yakınlarının hem de sağlık çalışanlarının bildirdiği belli başlı şiddet nedenleri olduğu görülmüştür. Bunların başında uzun bekleme süresi, hasta ve hasta yakınının psikolojik durumu, uzun çalışma saatleri, sağlık çalışanının psikolojik durumu, fiziksel koşulların yetersizliği, yetersiz güvenlik önlemleri, iletişim sorunları yer almaktadır. Söz konusu şiddet nedenlerini en aza indirmek için sağlıkta şiddetle mücadele çalışmalarında yer verilecek faaliyetleri şu başlıklarda birleştirebiliriz; "sağlık hizmetlerini iyileştirmek", "hukuki düzenlemeleri yapmak", "güvenlik önlemlerini artırmak", "iletişim çalışmaları yürütmek", "koordinasyon, izleme ve değerlendirmeyi sağlamak".





Hizmet sunumunu iyileştirmek için yapılabilecek faaliyetlerden biri, randevulu muayene oranının artırılmasını sağlamaktır. Randevulu muayene oranının artması, hem sağlık çalışanlarının iş yükünü hafifletecek hem de uzun bekleme sürelerinden şikâyet eden hasta ve hasta yakınlarının daha iyi hizmet almasını sağlayacaktır. e-nabız uygulamasının etkinliğini artırmaya yönelik iletişim faaliyetleri de yürütülmelidir.

Fiziksel Unsurları İyileştirmek

Sağlık hizmetlerini iyileştirmek konusunda öncelikli fiziksel unsurları düzeltmek şiddetle mücadele için alınması gereken önlemlerden biridir. Bu kapsamda, bekleme sürelerinin uzunluğundan şikâyet eden hasta ve hasta yakınları için sağlık tesislerindeki bekleme salonlarının fiziksel şartları, kişilerin psikolojilerine olumlu etki sağlayacak şekilde iyileştirilmelidir. Bekleme salonlarındaki koltuk, sandalye gibi eşyalar hasta ve ziyaretçi sayısını karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Aynı şekilde, bekleme salonlarının duvar ve mobilya renkleri, ışıklandırması, tablo benzeri aksesuarları, varsa müzik yayını uzmanlardan görüş alınarak düzenlenmelidir. Ayrıca, sağlık tesisi fiziksel özellikleri hem sağlık çalışanlarının hem de hasta ve hasta yakınlarının kendilerini güvende hissetmesini destekleyecek şekilde iyileştirilmelidir. Kişilerin kendini güvende hissetmesi adına sağlık tesislerinde, açık hava alanları dâhil, yeterli ışıklandırmanın sağlanması ve şiddet olaylarında kullanılabilecek objelerin kolay erişilebilir olmaması önemlidir.

Hizmet Sunumunu İyileştirmek

Hizmet sunumunu iyileştirmek için yapılabilecek faaliyetlerden biri, randevulu muayene oranının artırılmasını sağlamaktır. Randevulu muayene oranının artması, hem sağlık çalışanlarının iş yükünü hafifletecek hem de uzun bekleme sürelerinden şikâyet eden hasta ve hasta yakınlarının daha iyi hizmet almasını sağlayacaktır. Bu kapsamda, randevu almak için kullanılan çağrı merkezi, web sitesi ve mobil uygulamanın etkinliğinin artırılmasına, web sitesi ve mobil uygulama üzerinden randevu alınmasını özendirecek iletişim faaliyetlerinin geliştirilmesine ve uygulanmasına, hekimlerin MHRS randevularına uyumunun sağlanmasına, hekimden kaynaklı randevu iptallerinin azaltılmasına ve vatandaş tarafından alınan MHRS randevularının gerçekleştirme oranının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca, e-nabız uygulamasının etkinliğini artırmaya yönelik iletişim faaliyetleri de yürütülmelidir. Sağlık çalışanlarının hastaya ait tıbbi özgeçmiş takibini daha etkin

yapabilmesiyle hizmet sunumunun kalitesi artacak, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki bağ kuvvetlenecektir.

Görevi hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurarak sorun oluşması ihtimali olan durumları tespit etmek ve çözüme kavuşturmak olan Hasta hakları yerinde değerlendirme ekiplerinin mevcut durum ve etki analizlerinin yapılması şiddeti proaktif bir şekilde önlemek adına önemli bir çalışma olacaktır. Hasta karşılama ve yönlendirme görevlileri hastane yoğunlukları ve şiddet vakaları göz önüne alınarak görevlendirilmeli, personelin iletişim kabiliyetinin güçlü olmasına ve yaşanabilecek olaylar hakkında eğitim almış olmasına özen gösterilmeli, çalışma performansının hasta memnuniyetine etkisi araştırılmalıdır.

Kurumsal Aidiyet Bilincini Artırmak

Yapılan araştırmalarda şiddete neden olan faktörler arasında sağlık çalışanlarının psikolojik durumları da yer almaktadır. Sağlık çalışanları, şiddet olaylarından sonra, özellikle de daha önce kendisine veya iş arkadaşına şiddet uygulandıysa travma sonrası stres bozukluğu yaşadıklarını, kurumsal aidiyetlerinin ve motivasyonlarının düştüğünü belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının kurumsal aidiyetlerinin ve motivasyonlarının artırılması adına sosyal imkânların iyileştirilmesi sağlanmalı, mesleki gün ve haftalarında moral ve motivasyon artırıcı etkinlikler düzenlenmeli, mesleğinde başarı gösteren sağlık çalışanları ödüllendirilmeli, sağlık çalışanlarının özverili hizmetlerini içeren olaylar kamu ile paylaşılmalı, sağlık çalışanları üst yönetimleriyle daha kuvvetli ilişkiler kurabilmeli ve sorunlarını, isteklerini, önerilerini üstlerine iletebilmeli, yaşanan şiddet olaylarından sonra hem yönetimin hem de çalışma arkadaşlarının desteğini hissettirecek uygulamalar hayata geçirilmelidir.

Gerekli Eğitimleri Sağlamak

Şiddetle mücadelenin olmazsa olmaz faktörlerinden biri de eğitimidir. Hasta ve hasta yakınları haklarını ve sınırlılıklarını bilmediğinde, sağlık çalışanları yeterli iletişim becerilerine sahip olmadığında şiddet olaylarının arttığı gözlenmiştir. Bu sebeple sağlık çalışanlarına şiddet riskinin farkında olma, öngörülemez koşullara ve durumlara

hazırlıklı olma, önleme ve müdahale yöntemleri konularında eğitim verilmelidir. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanlarına kişiler arası iletişim, kendini tanıma, terapötik iletişim, zor hastayla iletişim, kriz anında iletişim, öfke kontrolü gibi konularda da eğitim verilmesi şiddete yol açan iletişim sorunlarının önüne geçebilmek için elzemdir. Hatta söz konusu iletişim eğitimleri, sağlık bilimleri eğitimi veren orta ve yükseköğretim kuruluşlarında da verilmelidir. Diğer taraftan, hasta ve hasta yakınları haklarını ve uyulması gereken kuralları tam olarak bilmiyor olabilir, yapılması uygun olmayan veya mümkün olmayan taleplerde bulunabilirler. Dolayısıyla hasta ve hasta yakını eğitimleri de şiddeti önlemek adına önemli bir adımdır ancak sağlık kuruluşuna her gelen hasta ve hasta yakını için bunu sağlamak mümkün olmayacaktır. Yatan hasta ve hasta yakınlarına yönelik bir eğitim modülü hazırlanmalı ve standardize edildikten sonra tüm sağlık kuruluşlarında uygulanmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarına verilecek tanı, tedavi ve bakım hakkındaki eğitimle birlikte sağlık okuryazarlığı kapsamında hazırlanacak alt başlıklarda da bilgilendirme yapılması önemlidir. Yüz yüze eğitimin mümkün olmadığı durumlarda, hasta ve hasta yakını eğitimleri broşür, kitapçık ve mobil uygulamalarla desteklenmeli, kişilere bu materyallerle ulaştırılmalıdır.

Hukuki Düzenlemeleri Yapmak

Sağlıkta şiddetin hukuki boyutuna bakıldığında, yapılan çeşitli ulusal ve uluslararası çalışmalarda sağlık çalışanları yasal haklarını tam bilmediklerini, şiddetle mücadele konusunda hukuki aksaklıklar olduğunu ve yeterli cezai yaptırımlar olmadığını belirtmişlerdir. Sağlıkta şiddet konusunda yasal düzenlemeler yapıldıktan sonra her sağlık kuruluşunun ve sağlık çalışanının bilgilendirilmesi, bu konudaki güncel bilgilerden haberdar olmalarını sağlayacaktır. Şiddete uğramış sağlık çalışanının kendisini yalnız hissetmemesi için şiddet sonrası hukuki yardım sürecinin etkinliğini artırmak önemlidir. Bu amaçla, olaya tanık olan sağlık çalışanına, hasta ve hasta yakınlarına, dava süreçlerinde yer almaları için ulaşım, bilgilendirme vb. konularda destek verilmeli ve sağlık tesisi yöneticileri tarafından, mağdur ve tanık personele başta idari izin olmak üzere gerekli kolaylıklar sağlanmalıdır.

Şiddetle mücadelenin olmazsa olmaz faktörlerinden biri de eğitimidir. Hasta ve hasta yakınları haklarını ve sınırlılıklarını bilmediğinde, sağlık çalışanları yeterli iletişim becerilerine sahip olmadığında şiddet olaylarının arttığı gözlenmiştir. Bu sebeple sağlık çalışanlarına şiddet riskinin farkında olma, öngörülemez koşullara ve durumlara hazırlıklı olma, önleme ve müdahale yöntemleri konularında eğitim verilmelidir.

Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi personeli sertifikalı eğitime tabi tutulmalı ve bu birimlerde personel sürekliliği sağlanmalıdır. Bunun için çalışan hakları ve güvenliği konusu sertifikalı eğitim kapsamına alınmalı ve sertifika sahibi olan personel kalıcı olarak bu birimlerde görev yapması konusunda teşvik edilmelidir. Cezai yaptırım konusunda, sağlık çalışanlarına şiddet uygulamak suretiyle ceza alan kişinin cezasını sağlık tesislerinde kamu hizmeti vererek tamamlaması yaygınlaştırılmalıdır.

Hukuki sürecin aksamadan işlemesi için Beyaz Kod sisteminin etkinliği de gereklidir. Özel hizmet alım personeli, stajyer ve internlerin Beyaz Kod hukuki yardım kapsamına alınması, taşra teşkilatı tarafından girilen bilgilerin kontrol edilerek raporlanması ve analiz sürecini etkileyecek yanlış bilgi girişinin engellenmesi gibi konularda Beyaz Kod sisteminin içeriği ve işleyişi yasal düzenlemeyle güncellenmelidir. Ayrıca Beyaz Kod sistemi raporlama sayfasının güncellenerek etkin analiz

yapılmaya elverişli hale getirilmesiyle Beyaz Kod sisteminde “şiddet nedenleri” yeniden belirlenmeli, geniş anlam- lı seçenekler yerine detaylı seçenek- ler oluşturulmalı, şiddetin hastanenin hangi biriminde gerçekleştiğinin kesin olarak tespit edilebilmesi için “polik- linik” sekmesine alt başlıklar açılarak detaylandırılmalı, raporlama sayfasının dinamik bir yapıya sahip olması için gerekli diğer güncellemeler yapılma- lıdır. Sağlık tesislerinde uygun yerlere panik butonu koyulması veya Beyaz Kod uygulamasının bilgisayar klav- yelerinde tanımlanması veya mobil telefonlar ile şiddet olayının ve yerinin bildirildiği uygulamaların kullanılması seçeneklerinden en az biri sağlık tesisi imkânları doğrultusunda yaygınlaştırıl- malı, bu sayede sağlık tesislerindeki Beyaz Kod ihbarları kolaylaştırılmalıdır.

Güvenlik Önlemlerini Artırmak

Türk Dil Kurumu, “güvenlik” sözcüğü- nü “toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin kor- kusuzca yaşayabilmesi durumu, emni- yet.” olarak tanımlamaktadır. Güvenlik ihtiyacı, insanın fizyolojik ihtiyaçları ka- dar önemlidir. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında güven duygusu oluşmasının yanında onların sağlık tesislerinde kendilerini güvende hissetmesi de sağlık hizmetinin verimi ve kalitesinin artmasına, dolayısıyla sağ- lıkta şiddetin önlenmesine katkı sağlayacaktır. Güvenliği sağlamak için geliştirilen güvenlik kameraları, suç oluştuktan sonra delillerin elde edilme- siyle suçun tespitini sağlamanın yanı sıra suç işlenmeden caydırıcılık oluş- turması bakımından suçun önlenmesi açısından da önemli işleve sahiptir. Sağlık tesislerindeki kamera sistemle- rinin etkinliğini artırmak amacıyla özel hayatın gizliliği ilkesi dikkate alınarak kameraların kurulumuyla ilgili “Güvenlik Amaçlı Kamera Sistemi İşleyiş Yöner- gesi” düzenlenmelidir.

Herhangi bir şiddet olayı yaşanmadan veya olay anında hızla müdahale ede- rek kimse zarar görmeden güvenliğin sağlanması açısından güvenlik hizmet- lerinin etkinliği artırılmalıdır. Hâlihazırda sağlık tesislerinde görev yapan özel güvenlik personelinin taşınması gere- ken ilave yetkinlikler tespit edilerek ilgili mevzuata eklenmeli, sağlık te- sislerindeki görev tanımlarına yönelik standart teorik ve pratik eğitim modü-

lû hazırlanmalı ve uygulanmalı, sağlık kuruluşlarınca özel güvenlik görevlile- rinin koruma ve güvenlik harici işlerde çalıştırılmaması sağlanmalıdır. Bunun yanında polislerin sağlık tesislerinde görevlendirilmesi için hazırlanacak bir protokol ile görevlendirme işleyişinin belirlenmesi, polis noktalarının şid- det olaylarının daha fazla gerçekleş- tiği yerlere konumlandırılması, görevli polislerin özel güvenlik personelinin koordinasyonundan sorumlu olması, şiddet sonrası husumetin devam ettiği durumlarda hastane yönetiminin kolluk kuvvetleri ile iş birliği içerisinde süre- ci takip etmesi, güvenlik hizmetinin Emniyet Genel Müdürlüğü ve hastane yönetimi tarafından denetlenmesi sağ- lanmalıdır.

İletişim Faaliyetleri Yürütmek

Uzun vadede kişilerin bakış açısını de- ğiştirerek “şiddet” olgusuna köklü bir çözüm üretmek için iletişim faaliyetleri- ne önem verilmelidir. Şiddet, sorunlarını konuşarak çözmeyi çeşitli sebeplerden dolayı bilmeyen veya tercih etmeyen/ edemeyen insanların başvurduğu bir yoldur. Şiddetin nedenlerinden bahse- dilirken bazen “iletişimsizlik” sözcüğü kullanılır. Oysa “iletişimsizlik” hali yok- tur, çünkü iletişim insan ilişkisinin her anının olası her tarzda biçimlenmiş ve biçimlendirici ögesidir. Şiddetin olduğu yerde “iletişimsizlik” değil aksine çok yoğun bir iletişim hali vardır, sadece iletişimin şekli değişmektedir. Şiddet uygulayan kişinin aslında farklı iletişim şeklini kullandığı bilgisi bize onu anla- ma, iyileştirme ve sorunu kaynağına inerek çözme güdüsü sağlayacaktır. Bir iletişim şekli olsa da şiddetin kişiye daha fazla çözümsüzlüğe götürdüğü aşikârdır. Güven ve saygı temelinde kurulmayan iletişim süreçleri zarardan başka bir sonuç doğurmaz. Sağlık hiz- meti alırken ve sunarken güven ve say- gı çerçevesinde çözüm odaklı iletişim kurmanın faydaları konusunda toplu- sal farkındalık ve bilinç oluşturmak sağ- lıkta şiddet olgusunun yaşanmamasını sağlayacak temel çalışmalardan bi- ridir. Bu amaçla hazırlanacak iletişim kampanyası toplumsal dinamikler göz önünde bulundurularak hedef kitlelere özel hazırlanmış mesajlarla, hedef kit- leye ve mesaja uygun mecralardan, medyanın, sanatın ve bir arada bulun- lan organizasyonların etkisi kullanılarak kurgulanmalıdır. Yapılan her işte sağ- lıkta güven ve saygı kavramlarına uygun

Şiddet, sorunlarını konuşarak çözmeyi çeşitli sebeplerden dolayı bilmeyen veya tercih etmeyen/edemeyen insanların başvurduğu bir yoldur. Şiddetin nedenlerinden bahsedilirken bazen “iletişimsizlik” sözcüğü kullanılır. Oysa “iletişimsizlik” hali yoktur, çünkü iletişim insan ilişkisinin her anının olası her tarzda biçimlenmiş ve biçimlendirici ögesidir. Şiddetin olduğu yerde “iletişimsizlik” değil aksine çok yoğun bir iletişim hali vardır, sadece iletişimin şekli değişmektedir.

hareket ederek bu duygular ön plana çıkarılabilirse zaman içinde toplumda tutum ve davranış değişikliği oluşabilir.

Toplumsal değişim ve dönüşüm uzun yıllar sabırla taşları doğru yere koyarak oluşturulan bir sanat eseridir. Toplu- mun tamamına yönelik iletişim kam- panyalarının yanı sıra insandaki değiş- min çocukluk yıllarında alınan eğitimle şekillendiği bilgisinden hareketle özel- likle ilköğretim çağındaki çocuklar ve gençler için özgüven, kendine değer verme, saygı, sevgi empati, güven gibi konular üzerine rehberlik programları düzenlenmelidir. İletişim başlığı altın- da, toplum üzerindeki etkisi yok sa- yılamayacak bir güçten bahsetmek yerinde olur: Medya. Yoğun şekilde takip edilen medyanın kişinin algıla- ma süzgecinin ve bilişsel çerçevesinin oluşmasında çok önemli bir role sahip olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya ko- nulmuştur. Bazı dizilerde ve filmlerde

şiddet normalleştirilirken haberlerde şiddet tüm çıplaklığıyla gözler önüne serilebilmektedir. Medyada sağlıkta şiddetin işleniş biçimine düzenleme getirmek amacıyla bilim kurulu tarafından bir medya kılavuzu hazırlanmalı ve bu kılavuz hem medyaya hem de tüm paydaşlara ulaştırılarak uygulanması yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumu esnasında gerçekleşen olumlu örnek olayların medyada yer alması sağlanmalıdır. Bu paylaşım, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin şeklini olumlu yönde etkileyecektir.

Koordinasyon, İzleme ve Değerlendirmeyi Sağlamak

Sağlıkta şiddete neden olan olayların kök neden analizi yapılmalıdır. Bilim kurulu tarafından kök neden analizi metodolojisi rehber haline getirilmeli ve sağlık tesislerine gönderilmelidir. Yaşanan şiddet olaylarından sonra, hazırlanan rehber doğrultusunda kök neden analizi yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Şiddet ne yazık ki günlük hayatın içinde her alanda gördüğümüz veya duyduğumuz bir olgu haline gelmiştir. Bu nedenle sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının sağlık sistemiyle, verilen hizmetin etkinliğiyle, kalitesiyle veya sağlık çalışanlarının yaklaşımıyla her zaman ilgisi olmayabilir. Kök neden analizi sürecinin titizlikle yürütülmesi sorunun nelerden kaynaklandığının tam olarak tespit edilmesini ve böylece doğrudan sorunun çözümüne yönelik çalışmalar yapılabilmesini sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarıyla iş süreçlerinde yaşanan aksaklıklara ve şiddete konu olabilecek sorunlara yönelik nitel çalışmalar da yapılmalıdır.

Beyaz Kod olayları, sağlık tesislerinde düzenli olarak yapılacak üst yönetim toplantılarında gündeme alınmalı ve şiddet öncesi, sonrası ve sonrasındaki sorunlara yönelik çözüm önerilerinin proaktif bir yaklaşımla hayata geçirilmesi sağlanmalıdır. Şiddetin fazla olduğu il ve hastanelerin altı aylık dönemlerle Beyaz Kod sisteminden tespit edilmesi, buralarda yaşanan şiddet olaylarının merkezde oluşturulacak bir ekip tarafından değerlendirilerek rapor haline getirilmesi, raporda yer alan şiddet nedenlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik iyileştirme çalışmaları yapılması ve sürecin takip edilmesi bu eylemlerden beklenen verimin alınabilmesi için

önemlidir. Sağlıkta şiddet, başta sağlık hizmeti sunmakta olan sağlık personeli olmak üzere sağlık hizmetine ihtiyaç duyan herkesi, toplumun tamamını ilgilendirmektedir. Bu nedenle tüm paydaşların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet karşısında söz ve eylem birliği içinde olması için paydaşlar arasındaki koordinasyonun artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sonuç

Ömrünü insanlığa ve hayat kurtarmaya adanmış sağlık çalışanlarımıza yapılan saldırılar hepimizi derinden sarsmaktadır. Şiddet asla kabul edilemez. Konuya sadece bir asayiş sorunu olarak yaklaşmak, çözümünü sadece bir noktada aramak netice vermemektedir. Bunun için, T.C. Sağlık Bakanlığı çok yönlü ve bütüncül bir yaklaşımla şiddeti önlemek adına bir dizi eylem üzerinde çalışmalar yapmaktadır ve tedbirleri artırmaktadır. Tüm bu çalışmalarda, sağlıkta güven ve saygı kavramları dayanak kabul edilmiştir. Sağlık tesisi fiziksel özelliklerinin kişilerin kendilerini güvende hissetmesini destekleyecek şekilde iyileştirilmesinden sağlık insan gücünün etkili ve verimli kullanımı sağlanmaya, gerekli yasal düzenlemelerin ve bilgilendirmelerin yapılmasından çocukların ve gençlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükselterek onlara sağlıkta güven ve saygı kültürünün aşılanmasına, güven ve saygı temelinde sağlıklı iletişim kurulmasının hizmet verirken ve alırken sağlayacağı faydalar konusunda farkındalık oluşturmaktan sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaya yönelik iletişim çalışmalarının yapılmasına kadar birçok inisiyatif ve faaliyet planlanmıştır. Şiddet, sadece sağlık alanında değil hayatımızın hiçbir alanında ve anında yaşanmasını kabul edemeyeceğimiz bir olgudur. Tam da bu noktada hayatımızın her alanında evde saygı, sokakta saygı, okulda saygı, iş yerinde saygı, trafikte saygıyı kapsayan "toplumsal saygı" üst başlığı altında iş birliği içerisinde hareket etmeli ve bu sorunun üstesinden hep birlikte gelmeliyiz.

Kaynaklar

Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtuluş, A., Türkçüer, İ., & Ergin, N. (2006). Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23(2), 364-369.

Çınarlı, İ., & Yücel Bourse, H. (2014). Sağlık iletişiminin bakış açısı ile Türkiye'de sağlık işyeri ortamında

sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3, 31-52.

Dağ, E., & Baysal, H. (2017). Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması- Burdur ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(11), 95-118.

Demir, Ö., & Acar, M. (2005) Sosyal bilimler sözlüğü. (s.177). Ankara: Adres Yayınları.

Eker, H. H., Özder, A., Tokaç, M., Topçu, İ., & Tabu, A. (2012). Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 19-29.

Erdoğan, İ. (2011) İletişimi anlamak. (4. Baskı, s. 95-96). Ankara: Pozitif Matbaacılık.

Erkol, H., Gökdoğan, M. R., Erkol, Z., & Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers-a problem in Turkey? *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(7), 423-428.

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10(1), 51.

Kayhan Tetik, B., Gözükarı Bağ, H., Gültekin, A., Savaş, Z., Sharifi, Z., & Akha Sahil, S. (2018). Sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerinin ve şiddet uygulamayı düşünen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(1), 2-8. doi: 10.15511/tjtfp.18.00102.

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 108.

McPhaul, K., & Lipscomb, J. (2004). Workplace violence in health care: Recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), 1-14.

Nelson, R. (2014). Tackling violence against health-care workers. *The Lancet*, 383(9926), 1373-1374. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60658-9.

Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3), 66-74. doi: 10.15511/tjtfp.17.00366.

Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 01.10.2020)

World Health Organization (WHO). Definition and typology of violence. Violence Prevention Alliance, <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> (Erişim Tarihi: 01.10.2020)

Yazgan Aksoy, D. (2017). Tıp ve güven: Klasik ve alternatif perspektifler. *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Zorlu, Y. (2016). Medyadaki şiddet ve etkileri. *Humanities Sciences*, 11(1), 13-32.

Sağlıkta şiddetin psikolojik boyutları

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uludağ Üniversitesinde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTÜ'de doçent (2000), Medipol Üniversitesinde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kurucu başhekim olarak atandı. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji bölümünde öğretim üyesi ve ayrıca Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisinde çalışmaktadır.

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, "Fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması" durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu genel tanımda iki husus ön plana çıkıyor: Şiddet uygulayıcıları ve şiddet mağdurları. Dikkat edilirse şiddet uygulayıcılarının bir şekilde fiziksel gücü ya da iktidarı elinde bulundurması ve bunu kötü amaçlı kullanması söz konusudur. Şiddet mağdurları ise şiddet sonucu ya bedensel ve/veya ruhsal açıdan zarar görmektedir. DSÖ, en büyük şiddet türü olan savaşı doğası gereği tanım dışında bırakmıştır.

Şiddet tiplerine ve kime uygulandığına göre sınıflanabilir. Şiddet tipleri şu şekilde sınıflanabilir:

1. Fiziksel şiddet
2. Cinsel şiddet
3. Duygusal şiddet
4. Ekonomik şiddet
5. Siber şiddet.

Şiddetin uygulandığı kişi ve nesnelere göre ise şöyle bir sınıflama yapılabilir:

1. Kadına yönelik şiddet
2. Çocuğa yönelik şiddet
3. Yaşlıya yönelik şiddet
4. Akranlar arası şiddet
5. Kardeşler arası şiddet

6. Flört şiddeti
7. Engelliye yönelik şiddet
8. LGBT şiddeti
9. Mülteci şiddeti
10. Hayvanlara yönelik şiddet
11. Eşyalara yönelik şiddet
12. Kişinin kendine yönelik şiddeti

Son günlerde -genelde- şiddet, -özelde- sağlıkta şiddet giderek daha çok dikkat çeken bir konu haline gelmiştir. Bu yazıda daha çok sağlıkçılara uygulanan şiddetin psikolojik sebepleri incelenmeye çalışılacaktır. Sağlıkçılara yönelik şiddet; sağlıkçının fiziksel, cinsel veya psikolojik olarak zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi engellemesini de içeren, toplum önünde ya da özel hayatta meydana gelen her türlü şiddet olarak tanımlanabilir. Sağlıkçılara yönelik şiddet, ülkeler arasında sıklığı ve görünümü değişmekle birlikte hiçbir zaman ortadan kalkmayan bir insan hakları ihlali biçimidir. Sağlıkçılara yönelik şiddet, şiddetin en yaygın türlerinden biridir. Şiddete uğrayan sağlıkçının görevinin herhangi bir döneminde işini yaparken hastalar, hasta yakınları ve diğer kişiler tarafından fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kalma şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Sağlıkçılara en fazla uygulanan şiddet tipi fiziksel şiddettir. Fiziksel güç kullanarak karşındakini hırpalamak, tartaklamak ve yaralamakla başlayan fiziksel şiddet, ölümle sonuçlanan

olaylara neden olabilir. Fiziksel şiddet bazen bir tokatla başlar ve çeşitli aletlerin kullanıldığı davranışlara kadar uzanır. Fiziksel şiddet tanımını istismar mağdurun sağlığını olumsuz etkileyen ve vücutta iz bırakan lezyonların ve yaralanmaların bulunması şeklinde yapılabilir. Fiziksel şiddet uygulama şekline göre ise iki başlık altında incelenmektedir: Aletsiz ve aletli saldırılar. Aletsiz saldırıda şiddetin bir alet kullanılmaksızın uygulandığı durumlardır. Tokat, yumruk, itip-kakma, tekme, sarsma ve çimdikleme gibi olaylar bu kapsamdadır. Aletli saldırılar ise şiddetin bir alet kullanılarak uygulandığı ve vücutta çeşitli lezyonların oluşturulduğu durumlardır. Kullanılan araçlar genellikle kemer, kayış, herhangi bir eşya (telefon, masa, sandalye vs.), hortum, sigara, ütü, sıcak su, sıcak yiyecekler, ateşli ve delici silahlardır. Fiziksel şiddetin vücut üzerindeki temel bulguları sıyrıklar, ekimozlar, yanıklar ve kırıklardır. Yaralanmalar en fazla yüzde, kollarda, göğüste, sırtta, baldırlarda ve genital bölgelerde görülmektedir. Klinikte fiziksel şiddet olguları en sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkmaktadır. Genellikle gözlenen travma şekli mekaniktir. En sık görülen iki lezyon ekimoz ve sıyrıklardır. Ekimozlar kişiye uygulanan travmayı en iyi gösteren bulgu olması ve yeri, şekli ve rengi ile olay hakkında bilgi edinebilmemizi sağlaması açısından çok önemlidir. Ekimozun şekline bakılarak kullanılan aletin cinsi de söylenebilir.





Gözden en fazla kaçan şiddet tipi duygusal olandır. Duygusal şiddetin temelinde insanın yaşadığı psikolojik sorunlar bulunmaktadır. Duygusal şiddet iki özelliği ile diğer tip şiddetlerden ayrılmaktadır. Bunlar fiziksel ve cinsel şiddette olduğu gibi somut fiziksel bulguların bulunmayışı ve tek başına bulunabileceği gibi çoğu olguda diğer şiddet tipleriyle birlikte bulunuşudur. Cinsel ya da fiziksel saldırıya maruz kalan kişi, aynı zamanda duygusal şiddete de maruz kalmaktadır. Sözel şiddet duygusal şiddet olgularında çok sık gözlenen bir olaydır. Sözel şiddet söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve cezalandırma aracı olarak kullanılmasıdır. Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini kişinin değer verdiği konulara yönelik güveni sarsmak ve belli aralıklarla çok ağır hakaret etmek ve sözler söylemektir.

Duygusal şiddete neden olan başlıca davranışların başında reddetme gelmektedir. Bireyin (mağdur ya da gaddar, sağlıkçı ya da saldırgan) ihtiyaçlarının karşılanmaması, kişinin ayrı bir birey olarak kabul edilmemesi, yokmuş gibi davranılması, karşısındakinin olumlu yönlerini ortaya çıkarmak ve motive etmek için herhangi bir şey yapılmaması, yardım taleplerinin reddedilmesi, karşısındakine hiçbir işe yaramıyor duygusu verilmesi, her hatadan onun sorumlu tutulması bir tür günah keçisi rolüne sokulması, fiziksel temasından kaçınılması ve ona dokunarak yakınlığın belli edilmemesi duygusal şiddetin ortaya çıkmasında önemlidir. Ayrıca bireyi tek başına bırakmak, toplumsal ilişkilerden ve kendinden uzak

tutmak, toplumsal ilişkilere girmeyi sağlayacak fırsatlar sağlamamak veya kasıtlı olarak bu tip fırsatları engellemek, kişiyi yalnız olduğuna inandırmak da duygusal şiddetin sebepleri arasında sıralanır. Yıldırma ya da kişiyi sözel veya fiziksel saldırı ile korkutmak, tehdit etmek, gözdağı vererek korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olmak, duygusal tepki vermeyi reddetmek, aşağılamak, küçük düşürmek, onurunu zedelemek, yetersizlik duygusu uyandıracak takma isimlerle çağırmak ve yapamayacağı şeyleri başarması için baskı kurmak da duygusal şiddete neden olabilir.

Sağlıkta şiddetle yakın ilişkisi olan ekonomik şiddet, hem sağlıkçılar hem vatandaşlar için önemlidir. Sağlıkçı açısından konuya bakarsak sağlıkçının emeği dışında ekonomik açıdan özgürlüğünü sağlayacağı bir aracının olmaması ciddi bir baskı oluşturabilir. Şiddet ihtimali olan bir yerden ekonomik gerekçelerle ayrılmamak, sıkışmışlık duygusuna yol açabilir. Ekonomik kaynakların ve paranın bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılması sağlıkçının gerginliğini artırmaktadır. Saldırgan açısından ekonomik yetersizlik konfor içinde sağlık hizmeti almayı imkânsız hale getirerek yoğun bir baskının oluşmasına yol açabilir. Kişisel gözlemlerime göre, sağlıkçılara ve vatandaşlara en çok şiddetin uygulandığı yerler kamuya ait sağlık kuruluşlarıdır. Özel sağlık kuruluşlarında şiddetin çok daha az gözlenmesi ekonomik nedenlerin doğrudan şiddete yol açması ile bağdaştırılabilir. Kamu sağlıkçıları idari, politik ve ekonomik güçlüklerin getirdiği baskılanma sonu-

cu, emek/gelir dengesinde bir adaletsizliğe uğradığını hissetmektedir. Bu his hevesiz bir şekilde işini yapmasına ve hasta ve yakınlarına ilgisiz ve bazen aşağılayıcı bir şekilde davranmasına yol açmaktadır. Nöbet yükü, gelir azlığı, amirlerin baskıcı tutumu, tayin ve sürgün korkusu, liyakatin göz ardı edilmesi, her türden kayırmacılık, eğitim ve araştırmanın ödüllendirilmemesi kamu sağlıkçılarına deyim yerindeyse "Bu şartlarda ancak bu kadar ilgi gösterilir." dedirtmektedir. Hal böyle olunca sağlıkçının hizmet verdiği kişilerde ciddi bir tatminsizlik duygusu, ihmal hissi, aşağılanma ve öfke duyguları belirmektedir. Ayrıca vatandaşın parasızlık nedeniyle kamu kurumlarından sağlık hizmeti almaya mecbur kalması ya da özel kuruluşlara gidememesi de ciddi bir baskı oluşturmaktadır. Sağlıkçıların olumsuz tutumu ile vatandaşın çaresizliği birleşince ateşle barutun bir araya gelmesi gibi kaçınılmaz patlama reaksiyonları ortaya çıkmaktadır. Politik söylemlerle vatandaşın kışkırtılması, şiddete karşı hukuk sistemimizin toleransının çok geniş olması da işin içine girince patlama dediğimiz hadise büyük bir infilaka sebep olmaktadır.

Sağlıkta siber şiddet 21. yüzyılın teknoloji çağı olması nedeni ile günlük hayatta sıkça karşılaştığımız bir vakia haline gelmiştir. Bireyler, cep telefonu, kişisel bilgisayarlar, dijital kameralar sayesinde artık çevrelerinde bilişim teknolojilerini daha fazla kullanmakta ve bilgiye daha rahat ulaşmaktadırlar. SMS, e-mail, yazılı haberleşme, sohbet odaları, internette oluşturulan bloglar, fotoğraf ve video paylaşım siteleri elektronik haberleşme araçları da çok

fazla kullanılmaktadır. Sağlıkçılara yönelik siber şiddet eylemleri iki temel bilişim teknolojisi aracıyla yapılmaktadır. Bunlardan ilki kişisel bilgisayar yoluyla saldırganın tekrarlı olarak mesaj atması, müstehcen taciz mesajı göndermesi, iftira içeren mesaj yazması ya da internet sitesi hazırlayarak yayın yapması şeklindedir. İkincisi ise sağlıkçıyı rahatsız edici mesajların cep telefonu yoluyla iletilmesidir. Siber şiddet eylemi ciddi boyutlarda olabilecek, psikolojik, duygusal ve sosyal zararlar yaratmaktadır.

Konuyla ilgili istatistikler net değildir. 2013 yılında yapılan bir çalışmada, 1.300 sağlık çalışanından 1.065'i (% 81,9) iş yerinde şiddetle karşılaşma endişesi yaşadıklarını belirtmiştir. 1.300 sağlık çalışanının 1.128'i (% 86,8), meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türünü tecrübe etmişlerdir. 1.128 çalışandan 921'i (% 81,4) son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüyle karşılaşmışlardır. Sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet türünün yüksek olduğu, şiddetin en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve bunu hastaların izlediği bulunmuştur. Kadınların sözel, erkeklerin ise fiziksel şiddete uğramada daha riskli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktor ve hemşirelerin, şiddete maruz kalmada daha riskli gruplar olduğu görülmüştür. Şiddet olayının Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde meydana gelme riski, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur.

Şiddete maruz kalmak ruhsal bir travma etkisi gösterir. Şiddete maruz kalan sağlıkçılarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, kronik ağrı, uyku bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, alkol/madde kullanım bozukluğu ve çeşitli bedensel hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal sistem problemleri, travmatik beyin yaralanması) ortaya çıkma riski artabilir.

Şiddetin altında yatan neden açıklanırken günümüzde en yaygın kullanılan model; "ekolojik model"dir. Bu model, şiddete neden olan kişisel, duruma ilişkin ve sosyokültürel etkenlerin açıklamasını temel almaktadır. Bu modele göre sağlıkçılara karşı uygulanan şiddet sosyal çevrenin farklı düzeylerindeki etkenlerin birbiriyle etkileşimlerinden kaynaklanır. Bu model merkezleri

aynı olan dört daire ile gösterilebilir. En içteki daire herkesin ilişkilerdeki davranışlarına taşıdığı biyolojik ve kişisel geçmişini temsil etmektedir. İkinci daire, çoğunlukla aile ya da diğer tanıdıkları içine alan, şiddetin gerçekleştiği ortamı göstermektedir. Üçüncü daire ise yaşanan çevre, iş yeri, sosyal ağlar ve arkadaş grupları gibi iletişim örüntülerini içeren hem formel hem de formel olmayan kurum ve sosyal yapıları temsil etmektedir. Dördüncü ve en dıştaki daire kültürel normların da dâhil olduğu ekonomik ve sosyal çevreyi göstermektedir.

Bir diğer model biyopsikososyal model olarak adlandırılabilir. Bu modele göre çeşitli biyolojik etkenler (mental retardasyon, beyin serotonin metabolizmasındaki düzensizlikler, dürtü kontrol sorunları, epilepsi, çeşitli ruhsal hastalıklar), psikolojik faktörler (çeşitli kişilik özellikleri, şiddeti bir çözüm yolu olarak öğrenme ve kabul etme, şiddet görme öyküsü, duygu ve düşünceleri ifade etmek için yeterli düzeyde lisan becerisinden yoksun olma) ve sosyal etkenler (ekonomik yetersizlik, siyasi sorunlar, yasal yetersizlikler, şiddete meyyal bir sosyal grubun mensubu olma, özenmek, kıskanmak ve galeyna getirilmek) şiddetle ilişkili olabilir.

Şiddete maruz kalan bazı sağlıkçılar utanma, damgalanma kaygısı, kendini suçlama, şiddeti sıradan bir durum gibi görme, ekonomik kaygılar, idari baskılar ve korkma gibi sebepler nedeniyle şiddeti gizleme eğiliminde olabilmektedir. Ayrıca şiddeti ihbar etse bile saldırganı ciddi bir müeyyide ve ceza uygulanmaması da sağlıkçıların konunun takipçisi olmalarını zorlaştırmaktadır. Sağlıkçının can güvenliğine ilişkin riskli durumlarda sağlıkçı ile birlikte uygun bir güvenlik planı oluşturulmalıdır. Şiddet ile bağlantılı tıbbi sorunlar için gerekli konsültasyonlar sağlanmalıdır. Adli rapor ve kayıt tutulması çok önemlidir. Bu süreçte sağlıkçılarda artan iş yükü ile ilişkili tükenmişlik belirtilerine de dikkat edilmelidir. Empatik tutum, sorunları açıklığa kavuşturma ve farkındalığın artırılması, rehberlik, cesaretlendirme ve devletin şiddete sıfır tolerans politikasını benimsemesi şiddeti ve mağdurları azaltmada faydalı olacaktır. COVID-19 pandemisinin sağlıkçılara yönelik her tür şiddeti görülebilir kıldığı yönünde bulgular olması şiddetle mücadelede fırsatlar doğurabilir.

Özetle, şiddet çok yönlü ve çok aktörlü eylemler dizisi olarak dikkat çekmektedir. Her geçen gün artan şiddet davranışları ve dozu bu konuda acil önlemler alınmasını zorunlu kılmaktadır. Şiddeti yaşayan kişiye yardım etmek sağlık, hukuk ve psikolojik destek sağlamanın yanı sıra topluma yönelik olarak şiddetin önlenmesi ve yaşanmaması konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapmak önemlidir. Yapılacak çalışmaların ilgili meslek gruplarını kapsayan multidisipliner boyutta olması ve sadece devletin değil aynı zamanda sivil toplum kuruluşlarının ve bireylerin de konuya katkı sunması gerekmektedir. Şiddete hiçbir gerekçe üretilmez, her türlü şiddet anında ve en ağır karşılıkla cezalandırılmalıdır. Ancak biz bilim adamlarının hem sağlıkçıların hem vatandaşların neden şiddeti bir araç olarak gördüğünü iyi analiz etmesi gerekmektedir. Kamudaki sağlıkçıların bu yazıda bahsettiğimiz sebeplerle yaşadığı tatminsizlik duygusunu gidermek ve hasta psikolojisini öğretmek şiddetin kaynaklarından birini kurutabilir. Şiddetin diğer kaynağını kurutmak ise vatandaşın özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alabilecek düzeye getirilmesi ve gerekli eğitimleri verip vatandaşlık bilincinin yükseltilmesi ile mümkün olacaktır.

Kaynaklar

Bernett, W. (2005) *Child Maltreatment*. In Kaplan&Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Ed. (Eds BJ Sadock, VA Sadock): 3415-3417. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins. 32 MÜHF - HAD, C.22, S.1

http://dspace.marmara.edu.tr/bitstream/handle/11424/5852/_iddet%5b%23290653%5d-274326.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Erişim Tarihi: 05.10.2020)

<http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf> (Erişim Tarihi: 05.10.2020)

Laaksonen E, Martikainen P, Lallukka T, Lahelma E, Ferrie J, Rahkonen O, vd. *Economic Difficulties and Common Mental Disorders Among Finnish and British White-Collar Employees: The Contribution of Social and Behavioural Factors*. *J Epidemiol Community Health*. Haziran 2009;63:439-46.

Neugebauer, R. (2000) *Research on Intergenerational Transmission of Violence: The Next Generation*. *Lancet* 2000; 335:1116-1117.

Ramachandran, A., 2009, "Tragic Alleem puts spotlight on bullying problem", <http://www.smh.com.au/national/tragic-alleem-puts-spotlight-on-bullying-problem-20090407-9xnx.html> 25 Sydney Morning Herald, 2011, "Cyber bullying alert", <http://www.smh.com.au/executive-style/management/blogs/management-line/cyber-bullying-alert-20110409-1d8d4.html> 34 MÜHF - HAD, C.22, S.1. (Erişim Tarihi: 05.10.2020)

Şiddet sarmalında aynaya bakma zamanı

Dr. Bayram Demir



1993'te Sağlık Bakanlığında göreve başladı. Farklı tarihlerde Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü, Ankara İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, Dünya Sağlık Örgütünde Bakanlık görevlisi olarak teknik uzman sıfatıyla çalıştı ve Performans ve Kalite Geliştirme Dairesi (Müstakil Daire Başkanlığı) Başkan Yardımcılığı, Daire Başkanlığı, Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Danışmanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü danışmanlık görevlerinde bulundu. Halen Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi-UHGSfam Genel Sekreteri'dir.

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite ve sağlık finansmanı konularında daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerini yürüttü. 2016 yılında SGK'ya geçiş yaptı ve halen SGK'da hekim olarak görev yapmaktadır. Ayrıca UHGSfam Yönetim Kurulu Üyesi'dir.

A nadolu'nun kıyı şehirlerinden birinde yaşayan Abdullah Bey, öğle vakti mesai arasında işinden evine dönünce en küçük oğlunu sokak kedilerinden birinin ısırıldığını öğrendiği gibi soluğu devlet hastanesinde aldı. Hastanede "kuduz birimi" ve aynı zamanda "İntaniye polikliniği" olarak hizmet veren alana yönlendirildiler. Yaşananları Abdullah Bey şöyle anlatacak: *"Hastanede intaniye polikliniğine gittik, poliklinik ama ismi dahi olmayan bir oda önüne göndermişler. Sıraya girdik, içerideki hemşire mesai saati olmasına rağmen bizi bekletip telefonla uğraşmaya devam ediyordu. Bu durum vatandaş olarak beni rahatsız etti, ben de uyarmak zorunda kaldım. Hemşire bana kızarak 'maaşımı sen mi veriyorsun' diyerek tepki gösterdi. Ben de tartışmak zorunda kaldım. Hastane yönetimine şikâyetle sonuçlanan bir tartışma yaşandı."* Hiç kuşkusuz bu olayın üç boyutu vardır: Birincisi hasta ve yakını, ikincisi sağlık çalışanı, üçüncüsü ise hastane yönetim boyutudur. Bu şikâyet elbette yapılan soruşturma neticesinde karara bağlanmıştır.

Şiddet ve tartışmayla sonuçlanan bir başka hastane ziyareti yaşandı. Tartışmanın tarafı olan vatandaş Elif Hanım,

bulunduğu yerin devlet hastanesinin semt polikliniğinde gebelere hizmet veren birimin sağlık personeli ve semt polikliniği yöneticilerinden şikâyetçi olduğunu çünkü gebelik süresince her ay gittiği semt polikliniğinde son 3 ayda kendisine yönelik bakışların değiştiğini fark ettiğini söyleyecekti. NST (nonstress testi) için gittiğinde "Yine mi sen?" bakışlarına maruz kaldığını ve kendini çok kötü hissettiğini bu nedenle de ağız dalaşına girmek zorunda kaldığını ifade edecekti. Kendi başına bakış/bakma eyleminin rolü küçümsenmemelidir. Hayatının bir döneminde karşısındaki (anne, baba, abi, abla veya bir başka büyüğünün) bakışlarıyla davranışlarının yönünü veya biçimini değiştirmeyen yok gibidir. Nitekim, Sanders (1999), gözün saldırgan bir organ olarak işlev gördüğünü belirtmektedir (1). Abdullah Bey ve Elif Hanım birer örnek, Türkiye'de her gün onlarca bu ve buna benzer olayların yaşandığını söylemek olası.

Gerek sağlık personelinin ve gerek vatandaşların karşılaştığı olaylar elbette bununla sınırlı değil. Ayrıca, her sosyal olayın birden fazla boyutu bulunmaktadır, sadece bir boyutuna odaklanmak, olayı sosyokültürel ve çevresel bağlamından kopuk değerlendirmek yeterli

olmayacak ve olayın eksik değerlendirilmesi sonucunu verecektir. Bunun yanında sağlıkta şiddet olgusunun da münferit olaylar üzerinden analizinin her zaman doğru sonuç vermeyebileceğini belirtmek gerekir. Bu çerçevede, sağlıkta şiddet olgusunda bir boyutun fazlaca ihmal edildiği duygusunun ortaya çıktığı muhakkak. Sağlıkta şiddet olgusunun mağduru sağlık personellerinin konuya ilişkin bakışı ve çözüm yolları hakkında çok fazla çalışma yapılmış olmasına karşın şiddet olgusunun diğer tarafı olan hasta ve hasta yakınları hakkında çalışma sayısı yeterli değil. Kaldı ki Uludağ ve Zengin'in çalışmasında da konuyla ilgili literatürde sağlıkta şiddet olayının sadece hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan nedenleri üzerinde durulduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanları ve sağlık sisteminden kaynaklanan yönlerinin ihmal edildiği vurgulanmıştır.

Genel olarak fiziksel, sözel ve psikolojik olmak üzere üç şiddet türünün mevcut olduğu bilinmektedir. Sağlık alanında bu şiddet türlerinin tümünün yaşandığını söylemek mümkündür. Bu yazının amacı, sağlık kurumlarında hasta ve yakınlarının karıştığı şiddet olaylarının meşru bir zemine sahip olduğu iddiasını dile getirmek değildir. Yazıda,



şiddet olgusunun tek taraflı olarak ele alınmasının doğru sonuçlara ulaşmayı engelleyeceği ve dolayısıyla olayların değerlendirilmesinde hasta ve yakınları bakış açısının ihmal edilmemesi gerektiği irdelenmeye çalışılmıştır. Şiddet, bireysel bir sorun olmayıp psikolojik, sosyal, çevresel ve gerekse de biyolojik açıdan değerlendirilmesi gereken önemli bir sorun alanıdır. Söz konusu olgunun bir tek boyutu yoktur ve bir tek neden veya odağa indirgenmesiyle de sağlıklı ve etkili sonuçlar alınamamaktadır. Bu nedenle konu ile ilgili bilimsel tartışma başlatmak ve çözüm önerilerinin gündeme getirilmesi amaçlanmaktadır.

Hasta ve Yakınları Neden Şiddet Olayına Dahil Oluyor?

Hasta veya yakınlarına dair konu ile ilgili olarak birçok söz söylenebilir. Esasen dikkatten kaçan şey çoğunlukla şudur: Hastanın kendisi veya yakınının dertlerine çözüm bulmak için hizmet almaya geldiği kurumda hoş olmayan olaylara müdahilliğini başlatan şeylerin ne(ler) olduğudur. Literatürde sağlıkta şiddetin nedenlerine göz attığımızda genel olarak belli başlı hususlar dile getirilmektedir. Bunlar: Hasta ve yakınlarının öncelikle kendileriyle ilgilenilmesini istemeleri, eğitimsizlik ve bilgisizlik, hasta ve yakınlarının beklenti düzeyle-

rinin yüksek olması, hastaların kendilerine adil davranılmadığını düşünmeleri, usule aykırı talepler, şiddet uygulayanın alkol veya ilaç kullanması, eğitim düzeyinin düşüklüğü, sağlık kuruluşunun kurallarına uymada sorunlar yaşanması, mental rahatsızlık sahibi olunması gibi nedenler sıralanmaktadır. Belirtilen diğer farklı sebepler de temel olarak hasta veya yakınlarının kusurlu olduğu ön kabulüne sahiptir.

Oysa ki Seyitoğlu ve Güneş tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %40,1'i hastane çalışanlarını umursamaz ve %22,2'si de kibirli bulmaktadır (2). Dağ ve Baysal'ın çalışmasında ise hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarından psikolojik şiddet kapsamında beden diliyle kötü muameleye, tehditvari hareketlere ve aşağılayıcı davranışa maruz kaldıkları görülmüştür. Hasta yakınlarının sağlık hizmeti alırken belirsizlikten ve fiziki imkânların yetersizliği nedeniyle çok yorulduğu ve bu durumun da tahammül sınırlarını çok aşağıya çektiğini belirtmiştir. İletişim, bilgilendirme eksikliği ve ilgili hekime ulaşmada sorunlar yaşanması da istenmeyen olayların yaşanmasına zemin hazırladığı ifade edilmektedir (3). Ekici ve Altıok tarafından yapılan çalışmada da şiddetin ortaya çıkmasında %30 oranında iletişim eksikliği en önemli neden olarak ortaya çıkmış-

Genel olarak fiziksel, sözel ve psikolojik olmak üzere üç şiddet türünün mevcut olduğu bilinmektedir. Sağlık alanında bu şiddet türlerinin tümünün yaşandığını söylemek mümkündür.

Bu yazının amacı, sağlık kurumlarında hasta ve yakınlarının karıştığı şiddet olaylarının meşru bir zemine sahip olduğu iddiasını dile getirmek değildir.

Yazıda, şiddet olgusunun tek taraflı olarak ele alınmasının doğru sonuçlara ulaşmayı engelleyeceği ve dolayısıyla olayların değerlendirilmesinde hasta ve yakınları bakış açısının ihmal edilmemesi gerektiği irdelenmeye çalışılmıştır.



Kaynakları harekete geçirme ve uygulama kapasitesi açısından önemli bir güce sahip olan devlet kurumları, sağlıkta şiddet olgusunun öznesi olmaktan çıkabilmek için kuralları önceden belirlenmiş politikaları hayata geçirmeye başlamalıdır. Bu itibarla, çalışanlarına eğitim ve benzeri uygulamaları içeren programları geliştirecek bilgi birikimine sahip olduğunu düşündüğümüz ülkemiz hasta bakış açısını da dikkate alan adımları artırmalıdır.

tir. Aynı çalışmada %13 ile personelin hastayla ilgilenmemesi de bir başka şiddet nedeni olarak ortaya konmuştur (4). Sağlık personelinin hastalara karşı kaba ve hoşgörüsüz tutumlarının bir başka neden olduğunu vurgulayan Turkan bu durumun özel merkezlerde daha az olduğunu ifade etmiştir (5). Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar şiddet olaylarının neredeyse tamamına yakınının (%99) kamuya ait kurumlarda yaşandığını özel sağlık kurumlarında ise %1 dolayında gerçekleştiğini göstermektedir.

Her olayın sosyokültürel ve dolayısıyla toplumsal bağlamına oturtulması gerektiği dikkate alındığında kamu kurumlarında sistem işleyiş örüntülerinin kendisinin yaşanan olaylarda bir şekilde şiddet üretimine yol açtığı da ifade edilebilir. Bu çerçevede, sistem ve sağlık personelinin kaynaklı şiddet olaylarının ortaya çıkmasında etkili bazı faktörlere yer verilecek olursa:

- Çalışanların hasta ve yakınlarıyla rahatsız edici iletişimi
- Çalışanların iletişimde çatışmayı tırmandırıcı tutumları
- Hasta yakınına hastasıyla yakın ve ciddi bir şekilde ilgilenildiğine dair güven duygusunun verilmeyişi
- Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının bu yurgan iletişim tarzına sahip olması
- Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine saygı göstermemesi
- Özellikle acil servislerde çalışan doktorların çok sayıda hastanın tedavisiyle ilgilenmesi nedeniyle psikolojilerinin bozulması ve hastalara yaklaşımının değişmesi
- Hastanelerde bekleme süreleri bo-

yunca hasta ve yakınları için asgari konfor imkânlarının sağlanmaması

- Hastanelerdeki aydınlatmaların yetersiz olması,
- Hastane fiziki şartlarının (yetersiz havalandırma, kötü koku ve yetersiz temizlik) çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının stres düzeyini yükseltmesi
- Sağlık çalışanlarının çalışma ortamına ilişkin mimari yapının uygun olmayışı nedeniyle hasta ve sağlık çalışanının gerilimli bir etkileşime girmesi
- Sağlık kurumu yönetiminin sistemin rehabilitasyonuna yönelik bilgi eksikliği ve profesyonel bir bakış açısı ile olaylara yaklaş(a)maması
- Yönetimlerin merkezi hükümetten bağımsız lokal çözüm yaklaşımları geliştirememesi

Sağlıkta şiddet gerek ülkemizin ve gerek diğer ülkelerin önemli bir sorunu olarak orta yerde durmaktadır. Hasta güvenliğinde, kalite çalışmalarında ve tedavilerde bile hasta katılımının öne çıkartıldığı süreçlerin yaşandığı günümüzde şiddet olaylarının çözümünde hasta bakış açısından yararlanılmamasının bir eksiklik olduğu düşünülmektedir. Bölgesel, kültürel farklılıkların dikkate alındığı bir şiddet topografisi çıkarılmadan kestirmeden ezbere çözümler sorunu ötelemekten başka bir çözüm getirmeyecektir. Günümüzde sağlıkta şiddet sorunu için dile getirilen çözümlerin başında mevcut cezaların artırılması gelmektedir. Evet, cezalar kısmen caydırıcı olmaktadır. Ancak Türk Ceza Kanunu ve diğer kanunlarda öngörülen ceza limitlerinin mevcut suçların işlenmesini engelleyemediği de görülmektedir. Trafik cezaları mütemadiyen yürütülen bir uygulama ol-

masına karşın bilerek veya bilmeyerek birçoğumuz bu cezalara katlanmak durumunda kalmaktayız.

Ceza öngören uygulamalar devam etmeli ancak bununla yetinmemek gerekir. Hasta ve yakınlarının şiddet olaylarına müdahilliğini en aza indirgeyecek programların hayata geçirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için konuyla ilgili sağlık çalışanları (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı), psikologlar, sosyal psikologlar ve sosyologlardan yararlanılarak “sağlıkta şiddeti önlemede ülke politikası” geliştirilmelidir. Sağlık politikası alanında uzman kişilerden de destek alınması ayrı bir öneme sahiptir.

Sonuç ve Öneriler

Tarihin başlangıcından bu yana var olan şiddet ve çatışma olgusunun mutlak manada çözümü mümkün değildir. Şiddet ve çatışmayı azaltma ve onunla yaşanabilir düzeyde tutmak optimum kabul edilebilecek bir yaklaşımdır. Zira çatışma sosyal etkileşimin doğasında yer almaktadır. Hastane kozmolojisinin ortaya çıktığı 1800’lü yıllarda sağlık çalışanlarının ve özellikle hekimlerin otoriter bir eğilime sahip oldukları belirtilmektedir. Sebebinin ise ücretlerinin kamu otoritesince veriliyor olması gösterilmektedir. Ancak kayıtlarda yer almamakla birlikte hastanelerde şiddetin bu tarihlerde başladığını varsaymak yanlış olmayacaktır. İnsanların devletle ve siyasal alanla ilişkilerinin değişmeye başladığı bu dönemde sistematik olmasa bile bu türden olayların yaşandığı belirtilebilir.

Bu yazı sağlık personelinin şiddet olgusu nedeniyle yaşadığı sağlık sorunları, psikolojik sorunlar, tükenmişlik, hasta mobbingi gibi hususlar dikkate alınmadan kaleme alınmış değildir. Hepimiz birer sağlık çalışanıyız ama aynı zamanda bir gün hasta veya hasta yakını olarak da sağlık kurumlarından hizmet almaya gidebiliriz. Yaşanan şiddet tüneline herhangi birimizin veya yakınlarımızın girmeyeceğine dair garantisi bulunmamaktadır. Her an hepimiz bu olgunun taraflarından biri olabiliriz. Bu nedenle, deneyimlemek istemediğimiz bu süreci, mağdurun sadece ve her zaman sağlık personeli olduğu ön kabulünü sorgulamak amaçlanmıştır. Bu amaç sağlık hizmetini iyileştirmektir. Dahası, modern devlet yapısının da kurumların sürekli iyileşmesinden

kasıt daha iyi hizmet sunma olduğu düşünülse şiddeti birlikte yaşanılabilir düzeyde tutmak bu amaca matuf olarak görülmelidir.

Günümüz modern toplumlarında insan ve devlet ilişkisinin çok daha karmaşık ve de karşılıklı beklentiler üzerine olduğu, anayasal sözleşmelerle de desteklendiği düşünülse hizmet sunumundaki rollerin üzerinden yeniden geçmek gerekir. 2003 yılından itibaren uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı hastane ve sağlık tesislerine çok önemli değişiklikler ve yenilikler getirmiştir. Ancak bu değişimlerin de mevcut şiddet problemini çözemediği dolayısıyla konuya münhasıran başkaca program geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Şiddet olgusunda sadece hasta ve yakınlarının kusurlarının akademik ve diğer yüzleriyle ortaya konması mevcut sorunu tam olarak çözmeye yetmemektedir. Diğer alanlarda olduğu gibi hasta katılımı prensibini uygulamaya almak gerekmektedir.

Antik Yunan’daki küçük şehir devletlerinden kurulu bir kompozisyonda olunsa kuşkusuz sorunları çözmek daha kısa sürerdi. Ancak milyonlarca yetişkinin yaşadığı ve ortalama her vatandaşın 6-8 kez hastanelere başvurduğu göz önüne alındığında sorunun acil olduğu görülmektedir. Ülkemizde konu ile ilgili bir politika metni oluşturulmalı ve bir analojiye başvuracak olursak; bağışıklama ile ilgili nasıl bir program yürütülüyorsa sağlıkta şiddet olgusu hakkında da benzer sistematikleri içeren program yürütülmelidir.

Sağlık Bakanlığının Beyaz Kod istatistiklerinde, özel sektördeki şiddet olaylarının sayısal olarak daha az olduğu bilinmektedir. Kurum türüne göre, hasta sayısına göre şiddet olaylarının oransal durumu da dikkate alınarak özel sektörün pozisyonu üzerinde durulması ve tartışılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık çalışanı üzerindeki hasta yükünün fazlalığı ve buna bağlı tükenmişliğin yol açtığı iletişim kazaları da yine bu bağlamda ele alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak toplanan şiddet verileri bütüncül bir bakış açısı ile irdelenmeli ve derinlemesine analizi yapılarak ve mümkünse ilgili taraflarla mülakat yapılmak suretiyle zenginleştirilmelidir. Analiz yönetim, hasta ve yakını ile sağlık çalışanı olmak üzere üçlü sacayağı bağlamında ele alınmalıdır.

Özel sağlık kurumlarında şiddet olgusunun az yaşanması bir vakia, dolayısıyla bu açıdan özel sağlık kurumları incelenmelidir. Sigorta paketi dışında ödemeler yaptıkları halde hasta ve yakınlarının daha talepkâr olması ve yerine getirilmeyen her talepleri için sorun çıkartmaları beklenir. Anlatılar ve şahit olunan durumlar böyle olmadığını göstermektedir. Kamu hastanelerinde usulsüz olan işlem kanaatimizce özel sağlık kurumları için de geçerlidir. Dolayısıyla, hasta ve yakınlarının usule uygun olmayan taleplerinin şiddete yol açtığı hususunun bu çerçevede çoğunlukla bir mazeret olduğu da ifade edilebilir.

Kaynakları harekete geçirme ve uygulama kapasitesi açısından önemli bir güce sahip olan devlet kurumları, sağlıkta şiddet olgusunun öznesi olmaktan çıkabilmek için kuralları önceden belirlenmiş politikaları hayata geçirmeye başlamalıdır. Bu itibarla, çalışanlarına eğitim ve benzeri uygulamaları içeren programları geliştirecek bilgi birikimine sahip olduğunu düşündüğümüz ülkemiz hasta bakış açısını da dikkate alan adımları artırmalıdır. Bu adımlar halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasını içereceği gibi sağlık personelinin de hizmette tükenmişliğini artıran şiddet olgusuyla baş etme eğitimlerini de içermelidir.

Kaynaklar

- 1) Uludağ, Y., Zengin, P., (2016). Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16 (3), 71-86
- 2) Seyitoğlu, D.Ç., Güneş, G., (2019). *Bir Üniversite Hastanesine Başvuranların Sağlık Çalışanlarına Şiddet Konusunda Düşünceleri*, 3. International 21. National Public Health Congress
- 3) Dağ, E., Baysal, H. (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması-Burdur İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4 (11), 95-118
- 4) Ekici, S., Altınok, H., (2015) Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Olayları Üzerine Bursa İlinde Bir İnceleme, *Journal of Security Studies*
- 5) Turkan, S. (2013). Sağlık Çalışanlarına Şiddet Üzerine Analiz, *Androloji Bülteni*
- 6) Özkan, Y., Bayraktar, T., (2018). *Doktorlara Uygulanan Şiddetin Sağlık Kurumu Türü Açısından Değerlendirilmesi*, (Ed.) Erdoğan, E. Sakarya Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Seçme Yazılar- II Sakarya Üniversitesi

Sağlık iletişiminde sosyal hizmet uzmanının rolü

Dr. Salih Kenan Şahin



Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uzmanlık eğitimi Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında, belediyede, siyasette yöneticilik yaptı. GSS kuruluş sürecinde SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürü olarak görev aldı. 2009-2019 iki dönem Pendik Belediye Başkanı seçildi. Bir süre İstanbul Medipol Üniversitesinde Öğretim Üyesi olan Şahin, halen Sağlık Bakanlığı, Uluslararası Sağlık Hizmetleri AŞ'de Yönetim Kurulu Başkanı'dır.

Züleyha Balcı



Düzce'de doğdu. Anadolu Üniversitesi'nde işletme lisans eğitimi tamamladı. 15 yıl boyunca özel sağlık kurumlarında işletme müdürlüğü, kurumsal iletişim ve pazarlama yöneticiliği gibi çeşitli görevlerde bulundu. Halen Sağlık Bakanlığına bağlı Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketinde (USHAŞ) Kurumsal İletişim ve Pazarlama Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Ülkemizde sosyal hizmet mesleğinin psikososyal işlevselliğinden sağlık iletişimi alanında yeterince faydalanılmıyor. Oysa ki sosyal hizmet uzmanı ya da diğer adıyla sosyal çalışanların savunuculuk, arabuluculuk gibi mesleki yetenekleri, sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarıyla iletişimde önemli ölçüde kolaylaştırıcıdır. Sağlıkta şikâyetlerin temel sebeplerinden biri olan iletişim problemlerini önlemede sosyal hizmet mesleğini icra edenlerin rolü büyüktür ve şiddeti yok etme çabalarına katkı için bu meslekten azami fayda sağlanması adına gereken adımlar atılmalıdır. "İletişim en genel ve yalın tanımıyla, duygu, düşünce, bilgi, haber ve becerilerin paylaşılması, başka bir deyişle bireyler arasında duyguda, düşüncede, tutumda ortak bir payda yaratılması sürecidir. İletişim insanların sosyal dünyayı anlamalarını ve etkilemelerini sağlayan sembolik bir faaliyettir. İletişim, sosyal bir varlık olan insanın kendini ifade etmesi için zorunludur. İnsan çevresi ile iletişim kurarak yaşar. Onun her davranışı; konuşması, susması, duruşu ve oturma biçimi kendini ifade etmesi yani çevresine mesaj iletmesidir. İletişim kurmaktaki asıl amaç, anlaşılabilir mesajlar göndermek ve karşı tarafın tutum ve davranışlarında değişiklik yapmaktır" (1).

Hem hasta hem yakınları açısından riskli duruma ilişkin kriz yönetimini gerçekleştirebilecek eğitime sahip olan sosyal hizmet uzmanlarının, gelişmiş ülkelerin hasta yönetiminde, özellikle de kritik vakaların desteklenmesinde önemli rol sahibi olduklarını görürüz. Mesleki eğitim ve deneyimleri yanında, krizleri ayaküstü değil, yeterince zaman ayırarak yönetmeleri, iletişim kazalarını en aza indirmede oldukça etkilidir. Hekimler, psikolojik/psikiyatrik/kronik hastalıkların yönetimi gibi durumlar haricinde, hasta ve yakınlarının tutum ve davranışlarında değişiklik yapmak için onlarla iletişim kuramazlar. Genellikle yaşatmak, sağlığı ile ilgili durumunu anlamak, tedaviye uyumu sağlamak için hasta ve yakınları ile iletişim kurarlar. Pratikte, bunu dar bir zamanda başarmak zorundadırlar. Bazen sanayilerle yarışır. Hekim ve hemşireler; hastalığa çare olma, vakayı yaşatma çabası içindeyken hasta ve yakınlarındaki psikososyal etkilerle baş etmek gibi özel bir eğitime sahip olmamaları yanı sıra kriz iletişiminin ihtiyaç duyduğu geniş zamanı onlara ayırabilmeleri de çoğu zaman mümkün değildir. Diğer yandan hekimlerin hastalık ve ölüm karşısındaki tutumlarının toplumdaki diğer bireylerden farklı olduğu bilinmektedir. Ölüm hayatın en gerçek durumlarından birisi olmasına rağmen, hekimler hastasının iyileşememesi ve ölümünü kendisi için

bir başarısızlık olarak görmektedir. Her iyileşememe ve ölümden muhtemel bir eksikliğin "acaba"sı içini kemirir durur. Hasta kaybı onlarda yenilmişlik, başarısızlık, pişmanlık gibi çeşitli olumsuz duygu durumları yaratabilmektedir. Bazen hekim ve hemşirelerin hastanın ölümü gerçeğiyle karşılaştığı andaki öz tutum ve davranışları nedeniyle desteğe ihtiyacı da olabilmektedir. İşte bu sebeplerle muhtemel kriz durumlarında ekipten bir hekim ve hemşire hasta yakınlarına bilgi veren taraf olmamalıdır. Onlar yalnızca işini yapmalı, hasta yakınlarıyla iletişim süreci bu işte uzman olanlara bırakılmalıdır. Ancak ne yazık ki bu ve buna benzer kriz ortamlarının kötü yönetiminin tam ortasında kalan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarına giderek daha sık bir şekilde şahit oluyoruz. Bu gibi kriz durumlarında ilk akla gelen sağlık meslek mensupları psikologlardır. Sosyal hizmet uzmanlığının düşünülmesi, ülkemizdeki uzun zamanlı ihmali ve bu alandaki yetişmiş personel eksikliği önemli nedenlerdir. Elbette psikologlar da sağlık sisteminin vazgeçilmezleridir. Ancak kolumuz, bireyin ruhsal krizlerinin yönetimi değil, sağlık hizmetleri sunumu içindeki kriz süreçlerinin yönetimi olunca durum değişiyor. Sağlık iletişiminde neden sosyal hizmet uzmanı sorusunun cevabını aslında her iki mesleğin ilgili mevzuat-taki tanımından açıkça görebilmekteyiz.

Sağlık Bakanlığının "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliği"ne (2) göre;

Psikolog

a) Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuata göre Bakanlıkça uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve/veya yeterliliğini belgelemiş psikologlar, klinik psikoloğun sorumluluğunda test teknik ve yöntemlerini uygular ve raporlar, hasta görüşmesi yapar. Psikolojik rehabilitasyon hizmeti, afet ve kriz ile özel alanlara yönelik psikolojik destek hizmeti verir. Taburcu olan hastaların izlem, görüşme, danışmanlık hizmetlerine katkı sağlar.

b) Uluslararası teşhis ve sınıflama sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan psikologları doğrudan ilgilendiren durumlarda ayaktan, yatan ve kronik hastalığı olan danışanlara ve yakınlarına klinik psikoloğun ve/veya psikiyatri uzmanının sorumluluğunda psikolojik destek hizmetleri verir.

c) Toplum ruh sağlığını korumaya yönelik faaliyetlerde görev alır.

d) Çalıştıkları kurumlarda diğer çalışanlara yönelik psikolojik destek eğitimleri verir.

e) Psikoteknik değerlendirme yapar.

f) Eğitimini almış olduğu hastalara, hasta yakınlarına, ekipteki tüm elemanlara duygu, düşünce, davranış ve bedensel hastalıkların ilişkileri, tutumların ve davranışların değiştirilmesi, stres gibi insan davranışları hakkında kuramsal ve uygulamalı eğitim verir.

Sosyal Çalışmacı/Sosyal Hizmet Uzmanı

a) Sosyal işlevselliğin sağlanması, korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirir.

b) Tıbbi sosyal hizmet müdahalesinin gerektirdiği sosyal inceleme raporu, süreç raporu, vaka değerlendirme ve sonlandırma raporlarını hazırlar, gerektiğinde ilgili birim ve yetkililerle paylaşır.

c) Sosyal işlevsellik sorunlarını önleyici ve rehabilite edici sosyal hizmet programları geliştirir, uygular ve değerlendirir.

d) Sağlık hizmeti alanların sosyal sağlığını destekleyici ve güçlendirici tıbbi sosyal hizmet programlarını uygular, izler ve değerlendirir.

e) Sağlık hizmeti alan dezavantajlı hasta gruplarının ve yakınlarının tedavi sürecinde yaşadıkları sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenebilmesi amacıyla uygun sosyal hizmet müdahalesini belirler ve uygular.

f) Kriz durumlarında tıbbi sosyal hizmet müdahalesini uygular.

g) Tıbbi sosyal hizmet alanında farkındalık oluşturmak için çalışmalar yapar.

h) Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki gönüllülük esasına dayanan çalışmaları koordine eder.

i) Sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde ihmal ve/veya istismar ve aile içi şiddet olgularına yönelik sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirir.

j) Sağlık hizmeti alanların ihtiyaç duyabileceği sosyal destek programlarına erişimini sağlar.

Her iki mesleğin ortak çalışma alanları bulunmakla birlikte psikologlar, ölçme ve test yöntemleriyle bireysel özellikler ve davranış karakterlerini anlamaya çalışırken, sosyal çalışmacılar için genellikle sosyal işlevsellik ve müracaatçı ilişkileri önceliklidir. Psikologlar için seans saatleri söz konusuysa, bir sosyal hizmet uzmanı ilgilendiği vaka için gerektiğinde tam gününü ayırır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi sosyal hizmet birimi yapılanmasını başarıyla yürüten ülkelerden iyi uygulama örneklerine baktığımızda özellikle kritik vakalarda hasta ve/veya yakınları ile hastaneye giriş aşamasından sonuca kadar durumu yöneten aktif sosyal hizmet uzmanlarının varlığını görürüz. Örneğin hastanenin acil servisine hayati riski olan bir hasta geldiğinde hekim ve hemşireler tıbbi tedaviyi üstlenirken, hasta yakınları ile iletişim süreci sosyal hizmet uzmanına devredilir. Sosyal hizmet uzmanı hasta yakınlarını misafir eder ve görüşmelerini gerçekleştirir. Süreçle ve olası gelişmelerle ilgili şeffaf, gerçekçi ama uygun bir dille hasta yakınlarına bilgilendirmelerde bulunur. Soru ve sorunları için onları destekler. Hekim ve hemşireler ile hasta yakınları arasında güvenilir bir köprü oluşturur. Topluluğun akil kişisi ile has-

sas bir iletişim kurarak sükunetin tüm aileye korunmasına yardımcı olur. Hastanın kaybedilme ihtimalinde dahi artık tüm gerekenlerin özenle yapılmış olduğunun, hekim ve hemşirelerin yoğun çaba gösterdiğinin bilincinde, duygu ve tepkileri kontrol altında bir topluluk beklenmektedir. Hasta ve yakınları için sağlık kurumundaki sosyal hizmet uzmanı bir hastane çalışanı olmaktan ziyade, aileden biridir ve tüm o zorlu süreçleri birlikte yönetiyorlardır. Hasta kaybedilirse hasta yakınlarına bilgiyi veren yine sosyal hizmet uzmanıdır. Tüm sağlık ekibinin hastayı kurtarmak için gerekli her şeyi canla başla yaptığını anlatır hatta gerekli görürse o anlara ait kamera kayıtlarını paylaşır. Yine ölüm sonrası süreçte isteniyorsa din görevlisi çağırılması, cenazenin sağlık kurumundan alınması gibi işlemler adına hasta yakınlarıyla iş birliği yaparak onlara destek olur. İşte bu noktada görüşmenin tüm taraflar için faydalı olmasını sağlayan temel etkenler, tıbbi sosyal hizmet uzmanının hasta yakınlarına ayırdığı zaman, hasta yakınları ile görüşürken kullandığı iletişim yöntemlerinin profesyonelliği ve yalnızca bu alan için kazanılmış deneyim ve eğitimidir.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi bir sistem meselesidir. Bu sistemin içerisindeki en önemli rol sahiplerinden birinin de hasta/hasta yakını ile iletişim süreçlerini iyi yönetmeye odaklanmış tıbbi sosyal hizmet uzmanı olduğu açıktır. Türkiye’de henüz söz konusu roller için yeterli nitelik ve sayıda sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır. İlgili tüm kurumların iş birliği ile hem mevcut hem potansiyel meslek elemanlarına yönelik eğitim programları, sahada uygulama tecrübesi için staj programlarının güçlendirilmesi yanı sıra, sosyal hizmet uzmanlarının sağlık sistemi içindeki sayıları da artırılmalıdır. Daha çok, daha nitelikli tıbbi sosyal hizmet birimleri kurulması, sağlıkta şiddetin önlenmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1) Karadağ, Işık O., Cankul İ.HAH., Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi 2015; 1:160-79. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/287195> (Erişim Tarihi: 22.10.2020).

2) Sağlık Meslek Mensuplarının İş Tanımları [Internet]. Resmi Gazete. Resmi Gazete; 2014 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14-1.pdf> (Erişim Tarihi: 22.10.2020).

Nöroteoloji ve evrim

Prof. Dr. Akif Tan



1961 yılında Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesini bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında kıdemli albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde çalışan Tan, 2012 yılında Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda profesör kadrosuna atanmıştır ve halen bu görevde çalışmaktadır.

Aldous Huxley, 1930'larda "Cesur Yeni Dünya" isimli romanını yazdığı anda, dünyada gelecek perspektifi nedeniyle çok tartışılan bir roman oldu. O yıllarda gen bankalarından, toplumun çeşitli sınıflarını ailelerden alınarak yetiştirilen çocuklarla baştan kurmaktan bahseden, pragmatik fütüristik yaklaşımlar içeren bir romandı. Bu haliyle Campanella'nın "Güneş Ülkesi"ne veya Thomas Moore'un "Ütopya"sına benziyordu. Sonraki yıllarda bu kitabına karşı, hatta gelecekteki toplum hayalini de yeniden dizayn eden "Ada" isimli romanını yazdı. Daha çok kuzey Budizm'i değer yargılarından alıntılarla, bir adada yaşayan ve inançlarının yerine akılcı çözümler koyarak diktatörlere karşı savaşan bir toplumu anlatıyor, eğitimden üretime, sanayiden küçük esnafa kadar o yılların dünyasında kapitalizm dışında tartışmalar yapıyordu. Kitabında yıllar içerisinde çok daha önemli hale gelecek bir kavramdan "nöroteoloji"den bahsetti. Manevi deneyimler, inanç ritüelleri ve bilimle, biyolojiyle kaynaştırılmış bir sinir bilimini tanımladı.

Özellikle beyin fizyolojisi ve morfolojisi üzerine yoğunlaşan ve günümüzde nöroteolojinin bir alt dalı haline gelen, dini deneyimleri biyoloji alt temeli ile nöral olarak açıklamaya çalışan nöroteoloji, ilk kullanıldığı yıllarda henüz anlaşıl-mamıştı ama çok ciddi tartışmalar ve deneysel çalışmalarla hep gündemde kaldı. Günümüze kadar olan gelişmeler ve kilometre taşlarını şöyle bir gözden geçirirsek; 1969'da Biyolog Alistair Hardy "Dini Deneyim Araştırma Merkezi" kurdu. Önemli bir çalışma olmadı fakat 1980'lerde Persinger; dini deneyimler ile temporal lob bölgeleri

arasında ilişki olduğunu gösterdi. Hatta limbik sistem ve temporal lobdaki anormal aktivitelerin dini duygu ve tecrübelerle ilişkisi olduğunu açıkladı, "Tanrı kaskı" gibi aparatlar geliştirdi. Bu kask ile temporal loba verilen zayıf manyetik akımlarla, bilinen dünyanın ötesine geçme, bütünleşme, bir anlamda vecd yaşama gibi duyguların oluşturulabileceğini gösterdi.

Bazı çalışmacılara göre ise dini duygu ve tecrübelerin yoğunlaştığı yer parietal kortektir. Bu merkezler aslında uzay zamanda yön ve konumu belirlemede önemleri bilinen alanlardı ve Newberg'e göre bu loblardaki düşük aktivitenin nedeni dinsel tecrübelerdi. Bu bölgelerin uyarıldığı birçok Budist ve Katolik mistik üzerinde yapılan deneysel çalışmalarda, evrenle, Tanrıyla bütünleşme gibi hallerin deneyimlendiği gösterilmiştir. Newberg bu sonuçlarla, yoğun meditasyonla kişinin sonsuzluğa dokunduklarını hissettiğini anlatmıştır.

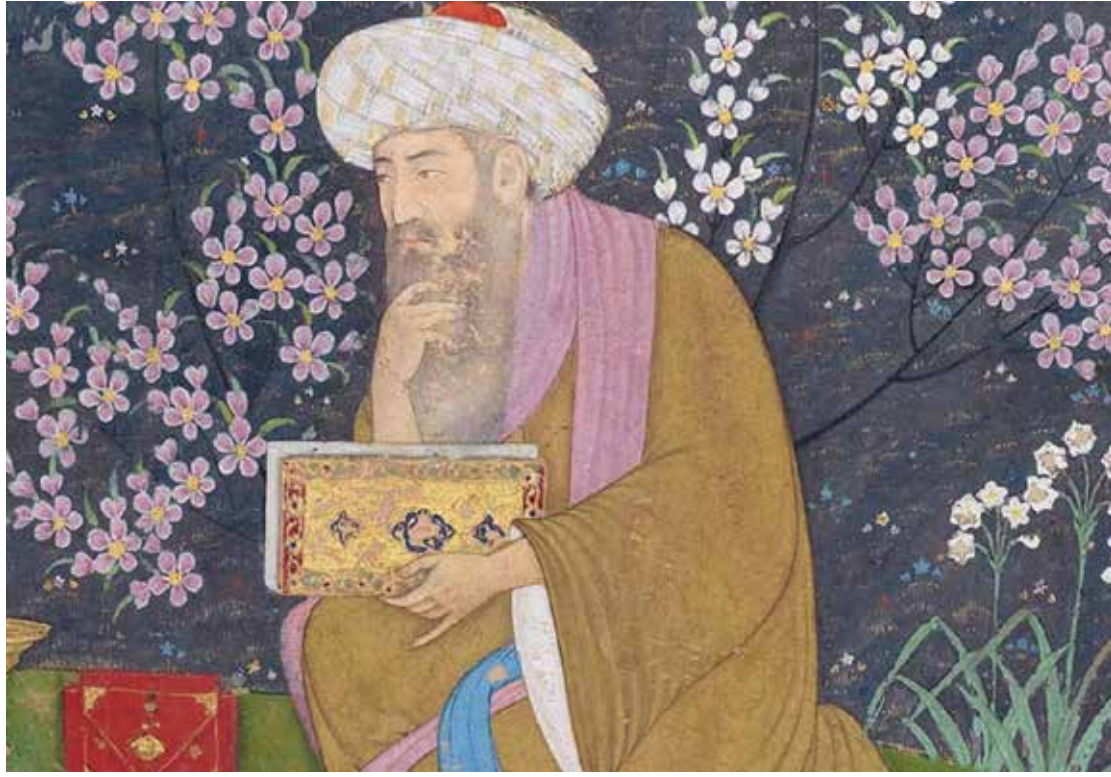
Nöroteoloji alanında günümüze kadar hakemli dergilerde yayınlanan çok az makale olmuş, bu deneysel çalışmalar da birçok araştırmacı tarafından çok eleştirilmiş, deney metotları geçerli kabul edilmemiştir. Bilim dünyasının temkinli yaklaşımına karşı 1994'te Mc Kinney'in yayınladığı "Nöroteoloji, 21. Yüzyılda Sanal Din" isimli kitabının çok meşhur olması, çok okunan kitaplar arasına girmesi ile nöroteoloji popülaritesini artırmaya devam etmiştir. Tabii bu popülerlikte, nöroteolojinin aslında Tanrı inancının bir yanılsama olduğu, deneysel olarak bu tür deneyim ya da duyguların oluşturulabileceğinin göstermesi ciddi bir yer tutmaktaydı. Bu kavramdan ilk defa bahsettiğinde

Huxley, aslında felsefi bir yaklaşımda bulunmuştu ama biyoloji, bilimsel çalışmalar, ampirik yöntemlerle ortaya konulan belirsizlikler gittikçe günümüzdeki ateist çevrelerce öne çıkartılır olmuştu. Oysa birçok araştırmacı tarafından da nöroteoloji, dini tecrübenin doğal bir fenomen olduğunun kanıtlandığı bir alandı. Yani çok daha önceleri hem İslâm coğrafyasında hem Hristiyan dünyasında tartışılan "Tanrı olmasaydı insan dini tecrübe yaşayabilir miydi?" sorusuna tekrar dönülmüş, soru da bu yıllarda "Tanrı olmasaydı insan zihni dini tecrübe yaşayabilir miydi?" sorusuna evrilmişti. Bu konuda Mutezile ekolünden Nazzam ve Hristiyan dünyasından Leibnitz tarafından ortaya konulan "Tanrı'nın evreni doğal neden ya da yasalarla kontrol ettiği, yönettiği" görüşü yeterli oranda açıklayıcıdır. Batılı felsefede insan düşüncesi, İslâm dünyasından farklı olarak Allah, beşer ilişkisini nesnel olarak ortaya koymak konusunda çok ısrarcı olmuştur. Oysa İslâm dünyasında zaten tüm yaratılmışlar (Sünnetullah) ile vahiy bilgisi arasında hiçbir zaman bir çatışma anlaşılmamıştır. Müslüman mümin, Tanrı olmasa evren olmazdı, evren olmasa akıl ve dini tecrübede olmazdı kavramına sahiptir. Sünnetullah değişmez ve Allah yarattığı gibi yönetir. Nazzam-Leibnitz görüşünün günümüzde savunucusu ve modern yorumcusu Dowe'dur. Bu konuda Russel'in NIODA (*non-interventionist objective divine action*) modeli, doğal fizik yasaları ve kuantum boşluklarıyla Tanrı'nın kontrol ettiği yorumuna, günümüzde kuantum fiziğinin gelişmelerine geçmiş yorumu adapte ederek çağdaş bir anlayış getirir. Böyle bir modelde din mutlaka nöroteolojik açıklamalara ihtiyaç gösterecektir.

İslâm coğrafyasında, kalp, gönül olarak hatta aklı- mead olarak tanımlanan bu alanı Batı dünyası; zihin, akıl, beyin olarak algılamaktadır. İslâm dünyasında Allah'ın kuluna şah damarından daha yakın olduğu, nereye dönerse Allah'ı görebileceği bilgisi yaygındır ve yüzyıllardır kabul edilegelmiştir. Batı dünyasında ise nöroteoloji ile insan beyni bu anlamda sorgulanmaktadır. İşte "kesb" nazariyesinin sorgulanması, bu konuda İslâm dünyasında da nöroteolojik çalışmaların yapılabileceğini göstermiştir.

Batılı bilim dünyasında genel olarak Orta Çağ dogmatik ve skolastik düşünce hayatındaki, din ve bilim çatışmasının izleri ile daha sonra ortaya çıkan ve genel kabul gören deney ve gözleme dayalı rasyonel düşünce ile metafiziğin gittikçe felsefe ve bilimde ortadan kaybolması, nöroteolojinin son yıllardaki popüleritesinde de kendini göstermiştir. Huxley her ne kadar nöroteolojiyi felsefe, din ve bilim karışımı olarak tanımlasa da bu geline nokta günümüzde, dindarlığın psikolojik hatta nörolojik ve biyolojik bilimsel alan içine hapsedilerek yorumlanmasına yol açmıştır. Oysa biyoloji, psikoloji, nöroloji ve teoloji sahalarına açılarak, insanın hayatındaki, mekân ve zaman algısını, korku, benlik algılarının ortadan kalktığı anları (evren ve Tanrı ile bir olma bütünlüşme), kendinden geçme, trans olma, içsel aydınlanma, dini huşu ve vecd hallerini tanımlama ve ölçme değerlendirme gibi bilimsel verilerle ortaya koymaya, geniş bir alanda daha doğru değerlendirme yönelmesi beklenirdi.

İslâm dünyasında geçmiş yıllarda da günümüzde de özellikle kelimelerde din ve bilim çatışması zemin bulmamış genel haliyle böyle bir çatışma yaşanmamıştır. Bu konuda nöroteoloji, nöroloji ve nörofizyoloji kavramlarıyla "Kesb nazariyesi" ve benzer kavramların açıklanmasında kullanılmıştır. Tarih içerisinde insan ve Tanrı, Allah ile kul arasındaki ilişkide insanın sorumluluğu tartışmaları olmuştur. İslâm dünyasında da Kesb kavramı içinde yani insanın zardan kaçınmak ya da fayda sağlamak amaçlı iradeli tercihinin varlığı, Eş'ari ekolleri ile Ebu Hanife ve diğer ekoller arasında tartışmalara sebep olmuştur. Detayını şimdilik ihmal edersek, Ebu Hanife'nin "tüm fiillerin Allah tarafından yaratıldığını, ancak kulların kesbiyle meydana getirildiğini" öne çıkarmasına Eş'ari'den öncesi olsa da özellikle "Bir



eser üzerinde iki tam kuvvetin etkili olmayacağı, insanın ihtiyarı fiillerinin de yaratıcısı Allah'tır" görüşü hakim olmuş, "İnsan fiilini işlerken hareketi yaratan Allah'tır, kesb insana ait olsa da fiil insanın addedilemez" denilmiştir. Ana hatlarıyla değindiğimiz bu tartışma şimdilik konumuzun dışında kalacak, biz daha çok bu tartışmada nöroteolojinin İslâm dünyasında da kullanılmasına değineceğiz. Kesb kavramı için insan iradesinin deneysel gösterilmesi ancak Benjamin Libet deneyi ile mümkün olmuş ve uzun yıllarda tartışılmıştır.

Benjamin Libet, 1983'te EEG ve EMG kullanarak gerçekleştirdiği deneyde; kişinin eylem için karar verdiği anı (EEG), eylemi gerçekleştirdiği (düğmeye bastığı an) anı EMG ile kaydederek aralarında 200 mili saniye kadar çok kısa bir an olduğunu belirledi ama deneyde karar anından 350 milisaniye önce bir elektriksel aktivite daha gözlemlendi. Bu da bilinçli bir eylem için önceden beyinde oluşan bilinçsiz bir aktivitenin göstergesiydi. Bu konuda kelimelerinin tartışmaları yorumları hem İslâm dünyasında hem Batı dünyasında hala devam etmektedir ve bu deney ile İslâm dünyasında Eş'ari ekolünün yorumu daha geçerliymiş gibi bir kere daha yorumlanmıştır.

Sonuç olarak, bilinçsiz bir aktivitenin olması ve insan iradesinin dışında gerçekleşmesi, eyleme tesir eden kuvvetin Allah tarafından verildiği, Eş'ari nazari-

Nöroteoloji alanında günümüze kadar hakemli dergilerde yayınlanan çok az makale olmuş, bu deneysel çalışmalar da birçok araştırmacı tarafından çok eleştirilmiş, deney metodları geçerli kabul edilmemiştir. Bilim dünyasının temkinli yaklaşımına karşı 1994'te Mc Kinney'in yayınladığı "Nöroteoloji, 21. Yüzyılda Sanal Din" isimli kitabının çok meşhur olması, çok okunan kitaplar arasına girmesi ile nöroteoloji popüleritesini artırmaya devam etmiştir.

yesiyle uyumluydu. Bizi ilgilendiren kısmıysa, nöroteoloji ve beyin fonksiyonlarının teolojik tartışmalarda genel olarak kullanılabileceğinin, yorumlarının analitik tartışmalarla yapılabileceğinin, tarih içerisinde her din için geçerli olabileceğidir. Bu arada Benjamin deneyinin son yıllarda Haynes ve arkadaşları tarafından tekrar MRI kullanılarak yapıldığını, sonucunda da deneklerin, MR bulgularına göre düğmeye basmadan 1 saniye önce bilinçli karar verdiklerinin, bilinçli kararlarından 7 saniye öncede farklı bir aktivitenin gözlemlendiğini hatırlatmakta fayda var.

Şimdi nöroteolojinin günümüzde diğer bir kullanılabileceği alana daha bakmaya çalışacağız ve bu yolculuk, Şanlıurfa Göbeklitepe’de son bulacak. Bu yolculuğun başlangıcı da insanda simgesel düşünmenin gelişmesi ve “zihin kuramı (*theory of mind*)” olacak. Önce “amaçlılık” seviyeleri için “Sally- Ann” testini hatırlamak gerekiyor. İnsan varlığının ve çevresinin farkında olmakla, hatta farkındalığının farkında olmakla diğer canlılardan ayrılır. Yani hem kendisini bilir hem bildiğini bilir. Bu bilinci öyle hemen kazanmamıştır. Çocuklar ancak 4 yaşından beş yaşına geçerken bir zihin kuramı edinirler. Bu testte Sally ve Ann isimli iki oyuncak bebek ve bir top vardır. Sally adlı bebek topu yastığının altına koyup odadan çıkar, Ann, Sally çıktıktan sonra topu yastığının altından alıp, oyuncak kutusunun içine koyar. Sally odaya döner. Bu oyunu seyreden çocuğa sorulur, “Sally topu nereden alacak?” 4 yaşındaki çocuklar Sally’nin dışarıdayken yani görmeden topun yerinin değiştiğini yorumlayamaz ve kutudan diye cevap verirken 5 yaş çocukları yastık altında arayacağını söyler. Bu da artık 5 yaşından itibaren bir zihin kuramının olduğunun, 2. dereceden bir amaçlılık seviyesinden bahsedebileceğimizi gösterir. Üçüncü seviye bir amaçlılık, üçüncü kişinin ne düşündüğü hakkında ikinci kişinin ne düşündüğünü anlayabilmektir ve böylece dördüncü beşinci seviye amaçlılığa doğru zihin gelişerek devam eder.

Bu seviye önemli çünkü simgesel düşünce aynı zamanda estetik bir bilinç gerektirir. Dini düşünce ise bunların üstünde birde öbür dünya, öte dünya varsayımı, anlayışı gerektirir, yani dini bir düşünceden bahsedebilmek için beşinci seviye amaçlılıktan bahsetmek gerekir. Bu tür bir gelişmişlik yaklaşık



12 yaşından sonra ancak ortaya çıkar. Ölüm düşüncesinin anlaşılması da ancak 9 yaşından sonrayı bulur, 6 yaş çocuklar ve öncesinde henüz ölüme dair bir anlayış yoktur, ölümü gitmek ama sonra dönmek ya da uyumak ve uyanmak şeklinde algılandığı yaşlardır. 9 yaşından sonra ölümün değiştirilemez bir gerçeklik olduğu ve fiziksel olarak bir daha eskiye dönüş olamayacağı kavranmış olur.

Çocuklardaki bu zihin seviyeleri aynı zamanda insanın evrimindeki gelişmelerle de paralellik gösterir. 2 milyon yıl önce başlayan zekâ göstergesi astrapitecuslar ikinci seviyede bir anlamlılıktan, homo erectusta üçüncü seviye, arkaik homosapienste 200 bin yıl önce dördüncü seviye ve 40-50 bin yıl önce modern sapienste beşinci seviye bir amaçlılıktan, simgesel düşünce ve estetik anlayıştan bahsedebiliyoruz. Yani 200 bin yıl öncesinde de Einstein’lar, Platon’lar ya da İbni Sina’lar var ama henüz düşüncenin simgeselleşememesi, nesnel hale gelememesi ve her şeyin isimlendirilemeyişi ne yazık ki o yılların Platon’larını tanımamızı engelliyor.

Zihnin gelişiminde tarih içinde neler oldu? 2 milyon yıl önce büyümeye baş-

Dini ve mistik tecrübelerin anlaşılması ve açıklanması insan için en çetin meselelerden biri olmuştur. Kant’ın mutlak hakikatin bilgisinin, rasyonel alana indirilemezliğinden bahsetmesi, günümüzde Otto’nun “dini deneyimlerin otonomluğu” ile karşılanmaktadır. Yani dini deneyimlerin illüzyon mu yoksa gerçeğin fark edilmesi mi olduğu sorunu için nöroteoloji iyi bir enstrüman olabilir.



layan beyinde oksipital bölge giderek küçülürken parietal ve temporal loblarda büyüme ortaya çıkmıştı. Neokorteks gelişimi memelilerdeki en önemli yenilikti. Üç katman yerine 6 nöron katmanı vardı ve nöronların diğer nöronlarla üç boyutlu bağlantısı düşünülürse çok karmaşık bağlantılar katlanarak artarak gelişmişti. 600 milyon yılda gelişen arka beyin ile özelleşecek santral sinir sistemi, neokorteks ile hipokampus, amigdala, talamus ve hipotalamus farklılaşmalarını gösterdi. Prefrontal korteks geliştikçe superior longitudinal fasikulus, arkuat fasikulus, uncinat fasikulus ve cingulum gibi ön ve arka beyin bağlantıları gelişti. 2 milyon yıl önce zekâda hafif bir artışla sahneye çıkan homo habilis ve alet yapımı, 1 milyon yıl önce farkındalığın gelişmesi ile kendini gösterdi. Yani aynada kendini gören 2 yaşındaki bir çocuğun aynanın arkasına bakarak, arkada kimin olduğunu anlamak istemesi ama biraz daha büyüdüğünde aslında aynadaki görüntünün kendisi olduğunu fark etmesi gibi homo erectus sadece dik durmakla kalmayıp sudaki akseden kendi görüntüsüyle artık kendi varoluşuna ait bir farkındalıkta taşımaya başlamıştı. Taş alet yaparken özellikle sağ elini kullanıyordu yani sol hemisferdeki gelişmeler daha ön plandaydı. Bu öz farkındalığın gelişiminde rol oynayan, insulayı diğer frontal lob alanlarına ve amigdalayla temporal loba bağlayan uncinat fasikulusun gelişmesi, aynı zamanda superior longitudinal fasikulusun da gelişerek prefrontal korteks ile oksipital lobun bağlantısını tamamlamıştı.

İki yüz bin yıl önce arkaik homosapiensin ortaya çıkması artık zihin kuramı olan, kendini fark etmiş ama karşısındakinin de farkına varmaya başlamış bir insan beyninden bahsetmek demektir. 5 yaşındaki bir çocuktan bahsetmek gibi yani. Bu değişiklik teknolojide daha zengin Levaluis tekniğine geçmekle, giyinmek hatta giyinirken başkalarının düşüncesine önem vererek giyinmeyi de getirmiş artık hayvan postları kolları

ve beli daraltılarak giyimeye ayaklara da sarılmaya başlamış demektir. Sol alt parietal alanın öz farkındalık gelişiminde rol oynamasına karşı sağ alt parietal lobun gelişmesiyle de diğer insanlara yönelik farkındalığın gelişmesinden bahsedilmeye başlanmıştı.

Artık yüz bin yıl öncesinde kendi düşüncelerinin farkına varan ve 40 bin yıl öncede geçmiş ve gelecek içerisinde kendini konumlandırabilen yani otobiyografik belleğe sahip olan Cro-Magnon insanından bahsedebiliriz. Bu dönemde vücut bitleri bile gövde biti gibi yeni türlere ayrılmaya başlamıştı çünkü insanların giysi kullanımıyla birlikte bitlerin tutunma çengelleri de elbiselere adapte olmuştu. İnsan beyninin gelişimi devam etmekteydi. Günümüzde içe bakışçı düşünceyle harekete geçirilebilen dört beyin bölgesi, öz farkındalık ile başkalarının düşüncesine yönelik farkındalık sırasında etkileşen, anterior singulat ve insula ile prefrontal lobun bazı bölgeleri sosyal etkileşimiyle artık insan davranışlarına toplumsal hayata hazırlamış oluyordu. Böylece gelecek perspektifi (hayalleri, planları) olan otobiyografik belleğe sahip modern sapiens hem arkaik türlerine hem neanderthal türlerine karşı alet yapımı ve silahlanma yarışında büyük avantaj sağlamıştı. Kendisi de ölümü ve anlamını kavramaya başlamıştı.

20 bin yıl süren mağaralara resimler çizme ve bir o kadar daha süren heykelcik yapma gelişmelerinden sonra artık dünyada buzulların eridiği, ılıman nemli ve bol yeşillikli bir iklime girilirken nörolojik olarak da, hipokampus, amigdala, singulum gibi bölgeler ve uncinat fasikulusunda gelişmesiyle otobiyografik belleğin geliştiği bu çağ mağara sanatlarının sona erdiği ama Göbeklitepe gibi insanlığın ilk Tanrı inancıyla mabedler yapmaya başladığı, insanlık şafağının sökmeye başladığı andı. Neolitik devrim; bir yandan iklim değişimleri, buzulların erimesi ve ılıman hava şartları, su seviyeleri ile ortamı hazırlarken, en son

olgunlaşan dorsolateral prefrontal korteksin de yerini almasıyla, beyin alanları arasında fasikuluslar aracılığıyla irtibatın da kurulması sayesinde başlayabilirdi.

Göbeklitepe'yi, Nevalı Çori, Çayönü, Eriha ve Jarmo gibi bereketli hilaldeki yerleşim yerleri takip etti. Artık dinin gelişimi için insanın doğa olayları karşısındaki korkusuyla başlayan primitif bir inançtan tasarımı yeterli değildir. İbni Tüfeyl'in Hay Bin Yakzan'da anlattığına benzer, çevre şartlarının Big-bang'den başlayıp bu güne ulaşan gelişiminin, insanın nörofizyolojisine uygun, kendini yaratanı tanımak ve anlayacak seviyede zihinsel gelişmeye ulaşmasıyla başlayan inancın, tarihinden bahsetmek nöroteolojinin de asıl konusudur. İnsandaki ilk inancın yazılı tarih öncesini anlamak henüz çok kolay değil. Ancak yapılan anıtsal yerler, taşlar, çizilen resimlerle ve gökyüzüne uzanan zigguratlardan yola çıkılabilir ama ilk yazılı tabletlerden kesin olarak söylenebilir ki, Mezopotamya dinin yazıya döküldüğü ilk medeniyettir. Bu çalışmalarda nöroteoloji, deneysel çalışmalarıyla birçok bilinmezi açıklamada ve anlamamızda insanlığa yardımcı olacak gibi görünüyor. Daha önemlisi insan zihninin gelişimi ve hem organik hem zihinsel süreçleri tarih içerisinde takip edebilmemizi kolaylaştırabilmesidir.

Dini ve mistik tecrübelerin anlaşılması ve açıklanması insan için en çetin meselelerden biri olmuştur. Kant'ın mutlak hakikatin bilgisinin, rasyonel alana indirilemezliğinden bahsetmesi, günümüzde Otto'nun "dini deneyimlerin otonomluğu" ile karşılanmaktadır. Yani dini deneyimlerin illüzyon mu yoksa gerçeğin fark edilmesi mi olduğu sorunu için nöroteoloji iyi bir enstrüman olabilir.

İslâm dünyası nöroteolojiye çok fazla ilgi ve ihtiyaç duymamaktadır çünkü hakiki bilgiye giden yolda insan, düşüncesi ve kalbi için detaylı, birçok bilgi ve tecrübeye sahiptir. Gazzali'ye göre hakiki bilgi ilhamın sonucudur, kendisi şöyle söyler: *"Allah kalbe tekeffül ettiğinde sadr inşirah eder, meleketun sırrı ona keşf olunur, rahmet lütfuyla gaflet perdesi sıyrılır ve ilahi hakikat kalpte parlar."* Bu, yeterince açık bir bilgi değil midir? Bu makaleyi büyük İslâm filozofu Kindi'nin bir sözüyle bitirelim: *"Nereden gelirse gelsin hakikatin anlaşılması için yapılan her katkı şükranla kabul edilmelidir."*

Müzikal doğaçlamanın nörobiyolojisine giden yolda; caz mı, taksim mi?

Leyla Rüveyde Şenyüz



Yeditepe Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümünden mezun oldu (2018). İstanbul Medipol Üniversitesi Regeneratif ve Restoratif Tıp Araştırmaları Merkezi (REMER) sinirbilim departmanında ve Medipol Mega Üniversite Hastanesi nöroloji ünitesinde bilimsel çalışmalara katkıda bulundu. Şenyüz ayrıca çeşitli kurumlarda Türk Musikisi eğitimi olarak solistlik yaptı, TRT İstanbul Radyosu Türk Sanat Müziği Gençlik Korosu'nda 3 sene korist olarak yer aldı. Türk Müziği ile sinirbilim çalışmalarını ortak paydada buluşturan araştırmalar yapmaktadır.

Prof. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevine tabip olarak atandı (1991). Van Türk Musikî Derneğini kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). İstanbul Medipol Üniversitesinde Sağlık Hizmetleri MYO Müdürlüğü ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliği yaptı. Halen İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Nöroloji ihtisası yaptığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöropsikoloji Laboratuvarı ve Davranış Nörolojisi Konsültasyon Polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yaratıcılık becerisi, kendimize özgü yeteneklerimizi farklı şekillerde ifade etmenin en cazip yollarından biridir. Yaratıcılığın çok boyutlu bir fenomen olması, ilgili disiplinlerin dinamik temeller üzerinde farklı açılardan incelenmesine olanak sağlamıştır. Bu bağlamda yaratıcılığın felsefe, psikoloji, güzel sanatlar ve sosyal bilimler ile ilişkisinin araştırılması sonucunda çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. XIX. yüzyıla kadar yaygın olarak güzel sanatlar ile ilişkilendirilen yaratıcılık kavramı, çoğunlukla mistik bir çerçeve içinde değerlendirilmiştir. Günümüzde nörobilimin bilimsel perspektif ile ortaya koyduğu yaklaşımlar, yaratıcılığı kognitif temeller ve nöral bağlantılar ile açıklamayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda nörobilim; hem teorik hem

pragmatik (eğitimin bu yoldan yeniden düzenlenmesi gibi) sonuçları olacak bir yol izlemektedir.

Yaratıcılık ele alınış biçimine göre; bireye ait özellik, içinde bulunduğu süreç ve ortaya çıkan ürün açısından üç bileşene göre değerlendirilebilmektedir. Ürün bileşeni açısından müzikal yaratıcılık; doğaçlama, besteleme, var olan esere özgün yorumlama getirme şeklinde açıklanabilir. Bireye ait özellik açısından müzikal yaratıcılık; özgün olanı düşünebilme, yeni ve orijinal müzik kompozisyonunu ortaya koyabilme kapasitesi olarak değerlendirilir. Süreç açısından müzikal yaratıcılık ise yaratma yetisinin arkasındaki nörobiyolojik temelleri ortaya koyma üzerine temellenir. Son yüzyılda müzikal yaratıcılığın geliştirilebilmesine ilişkin birçok araştırma yayımlanmıştır.

Nörobilim ve Müzikte Yaratıcılık

İnsanlık tarihinin ilk dönemlerinden itibaren oldukça ilgi çeken alanlardan biri olan müzik, teknolojinin de gelişmesiyle nörobilim araştırmalarına konu olmuştur. Non-invaziv nörogörüntüleme tekniklerinin ilerlemesi, beyin araştırmalarının radikal değişimlerinden biri olurken aynı zamanda müzik ile beyin ilişkisinin incelenmesine olanak sağlamıştır. Bu araştırmaların temel kapsamı, müzisyenin müzik icra ettiği esnada veya bir dinleyicinin müzik dinlediği esnada beyinlerinde neler olup bittiğinin anlaşılması üzerinedir. Bu amaçla müzikal yaratıcılığın nörobiyolojik çerçeveden inceleniyor oluşu, daha öncesinde tahmin bile edilemeyen yeni ufuklar açmıştır.



Bu tekniklerden bazıları; PET (pozitron emisyon tomografi), radyoaktif işaretleyicinin damara enjekte edilmesi ve sonra bunun beyinin yapılan işle ilgili bölgelerinde birikmesinin izlenmesine dayanırken, MEG (*magnetoencephalography*), nöronların elektriksel aktivitesiyle oluşan manyetik alanı ölçer. fMRI (*functional magnetic resonance imaging*), kullandığı özel bir teknik ile beyinde kanın oksijenlenme seviyesine (BOLD) bağlı bölgesel kan akımı değişimlerini ölçerken, fNIRS (*functional near infrared spectroscopy*) benzer bir yolla kortikal düzeyde bölgesel kan akımı değişikliklerini ölçer. En eski yöntemlerden biri olan EEG (*electroencephalography*) ise beyinde nöronların ürettiği elektriksel aktiviteyi hesaplamaktadır.

Nörogörüntüleme teknikleri her geçen gün biraz daha gelişim gösterirken Türk Müziği ile nörobilim çalışmalarının interdisipliner olarak incelenmesi konusunda ciddi eksiklik görülmektedir. Günümüzde en yaygın biyomedikal veri tabanı olan PubMed, müzik başlığı altında 27 bin 523 sonuç verirken bunlardan sadece 46'sı Türk Müziği ile ilgilidir. Oysa Klasik Türk Müziği'nde yer alan bazı formların, müzikal yaratıcılığın nörobiyolojisini araştırma konusunda oldukça uygun modeller oluşturabileceğini düşünmekteyiz.

Eğitilmiş müzisyenler için müzik icra etmek zaman içerisinde ve sık tekrar edilmeye bağlı olarak neredeyse otomatize olmuş motor bir faaliyet şeklini alabilir. Yürümek, koşmak, piyano çalmak gibi harekete bağlı olan fonksiyonlar, beyinde motor ve premotor bölgeleri aktive eder. Müzisyenlerin

enstrüman icra ederken el, ayak ve parmak hareketlerine bağlı yaptıkları hareketlerin, müzisyen olmayan kişilere kıyasla kortikal açıdan bir farklılık oluşturup oluşturmayacağı sorusunu inceleyen bir araştırmada, müzisyenlerin beyinlerinin sağ tarafındaki motor liflerin daha yüksek aktivasyon gösterdiğini bulunmuştur. Benzer şekilde; müzisyenlerde işitsel-duysal motor alanın müzisyen olmayanlara göre daha yüksek aktivasyon gösterdiği bildirilmektedir. Buradan anlaşılabileceği üzere; enstrüman icra ederken sık ve devamlı tekrar eden hareketler dizisi, motor bölgede sinirler arası bağlantıların artmasına sebep olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak motor becerilerin gelişmesi, kişiye motor hareketleri yapma esnasında hız, hassasiyet ve otomatiklik kazandırır. Bu durumu, profesyonel piyanistler ile müzisyen olmayanların karşılaştırıldığı bir çalışmayla detaylandırmak mümkündür. Enstrüman üzerinde sık ve devamlı tekrar ile gelişen yüksek motor beceriler, profesyonel piyanistlerin iki ve tek el ile ritim vurma esnasında daha az efor sarf etmesine; müzisyen olmayanların ise aynı görevde daha fazla zorluk çekmesine sebep olmuştur. İlginçtir ki bunun sonucu olarak profesyonel piyanistler birincil ve ikincil motor alanlarda daha az nöral bağlantılar kurarken; müzisyen olmayanlar daha çok efor sarf ettiklerinden M1, SMA, pre-SMA gibi beyin motor alanlarında daha yüksek aktivasyonlar göstermiştir. Bu durum, müzisyenlerin daha az nöral ağ kullanarak motor hareketleri daha verimli kullanabilmeleri ile açıklanmaktadır. Müzikal görevler esnasında motor hareketlerin buradaki önemli rolüne değindikten sonra,

uzun vadede plastisiteye yani beyin yeniden yapılanmasına doğrudan etki ettiğini de belirtmek yerinde olacaktır.

Müzikal doğaçlamaya bağlı olarak da dorsal premotor korteks (Pmd) ve pre-SMA'da motor alanlarında fonksiyonel bağlanabilirlik açısından pozitif korelasyon görülmesi, müzikal bir görev esnasında motor alanların işlevini bir kez daha açıkça ortaya koymaktadır. Yukarıdan aşağıya sistem, dikkat ve odaklanmayı gerektiren işlevlerden sorumludur. Buna göre müzikal doğaçlamanın yüksek motor planlamanın bir parçası olabileceğini öne süren bir çalışma, planlama ile ilgili olan kısmın sol dIPFC ile yukarıdan aşağıya merkezlerce birlikte çalışarak yapıldığını savunurken, bellekte işleme ile ilgili kısmın medial prefrontal korteks (mpPFC) tarafından sağlandığını söyler. Buradan anlaşılabileceği üzere yaratıcılık, hem yürütücü işlevler hem de assosiyatif süreçler ile ilişkilidir.

Frontal korteksin müzik ile olan ilişkisini yaratıcılık kavramı üzerinde detaylandırmak üzerine yapılan birçok çalışma mevcuttur. Yaratıcı düşünmek, EEG kayıtlarına göre (8-12 Hz) alfa frekans bandında yüksek aktivasyon şeklinde yansımaktadır. Spesifik olarak müzikal yaratıcılık ise frontal korteksle bağlantılı olarak frontal alfa yanıtına işaret eder. Buna göre frontal alfa aktivasyonunun yaratıcılık becerisiyle pozitif yönde korelasyon gösterdiği ve buna ek olarak inhibe edici yukarıdan aşağıya merkezlerle ilişkisinin olduğu belirtilmektedir.

Literatürde müzikal doğaçlamanın nörobiyolojisi ile ilgili çalışmalar genellikle-

le piyano ile klasik müzik kullanılarak yapılmaktadır. Fakat son zamanlarda farklı müzik türlerinin de doğaçlamanın anlaşılması için araştırmalara konu olduğu görülmektedir. *Freestyle rap* türünde spontan lirik olarak yapılan doğaçlama, enstrümanın ritmine uygun olacak şekilde yaratıcı bir biçimde yeni sözler eklemeyi gerektirir. Buna göre yaratıcılıkla eşzamanlı olarak ritme göre adaptif karar verme ve alışılmadık duruma karşı uygun strateji geliştirmeyi açıklayan “bilişsel esneklik” kavramının müzisyenler üzerinde pozitif ilişkisinin olduğunu belirtmek gereklidir. Uygun bağlamda istenen hedefe yönelik davranışta bulunma yetisi, doğaçlama esnasında mPFC’de aktivasyon artışı ile sonuçlanır. Aynı araştırma, dIPFC’de düşük aktivasyon görülmesinin, müzikal doğaçlamanın sol dIPFC’i deaktive ettiği ve mPFC’de aktivasyon artışına sebep olduğunu bildirmiştir. Müzisyenlerin *blues rock* formatında doğaçlama ile formüle edilmiş, yani standart sekanslarının NIRS tekniğiyle karşılaştırılması sonucu, sol dIPFC’nin deaktive olması bulgusunu destekler şekildedir. Ayrıca müzikal doğaçlamanın öğrenilmiş müzik görevine kıyasla dIPFC’de deaktivasyonuna ve mPFC’de artan aktivasyonuna ek olarak lateral orbital PFC’de de yoğun aktivasyona sebep olduğu bulunmuştur. Özetle, müzikal doğaçlamanın prefrontal beyin bölgeleri, pre-SMA, mPFC, PMd, dIPFC ve inferior frontal girus (IFG) alanlarında aktivasyona sebep olacağına dair yaygın bir kanı olduğunu söylemek mümkündür. Sonuç olarak çalışmaların yöntem ve içerik farklılıkları gözetilerek istisnai veriler olsa da literatürdeki ortak kanı; dIPFC’deki aktivasyon azalışının, yaratıcı müzik üretme esnasında bilişsel planlama ve otomatik kontrolün azalışı ile açıklandığı, mPFC’deki aktivasyon artışının ise yaratıcılığı destekleyen bir mekanizma ile çalıştığı şeklindedir.

Bu Noktada Konunun Türk Müziği ile İlişkisi

Türk Müziği’nde yer alan “makam” kavramı ilk kez Abdülkadir Meragi tarafından 15. yüzyılda kullanılmıştır. Meragi’den sonra pek çok musikişinas makama dair tanımlamalarda bulunmuş olsa da makamı kısaca; perde ve aralıklardan oluşan müzikal örüntü üzerinde seyir yapma olarak açıklamak mümkündür. Makam ile doğrudan



ilişkili bir terim olan taksim, Klasik Türk Müziği’nde kullanılan bir tür olup belli bir makam dizisi üzerinde doğaçlama olarak yapılır. Doğaçlama, müzisyenin performansını sergilemesi esnasında kendi sanatsal becerisine bağlı yaratıcılığını kullanarak ortaya koyduğu özgün bir kurgulamadır. Türk Müziği’nde doğaçlamanın türü, performansın etkinliğine göre enstrümantal veya vokal şeklinde olabilir. Vokal türde doğaçlama; Klasik Türk Müziği geleneğinde “gazel”, tasavvuf müziğinde “kaside”, halk müziğinde “uzun hava” adını alır.

Enstrümantal olarak doğaçlamayı “taksim” ile açıklamak mümkündür. Taksim, (Taqsim: Bölmek) anlamına gelen Arapça bir kelime olup; müzikal anlamda Arap ve Klasik Türk Müziği’nde yer alan bir doğaçlama biçimidir. Amacı kendisinden sonra çalınacak olan sözlü veya sazlı eserin makamını tanıtmak olan taksim, zamanla gelişerek Türk sazandelerinin müzikal ve sanatsal ifade şekillerinin en önemli formu haline gelmiştir. Her ne kadar doğaçlama özelliği gösterse de deneyimle tekrarlanmaya bağlı olarak belli nota dizilerini yinelemek bakımından otomatikleşebilir. Taksim türünün doğaçlama mı yoksa kalıplaşmış ezgilerden oluşan melodik bir örgü mü olduğu sorusu önem taşımakta ve

Müzikal yaratıcılığın ölçülmesiyle ilgili olarak karşılaştırılabilir görevlerden biri, öğrenilmiş müzik kalıplarıdır. Öğrenilmiş müzikal ezgiler, yaratıcılığa kıyasla bilişsel süreçlerin yönetilmesiyle fonksiyonel açıdan daha çok bağlantılı olup, mPFC’i harekete geçirir. Yaratıcılıkla ilişkilendirilen süreçlerde ise bilişsel planlamanın ve kontrollü hareketin daha az devrede kalması, dIPFC’in ve lateral orbital PFC bölgelerinin deaktive olması sonucunu doğurur.

bununla ilgili tartışmalar sürmektedir. Bu bağlamda, kalıplaşmış ezgilerden oluşan melodik örüntü, makam üzerinde notalarda gezinme, bir diğer adıyla “seyir” kavramıyla ifade edilebilir. Cinuçen Tanrıkorur’un ifadesiyle seyir; “*Ezgilerin geniş ses aralıklarıyla oradan oraya sıçrayan bir gelişigüzel içinde değil de girişi, gelişmesi ve bitişi belirli olan bir düzen içinde kullanılması Türk müziklerinin temel kurallarından birisidir.*” Taksim yapma esnasında öncelikle kurallı ve belli kalıplardan oluşan seyir aşaması, ardından müzisyenin kendi yaratıcılığını ortaya koyabileceği doğaçlama aşaması gelir.

Taksim bir çeşit irticâî (doğaçlama) bestekârlıktır. Müzisyenin öncelikle ilgili makama dair teorik bilgilerinin sağlam temeller üzerinde olması gereklidir ki, makam geçkileri yapılırken sanatsal ahenk korunsun. Ardından gelen doğaçlama sayesinde özgün bir eser ortaya koyma ise, müzisyenin yeteneği ölçüsünde şekillenir. Bir diğer ifadeyle taksimin bir kısmı müzikal birim ise bir kısmı da doğaçlama becerisidir. Müzik camiasında teorik bilgisi olmasına rağmen pratikte yeterince iyi taksim yapamayan, yeterince iyi beste yapamamasına karşın ahenkli taksim yapabilen ve nitelikli bir bestekar olmasına rağmen yeterince iyi taksim yapamayan kişiler vardır. Buradaki yeterince ifadesinin kullanılması, teorik anlamda istenen müzikal çerçevede yer almasına rağmen dinleyicinin zevk almadığı ve bu sebeple dinlemeyi pek de tercih etmediği kalitedeki müzik icrası kastedilmektedir. Sonuç olarak taksim yapan bir müzisyenin hem teorik anlamda hem de müzikal yaratıcılık anlamında donanımlı olması arzu edilir.

Tekrar nörobiyoloji çalışmalarına geri dönersek, müzikal yaratıcılığın ölçülmesiyle ilgili olarak karşılaştırılabilecek görevlerden biri, öğrenilmiş müzik kalıplarıdır. Öğrenilmiş müzikal ezgiler, yaratıcılığa kıyasla bilişsel süreçlerin yönetilmesiyle fonksiyonel açıdan daha çok bağlantılı olup, mPFC’i harekete geçirir. Yaratıcılıkla ilişkilendirilen süreçlerde ise bilişsel planlamanın ve kontrollü hareketin daha az devrede kalması, dlPFC’in ve lateral orbital PFC bölgelerinin deaktive olması sonucunu doğurur. Yazarların yorumları aradaki fark, doğaçlamanın bilişsel ve motor kontrol sistemlerinde daha büyük bir etkinlik meydana getirdiği şeklindedir.

Yani hala elimizde yeterli bir açıklama bulunmamaktadır. Bu noktada sorumuz şudur; yukarıda değinildiği gibi öğrenilmiş kalıpların icrası ve yaratıcı müzik üretimi arasındaki bu eksik bilgilerin giderilmesinde Türk Müziği’ndeki klasik icra yöntemlerinden biri olan taksim ve onun belirli bir disiplin içerisindeki yaratıcı ve tanımlayıcı biçimleri, müzikal yaratıcılığın kaynaklarını araştırmak için günümüze kadar kullanılan tekniklerden daha iyi bir model olabilir mi?

Kaynaklar

- Akçay, G. (2017, Ocak 07). Zihin Kullanma Kılavuzu-1: Dikkat ve Kısa Süreli Hafıza. *bilimfili.com*: <https://bilimfili.com/zihin-kullanma-kilavuzu-1-dikkat-kisa-sureli-hafiza>
- Akdoğan, O. (1989). Taksim Nedir Nasıl Yapılır? İzmir: İhlas AŞ. İzmir Tesisleri.
- Altınöz, U. (2012, Mart 31). Frontal Lob İşlevleri. *turkpsikiyatri.org*: <http://www.turkpsikiyatri.org/blog/2012/03/31/frontal-lob-islevleri/>
- Aydın, C. (tarih yok). Taksim Nedir? *neyevi.org*: <http://www.neyevi.org/wp-content/nota/taksim.pdf>
- Aziz-Zadeh, L., Liew, S. L., & Dandekar, F. (2012, February 20). Exploring the Neural Correlates of Visual Creativity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8.
- Bangert, M., Peschel, T., Schlaug, G., Rotte, M., Drescher, D., Hinrichs, H., Altenmüller, E. (2006). Shared Networks for Auditory and Motor Processing in Professional Pianists: Evidence from fMRI Conjunction. *NeuroImage*, 917 – 926.
- Beaty, R. E. (2015). The Neuroscience of Musical Improvisation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 108-117.
- Bengtsson, S. L., Ullén, F., Ehrsson, H. H., Hashimoto, T., Kito, T., Naito, E., Sadato, N. (2009). Listening to Rhythms Activates Motor and Premotor Cortices. *Cortex*, 62-71.
- Cañas, J. J., Quesada, J. F., Antolí, A., & Fajardo, I. (2003). Cognitive Flexibility and Adaptability to Environmental Changes Indynamic Complex Problem-solving Tasks. *Ergonomics*, 46.
- Doğan Sevinç, H. (2011). Kültürel Temsile İlişkin İşitsel İfade Yolu Olarak Türk Müziği’nde Taksim. *Porte Akademik Müzik ve Dans Araştırmaları Dergisi*, 221-224.
- Euston, D. R., Gruber, A. J., & McNaughton, B. L. (2013). The Role of Medial Prefrontal Cortex in Memory and Decision Making. *Neuron*, doi: 10.1016/j.neuron.2012.12.002.
- Ferrari, M., Mottola, L., & Quaresima, V. (2004). Principles, Techniques, and Limitations of Near Infrared Spectroscopy. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 463-87.
- Gore, J. C. (2003). Principles and Practice of Functional MRI of the Human Brain. *The Journal of Clinical Investigation*, 4-9.
- Improvisation. London, Ontario, Canada.
- Jäncke, L., Shah, N., & Peters, M. (2000). Cortical Activations in Primary and Secondary Motor Areas for Complex Bimanual Movements in Professional Pianists. *Cognitive Brain Research*, 177-183 .
- Limb, C. J., & Braun, A. R. (2008). Neural Substrates of Spontaneous Musical Performance: An fMRI Study of Jazz Improvisation. *PLoS ONE*, 3:e1679. doi: 10.1371/journal.pone.0001679.

Liu, S., Chow, H. M., Xu, Y., Erkinen, M. G., Swett, K. E., Eagle, M. W., Braun, A. R. (2012). Neural Correlates of Lyrical Improvisation: An fMRI Study of Freestyle Rap. *Scientific Reports*, DOI: 10.1038/srep00834.

Lopata, J. A., Nowicki, E. A., & Joanisse, M. F. (2017). Creativity as a Distinct Trainable Mental State: An EEG Study of Musical Improvisation. *Neuropsychologia*, 246-258.

Lustenberger, C., Boyle, M. R., Foulser, A. A., Mellin, J. M., & Fröhlich, F. (2015). Functional Role of Frontal Alpha Oscillations in Creativity. *Cortex*, 74-82.

Maba, A. (2019). Güncel Yaklaşımlar Çerçevesinde Müzikal Yaratıcılık ve Değerlendirilmesi. *Turkish Studies - Educational Sciences*, 14(3), 681-697.

Mandybur, G. (2018, April). Elektroencephalogram (EEG). Cincinnati, Ohio.

Marron, T. R., Lerner, Y., Berant, E., Kinreich, S., Shapira-Lichter, I., Hendler, T., & Faust, M. (2018). Chain Free Association, Creativity, and the Default Mode Network. *Neuropsychologia*, 40-58.

Meister, I., Krings, T., Foltys, H., Boroojerdi, B., Müller, M., Töpper, R., & Thron, A. (2005). Effects of long-Term Practice and Task Complexity in Musicians and Nonmusicians Performing Simple and Complex Motor Tasks: Implications for Cortical Motor Organization. *Human Brain Mapping*, 345-352.

Onur, D. (2017). Yaratıcılık Kavramı ile İlişkili Kuramsal Yaklaşımlar. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 1535-1552.

Özdemir, T. A., & Levendoğlu Öner, O. (2011). Ud İcra Geleneğinde Cinuçen Tanrıkorur Ekolünün Uzzal Taksim Üzerinden Yansımaları. *İnönü Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi*, 325-337.

Pinho, A. L., Manzano, Ö., Fransson, P., Eriksson, H., & Ullén, F. (2014). Connecting to Create: Expertise in Musical Improvisation Is Associated with Increased Functional Connectivity between Premotor and Prefrontal Areas. *The Journal of Neuroscience*, 6156 – 6163.

Rüber, T., Lindenberg, R., & Schlaug, G. (2015). Differential Adaptation of Descending Motor Tracts in Musicians. *Cerebral Cortex*, 1490–1498.

Sakar, H. M. (2015). “Taksim” in Traditional Turkish Classical Music within the Context of Reflection of Gender on Instrumental Performance. *International Journal of Human Sciences*, 626-647.

Singh, S. P. (2014). Magnetoencephalography: Basic principles. *Annals of Indian Academy of Neurology*, S107–S112.

Tachibana, A., Noah, J. A., Ono, Y., Taguchi, D., & Ueda, S. (2019, November 05). Prefrontal Activation Related to Spontaneous Creativity with Rock Music Improvisation: A Functional Near-infrared Spectroscopy Study. *Scientific Reports*, 9(16044), <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52348-6>.

Tannkorur, C. (2003). Müzik Kültür Dil, İstanbul: Dergah Yayınları.

Toker, H., Turabi, A. H., & Yoram, A. (2010). Türk Taksim Formunda Duraklamanın Sözel Bir Anlatım Olarak Kullanımı, Fonksiyon ve Anlamı. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 117-132.

Umamaheswara Rao, G. S., & Bansal, S. (2017). Chapter 34 - Neurological Critical Care. G. S. Umamaheswara Rao, & S. Bansal içinde, *Essentials of Neuroanesthesia* (s. 595-611). Bangalore, India: Hemanshu Prabhakar.

Yahya Kaçar, G. (2008). Türk Müziği’nde Makam. *İstem*, 145 - 158.

Yener, S. (2004). Bilgisayar Destekli Analiz Yoluyla Geleneksel Türk Sanat Müziği Hicaz Taksimlerinde Kalıplaşmış Ezgilerin Araştırılması. Ankara.

**REÇETENİZE HAP VEYA
ŞURUP DEĞİL,
ŞEFKAT, MERHAMET VE
SEVGİ YAZIYORUM...**



Karikatür: Dr. Orhan Doğan