

Sağlık personeline yönelik şiddet duracak mı?

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Çalışma alanları sağlık sosyolojisi, sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları ve sağlık işletmeciliği konularındadır. Halen Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanı olan Demir, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Günümüz Türkiye'sinde ve hatta dünyada hastanelerdeki şiddet veya hasta, hasta yakınları, sağlık personeli tartışmalarının sıklıkla gündemde yer almasındaki en büyük etken, hiç kuşkusuz geleneksel medya ve internet medyadaki gelişmelerle paralellik göstermektedir. İnternet ve diğer iletişim olanakları ile yaşanan olayların görsel olarak paylaşılması veya çeşitli sosyal medya araçları ile dolaşıma sokulması kitlesel bir duyarlılık oluşturabilmektedir. Hastanelerden hizmet alan hastaların, personelin veya bir hasta yakınının yaşanan arbedeleri cep telefonu ile kaydederek basınla paylaşması neticesinde mevcut yaşanmış şiddet tüm halkı ilgilendiren bir olay haline gelmektedir.

Şiddet insan hayatının her döneminde kendine yer bulmasına rağmen dünya, bunu insanlığın bir parçası olarak kabul etmek zorunda değildir. Ancak şu da bir gerçek ki her yıl 1,5 milyona yakın insan öldürülmek suretiyle bu dünyadan göç etmektedir. Ayrıca şiddet, 15-44 yaş arası insanların ölüm sebepleri arasında en önde gelmektedir. Bunu önleyebilen herhangi bir mekanizma da bugüne değin bulunmuş değildir.

İlk defa 1864 yılındaki Cenevre Antlaşmasıyla savaşan taraflar, savaş sırasında sağlık personeline doğrudan saldırı olmayacağı konusunda bir diğerine garanti vermişti. Ancak savaşta bile saldırmazlık sınırları içinde yer alan sağlık kuruluşlarının personeli hizmet sunduğu hastaların bir kısmının saldırısına uğramaktan kurtulamıyor. İşyerlerinde yaşanan şiddet ve saldırganlık olaylarının büyük çoğunluğu da sağlık tesislerinde yaşanmaktadır.

Tarih boyunca şiddetin çeşitli gerekçe-

lerle uygulandığına şahit olunmuştur. Bu gerekçeler, ganimet elde etme, prestij kazanma, işgal, fetih ve benzeri bir çok hususu içermektedir. Dolayısıyla şiddetin ölçeği ve türü paylaşılamayan nesne veya durumun kendisine göre değişebilmektedir. Gençler arası şiddet, aile içi şiddet, silahlı şiddet veya savaş... Geride bırakılan tarihsel dönemler de dahil olmak üzere şiddet uygulanması hiçbir zaman tarih sahnesinden eksik olmamıştır. Öte yandan, şiddet, tarih yazıcılarının nerede konumlandığına bağlı olarak farklı adlandırılır olmuştur. Örneğin, büyük devletlerin tarihinde savaş/şiddet tanımı tarihi yazanın bulunduğu konuma göre fetih, zafer veya barbarlık olarak adlandırılmıştır. Dolayısıyla, tarihin ilk topluluklarından günümüz modern toplumlarına uzanan skalada şiddetin eksik olmadığını söyleyebiliriz.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) 49. Dünya Sağlık Asamblesi 1996 yılında "şiddet"i dünya genelinde temel ve büyüyen bir halk sağlığı problemi olarak ilan etti. WHO yaptığı "şiddet" tanımı ise, kendi dışında bir kişi veya gruba karşı fiziksel güç veya kuvvet kullanımını öne çıkartmaktadır. Dolayısıyla şiddet olgusu kendi başına güç kavramıyla beraber kullanılır olmuştur. Güç kullanımı ise asimetrik bir etkileşimden tezahür etmektedir. Bu tanımın önemli olmasına karşın "şiddet kullanımının" kültürel karşılığının ihmal edilmesi dikkat çekmektedir. Çünkü tanıtımda kategorize edilen "şiddet" davranışı onu uygulayan kişi veya grup tarafından şiddet olarak görülmeyebilmektedir. Bu yönüyle iki taraflı bir süreç konusu olduğundan şiddeti uygulayan ve ona maruz kalanlar açısından ele alınması gereken temel bir olgu karşımızda durmaktadır.

Şiddeti önleme ve onunla mücadele yolunda da çeşitli adımlar atılmaktadır. Bu adımlar şiddeti önlemeye yeter mi bi-

linmez ancak, sağlık personeline yönelik ortaya çıkan şiddet davranışının ayrıca cezalandırılacak olması Türkiye için yeni bir yaklaşımdır. Kanunların suçu önlemeye yönelik etkileri konusunda Türkiye'de cezaevlerinde şiddet nedeniyle yatmakta olan kişi sayıları bize kanunların şiddetin nasıl cezalandırıldığını göstermektedir. Adam öldürme: 27.700, Yaralama: 13.103, Adam öldürmeye teşebbüs: 2.114, Gasp: 15.958. Bu sayılar kendi içinde de alt türlerine ayrılabilir. Buradan bir kez daha anlıyoruz ki; kanun, şiddeti önleyen değil, şiddet uygulamanın cezasını tanımlayan bir enstrümandır.

Ülkemizde 2013 yılında TCK'ya eklenen yeni maddelere göre sağlığa şiddet uygulanması cezai müeyyide öngören bir durum haline gelmiştir. Böylece şiddetin cezası ve etkileri de uzun vadede yeterli düzeyde analiz edilebilecektir. Bu çerçevede, bir kez daha bu şiddetin kavramsal düzeyde tasnifi ve nedenleri üzerine eğilmek gerekmektedir.

Çok basit düzeyde ve de kavramsal olarak şiddet, üç şekilde tezahür etmektedir. a) kişinin kendisine yönelik şiddet: intihar veya intihar girişimleri buna örnektir. b) Kişilerarası şiddet: iki veya daha fazla kişi arasında yaşanan ve kişilerin birbirini tanıma zorunluluğu bulunmayan şiddet türüdür. c) Kollektif şiddet: Gruplar arası yaşanan şiddet türüdür.

Sağlık sektörü özelinden bizi ilgilendiren ise, "kişilerarası şiddet"tir. Sağlık personeline yönelik uygulanan şiddet türü "kişilerarası şiddet" türü içinde değerlendirilmektedir. Bu şiddet türü son yıllarda ülkemiz gündeminin ön sıralarda yer alan bir konu olagelmıştır. Hizmetin niteliğine binaen kitle iletişim araçlarında da önemli bir yer tutmuştur.

Google arama motoruna "doktoru

dövdüler” şeklinde anahtar kelime girilince 178.000, “doktora şiddet” yazınca 768.000 sonuç çıkmaktadır. Bu noktada, “küresel halk sağlığı problemi” tespitiyle başlayan WHO (Dünya Sağlık Örgütü’nün) yaklaşımına hak vermemek elde değil. Kısa bir taramayla, konuyla ilgili çeşitli haberler incelendiğinde ise;

a) “**Hasta yakınları doktoru öldüresiye dövdüler**: Doğum yaptıktan sonra yaşamını yitiren 22 yaşındaki ...’ın yakınları tarafından saldırıya uğrayarak dövülen ve hayati tehlikesi bulunan doğum uzmanı doktor X, yoğun bakımda tutulurken,”

b) “**Soruyu beğenmeyip doktoru dövdüler!** Antalya Manavgat’ta hasta yakınları bir doktoru darp etti, bir acil tıp teknikerinin ise boğazını sıktı.”

c) “**Yedi aylık hamile doktoru dövdüler**: Elazığ’da bir hasta yakını, 7 aylık hamile kadın doğum uzmanı X’i döverek, karnına tekme attı.”

d) “**Doktoru ve hemşireyi tekme tokat dövdü!**: Hastanede dayak kamerada! Doktor ve hemşireyi tekme tokat dövdü! Adana’da, özel bir hastanede 51 yaşındaki X, kendisini beklettiği iddiasıyla doktor ile hemşireyi oğlu M. ile birlikte dövdü. Doktorun omuzu çıktı. Hasta baba ile oğlu gözaltına alındı.”

Benzer durumlar yurtdışında da yaşanmaktadır.

e) Johns Hopkins hastanesinde bir cerrah, hasta yakını tarafından vuruldu...

f) New York’ta bir hastanede hasta yakını kırık sandalye bacağıyla hemşireyi dövdü...

g) Psikiyatri bölümünde görevli personel ölümcül bir saldırıya maruz kaldı...

Bu haberlerin ortak özelliği; sağlık personelinin hastaya hizmet sunduktan veya hizmet sunumu esnasından hasta veya yakınından şiddet görmesidir. Bu durumun patolojik bir özellik taşıdığı muhakkak zira kendisine hizmet sunmak için görevi başında bekleyen bu meslek erbablarına şiddet uygulamanın hiçbir rasyoneli bulunmamaktadır. Dolayısıyla sağlık tanımının sadece hasta için değil onunla birlikte bulunan hasta yakınlarını da içine alacak şekilde bir yeniden tanımlama yoluna gidilmesi de düşünülmelidir.

Bir başka bakış açısından, hasta ile birlikte sağlık kurumlarına giden yakınlarının bu şiddete başvurmasını “haklı” çıkaracak bir nedenin bulunduğu ortaya konabilir mi? Bugüne değin saldırganların konuya ilişkin ortaya koydukları yaklaşımlar bunu destekler niteliktedir. Hasta veya yakını için kendi durumunda değişiklik oluşturmayan sağlık hizmeti, gerilim kaynağı olabilmektedir. Bu duruma rağmen sağlık personeli ile iletişime devamı halinde de öncelikle sözel şiddet daha sonra da fiziksel şiddet olayları yaşanmaktadır.

Diğer bir önemli husus, hasta yakınının hizmet sunum süreçlerinin tümüne tanıklık etmesi ve de bu hizmetlerde adeta yardımcı bir sağlık personeli veya hasta bakıcı personel gibi hizmet sunumunun bir parçası haline geldiği durumlarda gerilim ve akabinde çatışma kaçınılmaz hale gelmektedir.

Sağlık kurumlarında yukarıda yer verilen ve benzer diğer şiddet olayları/çatışmalar büyük ölçüde acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde yaşanmaktadır. Bu nedenle, hastaneler söz konusu birimlerde güvenlik personeli istihdamını artırmaktadırlar. Özellikle acil servis personeli hasta ve yakını ile doğrudan iletişimde olduğundan olası bir şiddet olayına maruziyet oranı artmaktadır.

Şiddet olayı, açık bir çatışma olgusu olarak değerlendirilmelidir. Çünkü hasta/hasta yakını ile sağlık personeli arasında yaşanan sorun bir çatışma türüdür. Bu durumda yapılacak sağlıklı bir değerlendirme, hasta/hasta yakını ve sağlıkçı personelin etkileşim sürecinde ortaya çıkan olumsuzlukların, çatışmaların doğru analiz edilmesini sağlamalıdır. Gazete haberleri ve diğer yayınlar incelendiğinde hasta ve/veya yakınları ile sağlık personeli arasında yaşanan bu şiddet/çatışma türünün “gerçekçi olmayan” bir çatışma olduğu yolunda kuvvetli kanıtlar bulunmaktadır. Bu çatışma türü, çıkar, değer ve algı temelli anlaşmazlıkların dışında kalan ve daha çok tarafların iletişimde kullandıkları dil ve mekândan kaynaklanan anlaşmazlıklardır.

Birinci elden yapılan gözlemlerde hasta yakınlarının ciddi serzenişlerinin temelinde kendisine yeterli zaman ayrılmadığı argümanı öne çıkmaktadır. Hekimin ve de sağlık personelinin kısa zaman dilimi içinde başvuran hastaların tümüne bakma baskısı mevcut hastalar ile sorun yaşamasının ana sebeplerinden birisi gibi görünmektedir. Hastalar veya yakınları ile etkili bir iletişim kurulamaması, hastalığın oluşturduğu stresi azaltacak bilgi ve moral desteğinin yetersiz gelmesi de sebeplerden biridir.

Sonuç ve öneriler

Ülkemizde ve gerekse dünyada sağlık kuruluşlarında şiddeti sona erdirmenin tek ve kesin bir yolu bulunmamaktadır. Çatışma sosyal ilişkilen bizatihi doğasından yer alan bir husus olmasından dolayı bunun neticesinde ortaya çıkabilecek bir şiddet olayı da tabiatı itibarıyla kaçınılmaz olabilecektir. Kaçınılmaz olan çatışma olgusunu yönetmek ve baş edilebilir düzeyde tutmak gerekmektedir. Bu nedenle şiddeti veya saldırıları azaltmak için kısa, orta ve uzun vadede etkili olabilecek projeler üretilmelidir. Sağlık tesislerinde hasta penceresinden gecikme, hatalar ve çok beklemek gibi mağduriyet olarak adlandırılacak durumları azaltacak

önlemler geliştirilmelidir. Acil servisler hasta ve yakınlarını mağdur etmeyecek etkili bir triyaj sistemi uygulanmalıdır. Hasta yakınlarının tanı ve tedavi sürecinde yükünü azaltacak şekilde “hastaya yardımcı personel” istihdamının özellikle devlet hastanelerinde artırılması sağlanmalıdır. Çünkü hasta yakınları için, hastasından kaynaklı moral bozukluğu ve de gerilim yanında tanı, tedavi süreçlerine işgücünden yararlanan adeta bir eleman gibi birinci elden tanıklık gerilim sebebi olmaktadır. Özellikle acil servislerde bu niteliğe haiz personel sayısının başvuruda bulunan hastalardan kendi işlemlerini yardım almadan sonuçlandırma imkânı bulunmayanların oranı dikkate alınarak istihdamı artırılmalıdır. Maliyet baskısı ve şiddet olgusu arasındaki tercih şiddeti azaltmak için maliyete katlanmak yönünde olmalıdır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının bu maliyetin yükünü paylaşmaları sağlanmalıdır. Acil servis hizmetlerine ödeme noktasında bu yönde hükümler getirilebilir. Hasta ve yakını, hastalık hakkında yeterli ve zamanında, doğru bir şekilde bilgilendirilmelidir. Hasta yakınları için imkânları artırılmış bekleme alanları oluşturulmalıdır. Fiziksel çatışma yaşanması ihtimaline karşı yeterli sayıda güvenlik görevlisi istihdamı sağlanmalıdır. Poliklinik ve acil servislerin büyüklüğüne bağlı olarak güvenlik görevlisi sayısı belirlenmelidir. Sağlık personelinin eğitim programına kişilerarası ilişkiler ve iletişim dersi konulmalıdır. Halen çalışanların ise, hizmet içi eğitimlerle hasta ve yakınları ile iletişim konusunda eğitime alınması sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları ile doğrudan iletişimde bulunan hiçbir meslek grubu bu eğitimlerden muaf tutulmamalıdır. Güvenlik ve diğer yardımcı hizmetlerle (temizlik vb.) görevli personeller de verdikleri hizmete uygun eğitime alınmalıdır. Özellikle sağlık personeline, acil servise başvuran hastaların yakını başta olmak üzere öfkeli insanların yönetimine dair eğitimler verilmelidir. Hastalara hak ve sorumluluklarını da içerecek şekilde şiddet konusunda kamu spotları hazırlanmalıdır. Hastane idareleri özellikle acil servislerde sağlık personeli başına düşen hasta sayısını azaltmak yönünde adımlar atmalıdır. Burada görevlendirilen sağlık personeli ve bakılan hasta sayısında optimum düzey tutturulmalıdır.

Kaynaklar

Demir Bayram, Demir Mehmet, (2010) “Hastanelerde Gerilim/Çatışma/Şiddet Ve Çözüm Yolları” Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.

Gates, D.M. (2004), *The Epidemic of Violence Against Healthcare Workers*, *Occup Environ Med*, 61:649–650.

WHO, (2002), “*World Report on Violence and Health*”, Geneva.

WHO, (2010) “*Violence Prevention the Evidence*”, Geneva.

www.yeniyaklasimlar.org/m.aspx?id=5157 (Erişim tarihi: 15.03.2014)