

# 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, ezberle gelen 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 iş 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 başladığı görülmektedir. (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 yayımlar 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 basamaktakilerden, 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 şiddetli yaklaşımları” 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 küçümsenmemesi, 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 saygınlık, konfor ve sosyal çevre özelliklerinin sistem içerisinde de 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 kapsamı 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 ambulatuvar 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 kaldırmaya 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](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](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, Usuba 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.saglikсен.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 Ozcan 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, Usuba 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.