



BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ALANINDAKİ ŞİDDETİN
SOSYOLOJİK ANALİZİ: BİNGÖL VE ELAZIĞ
ÖRNEĞİ

Nizamettin AVANOZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Mehmet ANIK

BİNGÖL – 2022

BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ALANINDAKİ ŞİDDETİN
SOSYOLOJİK ANALİZİ: BİNGÖL VE ELAZIĞ
ÖRNEĞİ

Nizamettin AVANOZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Mehmet ANIK

**Bu çalışma [BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ BAP KOORDİNASYON BİRİMİ]
tarafından [BAP-FEF.2021.007] nolu Yüksek Lisans tez projesi olarak
desteklenmiştir.**

BİNGÖL - 2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İçindekiler	I
Bilimsel Etik Bildirimi	III
Tez Kabul Ve Onay	IV
Önsöz	V
Özet	VI
Abstract.....	VII
Kısaltmalar Listesi	VIII
Tablo Listesi.....	IX
Şekil Listesi	X
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1 Bir Olgu Olarak Şiddet ve Toplumsal Boyutları.....	4
2.2 Sosyal Teoride Şiddet ve Sağlık.....	8
2.3 Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık Alanında Şiddet	37
2.3.1 Bir Alt Disiplin Olarak Sağlık Sosyolojisinin Gelişimi.....	37
2.3.2 Sağlık Alanında Şiddet.....	48
2.3.3 Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Alanındaki Şiddetin Boyutu.....	56
3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	72
3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	72
3.2 Araştırma Konusuyla İlgili Literatür Taraması	73
3.3 Araştırmanın Problemi	79
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	80
3.5 Araştırmanın Veri Toplama Tekniği	83
3.6 Araştırmanın Verilerinin Analizi.....	85
4. BULGULAR VE BULGULARIN YORUMLANMASI.....	87
4.1 Katılımcıların Demografik Bilgileri	87
4.2 Sağlık Alanındaki Şiddete İlişkin Görüşler	90
4.2.1 Şiddete İlişkin Değerlendirmeler	91
4.2.2 Maruz Kalınan Şiddet Türü.....	100
4.2.3 Şiddete Karşı Verilen Tepki.....	113

4.2.4	En Çok Şiddet Vakası Görülen Birimler.....	117
4.2.5	Çatışma Alanları.....	125
4.3	Sosyo-Kültürel Çevre ve Şiddet İlişkisine Yönelik Görüşler.....	154
4.4	Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar	175
4.4.1	Beyaz Kod ve SABİM Hakkındaki Görüşler.....	176
4.4.2	Yasal Düzenlemelere İlişkin Görüşler	182
4.4.3	Şiddetin Önlenmesine Yönelik Öneriler	187
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	200
	KAYNAKÇA	211

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığım *Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği* adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlanmasına kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

30/5/2022

Nizamettin AVANOZ

TEZ KABUL VE ONAY

BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Nizamettin AVANOZ tarafından hazırlanan *Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği* başlıklı bu çalışma, [Savunma Sınavı Tarihi] tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda [oybirliğiyle] başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sosyoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Enver Sinan MALKOÇ İmza:
Danışman : Prof. Dr. Mehmet ANIK İmza:
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Behçet KALDIK İmza:

ONAY

Bu Tez, Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun/...../2022 tarih ve sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet Zahir ERTEKİN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği başlıklı çalışmanın konusunu, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın her safhasında bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, hem maddi hem de manevi olarak desteklerini benden esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam *Prof.Dr.Mehmet ANIK*'a teşekkürü bir borç bilirim. Bu süreçte beni destekleyen değerli arkadaşım *Yusuf AYDEMİR*'e de ayrıca teşekkür ederim. Eğitim hayatım boyunca yetişmemde katkısı olan ve beni destekleyen tüm hocalarıma; tezin saha araştırması aşamasında katkılarını esirgemeyen kıymetli katılımcı sağlık çalışanlarına da ayrıca teşekkür ederim.

Çalışmamı tamamlamam konusunda moral ve motivasyonumu üst düzeyde tutmama yardımcı olan aileme şükranlarımı sunarım.

30/5/ 2022

Nizamettin AVANOZ

ÖZET

Tezin Başlığı : SAĞLIK ALANINDAKİ ŞİDDETİN SOSYOLOJİK ANALİZİ: BİNGÖL VE ELAZIĞ ÖRNEĞİ

Tezin Yazarı : Nizamettin AVANOZ

Danışman : Prof. Dr. Mehmet ANIK

Anabilim Dalı: SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

Bilim Dalı : SOSYOLOJİ BİLİM DALI

Kabul Tarihi :

Sayfa Sayısı : IX (ön kısım) +233 (tez) + 1 (ekler)

Gündelik hayatın farklı alanlarında ve farklı biçimlerde karşımıza çıkan olgulardan biri olan şiddetin; toplumsal olguları analiz etme, bu olgularla ilgili sorunları tespit etme ve çözüm üretme iddiasıyla ortaya çıkmış bir bilim olan sosyoloji çerçevesinde ele alınıp değerlendirilmesi önemlidir. Şiddet olgusu sosyal bilimler literatüründe ağırlıklı olarak devlet şiddeti ya da toplumsal değişim ekseninde ele alınmış olsa da şiddetin farklı türlerine olan bilimsel ilgi son senelerde giderek artmaktadır. Gündelik hayat içerisinde şiddetin ortaya çıktığı alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Koronavirüs kaynaklı pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatında gösterdikleri mesleki özveri toplumun büyük kesimi tarafından takdirle karşılanırsa da bu süreçte sağlık çalışanlarına yönelik pek çok farklı şiddet olgusu hala yaşanmaya devam etmektedir. Sosyolojinin ihmal edilmiş alt disiplinlerinden biri olan sağlık sosyolojisi alanındaki bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti sosyolojik boyutlarıyla analiz etmektir. Nitel araştırma olarak tasarlanan çalışmanın uygulama kısmı Bingöl ilinde ve Elazığ illerinde gerçekleştirilmiştir. Bingöl ve Elazığ'da çalışan farklı birimlerdeki sağlık çalışanları ile yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği aracılığıyla toplamda 38 kişiyle elde edilen veriler MAXQDA programında analiz edilmiştir. Amaçlı ve kartopu örnekleme teknikleri tercih edilmiştir. Ayrıca elde edilen verilerden yola çıkarak, bu sorunun çözümü konusunda uygulanabilir bir takım çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sosyolojisi, Şiddet, Sağlık Alanında Şiddet, Toplumsal Şiddet

ABSTRACT

Title of the Thesis: SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF VIOLENCE IN THE HEALTHCARE FIELD: THE EXAMPLE OF BİNGÖL AND ELAZIĞ	
Author	: Nizamettin AVANOZ
Supervisor	: Prof. Dr. Mehmet ANIK
Department	: Sociology Department
Sub-field	:
Date	:
<p>It is important to analyse violence, which is one of phenomena that we encounter with its different forms in the different parts of daily life, within the framework of sociology, which is a social science that emerged with the claim of analysing social phenomena, identifying the problems related to these phenomena and finding solutions to eliminate these problems. Although the phenomenon of violence has been mostly addressed in social sciences within the axis of state violence or social change, scientific interest in different types of violence has been increasing in recent years. One of the fields where violence occurs in daily life is the healthcare field. Although the professional devotion shown by healthcare professionals in their working life during the pandemic process caused by Covid-19 is appreciated by the majority of the society, many different cases of violence against healthcare professionals still continue to occur. The aim of this study in the field of medical sociology, which is one of the usually-ignored sub-disciplines of sociology, is to analyse the violence against healthcare workers with its sociological dimensions. The fieldwork of this study designed as a qualitative research carried out in Bingöl and Elazığ. The absence of any previous study on this subject in these two cities increases the original value of this study. The data of the study is obtained through semi-structured interviews with healthcare professionals in the different health units in the two cities aforementioned. It is aimed to contribute to the relevant scientific literature on this subject by analysing the this data. In addition, after the analysis of the obtained data, it is also aimed to suggest a number of applicable solutions to eliminate this problem.</p>	
Key Words: Sociology of health, Violence, Violence in the healthcare field, Social violence	

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
CİMER	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HES	Hayat Eve Sığar Uygulaması
HSAC	Sağlık Hizmetleri Danışma Komitesi
ILO	Dünya Çalışma Örgütü
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Cooperation and Development)
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TTB	Türk Tabipler Birliği
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YY	Yüzyıl

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
<i>Tablo 4.1:Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler.....</i>	<i>87</i>
<i>Tablo 4.2: Sağlık Alanındaki Şiddete İlişkin Görüşler Temasında Katılımcıların Vurguladıkları Kodların Bingöl ve Elazığ İlindeki Yoğunluk Dağılımı.....</i>	<i>153</i>
<i>Tablo 4.3: Katılımcılara Göre Sosyo-Kültürel Çevre ve Şiddet İlişisine Yönelik Görüşler Temasının Kodlarına Yönelik Vurgu Yoğunluğunun İllere Göre Dağılımı</i>	<i>174</i>
<i>Tablo 4.4: Katılımcılara Göre Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar Temasında Katılımcıların Yoğun Olarak Vurguladıkları Kodların İllere Göre Dağılımı</i>	<i>198</i>

ŞEKİL LİSTESİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa</u>
<i>Şekil 4.1: Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği Konusuna Ait Temalar.....</i>	<i>89</i>
<i>Şekil 4.2: Sağlık Alanındaki Şiddete İlişkin Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli.....</i>	<i>90</i>
<i>Şekil 4.3: Sosyo-Kültürel Çevre ve Şiddet İlişisine Yönelik Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli</i>	<i>154</i>
<i>Şekil 4.4: Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli</i>	<i>175</i>
<i>Şekil 4.5: Tüm Katılımcıların Temalar Üzerinde Yoğun Olarak Vurguladıkları Kodları Gösteren Kod Bulutu</i>	<i>198</i>

1. GİRİŞ

Şiddet, insan yaşamının farklı alanlarında geçmişten günümüze görülen temel olgulardan biridir. Şiddet, karşı çıkılan ya da istenmeyen bir olgu olsa da toplumsal alanda farklı türlerde ve farklı boyutlarda yaygın yaşanan bir durum olabilmektedir. Şiddet olayları karşısında pek çok insanın hayatını kaybettiği ve milyonlarca insanın şiddetin sonuçları karşısında çaresizlik içerisinde kaldığı bilinmektedir. Günlük yaşam içerisinde maruz kaldığı eylemin şiddet olduğunu bilmeyen insan sayısı az değildir. Birçok insan, maruz kaldığı eylem karşısında nasıl tepki vereceğini ya da ne şekilde bir tutum sergileyeceğini bilmemektedir. Dolayısıyla yaşadıkları duruma karşı pek çok insan kayıtsız kalabilmektedir. Şiddet olgusundan bahsedilirken üzerinde durulması gereken hususlardan biri de şiddetin kültürel boyutudur. Kültür ve içinde bulunulan sosyal yapı, şiddeti anlamak ve anlamlandırmak açısından önem arz etmektedir. Dolayısıyla şiddeti; yaşandığı ortam, mevcut koşullar ve hâkim kültürle ilişkisiyle bir bütün olarak ele almak, şiddetin toplumsal tezahürlerini anlamak açısından faydalı olacaktır.

Şiddet, yaygın olarak fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, sözel şiddet, cinsel şiddet vb. türlere ayrılmaktadır. Bu türler dışında şiddetin aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuklara yönelik şiddet, flört şiddeti, işyeri şiddeti gibi birçok farklı türlerinden bahsedilmektedir. Ayrıca ırksal ya da etnik şiddet, dinsel şiddet ya da sınıfsal şiddet gibi pek çok farklı şiddet türlerinin günümüzde tartışma konusu olması, bu konunun ele alınış biçiminde ortaya çıkan bir diğer çeşitliliği göstermektedir. Şiddetin en yaygın olarak bilinen türü ve ilk akla gelen biçimi fiziksel şiddettir. Bu şiddet türünün dışındaki şiddet türleri bazen ikinci planda kalabilmektedir. Oysaki bazen göz ardı edilen sözel şiddet, psikolojik şiddet, simgesel şiddet vb. diğer şiddet türlerinin şiddete maruz kalan birey üzerinde ciddi olumsuz etkisi olabilmektedir. Yaşandığı alana göre sınıflandırılan şiddet olayları kendi içerisinde spesifik özellikler barındırabilmektedir. Şiddetin ortaya çıktığı alanlardan biri de işyerinde şiddet örneği olarak sağlık alanındaki şiddettir. Bu konuda çeşitli yasal düzenlemeler yapılsa da dünyada ve Türkiye’de sağlık alanındaki şiddet oranlarında ciddi bir artış yaşanmaktadır.

Sağlık alanındaki şiddete en fazla hemşire ve hekimler maruz kalsa da sağlık alanında hizmet veren diğer personellerin de maruz kaldıkları şiddet olaylarında ciddi artış yaşanmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet olayları hem işyeri ve hizmet sektörü olması açısından hem de niteliği itibarıyla kendi içerisinde spesifik özellikler ve problemler barındırması bakımından geniş çerçevede ele alınması gereken bir alan olma özelliğine sahiptir. Küresel çapta etkileri olan Covid-19 pandemi sürecinin etkisiyle birlikte sağlık çalışanları özveri ve sabırla verdikleri mücadeleden dolayı toplum tarafından genelde takdir edilmektedirler. Buna karşın sağlık alanında özellikle belli birimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bu süreçte de devam ettiği görülmektedir. Şüphesiz bu durum, sağlık alanında hizmet veren personelin moral ve motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet hasta ve hasta yakınlarından gelebildiği gibi başka bir sağlık çalışanından da gelebilmektedir.

Şiddet olayları toplumsal açıdan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık alanında yaşanan şiddet, toplumsal sorunların ele alındığı temel alan olan sosyolojinin ilgilendiği konulardan biridir. Özellikle uzun süredir Türkiye’de sosyolojinin ihmal edilmiş alt disiplinlerinden biri olan sağlık sosyolojisi alanında yer alan bu çalışmanın amacı sağlık alanındaki şiddeti sosyolojik boyutlarıyla analiz etmektir. Sağlık alanında yaşanan şiddet konusunda birçok anabilim dalında yapılmış çalışmalar mevcuttur. Türkiye’de yükseköğretim kurumlarındaki herhangi bir Sosyoloji Anabilim Dalı’nda sağlık alanında yaşanan şiddet konusuyla ilgili yapılmış bir çalışmanın yer almadığı görülmektedir. Diğer disiplinler alanında bu konuda yapılmış çalışmaların genel olarak nicel çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu nicel çalışmalara bakıldığında, Elazığ ve Bingöl ili kapsamında gerçekleştirilmiş herhangi bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. “*Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği*” başlıklı bu çalışma, nitel araştırma biçimlerinden yarı-yapılandırılmış mülakat tekniğiyle, Bingöl ve Elazığ illerinde hizmet veren çeşitli sağlık kuruluşlarındaki meslek elemanlarından elde edilen verilerin analizine dayanmaktadır.

Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmanın kuramsal ve kavramsal çerçevesi üzerinde durulmuştur. Bu başlık altında genel olarak şiddetin nasıl tanımlandığı, şiddet türleri, şiddetin toplumsal boyutları üzerinde durulmuş ve

şiddetin birey ve toplum üzerindeki etkilerine kısaca yer verilmiştir. Bu kısımda şiddetin sadece ölçülebilir tarafıyla değil; yani fiziksel şiddet noktasında ele alınmaması gerektiği, fiziksel şiddet dışındaki diğer şiddet türlerinin önemi üzerinde durulmuştur. Ayrıca şiddetin muğlak bir kavram olduğu ve tanımlanma noktasında kültürden kültüre değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Sosyal teoride şiddet olgusunun yaygın olarak hangi perspektiflerde ele alındığı araştırma konusu açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda sosyal teoride Karl Marx, Max Weber, Hannah Arendt, Michel Foucault, Walter Benjamin, Jacques Derrida, Pierre Bourdieu, John Keane ve Norbert Elias gibi düşünürlerin şiddet konusuna yaklaşımları üzerinde durulmuştur. Araştırmanın bu bölümünde tıp ve beden sosyolojinin yaklaşımları ile sağlık sosyolojisi ilişkisi anlatılmaya çalışarak tıbbın beden üzerindeki denetleyici etkisi üzerinde durulmuştur. Bu konuda tıba ve tıp uygulayıcılarına yönelik eleştirilerden bahsedilerek, sağlık alanında yaşanan şiddet ile ilişkisi dile getirilmiştir. Bu bölüm içerisinde, sağlık sosyolojisi ve sağlık sosyolojisinin tarihsel gelişimi üzerinde ana yönleriyle durulmuş ve bu alt disiplin çerçevesinde şiddet konusu üzerinde durulmuştur. Ayrıca dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutlarına çeşitli örnekleriyle dikkat çekilerek, Türkiye’de sağlık alanında yaşanan problemler üzerinde durulmuştur. Bütün bunların yanı sıra Türkiye’de yaşanan sağlık çalışanlarına yönelik yasal düzenlemelere dikkat çekilerek konunun önemi vurgulanmıştır.

Bu çalışmanın ikinci bölümünde, araştırmanın metodolojisi üzerinde durulmuştur. Bu kısımda, yapılan çalışmanın amacı ve önemi, araştırmanın evren ve örnekleme, bu çalışmayla ilgili literatür taraması ve yapılan araştırmanın özgün tarafları, araştırmanın veri toplama tekniği ve analiz biçimi gibi hususlar üzerinde tek tek durulmuş ve bunlara dair açıklamalara yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümü, araştırmada elde edilen bulguların analizine dayanmaktadır. Araştırma sürecinde elde edilen veriler MAXQDA programı aracılığıyla değerlendirilmiş ve sağlık alanında yaşanan şiddet, sosyolojik açıdan analiz edilerek, veriler rapor haline getirilmiştir. Böylece sağlık alanındaki şiddet ile ilgili sorunun çözümüne yönelik somut ve uygulanabilir bazı çözüm önerileri sunularak, Bingöl ve Elazığ illeri kapsamında gerçekleştirilmiş çalışma ile ilgili literatüre bilimsel katkı sunulmak istenmiştir.

2. KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Bir Olgu Olarak Şiddet ve Toplumsal Boyutları

Şiddet insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. Bu yönüyle geçmişte de günümüzde de üzerinde çokça tartışma yürütülen bir konu olma özelliğini sürdürmektedir. Şiddet kavramına yönelik oldukça farklı tanımlamalar yapılsa da bu kavramın muğlak özellikler taşıdığı bilinmektedir. Zira şiddete yönelik farklı açılardan tanımlar ve bu tanımlar içerisinde de çeşitli tasnifler yapılmaktadır. Yaşanan toplumsal alana göre şiddet türlerinin; ırkçı şiddet, dinsel şiddet, aile içinde şiddet, okulda şiddet ya da iş-yeri şiddeti gibi tasniflere ayrıldığı söylenebilir. Bu konuda daha sık başvurulan tasnif biçimi ise, şiddetin nasıl bir eylem biçimi olarak kendini gösterdiğiyle ilgilidir. Bu noktada fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, sözel şiddet, cinsel şiddet ya da ekonomik şiddet gibi ayrımlar yapılmaktadır. Dolayısıyla zamanına, yerine, kime karşı ya da nasıl gerçekleştiğine göre farklı şiddet biçimleri ifade edilmektedir. Farklı biçimlerde kendini gösteren bu şiddetin bireysel ve toplumsal boyutlarının var olduğu söylenebilir.

Şiddetin kendisinin farklı disiplinlere konu olduğu açıktır. Biyoloji, tıp, psikoloji, sosyoloji, sosyal hizmet, antropoloji, hukuk ve psikiyatri gibi disiplinler altında farklı açılardan şiddet olgusunun incelenmesi, bu kavramın karmaşık ve çok boyutlu yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Birçok değişkenle ilişkili olan şiddetin sosyal, kültürel, ekonomik, demografik, aile, eğitim, toplumsal yapı vb. ile sıkı ilişki içinde olduğu ve bunun açıklığa kavuşturulmasının önem arz ettiği düşünülmektedir. Bireylerin ilişkilerinin düzenlenmesinde kültürel kodların önem arz ettiği bilinmektedir. O halde hem şiddetin gerçekleşme sebeplerinde hem de şiddete yönelik önerilen ve geliştirilen çözüm önerileri konusunda durumun kültürel öğelerle ilişkisinden bahsetmek gerekir. Şiddetin medya, aile yapısı, sosyalleşme süreçleri gibi boyutlarına bakıldığında sosyolojik çalışmalarla ilgisi ortaya çıkmaktadır (Kızmaz, 2006: 248-249). Toplumların sürekli değişmesinin etkisiyle birlikte, şiddet olgusunda ya da bu olgunun ortaya çıkış biçimi ve niteliklerinde de değişimler olabilmekte ve bu değişim kendini farklı şekillerde göstermektedir (Ünsal, 1996: 34). Şiddet eylemleri, bu eylemlerin nicelik ve nitelikleri, kültürel ve kurumsal alandaki gelişmelerden ve değişimlerden yakından etkilenmektedir. Tarihsel ya da arkeolojik açıdan

incelendiğinde, başvurulan şiddet biçimlerinin ve kullanılan suç aletlerinin, hâkim kültürün bir parçasını teşkil etmesi bu durumun göstergesidir.

Her şiddet türünün kendine özgü özellikleri vardır. Uyuşturucu ve alkol kullanımı, demografik yapı, toplumsal cinsiyete yönelik tutumlar, ekonomik problemler, eşitsizlikler şeklindeki değişkenlerin şiddet riskini arttıran faktörler olduğundan bahsetmek mümkündür (Rutherford vd, 2007: 765). Elbette bunların dışında daha farklı birtakım faktörler dile getirilmektedir. Yoksulluk, işsizlik, yaşlılık, engellilik, sosyal güvenceden yoksun olma gibi sosyal faktörler ile bireyin içinde yaşadığı ya da yetiştiği sosyo-kültürel çevre gibi diğer tüm etkenler, şiddet konusunda da bireyin yaşamını şekillendiren temel unsurlardır.

TDK'ya göre şiddet, ilk anlam olarak *“Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik”* (Türk Dil Kurumu, 2019) şeklinde belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ise şiddet; *“yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı”* şeklinde tanımlanmaktadır (Krug vd, 2002: 5). Kamus-i Turki'de şiddet, sert davranış, kaba kuvvet anlamına gelirken *“şedid”* ise sert, katı, şiddetli demektir. İngilizce ve Fransızcada şiddet anlamına gelen *“violence”* sözcüğü, Latince *“violentia”* kelimesine dayanmaktadır (Ünsal, 1996: 29). Fransızcada şiddet kavramı bir kişiye baskı yolu ile bir işi yapmak/yaptırmak, olarak ifade edilmektedir. Bireylere yönelik fiziksel/ruhsal zarar ve tehdidi ifade eden şiddet (violence) kavramı mala da zarar vermeyi kastetmektedir (Kocacık, 2001: 2). Kişiye zarar vermek, kanunu çiğnemek, zor kullanmak, hakaret etmek ya da onur kırıcı davranışta bulunmak, şiddetin kendini gösteren yaygın biçimleridir (Ardalı ve Erten, 1996: 143).

Başkalarına zarar verme anlamında, fiziksel ve ruhsal olarak bireye zarar veren her edim şiddet niteliğinde değerlendirilebilir. Şiddeti yeren ve kınayan görüşlerin dışında şiddete övgüde bulunan görüşler de vardır. Şiddet denilince ilk akla gelen, bedene zarar vermeyi kapsayan bedensel şiddettir. Ancak her bedensel saldırının şiddet suçu sayılmadığını belirtmek gerekir. Futbol müsabakalarında yapılan faul, şiddet suçu kapsamında değerlendirilmez. Maçta sarı kart, kırmızı kart gibi cezalar verilir, fakat ciddi bir kamu gücü (federasyonun oyun kurallarına aykırı davranışlara karşı uyguladığı yaptırımlar haricinde) devreye girmez. Kamu gücünün gerektiğinde

şiddete başvurabileceği ve devlet yönetiminde asgari düzen için bunun gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bunun toplum adına meşru bir gücün kullanımı olduğu söylenmektedir (Ünsal, 1996: 30).

Geçmişte şiddet kavramından bahsedilerken, bundan kastın fiziksel şiddet olduğu bilinmektedir. Bu noktada fiziksel şiddet kapsamında, bedene yönelik şiddetin vurgulandığını ve şiddetin en yaygın bilinen türünün bu olduğunu söylemek mümkündür. Buna karşın fiziksel şiddetin dışında daha farklı şiddet türlerinin de var olduğunu ve bu şiddet türlerinin de en az fiziksel şiddet kadar tehlikeli olduğunu belirtmek gerekir. Hatta bazı hallerde bu şiddet türlerinin, fiziksel şiddetten daha kötü sonuçlarının olduğu görülmektedir. Örneğin psikolojik şiddet bazı durumlarda bireylerde travmalara neden olabilmekte ve bu travmalar da bireyin bütün yaşamını etkileyebilmektedir.

Şiddetin sınırları ile ilgili muğlak bir durumun olduğu ve bu durumun ilgili literatürde de yansımalarının bulunduğu görülmektedir. Bir eylemin ya da durumun şiddet olup olmadığına nasıl karar vermek gerektiği ile ilgili çeşitli tartışmalar mevcuttur.

Şiddet türlerine ölçülebilirlik noktasında bakıldığında fiziksel şiddetin ölçülebilir tek şiddet biçimi olduğu ifade edilmektedir. Fiziksel şiddet, insanların bedenlerine karşı dışarıdan sert, katı, can acıtan bir edim olarak ortaya çıkmaktadır. Hukuken de bu durum, “şahıslara karşı cürümler” şeklinde tanımlanmaktadır. Türk Ceza Kanunu (TCK)’nin dokuzuncu bap ve birinci faslında da adam öldürme suçlarına yönelik uygulanacak yaptırımlardan bahsedilmektedir. TCK’da madde 448’de yer alan “*Her kim, bir kimseyi kasten öldürürse 24 seneden 30 seneye kadar ağır hapis cezasına mahkum olur*” ibaresinde, kasten adam öldürmeye daha fazla ceza verildiği görülmektedir. TCK’da yer alan ilgili diğer maddelere bakıldığında, yalnızca mala verilen zararın şiddet kavramına dahil edilmediği görülmekte ve bundan farklı olarak, ilgili maddenin beden bütünlüğüne, cana, sağlığa, bireysel özgürlüklere karşı verilen zarar ve şiddet biçimlerini de kapsadığı belirtilmektedir. Tehdit, susturma, öldürme, rehin etme gibi durumlar da şiddet kapsamında değerlendirilebilir (Özerkmen ve Gölbaşı, 2010: 26; Türk Ceza Kanunu, 2004). Bu konuda özellikle işyerlerindeki psikolojik şiddetin ya da mobingin uzun süredir ihmal edildiği ve bu

şiddet türü yalnız başına kayda değer görülmesi de şiddet mağduru açısından yıkıcı etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (ILO and WHO, 2002: 3).

Bireyin kendine yönelik şiddet eylemlerinde bulunması durumuna yaygın örnek olarak intihar ve intihar girişimleri verilmektedir. Şiddet olgusundan bahsederken sadece bireysel şiddetten de bahsetmemek gerekir. Artık kolektif şiddet biçimlerinin günümüzde yaygın olduğu bilinmektedir. İçerisinde ağırlıklı olarak fiziksel şiddetin yer aldığı ve diğer şiddet türlerini içerisinde barındıran gösteriler, terör eylemleri, soykırımlar, devrimler, savaşlar vb. şiddet eylemleri kolektif şiddet türüne örnek oluşturmaktadır. Diğer şiddet türleri içerisinde yer alan ekonomik şiddet aslında “*her türlü mala verilen zarar*” olarak tanımlanabilir. Ülkelerde aşırı yüksek enflasyon ve işsizliğin yaşanması, ekonomik şiddetin bir türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Çok düşük ücretlerin verilmesi ve kronikleşen enflasyonun şiddeti tetikleyen faktörler olması sebebiyle, dolaylı şiddet türleri içerisinde değerlendirildiği vurgulanmaktadır (Ünsal, 1996: 31-33). Şiddeti anlamak için şiddet eylemini gerçekleştiren bireyleri yaşadıkları çevreden, sosyal ve ekonomik düzeylerinden, kültürel ortamlarından bağımsız ele almamak gerekir. Bu bireylerin aileleri, statüleri ve sosyalleşme unsurları önem taşımaktadır (Kızmaz, 2006: 65).

Şiddetin gerçekleştiği ortama ve çeşitli değişkenlere dikkat etmek gerekir. Şiddeti gerçekleştiren birey, grup ya da topluluklar ile şiddete maruz kalanların yaşadıkları sosyal yapıyı anlayabilmek, şiddeti anlamak ve anlamlandırmak açısından önemlidir. İnsanlar yaşadıkları sosyal yapı içerisinde farklı rolleri yerine getirmektedir. Geçmişte alet yapan insan, bugün değişik yapı içerisinde farklı temsillerde bulunmaktadır. Kapitalizmin iktisadi ve sosyal çelişkileri ile günümüzde yaşanan sanayileşme ve teknolojik gelişmenin hızı insanları belli bir denge içinde tutamamıştır. Günümüzde şiddetin bireyler, gruplar, toplumlar arasında var olabildiği açıktır. Hatta uluslararası mücadele arenasında şiddete dönüşen durumların bile var olduğu söylenebilir. Bu bazen sosyal hareketlerle başlayarak şiddete dönüşen bir hal alabilir. 1968 yılında gençlik hareketi ile gençlik ayaklanmalarının gündem konusu olduğu ve bu konuyla ilgili Prag’da yuvarlak masa etrafında toplantı yapıldığı bilinmektedir. Daha farklı olarak Kaliforniya Üniversitesi’nde gelişen öğrenci hareketinin siyahi gettolarda yayılarak öğrenci evlerini tahrip etmesi, öğrencilerin üniversite imkanlarına erişimi için faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, üniversitenin askeri

araştırma programları kapsamında amaç olarak ele alınması faaliyetleri, bu hareketlerin gerekçesi gösterilmektedir (Türkdoğan, 2012: 161-163). Bu yaşanan toplumsal kargaşalar kimi zaman şiddete dönüşebilme riski barındırması açısından endişe verici boyuta ulaşabilmektedir. Her ne kadar bu faaliyetler yaşansa da bu duruma özgü olmayan şiddet olgusu, çeşitli tartışmalara konu olup, yeniden değerlendirmelerin sürdürülmesinde etkili olmaktadır.

2.2 Sosyal Teoride Şiddet ve Sağlık

Sosyal bilimler alanında ifade edilen şiddetin psikoloji, antropoloji, hukuk ve felsefe disiplinlerinde farklı perspektifler açısından tartışıldığı bilinmektedir. Şiddet kavramı açıklanırken yalnız bireysel bir durumu ifade etmemektedir. Toplumsal öğelerle iç içe olan şiddet kavramı içinde birçok anlam taşımaktadır. Şiddetin ele alındığı alanlardan biri de sosyoloji olmaktadır. Şiddetin bireyler arasında ya da gruplar arasında yaşanması ve toplumsal ilişkiler içermesi gibi özellikler taşıması şiddetin bütüncül biçimde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Şiddetin tek boyutlu olmaması ve içerisinde farklı özellikler barındırması açısından sosyal bilimler alanında interdisipliner olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Çünkü şiddeti tanımlamak zordur ve bir toplumda hangi eylemin şiddet olarak kabul edilmesi gerektiği ise o toplumun kültürel öğeleri, toplumsal yapısı, kabul edilmiş ön kabulleri ve değerleriyle yakından ilişkilidir (Kocacık, 2001: 1-2).

Bazı toplumlarda bir davranış ya da eylem şiddet olarak kabul ediliyorken, aynı eylem ve davranış başka bir toplumda o kültürün vazgeçilmez bir parçası olabilmektedir. Hatta o kültür tarafından kabul edilerek standart haline gelebilmektedir. Bu çalışmada şiddetin tartışılmasındaki amaç, şiddetin sosyolojik mahiyette taşıdığı anlamı ortaya koyabilmektir. Yalnız sosyolojik olarak değil diğer disiplinler içerisinde de nasıl tartışıldığından ve şiddetin sosyoloji ile ilişkisinden bahsedilmektedir.

Riches şiddet olgusundan bahsederken bu olgunun, şiddeti uygulayandan ziyade, şiddet eylemine maruz kalanlara ya da bu eyleme şahit olanlara ait bir kavram olduğuna dikkat çekmektedir. Aristoteles şiddeti “*dama oyununda tek başına öne sürülen bir taş*” şeklinde tanımlayarak, mağdur birey üzerinde oluşturduğu hissiyatı ortaya koymaktadır. Aristoteles’in, konuşma ve etkileşim kurma kabiliyetine sahip olan öznenin, şiddet yoluyla araçsallaştırılmasına dair tespiti önemlidir. Şiddet

olgusunun aynı topluluk içindeki farklı kesimler ya da farklı kişiler arasında aynı çağrışımı uyandırmaması işi zorlaştırmaktadır. Şiddet olgusunun karmaşıklaşmasının bir başka sebebi, şiddeti uygulayan ile şiddete maruz kalanların, gerçekleşen şiddet durumunu farklı değerlendirmelerinde yatar (İşçan ve Demirergi, 1994: 95; Keane, 1998: 69-70).

Şiddet genelde kınanan ve onaylanmayan bir davranış olsa da boks, güreş gibi alanlar dikkate alındığında, şiddetin kabul gören biçimleri de olabilmektedir. Bu noktada şiddet karmaşık bir olgu olmaktadır. Şiddeti güç ve saldırganlıkla karıştırmamak gerekir. Şiddeti, kişileri kendi aralarında veya toplumla bağdaştıran ya da zıtluştıran ilişkilerin içinde bir antitez olarak anlamak gerektiği söylenmektedir. Şiddet eylemleri bazen aniden oluşurken bazen de şiddet, öncesinde bir planlama ve hazırlık barındırabilmektedir. Şiddet her zaman kendini eylem olarak göstermek zorunda değildir (Eken, 1996: 408). İnsan eyleminin nihai amacının, güvenli bir öngörülebilirlik içermediği belirtilmektedir ve tabii şiddet kavramı içerisinde bir de keyfilik barındırmasıyla tanınmaktadır (Arendt, 2018: 10). Bireysel şiddet ve kolektif şiddet biçimlerinin farklı nitelikleri olduğu söylenebilir. Bireysel şiddet;

“(...) failin başka bir kişinin fiziki veya normal bütünlüğüne zarar verme amacına yönelik duygusal dışı vurma eylemidir. Bu eylem bazen gruplardan da kaynaklanmaktadır. Şiddet bazen belirli bir amaca yönelik bir vasıta iken bazen de rastgele oluşan ve faillerine bireysel doyum sağlama ötesinde bir özellik taşımayan eylem veya eylemler serisi olmaktadır...”
(Eken, 1996: 408).

Şiddet, yaygınlık kazandıkça bu duruma açıklık getirmek daha çok zorlaşmaktadır. Örneğin siyasal yaşamda şiddet sorununu anlamak, anlamlandırmak ya da tanımlamak daha güçtür. Fransız teorisyen George Sorel’in 1906 yılındaki “*Şiddet Üzerine Düşünceler*” kitabında şiddet konusunda pek çok şeyin halen belirsiz kalışına yönelik tespitine Hannah Arendt, altmış yıl önce söylenenin bugün de doğru olduğu, hatta geçmişe göre bugün daha fazla geçerli olduğuna yönelik tespiti akla gelmektedir. Bunun üzerine Bufacchi de, “o zaman Arendt’in de kırk yıl önce söylediğinin bugün doğru olduğunu güven içinde söylemek gerekir”; şeklindeki söylemi, konunun karmaşıklığına vurgu yapmaktadır (Bufacchi, 2005: 199). Burada Sorel’in argümanları ve eleştirilerine bakıldığında örgütlenme üzerinden şiddeti meşru kılıcı ve devleti ortadan kaldırmaya yönelik teşebbüslere yol göstericiliği, temelde şiddeti sanki iyiymiş gibi gösterdiği görülmektedir. Şiddet söz konusu olduğunda çok

farklı görüş ve perspektiflerin var olduğu bilinmektedir. Hatta daha ileri giderek devleti şiddetin müsebbibi olarak yanlış anlamak gibi hataya yol açıcı nitelikte vurguların olduğu görülmektedir. Bu konuda tabi Thomas Hobbes'un devlet ile ilgili bazı söylemlerinin haklılığı bu noktada ortaya çıkmaktadır.

Marksist bakış açısı; şiddet kavramını ezdiği, sömürdüğü ifade edilen sosyal, siyasi ve ekonomik sistemlerin varlığından kaynaklı olmasına indirgeyen, mevcut sistemin de ancak karşı şiddet ile ortadan kaldırılabileceğine ve yeni bir düzene geçileceğini ifade eden görüşleri barındırmaktadır (Ünsal, 1996: 30). Şiddetin kaçınılmaz olduğuna yönelik görüşlerin varlığının tarihsel açıdan özgül olmadığı söylenmektedir. “*Das Kapital*”de Marx’ın ortaya koyduğu “*yaşanan tarihte en büyük rolü utanmazca oynayanlar istila, köleleştirme, soygun, cinayet, kısacası şiddettir*” demesiyle “*yeni bir topluma gebe her toplumun ebesi şiddettir*” şeklinde değerlendirmesini Keane, şiddetin insani olaylarda kaçınılmaz olmasına yönelik görüşleri destekleyen ifadeler olarak görmektedir (Keane, 1998: 18). Marx; Burjuva sınıfının şiddete yabancı olmayışını “*burjuvazinin feodalizmi yere çalarken kullandığı silahlar şimdi burjuvazinin kendisine çevrilmiştir*” şeklinde dile getirmektedir (Engels ve Marx, 2014: 45). Marx, devleti üretim araçlarının özel mülkiyetini koruyan ve kapitalist sistemi ayakta tutan aygıt olarak tanımlamaktadır. Devletin egemen sınıfa ait olduğunu ifade eden Marx, proletaryanın devleti ele geçirdikten sonraki komünist toplumda devletin ortadan kalkacağına yönelik tespitte bulunmaktadır (Durand, 2008: 65).

Arendt, şiddetin iktidarın dışavurumundan başka bir şey olmadığına yönelik yaklaşımı şiddetin tek başına ele alınmayacağına yönelik kanıyla ilişkilendirmektedir. Arendt, siyasal iktidar ile şiddeti eşitlemenin, Marx’ın devleti tanımlamasını desteklemekle anlam bulacağına inanmaktadır (Arendt, 2018: 45-46). Şiddetin iktidarı yıkabileceği fakat iktidarı yaratma gücüne hiçbir şekilde sahip olmadığını ifade eden Arendt, şiddetin kendi doğası gereği araçsal olduğu tespitinde bulunmaktadır. Ona göre tüm araçlar gibi şiddet de haklılaştırmaya, yönlendirmeye muhtaçtır. (Arendt, 2018; Keane, 1998: 79).

Arendt için “*şiddet üzerine*” düşünmenin şiddeti tarihsel olarak ele almak anlamını taşıdığı söylenmektedir. Bu tarihsel ele alış; şiddetin tarihteki rolü, geçirdiği dönüşümleri, siyasal ideolojiler tarafından nasıl reddedildiği ya da benimsendiğini

içerir. “*Şiddete karşı düşünmek*” kavramı noktasında ise şiddetin siyasal alanda oynayabilecek bir rolü olduğunu reddetmek anlamına geldiği vurgulanmaktadır. Bu reddetmenin, esasında şiddetin lanetlendiği ya da ahlak dışı olduğu gerekçesiyle gerçekleşmediği bilinmektedir. Arendt, siyasete yönelik ahlakçı tutumu kabul etmemektedir. O, şiddetin siyasal arenada bir yere ve role sahip olduğunu reddetmenin geleneksel anlamdaki şiddet/iktidar/siyaset ilişkisini kabul etmemek anlamına geldiğini belirtmektedir. Ayrıca Arendt, Fransız Devrimi’nde ortaya çıkan teröre yönelik olarak, terörün her zaman şiddet ile ortaya çıkma ve yasa dışı olma huyunu hatırlatmaktadır. Burada terör bir araç olduğu için bir sonu vardır ve araçsal konumunu yitirir. Fakat totaliter terör öyle değildir. Şiddetin bahsedilen bu araçsallığını yitirmesi ve toptan bir tahakküme dönüşmesinin insan varlığı açısından bir tehdit unsuru olduğunu ifade eden Arendt, totalitarizmin modern toplumlar için daima tehdit unsuru olduğu çıkarımında bulunmaktadır (Altunok, 2007).

Devrimler bir tarafa, savaşların bile her zaman şiddet ile belirlenmediğini söyleyen Arendt, totaliter rejim kampları gibi şiddet uygulanan yerlerde Fransız Devrimi’nde ifade edilen yasaların sessiz kalmasının yanında diğer birçok şeyin sessiz kaldığını belirtmektedir. Siyasal düşüncenin insani problemler söz konusu olduğunda buradaki sınırlı olan görünüş, konuşulmaya ve dile getirilmeye muhtaçtırlar. Savaş ve devrime yönelik bir kuram yalnız şiddetin meşrulaştırılması ile ilgili konuyu gündeme getirirse de bu şiddeti övmesi, onu siyasal değil, siyaset karşıtı kılar. Arendt, bu durumun onun siyasal sınırını belirleyeceğini ifade etmektedir (Arendt, 2012: 20-21). Arendt’in şiddet ve iktidarın pratikte iç içe bulunduğuna yönelik itirafta bulunduğunu vurgulayan John Keane (1998: 79), Arendt’in kuramsal ayırım ve şiddet önceliği üzerindeki ısrarının yanlış anlamaya elverişli olduğunu söylemektedir. Çünkü bu elverişliliğin şiddet ve iktidar ilişkisi bağlamında Amerikalılar ve Trenton mücadelesi örneğindeki gibi bazı pozitif ilişkilere gerekli önemi vermediği gibi üstüne üstlük farklı yanılırlara da düşme tehlikesini barındırdığını ifade eden Keane, bu konuda çeşitli eleştirilerde bulunmaktadır.

Şiddet kavramı Max Weber’in devlet tanımında bulunmaktadır. Weber, devleti belli bölgede fiziksel şiddetin meşru kullanımını elinde bulduran insan topluluğu olarak tanımlamaktadır (Mills ve Gerth, 1946: 6). Weber’in devlet tanımını daha farklı olarak Pierre Bourdieu’nun “*devlet belirli bir toprak parçası ve buna tekabül eden*

nüfusun tamamı üzerinde fiziksel ve simgesel şiddetin meşru kullanımını talep eden(...)” şeklinde dönüştürdüğü görülmektedir (Bourdieu, 1995: 107). Karl Marx modern devleti toplumsal sorunların devamının sebebi olarak nitelendirirken, Durkheim bazı iyileştirmelerle çözüleceğine işaret etmektedir. Weber ise işleyişi açısından devletin varlığının tartışılmaz bir yapı olduğunu belirtmektedir (Fildiş, 2018: 1870). Proletaryanın burjuvaya karşı sınıf mücadelesinde üretim araçlarını kırıp parçalamasından bahseden Marx, işçilerin eski Orta Çağ statülerini geri elde etmenin yollarını ifade ederken makineleri kırıp parçalaması, fabrikaları ateşe verme eylemlerine yönelik tespitleri şiddet öğeleri içermektedir (Engels ve Marx, 2014: 47).

Arendt; Marx’ın tarihte şiddetin oynadığı rolün farkında olduğunu ve bu rolü ikinci rol olarak tanımladığını söylemektedir. Çünkü eski toplumun sona gelmesinin sebebinin şiddet değil, bu sonu getirenin kendi iç çelişkileri olduğu vurgulanmaktadır. Bu vurgunun devamında Arendt; Marx’ın yeni bir toplumun ortaya çıkmasında yaşanan bazı patlamaların olmasını, yeni toplumun ortaya çıkmasının müsebbibi olarak anlaşılması gerektiğini söylediği görülmektedir. Marx’ın bu durumu doğum öncesi sancılara benzettiği açıklanarak, bunu doğumun sebebi olarak görmenin yanlış olacağına yönelik hatırlatması akla gelmektedir. Hatta daha ileri giderek devleti egemen sınıfın denetimi altında bir şiddet aygıtı olarak nitelendirmesi ilginçtir. Tabi bu noktada egemen sınıfın fiili iktidarı şiddete dayalı değil; aslında toplumda oynadığı rol yani üretim sürecindeki oynadığı rolüdür, şeklinde ifadelerinden etkilenen devrimci solun şiddet araçlarının kullanımını reddetmesinden ayrıca bahsedilmektedir. Marx’ın *proletarya dikdatörlüğü*nün kurulmasını tıpkı *Roma dikdatörlüğü* gibi kısa süreli olmasına benzetmesi, sınıfların nasıl son bulacağını açıklamaktadır (Arendt, 2018: 17-18).

Devlet ve şiddet tanımlamalarına bakıldığında radikal tanımlama ve tutumların varlığı dikkat çeker. Şiddetin iktidar ile ilişkisi bağlamında değerlendirmelere bakıldığında, Marx’ın söylemlerinin ütopyik kalacağına dair eleştirilerin haklı tarafları olduğu burada akla gelmektedir. Özellikle şiddet konusunda, yeni toplumun ortaya çıkmasındaki süreci Marx’ın yeni doğumun sancıları olarak nitelendirmesinin, toplumsal sorunlara çözüm önerisi içerisinde şiddetin var olduğu gerçeğini değiştirmede farkedilmelidir. Çözüm önerilerinin içerisindeki şiddet gerçeğinin hangi tarafa konulması gerektiği sorusu cevapsız kalmaktadır.

Arendt işte bu noktada, Yeni Sol'un Marksist retoriğinin Marksizmden uzak bir kanının güçlenme eğilimiyle çakıştığını söylemektedir. Arendt bu kanyı, Mao Zedung'un ilan ettiğini ifade etmektedir. Zedung meseleyi "*iktidar namlunun ucunda büyür*" sözüne dayandırmaktadır. Lenin'in "*yumurtaları kırmadan omlet yapamazsınız*" şeklindeki sözlerinin Hristiyanlığın 'Kutsal Savaş' öğretileri ile ilişkilendirildiği de görülmektedir. Bunu sekülerleşmiş yeniden doğuş olarak değerlendirmenin yanı sıra şiddetin mutlaka araçsal olması gerektiği; bu aracı da haklılaştıran amaç yolundaki savaş öğretisinin 11. yy itibariyle geçerliliğini yitirmeye başladığı ifade edilmektedir. John Keane, Arendt ile ilgili; iktidar şiddetin yolunu bazen tıkadığı gibi şiddetin de iktidar ilişkilerini tahrip edebileceğini, şiddetin silah namlularından güçlü bir dayanışma ve iktidar ilişkilerini yansıtabileceği durumunun var olduğuna dair değerlendirmelerde bulunur (Arendt, 2018: 17; Keane, 1998: 18-79). Marx'ın bu konudaki yaklaşım ve değerlendirmelerine bakıldığında, başvurduğu söylemleri devrimi meşrulaştırıcı ifadeler olarak eleştirmek mümkündür. Çünkü pratik boyuta bakıldığında bunun mümkün olmadığı görülmektedir. Özellikle şiddet olgusu işlendiğinde sık sık iktidar-şiddet ilişkisi akla gelmektedir ve bu iki kavram bazen birbirleriyle beraber düşünülebilir. Hatta bazen birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir. İktidarın şiddetin kaynağı olduğu ve iktidar demek şiddet demektir şeklindeki bakış açılarına yönelik itirazların olduğu (tıpkı Arendt'te olduğu gibi) ve bu iki kavramın birbirinden bağımsız ele alınmasına yönelik çeşitli açıklamalardan bahsetmek mümkündür.

Arendt ve Foucault'nun iktidar kavramına yönelik bakış açıları Batı geleneğinden daha farklı bir boyutta görünmektedir. Foucault ve Arendt'in iktidarın ele geçirilen, devredilen ve sınırsız bir güç olarak algılanmasına karşı çıktıkları; birey, grup ya da sınıfın tekelinde iken sınırlayan ve zorlayan bir hâl almasına yönelik yaklaşımı reddettikleri belirtilmektedir. Hobbes'un "*tabii hâl*" kurgusundan, Nietzsche'nin "*erk istenci*" kavramına kadar iktidarı arayış halinde olmak, toplumsal bir ilişki çerçevesinde dürtü olarak ifade edilirken, Weber'de ise iktidar kavramı bir birey ya da grubun kendi istek ve emellerini bir başkasına dayatma ve uygulama gücü olarak tanımlanır. Tabi bu erk ve şiddet, iktidarın birlikteliğinde şiddetin kaçınılmaz olarak ifade edilmesi ve değerlendirilmesi, Arent ve Foucault'ya göre doğru bir yaklaşım değildir (Altunok, 2007: 2).

Arendt'e göre; iktidar, zor, kuvvet, otorite, şiddet, insanın yine insan üzerindeki araçlarından başka bir şey değildir. Tabii iktidar insanların yalnız eyleme kabiliyetine değil, uyum içerisinde eyleme kabiliyetine de işaret etmektedir. İktidar yalnız bir kişinin mülkünde değildir. Bir gruba tekabül eder. İktidar sözcüğü mecaz anlamda kullanılsa da bu kavramın manasına baktığımızda ise burada kastedilenin 'kuvvet' ya da 'güç' olduğu görülmektedir. Kuvvet, bireye ait olan bir durumu arz etmektedir. Şiddetin araçsal karakteriyle anıldığını belirten Arendt, fenomenolojik anlamda kuvvete yakın olduğunu vurgulamaktadır. Bu noktada Arendt, kurumsallaşmış iktidarın (örgütlü topluluklar için) otorite adı altında baş gösterdiğini ve hemen onay görme talebinde bulunduğu ifade etmektedir. Arendt'e göre şiddet ile iktidarın aşırı biçimlerde ve bu kadar iç içe görünmesi o kadar nadir rastlanan durumdur ki, iktidar ve şiddetin bütünüyle aynı olması yanlışına düşmemek gerekir. Arendt, hükümet iktidarını tartışırken, emri ve itaati şiddete eşitlemek gibi bir durumun söz konusu olduğunu tartışarak, şiddetin sanki iktidar için ön koşulmuş gibi görüldüğünü vurgulamaktadır. İktidarın çözüldüğü yerde devrim olabileceği fikrine katılan Arendt, bunun gerekli bir şey olduğuna ise katılmamaktadır (Arendt, 2018).

Foucault, iktidarın kaynağının devlet olduğu ve tüm iktidar aygıtlarının, cihazlarının ve faturasının devlete kesilmesinin tarihsel olarak verimli olmadığını ve bu fikrin tarihsel verimliliğini tükettiğini belirtmektedir (Foucault, 2012: 111). Arendt (2018: 61) şunu kabul eder: "*İktidar gerçekten de devletin özüne ilişkindir ama şiddet değildir. Şiddet doğası gereği araçsaldır; tüm diğer araçlar gibi, daima amacın rehberliğinde ve onunla meşrulaştırılmaya gereksinir*". Foucault, iktidar düzeninde gözetlemenin cezalandırmadan daha etkili olduğunu fark etme durumunu 18. yy ile 19. yy'ın başına denk geldiğini söylemektedir. Bu dönüşümün yalnız Fransa'da değil, İngiltere'de de görüldüğü Foucault tarafından dile getirilmektedir. Ayrıca Foucault, iktidarın bireyin bedenlerine erişen, söylemlerinden tutun hâl ve tavırlarına kadar sinen; kılcal damarlarına kadar ulaşan bir biçiminin olduğuna vurguda bulunmaktadır (Foucault, 2012: 23).

Walter Benjamin, şiddetin iktidar ve hukuk yaratmada asli unsur olduğunu belirtmektedir. Şiddetin iki yönlü hukuk kurma işlevine sahip olduğunu ifade eden Benjamin bu durumu şöyle izah etmektedir:

“Hukuk kurma, yasa olarak yaratılan Şeye Şiddeti araç olarak kullanıp eriŐmeye çalışırken, amaçlanan Şeyin Şiddet hukuk olarak kurulması ânında Şiddet geri çekilmez. Hukuk kurma Şiddetten arınmıŐ, Şiddetten bağımsız değildir; Şiddete bağlı bir amacı zorunlu biçimde ve irek olarak, iktidar adı altında hukuk biçiminde ortaya koyar., dar anlamda doğrudan hukuk kurucu Şiddete dönüŐtürür. Hukuk kurmak iktidar kurmaktır, bu anlamda Şiddetin dolaysız tezahür ediŐ eylemidir. Adalet ilahi amacın ilkesiyken, iktidar mitik hukuk kurma ilkesidir”
(Benjamin, 2010: 36).

Doğal hukuk ve pozitif hukuk ayrımının yapılarak, doğal hukuk için adil amaca hizmet eden her aracın mübah olduğunu ve Şiddetin de bu araçlardan olduğu yaklaşımı belirtilmektedir. ‘Adil amaca uygun araç da adildir’ perspektifine yönelik Benjamin, bir düzen kuruluŐunun, ancak bu kadar yetkin meŐrulaŐtırma yapılabileceği değerlendirmesinde bulunmaktadır. Şiddet amaca hizmet ettiği müddetçe meŐrudur ve adildir. Şiddetin buradaki konumunun düzen kurma, hukukun doğrudan amacı olduğuna dikkat çekmek gerekir (Çelebi, 2010: 265). İlk olarak Şiddetin adil amaçlar ve adil olmayan amaçlar için bir araç olarak konumlandığından bahsedilse de Benjamin’in asıl sorun olarak gördüğü ise, bu durumun her ne kadar adil amaçlara hizmet eden araç olarak konumlanmasından ziyade ahlaki olup olmadığı sorusunun cevabı önem arzetmektedir (akmakkaya, 2018: 541). İnsanların uyum içerisinde eylemde buldukları zamanlarda da iktidarın ortaya çıktığını ve meŐruiyetini bir araya geliŐinden aldığını hatırlatan Arendt, Şiddetin her ne kadar kendini haklılaŐtırırsa da hiçbir zaman meŐruluk kazanmayacağının altını çizmektedir. Yine Şiddet ve iktidar ilişkisinde Arendt, Şiddetin iktidarla özdeŐ olmadığını; esasında iktidarın tehlikeye girdiği zaman baş gösterdiğini belirtmektedir. Fakat yalnız bırakılırsa iktidar kaybedilir. Ona göre; Şiddetin karŐıtına Őiddetsizliktir demek yanlış olabilir (Arendt, 2018: 45-68).

1987 yılında İsrail tarafından başlayan Gazze Őeridinin iŐgal edilmesine yönelik fiziksel Şiddete, Filistinliler tarafından sözel Şiddet Şeklinde tepkiler vermeye başlandığı ve sonraki süreçte taş, sopa, patlayıcı madde gibi araçları kullanmalarına yönelik de İsraili askerler tarafından Şiddet ile karşılık verildiği söylenmektedir. Şiddet olaylarının yaşandığı toplumların Şiddete karşı giderek duyarsızlaŐtığı belirtilmektedir (Moses, 1996: 25). Buradan hareketle Şiddeti, Şiddet ile çözmenin çözüm olmayacağı açık görünmektedir. Müdahalelerin ve tepkilerin gittikçe sertleŐtięi

görülmektedir ve haklı haksız ayrımı artık belli noktadan sonra sorgulanamaz hale gelmektedir.

Keane; James Dunbar, John Logan gibi yazarların eserlerinde sivil toplumun, şiddetin antitezini ifade eden bir durumu yansıttığı ve çağdaş sivil toplumlarda şiddetin yok olmak üzere olduğuna yönelik yaygın bir kabulün olduğuna yönelik vurgunun hakim olduğunu bildirmektedir. Sivil toplumların şiddeti azalttığına yönelik kanıların varlığına yönelik farklı eleştiriler bulunmaktadır. Günümüze kadar var olmuş sivil toplumlarda şiddetin kronik kalıcılığı, sivil toplumların sivil olmayan medeniyetsiz toplumlara dönüşmesine yönelik korku ve nükleer savaş, cinayet, tecavüz, ölüm cezası gibi yeni bir medenilik siyasetinin uzun dönem gelişmesine yönelik tartışmalara yer verilmiştir. Bu vurguların yanında Keane, 20. yy'da Nibert Elias'ın bu tartışmalar doğrultusunda çalışmalarına işaret etmektedir. Avrupa'ya ait bir kavrammış gibi algılanan medenileşme sürecinin böyle olmadığını, Ortaçağ ve çağdaş dünyayı birbirine bağlayan tarihsel bir hastalık dönemi olarak ifade eder. Avrupalıların kendilerini medeniyet taşıyıcısı olarak tanımladıklarını ifade eden Elias; dünyaya efendilik taslayan saraylı, aristokrat bir sınıftan ibaret olduklarını söyleyen Avrupalıları eleştirir. Çağdaş medenileşme sürecinin, rakip iktidar gruplarının silahsızlanması ve böyle bir ülkenin nüfusu üzerinde ise şiddet araçları tekeli kurmaya çalışan devletler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Keane, 1998: 29-33).

Modern devletlerin varlığıyla beraber şiddet tekeline yönelik farklı bir şiddet alanı tartışılmaya başlandığı görülmektedir. Bahsedilen şiddet tekeli, şiddet araçlarını elinde bulunduran güce yönelik vurgu olarak anlaşılabilir. Zira modern devletlerde şiddet olgusu daha çok tartışılmalı bir olgu olmaktadır. Şiddet olgusu sanki modern devletlerde gittikçe ağır bir hâl alarak şiddetini daha çok artırıyor gibi görünmektedir.

Modern öncesi dönemlerde devletin şiddet tekeli eline alması ve bu hakkı elinde tutmasının güçlü bir argüman haline geldiği söylenmektedir. Bu şiddet tekelinin var olması uygarlaşma olarak tanımlanabilirken daha farklı anlamlar taşıyabileceğine yönelik vurgulardan bahsedilmektedir (Bayrak, 2019: 59). Özellikle fiziksel şiddet araçlarının tekelleştirilmesi, icra organları tarafından kontrol edilmesi ve yönetilmesi muhtemel taşımaktadır. Ateşin besinleri pişirmede ilerleme sağlayan ve faydalı yönünün yanında evlerin barbarca yakılmasında da kolaylık sağlayan bir işleve sahip olduğuna dikkat çeken Elias, fiziksel şiddet araçlarının devletin tekeline alınmasını da

buna benzer muğlak bir yenilik özelliğine sahip olduğunu söylemektedir. Şiddet araçlarını küçük bir azınlığın elinde tutmanın ve bu grupların faydasına yönelik dizayn etmenin getirdiği güç, farklı ülkelere savaş açmak için kullanılabilmesine dair tespitte bulunan Elias, savaşa dair söylentilerin medenileşme sürecinin her yerinde hazır bulunan koşulları barındırdığını ifade etmektedir. Tabii devlet şiddetinin medeniliği yıkabilme potansiyeline sahip olduğunu belirtmektedir. Bu duruma yönelik İtalya’da Rönesans sürecinde yaşanan savaşlar ve Fransız monarşisinin 16 ve 17. yy’da dini gruplara yönelik kullandıkları şiddet üzerinden örnekler sunulmaktadır. Yine Hobbes’un devletin şiddet araçları üzerindeki tekelinin var olmasının devletin uyruklarını şiddet tehdidi altında bırakacağına yönelik tespitleri devlet şiddeti ve şiddet tekeline yönelik yaklaşımları ifade etmektedir (Keane, 1998: 33-35).

Elias, şiddet tekelinin pasifize edilmesi ve mekânlardan arındırılmasını şiddetin azalmasının temel nedeni olarak görmektedir. Modernliğin gelişiyile birlikte Ortaçağ’ın güvensiz ortamının son bulduğu ve şiddetin artık gündelik yaşamda azalmaya başladığı söylenmektedir (Bayrak, 2019: 69). Şiddetin bir öznenin istenilmeyen fiziksel müdahalesi olarak ifade edilmesi, günlük kullanılan söyleyişlerde kendini göstermektedir. Adam şiddete kapıldı, adam kadının üzerine şiddetle abandı gibi sözlere yönelik tanımlamaya Foucault’nun kurumsallaşmış şiddet örneklerinde rastlanabilir. Özneler iradeleri de olsa kendi gelişimleri için bedenlerinin içine sıkıştırılıp disipline edildiği cezaevleri, disiplin kurumları gibi yerlerde şiddetin aslında kamusal alandan izole edilip, cezaevi, hastane, kamp gibi yerlerde kamufle edilmek istendiği farkedilmelidir. Burada şiddetin kişi istencinden bağımsız olması şiddetin, bir öznenin dünyada eylem yapma özgürlüğünü inkar etmek anlamına geldiği ifade edilmektedir. Şiddetin, öznelerin bedensel hareketini engelleyerek dayanışma, özgür ve eşit yurttaşlık gibi sivil toplum kavramından ayrıldığı belirtilmektedir (Keane, 1998: 69).

Şiddetin en bilinen biçimleri arasında bedene yönelik şiddet biçimi olan fiziksel şiddetin yer aldığı bilinmektedir. Beden kavramı; insanın maddi olarak var olduğu form olarak kabul edilmektedir. Toplum içerisinde var olma ve yaşamını idame ettirme açısından bedene farklı anlam ve sorumluluklar yüklenmektedir. İnsanın beden-ruh bütünlüğü içerisinde var olmasının; bedeninin de ruhunun da birbirinden ayrı olarak ele alınamaması anlamına geldiği ifade edilebilir. Sosyal bir varlık olan insanların

yaşamlarında kendi bedenlerine yönelik farklı yaklaşımlar içinde oldukları ve bedenini geçmişten günümüze bireyler için farklı anlamlar taşıyabildiği aşikârdır.

Kültürün yüklediği anlamlar doğrultusunda insanın kendi bedenine nasıl muamele etmesi gerektiğine yönelik çeşitli yaşam biçiminin toplumsal tezahürleri vardır. İnsan yaşamının başlangıcı olan doğumdan, beden ve ruhun birbirinden ayrılması olarak da ifade edilen ölüm aşamasına kadar; bedene yönelik çeşitli müdahale ve ritüellerin gerçekleştirilmesi; bedenini sosyolojik anlamda bir takım anlamlar taşıdığına göstergesidir. İnsan yaşamı sona erdiğinde ruhun bedenden ayrıldığına yönelik inançlara bakıldığında cenaze törenlerinin düzenlenmesi, bedenlerinin belirli inanç ritüellerine göre toprağa verilmesi ve yas tutulması, kadim gelenekten gelen değer ve inançların devam ettirilmesi din, siyaset, sağlık gibi birçok alanla ilgili mesajlar vermektedir. Beden, yalnız madde boyutuyla sınırlı kalmamaktadır ve toplumsal alanda farklı simgeleri içerisinde barındıran bir form olmaktadır.

Şiddet, bireylerin ya da bir grubun başkalarına yönelik başvurduğu şok, çizik, ezik, istenmeyen fiziksel müdahale olarak ele alınır. Hatta bunun ölümle sonuçlanacak nitelikte olmasının konunun mahiyetinin iyi anlaşılması için dikkate alınmalıdır (Keane, 1998: 68). Şiddetin amaç mı yoksa araç mı olduğu ve nerede aranması gerektiği merak konusudur. Şiddetin tartışma konusu olduğu başka bir alan ise hukuksal zeminde tartışmanın mümkünlüğü konusudur. Burada şiddet ile ahlak ve yasanın hukuki düzenlemeler noktasındaki ilişkisi ve önemi söz konusu olmaktadır.

Şiddet ile ahlak arasındaki ilişkinin hukuk tarafından çizildiğini ifade eden Walter Benjamin'in şiddet konusuna yaklaşımına bakılırsa şiddetin ilk elde amaçlarda değil, araçlar düzleminde aranabileceğini söylemektedir. Eğer şiddet bir araçsa şiddet eleştirisinde de bir ölçütün var olması gerektiği ifade edilebilir. Ölçüte bakıldığında ise şiddetin adil, adaletsiz amaçlar için araç olup olmadığı sorusunda kendini dayatmaktadır. Benjamin'e göre böyle değildir çünkü şiddet eleştirisi haklı olan amaçlar için bir sistemde verilmiş olmalıydı ve şiddetin adil amaçlar için hizmet eden bir işlevde de olsa ahlakiliği sorusu cevap beklemektedir. Benjamin, doğal hukukun şiddet araçlarının adil amaçlar doğrultusunda kullanılmasında sakınca görmediğini söyleyerek bu yaklaşımın Fransız Devrimi'nde var olan terörizmin ideolojik dayanağı olduğunu belirttiği bilinmektedir. Şiddetin doğal bir hâl olduğuna yönelik doğal

hukukun karşısında bir de şiddetin tarihsel oluşum olduğunu ifade eden pozitif hukuktan bahsedilir. Doğal hukuk bu noktada var olan mevcut hukuku sadece amaçların eleştirisi yoluyla yargılamakten pozitif hukuk da oluşabilmekte olan hukuku araçlar eleştirisiyle (Adalet eğer amaçların ölçütüyse araçların ölçütü de hukuka uygun olmasıdır kabulüyle) gerçekleştirebilir. Tabi her iki görüş de şu konuda hem fikir olmaktadır: Eğer adil amaçlara ulaşılmaq isteniyorsa o da hukuka uygun amaçlar dahilinde olabilir. Bu hukuka uygun araçlar da adil amaçların hizmeti dahilindedir (Benjamin, 2010: 19-20). Burada Benjamin'in şiddetin hukuksal boyutu ile ilgili eleştirilerine bakıldığında, şiddetin hukuki tezahürlerinin de karmaşık, zor olduğunu göstermektedir.

Benjamin, yasayı yapan şiddeti ikiye ayırır. "*Yasa koyucu şiddet*"in savaş açma özgürlüğünü ifade ettiğini belirtirken "*yasayı koruyucu şiddet*"in de yasayı ihlal edeni cezalandırmayı kastedtiğini vurgular. İkincisi polis ve ordu tarafından temsil edilir fakat burada odaklanılması gereken "*yasa koyucu şiddet*"tir. "*Yasa koyucu şiddet*"de kurulu düzende bile yasa yapanın ve yürürlüğe koyanın şiddet olduğunu belirtir. Burada aslında devlet şiddetinden bahseder. "*yasa koruyucu şiddetin*" yine yasal zemin içerisinde kurulduğu fakat "*yasa koyucu şiddet*"in yasanın zamansal olarak önünde olması nedeniyle meşruluğu yoktur. Benjamin bu bahsedilen her iki şiddet türünün de modern devletlerde varlığından bahsetmektedir. Bu duruma grev ve idam örnek verilir (Çakmakkaya, 2018: 544; Çelebi, 2010: 267). Adaletin kendini hukukun gücüyle gösterdiği ve hukukun gücünün yasa yapıcılarının elinde araç olabilme potansiyelinin olduğu ifade edilmektedir. Doğal hukukun da pozitif hukukun da haklılık durumunda şiddetin zorunlu bir araç haline geldiği noktasında aynı görüştedir. Bu durum olsa dahi, bahsedilen şiddetin araçsallığının haklı ya da haksız farketmeksizin şiddete başvurmadan adaletin sağlanmasının yollarının olması gerektiği söylenmektedir (Çakmakkaya, 2018: 538).

Bazı araçların hukuksallığı sorusu üzerinden şiddet tartışmasını yürüten Benjamin, doğal hukuk ilkelerinin şiddeti belirleyen araçlar üzerine karar vermesinin mümkün olmadığını, aksine burada onları ahlaki sorunlar bağlamında temeli zayıf derinliğe götüren sonuçlarla baş başa bırakacağını iddia eder. Bir şiddet eleştirisinde şiddetin pozitif hukuka yaslanan ölçütünün ancak şiddetin değerlendirilmesinde elverişli, kullanılabilir olduğu belirtilmektedir. Peki bu ölçüt ve ayırım nedir, ne

anlama gelmektedir. Bu soruya pozitif hukukun şiddetin hukuka uygun olup olmadığına dair koyduğu ölçüt kendi mantığı kapsamında analiz edilme imkanına dahil edilebiliyorsa o halde şiddetin uygulandığı alan da kendi kıymeti ve koşulları dikkate alınarak değerlendirilmelidir, savını ortaya atmaktadır. Bahse konu olan eleştiri, dayanak noktasını hem pozitif hukuk hem de doğal hukukun dışında koymalıdır. Benjamin; hukukun, bireylerin elindeki şiddeti kendisini yok edecek bir tehlike arz ettiğinin farkında olması, hukukun şiddet tekeline eline geçirmesinin menfaati, hukuksal amaçların korunması nedeniyle (saikiyle) değil kendini koruması saikiyle açıklanabileceğini söyler. Her ne kadar amaçları itici olsa da suçluluk imgesinin halkta gizli bir hayranlık uyandırdığının unutulmaması gerektiğini vurgulayan Benjamin, bu hayranlığın esasında suçlu kişinin gerçekleştirdiği eylemden ziyade şiddetin kendisinden geldiğini söylemektedir (Benjamin, 2010: 21-23).

Benjamin'in eleştirileri dikkate alındığında temel tartışma perspektifinin Avrupa'da hukuki argümanların şiddet ile ilişkisinin nasıl çeliştiğini, hukuk-şiddet ilişkisi bağlamında yine hukuki engeller üzerinden bu durumun mümkün olmadığını ortaya koymaya çalışmaktadır. Fakat Benjamin'in ortaya koymaya çalıştığı, doğal hukuk ve pozitif hukukun şiddet ile ilişkisi üzerinde tartıştığı, reddettiği ve eleştirdiği noktalarda ortaya somut çözüm önerisi kurmadığı görülmektedir. Ortaya koymaya çalıştığı problemlerin kayda değer olduğu fakat mevcut çözüm önerilerinin tatmin edici ve yeterince ikna edici olmadığı söylenebilir. Hukukun kendi menfaatini korumak adına grev hakkını tanığını ifade eden Benjamin; hukukun şiddet noktasında yaklaşımının teslim olmak ya da şiddet dışı uzlaşma olması noktasında mümkün değilse, nasıl hareket edilmesi gerektiği noktasındaki sorularının yanıtları tam olarak anlaşılmamıştır. Fakat şu açık ve net görünmektedir ki insan ürünü olan tüm düzenlemeler ve tartışmalar içerisinde kusur barındırabilmektedir. Bu kusur ve eksiklikler dün ve bugün olduğu gibi yarın da tartışılmaya devam edecektir.

Montaigne hukuku adaletten ayırt etmektedir. Derrida bu durumu "*Hukukun adaleti, hukuk olarak adalet, adalet değildir. Yasalar, yasalar olarak adil değildir. Onlara uyulmasının sebebi adil olmaları değil, otoritelerinin olmasıdır*" ifadeleriyle açıklamaktadır (Derrida, 56). Derrida, hukuk ile adaletin birbirini sayan fakat aslında birbiriyle de çakışmayan ve indirgenmesi mümkün olmayan kavramlar olduğunu iddia eder. Hatta Benjamin'in yaptığı ayırım "mitik şiddet" ile "ilahi şiddet" arasındadır.

Derrida'nın ise Benjamin'in şifresini çözmek için bu dili kullandığı ifade edilmektedir. Çünkü adalet yalnız içerisinde hukukun ya da yasanın adaleti anlamını taşımamaktadır. Derrida, “*mitik şiddet*” kavramındaki şiddet kavramının yerine güç terimini getirip; ilahi şiddetin yerine de adalet terimini geçirerek onun saf şiddet olduğu düşüncesini reddetmektedir. Bu noktada özellikle ilahi şiddet noktasındaki tartışmaları Yahudi Soykırımı ile ilahi ceza yorumu şeklinde değerlendirdiği görülmektedir (Direk, 2010: 217-218).

Modern özne; okullar, hapisaneler, klinikler, fabrikalar, hastaneler üzerinden kurumsal pratikler aracılığıyla istenen şekillere sokulmaktadır. 1600'lü yıllara kadar “*delilik*” durumu bir bireyin sıradan yaşamdan soyutlanması gereken bir durum olarak görülmedi. Batı Uygarlığı'nda bu durumun Rönesans'tan sonra kurumsallaşmış bir alıkoyma biçimi olarak, üretici normlara uymayan kesim üzerinde hapsedme girişiminde bulunduğu belirtilmektedir. Üretici normlara uymayan dilenci, yoksul, hasta ve yaşlılar hapsedildi. Bu kapatma kurumlarının Avrupa'da aslında devrimin sonrasında çıkması ilginçtir. Özellikle dikkat çekilen nokta, bu kurumlarda hapsedilen birey üzerinden “*toplumsal*”ın yeniden düzenlenmesinin amaç edinilmesiydi. Modern söylem olarak toplumsalın iki odak noktasının varlığından bahsedilmektedir. Bunlar nüfus (toplumsal beden) ve bu bedenin üzerinde kurulan odak olarak ifade edilmektedir (Tekelioğlu, 2003: 4-6).

Geçmişten günümüze ceza ve ıstırap çektirmenin ıslah edici yönünün olduğu düşünülerek ceza uygulamalarının bedenler üzerinden gerçekleştirildiği bilinmektedir. Suçlulara ceza, bedenler üzerinden verilmektedir. Beden üzerinden çektirilen azabın dar ağacı önünde seyrettirildiği ve içinde çeşitli sınırları barındırdığı söylenmektedir. Fakat bu eğlenceli ceza verme biçimlerinde kolu koparılan, bir yerleri kesilen, dar ağacına asılan bedenin tükendiği zamanla ortaya çıkmıştır. Fakat bedenler üzerinden cezanın kalkmasının tek ve asıl sebebinin bedenin tükenmesi olmadığı, bunun birçok sebebi olduğuna yönelik Foucault'nun açıklamaları akla gelmektedir.

“Her ne olursa olsun, bir olgu açıkça ortadadır: azap çektirilen, parçalanmış, organları kopartılan, yüzüne veya omuzuna simgesel damga basılan, canlı veya ölü olarak teşhir edilen seyirlik unsur haline getirilen beden birkaç on yıl içinde ortadan yok olmuştur. Beden, ceza ile yıldırmanın ana hedefi olmaktan çıkmıştır” (Foucault, 2013: 39).

Suçlu cezalandırılırken sıradan bir cezalandırma hali yoktur. Avrupa’da ulus-devletler öncesinde, monarşik hukuka uygun bir cezalandırma sistemi vardı. Zira hükümrana ve iktidara karşı işlenmiş bir suçtan bahsedilmekteydi. Dar ağacına asılan suçlu son nefesinde sırtını dayayarak; iktidara, yasalara karşı kin ve nefretini saydırabilmekteydi. Foucault’ya göre on dokuzuncu yüzyıla kadar her ceza, içerisinde bedene yönelik bir cezalandırma halini barındırmaktaydı ve şiddet içermekteydi. İçerisinde bedene yönelik olmayan para cezası gibi cezaların varlığı da unutulmamaktadır. Tabii bu durum modern kurum olan hapisanelerin ortaya çıkmasından önceki dönemler için ağırlıklı olarak geçerliydi (Foucault, 2013; Keskin, 1996: 117; Saygılı, 2004: 179). Bu cezalandırma halinin dezaavantajlı taraflarının anlaşılması sonraki dönemlerde yeni uygulamalara geçilmesinde ön ayak olduğu ifade edilebilir.

On sekizinci yüzyılda vahşi cezalar varken özerk bir suç eğilimli sınıfın olmadığı söylenmektedir. Sermayeleşme ile birlikte bunu koruma çabalarının katı bir ahlak ihtiyacı olduğunu ifade eden Foucault, işçi sınıfı arasında Hristiyanlaştırma çabalarının ise ahlak ihtiyacından kaynaklanmasının tezahürü olduğunu dile getirmektedir. İktidar ve güç ilişkisi üzerinden de çeşitli ceza, suç, baskı değerlendirmeleri yapan Foucault’nun gözetleme kurumları olan modern hapisanelerin kurulmasını, on dokuzuncu yüzyılın iktidar işleyişinin yeni bir türü olarak gördüğü belirtilmektedir. İktidarı elinde tutanlar incelense de tarihte iktidar mekanizmasının incelenmediğine dikkat çeken Foucault, iktidar işleyişinin bilgi, enformasyon yaratıp kullanmasını, bilginin iktidara iktidarın bilgiye eklenmesi olarak yorumlanmasını ilginç bulmaktadır. Buradan hareketle bilgi olmadan iktidarın devam etmeyeceğini ve iktidarın bilgiye bilginin iktidara eklenmediğini düşünen Foucault’nun, modern hümanizmanın iktidar ele geçirildiğinde bilginin, bilmenin son bulacağı yaklaşımını reddettiği söylenebilir. Foucault, hapisanelerin bireylerin dönüşümü için proje olduğunu ve okul, hastane gibi kurumlar kadar birey üzerinden işlem görmesi gerektiğine inananlar arasındadır. 1820’li yıllarda hapisanenin değil suçluyu namuslu birey kılma işlevine sahip olması beklensin, yeniden suçlu üreten kurum- suçluyu daha fazla suça bulandırma işlevine sahip olduğu vurgulanmaktadır. Foucault bunun erkenden ortaya çıktığını ifade ederken, bunların siyasi alanda ve iktisadi alanda gerekli olması dolayısıyla yararlı görüldüğünü belirtmektedir (Foucault, 2012: 24-36).

İnsanın var oluşu ve kendini ispat etmesi bakımından beden, delil niteliğindedir. Geçmişten günümüze kadar beden sosyolojik olarak önemli argüman olarak sunulmaktadır ve çeşitli biçimlerde sosyolojik olarak yorumlanmaktadır. Bedene yönelik müdahaleye izin verilmeyen durumlar ile bedene yönelik müdahalelerin kendini gösterdiği modern dönemin izlerine bakıldığında; beden din, iktidar, siyaset, medikal-sağlık alanıyla kolaylıkla ilişkilendirildiği görülmektedir. Beden dilinin iletişimde kullanılması ve beden dilinin semboller aracılığıyla mesajlar vermesi günlük yaşamda insan ilişkilerini belirleyici rol aldığını ifade etmek mümkündür. Geçmiş dönemlerde cezalandırma hallerinin beden üzerinden gerçekleştirildiği bilinmektedir. Bu cezalandırma halleri ile ilgili dönüşümlerden de bahsedilmektedir.

Bedene yönelik cezanın, rastlantısal halde bedene kırbacın indirilmesiyle verilmediği ve belli hesaplamalar dahilinde gerçekleştirildiği ifade edilmektedir. Kamçı sayısı, demirin basılacağı noktalar vb. gibi kurallara bağlı cezalar icra edilmekteydi. Bireye çektirilen azap, suçu temizlese de bireyin bedeninde silinmesi mümkün olmayan izler bıraktığı belirtilmektedir. İngiltere istisna olmak kaydıyla Fransa ve Avrupa'nın büyük çoğunluğunda cezanın biçimi karar aşamasına kadar gizli tutularak ne halka ne de sanığa bildirilirdi (Foucault, 2013: 74-75).

Fiziksel ve metafiziksel boyuta sahip bir varlık olan insan bedeninin fiziksel boyutu temsil ettiği bilinmektedir. Organik yapısı ve rengi, kütlesi ve hacmi olan beden, insanın maddi boyutunu temsil etmektedir. İnsanın kimliğinin, toplumsal cinsiyet ve ırk gibi özelliklerinin sorgusunun beden üzerinden yapıldığı vurgulanmaktadır. Bireylerin giyim tarzları, öz bakım ve temizliklerine yönelik yaklaşımlar, güzellik ve çirkinlik değerlendirmeleri, bireyin sağlıklı olma durumuna yönelik fikirler bedenler üzerinden verilmektedir (Kara, 2011: 23-24). Foucault, vurguladığı panoptik bakış ile bireyin kendi kendini disipline etmesinin her toplumsal beden için geçerli olduğunu ifade ederek bireylerin beden sunumlarından bahsetmektedir (Yücel, 2019: 16).

Çağdaş toplumlarda beden genç ve dinamik kalmasına yönelik eylemlerde bulunulması ve yaşlanmanın getirdiği kayıplar ile gelişen ve değişen teknolojiye ayak uyduramayan yaşlıların kıymetsiz hissedilmesi beraberinde farklı alanları etkilemektedir. Özellikle yaşlanmaya karşı bedenin daha dinç ve genç tutulmak istenmesi moda, giyim, estetik olma-görünme, fitness gibi sektörlerin ciddi kazançlar

elde etmesine yol açtığı görülmektedir. Beden, çağdaş toplumlarda tüketim projelerine konu olmaktadır. Kozmetik, estetik ve diyet vb. alanlarda tüketim yapan bedenler üretmenin, modern toplumların önemli projelerinden olduğu ifade edilmektedir. Fit ve orantılı vücudun sağlıklı olduğu anlamına gelmesi iyi ve uzun ömürlü yaşam olarak algılanmaktadır (Canatan, 2011: 327; Okumuş, 2009: 2).

Bedenin etrafında yer alan sağlık, perhiz, zariflik, tedavi, bedenin bakımı vb. söylemlerin günümüzde bedenin “*kurtuluş nesnesine*” dönüştüğünü ortaya koymaktadır. Beden statüsünün bir kültür olgusu olması ve kendisini örgütlenme biçimlerinde yansıttığı vurgulanmaktadır (Baudrillard, 2008: 163). Bedenin sosyal statü üzerinde ve toplumsal alanda bireyin varlığının değeri üzerinde etkisinin olduğuna yönelik düşüncelerin var olduğu ve bu durumun farklı sektörler üzerinde maddi kazancın elde edilmesini etkilediği görülmektedir. Bu noktada bedenlerin tahakküm aracı olarak kullanıldığı ifade edilebilir. Bedenin toplumsal yapı ile karşılıklı ilişki içinde olduğu ve olumlu-olumsuz yönde etkileyen-etkilenen pozisyonda olabildiği bilinmektedir. Bu etkilenme toplumların varlık gösterdiği her safhada gözlenmektedir.

Bedenin insan yaşamının vazgeçilmezi olan iletişim dilinde etkin rol aldığı kabul edilmektedir. Beden dilinin dışında bedeni bir bütün olarak tanımlayan genel yapısal bir beden dilinin mevcut olduğu bilinmektedir. Yani bir insanın tüm bedeninin bir anlam taşıdığı; bu anlam içerisinde insanın huy, karakter, ahlak vb. ruhani özellikleri resmettiği söylenmektedir (Okumuş, 2008: 14-15). Bedenden bahsedildiğinde insan yaşamındaki önemi tartışılmazdır. Bedene yönelik yaklaşımlara bakıldığında ise insan bedeninin et parçasından ibaret olmadığı ve görüldüğünden çok daha fazla anlam taşıdığı bilinmektedir. Gerek dini terminolojilerde gerek örf-adet kaynaklarına başvurulduğunda, bedensel pratikler üzerinden çeşitli mesajlar verilmektedir. Birçok toplumsal argümanların beden pratikleri üzerinden anlamlandırıldığı ve bedene yönelik müdahale edilmesine bazen baş kaldırıldığı; bazen onay verildiği görülmektedir.

Bedenin muhafazasının kıymetli hale geldiği bilinmektedir fakat bedene yönelik müdahalenin de modern dönemle birlikte talep edilen duruma dönüştüğü ya da ihtiyaç olarak hissettirildiği vurgulanmaktadır. Giyim-kuşam üzerinden toplumsal anlamlandırmanın gerçekleştirildiği ve belli zümreye ait olduğuna yönelik

mesajların var olduğu ifade edilebilir. Günümüzde giyim kuşamlara bakıldığında özellikle çağdaş giyim biçimleri olarak ifade edilen pantolon, etek, şapka vb. aksesuarların kullanıldığı görülmektedir. Reformlar yapıldığında ilk olarak giyim kuşam alanında yeniliklerle başlanıldığı bilinmektedir. Osmanlı Devleti'ne bakıldığında II. Mahmut Dönemi'nde kıyafetlerle ilgili düzenlemelerin getirilmesi ve devlet memurlarına fes giymenin zorunlu hale getirilmesi bu duruma örnek verilebilir.

Bedenlere yönelik müdahalelere bakıldığında kültürün burada önemli faktör olduğunu ifade etmek mümkündür. Bazı toplumlarda bedenlerin muhafaza edilmesine yönelik örf ve adetlerin varlığından bahsedilirken bazı toplumlarda bedene yönelik alınan kararlarla radikal değişiklikler yapıldığından bahsetmek gerekir. Amerika'da kadınların sezaryen doğumu, kürtaj vb girişimlere eğilimlerinin sayısı Avrupalı kadınlara göre daha fazladır. Yine kültüre göre bir toplumda sağlık ve hastalık algısı değişkenlik gösterebilirken, bu değişkenlik günlük faaliyetlere de yansımaktadır. Toplumsal değerlere göre değişkenlik gösteren hastalık algısı tedavi biçimlerinde de gözlenebilmektedir. İngiltere'de radyasyon, ilaç tedavisi gibi modern tıp uygulamalarına, Amerika'ya kıyasla daha mesafeli bir tutum sergilendiği vurgulanmaktadır. İngiltere'de hastalar ameliyatı nadir seçenek olarak kabul ederlerken, Amerika'da ilaç, radyasyon ve takip daha çok kendini gösteren uygulamalar olmaktadır. Bu durum gözlemlendiğinde ve kültürel farklılıklar dikkate alındığında, birey ile toplumu değerlendirme kriteriyle ilgili mesajlar da vermektedir (Newman, 2013: 57). Bedenin, tıbbın hastalığı tanımlama mekanı olduğu söylenebilir. Pek çok hastalık bedensel şikayetler üzerinden tanımlanır ve tek bir organ üzerinden tanımlanmaz. Bedenin mekanı ile hastalığın mekanı yer değiştirebilir (Foucault, 2002: 30).

Ülkemize bakıldığında, sağlık hizmeti alan hastaların ilaç tedavisiyle iyileşmek isteme eğilimlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Tıbbın uygulamaları sağlık alanındaki tedavi biçimlerinde yaygın olarak gözlenebilir. Hasta takibinin aylık ya da üç ay, altı aylık periyotlarla yapıldığı ve yaygın olarak kan-idrar tahlilleri, röntgen, emar, tomografi gibi radyasyon maruziyeti gerektiren uygulamaların varlığından bahsedilmektedir. Son yıllarda artık bu Amerikan modern tıbbındaki uygulamaların ülkemizde uygulanmasına yönelik eleştirilerin varlığını ifade etmek gerekmektedir. Yaygın ilaç tedavileriyle problemlerin halledilemediği artık anlaşılmaya

başlanmaktadır. Özellikle antibiyotik kullanımlarına ilişkin yakın zamanda sağlık alanında değişen tutumu hatırlamak gerekir.

Hastalar tarafından ilaç ile kısa zamanda tedavi edilme isteğinin varlığı, tahlillerin sonuçlarının gösterilmesi, tedavi süresinin uzamasını ve hekimlerin muayene esnasındaki tutumlarına yönelik eleştirilerin varlığı, hekimlerin günlük kota ile hasta bakmalarının var olduğu sağlık kuruluşlarında, hastaların kota sebepli tedavi almadan geri dönmeleri nedeniyle sağlık çalışanları ile tartışmalar yaşamaları, hastaların ya da bazı sağlık çalışanlarının çeşitli etik olmayan davranışlar sergilemeleri sağlık alanında şiddetin yaşanmasına zemin hazırlayan etmenler olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması, tedavi beklentisi karşılanamayan hasta ve sağlık çalışanı arasında yaşanan tartışmaların gerçekleşmesi, bazı sağlık çalışanlarının görevini isteksiz yerine getirmesi ya da görevini yerine getirmemesine yönelik hastalar tarafından çeşitli eleştirilerin varlığına bakıldığında bu durumun sağlık alanında yaşanan şiddet ile ilişkisinin göz ardı edilmesi beklenemez. Zira çözüme kavuşturulmayı bekleyen sağlık alanında pek çok problemi dikkate almak sağlık alanında şiddetin de göz ardı edilmemesi için gereklidir.

Sağlık alanında bedene yönelik müdahale, dünyada ve ülkemizde son yıllarda yaygınlaşmaktadır. Güzel ve estetik görünme amaçlı ameliyatlar dışında diğer sağlık sorunları tedavi edilirken, vücuda enjeksiyonlar yoluyla verilen ilaçlar üzerinden tıbbın müdahale alanının genişlediğini söylemek mümkündür. Tıbbın hükümranlığının sürdürülmesine katkı sağlayan sistemin tesis edilmesine yönelik çeşitli eleştiriler mevcuttur. Tıbbın insan üzerindeki müdahale alanının genişlemesi karşısında, bireyin kendi bedeni üzerindeki hakimiyetini kaybetmeye dair bir endişe ortaya çıkmaktadır.

Sağlık sektörünün toplumsal gücün dağılımıyla da ilişkisi vardır. Gücü, bireyin bir işi yapma kabiliyeti ve imkanı olarak tanımlamak mümkündür. Nasıl ki medya gücü elinde tutarak çeşitli konularda bireylerin fikirlerini şekillendirme imkanına sahipse bu yüzyılda da bireyler gücü ellerinde tutarak fiziki çevre ya da sağlık politikalarını şekillendirme imkanını ellerine alabilme olanağına sahiptir. Bu gücü ellerinde bulundurma yalnız bireylerle ilgili değil, toplumsal güç dağılımıyla da ilgili olmaktadır. Bireylerin toplumsal statüleri ile ilgili olan bu güç dağılımı, konumlarına göre bireyler, yaptıkları eylemler üzerinde kontrol hakkını ellerinde bulundurmaya

talep edebilirler. Bu bazen yasal çerçevede, bazen ahlaki kontrol ile, bazen de yasal olmayan yollarla gerçekleştirebilmektedir. Sağlıklı bir toplum yaratmak; yönetimin arzusu dışında gücün toplumsal dağılımı ile yakından ilişkilidir. Gücü ya da iktidarı ele geçirenler taleplerini bir şekilde halletme imkanına sahip olmaktadır. Modern toplumlarda güce erişim imkanı alt sınıflar için zor görünmektedir. Kapitalizmin geliştiği toplumlarda daha belirgin hale gelen güç-sınıf ilişkisinde, alt sınıfların sağlık sorununun gündemde yerini sürekli koruduğu fakat üst sınıfların ise sağlık sorunlarını bir şekilde halledebilme imkanına sahip olduğu ifade edilmektedir (Cirhinlioğlu, 2017: 37-38). Ekonomik düzeyin iyi olması, sağlıklı yaşam sürdürme açısından bireye avantajlar sağlamakla birlikte, üst sınıftaki bir bireyin sağlık hizmetini daha fazla para vererek alması, olası sağlık probleminin kesin çözüleceği anlamına gelmemektedir.

Rahatsız birey sağlık kuruluşuna başvurduğu anda tıbbın uygulama aşamalarına girmiş ve ilk sözleşmeyi kabul etmiş sayılır. Hastalığın teşhisi açısından ilk sorular beden üzerinden sorgulanır. Hasta bu soru ve cevapları ile ilgili bilgi sahibi değildir ve sorumluluk hekime ait kabul edilmektedir. Burada hastanın bedeni nesneleştirilir ve bazen de hasta doktoru nesneleştirir. Doktor da aldığı bilgiyi hastanın yararına kullandığına söz vermektedir. Doktor hastanın bedenine baktığındaki sorumluluğunu üzerine almaktadır ve doktorun gözü tarayıcı işlevi görmektedir. Doktorun bedene dokunarak muayenenin bir sonraki aşamasında doktorun hastanın şikayetini tespiti amaçlı hastayı rahatsız etmesi teşhis için gerekli görülmektedir. Bedenin nesneleştirilmesi muayene aşamasında rahatlıkla görülebilir. Hastanın “orası ağrıyor, oraya dokununca burada ağrı şiddetleniyor” şeklindeki sözlerine bakıldığında ya da tetkiklerin yapıldığı aşamada, hasta “kanımı vereceğim” demez; sağlık personeli ise “kan alınacak” diyerek bedenin nesneleşmiş halini ortaya koymaktadır. Bedensel rahatsızlığın şiddetinin fazla olduğu durumlarda hastanın ilk talebi ağrının giderilmesidir. İkinci talep ise hastalığının sebebini öğrenmek üzerinedir. Sağlık kuruluşlarında hasta-hekim ilişkisine bakıldığında beden- kendilik ilişkisi üzerindeki dengeden bahsedilir. Hastanın dış sebebi ile iç sebebi arasında farkın beden üzerindeki etkisi, birey tarafından değerlendirilip bireyin rahatsızlığı ile baş etmesi için önem arz etmektedir. Bazen hastalıklı bölge, hasta tarafından bedenin dışındaymış gibi muamele edilerek, tamamen nesneleştirilmektedir. Bu durum “kendiliğin bedenden uzaklaştırılması” olarak adlandırılmaktadır (Beyazyüz ve Göka, 2016). Bu nesneleşme halinin insanın mekanik olarak algılanıp çeşitli amaçlara araç edilme tehlikesi taşıdığı

farkedilirken; öte taraftan sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken duygusal bir varlık olarak insan olma halleri, bazen tıbbi uygulamaları gerçekleştirmelerini zorlaştırmamaları açısından bu nesneleşme haline belli düzeyde olumlu bakmak gerekmektedir.

Modernizm ile birlikte insan aklının esas alınmasına yönelik vurgular 18. yy'da hakim olmaya başlamıştır. Modern tıbbın imkanları, sağlık alanında çeşitli yeniliklerin yaşanmasına, teknolojik gelişmelere bağlı tanı ve tedavi süreçlerinin daha hızlı gerçekleşmesine ve bireylerin yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlamaktadır. Fakat modern dönemde kapitalizmin hızlı gelişimiyle birlikte üretimin artmasına bağlı kâr odaklı çalışan sistemin gıda ürünlerinin genetiği ile oynanması ve hastalıkların artmasına sebep olduğu bilinmektedir. Modernizmle birlikte “birey” daha çok ön plana çıkarılmaktadır. Yükü artan sağlık sistemlerinin, sağlık sistemlerine ayrılan bütçelerin yetersiz gelmesinin sebeplerinden birinin ise bu durum olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte gelişmişlik ölçütleri arasında bireyler için sağlığın artık daha çok daha önemli ve vazgeçilmez bir hâl aldığı ifade edilebilir.

Bağımlı nüfusun artmasının sağlık sistemine yönelik olumsuz sonucu olmaktadır. Yaşam süreleri ile ilgili çeşitli belirsizliklerin var olması, erken dönem moderniteden geç dönem moderniteye geçiş ile ilgili durumu ortaya koymaktadır. Erken dönem kapitalizminin amaçlarından birinin tıp biliminin işçi sınıfını başarılı kılmak ve verimli bir iş gücü ihtiyacını karşılamak için sağlık hizmetlerini iyileştirmek olduğu söylenmektedir. Geç modernite ile birlikte geç kapitalizmin büyük emeğe ihtiyacı yoktur. Zira gelişen teknoloji ile birlikte emek daha verimli hale gelmektedir. Yeni biyoteknolojik ortamda hastalık çok olumsuz bir güç olarak algılanmamalıdır, aksine üretim faktörlerinin bir yönü olmalıdır (Turner, 2006: 228). Modern ve postmodern dönemlerin getirdiği değişimlerin sağlık anlayışları üzerindeki etkisinin tartışıldığı bilinmektedir. Bu değişimlerin güncel sağlık sorunlarının niteliğinin değişmesini etkilediği ifade edilebilir.

Sağlık alanında postmodernizmin modern döneme yönelik eleştirilerine rastlamak mümkündür. Batı ülkelerinin ekonomik ilerlemelere sahip oldukları bilinen bir gerçektir fakat bunu sağlık sistemlerine gelince başaramadıkları, hatta sağlık sistemlerinin tıkanık halde olduğu vurgulanmaktadır. Tıp biliminin büyük saygınlığını artık kaybettiği ve ister gelişmiş ülkeler ister az gelişmiş ülkeler olsun, birçok dünya

ülkelerinde alternatif tıbbı yönelimin arttığı ifade edilmektedir. Rasyonel ve geleneksel tıbbın temsilcileri olan hekimlerin sağlık sorunlarına çözüm getirmeleri için yalnızca alternatif araçlardan biri haline geldiği bilinmektedir. Postmodern dönemde hastalık kavramından çok sağlık kavramına yönelik vurgunun ağırlık kazandığı dile getirilmektedir. Modern dönemde sağlıklı bir hayat sürmek olağan bir durumken, postmodern dönemde bu durumun bir olasılık haline geldiği söylenmektedir. Hastalanmadan önce neler yapılması gerektiği konusunun daha çok vurgulanmaya başladığı ve bunlarla ilgili sürekli reklamların medyada görülmesi de klasik tıbbın iktidar alanının daralması sonucunu doğurduğu belirtilebilir (Cirhinlioğlu, 2017: 90; Cirhinlioğlu vd, 2016: 398-399). Bu, postmodern dönemin bilgiye dair heterojen görüşlerin çoğul olması durumunu reddettiği anlamına gelmez. Modern dönemin kapanarak sonraki döneme geçiş ile birlikte maddi ürünlerin üretiminden bilgi merkezli alana yönelik geçişi ileri sürenlerin kurumsal değişimlere vurgu yaptığı aklı gelmektedir. Çünkü postmodern dönem, kurumsal açıdan karmaşıktır (Giddens, 2010: 10-147).

Modern tıbbın doğuşu 18. yy'ın sonu olarak kabul edilmektedir. Tıbbın klinik bilim olarak deney gücü ve akılcı bir yapıyı içeren koşullarda ortaya çıktığı bilinmektedir (Foucault, 2002: 10-14). Psikiyatrin yargıç, mahkeme ve hapisane ile iş birliği yapması; tıp sisteminin ceza sistemine yardımcı olduğunu göstermektedir (Foucault, 2012: 29). Bu eleştirilerin varlığından hareketle ve Batıda tıbbı teslim olduğuna yönelik eleştirilerin varlığına da bakılırsa bu eleştirilerin Batı'nın kendi içinden çıktığı anlaşılmaktadır.

Sağlıklı bir vücuda sahip olmanın tüketim toplumuna dahil olmayı ve tüketim toplumunun devamına dahil olmanın da insanların kendi bedenlerine yönelik algılarının değişmesinin başarılması ile mümkün hale geldiği belirtilmektedir. Modern dönemin insan bedenini anormal olarak etiketlemesine karşı, postmodern dönem bu durumu "farklılıklar" olarak tanımlamaktadır. Fiziksel ve ruhsal bir bütünlüğe sahip insanın bir yanına zarar verildiğinde diğer yanı da olumsuz etkilenmektedir. Çünkü insanın bütünlüklü bir yapıya sahip olduğu ifade edilmektedir. (Cirhinlioğlu vd, 2016: 400-401). Sağlık, geçmişten günümüze toplumlarda hayati öneme sahiptir. Toplumların devamının sağlanması için vazgeçilmez öneme sahip olan sağlığın modern dönem ile birlikte siyasi, ekonomik, kültürel boyut kazandığı ifade

edilmektedir. Bu dönemde modern devletin önemli ve genişlemiş iktidar ve meşruiyet alanına dönüştüğü belirtilmektedir (Demirci, 2015: 123).

Sağlık, insanların kaybetmek istemediği bir hale dönüşürken, beraberinde eleştirilmesi gereken hususları doğurmaktadır. Çünkü sağlığın kaybedilmesi riskinin, modern dönemde bireyleri kaygılandıran bir durum olduğu ve bu durumun sağlık alanında ciddi harcamalarla kontrol altına alınmak istendiği görülmektedir. Sağlık-tıp ilişkisine bakıldığında, sağlığı sarıp sarmalayarak kendi kontrolü altına almaya çalışan tıptan bahsedilmektedir. Modern tıbbın olumlu tezahürlerinin dışında olumsuz tezahürleri de bulunmaktadır. Geleneksel ve alternatif tedavi biçimlerine sıcak bakmayan ve iktidar alanını genişletmeye çalışan, farklı alanları tekeline almaya çalışan tıba yönelik eleştirilerin ve bu tartışmaların sağlık alanındaki şiddet konusundan bağımsız olmadığı düşünülmektedir.

Tıp ve tıp hekimlerine yönelik farklı eleştirilerin olduğu ve tıp kurumunun sağlık için vazgeçilmez olmaktan ziyade tehlike haline geldiği belirtilmektedir. Tıbbın profesyonel egemenlik etkisinin salgın gibi geniş boyutlara ulaştığını ifade eden Ivan Illich'in (1995), Yunanca'da hekim anlamına gelen "*iatros*" ve köken anlamı "*genesis*"in birleşimini ifade eden "*iatrojenez*" (iatrogenesis) kavramını kullandığı bilinmektedir. Illich, "*iatrojenez*" kavramı ile tıbbi uygulamaların bireyler üzerinde yarattığı ağrı, acı ve olumsuz etkiye vurgu yapmaktadır. İatrojenezi klinik, sosyal ve kültürel olmak üzere üç kategoriye ayırarak eleştirilerini dile getiren Illich'in, tıbbın sağlık hizmetlerini istila altına alan tutumuna yönelik çeşitli perspektiflerden değerlendirmeleri bulunmaktadır. Toplum bazlı bakıldığında, iatrojenik hastalıklardan kurtulmanın mesleki ya da profesyonellik olmaktan ziyade, politik eyleme dönüştüğü söylenmektedir. Sağlıklı olma özgürlüğü ile adil sağlık hizmetlerine erişim arasında dengenin gözetilmesi gerekirken; son yıllarda özellikle sağlık hizmetlerinin son kuşaklar üzerindeki tekelinin kontrolsüz şekilde yayılmaya başladığı ve kendi bedenlerimiz ile ilgili özgürlük alanlarımıza tecavüz edildiği ifade edilmektedir. Toplumun kimin hasta olduğunu ve bunlara ne yapılabileceğini belirleme hakkını hekimlere devrettiğini ifade eden Illich, tıbbi yorum sapmayı nasıl değerlendiriyorsa ve ifade ediyorsa meşru olmaktadır fakat toplumun bu konudaki karar verme hakkının artık elinden gittiğini hatırlatmaktadır. Ayrıca, tüm yurttaşlar sınırsız tıp sisteminden yararlanırken, kendi sağlığına kavuşmak isteyen bireylerin, çevresel ve kültürel

koşullarını ortadan kaldırmak istediği ve bu durumun açığa çıkarılıp tersine çevrilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Illich, 1995: 14).

Özellikle geçmişte tıbbi hizmete başvurarak sağlık hizmeti alma oranı günümüze göre daha düşük oranda gerçekleşmekteydi. Tıbbi müdahalenin artık günümüzde ihtiyaç gibi hissettirilmeye çalışıldığı bilinmektedir. Toplumumuzda hafif düzeyde baş ağrısı olan bireylerin, ilaç almadan iyileşemeyeceği düşüncesine sahip olanların sayısı artık pek de az değildir. Hasta olduğunda ya da sağlığını koruma amaçlı periyodik sağlık muayenelerinden geçmenin popüler kültür eylemi olduğu, tıp endüstrisinin alandaki hakimiyeti için bunun gereklilik olduğu yönünde söylemlerin varlığı tartışılmaktadır.

Depresyon, enfeksiyon, sakatlık, işlev bozukluğu gibi tıbbın verdiği acıların iş, trafik ve endüstri kazalarından daha fazla olduğu ve daha fazla acı vermeye başladığı ifade edilmektedir (Illich, 1995: 28; Illich, 2003: 919). Son yıllarda ülkemizde özellikle antibiyotik kullanımı ya da çeşitli ilaçlara yönelik kullanımlara daha dikkatli yaklaşıldığı görülmektedir. Ağrı kesici, antibiyotik gibi ilaçların yan etkilerinin varlığına dikkat edilmeden aşırı kullanılmasına yönelik çeşitli tedbirlerin alınmasının ihtiyaç haline gelmesi kurumsal düzenlemeleri gerektirmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hastaların uzun süredir ücretsiz aldığı elli iki ilacı listeden çıkardığı bildirilmiştir (<https://www.haberturk.com/52-ilac-odeme-listesinden-cikarildi-3222403>, Erişim Tarihi: 15.10.2021). Bu ilaçlar arasında kas gevşetici krem, ağrı kesici gibi iltihap giderici ilaçlar olduğu görülmektedir.

Bireylere verilen ilaçların yan etkisi, zararları ve alışkanlık yapma gibi durumlarının iyice arttığı günümüzde ilaç kutularına harcanan paraların ciddi rakamlara ulaştığı açıktır. İlaç reklamları yapılarak elde edilen ticari gelirlerin yanında ve reçetesiz bir çok ilacın piyasada serbest dolaşması ilaç bağımlılığını arttırmaktadır. Reçeteli satılan ilaçlara vücutları bağımlılık geliştiren bireylerin almak istediği ilaçları reçetelendirmek için pek çok kez hekimlerle tartıştıkları gözlemlenen bir durumdur. Poliklinikte muayene sırası beklerken çantaları-takım elbiseli kişilerin çalıştıkları firmaların ilaç reklamlarını yapmaya çalıştıklarını görmek artık sık rastlanan bir durum haline gelmiştir. Bireyin hasta olup olmadığına karar veren mekanizmanın hekim olması ve raporlandıran kişinin yalnız hekim olmasına yönelik eleştiriler de mevcuttur.

Sağlığın metaya dönüştüğü noktada tıp bürokrasisinin stres çoğaltarak, bireyin acı çekme toleransını aşağı çekerek, bireylerin kendini iyileştirme hakkını ellerinden aldığı belirtilmektedir. Sağlığın metaya dönüşüp standartlaştırıldığı yerde acılar, ölüm, doğum hastanelik olup, evlerde gerçekleşmeyen bir hal olarak kabul görmüş ise sosyal iatrojenezin faaliyete geçtiği ifade edilmektedir (Illich, 1995: 38).

Foucault “*Kliniğin Doğuşu*”nda, hastalığın doğal yerinin yaşam yeri olması gerektiğini belirterek, hastalığı kendi doğasından kopararak hastanelere hapsetmenin vakaları ağırlaştırdığından bahsetmektedir (Foucault, 2002: 39). Tıbbi tekelin yaygınlaşmasının birçok zararları dile getirilmektedir. Yoğun eğitim kendi kendini yetiştiren bireyi nasıllı vasıfsızlaştıran bir halde, yoğun tarım kendine yeten tarımcıyı yok eden bir etki yaratan bir durumda ise; polis örgütünün aşırı yaygınlığı toplumun kendini kontrol etme yeteneğinin kaybolmasına yönelik olumsuz etkide bulunması örneklerinde olduğu gibi tıbbın da kötü biçimdeki yayılımı benzer sonuçlar doğurmaktadır. Ortak sağlık hizmetinin ve kişinin kendi kendisinin doktoru olmasının suç olarak algılanması, iatrojenik tıbbın yaygınlaşması ve tıbbın nüfus sistemiyle ilgili sosyal kontrolünün ana ekonomik etkinliğe dönüştüğü hastalıklı toplumu destekleyen bir hal alması, tıbbın yayılımının sonuçları arasında yer almaktadır (Illich, 1995: 38-40). Tıbbın dışında hekimlerin de ilk görevlerinin politik olduğu vurgulanmaktadır. Hastalıklarla mücadele edilirken kötü yönetimlere karşı da mücadele edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Foucault, 2002: 39). Tıbbın sosyal yaşamı kontrol eden ve düzenleyen işlevinin olduğu bilinmektedir. Nüfusların yaşam içerisinde dağılımı üzerinde etkilerinin varlığından bahsedilmektedir. Bireylerin tıbbın varlığı olmadan yaşamlarını idame ettiremeyeceklerine yönelik inancın hakim olması modern veba haline gelmektedir. Ayrıca bu durumun yaygınlık kazanması toplumsal kaygıyı arttırmaktadır.

Sanayileşme çağına ayak uydurmuş insan; eğitim, sağlık hizmetlerinin yoksun olduğu, ulaşım problemlerinin olduğu yerlere gitmemeyi benimseyen ve hayalindeki her şeyi satın almayı temel amaç edinen bir hale bürünmüştür. Bedenini kontrol etme rolünü başkasına bırakan bireyin nasıl ve hangi ilacı alma noktasında tamamiyle kendi kaderini başkalarına terk etmemesi gerektiği vurgulanmaktadır. Medikal bilir kişiler; insanları araba kullanıp kullanamayanlar, asker olabilenler, akıl ve ruh hastalığı olanlar şeklinde raporlar vererek kategorilendirme yetkisine sahip olmaktadır.

Toplumsal statüyü belirleyebilen bu raporlar kişiyi askerlikten, işten, hapis cezasından kurtarabilirken, bir başkasını ise bir kuruma kapatarak özgürlüğünü kısıtlayabilme gücüne sahiptir. Birçok kişinin bu raporlarla anormal olarak etiketlendiği toplumlarda bireyler hastanelerde yaşamını sağlıklı geçirmek zorunda bırakılabilmektedir (Illich, 1995: 57-58).

Kliniğin nasıl bilimsel bir gözlem alanına dönüştüğü, tıbbi olarak düzenlenen tedavinin ve bedeninin anatomi alanında eğitim alanıyla nasıl bir ilgisi olduğu sorusu, Foucault'nun "*Kliniğin Doğuşu*" adlı çalışmasının odaklandığı sorular arasında yer almaktadır (Tekelioğlu, 2003: 60). Tıbbın hükümdar olduğu bir toplumsal mekan oluşturma isteği ve bu mekanda ortaya çıkabilecek sorunların devlet adamları ile hekimler tarafından hemen ortadan kaldırılmasına yönelik fikir birliğinden söz edilmektedir. Politik ideolojinin gerekleri ile tıp teknolojisi arasında ortaklığın ilişkisinden bu durum bağımsız değildir (Foucault, 2002: 62). Hastane yapılarına bakıldığında loş koridor ışıkları, fiziksel doğası ve boş odalar çeşitli riskler yaratır. Hastanelerin büyüklüğü, güvenlik personelinin denetim gücünü aşması gibi durumlar söz konusu olmaktadır. Sağlık alanında şiddet ile ilgili iş yerlerinde şiddete yönelik "*sıfır tolerans*" başlığıyla yazılı politikaların geliştirilmesi önerilmektedir (Smith-Pittman ve McKoy, 1999: 10).

Toplumların sanat, din, ekonomi, siyaset gibi kurumlarla ilişki içerisine girerek kendine göre kurallar oluşturma, Bourdieu'nun ifade ettiği biçimiyle alanlar oluşturmak istedikleri belirtilmektedir. Bourdieu, bu durumu açıklamak için "*habitus*" kavramını kullanmaktadır. Bu kavram, algılayıp değerlendirdiğimiz ve aktarılabilir olan eğilimler sistemini tarif etmektedir. Bunların şemayı tanımladığı ve bilinçli olmadığı söylenmektedir (Wacquant, 2014: 61-63). Pierre Bourdieu, sermaye türlerini açıklarken sermaye türlerinin kendi içerisinde dönüşümünden bahseder. Sermayelerin mübadale ile değiştirilmesinin imkanı olduğunu belirtmektedir. Ekonomik sermayesi güçlü bireyin, bu ekonomik sermayeyi kültürel sermayeye dönüştürmesi bu duruma örnek verilebilir. Kültürel sermaye, eğitim niteliği, durum ve tavırlardan, son derece saygın bir mala, eşyaya sahip olma durumu olarak ifade edilebilir (Crossley, 2001: 87).

Kültürel sermayenin kurumsallaşmış formuna yönelik vurgu yapılırken, eğitim kurumları arasındaki hiyerarşik ilişkiden kaynaklı olarak insanların avantajlı ya da

dezavantajlı pozisyonlarda mesleki konumlara yerleşmelerinde sınıf hiyerarşilerinin yeniden üretilmesinin söz konusu olduğu belirtilmektedir. Buna hangi mekanizmaların sebep olduğu kültürel sermayeyle araştırılmaktadır (Göker, 2007: 283). Kültürel sermayeye iyi bir piyano çalan birey, iyi sanat eseri verebilen ya da resim yapabilen bir birey, eğitim ve bilgi donanımı yüksek kişi örnek verilebilir.

Kültürel sermaye ve eğitim ilişkisi üzerinden çeşitli analizleriyle bilinen Bourdieu, herkesin eşit koşullar altında ve eşit kalitede eğitim alamadığı gerçeği üzerinde durmaktadır. Bourdieu, Fransız eğitim sistemi ile ilgili çeşitli eleştirilerine yer verdiği eğitim sisteminin içerisinde; ince, ayrıştırıcı niteliğe sahip, fark yaratan nüanslara değinmektedir. Tıpkı toplumlar içerisinde ekonomik sermaye gibi bir sembolik ve kültürel sermayenin varlığından bahseden Bourdieu'ya göre, ekonomik sermaye nasıki paylaşımı noktasında sınıfsal yapıya dayandırılıyorsa, kültürel sermaye de o şekilde sınıfsal farkları yaratır ve yansıtır. Ona göre toplum içerisinde kültürel sermayenin cüzi ve kıtlığı, ekonomik sermayeyle ortak özellik taşımaktadır (Aktay, 2014: 475-477). Bourdieu kültürel sermayenin üç şekilde var olabileceğine değinmektedir. Somutlaşmış durumda, yani akıl ve bedenine durumuna bağlı olarak var olmaktadır. İkinci olarak kültürel değerlerin nesneleşmiş biçime dönüşmesiyle (resim, sözlük, kitap gibi) var olmaktadır. Son olarak ise kurumsallaşmış biçimde, yani eğitim nitelikleri durumunda görülebilir (Bourdieu, 1986: 243). Toplumsal uzamın kuruluş biçime bakıldığında eyleyiciler ya da grupların ekonomik ve kültürel sermayelerine göre yapılan istatistiksel dağılım içindeki konumlarına göre dağıldıkları ifade edilmektedir. Yani grupların ekonomik ve kültürel sermayelerinin ağırlıklarına göre dağıldıkları belirtilmektedir (Bourdieu, 1995: 20-22).

Bourdieu'nun alan analizlerinde "bir başka tür sermaye" olarak değil de aslında genel olarak sermayenin kendisi olarak nitelendirdiği "*simgesel sermaye*" kavramına değinmektedir. Bu sermaye türü, diğer sermaye türlerinin fetişleşmesiyle sosyal bir güç konumuna gelebilmektedir. Bu diğer sermaye türlerinin alan içinde tanınıp kabul görmesiyle beraber farklı sermaye türlerinin büründüğü biçim olarak da tanımlanabilir (Bourdieu, 1986; Göker, 2007: 283-284).

Bourdieu'nun simgesel sermaye kavramından sonra kullandığı ve üzerinde durduğu simgesel şiddet kavramı; günlük yaşamımızda çoğu zaman fark etmediğimiz, var olan bir durum olmaktadır. Şiddetin her türü insana zarar vermektedir. Bazen

şiddetin kendisi bu şiddeti uygulayan açısından malesef cezbedici olabilmektedir. Simgesel şiddetin günlük yaşamımızda var olması kabul görmektedir ve simgesel şiddetin aslında daha çok psikolojik zarar verdiği açıktır. Simgesel şiddet kendisini bireyler üzerinde aslında daha çok baskı yoluyla hissettirmektedir.

Simgesel şiddetin toplumsal alanda var olduğu farkedilmektedir fakat bunun şiddet olarak değerlendirilmediği durumların fazlaca var olduğu gözlenmektedir. Bunun etkisinde kalan birey bazen bunu şiddet olarak değerlendirmemektedir ve buna rıza gösterebilmektedir. Daha çok şiddetin görünmeyen yüzü olarak ifade edilen sembolik şiddet, uygulayan kişi açısından daha çok kendi yönlendirmelerine göre bireyleri şekillendirmek istediği açık görünmektedir. “*Simgesel şiddet*”; görünmez bir şekilde karşıdakini sindirme olarak tarif edilmektedir (Yılmaz, 2020: 162-163).

Bourdieu simgesel şiddeti; “*bir toplumsal eyleyici üzerinde kendi suç ortaklığıyla uygulanan şiddet biçimidir*” şeklinde ifade etmektedir (Bourdieu ve Wacquant, 2014: 167). Simgesel şiddet; bedenler üzerinde doğrudan bir fiziksel güç uygulanmaksızın büyü bir güç biçimi olarak tanımlanmaktadır. Ama bu büyü bedenlerin derinlikleri içerisinde su pınarları gibi yatkinlikleri üzerinden kaynağını alarak işleyebilir. Bu pınar gibi fişkırmaya yol açacak olan da az bir enerji ile tetiklenme gibi iş görmesi, beden ve beyine nakşetme deneyiminin daha önce olması; kadın ve erkekler üzerinden gerçekleştirilmiş olması, onlar tarafından kabul görmesinden gelir. Burada bir dönüştürücü eylemden bahsedilmektedir, bu eylem görünmez ve sinsi bir şekilde sembolik yolla fiziksel dünyaya aşına olup, tahakküm yapılarıyla uzun ve kısa deneyimlerle gerçekleştirdiği için çok güçlü olmaktadır (Bourdieu, 2015: 54-55). Simgesel şiddet kavramının bireyleri kısmen kendi rızaları dahilinde belli düzen içine sokma, kategorileştirme, sınırlama gibi işlevlerde bulunduğu belirtilmektedir .

“Simgesel” kavramının gerçek ve fiili olanın karşıt anlamlısı olarak anlaşıldığında ise simgesel şiddetin manevi bir şiddet türü olduğu ve gerçek etkilerinin olmadığı şeklinde yanlış bir anlayış hali var olabilmektedir. Bourdieu, tahakküm yapılarının tarihsellikten bağımsız bir şekilde; bu yapıların tekil eyleyicilerin ve kurumların sonu gelmeyen bir yeniden üretim emeğinin ürünü olduğunu iddia etmektedir. Hatta bunu cinsiyete dayalı eril tahakkümün yani erkeğin kadın üzerindeki fiziksel şiddeti ve simgesel şiddetinin varlığıyla; kilise, okul, aile gibi kurumların katkı sağladığına yönelik iddialarına Bourdieu şu şekilde açıklık getirmeye çalışmaktadır:

“Başka bir anlatımla, kendini algulamada ve anlamada, ya da hükmedenleri algulamada ve anlamada başvurduğu şemalar da (yüksek/alçak, eril/dişil, beyaz/siyah, vb.) kendi toplumsal varlığının da bir ürünü olduğu (ve böylelikle de doğallaşmış olan) sınıflandırmaların somutlaşmalarının ürünüdür” (Bourdieu, 2015: 50-51).

Şiddetin kurumsallaştığı ve gelenek haline geldiği toplumlarda bu olgunun şiddet olarak algılanmadığı söylenmektedir. Burada ritüel haline gelmiş bu durum, şiddet olarak kabul edilmez, uygulanmaya ve kabul görmeye devam eder. Somersan, şiddetin iktidarın yapışık ikizi olduğunu savunmaktadır. Somersan; üniversitede, kütüphanede polisin var olmasını hatta sivil olarak varlığını bile şiddeti çağrıştıran bir durum olarak değerlendirmekte ve burada bir şiddet sembolünün varlığından bahsetmektedir (Somersan, 1996: 49).

Simgesel şiddetin görüldüğü ve gücün yeniden üretim alanının eğitim yoluyla gerçekleştirildiği söylenmektedir. Bourdieu; sembolik şiddetin meşru rol oynayabilmek için failerinden biri olan eğitimin rolünün çok önemli olduğunu ifade etmektedir fakat gücün yeniden üretim alanının yalnız eğitim yoluyla gerçekleştirilmediğini dile getirmektedir. Siyasal ve ekonomik güç anlamında zengin failer eğitimin bu noktadaki simgesel şiddetinin üstesinden gelmenin yolunu biliyor gibi oldukları söylenebilir. Toplumdaki dezavantajlı gruplarda yer alan bireylerin toplumsal ilerleme kaydetmek amacıyla eğitim sermayesine duydukları ihtiyacın daha fazla olduğu söylenmektedir. Öte taraftan ayrıcalıklı sınıfta yer alan bireylerin daha az eğitim sermayesi ile daha fazla ilerleme kaydedebilecekleri vurgulanmaktadır. Çünkü bu ayrıcalıklı bireylerin diğer sermaye türleri onları o noktada avantajlı kılmaktadır (Moi, 1991: 1024).

Simgesel şiddet günlük yaşamda çok farklı yerlerde de görülebilir. Medya aracılığıyla simgesel şiddetin uygulandığı bilinen bir gerçektir. Bu konuda Bourdieu *“Televizyon Üzerine”* adlı eserinde programlara çıkan konukların, aydın ve entelektüellerin uyanık olması gerektiğini söylemektedir. Ayrıca televizyonların da gösterilmesi gereken şeyleri yaparken daha farklı biçimlerde bunu kurgulayarak sunmalarına değinmektedir. Televizyondaki simgesel şiddetin ona maruz kalan ve onu uygulayanların sessiz kalmalarıyla ve maruz kalan tarafların da bunun farketmediği, bilincinde olmadıkları bir hali tanımlamaktadır. Bourdieu, bu gizli tarafın sosyolojinin işlevselliği ile ortaya çıkarılması gerektiğini ifade etmektedir. Haberlerde verilen bir bölümün herkesin dikkatleri üzerine çekecek türden verilmesi, simgesel eylemin bir

bölümünün herkesin ilgi odağı olacak şekilde yoğunlaştırıldığından bahsedilmektedir (Bourdieu, 1997: 21-23). İnsanlar, günlük yaşamda hareket ederken simgesel şiddetin varlığının farkında olması ve buna karşı temkinli yaklaşması gerektiği ifade edilebilir. Özellikle simgesel şiddetin varlığının farkında olmaları çoğu zaman güç bir durum olmaktadır. Bu da pek az insan tarafından fak edilmektedir.

2.3 Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık Alanında Şiddet

2.3.1 Bir Alt Disiplin Olarak Sağlık Sosyolojisinin Gelişimi

Toplum içerisindeki bireylerin genel sağlık durumları ve koşulları düşünüldüğünde bunlara yönelik tepkileri, çözüm arayışları ve toplumsal yapı arasında yakından bir ilişki vardır. Sağlık konusunda toplumsal faktörlerin dikkate alınarak değerlendirmelerin yapıldığı bir alt disiplin olan sağlık sosyolojisi, özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında ön plana çıkan bir alandır. Temel toplumsal kurumlardan biri olarak sağlık kurumu; toplum ve toplumsal yapı arasındaki ilişkilere dikkat çekilen ve farklı birtakım sosyolojik analizlerin yapıldığı bir alan olmuştur.

Toplum ile sağlık ve sağlık koşulları arasında yakından bir ilişki vardır. Sosyolojinin ilk yapıtlarına bakıldığında sağlık ile ilgili doğrudan olmasa bile bazı vurgular görülebilir. Marx'ın *Kapital* adlı eserinde işçi sınıfının sağlıksız çalışma koşulları ve barınma koşullarının kötü şartlar içerdiğine yönelik açıklamaları buna örnek gösterilebilir. Engels'in İngiltere'de 1844'te *İşçi Sınıfının Durumu* adlı eserinde işçilerin yaşam koşulları ve bu yaşam koşullarının hastalığa etkisini incelemesi; yine Engels'in *Konut Sorunu* (1872) adlı bir başka eserinde sağlık sorunlarına vurgu yaparak kentlerde salgının yoksul kesimlerin semtlerinden yayıldığını belirtmesi ve kapitalist kesimin kentin havadar, sağlıklı kısımlarında yaşam sürdürdükleri şeklinde ifadelerin yer alması sağlığın sosyolojik boyutuyla ilgili verilen örneklerdir. Emile Durkheim de *İntihar* adlı eserinde sağlık durumuna ilişkin değerlendirmede bulunmuştur (Güven, 2014: 130). Durkheim toplumsal değişim sonrasında meydana gelen olumsuz şartların insanları nasıl etkilediğini vurgulamaktadır. Rudolph Virchow, Yukarı Silezya'da tifo hastalığı üzerine araştırma yaparken hastalığın biyolojik ve fiziksel kökenlerinin dışında politik, ekonomik, sosyal sebeplerinin var olduğu sonucuna ulaşmıştır (akt. Güven, 2014: 130).

Bu eserlerde bahsedilen tespitler incelendiğinde sağlığa yönelik çevresel faktörlerin varlığı göz ardı edilemez niteliktedir. Toplumda çalışma koşulları, yaşam

standartları, ekonomik problemlerin varlığı gibi durumlar ifade edilirken sağlık konusu da gündeme gelmek durumundadır. Zira sağlık, insan yaşamın bir parçasıdır ve bu dönem özellikle sağlığın korunmasına yönelik bakışın henüz gelişmediği bir dönem olma özelliğine sahiptir. Bu dönem; salgın hastalıkların hat safaya ulaşması nedeniyle hastalıkların tanınarak tedavi edilmeye çalışıldığı, dolayısıyla sağlığa ilişkin sosyal faktörlerin gündeme getirilmeye başlandığı ve sonraki süreçlerde de sağlık ile ilgili farklı ihtiyaçların varlığının ortaya çıktığı ifade edilebilir.

Tıp alanı bir klinik sosyoloji biçimidir. Hekimin, gelen bir hastanın durumunu tam anlamıyla anlayabilmesi için onun durumunu bireysel ve toplumsal koşulları içerisinde ele almaya özen göstermelidir. Günümüzde ileri teknolojik aletlerle verilen tıp hizmetinin en temel problemlerinden biri, hastanın içinde olduğu toplumsal bağlamdan kopuk şekilde ele alınmasıdır. Foucault'nun; modern tıbbın esasında uygulamalı sosyoloji olduğunu, sosyolojinin de uygulamalı tıp olduğunu ifade etmesi sosyoloji-tıp arasında nasıl sıkı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. 1960'lı yıllardan sonra tıp sosyolojisinin sosyoloji müfredatlarında yer aldığı kaynaklarda rastlanmaktadır ve tıp müfredatlarında ise tıp sosyolojisinin, kısmen gelen talepler doğrultusunda yer aldığı görülmektedir (Turner, 2017: 14-15).

Sağlık sosyolojisi; *“Sağlık ve hastalık kavramlarını; toplumsal ve kültürel yapı içine yerleştirerek inceleyen, toplum-sağlık alanında nedensellik ilişkileri kuran, bu ilişkileri araştırarak genellemelere ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalı”* olarak tanımlanmaktadır (Özen, 1993: 74). Dolayısıyla sağlığın sosyolojiden bağımsız bir alan olarak düşünülmesi yanlış olacaktır. Topluma verilen bir hizmet biçimi olarak da düşünülen sağlık toplumsal ve kültürel yapıyla ilişkilidir. Toplumsal yapı ve kültürün değişkenlik gösterebileceği gerçeğinden hareketle sağlık kurumları da değişen yapının ihtiyaçlarına göre sürekli güncellenmelidir. Sağlık sadece kültür ile değil, ekonomi, siyaset, din ve diğer kurumlarla ilişkili bir pozisyonda yer almaktadır.

Dünyada sağlık sosyolojisinin gelişimine bakıldığında bu tarih aslında pek de eski değildir. Avrupa'da 1940, Amerika'da 1950'li yıllardan sonra bu alana ilgi giderek artmıştır. Türkiye'de bu konudaki çalışmalarda bir gecikme olduğu belirtilmektedir. Bu gecikmenin temel sebebinin de bu alanda yaşanan problemlerin sağlık ya da tıp çatısı altında incelenmesinden kaynaklandığını söylemek mümkündür

(Güven, 2014: 128). Aslında sağlık sosyolojisi ile ilgili ilk çalışmaların sosyal bilimciler ya da sosyologlar tarafından değil hekimler tarafından yapıldığı söylenmektedir. 1879'da "*Hijyen ve Sosyoloji*" kitabını yazan John Bill Shawings'in, sağlıkta sosyal aktörlerin önemine yönelik tespitlerinin atıflarda yer bulması ve 1894 yılında Charles McIntire'nin ilk defa bir makalesinde, "*tıbbi sosyoloji*" kavramını kullanması sağlık sosyolojisinin doğuşuyla ilgilidir. 1902 yılında Amerikan Tıp Fakültesi'nde mezun olan ilk kadın olan Elizabeth Blackwell ve 1909 yılında "*Tıp Sosyolojisi*" adlı eseri yazan James Warbasse, tıp ile toplum ilişkisine vurgu yapan ilk isimler olarak zikredilebilir. 1927 yılında Berbard Stern'in Türkçe adıyla "*Tıbbi Gelişimde Sosyal Faktörler*" orijinal adıyla da *Social Factors in Medical Progress* eseri, hasta- hekim ilişkileri üzerine yazılmış ilk çalışmalardan biri olma özelliğini taşımaktadır. Sonraki zamanlarda Parsons'un "*Sosyal Sistem*" eksenli hasta ve hekim üzerine değerlendirmeleri ile "*hastalık rolü*" gibi kavramsal sınıflamalarının yayınlarda yer almaya başlaması artık sağlık alanında var olan problemlerin sadece tıbbın hakimiyeti altında çözülemeyeceğinin anlaşılmasına yönelik ilk işaretlerdir (Cockerham, 2021: 6).

1848 yılında Rudolp Virchow'un "*tıp bir sosyal bilimdir*" ifadesini kullanması (Bloom, 2002: 11) tıbbın sosyal bilimlerin odağı haline gelmeye başladığını göstermektedir. Sosyolojinin tıbbı ait alanlara yönelmesi konusunun aslında antropoloji alanında yapılan çalışmalara yönelmesi ile ilişkili olduğu söylenebilir. Uzmanlar, hastalık-sağlık problemi ile ilgili araştırmalarda klinik, hastane vb. kuruluşlara bakıldığında bir taraftan antropologların bir taraftan da sosyologların ilginç araştırmalar yaptıklarını belirtmektedir (Türkdoğan, 2006: 17). "*Sağlık Sosyolojisi*" ifadesi ilk defa 1894 yılında Charles McIntire'nin kaleme aldığı (*The Importance of the Study of Medical Sociology*) *Sağlık Sosyolojisi Çalışmasının Önemi* adlı çalışmada geçmektedir. Ancak o yıllarda sağlık sosyolojisinin pek ilgi görmediği söylenebilir (Güven, 2014: 130; Tecim, 2016: 17).

Batı'da Sağlık Sosyoloji'sinin tarihsel gelişiminin bu dönemde olması tesadüf değildir. Özellikle işçi sınıfının çalışma koşulları ve yaşam standartları düşünüldüğünde, yaşadıkları zorlukların sağlık üzerindeki etkisi; sosyal güvenceden yoksun yaşama ve kötü çalışma koşullarının olmasının sağlık üzerindeki ilişkisinin fark edilmesi sağlık sosyolojisinin doğuşunda etkili olmuştur. Sağlık ile toplumun

birbiriyle etkileşim içerisinde olması bilinen bir durumdur; bundan kaynaklı olarak sürekli bir değişimin yaşanması, yeni problemlerin ortaya çıkması ve farklı kültürler içerisinde ya da farklı sistemler içerisinde alışılmamış durumlar yaşanabilir.

Nitekim “sağlık problemleri; yalnız tıbbi, biyolojik problemlerden ibaret değildir” şeklinde eleştiriler mevcuttur ve sağlığın; kültür, ekonomi, siyaset gibi tek bir paradigma ile çözülmesi mümkün gözükmemektedir. Dünya ülkelerinde hatta yerel yönetimlerde bile zaman zaman farklı uygulamalar vardır. Örneğin Amerika’da var olan sağlık problemleri ile Küba’da var olan sağlık problemleri değerlendirilirken bir tarafta kapitalist sistem kaynaklı özel sektörün elinde olan sağlık sisteminden bahsedilmektedir, diğer tarafta ise tamamı devlet eliyle verilen sağlık hizmetlerinden bahsedilmektedir. Farklı sistemlerin uygulanmasının sağlık üzerindeki olumlu ve olumsuz sonuçları değerlendirilirken aynı yöntem ve yaklaşımın çözüm için doğru yaklaşım olmayacağından bahsetmek gerekir. Çünkü uygulanan sistemlerdeki sorunun kaynağı farklı olabilmektedir. Amerika’da kâr odaklı sağlık sistemi ile ilgili problemlerden bahsedilirken, Amerika’ya göre Küba’da daha az bütçe ile daha iyi sağlık hizmetlerinin verilebildiği belirtilmektedir. Özellikle sağlık ile ilgili problemler çözülürken teori anlamında da farklı yaklaşımların olması durumu zaten izah etmektedir.

Sağlık sosyolojisi alanındaki farklı yaklaşımlardan bahsederken sağlık sosyolojisinin kurucu isimlerinden Talcott Parsons’tan da bahsetmek gerekir. Parsons, *Toplumsal Yapı* adlı eserinde, sağlık sektörü ve hasta ilişkisini yapısal-işlevsel paradigma dahilinde ele alıp değerlendirmektedir. Lawrence Joseph Henderson’un tıp-temel bilimler ve hasta-sosyal çevre ilişkisi üzerine yapmış olduğu çalışmalar da sağlık sosyolojisi açısından önem arz etmektedir.

Sağlık sosyolojinin esas gelişimi, ABD’de II. Dünya Savaşı sonrasında biyomedikal araştırmalar amacıyla önemli miktarda federal fonun ayrılması ile Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün çatısı altında tıbbi sosyolojinin psikiyatri alanıyla ilk işbirliği sonucu gerçekleştirildiği ifade edilmektedir. Biyomedikal tartışmaların bu dönemde daha çok sosyolog ve hekimler işbirliğinde federal fonların finansman sağlanmasıyla gerçekleştiği bilinmektedir. 1940’lı yılların sonlarına kadar sosyolojide bir çalışma alanı olarak kendine yer edinemeyen sağlık sosyolojisi 1960 yıllarına kadar da önem verilmeyen bir alan olmaktadır (Cockerham, 2021: 7).

1960'lı yıllara geldikten sonra ABD'de personel ve tesislerde ciddi genişleme yaşandı. Doktor maaşları ve prestijlerine yönelik ciddi adımlar atıldı. Özel sağlık sigortalarının arttırıldığı ve alanda yeni terapötik teknikler geliştirilmeye başlandığı bilinmektedir (Thomas, 2002: 86-87). 1950'li yıllar içerisinde Robert Strauss'un sosyoloji alanında "*tıbbi sosyoloji*" ve "*tıpta sosyoloji*" kavramlarına yönelik önerisi alanda dönüm noktalarından biri kabul edilmektedir. Sosyoloji bölümlerinde "*tıbbin sosyolojisi*"nin okutulmaya başlandığı ve "*tıpta sosyoloji*" kavramının tıp fakülteleri ve sağlık eğitimi veren fakültelerde ilgilenilen alan haline geldiği söylenmektedir (Hollingshead, 1973: 533). Avrupa ve Amerika'daki etkilerin göz önüne alındığı süreçte, bu alanda çalışmaların ve farklılıkların ortaya çıktığı da söylenebilir. Bu bölünmeyle ilgili olarak da Strauss'un sağlık sosyolojisi alanında "*tıpta sosyoloji*" ve "*tıbbin sosyolojisi*" olarak ikiye ayrılan mantıksal ayrımının alandaki çalışmaları yönlendirdiği söylenebilir. *The Nature and Status of Medical Sociology* adlı çalışmasında yaptığı ayrımın daha sonraki süreçlerde sağlık ve hastalık sosyolojisi olarak kendini devam ettirdiği ifade edilebilir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin değişimi ve dönüşümü farklı dönemler altında incelenmektedir. Genel anlamda ilk dönem 1920-1938 yılları olarak belirtilmektedir. Bu dönem Cumhuriyet'in ilanından önce başlamıştır ve bu başlangıç Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasının tarihidir. Bu dönemin 1937-38'li yıllara kadar sürdüğü belirtilmektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar döneminde sağlık alt yapısı ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme ve yönetmeliğin bulunmadığı ifade edilmektedir. 1923 yılından sonra ise Türkiye'de 6437 yataklı 86 hastane hizmet vermiştir. Bu kuruluşların bir çoğunun özel kuruluşlar, vakıf aracılığıyla ya da yabancılar tarafından açılan kuruluşlar olduğu belirtilmektedir. 1921-1937 yılları arası da Refik Saydam dönemi olarak geçmektedir. Hıfzıssıhha Okulu ve Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurucusu olan Saydam, bu okulları bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve aşı çalışmaları için açmıştır. O dönem sağlık ile ilgili ciddi bağımsızlık mücadelesi olarak ifade edilen bu tarz adımların sonradan terk edilmesi eleştirilmektedir (Kasapoğlu, 2016: 135). Bu dönem sağlık ile ilk ilgili adımların atıldığı ve kurumsal işleyiş ile ilgili eksikliklerin gündemde olduğu dönemi anlatmaktadır. İlk dönemin; sağlık problemlerinin çözümü için temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık alanında personel ihtiyacının çözülmeye çalışılan zaman dilimini ifade ettiği görülmektedir.

İkinci dönemin, 1938-1950 yılları arasındaki savaş ve salgınla mücadelenin gerçekleştirildiği dönem olduğu ifade edilmektedir. Sıtma, tifüs, çiçek hastalığı gibi hastalıklarla mücadele verildiği bu dönemde, Sağlık Bakanlığı görevini Behçet Uz'un yürüttüğü görülmektedir. Bu dönem, insan kaynakları ve örgütlenme problemlerinin devam ettiği bir süreç olarak hatırlanmaktadır (Tecim, 2016: 28-29). Dönemin en önemli adımlarından biri olarak ifade edilen “*Birinci Sağlık Planı*”nın, 1946 yılında Dokuzuncu Milli Tıp Kongresi’nde hayata geçirildiği belirtilmektedir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin tek çatı altına toplandığı ve yataklı tedavi hizmetlerinin devlet eliyle tekrar yürütülmeye başlandığı ayrıca vurgulanmaktadır (Dirican, 1970: 189-191). Bu dönemde temel sağlık problemlerinin devam ettiği ve sağlık alanında istikrarın henüz yakalanamadığı söylenebilir.

Üçüncü dönem, Demokrat Parti’nin iktidarda olduğu zaman dilimine denk gelmektedir. Daha öncesinde 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) yasının çıkarıldığı bilinmektedir. 1952 yılında aktif hale getirilen bu yasanın ardından 1953 yılında Emekli Sandığı’nın kurulmasıyla hem işçilerin hem de memurların devlet güvencesinde sağlık hizmeti almaya başladıkları görülmektedir. 1954 yılı itibariyle de yerel yönetimlerde özellikle belediyeye bağlı sağlık kuruluşlarının, Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplandığı belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı’nın kontrolüne geçmesinin devletin denetim alanının genişlemesi anlamına geldiği ifade edilmektedir. Bu dönem sağlıkta eşitliğin öngörüldüğü bir dönem olarak nitelendirilmektedir. Hasta bakımı noktasında hizmet problemleri yaşanırken önceki dönemlerde yaşanan insan kaynakları sorununun devam ettiği bilinen bir gerçektir (Kasapoğlu, 2016: 137; Tecim, 2016: 29). Vatandaşlara sosyal güvence sağlaması anlamında Sosyal Sigortalar Kurumu’nun getirilmesi önemli adım olurken bu kuruma bağlı hastanelerin kurulması Sağlık Bakanlığı ve SSK’nın tek elden yürütülememesine sebep olduğu ifade edilebilir.

1960-1980 dönemi ise dördüncü dönem olarak kabul edilmektedir. 1961 yılında “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*” çıkarılarak ilk olarak 1963’te Muş’ta uygulanmaya başlandığı söylenmektedir. 1961 anayasasının 49. maddesi ile 1982 anayasasının 56. maddesi, bireyin sağlık hakkını güvence altına alan yasalardır. Bu dönemin temel amaçları arasında sağlık ocağı uygulaması yer alsa da bu birimler için yeterli kadar hekim ve hemşire bulunamadığı belirtilmektedir ve ilaç

ve araç-gereç temininde sıkıntı yaşandığı ifade edilmektedir. Bu dönem, sağlık hizmetleri devletin görevidir anlayışının yerleşmeye başladığı bir süreç olma özelliğine sahiptir (Fişek, 1983: 31-133; Tecim, 2016:29). Tabii doğal olarak bu dönemde koordinasyon problemlerinin yaşandığı ve kurumsall işleyişler ile ilgili düzenlemelere ihtiyaç olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Bu dönem için; artık Türkiye’de sağlık sorunlarının çözülmesi gerektiğine dair paradigmanın yerleşmeye başladığı bir dönem olduğu söylenebilir.

Kasapoğlu’nun 1980-2000 yılları arasını beşinci dönem olarak ayırdığı görülmektedir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı; örgütlenme ve sorumlulukları hakkında birçok Kanun Hükmünde Kararname çıkarılmıştır. 1982 yılından sonra özel hekim muayehanelerinin geri geldiği belirtilmektedir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak kurulan ve bugünkü Sağlık Bakanlığı adının 1989 yılında söylenmeye başladığı ifade edilmektedir ve bu bakanlığın birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmakla görevlendirildiği bildirilmektedir. Bu birinci basamak sağlık hizmetlerinin içerisinde sağlık ocağı, verem-savaş ve dispanteri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile sıtma merkezleri ve sağlık evleri yer almaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin; dernekler, vakıflar, şahıslarla birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından verildiği belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık konusundaki genel politikaları belirlemekle sorumludur. Sağlık Bakanlığı’nın bu noktada Ankara hariç taşrada her ilde İl Sağlık Müdürü görevlendirdiği bilinmektedir. 1980 sonrasında 24 Ocak kararlarıyla da bilinen sağlığın liberalleşmesine yönelik kararların alındığı belirtilmektedir. Ulusal Sağlık Dökümanı’nın yayınlandığı bu dönemde “*Aile Hekimliği*” ve “*Yeşilkart*” uygulamalarından bahsedilmektedir. 1992 yılında aktif kullanıma sunulan Yeşilkart uygulamasının temel amacı, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların temel sağlık hizmetlerinden faydalandırılmasıdır (Kasapoğlu, 2016: 142-144).

Sağlığın liberalleşmesine yönelik atılan adımların bugün etkisini daha fazla hissettirdiği söylenebilir. Bugün sağlık hizmetleri yine özel, kamusal ve yarı kamu yarı özel işbirliğiyle (şehir hastaneleri projeleri gibi) gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle var olan sağlık sorunları ile ilgili sebepler incelenirken sistem kaynaklı sorunların sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alanlar arasında çatışma çıkardığı gözlemlenebilir.

Türkiye’de altıncı dönem ile ilgili olarak 2000 yılı ve sonrasındaki “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” baz alınarak çeşitli değerlendirmeler yapılmaktadır. Türkiye’de Sağlık alanında 1980 sonrası neoliberal politikaların etkisinin hissettirilmesiyle birlikte sağlık alanında değişim ve dönüşümlerin yaşandığı bilinmektedir. Sağlık alanında devletin üzerindeki mali yükün hafifletilmesi için özel sektör teşviklerinin artırıldığı; sağlıkta yenilik ve hedeflerin gerçekleşmesi için çeşitli kalkınma programları ve reform paketleri sunulduğu belirtilmektedir. Türkiye’de sağlık alanında 2003 yılında “*Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)*” adıyla finansman, idari, klinik vb. değişiklikleri içeren paket hayata geçirilmiştir. Hayata geçirilen bu programın belli hedefleri içerdiği bilinirken sonuçlarının olumlu ve olumsuz yanlarına bakmak gerekmektedir. Özellikle neoliberal politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanında bu politikaların uygulanmasının diğer alanlara göre daha yavaş ve hissettirilmeden gerçekleştiği söylenebilir. Bu hissettirmenin etkisi 2010 yılı sonrasında daha fazladır. Çünkü burada özel hastanelerin sayısının artması, kamu-özel iş birliği ile yeni modeller ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasından bahsedilmektedir. Yine şehir hastaneleri adlı birçok kliniği içinde barındıran projelerin planlanması ve şehir merkezlerinin dışına inşa edilen kampüs alanlara sahip sağlık kuruluşlarının yaygınlaşmasının bu durumun etki ve sonuçlarıyla ilgisi olduğu düşünülmektedir.

Temel sağlık hizmetlerinin verilmesinin ön ayağı olan ‘*Aile hekimliği*’ uygulamasının 2004 yılında pilot uygulama ile ilk olarak Düzce’de hayata geçirildiği bilinmektedir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine benzeyen bu uygulama, nüfusa göre ekip halinde hizmet vermesi yönüyle temel farklılık oluşturmaktadır. Sağlık Ocakları’ndan farklı olarak bu uygulamanın hekimlik üzerine oturtulması dikkat çekicidir. Temel birinci basamak sağlık hizmeti veren Aile hekimliği uygulaması, etkili ve kaliteli sevk zincirinin oluşturulmasını içermektedir. İsteddiği aile hekimliğine kaydını yaptıran vatandaşın hizmet alımını gerçekleştirdiği bilinmektedir. Bu uygulamayı desteklemek amacıyla “*Toplum Sağlığı Merkez*”leri kurulduğu ve bu merkezlerin halen “*Aile Hekimliği*” uygulamasıyla birlikte devam ettiği görülmektedir. Aile hekimlerinin uygulama ya da sistem kaynaklı gerekse de hizmet verdikleri diğer şartlarla ilgili sorunlarının olduğu vurgulanmaktadır (Kasapoğlu, 2016: 148).

Sağlık sistemlerinde gerçekleştirilen dönüşümlerin siyasi, kültürel, sosyal, yönetsel sonuçları mevcuttur. Bu dönüşümü incelemenin yalnız tıpla sınırlandırılmaması gerektiği sosyal bilimlerin de konusu olması gerektiği vurgulanmaktadır. 1980 yılından sonra Türkiye’de neoliberal yeniden yapılandırma süreçlerinin etkisinin gözlemlendiği alanlardan biri de sağlık alanıdır. Sağlık alanı ile ilgili reformlar konusunda önerilerin 1990’lı yıllarda başladığı ve atılan adımların başarısız sonuçlandığı bilinirken esasında en ciddi adımın halen yürürlükte olan ve 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olduğu belirtilmektedir. Neoliberal perspektifi içerisinde arındıran ve dönüşüm amaçlı gerçekleştirilen bu program, hibrit model ile açıklanmaktadır. Bu dönüşümler ile ilgili olumsuz sonuçların daha az yaşanması amacıyla devreye sokulan hibrit modelin finansmanı, diğer modellerden faydalanılarak gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır (Demirci, 2015).

Sağlık sistemi klasik olarak dört tip sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır: Sağlık hizmeti genel bütçeden finanse edilen Beveridge Modeli, finansmanı zorunlu prim ödemelerine tabi tutulan Bismark Modeli ve sağlık hizmetlerinin tamamının devlet eliyle yürütüldüğü Semashko Modeli’nin yanı sıra özel hizmet sağlayanlar, cepten ödemeler ile alınan sağlık hizmetlerini kapsayan Liberal Model şeklinde sınıflandırma söz konusudur (Demirci, 2012: 66; Demirci, 2015: 126). SDP sonrası genel bütçe finansmanına dayalı olan Beveridge Modeli, üstüne zorunlu prim ödemeye dayalı Bismarkçı özelliklerin eklendiği ve liberal modelin biraz daha fazla yer aldığı karma modele hibrit model denilmektedir (Demirci, 2015: 127).

Tamamı devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin yanı sıra serbest piyasa işleyişine dayalı, özel sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olduğu liberal modelin olumsuz sonuçlarından etkilenmemek amacıyla diğer modeller uygulansa da çeşitli eleştirilere maruz kalmaktadır. Çünkü sağlık alanında yaşanan farklı problemlere sebep olmaktadır. Hibrit (karma) model ile SDP’nin hayata geçirilmesi farklı modellerin dezavantajları en aza indirgenerek sağlık alanında yaşanan aksaklıkların giderilmek istendiği bilinmektedir. Fakat bu modelle hedeflenen sağlık alanında yeniliklerden bazıları kısmen gerçekleştirilmiştir. Fakat bazı hedeflere ulaşılamadığı ve niteliği daha farklı problemlerle karşılaştığı bilinmektedir. Finansman, nitelik ve nicelik bakımından insan kaynaklarının organizasyonu, özelleştirme ile işletmecilik anlayışına yönelik yenilikler, merkeziyetçi yapının yerini yerelleştirmeye bırakması

gibi çeşitli yönetsel düzenlemelerin hayata geçirilmesi gibi hedeflere ulaşılmak istendiği belirtilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetlerinde sunulan maliyetlerin artması, vatandaşların beklentilerinin artması, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması, kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanması ve eleştirilere tabi tutulması şeklindeki gerekçelerle hayata geçirilmesinin zorunlu hale geldiği ifade edilmektedir. Dönüşüm programında; finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme, davranış şeklinde beş kontrol düğmesinin kullanıldığı ifade edilmektedir (Akdağ, 2012: 55-56). Bu kontrol düğmelerine bakıldığında sağlık kuruluşlarının finansman ve ödeme noktasındaki harcamalarının artması noktasında özelleştirmelerin teşvik edildiği, özel sağlık hizmetlerine devlet eliyle yönlendirmelerin önünün açıldığı görülmektedir. Kendi organizasyonlarının ve kaynaklarını yaratma noktasında sağlık kuruluşlarına daha özgür alan sunulurken daha ağır bir yük yüklendiği ifade edilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçirilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine erişimi hızlandırmak amacıyla 2004 yılında e-sağlık sistemiyle istenilen poliklinik için internet üzerinden randevu alabilme olanağı sağlanırken aynı imkan tele-sağlık ile telefon aracılığıyla sağlanmaya başlandığı görülmektedir. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi, Hasta Takip Sistemi vb. farklı iletişim araçlarına uygun ulaşılabilir hizmetlere geçildiği belirtilmektedir ve bu otomasyon hizmetlerinin sağlıkta ulaşılabilirlik, verim ve kalitenin artırılmasında önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Tecim, 2021: 130). Günümüzde ise Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) adlı mobil uygulama ya da aynı sisteme Alo 182 telefon numarası üzerinden aile hekimi ya da hastane poliklinik randevuları (üniversite hastaneleri dışında) alınabilmektedir. E-Nabız sistemi ile de bireylerin kişisel sağlık bilgilerini görüntülediği, Sağlık Bakanlığı'nın internet tabanlı kullanıma sunduğu uygulamanın günümüzde aktif olarak kullanılması, hastane ortamlarında sıra bekleme sürelerinin kısalmasıyla, yine aynı uygulamalarda alınan randevularda hekim seçme hakkının tanınmasının erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik açısından olumlu sonuçlar doğurduğu ifade edilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın *etkili, verimli ve hakkaniyete* uygun organize edilip finanse edilerek sunulması SDP'nin temel amaçları arasında yer almaktadır. İnsan kaynakları dağılımı, maliyet düşürülerek aynı kaynakla daha çok hizmet

üretmek, akılcı ilaç kullanımı, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, verimliliği arttırmak SDP'nin hedefleri arasında yer almaktadır. İhtiyaç ve mali güç ölçüsünde doğu-batı, kır-kent, dezavantajlı sağlık gruplara hakkaniyete uygun sağlık hizmeti dağıtımını amacında olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkelerine bakıldığında; sürdürülebilir, insan merkezli, uzlaşmacı ve katılımcı, sürekli kalite gelişimi içerisinde olan, gönüllülük esaslı ve güçler ayrılığı ilkesine dayalı çizgide ilerleyen; dezantralizasyon ve sağlıkta rekabet anlayışını benimseyen bir anlayış ve tutumdan bahsedilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24-25).

Özellikle yerelleşme, hizmette rekabet ve güçler ayrılığı gibi ilkelere bir arada (bütüncül) bakıldığında sağlık hizmetlerinde dönüşüm ve yapılanmanın ciddiyeti ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri içerisinde bir iç pazar yaratmak ve hizmet alan/hizmet veren ayrımının vurgulanmasıyla pazarda yerini alan ve rekabet ortamı içinde bulunan bir sistem vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın ise bu noktada doğrudan hizmet sunma rolünü bırakarak hizmetin planlanıp denetlenmesi şeklinde bir rol değişikliğine gittiği görülmektedir (Demirci, 2020: 217). Sağlık alanında şiddet konusu işlenirken dönüşüm ve değişim programlarının sonuçlarını incelemek gerekmektedir. Türkiye'de ciddi ve köklü dönüşüm programlarını kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçiş ile programa farklı yenilikler katıldığı bilinmektedir. Bu dönüşümün özellikle ekonomik ayağı çeşitli açılardan önem arz etmektedir. Genel Sağlık Sistemi'nin hayata geçirilmesiyle beraber sağlık hizmetlerine erişim noktasında eşitsizliklerin önlenmek istendiği ifade edilse de hasta-sağlık alanıyla ilgili farklı memnuniyetsizlikler ve şikayetler dile getirilmektedir.

Ülkemizde Sağlık Sosyolojisi'nin gelişimi yakın zamana dayanmaktadır. Bu konuda daha çok sağlık-kültür ekseninde yapılmış çalışmalar göze çarpmaktadır. Orhan Türkoğan'ın *Doğu Anadolu'da Sağlık-Hastalık Sistemi'nin Toplumsal Araştırması* adlı çalışması bu alanda yapılmış ilk çalışmalardandır. Diğer önemli isimler arasında Aytül Kasapoğlu yer almaktadır. Kasapoğlu'nun başta doktora tezi olmak üzere, sağlık sosyolojisi kapsamında birçok yayını bulunmaktadır. Sezgin Kızılcıkel'in *Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi* adlı doktora çalışmasının yanı sıra sağlık sosyolojisi alanında daha farklı çalışmaları da bulunmaktadır. Bu isimlerin dışında

Nusret Fişek, Sevinç Özen, Nursen Adak, Zafer Cirhinlioğlu, Özlem Özer gibi isimlerin sağlık sosyolojisi alanındaki çalışmalarından bahsedilebilir. Sağlık Sosyolojisi Türkiye’de giderek gelişmekte olan bir alan olma özelliğine sahiptir.

2.3.2 Sağlık Alanında Şiddet

Sağlık, geçmişten günümüze kadar tartışılarak çeşitli kaynaklarda farklı açılardan değerlendirilmektedir. “Sağlık” kavramı nesnel anlamlar taşıdığı kadar öznel anlamlar da taşımaktadır. Bir bireyin sağlıklı olarak değerlendirilmesi için çeşitli kriterler öne sürülmekte ve bu durum o bireyin ait olduğu sosyo-kültürel yapıyla ilişkili değerlendirilmektedir. “Sağlık” kavramına geçmişte tıbbi açıdan vurgular yapıldığı görülmektedir. Sağlık kavramının sosyal bilimlerin tartışma alanına girmesi; sağlığın mental ve sosyal boyutlarına yönelik vurguların biyolojik yönlerinin öne çıkarılmasından daha sonra gerçekleştiği bilinmektedir.

Özellikle “sağlık” tanımlamalarına bakıldığında literatürde farklı tanımları görmek mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı sağlık tanımı genel olarak kabul görmektedir ve bu tanım geçmişten günümüze güncellenerek gelmektedir. Çünkü sağlığa yönelik bakış ve değerlendirmeler; kültürlere, toplumlara ve coğrafyalara göre farklılıklar arz etmektedir.

World Health Organization (WHO) “sağlık” kavramını; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, Erişim Tarihi: 29.3.2021). WHO’nun tanımından da anlaşıldığı üzere sağlık kavramı hastalık durumunun olmamasından daha fazla anlam taşımaktadır. Bu tanım bedensel sakatlıktan ziyade insanın bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğine yönelik yaklaşımla karşımıza çıkmaktadır. Eğer ölçüt olarak WHO tanımı ele alınıp sağlıklı bir birey kriterinin neler olduğuna bakılırsa; bir bireyin sağlıklı sayılmasının şartlarının ağır olduğu görülmektedir. Çünkü sağlıklı bir birey için tanımda yer alan sosyal, psikolojik iyilik ve tatmin ihtiyaçlarının şart olduğu belirtilmektedir. Sosyal iyilik halinin gerçekleşmesi için sağlığın sosyal belirleyicileri sağlığın konusu olmaktadır. Sosyal olanın konusunu bu noktada sosyolojiden bağımsız düşünmemek şarttır. Çünkü sağlıklı olmak ve sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için sosyal ilişkileri incelemek şarttır. Böyle bir değerlendirmede bireylerin sağlığını belirleyen sosyal ölçütleri ise din, ekonomi, eğitim, kültür, istihdam, siyaset vb. olgular dahilinde ele almak gerekir.

Özellikle sağlık ile ilgili problemler ve sağlığa yönelik vurgular modern dönemle birlikte daha çok gündeme gelmeye başlamıştır. Bireysel sağlıktan ziyade toplum sağlığıyla mücadele noktasında tıbbın yalnız başına baş edemediği, yetersiz kaldığı açıktır. İnsanlar için artık hasta olmamak yeterli olmamaktadır. Burada toplumsal sağlık buna yönelik algı da önem arz etmektedir. Sağlıklı olmak için çabalara ihtiyaç olduğu bilinmektedir. İnsan sağlığının bozulması; insanların yaşlılık, engellilik, kronik hastalıklar ile mücadele etmesi anlamını taşımaktadır. Bu da bireylerin tedaviye yönelik tepkilerine, sağlığın sosyal ve kültürel boyutlarına odaklanmak gerektiğini göstermektedir.

Sosyal bir kurum olan sağlık; toplumdaki bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için oluşmuş yol ve ihtiyaçlar, rol ve biçimler, norm-etkileşim ve değerleri kapsamaktadır. Toplumun devamlılığı esastır ve bu devamlılık da sağlıklı bireylerle sürdürülmektedir. Bir kültürde sosyal kurumların birbiriyle ilişkili olduğu düşünüldüğünde ve genel sosyo-kültürel ortam içerisinde işleyişin sağlandığı kabulüyle bakıldığında; sağlık kurumunun da içinde bulunduğu sosyokültürel ortamı etkilediği ve bu kurumlardan etkilendiği ifade edilebilir. Yani sağlık kurumunun içinde bulunduğu eğitim, din, ekonomi, aile, siyaset gibi kurumlardan etkilendiği ve her toplumun sosyokültürel yapısının gerçeğiyle şekillendiği unutulmamalıdır. Toplumsal bütünlüğün oluşmasının akabinde üye yenilemek, üretim, bölüşüm ve diğer ihtiyaçların giderilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bunun da ancak toplumda yaşayan bireylerin bedensel-ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin sağlıklı olmasıyla mümkündür (Özen, 1994: 133).

Ulrich Beck'in "*Risk Toplumu*" ile ilgili analizlerine bakıldığında, toplum sağlığına yönelik değerlendirmelerinin var olduğu bilinmektedir. Beck, modern toplumu risk toplumu olarak nitelendirmektedir. Beck'e göre, geleceğin üzerinde toplumsal ilerleme değil güvensizlik hükmetmektedir. Beck; ekonomi, siyaset, aile, sağlık gibi toplumsal alanda her yerde güvenin sorgulanır hale geldiğine dikkat çekmektedir. Güven ve risk birbiriyle ilişkilidir. Risk toplumu, grupları, bireyleri etkilemektedir. Bu riskin üstesinden gelebilmek için ise etki altındaki topluluklar ile kolektif bir iş birliğine ihtiyaç olduğu bilinmektedir. Hastalık yalnız bireysel düzeyde kalmadığı için çeşitli ilişkiler ağıyla diğer aktörleri etkilemektedir. Bu konuda Çernobil faciası örnek verilerek, facianın arttığı alanlarda kanser olma riskinin fazla olduğu belirtilmektedir. Bireysel olarak da Aids gibi vakaların arttığı ifade edilerek,

bu türden bir hastalığın toplum tarafından öğrenilmesi durumunda bireyin yaşamını değiştirmek zorunda kaldığı bir sonuç doğurduğu belirtilmektedir (Akbal, 2008: 39-41).

Doğa-insan, insan-insan ilişkilerinin söz konusu olduğu Türkiye’de de bir takım risklerden bahsedilebilir. Bu konuda Zonguldak-Ereğli, Manisa-Soma gibi maden işçilerinin çalıştıkları ortamlardaki riskler hemen akla gelmektedir. Madencilik faaliyetinin gerçekleştiği bölgelerde akciğer hastalığı olan birey sayısının diğer bölgelere oranla yüksek olduğu bilinen bir durumdur. Bu gibi bölgelerde akciğer hastalıklarına ileri yaşlarda yakalanma riski diğer bölgelerden daha yüksek olmaktadır. Yaşanan Covid-19 salgını sürecinde de çeşitli önlemler kapsamında akciğer hastalıkları yüksek olan iller arasında yer alan Zonguldak’ta gerekli bir takım tedbirler uygulanmıştır. Var olan salgının akciğer hastalığı olanlarda daha ağır seyretmesi gibi sonuçlarının olmasını sağlıkta riskler kapsamında değerlendirmek mümkündür.

Beck’in “*Risk Toplumu*” adlı araştırmasının; piyasaya yönelik müdahalesizliğin, toplumsal ve ekonomik belirsizliklerin var olması gibi sebeplere yönelik sosyolojik arayışın sonucunda ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Beck’in toplumun riskli doğasının modernleşmenin kaçınılmaz sonucu olduğuna yönelik değerlendirmesi radikal bir tutum olarak eleştirilebilir. Aile kurumunun yıprandığı gelişmiş toplumlarda riskin giderek kamusal kurumlara (devlet, hastane, polis gibi) evrildiği ve bireysel bağımlılığımıza yönelik hâl aldığı belirtilmektedir. Gelişmiş toplumlarda risklerin somut olmadığı için kolay bir şekilde farkedilmediği ve kamunun dikkatinden kaçabileceği vurgulanmaktadır. Geleneksel toplumlarda ise risklerin somut, gözle görülebilir ve açık olduğu bilinmektedir. Modern toplumdaki risklerin; bumerang etkisi içinde güç, zenginlik ve prestije bakmaksızın herkesi etkilediği ileri sürülmektedir (Turner, 2017: 258). Bu yüzden risk toplumları sınıf toplumları değildir yani sınıf çatışmaları olarak anlaşılması gerekir. Modern toplum risklerinin küresel olduğunu vurgulayan Beck, riskin kişisellikten uzak tüm dünyayı saran bir durum olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Beck, “*yoksulluk hiyerarşik, sanayinin kirliliği havası demokratiktir*” diyerek riskin herkesi tehdit eden bir boyuta ulaştığına dikkat çekmektedir (Beck, 1992: 36).

Sağlık alanına bakıldığında çeşitli risklerden bahsetmek mümkündür. Gelişmemiş ülkeler için bu riskler; beslenme problemi, su sıkıntısı, güvenli olmayan

cinsel yaşam, hijyenik olmayan gıda tüketimi, salgın hastalıklar gibi riskler olabilirken; gelişmiş ülkeleri bekleyen risklere bakıldığında ise; yaşam süresi arttığında kansere bağlı sağlık problemleri, aşırı beslenme kaynaklı obezite, tütün ve alkol tüketimi kaynaklı modern risklerin varlığı göze çarpar. Modern risklerin sanayileşmeye bağlı hava kirliliği vb. sağlık sistemini etkileyen faktörleri içerisinde barındırması ve sağlık alanında artan risklerle karşılaşılması durumu Küresel Sağlık Raporu'nda da ele alınmıştır. Gelişmiş ülkelerde sağlık alanında karşılaşılan risklerin daha sonraki süreçlerde gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere görülmesi olasıdır. Bu yüzden gelişmiş ülkelerin aldığı tedbirler ve uygulamaları gelişmemiş-gelişmekte olan ülkeler için önleyici tedbirler kapsamında önerilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Örneğin gelişmiş ülkelerde alkol-tütün kullanımı ve obeziteyle ilgili alınan tedbirler model olarak gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere önerilebilir (World Health Organization, 2009: 3).

Hem bahsedilen bu riskler hem de diğer risklerin doğurduğu sonuçlardan biri de sağlık alanında yaşanan şiddettir. Çünkü bahsedilen risklerin sağlık alanında yaşanan şiddet oranlarını etkilemesi söz konusu olabilmektedir. Sağlık alanında risklerin baş göstermesinin toplumsal düzen ve toplum sağlığının bozulması anlamına gelebileceği söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması, demografik olarak hasta birey oranının yüksek olması veya sağlık alanında beklentilerin karşılanamaması gibi problemlerin yaşanması, şiddetin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır.

Dünyada artan kazalar, işsizlik, yaşlılık, hastalık vb. sosyal problemlerin riskine karşı bir takım önlemler alınmaktadır. Özellikle sosyal devlet anlayışını benimseyen ülkelerde bu önlemlerin sosyal güvenlik aracılığıyla gerçekleştirildiği belirtilmektedir. İnsanların artık kendilerini sosyal güvence altına alabilecekleri, yaşamlarında geleceklerini de teminat altına alabilecekleri sosyal güvenlik kategorilerine girme girişimlerinin yüksek olduğu ve rekabet haline geldiği bilinmektedir. Bundan dolayı insanların yaşamları güvenlik ağları içerisinde geçmeye başlamaktadır. Doğumdan ölüme kadar; sağlık, eğitim, engellilik, iş kazaları gibi durumlarla ilgilenen birçok kurum günümüzde ortaya çıkmıştır. Hukuken "*kendini sigortalayan*" toplumlar olarak ifade edilen bu toplumlar örnek alınmaya başlanmıştır. Şiddet ve toplumsal düşkünlüğün büyük kısımları ile kitlesel tezahürlerinin çoğunlukla önlendiği fakat bireylerin güvenlik kaygısının endişe verici düzeyde olduğu söylenmektedir. Modern

güvensizlik kavramına vurgu yapan Robert Castel, bu kavramı güvence yokluğu değil, güvence peşinde doyumuzca koşmak olarak belirtmektedir. Güvence arayışının kendisi zaten güvensizlikten kaynaklanmaktadır. Çünkü güvence aramak demek güven içinde olmadığını ifade etmektir. Risklerin tamamını yaşamda kontrol etmek mümkün değildir. Modern toplumlar esasında güvensizlik üzerine inşa edilmiştir (Castel, 2003: 10-11).

Risk ile ilgili değerlendirmelere bakıldığında riske karşı sigortalanma yoluyla önlem alınmak istenmektedir fakat pratikte bunun tamamen mümkün olmadığı görülmektedir. Birçok riske karşı önlem alınmaya çalışılsa da o riskler daha farklı risklere zemin hazırlayabilmektedir. Hatta o riske karşı alınan önlemin bile daha farklı riskler doğurduğu gözlenmektedir. Risklere karşı önlem alabilmenin mümkünlüğü nedir sorusu bu kez gündeme gelir. Modern yaşamın beraberinde getirdiği bir takım risklerin geçmişte tartışılmamasının sebebi geleneksel yaşamda risklerin hat safhada olmamasından kaynaklanmaktadır.

Kıtalar arası ticaretin gelişmesiyle iktisadi anlamda risk, 17. yüzyılda doğmuştur. 19. ve 20. yy'da istatistiksel yönelimlerle birlikte risk hesaplamalarına karşı ilgi artmaktadır. Yirminci yüzyılın refah devletlerinin belirsiz piyasa koşulları karşısında bireyleri ekonomik ve toplumsal krizlere karşı korumak amacıyla ortaya attıkları “sosyal güvenlik” fikri ülkelerde yaygınlaşmıştır (Turner, 2017: 257). Bu sektörler ortaya çıkmasıyla birlikte garantici anlayış hâkim olmaya başlamıştır. Bu durum aslında modern dönem ile birlikte artan risklerin bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Risklere karşı önlem almak amaçlı çeşitli güvenceler aranmaya başlanarak hayat sigortası, sağlık sigortası, iş kazası sigortası gibi yeni sektörler gündem haline gelmiştir.

Risklerin artması sigortalamanın artması yani sigorta ticaretinin artması anlamına gelmektedir (Castel, 2003: 74). Sağlık alanında yaşanan sağlık sigortaları, hayat sigortaları, iş kazası sigortaları gibi sigorta tiplerinin yaygınlaşmasının yanında özel sağlık hizmeti veren kuruluşlar da sağlık sektöründe yaygınlık kazanmıştır. Sağlık alanındaki temel sorunlardan biri, bu hizmeti sunan çalışanların maruz kaldıkları şiddettir.

Sağlık alanında yaşanan şiddet bazı kaynaklarda işyeri şiddetinin türü olarak ifade edilirken, bazı kaynaklarda ise başlı başına şiddet türü olarak tanımlanmaktadır.

İşyeri şiddeti, 1960 ve 1970'li yıllarda gündeme gelmeye başlayarak; işçiler, sendikalar, akademisyenler ve araştırmacılar tarafından ilgi alanı haline gelmiştir (Bowie, 2000: 7).

İşyeri şiddeti dünyada milyonlarca insanı etkisi altına almaktadır. İşyerinde damgalanma, eşitsizlik, ayrımcılık vb. durumların yaşanması şiddeti tetikleyen sebepler arasındadır. İşyerinde şiddetin artması kuruluşların başarısı ve sağlığını etkisi altına almaktadır. Hatta bu durum ölümcül sonuçlar bile doğurabilmektedir. Tabii bu da iş organizasyonu ve genel çalışma ortamı ile ilişkilidir. İşyeri şiddeti yalnız belli sektörlerle sınırlı olmamaktadır, tüm sektörleri etkilemektedir (ILO and WHO, 2002: 1). İşyeri şiddeti konusunda ortak bir tanım bulunmamaktadır. Öznel anlam ifade etmesi açısından şiddet konusunda farklı tanımlar yapılmıştır. Bu durum farklı bağlam, farklı kültürlerden kaynaklanmaktadır. Buna bağlı olarak, işyerinde şiddete yönelik ülkeden ülkeye anlayış farklılığının varlığından bahsetmek mümkündür. Ayrıca işyerinde şiddete yönelik farklı anlayışların var olmasının genişleyen bir veri tabanından kaynaklanabileceği de ifade edilmektedir (Di Martino, vd. 2003: 1; ILO and WHO, 2002: 3).

Schnieden ve Marren-Bell (1995: 74), sağlık ve güvenlik yöneticisi personele yönelik şiddeti; çalışma seyri esnasında çalışanın halktan biri tarafından tehdit edilmesi ya da saldırıya uğradığı herhangi bir olay olarak tanımlamaktadır. ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) işyeri şiddeti tanımını, bir iş arkadaşı tarafından kişiye doğrudan ya da dolaylı saldırılması, tehdit edilmesi, zarar verilmesi ve yaralanmasına sebebiyet veren tüm davranışlar olarak belirtmektedir (Demirci, 2018: 5). Avrupa Komisyonu tarafından ise işyeri şiddeti; personelin işlerine yönelik durumlarla ilgili taciz, tehdit, saldırganlığa uğradığı olaylar, işe gidip gelme de dahil güvenliklerine, refahlarına ya da sağlıklarına yönelik açık veya örtük bir meydan okumayı içermesi şeklinde tanımlanmaktadır (ILO and WHO, 2002: 3).

Sağlık sektöründe yaşanan şiddetin tanımına bakıldığında; sağlık çalışanına yönelik hasta, hasta yakını ya da başka bir bireyden gelen; sağlık çalışanı için risk teşkil eden fiziksel tehdit, cinsel saldırı, sözel tehdit ya da başka tehdit davranışı oluşturan durumlar olarak belirtilmektedir (Saines, 1999). Sağlık gibi özellikle önemli ve hassas konularda problemi olan bireylere hizmet veren kurumlarda şiddet çok yaygın görülmektedir. Bundan kaynaklı olarak sağlık çalışanları şiddeti, işlerinin bir

parçasıymış gibi algılayabilmektedirler. Hastalık ve acıdan kaynaklanan stres, bunama, öfkelenme, yaşlılık problemleri gibi sorunlar insan davranışlarını etkileyebilir ve insanları fiziksel şiddete yöneltebilir. Şiddet eyleminde bulunan saldırganın yaşadığı toplumsal iklim önemlidir. Saldırganın yaşamını sürdürdüğü toplumsal alanda yoksulluğun artması ve bakım faaliyetlerinin yürütüldüğü ortamdaki veya düzenlenme biçimlerinde var olan yetersizlikler, bu nüfusa hizmet veren personelin eğitim düzeyinin yetersiz olması, işyerlerinde şiddetin artmasına yönelik tetikleyici faktörlerdir (Chappell ve Di Martino, 2006: 86).

Farklı etmenlere dayanabilen şiddet olgusunun, sosyo-kültürel ve ailesel kökenlerinin incelenerek bireylerin şiddet eğilimi sergilemede bu kaynakların etkisinin ne yönde olduğunun ortaya konulması önem arz etmektedir. Toplumumuzda şiddet eylemlerinin gasp, hırsızlık, kavga, soygun, terörizm, yaralama, cinayet vb. gibi suç teşkil eden şekillerde kendini gösterdiği bilinmektedir. Ülkemizde şiddet olayları incelendiğinde şiddetin meydana gelmesinde bir takım unsurların etkili olduğu söylenmektedir. Bu unsurlar içerisinde ekonomik sorunlar, prestij ve saygıya yönelik algılamalar, bireysel adalet arayışı, kişisel ve zihinsel rahatsızlıkların yol açtığı şiddet eylemleri akla gelmektedir. Bu sayılanlar başlıca inceleme ve araştırma gerektiren temel problemler arasındadır. Belirtilen ekonomik sorunlar, eşitsizlik, işsizlik gibi faktörlerin şiddet eğilimini arttırıcı etkenler olduğu ifade edilmektedir (Kızmaz, 2006). İster sağlık alanındaki şiddet olsun ister diğer şiddet türleri olsun medyanın şiddet üzerinde çeşitli noktalarda etki gücüne sahip olduğu açıktır. Özellikle sosyal medya üzerinden yayılan haberler ve ciddi bilgi kirliliğinin varlığı bu konuda çeşitli olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Özellikle spekülatif söylemlere karşı medya okuryazarlığının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Yalan-yanlış haberlerin varlığı, ideolojik sebeplerden kaynaklı gerçekliği yansıtmaktan ziyade inanılmak istenen haberlere medya kuruluşları tarafından yer verilmesi sorunu ağırlaştırmaktadır. Hatta bazı yalan haberlere karşı dönem dönem Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ya da doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından açıklamalar getirilerek, bunların asılsız olduğu ifade edilmiştir. Sağlık ile ilgili konularda internet kaynaklarının yaygın kullanılması bilinen bir durumdur fakat yapılan bir araştırmada bilginin güvenilirliğini sorgulayanların bilgiye erişenlerin yalnız dörtte biriyle sınırlı kaldığı tespit edilmiştir (Ünal ve Taylan, 2017).

Sağlık çalışanlarına yönelik yalan şiddet haberlerinin sürekli kasıtlı gündemde tutulması ya da sağlık personelinin hatalarından kaynaklı problemlerin sürekli asılsız haber yapılması yoluyla çeşitli sağlık çalışanları ile sağlık hizmeti alan bireyler üzerinden algılar oluşturulmaktadır.

Sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygın olarak bilinen sebeplerinden bahsetmek mümkündür. Yapılmış bilimsel çalışmalar incelendiğinde, uzun bekleme süreleri, sağlık personeli yetersizliği, mental bozukluklar, muayene ve test sayısının fazla olması başta sıralanan sebeplerdendir. Bunların yanında stresli hasta yakınları ve gürültülü-kalabalık ortamlar, hasta ve hasta yakınlarının aşırı isteklerinin varlığı, iletişim ve yanlış anlamalar ile kişisel problemler sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygın sebepleri arasında sayılabilir (Keser Özcan ve Bilgin, 2011). Sağlık çalışanları bu sebeplerin dışında daha farklı problemlerden kaynaklı olarak da şiddete maruz kalmaktadır. Sadece hasta ve hasta yakını tarafından sağlık çalışanı şiddete maruz kalmamaktadır. Sağlık alanında şiddet bir sağlık çalışanının, bir diğer sağlık çalışanına yönelik şiddeti biçimiyle de kendini gösterebilmektedir. Bu da sağlık alanındaki şiddetin geniş bir yelpazede ele alınmasını gerektirmektedir.

Şiddet suçlarının birçok sebebi bulunmakla birlikte şiddeti gerçeğeştiren bireyleri tek bir tipolojide ele almak zor görünmektedir. Conrad şiddet suçuna bulaşanları dört grupta ele almıştır. Bu grupları kültürel şiddet suçluları, kriminal şiddet suçluları, patolojik şiddet suçluları ve durumsal şiddet suçluları olarak ifade etmektedir. Kültürel şiddet suçlularına daha çok alt kültür içerisinde yaşayan ve şiddet suçu işleyen bireylerde rastlanmaktadır. Bu grubun şiddete başvurusunun altında yatan sebebin temelde şiddeti çözüm kaynağı olarak görmeleridir. Durumsal şiddet suçu ise kışkırtma biçimiyle kontrolsüz olarak işlenen suçlar olarak belirtilmektedir. Wolfgang ve Ferracuti tarafından geliştirilmiş şiddet alt-kültürü kuramına göre; problemlerin çözümünün şiddete başvuruya gerçekleştiği inanç ve değerlerin ağırlıklı olduğu bölgelerde, bir şiddet alt kültürünün oluştuğu ve bu inancın kültürel yapıyla bağlantılı olduğu açıklanmaktadır. Bu kurama göre bireyin sosyalleşme süreci, aile yapısı, kişiler arası ilişkileri şiddet davranışını öğrenmesi ile ilgilidir. Yoksulluk içerisinde yetişen bireylerde oluşan öz güven eksikliğinin sonucu olarak şiddet eyleminde buldukları söylenirken, bu bireylerin sergiledikleri şiddet eylemi,

yaşadıkları toplumsal yapı içerisinde suç olarak görülmenin ötesinde varoluşsallık dahilinde takdir toplayabilmektedir (akt. Kızmaz, 2006).

Özellikle yaşadığı coğrafi koşullar ya da diğer zorluklardan kaynaklı olarak sağlık hizmetlerine erişim noktasında güçlük çeken bireylerin bu hizmete ulaştıklarında bu durum karşısında memnuniyet duydukları söylenebilir. Çünkü uzun zaman ulaşamadığı ve mahrum kaldığı hizmet, birey için kıymetli olmaktadır. Fakat bu durum sağlık hizmeti alımı bağlamında farklılık gösterebilir. Çünkü ekonomik zorluklar çekmiş bireyin bu hizmete erişmesi özellikle kamu hastanelerinde ücret ödenmeden gerçekleşmesi bireyi memnun edebilmektedir. Minnettarlık duygusuyla ayrılan bireylerde şiddet oranı pek az rastlanmaktadır. Daha çok memnun olmama halinin vermiş olduğu ortamlarda şiddet olasılığı daha yüksektir. Tüm bu durumlar sosyal bir olguyu vurgulamaktadır ve sosyolojinin konusunu oluşturmaktadır. Bu sosyal olgular da bir alt disiplin olarak sağlık sosyolojinin doğuşunu etkilemiştir .

2.3.3 Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Alanındaki Şiddetin Boyutu

Sağlık hizmetleri toplumların ihtiyacı olan ve bu ihtiyaçların karşılanması doğrultusunda talep edilen hizmetler arasında yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler için ülkeler yıllık bütçeler ayırmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili bütçelerin kullanımıyla ilgili harcama kalemleri oluşturulurken, özellikle bunun planlamalar doğrultusunda gerçekleştirildiği; özel sektör ve devlet bütçelerinden sağlık harcamalarına yönelik bütçe harcandığı görülmektedir. Ülkeler arasında yıllık sağlık alanına ayrılan bütçelere yönelik rakamlar üzerinden eleştirilerin mevcut olduğu bilinmektedir. Bazı ülkelerde sağlık alanına yüksek rakamlı bütçeler ayrılırken bazı ülkelerde ise ayrılan bütçe rakamlarının yetersiz olduğundan bahsedilmektedir. Ülkeler kendi içerisinde sağlık hizmetlerini alma noktasında maddi güçlük çekenlere yönelik çeşitli uygulamaları devreye koydukları bilinmektedir. Türkiye’de de engellilere, yaşlılara, sosyal dışlanmaya uğramış kişilere ve hastalık-sağlık bakımı alma noktasında ihtiyaç sahiplerine “*sosyal koruma harcamaları*” adı altında böyle bir bütçe kalemi ayrılmıştır. İhtiyaç sahibi vatandaşlar, sosyal ve ekonomik ihtiyaçları karşılama noktasında desteklenmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri dikkate alındığında, Türkiye’de sağlık alanına ayrılan bütçe harcamalarına bakılırsa; 2010 yılında sağlık alanına toplam 62 milyar lira bütçe ayrıldığı görülmektedir. Bu bütçedeki 13 milyar liranın

özel sektör tarafından sağlık harcaması olarak gerçekleştiği görülürken, genel devlet harcamasında 48 milyar lira olarak kaydedildiği belirlenmektedir. Bu rakamların 2014 yılında özel sektör sağlık harcamasında 21 milyar liraya yükseldiği görülürken, genel devlet sağlık harcamasında ise 73 milyar lira olduğu tespit edilmektedir. Her ikisinin toplamına bakıldığında ise bu rakamın 95 milyar liranın üzerine yükseldiği ifade edilmektedir. 2019 yılına gelindiğinde ilk defa toplam sağlık harcamasının 201 milyar lira olarak en yüksek düzeye eriştiği görülmektedir. 2019 yılında genel devlet bütçesinden sağlığa 157 milyar lira harcama gerçekleştiği ifade edilirken; özel sektör sağlık harcamasının ise 44 milyarla zirve rakama ulaştığı vurgulanmaktadır. 2019 yılının toplam sağlık harcamasına bakıldığında bir önceki yıla göre %21,7 artış kaydettiği; genel devlet sağlık harcamasına ait 2019 yılındaki verinin bir önceki yıla göre %22,5 arttığı görülmektedir. 2019 yılı toplam sağlık harcamasının %78'ini genel devlet bütçesi oluştururken; özel sektör sağlık harcamalarında ise bu oranın %22 dolaylarında kaldığı anlaşılmaktadır. Genel devlet bütçesinin %51,7'sinin ise Sosyal Güvenlik Kurumu'na aktarıldığı görülmektedir. Bu da toplam sağlık harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın %4,7'sini oluşturduğunu göstermektedir. Hane halkının cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının %16,7 olduğu görülürken, 2019 yılında kişi başına sağlık harcamalarının 2018 yılına göre yaklaşık %20 arttığı ifade edilmektedir. Bunun rakam olarak ise 2434 lira şeklinde kayıtlara geçtiği belirtilmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yillik-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2019-33671>, Erişim Tarihi: 28.2.2021).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) verilerine bakıldığında sağlık alanındaki harcama oranları fazla olan ülkelerin sağlık harcaması az ülkelere kıyasla evrensel bağışıklıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Anderson ve Hussey, 2001: 220). OECD genelinde sağlık harcamalarına ayrılan Gayri Safi Milli Hasıla (GSYİH)'nin 2009 yılından sonra % 8.6 ile % 8.8 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir. ABD'nin 2019 yılında GSYİH'nin %17'sini sağlık alanına harcadığı ve aynı yıl içinse Türkiye'de sağlık alanına ayrılan bu oranın GSYİH'nin %4.4'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, Erişim Tarihi: 27.2.2021).

Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen harcamalara yönelik ayrılan bütçenin büyük kısmının devlet eliyle gerçekleştirildiği görülürken, özel sektörde bu oranın

daha düşük olduğu açıktır. Bu da sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yurutulmesinin, sağlık ihtiyaclarını karşilama noktasında devletin payının buyuk onem taşıdığını gostermektedir. Ozellikle sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak ozel sektor eksenli verildiği ulkeler ile sağlık hizmetlerinin tamamının devlet eliyle verildiği ulkelerden bahsedilmektedir. Turkiye’de sağlık butcesi harcamalarına bakıldığında hem devlet hem de ozel sektor butcesinden sağlık alanına para harcandığı gorulmektedir. 2019 yılında sağlık alanına ayrılan butcenin sıçrama duzeyinde gercekleşerek zirveye ulaştığı; ulkemizde hastane sayılarının arttırılması, hastanelerin teknolojik cihazlarla donatılması ve modern Şehir hastanelerinin hayata geçirilmesi gibi etkenlerin artık sağlık alanında belli başlı problemlerin fark edilmeye başlandığını gostermektedir .

Ozellikle ulkelerin gelişmişlik duzeyleri belirlenirken çeşitli olçutler kullanılarak bu durumun tespit edildiği bilinmektedir. Eğitim duzeyi, kişi başına duşen gayri safi milli hasıla, nufus dağılımları, yer altı ve yer üstü kaynakları bahsedilen gelişmişlik duzeyinin belirlenmesinde ele alınan olçutlerden bazılarıdır. Her ne kadar ulkelerin rezervleri, ekonomik sermayeleri gelişmişlik noktasında ele alınan kriterler içerisinde yer alsa da salt ekonomik gelişmişliğin yeterli olmadığı, ihtiyacları giderme ve gereksinimlerin karşılanması noktasında yetersiz kaldığı gerceğini unutmamak gerekir.

Gelişmişlik duzeyleri belirlenirken ozellikle unutulmaması gereken faktörlerden biri de sağlıktır. Sağlık hizmetlerinin gelişmişlik seviyeleri ile ulkelerin gelişmişlik duzeyleri arasında anlamlı bir ilişki söz konusu olurken; kişi başına duşen hekim ve hemşire sayısı, yeterli sayıda sağlık kuruluşlarının varlığı, medikal malzeme ve cihaz yeterliliği, hasta hakları, sağlık çalışanlarının özlük hakları gibi sağlık alanındaki gelişmişliğin olçutleri yer almaktadır. Bir başka genel gelişmişlik göstergelerinden olan anne ve bebek ölüm oranları, doğumda beklenen yaşam süresi ele alınan olçutler arasındadır. Doğumda beklenen yaşam süreleri gelişmişlik olçutleri içerisinde yer alır ve sigara-alkol kullanımı, beslenme, spor gibi sosyal etkenler doğumda beklenen yaşam süresini etkileyen faktörlerdendir. Bazı tedavi ihtiyacları aile butçeleri üzerinde yük oluşturmaktadır. Ücretsiz (devlet destekli) tedavi alma noktasında bireylerin ihtiyaclarına cevap verebilme yeterliliği, devletin yıllık sağlık ve sosyal harcamalara ayırdığı butcenin önemini arzetmektedir.

Sağlık problemlerine çözüm bulma konusunda sağlık kuruluşlarına başvurulurken sosyal güvenceye sahip olan bireylerin sağlık giderlerinin hemen hemen hepsi kendi sigortaları kapsamında karşılanmaktadır. Sosyal güvenceye sahip olmayan bireyler ve özel sağlık kuruluşlarına başvurma ya da güvence kapsamına girmeyenlerin hizmet alımı, ilaç alma vb. durumlarda bireylerin kendi ekonomik imkanları dahilinde gerçekleştiği yaygın olarak bilinmektedir. Türkiye’de sağlık güvencesi olmayan bireyler için alternatif çözüm yöntemi olarak Genel Sağlık Sigortası kapsamında (Gelir durumu belirli düzeyden yüksek çıkanlar için de aylık cüzi ödeme ile yararlandırılır) devlet tarafından sağlık hizmetleri alma imkanı sunulmaktadır. Ekonomik gelir noktasında daha iyi düzeyde olan bireylerin özel sağlık sigortası gibi talepleriyle daha iyi sağlık hizmeti alma ve sağlık konusunda daha güvende hissetmek amaçlı kendi tercih ve çözüm yollarından bahsedilmektedir.

Tüm bu bahsedilen belirleyicilerle sağlık alanındaki problemlerin ilişki içerisinde olduğu söylenebilir. Sonuç olarak ister bireysel imkanlar ile olsun ister sosyal güvence kapsamında olsun sağlık hizmeti alımında belli düzeyde bir ücret ödenerek hizmet alınmaktadır. Bu durumda bir alım-satım işleminin gerçekleştiği görülmektedir. Bu da hizmet alımı esnası ve sonrası için memnuniyet durumunu gündeme getirmektedir. Sağlık sektöründe bireylerin memnuniyetsizliklerini haksız tepkilerle ifade ettikleri yollardan biri de şiddettir. O halde sağlık alanında şiddet konusunun hasta-hekim ilişkisi, sağlık hizmetinin yeterlilik düzeyi ve hasta memnuniyeti ile sağlık hizmeti sağlama faaliyeti, sağlık ile ilgili nicel veriler hatta sağlık alanında iletişim konusuyla ilişkili olduğu çok açık bir şekilde ifade edilebilir.

Ülkelerin sağlık kurumlarının yapısına bakıldığında gelişmiş ülkeler arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. OECD verilerine göre hastanelerde bin kişi başına düşen yatak sayısına bakıldığında; 2018 yılında Japonya’da bin kişi başına 13 yatak; hemen arkasında Kore’de bin kişi başına 12.4 yatak düştüğü; Rusya’da bin kişi başına 7.1 yatak düştüğü görülmektedir. Rusya’yı ise bin kişi başına düşen yatak sayısı olarak Avusturya 7.3 yatak ile takip etmektedir. 2017 yılı verilerine göre bin kişiye düşen yatak sayısı Almanya’da 8 yatak iken; bin kişiye düşen ortalama yatak sayısının en düşük olduğu ülkelere bakıldığında Hindistan’da 0.5 yatak olduğu belirtilmektedir. 2018 yılında Meksika’da bu rakam 1 yatak olarak görülmektedir. Türkiye’de bin kişi başına düşen yatak sayısı 2018 yılında 2.9 yatak olarak kaydedilmiştir

(<https://data.oecd.org/healtheq/hospital-beds.htm>, Erişim Tarihi: 27.2.2021). Gelişmekte olan ülkeler içerisinde olan Türkiye’de bin kişi başına düşen yatak sayısının daha iyi seviyelerde olması gerektiği ve bin kişi başına düşen yatak kapasitesinin henüz OECD ortalamalarının altında olduğu söylenebilir.

Sağlık harcamalarına bakıldığında, OECD verilerine göre kişi başına yıllık ortalama (Amerika Birleşik Devletleri doları cinsinden) 2019 yılında toplam 11 bin 72 dolar, İsviçre’de 7 bin 732 dolar, Norveç’te 6 bin 647 dolar harcandığı görülmektedir. Hemen ardından Almanya’nın 6 bin 646 dolar ile en yüksek sağlık harcamalarının yapıldığı ülke sıralamasına girdiği görülebilir. Kuzey Makedonya’da 2017 yılında kişi başına 947 dolar harcandığı ifade edilmektedir. 2017’de kişi başına yıllık ortalama bu rakamın Güney Afrika’da 1072 dolar harcandığı söylenmektedir ve 2019 yılında Türkiye’de ise 1337 dolar ile kayıtlara geçtiği söylenmektedir. (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, Erişim Tarihi: 28.02.2021). Ayrıca Türkiye’de 2019 yılında kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla’nın 52 bin 316 Türk lirası (9 bin 213 ABD dolar) olduğu vurgulanmaktadır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yillik-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2019-33671>, Erişim Tarihi: 28.2.2021).

2019 yılında il bazında GSYİH payının cari fiyatlarla il payı yüzdeliği incelendiğinde tabloda; Bingöl’ün %0.07-0.19 aralığında Elazığ ilinin ise %0.40-0.99 aralığında bir paya sahip olduğu görülmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Il-Bazinda-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2019-33663>, Erişim Tarihi: 28.2.2021).

Sağlık hizmetlerine erişim noktasında dezavantajlı bir konumda olan ve yetersizlik yaşayan engelli, yaşlı, sosyal güvenceden yoksun olan gruplara yönelik; evde sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı bakımı gibi hizmetler için ayrıca harcama kalemleri oluşturulduğu bilinmektedir. Türkiye’de 2018 yılında GSYİH’nın %11,9’unun Sosyal Koruma’ya yönelik harcamaya ayrıldığı ve 442 milyar 607 milyon harcama gerçekleştirildiği ifade edilmektedir. Tabii bu rakamların tamamı sağlık harcamalarını kapsamamaktadır. Bu harcamaların %27,4’ünün sağlık/hastalık harcamalarına ayrıldığı vurgulanırken; bu harcamaların içerisindeki %48,4’lük en yüksek oranın emekli yaşlılara ayrıldığı belirtilmektedir. Sosyal Koruma Harcamaları içerisinde; aile, çocuk, sosyal dışlanma, işsizlik vb. harcamalara yönelik payların

olduğu da ayrıca fark edilmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2018-30625>, Erişim Tarihi: 02.3.2021). Tüm bu verilere bakıldığında, Türkiye'nin OECD verileri ortalamasının altında kaldığı görülürken özellikle son yıllarda bir iyileşmenin olduğu ve önemli ilerleme kaydettiği dikkat çekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin; sağlık alanındaki yeniliklere ve sağlık hizmetlerinin üretkenlik düzeylerinin arttırılmasına yönelik planlamalar dahilinde olduğu söylenebilir. Ekonomik kaynakların sağlığa tahsisi, yaşam beklentisinin yükselmesine olumlu katkı sunmakla birlikte ekonomik harcamaların yüksek düzeylere ulaşmasının gereksiz tıbbi harcamaların artması sonucunu doğurabileceğini de unutmamak gerekir. Özellikle genç nüfusa oranla yaşlı nüfusun sağlık sorunları daha fazla olduğu için sağlık harcamalarının yüksek olduğu, bu yaş grubundakilerin sağlık sektöründe daha fazla tüketim gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Shaw vd., 2005: 771).

Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süreleri ile ilgili OECD verileri incelendiğinde; 2017 yılında Japonya'nın 84,2 yıl ile doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması en yüksek ülke olduğu görülmektedir. 2018 yılı verilerinde İsviçre'nin ise Japonya'dan sonra geldiği ve ortalama doğumda beklenen yaşam süresinin 83,8 yıl olduğu, İspanya'da bu sürenin 83,5 yıl ve İtalya'da 83,4 yıl olduğu görülmektedir. Türkiye'deki duruma bakıldığında ise 2018 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin kadınlar için 81 yıl, erkekler için ise 75,6 yıl olduğu açıklanmaktadır. Ayrıca Türkiye'nin genel nüfusunda beklenen ortalama yaşam süresinin 78,3 yıl olduğu vurgulanmaktadır (<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>, Erişim Tarihi: 04.3.2021). Doğumda beklenen yaşam süresi dışında, gelişmiş sağlık hizmetlerinin alındığı ülkeler ile ilaç temini ya da tedavi sağlayıcı ilaçlara erişim arasındaki ilişki de önem arz etmektedir. Özellikle sağlık alt yapısının geliştiği ülkelerde ve toplumsal bilinç düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda hastalıklar tedavi edilirken modern tıbbi müdahale ve ilaç tedavi yöntemlerine başvuru oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Tabi her ilaç tüketiminin yüksek olduğu toplumun gelişmiş toplum olduğunu söylemek de yanlıştır. Zira postmodern dönemde alternatif tıba yönelimin de ciddi düzeyde artmaya başladığı bilinmektedir. Sağlık

algısında yaşanan bu değişikliğin, sağlığın farklı boyutlara evrildiğine işaret etmektedir.

şiddet son yıllarda sıkça karşılaşılan bir problemdir. Günüümüzde toplumsal alanda ve hizmet sektörlerinin bir çoğunda şiddetle karşılaşılmaktadır. şiddetle sık karşılaşan meslek gruplarından biri de Türkiye’de ve dünyada sağlık sektöründe hizmet veren sağlık çalışanlarıdır. Sağlık alanında şiddeti temelde; sağlık hizmetini alanların sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti, sağlık hizmeti alanların yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti ya da sağlık çalışanlarının kendi aralarında gerçekleştiği şiddet şeklinde üç farklı boyut üzerinden ele almak mümkündür. Daha nadir olan bazı hallerde de sağlık çalışanlarının farklı bir yakınlarıyla kişisel sorunlarından kaynaklı maruz kaldıkları şiddet türünden de bahsetmek mümkündür. Dünyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yüksek oranlarda görüldüğü belirtilmektedir ve bu şiddetin çözüm bekleyen bir problem olarak karşımıza çıktığı bilinmektedir. Sağlık alanındaki sağlık hizmeti bu konudaki bilimsel literatürde genelde işyeri şiddeti olarak nitelendirilmektedir fakat sağlık alanındaki şiddet işyeri şiddetinden daha farklı özellikler de taşımaktadır. Zira sağlık hizmeti çalışanları sadece çalıştıkları kurumda şiddete maruz kalmamaktadırlar. Örneğin gezici sağlık hizmeti veren çalışanlar da şiddete maruz kalabilmektedir. Konuyla ilgili araştırmalara bakıldığında, sağlık sektöründe en çok hekim, hemşire kadrosunda çalışan meslek gruplarının şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Bu konudaki birçok çalışmada şiddetin en çok görüldüğü birimler üzerinden verilerin toplandığı görülmektedir. Ayrıca sağlık alanında ortaya çıkabilmesi muhtemel risklerin değerlendirildiği gözlemlenmektedir.

şiddet; ırk, cinsiyet, etnik köken, inanç, eğitim, iş yeri ve sosyo-ekonomik durum gibi sınırların ötesinde bir olgu olarak yer almaktadır. Uluslararası alışma Örgütü (ILO) tarafından yayınlanan bir raporda işyeri şiddetinin meslek gruplarını ve çalışma sınırlarını aştığı, küresel bir sorun haline geldiği ifade edilmektedir. şiddete uğramış bireye ilk yardım veren alanlardan birinin sağlık alanı olması ve şiddete maruz kalan ya da bazen mesleki etiğe aykırı davranıp şiddete başvuran kesimin sağlık çalışanları olması önemli ve ilginçtir. Sağlık alışanlarının diğer meslek gruplarına göre daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Bu konuda gerçekleştirilen bir

çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma riskinin diğer hizmet alanlarından 16 kat daha fazla olduğu yönündedir (Kingma, 2001: 129-130).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet dünyada birçok ülkede yüksek oranlarla tehlike arz etmektedir. Birleşik Krallık'ta Sağlık Hizmetleri Danışma Komitesi (HSAC) (1997) tarafından hemşirelerin %34'ünün görev halinde saldırıya uğradığı ve bu mesleğin en tehlikeli meslek dalı olduğu belirtilmektedir. Hemşireliğin en tehlikeli meslek olduğuna yönelik vurgu, Kingma tarafından yapılan çalışmada (2001) da vurgulanmaktadır. İngiltere'de genel pratisyen hekimlerin katılımlarıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, katılımcıların %63'ünün son 1 yılda şiddet ya da istismarla karşılaştıkları görülmektedir.

Avustralya'da son 1 yılda her dört ambulans şoföründen birinin saldırıya maruz kaldığı söylenmektedir. Hemşirelerin diğer sağlık personelinden 3 kat daha fazla şiddet görme ihtimalinin olduğu ve kadın hemşirelerin daha savunmasız oldukları açıklanmaktadır. Birleşik Krallık'ta yapılan ankete katılanların %97'si; bir yıl önce fiziksel saldırıya uğrayan meslektaşlarını tanıdıklarını ve bu şiddet vakasını hatırladıklarını belirtmektedirler. %72'lik kesim ise işyerinde her an saldırıya uğrama ihtimaline karşı kendilerini güvende hissetmediklerine yönelik bir beyanda bulunarak, bu konudaki sorunun farklı bir boyutunu ortaya koymaktadırlar. Bu yüksek oranların sağlık sektörü üzerinde bir takım olumsuz etkileri olabilmektedir. Sağlık alanında şiddetin var olmasının olası sonuçları arasında; sağlık hizmetlerinin kalite standartlarının düşmesi, mesleği bırakma, çalışma ortamının güvensizleşmesi, sağlık mesleklerine yönelimin olumsuz etkilenmesi, personelin ruh sağlığının bozulması, sağlık çalışanı-hasta sayısı dengesizliğinin belirgin olarak yükselmesi gibi faktörler yer almaktadır (Kingma, 2001: 130; Saines, 1999: 8). Elbette bu belirtilen faktörleri yalnız sağlık alanında şiddetin sonuçları açısından değerlendirmemek gerekir. Zira bahsedilen faktörler, sağlık alanındaki şiddetin sebepleri de olabilmektedir.

ABD'de 2012-2015 yılları arasında İş Sağlığı Güvenliği Ağı'na katılmış hastanelerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde, işyeri şiddetinin sağlık çalışanları açısından risk oluşturduğu söylenmektedir. Bu araştırma verilerinde sağlık çalışanları arasında şiddete maruz kalma riski altında olan meslek gruplarının daha ziyade hemşire ve hemşire asistanları olduğu belirtilmektedir (Groenewold vd, 2018).

İngiltere'nin kuzey batısında genel bir hastanede sağlık çalışanlarının son 1 yıl içerisindeki saldırganlık deneyimlerinin araştırılması amacıyla yapılan 375 katılımcıya dayalı anket çalışmasında; şiddete maruz kalanların %36'sının cerrahi bölümlerde görev yaptığı açıklanırken; şiddete maruz kalanların %30'unun acil servislerde, %42'lik kısmının da diğer bölümlerde görev yaptığı görülmektedir. Katılımcılardan 304 kişinin fiziksel şiddete uğradığı, 349 kişinin tehdit edici davranış vakası bildirdiği görülmektedir. Bu şiddet girişiminde bulunanlardan 248'inin hasta olduğu ve 101 kişinin ise ziyaretçi olduğu ifade edilmektedir (Whittington ve Winstanley, 2004: 5).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda sağlık hizmetleri veren birimlere bakıldığında Acil Servis'te yaşanan şiddet oranlarının daha yüksek olduğuna dair bulguların var olduğu ve yaşanan şiddet vakalarının eksik rapor edildiğine yönelik saptamalar mevcuttur. Kanada'nın Vancouver şehrinde üçüncü basamak sağlık kuruluşunda 163 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen anket çalışmasında; katılımcılardan birinin sağlık alanında şiddetin arttığını belirtirken, bireylerin şiddete başvururken, daha az çekingen kaldığına yönelik görüş bildirdiği söylenmektedir. Katılımcıların %84'ünün en az bir defa sözlü tacize tanık oldukları ve yılda yirmiden fazla da fiziksel tehditin var olduğunu bildirdiği görülmektedir (Fernandes vd, 1999: 1245).

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik yaşanan şiddet vakaları oldukça dikkat çekici düzeydedir. Türkiye'de geçmişten günümüze kadar yaşanan sağlık hizmetleri sorunları ve eksikliğinin etkisiyle çeşitli problemlerden dolayı sağlık çalışanı-hasta ve hasta yakınları arasında tartışmalar yaşanmaktadır. Bu problemlerin şiddete dönüşme gibi sonuçlarının olduğu da söylenmektedir. Fakat bu durum sağlık alanında yaşanan şiddetin yalnız başına nedenini ve gerekçesini oluşturmamaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetleri alınırken yaşanan problemler arasında sağlıkta eşitsizlik, sağlık sistemiyle ilgili yapısal problemlerin yer aldığı gerek sağlık çalışanları gerekse de tıbbi meslek icra etmeyen diğer meslek grupları tarafından dile getirilmektedir. Sağlık alanında son yıllarda belirgin anlamda ilerlemelerin kaydedildiği bilinmektedir fakat yeni uygulamaların olumlu taraflarının yanında olumsuz taraflarının ve eksikliklerinin olduğu görülmektedir.

Sağlık alanında yaşanan şiddetin sebeplerine yönelik bekleme süreleri, acil servislerde yapılan tıbbi müdahaleler, hastane yoğunluğu vb. birçok faktöre değinen

Erkol ve diğeri'nin (2007) Bolu'da üniversite hastanesinden, devlet hastanesinden, kadın doğum hastanesinden ve pediatrik kuruluşlardan (1998-2003 yılları arasında) anket tekniği aracılığıyla verilerin toplandığı çalışmada, farklı meslek gruplarını icra eden katılımcılardan bazılarının iş yerinde agresif olaylarla karşılaştıklarını bildirdikleri açıklanmaktadır. Hekimlerin %96,77'sinin; hemşirelerin ve ebelerin ise %81,82'sinin sürekli yüksek düzeyde agresif olaylara maruz kaldıkları ve toplam 108 kişinin saldırgan davranış yaşadığı sonucu paylaşılmaktadır (Erkol vd, 2007: 424).

2017 yılında Ankara'da kamu ve özel hastaneler ile üniversite hastanesinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada, 112 Acil Yardım İstasyonu'nda görev yapan sağlık personellerinin katılımcı olarak yer aldığı çalışmada, 439 katılımcıdan elde edilen anket verisinde, son 3 yıl içinde şiddete hiç maruz kalmayanların oranının %37,2 olduğu; en az iki kez şiddete maruz kalan katılımcı oranının %15,3 olduğu görülmektedir. İki defadan fazla şiddete maruz kalan katılımcı oranının ise % 47 olduğu söylenmektedir. Ayrıca 30 yaş altının daha az şiddete maruz kalan yaş grubu olduğu belirtilmektedir (Yıldız, 2019: 141-142).

Yine Ankara'da yapılan diğeri bir çalışmada, yaş ortalaması 41,18 olan sağlık çalışanlarının son bir yılda fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma durumunun %55,8 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yaptırımlar ile güvenlik amaçlı önlemlerin artırılması gerektiğini düşünenlerin oranının %38,5 olduğu vurgulanmaktadır (Bıçkıcı, 2013: 44).

Kocaeli'nde 2. basamak ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda Çamcı ile Kutlu'nun (2011) yaptığı ve 270 sağlık çalışanının katıldığı başka bir çalışmada ise, şiddete en fazla maruz kalınan şiddet türünün %98,5 ile sözel şiddet olduğu görülmektedir. Araştırmada son bir yılda şiddete maruz kalma oranının %72,4 olduğu ve katılımcıların meslek yaşamının tümüne bakıldığında ise şiddete maruz kalma oranlarının %72,6 gibi yüksek bir oran olduğu görülmektedir (Çamcı ve Kutlu, 2011: 9).

2019 yılında Adana'da yapılmış kesitsel bir çalışmada; katılımcıların %85,9'unun mesleki yaşamı boyunca en az bir defa şiddete maruz kaldığı ve katılımcıların cinsiyetleri ile şiddet oranları arasında anlamlı farklılık görülmediği ortaya çıkmıştır. Bu araştırmanın yapıldığı tarihteki son bir yılda şiddete maruz kalma oranının ise %57,9 olduğu belirtilmektedir. Katılımcılara bakıldığında, şiddete maruz

kalma oranı hekimlerde %90 oranında görülürken, diğer katılımcı sağlık çalışanlarının da %79 oranında şiddete maruz kaldığı saptanmaktadır (Yılmaz, 2020: 66-67).

Zonguldak'ta yapılmış bir başka çalışmada ise katılımcıların meslek hayatı boyunca %57,9'unun en az bir defa da olsa şiddete maruz kaldığı görülürken, katılımcıların %36,8'inin ise son bir yıl içinde en az bir defa şiddet yaşadıkları ifade edilmektedir. Katılımcıların %73'ünün meslek hayatı süresince en az bir defa şiddete tanık olduğu ortaya çıkan sonuçlar arasında yer alırken; sağlık çalışanları içerisinde 30-39 yaş aralığında yer alan katılımcı grubun, şiddete maruz kalma oranlarının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğunun sonucuna varıldığı görülmektedir (Er, 2019: 70).

Enişte (2009)'un Sivas Numune Hastanesi'nde gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %50 oranından fazlasının şiddete maruz kaldığı araştırmanın bulguları arasında yer alırken; maruz kaldıkları şiddet türleri içerisinde ise sözel şiddetin %64,4'lük oran ile en yüksek düzeyde olduğu araştırmanın sonuçları arasında görülmektedir. En az görülen şiddet türünün ise cinsel şiddet olduğu ayrıca belirtilmektedir (Enişte, 2019: 65).

Çeşitli düzenlemeler yapılsa da sağlık alanındaki şiddet konusuyla ilgili yasal düzenlemelere ihtiyaç devam etmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda geçmişte Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından Sağlıkta Şiddet Yasası'nın çıkarılması için nöbet eylemlerinin gerçekleştirildiği görülmektedir (<https://www.cnnturk.com/saglik/doktorlar-saglikta-siddete-karsi-yurudu>, Erişim Tarihi: 10.3.2021). Mayıs 2022'de bu konuda yeniden bir düzenlemeye gidilmiş ve kadınlara ve sağlık alanında şiddet uygulayanların, kılık-kıyafet gibi durumlar üzerinden iyi hal indiriminden yararlanması ile ilgili düzenleme yapılmıştır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın finanse ettiği "*Sosyal Hizmetler ve Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddetinin Araştırılması ve Önlenmesi Projesi*" adlı çalışmada, Türkiye genelinde sağlıkta şiddet konusu araştırılmıştır. 2020 yılının Ağustos-Ekim aylarını kapsayan araştırmaya; Türkiye genelinde sekiz bin üzeri sağlık çalışanının katıldığı görülmektedir. Elde edilen verilere bakıldığında ise, en az bir defa şiddete maruz kalan sağlık çalışanı oranının %67 olduğu ve katılımcıların %84'ünün şiddete uğrama korkusu yaşadığı belirtilmektedir. Çalışmada, özellikle gece saatlerinde şiddet vakalarının daha fazla yaşandığı belirtilmektedir

<https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-calisanlarinin-yuzde-67si-siddete-maruz-kaldi-556327.html>, Erişim Tarihi: 13.3.2021).

Sağlık alanında yaşanan şiddetin bilimsel araştırma alanlarının dışında da araştırma konusu olduğu bilinmektedir. Konunun farklı sivil toplum kuruluşları, kurumlar ve sendikalar tarafından araştırılması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutunun önemini ortaya koymaktadır. Ülkemizde sağlık alanında yaşanan şiddet oranlarının yüksek olduğu, şiddeti uygulayanların ise yüksek oranda hasta ve hasta yakınları oldukları görülmektedir. Bu durumda bazen daha farklı faktörler de olabilmektedir. Ülkemizde son birkaç aylık haberlere bakıldığında dahi sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları çok fazla görülebilir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları bazı şiddet vakaları, onların mesleklerine bırakmalarına dahi neden olmaktadır. *İstanbul'da eski sevgilisi tarafından bıçaklanan 29 yaşındaki hemşire hakkında Adli Tıp Kurumu rapor hazırlamış ve bu rapora göre hemşirenin bazı parmkalarındaki işlevini kaybettiği belirtilmiştir.* Medyada yer alan bu haberde, mağdurun hemşirelik mesleğini bırakarak Adana'da yaşayan ailesinin yanına döndüğü ifade edilmiştir (<https://www.saglikpersoneli.com.tr/son-dakika/hemsireye-meslegi-biraktiran-siddet-h13777.html>, Erişim Tarihi: 11.3.2021)

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaşandığı bir başka habere bakıldığında; olayın Sakarya Geyve Devlet Hastanesi'ndeki nöbeti sırasında doktora yönelik bir saldırı şeklinde gerçekleştiği görülmektedir. Olay sonrasında, savcılık ifadesinin akabinde serbest bırakılan saldırganı, on altı saat sonra seri muhakeme yoluyla dava açıldığı belirtilmektedir. 28 yaşındaki hasta yakını F. B.'nin, annesiyle birlikte hasta olan anneannesini hastaneye getirmelerinin akabinde, hastanede hayatını kaybeden anneannesinin ölüm haberini alan F. B.'nin annesinin bayıldığı, bunun üzerine F. B.'nin; annesinin bayıldığını gören doktora “İlgilensenize” diyerek bağırdığı ve onu darp ettiği belirtilmektedir (<https://www.haberturk.com/sakarya-haberleri/84972583-kadin-doktora-siddet-olayinda-16-saatte-jet-dava>, Erişim Tarihi: 13.3.2021).

Ağustos 2020'de, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan kadın güvenlik görevlisinin yaşanan koronavirüs salgını nedeniyle hasta ziyaretini bir kişinin yapabileceği uyarısını yaptığı sırada bir kadın tarafından saldırıya uğradığı güvenlik kameralarına yansıdığı ve durumun haber konusu olduğu görülmektedir (<https://www.cnnturk.com/turkiye/hastanenin->

guvenlik-gorevlisine-cirkin-saldiri, Erişim Tarihi: 13.3.2021). Yine Gaziantep’te özel bir hastanenin acil servisinde 3 sağlık çalışanının hasta ve yakınları tarafından darpedildiği ve 5 kişinin gözaltına alındığı şeklinde benzer birçok haberin medyaya yansıdağı bilinmektedir (<https://www.milliyet.com.tr/gundem/hasta-yakinlari-saglik-calisanlarina-dehseti-yasatti-6439768>, Erişim Tarihi: 13.3.2021).

Sağlık-Sen’in 2021’in şubat ayı Sağlıkta şiddet Raporu’na göre, sağlık alanındaki şiddetin bir önceki aya göre azaldığı belirtilerek; şubat ayında 36 saldırganın yer aldığı toplam 9 şiddet olayında, 13 sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığı açıklanmıştır. Yaşanan 9 olay içerisinde 8 olayın sözlü ve fiili gerçekleştiği, yalnız bir olayın sözlü olarak gerçekleştiği bildirilmektedir (<https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/saglik-sen-subatta-yasanan-9-siddet-olayinda-13-saglikcinin-saldiriya-ugradigini-acikladi/2166701>, Erişim Tarihi: 13.3.2021).

Sağlık-sen genel başkanının 14 Mart Tıp Bayramı’nda; devam eden koronavirüs salgını dolayısıyla toplumdan alkış ve takdir almalarına rağmen sağlık çalışanlarının sorunlarının, beklentilerinin karşılanmadığı şeklinde açıklamalara yer verdiği bilinmektedir. Sağlık-Sen genel başkanı, sağlık çalışanlarının artık şiddet kurbanı olmak istemediklerini; çünkü şiddetin yalnız mağduru etkilemediğini, duyanı, şahit olanı, tüm çalışanları etkilediğine hatta travmatik sonuçlar doğurduğuna dikkat çekmektedir (<http://usak.saglikсен.org.tr/haber/9810/saglik-calisanlari-ucuncu-sinif-kamu-calisani-degildir>, Erişim Tarihi: 13.3.2021).

Hasta yakınının şiddetine maruz kalan ve Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın ve Doğum Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan sözleşmeli hemşire, 2019’da olay sonrasında can güvenliğinin olmadığı gerekçesiyle Adana’ya ailesinin yanına tayin istediği ve tayin isteminin reddedildiği söylenmektedir. Konuya ilişkin Sağlık-Sen’in yürütmenin durdurulması ve kararın iptali için mahkemeye başvurduğu belirtilmektedir. Olayla ilgili olarak 10 Mart tarihinde mahkeme; şiddet sonrası can güvenliği mazeretinin oluştuğunu ve Sağlık Bakanlığı’nın tayin reddi kararının durdurulmasına karar verdiği ve hemşirenin tayin istemi talebinin kabul edildiği görülmektedir. Ayrıca Sağlık-Sen başkanının, kadro statüsüne bakılmaksızın mazeret tayinlerinin nnn açık tutulması gerektiğini ifade ettiği de vurgulanmaktadır (<https://www.hurriyet.com.tr/gundem/saglikta-siddet-tayin-sebebi-41773619>, Erişim Tarihi: 28.3.2021).

Sağlık alanında yaşanan şiddeti uygulayanlar arasında yalnız hastalar yer almamaktadır, hasta yakınları da şiddetin faili olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşadığı şiddet olayları kendi mesleki görevlerini icra etmelerinde problemler çıkarmaktadır. Özellikle tayin isteme yollarıyla sağlık çalışanının sağlık kuruluşunu değiştirmek istemesi, bireyin yaşamında büyük değişimlerin gerçekleşmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca olaydan geçen zamandan mahkeme kararı çıkan zaman dilimine bakıldığında yaklaşık iki yıl geçtiği görülmektedir ve sağlık çalışanının psikolojik, sosyal bir çok problemle baş etmesi gerektiği anlamını da taşımaktadır. Tekrar şiddete maruz kalma riski de düşünüldüğünde, durum daha ciddi bir hâl almaktadır.

14 Mart Tıp Bayramı'nda yaşanan bir başka şiddet haberine bakıldığında Ordu'nun Altınordu ilçesinde 112 Acil Çağrı Merkezi'ne düşen telefonda A. G. G adlı kişinin rahatsızlandığı anonsu üzerine, 112 Ambulans ekiplerinin olay yerine ulaştıkları sırada şahsın saldırısına uğradıkları belirtilmektedir. Alkollü şahsın gerçekleştirdiği bu şiddet eyleminin tıp bayramına denk gelmesi, daha fazla tepkiye neden olmuştur (<https://www.memurlar.net/haber/959380/ordu-da-112-acil-servis-ekiplerine-saldiri.html>, Erişim Tarihi: 14.3.2021).

Son zamanlarda yaşanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarına yönelik tepki olarak doğrudan Sağlık Bakanı'nın kendisinin sosyal medya mercileri üzerinden kınama mesajları gönderdiği ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete tepkilerini ortaya koyduğu görülmektedir.

Gaziantep'in İslahiyye ilçesinde randevusuz muayene olma ısrarında bulunan hastanın, muayeneye alınmayacağı ifade edilmesine rağmen hasta yakını tarafından sağlık çalışanının darp edilmesine yönelik, Sağlık Bakanı Fahrettin Koca "insanlık dışı" olarak nitelendirdiği bu şiddeti kınayarak, bu konuda kurallara uygulanmasının önemine de dikkat çektiği bir mesaj yayınlamıştır (<https://www.memurlar.net/haber/1009447/bakan-koca-dan-gaziantep-te-doktorun-darbedilmesine-iliskin-aciklama.html>, Erişim Tarihi: 07.01.2022). Burada Sağlık Bakanı'nın kurallara uyulması noktasında uyarıda bulunduğu ve sağlık çalışanlarının haksız tutumlara maruz kalmasına tepki gösterdiği görülmektedir.

Şiddet haberlerine bakıldığında son birkaç günlük zaman diliminde bile sağlık çalışanlarına yönelik pek çok şiddet haberini görmek mümkündür. Şiddet vakalarının çoğu ciddi vakalara müdahale edilen acil servislerde, yatan hasta birimlerinde ya da

psikiyatri birimlerinde yaşanmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakıldığında hasta ya da hasta yakınları tarafından şiddet girişiminin gerçekleştirildiği ifade edilebilir. Özellikle psikiyatri gibi birimlerde hastaların psikolojik problemlerinden dolayı şiddete başvurma oranlarının hasta yakınlarının şiddete başvurma oranlarından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Sağlık alanında şiddetin önlenmesine yönelik alınmış bir takım yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu yasal düzenlemelere bakıldığında, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda verilen cezaların arttırıldığı ve daha önceden yürürlükte olan cezai müeyyidelerin caydırıcılığının olması için bu yasaların revize edildiği bilinmektedir. Covid-19 pandemi sürecinin devam ettiği 17 Nisan 2020 Cuma günü 31102 sayılı resmi gazetede sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili düzenleme yayınlanmıştır. 7243 sayılı “*Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*” ile ilgili düzenlemeler yapılırken 28. madde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenmiştir. Bu konudaki ilgili düzenleme şu şekildedir:

“**MADDE 28** – 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 12 nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırılmamak için direnme (madde 265) suçlarında;

a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır.

b) Türk Ceza Kanununun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz.”

Şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir.”

(<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm>, Erişim Tarihi: 3.12.2021).

Dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranları farklı olsa da bu oranların yüksek olduğu ifade edilebilir. Bu oranların illere, bölgelere hatta sağlık kuruluşlarının farklı yapılara sahip olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastanelerin mevcut kapasitelerinin yeterlilikleri, sağlık personelinin iş yükü ve ihtiyaçları, tıbbi cihaz yeterliliği vb. sağlık kapasitesinin sağlık alanında yaşanan şiddet ile ilişkili olduğunu unutmamak gerekir. Bu durumlar dışında sağlık personelinin özlük hakları, talepleri ve mesleki doyumları vb. faktörlerin hastaya yaklaşımlarını etkilediğini ifade etmek gerekir. Sağlık çalışanlarına şiddetin fazla yaşandığı birimler, insan yoğunluğunun fazla olduğu birimler ve hasta-sağlık çalışanı etkileşiminin fazla olduğu sağlık alanlarıdır. Örneğin laboratuvarında çalışan sağlık çalışanının hasta etkileşim oranı ile danışmada hizmet veren sağlık personelinin hasta etkileşim oranının farklı olması burada çalışanların şiddete uğrama sıklığını farklılaştırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde farklı pozisyonlarda hizmet veren personel için şiddetin sebepleri araştırılırken tek örneklem üzerinden verilerin elde edilemeyeceği ve tıbbın uzmanlık alanları içerisinde, her mesleğin gerektirdiği durumlara özgü ortaya çıkabilecek şiddet sebeplerinin araştırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, sağlık alanındaki şiddet konusunda farklı şiddet oranlarının ortaya çıkması; sağlık çalışanları içerisinde şiddeti anlama ve anlamlandırma biçimlerinin farklılık taşımasıyla ilgili olabileceği gibi daha farklı nedenlere de dayanabilir. Sağlık alışanlarının birçok probleminin olduğu görülürken, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ise sağlık çalışanlarının spesifik problemlerinden biri olduğu görülmektedir. Durum değerlendirilirken sağlık alanında problemlerin bütüncül olarak değerlendirilmesinin ihtiyaç olduğu da görülmektedir.

3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bilimsel açıdan şiddet çok yönlü bir olgudur. Bu boyutlardan biri de toplumsal bağlamdır. Bu çalışmanın ana amacı sağlık sektöründeki çalışanlara yönelik şiddeti sosyolojik çerçevede analiz etmektir. Kovid-19 kaynaklı pandemi sürecinde sağlık alanının hem bireysel hem de ulusal açıdan ne kadar önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır. Bu süreçte sağlık çalışanları yoğun mesai saatleri içerisinde ortaya koydukları özverili çalışmalar ile toplumun geniş kesiminin takdirini kazanmışlardır. Oldukça yoğun çalışma saatleri ve bulaş riski nedeniyle kendi aile üyelerinden dahi kopuk bir hayat yaşamak zorunda kalan sağlık çalışanları, gündelik yaşam içerisinde görülmesi arzu edilmeyen olgulardan biri olsa da bazı durumlarda şiddete maruz kalmaktadırlar.

Sağlık alanında yaşanan şiddet konusuyla ilgili literatür incelendiğinde, bu konudaki çalışmaların büyük kısmının makale çalışması şeklinde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan yapılan tez çalışmaları içerisinde Sosyoloji Anabilim Dalı bünyesinde yapılmış bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Sağlık alanındaki şiddetin sosyolojik boyutunun ihmal edilmiş olması, bu çalışmayı kıymetli kılmaktadır. Bu konu üzerine yapılan çalışmaların halk sağlığı, işletme, sağlık yönetimi, sağlık kurumları işletmeciliği vb. anabilim dallarında gerçekleştirildiği görülmüştür. Diğer taraftan bu konuda farklı alanlarda yapılmış çalışmaların büyük kısmının nicel araştırma olarak tasarlandığı ve yapılan araştırmaların çok büyük bir kısmında da anket ile verilerin elde edildiği görülmektedir.

Nicel çalışmalardaki araştırma deseni tercihi, konuyla ilgili derinlemesine bilgi elde edilmesinin önünde bir engeldir. Araştırmalar içerisinde nitel araştırma yapılmış bir çalışma görülmemiş ve “*Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği*” başlıklı bu çalışmada veriler, nitel araştırma tekniklerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği aracılığıyla elde edilmiştir. Bu nitel çalışmada, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin toplumsal boyutları dahilinde analiz edilmesi ve bu bağlamda sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetle ilgili bu toplumsal boyutu açığa çıkarmaya yönelik sorulara verecekleri yanıtlardan elde edilecek veriler aracılığıyla, sosyolojik bir analizde bulunulması amaçlanmıştır. Bu konuda hem sosyoloji alanında yapılmış bir lisanüstü tez çalışmasının olmaması hem de diğer bilim

dalları alanında yapılmış çalışmalarda nicel araştırmaların daha baskın olmasını göz önünde bulundurarak, bu çalışmada nitel araştırma tekniklerinden yarı yapılandırılmış mülakat tekniği aracılığıyla veriler toplanmıştır.

Bu konu üzerine yapılmış çalışmalardan bazılarında, sağlık çalışanları içerisinde yalnız 112 Acil Servis çalışanları, meslek elemanları içerisinde ise sadece doktor ve hemşirelerin örneklem alınarak verilerin elde edilmesi ve bunların tüm sağlık çalışanlarına genellenmesi örneğinde olduğu gibi nicel çalışmaların dezavantajlı taraflarının farkında olunarak, bu çalışmada konuyla ilgili nitel araştırma yapılmasına karar verilmesinin, bu çalışmanın amaçları ve diğer çalışmalardan ayrılan özgün tarafları olarak ifade edilebilir.

Konuyla ilgili Bingöl ve Elazığ üzerinde yapılmış bilimsel çalışma olmaması dikkate alınarak, bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklı kılan hususlardan biri de seçilen evren (Bingöl ve Elazığ illerinde yer alan sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanları) ve örneklemdir. Bu iki il kapsamında yapılmış alan araştırmasında, verilerin toplanması, analiz edilmesi ve raporlaştırılması ile bu iki il özelinde ilgili bilimsel literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır. Bu durum gözetilerek konu bu iki il özelinde ele alınmış ve yine konunun sosyolojik boyutunun ihmal edilmesinden dolayı da bu çalışmada şiddetin sosyolojik boyutuna odaklanılmıştır. Ayrıca araştırmanın diğer amaçlarından biri de elde edilecek veri ışığında, sağlık alanında şiddeti doğuran faktörleri belirlemek, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumuna yönelik toplumsal bakış açılarını ortaya koymak ve konuyla ilgili çözüm önerileri sunmaktır.

3.2 Araştırma Konusuyla İlgili Literatür Taraması

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun istenmeyen bir durum olmasına karşın, yaşanmaya devam etmesi ve bu durumun sağlık çalışanları için oluşturduğu ciddi tehlike nedeniyle güncelliğini koruyan bir sorun olması, bilimsel literatürde de karşılık bulan bir konu olmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı bu konu bilimsel makalelere ve tez çalışmalarına konu olmaya devam etmektedir. Bu konuda yapılmış çalışmalar ağırlıklı olarak bilimsel makale düzeyinde olsa da bu konuda bazı tez çalışmaları da mevcuttur. Bu konuda yapılmış bilimsel çalışmalar ve kısa içerikleri sırasıyla şöyledir:

1) Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. (2019, 12). *Sağlık Sen.* 9 22, 2020 tarihinde [sağlikksen.org.tr](http://www.saglikksen.org.tr): <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf> alındı

Sağlık Çalışanları ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının gerçekleştirdiği çalışmada sendika üyesi 1300 sağlık çalışanı üzerinden veriler elde edilmiştir. Anket yoluyla elde edilen verilerin 25 il üzerinden alındığı çalışmanın evreni de Türkiye’de sendika üyesi sağlık çalışanları olarak belirlenmiştir. 2019 yılında yayınlanan bu çalışmada bölgesel farklılıklara yönelik bazı kıyaslamalar da yapılmıştır. Çalışmanın sadece sendika çalışanları özelinde yürütülmesi, örneklem kitlenin benzer nitelikte olma olasılığını arttırması nedeniyle, bilimsel anlamda metodolojik bir eksiklik içermektedir.

2) Çamcı, O. (2010). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Yeri Şiddetinin Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetiyle ilgili olarak Kocaeli ilinde yapılan bu çalışma, 12 hastanede 2008 ile 2010 yılları arasında 50 sorudan oluşan anket yoluyla elde edilen verilere dayanmaktadır. Bu verilerin analizinin NCSS ile yapıldığı ve çalışma kapsamında 270 sağlık çalışanı ile görüşüldüğü görülmektedir.

3) Türkmenoğlu, B. (2014). *Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı Ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

496 kişilik örneklem grubuyla gerçekleştirilen bu çalışmada, araştırma verilerinin anket yoluyla elde edildiği belirtilmektedir. Çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ele alınmış ve bu yönüyle şiddetin neden olduğu psikolojik boyut üzerine odaklanılmıştır.

4) Çatel, M. (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi” adlı çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde

gerçekleştirilmiştir. 717 sağlık çalışanından elde edilen verilerin 44 sorulu anketten elde edildiği görülmüş ve verilerin SPSS programında Ki-Kare testi ile değerlendirildiği görülmektedir. Çalışma belirli değişkenler özelinde analizlerin yapıldığı nicel bir araştırmadır.

5) Üzümcü, F. (2016). *Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddet: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta.

Bu çalışma 2013 yılında Akdeniz Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında üniversite hastanesindeki 580 kişi ile görüşülmüş ve anket ve 5'li Likert tipi ölçek aracılığıyla veriler elde edilmiştir. SPSS ile verilerin analiz edildiği bu çalışma, nicel bir araştırmadır.

6) Bahadır, B. (2017). *Acil Servislerde Çalışan Sağlık Personelinin, Şiddete Uğrama Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisinde görev yapan 202 katılımcıdan Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve anket ile veri toplanmıştır. Şiddet konusunda yapılmış bir diğer nicel araştırma olan bu çalışmada da sağlık çalışanları özelinde konunun psikolojik boyutu ön plandadır.

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

“Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma” adlı çalışmada özel ve kamu hastanelerinden birer hastanenin seçildiği ve 112 Acil Yardım İstasyonu üzerinden verilerin elde edildiği görülmektedir. 429 anketin değerlendirmeye alındığı çalışmada hastaneler arasında şiddet ile ilgili anlamlı farklılık taşıyan hususlar incelenmiş, sağlık çalışanlarının yaşı itibarıyla şiddet ile ilişkisi gibi hususlar arasındaki ilişki üzerinde de durularak elde edilen veriler, SPSS programında analiz edilmiştir. Dolayısıyla bu çalışma da konu ile ilgili yapılmış nicel bir araştırmadır.

8) Bıçkıcı, F. (?). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*(5), 43-56.

Bu araştırmanın konusunu; bir kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma sıklıklarını ve konuya yaklaşım tarzlarını oluşturduğu görülmektedir.

Kesitsel ve tanımlayıcı araştırma olduğu ifade edilen çalışmada, 54 doktor ve 102 hemşire-ebe örneklem alınarak sağlık çalışanlarının şiddet ile karşılaşma sıklığının araştırılmaya çalışıldığı belirtilmektedir. 2012 yılında elde edilen veriler sonucunda, sağlık sektöründe yaşanan şiddetin, sağlık çalışanlarını ciddi biçimde etkilediği belirtilmektedir.

9) Tokgöz, H. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları*. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.

1.1 2016-31.12.2018 tarihleri arasında yapılan bu çalışmada, sağlıkta şiddet vakalarıyla ilgili beyaz kod bildirimlerinin analizleri yapılarak, sağlıkta şiddeti azaltmaya yönelik önerilerde bulunmak amaçlanmıştır. Çalışmada Tekirdağ ili sınırları içerisinde birçok sağlık kuruluşundan Beyaz Kod uygulamasına müracaatların dahil edildiği görülmektedir.

10) Durmuş, M. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Konya'da gerçekleştirilen çalışmada 112 Acil Sağlık Hizmeti İstasyonu ve Komuta Kontrol Merkezi adlı sağlık kuruluşunda acilde 341 kişinin katılımıyla çalışmanın gerçekleştirildiği belirtilmektedir. 1 Ocak -1 Mart 2019 tarihleri arasında anket yapılarak, SPSS programı ile verilerin analizinin gerçekleştirildiği görülmektedir. Şiddetin sağlık alanında belirgin hissedilebileceği birimlerin başında gelen Acil Sağlık hizmetlerinin seçilmesine karşın, diğer sağlık birimlerinde varabilecek şiddetin boyutunu göz ardı etmesi yönüyle eleştiriye açıktır. Bu çalışmanın da nicel araştırma olarak gerçekleştirildiği görülmektedir.

11) Kaynak, E. (2019). *Bir Özel Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmaya bakıldığında İstanbul ilinde bir özel üniversite hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile 20 sorudan oluşan anket ile veri toplandığı açıklanmaktadır. Örneklem grubuna bakıldığında farklı meslek grupları üzerinden veri elde edilmesinin çalışmanın avantajlı taraflarından olduğu söylenebilir. 2019 yılında

389 kişinin katılımıyla yapılan araştırmada, Artnez'in geliştirdiği “şiddet Olay Formu” ile verilerin elde edilip değerlendirildiği görülmektedir.

12) Enişte, S. (2019). *Sağlık alışanlarına Yönelik şiddet Ve Nedenleri; Sivas Numune Hastanesi rneği*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Sivas.

Bu araştırma Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin şiddete uğrama durumlarının, Sivas'ta 341 hekim ve hemşirenin katılımıyla; hekim ve hemşirelere uygulanan şiddet başlığıyla gerçekleştirildiği görülmektedir. 77'si doktor ve 265'i hemşire olarak görev yapan sağlık çalışanının araştırmanın örneklemini oluşturduğu belirtilmektedir. Elde edilen verilerin yalnız 3 hipotez üzerinden sınıandığı görülmektedir. Sağlık alanında en çok şiddete maruz kalma olasılığı yüksek meslek grubu ele alınsa da farklı meslek gruplarının da örnekleme yer almaması çalışmanın eksik tarafları olarak ifade edilebilir. Bu araştırmanın da nicel araştırma tekniği ile gerçekleştirildiği görülmektedir.

13) Er, T. (2019). *Sağlık alışanına Yönelik şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve nlenmesi*. Bülent Ecevit Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi.Zonguldak.

Yukarıda adı verilen alışma Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (BEUSUAM) ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi (BEUDHUAM) adlı kuruluşlarda gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu araştırma 40 sorudan oluşan nicel araştırma yöntemlerinden anket yoluyla, 01.12.2018-01.06.2019 tarihleri arasında, adı geçen sağlık kuruluşlarında gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Araştırmanın evrenini 943 kişi oluştururken, %3 hata payı hesaplamasıyla 460 kişinin örnekleme alınarak, araştırmanın basit tesadüfi ve tabakalı örnekleme tekniğinin kullanılarak gerçekleştirildiği görülmektedir. Çalışmada sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin durumu, nedenleri ve nlenmesine yönelik vurguların ağırlıklı olduğu ifade edilebilir.

14) Yılmaz, K. (2020). *Adana İlinde Sağlık alışanlarının şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta şiddet Konusundaki Düşünceleri*. ukurova Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana.

Bu araştırmanın 598 hekim ve 357 yardımcı sağlık personeli ile 2019 yılının son 6 aylık zaman diliminde gerçekleştirilen kesitsel bir araştırma olduğu belirtilmektedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma sıklıkları, şiddete maruz kaldıklarında nasıl tepki verdikleri, karşılaştıkları şiddet olgusuna dair çözüm önerilerinin neler olduğunun araştırıldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik bu araştırmada, meslek grupları dağılımı yapılarak, anket yoluyla çalışmanın gerçekleştirildiği ve verilerin SPSS programında analiz edildiği görülmektedir.

15) Demirci, Ş. (2018). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Ankara’da “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi” adlı araştırma, Ankara’da bir kamu hastanesinde gerçekleştirilen nicel bir araştırmadır. Tabakalı örnekleme tekniği kullanılarak sağlık alanında çalışan bir çok meslek grubunun katılımcı olarak araştırmaya dahil edildiği belirtilmektedir. Araştırmanın örnekleminde 347 kişinin yer aldığı görülmektedir.

16) Turhan, E., Matkap, S., Kırmızıoğlu, R., & İnandı, T. (2008). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı, Türleri ve Önlemler. *Toplum ve Hekim*, 23(6), 462-468.

Bu araştırmada, Hatay’da 2007 yılında 781 sağlık çalışanından anket yoluyla elde edilen verilerin değerlendirildiği açıklanmaktadır. Sağlık alanında iş yeri şiddetinin sebepleri, çözümüne yönelik değerlendirmelerin yapıldığı çalışmada, şiddet olaylarının sosyal değişkenlerle ilişkisinin ele alınmak istendiği belirtilmektedir. “*Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti*” adlı uluslararası örgütlerin ortak yürüttüğü bir çalışmadan alınan anketin dışında, bir açık uçlu sorunun da anket sonuna eklendiği görülmektedir. Dolayısıyla bu araştırmanın da nicel araştırma olduğu görülmektedir.

Konuyla ilgili yukarıdaki bilimsel literatür dikkate alındığında, yapılan çalışmaların tamamının nicel araştırma olarak gerçekleştirilen çalışmalar olduğu görülmektedir. Bingöl ve Elazığ özelinde yapılan bu çalışma ise ilgili bilimsel literatürdeki eksiklik göz önünde bulundurularak, nitel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Şiddet gibi hassasiyet içeren konular için nitel araştırma mantığı daha uygundur. Zira nicel ölçümler, bize belirli bir sayıdaki insanın tutumu ile ilgili sınırlı düzeyde bilgi sağlarken, nitel yaklaşım bu tutumların “niçin” böyle olduğuna dair bize asıl veriyi sağlar ve konu ile ilgili derinlemesine bilgi edinilmesini sağlar. Ayrıca konuyu sosyolojik boyutları dahilinde ele alan bir araştırmanın mevcut olmadığı gerçeğinden hareketle, bu çalışmada konunun sosyolojik boyutuna odaklanılmıştır.

3.3 Araştırmanın Problemi

“Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği”

başlıklı bu çalışmanın konusu, sağlık çalışanlarının çalışma hayatlarında maruz kaldıkları şiddettir. Çok katmanlı olan şiddet olgusunun bu araştırma kapsamında, sosyolojik boyutunun araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın araştırma evreni Bingöl ve Elazığ illerindeki sağlık çalışanları ile sınırlandırılmıştır. Bu kapsamda söz konusu iki ilde sağlık alanında çalışan bireylerle yapılacak görüşmelerde, nitel yarı-yapılandırılmış araştırma tekniği ile, şiddet olgusunun sosyolojik boyutunu açığa çıkarmaya yönelik sorular üzerinden veri elde edilmiş ve bu verinin analizi yapılmıştır. Araştırma konusu kapsamındaki farklı bakış açılarını mümkün olduğunca yakalayabilmek için sağlık alanındaki tek bir kuruluş ve birimde değil, farklı sağlık kuruluşları ve birimlerde çalışan kişilerle görüşülmüştür.

Bu nitel araştırmanın ana problemi; “Sağlık çalışanları çalışma hayatında maruz kaldıkları şiddeti toplumsal açıdan nasıl değerlendirmektedir?” şeklinde belirlenmiştir.

Araştırmanın Alt Problemleri

- Sağlık çalışanları meslek yaşamlarında ne türden bir şiddete maruz kalmaktadır?
- Sağlık çalışanları maruz kaldıkları şiddeti nasıl değerlendirmektedir?
- Sağlık çalışanları çalışma hayatları içerisinde maruz kaldıkları şiddet ile kültür arasındaki ilişkiyi nasıl değerlendirmektedir?
- Sağlık çalışanları maruz kaldıkları şiddet biçimlerine nasıl tepki vermektedir?
- Sağlık çalışanları, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayıcıları arasında kuşaklar arası farklılığa nasıl yaklaşmaktadır?
- Sağlık çalışanları şiddet uygulayan bireylerin çeşitli değişkenler (eğitim, cinsiyet ve yaş) noktasında farklılıklarını nasıl değerlendirmektedir?
- Sağlık çalışanları; çalıştıkları kurumlardan sağlık hizmeti alan yerel halkla yaşadıkları sorunları toplumsal açıdan nasıl değerlendirmektedir?
- Sağlık çalışanları sağlık alanında yaşanan eşitsizlikler ile şiddet ilişkisini nasıl değerlendirmektedir?
- Sağlık çalışanları sağlık alanında yaşanan şiddete yönelik yasal düzenlemeleri nasıl değerlendirmektedir?
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete sağlık çalışanlarının çözüm önerileri nelerdir?
- Sağlık çalışanları sağlık alanında aktifleştirilen SABİM, Beyaz Kod uygulamalarını nasıl değerlendirmektedir?

Bu ana problemle ilişkili olarak, sağlık alanındaki şiddet olgusu ve kültürel değerler arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya çıkarmaya yönelik birtakım alt problemler üzerinde ayrıca durulmuştur. Böylece Bingöl ve Elazığ illeri özelinde sağlık alanındaki şiddetin sosyolojik boyutunun ortaya çıkarılması ve bu konuyla ilişkili bilimsel literatürde ihmal edilen bu boyut kapsamında konunun çalışılması ile literatüre katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bir araştırmada yapılması planlanan çalışmanın genel evreninin Türkiye’de sağlık kuruluşlarında çalışan bireyler olarak belirlenmesi, çalışma süreci için yeterli olmayabilir. Çünkü evrenin çok geniş ve araştırmacının ulaşamayacağı kadar büyük olması sorun yaratmaktadır. Böyle bir durumda evreni temsil etme gücüne sahip sınırlı sayıda birey ile bir araştırma gerçekleştirilebilir. *“Daha çok sayıda birey, olay veya olguyu içeren evren, belirli yöntemlerle örneklem dediğimiz küçük ve çalışılabilir bir büyüklüğe indirgenir”* (Yıldırım ve Şimşek, 2000: 62). Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi nicel araştırmalardan farklıdır. Örneklem büyüklüğü, araştırmacının bilmek ve öğrenmek istedikleri şeylere, araştırmacının amacına, mevcut kaynaklara ve zamana göre değişiklik gösterebilmektedir (Patton, 2018: 244).

“Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği” adlı bu çalışmanın evrenini Bingöl ve Elazığ illerindeki sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu araştırmanın çalışma evreni ise, Bingöl merkezdeki; özel hastane, devlet hastanesi, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, aile hekimliği, ağız ve diş sağlığı merkezi’nde çalışan sağlık çalışanları ve Elazığ merkezdeki; üniversite hastanesi, şehir hastanesi, özel hastane, ağız ve diş sağlığı eğitim ve uygulama merkezi ve aile hekimliği kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Dolayısıyla çalışmada sağlık alanındaki farklı kuruluş ve birimlerde hizmet veren sağlık çalışanlarının katılımları sağlanarak daha zengin bir veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca hem özel ve kamu kuruluşları hem de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarının katılımları ile temsil ve veri çeşitliliğinin sağlanmasına dikkat edilmiştir.

Çalışmada yer alan katılımcılar; hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli gibi sağlık alanında hastalara doğrudan tıbbi hizmet veren personelden oluşmaktadır. Özellikle sağlık alanında şiddete en çok maruz kalan sağlık çalışanlarının hekim ve

hemşirelerin olması durumu gözetilerek hekim ve hemşire katılımcıların daha fazla olmasına dikkat edilmiştir. Diğer sağlık personeli içerisinde kan alma birimi, ağız ve diş sağlığı teknikeri vb. meslekler yer almaktadır.

Örneklem içerisinde yer alan sağlık kuruluşu sayısına bakıldığında, Bingöl ilinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren toplam 4 sağlık kuruluşu; Elazığ ilinde ise birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren 6 sağlık kuruluşu araştırmada yer almıştır. Bingöl ilinde üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmadığı için sadece birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarından katılımcı alınmıştır. Araştırmanın örnekleme kapsamında Bingöl ilinde 21 ve Elazığ ilinde 21 katılımcıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Fakat Bingöl ilinde 3 ve Elazığ ilinde 1 katılımcı ile gerçekleştirilen görüşmelerde veri düzeyinin eksik olması, deşifreler için gerekli verinin sağlanamadığı, bazı yerlerinin anlaşılamadığı düşüncesiyle toplamda 4 görüşme çalışmaya dahil edilmemiştir. Toplamda çalışmada Bingöl ilinde 9 erkek ve 9 kadın; Elazığ ilinde ise 10 erkek ve 10 kadının katılımıyla elde edilen veriler araştırma kapsamına alınmıştır. Yani Bingöl ve Elazığ ilinde 38 katılımcının verileri değerlendirilmiş ve cinsiyet dağılımına dikkat edilmiştir.

Nitel araştırmalarda amaçlı örneklem seçiminde üç hususa dikkat edilmektedir. Bunlar örneklem seçilecek olan kitle (bireyler, mekan), örneklem büyüklüğüne ve örnekleme stratejisinin spesifikliğine göre değişiklik göstermektedir. Bu hususlar amaçlı örneklemin tercih edilmesinde belirleyici rol oynamaktadır. Amaçlı örneklem tekniğinde, araştırmacının bireyleri ya da mekanları çalışma için seçmesi anlamına geldiği söylenmektedir. Çünkü seçilecek mekan ya da bireylerin, araştırma problemine ya da araştırmada merkeze alınan fenomene yönelik sağlıklı ve istekli bilgi vermesi hedeflenmektedir. Burada örneklemin kaç kişi olacağı, kimler olacağına yönelik araştırmacının doğru karar vermesini gerekli kılmaktadır (Creswell, 2013: 154-156). Bu araştırma amacı itibarıyla, sağlık alanındaki şiddetin sosyolojik analizini içermektedir. Hedef kitlenin sağlık alanı olması, araştırmada yer alacak bireylerin sağlık çalışanlarından oluşmasını ve mekan anlamında ise sağlık kuruluşlarını içermesiyle mümkün olmaktadır. Yani bu araştırmanın amacı ve konusu, amaçlı örneklem tekniğinin kullanılmasına elverişli olduğu görülmektedir. Bunun için çalışmada amaçlı örneklem tekniği kullanılmıştır. Bunun dışında amaçlı örneklem teknikleri içerisinde kartopu veya zincir örneklem tipi de kullanılan teknikler arasındadır.

Kartopu veya zincir örnekleme tekniğinde; kritik durumları ya da konu ile ilgili zengin bilgi sahibi olduğu inanılan kişilere ulaşılmak istenir. Bu durumda birkaç anahtar isim, program üzerinden kişilere ulaşılır. Birbiriyle bağlantılı bir ağ içerisinde olan kişilere ulaşılmak için kullanılan kartopu tekniğinde araştırmacı, bir örnek olaydan başladığında sonrasında o örnek olayın bağlantı içerisinde olduğu ilişkilere göre başka örnek olaylara ulaştığı ve bu süreci tekrar ettiği rastlantısal olmayan bir örnekleme tekniğini ifade etmektedir. Kartopu örneklemenin çok aşamalı bir teknik olduğu ve başlangıçta bir veya birkaç kişiden oluşan ya da örnek olaydan oluşan bir durumla başladığı ve bu başlangıçtaki kişilerin bağlantıları temelinde tıpkı bir kartopunun büyümesi gibi yayıldığı vurgulanmaktadır (Neuman, 2007: 324-325; Patton, 2018: 237). Bu araştırmada sağlık çalışanlarına ulaşılrken Elazığ ilinde 5 anahtar kişi ile görüşülmüş ve bu anahtar kişiler üzerinden bazı katılımcılara ulaşılmıştır. Bingöl ilinde ise 4 anahtar kişi ile görüşülerek yine bu katılımcıların bağlantıları temelinde bazı katılımcılarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Özellikle bahsedilen bu anahtar kişilerin bağlantıları ile ulaşılan katılımcıların bazılarının sağlık alanında yaşanan fiziksel şiddeti deneyimlemeleri, sağlık alanında yaşanan diğer şiddet türlerini birebir yaşamaları ya da yaşanan şiddete şahit olmaları konu ile ilgili zengin bilgi sahibi olmaları dolayısıyla çalışmaya olumlu katkı sunacağı düşünülmektedir. Araştırmanın örnekleme saptanırken, objektiflik ilkesi gözetilerek, katılımcıların politik görüşlerine bakılarak örnekleme karar verilmemiş, farklı dünya görüşlerinden insanların örnekleme içerisinde olmasına dikkat edilmiştir.

Bu çalışmada amaçlı örnekleme tekniği ve bu örnekleme tekniği içerisinde yer alan kartopu örnekleme biçimi tercih edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada katılımcı sayısının cinsiyet dağılımına, sağlık alanındaki çeşitli birim ve meslek gruplarından katılımcı alınmasına dikkat edilerek veri çeşitliliğinin sağlanması amaçlanmıştır. Bunların dışında sağlık alanında şiddete maruz kalan mesleklerin hemşire ve hekimler olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Katılımcılar içerisinde hem diğer meslek grupları göz ardı edilmemiş hem de en fazla şiddete maruz kalan, birebir hasta ve hasta yakınları ile daha çok iletişim içerisinde olan doktorlar ve hemşirelere katılım noktasında sayı olarak daha fazla yer verilmiştir.

3.5 Araştırmanın Veri Toplama Tekniği

Nitel araştırmalar, farklı sosyal ortamları ve bu ortamları oluşturan grup ya da bireyleri oluşturarak cevaplar aramaktadır. Nitel araştırmacılar da dolayısıyla insanların yaşadıkları ortamları nasıl dzenlediklerini, bu ortamda yaşayanların çevrelerini semboller, sosyal rol ve yapılar ile ritüeller vb. gibi durumları nasıl anlamlandırdıkları ile ilgilenirler. Nitel araştırma biçimlerine bakıldığında olayları ortalamaya indirgmeden olaylar arasında ilişki arama çabaları vardır. Nitel araştırmada amaçlanan esasında araştırmacıların görüştükleri kişiler hakkında da nicelleştirilemeyecek verilere ulaşmaktır. Başka bir deyişle nitel araştırmacılar; diğer insanların algı ve anlayışları hakkında bilgi edinme, diğer insanların kendileri ya da başkaları hakkında algılama ve anlayış biçimlerini inceleme amacında oldukları vurgulanmaktadır. Bu da incelenen grup ile ilgili derinlemesine bilgi edinmeyi gerektirmektedir. Çünkü o gruba ait özgülüğü yakalamak önem taşımaktadır (Berg vd, 2019: 20).

Nitel araştırma yöntemlerine yönelik eleştiriler var olmakla birlikte bu eleştirilerin aslında tüm araştırma paradigmalarına uygulanabileceği ifade edilmektedir. Bu noktada yapılan çalışmanın nasıl gerçekeştirileceğine ve gerçekeştirilen çalışmanın amacına uygun araştırma yöntemi seçmenin önemine dikkat etmek gerekir. Yani sosyal bilimlerde planlanmış bir nitel araştırma iyi yapıldığında, diğer paradigmalarda gerçekeştirilen araştırmalar gibi yararlı olabilmektedir (Goetz & LeCompte, 1986: 42). Nitel araştırmalarda üzerinde durulan hususlardan biri de araştırmacıların literatürden getirdikleri ya da çalışmaya yönelik yaptıkları yorumdan ziyade katılımcıların konuyla ilgili bakış açıları ve yorumları üzerinde durmaktır. Çünkü katılımcıların bir konuyla ilgili bakış açıları ve yorumları çeşitlilik sağlamaktadır (Creswell, 2013: 47). şiddet gibi hassas boyut içeren konular için en uygun araştırma tekniği nitel araştırma teknikleridir. Zira ancak nitel bir araştırma deseni kullanılarak konu ile ilgili derinlemesine bilgi elde etmek mümkündür. Ölçümü esas alan nicel bir araştırma deseninde ise katılımcılardan derinlemesine bilgi elde etmek mümkün değildir.

Nitel araştırmalarda kullanılan yaygın veri toplama yöntemleri içerisinde gözlem ve mülakat yer almaktadır. Bu yöntemlerle yapılan nitel araştırmalar tercih edildiğinde, bu durum örneklem büyüklüğü üzerinde sınırlılıklar getirmektedir. Çünkü gözlem ve görüşme teknikleri ile veriler toplanırken ciddi anlamda zaman, enerji, para

ve organizasyon gerektirmektedir. Elde edilen verilere bakıldığında yapılan görüşmelerin ciddi bir zaman gerektirdiği ve görüşme kasetlerinin çözümlenmesi, metinlerden araştırma problemine bağlı olarak temanın çıkarılması, yoğun emek isteyen ve zahmetli bir süreci gerektirmektedir. Tüm bunlara bakıldığında da bir araştırmada seçilen nitel araştırma yöntemi farketmeksizin yapılmış bir nicel araştırmanın örneklem büyüklüğüne büyük oranda ulaşamaz (Yıldırım ve Şimşek, 2000: 68). Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik için önemli hususlardan biri, elde edilen veri ile ilgili sorun olduğunda gerektiğinde alana geri dönebilmektir.

Görüşme formlarında, görüşmeci önceden hazırladığı konu ve alana bağlı kalarak önceden hazırladığı soruları sorma ve sorular doğrultusunda ek soru sorma avantajına sahiptir. Bu da konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi elde etmesi konusunda yarar sağlamaktadır. Aynı zamanda araştırma problemine ilişkin tüm boyutların ve soruların göz ardı edilmemesi noktasında yararlı olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2000:95)

Görüşme, nitel ve nicel araştırmalarda kullanılan sık yöntemlerden biridir. Görüşme türleri yapılandırılmış, yapılandırılmamış ve yarı yapılandırılmış olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler yüz yüze, telefon, internet gibi yollarla gerçekleştirilebilir. Yapılandırılmış görüşmelerden farklı olarak bu görüşme türü, soruların açık uçlu ve görüşme kılavuzu takibiyle gerçekleştirilir. Sorular bir sistematik yapı içerisinde sorularak katılımcılardan daha detaylı bilgiler vermesi beklenmektedir (Demir, 2009: 291). Yani yarı yapılandırılmış görüşme formlarında sabit birtakım sorular olduğu gibi katılımcılarla yapılan görüşmeler esnasında, katılımcıların konu ile ilgili verdikleri farklı bilgilere bağlı olarak, yeni sorular sorabilme imkanı da olmaktadır. Bu esnek durum, araştırmacı için bir avantaj sağlamaktadır. Böylece bu teknik ile konu hakkında derinlemesine bilgi elde etmek mümkündür. “Sağlık Alanındaki Şiddetin Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği” adlı çalışmada nitel araştırma tekniklerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmada veriler “Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu” ile elde edilmiştir. 21 katılımcı ile Bingöl ilinde görüşme gerçekleştirilmiş ve 21 kişinin de Elazığ ilinde katılımıyla görüşmeler tamamlanmıştır. Bingöl ilinde 3 kişi ve Elazığ ilinde 1 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen görüşmelerin sağlıksız olması ve konu bağlamıyla ilgili veri barındırmadığı düşüncesiyle çalışma kapsamı dışına alınmıştır.

Nitel bir çalışmada, nicel araştırmalarda var olduğu haliyle aşırı genellemenin aranmadığı söylenebilir. Örneklem sayısından çok örneklemin sunduğu veri zenginliği ve yeterliliği önemlidir. Nitel araştırmalar için doygunluk noktası esas alınmaktadır. Veri fazlalığı ya da araştırmada tekrara girme durumunda, veri doygunluğundan bahsetmek gerektiği bilinmektedir (Bowen, 2008: 140). Nitel araştırmalar için yalnız başına katılımcı sayısının ölçüt alınmaması gerektiği, bundan ziyade verilerin doyum noktasına ulaşmasının önemi vurgulanmaktadır. Nitel bir araştırmada katılımcı sayısının yüksek olmasının veri çeşitliliğinin sağlandığı anlamına gelmediği ifade edilmektedir. Burada veri doyum noktasından bahsedilirken, buna yönelik iki yaklaşım belirtilmektedir. Nitel araştırmalarda yaygın kullanılan kod doyumuna ve yeterli katılımcı sayısı ile evrenin temsil edebilirliği için örneklem sayısına ulaşmak baz alınan iki ölçüt olmaktadır. Yani nitel araştırmacılar için araştırmanın doygunluğa ulaştığını anlayabilmek için; örneklem büyüklüğu, görüşmelerde ne kadar ek veriye ihtiyaç duyulduğu, çalışmanın amacı, araştırmanın popülasyonu, kullanılacak kod türleri ve kod kitabının karmaşıklığı verilerin doyum noktasına ulaşp ulaşmadığını belirleyen parametreler olmaktadır (Hennink ve diğerleri, 2017). Bu çalışma da Bingöl ve Elazığ illerinde gerçekleştirilirken; son görüşmeler esnasında verilerin doyum noktasına ulaştığı görülmüş ve akabinde yapılan birkaç görüşmede de katılımcıların benzer cevaplar verdikleri görülmüştür. Bu noktada hem veri doyumunu hem de çalışma için gerekli tema, alt tema ve kod doyumuna ulaşıldığı düşüncesiyle görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.6 Araştırmanın Verilerinin Analizi

Bilimsel araştırmalarda etik kurallar içerisinde; çalışmanın mahiyeti, çalışmanın amacı ve hangi kurum, kuruluş ya da kişi tarafından gerçekleştirileceği, katılımcıların gönüllü olmaları ile araştırmanın herhangi bir aşamasında katılımcının araştırmadan çekilebilme özgürlüğüne sahip olduğu, katılım için ortalama ne kadar zaman gerektiği yer almaktadır (Demir, 2009: 54-55). Bu çalışmada katılımcılarla görüşülmeden önce çalışma hakkında gerekli bilgilendirme yapılarak, onam alınmasının sonrasında görüşmeye başlanılmıştır. Şiddet konusunun hassas olması itibariyle, katılımcılar görüşme yapılmadan önce bilgilendirilerek, isim ve soyisim bilgilerinin çalışmanın hiçbir yerinde kullanılmayacağı beyan edilmiştir. Bu yüzden konu ile ilgili veriler analiz edilirken, gizli kodlama yapılmıştır.

Bilimsel araştırmalarda etik kurallardan bahsedilirken bir ses kayıt cihazı kullanılıyorsa katılımcının bilgilendirilmesi ve tasarruf hakkının olduğu bilinciyle hareket edilmesi gerektiği söylenmektedir. Ayrıca katılımcının mahremiyeti ve çalışmanın anonim yani isim ya da kimlik bilgilerinin açığa çıkmayacağına dair güvence verilmesi gerekliliğinden bahsedilmektedir (Demir, 2009: 55). Bu çalışmada kullanılan görüşme formu için Bingöl Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 22.02.2021 tarihinde resmi yazıyla etik kurul izni alınmıştır. Veri kaybının olmaması için görüşmeler esnasında, katılımcılardan onam alınarak ses kaydı alınmıştır. Bu kayıtlar sonradan çözümlenmiştir. Ses kaydı çözümlenmeleri sonrasında elde edilen veriler, MAXQDA programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

4. BULGULAR VE BULGULARIN YORUMLANMASI

“Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği” adlı çalışmanın bu bölümünde sağlık alanında hizmet veren sağlık çalışanlarından elde edilen verilerin analizi yer almaktadır. Bu bölümde çalışmaya katılan katılımcılar ile ilgili çeşitli veriler değerlendirilmiştir. Araştırmanın ana problemine ve alt problemlerine açıklık getirmesi amacıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Çalışmada elde edilen veriler MAXQDA nitel veri analizi programında temalar, kod ve alt kodlar şeklinde sınıflandırılmış ve analiz edilmiştir.

4.1 Katılımcıların Demografik Bilgileri

Çalışmaya katılan katılımcılar ilk katılımcı olan Katılımcı-1’den başlanarak (K1) son katılımcıya kadar (K38) şeklinde kodlanmıştır. Toplamda 38 kişiden oluşan katılımcılara ait bazı bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Katılımcı Adı	Cinsiyet	Şehir	Meslek
K1	Kadın	Bingöl	Hemşire
K2	Erkek	Bingöl	Ağız ve Diş Sağlığı Personeli
K3	Erkek	Bingöl	Diş Hekimi
K4	Erkek	Bingöl	Sağlık Personeli
K5	Kadın	Bingöl	Hemşire
K6	Erkek	Bingöl	Hemşire
K7	Erkek	Bingöl	Hemşire
K8	Erkek	Bingöl	Hemşire
K9	Kadın	Bingöl	Hemşire
K10	Erkek	Bingöl	Doktor
K11	Kadın	Bingöl	Hemşire
K12	Erkek	Bingöl	Doktor

K13	Kadın	Bingöl	Tıbbi Sekreter
K14	Kadın	Bingöl	Hemşire
K15	Kadın	Bingöl	Hemşire
K16	Erkek	Bingöl	Doktor
K17	Kadın	Bingöl	Hemşire
K18	Kadın	Bingöl	Hemşire
K19	Erkek	Elazığ	Doktor
K20	Kadın	Elazığ	Hemşire
K21	Erkek	Elazığ	Doktor
K22	Kadın	Elazığ	Diş Hekimi
K23	Kadın	Elazığ	Hemşire
K24	Erkek	Elazığ	Hasta Kayıt Personeli
K25	Erkek	Elazığ	Hemşire
K26	Erkek	Elazığ	Diş Hekimi
K27	Kadın	Elazığ	Diş Hekimi
K28	Kadın	Elazığ	Doktor
K29	Kadın	Elazığ	Hemşire
K30	Kadın	Elazığ	Hemşire
K31	Kadın	Elazığ	Hemşire
K32	Kadın	Elazığ	Hemşire
K33	Erkek	Elazığ	Doktor
K34	Kadın	Elazığ	Hemşire
K35	Erkek	Elazığ	Doktor
K36	Erkek	Elazığ	Hasta Kayıt Personeli
K37	Erkek	Elazığ	Doktor
K38	Erkek	Elazığ	Doktor

Tablo-1’de yer alan katılımcılara ait demografik bilgilere bakıldığında, çalışmaya katılanların 19’u erkek 19’u kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Bu bireylerin 20’si Elazığ’da, 18’i ise Bingöl’de görev yapmaktadır. Katılımcılardan 10 kişinin mesleğinin doktor, 19 kişinin mesleğinin hemşire olduğu görülürken; 4 kişinin mesleği

diş hekimi, 2 kişinin mesleği ise hasta kayıt personeli şeklindedir. Tıbbi sekreter, yardımcı sağlık personeli ve ağız ve diş sağlığı asistanı mesleklerinden 3 kişi (her meslekten birer kişi) çalışmaya katılmıştır.

Bu çalışmada yer alan katılımcıların çalıştıkları birimlere bakıldığında; ağız ve diş sağlığı merkezi ve acil polikliniğinde 6 kişinin çalıştığı görülürken, 3 katılımcının aile sağlığı merkezinde görev yaptığı görülmektedir. Toplam 10 katılımcı içerisinde de çocuk yoğun bakımı, çocuk yatan hasta servisi, kadın doğum ve çocuk hastalıkları servisi, yoğun bakım servisi ve yatan hasta servislerinin her bir biriminde ise 2'şer katılımcının yer almaktadır. Diğer kalan 7 katılımcının ise her bir birimde 1 kişi olmak üzere KBB, çocuk polikliniği, pandemi servisi, kardiyoloji servisi, filyasyon ekibi ve hemodiyaliz servisi birimlerinde görev yaptıkları görülmektedir. Diğer katılımcılara bakıldığında; 3 kişinin hasta kayıt biriminde, 2 kişinin genel cerrahi polikliniğinde çalıştığı görülürken 1 kişinin ise göğüs cerrahisi polikliniğinde çalıştığı görülmektedir.

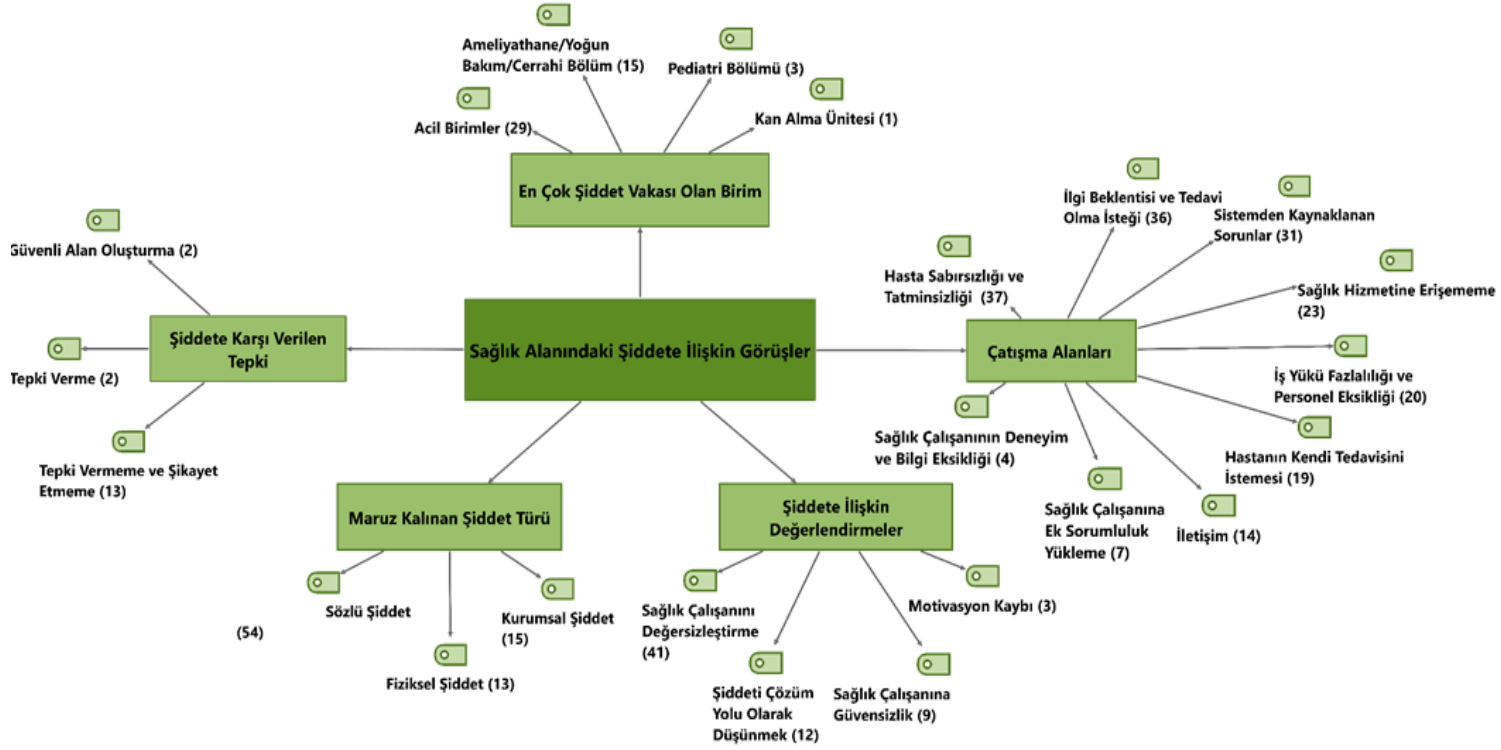
“Sağlık Alanındaki Şiddetin Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği” adlı çalışma Şekil-1’de görüldüğü üzere 3 tema altında toplanmıştır. Bu çalışmanın temalarını, sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler, sosyo-kültürel çevre ve şiddet ilişkisine yönelik görüşler ile şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar oluşturmaktadır.



Şekil 1: Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği Konusuna Ait Temalar

Yukarıda Şekil-1’de Sağlık Alanındaki Şiddetin Sosyolojik Analizi: Bingöl ve Elazığ Örneği Konusuna Ait Temalar ve bu temalara ait oluşturulan kodlar (kategoriler) ile alt kodlar başlıklar halinde sırasıyla değerlendirilmiştir.

4.2 Sağlık Alanındaki Şiddete İlişkin Görüşler



Şekil 2: Sağlık Alanındaki Şiddete İlişkin Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Altı Kod Modeli

Araştırmanın ilk teması olan sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli ve bu kodlara ait frekans tablosu Şekil-2’de görülmektedir. Bu tema altında sağlık alanındaki şiddete yönelik sağlık çalışanlarının çeşitli görüşleri ve değerlendirmeleri yer almaktadır. Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler teması 5 kategori altında incelenmiştir. Bu kategoriler şiddete ilişkin değerlendirmeler, maruz kalınan şiddet türü, şiddete karşı verilen tepki, en çok şiddet vakası olan birim ve çatışma alanlarıdır.

Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasına ait 5 kategorinin ilki olan sağlık çalışanlarına yönelik değerlendirmeler kategorisidir. Bu kategoriye ait alt kodlar ayrı başlık altında incelenmiştir.

4.2.1 Şiddete İlişkin Değerlendirmeler

Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasının ilk kategorisi olan şiddete ilişkin değerlendirmeler katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; sağlık çalışanını değersizleştirme, şiddeti çözüm yolu olarak düşünme, sağlık çalışanına güvensizlik ve motivasyon kaybı olmak üzere 4 kod ile ifade edilmiştir.

Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen kod, sağlık çalışanını değersizleştirme kodudur. Katılımcılar sağlık çalışanına karşı şiddetin geçmişe oranla arttığını belirtmiştir. Çalışmada yer alan katılımcılar bu artışın sebeplerini yöneticilerin sağlık çalışanının yanında olmaması, sağlık hizmetine ulaşmanın kolaylaşmasıyla birlikte sağlık çalışanlarına karşı duyulan değer azalması ve özel hastanede çalışan sağlık çalışanlarının değersiz görülmesi şeklinde ifade etmişlerdir. K19 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“(...)Bundan yirmi sene önce de on sene önce de biz hekimlik yapıyorduk fakat bu kadar şiddeti görmüyorduk. Sebebi de o zaman hekimler, sağlık personeli daha çok korunuyordu, daha çok kollanıyordu. Şimdi şöyle CİMER diye bir şey çıktı; en basitini söyleyeyim adama kaşının üstünde gözün var demene bile gerek yok. Adam arıyor CİMER’i senden üç gün sonra savunma istiyorlar. Bu hekimlerin ve sağlık çalışanlarının üstüne bir yük bindiriyor. O nedenle vatandaşa da şöyle bir şey var nasıl olsa bizi yönetenler bizim arkamızda; biz sağlık çalışanına da, doktora da ne yaparsak yapalım, bize bir şey olmaz algısı yerleşmiş. Bu algıya bağlı olarak da vatandaşa istediği zaman çağırabiliyor, çağırabiliyor, doktora saldırabiliyor, her şeye saldırabiliyor. Yani birinci sebebi siyasal” (K19, E, Elazığ).

K19 kodlu katılımcı (Erkek, Elazığ), yöneticilerin sağlık çalışanlarından ziyade vatandaşların yanında olmasının sağlık çalışanlarına yönelik şiddete başvurularında kolaylaştırıcı bir etken olduğunu belirtmektedir. Bu katılımcının sağlık alanında yaşanan şiddetin başlıca sebebinin siyasal sebepler olduğuna inandığı görülmektedir. Bunun dışında K19 kodlu katılımcı, özellikle basit sebeplerden dolayı vatandaşların CİMER'e şikayetlerde bulunduğunu ve sağlık çalışanlarının buna bağlı olarak yöneticileri tarafından savunmalarının istenmesinin kendileri için ekstra bir yük olduğunu belirtmiştir.

Vatandaşlar tarafından sağlık çalışanlarından uygunsuz taleplerin olması ve bu talepleri reddedildiğinde asılsız şikayetlerle CİMER'e başvuruları bazı sağlık çalışanlarına sorun yaratmaktadır. CİMER ya da diğer ilgili şikayet mekanizmasının bazı vatandaşlar tarafından suistimal edildiği vurgulanmıştır. K38 kodlu katılımcı tarafından ayrıca bazı uygunsuz istekleri reddetmeleri karşısında da şiddetle karşılaşabildikleri belirtilmiştir:

"Kendisi burda yok. Gelip çocuğuna, karısına ya da başka hasta için gelip ilaç yazılması talebinde bulunulması. Diyorsunki hasta mutlaka olması lazım. Tepende bir denetleme kuruluğu var. Eve telefon açıyor yani mesela bana gıcık olan diyebiliyor mesela bu tarihte şu doktora gittin orda görerek mi ilaç yazdırdın. Orada bi hayır dese; kat be kat ceza ödetmiyorlar. İş yargısız infaza dönüyor. Diyorki ben gitmeden annemin babamın ilacını yazdırdım diyor, mesela. Bu da sıkıntı. Hiç yok, doğruluğu araştırılmıyor, direk ilaç ne kadar işte şu kadar; onun şu katı kadar doktorun maaşından kes. Hastayı görmeden ilaç yazmak en büyük problemimizdir. Yok geleliyordu, yok şuydu yok buydu. Sorun anlatıyorlar. Yazmadığında da ondan sonra yok bana bakmadı etmedi, diye anlatılıyor. Yazmadığında fiziksel ve sözlü tehditle karşı karşıya kalma söz konusu, örneğin Cimer gibi yerlere şikâyetlere yönelme söz konusu. Hastamı götürmedim demiyor o şikâyet eden, bakmadı diyor.

Vatandaşı şımarttıran mekanizmalar var biraz da" (K38, E, Elazığ).

K18 kodlu katılımcının değerlendirmelerine bakıldığında gelen hasta ve hasta yakınlarının kamu ve özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarına yönelik bakış açılarının farklı olduğu görülmektedir. Kamu sektöründe çalışanların hizmet vermek zorunda oldukları yerleşik düşüncesinin hâkim olduğu belirtilirken, bu katılımcı tarafından özel sektörde hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik nitelik olarak daha düzeyi yetersiz, görece eğitim düzeyi daha düşük sağlık çalışanlarının istihdam edildiğine dair yerleşik bir düşüncenin var olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca K18 kodlu katılımcı gelen hasta ve hasta yakınlarının ücret ödedikleri için hatasız hizmet talepleri olduğunu

belirtmektedir. Buradan hareketle özel sağlık kuruluşlarında çalışan personelden beklentilerin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Konuyla ilgili olarak K18 kodlu katılımcı şunları ifade etmiştir:

“Evet bir kıymetsizlik var. Mesela devlette çalışan insana şu gözle bakıyorlar, devlette çalışıyor o kadar para alıyor bana bakmak zorunda bu zihniyet var; özelde çalışan insana da atanamamış, normal getirilmiş yani sanki sokaktan toplanmış, okumadan direk getirilmiş biri kişi gözüyle bakıyor. Ve bir de şöyle bir şey var; özelde şu var ben buraya paramla geliyorsam, damar yolunu tek seferde açmalısın, mesela böyle bir zihniyet var insanlarda. Ben özele geliyorum, paramı veriyorum sen benim çocuğumu üç kere delemesin, beş kere delemesin. Aslında farkında değiller ki görünmez bir yere geliyorsun yani. Böyle gözle görünen bir şey yok hislerle hareket ediyorlar. Damar yolunu tek seferde bulmak zorundasın, devletteki buna mecbur değil ama sen mecbursun diyorlar” (K18, K, Bingöl).

Sağlık çalışanlarına yönelik değersizleştirilmenin özel sağlık kuruluşlarında olma durumunu K1 kodlu katılımcı şu şekilde ifade etmektedir:

“Dediğim gibi biz burda bir sağlık çalışanı değiliz yani. Ben bir hemşire değilim, ben burda normal bir personelle, temizlikçiyle aynı ücreti alan, aynı şeyleri yapan hatta, çoğu şeyi yani anladın mı biz personelle aynı işleri yapıyoruz. Yani neyse ya bu konulara hiç girmeyeyim, hiçbir farkımız yok” (K1, K, Bingöl).

K1 kodlu katılımcının çalıştığı sağlık kuruluşunda mesleği itibariyle, aldığı ücret ve yaptığı iş itibariyle değer verilmediğine yönelik değerlendirmelerde bulunduğu görülmektedir. bazı hastane yöneticilerinin Özellikle haksız suçlamaları pek dikkate almadığı ve bu durumun aslında sağlık çalışanları üzerinde olumlu etki ettiğinin farkında olduğu anlaşılmaktadır. K29 kodlu katılımcı konuyla ilgili şunları ifade etmektedir:

“Olabiliyor ama kurum olarak gerçekten amirlerimiz, başhekimimiz olsun, başhemşiremiz olsun böyle bir sorun dile getirildiği zaman zaten çok böyle baz alınmıyor yani. O kadar böyle ufak tefek şeylerde şey olmuyor yani. Sen suçlusun, sen haksızsın, sen şöylesin” (K29, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarının kıymet görmemesinin yanı sıra sağlık alanındaki şiddetin altında saygı duyulmamanın yattığı, K35 (E, Elazığ) kodlu katılımcı tarafından “sağlık alanındaki şiddetin temel kaynaklarından bir tanesi bir kere sağlık çalışanlarına yönelik saygının duyulmamasından kaynaklanıyor” şeklinde ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının değersiz ve kıymetsiz görüldükleri için şiddet gördüklerine yönelik vurgu, bir başka katılımcı olan K34 kodlu tarafından da dile getirilmiştir:

“Bence bizi değersiz gördükleri için bu kadar şiddet uyguluyorlar. Yani genel olarak değersiz, vasıfsız olarak görüyorlar. Hemşire olsun, doktor olsun diğer personel olsun. Çünkü çok ucuz ve kolay ulaşabildikleri ve sanki onları mutlu etmeye çalışmaktan başka işimizin olmadığını düşünüyorlar” (K34, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesinin sebeplerinin kolay ve ucuz ulaşılmasından kaynaklandığına yönelik K34 kodlu katılımcının yanı sıra K28 kodlu katılımcı tarafından da dile getirildiği görülmektedir.

“Çünkü sağlığa erişim çok kolaylaştı, herkes google’den herşeyi araştırıyor. Hastaneye sırf doktorun hatasını bulmak için gelen hastalar var. Yani ben bu şikayete gelmişim bu ilacı verdin ama benim bu şikayete bu hastalığım yok diyebiliyor hastalar. Hani biraz daha cahil bilgilik artmış insanlarımızda. Evet ben öksürükle geldim ama sen bana bu ilacı vermişsin ben bu ilacı gerek görmüyorum diyen hastalar var. Şunu demek istiyorum, gerçekten olanak o kadar artmışken sağlıkta şiddeti önleyemiyorlar. Eskiden biraz daha imkanlar daha kısıtlıyken yani her insanın doktora saygısı vardı. Çünkü ulaşamıyorlardı, o yüzden ellerindekinin kıymetini bilip saygı gösteriyorlardı. Ama şu an her yerde sağlık çalışanı var, insanların imkanı artmış evet ben seni beğenmesem sıkıntı değil, kavgamı ederim başka doktora giderim umudu var. Yani bu yasalarla bu şeylerle çok büyük yaptırım olmadığı sürece bu sağlıkta şiddetin önüne geçemiyorlar, geçemezler de” (K28, K, Elazığ).

K28 kodlu katılımcı tarafından geçmişte kısıtlı imkanlarla sağlık hizmetinin alınmasının sağlık çalışanlarının kıymetinin bilinmesinde ve saygı gösterilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasıyla birlikte sağlık çalışanlarına yönelik saygının ve kıymetin azaldığı, sağlık personeline erişimin kolaylaşmasıyla birlikte hasta yada yakınlarının beğenmediği veya memnun kalmadığı sağlık personeliyle daha kolay sorun yaşayabildiği ifade edilmektedir. Artan ve erişimi kolaylaşan sağlık hizmetlerine rağmen sağlık alanında şiddetin önlenemediğini vurgulayan K28 kodlu katılımcı, sağlıkta şiddetin önüne geçmenin ciddi büyük yaptırımlar gerektirdiğine ve mevcut yasalarla mümkün olmadığına inandığı anlaşılmaktadır.

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod şiddeti çözüm yolu olarak düşünme kodudur. Sağlık alanında hasta ve sağlık çalışanı arasında yaşanan sorunları şiddete başvurarak çözmeye yönelik yaygın bir inancın olduğu, birçok sağlık çalışanı

tarafından belirtilmiştir. Katılımcılar şiddet uygulayan hasta ve yakınlarının şiddeti çözüm yolu olarak düşündüğünü ifade etmişlerdir:

“Yani şiddet hayatımızın hiçbir yerinde kabul edilen bir durum değildir, özellikle sağlıkta olunca ekstrasadan acı bir durum bence. Yani insanların bence tamamen aslında bencilce tavırlarından kaynaklanıyor ben öyle düşünüyorum. Çünkü yani sağlık sektöründe hiçbir personel bir hastanın kötülüğünü isteyecek bir durumda değil. Ama insanların farklı şekilde anlamaları, farklı şekildeki isteme duygularından dolayı bence bu şiddete uğruyor. Bilmiyorum yani kesinlikle kabul edilecek bir durum değil. Ben öyle düşünüyorum. Yani bu şiddetin de önünün kesilmesi gerektiğini düşünüyorum, şiddetle hiçbir yere varamayız. Belki hasta bu şekilde anlıyor, şiddet uygularsam, güç uygularsam, karşıda bir şey düzeler diye düşünüyor ama oysaki ters tepiyor, karşıdaki kişi kendi değerini düşürüyor. Hem de personel şiddete uğruyor ve şiddete uğradıktan sonra biz işimizi daha iyi yapamıyoruz. Yani insanlar şiddet uygularsak daha iyi sonuç alırız diye düşünüyorlar ama bu böyle değil yani. Bunun bir an önce kesilmesi durması lazım” (K5, K, Bingöl).

Şiddet uyguladıktan sonra sorunun çözülmeyeceği açıkça ortada olsa da bazı hastaların sorunun şiddet ile çözüleceğine yönelik inançlarının olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu durum için önlemler alınması gerekmektedir. Şiddete başvurarak problemlerin çözüm yolu olarak düşünülmesinin yaşadığı bölgede daha fazla yer almasının sebebinin şiddetin daha kolay gelmesinden kaynaklı olduğuna yönelik K32 kodlu katılımcı gözlemlerini şu şekilde aktarmıştır:

“Kötü ama hani insani şey olmadığı kesin yani bizim buranın insani maalesef duygularını en kolay şiddetle ortaya çıkarıyor. Bir şeyi uyum halinde çözmek herkese daha zor geliyor sanki. Ya bu tarafın insani bu tarz şeylerle işlerini çözmeye çalışıyor, maalesef” (K32, K, Elazığ).

Şiddet yoluyla sorunlarını kısa yoldan çözmeye inancının yerleştiği düşüncesi K27 kodlu katılımcı tarafından da “*“klinikte sizi yalnız gördüğü için bence hastalar, bunu yapabiliyorlar. Biz bağırıp çağırırsak bunları yaparsak işimizi gördürürüz, diye öyle”* (K27, K, Elazığ) şeklinde vurgulandığı görülmektedir.

K6 kodlu katılımcı sorunları çözerken hukuki yolları tercih etme yerine şiddetin çözüm yolu olarak tercih edilmesinin sebebinin cehaletten kaynaklandığını şöyle belirtmiştir:

“Tamamen cehalet yani şu şekil bir kere şiddete meyleden insan zaten cahildir. Sen hakkını farklı yerde arayabilirsin, en son aşamadır o bile değil. Şiddet son aşama bile değil. Bütün hukuki yollara başvurursun mesela Türkiye’de öyle hukuki yollara başvurursun hakkını aramak için oradan cevap alamadığında Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’ne gidiyorsun.

Sen ne yapacaksın bütün hukuki yolları deneyeceksin öyle konuşacaksın. Adam hiçbir hukuki yolu denemeden şiddete başvuruyor. Diyelim ben müdürüm ve benim de dört tane yardımcım var adam sana sana gelmeden bana geliyor öyle bir saçmalık yok. Sen değerlendireceksin sen yapamadığın zaman bana yönlendireceksin, bu da öyle. Hiçbir yere başvurmadan direk şiddete meyil” (K6, E, Bingöl).

Sağlık alanında karşılaşılan problemler ile ilgili gerekli sorun çözme mercilerinin takip edilmediği ve bazı sağlık hizmeti alanların kendi çözüm yöntemlerini kullanarak sorunlarını çözmeye çalıştığı ve bu yöntemin de çoğunlukla şiddet yolu ile gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır.

K33 kodlu katılımcı sağlık alanında şiddete çözüm yolu olarak başvurulmasının altında ise bekleme isteği, toplumsal yozlaşma, medyanın etkisi, duyarsızlaşma ile şiddetin bilinçaltlarına yerleşmesinden ve yozlaşma kültürünün etkisinden kaynaklandığını şöyle belirtmiştir:

“Yani bu biraz da bizim insanımızın biraz da yozlaşmasından mı diyeyim, ondan mı kaynaklanıyor, biraz da işimi hemen çözeyim işte beklemeyeyim gideyim, bundan kaynaklanıyor başka da işte şey değil. Ya işte şimdi bu sağlıkta şiddet kavramı bizim bilinç altımıza da yerleşti veya yerleştirildi. Aslında bu tür olayların toplum tarafından kanıksanmasına sebep olan bir tutum yani (...) Haberleri izlerken bile bu algıda seçicilik var makiniste şiddet dendiğinde Allah Allah neymiş bu, der bir bakarsın; öğretmene şiddet der durur bir okursun, sağlıkçıya şiddet dedi mi ha yine mi olmuş der geçiyorsun, çünkü çok fazla olduğu için çoğu insan bu olayı kanıksadı yani, ya işte dediğim gibi bu biraz genel anlamda toplumumuzda yozlaşma kültürü hakim oldu” (K33, E, Elazığ).

Yukarıdaki ifadelerle bakıldığında sağlıktaki şiddet olaylarının artık yerleşik bir alışkanlık haline gelmesinden bahsedilmektedir. Bu durumun da artık yaşamın bir parçası olarak algılanması yani sağlık alanında yaşanan şiddetin kabul edilebilir durum olarak algılanması tehlikesine dikkat çektiği anlaşılmaktadır. Sağlık alanında şiddetin çözüm yolu olarak tercih edilmesine yönelik K19, K33 ve K37 kodlu diğer katılımcılar tarafından da bu yönde bir vurgunun yapıldığı görülmektedir.

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık çalışanına güvensizlik kodudur. Katılımcılar hastaların ve hasta yakınlarının sürekli sağlık çalışanına müdahale ettiklerini, daha önceki hastane deneyimlerinden dolayı güvensiz hissettiklerini belirtmişlerdir. K25 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bence daha önce kaç yıl önce hastaneye gelmiş ve yetersiz imkanları görmüş ya da şöyle bir psikoloji de var mesela; kanser hastası dönüşü olmayan bir hastalık; geliyor geçen

özellikle yoğun bakıma yatırdığımız bir hasta oldu, en basitinden geçen hafta hastanızı yoğun bakıma yatırmanız gerekiyor diyoruz, kalbi durmuş olarak geldi hasta bize. Her şeyi normale döndü, yoğun bakıma yatırmamız gerekiyor, solunum sıkıntısı var, bir cihaz bizde bir cihaz yoğun bakımda var. Hasta yakını geliyor diyor ki; yok evde ölsün, böyle bir mantık var mı, ki daha önce ben üç hasta mı getirdim yoğun bakımda öldüler diyor. Bunu getireceğiz bu da ölecek diyor. Daha artık şu mantıkla yaklaşıyor gelenler; tamam hani vefat eder, bir şey diyemezsin. Yakını yoğun bakıma yatırma hastamı diyor, yoğun bakıma kötü bir yermiş gibi bakıyor hastalar. Yani benim hastam yoğun bakıma yattı vefat etti, özellikle hastası yoğun bakıma yatıp vefat eden varsa kesinlikle hastasının yoğun bakıma yatırılmasını istemiyor. Sanki ordaki sağlıkçı arkadaşlar vefat etmesine neden olmuş, bakmamış gibi bir algı oluyor; o algıyı düşününce bu hasta yakını kalkıp diğer yakınlarına söylüyor, çevresine söylüyor benim hastam vefat etti. Yoğun bakımda hasta ziyareti yasak bildiğiniz gibi. Yasak olduğu için de girmeye çalışanlar oluyor. Göremezsin diyorsun bu defa sözlü şikayet başlıyor. Tehdit başlıyor. En basitinden geçen hafta gördük, dediğim gibi. Hastamı yatırma dedi, zorla yatırdık çünkü hastayı oksijenden çıkardığımız an hasta vefat edecek. Yani hasta takılı cihazla nefes alıyor. O cihaz da hani akciğerleri dolmuş. Satrasyonu düşük, akciğer dolu nefes alamıyor. Ventilasyon cihazı nefes şeylerini açacak, kalbi durmuş. Söylüyorsunuz anlamıyor. Dediğim gibi o tür şeyler yaşıyoruz” (K25, E, Elazığ).

K25 kodlu katılımcının ifadelerine bakıldığında sağlık kuruluşuna gelen hasta ve hasta yakınlarının geçmişte yaşadıkları sağlık alanındaki çeşitli problemlerin ve yaşanmışlıkların günümüzde de etkisini devam ettirdiği ve katılımcının sağlık çalışanlarıyla hasta ve yakınlarının yaşadıkları sağlık alanındaki sorunlarından birinin de bu olduğu anlaşılmaktadır. Geçmişte yoğun bakım servislerinde özellikle hasta kayıpları yaşayan bazı hasta yakınlarının bu birimdeki tedaviye onay vermedikleri ve yoğun bakımdaki sağlık hizmetlerine güvenli tedavi olarak bakmadıkları anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının yoğun bakımdaki hastaların ölüm sebebi olduklarına yönelik yaygın yargılardan rahatsız olduklarını ifade eden K25 kodlu sağlık çalışanı; hasta ziyaretinin yasak olduğu bu birimde, bazı hasta yakınlarının kuralları çiğnemesi sonrası sözlü şiddete maruz kaldıklarını vurgulamıştır.

Yoğun bakım konusunda hasta yakınlarında oluşan olumsuz yargının sebeplerinden birinin de bu birimde yatan hastaların sağlık durumlarının anlık olarak değişiklik gösterebilmesiyle ilgili olduğuna yönelik K18 kodlu katılımcı şu hususlara dikkat çekmiştir:

“Mesela beş dakika önce bazı hastalarımız çok iyiye gidiyor. Yoğun bakımdaki hastalarımız çok iyiye gidiyor. Diyor ki doktor, bir saat sonra bu hastayı servise alalım. Ama beş dakika

sonra her şey tersine dönebiliyor, bizim de beklemediğimiz bir şekilde. Ama insanlar hangi gözle bakıyor, siz bir şeyleri ihmal ettiniz. Mesela bir defasında bir olay başıma gelmişti. Serviste bir hasta yatıyordu ve sürekli psikolojikmen sürekli ağrısının olduğunu söylüyordu. Nöbetçi doktor dedi ki bu hastaya bir esef yapalım yani ilaç olmayan bir su. Yani psikolojikmen onu rahatlatalım, dedi. Biz de bunu yaptık, geçti. Dört saat sonra tekrar aynı yine başladı. Yine aynıını yaptık. Bu sefer hasta bir anda kalp krizi geçirdi, sonra hasta yakınları benden şikayetçi oldu. Sen ilacı yaptıktan sonra böyle oldu gibisinden” (K18, K, Bingöl).

Yukarıda yaşanan olaya bakıldığında hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik suçlamalarla kriz anına tepki verdikleri görülmektedir. Özellikle hastanın kaybedilmesine yönelik ilk verdikleri tepkilerin içerisinde suçluluk duygusunun ağırlıklı olduğu görülmektedir. K7 kodlu katılımcının bu suçlamayla hasta yakınlarının aslında bazen de kendi ihmalleri üzerinden kendi suçluluk duygularını sağlık çalışanlarına yansıttıklarını şöyle ifade ettikleri görülmektedir:

“Yani suçlama, kendince suçlama. Bizim yakınımız serviste yatıyordu niye bir anda kötü oldu. İnsanın bir şeyi yokken evde otururken kalp krizi geçirip ölen bir sürü insan var yani. İşte insanlar bunu kendine yediremiyorlar yani. İşte adam kendine yediremiyor. Evde kalp krizi geçirip ölüyor, geldiğinde zaten ölü. Sen burda müdahale ettiğin halde, adam eks oluyor, ölüyor. Ama ona rağmen adam suçu sende arıyor yav. Biraz ama suçu da kendimizde bulmalıyız. Sen bu adam için daha önce neler yaptın. Sağlığı için hastaneye getirdin, uğraştın mı? Adam eks oldu, öldü diye sen bizi suçlayamazsın bence yani. Öyle olaylar çok yani, insanlar biraz da kendinde aramalı bazı şeyleri ama maalesef kendine yediremiyorlar. Aslında kendisinin suçlu olduğunu biliyor, o suçluluk duygusuyla bir şey yapamayınca onu direkmen sende arıyor. Bu suçluluk duygusu yani, annesine bakmamıştır, şey yapmamıştır. Bir anda kötü oluyor, orada kötü oluyor. Suç kendisinde aslında ama onu sana yansıtıyor içini ferahlatıyor. Oysaki büyük suçlu kendisi o yüzden şiddetin her türlüsüne karşıyız” (K7, E, Bingöl).

Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarından gelen olası şiddet ihtimaline karşı duydukları endişeleri sebebiyle hizmet verdikleri sağlık kuruluşunda güvenlik önlemlerinin yetersizliğine yaptıkları vurgulara bakıldığında, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında güvensizlik probleminin var olduğunu göstermektedir. Buradan da bu durumun tek taraflı bir sorun olmadığı anlaşılmaktadır. K22 (K, Bingöl) kodlu katılımcı “*Ya en basit avmye gidiyorsun metal dedektör var. Kim metal dedektörle hastayı arıyor yani. Adam silahla da girebilir, bıçakla da girebilir, istediğini yapabilir”* şeklinde belirtmektedir. K21 kodlu katılımcı (K21, E,

Elazığ) da “*Hastaneye adam silahla girebilir. Kimse demiyor üstünde ne var. Ama başka kurumda cihaz ötüyor. Etkin değil bu politikalar. Yani güvenliğin bile güvenliğe ihtiyacı var. Ciddi denetime ihtiyaç var*” ifadeleriyle konuya dikkat çekmiştir.

Hekimlere güvensizlik noktasında hastaların problem yaşamadığını daha çok hasta yakınları ile sorun yaşadıkları K12 kodlu katılımcı tarafından şöyle belirtilmektedir:

“Yani genel olarak hoş bulmuyorum. Açıkçası genellikle hastanın kendisinden değil hasta yakınının kendisinden geliyor. Yani hasta doktoruna, hekimine güveniyor. Ama hasta yakını biraz şey oluyor yani sıcak kanlı oluyor, tez canlı oluyor, bazen müdahale edilmedi diyor” (K12, E, Bingöl).

Hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının güven konusunda yaşadıkları problemlere ilişkin bir başka vurgu ise K20 kodlu katılımcı tarafından şu şekilde görülmektedir:

“Kendi istemediğinin dışında özellikle yakınları geldiği zaman. Mesela işte atıyorum, bir kişi yakınıyla geliyor işte hastadan çok yakını müdahale ediyor. Hastamıza neden bunu yapmadınız, neden şunu yaptınız. Damar yolunu bulamadınız mı” (K20, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen bir başka kod motivasyon kaybı kodudur. Katılımcılar şiddet olayları karşısında iş motivasyonlarının düştüğünü, kendilerini güvende hissetmediklerini, işlerine konsantre olamadıklarını ifade etmişlerdir. K17 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kötü tabiki, üzücü buluyorum, haksız buluyorum, çoğu zaman yıpratıcı. Yıpratıcı bir süreçti ve halen devam ediyor. Yani mesela sağlık çok önemli bir sektör gerçekten ve insanlar, çoğu arkadaşımız yüzde seksen işini özveriyle yapıyor. İçinde hiç sorun yaratmayacak insanlar yok değil, var ama bunu herkese genellemek zor. Bazen bizler de yorulabiliyoruz, bizler de tükeniyoruz ama gerçekten sözlü, bedenen olarak olmasa bile sözlü olarak buna maruz kaldığımız oluyor. O yüzden bu konuda yeni şeyler çıkarılırsa, düzeltmeler yapılırsa çok güzel olur. Hepimiz seviniriz çünkü iş yapamıyorsun yani, motivasyon çok düşüyor mesela. İş motivasyonun düşüyor, performansın düşüyor, moral bozukluğu yaşıyorsun, işe gelmek istemiyorsun, hasta duymak istemiyorsun, görmek istemiyorsun bunlar gerçekten etkiliyor. Mesela böyle şeylere bir arkadaşın maruz kaldığında bir sonraki hastaya daha sert yaklaşımımız olabiliyor. Hani bu anlamda da aslında psikolojik olarak etkiliyor” (K17, K, Bingöl).

Yıpratıcı ve yorucu bir sektör olduğu ifade edilen sağlık alanında bir de sağlık çalışanlarına şiddetin uygulanması, çalışanların motivasyonunun daha çok düşmesine sebep olmaktadır. Motivasyon düşüklüğü yaşayan sağlık çalışanlarının bu durumu ve tutumu hastalara olumsuz bir şekilde yansıyabilmektedir. İşinin verdiği sorumlulukların gereğini yerine getirmeyen sağlık çalışanlarından da kaynaklı problemlerin olduğu K17 kodlu katılımcının dışında, K33 kodlu katılımcı tarafından da dile getirildiği görülmektedir:

“(…)Hastaneye nöbetin başında biriyle tartıştığım zaman haklı veya haksız hoş olmayan bir muhabbete girdiğimde bir insanla, tartıştığım zaman kavga ettiğim zaman o gün hiçbir şeyden zevk almıyorum ne hasta bakasım geliyor, ne insan göresim. Çünkü biz de insanız sonuçta bizim de psikolojimiz bozuluyor, insanlara artık gerçekten canla başla çalışman gerekirken o şekilde şeyini yitiriyorsun. Öyle olunca dönüp dolaşıp ondan sonra hem hekime hem hastaya zararı var. (...)Yani burada insanoğlu ben sadece vatandaşlar haksız demiyorum yani. Tutumlarımız bazen bizim de yanlış olabilir bazen bizim de konuşma tonumuz zaman zaman hatalı olabilir ama hiçbir doktor özde hastanın kendisinin zarar görmesini istemez yani. Kimsenin kimseyle biri davası yok yani ben niye hastanın veya onun sakat kalmasını isteyeyim ki yani öyle harbiden öyle bir şey yok yani. Ha ola ki bir hekim yapmış, ihmalkarlık yapmış bunu şikayet edersin, yasal yollar var. Sürekli bir diken üstünde durmak, doktorlara travma yaşatılması sağlık çalışanlarında anksiyete sebep oluyor. Kendilerini mesleklerine vermelerine engel oluyor. Kendilerini rahat güvende hissetmiyorlar ve rahat da çalışmıyor ve faydalı olamıyorlar. Yani düşün bir kurşunlama geliyor, resisitasyonda ona müdahale ediyorsun; bir yandan dışarıda kapıyı tekmeleyenler, yumruklayanlar, güvenlikçileri dövenler, yani sen bütün enerjini hastanın kurtulmasına mı verirsin yoksa acaba dışarıda ne olacak, bir düzen var. Birçok sıkıntı var” (K33, E, Elazığ).

4.2.2 Maruz Kalınan Şiddet Türü

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türleri arasında ciddi ayırım yapmak söz konusu değildir. Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasının ikinci kategorisi olan maruz kalınan şiddet türü; katılımcıların ifadeleri doğrultusunda sözlü şiddet, kurumsal şiddet ve fiziksel şiddet olmak üzere 3 kod ile ifade edilmiştir. Fakat sağlık çalışanlarının en fazla maruz kaldığı şiddet türünün katılımcılar tarafından yoğun olarak sözlü şiddet olduğu ifade edilmiştir. Sözlü şiddet kodu ile ilgili K4 kodlu katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

“Tabi psikolojik mobing çok zaten. Adam seni sürdürürüm, sen benim kim olduğumu biliyormusun? Tecrübeli hekim çok da onlara kulak asmıyor da. Yeni hekimler hani bir yıllık

hekim harbiden korkar yani. Adam yeni, işler nasıl işler bilmiyorki. Üç yıllık, beş yıllık hekim diyor ki elinden geleni yapabilirsin. Yani çok yoğun bir yerde çalışıyorum yani radyoloji gibi bir yerde, orda raportördüm zamanında. Hasta geldi ultrasyonunu çektirecek, tabi hoca perdenin arkasında; tabi çok yoğun adama dönüp konuşamıyor o anda. Beyefendi alamam dedi felan. Tabi hasta o anda doktoru da görmüyor. Şey dedi hasta, sen benim kim olduğumu biliyor musun? Doktor da daha önce farklı yerlerde çalışmış ve bu tür şeyleri daha önce görmüş meğerse. Doktor şey dedi, sen benim kim olduğumu biliyor musun? Adam çektii gitti, devamını getiremedi. Eğer adam şansını denedi belki de orda tutmadı. Ama gerçekten beli sağlam olanlar da bunu yapıp, işlerini yaptırıyorlar. Bir kaşeli kağıda bakıyor ondan sonrası, tamam. Yine kurallar yine kural dışı hareketler. Yani her zaman kural olmazsa böyle olacak” (K4, E, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddet türleri içerisinde mobingin yaygın olduğunu vurgulayan K4 kodlu katılımcının ifadelerine bakıldığında psikolojik baskıya karşı mesleki deneyimi fazla olan sağlık çalışanlarının daha çok tepki verdikleri ve mobinge müsadde etmedikleri görülmektedir.

K35 kodlu katılımcı geçmişte bir hasta yakını tarafından sözel ve psikolojik şiddete maruz kalma durumunu, yaşadığı bir olay üzerinden şöyle aktardığı görülmektedir:

“Hastamız akciğer kanseriydi. Hasta yakınlarına ve hastanın kendisine bilgi veriyoruz zaten akciğer kanserinden ameliyat olacak diye, yaşlı bir hasta olduğu için mutlaka bir risk oranı var. Mesela belli ameliyatlara var bizim, biz o ameliyatın oranına göre risk oranı değişiyor. Bu ameliyatta risk %5-%7 civarındaydı. Ama hastanın mesela kalp sorunu da vardı. İşte biz ameliyat sonrası kalp krizinden kaybettik. Ameliyatla ilgili herhangi bir kanama olmadı, ameliyatla ilgili herhangi bir problem olmadı. Ama kalp krizi geçirdi ve kaybettik. Yaşlı bir hasta yetmişli yaşlarda bir hastamdan bahsediyorum. O süreçte hasta yakınları gelip bana siz bizim paramızı aldınız, risk yok dediniz Halbuki ben %3-%7 arasında risk olduğunu söylüyorum, her hasta için kaldı ki onam formu veriliyor, bilgilendirme formu orda mutlaka hepsi yazıyor zaten, o imzalanmadan işleme alınmıyor. İşte sen babamızı öldürdün. Ben seni öldüreceğim, ben seni yaşatmayacağım, Elazığ’da yaşayamayacaksın, Elazığ’da çalışamayacaksın gibi hakaretler ve tehditler oldu. Belki de fiziksel şiddet olacaktı, tabi bu arada odamda oldu olay; bu arada güvenlik geldi, doktor arkadaşlar sağ olsunlar geldiler o şekilde hasta yakını dışarı çıkartıldı” (K35, E, Elazığ).

Bazı hasta ve hasta yakınlarının istedikleri tedaviye erişemediklerinde veya beklenti ve taleplerinin karşılanmaması sonrasında şiddete başvurdukları K13 ve K22 kodlu katılımcılar tarafından vurgulanmıştır:

“Hasta yakını ile beraber geldi, hastasının tam bağımlı ve ağır olduğunu düşündüğünü söyledi ama kurul da bu şekilde değerlendirmedini dile getirdi. Tabi bu da olumsuz bir yanıt alınca yükseldi hasta yakını bağırmağa başladı, siz herkese veriyorsunuz bana vermiyorsunuz(...). Heyette hani böyle olmadığını zaten burada on tane hekim değerlendirme yapıyoruz. Hak edene hak ettiğini elimizden geldiğince vermeye çalışıyoruz gibisinden söylediler. Tatmin olmayınca bağırmağa, hakaret etmeye, küfür etmeye başladı. Birkaç küfür etti, sözlü bir şekilde. Bir yetkilimize doğru yürümeye başladı hatta, sonra biz de beyaz kod verdik tabi. Beyaz kod verince hastane polisi, güvenlik felan geldi. Aldılar kişiyi götürdüler” (K13, K, Bingöl).

K22 kodlu katılımcının uygunsuz tedavi isteklerini reddettiği hastanın tehdit ve şiddet içeren söylemlerini ilgili merciler üzerinden kendisine bildirdiğini ve hastayla ilgili şunları da paylaştığı görülmektedir:

“Yani ben ölüm tehdidi aldım, hastanın dışını nöbette çekmediğim için gece. Yani çekmediğim için kalkıp işte 184 SABİM beni arıyor, bulunduğum acili arıyor. Doktor hanım diyor, sizi böyle bir hasta tehdit etti; bizi aradı sizi öldürmek istiyormuş. Ben de dedimki tamam dedim beni ölümle tehdit edebilir, siz beni niye aradınız? Bana polis mi göndereceksiniz, koruma mı vereceksiniz yoksa silah mı vereceksiniz, dedim. Ya maalesef bu konuda yapabileceğimiz bir şey yok. Sadece kendinizi koruyun. Dedim, tamam da ben kendimi nasıl koruyabilirim, bana bunu söyleyin. Ee bir şey gelmiyor elimizden” (K22, K, Elazığ).

K22 kodlu katılımcının maruz kaldığı sözlü şiddet ve tehdit karşısında sağlık çalışanlarının can güvenliklerini sağlayamadıkları ve yaşadıkları olaylar karşısında savunmasız kalabildikleri anlaşılmaktadır. Ayrıca bu tehdit ve şiddetin doğrudan 184, SABİM ve CİMER gibi birimlere doğrudan bildirildiği görülmektedir. Bildirimde bulunanların talep ettikleri tedavi biçimlerini alma noktasında mobing ve sözel şiddete başvurdukları belirtilmektedir. K22 kodlu katılımcının ifade ettiklerine benzer ifadeler K30 kodlu katılımcı tarafından da dile getirilmiştir.

“Bir CİMER’e şikayet düşmüştü işte hasta yakını hastasının yatırmalık hasta olmadığını bildiği halde zorla yatırmak istemişti ve doktor bunu reddetmişti. İşte CİMER’e şikayet düşüyor ve hastanı yatırmazsa o doktoru öldüreceğim diye tarzında bir mesaj işte” (K30, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik ölüm tehdidi gibi şiddet içeren öğelerin zaman zaman ilgili birimlere kadar ulaştığı görülmektedir. Bu da şiddet eğilimli bireyin bu

durumu normalleştirdiği ve şiddet eylemine başvurma noktasında herhangi bir sakınca görmediği şeklindeki bir düşünceye sahip olduğunu göstermektedir.

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının daha çok sözel şiddet olduğu ve sağlık çalışanlarının diğer şiddet türlerine göre sözel şiddete çok daha fazla maruz kaldıkları K23 kodlu katılımcı (K, Elazığ) tarafından “*Burda fiziki boyuta ulaşmıyor ama sözlü her gün var. Yani illaki hakaret boyutu da değil sana hitap şekli bile, yani biz belli bir süre sonra onu da kaldıramıyoruz*” şeklinde ve K24 kodlu katılımcı (E, Elazığ) tarafından da “*Burda şahit olduğumuz olaylar daha çok sözlü, yüksek sesle diyaloglar arasında geçiyor; daha ben bugüne kadar bir tanenin bir taneye vurduğunu görmedim*” ifadeleriyle dile getirilmiştir. Bir başka katılımcı olan K19 kodlu katılımcı (E, Elazığ) da “*Yani, fiziksel şiddetten çok sözel şiddete maruz kalıyorlar daha fazla*” sözleriyle sözel şiddetin ciddi oranlarına dikkat çekmiştir.

Sözel şiddetin diğer şiddet türlerine göre daha fazla görülmesiyle ilgili K25, K9 ve K3 kodlu katılımcılar gibi daha farklı katılımcılar tarafından da yoğun olarak vurgulanması dikkat çekicidir:

Sağlık alanında hangi şiddet türünün daha yaygın olduğuna yönelik yöneltilen soruya birçok katılımcı gibi K3 kodlu katılımcı (E, Bingöl) “*sözlü*” yanıtını vermiş ve sözel şiddetin daha fazla yaşadığına yönelik diğer katılımcılar tarafından da bu koda yoğun vurgu yapılmıştır. K9 kodlu katılımcının (K9, K, Bingöl), bazı gelen kişilerin tedavi ve hizmet almak için gerekli işlemleri yaptırmamada ısrarcı olduklarını ve sözlü münakaşayla başlattıkları tartışmayı sözel şiddetle devam ettirebildiklerini “*(...)niye giriş istiyorsunuz, ne gereksiz şeyler, altı üstü bir iğne yapacaksın, bir tansiyon ölçeceksin ne gerek var girişe, işin değil mi felan böyle şeyler(...)*” ifadeleriyle belirtmiştir. Burada sağlık hizmeti alan özellikle bazı vatandaşların tansiyon, enjeksiyon vb. gibi hizmetler için giriş yaparak ücret ödemek istemediği çıkarımı yapılabilir.

Farklı çalışmalara bakıldığında, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türünün en fazla sözel şiddet olduğu anlaşılmaktadır. Buradan hareketle sözel şiddetin gerçekleşme oranının diğer şiddet türlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Çamcı, 2011: 11; Çatel, 2015: 80; Dursun, 2012: 109; Türkmenoğlu, 2014: 32). Beder’in gerçekleştirdiği çalışmada (2009), sağlık çalışanlarının sözel şiddete uğrama oranının %79,9 gibi yüksek bir oranda olduğu görülmektedir (Beder, 2009: 23).

K25 kodlu katılımcı, sözlü şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının çalıştığı kurumun dışında günlük yaşamlarıyla ilgili tehdit edici söylemlere maruz kaldıklarını şu şekilde dile getirmiştir:

“Fiziksel darp, temas değil de sözlü olarak ama her gün yaşıyoruz. Birkaç saat önce bile yaşadık. Hastanın biri işte geldi tehdit etti, gitti. Dışarıda görüşürüz, sizi dışarıda bekliyor olacağım. Yani polislik müdahaleler oluyor daha çok. Hastane güvenliği müdahale ediyor ilkin, o yetmeyince yerine polis müdahale ediyor” (K25, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarının sözel şiddeti sık yaşamaları ve tehdit edilmeleri ile ilgili K25 kodlu katılımcının söylediklerine benzer ifadeleri K10 kodlu katılımcı da söylemiştir:

“Dün mesela bir olay oldu. Nörolojik bir hasta beyninde bir enfeksiyon vardı. Hastayla ilgilenildi, bütün işlemleri yapıldı, laboratuvar, kan tahlilleri, tomografi yapıldı. Ondan sonra hasta bizim hastanemiz açısından nöroloji doktoru ile görüşüldü. Bizim hastanemiz açısından çok bir şey yapılamayacağı ve ileri tetkik ve tedavinin yapılması uygun görüldü hocamız tarafından. Elazığ'a sevki uygun görüldü. Elazığ'a sevkinin beklendiği sıra içerisinde hasta yakınlarının bizim hastamızın durumu kötü, ne yapılacak işte bir şey yapın şeklinde sezlenişleri duyuldu. İşte tehditvari konuşmalar işte üzerimize yürüdüler yani biz dedik ki biz doktoruz ama herkesin uzmanlığı farklı. Sonuçta 112 ile görüşülmüş, konuşulmuş, hastayla ilgilenilmiş, hastanın yeri ayarlanıyor. 112 hasta ile ilgileniyor, hasta için yer ayarlıyor. Nitekim ... Hastanesi'ne de sevk edildi. Yani hasta buradan gönderilmiş bir hasta değil. Gönderildikten sonra başına bir şey gelmiş bir hasta değil. Hasta burada gözetimde. Burada hani hasta yakınlarının şunu bilmesi lazım. Ben anlatıyorum sonuçta yani ilgilendik senin hastanla, 112 arandı, sevk bekleniyor, bekleyeceksiniz bizim de elimizden gelen bir şey yok. Çünkü doktorların da eğitim alanları sınıflandırılıyor. Acil bir şey olsa biz tabi ki müdahale ediyoruz ama bilgiler bütün doktorlar da olmayabiliyor yani. Sonuçta biz brans olarak ayrılıyor, söylemek istediğim odur. Hastanın sevkini beklendiği sırada burada tehditvari yaklaşımlar, üzerimize yürümeler bu yaklaşımlar hoş değil yani. Hani biraz stresli olabilir bunu anlayışla karşılayabiliriz biz de ama bunun anlatılması, hasta yakınlarına izah edildikten sonra anlaşılması gerektiğini düşünüyorum. Belli bir noktada stres felan sonuçta bizim de ailemiz hastalanabilir, konuya empati yaparak yaklaşmak lazım. Bunu anlattıktan sonra, karşı tarafa izah ettikten sonra karşı tarafında bunu iyi niyeti görmesi lazım diye düşünüyorum” (K10, E, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarına bakıldığında sözel şiddetin yoğun yaşandığı ve güvenlik güçleri tarafından müdahale edilmediği takdirde fiziksel şiddete dönüşme tehlikesiyle karşılaşılabileceği belirtilmektedir. K25 kodlu katılımcının sözel şiddeti hemen hemen her gün yaşamlarıyla ilgili söylediği ifadeye yönelik benzer

bulgular, Fernandes ve diğerlerinin 112 sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada da görülmektedir. Bu çalışmada acil servis çalışanlarının sürekli agresif davranışlarla karşılaştıkları ve %70'in üzerindeki oranın hemen hemen her gün sözlü şiddete tanıklık ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Fernandes vd, 1996: 1248).

K32 kodlu katılımcının sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları sözel şiddet ile ilgili belirttiği temel sorunlardan biri şöyledir:

“Biz paramızı verdik siz bize hizmet etmek zorundasınız. (...) bazen siz bizim paramızla buradasınız diyorlar. Öyle diyor, işte siz bizim ödediğimiz vergilerle buradasınız. Yani yapacak bir şey yok” (K32, K, Elazığ).

Bu katılımcının ifadelerine bakıldığında; hasta yakınlarının sağlık çalışanlarının maaşlarının toplanan vergilerden tahsil edildiğini sık sık hatırlattığı ve hizmet memnuniyetsizliklerini, bu söylemlerle de sürekli gündeme getirdikleri anlaşılmaktadır.

Yapılan bir başka çalışmada maruz kalınan şiddet türlerine bakıldığında, sağlık çalışanları yüksek bir oranda çalışma yaşamları boyunca en az bir kez sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bununla birlikte aynı zamanda sağlık çalışanlarının çoğunun sözel şiddetle birlikte diğer şiddet türlerinin bir veya birkaçına maruz kaldığı ifade edilmiştir (Çamcı, 2010: 52).

K3 kodlu katılımcı da gelen hasta ve yakınlarının kendilerinden tahsil edilen vergilerle maaş aldıklarına yönelik söylem ve tepkilerle sık sık karşılaştıklarını şu şekilde belirtmektedir:

“Hekim burda benim vergimle maaş alıyor. Çıkar adama vergini göster diyorsun adam çalışmıyor bile, yeşil kartlı, vergisi de yok zaten. Ben bakayım ne kadar alıyorsun, ne kadar veriyorsun diyince yine bir şey yok. Doktorla karşılaştırınca vergisini, doktor ondan üç dört kat fazla veriyor. Zaten bunu laf olsun diye söylüyor, bunu söyleyen kesim böyle daha alt gelirli adamlar söylüyor” (K3, E, Bingöl).

Buna benzer söylemler K11 kodlu katılımcı tarafından da dile getirilmiş ve bu katılımcı konuyla ilgili rahatsızlığını şöyle ifade etmiştir:

“Bizim şu emniyet mensupları askerlere derler ya, siz bizim vergilerimizle ordasınız, şimdi artık bize de söylemeye başlayanlar var. Siz bizim vergilerimizle ordasınız, (...)gibi göndereceksiniz ekiplerinizi. Mesela arıyor şahıs diyor ki, illa fiziksel bir şiddet olmasına gerek yok. Çok onur kırıcı şeyler bunlar” (K11, K, Bingöl).

K5 kodlu katılımcı sözel şiddete maruz kalan arkadaşlarının olduğunu dile getirmiş, arkadaşlarına aşağılayıcı söylemler üzerinden şiddetin uygulandığını şöyle vurgulamıştır:

“Ben genel olarak bir şiddetle karşılaşmadım. Böyle söz dalaşına filan arkadaşlarım uğramıştı. Genellikle hakaret ediyorlar. Yani mesela bir hemşirenin kadın mı erkek mi olduğuna bakmadan doğrudan ağza alınmayacak laflarla karşılık veriyorlar, daha çok bel atından vuruyorlar personeli. Fiziksel gerçi artık şiddetin de cinsiyeti olmuyor, kadın ya da erkek dinlemiyorlar. Şey yapıyorlar yani şiddetle karşılık veriyorlar. Sözlü genellikle karşılıyoruz, ben değil de arkadaşlarım filan karşılıyor(…)” (K5, K, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olayları, sağlık alanındaki tüm meslekleri ve her cinsiyet türünü de tehdit eden bir durum olduğu ifade edilmektedir. Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında yaşanan şiddet olayları genellikle taciz, rahatsız etme, zorbalık ve kabadayılık vb. şekillerde olmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin uygulayıcıları arasında hasta ve hasta yakınları yer almaktadır. Sağlık personelleri içerisinde gelen şiddet olaylarının daha çok psikolojik şiddet şeklinde geldiği bilinmektedir ve bu şiddet türünün diğer şiddet türlerine göre daha yaygın olduğu ifade edilmektedir. (Ayrancı, 2002: 149; Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013: 127-128). Fakat sağlık alanında yaşanan şiddetin sağlık çalışanlarından gelmesi, göz ardı edilemeyecek öneme sahiptir. Çünkü böyle bir durumun daha ağır sonuçları olabilmektedir. Sağlık çalışanlarından gelen şiddetin sözel şiddet, kurumsal şiddet ve diğer birçok şiddet türü şeklinde veya bunların birkaçıyla birlikte olabildiği de bilinmektedir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet, çalıştıkları kuruluştaki iş arkadaşları ya da amirlerinden gelebilmektedir. Kurum içerisinde hiyerarşik yapıda sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması bazı sağlık çalışanlarının üzerinde daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu durum bazen daha farklı da olabilmektedir. Bu konuyla ilgili K5 kodlu katılımcı şu sözleri söylemiştir:

“Evet genellikle mobingler bir üst amirinin baskısıyla oluyor, şey olarak daha çok psikolojik baskı. Mesela bu tarz durumlardan dolayı ben işinden istifa eden insanlar gördüm. Karşılıyoruz, medyadan da görüyoruz, gerçek hayattada görüyoruz; ben mesela uğramadım ama benim yakınımın çalıştığı yerdeki doktoru mesela şu şekilde düşünüyoruz, doktor büyük bir meslek, nasıl oluyor da mobinge uğruyor. Ben de duyduğumda şaşırılmışım, Mesela Güneydoğu’da bir ilde yakınım çalışıyordu o anlatmıştı, düşün doktor hemşireden mobing görüyormuş. Bu mesela duyunca ben de çok şaşırılmışım, şey mesela işini iyi

bilmiyorsun şeklindeki bir mobingti. Geçen yakınım tayin istemişti, doktorun da tayini çıkmıştı aynı yere gitmişlerdi, orda da onunla aynı şeyi gören asistanlık dönemindeki arkadaşından görüyormuş, neymiş altı ay önce işe başlamış, o kıdemli sayılıyormuş. Oysaki ikisi de asistan, ikisi de TUS kazanmış insanlar yani dediğim gibi ben de başkasının şeyiyle şahit oldum bunu duydum yani. O şekilde duyunca da şaşırılmışım nasıl oluyor da mesela kendisiyle aynı mertebedeki bir insan tarafından mobinge uğrar ama öyleymiş. Şu şekilde gerçekleşmiş, şeymiş mesela kendisi de uzmanlık için asistanlık dönemi sırf önceki doktor ondan altı, yedi ay önce başlamış diye. Şu şekilde gerçekleşmiş bir yerde oturuyorlarmış galiba bu doktor da oturuyormuş, o altı ay önce başlayan doktor gelmiş, demiş burası kıdemlilerin yeri, sen daha yenisin kalk git başka yerde otur, durum şu şekilde oluşmuş ve bunu uygulayan hem kendi cinsi hem de aynı mertebedeki arkadaşı. Sadece gördüğüm kadarıyla bir doktor asistanlık döneminde mobinge uğruyor ve bu insan intihar ediyor belki siz de biliyorsunuz, erkek doktor intihar etmişti, mesela ondan çok etkilenmişim. Bir insan nasıl olur da bu şekil bir yaklaşım ve yaklaştığı şekilde o insanın hayatına mal oluyor yani meslek hayatını bırakmasına mal oluyor. (...)Zaten hastalar, hasta tarafından bir şiddet söz konusu oluyor, bunu kurum içinde bir amir ya da bir çalışan yaparsa o ekstradan çok vahim bir durum olur. Zaten ortalık karman çorman yani öyle bir durum oluyor” (K5, K, Bingöl).

Sağlık çalışanlarının iş yerinde uyguladığı mobingin sebebinin ego tatmini olduğunu değerlendiren K5 kodlu katılımcı, bu durumun sağlık çalışanlarını ciddi olumsuz etkilediğini ve bazı üst amirlerin çalışanlar üzerinde baskı oluşturabildiğini belirtmiştir. Şiddetin iş yerinde çalışan mesai arkadaşları ya da amirlerden gelmesi kurumsal şiddet olarak da değerlendirilebilir. Bu tip şiddet biçimlerinin zamanla kurumsal şiddete dönüşebildiği anlaşılmaktadır. Bu durumun dışında, bazı sağlık sistemindeki uygulamaların ya da yetersizliklerin sağlık çalışanları üzerinde problem yarattığı anlaşılmaktadır.

Katılımcılar tarafından başka bir kod kurumsal şiddet kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde izin, rapor alamadıklarını ve çok fazla iş yüklerinin olduğunu belirterek tükendiklerinden bahsetmişlerdir. K20, K11, K17 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Herkesi etkiledi. Herkes çok sıkıldı, sadece sağlık çalışanlarının izni iptal ediliyor, sağlık çalışanları rapor alamıyor, yani hiçbir şey yapamadılar bir süre boyunca. Hani mesela ne bileyim izin iptal oldu, izinde olanların izinleri iptal edildi ve geri geldiler. Eminim bu tür şeylerden kaynaklı sıkıldılar. Sıklamak değil, kimse yaptığı işten dolayı sıkılmıyordur da herkes tükendi. Yani bir tükenmişlik var. Tüm sağlıkçılar için bir süre izinler iptal edildi, bir

süre rapor alamadılar, izinde olanlar geri döndürüldü. Bunlardan dolayı bence sağlık çalışanları kendini tükenmiş hissediyor” (K20, K, Elazığ).

Covid-19 salgınının etkisiyle sağlık çalışanlarının iş yükünde ciddi artışların yaşandığı görülmektedir. Bu artışla birlikte sağlık çalışanları; hasta yoğunluğu ve salgın hastalığın seyrinden dolayı yıllık izinlerini kullanamadıkları, günlük yaşam düzenlerinde olumsuzlukların meydana geldiği görülmektedir. Yaşadıkları yoğun çalışma saatleri ve bulaş riskinden dolayı belli süre ailelerinden izole olarak yaşamaları, aile içi (özellikle çocuk-ebeveyn) ilişkisini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. K17 kodlu katılımcı tarafından konuya şöyle dikkat çekilmektedir:

“Ağır geçirip çalışmak zorunda olan arkadaşlarımız oldu. İzin filan kullanamadılar. Aile bütünlükleri çok bozuldu. Gerçekten ser sefil olanlar, eşiyile ayrılma noktasına gelenler, çocuklarıyla ben bizzat burda şahit oldum. Arkadaşım burda yoğun bakımda çalışıyordu, çok uyumlu bir çocuğu vardı ilkokul ikinci sınıfta, burda mesela aşığıya geldiğinde kardeşini getirmişti, muayene olacaktı. Çocuğun hırçınlığını anlatamam size, annesine karşı. Çünkü hiç izin alamadı, hiç rapor alamadı, hep çalışmak zorunda kaldı, Covid sürecinde ve geceli-gündüzlü çünkü yoğun bakımdaydı(...)” (K17, K, Bingöl).

K17 kodlu aynı katılımcı ile yapılan görüşmede yaşanan yoğunluğu ve kapatılan izinleri mobing ya da kurumsal baskı olarak değerlendirdiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

“Kurumsal baskı olduğunu, ya ben yine mobing görüyorum çünkü çok fazla personel alınabilirdi, sirkülasyon sağlanabilirdi. Bu kadar yorulmaz yıpranmazdı insanlar, bu kadar istifa olmazdı, bu kadar ücretsiz izne ekonomik olarak da dünyada bir çöküş var zaten. Bu kadar ekonomik riski arkadaşlarımız göze almazdı, benim için üzücü. Mobing görüyorum ben bunu. Bu evet, pandemi gerçekten zor bir süreç ordu gibi çalışmak lazım. Yani sağlık ordusu diyoruz, üzerine düşeni herkesin yapması gerekiyor. Yapıldığına da inanıyorum, gerçekten Türkiye’de çok güzel ilerlediğini, sağlık sektörünün gerçekten ilerlediğini ve sağlık çalışanlarının gerçekten çok ciddi özveride bulunduğunu ve çok iyi dayandığını düşünüyorum ben, çok iyi dayandığına gerçekten inanıyorum bütün arkadaşlarıma” (K17).

Covid-19 pandemi sürecinin olağanüstü bir durum olduğunu ve bu süreçte izinlerin kapatılmasını, yoğun çalışma saatlerini ve izole olma gibi durumları kurumsal şiddet olarak görmemek gerektiğini ifade etmiştir. K5 kodlu katılımcı bu hakların yanmadığını, izinlerin yaşanan salgın sürecinden dolayı askıya alındığını ve tekrar izin haklarının sonraki yıla devredildiğini şöyle belirtmektedir:

“Kurumsal şiddet olarak değerlendirmiyorum çünkü ülkece zor zamanlar geçirdik mesela. Yani bir olağanüstü hal durumuydu bir nevi. O tarz durumlarda üstümüze düşen görevi yerine getirmek zorundayız, çünkü personellere çok fazla ihtiyaç vardı. Çok büyük bir hastalık durumuydu yani; bir nevi neler yapılacak bizi neler bekliyor bir bilgimiz yoktu. Ondan dolayı tüm personeller izinden çağrıldı ama mağdur olan personeller oldu kesinlikle. Ben de mesela yıllık iznimi filan kullanamamıştım ama ondan sonra bir rahatlık seviyesine gelince tekrar o personelin hakları talep edildi. Normalde mesela ben sözleşmeli personelim yıl içinde yıllık izin kullanılmasa benim iznim yanıyordu ama bu işte pandemiden dolayı personele izin verilmediği için bir yıla mahsus olarak izinler iptal olmadı, yani yanmadı bir sonraki yıla devredildi. Yani evet o an personeller izinden çağrıldı, tatillerinden filan feragat ettiler geldiler ama sonradan tüm personelin hakları filan verildi” (K5, K, Bingöl).

İzin durumları ile ilgili hayıflanmayı K11 kodlu katılımcı (K, Bingöl) da *“şu an mesela ben izne ayrılmak istesem ayrılamam. İzinler görünürde açık, iznimde var ama ben ayrılamam”* şeklinde belirtmektedir. K15 kodlu katılımcı (K, Bingöl) ast-üst hiyerarşik ilişkiden dolayı kurum amirleriyle problem yaşayabildiklerini, bazen kendileri için bu durumun sorun olabildiğini ve motivasyonlarının ciddi olumsuz etkilendiğini *“Evet, çıkartılabiliyor, yakın zamanda bana da çıkartıldı. Ailevi bir durumdu yani sağlık ile alakalı bir durumdu ama sizin biraz önce bahsettiğiniz bu ast-üst ilişkisinden kaynaklı problemden bana sıkıntı çıkartıldı”* sözleriyle vurgulamıştır.

K18 kodlu katılımcı, yaşanan Covid-19 pandemi sürecinin sağlık çalışanları üzerinde çeşitli olumsuz etkilerinin olduğunu ve bu olumsuz etkinin özel sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanları üzerinde daha fazla kendisini hissettirdiğine yönelik düşüncelerini gerekçeleriyle şöyle ifade etmektedir:

“Şimdi mesela şöyle bir şey vardı, sağlık çalışanları o zaman çok bunaldı, özellikle özel hastanedekiler daha çok bunaldı, neden diyeceksiniz mesela devlet hastanesindekilere ek ödemeler yapılmıştı bu salgından dolayı, bu onları birazcık daha rahatlatmıştı. En azından tamam izne gitmiyorum ama ekstra bir para alıyorum, elimin acısı çıkıyor gibi deyimler vardı. Mesela bizim izinler kapatıldı, bayramda çalışıldı ondan sonra sokağa çıkma yasağındaki çalışmalar oldu ama hiç kimse, hiçbir kurumdan destek sağlanamadı. Atıyorum otobüsler seferlerden kaldırıldı, dedilerki geleceksiniz. Neyle geleceğiz? Arabam yoksa taksiyle geleceğim, bunların hepsi ekstra bir masraftı. Sokağa çıkma yasağında atıyorum 15 lira ise 20 lira isteyen taksiciler oldu. Taksi bulmada güçlük çektik ama kimse bunu düşünmedi. Bizler dedikki en azından çalışan insanlara bir servis, servis de düzenlenemedi. Tam tersine bize yararlı olacağına bize zararlı olduğunu düşünüyorum” (K18, K, Bingöl).

Sağlık alanında kurumsal baskının bazı uygulamalarda görüldüğüne yönelik vurgu daha çok Covid-19 sürecinde aşılama programında ve randevu sisteminin etkisiyle birinci dereceden sağlık kuruluşlarında görülmüştür. Bu kuruluşlara yönelik baskının daha çok izlenen aşı politikasında ve yapılan aşılama oranları konusunda olduğu K38 kodlu katılımcı tarafından şöyle aktarılmıştır:

“Bakanlık takip edeceksin diyor sonra vatandaşın karşısına çıktığında isteyen yaptırır isteyen yaptırmaz diyor, yaptığımız aşı sayısına göre performansınızı belirleriz diyorlar. Performans sisteminde de iki ay, üç ay ekstra bir ödeme yapılıyor onu da tam alamıyoruzki zaten. Vatandaş istediğimiz miktarda gelmiyorki. (...)Hani daha çok hastanelere gitmekten ziyade yine de birinci basamakta yapılanlar çok yani. Şu anda randevu sistemi kaldırıldıktan sonra birinci basamağa gelen aşı sayısı çok daha arttı. Vatandaş gelmedikçe nasıl performans gösterebiliriz ki, yaptığımız aşıya göre ek ücret veriliyor. İsteddiğimiz şekilde aşı olmaya gelmiyor vatandaş ve bizden de böyle bir talepte bulunuyorlar. Randevu sistemi kalktıktan sonra birinci derecede aşılar da artma var” (K38, E, Elazığ).

K38 kodlu katılımcı tarafından, kurumsal anlamda yaşanan zorlu sürece rağmen bazı kurumsal politikaların oluşturduğu olumsuzluklar ifade edilirken K3 kodlu katılımcı da dış sağlığı alanında hekimlere verilen tedavi sürelerinin yetersizliğine ve MHRS sisteminin ortaya çıkardığı probleme şöyle dikkat çekmiştir:

“Şimdi ben diğer hekimlerin yaptığı işi küçümsemiyorum. Bir dahiliyeye gidiyorsun muayene artı ilaç beş dakika sürüyor. Test filan istemiyorsa beş dakika. Ama dış hekimliği öyle değilki, bir dolgu yapıyorsun, anestezi yapıyorsun beş dakika, on dakika bekletiyorsun; yarım saat, kırk dakika, hastanın dolgusunu yapıyorsun, kanal yapıyorsun 45-50 dk sürüyor. Hani iki tane hasta geç kalınca diğer hastanın ikinci dişini yapamıyorsun, hani muayene et gönder olsa yirmi tane de alırsın, otuz tane de alırsın. Ama iki tane hasta geç kalırsa sen alamıyorsun, işin içinden çıkamıyorsun. 11-11.30 hastası olsa alabilir misin, alamazsın, hani beş dakikalık çekim olsa yaparsın. Ama hasta zaten çekimi aşağıda randevusuz şekilde yapabiliyor, hasta çekim için genellikle gelmiyor, dolgu, kanal, protez için de geliyor. Bu işlemler de öyle on-on beş dakikalık işlemler değil. Bu hastalar arasındaki randevuları 40-45 dk yaparsın öyle, ama hastalar arasını 20 dk yaparsan olmaz yani bunu MHRS sisteminin düşünmesi lazım” (K3, E, Bingöl).

Özellikle MHRS sisteminin verdiği tedavi süresinin yetersiz olması sağlık çalışanı ile gelen hasta veya yakını arasında tartışmaya sebebiyet verebilmektedir. Bu tartışma zaman zaman şiddete dönüşebilmektedir. Tedavi biçimine göre uygun sürelerin verilmemesinin burada simgesel şiddete dönüşebileceği akla gelmektedir.

Sözel şiddet, psikolojik ve kurumsal şiddet dışında sağlık çalışanlarının diğer şiddet türlerine maruz kalma oranlarının yüksek olduğu gözden kaçmamalıdır. Sözel şiddetten sonra sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları diğer şiddet türleri yüksek çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sözel şiddet ile başlamaktadır fakat daha sonra sözel şiddetle birlikte fiziksel şiddet de yaşanabilmektedir. Türkmenoğlu (2014) da sağlık çalışanlarının sözel şiddetten sonra %17,9 oranında sözel şiddet ile fiziksel şiddetin bir arada maruz kaldığını belirtmektedir (Türkmenoğlu, 2014: 33). Farklı çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının yaygın olduğu ve sağlık çalışanlarının farklı şiddet türlerine maruz kaldığı görülmektedir. Çamcı sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada (2011); sağlık çalışanlarının yaklaşık %75'inin çalıştığı yerde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir (Çamcı, 2011: 11).

Katılımcılar tarafından ifade edilen bir diğer kod fiziksel şiddet kodudur. K3 kodlu katılımcı (E, Bingöl) *“saldırı, fiziksel şiddet oluyor”* şeklinde yaşanan şiddete dikkat çekerken K1 kodlu katılımcı (K, Bingöl) Covid-19 pandemi sürecinde filyasyon ekiplerinin aşılama için köy ziyaretlerinde vatandaşların aşıyla ilgili kaygılarından dolayı fiziksel şiddetine maruz kaldıklarını *“Saha dediğim, vatandaşa giden ekipler. İşte arkadaş diyorki saha ekiplerini kovalamışlar taşla bir köyde. Kayseri'nin bir köyünde”* sözleriyle belirttiği görülmüştür. Yoğun bakımda hastanın kaybedildiği kriz anlarında hasta yakınlarının başvurduğu fiziksel şiddeti, K21 kodlu katılımcı (E, Elazığ); *“83 yaşında bir hasta öldü burda, yoğun bakımın camlarını kırıyor”* ifadeleriyle dile getirmiştir. Hastanın ölüm haberini verirken fiziksel şiddete maruz kalan ve acil polikliniğinde hekim olarak görev yapan K33 kodlu katılımcı tarafından da yaşadığı olay şöyle ifade edilmiştir:

“Yani benim yaşadığım var. Burda da eski çalıştığım yerde de. İşte hastalarla fiziksel anlamda da bana olan darp girişimleri oldu işte hastaya vefat haberini verirken saldırıya uğradım. Bıçaklı saldırıya uğradım bir defasında. Küfür, hakaret onları artık şiddet saymıyorum” (K33, E, Elazığ).

Küfür, hakaret gibi sözel şiddet eylemlerinin yaygın olmasından dolayı K33 kodlu katılımcı artık şiddete karşı duyarsızlaştığına dikkat çekmektedir. Sözel ya da psikolojik şiddet türünün yaygınlaşmasıyla birlikte yaptırımlara başvurulmaması zamanla bu şiddet türünün olağan görülmesine ya da sözel ve psikolojik şiddeti ispat etmek zor görüldüğü için sağlık çalışanlarının bu şiddet türünü artık yaptıkları işin bir

parçası olarak görebilmektedir. Nitekim Çamcı (2010: 52) da benzer ifadelerle bu duruma dikkat çekmiştir. Yoğun bakımlarda tedaviye direnç gösterilmesi ve gerekli müdahaleye engel olmak için bazı hasta yakınlarının şiddete başvurduğu görülmektedir. K30 kodlu katılımcı tarafından bu durum şöyle dile getirilmektedir:

“(...)Bölüm başkanımız Doğu Anadolu'nun en iyi yoğun bakım hocasıdır. Ben daha iyisini görmedim. Hani ben buralıyım, burda okudum. (...)Öyle bir özveriyle müdahale ettiği resmen iki dakkada çocuğun hayatını kurtardı. Babanın yaptığı şey hocamıza kafa atmak. Sırf hastayı yoğun bakıma almışız diye, siz benim çocuğumu neden yoğun bakıma almışsınız. Bizim hocamıza resmen kafa attı ve artık gurursal meseleye dönüyor. Geliyor buraya yüzü gözü şiş. İnsan karşısındakinin yüzüne bile bakamıyor. Haksız yere dayak yemek çok saçma bir şey” (K30, K, Elazığ).

Hemşire olarak farklı birimlerde çalışan ve altı-yedi yıllık acil birimlerde deneyimine sahip olan K9 kodlu katılımcı, fiziksel şiddete şöyle maruz kalmıştır:

“Biz odalara saklandık, sonra yine bir vakamı anlatayım sana, sabahın dört buçuğu filan; dört civarı bir intoks vakası gelmişti resmiz direk girişte sağda olurdu, kapıyı açıyorsun böyle hemen sağda, sedyeli bir alandı. Hastamız geldi, biz hastaya müdahale edeceğimiz vakayı tam hatırlamıyorum, intoksmuydu yalan olmasın. Hasta yakınları bayağı bir ajiteydi. Eline sopa aldı, orda temizlik yapılan sopa var ya onu aldı eline, gerçekten kovaladı bizi. Doktor kendini ayrı bir yere kitledi, biz hemşireler kendimizi ayrı bir yere kitledik” (K9, K, Bingöl).

K29 kodlu katılımcı özellikle muayene sırası beklerken hasta ile yakınlarının hemşireleri kolay sindirebileceklerini düşündükleri için şiddete başvurduklarını ve hemşirelere saldırdıklarını dile getirmektedir. Bu katılımcı suç oranlarının daha fazla olduğu bölgelerde şiddet oranlarının daha fazla olduğunu, bir hastanenin başhekimine silahlı saldırıyı ve başka bir sağlık kuruluşundaki doktorun fiziksel şiddete maruziyetini şöyle aktarmıştır:

“Bir tane daha örnek vereyim, üniversitede stajyerken bir hasta yakınının bizzat elinde silahla koşarak geçtiğine, başhekimini öldürmek için hastanede koştur koştur kovaladığına bizzat şahit oldum. O zaman staj yapıyordum. Ne olduğunu ne bittiğini anlayamadık. Bir anda elinde silah herkes silahlı adamın peşinde koşturuyor, başhekim önden gidiyor. Vuracak yani, aldı silah attı, silah seslerini duyduk, herkes bir köşelere saklandı. Ben bunu yaşadım yani, gördüm. Ondan sonra bir de stajyerliğimde buna şahit oldum. Bir de özel hastanede çalışıyordum. İstanbul'da böyle olayların daha çok olduğu bir semtteydi. Orda da bir hastanın doktoru darp ettiğine de şahit olduk. Vurduğuna, hastasını iyi yapamadığı için dövdüğüne de şahit olduk” (K29, K, Elazığ).

TBMM tarafından da yayınlanan bir raporda, sağlık alanında şiddete maruz kalan çalışanlar içerisinde en çok tehdit edilen personelin hemşire, hekim ve ambulans şoförleri olduğu belirtilmektedir. Yine bu raporda tüm sağlık kurumlarında şiddet olayları yaşansa da suç oranlarının yüksek olduğu bölge ve mahallelerdeki sağlık kuruluşları ya da daha izole kalan bölgelerdeki sağlık birimlerinde şiddet olaylarının yaşanma olasılığının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013: 127-128). K38 kodlu hekim katılımcıyla yapılan görüşmede de sağlık alanında farklı meslek gruplarının şiddete maruz kaldığı ve bu şiddetin arttığı ifade edilmektedir:

“Meslek hayatımızda bu bahsettiğin sözel, eyleme bağlı şiddet başka her türlü şiddetle karşı karşıyayız ve hiçbir şekilde azalma olmuyor aksine gün geçtikçe daha fazla artıyor. Azaldığı da yok her gün Türkiye'nin her yerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanı sadece doktor değil ben doktorum ama ebe, hemşire, ambulans şoförü, acil tıp teknisyeni hepsi bir şekilde buna maruz kalıyor” (K38, E, Elazığ).

Sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında bazı iletişim problemlerinin yaşanmasından kaynaklı olarak şiddet olaylarının meydana geldiği K22 kodlu katılımcı tarafından ifade edilirken özellikle sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının sağlık çalışanlarının meslekten istifalarına sebep olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu artışın sağlık alanında ciddi personel yetersizliği doğuracağına şöyle işaret ettiği görülmektedir:

“Ya evet adama kaldırım taşıyla vurdular ya. Yakın zamanda adama mermer isimliğiyle vurdular, sırf karınız dediği için, eşi demediği için. Adam dayak yedi ya, böyle bir dünya var mı? Şu an her doktor istifa ediyor. Yakında tedavi alacağımız doktor kalmıyor, kalifiye eleman kalmıyor. Geçen gebe yani hemşire arkadaşımızı yani tekme tokat vurdular. Ne oldu bu kişilere, hiçbir şey. Yani kadın ben gebeyim vurmayın dedi yani daha çok tekmelediler acilde” (K22, K, Bingöl).

4.2.3 Şiddete Karşı Verilen Tepki

Sağlık alanında şiddete maruz kalan sağlık çalışanları yaşadıkları durum karşısında bazen ne yapacağını bilememektedir. Yaygın olarak sağlık çalışanlarının tepki verme, karşılık verme, şikayet etme, Beyaz Kod verme, şikayet etmeme ve tepki vermeme davranışlarında buldukları bilinmektedir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayları karşısında neler yaptıkları ve duruma nasıl karşılık verdikleri sorulduğunda; tepki verme, güvenli

alan oluşturma ile yoğun olarak tepki vermeme ve şikayet etmeme şeklinde cevaplar verdikleri görülmüştür. Buna bağlı olarak sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasının üçüncü kategorisi olan şiddete karşı verilen tepki kategorisi olan katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; tepki vermeme ve şikayet etmeme, güvenli alan oluşturma ve tepki verme olmak üzere 3 kod ile ifade edilmiştir.

İlk kod olarak sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet karşısında tepkilerini dile getirdikleri görülmektedir. K23 kodlu katılımcı (K, Elazığ) “*Belli bir süre alttan alıyorsun ama bir yerden sonra sen de bağıryorsun, öyle*” diyerek verdikleri tepki biçimini vurgularken, K29 kodlu katılımcı (K, Elazığ) “*tahammül sınırlarımızı aşan durumlar olduğu zamanlarda da biz de tabiki farkındalık yaratmaya çalışıyorduk yani, haksızlığı dile getirmeye çalışıyorduk*” sözleriyle konuya dikkat çekmenin gerekliliğini belirtmektedir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet karşısında güvenli alan oluşturarak şiddete karşı kendini savundukları anlaşılmaktadır. Güvenli alan oluşturma koduyla ilgili K19 kodlu katılımcı (E, Elazığ) “*Buralara sınıyoruz, bir tarafa saklanıyoruz ki saldırıya uğramayalım, çünkü başımıza çok geldi*” şeklinde ifade edilmiştir.

K38 kodlu katılımcı ise şiddete karşı kendini korumak için alet (sopa) kullandığını belirtmiştir:

“Yanımda kendimi korumak için beyz bol sopası taşıyorum. Malesef var Allah kullandırmayı nasip etmesin yine de. Hatta bir defasında bile silahla gelen hastamın olduğunu biliyorum yani” (K38, E, Elazığ).

Sağlık çalışanları maruz kaldıkları şiddet karşısında bu kategorideki son kod olan tepki vermeme ve şikayet etmeme kodunu yoğun olarak vurgulamıştır. Birçok katılımcı şiddet olayı ile karşılaşınca duymamazlıktan geldiklerini, tepki vermediklerini ve şikayet etmediklerini ifade etmiştir. Bunun nedenini de mahkeme sürecinin uzun sürmesi, herhangi bir yaptırımın olmaması olarak belirtmişlerdir.

K29 kodlu katılımcı; hastanın haksız olduğu durumlarda bile çalışan haklarına başvurmadan ziyade sessiz kaldıklarını, tepki vermediklerini, mahkeme sürecinin uzamasından dolayı şikayetçi olmadıklarını ve özellikle fiziksel şiddete dönüşmediği sürece sözel şiddet maruziyetlerini tartışma büyümemesi açısından dikkate almadıklarını şöyle ifade etmiştir:

“Valla bizim öyle bir hakkımız yok. Valla hiç duymadım öyle bir hakka sahip olduğumu. Hasta haksız da olsa yani biz sadece sessiz kalabiliyoruz yani. Daha fazla bir şey yapamıyorsun. Çünkü her zaman hasta haklıdır hakimiyeti var. Mevcudiyeti var, şimdi kalkıp seninle öyle bir polemige gireceğiz ama kalkıp onla böyle birebir polemige girersem bu bir tartışma eylemine dönüşecek. O yüzden çoğu kez yaptığımız şey pollyannacı olmak, duymuyorsun, görmüyorsun, çok önemsemiyorsun. Zaten karşıdaki bilinçli olsa anlar senin halinden, yani girmemek gerekiyor. Mümkün merteye girmemeye çalışıyoruz. Duymuyoruz, görmüyoruz. (...)Evet öyle duyumlar almıştım ben de. Kamu davası açılıyor bir yerden sonra, bunlar uzuyor insanlar da bu noktadan sonra çok da şikayetçi olma tarafları olmuyorlar. Şimdi kalkıp bunun hangi biriyle uğraşacaksın. Bu her an başımıza gelebilecek bir olay, bu toplumda yaygın bir olay şimdi, toplumla karşılaştırıldığında dediğim çok ciddi boyutta olmadığı sürece herkes görevini icra ediyor yani, görmüyoruz, duymuyoruz bazen göz ardı ediyoruz bir takım şeyleri. Sözel olarak yaşadığımız olumsuzluklar oluyor ama bizzat yaşadığımız şiddet olmadı. Ben yaşamadım” (K29, K, Elazığ).

Bazı katılımcılar tarafından mahkeme sürecinin uzaması, süreç sonunda sonuç alma inançlarının olmaması, şikâetten sonraki süreçte birilerinin aracı olmasının şikâyet ve tepki vermemelerinde etkili olduğu K23 ve K15 kodlu katılımcı tarafından şöyle dile getirilmiştir:

“Yani şöyle güvenlik vasıta hemen müdahale ediyor eğer fiziki boyuta geliyorsa Beyaz Kod veriyoruz. Beyaz kod durumlarında dava filan açıldığı için biraz uzun bir süreç oluyor, o yüzden de çoğu uzun bir süreç, yaptırımı da yok. Yani bizim için çok bir yaptırımı yok, sürekli mahkemeye gidiyorsun bu da bizim için zor geldiği için, genelde beyaz kod vermiyoruz yani” (K23, K, Elazığ).

Bu durum K15 kodlu katılımcı tarafından da şöyle belirtilmiştir:

“Genelde şey oluyor Beyaz Kod dediğinizde of ne uğraşacaksın, Beyaz Kod verip git gel, git gel ne uğraşacaksın. Aslında biraz da haktan bir şeyler olacağına inanmadığımız için de bu oluyor, uğraşmıyoruz ya da birileri aracı oluyor. Gidiyorsun geliyorsun bir şey çıkmıyor” (K15, K, Bingöl).

K32 kodlu katılımcı, sözel şiddete maruz kaldıklarında kendilerine karşı çoğu söylenenleri dikkate almadıklarını ve karşıdaki kişiyle polemige girmediklerini şöyle ifade etmiştir:

“Yani yerine ve durumuna, hakaretin biçine göre tabiki, genelde muhatap olmamaya çalışıyorum mesela ben kendi adıma, duymamazlıktan geliyorum çok fazla irite etmediği takdirde. Genelde duymamazlıktan gelip çok fazla muhatap olmamaya çalışıyoruz” (K32, K, Elazığ).

Çamcı sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yaptığı çalışmada (2011), sağlık çalışanlarının şiddet olayını rapor etmeme gerekçelerini “gereksiz buldum” diyenlerin oranının %73.8 olduğu, “negatif sonuçlarından korktum” diyenlerin oranının %51.3 olduğu, “mesleğimin bir parçası olarak düşündüm” diyenlerin oranının ise %12.5 olduğu sonucuna ulaşmıştır (Çamcı, 2011: 11). Farklı çalışmalarda da önemsiz bulduğunu ifade ederek şikayet etmediğini belirten sağlık çalışanlarının olduğu görülmüştür (Demirci, 2018: 96).

Bir başka çalışmada da katılımcılar %19,4 (85)’i şiddete uğradıklarında tepkisiz kaldıklarını, %20,1’i üzgün, %37,4’ü kızgın hissettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %16,2’i öfkelenediklerini, %16,7’ü korktuklarını, %3,2’ü saldırarak karşılık verdiklerini, % 19,2’ü hayal kırıklığı ve %3,2’ü diğer durumları yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir (Çatell: 85).

Bazı sağlık çalışanları, maruz kaldıkları şiddetin sebebinin cehaletten kaynaklı olduğunu düşündükleri için tepki vermediklerini belirtmektedirler. K11 kodlu katılımcı *“Verecek cevap da bulamıyor insan, cehaletin seviyesi o kadar tab seviyedeki. Cevap da veremiyoruz artık gülüp geçiyoruz”* şeklinde ifade etmiştir (K11, K, Bingöl). K2 Kodlu katılımcı (E, Bingöl) da tepki vermeme biçimlerini *“Genel bazlı bu konularda tebessüm ediyoruz, alttan alıyoruz, karşı taraf haklıymış gibi sessiz durmayı seçiyoruz”* diyerek belirtmiştir.

K11 kodlu katılımcı ise maruz kaldıkları sözel şiddetin hasta stresi ve psikolojisinden kaynaklı olduğunu düşündükleri için sağlık çalışanlarının şikayet etmek istemediklerini söylemiştir. Bu durumun çok fazla yaşanmasından dolayı sözel şiddeti çok dikkate almadıklarını, söylenenleri sineye çektiklerini belirtmektedir. Bu tepki vermeme ve şikayet etmemenin etkisinden kaynaklı olarak da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında belli oranda bir artışın gözlemlendiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

“Bir sağlık çalışanına şiddette bulunursam belki bu bizden de kaynaklı. Biz de çok dikkate almıyoruz, sineye çekiyoruz her zaman. Diyorum hasta psikolojisi, adam şu anda rahatsız, hani her şeyi söyleyebilir o anda sana. Mecburuz hocam yani, çünkü hepsini şikayet etmeye kalksam benim orada çalışmaya vaktim kalmaz. O kadar çok geliyorki” (K11, K, Bingöl).

Ayrıca yukarıda K11 kodlu katılımcının şiddet olaylarının çok fazla yaşanmasından dolayı her yaşadıkları şiddet türüyle ilgili bildirimde bulunmaları

halinde çalışmaya vakit ayıramadıklarını belirtmesine yönelik ifadelerinden yola çıkarak; bazı sağlık çalışanlarının artık kendilerini sindirilmiş olarak hissettiklerini ve şiddetin yaygınlaşmasından kaynaklı olarak bu durumu işlerinin bir parçası olarak algılamalarına sevk ettiği söylenebilir.

Bu durum üzerinde etkili faktörleri benzer bir şekilde Çamcı; hizmet verilen grubun, hastalığın verdiği etkiyle stres altında olması, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması, şiddeti önlemeye yönelik etkili kurumsal ve yasal düzenlemelerin olmaması ve etkin bildirimlerin yapılmaması olarak ifade etmiştir (Çamcı, 2011: 13).

Şikayet etmeme ve tepki vermeme kodu ile maruz kalınan şiddet türü kategorisinde yer alan ve alt kod olarak işlenen sözel şiddet koduna bakıldığında katılımcıların ifadelerinden hareketle; sözel şiddetin yaygın olduğu ve sözel şiddetin artık alışılmış bir durum olarak algılandığı çıkarılmaktadır. Birçok sağlık çalışanının yaşadıkları şiddeti şikayet mercileri olan birimlere yansıtmadığı görülmüştür. Yaşanan şiddete yönelik Çamcı'nın sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili gerçekleştirdiği çalışmada (2010), sağlık çalışanlarının şikâyet etmenin gereksiz olduğunu düşünmesi, şiddet olayının ele alınışındaki tavırdan memnun olunmaması ve negatif sonuçlarından korkulmasından dolayı olduğu şeklinde benzer sonuçlara ulaşıldığı görülürken; en fazla sözel şiddetin bildirildiği diğer şiddet türlerinin ise ilgili mercilere bildirilmediğine yönelik bu çalışmadan daha farklı bir sonuca ulaşıldığı görülmektedir (Çamcı, 2010: 52).

4.2.4 En Çok Şiddet Vakası Görülen Birimler

Sağlık alanında yaşanan şiddet olayları birçok birimde yaşanmaktadır. Fakat bu alanda yaşanan şiddet olayları özellikle belirli birimlerde daha fazla görülmektedir. Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasının dördüncü kategorisi olan en çok şiddet vakası olan birim kategorisinde; hasta yoğunluğunun fazla olduğu birimler, stresli ve yoğun çalışma temposu gerektiren birimler başta olmak üzere acil birimler ve yoğun bakım gibi yaşam mücadelesinin verildiği birimlerde şiddet olaylarının daha fazla yaşandığı bilinmektedir. Bu çalışmada sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının en fazla görüldüğü birimlerin hangi birimler olduğu sağlık çalışanlarına sorulmuştur. En çok şiddet vakası görülen birimler olan bu kategoride verilen yanıtlara göre kodlar

oluşturulmuştur. Bu kodlar acil birimler, ameliyathane/yoğun bakım/cerrahi bölümler, pediatri servisleri ve kan alma ünitesi olmak üzere 4 kod ile ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yoğun yaşandığı birimler olarak ifade edilen ilk kodun acil birimler kodu olduğu, farklı meslek gruplarındaki sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir. K30 kodlu katılımcı (K, Elazığ) tarafından acil birimlerin en fazla şiddetin yaşandığı birimler olduğu “*Acil, en çok acil. Bu pandemi sürecinde pandemi ama başlı başlına acil*” ifade edilse de yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde en çok şiddet vakalarının pandemi birimlerinde olduğu dile getirilmiştir.

K24, K20, K12 ve K4 kodlu katılımcılar şiddet vakalarının en çok görüldüğü birimleri “*acil servisler*” olarak doğrudan vurgulamıştır. K2 kodlu katılımcı hasta yoğunluğunun fazla olması ve gelen hastaların ağırlı hasta olmalarından kaynaklı olarak en fazla şiddet vakalarının acil birimlerde görüldüğünü şöyle ifade etmiştir:

“Özellikle acil birimdir çünkü günde ortalama iki yüz ile üç yüz arası hasta gelir. Bu hasta profiline bakıldığında ekseriyeti ağırlı hastalar olduğu için sonuçta hani biz de ağırlı hastalara karşı en üst düzey tavrı ve en üst düzey tahammülü gösteriyoruz. Ağrısı var, sancısı var hakkaten ağırlı hasta normalde sergilemeyeceği hareketleri sergiliyor. Bunları gayet anlayışla karşılıyor. Dediğim gibi birincisi acil birimdir. Onun dışında da diğer kliniklerde de görülebilir” (K2, E, Bingöl).

En çok şiddetin acil birimlerde yaşandığını vurgulayan K3 kodlu katılımcı (E, Bingöl) ağız ve diş sağlığı alanında ise “*Burada acilde daha çok oluyor, dişte acilde daha çok oluyor*” diyerek en çok şiddetin ağız ve diş sağlığı alanında da acil birimlerde yaşandığını ifade etmektedir. Bir başka katılımcı ise ağız ve diş sağlığı alanında şiddet olaylarının çoğunlukla yaşandığı birimleri şöyle belirtmektedir:

“Acil, özellikle bizim de diş acilde endodonti ve cerrahi dişin acili gibi. Zaten bu hastanede bu ikisi pandemide de çalıştı. Acilde mesela şu anda polis beklemek zorunda yani polis niye bekliyor, niye halk sakin değil. Acil bölümünde adamlar bekliyorlar. Geliyor atıyorum, hastalar içeri giremediği için kavga ediyorlar. Mecbur bekliyorlar polislerde. Burda da bile beklemek yasak. İkişer kişi gelirse yine kalabalık” (K26, E, Elazığ).

K23 kodlu katılımcı acil servise gelen hasta ve yakınları ile ilgili bireysel farklılıklara dikkat çekerek, şiddet olaylarının varlığının gelen farklı hasta profiliyle de ilişkili olabileceğini şöyle değerlendirmektedir:

“Acil servis kesinlikle, gece gündüz gibi. (...)Çünkü gece gündüz açık, her türlü insan profili var, gelen her hasta da acil olduğunu düşünüyor. Konuşma tarzından şeyden kendini belli ediyorlar, söylemlerinden belli oluyor. Bir süre sonra tanıyor sunuz” (K23, K, Elazığ).

Acil birimlerde şiddet vakalarının fazla görülmesinin sebeplerinden biri de sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar olmaktadır. Daha riskli cerrahi işlemler gerektiren birimler ile diğer bölümlerin performans puanının eşit olması, uzmanlık sınavından yüksek puan alan hekimlerin daha riski az olan ve kolay tedavilerle hastaların sorunlarını çözebilecekleri alanlara yönelmelerini K33 kodlu katılımcı şöyle dile getirmektedir:

“Yani orda bir beyin kanaması ameliyatı yapıyor öbür taraftan bir plastik cerrah estetik ameliyat yapıyor, buna aynı performans puanını veriyor. Bizim şuanki mevcut sistem. O zaman işte adam gidip o riski almıyor. Saatlerce o kanamayı durdurma riski niye alsın. Yazmaz. Yazmayınca da şu an, acilde öyle. Puanı en düşük yerlerden biri acildir. Düşük olmasının sebebi risk fazla. İnsanlarla birebir karşı karşıya gelmen, şiddet olaylarıdır yani. Şu an bir hoca vardı. Geçmiş yakın zamanda şiddete maruz kaldı. Kafasına dört beş tane dikiş atıldı onu da şey yapabilirsin bence. Hastaya faydalı olmaya çalışırken oldu. Türkiye’de istatistiki bir çalışma yapılırsa özellikle acil servislerde çalışanların %90 üstü ben fiziki veya sözel şiddete maruz kaldım şeklinde bir gerçek ortaya çıkabilir” (K33, E, Elazığ).

Acil birimlere yapılan başvuruların poliklinik hizmeti alma şeklinde olması, acili amacı dışına çıkaran önemli bir faktör olmaktadır. Bu da hastaların polikliniklere başvurmadan ziyade acil servislerde bu hizmeti almaya çalışması hasta yoğunluğunu daha çok arttırmaktadır. Acil polikliniklerde tüm tahlil ve testlerin yapılamaması, farklı uzmanlık alanları gerektiren hekimlerin bulunamaması tedaviyi olumsuz etkilemektedir. İstenen tetkik ve alanında uzman hekimlerin gelmesi bekleme sürelerini arttırmaktadır. Bu bekleme durumu hasta ve yakınlarında ilgilenilmedikleri hissi oluşturabilmektedir. Tüm bu durumlar bir araya geldiğinde sağlık alanında şiddet olaylarının yaşanmasında etkili olmaktadır. Konuyla ilgili K25 kodlu katılımcı şunlara dikkat çekmektedir:

“Yaşadığımız en büyük sıkıntı acile acil gözüyle bakılmaması. Özellikle Elazığ’da, diğer illeri bilmiyorum mesela hasta karnı ağrıyor, ne zamandır on gündür ağrıyor. On gündür neden polikliniğe gitmiyorsun. Burada poliklinikte yapılan testlerin çoğu yapılmıyor. Bu sefer hasta niye beni geri gönderiyorsun diyor polikliniğe. Hastalar daha önce benim bir sıkıntım varsa acile gelmek zorundayım hissindeler. Ben acile gideyim bana acilde müdahale edecekler, diyor. Hiçbiri de demiyor poliklinikte doktorlar var, doktorlar bakıyor daha detaylı; hiçbiri bunu düşünmüyor ya da kolaylarına geliyor açık söyleyeyim. Acile buraya

geliyor direk müdahalesi yapılıyor. Gerekli doktor arkadaşlar çağrılıyor o bölümlerden. Mesela ortopedi hastası geliyor durumu kötü kolu bacağı kırık, ortopedi doktoru çağırıyorsun ortopedi doktoru ameliyatta. Ameliyatı bırakıp gelemiyor. Bu defa geç müdahale ediliyor, doğal olarak hasta acilde olduğu için sanki biz yapıyormuşuz gibi oluyor. Bizim isteğimizle sanki gelecekler de. Yoğunluk aşırı oluyor mesela bir hasta geliyor içeri yanında on tane yakını geliyor içeri zaten rahat çalışmıyoruz, yığılma içeride olunca gecikme oluyor, gecikme olunca da hastalardan bu kez tekrar tehdit alıyoruz. Ben sekiz yıldır Elazığ'dayım üç yıldır da çalışıyorum en çok da bunlardan müzdaribiz. Diğer hastanelerde nasıl oluyor bilmiyorum” (K25, E, Elazığ).

Hasta yoğunluğunun fazla olması ve hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alma talepleri yani hastalara oryantasyon eksikliğinden kaynaklı acil birimlerinde şiddet olaylarının görüldüğü anlaşılmaktadır. Ayrıca hastaların tedavi hizmetlerini ilgili poliklinikten almaması ve acil birimlerinden poliklinik hizmeti niteliğinde tedavi beklentileri bu birimlerde şiddet olaylarının yaşanmasını etkileyen unsurlar olmaktadır. Bu durumla ilgili K4 kodlu katılımcı şunları söylemektedir:

“Yoğunluk, hastasından bilgi alamama yoğunluk yüzünden. Sürekli hasta hakkında bilgi edinme çabası bir var. Hastam ne oldu belki özel hastanelerde bu biraz daha şeydir, bilgilendirme daha çok olduğu için özel hastaneler tercih edilebilir bu bağlamda. Ama mobing gören, şiddet gören en fazla acildir bence. En fazla acildir, acilde yoğunluk vardır yani hastasını bir türlü şey yapamayan insanlar da vardır yani, sonuç alamayan diyeyim. Ya da sonuç almıştır onu tatmin etmemiştir, çünkü adam acile hangi gözle bakıyor, acile gidiyor adam kalp krizi geçirmiş, zaten onları tedavisini yapıp gönderiyorlar, yatırıyorlar, şey yapıyorlar. Ama adamın beli ağrıyordur ağrısı burda belimin geçsin diyor. Geçemezki acil seni fizik tedaviye gönderir. Fizik tedaviye gitmen lazım ya da beyin cerrahiye gitmen lazım. Adam acilde kesin çözüm alıp gitmek istiyor, o yüzden sıkıntılar hep bu yüzden oluyor” (K4, E, Bingöl).

Tüm vatandaşların ihtiyacının olduğu acil birimlerde şiddet olaylarının yoğun yaşanmasının sebepleri arasında yaşanan olayların sıcak olmasından kaynaklandığı ve bir hastanenin en kritik birimi olduğu K7 kodlu katılımcı tarafından “namus” kavramıyla vurgulanmıştır. Bu katılımcı gelen hasta ve hasta yakınlarının bu birimlerde anlık ve duygusal hareket ettiklerini şöyle belirtmektedir:

“En çok bence acil. Çünkü acil dediğin zaman yani bence bir hastanenin namusu zaten bence acildir yani. Bunu ben söylüyorum. Bir hastanenin namusu acildir. Çünkü ben kendim söylüyorum, çünkü acile gelmeyen insan varmıdır Bingöl'de. Sen yoğun bakıma gelmemişsin belki ama acile belki on defa gitmişsindir. Yani acilden geçmeyen insan yoktur yani ondan

dolayı da şiddetin çoğu acilde yaşanıyor. Çünkü adamın hastası olduğunda direkmen acile getirdiği için ondan dolayı da orada olay sıcaklığı sıcaklığı oluyor. Servise gelene kadar olay soğuduğu için artık şiddet kolay kolay yansımıyor. (...)Orda olay daha sıcak, adamın duyguları daha sıcak, adamın duyguları daha sıcak. Adam daha yeni yaşamış. Yani adam kendini dedim ya aklıyla hareket etmiyor. Adam orda yani bir anda aklını bırakıyor, bağıyor, çağırıyor, pencereyi indiriyor. Bunların hepsini acilde yaşıyor. Hasta da zaten ondan sonra toparlıyor, sonra da zaten servise gidiyor. O zaman adam daha rahatlıyor ve düşünme imkanı sağlıyor kendine” (K7, E, Bingöl).

Acil servis ve serviste çalışan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranları diğer birimlere göre daha fazla olduğuna yönelik bulgular farklı çalışmalara bakıldığında da görülmektedir. Ayrancı'nın sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yaptığı çalışmada (2002) acil servislerde şiddete maruz kalma oranının %63.1 olduğu, bu oranı yataklı servislerin %63 oranında takip ettiği belirtilmektedir. Başka bir çalışma olan Türkmenoğlu (2014)'nin yaptığı çalışmada ise acil servislerde şiddet oranının (%70,7) ile diğer birimlere göre daha fazla olduğu görülmektedir (Ayrancı, 2002: 151; Türkmenoğlu, 2014: 35). Bir başka çalışma olan Boz ve diğerleri (2006)'nin acil servislerde gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların sözel şiddete şahit olma ya da maruz kalma oranının toplamda %88,6 olduğu belirtilirken, Fernandes ve diğerlerinin 112 çalışanlarıyla yaptığı bir diğer çalışmada da katılımcıların % 76'sının sözel şiddete tanık olduğu olarak ortaya çıkmıştır (Fernandes ve diğerleri, 1996: 1246).

Acil servislerde şiddet oranlarının yüksek olmasının sebepleriyle ilgili benzer bulgulara yine Ayrancı'nın gerçekleştirdiği çalışmada (2002) rastlanmaktadır. Şiddetin acil birimlerde fazla görülmesi, acil servislerin stresli ortam olması ya da hasta ve yakınlarının endişeli, korkulu olmasından kaynaklı olduğu vurgulanmaktadır. Tetkik ve konsültasyonlar nedeniyle tedavinin uzamasının hasta yakınları tarafından geç müdahale olarak algılanması, bekleme sürelerinin uzaması, hastanın kurtarılamaması gibi nedenlerden sorumlu tutulan sağlık çalışanlarından intikam alınmak istenmesi, bu birimlerde şiddetin yaşanma sebepleri arasında yer almaktadır. Özellikle acil servislerde geceleri ve tatil günleri hekimler ile hasta ve yakınları arasında önemli işleve sahip deneyimli hastane yöneticilerinin olmaması, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmaktadır. Bu deneyimli personelin yoksunluğu da bu birimlerde şiddet olaylarının yaşanmasında etkili olmaktadır (Ayrancı, 2002: 152).

Katılımcılar tarafından ifade edilen bir diğer kod pediatri bölümü kodudur. Katılımcılar, ebeveynlerin çocukları söz konusu olunca daha agresif ve korumacı olduğunu, bu yüzden de şiddet vakalarının en çok pediatri bölümünde görüldüğünü ifade etmişlerdir. Bu birimde şiddet olaylarının yaşanma sebeplerinden birinin de hasta yakınlarının kendi hastalarının durumlarını kabullenme noktasında direnç göstermeleridir. Bu zor kabullenme sorunu da daha çok acil ve pediatri birimlerinde şiddete yansiyabilmektedir. K28 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şöyle çocukta gerçekten çok fazla var. Hani gerçekten çocuk ailelerin en can alıcı, en gerçekten, hani hemşire hanımlar çocuğa damar yolu açarken bile sıkıntı yaşıyorlar. Kimse isteyerek çocuğu iki üç defa delmez. Çocuklara girişimler de her şeyden daha zor gerçekten. Yani damar yolundan tedavisine kadar gerçekten boyu kilosuna uygun hazırlamamız zorlandığımız şeyler. O yüzden pediatri anne babaları daha agresifler bu konuda. Hem bize hem sağlık çalışanı personele, hemşirelere biraz daha ama diğer bölümlerde biraz daha şey bence. (...)Yoğun bakıma giren hastanın her alanda riski olduğu için aileler biraz daha böyle hazırlıklıdır, onun belki etkisi vardır. Yoksa yoğun bakıma giren hasta serviste gerçekten tedavisi mümkün olmayan ihtiyaç duyan hasta, onun durumu kötü olduğu için hastaların yakınları biraz daha belki böyle şey oluyorlar, kabulleniyorlar hastanın kötüleştiğini veya öldüğünü. Ama dediğim gibi acile de, pediatri insanlar biraz daha zor kabulleniyorlar gerçekten” (K28, K, Elazığ).

K30 kodlu katılımcı da bu birimlerde çatışma ve şiddetin yaşanmasının temel sebeplerinden birinin de hasta profili çocuk olunca hasta yakınlarının daha çok hassas olmalarından kaynaklandığını belirtmektedir. Bu noktada bakıldığında ise şiddetin kaynaklarından birinin de sevgi bağı olduğu anlaşılmaktadır. Konuyla ilgili bir bu katılımcı şunlara dikkat çekmiştir:

“Pediatri. Çünkü hani evlat farklı birşeydir. Dede ve nineler için torun sevgisi farklı bir şeydir ya yurdum insanında, bunların torunu, bunların evladı işte canı öyle olunca da en çok şiddet olayı(...)” (K30, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen başka bir kod kan alma ünitesi kodudur. K20 kodlu katılımcı acil birimlerde, polikliniklerde sıra beklerken ve kan alma ünitelerinde şiddetin en çok görüldüğünü *“Acillerde, polikliniklerde sıra beklerken, kan alma. Kanımızı aldın mı, alamadın mı?” (K20, K, Elazığ)* şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık alanında yoğun olarak şiddetin yaşandığı birimler yoğun bakım, cerrahi birimler ve ameliyathanelerin önleridir. Dolayısıyla katılımcılar tarafından ifade edilen

bir diğerkod ameliyathane/yoğun bakım/cerrahi bölüm kodudur. Katılımcılar ameliyathane, yoğun bakım kapılarında ve cerrahi bölümlerde önemli hastalıklar, eks durumlar olduğu için şiddet vakalarının en çok ameliyathane, yoğun bakım kapıları ve cerrahi bölümlerde görüldüğünü ifade etmişlerdir. K4 kodlu katılımcı (E, Bingöl) *“Ameliyathaneler, yoğun bakımlar ondan sonra en fazla şiddet görenler bunlar”* ifadeleriyle belirtirken K21 kodlu katılımcı (E, Elazığ) tarafından da *“Yoğun bakımda hastası yatanlar şiddet eğilimi orda olabilir, çünkü %100 garanti yok, Allah verir. Bazen doktorun kendi uzmanlığı da yetmiyor”* şeklinde dile getirilmiştir. K29 kodlu katılımcı (K, Elazığ) ise şiddet olaylarının en fazla görüldüğü birimleri *“Yoğun bakım, acil, ameliyathane”* diyerek sıralamıştır.

Bazı sağlık çalışanları şiddet olaylarının en fazla yaşandığı birimleri cerrahi bölümler olarak ifade ederken bazı katılımcılar ise yoğun bakım birimlerinde en fazla şiddet olaylarının görüldüğünü bildirmiştir.

K36 kodlu katılımcı (E, Elazığ) yoğun bakım ve cerrahi birimler hayati tehlikenin yaşandığı yerler olduğu için *“Sıklık oranlarına baktığımız zaman yaralanmaların olduğu cerrahi branşları düşünebiliriz. Cerrahi birimler, yoğun bakımlar çünkü niye buralarda elzem olaylar oluyor. Yaşamla ölüm arasında bir yol vardır”* diyerek bu birimlerde yaşanan şiddet olaylarına dikkat çekmiştir. Yoğun bakım birimlerinde yatan hasta yaşamını kaybettiğinde hasta yakınlarının o kriz anında şiddet eğilimli olabildiklerini K31 kodlu katılımcı (K, Elazığ) *“Bizim yoğun bakımda da hasta örneğin eks olduğunda aileler çok sıkıntı çıkarabiliyorlar(...)”* şeklinde dile getirmiştir. Bu durumu K32 kodlu katılımcı da şöyle belirtmiştir:

“Asıl bir de şimdi şiddetin yoğun bakımda hastasını kaybetmiş insanlar orda çok olduğu için ordakiler daha çok yaşıyor aslında. Biz burda genelde sözlü şiddet, yani bu tarz şeyleri yaşıyoruz” (K32, K, Elazığ).

Yoğun bakım ve ameliyathane girişleri yasak olsa da hasta yakınları bu birimlerde hastalarını bekledikleri için şiddet vakaları görülebilmektedir. K29 kodlu katılımcı ameliyathane ve yoğun bakım birimlerinin önünde ciddi şiddet olaylarının görüldüğü durumu şöyle ifade etmiştir:

“Ama kapıda bekliyorlar, en çok duyduğumuz şey bu zaten; hasta ameliyata girdi, sonucu ne olacak diye bekliyorlar. Sonucu olumsuz olduğunda zaten hastanın yakınında

potansiyelinde varsa, ya dövüş ya kavga en sonunda nihayetinde ölüm yani. Yoğun bakımlarda çok fazla, ameliyathanelerde” (K29, K, Elazığ).

Bir başka katılımcı olan K9 kodlu katılımcı da duruma şu şekilde dikkat çekmiştir:

“Yani söyleyeyim yoğun bakım kapısına eğer doktor gidiyorsa atıyorum bir eks haberini verecek ya da beklenmeyen bir ölüm ya da o tarzda şeylerde onların ölüm haberini veriyorsa, o anda şiddet olabiliyor; yoğun bakım kapılarından bahsediyorum. Yoksa yoğun bakımlara girişler o anlamda birazcık daha izole edilmiş; evet burası için söylüyorum kapılar zorlanıyor, daha önce girilmişliği var, yangın merdiveninden daha önce girilmişliği var. Daha önce girilmişliği var, burda da oluyor” (K9, K, Bingöl).

Şiddet olaylarının en çok cerrahi bölümlerde görüldüğünü ifade eden K35 kodlu katılımcı, yakın zamanda gerçekleştirdiği cerrahi işlem sonrasında sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiş ve cerrahi birimlerde yaşanan şiddetin nedenlerine yönelik görüşlerini şöyle ifade etmiştir:

“Çünkü ameliyata gelen hasta mesela bizim akciğer kanseri hastalarımızdan hiçbir sıkıntısı yok, adam akciğer kanseri ama işleyiş olarak fonksiyon olarak hiçbir sıkıntısı yok geliyor, ayaktan geliyor ameliyatını oluyor, iyileşirse dört beş güne çıkıyor ama iyileşemediği durumda hasta yakınları şunu söylüyor; ben babamı ayakta yürüterek getirdim ama bana cenazesini verdin” (K35, E, Elazığ).

K36 kodlu katılımcı (E, Elazığ) da “Sıklık oranlarına baktığımız zaman yaralanmaların olduğu cerrahi branşları düşünebiliriz” diyerek cerrahi birimlerdeki şiddetin yoğunluğuna dikkat çekmiştir.

K18 kodlu katılımcı, yoğun bakım birimlerinde yatan hasta yakınlarının hastalarını görme istekleri konusundaki talepleri reddedildiğinde şiddet eylemine başvurabildiklerini, bu birimde yatan hastaların aile ve akrabalarının birçoğunun görüşme talepleri olduğunu ve aile içi problemlerin zaman zaman bu birimlere kadar yansıdığını şöyle ifade etmiştir:

“Şimdi şöyle iki şey başıma gelmişti. Birincisi yoğun bakımda çalışırken orada en yakın olarak belirlenen bir kişi günde tek bir defa görüşmeye alınıyordu, şimdi yoğun bakıma alındığı zaman ya da hastaneye yattığı zaman, atıyorum amcasının kızı, kızının torunu gibi durumlar var.Yoğun bakıma geldiği zaman herkes görüşmeye gelmek istiyor, herkes helalleşmeye gelmek istiyor. Şimdi oralarda yirmi otuz hasta yatıyor. Yirmi otuz hastanın her gelenini aldığımız zaman enfeksiyon kapma olasılıkları daha yüksek. Biz de bunları engellemek için genelde günde bir kişi ve genelde en yakın olan kişileri seçiyorduk. Bunlar

arasında mesela küs olan çocukları oluyordu. Diyorlardı ki siz onu almışsınız beni nasıl almazsınız, bugün görüşme günü ben otuz tane insanın hangisiyle görüştüreyim, hangisi bugün gelmeliydi, aralarında kimin problemi varmıydı yokmıydı bilemem, biz diyorduk ki biraz önce sizin yakınınız geldi, annenizle- babanızla görüştü alamıyoruz. Bu sefer de şiddete yöneliyorlardı. Ya işte siz nasıl yapıyorsunuz, sizin aldığınız para haram, beni ailemle görüştürmüyorsunuz gibi gibi şeyler yükseliyordu” (K18, K, Bingöl).

K18 kodlu katılımcının yerel halkın inançlarından hareketle ve gelenek haline gelen “helallik alma” olgusundan dolayı hasta ziyareti yasağının dinlenmediği anlaşılmaktadır. Temelde bu inançtan kaynaklı olarak kuralların ihlal edilerek hastanın ziyaret edilmek istenmesi şiddet olaylarını arttırırken, bu birimlerde görüşmelerin gerçekleşmesi sonrasında aile içi dargınlıkların kalktığı da anlaşılmaktadır. Ayrıca hasta yakınlarının yoğun ziyaret etme istekleri de aile bağlarının gücü hakkında bilgi vermektedir. O halde sağlık hizmetleri almak isteyen bireylerin hizmet aldıkları birimlere kendi yaşam biçimlerini de taşıdıkları, bu birimlerden yaşam biçimleri ve sahip oldukları inançları ile ilgili de hizmet beklentisine girebildikleri çıkarılabilir.

4.2.5 Çatışma Alanları

Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasının son kategorisi olan çatışma alanlarında katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; hasta sabırsızlığı ve tatminsizliği, ilgi beklentisi ve tedavi olma isteği, sistemden kaynaklanan sorunlar, sağlık hizmetine erişememe, iş yükü fazlalığı ve personel eksikliği, iletişim, hastanın kendi tedavisini istemesi, sağlık çalışanına ek sorumluluk yükleme ile sağlık çalışanının deneyim ve bilgi eksikliği olmak üzere 8 kod ile bu kategori ifade edilmiştir.

Katılımcılar tarafından ifade edilen yaygın kodlardan biri iletişim kodudur. Yapılan görüşmelerde sağlık alanında yaşanan şiddetin temel sebeplerinden birinin iletişim problemi olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcılar görev yaptıkları ilde gelen hasta ve yakınları ile kültürel farklılıklardan dolayı ve konuşulan zaza gibi dilleri bilmedikleri için iletişim sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanı ile sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarıyla iletişim kurma noktasında yaşadıkları problemlere K24 kodlu katılımcı (E, Elazığ) “İrtibat, dinleme, iletişim kopukluğu, büyük aynen. Elazığ’da özellikle bence bu Elazığ’a özgü bir olay” diyerek Elazığ bölgesinde bu durumun yaygın olduğunu düşünse de iletişim probleminin yaygın olduğuna yönelik görüş Bingöl ilindeki katılımcılar tarafından da dile getirilmiştir. K7 kodlu katılımcı bu iletişim problemini şu şekilde dile getirmiştir:

“Bence şiddetin bir diğer nedeni de iletişimsizliktir yani. Benim karşıdaki adamı anlamam, onunla güzel bir şekilde konuşmam, yani adam bir soru sordu ben buna güzel bir şekilde cevap verebilmeliyim. Ben bu adama cevap vermiyorsam, bunu tersliyorsam bu adam zaten, kafasında bir şeyler uyduruyor, geliyor bu defa otomatikmen ikinci defa bana saldırıyor. İkinci defa gelip sana saldırıyor. Hiç beni dinlemeden beni dövebiliyor. İşte burda iletişim çok önemli” (K7, E, Bingöl).

Kırsal bölgelerdeki kültürel yapının etkisi, kendini ifade etme biçimi, yerel linguistik farklılıklar, mizaç ve diğer bireysel farklılıklar sağlık çalışanlarının iletişim problemlerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bu duruma K6 kodlu katılımcı şöyle açıklık getirmiştir:

“Açıkçası çok kültürel sebep onlara şey yapmadık ama bizim hastalarımız genel itibariyle uzaktan gelen hastalar. Adamlar köyden geliyor, biraz daha bu Merkez’in dışında kalmış kişilerdir. Onun biraz daha kültürü farklı olabiliyor, daha katı olabiliyor. O şekilde yani, adam sana iyi niyetle bir şey söylüyor ama onun o kültür yapısı katı bir insan yani. Sen bir şeyi söylüyorsun ama o emri vaki söylüyor ama kötü niyetle değil, özellikle sen ne biçim konuşuyorsun dediğin zaman o ara şiddete başvurabiliyor. Kesinlikle bir iletişim, bizim burda eksiklik zaten iletişim. Adamlar iletişim zaten kuramıyorsun” (K6, E, Bingöl).

İletişim probleminden kaynaklanan yanlış anlaşılmanın şiddete davetiye çıkardığını ve tedavide yaşanan aksaklıkların etkisine yönelik K36 kodlu katılımcı şunları ifade etmiştir:

“Pratikte yaşanan sorunlar genel olarak baktığımız zaman hepsinin başında yanlış anlaşılma. Çünkü niye hani derler ya incir çekirdeğini doldurmayacak sebepler, hastayla sağlık çalışanı arasında ilişkinin bozulmasındaki temel sebep burda yaşanan yanlış anlaşılma. Hastane içerisinde olan hani tedavi, muayene, randevu bu süreçte yaşanan aksaklıklardır. Ama hasta yönünden olan aksaklıklar, sağlık çalışanı yönünden değil. İletişimsizlik, bilgi düzeyi çünkü niye özel hastaneye gelen hasta yönünden çeşitli yaşanan aksaklık oluyor” (K36, E, Elazığ).

K27 kodlu katılımcı gelen hasta ve yakınlarının konuştukları dili anlamamalarından kaynaklı olarak hizmet vermede zorlandıklarını şöyle açıklamıştır:

“Bir de dil olarak ben ilk defa burda zorlandım. Okuduğum ilde, hiç kürtçe bilen hastam ya da türkçe bilmeyen hastam hiç olmamıştı. Burda onla alakalı bir zorlama oldu. O hastaya burda hem hastaya derdimi anlatamıyordum hem refakatçi geliyordu” (K27, K, Elazığ).

K2 kodlu katılımcı da bu durumun daha çok yaşlı hastalarda yaşandığına dikkat çekmiştir:

“Elbette var, sonuçta burası doğu ve burda üç dört dil konuşuluyor. Burda türkçe var, kürtçe var, zazaca var özellikle iletişim noktasında Suriyeliler de var arapça var, dört dil. Çoğu zamanlarda dil kaynaklı iletişim kopukluğu yaşanıyor ister istemez özellikle yaşlı hastalarımızda” (K2, E, Bingöl).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebepleri arasında iletişim probleminin olduğu farklı çalışmalarda da görülmektedir (Enişte, 2015: 41; Çatel, 2015; Demirci, 2018: 96).

Çatışma alanları kategorisinde yer alan ve yoğun olarak ifade edilen bir diğer kod hasta sabırsızlığı ve tatminsizliğidir. Katılımcılar hastaların sıralarını beklerken sabırsız olduğunu, tahammül edemediklerini, hemen tedavi olma istekleri olduğunu ve yapılan tedavinin dört dörtlük olmasını beklediklerini belirtmişlerdir. Bu durumun yaşanması da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda çatışma yaşanmasına zemin hazırlamaktadır.

K20 kodlu katılımcı sağlık kuruluşuna gelen hasta ve hasta yakınlarının bekleme noktasında sabretmediklerini, muayene sırası beklerken dahi sinirlendiklerini ve bu durumu Covid-19 pandemi sürecinin daha belirgin hale getirdiğini şöyle dile getirmektedir:

“İnsanların sabırsızlığından kaynaklı, çok sabırsızlar, insanlar beklemek istemiyor, çok sinirliler. Evet gerçekten zor bir süreç geçiriyoruz son iki senedir. Evet herkes daha bir sinirli hale geldi. Eskiden de çok sakin değildi insanlar ama bu iki senedir, insanlar gerçekten de zor zamanlar yaşadı. Tabikide şiddet doğru değil ama ben bu iki senenin insanlardan daha çok şey götürdüğünü düşünüyorum. Pandemi süreci daha çok olumsuz etkiledi herkesi. (...)Diyorum ya kabalığa verilecek bir isim ya da bahaneye gerek yok. Düşünsenize bir yakınınızla geliyorsunuz ve bağırma başlıyorsunuz, kavga çıkartıyorsunuz. Ya beş dakika sonra sırası aslında ama, hayır benim hastam acil diyor. Zaten aciliyet durumu ayarlanıyor, biz bunun ayarlamasını yapıyoruz. Ama insanlar hemen alın diyor, beş dakika bile beklemiyor” (K20, K, Elazığ).

Bazı hasta ve hasta yakınlarının sabırsız olduklarını ifade eden bir başka katılımcı olan K19 kodlu katılımcı sağlık çalışanlarını şikayet etmenin alışkanlık haline geldiğini, esasında bir şikayet kültürünün oluştuğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

“Ben sana enterasan bişey söyleyeyim. Adama saat iki buçuğa randevu veriyorum, adam ikiyi yirmi geçe geliyor şikayet ediyor. Niye doktor ortada yok, gelmemiş. Yahu sanane; sana iki buçuğa randevu vermiş mi, zaten orda yazıyor randevu saatlerimiz gecikebilir, on dakika, on beş dakika. Sen randevu saatin geçtikten sonra gel şikayet et, haklı o zaman. Ama daha

saati gelmeden adam şikayet ediyor. Çünkü almış o şikayete, kültür haline gelmiş bu”
(K19, E, Elazığ).

Sabırsızlık, yüksek beklenti içerisinde olma ve tatmin olmama gibi durumların sağlık alanında şiddet olaylarının yaşanmasında etkili olduğunu belirten K21 kodlu hekim katılımcı sağlık alanında 40 yıllık deneyimlerine dayanarak şunları söylemiştir:

“Gelen hasta ve yakınlarının beklemeye tahammülleri yok. Yani gelen hemen tedavi almak istiyor. Hemen anında olsun istiyorlar. Bir doyumsuzluk var yani, bundan dolayı milletin ruh sağlığı bozuldu. Daha yok mu dahasını istiyor. Her şey dört dörtlük olsun, mükemmel olmasını istiyor. Bir şükürsüzlük var, almış başını gidiyor” (K21, E, Elazığ).

Çeşitli hasta tipolojileriyle karşılaştıklarını ifade eden K25 kodlu katılımcı gelen hasta ve yakınlarının sabırsız ya da şiddet eğilimli olabildiklerini farkedebildiklerini; bu sabırsızlığın sebebinin ise geçmiş dönemlerdeki sağlık sisteminde yaşanan aksaklık ve personel eksikliği sorunlarından da kaynaklı olduğunu şöyle dile getirmiştir:

“Oluyor hasta kapıdan girdiğinde yani sürekli karşılaştığımız için psikolojik olarak hemen farkediyorsun anlıyorsun, Sabırsız, belli yani çünkü. Panik oluyor hastanın yanında, hastanın kendisi panik. O tür gelen hastanın kendisi sabrı daha kısa oluyor mesela bir kan testi bir saat sürecek biz biliyoruz yani o hasta bir saat durmayacak ve bize saracak. Laboratuvara da şey yapamıyorum koskoca tek hastane tek laboratuvar çalışıyor sonuçta ben oraya da şey yapamıyorum. (...)Önceden süregelen döngüden mi desem aksaklıktan mı desem ortam çok canlı değildi. Eskiden çok doktor, hemşire yoktu eskiden hastalar geç bakılırdı, sonuçları geç çıkardı. Hastalar hala o psikolojide. Hastalar geliyor diyorki kaç yıl önce geldim bana üç saat sonra baktılar. Yahu biz o yılda değiliz. Biz 2021 yılındayız sen 2010 yılından bahsediyorsun. O durumlar var. Eski mantıkla düşünenler var. O zamanki sistemle bu sistem arasında dağlar kadar fark var” (K25, E, Elazığ).

Bazı hasta ve yakınlarının sağlık personelinin kendilerine hizmet etmek zorunda oldukları düşüncesine sahip olduklarını ifade eden K29 kodlu katılımcı, özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarına yönelik bu algının daha fazla olduğunu ve ücretli hizmet alımından dolayı mükemmel hizmet beklentisinin yüksek olduğunu şöyle dile getirmektedir:

“Ben on yıllık bir hemşireyim. On yıldır çalışıyorum. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete çok yoğun olarak maruz kaldığımız da oldu ama sözel olarak yani, bizzat kendim fiziksel şiddet yaşamadım. Haberlerden, televizyonlarda görüyoruz, duyuyoruz. Ama insanlarda gerçekten öyle bir algı var yani. Bir hemşireye, doktora bize bakmak zorunda, bize bakmakla yükümlü. Özel hastanelerde çok daha fazla bu algı. Özel hastanelere gelen hastalarda bu algı çok daha oturmuş bir şekilde. Özel hastanede çalıştığım süre içerisinde hastanın bakış

açısı ve beklentisi direk hizmeti hızlı almak istiyorlar bir. Kusursuz almak istiyorlar ve hiçbir kusur olmamasını istiyorlar iki. Yanlış yapamazsın, yanlış yaptığın takdirde hemen böyle saldırıya hazır bir tarz ve eğilimleri var. Gerçekten de bizim toplumumuzda oturmuş yani. Ama özeller ile devlette çalışma koşulları çok farklı. Devlette biraz daha mecburiyet daha az, çalışanlar tarafından bakarsan hani mecbur değiller, biraz daha esnek, öyle düşünüyorum ve öyle görüyorum. Bu özel hastanelerde gerçekten bu hemşireye yalnız değil, veznedede çalışan arkadaşta da yönelik, her kesime yönelik bu sözel şiddet çok baskın yani. Ben bunları bizzat da yaşadım. Çocuk hemşiresiyim şu anda burda ama orda rutin olarak bütün genel hastalara bakıyordum. Çocuk geldiğinde damar yolunu ilk seferde bulma şeyine sahipsin yani. İlk seferde bulamadın hasta daha ikinci seferde bulduğun zaman hasta yakını direkmen saldırma eğiliminde, bunları gördüm ve yaşadım da bizzat. Malum yani çalışansın, hasta her zaman hasta hakları var, hasta haklıdır prosedürü var. O zaman susmak, boyun bükme zorunda kalıyorsun. Bizzat kendim böyle bir süreçten geçtim. İnsanlarda bir tahammülsüzlük filan çok hat safhada. Her şeyin kusursuz ve mükemmel olmasını istiyorlar. Çok yanlış sana hizmet veren senin canını kurtaracak bir sağlık personelinin buna maruz kalmaması lazım, bu çok yanlış” (K29, K, Elazığ).

Hasta sabırsızlığı ve anında hizmet beklentisi içerisinde olan hasta ve yakınlarının çoğunun esasında acil hizmet ihtiyacı olmayan kişilerden gelebildiğini belirten K33 kodlu katılımcı, bazı hastaların hemen tedavi almak için yanlış beyanlar vererek aciliyet sıralaması belirlenen triaj sistemini yanılttıklarını şöyle anlatmıştır:

“(…)Gerçek anlamda müdahale gerektiren kişilere biz hemşire arkadaşlarımız, personelimiz biz hızlıca müdahalesini yapıyoruz veya bu hasta yakınlarının oransal olarak ya da hastanın şiddet konusunda gerçekten bizlere böyle bir tavır sergilediğini görüyoruz. Bizim daha çok bu tip konuları tartıştığımız insanların aslında hızlı, acil bir tıbbi müdahale ihtiyacı olmayan veya tamamen kendi çevresinin fevri davranışları yüzünden bu hale geldiğini gördüğümüz kişiler. (...)Yıllardır acillerde çalışıyorum mesela burda da acilde çalışıyorum. Her türlü vaka geliyor. Kalp krizine müdahaledesin bir başkası orda üç aydır devam eden topuk ağrım var veya topuk dikenim var diyerek gelip bağırtıp çağırıp niye bana bakmıyorsun diyenler var. Ben kalbi duran hastaya kalp masajı yaparken kapının önünde bir gürültü patırtı duydum bizim şey de, çıktım dışarı, bir hasta niye bana ilaç yazılmıyor diye kavga ediyor; yani güvenlikçi diyorki doktor içerde kalbi duran, hayati tehlikesi olan hasta var diyor; adam nerde bu doktor gelip bana ilacımı yazacak diyen insan da gördüm. (...)İlk önce benim işim görülsün. Bak hasta geliyor triaj sistemi var sağlık kurumlarında işte aciliyet sırasına göre yeşil, sarı ve kırmızı alanlar vardır hasta geliyor, hastanın gribi var, balgamı var bizim üst solunum yolu enfeksiyonu dediğimiz şey işte. Basit türden bakıyor orda bir sürü sıra var, gidiyor diyorki benim göğsüm ağrıyor, kalbim ağrıyor diyor, kırmızı alana geliyor ve kırmızı alanda kendini muayyene ettirtiyor. Ondan sonra soruyorsun; hocam diyor aslında orası çok kalabalıktı, benim kalbim ağrımıyor valla iki gündür burun akıntım var, yalan söyledim. Ya

dedim abi sen milletin hakkına giriyorsun, ayıp bişey bu. Yani böyle, gerçekten bizim yozlaşmış olmamız” (K33, E, Elazığ).

K17 kodlu katılımcı ise temel insani değerlerin yozlaştığını, toplumun kültürel değerleri noktasında kayıplar yaşandığını ve hasta aciliyetini sıralama konusunda yaşadıkları problemi şöyle ifade etmiştir:

“Mesela acil bir hasta var, benim soğuk algınlığım var diyor, neden benle ilgilenmiyorsun, yani şimdi acil yeri burda. Ağır bir hasta varsa sana nasıl gelsin o insanlar. Yani yeteri kadar personelimiz mi var? Bunu anlamayacak kadar duyarsızlaştığımız için toplumca, maalesef esneklik gösterip empati kuramıyoruz, ben-ben diyoruz. Ama ve o esnada bile mesela ben kendim yaşadım, bebek eks olmak üzere, ona müdahale ederken öte taraftan işte benim hastam benim hastam diyor. Ya diyorsun biriniz ilgilenin şununla diyorsunuz, gidiyorsunuz soğuk algınlığı, grip olmuş ateşi yüksek. O şey yani halk, toplum olarak bakıyorum böyle. Yani ne oluyor bizlere, ne oldu bize, ne oldu bizim kültürümüze, ne oldu bizim insani değerlerimize. Bırak sağlıkçıyı ya, yaşlılarımıza yer verilirdi. Bugün hastaneye gittiğinizde yaşlı adam ayakta durabiliyor, gençler oturuyor. Adam bastonuyla ayakta durabiliyor. Otobüslerde öyle, sadece sağlık camiasında değil, biz insan olarak da birçok şeyi yitirdik aslında bence” (K17, K, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarını etkileyen faktörler ile ilgili sadece hasta sabırsızlığı ve tatminsizliğinden kaynaklı faktörlerin olmadığı; polikliniklerde ya da diğer birimlerde uzun bekleme sürelerinin de olması ya da hastaların görevi başındaki sağlık çalışanı tarafından ihmal edilmesinden de kaynaklanabildiğini ifade eden K19 kodlu katılımcı konuya şöyle açıklık getirmiştir:

“Poliklinik sıralarının geç gelmesinden kaynaklanan problemler de var. Doktorun bakmamasından kaynaklanan da var, işte tetkik sırasının çok uzatılmasından kaynaklanan da var ama illa biri baskın diyemeyiz” (K19, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hasta sabırsızlığından da kaynaklandığına yönelik bulgular farklı çalışmalarda da ifade edilmiştir (Enişte, 2015: 41; Tokgöz, 2019: 46-50). Özellikle Er sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada (2019), acil birimlerde şiddetin sebeplerinin arasında hastaların sabırsız davranışlarının yer aldığını belirtmektedir (Er, 2019: 67). Hastaların yeterince bilgilendirilerek tatmin olmasının sağlık alanındaki şiddet eğilimini düşüren faktör olabileceği farklı çalışmalarda da ifade edilmektedir (Başak, 2015: 82). Şiddet olaylarıyla tatmin olma durumu arasındaki ilişkinin önemi farklı çalışmalarda da ifade edilmektedir (Enişte, 2019:1).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık çalışanının deneyim ve bilgi eksikliği kodudur. Sağlık alanında yaşanan şiddet konusundaki çatışma alanlarından biri de yanlış ve eksik bilgiye sahip sağlık çalışanlarının verdikleri hatalı tedaviler olabilmektedir. Bu tedavilerin olumsuz sonuçlarıyla karşılaşan hasta ve hasta yakınları şiddete başvurabilmektedir. Daha çok deneyim sahibi olmayan sağlık personelinin ya da eğitim ve uygulama hastanelerinde stajyer öğrencilerin hastaya yaptıkları işlemin olumsuz sonuçlanması sonrasında, tedavi gören hasta yada yakınları şiddete başvurabilmektedir. K27 kodlu katılımcı bahsedilen bu durumu, maruz kaldığı sözel şiddet olayı üzerinden şöyle açıklamaktadır:

“Mesela bir hasta burda işlem yaptırmış, bizim eğitimimizde öğrenciler de işlem yapıyor. İşleminde memnun değil ya da işleminin yarım kaldığını iddia ederek, bana gelip diyorki hocam siz yaptınız. Benim işimi çözeceksiniz diyip ağlayıp, üstüme yürüyüp sonrasında beni şikayet edip o işlemi bana yaptırdı. Burda daha sonrasında bir yakını gelip hiç tanımadığım bir insan gelip üstüme yürüdü. Siz bu işlemi yapmışsınız, nasıl bu hastayı ortada bırakırsınız. Ve ben bu beyandaki kişilerin hiçbirini tanıyorum. Buraya geleli iki üç ay olmuş. Hani bunlarda söylediğiniz sizin söylediğiniz şiddet tiplerinden ailesel şiddet gibi kendi yakınına birşey oldu, kendi tarafından ya da bizim fakülte tarafından bunu beyan edip gelip, sözlü, üstüme yürüme direk fiziksel bir şiddet uygulayamadı. Çünkü güvenlikler yanımdaydı ya da diğer çalışanlar. Böyle durumlar söz konusu. Ya en son ne zaman olduğunu söyleyeyim. Şöyleki bizim genel sağlık sektöründeki diğer çalışma yerlerinde yapılamayacağı söylenen bir hasta vardı. Mesela bir hastamıza demişlerki hastamız sizin dişinizi biz yapamayız dişiniz kanallık. Devlet hastanesi bir hekim diyorki hastayı ikna ediyor. Kendisinin yapamayacağını söylüyor ve bize yönlendiriyor bir üst birim üniversitedir zaten, hani zor kanallar olur yapamayacağı ya da malzeme yetersizliğinden dolayı bize yönlendirirler. Hastayı bu şekilde ikna etmişler. Diyelim gerçekten doğru bile göndermiş olsalar, biz diyoruzki size yanlış tedavi yöntemi söylemişler, asıl tedaviniz bu hani bakıyoruz uzmanlık alanımız olarak, hasta bize ikna olmuyor diyorki, o öyle demişti şu şöyle demişti. Yani verdiğimiz tedaviye ikna olmayıp bizimle böyle sözlü münakaşaya her gün nerdeyse giriyorlar. Bu bir elden olmayan sağlık yönetimi diyelim artık. Diğer devlet hastaneleri veya söylenen hekim görüşü diye bir şey vardır. Teşhis, tedavi yöntemlerinde. Mesela geliyor her gün diyorki, bana bunu demişlerdi siz şunu diyorsunuz. Kurtulur demişlerdi. Siz çekilir diyorsunuz. Çekim demişlerdi siz dolgu diyorsunuz bu şekilde bunlar her gün oluyor. En son dediğim de iki üç gün öncesidir yani. (...) Yani şöyle söyleyeyim size. Diş hekimlerini yermek değil amacım. Özelde şu an ehli olmayan insanlar, bizim genel olarak yeni mezun olanları genel olarak çalıştırıp, tek çalıştırmak zorunda kalıyorlar. Onlar da bilgisiz olduklarından bilgisiz olduklarını ya da yetersiz olduklarını ya da yeni olduklarını belli etmemek için; genelde diğer üst birimlere yönlendiriyorlar ya da bildikleri şey evet doğru, hastaların öyle bir hakkı vardır ama bu ne

hastayı doldurmaktır ya da ne yanlış bilgi vermektir. Bilmiyorsan konuşmayacaksın kuralını unutuyorlar her zaman. Sadece duydukları teorik bilginin bir parçasını alıp veriyorlar. Yani bu dışarıdaki birçok hekimde şu an mevcut” (K27, K, Elazığ).

Özellikle sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyim eksikliğinden kaynaklı yanlış tedavilerinin ağır sonuçları olabilmektedir. Çünkü insan sağlığının hata kabul etmez bir tarafının olması konuyu daha çok hassaslaştırmaktadır. Özellikle gelen hasta ve yakınlarının bazı sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmemesi ya da yanlış bilgilendirilmesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını artırıcı faktörlerden biri olabilmektedir.

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod hastanın kendi tedavisini istemesi kodudur. Katılımcılar hastaların tedaviye gelirken zihinlerinde kendileri için kararlaştırdıkları tedavi biçimiyle geldiklerini ve bu doğrultuda bir uygulama talep ettiklerini ifade etmişlerdir. K10 kodlu katılımcı (E, Bingöl) Bingöl’de bu durumun yaygın olduğunu *“Bingöl özelinde fiziksel şiddet noktasında çok olmasa da böyle tedavisini dayatma noktasında biraz fazlalık var açıkçası”* sözleriyle dile getirmiştir. Bu durumun yalnız Bingöl iline özgü olmadığı, Elazığ ilindeki katılımcıların da bu durumla ilgili tespitlerinin olduğu görülmüştür. Kendi belirlediği tedaviyi talep eden hasta ve yakınlarının bu talepleri reddedildiğinde şiddete başvurabildiklerini K20 kodlu katılımcı (K, Elazığ) *“Acile geliyor kendi istemediği tedavi olunca sinirleniyor. Sanki acilde restorana gitmiş gibi sipariş veriyor, gerçekten”* sözleriyle ifade etmiştir. Kendi tedavisini isteme sorununun sadece birinci basamak ve ikinci basamakla sınırlı kalmadığı görülmektedir. Üniversite hastanesinde görev yapan K34 kodlu katılımcı talep edilen tedavi şekline olumsuz geribildirim verdiklerinde şiddete maruz kaldıklarını şöyle açıklamıştır:

“Yani tedavi amaçlı değilde sadece onları motive etmeye çalıştığımızı düşünüyorlar. Onun dışında kendi istekleri doğrultusunda tedavi planı istiyorlar. Bunu bu şekilde yapacaksın bu şekilde istiyorum, bu tip taleplere cevap vermediğimiz için daha çok şiddete maruz kalıyoruz” (K34, K, Elazığ).

K23 kodlu katılımcı acil birimlerde sık sık hastaların kendi belirledikleri uygunsuz tedavi taleplerinin olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“Yani her nöbet oluyor, mesela hani, reçetesiz enjeksiyon yapmıyoruz normalde, reçetesiz geliyorlar, olmayacağını dediğiniz zaman yasak dediğinizde sizinle kavga ediyorlar, her kurala uyuyormusunuz buna da uyuyorsunuz gibisinden ortaya bir tartışma çıkıyor yani.

Belli bir süre alttan alıyorsun ama bir yerden sonra sen de bağıryorsun, öyle” (K23, K, Elazığ).

Hastaların kendi belirledikleri tedavi beklentileri sağlık alanında birçok birimde gözlemlenebilmektedir. Bu duruma acil birimlerde, polikliniklerde rastlandığı gibi ağız ve diş sağlığı alanında da rastlanmaktadır. K3 kodlu katılımcı bu alanda yaşanan durumu şöyle ifade etmiştir.

“Hasta senin mesela şimdi sen okumuşsun ama hasta okumamış, hastanın her dediğini yapamazsın. Mesela hasta diyor ki buna kanal yap, sen diyorsunki işte buna kanal olmaz çekilecek bir diş. Hastaya ben bu dişi çekmem diyorsun mesela kanal tedavisi yaparım diyorsun, hasta tekrardan kendi tedavisini istiyor. Bize de öğrettiler dedilerki bu hasta 5 yıl okumamış sen okumuşsun. Sen bu hastanın dediğini yapacaksan niye okuyorsun? (...) Kendisi teşhisini kurup tedavi yap diyorsa o zaman sen git aşağıda çekti ya da başka bir işlemi sen kendin yaptır, ben bu işlemi yapamam dendiğinde hasta seni beğenmiyor, söylene söylene gidiyor bazen sözlü tacize çok da cevap vermiyoruz da fiziksel şiddete ya da sözlü tacizin biraz sınırlarını aşınca o zaman cevap veriyoruz. Yoksa artık psikolojik olarak alışıyorsun, adam konuşunca ses de sana geliyor cevap vermiyorsun, diyorsun uzamasın, hastaya cevap ver sonraki hastaya cevap versen sonrakine eve gidince üç kişiyle kavga da etmiş olmuyorsun. Şimdi ayda üç kişi ile sözlü tacize girersin tamam mı, münakaşaya girersin ama bir günde üç hasta, ertesi gün üç hasta her defasın her defasında illaki geç kalan hasta oluyor. Her defasında tartışacak halin yok o zaman kafa olarak rahat etmezsin” (K3, E, Bingöl).

Kendi tedavisini talep eden hasta ve yakınlarına bakıldığında eğitim seviyesi yüksek bireylerde de bu durumun sık görüldüğünü K3 kodlu katılımcı şu sözlerle sürdürmüştür:

“Daha çok okumuş kesimde sıkıntı olabiliyor bazen. Bu tedaviyi yap diyen kişiler oluyor, bu şekilde bir şiddet genellikle bu hani benim tedavimi beğenmiyor, kendi tedavisini istiyor genellikle bu okumuş kesim tarafından oluyor, daha sıkıntılı. Ya ben buna dolgu yapmıştım sıkıntılı, direk kanal yapsak olmaz mı ya da ben buna kanal yapmıştım, direk çeksek olmaz mı? Yani kendi kendi teşhisini koyup gelen hastalar oluyor onlar biraz daha okumuş kesim oluyor, okumamış kesimde de bazen tutturuyor illaki şunu çek, şunu çek yani her ağrıyan dişi çekirme konusunda ısrar ediyorlar. Okumamış da genellikle öyle bir sıkıntı oluyor. Biraz daha böyle çek ben kurtulayım işime devam edeyim kafasındalar. Bingöl’de insanlar biraz daha böyle alışı, çektikten sonra işler sarpa sardığını implant yapmak gerektiğini filan. Zahmetli olduğunu işin biraz daha öğrendi. Dolgu yaparım, kanal yaparız o randıman vermezse çekim yaparız, biraz öğrendi tabi ama daha çok var” (K3, E, Bingöl).

Gelen hasta ve yakınlarının kendi belirledikleri tedavi biçimlerini talep etmelerinin altında yatan sebepleri K28 kodlu katılımcı şöyle açıklamaktadır:

“Eskiden insanlar hastaneye gittiklerinde tek doktor vardı, başka seçenekleri yoktu. Her dediğini yapıyorlardı, güveniyorlardı ve tedavilerini görüp gidiyorlardı. Eğer sıkıntı çıkarsa muayene olmadan gidiyorlardı. Ama şu an böyle bir şeyiz ki evet her yerde doktor var. Özeller aktif çalışıyor, devletler şeyler. Hani sen olmasan başka bir yere giderim umuduyla insanlar böyle doktorun kıymetini bilmiyorlar, sağlık çalışanlarının hiçbirinin kıymetini bilmiyorlar. Hep araştırdıkları için. Hani araştırıp öyle davrandıkları için bazen sıkıntı yaşıyoruz. Şu an birkaç tane semptom söylesek ve google’da araştırsak çok saçma sapan şeyler çıkacak. Aynen öyle. Hani kanserden, şeyden her şeyden bir şey çıkacak gibi. Hani baş ağrım var diyorsun, google sana tanı söyleyebiliyor yani. İnsanlar o nedenle biraz daha paronayak , biraz daha kuşkucu. Biraz daha böyle yani kararsız, korkak hani şey böyle ben de bu var mı tereddüüyle sürekli hastaneye gidiyorlar artık. Senin dediğin şey onu tatmin etmeyince o araştırmış hani şeyi kafasına yerleştirmiş ama tıbbi bilgisi yok tabiki. Senin söylediğin şeyden tatmin olmayıp başka hastanelere gidiyor, hayır sen yanlış yaptın sen bu doğru değil deyip saldırabiliyorlar. Hani her şeye erişim artmış o yüzden insanlar biraz daha aktif. Bize karşı saldırgan” (K28, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık çalışanına ek sorumluluk yükleme kodudur. Gelen hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti alırken kurallara uymadıkları ve kendi sorumluluklarını sağlık çalışanlarına yükledikleri görülmüştür. Özellikle randevu saatlerine geç gelen ve muayene olmak için ısrar eden bazı hastaların olduğunu K3 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Hani poliklinikte daha çok sebep olarak sana söyleyeyim; geç kalma. Hani hasta geç kalmasın diyorsun bak tedavi olabileceğin randevu saatlerine al, köyden geliyorsan köy arabaları geç kalıyorsa o zaman sabah saatlerine alma diyoruz, öğle saatlerine al. Her hasta bunu biliyor ve bunu suistimal ediyor. Hastalarda artık farkında hani hekim uzaktan geliyorsa alıyor diye. Bunu bilen hasta şehir merkezinde oturmasına rağmen yok Solhandan geliyorum, yok Genç’ten geliyorum. Arkadaş Genç’ten geliyor diyor; yandaki personel her zaman söylüyor ben hiç bu kadını arabada görmedim diyor. Genç arabasında bu saatte geliyor. Yalan söylüyor harbiden Merkezden geliyor, geliyor diyor ki evde çocuğum var. Harbiden o yalanı üç kez dört kez atıyor başka adamlara. Evde çocuk olunca ya da yaşlı olunca bir yere bırakmayınca hekim de inisiyatif alıyor; aldığında da tekrardan bunu alışkanlık haline getiriyorlar; saatinde gelmiyor randevusuz geliyor Hatta bazen bir yerden sonra almayınca adam sinirleniyor niye beni almyorsunuz diye bunu alışkanlık haline getirenler de var” (K3, E, Bingöl).

Özellikle yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ciddi anlamda ek sorumluluk ve iş yüküyle karşılaştıklarını ifade eden K11 kodlu katılımcı bu temada bahsedilen motivasyon kaybına yönelik koda da şöyle vurgu yapmıştır:

“Tabi tabi. Mesela şeyler var. Evinde mesela çocuğu hasta, ilacı bitmek üzere ama izolasyonda. Onlara da bi yandan yardımcı olmak istiyoruz. Onlar için Valiliklerin, Kaymakamlıkların oluşturduğu vefa grupları vardı ama insanlar onu da suistimal ettiler. Doğum günü pastası isteyen oldu, ondan sonra insanların hevesleri kırıldı. Biz de çok iyi bir durumda değiliz açıkçası. Çok böyle ciddi seviyede motivasyon eksikliği var, bittik artık öyle söyleyeyim” (K11, K, Bingöl).

Hasta ve yakınları, kendilerine ait olan sorumluluk ve görevlerini tanıdıkları sağlık çalışanlarına yükleyebilmektedir. Bu ek sorumluluk yüklenme haline başvurulması günlük hekimlerin alabileceği hasta sayısını aşmalarına ve isteksiz hizmet vermelerine sebep olabilmektedir. Bu ek sorumluluk, verilen sağlık hizmeti kalitesini düşürebilirken sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında çatışmaya sebep olabilmektedir. Bu duruma K4 kodlu katılımcı şöyle dikkat çekmiştir:

“Tabiki tanınmanın olumsuz bir etkisi var, siz geliyorsunuz muayene olacaksınız belki doktor o an sizinle az ilgilendi. Yani az ilgilendi dediğim yani o an bir aksilik oldu bir şey oldu, o an tanıdığınızı yanınıza alıp getirip ayrıyeten bir iş yükü çıkartabiliyorsunuz. Veyahutta doktor alacağı kapasiteyi belirlemiş. Ben otuz kişiye bakabilirim. Otuz kişiye bakarsam millete faydalı olabilirim felan. Siz otuz bir, otuz ikinci kişi olarak gelebilirsiniz, tanıdığınız varsa. Doktor niye öbürünü kırmıyor çünkü sabahtan akşama kadar o kişiyle yüz yüze bakıyor, kıramıyor. Kıramayınca da böyle problemler ardı sıra geliyor. Gelen hastalar da genel de bu problemlerle geliyorlar. Ben de sağlık çalışanıyım mesela bir kliniğe gidecektim numara bulamadım. Telefon açtım arkadaşşıma kendim gidip sıraya girdim valla. Yani ben gün içinde gidip ordan birini devreye sokup kendimi muayene ettirebilirdim belki. Ama o zaman o doktorla nasıl karşılıklı iletişime geçebilirdik onu da bilemem yani. Belki adam sevmeyecekti bu hareketi değil mi? Sevmeyeceği için de muayene edeyim göndereyim böyle bir şey olabilirdi yani. İşte buna mahal vermemek için işte gelen hasta o bilinçte olsa hiç ona girmez. Öyle bir topa girmez. Aldığı hizmetin kalitesinin düşeceğini bilse belki yapmaz da” (K4, E, Bingöl).

Bazı hekimler görevleri dışında olmasına ve kurallara uygun olmamasına rağmen hastaların her şey için rapor yazmalarını istediklerini ve işin riskli boyutunun hekimlere yüklendiğini ifade etmişlerdir. K16 kodlu katılımcı konuyla ilgili şunları ifade etmiştir:

“Şöyle var, herkesin herşeye rapor almasını istiyorlar, hiç kimse sorumluluk almak istemiyor. Doktor rapor versin, buna bir şey olduğunda biz hiç sorumluluk almayalım istiyor, her daire. Gençlik Spor da öyle Milli Eğitim de öyle, Karayolları da öyle hiç bir kurum ayırmıyorum. Hepsi bir şey olacağı zaman rapor istiyor ama rapor da öyle kolay verilecek bir şey olmamalı çünkü doktor herkese rapor verip sorumluluğunu niye alsın. Burda bir sıkıntı var, mesela iki sene önce Emniyet uçağa binebilir raporu istedi, bir şey olmayacağına dair ben kendim uçağa binerken bir şey olmayacağına dair garanti veremiyorken öğrenciler binirken bir şey olmayacağına garantisini istediler. Bu mesela devlet kurumu istedi bunu. Yani devlet kurumu da böyle yapıyor yani insanlar için hep birşeyler isteniyor ve insanlar o isteği yapmak istiyor ama ne kadar doğru onu bilmedikleri için hemen şiddete yöneliyor” (K16, E, Bingöl).

Rapor alma ile ilgili sağlık çalışanlarına ek sorumluluk yükleme koduna bakıldığında, bu sorunun temelde farklı kurumların taleplerinden de kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Birçok uzman hekim görüşü gerektiren alanda tek hekim olarak sorumluluk almanın ciddi olumsuz sonuçları olabilmektedir. Ayrıca meslek olarak daha çok hekimler üzerinde bu durum baskı oluştururken, sağlık kuruluşu olarak bu tür taleplerin ücretsiz olduğu için daha çok birinci basamak sağlık kuruluşlarına geldiğini K38 kodlu katılımcı şöyle belirtmiştir:

“İllegal talepler uygunsuz raporlar. Öğrenci raporu, işe girme raporları, biz iş-yeri, ekibi değiliz. Bu marketler bu ara meşhur ya. Zincir marketler bu ara çok gönderiyor bize. Zincir marketlerin mesela iş yeri ekibi yok mu? Var. Belli bir kriteri de yok vatandaş geliyor, ne, hangi şeye göre rapor vereceksiniz, belli değil. Milli Eğitim’den gelen istekler vesaire. Sonuçta Sağlık Bakanlığı’nda böyle bir uygulama da yok yani, bizim kurumumuz haricinde her kurum kafasına göre bir rapor şeyi hazırlıyor, Sağlık Bakanlığı onayından geçmiyor gelip bize dayatıyorlar bunu. Burda da biz desteksiz kalıyoruz. (...)Bu tür raporlar genelde kuruldandan alınır, hastaneden alınır ama çok şeyde bize yönlendiriliyor, bizde bunun verilmeyeceği bilindiği halde. Bizde tek hekim raporu. Sıkıntılı yani, yirmi beş hekim adına tek hekim karar veriyor, bu büyük bir risk bizim için. Bir sürü şeyle, dava vesaire, karşılaşıyoruz. İleride bir şey olduğunda bunlar hep bizi bulacak. Kurula beş doktor giriyor ama burda bir pratisyen hekim veriyor. Bir kişinin vermesi bizim için büyük bir sıkıntı. Birinci basamakta bedava olması sıkıntısı da var. Ben ehliyet için vatandaşı hastanenin bir bölümüne sevk ettim diyelim. Vatandaş üç-beş kuruluş verecek diye ortalığı ayağa kaldırıyor. Maddi sebeplerden kaynaklı olabiliyor. Görme kaybı olan biri git aile hekimliğinde bastır al niye sevk ettirsin, seni hastaneye. Suçlu sanki biziz. Adam rahatsız uzmanı, dalı görmesi lazım; ben niye vereyim bunu” (K38, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına ek sorumluluk yüklenmesi sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasına sebep olmaktadır. Bu kategorideki bir diğer kod, iş yükü fazlalığı ve personel eksikliği kodudur. Mevcut sağlık çalışanları yetersiz olduğu için hasta yoğunluğu oluşabilmekte ya da bazı hastanelerde personel eksikliği olduğu için hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında çatışma yaşanabilmektedir. Hasta sayısının fazla olduğu sağlık kuruluşlarında eksik ya da yetersiz personel ile hizmet verildiğinde, hasta ve yakınlarında daha önce de ifade edildiği gibi ilgi eksikliği, hastanın tatmin olmaması gibi durumları etkilediği görülmektedir. Ayrıca iş yükü ve hasta yoğunluğunun fazla olmasının uzun bekleme sürelerine sebep olduğu görülürken, bu da sağlık alanında şiddet ortamının oluşmasını tetiklemektedir.

Personel eksikliği ve iş yükü fazlalığına yönelik K21 kodlu katılımcı (E, Elazığ) *“çalışan sayısı yeterli değil, ondan sonra sağlık çalışanına mesai yapma baskısı(...)”* şeklinde konuya dikkat çekmiştir. Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının sebeplerinden birinin sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olması ve bunun çalışanlar üzerindeki tükenmişlik hissi oluşturduğuna K26 kodlu katılımcı (E, Elazığ) *“iş yükü fazla, genelde bazı dış hekimlerinin de psikolojisi çok iyi durumda olmayabilir, diğer sağlık çalışanlarının belki. Ağır yükler altında olabilir onların belki iş yükü azaltılabilir”* ifadeleriyle yer vererek ağız ve diş sağlığı alanındaki personelin durumuna işaret etmiştir. Sağlık personelinin yetersiz olduğu ve personelin arttırılması gerektiğine yönelik farklı çalışmalarda da sağlık çalışanlarının görüş bildirdikleri görülmektedir (Yılmaz, 2020: 65).

K8 kodlu katılımcı (E, Bingöl) sağlık alanında yaşanan şiddetin sebeplerinin başında *“en büyük sebep yoğunluk, birimden birime değişen yoğunluk”* olduğunu vurgulamıştır. Aile hekimliği sistemine geçilmesine rağmen hasta yoğunluğunun acil birimlerde azalmadığını ifade eden K12 kodlu katılımcı (E, Bingöl) *“Tamamen bizim acillerin yoğunluğundan kaynaklanıyor. Yani ülkede aile hekimliği branşına geçildi yani, sen söyle, acilin yükü azalmadı”* şeklinde duruma dikkat çekmiştir. Acil birimlerinin ciddi hasta yoğunluğundan dolayı sık sık şiddet olayları yaşanan bir birim olduğunu K4 kodlu katılımcı şöyle belirtmiştir:

“Acilde çok oluyordu en fazla. Nasıl oluyordu, yetersiz doktor sayısı olduğu için. Adam acile geliyor işim hemen görülsün kafasında, doktor yok mu? Doktor ona sıran gelince bakacağız diyor. O da işte hastam ölüyor niye bakmıyorsun diyor filan. Doktor orda diğer hastayı bırakıp oraya koşmazsa kesin kavga çıkar. Yani her ikisini birden idare etmek zorunda.

Personel eksikliği var. Yoğun bakımda çalışmışım orada olay oldu mesela” (K4, E, Bingöl).

Bazı sağlık kuruluşlarının özellikle konumu, durumu ve ulaşım gibi faktörleri dikkate alındığında hasta ve yakınları tarafından tercih edilme durumlarını etkilemektedir. Diğer sağlık kuruluşlarının şehir merkezlerinden uzak kalması, şehir merkezlerinde bulunan hastanelerde daha çok yoğunluk oluşturmaktadır. Hatta bu yoğunluktan dolayı durumu acil olan hastaların geç farkedilebildiği Elazığ ilindeki K25 kodlu katılımcı tarafından şöyle dile getirilmiştir:

“Bizim hastanenin en fazla yaşadığı sıkıntı çarşı merkezdeki tek büyük hastane olmamız. Şehir hastanesi çok uzak çarşıya şimdi şöyle bir sıkıntı var, hasta çarşıdan kalkıp da niye o hastaneye gitsin; bize geliyorlar o yüzden yığılma oluyor. Eskiden çarşıda devlet hastanesi vardı çok yığılma olmuyordu, şimdi yığılma oluyor. Eleman yetersizliği doğal olarak bu yığılma hastaların psikolojilerine de yansıyor. Diyecek tabi benim hastama neden bakılmıyor, geç bakılıyor. (...)Merkezdeki hastane olmamızın dezavantajı da var. Hasta geliyor, acilin önünde kuyruk olabiliyor kapıya kadar. Kalp krizi geçirmek üzere olan ve ayakta gelen hasta olabiliyor mesela. Şehir merkezindeki tek hastane. Hasta sırayla alınıyor. Orda oturan arkadaş, onun kalp krizi geçirdiğini nereden anlasın o arkadaş, sıra mı beklesin ne yapsın. Bu defa hak veriyorsun hasta yakınına da; adam diyor benim hastam kalp krizi geçiriyor, belki beş on dakika sonra kalbi duracak, bu tip sıkıntılar var. Hasta kalkıp buraya geliyor şehir hastanesine gitmiyor. Şöyle bir mantıkla da söyleyeyim; hasta şehir hastanesine taksi parası vermemek için gidemiyor. Vermek istemiyor olabilir, durumu da elvermiyor olabilir. Belediye otobüsleri işte on bir on bir buçuk gibi kapanıyor, fenalaşan hasta çarşıda oturuyorsa buraya gelecek. Gidemez. Taksi parası yoksa gidemez. Yürüyerek buraya gelecek. Yığılma oluyor, burda tartışma başlıyor. Huzursuzluk oluyor; ona baktın neden bana bakmıyorsun, en çok karşılaştığımız şey bu. O hastaya önce baktın, önce benim sıramdı” (K25, E, Elazığ).

Sağlık personeli eksikliği ile ilgili vurguya bakıldığında ağız ve diş sağlığı alanında da ciddi yoğunluktan dolayı personelin yetişemediği, diş hastalıkları diğer acil birimlerin uzmanlık alanları olmadığı için çok müdahale imkanlarının olmadığını ve yoğunlukla ilgili çözüm önerilerini K27 kodlu katılımcı şu şekilde vurgulamıştır:

“Öyle bir talep var. Tabiki de sayımız yeterli değil bir fakültede beş hoca olup on asistanla bütün Elazığ’a bakamazlar mesela. Sağlık personeli yetersizliği bence genel olarak var zaten, o konuya değinirsek. Normalde ben fakülteye girdiğimde şöyle bir düşünceden bahsediyorlardı, tasarıdan. Her mahalleye yada Aile sağlık hekimliğinin olduğu gibi aile diş hekimliklerinin de açılması da planlanıyorlardı. Böyle olunca da hasta ağırlı olduğunda diş hekiminin yapacağı hiçbir uygulamayı tıptaki acildeki hekimler yapamıyor. O ağrıyı diş

hekiminden başka kimse dindiremiyor. Hani damar yoluyla, anestezi ya da ağrı kesici vermedikleri sürece. Öyle olunca hasta nasıl söyleyim sağlık birimine ulaşamadığı için, ilk geldiği sağlık birimine şiddetle geliyor. Diyorki ben buraya gittim, şuraya gittim; şu ilacı kullandım, böyle yaptım; şöyle yaptım. Ama bu bir çözüm değil çünkü her hastada otuz iki tane diş var; biz her hastaya müdahale edemeyiz, yetişemeyiz. Mesai saati olarak da insan gücü olarak da hiçbir şekilde yetmiyor yani” (K27, K, Elazığ).

Diş sağlığı alanında yoğunluğun fazla olmasının sebeplerine bakıldığında, yeni açılan hastanelerde yetkin sağlık personelinin olmamasından dolayı, üst birim olduğu için üniversite hastanelerine yönlendirmelerin fazla olduğu ve mevcut hastane koşullarında imkanlar olmasına rağmen farklı, asılsız gerekçeler gösterilerek hastaların üçüncü derece sağlık kuruluşlarına yönlendirildiğini ve görevini yerine getirmeyen hekimlerin de olduğunu K26 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Önceki soruya bir ekleme yapayım, Sgk şeylerine. Sgk, şimdi yeni açılan şehir hastanesinin dışarıdan ambalajı çok güzel ama hizmet verme noktasında kalite düşük. Bize öyle adam kanal tedavisi malzemesi yok diye bize gönderiyorlar, böyle bişey yalan yani. Mhrs’den adam randevu almış, iki hafta şeyinde, işte bu kanal olabilir, dolgu olabilir kanal olursa ben alamayacağım diyip, gönderiyor. Yani maaşını hak etmiyor; böyle saçmalık olamaz yani. Ben hastaya diyorum yaz CİMER’e. Ha madem iyi bina tesis edildi içine sağlam hekimleri koy. Onlara sgk ücretlerini arttıracaksın, kontrol ve takibi yapılacak birincisi. İkincisi hekimler aldığı ücretten memnun olup, süreyi de tam ayırıp, hastaya gerekli tedaviyi yapıp uzun ömürlü olacak tedavi. Ne yapıyor tedaviyi yapıyor altı ay gidiyor, gitmiyor. Şans eseri belki beş yıl gider. Ama herhangi bir özelde hesabını sorarlar. Hani niye böyle oldu, garantisini işletir” (K26, E, Elazığ).

K31 kodlu katılımcı ise hasta yoğunluğundan dolayı hizmet kalitesinin düştüğünü ve hastalara yeterince vakit ayıramadıklarını şöyle ifade etmiştir:

“Bence birinci sebeplerinden birisi bizim çok yoğun çalışmamız. Bence bizim bir hastaya diyelimki minimum bir hastayı on beş dakika muayene etmemiz lazım. Eğer diyelimki o beş dakikaya iniyorsa o çok sıkıntılı yani. Hastadaki sıkıntıyı da göremiyorsun bu süreçte. Bence hasta sayısı azalır, o süre zarfında bence yani bu şiddet şeyi de azalacak. Ya örneğin hastanedeki bazı eksiklikler bunların bence yerine gelmesi lazım, ya ben yoğun bakımda çalıştığım için burada bir güvenlik olmalı, ister sıkıntı olsun isterse olmasa bile buraya bir hasta yakını girecekse bence içerde bir güvenliğin de olması lazım” (K31, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen diğer kod ilgi beklentisi ve tedavi olma isteği kodudur. Katılımcılar hastaların mucizevi bir şekilde hemen tedavi olmayı beklediklerini belirterek onların bu tedavi olma istekleri sonucunda şiddet

vakalarının görüldüğünü ve sağlık çalışanları hastaların sürekli kendileriyle ilgilenilmesini istediklerini ifade etmişlerdir. K1 kodlu katılımcı daha çok aile bireylerinden biri hasta olduğunda hastaların ilgi beklentisinin daha belirgin bir şekilde görüldüğüne şöyle dikkat çekmiştir:

“Acilde çalıştım yani biz bunu defalarca yani defalarca yaşadık. İnsanları memnun edemiyoruz, insanların beklentileri ne bilmiyorum ama memnun edemiyoruz. Ağrı kesici birine yapıyoruz evet etkisini görüyor; birine de yapıyoruz etkisini görmüyor mesela o olay çıkartır? Niye bende etki etmiyor, o tarz sebepler. Gerçekten sözlü hakarete çok uğruyoruz, sürekli şikayet, hakkımızda şikayet. (...)İlgilenilmedi, bizle ilgilenilmedi. Bu hasta burada ölecek niye kimse bakmıyor. Genelde bu şekil. Yani insanları memnun edemiyoruz, insanlar hani tabi aileden biri olunca o konuda biraz daha hassas oluyorsun, istiyorlarki bütün hastane toplansın benim hastamın üzerine. Bir hemşire onlara yetmiyor, bir tedavi onlara yetmiyor. İnsanları tatmin edemiyoruz, yapamıyoruz yani” (K1, K, Bingöl).

Özel sağlık kuruluşlarında tedavi gören hasta ve yakınlarının ticari amaçlı taraflarının olmasından dolayı ilgi ve alakalarının kamu kurumlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aslında hastalara verilen tedavi biçimlerinin ve kullanılan tıbbi malzemelerin çoğunun aynı olduğunu K4 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Aslında şöyle bir şey iki tarafta da görülen tedaviler, ileriki tedaviler ilk muayeneler değil ileriki tedaviler aslında aynı. Bir ameliyat aynı ameliyat, bir yoğun bakımda görülen tedavi aynı tedavi. Adam mucizevi bir ilacı yokki. Devlet hastanesinde de kullanılan aynı ilaç, özel hastanede de kullanılan aynı ilaç. Ama ayırım şurada oluyor ilk giriş. İlk girişte ne oluyor özel hastanede belki biraz daha işte hoşgeldiniz beyefendi, özel muamele var. Devlet hastanesinde onu zor yaparlar yani. Çünkü kapasitesi daha çok. Bunu yaptıracak adamı da bulamazlar zaten bence. Burda da yapmaya çalıştılar bir ara tutmadı. Özel hastanede sadece muamele kısmı biraz daha değişik. Biraz daha ileri o da hasta tutmak için yapıyorlar zaten. Yoksa insanlar da biliyor acilde yapılan muamele aslında aynı muamele aslında. Alet edavat da şöyle yani mesela burada ileri bir görüntüleme tekniği yoktur, özeldedir. Ama hastayı yatırdı diyelim doktor, burda da yatırsa aynı tedaviyi yapacak. İkisi de aynı ilacı yapacak değil mi? Yani çok bir fark yok aslında. Muamele farkı var sadece” (K4, E, Bingöl).

Özellikle acil birimlerde hasta ve yakınlarının hemen tedavi olma isteği, hasta yoğunluğu, beklemek istememe gibi faktörler bir araya geldiğinde şiddet olaylarının tetiklenebildiğini K5 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Mesela şey ambulans kısmındaki şiddet mesela şu şekilde değerlendireyim genellikle uğradığımız kısım ambulans geç geldi. Ambulans geç geldi şeyinden dolayı, şey yapıyorlar mesela buna karşı bir şiddet eğilimi oluyor. Yani bize niye geç gelindi diye, oysaki böyle bir

durum da yok. Çünkü zaten ambulans dediğim gibi bu çok sıkıntı çıkartıyorlar. Yani bir dakika şeklinde bir süre var, geç gitme gibi bir durum da yok. Bir de şöyle bir detay var, mesela ambulans hareket halinde yolda karşılaşılan sürücülerden dolayı bazen ambulansa yol vermeme durumundan dolayı bazen aksilik çıkabiliyor, sekteye uğruyor tabi ama biz zaten elimizden geldiğince hızlı bir şekilde hastaya müdahale etmek için zaten yola çıkıyoruz. Dediğim gibi 112’de karşılaştığım sorun bundan kaynaklanıyor. Hastanede de hani genellikle çalıştığımız ortamda bir yoğunluk oluşuyor, o yoğunluktan dolayı herkesin acısı kendine göre fazla oluyor ya herkes kendini acil görüyor. Sen mesela o hastayı aciliyetine göre sıralamaya çalışıyorsun, orda da sıkıntı oluyor ve bunu ters anlıyorlar, burda bir şiddet eğilimi oluyor. Sadece fiziksel şiddet değil, sözlü bir şiddet, personele hakaret gibi durumlarda oluyor. Ben acilim ilk bana bakacaksın, oysaki bu personel tarafından aciliyetine göre hasta ayrılıyor. Ama o kendini acil gördüğü için oysaki acil değil o öyle gördüğü için böyle bir sorunla karşılaşıyoruz. Yani dediğim gibi bizim uğradığımız sıkıntı bu. Doktorların da şey sıkıntısı oluyor. Doktor mesela normal bir poliklinik yapıyor ya da o anda çok acil bir hasta geliyor, acil hastaya müdahale gerekiyor. Ona giderken bu defa diğer hastalar birikiyor ya bu kez o biriken hastalar arasında laf dalaşı oluyor, niye doktor poliklinik yapmıyor, biz sabahtan beri burdayız. Bundan dolayı da mesela bir şiddet söz konusu oluyor, genel olarak sıkıntılar böyle. Hastanın kendini acil hissetmesi ve önceliği hep kendinde benimsemesinden kaynaklanıyor” (K5, K, Bingöl).

Tedavi olma isteğine sahip bazı hastalar iyileşemediklerinde ya da yaşamlarını kaybettiklerinde bu hastaların yakınları şiddete başvurabilmektedir. Bu duruma K7 kodlu katılımcı şöyle dikkat çekmiştir:

“Ben Devlet Hastanesi’nde çalışırken acile bir hasta gelmişti. Bu hastanın kalbi durmuştu hemen resisitasyona aldık. Hasta eks oldu, bizim bir arkadaş vardı orda. Yakınları hepsi girdi içeri, arkadaş kendini pencereden dışarı attı. Benim çalışma arkadaşım, Allah’tan diğer tarafta pencere vardı, kendini pencereden attı. Çocuk kaçtı gitti, ailesi orda arkadaşımı alsaydı yani bence çok kötü şeyler yapabilirlerdi yani çocuğu öldüresiye dövebilirlerdi yani, ben orda şahit oldum. Ondan sonra burda da bir tane şahit olduk, kardiyo serviste doktor hanımla beraber oturuyorduk. Bir anda hastaları kötü oldu, gittik hastaya müdahale ettik. Şey yaptı, hastayı yoğun bakıma aldık biz. Sonra yakınları geldi, servisteki arkadaşlara saldırdılar. Servisin, kapısını komple indirdiler, adam kendi eliyle vurdu, kolunu kesti adam. Özel hareket geldi, bizim yoğun bakıma saldırdılar sonra zar zor polis ve özel hareket geldi, düşün özel hareket geldi milleti durdurabildi. Birden fazla genç. Kendi akrabaları tarafından saldırdılar yani. Hem servise hem de yoğun bakıma” (K7, E, Bingöl).

Tedavi görme ve ilgi beklentisi, hastalardan ziyade daha çok hasta yakınlarından gelebilmektedir. Bu çatışma durumunun temelini bakıldığında daha çok günlük

yaşamdaki sorun ve sıkıntıların sağlık kuruluşlarına taşınmasıyla da ilgili olduğu K14 kodlu katılımcı tarafından belirtilmiştir:

“Ama bizim yaşadığımız sorun ve sıkıntı hasta yakını kaynaklı. Hastayla tamamen bir sorunumuz yok. Çünkü o insanlar oraya tedavi amacıyla, maksadıyla geliyorlar. Hastalıklarından ötürü öyle olabilirler bu da çok doğal karşılanması gereken bir süreç. Bizim yaşadığımız tek sıkıntı hasta yakını ile ilgili. Bizim bunu anlatmamız daha fazla çözüm odaklı tedavi istemeleri, daha fazla ilgi istemeleri. Şöyle bir durum da oluyor bence dışarıda yaşadıkları herhangi bir sıkıntıyı getirip hastanede bize yansıtıyorlar çok rahat bir şekilde. Bu çok gariptir, biraz argo olacak belki ama topladıkları gün içerisindeki çöpü getirip bizim üzerimize yıkabiliyorlar. Ben de hasta yakını konumunda illa olmuşluğum vardır, dışarıdan bir gözle sağlık çalışanlarını incelemişliğim de vardır. Bir hasta yakını profili oluşturup onun gözüyle bakmak durumunda da kaldık. Bizim karşılaştığımız sorunlar sıkıntılar normal insanların bize yaşattığı sıkıntılar değil. Bana göre psikolojik ve ruhsal sıkıntılar yaşayan insanlar bize böyle geri dönüyorlar. Karşılaştığımız sıkıntılar, sorunlar genel olarak agresif, muhtemelen çocukluk döneminde çok iyi dinlenmemiş insanlar tarafından. Geri dönüşleri olan şeyler bunlar, çünkü üstünlük kurma çabası içerisindedir. Dinle, diye geliyor hani beni dinleyeceksin asla kendini ifade etmene fırsat tanımıyor. Sadece beni dinleyeceksin, az da olsa onu dinlememizi istiyor, evet dinliyoruz sonra haksızlığını dile getirdiğimizde kabul edip geri çekilebiliyor ama bize gelişi beni dinleyeceksin üstünlüğü kurma aslında” (K14, K, Bingöl).

K19 kodlu katılımcı tedavi olma isteğine yanıt alamayan hastaların özellikle özel sağlık kuruluşlarında hizmet alımı öncesi müracaatlarında yaptıkları ücret ödemelerini geri isteyerek tepki verdiklerini şöyle ifade etmiştir:

“Nasıl söylesem gelmiş biri doktora tedavi olmuş mesela ameliyat olmuş, tedavi görmüş fayda görmüş, görmemiş, işte geldiği zaman onlarda problem çıkıyor. Mesela adam ameliyat oldu, ameliyattan sonra memnun olmamış, problemi düzelmemiş işte niye böyle oldu, niye iyileşmedim. İşte paramı vereceksin, hani para veriyor ya ameliyat için. Paramı vereceksin, ben seni şikayet edeceğim, ben daha kötü oldum vay efendim öldüm, bittim. Yani bu tür şeylerle sözlü az bir miktarda da fiziki problem çıkartabiliyorlar” (K19, E, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık hizmetine erişememe kodudur. Katılımcılar, bireylerin sosyo-ekonomik durumları ve ulaşım sorunlarından dolayı sağlık hizmetine erişemediklerini ve bunun sonucunda bireylerin şiddete daha fazla eğilim gösterdiklerini belirtmişlerdir.

K27 kodlu katılımcı sağlık hizmetlerine erişirken hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetin kalitesine de dikkat ettiklerini, hizmetten beklentilerinin yüksek olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“Bu sağlığa ulaşımın alakalı sıkıntılar var. Eğitim gördüğüm il büyükşehir ve insanlar sağlığa çok rahat ulaşabiliyorlar. Çünkü üst birim olarak iki tane üç tane hani birim var iki tane fakülte var. Daha büyük sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri var, Elazığ’da mesela Fakülte yeni açılmış, altıncı yılına ancak girecek; öğrencilerin yaptığı işler çok iyi birşeymiş gibi hani kötü demiyorum çok beklentiye giriyorlar ve bunu kabul ederek buraya geliyorlar. Mesela bunlardan da çok fazla şiddet, kavga çıkıyor. Kabul ettikleri, imzaladıkları şeye binaen diyorlarki bize hoca baksın, yetkili baksın hani öyle de gelebiliyorlar. İlk başta girişte onamları her hastanın imzalatılıyor; bunu hastalar kabul ediyorlar ve sonrasında diyorlarki, biz öyle istememiştik. Yani eğitim fakültelerine gelip de çok über yani çok üst seviyede beklentide olan hastalar da oluyor, buralarda” (K27, K, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili olmaması gerektiğini ve bu durumun şiddetin gerekçesi olarak gösterilmesinin kabul edilebilir bir tarafının olmadığını ifade eden K10 kodlu katılımcı şunları ifade etmiştir:

“Yani bu sosyoekonomik durumdan bahsediyorsun. Tabiki bu insanların durumunun kötü olup da hizmet alamaması, poliklinik hizmeti alamaması ve acil servisten hizmet alması durumu söz konusu olabiliyor. Aslında acil servise başvurabilir çünkü sonuçta hastanın bir semptomu var, poliklinikten hizmet alamıyor hani maddi durumunu düşünerek. Acil servise başvurarak semptomatik tedavi alıyor. Orda bizim yapacağımız da hani hastanın kanlarını alabiliriz, semptomlarını gideririz, ağrısı varsa ağrısını keseriz. Ama yine de hastanın kronik hastalığı ile ilgili bir şikayeti varsa poliklinik öneriyoruz bu hastalara. Bu da sağlıkta şiddeti hiçbir şekilde açıklamaz. Bir hastanız ya da hasta yakınınız kötü olabilir ama bu sağlıkta çalışan insanlara şiddet uygulamanızı gerektirmez. Bu eğitimlerin getirilmesi lazım, caydırıcılıkların getirilmesi lazım. Sosyo-ekonomik durum da hani ülkenin ekonomik durumlarıyla ilgili buna çok bizim dokunacağımız bir şey yok yani. Ülkenin ekonomik durumuyla ilgili bir şey. Burda sağlıkta şiddet ile ilgili bir şey bu da bizim burda daha çok önerebileceğimiz şey sağlıkta şiddet konusunda halkın bilinçlendirilmesi olabilir. Yoksa ekonomik duruma devlet, yetkililerimiz el atar inşallah” (K10, E, Bingöl).

Bir başka hekim olan K12 kodlu katılımcı; sağlık hizmetlerine erişememe, eğitim seviyesi ve ekonomik yetersizlikler gibi faktörlerin şiddet olaylarıyla ilgili olduğuna şöyle vurgu yapmıştır:

“Yani bu her şey çıkar, bu insanların eğitim seviyesinden tut, gelir adaletine tut, ne bileyim yani bir insanla rahat yaşıyor diğeri kötü yaşıyor. Yani işçinin ücretinden çiftçinin derdinden tut bir ilgisi vardır bu olaylarla yani. (...)Yani şimdi şöyle dediğim gibi insan bazlı ama nihayetinde derdini anlatamayan birisi gerektiğinde biraz da geç doktoru bulduysa, bu tür imkanı biraz az bulduysa onun şiddet eğilimi biraz daha fazla olacaktır. Tabiki yani dediğim gibi bir insan özel hastanede direk tedavi olabiliyorsa neden şeye başvursun ki; diğeri tedavi olamıyorsa. Bu yani tamamen dediğim gibi işte kişinin sağlık eğitimi ve sağlık erişimi anlamında geri kalması. Çünkü hastaya söylenmiyor, hasta peşinden koşmuyor. Zaten hasta çok doktora gidemiyor hastaneye gidemiyor özellikle büyük şehirlerde bu durum bayağı bir belli oluyor” (K12, E, Bingöl).

Daha önceki kodlarda bahsedilen personel yetersizliğine de vurgu yapan K27 kodlu katılımcı sağlık hizmetlerine erişim noktasında ekonomik yetersizlik içerisinde olan bireylerde bu durumun daha fazla olduğunu şu şekilde dile getirmiştir:

“Bir de bence şeyi artık halkımızın maddi durumu genel olarak iyi değil, devlete geliyorlar, bu yüzden sıkıntı da oluyor. Özele gidemiyorlar, çaresizlik içindeler, bize işlerini yaptırmaya çalışıyorlar. Dışarıda bir milyon tane hasta var, kendilerinin öncelikli olması gerektiğini düşünüyorlar; diyorlarki bizim ağrımız var; ama bize gelen her hasta ağırlı. Yani her hastanın ihtiyacı var ve biz buna yetişemiyoruz. Maddiyat, hekim yetersizliği, sağlığa ulaşma” (K27, K, Bingöl).

Ekonomik durumu yeterli olan bireyler tarafından da fevri davranışların sergilenebildiğini K11 kodlu katılımcı düşüncelerini ifade ederken şöyle yer vermiştir:

“Ben kendi gözlemlerime dayanarak yani çok doğru olmayabilir genel durum hakkında. Maddi gücü iyiye bir insanın onun öyle tavrı oluyor yani hani beni kimse şey yapamaz, kimse benim hakkımı yiyemez. Halbuki kimsenin onun hakkını yediği yok” (K11, K, Bingöl).

K19 kodlu katılımcı ise özel sağlık kuruluşlarında ücretli ödemeleri ödeyemeyen hastalardan ücret talebi olunca hastaların tepki göstererek şiddet eğiliminin ortaya çıkabildiğini şu şekilde dile getirmiştir:

“Kanuna göre acil hastalarından para alman gerekiyor. Devlet bu parayı almayı sana yüklüyor. Bazı vatandaşlar da ekonomik sıkıntılardan dolayı oraya para veremiyor. Bu politikaların da etkisiyle beraber şiddet ve kızgınlık tetiklenebiliyor. Fakat bunların hepsi bunların alt grupları. Yani şiddeti etkiliyor” (K19, E, Elazığ).

Aynı duruma K20 kodlu katılımcı da vurgu yapmıştır:

“Burası neticede özel kurum. Ama buranın sahibinin de yapabileceği hiçbir şey yok. Ama tabiki de gelip sinirlenen insanlar var. Paramız yoksa bizi muayene etmiyor musunuz,

paramız yoksa biz şimdi burada ölsek bize bakmayacakmısınız. Hayır tabikide hasta kötü şekilde geldiğinde bakılıyor. Ama burası da bir özel kurum. Tahlili gerekiyor ama evet bunla ilgili şikayet alıyoruz” (K20, K, Elazığ).

Sağlık hizmetlerine kolay erişim gerçekleşirse şiddet olaylarının azalabileceğine yönelik görüşlerini K27 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Ben şunu söyleyeyim hasta hekimine kolay ulaşırsa şiddet olmaz. Bunun dışında fiyat parametresinde zaten kolay ulaşabilirse; devlette parası yoksa devlete ulaşabiliyorsa sıkıntı olmaz. Ya da hastanın parası varsa özele ulaşabiliyorsa sıkıntı olmaz” (K27, K, Elazığ).

K31 kodlu katılımcı özellikle sağlığa ulaşım probleminin ağır kış koşullarında da kendini gösterebildiğini ve gecikmelerin yaşanması sebebiyle sağlık çalışanlarının şiddet mağduru olabildiklerini şöyle açıklamıştır:

“Şimdi örneğin Elazığ’ın burada şunu ön plana alalım, şimdi yollarının kapandığı bir sürü yer oluyor. Ama o süreçte oradaki hasta yakınları hastalarını buraya ulaştırıyorlar ve sıkıntı yaşıyorlar. Bu ister istemez örneğin bu saatte aranmıştı neden hemen gelmedi, bu bakımdan da devlet mesela hava ambulansı gibi bir şey olsa hem oraya ulaşım, hem hasta olduğu için acil müdahale gerektirdiğinde can kurtarıcı olur. İşte hasta yakınıyla münakaşa olmaz. Bir şiddet eğilimine girmemiş olursun” (K31, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sistemden kaynaklanan sorunlar kodudur. Sağlık sistemindeki sorunlar ve aksaklıklar sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarındaki artışı etkilemektedir. K26 kodlu katılımcı (E, Elazığ) sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen faktörler arasında sistemden kaynaklı problemlerin olduğuna *“bu hekime şiddet aslında biraz da sistemin hatası. Sistem eğer düzgün eğitmiyorsa, o ekonomik özgürlüğü vermiyorsa, o güvenliği sağlamıyorsa, ara personel geçici oluyor”* sözleriyle dikkat çekmiştir.

Aile hekimliği birimlerinde uygunsuz istekler, reçetesiz enjeksiyon yaptırma gibi durumların şiddeti tetikleyen faktörler olduğuna K38 kodlu katılımcı dikkat çekmiş ve misafir hasta kavramıyla ilgili yanlış bir algının yaygın olduğuna şöyle dikkat çekmiştir:

“Bizde basit bir konuda bile olabiliyor. Gözünün üstünde kaşın var desen bile olabiliyor. Şurada beklerken otururken bile poliklinik kapısında hasta bekledi orda nasıl elektriklenme oluyor görürsünüz yani. O yüzden her türlü konuda olabiliyor yani. Bekleme dedim ya uygunsuz istekler. Nasıl söyleyeyim reçetesiz enjeksiyon, misafir hasta diye bir kavram var zaten. Nasıl biz de anlayamadık onu, kapıdan geçen herkes misafir hastayım diyor. Misafir

hasta olmaz. Çünkü kaydının olması lazım. Yoksa aile hekimliğinin bir özelliği, forsu kalmaz. Mahallenden ayrıca kaydın olduğu yere gidebilirsiniz” (K38, E, Elazığ).

Ayrıca K38 kodlu katılımcı sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesi gerektiğini, sağlıkta performans sisteminin var olması ve randevuların çok fazla ileri tarihlere verilmesini, birçok sağlık çalışanının özel sektöre yönelmesini etkileyen faktörleri ifade ederek hem sağlıkçıların hem de hastaların yaşadığı sistemsel sorunları şöyle belirtmiştir:

“Güzel olan şeyler var ama içine bakınca hastanelerde özellikle performans sisteminin olması iyi bir şey değil. Özlük haklarımızın yerlerde olması bunlar iyi değil. Bunlar motivasyonumuzu etkiliyor. Yoksa bir şehir hastanesinin yapılması edilmesi, orda avm gibi yapılması, bakınca görülmesi bana bişey katmıyor. Gördüğüm kadarıyla. Hastalarımız, şubat ayına mart ayına bir sürü randevu verilen hastalar var. Bu sefer hastalar özel hastanelere yönlendiriliyor. Ultrason olsun, emar olsun. Beş ay sonrasına randevuya yönlendirilen insanlar var, beş ay. Özlük hakları iyi olmayan bir sürü hekim arkadaş; özele kaçmaya çalışsa bile o da nereye kadar gidecek, açık konuşmak gerekirse” (K38, E, Elazığ).

K34 kodlu katılımcı birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan hizmet almadan doğrudan acil birimlerinin poliklinik olarak kullanılmaması gerektiğini ve sistemin buna izin vermesinin bu birimlerin yükünü arttırdığını şöyle açıklamıştır:

“Gerçekten hasta bireylere tedavileri uygulanması gerekiyor. Yani en basiti aile hekimi denen bir uygulamamız var değil mi? Her bireyin aile hekimi var, hiç kimse aile hekimi kullanmadan direk hastanelere hücum edip işte benim buyum var, bana şunu yap, deyip acil servisi dolduruyor bence. Acil servisler; trafik kazaları, yaralanma, travmalar, kalp krizi böyle kritik olaylara bakılması gereken bir yer. İş yükü olarak da. Mesela yirmi yaşında bir arkadaşımızın karın ağrısı, ishali var ve ciddi bir şey yokken ve aile hekimine gitmeyip akşamı bekleyip acil servise gitmesi, her şey yapılır, hastane orası denilip gelmesi ve sistemin izin vermesi bence yük yani. Aile hekimini aktif kullansalar böyle bir şey yaşamayız” (K34, K, Elazığ).

Acil birimlerin müdahale alanına girmeyen ve acil olmayan hastaların poliklinik sırası beklememek amacıyla bu birimlere müracaat ettiğini K34 kodlu katılımcının dışında, K28 kodlu katılımcı da dile getirmiştir:

“Bizim insanımızın zaten hepsi öyle. Yani gerçekten bir üst solunum yolu enfeksiyonu için acile geliyorlar. Acilin iş yükü artıyor. Biz gerçekten eks olmuş hastaya müdahale ederken işte benim çocuğum öksürüyor yani ölsün mü diyen anlayışsız hastalar var. Yani gerçekten acile böyle öksürük boğaz ağrısıyla gelen hastalar var. Yani aile hekimliğine gitse,

polikliniğe gitse gerçekten daha böyle tedavi olabilecek, herkes direk acile başvuruyor. Sıra beklememek için bu da çoğu zaman” (K28, K, Elazığ).

Ayrıca aynı katılımcı randevu sisteminin getirilmesiyle ilgili problem yaşadıklarını, çevre illerden üçüncü dereceden sağlık kuruluşu olan üniversite hastanelerine gelen hasta ve hasta yakınlarının randevusuz alınma noktasında ısrarlarının olabildiğini ve bu talepleri reddedildiğinde şiddet olaylarının yaşanabildiğini şöyle ifade etmiştir:

“İşte dediğim gibi randevusuz bakılmamaya çalışılıyor ama bizim Elazığ’da hani Elazığ insanından ziyade il dışından çok gelen hastamız var. Muş, Bingöl, Tunceli çoğu zaman bize gelir hani oranın hasta profili. O açıdan böyle çok randevusuz gelen hastalar var. O yüzden polikliniklerde kavgalar çıkıyor zaten” (K28, K, Elazığ).

Bazı hastaların randevu sisteminin olmasından dolayı sağlık hizmeti alamadıklarında şiddet davranışları sergileyebildiklerini K26 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Burda muayenede hamile bir hoca vardı geçmişte, üzerine yürüdü bir hasta ve muayene kağıdını suratına attı, o gün alınmadı diye. Ya buranın bir sistemi var. Biz de ister istemez buna kayıtsız kalamayız” (K26, E, Elazığ).

Randevu sisteminin hastalara ileri tarihli randevular vermesi, hastaların uzun süre randevu beklemelerine sebep olmaktadır. Özellikle aciliyeti olan hastaların bu bekleme süreleri karşısında acil birimlere başvurarak sorunlarına çözüm bulmaya çalıştıklarını ve randevu sistemiyle tedavi alma bilincinin zayıf olduğuna K25 kodlu katılımcı şu sözlerle dikkat çekmiştir:

“İşte bazen hat düşmüyor, randevu kilit, beş gün öncesinden randevu veriyor, bu hasta belki kötü. Bekletilmesi kötü. Şimdi onkoloji bölümü çok yoğun randevu alması gerekiyor, bu hastanın kemoterapi ya da başka bir tedavi alması gerekiyor, arıyor randevu on gün sonraya; bu hasta acile gelecek yine. Acile gelecek yine sıkıntı olacak bu defa yine yapmıyormuşuz gibi algılanıyor. Öncelikle bu randevulu sistemin kalkması gerekiyor, sıralı sistemin gelmesi gerekiyor çünkü o bilinç yok vatandaşta. Hani ben randevumu alayım rahat muayene olayım yok. Hasta on gün önceden şikayeti var randevu almıyor, geliyor haberi yok ya da haberi olduğu halde gelip acile tedaviye. Ben gideyim acile iki dakkada işimi hallederler, zaten mantık bu. Genellikle bu problemlerden kaynaklanıyor aynen. Randevu yokken giriş yapıp geliyorlardı ama randevu sisteminde ordaki doktor arkadaş yine imtiyazlı davranıyor, işte diyor biraz bekletecem sizi, randevuluları alayım sonra sizi alayım diyor. Hasta orda dört saat beklemek istemiyor” (K25, E, Elazığ).

Hastanede muayene olabilmek için sıra almak isteyen hasta ve yakınlarına hasta girişinin randevusuz yapılamayacağı ifade edildiğinde şiddet olaylarının başlayabildiği ve Merkezi Hekim ve Randevu Sistemi ile ilgili yaşanan diğer sorunları K24 kodlu katılımcı şöyle açıklamıştır:

“Yani bir sıra yoksa, doktorların kotası dolmuş ve biz sıra veremiyorsak bize sözlü olarak şiddette bulunuyorlar. İkincisi randevu alıyor MHRS’den MHRS’deki doktor buraya gelmiyor, doktor gelmiyor ya da doktor değişiyor, sistem hata verebiliyor sonuçta randevusu düşmüyor, o tür durumlar sonrası birey şiddete meyledebiliyor. Onun dışında çok böyle bizle şeyleri yok mesela diyalogumuz iyi geçiyor, mesela biz yapabileceklerimizden bahsediyoruz; biz size sıra verebiliriz diyoruz, onun dışında doktorla görüşebilirsiniz diyoruz. Çok böyle şeyimiz kalmıyor” (K24, E, Elazığ).

Sağlık alanında sistemden kaynaklı şiddet olaylarının yaşanmasında -81 ilde MHRS sistemi ortak olarak kullanıldığı için- birimler ya da iller arasında ciddi bir ayrımın olmadığına K2 kodlu katılımcı şu ifadelerinde yer vermiştir:

“Kesinlikle öyle yani eskiden öyle değildi belki ama yapısal dediğimiz Sağlık Bakanlığı 81 ilde MHRS sistemini oturtmuş durumda. Diş hastanesi olsun, devlet hastanesi olsun, sağlık alanında MHRS sistemi oturtulduğu için şu an ben genel olarak baktığımda ayrım göremiyorum. Batı illerindeki tepkilerin sebebi neyse doğuda da öyle oluyor ekseriyetle. Hani belli başlı istisnalar çıkabilir ama ben onun dışında bu konuda çok bir farklılık görmüyorum yani altı yıllık tecrübelerime dayanarak” (K2, E, Bingöl).

Hastaların randevu saatlerine uymamaları ile ilgili sorun yaşadıklarını ifade eden K3 kodlu katılımcı mümkün olduğunca inisiyatif göstererek hastaları kabul ettiklerini fakat alamadıkları durumlarda da şiddete maruz kalabildiklerini şöyle belirtmiştir:

“Hasta randevusuna 15 dk geç kalmış ve buna rağmen yok evde yaşlım var, çocuğum hasta, yok köyden geliyorum, yok otobüs geç geldi, yok köy arabası geç kaldı, yani hepsinin kendine göre harika bir bahanesi var. Hekim bazen inisiyatif kullanıyor ama bazılarında da hekim yoğun oluyor alamıyor, almadığı zaman tekrar bir şiddet, sözlü şiddet, saldırı, fiziksel şiddet oluyor, şikayet oluyor” (K3, E, Bingöl).

Randevu saatine uymayan hasta kabul edildiğinde sonraki hastaların tedavi saatleri aksadığı için o gün randevulu hastaların çoğundan olumsuz geribildirimler alınabildiğini ifade eden K4 kodlu katılımcı sistemden kaynaklı sorunlar noktasında şiddet olaylarının psikolojik şiddet ile başladığını belirtmiştir. Randevularına gecikmeli gelen hastaların alınamayacağı ifade edildiğinde, bazı geciken hastaların başhekime giderek farklı hekimler üzerinden tedavi almaya çalıştıklarını ve bu durumu

alışkanlık haline getirdikleri görülmektedir. Başhekime başvurmayı çözüm yöntemi olarak kullanmalarının dışında bazı katılımcıların (özellikle yerel, küçük illerde yaygın bir durum olarak) tanıdıkları sağlık çalışanlarını arabulucu yaparak tedavi almaya çalıştıkları K4 kodlu katılımcı tarafından şöyle ifade edilmiştir:

“Zaten ilk önce psikolojik şiddet oluyor da. O halde geliyor zaten randevusuna geç kalmış oluyor. Yani randevuyu da geçelim acile gelmiş diyelim. Acile gelen her hastayı kabul ediyoruz öyle değil mi? Acile gelen hasta kendi yine kendi istediğini yaptırmak istiyor orada. Doktoru dinlemekten ziyade, bir hastamız gecikti bugün. Hasta yaklaşık iki buçuk saat gecikmiş. Hastaya iki buçuk saat geciktiğini, onun sırasının geçtiğini, şu an randevusu gelen başka bir hastayı alacağımızı söyledik. Hasta şey dedi ben bir başhekime çıkayım o zaman. Başhekime çıkacaksın durum değişecek mi, yok. Başhekim onun işini büyük ihtimalle başka bir doktorla görecektir hani hasta memnuniyeti felan filan, bu o hastanın böyle sürekli yapmasını sağlayacak belki çocuğu da böyle yapacak artık. Alışkanlık olacak, babadan oğula geçen alışkanlık olacak. Yani bunun önünün kesilmesi lazım, o kadar yani. Şimdi küçük bir yer ya gelen hasta ya komşunuz oluyor ya çarşıda bir esnaf oluyor. Hasta geliyor doktorun yanına gidiyor doktor diyor randevun geçmiş alamam, diyor tamam. O tam çıkarken bir tanıdığını görüyor, ya işte böyle böyle bu kere o gidip doktora rica ediyor, halbuki ortada kesin bir kural olsa hiçbir şekilde alınmasa hasta, hastalar randevusuna erken gelmiş olacak. Çünkü evden çıkarken ya ben geç kalırsam alınmam. Bu bilinçte olsa hasta, hiçbir sıkıntı olmayacak. Yani öbür kurumlara gidildiğinde eğer bir gün verilmişse bir saat verilmişse, imza atacaksın o saatte orda olmazsa bilirki başka kişi alınacak ve işi bir sonraki güne ertelenecek ama hasta ona erken gidiyor. Hani kişi ona erken gidiyor aynı kişi hasta olduğunda hastaneye bu özveriyi burda göstermiyor. Niye, ya orda bir tanıdığımız var her türlü orda hallederiz. Hasta on dakika geç kaldı diyelim tedavi süresi yarım saat, hasta geldi diyelim vicdan yapıp alıyorsun, geriye kaldı yirmi dakkası. Tetkik gerekiyorsa eğer röntgen gerekiyorsa, röntgenden geliyor iğnesini yapacaksın. Uyuşacak, tedavisini yapacaksın, orda tedavisi için kalan süre aslında beş dakika. Peki o hekim hasta için ne kadar faydalı olacak? Faydalı olmak istese mesela bu kez sonraki hastanın hakkına girecek bu sefer. Bu öbür hasta öbür hasta devam edecek tekerleme, bu hekim o gün tüm hastalarından olumsuz tepki alacak” (K4, E, Bingöl).

Sistemin hekimlere yeterli muayene ve tedavi sürelerini vermemesinin sonraki muayene sıralarında yığılmalara sebep olduğu, hasta sayısının fazla olmasının hekimlerin hastalara yeterli zamanı ayıramama sonucunu doğurduğunu ve bu durumda hastaların tatmin olmamalarıyla da neticelendiğini K16 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Doktor bundan daha az olursa devlette on dakikada bir randevu vardı, beş dakkeye düştü mesela, şimdi sen geliyorsun beş dakikada tüm derdini anlatıp ilacını alıp çıkman lazım ama

mümkün değil. Sen beş dakkada işlemini bitiremedin arkadaki beş dakika bekliyor, arkadaki on dakika bekliyor dışarıdaki kalabalık artıyor. Aslında devlet kendisi on dakkadan beş dakkaya düşürerek şiddete sebep çıkarmış oldu niye ben randevum 10.20'deydi, 10.40 saat halen giremedim diyor, bunun suçlusu doktor mu? Bir doktora yüz kişi verirsen bir günde muayene için yani gerçekler ortada, niye olduğu da ortada ama bunu çözecek şey yok” (K16, E, Bingöl).

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) olarak hizmet veren kuruluşlarda baraj kültürünün var olmasından dolayı ve sistemin sorunlarını özellikle kota problemini aşabilmek adına bazı hekimlerin hileye başvurabildiklerini K27 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Evet. Bazı hekimler. Şeyi bilirsiniz belki duymuşsunuzdur, ağız ve diş sağlığı merkezlerinde yarım saatte bir hasta almak zorundalar. Oralarda baraj kültürü diye bişey var. Yani günde bu kadar hasta bakacak şu kadar sürede. İşlem doldurmak için bu şekilde kullananlar da oluyor. (...)Aynen, mesela hasta geldi muayene artı diş taşı giriyor, yapmadığı işlemi giren insanlar oluyor ya da dişi çekmedi. Dolgu yapıyor kanalda giriyor. Ama kanal yapmıyor” (K27, K, Elazığ).

MHRS sisteminin verdiği muayene sürelerinin kısa olduğu, yapılan tedavi biçimine göre tedavi sürelerinin ayarlanması gerektiğini ifade eden K3 kodlu katılımcı özellikle diş sağlığı alanında tedavi süreleri ile ilgili yaşadıkları sorunu şu sözlerle açıklamıştır:

“Şimdi ben diğer hekimlerinin yaptığı işi küçümsemiyorum. Bir dahiliyeye gidiyorsun muayene artı ilaç beş dakika sürüyor. Test filan istemiyorsa beş dakika. Ama diş hekimliği öyle değilki, bir dolgu yapıyorsun, anestezi yapıyorsun beş dakika, on dakika bekletiyorsun, yarım saat, kırk dakika, hastanın dolgusunu yapıyorsun, kanal yapıyorsan 45-50 dk sürüyor. Hani iki tane hasta geç kalınca diğer hastanın ikinci dişini yapamıyorsun, hani muayene et gönder olsa yirmi tane de alırsın, otuz tane de alırsın. Ama iki tane hasta geç kalırsa sen alamıyorsun, işin içinden çıkamıyorsun. 11.00-11.30 hastası olsa alabilir misin, alamazsın, hani beş dakkalık çekim olsa yaparsın. Ama hasta zaten çekimi aşağıda alt katta randevusuz şekilde yapabiliyor, hasta çekim için genellikle gelmiyor, dolgu, kanal, protez için de geliyor. Bu işlemler de öyle on-on beş dakkalık işlemler değil. Bu hastalar arasındaki randevuları 40-45 dk yaparsın öyle, ama hastalar arasını 20 dk yaparsan olmaz yani bunu MHRS sisteminin düşünmesi lazım. Size gelen randevular tedavi için gelen randevular değil, ön muayene için gelen randevular. Hasta onun da farkında değil. Şimdi büyük şehirlerde hastalar bu olayın biraz daha bilincinde. Hastalar randevu alıp geliyor ve biliyor bir işlem yapılmayacağını. Bu ön muayene diye biliyor ve diş hekimi ona bir gün veriyor normal bir çalışmadığı gün oluyor. Haftada belli gün çalışmıyor ya da öğleden sonra MHRS sistemi

kapalı o günlere gün veriyor, o gün geldiğinde tedavi ediliyor ya da randevu alıp geldiğinde tekrar hasta o güne alıp geldiğinde tedavi ediliyor o gün. Bingöl'de o sistem oturmadı. Bingöl'deki sistem hasta randevu alıp geldiğinde %90-95 işlemi halloluyor yani. Tek bir işlem ya da iki işlem neyse bir işlem halloluyor. Dolguysa, kanalsa, bazen kanal tedavisi iki seans oluyor, randevu yönlendirebiliyorsun, ama çoğu zaman tek seansta kanal tedavisini yapabiliyorsun, dolgu ya da diş taşı temizliğini yapabiliyorsun. Protezde kesim yapıyorsun elden gün veriyorsun, protez işlemlerinde” (K3, E, Bingöl).

Sistemin verdiği tedavi sürelerinin yetersiz olmasından kaynaklı olarak tedavi seanslarının uzadığı, tedavinin bir nesnenin tamiri olmadığı, bazı hastaların randevu saatlerine uymaması gibi faktörlerin doğurduğu sonuçlar arasında şiddetin yer almasına yönelik değerlendirmeler farklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiş ve bu durum ağız ve diş sağlığı alanında hizmet veren K22 kodlu katılımcı tarafından şöyle belirtilmiştir:

“Evet, çünkü oraya otomatik bir basıyor, eline bir kağıt veriliyor ve sahipleniyor. Ama neymiş MHRS sistemi gibi bir sistem var, ben o saatte o hastayı almak zorundayım. (...)Yani Sağlık Bakanlığı diş hekimi olarak bir hastayı muayene süresi olarak bana 20 dk veriyor. Ben hastayı röntgene yolluyorum, yoğunlukta hadi diyelim röntgen 5 dk, en kısa sürede geldi diyelim. 5 dk anestezisini yaptım, kaldı bana 10 dk ve ben nasıl bir işlem yetiştirebilirim, ne kadar sağlıklı bir işlem yapabilirim? Yani buna siz karar verin, on dakkada hastaya işlem yapmaya çalışıyoruz. Ve hasta bizi sanayi gibi görüyor. Ben bazen diyorum, buraya yazın organize sanayi bölgesi. Aynı anda bütün ağızdaki dişleri yapmamızı bekliyor. Devletin bize verdiği 20 dk. Ben bazen hastaya diyorum, burası sanayi değil ben araba tamir etmiyorum. Ben senin aynı anda bütün dişlerini yapamam, bana verilen süre belli, yetiştirdiğim sadece bir diş. O da yarım yamalak. Seansları uzatıyoruz, çünkü yetişmiyor. Sağlık Bakanlığı bize bu şekilde yani diğer hekimlerin şey, gidip kan tahlili istiyor, onu istiyor bunu istiyor, muayene edip hastayı gönderiyor. Bana bu şekil olursa geç gelen hastayı alamıyorum. Hasta bana 10 dakika geç gelse hastayı alamıyorum. (...)Tabiki asıl orada başlıyor, ben diyorum senin süren gecikti. Bana diyor 5 dk geciktim ne oldu. Burdan başlıyor şiddet. Yani 182 baştan diyecek 15 dakika öncesinde git. Hasta bunu bilmiyor” (K22, K, Elazığ).

Bazı sağlık kuruluşlarında kullanılan sistemlerin ücretli olması, hasta tanı ve tedavilerinin kağıtla ellerine verilmesi, ciddi iş yükünün olması gibi problemlerin var olması hastaları ve özellikle hizmet veren sağlık çalışanlarını zor durumda bıraktığıyla ilgili K27 kodlu katılımcı şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Var var şöyle var. Mesela bu fakültede hasta randevusu konusunda sistemsel hatalar var. Mesela randevu listesinde beş bin kişi var. Ama en eskiye döndüğümüzde çağırılmıyorsun. Hasta sırası gelene kadar o diş çekime gitmiş olabiliyor. Dolgusu kanala girmiş olabiliyor.

Sistemde sıra gelene kadarki süreçte şikayetleri değişiyor yani buraya geldiğinde de şöyle bir mağduriyet oluşuyor, kanal tedavisine geldi hasta sizin diş çekim demek zorunda kalıyoruz ama bize gelene kadar iki yıl süre geçmiş. Onun dışında bir de endikasyonu eline yazılıp verilen bir fakülte burası, o da sorun olabiliyor. Gelenler genelde yaşlı geliyorlar, kaybediyorlar. Yapılacak işlemi hatırlamıyorlar. Onlarla ilgilenecek özel bir birim olmalı yani anlamayan hastalarla, iletişim kuramayan hastalarla. Onun dışında şöyle bir sorun oluyor bilgisayar sistemlerinde böyle ücretli şeyler kullanıyorlar. (...) adlı yazılımı kullanıyorlar. Mesela hastanın bilgileri filan orda yer alıyor. Şu, şu dişe işlem girildi; SGK'ya ordan düşüyor. Her fakültenin farklı, dışarıdaki hastanelerin de farklı. Yakın bir tarihte işte şey oldu, hastanın dişi mesela başka bir birimde çekilmiştir gözüküyor. Yapmadığı bir işlemi girmiş olabiliyorlar. Hasta bir kliniğe ya da devlet kurumuna geldiğinde o işlemi ya sildirmek zorunda kalıyoruz; hastayı SGK'ya göndererek ya da ücretli yaptırmak zorunda kalıyoruz. Hastalar bundan da şikayetçi; gittiğim insan da hekimdi siz de hekimsiniz, o niye böyle yapıyor; ben niye mağdur oluyorum, diye cebinden ekstra da para çıkıyor; bunlar da sorun oluşturuyor. Daha önce de öğrenciyken mesela diş temizliği yapmam gerekiyordu. Başka bir birimde daha önce hiç yapılmadığı halde diş taşı temizliği yapılmıştır; şeklinde işlem girilmiş. Hasta bana geldiğinde birkaç gün resmen uğraştırmak zorunda kaldım ki üstlerim bana kızamasın, hani hocalarım hastaya bakmadın ya da işlem girmedin diye. Onlarla mesela uğraştık, sıkıntılar oluyor” (K27, K, Elazığ).

Acil birimlere taşınılan hastalarla ilgili ambulansların hastayı hangi hastaneye götürmesi ile ilgili bazen komutun doğru verilmediği ve özel hastanelerin de bu hastalara bakmakla yükümlü oldukları halde o hastanelerin göz ardı edildiğine yönelik sistemin düzeltilmesi gerektiğini K25 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Özel hastaneye ambulans kardiya(...) Yani kalbi duran hasta oldu mu götürebiliyor artık en yakın hastaneye. O konuda Komuta Merkezi ile yine tersleşiyoruz çünkü özel hastanenin önünden geçiyorlar, bize getiriyorlar. Şimdi burda hasta geç gelirse müdahalesi geç yapılıyor; hele özellikle kalbi durmuş bir hastayı başka hastanenin önünde getirirsen o kayıp olan beş on dakikalık kısım zarar” (K25, E, Elazığ).

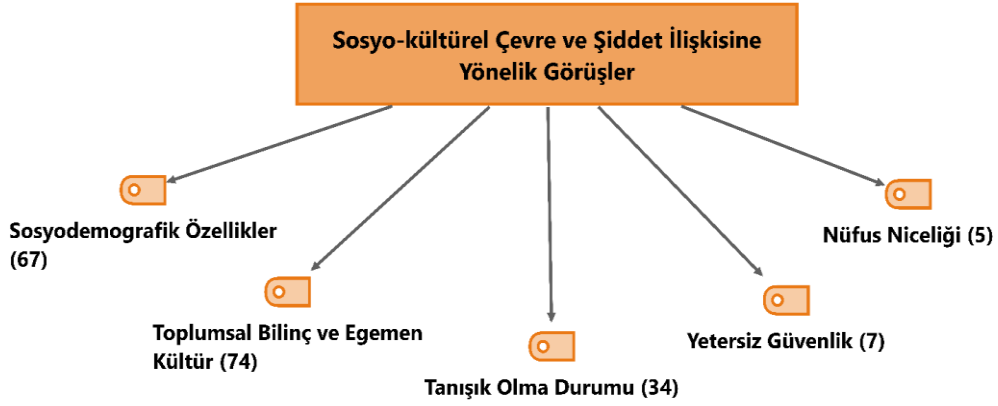
Bu çalışmada yer alan sistemden kaynaklanan sorunlar koduna benzer bulgu, Beder'in sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili Erzurum ilinde gerçekleştirdiği çalışmaya da bakıldığında (2009), sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerine yönelik yöneltilen soruda sağlık çalışanlarının en yüksek oranla (% 44,2) şiddetin sağlık sisteminden kaynaklandığı cevabını verdiği görülmektedir (Beder, 2009: 25).

Tablo 2: Sağlık Alanındaki Şiddete İlişkin Görüşler Temasında Katılımcıların Vurguladıkları Kodların Bingöl ve Elazığ İlindeki Yoğunluk Dağılımı



Katılımcılara göre sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasını incelediğimizde Tablo 2’de görüldüğü üzere katılımcılar farklı noktalarda farklı yoğunluklarda yorumlarda bulunmuşlardır. Farklı katılımcıların farklı noktalarda yoğunlaştıkları noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile görülmektedir. Tablo 2’ye göre Bingöl ili sağlık çalışanları sözlü şiddet ve sağlık çalışanını değersizleştirme kodları noktasında yoğun görüş bildirirdikleri görülürken, Elazığ ilindeki sağlık çalışanları ise sistemden kaynaklanan sorunlar, hasta sabırsızlığı ve tatminsizliği, sözlü şiddet ve sağlık çalışanını değersizleştirme kodları ile ilgili yoğun görüşlerde bulunmuşlardır.

4.3 Sosyo-Kültürel Çevre ve Şiddet İlişkisine Yönelik Görüşler



Şekil 3: Sosyo-Kültürel Çevre ve Şiddet İlişkisine Yönelik Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

Araştırmanın ikinci teması olan sosyo-kültürel çevre ve şiddet ilişkisine yönelik görüşler temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli ve bu kodlara ait frekans tablosu Şekil 3'te görülmektedir. sosyo-kültürel çevre ve şiddet ilişkisine yönelik görüşler teması 5 kod ifade edilmiştir. Bu kodlar sosyodemografik özellikler, toplumsal bilinç ve egemen kültür, tanışık olma durumu, yetersiz güvenlik ve nüfus niceliğidir.

Bu temada katılımcılar tarafından ifade edilen ilk kod nüfus niceliği kodudur. Bazı sağlık çalışanları bölgelerindeki nüfusun az olmasından dolayı şiddet vakalarının batı illerine göre daha düşük olabileceğini ifade etmişlerdir. K20 kodlu katılımcı (K, Elazığ) sağlık alanında yaşanan şiddet oranlarıyla ilgili “(...) Elazığ daha küçük bir şehir. Belki küçüklüğünün verdiği şeyi düşündüğünüzde daha azdır. Elazığ nüfusu ve kalabalığı bir İstanbul, İzmir gibi değil” sözleriyle hizmet verdiği il ile büyükşehirleri karşılaştırmıştır. K31 kodlu katılımcı ise nüfusu fazla illerde hasta sayısının artmasıyla birlikte ciddi hasta yoğunluğunun oluştuğunu ve bu durumun şiddet olaylarını arttıran faktör olmasının sebeplerini şöyle ifade etmiştir:

“Şöyle söyleyeyim bence nüfus arttıkça gerçekten şiddet de artıyor bence. Çünkü örneğin bir acil servisi diyeyim orda tek doktor var, Elazığ'da beş yüz kişiye bakıyorsa bu büyük illerde ikibin, üç bin kişiyi buluyor. O illerde doktor, hasta ve yakınına daha fazla vakit ayırabilirken; İstanbul gibi yerde daha az vakit ayırdığı için bir şiddet değişiyor. Bir hastayla ilgilenme süren ne kadar artarsa şiddet azalıyor ya hastayı tatmin ediyorsun, sıkıntı da sana çıkartmıyor” (K31, K, Elazığ).

Bingöl ilinde sağlık hizmeti sunan K5 kodlu katılımcı da konuya şöyle dikkat çekmiştir:

“Galiba şehir kesimiyle daha çok şey oluyor, artık insanların kalabalık olmasından mı kaynaklanıyor? Yani büyük ihtimalle çok kalabalık olduğu için sıkıntılı insanlarla karşılaşma ihtimali daha fazla oluyor. Ama küçük yerlerde artık aile gibi oluyor ama sıkıntı yaşanmıyor ama illerde aynen sıkıntı biraz daha fazla” (K5, K, Bingöl).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod yetersiz güvenlik kodudur. Katılımcılar hizmet verdikleri sağlık kuruluşlarında güvenlik sisteminin yetersiz olduğundan bahsetmişlerdir. Şiddet olaylarının yaşanmaması için güvenlik görevlilerinin olması gerektiğine K9 kodlu katılımcı yaşadığı şiddet olayı üzerinden şöyle aktarmıştır:

“Biz odalara saklandık, sonra yine bir vakamı anlatayım sana sabahın dört buçuğu filan; dört civarı bir intoks vakası gelmişti resmiz direk girişte sağda olurdu, kapıyı açıyorsun böyle hemen sağda, sedyeli bir alandı. Hastamız geldi, biz hastaya müdahale edeceğimiz vakayı tam hatırlamıyorum, intoksmuydu yalan olmasın. Hasta yakınları bayağı bir ajiteydi. Eline sopa aldı, orda temizlik yapılan sopa var, ya onu aldı eline gerçeten kovaladı bizi. Doktor kendini ayrı bir yere kitledi, biz hemşireler kendimizi ayrı bir yere kitledik. Sabahın o saatinde güvenlik yoktu, dolayısıyla yine sisteme vuruyorum işi” (K9, K, Bingöl).

K1 kodlu katılımcı da çalıştığı hastanede şiddet anında güvenliğin yetişmesinin mümkün olmadığını ya da güvenlik müdahaleye yetişeceği süre içerisinde durumun şiddet olayıyla sonuçlanabileceğini ve can güvenliği noktasındaki diğer tespitlerini şöyle belirtmiştir:

“Şahsen bizzat ben kendim yaşadığım için hatta şikayetinde de bulundum. Özel sektörde olmamıza rağmen, hatta hastalara çok özenli de davranmamıza rağmen acildeyken sırf bir hasta yakını, sırf peçete vermemişim oysaki jel kullanmamışım, onu ıslatacak, şey yapacak herhangi bir şey kullanmadım. Ona rağmen bana peçete vermedi, halbuki peçetelik bir işlem yoktu ama isteseydiniz ben verirdim diye hanımefendi söyledim. Daha sonrasında kızıyla geldi, dediki sağlık çalışanlarını boşuna dövmüyorlar, boşuna öldürüyorlar diye böyle bir sözlü şey oldu sonrasında böyle üzerime yürüdü. Arkadaşlarım orada devreye girdiler beni korudular hatta bayanı kovdular ki hak etti de zaten. Daha sonra şikayette bulunduk ki şikayetimiz uzlaşmaya gitti. Hani hiçbir şeyde bizi dikkate bile almadılar. Hiç önemli değil. Ama gerçekten biz bu konuda hiçbir güvenliğimiz yok. O hasta yakını o anda bir şey yapsaydı ne güvenlik yetişebilirdi ne de bir arkadaşım çünkü öyle bir geliyorki sinsi bir şekilde o an bana istediğini yapabilir. Sonrasında işte biz gerçekten bu olayları çok yaşayabiliyoruz. Sözlü taciz, sözlü şiddet olayları bizim sektörde var. Vallahi canımız tehlikede açıkçası. Bu konuda bizzat ben şahit olduğum için bu konuda ne yapılabilirse bence yapılmalı. İki sene oluyor özel sektörde çalışıyoruz” (K1, K, Bingöl).

Güvenlik personelinin görevini ihmal etmesinden kaynaklı olarak şiddet olaylarında artışın yaşanabileceğini ve güvenlik personelinin varlığının hasta ile sağlık çalışanları arasında şiddeti önleyici bir işleve sahip olduğunu K8 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Kıyaslama noktasında İstanbul’da çalıştığım zaman oradaki güvenlik gerekli işini çok iyi yapıyor. Yoğunluk olmasına rağmen çok güzel işini yapıyor. Yani bu orada, çalıştığım hastanede en az günde 7-8 en az 10 tane Beyaz Kod veriliyor. Burada verilmiyor ama orada o kadar yoğun olmasına rağmen on tane veriliyor çünkü aşırı derecede yoğun bir hastane. O popülasyon da onu etkiliyor ama güvenlikçiler gerçekten işini çok iyi yapıyorlar. Mesela bizim çalıştığımız kırmızı alana hasta yakını hiçbir şekilde girmiyordu sadece doktor anemnezi alırken ve hastasıyla ilgili bilgi verirken içeri alıyordu ondan sonra güvenlik dışarı çıkarıyordu. (...)Mesela güvenlikçi gerçekten görevini yerine getirirse, hasta yakınıyla araya set koyarsa bir problem olacağını zannetmiyorum. Ama koymazsa, ben hasta yakınıyla daha çok muhatap olursam benim için problemdir. Görevimi yerine getiremeyince hasta yakını tabi gelip benle tartışır yani. O araya set koymak gerekir” (K8, E, Bingöl).

Bazı güvenlik personellerinin görevlerini yerine getirmedikleri ve özel sektöre bağlı olarak hastanede çalışmalarının da ayrı bir sorun olduğunu yine K9 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Yani belki o taraflarda koruma seviyesi daha üst düzeydedir, polisiydi, güvenliğiydi. Sonuç olarak biz burda çalışıyoruz evet. Ben burda acilde çalıştığım zaman güvenlik kavga olduğunda araya girmez. Ne olur, eğer bir kişi sana vurduysa o arada araya giriyor. Benim iş yükümlülüğüm bu diyor. Yani sen istişareyi kendi aranda halledeceksin diyor. Evet bariz görülen bir şey varsa okey; alırım götürürüm. Güvenlik de şirket hesabı çalışıyor dolayısıyla o anda güvenlik de bulamayabiliyorsun. Anlatabiliyormuyum, resmi işlemiyoruz biz burda. Biz burda genel anlamda şirketlerden bahsediyorum öyle oluyor. Evet o adama hiçbir şey olmayacak işini yapmasa bile. O adama bir sağlık personeli ölse bile hiçbir şey olmaz. Dolayısıyla o anlamda farklılık var.İşini benimsemiyor o anlamda. Yapması değil, işleyecek parasını alacak vesaire. Vicdani bulmuyorum asla” (K9, K, Bingöl).

Sağlık alanında güvenlik personeli ve güvenlik sistemiyle ilgili düzenlemelerin yapılması gerektiğini Ayrancı da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yaptığı çalışmada belirtmiştir (Ayrancı, 2002: 53).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod tanışık olma durumu kodudur. Katılımcılar nüfus yoğunluğuna bağlı olarak tanışıklık durumunun ortaya çıktığını ve bu durumda şiddeti azalttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcılar Bingöl ve Elazığ illerinde hastaların üst sınıftaki tanıdıkları yoluyla tedavi olma, daha fazla ilgi

isteklerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Bu tanıdık olmanın sosyal kontrolü sağlayan gizli bir işlevi yerine getirdiği söylenebilir. K5 kodlu katılımcı sağlık kuruluşuna gelen hasta ve yakınlarının bazı sağlık çalışanlarını tanımalarının şiddeti azaltan etkiye sahip olmasıyla ilgili şunları ifade etmiştir:

“Dediğim gibi ben karşılaşmadım ama karşılaşan arkadaşlar oluyor, diğer illere göre daha az oluyor. Daha az olmasının nedeni nüfusunun az olması. Nüfus ne kadar fazla olursa bence insan sayısı o kadar artıyor, o kadar sıkıntılar daha çok oluyor, birinci sebep bu. Ben mesela genellikle yani herkes kendi şehrinde çalışıyor ya, küçük yer olunca tanıdıklar oluyor, tanıdık insanlar olunca da şiddet eğilimi biraz daha az oluyor. Ben bakıyorum mesela yüz tane personel var, doksanı Bingöllü oluyor. Her gelen insan işte bu kez böyle olunca tanıdık oluyor. Öyle olunca da daha çok anlayış oluyor. Ama büyük şehirlerde nüfus fazla olunca şiddet daha fazla oluyor” (K5, K, Bingöl).

Tanıdığı olan bazı hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti almaları ile ilgili zaman zaman sorun da yaşadıklarını ve tanıdık olmanın verdiği olumsuzluğun esasında diğer kamu kurumlarında da var olduğuna K6 kodlu katılımcı şöyle dikkat çekmiştir:

“Bütün kurumlarda var. Sen bir tane hasta geliyor burda diyalize girmek için işte senin yerin şurası ya da başka hastane diyorum, o birilerini araya sokar sokar böyle hatırı sayılır biri arıyor, rica minnet yine tükürdüğünü yalıtıyorsun o şekil. (...)Tabi küçük yerlerde daha yaygın. Birbirini tanıyorsun. Şimdi küçük yer en yetkili kurumda ben tanımiyorsam arkadaşımın bir yakınıdır o şekil tanıyoruz ve o şekil işi bitirmeye çalışıyorsun” (K6, E, Bingöl).

Tanıdık olma durumunun şiddeti azaltıcı faktör olma durumunun dışında K7 kodlu katılımcı, şiddet olayları yaşandığında tanıdıkların arabulucu olduklarını ve yargıya taşınmasındaki şikayetleri azaltıcı rolü üstlendiklerini şöyle ifade etmiştir:

“Var bence vardır. Bingöl’de niye az mesela şu anda ben Bingöl Devlet Hastanesi’nde çalışıyorum. Bir şiddet olayı olduğu zaman illaki o şiddet olayına girenlerden birisi tanıdık çıkıyor. Tanıdık çıktığı için burada biraz daha az oluyor. Her üç kişiden iki kişi birbirini tanıdığı için birazdaha fazla, karşıdaki adam sana karşı daha saygılı olabiliyor. Bir şey olduğu zaman kendini frenleyebiliyor. Bu da tanıdıklık, akrabalık bağlarından şeyden dolayı biraz daha az gibi yani Bingöl’de. (...)Örneğin adam geliyor burda şiddet yapıyor biz gördüğümüz halde bakıyorsun tanıdığının arkadaşı. Arkadaşını bildiğim için ben Beyaz Kod vermiyorum. Çünkü Beyaz Kod verildiğinde o kişi bir daha bu hastanede muayene olamaz yani. Çünkü başımıza geldi yoğun bakımda. Yani adam sözel şiddet uyguladı bizim hemşire arkadaşlara. Sözel şiddet uyguladı ama hasta bizim arkadaşın bir tanıdığı olduğu için sırf,

bizim arkadaşlar Beyaz Kod vermediler. Yoksa vereceklerdi. İşte bu da tanıdıktan dolayı, işte etkiliyor. Çünkü gözümüzle gördük yani bunu yaşadık” (K7, E, Bingöl).

Özellikle tanıdık olma durumuna bakıldığında üst düzey yöneticiler, milletvekilleri, kurum amirlerini tanıyan bazı hasta ve yakınlarının bu tanıdıkları üzerinden problemlerini halletmeye çalıştıklarını, küçük şehirlerde bu durumun büyük şehirlere göre daha yaygın olduğunu K3 kodlu katılımcı şöyle vurgulamıştır:

“Daha çok Bingöl’de bunu görüyorum hasta bir kanal için bir dolgu için hemen bir üst düzeyi arıyor. Milletvekili olsun, bakan olsun, hakim, savcı olsun, başhekim olsun yani ufacak bir dolguda, kanalda hemen böyle arıyor ve o milletvekili, bakan, başkan neyse kendini o hasta kadar küçük düşürmüşki dolgu için, kanal için, başhekimi ya da bu hastaneyi arıyor, bunu şahit oluyorum, duyuyorum. Bu biraz da buranın küçük şehir olduğundan kaynaklandığını düşünüyorum yani büyük şehirde böyle bir şeyin olacağını sanmıyorum. Adam kalkıp üstteki adamları aramaz dolgu için. Ben burda onu görüyorum, küçücük bir işlem işte burda o onun akrabası, amca oğlu çıkıyor bir bakıyorsun telefon geliyor işte böyle yapalım, şöyle edelim. Keşke büyükşehir olsa da kimse böyle üstten telefon almasaydı biraz o sıkıntı var” (K3, E, Bingöl).

Bu durumdan K4 kodlu katılımcı rahatsız olduğunu şöyle aktarmıştır:

“Herkesin o kuralları uygulaması. İster bir siyasetçi yakını olsun, ister başka bir birey olsun yani telefon açsa da o işini yaptırmasın ya da birini yanında getirdiğinde yaptırmasın. Gelişmiş ülkelerde hep böyle değil mi” (K4, E, Bingöl).

K17 kodlu katılımcı da bu durumla ilgili şunları dile getirmiştir:

“Düşünüyorum, dinamikleri var. Daha çok dediğim gibi mesela Bingöl’de siyasi etkinler çok fazla işte şunun yakınıyım, bunun yakınıyım ya da bu tanıdığım şu, bu çok fazla bir kere. Çevre illerde de her yerde ve her dönemde olabiliyor ama Bingöl’de bunu biraz daha fazla gördüm bunu. (...)Çok aslında küçük topluluk mesela sizi tanıyorum işte atıyorum benim yeğenimdir filan geldi. İşte bazen burda hatır, siyasi hatır, komşu hatrı, akraba hatrı bunlar var. Bu aslında Türkiye’nin her yerinde var ama Doğu’da ve Güneydoğu’da daha fazla, Bingöl’de bir kat daha fazla” (K17, K, Bingöl).

Tanıdıklar aracılığıyla problemlerin çözülmeye çalışıldığı Elazığ ilindeki katılımcılar tarafından da dile getirilmiştir. K32 kodlu katılımcı durumu şöyle ifade etmiştir:

“Farklı sağlık kurumlarında çalışmadım ama tabiki oralara gittik gezdik gördük ama sanki daha yumuşaklar işlerini konuşarak halletme çabasındalar. Kurallara daha uyan, kimsenin

hakkını yemeyen ama bizde işler genelde daha farklı tanıdıklar aracılığıyla halledildiği için”
(K32, K, Elazığ).

Tanıdık olma durumuyla ilgili sırasından önce tedavi edilme gibi uygunsuz taleplerin de gelebildiğini K25 kodlu katılımcı (E, Elazığ) *“ben filanın yakınıyım bana önce bak diyor, ben işte şunun bunun yakınıyım, benim hastama önce bak diyor”* şeklinde ifade etmiştir.

Katılımcılar tarafından ifade edilen bir diğer kod toplumsal bilinç ve egemen kültür kodudur. Katılımcılar toplumsal cinsiyet kalıplarına, egemen kültüre ve yetiştirilme tarzına bağlı olarak şiddet vakalarının ortaya çıktığını ifade etmişlerdir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarına bakıldığında, şiddeti bireylerin toplumsal alanda öğrendiğini ve bunu ileriki yaşlarda bireylerinde normalleştirdiği için sorunlarını çözüm biçimi olarak düşünerek yansıttığını K1 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Bu sadece bizim meslekle alakalı değil, gerçekten bu kültüre çok bağlı ya. Bu şiddet böyle ailede şiddet görmüş, çevrede şiddet görmüş sağlıkçılara da, polise de, insanlara da, arkadaşlarına da şiddetle yaklaşır, bu tamamen temelden, aileden kaynaklı bir şey olarak düşünüyorum. Yetiştirme tarzıyla alakalı” (K1, K, Bingöl).

Şiddet olaylarının toplumda öğrenilen bir durum olmasına K9 kodlu katılımcı tarafından da vurgu yapılmış ve şiddeti kolaylaştırıcı faktör olarak silahlara ya da silahlı aletlere ulaşımın kolay olmasının etkili olduğu şu sözlerle dile getirilmiştir:

“Kültürle nasıl bir ilişki kurulabilir, şöyle diyeyim silahları çok rahat alıyorlar, belki hiçbirinin ruhsatı yoktur vesaire. Reşit olmasına gerek yok silah kullanması için. Zaten herkes poh pohluyor. Güzel bir silah, güzel atış yapıyorsan sen poh pohlanırsın ki yapıyorlar” (K9, K, Bingöl).

Yine bir başka katılımcı olan K29 kodlu katılımcı şiddet ile kültür arasındaki ilişkinin aile yapısı, yaşam biçimi, gelenek-görenek ve egemen kültürün etkisiyle şiddetin kuşaktan kuşağa aktarılmasıyla ilgili olduğuna yönelik şunları belirtmiştir:

“Daha önce yaşanılmış ve alışlagelmiş kültürel boyutu var o işin. Bu kültürel bir boyut bence. Burda gelenek-görenek , örf-anane, insanların biraz daha böyle sert daha baskıcı, gençlerin olsun böyle daha kuralcı, agresif tutumlara yol açmasına sebep olabiliyor, örf-anane. Bunlar yansımış, kuşaktan kuşağa geçmiş. İnsanlar biraz daha böyle nasıl diyeyim daha sert, baskın otorite daha hakim. Oldu oldu, olmadı olmadı yani olduysa olacak olmadıysa ölecek, bu kavramlar biraz daha burada. Batı’da böyle bir şey söz konusu değil.

Doğu'da bir ilde üniversiteyi okudum, şimdi orada da yaşadığım için bu kıyaslamayı çok şeffaf bir şekilde görebiliyorum yani. Ben yurt dışını da gördüm, burda da bir çok il gördüm, üniversiteyi daha doğuda bir ilde okudum ve batıda görev yaptım, doğuda da görev yapıyorum. Aradaki farkı farkedebiliyorum yani. Buraya geldim. Doğu'da yaşadığım için buranın etnik kökeninde, kültürel özelliklerinde baskıcı bir hakimiyet var, bu kültürel boyuttan geliyor diye düşünüyorum ben. Bu kültürel boyut aileden çocuklara aktarılmış, çocuklardan çocuklara aktarılmış, nesilden nesile aktarıla gelmiş ve nezdinde dediğim gibi olacak, olmadıysa çaresi yok. Daha böyle sert kuralları olan bir toplum diyebiliriz. Aile içerisinde öğrenilmiş tabiki. Ailede başlamış sosyalleşme sürecinde de sosyalleşme etkileşimlerinde nesilden nesile geçmiş bir kültürel özellikten dolayı böyle bir sert tutumun olduğunu söyleyebilirim. Batı'da alan aldığı hizmetten bir teşekkür eder, bir minnet duyar ve o minnetini bir hediyeyle dillendirmeye, ödüllendirmeye kadar giden böyle seni motive eder. Senin çalışma şevkini daha da artırır. Bir hasta sana teşekkür ettiği zaman gerçekten bakış açın değişir, bu çok etkiliyor yani hastanın tutumu” (K29, K, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarıyla toplumsal bilincin ilişkisi olduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşlarına gelen hasta ve yakınlarının şiddete başvurmalarının bilinçle ilgili olduğunu, bu durumu gelen hasta profili üzerinden anlayabildiklerini ifade eden K2 kodlu katılımcı konuya şöyle dikkat çekmiştir:

“Aynen dediğim gibi bu konuşmamızın başında bahsettiğimiz bilinçlilik düzeyiyle alakalı. Şundan dolayı da bu örnekleri veriyorum, sonuçta burası asker, polis, öğretmen memur şehri olarak da geçiyor. Hakim, savcı ve çeşitli sağlık çalışanları burda yaşamlarını idare ettiriyorlar. Özellikle bu hastalar asker, polis, öğretmen geldiğinde genel olarak bir nebze de olsa bilinç halinden anlıyoruz. Çünkü bu bahsettiğim dışarıdan gelen memurların yani çok nadirdir kendine teşhis koyduğu. Sağlık çalışanı ya da hekime bunu uygulatması çok nadirdir” (K2, E, Bingöl).

Toplumsal bilinç ile şiddet arasında bir ilişki olduğunu ve toplumsal bilincin artmasıyla şiddetin azalabileceğini ifade eden K10 kodlu katılımcı, hastaların tedavi olmama isteklerinin sebeplerinden birinin de bundan kaynaklı olduğunu şöyle aktarmıştır:

“Tabiki var, toplumsal bilinç var. Bingöl ilinde biraz böyle kültürel bir düşüklük var açıkçası. Zaten bu tedavilerini dayatmaları, hasta yakınlarına hayati riski var denmesine rağmen hastalarını götürmeleri de bundan kaynaklanıyor. Yani bir insana hastanızın hayati riski var demenize rağmen hasta yakınları alıp götürüyorlar. Bu kadar saat bir şey olmadı, daha olmaz tarzında. Bu biraz hani eğitim eksikliğidir, bilgi eksikliğidir” (K10, E, Bingöl).

Sağlık hizmetlerinin talep edilmesiyle toplumsal bilinç noktasındaki ilişkiyi K11 kodlu katılımcı, yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde genç kızların aşı olmama konusunda gösterdikleri direnci örnek göstererek durumu şöyle ifade etmiştir:

“Tabi tabi, genç kızlar hiç aşı olmak istemez mesela çok zor ikna ederiz. Onun dışında işte benim anayasal hakkım bana zorla hiçbir şey yapamazsınız diyen bir kesim var mesela. Genç kızlar özellikle çok etkilenmişler, kesinlikle yaptırmak istemiyorlar. Ben bir saat konuştuğumu biliyorum ikna etmek için. Bak biz de yaptırdık, açıyoruz sistemden gösteriyoruz, kendimize de yaptırdığımızı” (K11, K, Bingöl).

Toplumsal bilinç ve şiddet ilişkisiyle ilgili K16 kodlu katılımcı şu ifadelere yer vermiştir:

“Şöyle batı-doğu farkı dersek batıda adam senle münakaşaya girmez. Direk adam MHRS'yi arar, 184'ü arar şikayetini söyler, resmi olarak bir şikayet yürütür. Burda sözel tartışma oluyor, dört buçuk yıldır burda bir kere şikayet oldu, o da burda korona aşısı için gelmişti randevusu vardı bir flakon açtığımızda altı kişiyi tamamlamak gerekiyordu, Biontech'te. Altı kişi tamamlanmadan randevusu olsa da vuramayız, vursak bize soruşturma açılıyor, aşı boşa gitti diye. O kişi gitti şikayet etti, bir şey çıkmadı mesela. Herkes böyle bizle bir sorunu varsa gitsin şikayet etsin eğer biz suçluysak bizim zaten müdürlük yani yaptırımı, cezasını uygular. Ama hiç kimse kendi cezasını bu ülkede kendisi veremez. Bence birinin sıkıntısı varsa arasın müdürlüğü, 184'ü şikayet etsin. Sözlü münakaşaya girmek zorunda değil. Koronada işte şimdi yoğun bakıma yatanları işte hastanede öldürüyorlar, şöyle böyle. Yani yüz kişiden doksan dokuzu aynı şeyi söylüyor, bir kişi farklı söylüyor, bizde bir kişiye inanma daha çok, doksan dokuz kişiyi pas geçip yani doğru olmayana inanmak daha kolay Türkiye'de işte, söylentilere inanmak daha kolay. Şimdi burda aşılama oranı daha düşük sebebi söylentiler, korkular” (K16, E, Bingöl).

Covid-19 pandemi döneminde yaşanan sorunların toplumsal bilinç ile ilgili olduğuna yönelik K11 kodlu katılımcı şu değerlendirmelerde bulunmuştur:

“Çok ciddi benzerlikler var, diyebilirimki, bizim karşılaştığımız muamelenin belki daha çirkinine maruz kalan arkadaşlarımız var. Onu da belki hani bizim yaşadığımız şehir, daha geleneksel kurallara göre yaşayan bir şehir. Hani biraz daha insana saygı noktasında biraz daha iyi durumda olabiliriz diye düşünüyorum, orada çok daha farklı. İnsanlar ne büyük tanıyorlar ne küçük. Kayseri'den bir arkadaş yazmıştı mesela bakanlık grubuna. Bizim görevimiz şöyle hocam bir il amirleri grubumuz var, sahayı yönetiyoruz. Sahayla ilgili sıkıntı çıkarsa bakanlıkla saha arasında köprü oluşturuyoruz. Saha dediğim, şeydeki ekipler vatandaşa giden ekipler. İşte arkadaş diyorki saha ekiplerini kovalamışlar taşla bir köyde, Kayseri'nin bir köyünde” (K11, K, Bingöl).

Egemen kültürün etkisiyle sağlık hizmeti almak isteyen hasta ve yakınlarından kadınların; kadın hemşire taleplerinin olduğu, erkeklerin de erkek hemşire talep edebildikleri ifade edilmiştir. Özellikle gece nöbetlerinde o gün eğer kadın ya da erkek hemşire yoksa gelen bireylerin sağlık hizmeti almayı reddederek geri gidebildikleri de K25 kodlu katılımcı tarafında bu şu şekilde dile getirilmiştir:

“Tabii ilişkisi var, bizim doğuda batıda yani ayırım tabii olmaz ama farklılık var. Gelen ve hasta yakınında bunu çok görüyoruz. Bunla da çok karşılaşıyoruz, gelen hasta ya da yakını bayan doktor istiyor mesela o gece de bayan doktorumuz yok, bayan hemşire yok bu konuda çok sıkıntı oluyor. Hastayı muayene ettirmiyor, müdahale ettirmiyor, hiçbir şey yaptırmıyor. Bu defa hastanede personel bulun bize diye. Bu durumlarla karşılaşıyoruz bizim doğuda bu yaygın. İşte bayan hemşire ya da doktor müdahale etsin. Erkek ise erkek hemşir baksın, doktor baksın. Doktor bayan baksın diye çok nadir karşılaştım ama hemşire konusunda çok karşılaştım. Müsküler iğnede erkek değil bayan gelsin diyor. Tam tersini de görebiliyoruz kadın değil erkek gelsin diyen olabiliyor. Cinsiyet konusunda karşılaşıyoruz. Üç yıldır bunlarla karşılaşıyoruz. (...)Elazığ dersiniz bu bay-bayan hemşire, bay-bayan doktor. Çok o sıkıntıları yaşıyoruz. Diğer hastanelerde de var, bizim bu bölgede” (K25, E, Elazığ).

K25 kodlu katılımcının bahsettiği konuyla ilgili K34 kodlu katılımcı da şunları söylemiştir:

“Kültür farkı, burada cinsiyet farklılığından dolayı bir problem, o da şöyle bayan hastaysa ben bayan doktor isterim ya da bayan hemşire isterim şeyi var. Böyle bir talep var. Atıyorum o an o ekipte uygun bayan hemşire ya da doktor yok, bana bulacaksın benim talebim bu, yerine getireceksin şeklinde sözel şiddete maruz kalıyoruz burda. Evet talep ediyorum getireceksin diyor, ben istemiyorum senin yapmanı diyor. EKG çekilecek intörn arkadaşların hepsi erkek diyelim bayan ilgilenen bir intörn arkadaş yok o sırada çektirtmiyor, ben seni istemiyorum diyor, ben talep ettim getireceksin diyor. Ha çok ciddi münakaşa yaşandı mı yok ama iki üç defa burda enjeksiyon yaptırmayıp giden hasta var, tedavisini yaptırmayıp giden hasta var yani. Onun dışında çok farklı gördüğüm şeyler yok” (K34, K, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddet ile toplumsal bilinç arasındaki ilişkiye bakıldığında, şiddet olaylarının yaşanmasının sağlık bilinciyle ya da sağlık okuryazarlığıyla da ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların kendi belirledikleri tedaviyi istemelerinin altında yatan sebeplerden birinin bu olduğu ve sağlık hizmeti taleplerinin de sağlık konusundaki bilinçten bağımsız olmadığını K12 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Yani şimdi gelişmiş ülkelerde şu var kişi temel sağlık diye bir şeyi biliyor. Mesela bir kas ağrısını bir acile değil de poliklinik ya da bir aile hekimi ile halledebileceğini biliyor. Bizde

ise bir kas ağrısını acil bir şey zannediyor tetkik istiyoruz mesela bunlardan bir tanesi troponin önemli, kalp krizi açısından özellikle ve bu göğüs ve mide bölgesinde ağrı olunca ve sırta verince tetkiklerini istiyoruz. (...)Dediğim gibi işte, temel sağlık bilgisi yok, insanlar aile hekimine gitmiyorlar, bilinç zayıf” (K12, E, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddetin kadınlara yönelik yaşanmasında, toplumsal cinsiyet rollerinin de etkili olduğuna yönelik K9 kodlu katılımcı şöyle vurguda bulunmuştur:

“Karşıdaki erkek hemşireyse muhatap çok şey yapmıyor böyle bir çekiniyor. Ha kadınsa, kadın çalışmaz kültürümüzde vesaire, kolay bir insandır, zayıf bir insandır.Kadınlara çok oluyor bu muhabbetler, zaten erkek bir şekilde kendini koruyor. Karşıdaki höt diyince o da höt diyebiliyor ama bizde kadınlarda o muhabbet olmuyor” (K9, K, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddetin kültür, ahlak ve eğitim ile ilişkisi olduğuna yönelik K7 kodlu katılımcı tarafından şunlar dile getirilmiştir:

“Yani eğitim başka ne söyleyebilirim sana. Bir de ahlaki değer de önemli bence, bir de ailenizin, kişinin ailesinden gördüğü ahlaki değerler, yani insanlara karşı nasıl davranırım, eğitim artı bir de ailenin içinde aldığı ahlaki değerler de etkiliyor” (K7, E, Bingöl).

K19 kodlu katılımcı Elazığ’da şiddet oranlarının bölgede diğer illere göre daha az olduğunu düşündüğünü ve bunun kültür seviyesi ile ilgili olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“Yani herhalde buraların kültürel düzeyleri ve yaşamlarının farklı olmasından kaynaklanıyor diye düşünüyorum. Mesela burası da Doğu Anadolu Bölgesi olmasına rağmen bölgedeki diğer illere göre Elazığ’da daha az” (K19, E, Elazığ).

Sevgi ve saygı kültürünün olmasının şiddet olaylarını azaltıcı faktör olduğuyula ilgili K21 kodlu katılımcı da şunları söylemiştir:

“Şimdi farklı şehirlere bakıldığında Tunceli, Elazığ, Bingöl bizim insanımız bu konularda daha iyi. Büyüğe saygı gene de var. (...)Bana göre tutumu iyi. Saygısız bir toplum değil. İnsanlara saygılı, tek tük fire veriyor ama ben 35 yıldır Elazığ’da bunu gördüm. (...)Elazığ’da da insana kıymet, büyüğe saygı, değer variliyor. İnsana kıymet Elazığ’ı diğer illerden ayırıyor” (K21, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik sevgi ve saygının yaygın olarak kültürel değerler içerisinde yer almasının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarını azaltan bir işleve sahip olduğunu ifade eden K37 kodlu katılımcı; eğitim, ulaşım, haberleşme ve

teknolojinin de şiddet oranlarını azaltan faktörler arasında yer aldığını şöyle dile getirmiştir:

“Tabi tabi direk düşünüyorum. İşte kültürel değerlerde şu var esasında, mesela bizim toplum sağlıkçıya karşı saygılıdır. Sağlık hizmeti veren kişiye karşı saygı, sevgi doludur. Bu kişisel yetersizlikten dolayı münferit olaylarda her zaman olur burda da esasında görev yine toplumun liderlerine iş düşüyor ve anne babaya iş düşüyor. Doktoru korkutucu bir unsur olarak da göstermemek lazım. Ama bak seni götürürüm doktora, iğne yapar. Tam tersi zaman zaman benim hastalarım bana, yok ben sizden daha şefkatliyim ben sizden daha merhametliyim. Çünkü bizim işimiz. (...)Hakkari çok daha farklıdır ya da Elazığ çok daha farklı elbette ücra bir köyde çok daha farklıdır. Elbette nüfusa paralel olarak ya da ulaşımına paralel olarak elbette zaman zaman dezavantajlı bölümler olabilir ama özellikle iletişim çağındayız; tv, genel kültür, eğitim ve taşınmalı eğitimle bunlar da elbette kırılır. Yoksa elbette toplumdaki uzak yaşamış paylaşma, yardımlaşma ve dayanışmayı bilmeyen toplumlarda şiddet daha fazla söz konusu olur” (K37, E, Elazığ).

Katılımcılar tarafından yoğun olarak bu temada ifade edilen son kod sosyodemografik özellikler kodudur. Katılımcılar gençlerin yaşlılara göre daha fazla şiddet eğiliminde olduğunu, şiddetin eğitim durumuna, kültürel yapıya göre değiştiğini belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanların oranı, yaşlılara göre gençlerde daha fazla olduğu katılımcılar tarafından yoğun olarak belirtilmiştir. K34 kodlu katılımcı (K, Elazığ) durumu *“gençler biraz daha şiddete meyilli yaşlılara oranla; yaşlılar bence biraz daha iyi. Yaşlıya ben derdimi daha rahat anlatıyorum”* ifadeleriyle dile getirirken K7 kodlu katılımcı da konuya şöyle değinmiştir:

“İnanki yaşlılar daha çok küçük bir sıra aldığında adam çok memnun oluyor, sana teşekkür ediyor. Yani daha fazla memnuniyet var yaşlılarımızda ama gençlere döndüğünüzde gençlerde memnuniyetsizlik çok fazla. Özellikle 18-25 yaş arasında yani şiddete daha fazla eğiliyorlar. Adam sana karşı çıkıyor, adam sana saygısızlık yapıyor. Yani onlarda daha fazla bence, gençlerde fazla. Yaşlılar daha iyi o konuda” (K7, E, Bingöl).

Otokontrolü yaşlılara göre daha zayıf olduğu için gençlerin daha çok şiddet eğilimli olduklarını ve bu şiddetin fiziksel şiddet biçimi şeklinde kendini gösterdiğini K19 kodlu katılımcı şu ifadelerle aktarmıştır:

“Yok daha çok gençler tarafından uygulanıyor. Kontrol mekanizması olmadığı için. Yaşlılarda daha çok sözel şiddet olabiliyor, hakaret içeren konuşmalar olabiliyor. Ama gençlerde daha çok fiziksel şiddet olabiliyor” (K19, E, Elazığ).

Gençlerin şiddete başvurma oranlarının yaşlılara göre daha fazla olmasında bazı gençlerin içinde buldukları ergenlik çağının etkisi, deneyim eksikliği gibi faktörler etkili olabilirken, yaşlılarda ise şiddet eğilimini etkileyen faktörlerin psikolojik, ailesel, ekonomik ve sosyal faktörlerin etkisinin olduğunu K36 kolu katılımcı şöyle belirtmiştir:

“Şimdi bu noktada tecrübe. Genç kesim daha çok toydur. Ha olgun kesime baktığımızda olgun kesimde de şiddete iten temel faktörler üzerinde durmak lazım? Ailesel faktörler, geçim faktörü, sosyal faktörler, psikolojik faktörler üzerinde durmak lazım. Günümüzde baktığımızda 10-22 yaş aralığını söylemek gerçekten hani olumsuz yönde tutumlar sergilediğini görüyoruz. Bir tek Elazığ için de değil genel olarak Türkiye'nin her iline bakıldığında hatta 25 yaşına kadarki aralığı da söyleyebilirizki gençlik dönemi olarak ergenlik dönemi olarak adlandırılan bu dönemde gençlerde çevreye zarar sağlık çalışanına zarar yönünde yansımaları mevcut, gençlerde daha fazla” (K36, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayan gençlerin daha çok orta yaş grubu olduğuna K30 kodlu katılımcı (K, Elazığ) *“orta yaş, ben 30-45 yaş aralığı diye değerlendiririm daha çok. Karşılaştığım vakalar hep bu aralıktaydı gözlemlediğim kadarıyla ya da internette okuduğum vakalar bu aralıktaydı mesela”* ifadeleriyle dikkat çekerken K22 kodlu katılımcı da *“genelde yani 35-40 yaş üstü yapıyor. 35-55 yaş arasında onun dışında gençler daha saygılı, 35 yaş altı”* sözlerine yer vermiş ve gençlerin daha saygılı olduğunu ifade etmiştir. Yeni nesilin şiddete eğiliminin daha az olduğuna yönelik de K23 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Yani yaşla da yaş ve kültür. Eski yaşlı insanlar anlamda güçlük çekebiliyor ama yeni nesil de bir tık daha iyi. Söylediğiniz zaman biraz daha anlıyor tabi onların içinde de anlamayanlar da var da” (K23, K, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddet oranları birimlere göre farklılık gösterebilmektedir. Çocuk bölümlerinde ailelerin daha hassas olabildikleri ve bu hassasiyetten kaynaklı olarak da şiddete başvurabildiklerini ifade K31 kodlu katılımcı, sağlık hizmeti alan bazı gençlerin daha çok şiddet eğilimi gösterebildiklerini, yaşlıların ise hizmet aldıklarında dua ederek memnun olduklarını belirttiklerini şöyle ifade etmiştir:

“Şimdi ben çocuk bölümünde çalıştığım için çocuk bölümünde bu şiddet bence daha fazla. Aileler çok tedirgin, çocuğuma bir şey olmuş, yanlış bir şey yaparsınız, Tabi bu genç kısımda da ergenlik çağı bireyleri de çok fevri davranabiliyorlar. Bence yaşlılardansa bunlarda fazla. (...)Daha fazla öyle oluyor. Yani çocuğu söz konusu olunca ya da genç biri olunca örneğin

veriyorsun, verdiğin tedaviye tatmin olmak istemiyorlar, daha fazlasını istiyorlar. Ama yaşlılarda en basitinden küçük bir iğne bile yapınca Allah razı olsun, Allah ne muradın varsa versin, ne istiyorsan gerçekleşsin ama bu genç kuşakta bence çok yok ” (K31, K, Elazığ).

Bir başka katılımcı olan K4 kodlu katılımcı da sağlık hizmeti aldıklarında gençlerin daha çok memnuniyetsizlik içerisinde olabildiklerini ifade etmiş ve yaşlıların aldıkları hizmet karşılığında dua ederek geribildirimde bulduklarını belirterek konuyla ilgili şunları söylemiştir:

“Kişiden kişiye değişiyor da genelde yaşlı olanlar biraz daha gün görmüş olanlar, önceki günleri görmüş olanlar belki de çok güzel tepkiler veriyorlar sağolun Allah razı olsun, işimizi gördünüz çok teşekkür ederim.Yani buradan şükranla dönenler çok olgun olanlar var. Ama genç nesil genelde öyle değil. Biraz daha sosyal medya diyorlar ya şeyler, onlardan beslendikleri için malesef böyle şeyleri yok. Göremedik, bunu yapamadık şunu yapamadık. Adam bilmiyorki geldiğinde yirmi dakika, yarım saat bir süresi var bir işlem yaptırabileceği. Memnun olmayanlar genelde genç kesim. Memnun olanlar da daha genelde böyle orta yaşın biraz daha ilerisinde olanlar, genç kesim genelde memnun değil. Bu da biraz şeyden de kaynaklanıyor. Hem biraz daha böyle önceki zorlukları görmemiş felan bir de bu Z kuşağı felan diyorlar ya, onlar genelde öyle(...)” (K4, E, Bingöl)

Çatel’in sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirdiği çalışmada (2015), şiddete başvuranların en fazla %27,6 oranıyla ortalama 30-39 yaş grubundaki kişilerin gerçekleştirdiği ifade edilmiştir (Çatel, 2015: 98). Tokgöz ise yaptığı çalışmada en fazla şiddete başvuran bireylerin 23-42 yaş arasındaki yaş aralığının oluşturduğunu ifade etmiştir (Tokgöz, 2019: 59).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete başvuranların cinsiyet oranına göre dağılımını K32 kodlu katılımcı, “*şiddete başvuran tabiki erkeklerde kesinlikle*” şeklinde ifade ettiği görülürken K14 kodlu katılımcı da yaşadığı bir olayı anlatarak benzer düşüncelerini şöyle aktarmıştır:

“Biraz karakterle alakalı, kişilik yapısıyla alakalı herhalde. Çoğu şiddete maruz kaldığımız insanlar erkekler oluyorlar. Cinsiyet ayrımında bulunacam hemen. Kesinklikle öyle kadınlar daha ılımlı, evet bir sıkıntı yaşadıklarında dediğimiz. Uygulayanlar. Tabiki, mesela haksız bir durumda karşılaştıklarında kadın daha ılımlı yaklaşabilirlerken, kadın hasta yakınları ama erkek hasta yakınları aynı ılımlı ve tutarlı şekilde yaklaşamayabiliyorlar. Mesela geçenlerde bir hasta yakınına babayı yeni doğana yolladım, çocuk doktorundaydı. Beyefendi yukarı çıkıp doktor beklemiş, aşşağı hışımla indi ve bağırarak ben yukarıda bir saattir doktor bekliyorum. Doktoru çağırcaşın ayağıma gelecek, ben de saatime baktım yemek molasıydı ben de dedim ki muhtemelen yemek molasındadır, bu bizim en tabii hakkımız doğal bişey

yani, yemek yemek. Nasıl yemek molasındadır diyip çıktı. İşte sonrasında doktoru aradığımda ben yoğun bakımdayım yoğunum çok ,onkoloji hastasına müdahale ediyoruz çok sıkıntıda, birazdan gelsin dedi” (K14, K, Bingöl).

Erkeklerin fiziksel şiddete daha çok başvurdukları ifade edilirken kadınların sözel şiddete daha çok başvurduğunu K33 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“ (...)Bazen erkek cinsiyette fiziksel şiddet görülürken bazen kadın cinsiyette daha çok sözel hakaret görebiliyoruz.Özellikle orta yaş grubunun tehditkar olduğunu söyleyebilirim” (K33, E, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddete erkeklerin daha fazla başvurduğunu ifade eden K19 kodlu katılımcı anaerkil toplum yapısının bu durumu etkilediğini şu gerekçelerle ifade etmiştir:

“Bence ana erkil, ataerkil değil gözüken ataerkil; ama hepimiz hanımlarımızın sözünden çoğumuz çıkmıyoruz, benim gözlediğim bu. Biz de öyleyiz ama bizi yöneten yönlendiren hanımlarımız. Bayanların gaz vermelerinden kaynaklanan bir kökeni de var, bu şiddetin. Bu fiziki şiddet olmayabilir bak. Sözel şiddet illa burda doktora, hemşireye, sağlık personeline saldırı, dövme olayı değil. Bu şey, nasıl söyleyeyim toplumsal genel bir problem. Mesela polikliniğe geliyor adam, bir olumsuzluk oluyor yani her yerde oluyor bu, hemen kadın dolduruşa getiriyor, kadın konuşmasa. Ben şu ana kadar bir kadının erkeği sakinleştirdiğini duymadım, görmedim. Çok yüzde sekseni, yüzde doksanı gaz veriyor ha, öyle olur böyle olur. Laf saymaya başlarlar; ben sakin ol diyen birini hiç görmedim, ben kendi adıma söyleyeyim” (K19, E, Elazığ).

Konuyla ilgili Çatel’in sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada (2015); sağlık alanında şiddetin uygulayıcıları arasında cinsiyet oranlarının dağılımı saldırganların %45.2’sinin kadınlar, %54.8’inin de erkekler olduğu yönünde bulguya ulaşıldığı görülmektedir. Bu çalışmadaki katılımcıların çoğunun, bu alanda şiddet uygulayanların erkekler olduğunu belirttiği ifade edilmiştir (Çatel, 2015:78). Tokgöz ise yaptığı çalışmada en fazla şiddete başvuran bireylerin daha çok erkekler olduğu sonucuna ulaşmıştır (Tokgöz, 2019: 59).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin eğitim ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Bazı sağlık çalışanları eğitim düzeyi yüksek bireylerin şiddet eğiliminin daha az olduğunu vurguladıkları görülürken bazı sağlık çalışanları eğitim düzeyi yüksek bireylerin de çok fazla şiddet eğilimli olabildiklerini ve bu bireylerin şiddete daha çok başvurduklarını ifade etmişlerdir. K7 kodlu katılımcı (E, Bingöl), “örneğin

Gümüşhane’de eğitim düzeyi biraz düşük olduğu için orda biraz daha fazlaydı bence” diyerek daha önce görev yaptığı yerde yaşanan şiddet olaylarını eğitim düzeyiyle ilişkilendirmişir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin şiddet eğiliminin daha az olmasını K8 kodlu katılımcı şöyle açıklamıştır:

“Ben olduğumu düşünüyorum. Kültür mesela şöyle eğitim kalitesi yüksek olan adam biraz daha bilinçli. Eğitimi düşük olan, kültür seviyesi düşük olan biraz daha bilinçsiz bakıyor tabi mesela sıraya girdiği zaman diyorki, yav bu doktor nerde; yav bu damar yolunu niye açmamışsınız” (K8, E, Bingöl).

Eğitim düzeyiyle şiddet ilişkisinin, gelen hasta ya da yakınlarıyla ilişkilerine yansımaları K18 kodlu katılımcı şöyle ifade etmiştir:

“Öğretmenler mesela öğretmen olmuş atanamamış, okumuş insanlar oluyor. Buraya geliyor, bekliyorlar ama işte görüyorlar bizim çay içtiğimizi gröseler, ya lütfen çayınızı için ondan sonra bakın. Ya da bazıları tam tersi bir hastaya çok ciddi müdahale etmemiz gerekiyor ya iki dakika bir tansiyonumuzu ölçüver, serumumuzu çıkar; ondan sonra devam edersin gibi şeklinde bir şeyler söylüyorlar. Yani bunun da bir okumakla hem ailede görülen kibarlıkla, bunların hepsinin etkili olduğunu düşünüyorum ben” (K18, K, Bingöl).

Eğitim düzeyi arttıkça şiddet oranlarının azaldığına yönelik görüş bildiren katılımcıların dışında; sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile eğitim düzeyi arasında çok belirgin bir ilişkinin olmadığını ve eğitilmiş bireylerin de zaman zaman şiddete başvurabildiklerini K17 kodlu katılımcı şunları dile getirmiştir:

“Dediğim gibi kırsal yerde çalıştığımda ben kırsal yerde çok uzun süre kaldım. Hiçbir zaman böyle eğitim düzeyinin iyi olduğu yerde herhalde bir şeyle karşılaşmam diye düşünmüştüm. Ama bunu daha çok gördük ve daha çok yaşadık. Bu daha çok şaşırttı beni ilk etaplarda ama sonra alıştım. (...)Eğitim olarak eşit görüyorum. Bazen kırdaki bayırda, kırsal kesimdekilerin daha uyumlu olduklarını biliyorum. Bunun eğitimle de şeyi yok, eğitim düzeyi iyi olmuş ama hala da sert tavırlarla karşılaştığımız çok oluyor ya da işte bunu kullananlar da oluyor malesef böyle” (K17, K, Bingöl).

Katılımcıların görüşlerine bakıldığında sağlık alanında yaşanan şiddet ile eğitim arasındaki ilişkiye yönelik benzer değerlendirmenin K22 kodlu katılımcı tarafından geldiği görülmüştür:

“Ben kültürel anlamda olduğunu düşünmüyorum. Her yerde var. Okuyanı da yapıyor, buraya gelip bir yargı çalışanı da tavır sergiliyor, yargı çalışanı da gelip tehdit ediyor, gelip niye yapmadın? Bir güvenlik, kolluk kuvveti de geliyor, mahkumu da geliyor. Her çeşit insan

geliyor yani ben kültürel açıdan olduğunu düşünmüyorum yani. Yok yok gerçekten eğitim anlamında eğitilmiş olanlarda çok sorun çıkarıyor size öyle söyleyeyim” (K22, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile eğitim arasında ilişkiye yönelik, K38 kodlu hekim katılımcı yaşadığı deneyimleri şöyle aktarmıştır:

“Ya okumuşu da aynı okumamışu da aynı. Okumuş olan kişiler Google amcağı iyi ezberleyip ezberleyip geliyor, karşımızdaki herkes hekim, tanıyı biz koyduk siz reçete yazın deniliyor. Benim böyle bir anım var zaten bir tane şahıs gelmişti anlattı bana döküntüsünü şusunu busunu, ben de dinledikten sonra bana güzel sunum yaptın, dedim. Okumuş biriydi o da gitti şu doktor bana bakmadı diye Bimer’e şikayet etmişti. Okumuşu bu yani herkes doktor memlekette, saygı yok yani. Okumamış kesim de sağda solda duyduğu törelere inanıyor, ona göre geliyor. Toplum bu şekilde, hepsi için demiyorum tabi mutlaka içlerinde pırlanta gibi insanlar var. Hastalarımız için de diyorum yani. (...)Ben burda onun sınıfını yapmıyorum. Ben burda daha çok okumuş kesimde görüyorum şiddet meyilini. Ben bunu kibir mi desem o mesleğe ulaşamamak mı desem ben ona öyle bakıyorum şimdi. Yani nasıl bir açıklama yapayım daha çok kibire bağlıyorum ben. Yoksa öyle sosyokültürel olarak, konuşamayan edemeyen insanların çok da gelip şey yapması, çok nadir. Biz yardımcı oluyoruz ve anlıyoruz geldiklerinde” (K38, E, Elazığ).

K35 kodlu katılımcı da şiddet ile eğitim ilişkisiyle ilgili olarak, eğitim düzeyi yüksek bireylerin daha sorgulayıcı olduklarını, eğitim düzeyi daha düşük bireylerin ise daha kabullenici bir tutum sergilediklerine yönelik ayrıca şöyle bir değerlendirmede bulunmuştur:

“Şöyle eğitim seviyesinin düşük olması aslında bizim için ikna edici oluyor. Çünkü hastaya söylediğinizde hasta daha çabuk ikna olabiliyor. Ama eğitim seviyesi yükseldikçe bu ameliyat Elazığ’da yapılır mı işte bu ameliyat burda olur mu, hastaneyi sorgulamaya başlıyor sizi sorgulamaya başlıyor. Bir an önce İstanbul, Ankara’ya daha büyük şehirlere gitme ihtiyacı duyuyor. Hasta yakınları açısından eğitim seviyesinin düşük olması şiddet eğilimini artırıyor. Öyle bir ihtimal var, hasta yakınları açısından. Hasta açısından eğitim seviyesinin düşük olması kabullenmeyi artırıyor. Ama hasta yakınları açısından şiddeti artırıyor” (K35, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile aile yapısı, bireyin yetiştiği sosyal çevre, kültürel yapıyla ilişkisine yönelik katılımcılar tarafından çeşitli görüşler ifade edilmiştir. K29 kodlu katılımcı sağlık alanında şiddet ile kültür arasındaki ilişkiyi şöyle açıklamıştır:

“Kültürle doğrudan bir ilişkisi var tabiki. Bilinçli bir hastanın yaklaşımıyla, bilinçsiz bir hastanın yaklaşımı çok farklı yani. Dediğim gibi burdaki hasta kesimi de genelde çok kültür

düzeyi yüksek insanlardan oluşmuyor. Kesim olarak şeyler daha kırsal kesim olduğu için batıya nazaran biraz daha düşük ama burda çok görmedim ama yine de etkisi var tabiki de. Daha böyle eğitim almış insanların, daha saygılı oluyor, yaklaşımları daha farklı oluyor” (K29, K, Elazığ).

Psikolojik faktörlerin şiddeti etkilediğini ifade eden K19 kodlu katılımcı; kültürel düzeyi, eğitim seviyesi, entelektüel düzeyleri yüksek olan bireylerin daha az şiddete başvurduklarını şöyle belirtmiştir:

“İkinci sebebi de kültür. Yani bu işleri yapan adamlara baktığın zaman kültürel kodlarının son derece düşük olduğu, entelektüel düzeyin düşük olduğu, çok kültürlü insanlar olmadıklarını görüyorsunuz, biraz da ondan kaynaklanıyor. Ya şöyle, okuma yazma oranı veya eğitim düzeyiyle alakalı, yetişme tarzıyla alakalı, bulunduğu ortamla alakalı mesela ben Elazığ’daki bu olaylar Tunceli’de çok olmuyor, bu tür olayları yapan insanlara baktığınız zaman kişilik bozuklukları çok olan insanlar var. Hekimlere saldıran bir de entelektüel düzeyi düşük olan, okuma yazma oranı düşük olan, kültür düzeyi düşük olan insanlar var. Bir de dediğim gibi arada psikopat insanlar çok olabiliyor(...)” (K19, E, Elazığ).

Aile ve kültürel yapı, bilinç düzeyi gibi faktörlerin bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarını etkileyen unsurlar olduğu, sosyo-kültürel çevre ve şiddete ilişkin temalar arasında yaygın olarak ifade edilen görüşler arasında yer aldığı ve K31 kodlu katılımcının konuyla ilgili görüşleri arasında da görülmektedir:

“Tabiki şöyle sana söyleyeyim bilinçli bir aileyle karşılaştığında daha farklı oluyor. Ama biraz daha kültür düzeyi düşük olan eğitim düzeyi yani çok eğitim düzeyi ile bağdaştırmıyorum ama kültür düzeyiyle kesinlikle alakalı bir durum. Yani bilinçli anne ve babalar olunca anlaşabiliyoruz ama böyle bir noktaya gelmiyoruz. Bizi anlamayan anne ve babalar olunca yani örneğin ben anlatıyorum diyorumki senin hastanın hayatı için benim bu damar yolunu açmam lazım, o diyorki yok, ben bunu anlatmama rağmen o şey edince ister istemez, benim açmam lazım o açtırmak istemiyor. Öyle olunca da bir sözel şey oluyor. Ama bunu anlayan ve kavrayan bir aile olunca daha da rahat oluyor. Yani diyorki bu benim hastam hastamın yaşaması için, bu ilacı alması için bunu yapmam lazım diyor yani” (K31, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili K35 kodlu katılımcı, daha önce görev yaptığı yerle bu durumu kıyaslayarak şunları ifade etmiştir:

“Ben Bursa’da daha rahattım açıkçası. Bursa’da bir hastayı kaybettiğimizi, hastada sıkıntı yaşadığımızı veya ameliyat sonrası bir problem olduğunu anlattığımızda çok daha uyumlu karşılıyorlardı, olabileceğini düşünüyorlardı. Çünkü önceden zaten bilgilendirme yapıyoruz hastalara. Ama burda belki de eğitim seviyesiyle alakalı belki sosyo- kültürel yapıyla alakalı

biraz daha fevri davranabiliyorlar, daha agresif olabiliyorlar ama açıkçası hem Bursa'da hem de Sapanca'da çok daha rahat çalışıyordum” (K35, E, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddet oranları ile ilgili iller arasında kıyaslama yapıldığında bir farklılığın olmadığına ve gelişen teknoloji ve eğitim koşullarıyla şiddetin gittikçe azalmaya başladığını K26 kodlu katılımcı şu sözlerle dile getirmiştir:

“Diğer şehirlerde de aynı; bizim toplum genel olarak, bizim halkımızda cehaletten kaynaklı da oluyor. Ama son zamanlarda atıyorum internetin yaygınlaşmasından kaynaklı da bazı tedavileri hani siz yapıyor musunuz diye gelenler oluyor, araştırıp gelenler oluyor. Adam makale okumuş atıyorum, abi şu ameliyatı siz yapıyor musunuz, beni de yaparmısınız genel olarak iyiye doğru gidiyor, o kadar artık kötüleşmiyor. Okuma seviyesinin artması tabii” (K26, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ekonomik faktörler arasındaki ilişkiye K22 kodlu katılımcı şöyle dikkat çekmiştir:

“Şöyle söyleyeyim mi, gariban sesini çıkartmıyor. Ben öyle düşünüyorum, o yoklukla gelen. Atıyorum uzak yoldan gelen gerçekten sesini çıkartmıyor. Ben en ulaşılmaz, en ücra köşesinde çalıştım. Gariban sesini çıkartmıyorsa ülkemizin sınır bölgesi, en ücra köşesi ben orda çalıştım. Yani orda halk kalkıp bunu yapmıyor, oradaki gelen memurlar ben memurum sen bana bakmak zorundasın. Onlar daha çok bunu yapıyor. Gariban sesini gerçekten çıkartmıyor” (K22, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti tetikleyen faktörler arasında madde kullanımını da yer almaktadır. Bazı hastaların alkollü olarak sağlık kuruluşuna geldiklerini ifade eden K25 kodlu katılımcı hasta ve yakınlarıyla sorun yaşayabildiklerini ve bu durumun şiddeti etkileyebildiğini şöyle açıklamıştır:

“Yani dediğim gibi alkolik, uyuşturucu kullanan hastaların gelmesi. Bazen hastaların yakını da alkolik oluyor, kimsesiz hasta geliyor. Bazen ihbar edilmiş, getiriliyor kimliği yok üzerinde, bilmiyoruz geç müdahale ediliyor bu yüzden. Yakını geliyor bu defa şimdiye kadar neden müdahale edilmedi diyor, kaydı yok kimliği yok, hiç bir şey elimizde yok. Hastayı stabil tutmaya çalışıyoruz. Stabil tutmaya çalıştığımızda polis arkadaşlar sağolsun bize yardımcı oluyor. Hasta yakınına ulaşmaya çalışıyoruz. Kimliği üzerinde olmayınca problem oluyor” (K25, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en sık nedenleri arasında alkol ve uyuşturucu kullanımının yer alabildiği farklı çalışmalarda da ortaya çıkmıştır (Boz ve diğerleri, 2006: 366). Hatta Çamcı sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada (2011), madde kullanımını şiddete maruz kalan sağlık çalışanları açısından da

incelemiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete maruz kalan bireylerin alkol ve sigara kullanma oranlarının, şiddete maruz kalmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Çamcı, 2011: 11).

Alkol kullanımının büyük şehirlerde daha yaygın kullanıldığını belirten K12 kodlu katılımcı, alkollü gelen hastaların büyük illerde daha fazla olduğunu ve bu hastaların şiddet eğilimlerinin daha yüksek olabildiğini şu örneği vererek ifade etmiştir:

“İşte o büyük şehirlerde yaygın, mesela ben bir sıkıntılı hasta gördüm, kan bile alamadık hastadan yani, hasta içmiş gelmiş mesela yani. Baktım hastanın şeyi çok yok. Alkol biraz şeydir, asetoza sokar, nefes darlığı benim için önemliydi. Sadece fiziki muayeneyle ben bu hastayı gördüm, baktım solunumu düzenli. Hastanın kafası güzel, Ben inan bu hastaya gel senden kan alalım, gel sana yardımcı olayım desem çocuk bana bulaşma filan bayağı sıkıntı çıkartırdı, diyeyim. Arka müşahadeye geçti, dedim uyusun hasta. Uyudu sonra kalktı gitti kendisi. Genç bir hastaydı. Etil alkol mesela ne bileyim şu bandrollü içki filan, görme kaybı varmı yokmu onu sorguladım, baktım yok normal içki, endişelenecek bir şey yok. Başka bir hekim arkadaş olsa işte ben o hastadan kan alıp bir bakayım desem, inanırmısın o erkek hasta çok belaydı yani. Bazen sıkıntılı hastayı görmek ve anlamak önemlidir” (K12, E, Bingöl).

Özellikle şiddete ilişkin görüşlerini ifade eden sağlık çalışanlarının medyanın bu durum üzerindeki ciddi etkisinin olduğunu vurguladıkları görülmüştür. K2 kodlu katılımcı medyanın yalan haber ve manüpülasyonlarla sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz algı oluşturarak şiddeti tetikleyici rol oynadığını belirtmiş, ayrıca konuyla ilgili şunları ifade etmiştir:

“Özellikle bu konuda ciddi anlamda medyanın etkisi olduğunu düşünüyorum. Medya da, sosyal medya da özellikle medyadaki köşe yazılarında ve gazetelerde ekseriyetinde sağlık çalışanlarına karşı sanki, evet olumlu ve pozitif yönde oluşturuluyor ama olumsuz ve negatif yön de oluşturulduğunu düşünüyorum. Örnek veriyorum, belli başlı şeylerde çok ciddi algılar yapılıyor. Örnek veriyorum pandemi sürecinde sağlıkçılar, çift maaş alıyor gibi bir algı oluşturuldu. Şimdi pandemi süreci birçok gencin işsiz kaldığı, birçok gencin eğitiminin yarıda kaldığı bir süreç, çok ciddi manada psikolojilerinin bozulduğu, dediğim gibi maddi ve manevi birçok zarara uğradıkları bu süreçte; sağlık çalışanları adına bizlerin işte çift maaş alıyorlar, üç gün işe gidiyorlar beş gün gitmiyorlar gibi aslı astarı olmayan saçma sapan algılarla nispeten özellikle genç kısma bu algı oluşturuldu. Özellikle yaşlı kısım sosyal medya ve medyayla çok fazla ilgili olmadıkları için bu tarz algılara çok fazla gelmiyorlar ama dediğim gibi genç kısım dediğim gibi pandemi süreci, işsizliğin zirve yapması, eğitimin

öğretimin yarıda kalması, genel pahalılık, geçimin zorlaşması bu tarz faktörlerin olduğu toplumda hani birilerinin hedef gösterilmesi gerekiyormuş gibi sağlık çalışanları özellikle doktorlar olsun, personeller olsun özellikle çok ciddi hedef tahtasına oturtuldu. Yok alkışlıyoruz tamam bunların hepsine tamam ama dediğim gibi bu tarz haberlerle bunları köşe yazılarına, manşetlere taşıyarak insanlarda ön yargı oluşturdular. Bundan dolayı da gençlerde sağlık çalışanlarına karşı bu tarz olumsuz, negatif bir algı yaratıldı. Dediğim gibi işte kafasından bir hesap yapıyor diyor, ayda ben işsiz kaldığım bu çift maaş alıyor düşüncesiyle gelen bir genç bana baktığı zaman şuna bir bak, rahatları yerinde, keyifleri yerinde, çift maaş alıyorlar, üç gün geliyorlar- beş gün gelmiyorlar gibi şimdi böyle o genç kısımda bize karşı bir kin, bir nefret, çekememezlik, kıskançlık artık adına ne koyarsak bu tarz şeyler oluşturuldu. Çünkü dediğim gibi bir sürü etmen sayıldı birileri hedef tahtasına oturtulsunki konu dağılsın ben bu konuda sağlık çalışanlarının ciddi hedef tahtasına oturtulduğunu düşünüyorum” (K2, E, Bingöl).

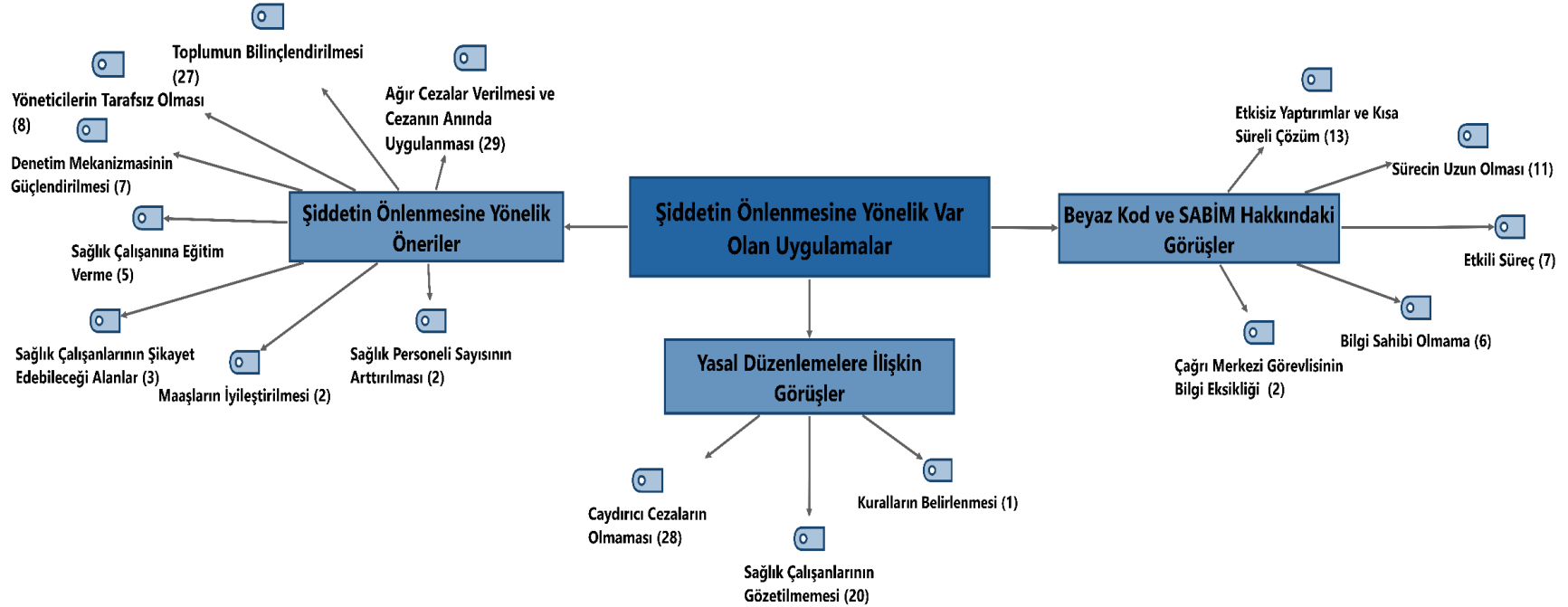
Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yapılmış farklı çalışmalarda da medyanın sağlık alanındaki şiddeti arttırdığına yönelik görüş bildiren katılımcıların olduğu görülmektedir. Çatel’in yaptığı çalışmada (2015), %62,9 oranındaki katılımcıların medyanın sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırdığına yönelik görüş bildirdikleri görülürken, %37,1 oranının ise medyanın sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırdığını düşünmedikleri yönünde görüş bildirdikleri görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada sağlık çalışanları ile ilgili medyada çıkan asılsız ve olumsuz haberlerin hasta veya hasta yakınlarını sağlık çalışanlarına karşı kışkırttığı ifade edilmektedir (Çatel, 2015: 88).

Katılımcılara göre sosyo-kültürel çevre ve şiddet ilişkisine yönelik görüşler temasındaki kodları katılımcı bazlı incelediğimizde; Tablo 3’te görüldüğü üzere katılımcılar çok geniş bir yapıda değerlendirme yapmışlardır. Farklı katılımcıların farklı noktalarda yoğunlaştıkları noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile görülmektedir. Tablo 3’e göre Bingöl ili sağlık çalışanları toplumsal bilinç ve egemen kültür, sosyo-demografik özellikler, tanışık olma durumu kodu ile, Elazığ ili sağlık çalışanları ise sosyodemografik özellikler ve toplumsal bilinç ve egemen kültür kodu ile ilgili yoğun görüşlerde bulunmuştur.

Tablo 3: Katılımcılara Göre Sosyo-Kültürel Çevre ve Şiddet İlişkisine Yönelik Görüşler Temasının Kodlarına Yönelik Vurgu Yoğunluğunun İllere Göre Dağılımı

Kod Sistemi	Bingöl İli Sağlık Çalışanları	Elazığ İli Sağlık Çalışanları
▼ Sosyo-kültürel Çevre ve Şiddet İlişkisine Yönelik Görüşler		
• Nüfus Niceliği		
• Yetersiz Güvenlik		
• Tanışık Olma Durumu		
• Sosyodemografik Özellikler		
• Toplumsal Bilinç ve Egemen Kültür		

4.4 Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar



Şekil 4: Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

Araştırmanın son teması olan şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli ve bu kodlara ait frekanslar Şekil 4’te görülmektedir. Şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar teması 3 kategori altında incelenmiştir. Bu kategoriler Beyaz Kod ve SABİM hakkındaki görüşler, yasal düzenlemelere ilişkin görüşler ve şiddetin önlenmesine yönelik önerilerdir.

4.4.1 Beyaz Kod ve SABİM Hakkındaki Görüşler

Şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar temasının ilk kategorisi olan Beyaz Kod, SABİM ve ALO 184 hakkındaki görüşler katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; etkisiz yaptırımlar ve kısa süreli çözüm, sürecin uzun olması, etkili süreç, bilgi sahibi olmama ve çağrı merkezi görevlisinin bilgi eksikliği olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir.

Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen ilk kod etkisiz yaptırımlar ve kısa süreli çözüm kodudur. Katılımcılar var olan uygulamaların kısa süreli çözüm getirdiğini ve etkisiz yaptırımlar olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşanan şiddet olayı sonrasında verilen Beyaz Kod'un çok etkili olmadığını, yargılama sürecinde cezai müeyyidelerin yetersiz olduğuna (özellikle sözlü ve psikolojik şiddet gerçekleştiğinde) ve sadece kısa vadede sorunu çözdüğüne yönelik K4 kodlu katılımcı şu ifadelerle dikkat çekmiştir:

“Yani Beyaz Kod verdiğimiz zamanlar oldu ama gerçekten de o anlık bir sorun çözümü oldu da ondan sonra yine aynı şeyler yani, Beyaz kod verdiğimiz adam bir iki mahkemedен sonra zaten ceza almadan çıkıyor yine. Yani bir cezai yaptırımı çok da yok. Yani cezai yaptırımı olması için çıkarıp adam bıçaklaması mı lazım, kafa göz kırması mı lazım? Sözlü taciz, psikolojik şiddet de cezayı gerektirmiyor mu? Bence gerektiriyor, adam burada bir ay burda sözlü tacize maruz kalsın belki psikolojisi bozulacak belki kendi canına kıyacak. Ama işte beyaz kod verdiğimiz zamanlarda çok da bir yaptırımı olmadı yani öyle bir şey yok. (...)Yani biz genelde Beyaz Kod verdik onu çok şey yapmadık. Alo 184 şimdi ya hekimi şikayet ediyorsun hekim savunma veriyor, o an yani bir şekilde kavuşturulabiliyor çözüme” (K4, E, Bingöl).

Benzer çalışmalara bakıldığında K4 kodlu katılımcının belirttiği sağlık çalışanları Beyaz Kod verdiklerinde sonuç alamayacaklarını düşündükleri için Beyaz Kod'u nispeten tercih etmedikleri görülmektedir (Aktaş, 2014: 39; Çatel, 2015: 101; Vural, 2013: 149). Bazı sağlık çalışanları, sağlık hakkının anayasal hak olmasına rağmen şiddete başvuran kişilerle ilgili sağlık hizmetini ücretli alma ya da sağlık hizmetinden yararlanmama cezasının verilerek şiddet olayları ile ilgili caydırıcılığın sağlanabileceğine yönelik görüş belirtmişlerdir. Şiddet olayları tekrarlandığında sağlık hizmetinden mahrum bırakma cezasının ailelerine de verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Beyaz Kod uygulamasının sorunu o an çözdüğüne ve uzun vadede

caydırıcılığının olmadığına yönelik yoğun vurgu yapıldığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili K3 kodlu katılımcı şunları dile getirmiştir:

“Hiçbir işe yaramıyor sadece o anı, o dakkayı çözüyor. Ortalık sakinleşiyor adam ertesi gün yine yapabiliyor. Yani ben isterimki bu adam haksızsa gerçekten ve şiddet uyguluyorsa ben isterimki acil şeyden yararlanmasın. Ne dışın acilinden ne devletin acilinden yararlansın. Gitsin özelde yapsın, parasını versin yapsın. Yani bu adam sanki bunu hak etmiyor gibi geliyor. Bu randevu felan alamasın. Acil şeylerin hiçbirinden yararlanmasın. Biraz öyle yaptırımları olsun. Adam gelip kanalını gelip yapıyorsa, iki hafta sonrasında randevusunu alıp kanal yapıyorsa yani bu adam bir dolgu için 200 lira dışarıya versin, kanal için bir 500 lira dışarıya versin biraz aklı başına gelir. En azından bir beş yıl dış hastanesinden yararlanamaz, diye ceza çıkarsın. Hapis cezası zaten vermiyor, bari böyle hastaneden yararlanamama cezası versin yani, böyle biraz ailesinde de yani baktın adam tekrar yapıyor bu sefer ailesini de içine al dış hastanesinden, devlet hastanesinden yararlanmama yaptırımının uygulanmasını isterim ben” (K3, E, Bingöl).

Özellikle Beyaz Kod verilen hastanın aynı hekime muayene olamama cezasının olması karşısında da hekimlerin problem yaşayabileceğini K22 kodlu katılımcı (K, Elazığ) *“yok Beyaz Kod verdin, adam bir daha sana randevu aldığında diyebiliyorsun, ben seni almıyorum ama yiyorsa diyebilirsin”* ifadeleriyle dile getirmiştir. Beyaz Kod verilen hasta ya da yakınlarıyla ilgili muayene olamadıklarında farklı illere gitme zorunluluğu doğarsa bu durumun şiddeti tetikleyici unsur olabileceğini K9 kodlu katılımcı şöyle belirtmiştir:

“Ama düşünsene tek kardiyoloğum, senin baban için söyle burada düşünsene hastanı burdan Elazığ'a götürmek zorunda kalıyorsun, sen daha çok kin gütmez misin bana? Tamam caydırıcı da kötü yanı da var. Aşırı bir kin gütme olayı daha çok olur anlatabildim mi” (K9, K, Bingöl).

Beyaz Kod uygulamasını kullanan K38 kodlu katılımcının da, kod verildikten sonraki işleyişle ilgili problem olduğuna yönelik vurgusunun olduğu görülmektedir. Bu uygulamayla ilgili K38 kodlu katılımcı şunları dile getirmiştir:

“Ha bir de arkamızdan mesela beyaz kod meselesi vardı. Ondan da bir şey beklemiyoruz. Ben de çok yaşadım; o yani sadece gaz alma açık konuşayım. Sonuçta bir şey olmuyor. Bu olaylardan para almıyor diye avukat davaya bile bazen gitmiyor. Gerek yok diyorsun ve geri çekiliyorsun yani. Ama vatandaşın bir şikayeti olsun hemen ifademizi alırlar” (K38, E, Elazığ).

SABİM uygulamasıyla ilgili olarak da K34 kodlu katılımcı da şöyle görüş bildirmiştir:

"Orda da ne bileyim yönlendirme, cevap, açıklama konusunda güzel uygulamaları varmış duyduğum kadarıyla ben kendim hiç aramadım. Arkadaşlardan öğrendiğime göre. Sağlık çalışanları da şikayet edebiliyormuş galiba. Ama yaptırımı olması gerekiyor, yoksa çözülüyor" (K34, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen bir başka kod sürecin uzun olması kodudur. Katılımcılar var olan uygulamalarla ilgili mahkemeye gidip gelme ve karar alma süreçlerinin uzun sürdüğünü belirtip, etkisiz uygulamalar olduğundan bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili Beyaz Kod veren K6 kodlu katılımcı şunları ifade etmiştir:

"Tabi Beyaz Kod üç dört kere belki verdik. Beyaz Kod'u sen verdiğin anda zaten mahkeme o an, o dakkadan sonra başlıyor. Sen suç duyurusunda bulunmuş kabul ediliyorsun ve sen aynı gün ifade veriyorsun. O mahkemeyi bekliyorsun. Güzel bir şey mi tabiki güzel bir şey. Ama öyle bir şey ki bazen birçok hastada o kadar verme gereksinimi duyuyorsunki her verdiğinde bir mahkeme, her verdiğinde bir mahkeme artık sıkılıyorsun. Bazen de vermeyebiliyorsun. Çünkü sen her verdiğinde düşünsene tek başına on mahkemeye gidiyorsun. Saçmalık olur mu, her mahkeme 1 yıl sürüyor. Karar mekanizması zaten uzun bir süreç gerektiriyor. Onun dışında karar mekanizması, onun dışında mesela Ahmet de ordaydı diyorsun bu kez üç ay erteleniyor mahkeme Ahmet de gelsin. O bir diyor Mehmet de ordaydı, Mehmet de gelsin. O biri diyor hasta yakını ordaydı o da gelsin, o şekilde karar verme mekanizması bir yılı buluyor. Caydırıcı ceza dediğim gibi en önemlisi caydırıcı cezaların olması" (K6, E, Bingöl).

Beyaz Kod verildiğinde sürecin uzamasından ve ciddi yaptırımın olmamasından kaynaklı olarak uğraşmak istemeyen sağlık çalışanlarının bu uygulamayı çok da kullanmaya istekli olmadıklarına yönelik K23 kodlu katılımcı şunları ifade etmiştir:

"Yani şöyle güvenlik vasıta hemen müdahale ediyor eğer fiziki boyuta geliyorsa beyaz kod veriyoruz. Beyaz kod durumlarında dava filan açıldığı için biraz uzun bir süreç oluyor, o yüzden de çoğu uzun bir süreç yaptırımı da yok. Yani bizim için çok bir yaptırımı yok, gidiyorsun sürekli mahkemeye gidiyorsun bu da bizim için zor geldiği için, genelde beyaz kod vermiyoruz yani" (K23, K, Elazığ).

Beyaz Kod verdiğini ifade eden bir başka hekim süreci şöyle aktarmıştır:

"Beyaz Kod verdim. Beyaz kodla kamu davası açıldı. Sonrasında takipsizlik kararıyla olayın tekrarlanması halinde cezanın işleme sokulması kararı verildi. Bir de bu beyaz kod meselesinde işleme süreci vakit alıyor. İşte şunu dolduracaksın, şunu işleme koyacaksın, şuna haber vereceksin yani aslında sade, basit ve pratik ve insanları caydırıcı bir şey olması lazım.

Bu demek değilki işte hemen hapse atılsın, öldürün şey yap. Daha farklı işte maddi ceza politikası olabilir ya da hizmetten men politikası olabilir” (K33, E, Elazığ).

Ayrıca Beyaz Kod verildikten sonra işleyişin ağır ve mahkeme sürecinin uzun sürmesinin sağlık çalışanları üzerinde yıpratıcı etkileri olduğuna yönelik de şunlar vurgulanmıştır:

“Bununla ilgili mesela bizim arkadaşlar sıkıntı yaşamışlardı, mesela çok kötü bir şiddetle karşılaştılar, Beyaz Kod verdiler. Adamın o anki yaşadığı durumdan ziyade belki sonrasında yaşadığı durum onu daha çok etkiledi. O süreç onu daha çok yıprattı, adam dediki keşke ben hiç Beyaz Kod vermeseydim, ondan sonraki süreç gerçekten adamı daha çok yıpratıyor. İki, üç defa çağırma olayı felan fistan, o biraz daha yıpratıyor” (K17, K, Elazığ).

Hukuki sürecin uzun sürmesine yönelik öğrenilmiş çaresizliğin olduğu Tokgöz’ün sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada da görülmektedir (Tokgöz, 2019: 54). Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod etkili süreç kodudur. Bazı sağlık çalışanları SABİM, ALO 184 ve Beyaz Kod gibi uygulamaların yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmayan sağlık çalışanları olduğu gibi bu uygulamaları bilen ve yararlı gören sağlık çalışanları da olmuştur. Katılımcılar var olan uygulamaların yeterli olduğunu ve uyarıcı bir faktör olduğunu vurgulamıştır. K37 kodlu katılımcı (E, Elazığ) bahsedilen bu uygulamaları *“olmalı, tabiki bunların hepsi olmalı; uyarıcı faktörlerdir uyarı olmalı ve ilgili birim hemen ulaşmalı. En aza indirmek için uyarıcı faktörlerdir”* sözleriyle gerekli gördüğünü belirtmiştir.

K19 kodlu katılımcı da Beyaz Kod uygulamasının faydalı olabildiğine yönelik şunları dile getirmiştir:

“Tabiki, tabiki zaman zaman başvurmak zorunda kaldık. Bizim hastanemizde uygulanan bir şey. Beyaz kod uygulamak lazım. Ne olur ne olmaz uygulamak lazım, bu iyi bir şey. Çünkü o beyaz kodu verdiğiniz zaman insanlar ne olduğunu görür, sağlık çalışanları kendisini veya yakınlarını koruyabilir. Bir saldırı esnasında bu kodla birlikte güvenlik görevlileri gelerek olaya kısa sürede müdahale ediyorlar” (K19, E, Elazığ).

Bir başka katılımcı olan K36 kodlu katılımcı Beyaz Kod ve SABİM uygulamalarıyla ilgili şu ifadelere yer vermiştir:

“Beyaz kod sağlık çalışanına yönelik şiddet esnasında şiddetin mevcut durumunu bildirmek için o anki durumu yani belli etmek için yapılan bir tür haberleşme aracı. Tabiki doğru bir uygulama çünkü niye; o anda şiddetin özellikle fiziksel şiddetin olduğu zamanda müdahale

edilmesi lazım. Beyaz kodun verilmesi de güzel bir uygulama. (...)SABİM de baktığımızda güzel bir uygulama, hayata geçirilmiş bir uygulama. Sağlık Bakanlığı tarafından idare edilen şikayet hattı, güzel bir uygulama günümüz dünyasında teknolojinin etkili şekilde kullanılması lazım. Bu yönden baktığımızda çeşitli teknolojik uygulamalar bu yönden katkı sağlıyor” (K36, E, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet durumlarında Beyaz Kod verilmesi şiddete yönelik farkındalığın ve şiddet olaylarında artışın yaşanabildiğini gösterebilmektedir. Beyaz Kod dışında diğer bir takım uygulamalarla ilgili mevcut politikaların yeterli olduğunu ifade eden K12 kodlu katılımcı düşüncelerini şöyle aktarmıştır:

“Vallaha politika olarak yeterli buluyorum, açık ve net söylüyorum. Gerektiği zaman işte Beyaz Kod veriyorsun, Sağlık Bakanlığı işte senin adına dava açıyor. Bu konuda politikayı yeterli buluyorum” (K12, E, Bingöl).

Bu kategoride katılımcılar tarafından ifade edilen bir diğer kod bilgi sahibi olmama kodudur. Katılımcılara SABİM ve Beyaz Kod ile ilgili görüşleri sorulurken bazı katılımcılar var olan SABİM, Beyaz Kod gibi uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. K12 kodlu katılımcının (E, Bingöl) *“Yok bilmiyorum, CİMER’İ biliyorum”* şeklinde ifade ettiği; K18 kodlu katılımcının (K, Bingöl) *“O konuda bir bilgim yok”* sözleriyle bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmadıkları yanıtını verdiği görülmüştür.

Ayrıca K1 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hayır. Ben bi şey söyleyeyim mi bu bizim özel hastanelerde çok da uygulanan sistemler olmadığı için çok bir bilgimiz yok. Diğer arkadaşlara sorsan onlar da aynı şekilde cevap verir” (K1, K, Bingöl).

Konuyla ilgili bilgisi olmadığını K27 kodlu katılımcı da şöyle açıklamıştır:

“Yok, ben CİMER’i biliyorum. (...)Hiçbir fikrim yok. Ben devlette çalışmaya başladım. Bu pandemi koşullarından belki de o yüzden bilmiyorum. Hızlı bir şekilde başladım sürekli hasta bakıyorum daha başka bir bilgilendirmeye şahit olmadım. Hastan geldi, hastan gitti tek bildiğim bu” (K27, K, Elazığ).

Bu kategorideki son kod çağrı merkezi görevlisinin bilgi eksikliğidir. Bazı sağlık çalışanları SABİM ya da ALO 184’ü arayan vatandaşların yanlış ya da asılsız bilgi vererek şikayet etmelerine yönelik bu yanlış ve asılsız şikayetleri çağrı merkezindeki görevlilerin almaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Şikayetleri alan çağrı merkezi

görevlilerinin bilgi eksikliklerinden kaynaklı olarak bazı sağlık çalışanlarının savunma gibi yaptırımlarla karşılaşabildikleri ifade edilmiştir. Mevzuata aykırı hareket ettiğini açık bir şekilde ifade eden hasta ya da yakınlarının şikayetlerinin dikkate alınmasına K38 kodlu katılımcı yaşadığı olay üzerinden şöyle dile getirmiştir:

“Evet bu konu hakkında bilgim var oda aynı, vatandaşların iletmiş şikâyet merkezi. Hekimler de yazıyor ama bir şey çıkmıyor. Bir de SABİM de çalışan sağlık çalışanları sağlık alanında bilinçli olması gerekiyor örneğin üç dört yıl önce yaşadığım bir olay vardı. Bir örnek vereyim mesela bunları örnek verirsiniz. Bir vatandaş reçetesiz antibiyotik alıp iğne yaptırmak ve eczanelerden almak suçtur, vatandaş geldi istedi. Geldi ben ilaç yaptıracam ama reçeten nerde, reçete yok. Aldım yaptıracam, kim yazdı bunu kafana göre, aldım yaptıracam. Dedim bu şekilde olmaz rahatsızsan gel muayene edeyim deyince; yok ben aldım yapacaksın diyor; ben bu şekilde yapamam, kabul edemem denilince elindeki iğneyi sonra hemşirenin suratına fırlattı. Gitmiş bir sürü sayfa SABİM’e yazmış beni de söylemiş doktor bey yardımcı olmadı. Bir de diyorki, ben diyor aile hekimliğine gittiğimde reçetem olmadığı halde antibiyotiği aldım, gittim diye yazan bir şahıs aynen nüans bu şekilde. Bunu dinleyen şahıs da sen zaten suçlusun reçetesiz almış, aldım gittim demen zaten seni ele veriyor. Bizi zaman ve nefes kaybı yaptılar. Git bir hafta boyunca savunma ver, ben gittim ona savunma verdim yani. Hatta o günlerde bir ay öncesinde de antibiyotiklerle ilgili eğitim vardı. Sakın antibiyotik fazla yazmayın, etmeyin diye eğitim vardı. Sonra tuz, biber oldu bu olay üstüne. Sonra SABİM’deki arkadaşlar da önümüze o yazıyla beraber bana savunmanı ver. Zaten adam vermiş olduğu şikâyet dilekçesi içerisinde kendini ifşa ediyor. Ben reçetesiz getirdim diyor. Kaile almaması lazım ordaki insanlar da. Orda bilinçli insanlar olması lazım onu demeye çalışıyorum. Yoksa öyle vatandaşın birini getirtir, yaz çiz. Burda işimiz var. Zamanımızı alıyorlar burda. Oradakilerin de nitelikli olması lazım. Her gelen çağrıya o doktor gelsin ifade versin bu olmazki. Vatandaş kafasına göre yazıyor. Bu tür şeylerle çok karşılaşıyoruz” (K38, E, Elazığ).

Beyaz Kod çağrı merkezi personeline güvenin fazla olduğuna yönelik yapılmış çalışmalar görülmektedir (Tokgöz, 2019: 78). K4 kodlu katılımcı da SABİM çağrı merkezine şikâyetlerin uzman tarafından alınmamasını sorun yaratabildiğiyle ilgili şunları ifade etmiştir:

“O anlamda da var aslında. Genelde bu şikâyet hattını arayanlar yine bu geçenlerde biri aramıştı sanki. Acil için mi aramıştı, biri aramıştı. Ya SABİM’i arayanlar genelde kendini haklı zannediyorlar, nasıl. Şimdi gerçekten kurallardan haberleri yok, kendi doğruları var onun üzerine arıyorlar. Karşıdaki kişi zaten çağrı merkezi görevlisi onu zaten not alıyor sadece. Yanlışsın, Bir uzman değil açan ha. Yani bu bir uzman değil sen bu dediğinde yanlışsın beyefendi ya da hanım efendi. Bu dediğin böyle değil aslında doğrusu budur deyip cevap verse, aslında belki durum değişir. Bu adam hatasını o an hatasını farkedecek. Ama

ordaki çağrı merkezi görevlisi olduğu için tamam şikayetinizi not aldım, ya haksız zaten nasıl şikayeti olabilirki? Sonra bu başkasının önüne gidiyor, o adam değerlendiriyor daha dönülüyor. İş uzuyor çok uzuyor ama o telefonu açan bir uzman olsa hiçbir şey olmayacak(...)” (K4, E, Elazığ).

4.4.2 Yasal Düzenlemelere İlişkin Görüşler

Şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar temasının ikinci kategorisi olan yasal düzenlemelere ilişkin görüşler, katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; caydırıcı cezaların olmaması, sağlık çalışanlarının gözetilmemesi ve kuralların belirlenmesi olmak üzere 3 kod ile ifade edilmiştir.

İkinci kategoride katılımcılar tarafından ifade edilen ilk kod kuralların belirlenmesi kodudur. K4 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yani şöyle genel kurallar olacak. Randevunuza saatinde gidin, (...)Hastaneye randevunuza geç kalırsanız kesinlikle alınmazsınız. Ya da sağlık görevlisine hakarete bulunursanız, ya aslında kural koymak o kadar zor olmaması lazım. Kural koyarsanız insanları eğitirsiniz, onlar da çocuklarını eğitirler. İşte o nesil düzelir ve artık böyle gider. O şekilde gider. Yani benim bu konuda benim tek fikrim, tek istediğim şey kural koymak. Ve herkesin o kuralları uygulaması” (K4, E, Bingöl).

Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen diğer kod caydırıcı cezaların olmaması kodudur. Katılımcılar şiddet vakalarını önlemek için çıkarılmış yasaların caydırıcı olmadığını, cezaların caydırıcı olmasının şiddeti azaltacağını ifade etmişlerdir. Mevcut yasaların ve verilen cezaların K1 kodlu katılımcı (K, Bingöl) “*yetersiz, yetersiz. Başka diyeceğim hiçbir şey yok*” ifadeleriyle; K15 kodlu katılımcı (K, Bingöl) “*yok yeterli bulmuyorum*” sözleriyle yeterli bulmadıklarına dikkat çekmişlerdir. Bir başka katılımcı olan K28 kodlu katılımcı (K, Elazığ) verilen cezai müeyyidelerin yetersiz olduğunu “*yeterli olduğunu düşünmüyorum. Şöyle hani şu an itibari ile şiddeti önlememiz gerçekten çok zor*” ifadeleriyle vurgularken, şiddetin önlenmesinin mümkün olmadığını belirtmiştir. K14 kodlu bir diğer katılımcı ise “*asla caydırıcı olmuyor, katiyen yeterli değil, asla caydırıcı olmuyor*” sözleriyle sağlık alanındaki şiddete yönelik verilen cezai yaptırımların yetersiz olduğuna yönelik görüş bildirmiştir.

Sağlık alanında yaşanan şiddetin çözümüne yönelik katılımcılara sorulan çözüm önerilerinin içerisinde birçok sağlık çalışanının verilen cezaların arttırılmasına yönelik ifadeler yer verdiği görülmüştür. K9 kodlu katılımcı (K, Bingöl) “*bu yargıyla alakalı,*

yeni yasalar, böyle daha ağır şiddete yönelik caydırıcı olsa ama olmuyor” sözleriyle konuya dikkat çekmiştir. K20 kodlu katılımcı da sağlık alanında şiddetin önlenmesine yönelik çözüm önerilerini şöyle belirtmiştir:

“Yani çarpıtıcı cezalar verilebilir tabiki de. Bütün sosyal medyalar elimizin altında. İnsanlar bunu gördüğünde daha bir çekinecektir. Öyle değil mi zaten düşünsenize doktoru, hemşireyi dövüyor ama iki gün sonra serbest bırakılıyor. Cezaya çarptırılırsa insanlar daha bir. Yapan yine belki yapar ama halkın biraz korkması gerekiyor bence. Şu an yeterli değil” (K20, K, Elazığ).

Caydırıcı cezaların olmamasının aynı zamanda sağlık alanında şiddetin sebeplerinden biri olduğunu, K10 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Bunun yanında benim söylediğim caydırıcılık gücü de önemlidir. Şu an artık günümüzde artık doktora şiddet uyguladım, sağlık çalışanına şiddet uyguladım, cezasız kaldı gibi bir yargı oluşmakta” (K10, E, Bingöl).

Yasal önlemlerin yetersiz olması ve caydırıcı cezaların olmaması gibi faktörleri sağlık alanındaki şiddetin sebepleri olarak nitelendiren K33 kodlu katılımcı, sağlık alanındaki şiddetin önlenememesinin cerrahi, beyin, kalp gibi stratejik tıbbi alanların tercih edilmesini olumsuz etkilediği ve bu durumun da alanda yetkin hekim yetersizliği sonucunu doğurabileceğine şöyle dikkat çekmiştir:

“İkincisi de aslında yeterli yasal alt yapının olamaması, caydırıcı yasanın olması lazım. Yani bu hiçbir kurumda şiddet olmaması lazım. Bak bu uzun vadede ne gibi sonuçlar doğuracak ben onu söyleyeyim. Şimdi bizim ülkemizde uzmanlık bölümü seçilirken, TUS sınavı var en yüksek puanlı bölümler cildiye, radyoloji, göz gibi risksiz bölümler ve bu bölümlerin puanının yüksek olmasının sebebi rahat olması, hastayla tartışacak potansiyelin az olması, mahkeme, davaların az olması ya da şu an basit olarak bir insanın hayatı tehlike oluşturacak şeyler nelerdir; kalp rahatsızlığı, beyin problemleri, cerrahi işlemler, trafik kazası, yüksekte düşme şu an burda bu bölümlerin asistanı yok yani. Ondan sonra bu bölümlerin asistanı yok ve insanlar yazmak istemiyor, şu an bu bölümlerde 30-40 yıl öncesinde beyin, kalp bölümlerinde en iyiyken, kadın doğumda en iyiyken şu an en kötü durumdayız. Asistan bulamıyorlar. Kimse yazmak istemiyor neden, şiddete maruz kaldığı için, hakarete maruz kaldığı için risk aldığı için kimse risk almak istemiyor. Bir karşılığı da olmadığı için. İşte bu yasal alt yapı oluşturulmadığı zaman 5-10 sene sonra bizi ameliyat edecek kimseyi bulamayacağız. Eski hocalar, profesörler emekli olduğunda, işi bıraktığında, öldüğünde doktor yok. Sen dermatolojik bir durumu iyileştirirsin ama beyin kanaması olursa, bir kurşunlama, by-pass ameliyatı, yaralanma, trafik kazası olduğunda ameliyat gerektiğinde kim yapacak? İşin ehli bir kişi yapmadığında sen yine şifa bulamazsın. Çünkü insanlar bunu

bilmiyor. İyi, bilgili doktorlar rahat yerlere gidiyor çoğu. Diyor ben niye riskli bölümlere gideyim. Niye beni insanlar dava etsin. Niye beni dövsünler bana hakaret etsinler. Gideyim cildiyede rahat rahat poliklinik yaparım. İşte fizik tedavide rahat rahat otururum. Riski az. Öyle olduğu zaman gerçek hayat kurtaracak bölümlere kimse gitmiyor. (...)Ben sağlıkta şiddet olaylarında doktorun öldüğü ya da yaralandığı durumlar dışında hiç kimsenin doğrudan ceza aldığını görmedim. Fiziki şiddet açık yara, ölüm olmadan kimsenin doğru düzgün kayda değer ceza aldığını görmedim” (K33, E, Elazığ).

Sağlık alanında yaşanan şiddet vakalarında cezai yaptırımların yetersiz olmasından dolayı bazı hekimlerin şikayetlerini geri çektiklerini ve sağlık alanında şiddete ciddi yaptırım olmadığını gören bireylerin daha fazla şiddete teşebbüs ettiğine K13 kodlu katılımcı şahit olduğu bir olay üzerinden şöyle aktarmıştır:

“Bazı hekimler şikayetlerini geri almışlardı. Bir yaptırım olmayacağını düşünmüşler ya da öyle görmüşler bilmiyorum. İfadelerini geri alan hekimler olduğunu söyledi arabulucu. (...)Buna rağmen bişey yapılmadı. Yaptırım olmadı. Sorduk sonra, hatta arabulucu ile iletişime geçtik daha sonra. Dosyanın kapatıldığını söyledi, herhangi bir şey olmadığı söylendi. (...)Belki de insanlar bir yaptırım görmedikleri için daha rahat davranıyorlar. Çok daha rahat benzer nitelikte davranışlar sergiliyorlar. Herhangi bir yaptırımı yok, bir caydırıcılığı yok ya da ceza bile verilmiyorki bir caydırıcılığı olduğu düşünülün yani. Bu şekilde” (K13, K, Bingöl).

Sağlık alanında şiddetin önlenmesine yönelik çözüm önerilerinin içinde, ciddi yaptırımları barındıran şiddet yasasının gerektiğini K38 kodlu katılımcı şu şekilde belirtmiştir:

“Gerçek anlamda bir şiddet yasası çıkması lazım, öyle kelime oyunları değil yani. Adam sağlık çalışanını darp ediyor ve gelip ifade verip çıkıyor. Bir şey yok. Öyle bir yaptırım gücü yok. Gerçek anlamda istiyoruz yani” (K38, E, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen son kod sağlık çalışanlarının gözetilmemesi kodudur. Katılımcılar şiddet olaylarını önlemeye yönelik var olan yasal düzenlemelerin sağlık çalışanlarını koruyup gözetmediğini, hasta odaklı olduğunu ifade etmişlerdir. K3 kodlu katılımcı bu durumla ilgili şunları dile getirmiştir:

“Sebebi ne olabilir sebebi sanki sahihsizliktir yani bakanlık sahip çıkmıyor, adam şiddet görüyor, adam bıçaklanıyor ertesi gün serbest bırakılıyor. Kafası yüzü gözü yarılıyor serbest bırakılıyor. Bu aynısı bir avukata yapılırsa, bir hakim ya da savcıya yapılırsa yani ne bileyim bir maliyeye yani maliyedeki adama yapılırsa sanki bu kadar sahihsiz olmaz gibi geliyor. Böyle biraz sahip çıksalar burdaki hekimler istifa etmez, burdaki hekimler gitmezler de adam böyle ertesi gün serbest kaldığını görünce o adam ertesi gün aynısını tekrar tekrar tekrar, şiddetin

dozunu arttırta arttırta yapıyor. Yani Sağlık Bakanlığı olsun, İçişleri Bakanlığı olsun, polis arkadaşlar olsun böyle biraz daha sahiplense sağlık çalışanlarını sanki olmaz gibi böyle geliyor” (K3, E, Bingöl).

Bir diğer başka katılımcı ise Beyaz Kod ve sağlık çalışanlarının gözetilmediğiyle ilgili görüşlerini örnek bir olay üzerinden şöyle aktarmıştır:

“Yani Beyaz Kod şöyle, kullanılıyor hani işe yarayan bir uygulama ama birçok arkadaşımın da dönüş aldım hani, Beyaz Kod verilmesine rağmen ve bu uygulamalar yapılmasına rağmen bazen açıkçası işe yarıyor, bazen yaramıyor. Yakın zamanda açıkçası bir arkadaşımız askeriyede çalışmaya gitmişti. Bizim hastanede görevliydi ama orada görevlendirmesi var. Ordayken bir askeri personel geliyor hastaneden ilaç istiyor, doktor uygun görmüyor. Ondan sonra askeri personel yumruk atıyor, ondan sonra gerekli işlemler yapılıyor. Adli vaka yapılıyor, hala sonuçlanmadı mesela o asker hakkında da bir işlem yapılmadı. Mesela çok yanlış bir uygulama olarak görüyorum. Yani uzun süren bir süreç. (...)Beyaz Kod’un etkinliğinin çok çok fazla olduğunu düşünmüyorum açıkçası. Beyaz Kod vermek kolay, sonrasında bunun takibi, savcılığın bunu ilerletmesi, üstüne düşmesi çok kolay değil. Bu ülkede hani bir savcı mesela böyle bir durumla karşılaştığında dakikasında hasta ya da hasta yakını, hasta demeyeyim de suçlu diyeyim, böyle bir şey yapsa anında ceza alır. Böyle bir şey doktor ya da sağlık çalışanı olunca hemen cezalandırılmıyor, hemen sonuçlandırılmıyor. Burada herkes bu ülkenin vatandaşı. Diğer vatandaşlarında işlemleri hızlı olmalıdır. Bunların yanlış olduğunu düşünüyorum” (K10, E, Bingöl).

K22 kodlu katılımcı, hasta ve yakınları tarafından ilgili mercilere şikayetler gittiğinde dikkate alındığını fakat bu şikayetler bazen sağlık çalışanlarından gittiğinde dikkate alınıp geri dönüşlerin yapılmadığını şu şekilde ifade etmiştir:

“Ben sözlü olarak yaptığımda çağrı merkezi bunu yapmıyor. Çağrı merkezinde aradığım kişiye ben önceden böyle bilgi veriliyordu, siz artık vermiyorsunuz. Biz size geri dönüş yaparız dediler, yapmadılar. Eğer hasta olarak ben şikayet etseydim savunma gelirdi ama doktor olarak şikayet ettiğim için kaile almadılar beni” (K22, K, Elazığ).

K30 kodlu katılımcı sağlık çalışanlarının da kendini savunmak istediklerini ve hasta hakları kadar çalışan haklarının da önemsenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Örnek olay üzerinden durumu ifade eden K30 kodlu katılımcı hakaret eden hasta ve yakınlarına hekimlerin de aynı şekilde karşılık vermesi gerektiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

“Çalıştığımız birim çerçevesinde yönetimin çalışanına sahip çıkması, zaten hemşiresine, doktoruna zaten sahip çıkması, onu bir takım haklardan men etmemesi yani ama ki böyle bir durum söz konusu değil. Son zamanlarda böyle bir durumun piyasaya sürülmesi böyle

haberlerde bu tür şeylerin yer almasıyla beraber sağlık çalışanlarının da kendine ait haklarını koruma hakları var. O yüzden hastaya karşı kendini koruma altına aldığı zaman kendini savunmaya aldığı zaman hasta seni mecburi bir hizmet verecek vatandaş olarak görmüyor, o noktada da kendini birazcık geri çekebiliyor yani. Yönetim seni kısıtlamadığı durumda hasta hakları diye bir şey vardı. Hasta her zaman haklıdır, sen ne olursan ol hasta haklıdır. Hasta bunu bildiği zaman direk otomatikmen seni haksız ilan ediyor direk. Bizim hakkımız var, her türlü hizmeti almaya hakkımız var ama haklarımız kısıtlanmadığı zaman kendimizi ifade edebilip savunduğumuz zaman karşı tarafa zaten hasta da bunu bildiği takdirde, öyle bir mecburiyeti yok bakım vermeye bu insanın dediği zaman durum değişiyor bir nebze. Burda da bir örnek vereyim acilde çalışan doktorumuza bizzat burdan acile görevli olarak gittim. Acil yoğun çok yoğun bir yer. Şimdi hasta geliyor doktor nerde diye bir soru yöneliyor doktor da başka hastaya bakıyor. Doktorun başka baktığı birçok hasta var. Şimdi hasta diyor ki doktora Sen geri zekalısın, direk bunu yöneliyor. Doktor da susmadı sen de gerizekalısın o zaman dedi, sen benim işimi görüyorsun, şimdi hasta böyle hakaretvari konuşabilecek, hekim de orda tamamen susma hakkına sahipse bu böyle gelir böyle gider yani. Sonuçta hekim de kendini savunacak, hekimin de en doğal ve yasal hakkı olduğunu o hakkın verildiği takdirde o hasta da kendini geri çekecek. Direk böyle söyle, direk böyle hakaretlere maruz kalma olayı, direk suçlama daha baskılamış olur diye düşünüyorum yani. Şimdi toplumda ama böyle bir olay yok artık aşılmış yani. Hastalar her zaman haklıdır, yani hasta her zaman haklı olmuyor sen hastaya o hakkı verdiğin zaman hasta hakaret ediyor zaten. Doktora geri zekalı diyor. Zaten doktor sayısı çok yok. O zaman her hastaya bir doktor olması gerekiyor ama bunu hasta bilmiyor. Hekimin ne kadar yoğun olduğunu, çalışanın ne kadar yoğun olduğunu. Hepsi kusursuz hizmet almak istiyor. Kendinde hakaret edebilecek hakka sahip olduğunu zannediyor. Ortalık karışıyor, doktorla hasta birbirine girdiler. Sen geri zekalısın, o da geri zekalısın bilmem ne. Yani bunu gören insanlar zaten hastanın kendileri de hastalar ama hastanın suçlu olduğunu haksız olduğunu bunu bizzat görebiliyorlar yani. Doktor da artık kendini ifade edebilmeli yani çünkü bir haksızlığa maruz kalmış bir hakarete maruz kalmış hem ona hizmet verecek hem hakarete maruz kalacak, bu da çok şey değil sağlıklı, kabul edilebilir bir durum değil yani. Çünkü her hastanın bu şekil yaptığını düşünürsek insan çalışma şevkini tamamen yitirir” (K30, K, Elazığ).

Daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesi için sağlık çalışanlarının haklarının gözetilmesi, şiddet yaşanan olaylarda arabulucu ya da yatıştırma yerine gerekli görüldüğü takdirde şikayetler yapılmalı ve prosedürler yerine getirilmelidir. Çünkü sağlık alanında yaşanan şiddetin azaltılması için bunun ihtiyaç da olduğunu K26 kodlu katılımcı şöyle dile getirmiştir:

“Bir keresinde beyaz kod vermek istemişim vermemişlerdi, sakinleştirmek istediler, öyle halloldu. Orta yol bulunmaya çalışılıyor. Fakat hak veriyorum ama gerektiğinde de vermek lazım. Sonra bazen suçlu biz oluyoruz. Gerekli cezalar da verilmeli. Benim bildiğim avukat

tayin ediyor Sağlık Bakanlığı, polis geliyor, tutanak tutulup dava açılıyor. Sen bunu gerektiğinde vermelisin ki araştırma görevlin de öğrencinde rahat çalışsın. Ha biz biliyoruz ki ne olacak, yatıştıracaklar en fazla. Valla ben üzülüyorum. Yani adam yaralamalardan tut, ölümlere kadar kadın doğumda oluyor yine bildiği kadarıyla, ölümcül şeylerde oluyor” (K26, E, Elazığ).

4.4.3 Şiddetin Önlenmesine Yönelik Öneriler

Şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar temasının son kategorisi olan şiddetin önlenmesine yönelik öneriler kategorisi katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; ağır cezalar verilmesi ve cezanın anında uygulanması, toplumun bilinçlendirilmesi, yöneticilerin tarafsız olması, denetim mekanizmasının güçlendirilmesi, sağlık çalışanına eğitim verme, sağlık çalışanlarının şikayet edebileceği alanlar, maaşların iyileştirilmesi ve sağlık personeli sayısının artırılması olmak üzere 8 kod ile ifade edilmiştir.

Katılımcılar tarafından ifade edilen ilk kod denetim mekanizmasının güçlendirilmesi kodudur. K24 kodlu katılımcı şikayet mercilerinden önce kontrol mekanizmasının güçlendirilmesi gerektiğini şöyle ifade etmiştir:

“İşte daha çok doktor bize bakmadı, doktor şunu yaptı, doktor bunu yapmadı, şikayet mekanizması bence şikayet mekanizması yerine bir kontrol mekanizması oluşturulması lazım. Mesela şimdi bugün sen bunu burda kayda alıyorsan kayıt yani sen kendi başına almaman lazım; seni kontrol eden biri olması lazım öğretmenin. Öğretmeni denetleyen olması lazım. Bu daha iyi işler. Mesela hastane mekanizmasında bir başhekim ve başhekim yardımcısının dışında bir de sahada etkin olan insanlar olabilir, sözcü olan insanlar olabilir yani böyle herkes kendi başına bir yerlere şikayet etmemesi lazım. Bir yerde toplanır yapılan bir hata ya da yapılan bir yanlış sürekli tekrarlanıyorsa doktordan yola çıkarak ya da hastadan yola çıkarak çözülmeye çalışılır. Doktor orda günde doksan hasta bakmış; doksan birinci hasta alamam demişse o doktoru şikayet etmenin bir anlamı yok. O doktorun emeğine saygısızlık olur. Çünkü orda gelen kişi o doktorun kaç tane hasta baktığını bilmiyor. O yüzden diyorum şikayet mekanizması yerine kontrol mekanizması daha iyi olur çünkü şikayet eden insan bir yere ulaşamaz, bu hayatta hep gerçektir” (K24, E, Elazığ).

Sağlık kuruluşlarına giriş-çıkışlarda X-ray cihazının olmaması ve kontrol mekanizmasının zayıf olması sağlık alanında yaşanan şiddet oranlarının artmasında etkili olmaktadır. Sağlık alanında hastalığın doğası gereği ajite olan hastaların şiddete başvurmasını kolaylaştıran bu durumu K33 kodlu katılımcı şu sözlerle aktarmıştır:

“Mesela ben şimdi sana çok ilginç bir şey söyleyeceğim işte bir bankaya gittiğin zaman, avmye gittiğin zaman bir silahla giremezsin, seni X-ray cihazından kontrol ediyorlar. Hatta sen hükümet konağına giremezsin. Sen belinde silahla, bıçakla girebileceğin kamu kuruluşu hastanedir. Bu kadastronun girişinde de her yerde öter. Ama burada adam büyük tüfekte paltonun altına koysun acile gelsin. İşte bunlar şiddeti kolaylaştırıcı etmen olarak görüyorum. Bıçakla şunla buna giriyorsun. Sonuçta burası da bir kamu kuruluşu ve burdakiler daha fazla risk altında. Kimse avmdeki kasiyere silah kolay kolay çekmez. O an ajite olduğu için, zor durumda olduğu için, psikolojisi bozuk olduğu için gidip sağlığıya şiddet uygulayabilir. Esas senin hastaneye girişte bunu engellemen lazım. Bunun da göz önüne alınması lazım” (K33, E, Elazığ).

Özellikle delici, kesici gibi tıbbi araçların hastanede yaygın olması da şiddet aracı olması açısından tehlike barındırmaktadır. Bu araçlar hastanede kolay erişildiği için giriş ve çıkışlarda X-ray gibi cihazlarla alınan önlemler çok etkili olmayabilir. Özellikle şiddete başvuran bazı hastaların sağlık muayenesinden öncelikle geçirilmesi gerektiğini K21 kodlu katılımcı şu sözlerle vurgulamıştır:

“Ulusal basında sağlık çalışanlarına yönelik suçlamaların azalması lazım. Madde bağımlısı olanlar nasıl ki HES kodu gibi uygulama denetim var bu da denetimli olmalı, öyle hasta girişleri kontrol edilmeli. Sağlıkta şiddete başvuranlara psikiyatrik muayene yapılmalı, ihtiyaç varsa tedavi edilmelidir” (K21, E, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık çalışanlarının şikayet edebileceği alanlar kodudur. Katılımcılar sağlık çalışanlarının da sorunlarını taleplerini ve şikayetlerini dile getirebilecekleri alanların oluşturulması gerektiğini ifade etmişlerdir. K20 kodlu katılımcı sağlık çalışanlarının taleplerini aktaracakları mercilerin daha işlevsel ve kapsamlı bir hale getirilmesi gerektiğini şöyle aktarmıştır:

“Evet sağlık çalışanlarının da rahat problemlerini ve şikayetlerini iletebilecekleri bir merci olmalıdır. Ben kendi çalıştığım kurumdaki bahsedecek olursam biz de hakkımızı arıyoruz ve bizim de yanımızda duruyorlar, destek oluyorlar. Ama tabiki de bunu daha geniş kapsamda arayacak olursak” (K20, K, Elazığ).

CİMER’e hasta ve yakınları tarafından iletilen her şikayetin dikkate alındığını fakat sağlık çalışanları tarafından iletilen şikayetlerin cevapsız kalabildiğini ve kendileri için de şikayet platformu oluşturulmasını talep eden K20 kodlu katılımcı konuyla ilgili şunları ifade etmiştir:

“Yani öyle bir profil oluşmuşki her Cimer’den savunma geliyor. Her şeyden bilgi, yani biz hekimliğimizi mi yapalım yoksa Cimer’deki adamların saçma sapan isteklerine mi cevap

verelim. Ya her şeyide muhatap almayın yani. Cimer'deki her şikayete savunma geliyor. Bize niye bize de bir platform oluştursunlar, biz de bir hastayı şikayet edelim ona da savunma gitsin. Yani kalkıp elini kolunu sallayan klavye delikanlılığı yapıyor. Adamlar Cimer'deki her şeyi kaile alıyorlar. O zaman bize de bir platform oluşturulsun biz de hastaları şikayet edelim. Beyaz Kod veriyorsun cevap yok, Emniyeti, yargıyı arıyorsun başka sıkıntı çıkabiliyor” (K20, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod yöneticilerin tarafsız olması kodudur. Katılımcılar yöneticilerin tarafsız olması gerektiğini ve hastalar kadar sağlık çalışanlarının yanında olmaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete çözüm önerileri katılımcılara sorulduğunda K26 kodlu katılımcı (E, Elazığ) “*yöneticilerde eksiklik var. Yöneticiler hasta şikayet edince randevusu olmasa bile bazen aldırıyorlar. Burda hasta haklarına gidip şikayet etsin direk işi görülüyor”* ifadeleriyle hastane yöneticilerinin tarafsız olması gerektiğine dikkat çekmiş; K4 kodlu katılımcı (E, Bingöl) ise “*yani yöneticiler herkes tarafsız olursa ve denetimler daha sık olursa olur”* sözleriyle sağlık alanında şiddetin önlenmesi için önerilerini dile getirdiği görülmüştür. Bir diğer katılımcı olan K16 kodlu katılımcı statü sahibi bazı bireylerin daha fazla şiddet eğilimli olduklarını ve yöneticilerin sağlık çalışanlarını koruyacak yasalar yapmaları gerektiğini şöyle belirtmiştir:

“Yok, kültürle bir ilgisi yok. Şiddet hani baktığımızda makam mevkisi daha fazla olanlar daha çok şiddet eğilimli çünkü beklentisi daha fazla. Kendi gördüğü statü daha fazla daha çok beklentide, mesela biz burda öğrenciye bakıyoruz, çalışanlara bakıyoruz. Öğrenci çalışanlardan daha şımarık, saygısız değil mesela. O yüzden statü ile kültür ile alakası yok. Belki altta kültürsüz olan biri belki daha çok söz dinliyordur. Ama işte bazen de bu istediği ilacı yazdırma, istediği raporu verdirme işte burda değişiyor. Yani beklentisi karşılanmayınca herkes saldırganlaşıyor, orda da bir yaptırım olması gerekiyor, yani devletin orda yaptırımı, sağlıkçıyı koruyacak şeyi yok” (K16, E, Bingöl).

K10 kodlu katılımcı ise; üst yöneticiler ya da merciler tarafından telefonla aranarak problemlere çözüm bulunmaya çalışılması ve arabulucu olunması yönündeki engellerin kaldırılması gerektiğini vurgulamış, bu durumun sadece sağlık camiasının problemi olmadığını; genel bir sorun olduğunu, çözümünün yine üst merciler tarafından gerçekleştirilmesi gerektiğine şöyle dikkat çekmiştir:

“Üç olayı var bunun yasama, yürütme ve yargı. Yasayı çıkarıyorsun, yürütme Beyaz Kod'u veriyorsun. Bazen araya girenler olabiliyor. Aslında bu varya sağlıkta problem değil bu ülkemizin genel problemi. Bu genel problem yani. Hani yukarıdan aranmak, yukarıdan işini

çözdürmek gibi problemler. Bu gerçekte yukarıdaki insanların aslında bu konuya çözüm bulması lazım bu çok bizimle olacak işler değil” (K10, E, Bingöl).

Katılımcılar tarafından ifade edilen bir başka kod sağlık personeli sayısının arttırılması kodudur. Katılımcılar sorunların azalması için personel sayısının arttırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Personel yetersizliğinden kaynaklı olarak hastaların bekleme sürelerinin uzaması şiddet oranlarını arttıran faktör olabilmektedir. Bu konuyla ilgili K5 kodlu katılımcı şunları ifade etmiştir:

“Mesela personel azlığından da bazen kaynaklanabiliyor çünkü hasta beklemek istemiyor. Sayı arttırılsa bekleme azalır ve hizmet daha çabuk olur daha az sıkıntı olur” (K5, K, Bingöl).

K31 kodlu katılımcı ise personel yetersizliğinden dolayı ortalama bakılan hasta sayısının fazla olduğunu ifade etmiş ve hasta yoğunluğundan dolayı tedavi ile ilgili eksiklikler ve problemler doğabildiğini şöyle dile getirmiştir:

“Örneğin hasta yoğunluğumuz azalırsa bu şiddet daha az olur. Örneğin daha az hastaya bakarsak bir problem yaşamayız yani, beş hastaya bakacağıma iki hastaya bakarsam hastada belki bir eksiklik bulunmayacak yani” (K31, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık çalışanına eğitim verme kodudur. Katılımcılar iletişim konusu hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. K26 kodlu katılımcı sağlık çalışanlarının iletişim, diksiyon, içinde buldukları toplumsal yapıyla ilgili eğitimlere tabi tutulması gerektiğini, ayrıca şiddet olaylarının yaşanabileceği durumlarda sağlık personelinin nasıl bir tutum izlemeleri gerektiğiyle ilgili eğitim almalarının da ihtiyaç olduğunu; sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının bazı sağlık çalışanlarının iletişim problemlerinden kaynaklı olarak da yaşanabildiğiyle ilgili şunları ifade etmiştir:

“Yani hekimler tarafına da bir eğitim verilmesi lazım. Bir konuşma, diksiyon, bazen görüyoruz tam böyle hastalara bunun fırsatını vermek istemiyorum ama, bazı sağlık çalışanlarında da suç görüyorum gerçekten, atıyorum sekreter güzel dille konuşsa, hemşiresi güzel bir dille konuşsa. Tatlı dil yılanı deliğinden çıkartır; o da çomak sokuyor, o da sokuyor en son çomak bize geliyor ister istemez doktor da eğer öyleyse bitti. Biz çekmek zorunda kalıyoruz en son. (...)Hekimlere de bence aynı şekilde bir konuşma, bir tatlı dil şeyi yapması lazım; onlarda açıkçası bazıları ya yeni mezun; toplumu bilmiyordur, toplumun genel yapısı anlatılıp yeri geldiğinde onun dilinde de konuşmamız lazım. Onun konuştuğu dilde de konuşmamız lazım. Mesela benim başka ilde çalıştığım şeyde teknisyenlikten başladı, oğlu işte cerrah onun yanında çalışıyordum ben. Arapça da biliyordum, farklı dinleri de biliyor yeri

geliyor türkçe konuşuyor, yeri geliyor kürtçe de konuşuyor genel olarak. Hastayı anlıyorsun ona göre davranıyorsun. Gerçekten bunların eğitimi verilmiyor mesela. (...)Hastalara eğitimin verilmesi, hekimlere eğitimin verilmesi, diksiyon eğitiminin verilmesi, ara personelin çok eğitilmiş olması. Bu psikoloji eğitimi de olması lazımki hastanın tipine göre alevlendirmeyi geçtim, hani biraz sakinleştirme; mesela hekimlerde de görüyoruz atıyorum, bazı şeylerde şey yaptım, ya bu dişi kim yapmış, mahvetmiş; öyle demiyorum direk daha farklı sebepleri de olabilir, direk suçlamak olmaz. Yayı geriyosun bırakıyorsun, adam öldürecek birini yani. Bir şekilde zarar verecek ya da en şey gidecek tartışacak yani. Tatlı dil, biraz da acemi değil ustalık şeyde, onların eğitimi verilebilir; biraz uzman kişiler gelir, izler” (K26, E, Elazığ).

Bazı sağlık çalışanlarının da hastalarla olan ilişki biçimlerinin şiddet olaylarının yaşanmasında etkili olduğu ve hasta ve yakınlarını kışkırtan unsurlar olduğunu ifade eden K18 kodlu katılımcı şunlara da dikkat çekmiştir:

“Benim eklemek istediğim evet, hastaları hasta yakınlarını bizlere karşı uyguladıkları haksızlıklar var, şiddet var ama sağlık çalışanlarının bir takım insanların da onları kışkırtıcı tavrının olduğunu düşünüyorum açıkçası. Vatandaşların da bizlerin de kışkırtıcı davranışları olduğunu düşünüyorum o yüzden onların kendilerini düzeltereği kadar, hemşirelerle sağlıkçılarla karşılıklı biraz daha anlayışlı olmak gerektiğini düşünüyorum ben” (K18, K, Bingöl).

Sağlık çalışanlarının iletişimi, kriz anında nasıl hareket etmeleri gerektiğiyle ilgili eğitimlerin verilmesi sağlık alanında şiddetin önlenmesi için önem taşımaktadır. Bununla ilgili K31 kodlu katılımcı şunları aktarmıştır:

“Şimdi şöyle bir şey her insanın iletişimi aynı değildir. Örneğin ben bir hasta yakını ile konuşurken daha alttan alır bir şekilde konuşurken diğeri böyle biraz daha irite edici bir şekilde konuşabilir. Bu konuda kesinlikle bence sağlık çalışanlarına da eğitim tarzında bir şeyler verilebilir yani. Bir hasta yakını ile konuşma filan ya da burda en basitinden biz hasta vefat ediyor bu basit bir şey değil yani bu benim için de zordur, hasta yakını için de zordur. Bu haberi verirken konuşurken çok dikkatli olmak lazım yani. Onu anlayacak şekilde olması gerekir. Yani bence bir iletişim düzelerse iki taraf arasındaki bu sağlık şiddetlerinin de azalacağını düşünüyorum” (K31, K, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod toplumun bilinçlendirilmesi kodudur. K11 kodlu katılımcı (K, Bingöl) sağlık alanında yaşanan şiddet ile ilgili “açıkçası sahaya çok yansımıyor hocam, halk bu konuda çok bilinçli değil, bilmiyorlar” sözleriyle toplumsal bilince dikkat çekmiştir. Aynı katılımcı konuyla ilgili toplumsal farkındalık uyandırmak için “belki medyaya daha çok yansıtılabilir

bazı şeyler hocam” diyerek medyanın gücünden yararlanılması gerektiğini söylemiştir. K29 kodlu katılımcı (K, Elazığ) sağlık alanında şiddetin önlenmesi için “toplumun sürekli bilinçlendirilmesi, eğitilmesi, toplumun da bu konuda eğitim alması” ifadeleriyle eğitime vurgu yaparak çözüm önerisinde bulunduğu görülmüştür. K7 kodlu katılımcı da sağlık alanında yaşanan şiddete yönelik benzer çözüm önerilerinde bulunmuştur:

“Hocam şimdi bence öncelikle bu konuda insanımızın eğitim düzeyini yükseltmek gerekiyor. Seminerler verilebilir millete. Yani pazara gideceksin oradaki insanlara eğitim vereceksin. Eğitim olur, broşürler dağıtabilirsin, hukuk biraz el atması gerekiyor” (K7, E, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddetin önlenmesinin temelde toplumsal bilincin artmasıyla gerçekleştiğine yönelik vurgulardan birinin de K20 kodlu katılımcı tarafından geldiği görülmüştür:

“Yani bence problem çıkaran insanı hiçbir türlü mutlu edemezsin, edilmez bir insan problem çıkarmak için geliyorsa bekleme süresi beş dakikaysa üçe de indirsek yine mutlu olmaz. Üç dakikaysa ikiye indirirsen yine mutlu olmaz. Herkes sırasını beklemek zorunda. Sonuçta evet özel bir kurum olabilir, devlet hastanesi olabilir. İçerde bakan doktor da bir insan. Diğer hastanın işini bitirmeden diğer hastaya geçemez yani, sonuçta sen de beklemeyen insan istermiki kendi sorunu halledilmeden diğer insan içeri alınsın? İnsanların tamamen kendi içinden gelecek bence. İnsanlar beklemeyi öğrenecekler. İnsanlar saygı duymayı öğrenecekler” (K20, K, Elazığ).

K10 kodlu katılımcı sağlık alanında yaşanan şiddetin önlenmesinin sadece eğitimle mümkün olmayacağını, toplumsal bilincin arttırılmasına ihtiyaç olduğunu şöyle vurgulamıştır:

“Tabiki bir ilişkisi var. Yok sayılmaz. Hani eğitimin, okulun bir önemi var ama tamamiyle oraya da bağlamamak lazım. Hani söylemek istediğim eğitilmiş insanlar da buna başvurabiliyor. Buna bir ahlaki eğitim olması lazım. Bilinçlendirme olması lazım, bu konunun yanlışlığının söylenmesi lazım” (K10, E, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddeti önlemek için toplumsal bilincin arttırılmasının ancak uzun vadede mümkün olabileceğini K32 kodlu katılımcı şu sözlerle vurgulamıştır:

“Şöyle tüm toplumun eğitilmesi lazım bu çok zor bir durum. Sadece şeyle olmaz. Bu çok köklü birşey, hemen yapılması mümkün değil gibi görüyorum. Uzun bir iş gibi duruyor. Sadece

sağlık çalışanları için değil tüm topluma verilmesi lazım. Bir iletişim yetersizliği var, onu da bilmiyorum nasıl yaparlar ilkokuldan mı başlamak gerekiyor” (K32, K, Elazığ).

K24 kodlu katılımcı ise sağlık alanında yaşanan şiddetin önlemek amacıyla toplumsal bilincin şu şekilde artırılması gerektiğini belirtmiştir:

“Çözüm önerilerim bilgilendirme, bilinçlendirme daha çok toplumsal olarak Elazığ halkı yerel anlamda söylüyorum mesela, bir hayır çeşmesi ya da bir çorba çeşmesi yapmak yerine bir sempozyum düzenlenip sağlık çalışanları ile ilgili halk bilgilendirilebilir ya da yerel gazetede, yerel bir televizyonda haftanın belli saatlerinde bir vizyon, sinema tarzı bir şey yayınlanabilir. Kısa da olsa öz olabilir, etkili olabilir. Bu sağlık çalışanları ile ilişkiler nasıl davranılacağı, tamam buna yaşı geçmiş insanlara belki anlatamazsın ama sonuç olarak belki yani. (...)Mesela sosyal medya denen bir olay var, bir radyo programı bile artık hiçbir şekilde sadece Whatsapp üzerinden bir numara paylaşarak, alınabilir. Toplu bir link kurarsın bilgilendirme için, link oluşturulup platform oluşturulabilir. Üye olurlar sen orda periyodik olarak geçersin bilgilendirmeni. Mesela dersinki işte vakalar yükseliyor toplu taşımada dikkat et, Adam geziyor maskesiz maskenizi yukarıya çekermisiniz diyoruz. Bişey olmaz diyor, Yani bu bişey olmazla alakalı bi durum değil” (K24, E, Elazığ).

Katılımcılar tarafından çok yoğun olarak ifade edilen diğer kod ağır cezalar verilmesi ve cezanın anında uygulanması kodudur. Sağlık alanında yaşanan şiddet suçlarına karşı K1 kodlu katılımcı, para cezası ve hapis cezası şeklinde ağır cezaların verilmesi gerektiğini ve bu cezaların sadece sağlık alanında yaşanan şiddet ile sınırlandırılmaması gerektiğini şöyle ifade etmiştir:

“Neler yapılabilir, daha ağır cezalar uygulanabilir. Gerçekten para cezaları, hapis cezaları bence. Yani bir insan gelip elini kolunu sallaya sallaya, hastane ortasında bağırarak üzerime geliyorsa ve bunlar ölmeyi hak ediyor diyorsa bence o insan mesela, ceza almalı yani. Gerçekten almalı bu insan, bu kadar rahat yapamazsın o insanların içinde. İnsanlara örnek oluyor, hem biz küçük düşüyoruz o şekilde. (...)Valla bu ülkede yaşayan insanların ne kadınına, ne sağlıkçısına ne işçisine hiçbir zaman şiddeti bitmeyecek. Bence nasıl önlenebilir belki çok büyük cezalar, çok büyük cezalar olmalı ki bu insanlar birazcık korksun yani ama imkansız şu an. Ama artık insanoğlu, her şeyi bekliyoruz yani. Sadece bizim meslek için değil bütün meslekler, bütün insanlar için aynı şekil” (K1, K, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarına karşılık caydırıcı cezaların başında para cezalarının getirilmesinin şart olduğunu ifade eden K18 kodlu katılımcı, hapis cezalarının şiddete eğilimli bireyler için artık ceza olmaktan ziyade konfor ve dinlenme alanına dönüştüğünü şöyle ifade etmiştir:

“Bence en başta para cezasına çarptırılması gerektiğini düşünüyorum, neden. İnsanlar mesela hapse girip yattıklarında sanki böyle ohh dinlendim, bir ay izin yaptım şeklinde kendimi kitap okumaya verdim diye düşündüklerini düşünüyorum. Ama maddi anlamda insanların zarara uğradıkları zaman bu daha çok canlarını yakıyor. Bence kesinlikle bir tazminat davası ya da çarptırılan bir para cezası olması gerektiğini düşünüyorum” (K18, K, Bingöl).

Sağlık alanında yaşanan şiddetin hapis cezasıyla mümkün olmayacağını düşünen katılımcılardan biri de K22 kodlu katılımcıdır. Hapis cezası verilen bireylerin tekrar sağlık hizmeti alabildiğine ve esasında cezanın niteliği olarak sağlık hakkından ücretli de olsa mahrum bırakılması gerektiğini bu katılımcı şöyle belirtmiştir:

“Benim çözüm önerim, sağlıkçıya şiddet uygulayan ancak yani parayla olur. Yani hiç hapis cezası filan sökmez. Yani o yapan kişinin atıyorum beş yıl sağlık bütün hizmetleri ücretli olacak, ben bunu istiyorum. Ben hapis cezası istemiyorum. O kişi bütün sağlık hizmetlerini söke söke parasıyla yapacak, ben bunu istiyorum. Benim çözüm önerim böyle. Yok hapse girecek yine ücretsiz gidecek beni doktora götürün, hastaneye götürün diye” (K22, K, Elazığ).

Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılması ile ilgili çözüm önerisi sunanlardan biri de K28 kodlu katılımcıdır. Bu katılımcı konuyu şöyle ifade etmiştir:

“Trafik cezası hani diyelimki trafikte bir drift yaptın senin ehliyetine direk el koyuyorlar. Yani alkollü araba kullandın, gitmemen gereken şeritte gittin para cezası verip, ehliyetine el koyuyorlar. Bizde de gerçekten sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanlara hem para cezası verip hemde bu sağlık sigortasından mahrum etseler en azından devlet hastaneleri için söylüyorum. İnsanlar gerçekten bu kadar saldırgan olmaz bence. Çünkü herkesin özel gidecek şeyi yok ama dediğim gibi sen şiddeti göze alıyorsan o hizmetlerden mahrum kalacağını da göze alman lazım. Şöyle gerçekten doktora fiziksel ya da sözel şiddet uyguladın işte bir ay sağlık sigortan dondurulsun. O bir aylık süreçte sen gerçekten hastalığında bir üniversite hastanesinde ya da devlet hastanesine gitme. Mecbur özel hastaneye gidecek ve para verdiği için bu şeyi yapamaz hasta” (K28, K, Elazığ).

K38 kodlu katılımcının ifadelerine bakıldığında sağlık alanında yaşanan şiddetin önlenmesi için sağlık sigortasının durdurulabileceğine yönelik çözüm önerisinin yanında kamu hizmetinde çalıştırma cezası, kamu spotları ve eğitimlerle çeşitli çözüm önerilerinde bulunduğu görülmüştür:

“Bir insan sürekli hırsızlık yapıyor çıkıyor tamam hadi engellemiyorsun ama sağlıkta bunu yapıyorsa bütün haklarını alırsın. Yeri geldiğinde SGK bir süreliğine durdurulmalı yani, olabilir. Sen hizmet aldığın bir sağlık kuruluşunda bunu yapıyorsan bu olabilir mesela. Bu kadar kötü de olsa insan kötüsünü kazanmaya çalışır ama bu kadar da olmaz. İçeri alıyorsun; ifadeyi al, tamam yürü. Ondan sonra gitsin o sağlık çalışanını tam dövsün. Caydırıcı, katı cezalar verilmelidir. Hapis cezası gibi yani hükmü açık cezalar değil de iki yıl, beş yıl aynı suçu işlemesin gibi değil. Yüksek miktarda para cezası, kamu davasına dönüşüyor zaten de. Özellikle belli süre Sgk’yı iptal etme, o şahsı getirip belli bir süre orada çalıştıracaksın nasıl çalıştığını görsün. Hastane olur, birinci basamak olur bir görsün; nasıl çalıştığını, nasıl ettiğini ya da yoğun bakım da olabilir. Bunlar yapılabilir. Aklıma gelen bunlar. Eklediğim yani insan odaklıyız hepimiz. İnsanız sonuçta ama vatandaşımız nedense biz sağlık çalışanına gelince daha agresif olmasını istemiyoruz. Bunlar da yazılı, görsel medyayla, kamu spotlarıyla eğitici-öğretici yayınlar yapılabilir(...)” (K38, E, Elazığ).

Caydırıcı cezaların verilmesi ve anında uygulanmasına yönelik bazı katılımcılar, hukuki ve cezai düzenlemelere ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir. K36 kodlu katılımcının (E, Elazığ) *“kalıcı çözümler olması için anayasal değişiklikle ciddi yasa”* dediği; K25 kodlu katılımcının (E, Elazığ) *“biz deyince anlamıyorlar. Yasal yaptırımlar gelecekse gelsin çünkü anladımki bizim milletimiz yasal bir yaptırım olmayınca olmuyor, hiçbir hasta yakınını dizginleyemiyorsun”* sözleriyle konuya dikkat çektiği görülmektedir. K31 kodlu katılımcı (K, Elazığ) da sağlıkta şiddet yasasına ihtiyaç olduğunu ve en kısa zamanda bu konuyla ilgili yasal düzenlemenin getirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Sağlık alanında yaşanan şiddete yönelik yasal düzenlemelerin gerekli olmasının yanında, bu yasaların uygulama boyutundaki problemlerinin de çözülmesinin önem taşıdığını K10 kodlu katılımcı şöyle belirtmiştir:

“Halkı bilinçlendirelim diyoruz ama bu çok genel bir cümle aslında. En tepeden başlaması lazım hani cezaysa gerekli cezaların en hızlı bir şekilde verilmesi lazım. Uygulama ise bunun yapılması lazım. Gerekli yasaların çıkartılması lazım. Sağlıkta şiddet yasası ile ilgili daha sık tedbirlerin alınması yani Meclis’te geçirilmesi lazım. Yürütme konusunda da uygulanması lazım. Hani bazen yasalar çıkıyor ama yürütme konusunda noksanlıklar çıkıyor, uygulama noktasında noksanlıklar oluyor” (K10, E, Bingöl).

Sağlık alanında yürürlükte olan ve yapılacak düzenlemelerin uygulama boyutunda karşılaşılan sorun ve eksikliklerin çözümüne yönelik K14 kodlu katılımcının çözüm önerileri şöyledir:

“Şöyle düzenleme getirilebilir. Kendi gözümden baktığımda hastanelerde hastane polisi var, evet. Birim olarak sağlıkta suç birimi kurulursa eğer bizim dosyalarımız ne el altı edilecek

ne de bizden şikayetlerimiz geri çekilsin talebinde bulunulacak. Sadece sağlıkta suç birimi kurulursa niye böyle bir taleple geliyorum çünkü Türkiye’de avukata suç, öğretmene suç, şiddet ya da polis memuruna şiddetten ziyade sağlıkçıya şiddet kavramı daha yaygın; o yüzden böyle bir birim kurulursa daha hızlı dosyalar çözümlenebilir. Biz de neticesini görebiliriz. Bizim ana tıkanıdığımız yer biz neticesini göremiyoruz. Evet şiddet var, şikayette var ama neticesi yok. Caydırıcı bir neticesi olmadığı için insanlar buna devam edebiliyorlar” (K14, K, Bingöl).

Caydırıcı önlemlerin alınmasına yönelik öneriler Demirci (2018)’nin yaptığı çalışmada da görülmektedir. Alınan yasal önlemlerin çoğunlukla şiddet meydana geldikten sonraya yönelik olduğu görülmektedir. Şiddet meydana geldikten sonra sağlık çalışanı birçok sorunla karşı karşıya kalmakta ve önlemler şiddeti caydırmaya yeterli olmadığı için tekrar bir şiddete maruz kalma riski doğmaktadır. Bundan ötürü yapılacak çalışmalar ve düzenlemelerde şiddeti cezalandırmanın yanında şiddeti caydıracak önlemlerinde yer alması gerekmektedir (Demirci, 2018:103-104).

Özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddete başvuran bireylere ceza verme biçimi olarak, sağlık hizmetinden mahrum bırakma cezasına yönelik yoğun vurgu yapıldığı görülmüştür. K2 kodlu katılımcı da konuyla ilgili şu açıklamalarda bulunmuştur:

“Onun dışında dediğimiz gibi caydırıcı cezalar çok çok önemli. Özellikle fiziksel şiddette, hani fiziksel bir şiddet uygulandığı zaman caydırıcı ceza verilmesi gerekiyor, para cezası gibi hani hapis cezası gibi bir ay, iki ay artık onların detaylarını biz bilemiyoruz. Ne bileyim kamu görevi gibi bu çoğaltılabilir, sağlık hizmetinden belli bir süre yararlanamama bu örnekler hani çoğaltılabilir. Çeşitli fikirler ortaya atılabilir” (K2, E, Bingöl).

K6 kodlu katılımcının mevcut cezaların ağırlaştırılması gerektiğini ve verilen cezaların taksitlere bölünmesinin cezaların caydırıcılık tarafının kalmamasına sebep olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“Kesinlikle dediğim gibi caydırıcı ceza olur, hepsi olur. Sana örnek verdim teşbihte hata olmaz, kırmızı ışıkta geçiyorsun 300 lira, sen bunu 1000 lira yaptın mı kimse geçmez. Hiç kimse sarıda bile geçmez. Bir kere yedi mi bir daha kimse geçmez. Bizde önemli olan caydırıcı cezaların olması, seni memnun eden caydırıcı cezaların olması gerekiyor. Caydırıcı olmadığı sürece o adam bir üç bin daha olsa umurunda değil. Bir üç bin daha olsa da umurunda değil. Aylık 100 lira veriyor adam. Bir yüz bir yüz daha verir. O zaman zengin olan adam her gün şiddete başvurursun değil mi? Öyle bir şey yok. Durumu olana da olmayana da caydırıcı ceza vereceksin” (K6, E, Bingöl).

K35 kodlu katılımcı maruz kaldığı şiddet olayıyla ilgili olarak şikayetçi olduğu hasta yakınına verilen cezanın caydırıcı olduğunu ve cezaların arttırılmasının şiddet olaylarının önlenmesinde etkili olacağına yönelik düşüncelerini şöyle açıklamıştır:

“Mesela ben kendi yaşadığım olaydan örnek vereyim. Yaşadığım şiddet sonrası mahkemeye başvurduk biz, sonuçlandı süreç. Hakaretten suç aldı, tehditten suç almadı arkadaş çünkü tehdit fiiliyata işlememişti. Adamın birini öldürmesi veya bıçaklaması gerekiyor aslında ki bu tehdit fiiliyata düşmüş olsun, ceza alsın ama tehdit kısmından ceza almadı hakaret kısmından ceza aldı. Hakaret kısmından da şöyleydi on iki ay ceza aldı. Hapis cezası. On iki ay iyi halden altı aya indirildi. Pardon altı aydı. Sağlıkçıya karşı olduğu için bu şiddet on iki aya çıkarıldı cezası. Sonrasında iyi halden beş yıl ertelemeli oldu. Yani beş yıl boyunca böyle bir suç işlemezse bu şahıs aslında hapse girmeyecek. Tabi bu yaptırım ciddi bir yaptırım sayılabilir ama daha ciddi bir yaptırım olursa bu şiddet olayları daha da önlenecektir diye tahmin ediyorum” (K35, E, Elazığ).

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod maaşların iyileştirilmesi kodudur. Katılımcılar sağlık çalışanlarının şiddet karşısında azalan motivasyonu için maaşların arttırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. K17 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bakanlığın bu boşluğu bir kere iyice tanımlayıp, tanıyıp ciddi, radikal çözümler almasını bekliyorum, aslında hepimiz bunu bekliyoruz. Böyle sağlık çalışanlarını motive edici şeyler gerçekten yapılabilir. Bu sadece ekonomik anlamda söylemiyorum, zaten ekonomik anlamda birçok şeyin altında ve gerisinde, berisinde de devam ediyor, bu yüzden istifalar çok fazla, bu da bir etken. Ya mesela diyor arkadaş çocuğumun bakıcısına bu kadar veriyorum, benim aldığım maaş bu, elimde kalan bu. Böyleyse ücretsiz izne ayrılmak pandemi sürecinde benim için daha uygun, diyen çok kişi var. Bu anlamda boşluk doldurulmalı, bakanlık bunu yapmalı yani” (K17, K, Bingöl).

Katılımcılara göre şiddetin önlenmesi yönelik var olan uygulamalar temasını katılımcıların bildirdikleri görüşler bazlı incelediğimizde Tablo 4’te görüldüğü üzere katılımcılar çok geniş bir yapıda değerlendirme yapmışlardır. Farklı katılımcıların çeşitli kodlarda yoğunlaştıkları; noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile gösterilmiştir. Tablo 4’e göre Bingöl ili sağlık çalışanları toplumun bilinçlendirilmesi, ağır cezalar verilmesi ve cezanın anında uygulanması ve caydırıcı cezaların olmaması kodları ile, Elazığ ili sağlık çalışanları ise toplumun bilinçlendirilmesi, ağır cezalar verilmesi ve cezanın anında uygulanması, sağlık çalışanlarının gözetilmemesi ve caydırıcı cezaların olmaması kodları ile ilgili yoğun görüşlerde bulunmuştur.

Tablo 4: Katılımcılara Göre Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar Temasında Katılımcıların Yoğun Olarak Vurguladıkları Kodların İllere Göre Dağılımı

Kod Sistemi	Bingöl İli Sağlık Çalışanları	Elazığ İli Sağlık Çalışanları
▼ Şiddetin Önlenmesine Yönelik Var Olan Uygulamalar		
▼ Şiddetin Önlenmesine Yönelik Öneriler		
Sağlık Çalışanına Eğitim Verme		●
Denetim Mekanizmasının Güçlendirilmesi		●
Sağlık Çalışanlarının Şikayet Edebileceği Alanlar	●	●
Maaşların İyileştirilmesi	●	●
Toplumun Bilinçlendirilmesi	●	●
Sağlık Personeli Sayısının Arttırılması	●	●
Yöneticilerin Tarafsız Olması	●	●
Ağır Cezalar Verilmesi ve Cezanın Anında Uygulanması	●	●
▼ Yasal Düzenlemelere İlişkin Görüşler		
Kuralların Belirlenmesi	●	
Sağlık Çalışanlarının Gözetilmemesi	●	●
Caydırıcı Cezaların Olmaması	●	●
▼ Beyaz Kod ve SABİM Hakkındaki Görüşler		
Etkili Süreç	●	●
Sürecin Uzun Olması	●	●
Çağrı Merkezi Görevlisinin Bilgi Eksikliği	●	●
Etkisiz Yaptırımlar ve Kısa Süreli Çözüm	●	●
Bilgi Sahibi Olmama	●	●



Şekil 5: Tüm Katılımcıların Temalar Üzerinde Yoğun Olarak Vurguladıkları Kodları Gösteren Kod Bulutu

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda vurguladıkları kodların yoğunluğuna göre dağılımı Şekil 5'te gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar katılımcıların daha yoğun olarak vurguladıkları ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, katılımcıların daha az yoğunlukta vurguladıkları kodları göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık alanında yaşanan şiddet, günümüze kadar artarak gelen yaygın problemlerden biridir. Özellikle bireylerin çeşitli sağlık sorunlarından, hayati tehlike arz edebilen sağlık sorunlarına kadar oldukça çeşitli sağlık problemlerinin tedavi edilerek bireylerin hayatlarını devam ettirebilmelerinde önemli görevler üstlenen sağlık personellerinin yaşadıkları şiddet, sağlık personellerini çeşitli yönleriyle etkilemekte ve farklı problemlere yol açabilmektedir. Maruz kalınan bu şiddet eylemleri sağlık personellerinin motivasyonunu düşürerek günlük yaşamlarını ve toplumsal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin sosyolojik boyutlarını açığa çıkarmak amacıyla yapılan görüşmeler sonrasında elde edilen bulgulardan 3 ana tema oluşturulmuştur. Bu temalar sosyokültürel çevre ve şiddete ilişkin görüşler, sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler ile şiddetin önlenmesine yönelik var olan uygulamalar olarak ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarında, gençlerin daha çok şiddet eğilimli olduğu ifade edilmiştir. Bazı katılımcılar, özellikle ergenlik çağındaki bireylerin ve orta yaş grubunun daha fazla şiddet eğilimli olduklarını ifade etmektedirler. Gençlerin daha çok şiddet eğilimli olmalarında, kendini kontrol etmekte zorlanmaları, ergenlik çağının ve tecrübe eksikliğinin etkisi olduğu belirtilmiştir. Bazı sağlık çalışanları ise şiddet eğiliminin daha çok orta yaş grubunda görüldüğünü belirtmişlerdir. Yaşlılarda şiddet eğiliminin gençlere oranla daha az olduğu ve şiddete başvuran yaşlılarda ise aile, ekonomik ve diğer faktörlerin etkisinin olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılar yaşlıların sağlık hizmeti aldıklarında daha çok dua ettiklerini ve memnun olduklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların dua etmelerinden memnuniyet duyduklarını belirten katılımcılar, bu durumun mesleki tatminlerini arttırdığını ifade etmişlerdir. Yaşlıların dini pratiklerin etkisiyle dua etmeleri, sağlık alanındaki şiddet oranlarını azaltan ve toplumsal ilişkilerin güçlenmesini sağlayan bir rolü yerine getirdiğini gösterebilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete başvuran hasta ve yakınlarının cinsiyet oranlarıyla ilgili olarak bazı katılımcıların, erkeklerin daha çok şiddete başvurduklarını ifade ettikleri görülmektedir. Bazı katılımcılar da fiziksel şiddet türüne erkeklerin,

sözel şiddet türüne ise kadınların daha fazla başvurduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile hasta ve yakınlarının eğitim ilişkisine yönelik olarak; bazı katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça şiddet eğiliminin azaldığını ifade ettikleri görülmüş, bazı katılımcıların da eğitim düzeyiyle şiddet arasında bir ilişkinin olmadığını belirttikleri görülmüştür. Bazı sağlık çalışanları eğitim düzeyi yüksek hasta ve yakınlarının da şiddete başvurduğunu ifade etmişlerdir.

Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının birbirlerini tanıyabildikleri ve bu durumun küçük nüfuslu yerlerde daha yaygın olduğu bilinmektedir. Bingöl ve Elazığ illerinde de yaygın olan bu tanışık olma hali şiddeti azaltıcı rol üstlenebilmektedir. Katılımcıların ifadelerine bakıldığında, birbirlerini tanıyan sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının daha az şiddete başvurduğu belirtilmektedir. Her iki tarafın ortak olarak tanıdıklarının da arabulucu olmasıyla, sağlık alanında yaşanan şiddet şikayetlerinin geri çekildiği ya da ilgili mercilere bildirilmediği ifade edilmiş ve dava dosyalarının kapatıldığı belirtilmiştir. Üst birimlere veya farklı mercilere başvurarak işlerini halletmeye çalışan bazı hasta ve yakınlarının olduğu vurgulanmış ve bu üst birimlerin genellikle başhekim ya da hasta hakları birimi olduğu ifade edilmiştir. Bazı hasta ve yakınlarının üst düzey yöneticiler, milletvekilleri yada amir tanıdıklarıyla problemlerini halletmeye çalışmaları sağlık çalışanlarını zor durumda bırakabildiği gibi, bu durumun bazen sağlık çalışanları üzerinde baskıya dönüşebildiği anlaşılmıştır. Bazı katılımcılar tarafından hastaların sırası gelmeden ya da sırası geçtiği halde muayeneye alınma, sonuç gösterme gibi yaygın taleplerinin olabildiği ifade edilmiştir. Hatta bazı hasta ve yakınlarının bu tanıdıklarından dolayı sağlık çalışanlarını sürdürme, tayinini çıkarma, sürgün ettirme gibi sözel tehditlerde buldukları ifade edilmiştir. Bu durumdan rahatsız olan sağlık çalışanlarının olduğu görülmüştür. Buna başvuran hasta ve yakınlarının ise bu durumu nepotizmin farklı bir biçimi olarak algılamının aksine yaşadıkları kültürün bir parçası olarak kabul ettikleri ifade edilebilir. Çünkü bu durumun sadece sağlık alanında yaşanmadığı, diğer kamu kurumlarında da yaygın olduğu söylenebilir.

Katılımcıların sosyokültürel çevre ve şiddete ilişkin görüşler temasında toplumsal bilinç ve egemen kültür koduna yoğun vurgu yaptıkları görülmektedir. Sağlık alanında şiddetin yaşanmasında; egemen kültür, toplumsal bilinç, gelenek-görenek, cinsiyet kalıpları, aile, yetiştirilme biçimleri ve sosyal çevrenin etkisinin

olduğu anlaşılmıştır. Bazı katılımcılar tarafından kültürel düzeyleri, entelektüel birikimleri yüksek olan hasta ve yakınlarının daha az şiddete başvurdukları vurgulanmıştır. Yaşadığı çevre ve kültür içerisinde şiddet öğelerini sürekli gören bireylerin bu durumu içselleştirdiği ve sonraki kuşaklara aktarabildiği bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Bu kuşaktan kuşağa aktarılma halinin de gittikçe şiddet oranlarını arttırdığı ifade edilmiştir. Bazı katılımcıların ifade ettiği gibi şiddet bu yönüyle çocukluk çağından başlayan ve toplumsal alanda öğrenilebilen bir olgu olarak ifade edilebilir. Sonraki dönemlerde ise birey şiddeti normalleştirebilmektedir.

Mesleğinde deneyimli katılımcılar tarafından sağlık alanında yaşanan şiddetin gelenek-görenek, kültür ve ahlak ilişkisiyle ilgili olarak; sevgi ve saygı bağlarının güçlü olduğu yerlerde ve illerde sağlık çalışanlarına şiddetin daha az olduğu ifade edilmiştir. Bazı katılımcılar sağlık hizmeti almaya gelen erkek hastaların erkek sağlık personeli talep ettiklerini belirtirken, kadın hastaların ise kadın sağlık personeli talep ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durumun daha çok serum, enjeksiyon vb. uygulamalarda erkek ya da kadın hemşire gibi taleplerle kendini gösterdiği belirtilmiştir. O gün sağlık personeli olmadığı halde bazı hasta ve hasta yakınlarının bu konuda ısrarcı olabildikleri belirtilmiş ve bu mümkün olmadığında da tedavi almadan geri gidebilen hastaların olduğu vurgulanmıştır. Dolayısıyla egemen kültür, gelenek görenek ve inançların sağlık hizmeti alımında etkili faktörler olduğu anlaşılmaktadır.

Gelen hasta ve yakınlarının sahip oldukları bilinç düzeyi ile şiddet arasında ilişki olduğu görülmektedir. Katılımcılar tarafından bilinç arttıkça şiddetin azaldığı sık sık ifade edilmiştir. Covid-19 pandemi sürecinde toplumsal bilincin etkisinin ciddi anlamda görüldüğünü ifade eden katılımcılar bu dönemde aşılama yaparken; aşılardan kısırlaştırdığına, öldürdüğüne ve zarar verdiğine yönelik vatandaşlar tarafından ciddi direnç ile karşılaştıkları belirtilmiştir.

Madde ve alkol kullanımının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttıran faktörlerden biri olduğu anlaşılmıştır. Bazı katılımcılar tarafından sağlık alanında yaşanan şiddetin gelen hastaların madde ve alkol kullanımlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Özellikle madde etkisi altında ve alkollü olarak gelen hastaların daha fazla şiddete başvurabildikleri ifade edilmiştir. Bunların dışında medyanın şiddeti azaltmaktan ziyade sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz algı oluşturarak daha çok

şiddeti arttırıcı rol aldığı bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Ayrıca bazı katılımcılar tarafından ulaşım, haberleşme, teknoloji gibi etkenlerin sağlık alanındaki şiddeti azaltıcı faktörler olduğu ifade edilmiştir.

Bazı katılımcılar hizmet verdikleri Elazığ ve Bingöl illerinin nüfusu diğer birçok ille kıyaslandığında bu illerin nüfusu daha az olduğu için bu illerde şiddet oranlarının diğer illere göre daha az yaşandığını ifade etmişlerdir. Bazı şiddet olaylarına güvenlik personelinin yetişemediği ifade edilmiş ve bu durumun da şiddete maruz kalan bazı sağlık çalışanları açısından ağır sonuçları olabildiği belirtilmiştir. Sağlık kuruluşlarında güvenlik personelinin var olmasının bile sağlık alanındaki yaşanan şiddeti azaltmada etkili olabildiği bazı katılımcılar tarafından ifade edilirken, sağlık kuruluşlarının güvenlik hizmetlerinin taşeron firmalar aracılığıyla özel sektör eliyle yürütülmesinin farklı sorunlar yaratabildiği vurgulanmaktadır.

Bazı sağlık kuruluşlarının konumu, ulaşım vb. faktörlerden kaynaklı olarak erişiminin zor olmasından dolayı diğer sağlık kuruluşlarında yoğunluk yaşanabildiği için bu durumun şiddeti arttırabildiği ifade edilmiştir. Bazı sağlık çalışanları ise sağlık hizmetlerine zor erişim, ağır kış koşulları gibi faktörlerin sağlık alanındaki şiddet ile ilgisi olduğunu bildirmiştir.

Sağlık alanındaki şiddete ilişkin görüşler temasına bakıldığında birçok sağlık çalışanının maruz kaldıkları şiddetten sonra motivasyon kaybı yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanları; gelen hasta ve hasta yakınlarının güvensizlik içerisinde olduğunu, kendilerini değersiz ve kıymetsiz gördüklerini ifade etmişlerdir. Özellikle gerçekleştirilen görüşmelerde bu kıymetsizlik halinin özel sağlık kuruluşlarında daha yaygın olduğu anlaşılmaktadır. Bu ifade edilen faktörlerin sağlık alanında yaşanan şiddetin sebepleri olarak sayılabileceği birçok katılımcı tarafından belirtilmiştir. Bu sebeplerin dışında ise birçok katılımcı sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerini; yöneticilerin sağlık çalışanlarını korumaması, gelen hasta ve yakınlarının doktorun değil, kendi belirledikleri tedaviyi talep etmeleri, bunun dışında daha farklı birtakım uygunsuz ve yasal olmayan taleplerde bulunmaları, şiddet ile sorunların daha kolay çözüleceğine yönelik inancın yaygın olması ve geçmişte yetersiz sağlık imkanlarına sahip olunması olarak ifade ettikleri görülmektedir.

Sağlık alanında fiziksel şiddete dönüşebilecek şiddet olaylarında güvenliğin müdahalede bulunduğu ifade edilmiş ve bu şiddet türlerine maruz kalan ya da şahit

olan sağlık çalışanlarına rastlanmıştır. Sağlık alanında yaygın olarak yaşanan şiddet türlerine bakıldığında sözel şiddet oranının en yüksek şiddet türü olduğu yoğun olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların bu iki şiddet türü dışında kurumsal şiddet türüne yoğun vurgu yaptıkları görülmüş; bu şiddete başvuranların çoğunlukla sağlık çalışanlarının mesai arkadaşları, amirleri, kurum yöneticileri olduğu ifade edilmiştir. Bu çerçevede çalıştığı kurumda mobinge maruz kaldığını söyleyen pek çok katılımcı olmuştur. Ayrıca Covid-19 salgınından dolayı izne ayrılamama, yoğun çalışma şartları gibi koşulların birçok sağlık çalışanı tarafından kurumsal şiddet olarak nitelendirildiği, bazı sağlık çalışanlarının ise, olağanüstü bir durumun yaşanmasından dolayı çalışma koşulları ile ilgili bu durumu şiddet olarak görmedikleri ortaya çıkmıştır.

şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına nasıl bir tutum izledikleri sorulduğunda; bireysel olarak tepki verdikleri, şikayette buldukları ve Beyaz Kod verdikleri görülmüştür. Bu konuda tepki vermediklerini ve şikayet etmediğini ifade eden katılımcıların sayısının da fazla olduğu ortaya çıkmıştır. şikayet etmeme ve tepki vermeme kodlarına vurgu yapan katılımcıların yasal yaptırımları yetersiz bulmaları, yasal sürecin uzun sürmesi ve ağırlıklı olarak bazı sağlık çalışanlarının sonuç alamayacaklarını düşünmelerinden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Bazı sağlık çalışanlarının da belirttiği gibi bu durumun sadece yasal yaptırımların yetersizliğinden kaynaklanmadığı, uygulama ve işleyişin koordineli yrtlememesinin de etkisinin var olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden yasal mevzuatı uygulayan personelden de kaynaklanan sorunların çıktığı anlaşılmaktadır. Bazı sağlık çalışanları şiddet olayları çok sık yaşandığı için şikayet etmek istemediklerini çünkü bu durumun ciddi zamanlarının harcanmasına sebep olduğunu belirtmeleri; bu durum karşısında çaresiz kaldıklarını da gösterebilir. Ayrıca bazı sağlık çalışanları artık maruz kaldıkları şiddete ve şahit oldukları diğer şiddet olaylarına alıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu da sağlık çalışanlarının şiddete karşı duyarsızlaştıklarını ve bu durumun icra ettikleri işin bir parçası olarak algılamalarına sebep olduğu söylenbilir.

Sağlık alanında şiddet vakalarının en çok görüldüğü birimlerin acil birimler, yoğun bakım, ameliyathane/cerrahi birimler ile pediatri servisleri olduğu ifade edilmiştir. Yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde, pandemi birimlerinde salgının verdiği panik havasından da kaynaklı olarak şiddet vakalarının bu birimlerde daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır. Acil birimlerde şiddet oranlarının fazla olmasında

hastaların ağrılı gelmeleri, kaza, travma vb. olaylardan ötürü hasta ve yakınlarının stresli olmaları, bu birimlerde hasta yoğunluğunun oluşması, bekleme sürelerinin artması faktörleri etkilidir. Acil birimlerine daha çok ilaç yazdırma, poliklinik hizmeti alma gibi acil olmayan vakaların gelmesi, acil servislerin amacı dışında hizmet vermesine sebep olmaktadır. Bazı hasta ve yakınları tarafından bu baskının oluşturulduğu anlaşılmaktadır. Acil servislerde hasta sabırsızlığı ve anında hizmet beklentisinin olduğu belirtilmiş ve bu durumun acil olmayan hastalarda daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılar bazı hastaların beklemeden tedavi olmak için triaj sistemini yanılttıklarını ifade etmiştir. Bu durumun da toplumsal, ahlaki değerlerin kaybedilmesi ve kültürel yozlaşmayla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Burada oluşan iş yükü sağlık çalışanları için önce simgesel şiddete dönüşebilmektedir. Bazı hasta ve yakınlarının talep ettikleri yönde ve acilin amacı dışında hizmet alamadıklarında ya da tatmin olmadıklarında sözel, psikolojik ve fiziksel şiddete başvurdukları anlaşılmaktadır.

Pediyatri bölümlerinde ise şiddet oranlarının fazla olmasını birçok sağlık çalışanı ailelerin tutumlarına dayandırmaktadır. Burada yaşanan şiddetin çocuklardan ziyade hasta yakınlarından geldiği anlaşılmaktadır. Ailelerin çocuklarına yönelik aşırı koruyucu ve kollayıcı tutum içerisinde olmaları sağlık çalışanlarının görevlerini yaparken bu ailelerle çatışma yaşamalarına sebep olmaktadır.

Tedavi almak isteyen bazı hasta ve yakınlarına geç tarihlere randevu verilmesi, bazı hastaların randevu alamaması gibi durumlar bu hasta ve yakınlarıyla sorunlar yaşanmasına sebep olmaktadır. Bazı hastaların randevu saatlerine uymaması sonraki randevusu olan hastaların da gecikmeli olarak alınmasına sebep olduğu ifade edilmiş, bu durum sonucunda da hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında çatışma yaşandığı görülmüştür. Ayrıca MHRS sisteminin verdiği tedavi sürelerinin yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Bundan dolayı sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasında sorunlar yaşanabilmektedir. Diş hekimliği birimlerinde özellikle endodonti tedavilerinin sürelerinin yetersiz olması tedavi seanslarının uzamasına sebep olmaktadır. Bazı katılımcılar tarafından personel yetersizliğinin yaşandığı, hasta yoğunluğunun olduğu belirtilmiş ve bu durumun da bazı hasta ve yakınlarının aldığı tedaviden tatmin olmadıkları hissini oluşturduğu görülmektedir.

Ameliyathane, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde hastaların hayati risklerinin olmasından da kaynaklı olarak hasta yakınlarının stresli olduğu ve kriz anlarında şiddete başvurabildikleri görülmüştür. Hastalarını kaybeden hasta yakınlarının sağlık çalışanlarını suçladıkları yaygın olarak ifade edilmiştir. Yoğun bakım birimlerinde ziyaret saatleri dışında yatan hastalarını ziyaret etmek isteyen pek çok hasta yakınlarının olduğu görülmektedir. Geniş aile tipine sahip hastaların ziyaretçi sayısının fazla olması ve kurallara uyulmaması sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmaktadır. Bazı hasta ve yakınlarının aile içi problemlerinin sağlık alanına yansıdığı görülmüştür. Küs ve dargın olan birçok hasta yakınlarının bu birimlerde ziyaretlerle durumlarına son da verebildikleri görülmüştür. Yoğun bakım birimleri sadece bu işleyle kalmamakta, yatan hastalara birçok akraba ziyaretinin yapıldığı ve kültürel olarak helalleşme olgusunun bu birimlerde yerine getirildiği de görülmüştür. Aile bağlarının güçlenmesi yönünde bu birimlerin böyle gizli bir işlevinin olduğu ifade edilebilir. Bu birimlere yoğun hasta ziyaretleri yapılması, aile fertlerinin hastalarına karşı sevgi bağlarının yüksek olması, zaman zaman şiddeti tetikleyen diğer faktörler olabilmektedir.

Bazı sağlık çalışanlarının gelen hasta ve yakınlarıyla bazı iletişim problemleri yaşadıkları görülmüştür. Farklı dilleri konuşan hastalar ile anlaşamadıklarını ifade eden sağlık çalışanları bu durumu; yaşlı hastalarla daha çok yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca farklı kültür, sosyal yapı ve kuşak farklılığının etkisiyle kırsal bölgelerden gelen yaşlı hasta ve yakınlarıyla daha fazla iletişim probleminin yaşanabildiği de belirtilmiştir. Tedavi olmak için sağlık kuruluşlarına gelen hasta ve yakınlarının talepleri geciktiğinde veya yerine gelmediğinde çatışma çıkarabildikleri ifade edilmiştir. Bazı sağlık çalışanlarının görevleri başında hastaları bekletmeleri ya da ihmal etmelerinden kaynaklı olarak da hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarına şiddete başvurabildikleri görülmektedir. Bazı sağlık çalışanlarının yanlış tedavilerinin hastalar için ağır sonuçları olabilmektedir. Bazı sağlık çalışanları; hastayı yanlış tedavi ettiklerinde şikayeti geçmeyen hastaların yeni ve farklı semptomlarla geri gelebildiğini belirtmiş; yanlış tedavi alan hasta ya da yakınının tedaviyi yapan sağlık çalışanına şiddet uygulayabildiği vurgulanmıştır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının deneyim ve bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak şiddet olaylarının yaşandığı ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili çatışma alanlarının içerisinde mükemmel hizmet beklentisi, hasta sabırsızlığı, ilgi-alaka görme ve kendi tedavisini talep etme gibi faktörlerin yer aldığı görülmektedir. Bu faktörler bir araya geldiğinde hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında çatışma yaşanabilmektedir. Bazı sağlık çalışanları; gelen hastaların ilgi ve alaka beklediklerini, sıra beklerken sabretmediklerini ve şiddete başvurabildiklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar tarafından Covid-19 pandemi sürecinde bu sabırsızlık düzeyinin daha çok arttığı belirtilmiş ve bazı hasta ve yakınlarının hızlı ve mükemmel tedavi talepleri içerisinde olmalarının şiddet ortamına zemin hazırladığı ifade edilmiştir. Şiddete başvurmanın dışında bazı hasta ve yakınlarının bu durumu şikayetlerle yansıttığı görülmüştür. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu şikayetlerin birçoğunun asılsız olduğu ve esasında şikayet etme alışkanlığının yaygınlaştığı anlaşılmaktadır. Mükemmel tedavi ve ilgi beklentisinin özel sağlık kuruluşlarında daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu kuruluşlara gelen hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarının kendilerine hizmet etmek zorunda olduklarına yönelik yaygın bir düşünce biçimine sahip oldukları bazı sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir. Bu yaklaşıma sahip hasta ve yakınlarının sayısının fazla olduğunun belirtilmesi ayrıca temel insani ilişkilerin zayıflamasıyla ve kültürel değerlerin kaybedilmesiyle de ilişkili olabilir.

Bazı hasta ve yakınlarının kendi tedavi biçimlerini talep ettikleriyle ilgili yaygın görüşler bildirilmiştir. Bu talebin altında; gelen hastaların geçmişte yanlış tedavi ve reçete almalarından dolayı hekimlerin vereceği reçetenin tekrar hatalı olabileceği düşüncesinin olduğu ya da hastanın geçmişte yaşadığı semptomlara verilen ilacın etkili olmasından kaynaklı olarak tekrar o ilacı aldığında iyileşeceğini düşünmesinin etkisinin olduğu tahmin edilmektedir. Ağız ve diş sağlığı alanında hastaların genellikle hemen ağrıyan dişlerini çekerek çözüme kavuşturacaklarını düşündükleri görülmüştür. Bu durumun acil birimlerde ise serum takılarak çözüleceğine yönelik yaygın inançlarla kendini gösterdiği anlaşılmaktadır. Bazı hasta ve yakınlarının ise randevu saatlerine uymayarak, rapor isteyerek sağlık çalışanlarına ek sorumluluk yüklemek istedikleri ve bu talepleri reddedildiğinde şiddete başvurabildikleri ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği gibi birinci derece sağlık kuruluşlarına gelen hasta ve yakınlarının rapor alma, uygunsuz reçete ve tedavi isteği, o hekimlikte kayıtlı olmadan muayene olma gibi taleplerle geldikleri belirtilmiş ve bu talepler reddedildiğinde hasta ve yakınlarının şiddete başvurabildikleri ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesine yönelik uygulamalar temasında katılımcılara Beyaz Kod, SABİM, Alo 184 gibi uygulamaların yeterliliği sorulmuş ve sağlık çalışanlarına, sağlık alanında yaşanan şiddete yönelik çözüm önerileri sorulmuştur. Beyaz Kod'un kısa vadeli çözüm olduğu ve uzun vadede şiddeti azaltmadığı birçok katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Beyaz Kod verilen şikayetlerde mahkeme sürecinin uzun sürmesi, sürekli mahkemeye gidişlerin olması sağlık çalışanlarını yıpratmaktadır. Bazı katılımcılar Beyaz Kod verilen hastaların aynı hekimde muayene olamamasının şiddeti daha çok tetikleyebileceğini belirtmişlerdir. Yaptırımların yetersiz olmasından dolayı sonuç alamayacaklarını düşündükleri için katılımcıların bu uygulamaya mecbur kalmadıkça başvurmadıkları belirtilmektedir. Beyaz Kod'un iyi ve kullanışlı olduğunu düşünen katılımcıların olduğu da görülmüş ve bu uygulamanın yeterli olmadığını, geliştirilmesi gerektiğini ifade eden katılımcıların olduğu görülmüştür.

Yeni yasal düzenlemeler ve sağlıkta şiddet yasasının gerekli olduğu birçok katılımcı tarafından dile getirilmiştir. Cezai müeyyidelerin arttırılması gerektiği birçok sağlık çalışanı tarafından belirtilmiştir. Para cezası, hapis cezası, sağlık sigortasının dondurulması ya da sağlık hizmetlerine ücretli erişimlerin verilebilecek cezalar olabileceği ifade edilmiştir. Yöneticiler tarafından sağlık çalışanlarına sahip çıkılmadığı bazı katılımcılar tarafından iddia edilmiş ve haklarının gözetilmediğine yönelik görüş bildirdikleri görülmüştür. Hasta ve yakınları gibi şikayet ettiklerinde şikayetlerinin özveriyle dikkate alınması ve ivedilikle çözülmesini istedikleri bildirilmiştir. Denetim mekanizmasının güçlendirilmesi, bazı kamu kuruluşlarında olduğu gibi sağlık kuruluşlarının girişlerine X-ray cihazlarının kurulması, sağlık çalışanlarının maaşlarında iyileştirme yapılması ve sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi, toplumun bilinçlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması sağlık çalışanlarının yaygın olarak ifade ettikleri diğer çözüm önerileridir.

Sağlık alanında yaygın olarak yaşanan şiddet konusuyla ilgili şu hususlara dikkat edilmelidir:

- Beyaz kodun fazla verildiği sağlık kuruluşlarında incelemeler yapılmalı ve her sağlık kuruluşu kendi (bölgesel ve yerel) dinamikleri ve ihtiyaçları çerçevesinde ele alınmalıdır.

- Beyaz kod ile ilgili sağlık çalışanlarına verilen eğitim yaygınlaştırılmalıdır. Beyaz kod bildirimlerinin oranının yüksek olduğu hastaneler için daha yoğun çalışma yapılmalıdır.

- Sağlık alanında yaşanan şiddetin nedenleri arasında hl yer alan uzun bekleme süreleri olumsuz etkisini kaybetmemiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebepleri içerisinde yer alan uzun bekleme sürelerinin revize edilmesi yalnız ortalama muayene sürelerinin belirlenmesiyle kalmamalıdır. Bu muayene süreleri birimlerde verilen ihtiyaç ve hizmet niteliğine göre belirlenmelidir. Verilen hizmet için yeterli srelerin, periyodik olarak güncellenmesi gerektiğini göstermektedir.

- Sağlık kuruluşlarında hasta ve hasta yakını yoğunluğu, sağlık personeli yeterliliği, sağlık hizmeti ve kuruluşu yeterliliği gibi faktörler açısından geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir.

- Sağlık alanında hayata geçirilen SABİM uygulamasına başvuru esnasında şikayetlere talep oluşturan ağrı merkezi personellerine ciddi eğitim verilmelidir. Asılsız ve gereksiz ihbarlar için şikayet oluşturulmayacağı açıkça ifade edilmelidir.

- Sağlık alanında hizmet veren sağlık çalışanlarının talepleri ve ihtiyaçları dikkate alınmalı ve gerekirse bununla ilgili sağlık kuruluşlarında çalışan hakları biriminin daha aktif hizmeti için planlamalar oluşturulmalıdır.

- Sağlık alanında eğitim veren üniversitelerin de müfredatlarında hasta ve hasta yakınları ile ilgili iletişim dersleri müfredatlarında yaygınlaştırılmalıdır; mevcut müfredatların varsa içeriği de zenginleştirilmelidir. Bu eğitim sadece niversite ya da lise mfredatlarıyla sınırlandırılmamalıdır. Aktif olarak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında eğitimler periyodik takvimler aracılığıyla verilmelidir.

- Hasta ve hasta yakınlarının asılsız ihbarlarının önüne geçilmesi için yasal yaptırımlar düzenlenmelidir ve aktif olarak uygulamaya koyulmalıdır. Bu yaptırımlar keyfi verilen Beyaz Kod ihbarları için de geçerli kılınmalıdır.

- Toplum bilimleri kurulu ve illerde toplum sağlığı merkezleri ile sivil toplum kuruluşları, niversiteler ararsında iş birliğiyapılarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin il bazlı çalışmalar yapılarak soruna yönelik zm nerileri geliştirmelidir.

-Hasta ve hasta yakınlarının sağlık erişimi kolaylaştırılmalı ve sağlık çalışanlarına erişimi daha kolay hale gelmelidir.

- Randevular geç tarihler verilmemeli ve herhangi bir sağlık birimi için randevu alındığında maksimum tarih belirlenerek MHRS sistemine tanımlanmalıdır.

- Tedavi ve reçetelerin elden verilme sistemine tamamen son verilmeli ve unc basamak sağlık kuruluşlarında ücretli yazılım sistemleri yerine diğer sağlık kuruluşlarıyla ortak yazılım sistemleri kullanılmalıdır. Böylece herhangi bir sağlık kuruluşuna gidildiğinde ortak sistemde yapılan tedavi ve reçetelere erişilmelidir.

- Toplumun sağlık okuryazarlığının arttırılması için çalışmalar yapılmalıdır.

- Toplumsal bilincin arttırılması amacıyla vatandaşların çeşitli sağlık faaliyetlerine katılımı sağlanabilir.

- Özel sağlık kuruluşlarında hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili ticari kaygılardan dolayı göz yumulmasına müsade edilmemeli ve sağlık çalışanı ile hastane yönetimi arasında bu durumun oluşmamasına yönelik düzenlemeler getirilmelidir.

-Özel sağlık kuruluşlarında çalışan personelin özlük hakları yasal güvence altına alınarak ücretleriyle ilgili düzenlemeler getirilmelidir.

- Sağlık alışanlarının vatandaşları tahrik edici davranışlarına ve sylemlerine karşı da yasal müeyyideler getirilmelidir.

- şiddetin ortaya çıkmasını engelleyici-önleyici önlemlerin alınması şiddet oranlarını azaltmada daha etkili faktörden biri olarak değerlendirilmelidir.

-Silah ve niteliğindeki araçların hastane girişlerinde güvenlik personeli tarafından alınması ve hastane içerisinde delici, yaralayıcı aletlere hasta ve yakınlarının erişimini kısıtlayıcı tedbirler alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akbal , A. (2008). Sağlığın Değişen Anlamı. A. Kasapoğlu içinde, *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık* (s. 39-76). Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. 7 11, 2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> adresinden alındı
- Aktaş, E. (2014). *şiddete Maruz Kalan Sağlık alışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşleri*. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara
- Aktay, Y. (2014). Pierre Bourdieu ve Bir Maxwell Cini Olarak Okul. G. Çeğin, E. Göker, A. Arlı, & Ü. Tatlıcan (Dü) içinde, *Ocak ve Zanaat: Pierre Bourdieu Derlemesi* (3.Baskı, s. 473-498). İstanbul: İletişim Yayınları
- Altunok, G. (2007). şiddetin Eleştirisi Olarak İktidar: Arendt ve Foucault. *Doğu Batı Dergisi*(43), 1-25.
- Anderson, G., & Hussey, P. (2001). Comparing Health System Performance İn OECD Countries. *Health Affairs*, 20(3), 219-232. doi:doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.219
- Arendt, H. (2012). *Devrim Üzerine* (1.Baskı). (O. Kara, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Arendt, H. (2018). *şiddet Üzerine* (9.Baskı). (B. Peker, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Ayrancı , Ü., Yenilmez, ., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 147-154.
- Bahadır, B. (2017). *Acil Servislerde alışan Sağlık Personelinin, şiddete Uğrama Sıklığı ve şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Başak, D. (2015). *Sağlık alışanlarının Karşılaştığı şiddet ve Yönetimi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

- Baudrillard, J. (2008). *Tüketim Toplumu* (3.Basım b.). (H. Deliceçaylı, & F. Keskin, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bayrak, E. (2019). Şiddet Tekelinin Tarihsel Gelişimi ve Bugüne Dir Notlar. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 68(1), 57-82.
- Beck, U. (1992). *Risk Society, Towards a New Modernity*. (M. Ritter, Çev.) SAGE.
- Beder, C. (2009). *Erzurum İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hasta veya Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Araştırılması*. Erzurum: Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Benjamin, W. (2010). Şiddetin Eleştirisi Üzerine. E. Göztepe, & A. Çelebi (Dü.) içinde, *Şiddetin Eleştirisi Üzerine* (E. Göztepe, Çev., 1. Baskı, s. 19-42). Metis Yayınları.
- Berg, Bruce L.&Lune, H. (2019). “Giriş”. (Ed. Mehmet Koçyiğit). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 9. Baskıdan Çeviri. içinde (s. 11-29). Konya. Eğitim Yayınevi
- Beyazyüz, M., & Göka, E. (2016). Psikoloji ve Tıp Açısından Beden. K. Canatan içinde, *Beden Sosyolojisi* (s. 372-393). İstanbul: Açılım Kitap Yayınları.
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), 43-56.
- Bloom, S. (2002). *The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*. New York: Oxford Universty Press.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. J. Richardson içinde, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (s. 241-258). New York: Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1995). *Pratik Nedenler: Eylem Kuramı Üzerine*. (H. Tufan, Çev.) İstanbul: Kesit Yayıncılık.
- Bourdieu, P. (1997). *Televizyon Üzerine* (1. Baskı). (T. Ilgaz, Çev.) İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Bourdieu, P. (2015). *Eril Tahakküm* (2. Baskı). (B. Yılmaz, Çev.) Bağlam Yayınları.

- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2014). *Düşünümsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar* (7.Basım). (N. Ökten, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bowen GA (2008). Naturalisticinquiry and the saturationconcept: A research note. *Qualitative Research*, 8(1): 137-152.
- Bowie, V. (2000). Current Trends and Emerging Issues in Workplace Violence. *Security Journal*, 13(3), 7-23.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtuluş, A., Turkcuer, İ., & Ergin, N. (2006). Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23(2), 364-369. doi:10.1007/bf02850142
- Bufacchi, V. (2005). Two Concepts of Violence. *Political Studies Review*, 3(2), 193-204. doi:10.1111/j.1478-9299.2005.00023.x
- Canatan, K. (2011). Çağdaş Toplumlarda ve Kültürlerde "Yaşlılık" Algıları. K. Canatan içinde, *Beden Sosyolojisi* (s. 325-344). İstanbul: Açılım Kitap.
- Castel, R. (2004). *Sosyal Güvensizlik*. (I. Ergüden, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at Work* (3. Basım). Geneva: International Labour Office. <https://web.a.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook?sid=5b5b1dc7-e5b7-4203-a89a-5a8f3ad1c02a%40sessionmgr4008&vid=15&rid=1&format=EB> adresinden alındı
- Cirhinlioğlu, Z. (2017). *Sağlık Sosyolojisi* (7. Basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Cirhinlioğlu, Z., & Cirhinlioğlu, F. (2016). Postmodern Sağlığın Yükselişi ve Düşüşü. K. Canatan içinde, *Beden Sosyolojisi* (s. 395-412). İstanbul: Açılım Kitap Yayınları.
- Cockerham, W. (2021). *Medical Sociology* (15. edition). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Creswell, J. (2013). "Nitel Çalışma Tasarımı". (Ed. Aysel Budak ve İbrahim Budak). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. 3. Baskıdan Çeviri. içinde (s. 42-68). Ankara. Siyasal Kitabevi

Crossley, N. (2001). The Phenomenological Habitus and Its Construction. *Theory and Society*(30/1), 81-120.

Çakmakkaya, E. (2018). Adalet Sorununa Bir Bakış: Walter Benjamin ve Jacques Derrida Bağlamında Yasanın Şiddeti Üzerine. *Türkiye Adalet Ekonomisi Dergisi*(33), 537-555.

Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Dergisi Hemşireliği*, 2(1), 9-16. https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_1_9_16.pdf adresinden alındı

Çatel, M. (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Çelebi, A. (2010). Şiddete Karşı Siyaset Hakkı. E. Göztepe, & A. Çelebi (Dü.) içinde, *Şiddetin Eleştirisi Üzerine* (E. Göztepe, Çev., İlk Basım, s. 255-312). Metis Yayınları.

Demir, O. (2009). Nitel Araştırma Yöntemleri. Ed. Kaan Böke. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (1.Basım, s. 287-320). içinde İstanbul: Alfa Basım Yayın Dağıtım.

Demir, İ. (2009). *Bilimsel Araştırmada Etik*. Ed. Kaan Böke. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. (1. Basım, s. 35-59). içinde İstanbul: Alfa Basım Yayın Dağıtım

Demirci, B. (2012). *Transformation In The Organizational And Financial Set-Up of The Health Care System In Turkey – Its Repercussions And Similarities With The English Model*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.

Demirci, B. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (Sdp) Nasıl Bir Sistem Getiriyor? *Akdeniz İ.İ.B.F Dergisi*(30), 122-135.

Demirci, B. (2020). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Türkiye'de Sağlık Sisteminin Değişimi. N. Adak içinde, *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* (s. 207-230). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Demirci, Ş. (2018). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Derrida, J. (2010). Yasanın Gücü, Otoritenin Mistik Misali. E. Göztepe, & A. Çelebi (Dü.) içinde, *Şiddetin Eleştirisi Üzerine* (İlk Basım, s. 43-133). İstanbul: Metis Yayınları.

Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <http://edz.bib.uni-mannheim.de/www-edz/pdf/ef/02/ef02109en.pdf> adresinden alındı

Direk, Z. (2010). Yasa, Adalet ve Siyaset. E. Göztepe, & A. Çelebi (Dü.) içinde, *Şiddetin Eleştirisi Üzerine* (İlk Basım, s. 214-254). İstanbul: Metis Yayınları.

Dirican, M. (1970). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *The Eurasian Journal of Medicine*, 2(2), 184-193.

Durand, J. (2008). *Marx'ın Sosyolojisi* (3. Baskı). (A. Aktaş, Çev.) İstanbul: Birikim Yayınları.

Durmuş, M. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 105-115.

Eken, A. (1996). Bir Olgu Olarak Türkiye'de Şiddet. *Cogito, Şiddet Kış- Bahar '96*(6-7), 407-410.

Engels, F., & Marx, K. (2014). *Komünist Manifesto* (2. basım). (N. Satlıgan, Çev.) Yordam Kitap.

Enişte, S. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Nedenleri; Sivas Numune Hastanesi Örneği*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

Er, T. (2019). *Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi*. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak.

Erkol, H., Erkol, Z., Gökdoğan, M., & Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers – A problem in Turkey? *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(7), 423-428. doi:10.1016/j.jflm.2007.03.004

Fernandes, C., Bouthillette, F., & Raboud, J. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal*, 161(10), 1245-1248. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1230785/pdf/cmaj_161_10_1245.pdf adresinden alındı

Fildiş, B. (2018). Marx, Durkheim ve Weber Üzerinden Klasik Dönem Sosyolojisinde Modern Devlet Ve Modern Ordular. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 1860-1876. doi:10.17218/hititsosbil.433863

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası.

Foucault, M. (2002). *Kliniğin Doğuşu* (5. Baskı). (Ş. Ünsaldı, Çev.) Ankara: Epos Yayınları.

Foucault, M. (2012). *İktidarın Gözü* (3. Basım). (I. Ergüden, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, M. (2013). *Hapishanenin Doğuşu* (5. Basım). (M. Kılıçbay, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi.

Giddens, A. (2010). *Modernliğin Sonuçları* (4. Baskı). (E. Kuşdil, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Goetz, J., & LeCompte, M. (1986). Ethnographic and Qualitative Research Design and What It Doesn't Work. *American Behavioral Scientist*, 30(1), 42-57. doi:doi:10.1177/000276486030001006

Göker, E. (2007). "Ekonomik İndirgemeci" mi Dediniz". G. Çeğin, E. Göker, A. Arlı, & Ü. Tatlıcan (Dü) içinde, *Ocak ve Zanaat* (3. Baskı, s. 277-302). İstanbul: İletişim Yayınları.

- Groenewold , M., Sarmi , R., Vanoli, K., Raudabaugh, W., Nowlin, S., & Gomaa, A. (2018). Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 157-166. doi:10.1002/ajim.22798.
- Güven, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları. *Sosyoloji Dergisi*, 3(29), 127-153.
- Hennink, M., Kaiser, B., & Marconi, V. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591-608. doi: 10.1177/1049732316665344
- Hollingshead, A. (1973). Medical Sociology: A Brief Review. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(4), 531-542.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın Gasplı*. (S. Sertabiboğlu, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Illich, I. (2003). Medical nemesis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 57(12), 919-922. doi:10.1136/jech.57.12.919
- ILO and WHO. (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence In The Health Sector*. Geneva: International Labour Organization, International Council of Nurses. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf adresinden alındı
- İşçan, C., & Demirergi, E. (1994). 20. yy Toplumunda Şiddet, Yıkıcılık ve Saldırganlık: Sosyal Antropoloji, Psikanaliz ve Postmodern Kuram Açısından Düşünceler. M. Öngören içinde, *Bu Ne Şiddet!* (s. 85-140). Ankara: Kitle Yayınları.
- Kara, Z. (2011). Beden Sosyolojisinden Ölüm Sosyolojisine: İnterdisipliner Bir Yaklaşım. K. Canatan içinde, *Beden Sosyolojisi* (s. 23-44). İstanbul: Açılım Kitap.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kaynak, E. (2019). *Bir Özel Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Keane, J. (1998). *Şiddetin Uzun Yüzyılı*. (B. Peker, Çev.) Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.

Keser Özcan, N., & Bilgin, H. (2011). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet:Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 31(6), 1442-56. doi:10.5336/medsci.2010-20795

Keskin, F. (1996). Foucault'da Şiddet ve İktidar. *Cogito,Kış-BAHAR*(6-7), 117-122.

Kingma, M. (2001). Workplace violence in the healthsector: a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48(3), 129-130. doi:https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2001.00094.x

Kızmaz , Z. (2006). Okullardaki Şiddet Davranışının Kaynakları Üzerine Kuramsal Bir Yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30, 47-70.

Kızmaz, Z. (2006). Şiddetin Sosyo-kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 247-267.

Kocacık, F. (2001). Şiddet Olgusu Üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/88.pdf> adresinden alındı

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization, Violence – a global public health problem. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf adresinden alındı

Mills, C., & Gerth, H. (1946). Politics as a Vocation. M. Weber içinde, *Essays in Sociology* (s. 77-128). New York: Oxford Univerty Press.

Moi, T. (1991). Appropriating Bourdieu: Feminist Theory and Pierre Bourdieu's Sociology of Culture. *Papers from the Commonwealth Center for Literary and Cultural Change*, 22(4), 1017-1049. moi adresinden alındı

Moses, R. (1996). Şiddet Nerede Başlıyor? (A. Kul, Dü.) *Cogito, Şiddet Kış- Bahar '96*(6-7), 23-27.

Neuman, W. (2007). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar* (Cilt 1). (S. Özge, Çev.) İstanbul: Yayınodası Yayınları.

Newman, D. (2013). *Sosyoloji: Günlük Yaşamın Mimarisini Keşfetmek* (3. Baskı). (A. Arslan, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayınları.

Okumuş, E. (2008). Marifetname'de Beden. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*(1), 9-43.

Özen, S. (1993). Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık ve Toplumsal Yapı İlişkileri. *E.Ü Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Dergisi*(4), 73-88.

Özen, S. (1994). Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri. *Sosyoloji Dergisi*(5), 133-145.

Özer, Ö. (2019). Sağlık Sosyolojisinde Temel Kavramlar. Ö. Özer , & F. Şantaş içinde, *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* (1.Basım, s. 1-22). Ankara: Nobel Akademik Yayınları.

Özerkmen, N., & Gölbaşı, H. (2010). Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 8(15), 23-37.

Patton, M. (2018). *Nitel Araştırma Ve Değerlendirme Yöntemleri* (2. Baskı). (M. Bütün, & S. Demir, Çev.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Rutherford, A., Zwi, A., Grove, N., & Butchart, A. (2007). Violence: A Priority for Public Health? (Part-2). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(9), 764-770. doi:10.1136/jech.2006.049072

Sağlık Bakanlığı. (2003, 1 13). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Sağlık Bakanlığı. 7 13, 2021 tarihinde saglik.gov.tr: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden alındı

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. (2013). *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları - 20. 9 22, 2020 tarihinde <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf> adresinden alındı

Saines , J. (1999). Violence and aggression in A & E: recommendations for action. *Accident & Emergency Nursing*, 7(1), 8-12. doi:[https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(99\)80094-0](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(99)80094-0)

Saygılı, A. (2004). Mikro-İktidarın Bir Fiziği: Hapishane. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 3(2), 177-196. doi:https://doi.org/10.1501/Hukfak_0000000474

Schnieden , V., & Marren-Bell, U. (1995). Violence in the Accident and Emergency Department. *Accident and Emergency Nursing*, 3(2), 74-78. doi:[https://doi.org/10.1016/0965-2302\(95\)90087-X](https://doi.org/10.1016/0965-2302(95)90087-X)

- Shaw, W., Horrace, W., & Vogel, R. (2005). The Determinants of Life Expectancy: An Analysis of the OECD Health Data. *Southern Economic Journal*, 71(4), 768-783. doi:http://dx.doi.org/10.2307/20062079
- Smith-Pittman, M., & McKoy, Y. (1999). Workplace Violence in Healthcare Environments. *Nursing Forum*, 34(3), 5-13. doi:doi:10.1111/j.1744-6198.1999.tb00988.x
- Somersan, S. (1996). Şiddetin İki Yüzü. *Cogito, Şiddet Kış- Bahar '96*, 41-50.
- Tecim, E. (2016). Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'de Gelişimi ve Yeni Yönelimler. E. Tecim içinde, *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* (1. Basım, s. 13-40). İstanbul: Açılım Kitap.
- Tecim, E. (2021, 7 12). Sağlık Sosyolojisi. *Sağlık Sosyolojisi Sağlık Yönetimi Lisans Tamamlama*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açıkta ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikyonetimilt_ao/sagliksosyolojisi.pdf adresinden alındı
- Tekelioğlu, O. (2003). *Foucault Sosyolojisi*. Bursa: Alfa-Aktüel Kitabevi.
- Thomas, R. (2002). *Society and Health: Sociology for Health Professionals*. Springer Nature.
- Tokgöz, H. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları*. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.
- Turhan, E., Matkap, S., Kırmızıoğlu, R., & İnandı, T. (2008). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı, Türleri ve Önlemler. *Toplum ve Hekim*, 23(6), 462-468.
- Turner, B. (2006). Body. *Theory, Culture & Society*, 23(2-3), 223—229. doi:10.1177/0263276406062576
- Turner, B. S. (2017). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi* (Gözden geçirilmiş 2. Baskı). İstanbul: Sentez Yayınları.
- Türk Ceza Kanunu. (2004, 10 12). *Türk Ceza Kanunu*. 4 4, 2021 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> adresinden alındı

Türkdoğan, O. (2006). *Toplumsal Yapı ve Sağlık Hastalık Sistemi*. IQ Kültür-Sanat Yayıncılık.

Türkdoğan, O. (2012). *Günümüzde Toplumsal Şiddet ve Türkiye Gerçeği* (1. Baskı). İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Türkmenoğlu, B. (2014). *Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı Ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

Ünal, R., & Taylan, A. (2017). Sağlık İletişiminde Yalan Haber-YanlıŞ Enformasyon Sorunu ve Doğrulama Platformları. *Atatürk İletişim Dergisi*(14), 81-100. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/429917> adresinden alındı

Ünsal, A. (1996). Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi. *Cogito, Şiddet Kış- Bahar '96*(6-7), 29-36.

Üzümcü, F. (2016). *Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddet: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta.

Vural F, Çiftçi S, FİL Ş, Dura A, Vural B (2013). Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(4), 147 - 152.

Wacquant, L. (2014). Pierre Bourdieu: Hayatı, Eserleri ve Entelektüel Gelişimi. G. Çeğin, E. Göker, A. Arlı, & Ü. Tatlıcan (Dü) içinde, *Ocak ve Zanaat: Pierre Bourdieu Derlemesi* (3. Baskı, s. 53-76). İstanbul: İletişim Yayınları.

Whittington, R., & Winstanley, S. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x

Wiskow, C. (2003) 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.

World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alındı

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2000). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (Gözden Geçirilmiş 2.Baskı b.). Ankara: Seçkin Yayınları.

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

Yılmaz, C. (2020). Bourdieu’da Temel Kavramlar ve Simgesel Şiddet Analizi. *HABITUS Toplumbilim Dergisi*(1), 161-179.

Yılmaz, K. (2020). *Adana İlinde Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Adana.

Yücel, Y. (2019). Sağlık ve Fitness Söylemi İçerisinde Kadın ve Erkek Bedenleri: Women’s Health ve Men’s Health Dergisi Örneği. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*(30), 215 - 241. doi:<https://doi.org/10.16878/gsuilet.560059>

İnternet Kaynakları

Anadolu Ajansı. (2021, 03 06). *Sağlık-Sen şubatta yaşanan 9 şiddet olayında 13 sağlıkçının saldırıya uğradığını açıkladı*. 3 13, 2021 tarihinde <https://www.aa.com.tr/https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/saglik-sen-subatta-yasanan-9-siddet-olayinda-13-saglikcinin-saldiriya-ugradigini-acikladi/2166701> adresinden alındı

CNN Türk. (2020, 8 8). *Son Dakika: Hastanenin güvenlik görevlisine çirkin saldırı*. 3 13, 2021 tarihinde CNNTURK.com: <https://www.cnnturk.com/turkiye/hastanenin-guvenlik-gorevlisine-cirkin-saldiri> adresinden alındı

Cnnturk.com. (2018, 10 11). *Doktorlar 'Sağlıkta şiddete karşı' yürüdü*. 3 10, 2021 tarihinde Cnnturk Sağlık Haberleri: <https://www.cnnturk.com/saglik/doktorlar-saglikta-siddete-karsi-yurudu> adresinden alındı

Emen , İ. (2021, 3 28). *Sağlıkta şiddet tayin sebebi*. 3 28, 2021 tarihinde Hürriyet.com.tr: <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/saglikta-siddet-tayin-sebebi-41773619> adresinden alındı

Habertürk. (2021, 10 15). *52 İlaç Ödeme Listesinden Çıkarıldı*. 10 15, 2021 tarihinde Habertürk/Sağlık: <https://www.haberturk.com/52-ilac-odeme-listesinden-cikarildi-3222403> adresinden alındı

Habertürk. (2021, 2 22). *Kadın Doktora Şiddet Olayında 16 Saatte Jet Dava*. 3 13, 2021 tarihinde <https://www.haberturk.com>: <https://www.haberturk.com/sakarya-haberleri/84972583-kadin-doktora-siddet-olayinda-16-saatte-jet-dava> adresinden alındı

Memurlar.net. (2021, 3 14). *Ordu'da 112 Acil Servis ekiplerine saldırı*. 3 14, 2021 tarihinde Memurlar.net: <https://www.memurlar.net/haber/959380/ordu-da-112-acil-servis-ekiplerine-saldiri.html> adresinden alındı

Memurlar.net. (2022, 1 7). *Bakan Koca'dan Gaziantep'te doktorun darbedilmesine ilişkin açıklama*. 1 7, 2022 tarihinde Memurlar.net: <https://www.memurlar.net/haber/1009447/bakan-koca-dan-gaziantep-te-doktorun-darbedilmesine-iliskin-aciklama.html> adresinden alındı

Milliyet. (2021, 2 24). *Hasta yakınları sağlık çalışanlarına dehşeti yaşattı!* 3 13, 2021 tarihinde <https://www.milliyet.com.tr/>: <https://www.milliyet.com.tr/gundem/hasta-yakinlari-saglik-calisanlarina-dehseti-yasatti-6439768> adresinden alındı

OECD. (2019). *Health spending*. 2 28, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> adresinden alındı

OECD. (2019). *Hospital Beds*. 2 27, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm> adresinden alındı

OECD. (2020). *OECD Health Statistics 2020*. 2 27, 2021 tarihinde OECD Home: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> adresinden alındı

OECD. (2021). *Life Expectancy At Birth*. 3 4, 2021 tarihinde OECD Data: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart> adresinden alındı

Personel Sağlık.net. (2021, 01 28). *Hemşireye Mesleği Bıraktıran Şiddet*. 03 11, 2021 tarihinde www.saglikpersoneli.com.tr: <https://www.saglikpersoneli.com.tr/son-dakika/hemsireye-meslegi-biraktiran-siddet-h13777.html> adresinden alındı

Sağlık-Sen. (2021, 3 13). *Sağlık Çalışanları; Üçüncü Sınıf Kamu Çalışanı Değildir*. 3 13, 2021 tarihinde Sağlık-Sen Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Uşak Şubesi: <http://usak.saglikksen.org.tr/haber/9810/saglik-calisanlari-ucuncu-sinif-kamucalisani-degildir> adresinden alındı

Sözcü. (2021, 03 21). *'Bolca alkış, takdir alıyoruz ama derdimizi duyan yok'*. 03 13, 2021 tarihinde <https://www.sozcu.com.tr/https://www.sozcu.com.tr/2021/gundem/bolca-alkis-takdir-aliyoruz-ama-duyan-yok-6311607/> adresinden alındı

Trt Haber. (2021, 2 14). *Sağlık çalışanlarının yüzde 67'si şiddete maruz kaldı*. 3 13, 2021 tarihinde <https://www.trthaber.com/https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-calisanlarinin-yuzde-67si-siddete-maruz-kaldi-556327.html> adresinden alındı

TÜİK. (2019, 12 12). *Sosyal Koruma İstatistikleri, 2018*. 3 2, 2021 tarihinde TÜİK Veri Portalı: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sosyal-Koruma-Istatistikleri-2018-30625> adresinden alındı

TÜİK. (2020, 8 31). *Yıllık Gayrisafi Yurt İçi Hasıla, 2019*. 02 28, 2021 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yillik-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2019-33671> adresinden alındı

TÜİK. (2021, 1 27). *İl Bazında Gayrisafi Yurt İçi Hasıla, 2019*. 2 28, 2021 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Il-Bazinda-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2019-33663> adresinden alındı

Türk Dil Kurumu. (2019). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. 3 20, 2021 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/>: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi. 2 22, 2022 tarihinde <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/bitstream/handle/11543/110/ss454.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden alındı

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2020). *Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*. 31102 Sayılı Resmi Gazete. Ankara: Resmi

Gazete. 12 3, 2021 tarihinde
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm> adresinden alındı

World Health Organization. (2021). *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. 3 29, 2021 tarihinde WHO:
<https://www.who.int/about/governance/constitution> adresinden alındı