

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Adli Tıp Anabilim Dalı

HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİN
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN KARIYER SEÇİMİNDEKİ ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Muhammed Alp ÖZDEMİR

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ

Manisa 2019

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Adli Tıp Anabilim Dalı

HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİN
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN KARIYER SEÇİMİNDEKİ ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Muhammed Alp ÖZDEMİR

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ

Manisa 2019

**Bu tez,
“Hekime Yönelik Şiddetin
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin
Kariyer Seçimindeki Etkisi” başlığı ve 2019-103 proje kodu ile
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP)
Birimi tarafından desteklenmiştir.**

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bizleri hem hayata hem de mesleğimize hazırlayan, tez yazımı süresince desteklerini esirgemeyen, örnek kişiliğiyle bizlere emsal teşkil eden kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Mehmet Sunay YAVUZ'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecinde desteklerinden, emeklerinden ve katkılarından dolayı kıymetli hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Gökmen KARABAĞ'a,

Rotasyonlarım esnasında bana ve eğitimime yaptıkları katkılarından ötürü Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'ndaki bütün hocalarıma ve adli tıp uzmanlarına,

Rotasyon yaptığım fakültemiz Psikiyatri, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Patoloji Anabilim dallarındaki tüm hocalarıma,

Çalışmamızda kullanılan ölçeğin hazırlanma ve uygulama aşamalarında desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT ve Dr. Öğr. Üyesi Süheyla RAHMAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma şansına eriştiğim, benden desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Dr. Ufuk AKIN, Dr. Faruk

AYDIN, Dr. Ömer Faruk AYKIR, Dr. Yusuf AYDIN ve Dr. Fatih TURAN'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca ve uzmanlık eğitimim süresince bugünlere gelmemde büyük emekleri olan annem, babam ve kardeşime; her zorlukta ve kolaylıkta, hayat denilen bu yolculukta her daim yanımda olan ve desteğini hep hissettiğim, sevgili eşim Dr. Betül GÜNDÜZ ÖZDEMİR'e çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız...

Dr. Muhammed Alp ÖZDEMİR

Aralık, 2019

İÇİNDEKİLER	Sayfa
GRAFİK ve TABLO LİSTESİ	7
KISALTMALAR	10
I. GİRİŞ	11
II. GENEL BİLGİLER	13
2.1. Şiddet Kavramı	13
2.2. Şiddetin Nedenleri	14
2.2.1. Biyolojik Etkenler	14
2.2.2. Psikolojik Etkenler	17
2.2.3. Sosyolojik Etkenler	19
2.3. Şiddetin Çeşitleri	20
2.3.1. Sözel Şiddet	21
2.3.2. Fiziksel Şiddet	21
2.3.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet	21
2.3.4. Cinsel Şiddet	22
2.3.5. Ekonomik Şiddet	23
2.4. Hekime Yönelik Şiddet	23
2.4.1. Ülkemizde ve Dünyada Hekime Yönelik Şiddetin Boyutları	23
2.4.2. Hekime Yönelik Şiddetin Nedenleri	25
2.4.3. Hekime Yönelik Şiddet Uygulayan Bireylerin Özellikleri	28
2.4.4. Şiddet Mağduru Sağlık Çalışanlarının Özellikleri	29
2.4.5. Sağlıkta Şiddet Olaylarının Raporlanması	30
2.4.6. Şiddet Olaylarının Sağlık Çalışanları Üzerine Mevcut ve Muhtemel Etkileri	31
2.5. Yasal Mevzuat	32
III. GEREÇ ve YÖNTEM	40
IV. BULGULAR	42
V. TARTIŞMA	65
VI. SONUÇ ve ÖNERİLER	83
VII. ÖZET	89
VIII. İNGİLİZCE ÖZET	91

IX. KAYNAKLAR	93
X. EKLER	108
10.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	108
10.2. Anket Formu	111
10.3. Etik Kurul Onayı	117
10.4. Fakülte Yönetim Kurulu Kararı	118
10.5. Dekanlık Araştırma İzni	119



GRAFİK VE TABLO LİSTESİ

Grafik 1. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet dağılımı.

Grafik 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin dönemlerinin cinsiyetlere göre dağılımı.

Grafik 3. Sağlık çalışanı yakını olan öğrencilerin dağılımı.

Grafik 4. Çalışmaya katılan öğrencilerin ileride çalışmayı planladığı yerler dağılımı.

Grafik 5. Çalışmaya katılan öğrencilerin ileride çalışmayı planladığı alanlar dağılımı.

Tablo 1. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları.

Tablo 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları liseler.

Tablo 3. Çalışmaya katılan öğrencilerin kaç kardeş olduklarının dağılımı.

Tablo 4. Çalışmaya katılan öğrencilerin kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımı.

Tablo 5. Çalışmaya katılan öğrencilerin babalarının mesleklerinin dağılımı.

Tablo 6. Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin mesleklerinin dağılımı.

Tablo 7. Sağlık çalışanı yakını olan öğrencilerin yakınlıklarının dağılımı.

Tablo 8. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yerlerin dağılımı.

Tablo 9. Çalışmaya katılan öğrencilerin tıp fakültesini tercih nedenlerinin dağılımı.

Tablo 10. Çalışmaya katılan öğrencilerin tercih etmek istedikleri branşların dönemlere göre dağılımı.

Tablo 11. Çalışmaya katılan öğrencilerin ilgi duydukları ve tercih etmek istedikleri branşlar.

Tablo 12. Çalışmaya katılan öğrencilerin şiddete şahit olma/maruz kalma dağılımı.

Tablo 13. Şiddeti yaşayan ya da şahit olan öğrencilerin olayı yaşadığı yer dağılımı.

Tablo 14. Şiddeti yaşayan ya da şahit olan öğrencilerin olayı yaşadığı zaman dağılımı.

Tablo 15. Şiddeti uygulayan kişilerin cinsiyet ve yaş dağılımı.

Tablo 16. Yaşanan şiddet olayının tür dağılımı.

Tablo 17. Duydukları ya da şahit oldukları şiddetin TUS tercihlerini etkileme durumu.

Tablo 18. Hekime yönelik şiddetin nedenleri sorusunun cevap dağılımı.

Tablo 19. Hekime yönelik şiddete alınan önlem düzeyi sorusunun cevap dağılımı.

Tablo 20. Hekime yönelik şiddete ne gibi önlemler alınabilir sorusunun cevap dağılımı.

Tablo 21. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dalları karşılaştırılması.

Tablo 22. Öğrencilerin dönemlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dalları karşılaştırılması.

Tablo 23. Öğrencilerin şiddete şahit olma ve maruz kalma durumu ile çalışmayı düşündükleri yer karşılaştırılması.

Tablo 24. Öğrencilerin şiddete şahit olma ve maruz kalma durumuyla tercih etmeyi düşündükleri branş karşılaştırılması.

Tablo 25. Şiddetle karşılaşmanın tercihlere etkisi ile tercih etmeyi düşündükleri branş karşılaştırılması.

Tablo 26. Şiddetle karşılaşmanın tercihlere etkisi ile çalışmayı düşündükleri yer karşılaştırılması.

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

EEG: Elektroensefalografi

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SPECT: Single Photon Emission Computerized Tomography

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

TPH: Triptofan Hidroksilaz

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

I. GİRİŞ

Şiddet; kendine, başka bir bireye veya bireylere yönelik olarak, ruhsal ve fiziksel yaralanma hatta ölümle dahi sonuçlanabilen, güç kullanımı ya da tehdidin kasıtlı olarak uygulanması halidir (1). Sağlık alanında şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da başka bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için tehlike oluşturan sözlü, davranışsal tehdit veya fiziki saldırıdır (2). Şiddet tehlikesi tüm sağlık çalışanları için geçerlidir (3). Sağlık alanında şiddet ile ilgili çalışmalarda en çok sözlü ve fiziki şiddet türleri değerlendirilmekle beraber, son yıllarda ekonomik, psikolojik ve cinsel şiddetin de saldırı türleri arasında yer almakta olduğu görülmektedir (4).

Hekimler arasında yapılan bir çalışmaya göre şiddetle karşılaşma oranı %86 bulunmuştur (5). Ayrancı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada maruz kalınan şiddetin %69,5'ini sözel şiddetin oluşturduğu ifade edilmiştir (6). Sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma oranları ile ilgili yapılan çalışmalarda başka iş yerlerine göre daha çok şiddetle karşılaşmalarının olduğu fakat daha az miktarda kayıt edildiği ortaya çıkmıştır (7,8). Bundan dolayı gerçek rakamların düşünülenden daha çok olduğunun tahmin edildiği, hastanedeki bütün birimleri içeren çalışmalarda, şiddet oranlarının acil servis hizmeti veren bölümlerde daha fazla olduğu belirlendiği, acil servislerde yapılan çalışmalarda da şiddet oranlarının benzer olduğu belirtilmektedir (9-11).

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) sağlık alanında şiddetle karşılaşma oranlarını araştırdığı çalışmasında, iş yeri şiddeti oranı %45 olarak ifade

edilmiştir (12). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada ise, sağlık alanında şiddetle karşılaşma oranlarının diğer kurumlardan 16 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (13). İngiltere'de yapılan diğer bir çalışmada, sağlık personelinin %27'sinin son bir yıl içerisinde en az bir kez fiziksel saldırıya, %68'den fazlasının ise sözel saldırıya uğradığı belirlenmiştir (14).

Sağlık alanında şiddet olgularının istatistiksel olarak değerlendirildiği pek çok çalışma bulunmaktadır (4-6). Literatürde sağlıkta şiddet olgularının tıp fakültesi öğrencilerinin kariyer planlamalarına etkisine yönelik çalışmaya ise rastlanmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda sağlıkta şiddetin ciddiyetinin ve tıp fakültesi öğrencilerinin tercihlerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, tıp fakültesi öğrencilerinin hekime yönelik şiddet olgularına yönelik tutumlarının ne yönde şekillendiği ve bu alandaki şiddet olgularının uzmanlık alanı, çalışma ortamı ve gelecek planlarını ne şekilde etkilediği değerlendirilerek, sağlıkta şiddet olaylarının yükselişine dikkat çekmek, bu olayların tıp fakültesi öğrencileri üzerindeki etkilerini göstermek, bu etkileri dönemler arasında kıyaslamak ve alınabilecek önlemleri tartışmak amaçlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Kavramı

Şiddet, insanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar devam eden önemli bir halk sağlığı sorunudur ve soyut bir kavram olması sebebiyle birden fazla tanımlamaya sahiptir (15).

Türk Dil Kurumu (TDK) şiddeti; “1. Bir aksiyonun, bir kuvvetin derecesi, yeğlilik, 2. Kaba güç, 3. Duygu ya da davranışta aşırılık.” şeklinde tanımlamaktadır (16).

İngiliz diline baktığımızda, Oxford sözlüğünde ise “şiddet (violence)”: “zor, zorbalık, cebir.” şeklinde tanımlamıştır (17).

Sözcük olarak belirlenen manalara baktığımızda, şiddetin her kültürde farklı algılandığını görebiliriz. Günlük hayatımızda şiddet denince kavga etmek veya saldırmak ilk akla gelen davranışlar olmakla birlikte bireyler arasında şiddetin birçok çeşidiyle karşılaşmak mümkündür. Küfür, hakaret, cinsel ya da finansal baskı da bireyler arasında sık görülen şiddet çeşitleridir (18).

Şiddet kavramı, sosyologlar tarafından sertlik, sert ve kaba davranış olarak ifade edilir. Şiddet olayları ise; insanları sindirmek, korkutmak için meydana getirilen aksiyonlar veya çabalar olarak tanımlanmaktadır (19).

Michaud’a göre şiddet; “karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan biri veya birkaçının, direkt ya da endirekt, bir başkasının bedenine ya da törel bütünlüğüne, malına, simgesel, sembolik ya da kültürel değerlerine, miktarı

fark etmeksizin hasar verecek şekilde davranması” şeklinde tanımlanmıştır (20).

Şiddet, baskı ve kuvvet uygulayarak bireyin bedenlen veya ruhen zarar görmesine neden olan kişisel veya toplu davranışların tamamı olarak da tanımlanmaktadır (21).

2.2. Şiddetin Nedenleri

Birey, çevre ve kültür birbirleri ile yakından ilişkili ve birbirinden ayrılmaz kavramlardır. Çevredeki değişme veya bozunma, kültürde de yıpranmaya, bunun sonucunda birey ruh ile beden yapısında ve ilişkilerde değişimler ile bozulmalara yol açar (22).

Toplumsal kurallar gittikçe değişen çevreyle uyuşmamaya, toplumların nüfus olarak büyüdükçe kişiler arasındaki uzaklık ve iletişim sorunları çoğalmaya ve bireyler yaşadıkları çevreye hakim olmaya başladıkça şiddet dürtülerinin ortaya çıkmaya başladığı izlenmektedir (23).

Şiddet kavramının ortaya çıkmasına neden olan etkenleri, üç ana başlık altında inceleyebiliriz.

2.2.1. Biyolojik Etkenler

Genetik açıdan uygulanan çalışmalara baktığımız zaman, Coccaro ve arkadaşları, direkt fiziki saldırganlık izlenenlere genetik geçişin %47, dolaylı fiziksel saldırganlık izlenenlerde %40, sözlü saldırganlıkta %28 olduğunu belirtmiştir (24).

Tardiff'in çalışmasında cinsiyet kromozomlarının fazla olması (XXY ve XYY karyotipleri), merkezi sinir sisteminde gelişim problemlerine neden olarak suç gibi davranış sapmalarına neden olabileceği belirtilmektedir (25). Buna karşın, Schiavi ve arkadaşları, XXY ve XYY karyotipli kişilerin suçlu popülasyonun çok az bir kısmını meydana getirdiğini ifade etmektedir (26).

Nörotransmitterler açısından değerlendirildiğinde; serotonin nörotransmitteri saldırganlık davranışına baskılayıcı etki göstermektedir. Serotonin üretiminde hız limitleyici enzim triptofan hidroksilaz (TPH) enzimidir (27). Nielsen ile arkadaşlarının çalışmasında TPH genotipinin, kişilik bozukluğu bulunan erkek bireylerdeki dürtüsel saldırgan aksiyonlarla, dürtüsel suç ve davranış izlenen intihar teşebbüsleriyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir (28).

Serotonin dışında dopamin ve gama amino bütirik asit (GABA) şiddet güdüsünü azaltırken, vazopressin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin de şiddet güdüsüne artırıcı etki göstermektedir (29-32).

Hormonal ve metabolik açıdan değerlendirildiğinde; vücudumuzda endokrin sistemin salgıladığı hormonların duyu kontrolü üzerinde etkisinin bulunduğu bilinmektedir. Deney hayvanları üzerinde yapılan çalışmalarda şiddet içeren davranışlarda testosteronun etkili olduğu görülmüştür. İnsanlarda tükürük ve plazmada belirlenen serbest testosteron seviyesi ile şiddet aksiyonları arasında pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir (27). Fakat bu görüşe karşın antiandrojenik tedavilerin de saldırgan davranışları önlemekte etkili olmadığı belirtilmiştir (33). Virkkunen ve arkadaşlarının çalışmasında, antisosyal dürtüsel şiddet suçlularında beyin omurilik sıvısında (BOS) serbest testosteron seviyelerinde artış tespit edilmiştir. (34).

Saldırgan davranışlar ve hipoglisemi arasında pozitif korelasyon bulunduğu gözlenmiştir. Hipoglisemide santral nöron işlevi bozulmakta, bu da istenmeyen impulslara saldırgan cevap verme rizikosunu yükselten kognitif

işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (27). Dürtüsel saldırganlık nedeniyle şiddet eylemi gösterenlerde saldırgan davranış ve reaktif hipoglisemi varlığı arasında kesin bir bağlantı olduğu belirlenmiştir (35).

Alkol ve uyuşturucular, şiddet ve intihar davranışlarında önemli role sahiptir. Hem bireyin kişisel alkol kullanımı, hem de fetal dönemde maruz kaldığı alkol, şiddete meyilli bir birey inşa etmede etkili olmaktadır (36).

Kolesterol, kortizol, tiroid hormonu, kortikotropin, renin, progesteron, luteinizan hormon, melatonin ve prolaktin şiddetle ilişkileri olduğu düşünülen diğer hormonlardır (27,31).

Beyinde saldırganlıkla ilgili bölümler; temporal lob, limbik sistem ve amigdaladır. Dürtüsel eylemlerin kontrolünde orbitomediyal prefrontal korteks rol almaktadır. Buradaki hasarlar dizinhibe, şiddet ve intihara dönük davranışlara neden olur (27). Şiddet eylemini kontrol eden prefrontal kortikal işlevin, dürtüsel şiddet izlenen kişilerde bozuk olduğu belirlenmiştir (37,38). Dominant hemisfer temporal ile frontal lob bozukluklarının şiddetle yakın bağlantısının bulunduğu dair çalışmalar mevcuttur (36).

Elektroensefalografi (EEG), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ve Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) gibi görüntüleme teknikleri ile daha sağlam bilgiler elde edilmiştir. PET görüntülemelerinde, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireylerde sol frontal ile temporal loblarda metabolizma ile kan akım miktarında anormallikler izlendiği belirtilmiştir (39).

Yüksek şiddette fiziksel istismara maruz kalmış bireylerde bu istismar nedeniyle nöronal hasar meydana geldiği, bu nöronal hasarın bireyleri biyolojik açıdan saldırgan davranışlara meyilli hale getirdiğini iddia edilmektedir (40).

2.2.2. Psikolojik Etkenler

Şiddeti meydana getiren psikolojik etkenlerin sınıflandırılmasında bazı kuramlar bulunmaktadır. Bunlar; içgüdüsel kuram, engellenme-saldırganlık kuramı ve sosyal öğrenme kuramıdır.

Şiddetin esasen bireyde doğuştan mevcut içgüdüler olduğunu belirten görüşün en önemli üyesi Sigmund Freud'dur. Psikanalitik kuramın başlangıç zamanlarında, psikoseksüel gelişim dönemleri ile libidoyla daha çok ilgilenen Freud, saldırganlık dürtüsünü psikoseksüel gelişim süreci içerisinde değerlendirmiştir. Bireyin doyumuna engel olan ve tehdit eden hallerde egonun tepki göstereceğini belirtmiş ve bu tepkiler saldırganlık şeklinde düşünülmüştür. Freud başta kişiliğin gelişimiyle alakalı problemleri, belirli dönemlere takılıp kalmalarını, saldırganlığa neden olan sebepler arasında görürken, daha sonra saldırganlığı, direkt biyolojik içgüdülerle bağdaştırarak daha rijit bir model ortaya koymuştur (41).

Freud'a göre içgüdüler iki ana başlıkta incelenir: Yaşam ve ölüm içgüdü. Bu iki karşıt güç etkisinde varlığını korumaya çalışan organizma, nihayetinde ölüm içgüdüünün galibiyeti ile kurtulur. Ölüm içgüdüünün bireyi ortadan kaldırmasını yaşam içgüdüü engeller. Bu engelleme neticesinde, bireye işlemeyen ölüm içgüdüü öznenin çevresine yönelir. Öznede ölüm içgüdüü kuvvetlenince, diğer bireylere karşı saldırganlık yükselir. Bireyin haricindeki kişilere yönelmeyen saldırganlık ise kişinin kendine yönelir (41).

Engellenme sonucu saldırganlık kuramına baktığımızda; ana şiddet kaynağımız olan insan, belli ihtiyaç ve güdülerle yaşamını devam ettirir. Birey hayatı süresince bu ihtiyaç ile güdülerini doyurmaya çalışır. Bireyler belirli amaçlara yönelirken, aslında ihtiyaçları nedeniyle hareket ederler. İhtiyaçlar, yaşamın devamlılığı ile sosyokültürel ve fiziksel çevreye uyum için gerekli olan eylemlerin yapılmasını zorlayan sebeplerdir (42). Bu gereksinimleri

meydana getiren, bireyi bu gereksinimleri gidermek için eylemler sergilemeye zorlayan güç ise güdülerdir. Günlük yaşamımızda “dürtü” olarak kullanılır. İç ve dış uyarıcılar tarafından motive edilmiş eylem birey tarafından gerçekleştirilemezse bireyde gerginlik meydana gelir (42).

Güdüler doğal ve sosyal güdüler olarak ikiye ayrılır. Doğal güdülerin karşılanması mecburidir. Birey; beslenmek, nefes almak, uyumak ve üremek ister. Doğal güdülerden herhangi biri engellendiğinde, savunma mekanizması aktifleşir, bu da şiddeti ortaya çıkarır. Sosyal güdülerin karşılanamamasında bu durumlar meydana gelmez. Doob saldırganlığın tepkisel bir eylem olduğunu, bu sebepten şiddet eyleminin oluşumunda dürtülerin önemli pay sahibi olduğunu iddia etmişlerdir. Amaçlı bir eylemin engellenmesinin saldırganlık dürtüsüne yol açacağı, dolayısıyla saldırgan davranışın ortaya çıkacağı belirtilmiştir (43). Bireyin istediklerini yapamaması onu saldırganlığa ve dolayısıyla şiddete yöneltir. Grip nedeniyle hastaneye başvuran bir bireyin muayene olabilmek için beklemesi örneğinde; ortamdan dolayı bir engellenme mevcuttur. Engellenen bireylerde farklı reaksiyonlar gözlenebilmektedir. Engellenme kişide; mutsuzluk, içe kapanma gibi sonuçlar doğurabilir. Birey bu tarz bir durumla karşı karşıya kaldığında saldırgan davranışlar gösterebilmektedir (42).

Sosyal öğrenme kuramında; şiddet olaylarına sebebiyet veren saldırganlık dürtüleri, doğuştan bulunan değil, sosyal izlem süreci içerisinde öğrenilen dürtülerdir. Sosyal çevrede meydana gelen uyarıcılar saldırgan tepkilere neden olur. Bu kuramda öğrenmeler; araçsal öğrenme ile gözlem veya model alma yoluyla öğrenme şeklinde iki başlığa ayrılmaktadır (43).

Araçsal öğrenme kuramına göre, herhangi bir davranış tekrarlanır ya da ödüllendirilirse, o davranışın daha sonra tekrarlanma ihtimali artar. Saldırgan davranışı ödüllendirilen birey, diğer hallerde ve ortamlarda da aynı şekilde hareket edecektir (43).

Gözlem veya model alma yoluyla öğrenme kuramına göre kişi, emsal olarak belirlediği modelin hareketlerine benzer hareket etmeye çalışır. Çocuklarda pek çok yeni davranış dizilimini, emsal belirledikleri büyüklerin hareketlerini izleyerek öğrendikleri bilinmektedir (43). Bu kuramın önde gelen ismi Albert Bandura'dır. Öğrenmede temel faktörler taklit ile sonuçta elde edilen ödül ya da cezadır (41).

2.2.3. Sosyolojik Etkenler

Sosyolojik açıdan şiddet yapısal, ilişkisel, ekonomik ve kültürel sebeplerle ilişkilendirilmektedir.

Yapısal manada imkansızlığın, bireyleri yasadışı yöntemlerden isteklerine erişmeye ve şiddet uygulamaya zorladığı, ilişkisel manada şiddetin provokatif eylem ile söylemler neticesinde meydana geldiği, ekonomik anlamda bireylerin şiddet neticesinde kazanacaklarını hesap ederek bu eylemleri gerçekleştirdiği, kültürel manada bireyler arasında belirli hallerde ve kişilere karşı şiddet uygulanmasının yadırganmadığı ve bu durumun nesiller boyu devam ettiği belirtilmektedir (23). Sosyo-psikolojik açıdan değerlendirildiğinde, şiddetin meydana gelişinde içinde bulunulan toplumun yapısının ve hareketliliğinin etkisi olmakla birlikte, göç gibi çevre değişimleri yeni engellemeler doğurması ve bu değişen ortama uyum sağlanamamasının şiddete neden olduğu izlenmektedir (44-47).

Medyanın günlük hayatımızda kapladığı alan gün geçtikçe büyümekte ve medyada şiddet çokça yer almaktadır (48). Medyada içinde şiddet olmayan bir haberin neredeyse mevcut olmadığı zamanlardayız.

Günümüzde medya, çocukların günlük rutindeki durumlar ve olaylar karşısındaki tutum ve davranışlarını oluşturmasında etkin olmaktadır (49,50). Medyada genişçe yer bulan şiddetin kısa vadedeki etkisi erişkinlerde, uzun

vadedeki etkileri ise daha çok çocuklarda ortaya çıkmaktadır (51). Medyadaki şiddetin, özellikle de gerçek ve hayal ayrımını henüz tam idrak edememiş çocukları negatif doğrultuda etkileyerek şiddete olan meyillerinin yükseldiğini ifade eden çalışmaların yanında arttırmadığını belirten çalışmalarda mevcuttur (51,52).

Bir diğer önemli etken de çizgi filmlerdir. Bu mecralarda şiddetin bir problem giderme aracı olarak ortaya çıkması, ciddi bir sorundur. Şiddet içeren oyunları oynayan veya filmleri izleyen çocuk, iyi bir amaç uğruna da olsa şiddetin kullanılabileceği mesajını almakta ve “gözlemsel öğrenme” yoluyla şiddet davranışını içselleştirmektedir (52). Çalışmalarda gözlemsel öğrenme kuramından yola çıkılarak televizyondaki şiddet eylemlerinin izleyenleri etkileyip etkilenmediğinin araştırıldığı, yoğun şiddet bulunan yayınları izleyen genç izleyicilerde kısa dönemde şiddet davranışı üzerinde artış mevcut olduğu izlenmiştir (53-55).

2.3. Şiddetin Çeşitleri

Şiddetin komplike bir kavram olması ve birden fazla tanımlamasının bulunması, şiddet nedenlerinin araştırılması ve engellenmesine dönük çalışmaları da zorlaştırmaktadır. Bundan dolayı şiddet olguları çeşitli sosyal bilimler ile tıp tarafından birçok yönüyle incelenerek çoklu yaklaşımla değerlendirilmeli, adli yargı, sağlık ve diğer bireyler uyum içerisinde hareket etmelidir. Genel itibarıyla saldırgan şiddet, aile içi şiddet, çocuğa yönelik şiddet, yaşlıya karşı şiddet, kadına karşı şiddet ve intihar tarzında bir sınıflama mevcut olmakla birlikte sözel, fiziksel ve cinsel şiddet şeklinde de sınıflandırma bulunmaktadır (56-59).

2.3.1. Sözel Şiddet

Kişiye bağırarak kızgınlığı belirtme, kişiliğine veya benliğini oluşturan diğer bileşenlere karşı küfür veya hakaret etme, kabalık, saygısızlık gibi davranışlarda bulunma, tehdit etme ve suçlayıcı tarzda konuşma sözel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir. Sözel şiddetin meydana getirmiş olduğu hasarlar zor fark edilmekte ve bu hasarların kişide gerek fiziki gerekse ruhsal problemlere yol açabileceği öne sürülmektedir (56,60,61).

2.3.2. Fiziksel Şiddet:

Kaba gücün sindirme ve korkutma vasıtası olarak kullanılmasıdır. Direkt temasla, kesici, delici bir alet veya silah, araç, hayvan ya da fiziki üstünlük ile yumruk, tekme, tokat atma, itme, saç çekme, boğaz sıkma, vücut bölgelerinin ezilmesi ve hatta öldürülmesine varan istenmeyen fiziki temastır (43, 62-64).

2.3.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet:

Kişinin ruh sağlığını bozan, inciten ve sarsan, bireyi baskı altına alan tüm davranışlar psikolojik (duygusal) şiddet kavramı altında değerlendirilir. Psikolojik (duygusal) şiddet, bireyin kendisine karşı duyduğu değeri, öz benliğini ve saygısını yıpratmayı amaçlar ve şiddet uygulayan bireyin, mağdur veya mağdureyi kendi hegemonyası altına almak istemesini hissettirmeyi hedefler. Aşağılamak, görmezden gelmek, ayrımcılık psikolojik (duygusal) şiddet hareketlerine örnektir (65). Psikolojik (duygusal) şiddet mağduru birey mevcut hali normal kabul edebilmekte, yardım talebinde bulunmayabilmektedir. Kimi topluluklarda psikolojik (duygusal) şiddet normal görülebilmekte ve yardım çağrısı cevapsız kalabilmektedir (66). Psikolojik (duygusal) şiddetin süreklilik arz etmesi, psikolojik (duygusal) şiddet tanısının konulması adına önem taşımaktadır (43).

Psikolojik şiddet kavramı içeriğinde değerlendirilebilecek bir diğer eylem mobbingdir. Mobbing; bir iş yerinde hedef gösterilen bireye, gerçek amaç gizlenerek, başka bir birey veya bireyler tarafından insan onuru ile bağdaşmayan davranışlarla sistematik bir biçimde gayrihukuki yollarla uygulanan ve mobbing uygulanan bireyin psikolojik, ekonomik veya sosyal durumunda negatif etkiler oluşturan eylemler topluluğudur. Bağırma, hor görme, dışlama, faaliyetlerine engel olma mobbing uygulamalarına örnektir (67,68).

2.3.4. Cinsel Şiddet:

Cinsel şiddet; insanlık tarihinin başlangıcından itibaren, kültür ve coğrafya fark etmeksizin tüm toplumlarda rızası dışında, küçük yaşta olması ya da akıl hastalığı gibi nedenlerden dolayı rızası geçerli olmayan bir kişinin mahremiyetine, benliğine, varlığına ve çevresine karşı işlenen ve en ağır suçlardan biri olarak kabul gören bir şiddet şekli olup, kişiye rızası dışında korku, tehdit veya kandırma gibi davranışlarla güç veya baskı aracılığıyla cinsel içerikli imalar ya da şakalar yapmak, cinsel içerikli sözler dile getirmek, cinsel haz doyumuna binaen dokunmak, öpmek ve ırza geçmeyi içeren cinsel motivasyona dayalı eylemler şeklinde tanımlanmaktadır (57,59,60).

Cinsel şiddet eylemlerinin bir kısmı fiziksel şiddet de ihtiva etmektedir (69,70). Cinsel şiddet; ölümcül olmayan sonuçlar (istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik sorunlar vb.), psikolojik sonuçlar (kaygı, korku, depresyon, cinsel bozukluklar, yeme sorunu vb.) ve ölümcül sonuçlara (intihar, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) vb.) neden olabilmektedir (71).

2.3.5. Ekonomik Şiddet:

Finansal kaynaklar ile paranın kişi üstünde bir tehdit ve kontrol aracı şeklinde kullanılması ekonomik şiddet olarak tanımlanmaktadır (72). Yüksek enflasyon, artan işsizlik seviyesi ve kısıtlı sosyal güvenlik imkânları ekonomik şiddet açısından önemli etkenlerdir. Düşük maaşlar ve yüksek enflasyon, maalesef insancıl yaşamaya karşı tehlike arz etmektedir (73). Nitekim bu halin de bireylerdeki gerilimi artıracak ve toplumda şiddet seviyelerinde ve saldırgan davranış oranlarında yükselişe neden olacağı belirtilmiştir (74). Ekonomik şiddete maruz kalan bireyler engellenmiş kişilerdir ve fiziksel şiddet davranışlarına meyillidirler. Kişi, finansal anlamda barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçlarını gideremezse, şiddet ve saldırgan davranışlar bir çözüm yolu olarak ortaya çıkar (73). Ekonomik şiddete örnek olarak; finansal olarak bağımlı diğer bireylere para vermemek, harcamalar ve gelirler konusunda bilgi vermemek, diğer bireylerin çalışmasını engellemek, kazancına el koymak, mevcut mallarına el koymak gibi davranışlar örnek olarak gösterilmektedir (62,63).

2.4. Hekime Yönelik Şiddet:

2.4.1. Ülkemizde ve Dünyada Hekime Yönelik Şiddetin Boyutları:

İnsanlık tarihi boyunca gelişen tıp bilimi, günümüzde bulunduğu noktada pek çok problem ihtiva etmektedir (75). Sağlık alanında şiddet kavramı; hastalar, hasta yakınları ya da başka bir kişi kaynaklı, sağlık çalışanı adına tehdit ihtiva eden sözel veya fiziki tehdit, saldırı ile cinsel saldırıdan oluşan durum olarak ifade edilmektedir (2). Kliniklere başvuran ve yatırılan bireylerin buldukları alandaki pek çok engelleme ve kısıtlama, ayrıca rahatsızlıklarına binaen mevcut beden kontrolünde azalma, yakınlarından ayrı kalma, alışık olmadıkları bir mecrada bulunma, rutin hayatın dışında kalma gibi problemler mevcut bütünlüklerine yönelik bir tehdit

oluşturmakta ve özsaygıyı azaltmaktadır (76). Doğan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların mevcut hallerini idrak etmeye başladıklarında reaksiyonlarının öfke şeklinde meydana geldiğini, öfkenin görevli kişilerce anlaşılması gereken bir uyarı olduğunu, bireylerin duygularını sözel olarak aktaramaması sebebiyle tedaviyi kabul etmeme, işbirliğinden kaçınma, isteklerinde artma, devamlı şikâyet etme, karşısındakini iğneleme, tehditkâr bir tavır takınma gibi öfkelerini direkt sözlü ya da fiziki tehditlere eğilim gibi direkt veya dolaylı şekilde reaksiyon verdikleri izlenmiştir (77).

Diğer taraftan sağlıkta şiddette, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrası bariz bir yükselme izlendiği, performans sistemi ve rekabet gibi finansal konuların, bu yükselmenin temel sebepleri arasında olduğu belirtilmektedir (78). Mesleksel rizikolar anlamında ve genel anlamda eğitim seviyesindeki düşüklük göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının yüz yüze olduğu problemin büyüklüğü daha net idrak edilebilir (79,80). Mevcut durumlar karşısında sağlık çalışanları yalnız bırakılmakta, vakaları bildirmemekte, bildirdiği vakalar ise bir şekilde örtbas edilmeye çalışılmaktadır (81). Sağlıkta şiddet olaylarının gün geçtikçe yaygınlaştığı ve sağlık çalışanlarının şiddet açısından risk altında bulunduğu belirtilmiştir (82). Bu konuda yapılan bir çalışmada, işyerinde görülen şiddette, sağlık alanının ilk sırada geldiği belirtilmiştir (83).

Sağlık kurumlarında şiddet olaylarının gün geçtikçe artması, bu konunun ciddi bir halk sağlığı problemine dönüşmesi neticesinde ülkemizde ve dünyada bu alandaki çalışmalar artmıştır. Şiddet çeşitleri, şiddet mağdurları, saldırganlar, şiddetin raporlanması ve şiddet sebepleri, hastaneler ve klinikler özelinde araştırılmıştır (80,84). Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın hazırlamış olduğu şiddet raporunda; hekimlerin yaklaşık %74,5'i en az bir defa olmak üzere şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Hekimlik hayatı boyunca şiddetle karşılaşmadığını söyleyen hekimlerin oranı %25,5'te kalmıştır. Ayrıca hekimlerin %36,5'i şiddete son bir yıl içerisinde maruz kaldığını belirtmiştir. Bu da hekimlere yönelik şiddetin artma eğiliminde

oluşunu gözler önüne sermektedir (80). Ülkemizde yapılan başka çalışmalar da sağlıkta şiddetin yaygınlaştığını göstermektedir (85,86).

Dünya genelindeki çalışmalar incelendiğinde; Avustralya'da sağlık çalışanlarının %72'sinin, pratisyen hekimlerin %62'sinin işyerinde şiddete maruz kaldığı ifade edilmiştir. Bir yıllık süre içerisinde hemşirelerin %68'i, sağlık çalışanlarının %47'si, pratisyen hekimlerin %48'i şiddet vakalarını raporlamıştır. Şiddet çeşidi açısından daha çok sözel ve fiziki şiddet gözlenmiştir (87). Kanada'daki bir araştırmada, özellikle acil servislerde şiddet sıklığının oldukça fazla olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada, şiddete uğrama sıklığı %60, sözel saldırı oranı %76, fiziki tehdit ya da saldırı oranı %86 bulunmuştur. Katılanların %73'ü maruz kaldıkları şiddet eylemi nedeniyle korktuklarını ve %74'ü iş tatmininin düştüğünü ifade etmiştir. Şiddet mağdurlarının %67'si şiddet eylemini raporlamıştır (88). Yapılan diğer çalışmalarda Yeni Zelanda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere ve Avustralya'da sağlık kurumlarında görülen şiddet olgularında artış izlendiği belirtilmektedir (89-93).

2.4.2. Hekime Yönelik Şiddetin Nedenleri:

Sağlıkta şiddetin yükselişinde; sistemsel, finansal, politik ve sosyal etkenler ile saldırgan kişinin ruhsal durumu ve "hasta" rolüne dair psikolojik ihtiyaçlarının mühim olduğu ifade edilmektedir (94,95). Psikodinamik açıdan hasta bireyler müracaat ettiği hekimi idealize eder, yüceltir. Mevcudiyetine dönük bir tehlike durumunda hekime güvenir ve kendini teslim eder veya şüpheli davranarak tedavisine uymaz. Netice itibarıyla hekimle sağlıklı bir ilişki kuramadığından anlaşılmadığını ve bakımını beğenmediğini düşünür (96). Hastanın teşhis ve tedavi konusundaki tatminsizliği şiddete neden olabilmektedir (87). Hasta ve hasta yakınları açısından şiddetin başlıca nedenleri olarak hekimin onaylamadığı istekler ve sonunda meydana gelen çatışma, hekime karşı güvensizlik, yaşanan yoğun stres ve eğitim seviyesinin

düşüklüğü gösterilmiştir (97). Şiddet eyleminin gerçekleşme olasılığının hasta ve hasta yakınlarının alkol ve uyuşturucu kullanımı, silah taşımaları yanında uzun bekleme süreleri ile karşı karşıya kalmalarıyla beraber arttığı iletilmiştir (87).

Sağlık hizmetleri SDP'nin getirdiği netice itibariyle maddi bir metaya dönüşmüştür. Bu durum hastaların finansal imkânlarını daha ön planda tuttuğu için hasta-hekim ilişkisinde zedelenmelere yol açmaktadır (78). Bu sistemin getirmiş olduğu performans kaygısı, hekimlerin perspektifini değiştirmiş olmakla beraber hastaların güven duygusunda da hasara neden olmuştur. Bakılan hasta sayısı ile korele ücretlendirme sonucunda istenen, aslında gerekli olmayan tetkikler, hastaların yapılan işlemleri sorgulamasına neden olmuştur. SDP, sağlık hizmetlerinde kökten bir değişime neden olmuştur (98). Sağlık hizmetlerinde temel unsurlar olan devlet ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ayrımı sona ermiş ve hastaneler tek çatı altında birleştirilmiştir. Sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezleri almıştır. Sağlıkta özel sermayenin yerini genişletmesi desteklenmiştir. Kamu sigortasının özel hastaneleri de kapsamaya başlamasıyla, özel sağlık kuruluşlarındaki hizmet modelindeki nispeten hasta memnuniyeti odaklı uygulamalar kamu hizmet modelindeki problemlerinin görünürlüğüne artırmıştır. SDP içerisinde kamuda özel muayene ve muayenehane kavramlarının bitirilmesi ve tıbbi malpraktis gibi konular, kamuda çalışan hekimlerin refah düzeyini olumsuz yönde etkilemiştir. Ayrıca hastalar uygulanması önerilen tedavinin hastalık nedeniyle mi yoksa performans kaygısıyla mı önerildiği konusunda şüpheye düşmektedirler (78). Oluşan bu şüphe ortamı tıbbi malpraktis riski ile birlikte hasta-hekim ilişkisinin hasar görmesine neden olmuştur (85). Hastalar bu şüphe nedeniyle teşhisinin doğruluğuna ancak birden fazla hekim tarafından aynı tanı ve tedavi önerildiğinde inanmaktadır. Farklı hekimlerin görüşlerinde herhangi bir ayrılık bulunması halinde hastalar bunun hesabını sormayı ve ceza kesmeyi kendilerine hak görmekte, yasal yollara başvurmak istememektedirler (99). SDP'nin meydana getirdiği bu süreç, hekimler açısından saygınlık ve hak

kayıpları yanında hekimlerin güvenliğine karşı tehdidin artmasına da neden olmaktadır. Bu dönem hekimler açısından belirsizliklerin arttığı, mesleki saygınlık, toplumsal saygınlık ve özlük haklarında aşınmayla birlikte çalışma güvenliğinin de zayıfladığı bir dönem olarak deneyimlenmektedir (78). Mevcut durum nedeniyle hastalar ve sağlık çalışanlarının karşı karşıya gelmesi, şiddet eylemlerine zemin hazırlamaktadır (80,85). Şiddetle karşılaşmanın yüksek olduğu bölümler olan psikiyatri ve acil servis gibi bölümlerin yanında günümüzde diğer branşlardaki hekimlerin de şiddet görme oranı yükselmiştir. Bu atmosfer maalesef cinayetlere varan şiddet eylemlerini doğurmakta, hekimlerin çalışma motivasyonunu kırmakta ve hekimleri umutsuzluğa sevk etmektedir (78).

Sağlık personellerinin, şiddetle mücadele, iletişim ve kriz yönetimi konularında deneyimli olmayışı da şiddet olaylarını artıran nedenlerdendir (100). Şiddet eylemine neden olmamak, saldırgan eylemin öncesinde eylemin gerçekleşeceğini anlamak ve saldırgan davranışa uygun karşı davranış geliştirmek hususunda eğitim alınmaması, şiddet olaylarının önüne geçilmesinde olumsuz etki göstermektedir. Sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda personelin büyük çoğunluğunun saldırgan davranışı önlemeye yönelik eğitim almadığı, personelin hasta ve hasta yakınının nasıl saldırganlaşabileceğini ve oluşabilecek kriz halini nasıl yönetebilecekleri konusunda kendisine güvenmediğini gösterilmiştir (101-103). Hastane idaresinin personelinin arkasında durmaması, şiddeti önleme açısından ciddi bir tutum sergilememesi, şiddet eylemlerinin engellenmesini güçleştirmektedir (104). Gürültülü ve kalabalık alanlar, kullanışsız hastane mimarisi, personel sayısındaki yetersizlik, bekleme sürelerinin uzunluğu ile yetersiz güvenlik önlemi gibi yapısal sorunlar da sağlıkta şiddetin artışına neden olan faktörler arasında gösterilmiştir (105,106).

Ülkemizde medyanın sağlıkta şiddet hususunda hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının yanında olmamasının da olumsuz etkileri mevcuttur. Ayrıca hekimlerin çalışma saatlerindeki çokluk ve düzensizlikler, performans

sistemi ile ilişkili olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (78).

2.4.3.Hekime Yönelik Şiddet Uygulayan Bireylerin Özellikleri:

Saldırgan bireylerin büyük bir kısmını hastalar ve yakınları oluşturmaktadır (107-113). Şiddet eylemini gerçekleştiren bireylerin büyük çoğunluğunun erkek olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (80,100,108,110,114,115). Şiddete meyilli bireylerin çoğunlukla orta yaş erkek, düşük gelir düzeyi, yanında silah bulundurabilen, toplum ile problemleri olan, çoğunlukla sabıkalı bireyler olduğu belirtilmektedir (100,103). Şiddet mağduru hekimlerin yaklaşık %60'ı hasta yakınlarının saldırgan davranışlarıyla karşı karşıya geldiklerini belirtmiştir. Öte yandan hekimlerin %13'ü hastane yönetimi ve çalışma arkadaşları tarafından şiddete uğradıklarını belirtmiştir. Hekimlere saldırgan davranış ve gelir düzeyi arasındaki bağlantı sorulduğunda; hekimlerin %66'lık oranla gelir düzeyi düşük hasta ve hasta yakınlarının daha çok şiddet eylemini gerçekleştirdiğini, daha üst gelir düzeyler hasta ve hasta yakınlarında bu oranın orta düzeyde %36,9, üst gelir düzeyinde %28,6 oranında olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Yine hasta ve yakınlarının eğitim düzeyi ile şiddete meyil arasındaki bağlantı sorulduğunda, hekimlerin %87'sinin düşük eğitim düzeyindeki bireylerin daha saldırgan davranış gösterdiği düşüncesinde olduğunu göstermiştir (80). Bunların dışında hasta yakınlarının refakatinde oldukları hastaların daha acil olduğu fikri, uzun bekleme sürelerinden sıkılması ve bir an önce hastasıyla ilgilenilmesini istemesi, beklentilerin yüksek tutulması, işlem sırası ve öncelikler konusunda adaletsizlikler olduğu düşüncesine kapılması, hastanede mevcut kalabalık ve stres ortamı, ayrıca psikiyatrik, nörolojik ve metabolik rahatsızlığı bulunan hastalardaki iç uyaranlar saldırgan davranışta bulunan bireyler ile ilgili özelliklerdir (100,109,114,116-120).

2.4.4. Şiddet Mağduru Sağlık Çalışanlarının Özellikleri:

Şiddet mağduru sağlık çalışanları çalıştıkları yere, mesleklerine ve cinsiyetlerine göre kendi arasında farklılık göstermektedir. Ülkemizde ve dünyada bu konu sıklıkla işlenmiştir. Hastanede çalışılan bölüm, şiddet olaylarının gerçekleşmesi açısından önemlidir (121). Hasta ile daha az karşılaşma görülen kliniklerde şiddet olayları doğal olarak daha az yaşanmaktadır. Bu tarz alanlara görüntüleme ve laboratuvar alanları gösterilebilir (122). Hastaların acil durumları ve mevcut kalabalıklık nedeniyle acil servisler şiddet vakalarının en sık yaşandığı yerlerdir (14). Psikiyatri klinikleri de şiddet olaylarının sıklıkla yaşandığı yerler arasındadır (123). Yapılan bir çalışmada; Almanya'da psikiyatri kliniklerinde çalışan sağlık personellerinin %96,7 oranındaki yüksek çoğunluğu sözlü şiddetle karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir (124). Ülkemizde fiziksel şiddet mağduru sağlık çalışanlarının %82'si psikiyatri kliniğinde şiddet eylemiyle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (125).

Şiddet olaylarının meydana geliş sıklığı, sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre de farklılık arz etmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, sağlıkta şiddet mağdurlarının %43,4'ünü hemşirelerin, %13,8'ini ise hekimlerin oluşturduğu ifade edilmiştir (14). İtalya'da yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %49'unun son bir yılda şiddet eylemiyle karşı karşıya kaldıkları ifade edilmiştir (123). Hekime yönelik şiddet olayları da sıklıkla görülmektedir. İsrail'de yapılan bir çalışmada, son bir yılda hekimlerin %56'sının sözel şiddet, %9'unun ise fiziksel şiddet ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir (126). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %60,9'unun iş yerinde şiddetle karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir (119).

Sağlıkta şiddetle karşılaşma ve cinsiyet konusunda da çalışmalar mevcuttur. Dünyada yapılan çalışmalarda, kadın cinsiyetin şiddetle karşılaşmasının daha fazla olduğu belirtilmektedir (110,127).

Şiddet olaylarının gelişimindeki diğer faktörler çeşitli çalışmalarla incelenmiştir. Gece saatlerinde nöbet esnasında şiddet olaylarının daha çok meydana geldiği belirtilmiştir (111). Yapılan bir çalışmada ilk 5 yılda şiddetle karşılaşma riski daha yüksek bulunmuşken, başka bir çalışmada ise 5-10 yıllık tecrübedeki sağlık çalışanlarında şiddetle karşılaşma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (58,120). Yaşa göre şiddetle karşılaşmayı değerlendiren çalışmalarda; en çok %54,5 oranıyla 30-39 yaş aralığındaki bireylerde şiddetle karşılaşmanın görüldüğü, en az %21,1 oranıyla 50 ve üstü yaş grubundaki bireylerde şiddetle karşılaşmanın görüldüğü belirtilmiştir. Şiddetle karşılaşanların oranı pratisyen hekimlerde %67,6, cerrahi branşlarda görev yapan hekimlerde %53,8, dahili branşlarda görev yapan hekimlerde %47,9 olarak bulunmuştur. 1. ve 2. basamak kamu sağlık kuruluşlarında şiddet olayları daha çok görülmekteyken, 3. basamak sağlık kurumlarında ve özel kuruluşlarda şiddet olayları daha az görülmektedir (58). Ülkemizde araştırma görevlileri ve intern hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada; fiziki imkânlardan, üstlerle ilişkilerinden ve çalışma sürelerinden rahatsızlık duyanların şiddetle karşılaşmalarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada vardiya usulü çalışanların %72'sinin, vardiya usulü çalışmayanların %59,3'ünün şiddetle daha çok karşı karşıya geldikleri izlenmiştir. İş yükünü ağır bulan ve ekonomik sıkıntı yaşayan personelin şiddetle karşılaşmasının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bekâr personelin %62,2'sinin, evli personelin %58,3'ünün, mesleğiyle ilgili geleceği açısından kaygılı olanların %76'sının, kaygılı olmayanların %48,9'unun şiddet olayıyla yüz yüze geldiği bildirilmektedir (119).

2.4.5. Sağlıkta Şiddet Olaylarının Raporlanması:

Şiddet olayların raporlanmasının yeterli düzeyde olmaması, sağlıkta şiddetin belirtilenden çok daha fazla görüldüğünü düşündürmektedir. Yalnızca yaralanma ile sonuçlanan olayların ciddiye alınması ve diğer şiddet

türlerinin normal ve doğal karşılanması, hastanelerin engelleyici tutumu ve hastane yönetiminden destek görememe korkusu raporlamanın yeterli düzeye ulaşmasına engel teşkil etmektedir (103,128,129). Ülkemizde de sağlık personelinin şiddet olaylarını raporlama düzeyi istenen seviyenin çok altındadır. Yapılan çalışmalarda yaşanan şiddet olaylarının raporlanmasının %26,8 ve %24 seviyelerinde kaldığı görülmüştür (130,131). Şiddet olayının meydana gelmesinden sonra şiddet mağduru sağlık çalışanının genellikle sessiz kaldığı ve harekete geçmediği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, fiziki ve emosyonel iyilik haline yani insan sağlığına dikkate değer seviyede hasar veren şiddet vakalarıyla yüz yüze kalan hemşirelerin yarısının olay sonrası yardım çağırmadığı ifade edilmiştir (123,124). Şiddet olayı sonrasında sağlık çalışanlarının %70 kadarının hastayla ilgilenmeye devam ettikleri, %30 kadarının hastayı devrettiği belirtilmiştir (97). Yapılan diğer çalışmalarda sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının şiddet vakalarını üstlerine yalnızca sözel olarak bildirdiği, %16'lık kısmın olayı yazılı ve resmi olarak raporladığı (132), başka bir çalışmada şiddet mağdurlarının 3'te 2'sinin şiddeti hastane idaresine iletmediği belirtilmiştir (101). Şiddet olaylarının raporlanmasında genç sağlık personellerin daha istekli olduğu izlenmektedir (133).

2.4.6. Şiddet Olaylarının Sağlık Çalışanları Üzerine Mevcut ve Muhtemel Etkileri:

Şiddet olaylarının sağlık çalışanları üzerinde negatif etkilere neden olduğu açıktır (98). Öfke, anksiyete, bitkinlik, kronik ağrı, kendine güvensizlik, moral bozukluğu, iş tatmininde düşüş, uyuyamama veya kâbus görme, korku, alkol kullanımı, hayatı tehdit edecek derecede fiziki yaralanma, tükenmiş ruh hali ve işin bırakılması gibi problemler meydana gelebilmektedir (110,111,116,120,134-139). Yapılan diğer bir çalışmada, şiddet mağduru sağlık çalışanının diğer hastalara uyguladığı tedavinin niteliğinde düşme meydana geldiğini belirtilmektedir (110). Bölümlere plansız dağıtım ve iş

yükünün fazlalığı, durumu kritik hastalarla ilgilenen sağlık personelinde motivasyon eksikliği ve gerginliğe sebebiyet vermektedir. Bu gerginlik, çalışanın üretimini ve verimini düşürmekte, iş tatminini azaltmakta, hatta iş bırakmaya kadar gidebilmektedir (140). Kanada'da acil servis personelleri ile yapılan bir çalışmada; şiddet eylemiyle karşı karşıya kalan çalışanların yaklaşık yarısında geri kalan çalışma saatlerinde performans ve konsantrasyonların da düşüş mevcut olduğu, %74'ünde iş sevgisinde azalma,%38'inde başka bir sektörde çalışma düşüncesinin meydana geldiği ifade edilmiştir (88). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şiddet mağduru çalışanların %56,2'sinde anksiyete ve irritabilite artışı saptanmıştır (120). Yapılan bir başka çalışmada, Samsun ilinde psikiyatri bölümünde çalışan personelinin kaygı skorları normalin üzerinde bulunmuş, bu durum psikiyatri kliniklerindeki şiddet riskinin yüksekliği lehine yorumlanmıştır (141). Sağlık alanındaki şiddet, maalesef sadece sağlık çalışanlarını ve hastaları etkilemekle kalmamaktadır. Çalışanın ailesi ve arkadaşları adına da negatif etkilerden söz edilebilmektedir (96). Sağlık çalışanında şiddet sonrası ortaya çıkan psikiyatrik yakınmalar, fiziki yaralanmalar ve çalışanın alacağı tehditler aile içi ilişkilere gerginlik ve stres eklemek suretiyle aile huzurunu da bozacaktır (135). Bunun dışında hekimler şiddet tedirginliği nedeniyle ilgilendi algısını oluşturmak adına hastaya gerekli olmayan tetkikler yaptırabilmekte, riskli hastalara dokunmamaya, çalıştığı kurumda imkânı olsa dahi şiddet korkusu nedeniyle sevk etmeye çalıştığı gözlenmektedir (99).

2.5. Yasal Mevzuat

Sağlık alanında şiddete yönelik alınması gereken tedbirlerde öncelikle şiddete müsaade edilmeyen bir atmosferin oluşturulması, işyerinde gerçekleşen şiddet olaylarının türünden bağımsız olmak üzere suç olarak kabul edilmesi ve bu suça karşı gerekli hukuki zeminin sağlanması önemlidir (136). Suçun varlığından ziyade suçluya gereken cezai müeyyidenin uygulanabilmesi asıl önemli unsurdur (80).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 12. maddesinde; *“Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir. Temel hak ve hürriyetler, kişinin topluma, ailesine ve diğer kişilere karşı ödev ve sorumluluklarını da ihtiva eder.”* ifadeleri mevcuttur. 17. maddesinde; *“Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz. (Değişik: 7/5/2004-5170/3 md.; 16/4/2017-6771/16 md.) Meşrû müdafaa hali, yakalama ve tutuklama kararlarının yerine getirilmesi, bir tutuklu veya hükümlünün kaçmasının önlenmesi, bir ayaklanma veya isyanın bastırılması veya olağanüstü hallerde yetkili merciin verdiği emirlerin uygulanması sırasında silah kullanılmasına kanunun cevaz verdiği zorunlu durumlarda meydana gelen öldürme fiilleri, birinci fıkra hükmü dışındadır.”* ifadeleri bulunmaktadır. 56. maddesinde; *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* ifadeleri mevcuttur (142).

Türk Ceza Kanunu'nun 86. maddesinde; *“(1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

(2) (Ek fıkra: 31/3/2005 – 5328/4 md.) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif

olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,

b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,

d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

e) Silahla,

işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.” ifadeleri mevcuttur.

87. maddesinde; “(1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) (Değişik: 6/12/2006 – 5560/4 md.) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan on iki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise on iki yıldan on altı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.” ifadeleri bulunmaktadır.

105. maddesinde; “(1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) (Değişik: 18/6/2014-6545/61 md.) Suçun;

a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkisinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

e) Teşhir suretiyle, işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz.” ifadeleri mevcuttur. 106. maddesinde; “(1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara

uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

(2) Tehdidin;

a) Silahla,

b) Kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle, imzasız mektupla veya özel işaretlerle,

c) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

d) Var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak,

işlenmesi halinde, fail hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Tehdit amacıyla kasten öldürme, kasten yaralama veya malvarlığına zarar verme suçunun işlenmesi halinde, ayrıca bu suçlardan dolayı ceza verilir.” ifadeleri bulunmaktadır.108. maddesinde; “(1) Bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar artırılarak hükmolunur.” ifadesi mevcuttur.

125. maddesinde; “(1) Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilat ederek işlenmesi gerekir.

(2) Fiilin, mağduru muhatap alan sesli, yazılı veya görüntülü bir iletiyle işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkrada belirtilen cezaya hükmolunur.

(3) Hakaret suçunun;

a) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı,

b) Dini, siyasi, sosyal, felsefi inanç, düşünce ve kanaatlerini açıklamasından, değiştirmesinden, yaymaya çalışmasından, mensup olduğu dinin emir ve yasaklarına uygun davranmasından dolayı,

c) Kişinin mensup bulunduğu dine göre kutsal sayılan değerlerden bahisle, İşlenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

(4) (Değişik: 29/6/2005 – 5377/15 md.) Hakaretin alenen işlenmesi halinde ceza altıda biri oranında artırılır.

(5) (Değişik: 29/6/2005 – 5377/15 md.) Kurul hâlinde çalışan kamu görevlilerine görevlerinden dolayı hakaret edilmesi hâlinde suç, kurulu oluşturan üyelere karşı işlenmiş sayılır. Ancak, bu durumda zincirleme suça ilişkin madde hükümleri uygulanır.” ifadeleri mevcuttur.

265. maddesinde; “(1) Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun yargı görevi yapan kişilere karşı işlenmesi halinde, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Suçun, kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte biri oranında artırılır.

(4) Suçun, silahla ya da var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Bu suçun işlenmesi sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerinin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.” ifadeleri bulunmaktadır (143).

Son zamanlarda iş yerlerinde ve özellikle sağlık alanında şiddetteki artış hasebiyle ülkemizde çalışmalar yapılmaktadır (144). İş ve işçi/çalışan güvenliğine dönük ilk mevzuat, 16.10.2009 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”dir (145). 19.03.2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)” hakkındaki Başbakanlık Genelgesi’ne mahsuben Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından

“Alo 170” hattı aktif hale getirilmiştir (146). 06.04.2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren bir diğer yönetmelik olan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile sağlıkta şiddetin önüne geçmek adına adımlar atılmaya başlanmıştır (145). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında revize edilen “Sağlıkta Kalite Standartları” rehberi aracılığıyla hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, sağlık kurumlarının personel güvenliği açısından aldığı tedbirlerin uygulanmasını takip etmek amaçlanmıştır (145). İçişleri Bakanlığı tarafından yayımlanan 26.04.2012 tarihli “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması” genelgesinde; ifa ettikleri kamu görevi hasebiyle sağlık çalışanlarına dönük; yaralama, tehdit ve hakaret (Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 86-87, 106, 125) şeklinde fiillerin varlığı durumunda, şikâyet mevcudiyetine bakılmaksızın, sağlık kurumlarında görev yapan kolluk kuvvetlerine direkt işlem başlatılması, ilgili cumhuriyet savcılığının bilgilendirilmesi ve soruşturmanın başlatılması görevi verilmiştir (145). 28.04.2012 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ile şiddet mağduru sağlık çalışanlarına hukuki yardım yapılmasına karar verilmiştir (147). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” başlıklı genelge yayımlanmıştır. Bu genelgede hedef “sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması” şeklinde belirtilmiştir. Bu hedef çerçevesinde “Beyaz Kod” uygulaması, sağlık çalışanına dönük tehdit, taciz veya kavga gibi hallerde en yakın güvenlik görevlisi tarafından olaya müdahale edilmesi ve kayıt altına alması şeklinde kullanılmaya başlanmıştır (148). Vilayetlerimizde hukuki süreci takip etmek adına avukatlar sorumluluğunda il sağlık müdürlüklerinde “Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri”, bakanlık merkez teşkilatında ise “Bakanlık Beyaz Kod Birimi” kurulmuştur. Merkez birim, 7/24 aktif olarak, “113” numaralı telefon hattı ile “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet adresi ile çalışmaktadır. Merkez birim; ülke genelindeki sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olaylarını takip ve analiz etmekte, sağlık personeline hukuki ve

psikolojik destek sağlamaktadır (145). 30.06.2012 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren, "6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası" ile yapılan bir takım düzenlemeler ile çalışan sağlığını korumak adına belirli önlemler alınması kararlaştırılmıştır (146). Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından 14.01.2013 tarihinde, sağlık alanında artan şiddet olaylarının araştırılması ve alınacak tedbirlerin tespit edilmesi adına "Meclis Araştırması Komisyonu" kurulmuş ve şiddeti engellemek adına alınacak önlemleri ihtiva eden 66 maddelik bir raporun hazırlanması sağlanmıştır (149). 02.01.2014 tarihinde kabul edilen 6514 sayılı kanun ve 3359 sayılı kanuna eklenen madde ile kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görevli personele görevi esnasında ve görevi nedeniyle işlenen kasten yaralama suçları tutuklama sebebi sayılan suçlar kapsamına alınmıştır (150).

III. GEREÇ ve YÖNTEM

Yapmış olduğumuz çalışma, bir anket çalışması olup kesitsel ve tanımlayıcıdır.

Çalışmamız, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, şiddet olayları ile karşılaşmalarını, şiddet olaylarına bakış açılarını ve kariyerlerine olan etkilerini değerlendirmek amacıyla, Microsoft Office 2007 programından faydalanılarak toplam 6 sayfadan oluşan, anketin yapılış amacını ve katkılarını izah eden bir paragraf ile birlikte toplam 29 adet soru içeren bir anket formu hazırlandı ve önüne 2 sayfadan oluşan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" eklendi (EK 1-2).

Anketin uygulanması için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'na yazı yazılarak Etik Kurul, Fakülte Yönetim Kurulu ve Dekanlık makamlarından gerekli izinler alındı (EK 3-4-5).

01.07.2019-08.10.2019 tarihleri arasında öğrencilerin katılmış oldukları ders saatlerinde ziyaret edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilerin yazılı onamları alındı. Anket formlarında mevcut "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" çalışmaya katılan tüm öğrenciler tarafından imzalandı.

2019-2020 Akademik Yılı içerisinde, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kayıtlı 1323 öğrenci mevcut olup, bu öğrencilerin 997'sine ulaşılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 983 (%74,4) öğrencinin yeterli düzeyde doldurmuş olduğu anket formu çalışma kapsamına alınmıştır.

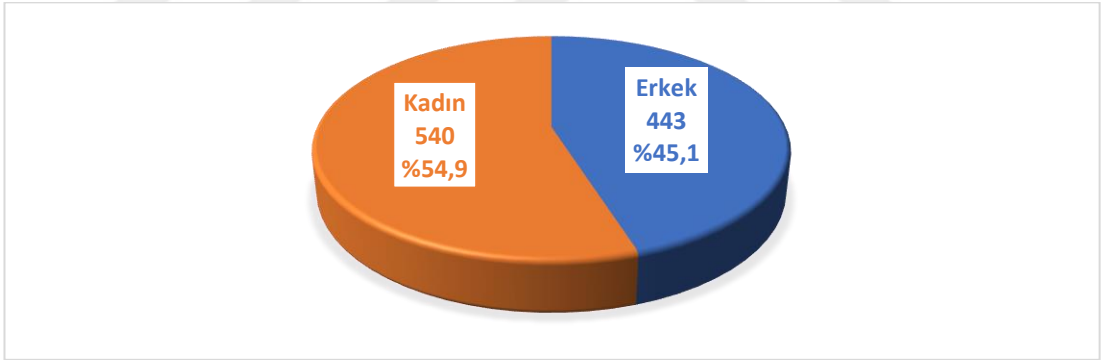
Anket çalışması sonucu elde edilen değerlerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Gruplar arasındaki ilişki Ki-Kare (X^2) testi ile tespit edilerek anlamlılık düzeyi $p>0.05$ olduğunda anlamsız, $p<0.05$ olduğunda anlamlı, $p<0.01$ olduğunda çok anlamlı, $p<0.001$ olduğunda çok çok anlamlı olarak kabul edildi. Sonuçlar tablo ve grafikler halinde sunularak tartışıldı.



IV. BULGULAR

Bu çalışma, 01.07.2019-08.10.2019 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan kayıtlı 1323 öğrenciden 997'sine (%75,3) ulaşılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 985'i (%74,4) ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Yeterli düzeyde doldurulmayan iki anket formu çalışmadan çıkartılmış ve geriye kalan 983 (%74,3) anket değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan 983 öğrencinin 540'ı (%54,9) kadın, 443'ü (%45,1) erkektir (**Grafik 1**) .



Grafik 1. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet dağılımı.

Çalışmaya katılan tüm öğrencilerin ortalama yaşı $20,83 \pm 2,05$ (minimum 17, maksimum 29) olarak bulunmuştur (**Tablo 1**).

Tablo 1. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları.

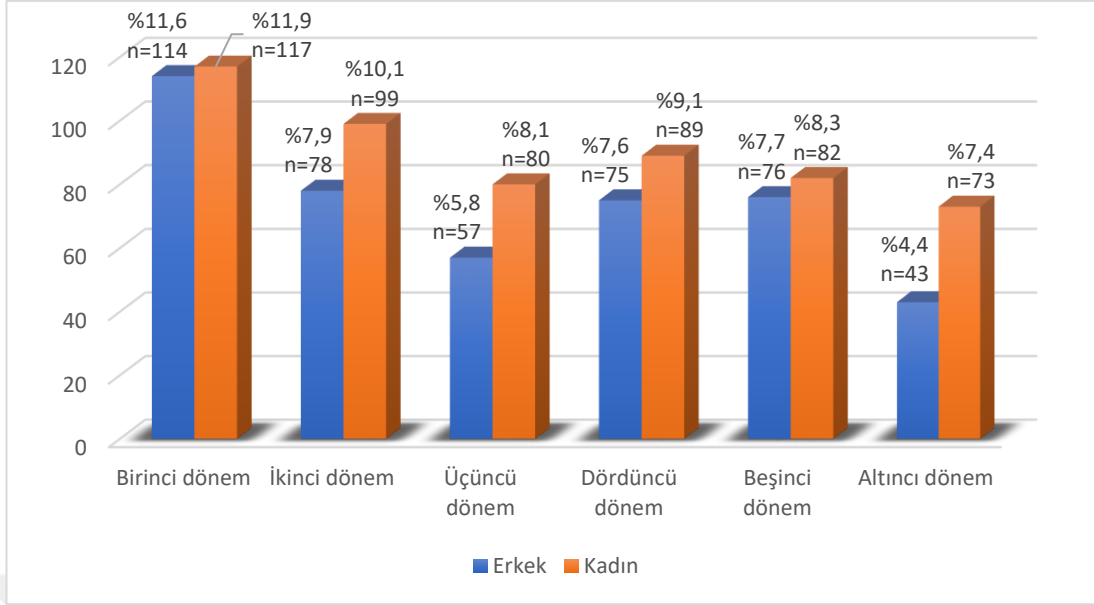
	Sayı (n)	Minimum	Maksimum	Ortalama yaş
Kadın	540	17	26	20,83 ± 2,05
Erkek	443	17	29	20,78 ± 1,91
Toplam	983	17	29	20,83 ± 2,21

Çalışmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları liseler incelendiğinde; 448'inin (%45,6) Anadolu lisesi mezunu, 399'unun (%40,6) Fen lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları liseler.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Mezun olunan lise	Anadolu lisesi	448	45,6
	Fen lisesi	399	40,6
	Özel lise	51	5,2
	Diğer liseler	47	4,8
	Temel lise	38	3,9

Çalışmaya katılan öğrencilerin dönem dağılımları incelendiğinde; 231'inin (%23,5) birinci dönem öğrencisi, 177'sinin (%18) ikinci dönem öğrencisi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre dönemlere dağılımı **Grafik 2**'de detaylı olarak verilmiştir.



Grafik 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre dönemlere dağılımı.

Çalışmaya katılan öğrencilerin kardeş sayıları incelendiğinde (kendileri de dahil olmak üzere); ortalama $2,26 \pm 0,98$ (minimum 1 maksimum 11) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin kardeş sayılarının dağılımı incelendiğinde; 612'sinin (%62,3) iki kardeş, 174'ünün (%17,7) üç kardeş, 121'inin (%12,3) ise tek çocuk olduğu belirlenmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 3. Çalışmaya katılan öğrencilerin kaç kardeş olduklarının dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Kaç kardeş oldukları (kendisi de dahil olmak üzere)	İki kardeş	612	62,3
	Üç kardeş	174	17,7
	Tek çocuk	121	12,3
	Dört kardeş	50	5,1
	Beş ve daha fazla kardeş	26	2,6

Çalışmaya katılan öğrencilerin kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımı incelendiğinde; 535'inin (%54,4) birinci çocuk, 354'ünün (%36,1) ikinci çocuk olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 4. Çalışmaya katılan öğrencilerin kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Kaçınıcı çocuk	Birinci çocuk	535	54,4
	İkinci çocuk	354	36,1
	Üçüncü çocuk	71	7,2
	Dördüncü çocuk	12	1,2
	Beşinci veya daha fazla	11	1,1

Çalışmaya katılan öğrencilerin babalarının meslekleri incelendiğinde; 416'sının (%42,3) özel sektörde olduğu veya kendi işini yaptığı, 313'ünün (%31,8) devlet memuru olduğu belirlenmiştir (**Tablo 5**).

Tablo 5. Çalışmaya katılan öğrencilerin babalarının mesleklerinin dağılımı.

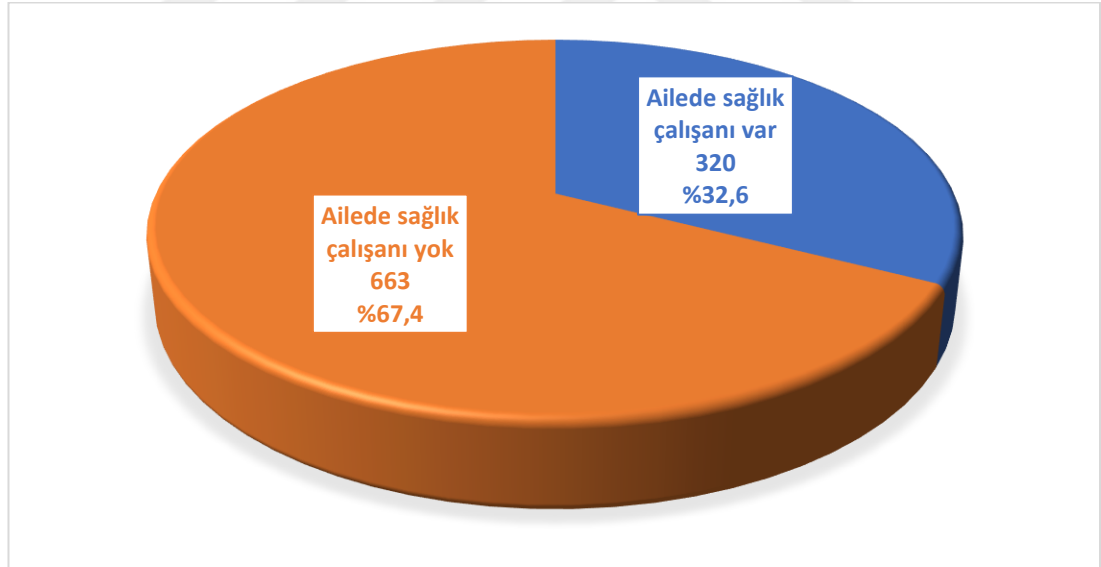
		Sayı(n)	Yüzde(%)
Baba mesleği	Özel sektör/Serbest meslek/Esnaf	416	42,3
	Devlet memuru	313	31,8
	Çalışmıyor (İşsiz/Emekli)	193	19,6
	Sağlık çalışanı (Emekliler dahil)	61	6,2

Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin meslekleri incelendiğinde; 539'unun (%54,8) çalışmadığı, 194'ünün (%19,7) devlet memuru olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6**).

Tablo 6. Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin mesleklerinin dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Anne mesleği	Çalışmıyor (Ev hanımı/İşsiz/Emekli)	539	54,8
	Devlet memuru	194	19,7
	Özel sektör/Serbest meslek/Esnaf	138	14,0
	Sağlık çalışanı (Emekliler dahil)	112	11,4

Çalışmaya katılan öğrencilerin ailelerinde sağlık çalışanı mevcudiyeti incelendiğinde; 320'sinin (%32,6) ailesinde sağlık çalışanı mevcut olduğu belirlenmiştir (**Grafik 3**).



Grafik 3. Sağlık çalışanı yakını olan öğrencilerin dağılımı.

Sağlık çalışanı yakını olan 320 öğrencinin yakınlık durumu incelendiğinde; 80'inin (%24,9) annesi, 75'inin (%23,4) kardeşlerinin sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir (**Tablo 7**).

Tablo 7. Sağlık çalışanı yakını olan öğrencilerin yakınlıklarının dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Ailede bulunan sağlık çalışanlarının yakınlık derecesi	Anne	80	24,9
	Kardeş	75	23,4
	Hala /Teyze/Amca/Dayı	54	16,8
	Kuzen	51	15,9
	Anne ve Baba	32	10,3
	Baba	28	8,7

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yerler incelendiğinde, 285'inin (%29,0) ailesiyle, 263'ünün (%26,8) yurttta, 208'inin (%21,2) yalnız yaşadığı belirlenmiştir (**Tablo 8**).

Tablo 8. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yerlerin dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaşadıkları yer	Ailesiyle birlikte	285	29,0
	Yurttta	263	26,8
	Tek başına	208	21,2
	Arkadaşlarıyla	206	21,0
	Diğer (akraba, oda, misafirhane vs.)	13	1,3

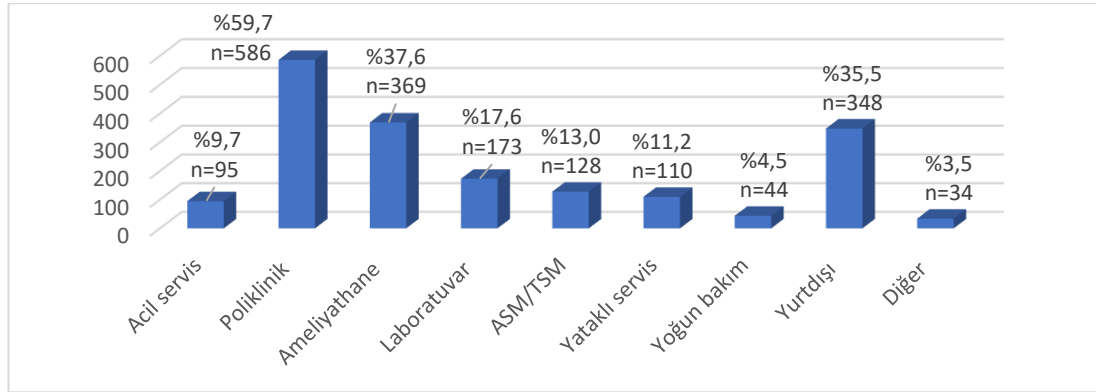
Çalışmaya katılan öğrencilerin tıp fakültesini tercih etme nedenleri incelendiğinde; 585'inin (%59,9) hekimlik ideali, 453'ünün (%46,4) çalışma garantisinin olması, 415'inin (%42,5) manevi tatmin ideallerinin etkili olduğu belirlenmiştir (**Tablo 9**).

Tablo 9. Çalışmaya katılan öğrencilerin tıp fakültesini tercih nedenlerinin dağılımı.*

	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Tıp fakültesi tercih etmelerindeki nedenler	Hekim olma ideali	585	59,9
	İş garantisi olması	453	46,4
	Manevi tatmin	415	42,5
	Maddi tatmin	349	35,8
	Aile yönlendirmesi	191	19,6
	Diğer nedenler	57	5,8

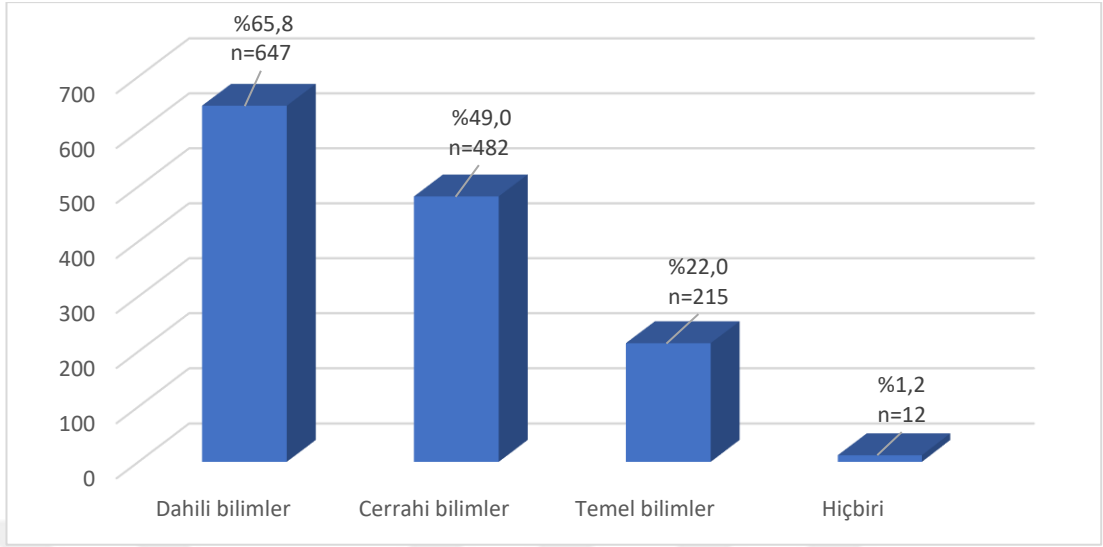
*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan öğrencilerin 966'sı (%98,3) mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı düşünürken, 17'si (%1,7) uzmanlık eğitimi almayı düşünmediği belirtmiştir. Öğrencilerin ileride çalışmayı planladıkları yer olarak ilk sırada 586 kişi (%59,7) ile poliklinik, ikinci sırada 369 kişi (%37,6) ile ameliyathane ve 348 kişi (%35,5) ile yurtdışı gelmektedir (**Grafik 4**).



Grafik 4. Çalışmaya katılan öğrencilerin ileride çalışmayı planladığı yerler dağılımı.* (*Birden fazla şık işaretlenmiştir)

Çalışmaya katılan öğrencilerin çalışmak istediği bilim dalları dağılımı incelendiğinde; 647'sinin (%65,9) dahili bilimlerde, 482'sinin (%49,0) cerrahi bilimlerde, 215'inin (%21,9) temel bilimlerde çalışmak istediği belirlenmiştir (**Grafik 5**).



Grafik 5. Çalışmaya katılan öğrencilerin ileride çalışmayı planladığı alanlar dağılımı.* (*Birden fazla şık işaretlenmiştir)

Çalışmaya katılan öğrencilerin tercih etmeyi düşündükleri tıp branşlarının dönemlere göre dağılımı incelendiğinde; birinci dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branşın 67 kişiyle (%28,8) Kalp ve Damar Cerrahisi, ikinci dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş 44 kişiyle (%25,1) Kalp ve Damar Cerrahisi, üçüncü dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş 35 kişiyle (%25,2) Kardiyoloji, dördüncü dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş 53 kişiyle (%32,3) Kardiyoloji, beşinci dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş 40 kişiyle (%25,6) Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, altıncı dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş 28 kişiyle (%24,3) Aile Hekimliği olduğu belirlenmiştir (**Tablo 10**).

Tablo 10. Çalışmaya katılan öğrencilerin tercih etmek istedikleri branşların dönemlere göre dağılımı.

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6
1.Tercih Edilen	Kalp ve Damar Cerrahisi	Kalp ve Damar Cerrahisi	Kardiyoloji	Kardiyoloji	Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	Aile Hekimliği
2.Tercih Edilen	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Plastik Cerrahi	İç Hastalıkları	Kardiyoloji	Dermatoloji
3.Tercih Edilen	Göz Hastalıkları	Plastik Cerrahi	Psikiyatri	Çocuk Hastalıkları	Göz Hastalıkları	Göz Hastalıkları

Çalışmaya katılan öğrencilerin ilgi duyduğu tıp branşları dağılımı incelendiğinde; en çok ilgi duyulan branşların sırasıyla 266 kişiyle (%27,3) Göz Hastalıkları, 260 kişiyle (%26,7) Kardiyoloji ve 239 kişiyle (%24,5) Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi olduğu belirlenmiştir. En az ilgi duyulan branşların ise sırasıyla 3 kişiyle (%0,3) Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, 12 kişiyle (%1,2) Sualtı Hekimliği ve 14 kişiyle (%1,4) Tıbbi Farmakoloji olduğu belirlenmiştir (**Tablo 11**).

Çalışmaya katılan öğrencilerin tercih etmeyi düşündüğü tıp branşları dağılımı incelendiğinde; en çok tercih etmeyi düşündükleri branşlar sırasıyla 227 kişiyle (%23,5) Kardiyoloji, 204 kişiyle (%21,2) Göz Hastalıkları ve 202 kişiyle (%21,0) Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi olduğu belirlenmiştir. En az tercih etmeyi düşündükleri branşların ise sırasıyla 3 kişiyle (%0,3) Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, 6 kişiyle (%1,2) Sualtı Hekimliği ve 11 kişiyle (%1,4) Tıbbi Farmakoloji olduğu belirlenmiştir (**Tablo 11**).

Çalışmaya katılan öğrencilerin ilgi duyduğu ancak tercih etmeyi düşünmediği tıp branşları dağılımı incelendiğinde; en çok ilgi duyulan ama tercih edilmesi düşünülmeyen branşlar sırasıyla 62 kişiyle (%6,39) Halk Sağlığı, 56 kişiyle (%5,7) Çocuk Cerrahisi ve 54 kişiyle (%5,56) Aile Hekimliği olarak belirlenmiştir. En az ilgi duyulan ve tercih edilmesi düşünülmeyen

branşlar ise sırasıyla 0 kişiyle (%0,0) Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, 2 kişiyle (%0,21) Nükleer Tıp ve 3 kişiyle (%0,31) Tıbbi Genetik olduğu belirlenmiştir (**Tablo 11**).

Tablo 11. Çalışmaya katılan öğrencilerin ilgi duydukları ve tercih etmek istedikleri branşlar.*

Branş	İlgi duyanlar		Tercih etmeyi düşünenler		İlgi duyan ama tercih etmeyenler	
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)
Acil Tıp	90	9,2	63	6,5	10	1,03
Adli Tıp	145	14,9	91	9,4	27	2,78
Aile Hekimliği	156	16,0	134	13,9	54	5,56
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	87	8,9	72	7,5	22	2,27
Anatomi	42	4,3	16	1,7	26	2,68
Beyin ve Sinir Cerrahisi	178	18,3	122	12,7	15	1,54
Çocuk Cerrahisi	86	8,8	55	5,7	56	5,77
Çocuk Hastalıkları	199	20,4	167	17,3	31	3,19
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı	145	14,9	113	11,7	32	3,30
Deri ve Zührevi Hastalıklar	199	20,4	169	17,5	32	3,30
Enfeksiyon Hastalıkları	97	10,0	70	7,3	30	3,09
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	114	11,7	87	9,0	27	2,78
Fizyoloji	40	4,1	18	1,9	27	2,78
Genel Cerrahi	173	17,8	142	14,7	22	2,27
Göğüs Cerrahisi	74	7,6	53	5,5	31	3,19
Göğüs Hastalıkları	102	10,5	85	8,8	21	2,16
Göz Hastalıkları	266	27,3	204	21,2	17	1,75
Halk Sağlığı	63	6,5	41	4,3	62	6,39
Hava ve Uzay Hekimliği	53	5,4	22	2,3	22	2,27
Hiçbiri	28	2,9	18	1,9	31	3,19
Histoloji ve Embriyoloji	34	3,5	24	2,5	10	1,03
İç Hastalıkları	141	14,5	124	12,9	17	1,75

Kadın Hastalıkları ve Doğum	177	18,2	150	15,6	27	2,78
Kalp Damar Cerrahisi	209	21,5	177	18,4	32	3,30
Kardiyoloji	260	26,7	227	23,5	33	3,40
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	175	18,0	157	16,3	18	1,85
Nöroloji	188	19,3	140	14,5	48	4,94
Nükleer Tıp	35	3,6	33	3,4	2	0,21
Ortopedi ve Travmatoloji	72	7,4	59	6,1	13	1,34
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	239	24,5	202	21,0	37	3,81
Radyasyon Onkolojisi	43	4,4	38	3,9	5	0,51
Radyoloji	84	8,6	72	7,5	12	1,24
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	220	22,6	174	18,0	46	4,74
Spor Hekimliği	78	8,0	71	7,4	7	0,72
Su Altı Hekimliği	12	1,2	6	0,6	6	0,62
Tıbbi Farmakoloji	14	1,4	11	1,1	8	0,82
Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	3	0,3	3	0,3	0	0,00
Tıbbi Genetik	70	7,2	53	5,5	3	0,31
Tıbbi Patoloji	86	8,8	69	7,2	17	1,75
Tıbbi Biyokimya	55	5,6	47	4,9	8	0,82
Tıbbi Mikrobiyoloji	46	4,7	38	3,9	17	1,75
Üroloji	36	3,7	26	2,7	10	1,03

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan öğrencilerin daha önce hekime şiddet olayına şahit olma veya maruz kalma durumları incelendiğinde; 156'sının (%15,9) şiddet olayına şahit olduğu ya da maruz kaldığı belirlenmiştir. 145'inin (%14,8) hekime şiddete şahit olduğu ve 11'nin (%1,1) şiddet olayına maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu şiddet olaylarının 80'inin (%8,1) son bir yılda meydana geldiği ve 76'sının (%7,7) ise bir yıldan eski olduğu belirlenmiştir (**Tablo 11**).

Tablo 12. Çalışmaya katılan öğrencilerin şiddete şahit olma/maruz kalma dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet durumu	Şiddete şahit olan	145	14,8
	Şiddete maruz kalan	11	1,1
Şiddet olayının ne zaman meydana geldiği	Son bir yılda şahit olma/maruz kalma	80	8,1
	Bir yıldan önce şahit olma/maruz kalma	76	7,7

Çalışmaya katılan öğrencilerin şiddete şahit olma/maruz kalma sayıları incelendiğinde; ortalama $2,02 \pm 1,69$ (minimum 1, maksimum 10) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin şiddete şahit olma sayıları incelendiğinde; ortalama $2,03 \pm 1,75$ (minimum 1, maksimum 10) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin şiddete maruz kalma sayıları incelendiğinde; ortalama $1,91 \pm 0,83$ (minimum 1, maksimum 3) olarak bulunmuştur.

Yaşadıkları en son şiddet olayı meydana geldiğinde öğrencilerin 142'sinin (%91,0) yanında başka kişilerin olduğu ve 14'ünün (%9) olay sırasında yalnız olduğu belirlenmiştir.

Şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin en son şiddet olayını yaşadıkları yerler incelendiğinde; 69 kişinin (%44,2) acil servis, 61 kişinin (%39,2) poliklinik, 17 kişinin (%3,2) ameliyathane ve 4 kişinin (%2,6) diğer yerlerde şiddet olayına maruz kaldığı belirlenmiştir (**Tablo 13**).

Tablo 13. Şiddeti yaşayan ya da şahit olan öğrencilerin olayı yaşadığı yer dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet olayının meydana geldiği yer	Acil servis	69	44,2
	Poliklinik	61	39,1
	Yataklı servis	17	10,9
	Ameliyathane	5	3,2
	Diğer*	4	2,6

*Hastane bahçesi (2), otopark (1) ve kafeterya (1).

Şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin şiddet olayını yaşadıkları saatler incelendiğinde; 73 kişinin (%46,5) 12-18 saatleri arasında ve 52 kişinin (%33,1) 18-08 saatleri arasında şiddet olayına maruz kaldığı belirlenmiştir (**Tablo 14**).

Tablo 14. Şiddeti yaşayan ya da şahit olan öğrencilerin olayı yaşadığı zaman dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddete olayının meydana geldiği zaman aralığı	12-18 saatleri	73	46,5
	18-08 saatleri	52	33,1
	08-12 saatleri	32	20,4

Şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin yaşadığı şiddet olayında, şiddet uygulayan kişilerin cinsiyet ve yaş durumları incelendiğinde; 123'ünün (%78,8) erkek, 33'ünün (%21,2) kadın olduğu belirlenmiştir. Şiddeti uygulayan kişilerin yaş dağılımı incelendiğinde; 91'inin (%58,3) 30-45 yaş aralığında, 39'unun 18-30 (%25) yaş aralığında olduğu saptanmıştır (**Tablo 15**).

Tablo 15. Şiddeti uygulayan kişilerin cinsiyet ve yaş dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	123	78,8
	Kadın	33	21,2
Yaş	30-45 yaş	91	58,3
	18-30 yaş	39	25
	45-60 yaş	26	16,7

Şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin yaşadığı şiddet olayının türü incelendiğinde; 138 kişinin (%88,5) sözel şiddete ve 68 kişinin (%43,6) psikolojik şiddete şahit olduğu veya maruz kaldığı belirlenmiştir (**Tablo 16**).

Tablo 16. Yaşanan şiddet olayının tür dağılımı.*

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet türü	Sözel	138	88,5
	Psikolojik	68	43,6
	Fiziksel	45	28,8

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşadığı şiddet olayının Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda (TUS) tercihlerini etkileme durumu incelendiğinde; 286 kişinin (%29,1) etkiler, 238 kişinin (%24,2) biraz etkiler ve 132 kişinin (%13,4) hiç etkilemez cevabını verdiği belirlenmiştir (**Tablo 17**).

Tablo 17. Duydukları ya da şahit oldukları şiddetin TUS tercihlerini etkileme durumu.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
TUS tercihinin etkisi	Etkiler	286	29,1
	Biraz etkiler	238	24,2
	Hiç etkilemez	132	13,4
	Kararsızım	122	12,4
	Çok etkiler	115	11,7
	Cevap vermeyen	90	9,2

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Hekime yönelik şiddetin nedenleri nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; ilk üç sebep sırasıyla 950’si (%96,6) muayene/işlem bekleme sürelerinin uzunluğu, 907’si (%92,3) fiziksel şartlar ve personelin sayısının eksikliği ve 847’si (%86,2) usulsüz isteklerin reddedilmesi olarak belirlenmiştir (**Tablo 18**).

Tablo 18. Hekime yönelik şiddetin nedenleri sorusunun cevap dağılımı.*

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Şiddetin nedenleri	Muayene/işlem bekleme süreleri	950	96,6
	Şartlar ve personel eksikliği	907	92,3
	Usulsüz isteklerin reddedilmesi	847	86,2
	Medyanın yanlış olumsuz haberleri	832	84,6
	Tedaviden memnun kalınmaması	791	80,5
	Hasta-hekim iletişim problemleri	549	55,8
	Sağlık politikaları	451	45,9
	Saldırganın madde etkisinde olması	361	36,7
	Hekim kaynaklı nedenler	136	13,8
	Diğer	66	6,7

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan öğrencilerin hekime yönelik şiddete karşı alınan önlemlerin düzeyi sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; 801'i (%81,5) yetersiz, 113'ü (%11,5) ise biraz yetersiz cevabını vermiştir. Hiçbir öğrencinin yeterli cevabı vermediği belirlenmiştir (**Tablo 19**).

Tablo 19. Hekime yönelik şiddete alınan önlem düzeyi sorusunun cevap dağılımı.

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Önlem durumu	Yetersiz	801	81,5
	Biraz yetersiz	113	11,5
	Kararsızım	63	6,4
	Biraz yeterli	6	0,6
	Yeterli	0	0,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin hekime yönelik şiddete karşı ne gibi önlemler alınabilir sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; ilk üç önlem sırasıyla 832 (%86,2) ile yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi, 761 (%78,9) ile hekimlerin idari ve hukuki olarak desteklenmesi ve 736 (%76,3) ile halk eğitimine yönelik çalışmalar yapılması olarak belirlenmiştir. (**Tablo 20**).

Tablo 20. Hekime yönelik şiddete ne gibi önlemler alınabilir sorusunun cevap dağılımı.*

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Önlem önerisi	Yasal yaptırımlar yeniden düzenlenmeli	832	86,2%
	Hekimler idari ve hukuki olarak desteklenmeli	761	78,9%
	Halk eğitimine yönelik çalışmalar yapılmalı	736	76,3%
	Sağlık sisteminin işleyişi hakkında toplum düzenli olarak bilgilendirilmeli	688	71,3%
	Güvenlik tedbirleri artırılmalı	686	71,1%
	Diğer	54	5,6%

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dallarına verdikleri cevaplar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Anlamlı farkı yaratan grup bulunması amacı ile yapılan Bonferroni düzeltme testinde; kadınlarda dahili bilimlerde çalışmayı düşünenler temel bilimlerde çalışmayı düşünenlere göre anlamlı olarak yüksekken ($p = 0,022$), erkeklerde temel bilimlerde çalışmayı düşünenler dahili bilimlerde çalışmayı düşünenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p = 0,020$). Cerrahi bilimlerle kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (**Tablo 21**).

Tablo 21. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dalları karşılaştırılması.*

		Temel bilimler (A)		Dahili bilimler (B)		Cerrahi bilimler (C)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	107	49,8	383	59,2 ^A	264	54,8	p<0,001
	Erkek	108	50,2 ^B	264	40,8	218	45,2	

*Ki-kare

Çalışmaya katılan öğrencilerin dönemlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dallarına verdikleri cevaplar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Anlamlı farkı yaratan grup bulunması amacı ile yapılan Bonferroni düzeltme testinde beşinci dönem öğrencilerinin dahili branşlarda çalışmayı, cerrahi branşlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır (p=0,014). Birinci dönem öğrencilerinin cerrahi branşlarda çalışmayı, dahili branşlarda çalışmaya göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır (p=0,014) (**Tablo 22**).

Tablo 22. Öğrencilerin dönemlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dalları karşılaştırılması.*

		Temel bilimler (A)		Dahili bilimler (B)		Cerrahi bilimler (C)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Dönem	Bir	49	22,8	134	20,7	137	28,4 ^B	p<0,001
	İki	40	18,6	108	16,7	93	19,3	
	Üç	39	18,1	99	15,3	68	14,1	
	Dört	38	17,7	114	17,6	73	15,1	
	Beş	29	13,5	119	18,4 ^C	63	13,1	
	Altı	20	9,3	73	11,3	48	10,0	

*Ki-kare

Dönem arttıkça cerrahi branşları seçenlerin oranının düştüğü görülmüştür. Yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı çok kuvvetli ve ters korelasyon saptanmıştır ($r=-0,899$, $p=0,015$). Temel bilimler ile dahili bilimler arasında ise korelasyon saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin şiddete şahit olma veya maruz kalma durumu ile ileride çalışmak istedikleri yerlere verdikleri cevaplar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Anlamlı farkı yaratan grup bulunması amacı ile yapılan Bonferroni düzeltme testinde şiddete şahit olanların/maruz kalanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde, yataklı servislerde ($p=0,030$) ve diğer yerlerde ($p=0,040$) çalışmayı daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. Şiddete şahit olmayan/maruz kalmayanların, şahit olanların/maruz kalanlara göre poliklinik ($p=0,001$) ve ameliyathanede ($p=0,002$) çalışmayı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. (**Tablo 23**).

Tablo 23. Öğrencilerin şiddete şahit olma ve maruz kalma durumu ile çalışmayı düşündükleri yer karşılaştırılması.*

	Şiddetle karşılaşma yok(A)		Şiddetle karşılaşma var(B)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Acil servis	79	9.6	16	10.3
Poliklinik	505	61.2 ^B	81	51.9
Ameliyathane	320	38.8 ^B	49	31.4
Laboratuvar	150	18.2	23	14.7
ASM/TSM	101	12.2	27	17.3
Yataklı servis	80	9.7	30	19.2 ^A
Yoğun bakım	38	4.6	6	3.8
Yurtdışı	290	35.2	58	37.2
Diğer	22	2.7	12	7.7 ^A

*Ki-kare

Çalışmaya katılan öğrencilerin şiddete şahit olma veya maruz kalma durumu ile TUS'ta tercih etmeyi düşündüğü branşlara verdikleri cevaplar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Anlamlı farkı yaratan grup bulunması amacı ile yapılan Bonferroni düzeltme testinde şiddet durumuna

maruz kalanların veya şahit olanların, yaşamayanlara göre Beyin Cerrahisi (p=0,011), Genel Cerrahi (p=0,007), Göğüs Cerrahisi (p=0,034), Kalp Damar Cerrahisi (p=0,005) ve Kardiyoloji (p=0,010) bölümlerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az tercih ettiği saptanmıştır. Şiddet durumuna maruz kalanların veya şahit olanların, yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla tercih etmeyi düşündüğü tek branş ise Radyoloji (p=0,032) olarak saptanmıştır (**Tablo 24**).

Tablo 24. Öğrencilerin şiddete şahit olma ve maruz kalma durumuyla tercih etmeyi düşündükleri branş karşılaştırılması.*

	Şiddetle karşılaşma yok(A)		Şiddetle karşılaşma var(B)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hiçbiri	14	1,7	4	2,6
Acil Tıp	50	6,2	13	8,4
Adli Tıp	75	9,3	16	10,3
Aile Hekimliği	111	13,6	23	14,8
Anatomi	15	1,9	1	0,6
Anesteziyoloji	58	7,2	14	9,0
Beyin ve Sinir Cerrahisi	112	13,8 ^B	10	6,5
Çocuk Cerrahisi	50	6,2	5	3,2
Çocuk Hastalıkları	144	17,8	23	14,8
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı	88	10,9	25	16,1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	144	17,8	25	16,1
Enfeksiyon Hastalıkları	59	7,3	11	7,1
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	76	9,4	11	7,1
Fizyoloji	15	1,9	3	1,9
Genel Cerrahi	130	16,1 ^B	12	7,7
Göğüs Cerrahisi	50	6,2 ^B	3	1,9
Göğüs Hastalıkları	66	8,2	19	12,3
Göz Hastalıkları	174	21,5	30	19,4
Halk Sağlığı	33	4,1	8	5,2

Hava ve Uzay Hekimliği	16	2,0	6	3,9
Histoloji ve Embriyoloji	23	2,8	1	0,6
İç Hastalıkları	103	12,7	21	13,5
Kadın Hastalıkları ve Doğum	132	16,3	18	11,6
Kalp Damar Cerrahisi	161	19,9 ^B	16	10,3
Kardiyoloji	203	25,1 ^B	24	15,5
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	129	15,9	28	18,1
Nöroloji	121	15,0	19	12,3
Nükleer Tıp	28	3,5	5	3,2
Ortopedi ve Travmatoloji	48	5,9	11	7,1
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	170	21,0	32	20,6
Radyasyon Onkolojisi	33	4,1	5	3,2
Radyoloji	54	6,7	18	11,6 ^A
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	142	17,6	32	20,6
Spor Hekimliği	62	7,7	9	5,8
Su Altı Hekimliği	6	0,7	0	0,0
Tıbbi Biyokimya	37	4,6	10	6,5
Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	3	0,4	0	0,0
Tıbbi Farmakoloji	7	0,9	4	2,6
Tıbbi Genetik	47	5,8	6	3,9
Tıbbi Mikrobiyoloji	34	4,2	4	2,6
Tıbbi Patoloji	56	6,9	13	8,4
Üroloji	21	2,6	5	3,2

*Ki-kare

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Şiddet olayını duyma, şiddete şahit olma veya yaşama durumunun TUS’ta tercih etmeyi düşündüğü branşı etkiler mi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile TUS’ta branş tercihine verdikleri cevaplar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Anlamlı farkı yaratan grubun bulunması amacı ile yapılan Bonferroni düzeltme testinde şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihim

etkiler diyenlerin, Anesteziyoloji ve Reanimasyon (p=0,033), Patoloji (p=0,006) ve Radyoloji (p=0,015) bölümlerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. Şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihim etkilemez diyenlerin istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla tercih etmeyi düşündüğü branşlar ise Kalp Damar Cerrahisi (p=0,002) ve Göz Hastalıkları (p=0,018) olarak saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Şiddetle karşılaşmanın tercihlere etkisi ile tercih etmeyi düşündükleri branş karşılaştırılması.*

	Etkilemez (A)		Etkiler (B)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hiçbiri	11	1.7	2	1.8
Acil Tıp	47	7.3	3	2.7
Adli Tıp	69	10.7	7	6.2
Aile Hekimliği	91	14.1	17	15.0
Anatomi	8	1.2	1	0.9
Anesteziyoloji	43	6.7	14	12.4 ^A
Beyin ve Sinir Cerrahisi	81	12.5	8	7.1
Çocuk Cerrahisi	33	5.1	4	3.5
Çocuk Hastalıkları	106	16.4	26	23.0
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı	80	12.4	14	12.4
Deri ve Zührevi Hastalıklar	116	18.0	24	21.2
Enfeksiyon Hastalıkları	46	7.1	13	11.5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	61	9.4	12	10.6
Fizyoloji	11	1.7	3	2.7
Genel Cerrahi	97	15.0	12	10.6
Göğüs Cerrahisi	33	5.1	6	5.3
Göğüs Hastalıkları	56	8.7	11	9.7
Göz Hastalıkları	150	23.2 ^B	15	13.3
Halk Sağlığı	29	4.5	5	4.4
Hava ve Uzay Hekimliği	13	2.0	5	4.4

Histoloji ve Embriyoloji	18	2.8	2	1.8
İç Hastalıkları	83	12.8	20	17.7
Kadın Hastalıkları ve Doğum	92	14.2	16	14.2
Kalp Damar Cerrahisi	131	20.3 ^B	9	8.0
Kardiyoloji	155	24.0	26	23.0
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	99	15.3	13	11.5
Nöroloji	95	14.7	19	16.8
Nükleer Tıp	24	3.7	5	4.4
Ortopedi ve Travmatoloji	41	6.3	4	3.5
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	139	21.5	22	19.5
Radyasyon Onkolojisi	28	4.3	1	0.9
Radyoloji	43	6.7	16	14.2 ^A
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	117	18.1	24	21.2
Spor Hekimliği	47	7.3	10	8.8
Su Altı Hekimliği	4	0.6	0	0.0
Tıbbi Biyokimya	29	4.5	7	6.2
Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	1	0.2	1	0.9
Tıbbi Farmakoloji	6	0.9	2	1.8
Tıbbi Genetik	41	6.3	5	4.4
Tıbbi Mikrobiyoloji	25	3.9	6	5.3
Tıbbi Patoloji	39	6.0	14	12.4 ^A
Üroloji	20	3.1	2	1.8

*Ki-kare

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Şiddet olayını duyma, şiddete şahit olma veya yaşama durumunun TUS’ta tercih etmeyi düşündüğü branşı etkiler mi?” sorusuna verilen cevaplar ile ilerde çalışmayı düşündüğü yerlere verdikleri cevaplar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,006). Anlamlı farkı yaratan grup bulunması amacı ile yapılan Bonferroni düzeltme testinde şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihim etkilemez diyenlerin acil servis (p=0,015) ve poliklinikte (p=0,043) çalışmayı

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. Şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihimin etkiler diyenlerin istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla tercih ettiği yer laboratuvar ($p=0,039$) olarak saptanmıştır (**Tablo 26**).

Tablo 26. Şiddetle karşılaşmanın tercihlere etkisi ile çalışmayı düşündükleri yer karşılaştırılması.*

	Etkilemez (A)		Etkiler (B)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Acil servis	70	10.7 ^B	4	3.5
Poliklinik	401	61.3 ^B	59	51.3
Ameliyathane	255	39.0	36	31.3
Laboratuvar	112	17.1	29	25.2 ^A
Aile sağlığı merkezi/Toplum sağlığı merkezi	88	13.5	20	17.4
Yataklı servis	75	11.5	12	10.4
Yoğun bakım	30	4.6	3	2.6
Yurtdışı	233	35.6	46	40.0
Diğer	18	2.8	7	6.1

*Ki-kare

Şiddet olayı ile ilgili duyulanların, maruz kalmanın veya şahit olmanın TUS tercihinin etkileme durumları ile ilgili duyulan branş arasında ve çalışılması düşünülen bilim dalı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

V. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %54,9'unun kadın, %45,1'inin erkekler oluşturmaktadır. Açıkgöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %57,1'inin kadın, %42,9'unun erkek olduğu belirlenmiştir (151). Mayda ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %55,4'ünün kadın, %44,6'sının erkek olduğu belirtilmiştir (152). Kara ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise, çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %59,4'ünün kadın, %40,6'sının erkek olduğu saptanmıştır (153). Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuş, bu durumun kadınların daha idealist ve azimli olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ortalama yaşı 20,83 bulunmuştur. Mayda ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin öğrencilerin ortalama yaşı 21,3 olarak bulunmuştur (152). Düzce'de yapılan bir çalışmada ise, çalışmaya katılan öğrencilerin ortalama yaşı 23,6 olarak belirtilmiştir (153). Denizli'de yapılan bir çalışmada, öğrencilerin ortalama yaşı 20,8 olarak tespit edilmiştir (154).

Çalışmamızda kadın öğrencilerin yaş ortalaması 20,78 erkek öğrencilerin yaş ortalaması 20,89 olarak belirlenmiştir. Düzce Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerin yaş ortalaması 20,7 erkek öğrencilerin yaş ortalaması 22 bulunmuştur (152).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin mezun oldukları liseler incelendiğinde; %45,6'sının Anadolu lisesi mezunu, %40,6'sının Fen lisesi mezunu, %5,2'sinin özel lise mezunu, %3,9'unun temel lise mezunu olduğu, %4,8'inin

ise diğer liselerden mezun olduğu belirlenmiştir. Kara ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada %49,5'inin Anadolu lisesi mezunu, %24,9'unun diğer lise mezunu, %18,8'inin Fen lisesi mezunu, %7,9'unun özel lise mezunu olduğu saptanmıştır (153). şenol ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, %80,2'sinin Fen ve Anadolu Lisesi mezunu, %10,8'inin klasik lise mezunu, %4,5'inin süper lise mezunu, %4,5'inin özel lise mezunu olduğu gösterilmiştir (155). Yapılan çalışmalardaki lise türlerinin farklılıklarının, çalışmaların yapılış dönemlerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin dönem dağılımları incelendiğinde; %23,5'inin birinci dönem ğrencisi, %18'inin ikinci dönem ğrencisi, %13,9'unun üçüncü dönem ğrencisi, %16,7'sinin dördüncü dönem ğrencisi (stajyer hekim), %16'sının beşinci dönem ğrencisi (stajyer hekim) ve %11,8'inin altıncı dönem ğrencisi (intern hekim) olduğu belirlenmiştir. Mayda ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin %19,3'ünün birinci dönem ğrencisi, %16,8'inin ikinci dönem ğrencisi, %18,8'inin üçüncü dönem ğrencisi, %21,2'sinin dördüncü dönem ğrencisi (stajyer hekim), %15,3'ünün beşinci dönem ğrencisi (stajyer hekim) ve %8,4'ünün altıncı dönem ğrencisi (intern hekim) olduğu belirtilmiştir (152). Tokat'ta yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin %18,5'inin birinci dönem ğrencisi, %16,6'sının ikinci dönem ğrencisi, %17'sinin üçüncü dönem ğrencisi, %16,6'sının dördüncü dönem ğrencisi (stajyer hekim), %16,4'ünün beşinci dönem ğrencisi (stajyer hekim) ve %14,9'unun altıncı dönem ğrencisi (intern hekim) olduğu saptanmıştır (156). Maltepe niversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise, çalışmaya katılan öğrencilerin %28,7'sinin birinci dönem ğrencisi, %2,9'unun ikinci dönem ğrencisi, %15,4'ünün üçüncü dönem ğrencisi, %18,5'inin dördüncü dönem ğrencisi (stajyer hekim), %17,6'sının beşinci dönem ğrencisi (stajyer hekim) ve %16,9'unun altıncı dönem ğrencisi (intern hekim) olduğu saptanmıştır (157). Çalışmamızda ve diğer çalışmalardaki dönem dağılımlarının farklarının, çalışmaların yapıldığı

fakültelerin imkânları ve yıllar geçtikçe artırılan kontenjanlar nedeniyle oluştuğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin kardeş sayıları incelendiğinde; (kendileri de dahil olmak üzere); ortalama 2,26 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin kardeş sayılarının dağılımı incelendiğinde; %62,3'ünün iki kardeş, %17,7'sinin üç kardeş, %12,3'ünün tek çocuk, %5,1'inin dört kardeş ve %2,6'sının beş ve üzeri kardeş oldukları belirlenmiştir. Mayda ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin %85,6'sının üç ve daha az kardeş sahibi olduğu, %14,4'ünün üçten fazla kardeş sahibi olduğu ifade edilmiştir (152). Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %43,4'ünün iki kardeş, %27,9'unun üç kardeş, %16,9'unun tek çocuk, %10,7'sinin dört ve üzeri kardeş oldukları belirtilmiştir (157).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin babalarının meslekleri incelendiğinde; %42,3'ünün özel sektörde olduğu veya kendi işini yaptığı, %31,8'inin devlet memuru olduğu, %19,6'sının çalışmadığı, %6,2'sinin sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir. Düzce'de yapılan bir çalışmada, öğrencilerin babalarının meslekleri incelendiğinde; %39,6'sının memur, %34,7'sinin serbest meslek, %17,8'inin işsiz, %2'sinin doktor olduğu ifade edilmiştir (152). Denizli'de yapılan bir çalışmada; babaların %45,2'sinin beyaz yakalı olduğu (memur ve özel sektör), %36,1'inin çalışmadığı, %17,7'sinin esnaf ve %14,5'inin yüksek nitelikli (doktor, hakim-savcı, yönetici) olduğu belirtilmiştir (154). Çalışmamızın literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin annelerinin meslekleri incelendiğinde; %54,8'nin çalışmadığı, %19,7'sinin devlet memuru, %14'ünün özel sektörde olduğu veya kendi işini yaptığı, %11,4'ünün sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir. Mayda ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, öğrencilerin annelerinin meslekleri incelendiğinde; %68,8'inin ev hanımı, %14,4'ünün emekli, %12,9'unun öğretmen, %1,5'inin özel sektörde olduğu ifade edilmiştir (152). Denizli'de yapılan bir çalışmada; annelerin %53'ünün

çalışmadığı, %34,3'ünün beyaz yakalı (memur ve özel sektör) ve %5,8'inin yüksek nitelikli (doktor, hakim-savcı, yönetici) olduğu belirtilmiştir (154). Çalışmamızın literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ailelerinde sağlık çalışanı mevcudiyeti incelendiğinde; %32,6'sının ailesinde sağlık çalışanı mevcut olduğu belirlenmiştir. Şenol ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada bu oran %18 olarak bulunmuştur (155). Zonguldak'ta 2017 yılında yapılan bir çalışmada ise bu oran %59,3 olarak belirlenmiştir (151). Bu durumun, sağlık çalışanı olan ailelerin yıllar içerisinde çocuklarını tıp fakültesi yazma konusunda cesaretlendirmesi dolayısıyla oluştuğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşadıkları yerler incelendiğinde %29'unun ailesiyle, %26,8'inin yurttan, %21,2'sinin yalnız, %21'inin arkadaşlarıyla ve %1,3'ünün de diğer kişiler ile yaşadığı belirlenmiştir. Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %50,7'sinin arkadaşlarıyla, %33,8'inin ailesiyle, %15,5'inin diğer kişiler ile yaşadığı belirtilmiştir (157). Köksal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise öğrencilerin %40,1'inin ailesiyle, %21,6'sının yurttan, %19,9'unun arkadaşlarıyla yaşadığı ifade edilmiştir (158). Çalışmamızın literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin tıp fakültesini tercih etme nedenlerine baktığımızda; %59,9'unun hekimlik ideali, %46,4'ünün çalışma garantisinin olması, %42,5'inin manevi tatmin, %35,8'inin maddi tatmin, %19,6'sının ailesinin yönlendirmesi ve %5,8'inin diğer nedenlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Malatya'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin tıp fakültesini seçmelerinde %86,5 oranda hastalara yardım isteği, %67,2 oranda iş garantisinin olması, %38,2 oranda ailesinin yönlendirmesi, %35,3 oranda gelirin yüksek olmasının en sık nedenler olduğu saptanmıştır (159). Antalya'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin tıp fakültesini seçme nedenlerine bakıldığında %49,2 oranla saygın bir meslek olması, %43,2

oranla iş garantisi olması %42,6 oranla tıbbı ilgi duymak %39,9 oranla insanlara yardımcı olmak olduğu gösterilmiştir (160). Xianlin ve arkadaşlarının Çin'de yapmış olduğu bir çalışmada, öğrencilerin %61,8'inin kendi isteğiyle, %21,9'unun ise ailesinin yönlendirmesiyle tıp fakültesini tercih ettiği saptanmıştır (161). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, tıp fakültesini tercih etmedeki en önemli nedenler hekimlik ideali, çalışma garantisi ve manevi tatmin olarak bulunmuştur. Öğrencilerin idealist ve insancıl hedefleri, gelecek adına ümit vermektedir. Hem dünyada hem de ülkemizde aile yönlendirmesinin de önemli bir faktör olduğu dikkat çekmektedir. Öğrencilerin bireysel kararlarından ziyade ana belirleyici faktör olarak ailelerini görmeleri de düşündürücüdür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %98,3'ü mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı düşünürken, sadece %1,7'si uzmanlık eğitimi almayı düşünmediğini ifade etmiştir. Açıkğöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin %85,7'si mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı düşünürken, %14,3'ü uzmanlık eğitimi düşünmediğini belirtmiştir (151). Denizli'de yapılan çalışmada, öğrencilerin %98,7'si mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı düşünürken, %1,2'si uzmanlık eğitimi düşünmediğini ifade etmiştir (154). İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %89,6'sının mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü, %2,2'si pratisyen olarak çalışmak istediğini belirtmiştir (158). Bu durum öğrencilerin büyük çoğunluğunun mezuniyet sonrası uzmanlık eğitime ve özel bir alanda çalışmaya olan isteklerini açıkça göstermektedir. Öğrencilerin uzman hekimliği hem prestij açısından hem bilimsel hem de maddi anlamda daha tatminkâr bulduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin ileride çalışmayı planladıkları yer olarak ilk sırada %59,7 ile poliklinik, ikinci sırada %37,6 ile ameliyathane ve %35,5 ile yurtdışı gelmektedir. Köksal ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %47,9'unun üniversite hastanelerinde, %19,6'sının özel hastanede, %12,1'inin muayenehanede

çalışmak istediği belirtilmiştir (158). Antalya'da altıncı dönem öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada öğrencilerin %74,9'u üçüncü basamak hastanelerde, %9,8'i ikinci basamak hastanelerde, %8,2'i özel klinik ve hastanelerde, %3,8'i birinci basamak sağlık merkezlerinde, %2,2'si sağlık müdürlüklerinde, %0,5'i ilaç firmalarında çalışmak istedikleri ve %0,5'i ise serbest çalışmak istediklerini ifade etmişlerdir (160). Üçüncü ve ikinci basamak hastane olarak belirtilen poliklinik ve ameliyathanenin hasta ile karşılaşmanın en çok olması ve yüksek tatmin vaat etmesi nedeniyle ilk ikide yer alması doğal bulunmuşken, çalışmamızda üçüncü sırada gelen öğrencilerdeki yurtdışı ideali, ülkemizdeki hekimlerin çalışma şartlarına olan bakışlarının olumsuz yönde olduğunu dolaylı olarak da olsa ifade etmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin çalışmak istediği bilim dalları dağılımı incelendiğinde %65,9'unun dahili bilimlerde, %49'unun cerrahi bilimlerde, %21,9'unun temel bilimlerde çalışmak istediği ve %1,2'sinin hiçbir alanda çalışmak istemediği belirlenmiştir. Açıkgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %50,2'sinin dahili bilimlerde, %47,5'inin cerrahi bilimlerde, %2,4'ünün temel bilimlerde çalışmak istediği saptanmıştır (151). Denizli'de yapılan bir çalışmada ise sadece dahili ve cerrahi branşlar kıyaslanmış, öğrencilerin %54,8'inin dahili bilimlerde, %45,2'sinin cerrahi bilimlerde çalışmak istediği gösterilmiştir (154). Tokat'ta yapılan çalışmada % 35,6'sının dâhili bilimlerde, % 25'inin cerrahi bilimlerde % 7,5'inin temel bilimlerde çalışmak istediğini, % 2,1'i hiçbir alanda çalışmak istemediği, %29,9'unun kararsız olduğunu ifade etmiştir (156). Temel bilimlere olan rağbetin artması öğrencilerin zor çalışma koşulları ve şiddet olayları nedeniyle hastayla daha az karşılaşma ihtimalinin olduğu bölümlere yöneldiğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin tercih etmeyi düşündükleri tıp branşlarının dönemlere göre dağılımı incelendiğinde; birinci dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş %28,8 ile Kalp ve Damar Cerrahisi, ikinci dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş %25,1 ile Kalp ve Damar Cerrahisi, üçüncü dönem öğrencilerinin en çok

tercih etmek istediği branş %25,2 ile Kardiyoloji, dördüncü dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş %32,3 ile Kardiyoloji, beşinci dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş %25,6 Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, altıncı dönem öğrencilerinin en çok tercih etmek istediği branş %24,3 ile Aile Hekimliği olduğu belirlenmiştir. Düzce'de beşinci ve altıncı dönem öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada, öğrenciler tarafından en çok tercih edilmek istenen üç branş, %10,9 ile Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, %8,9 ile Dermatoloji, %7,9 ile Dahiliye olarak belirlenmiştir (153). Ergin ve arkadaşlarının birinci, üçüncü ve altıncı dönem tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yapmış olduğu çalışmada, öğrenciler tarafından en çok tercih edilen branşlar birinci dönem öğrencilerinde %12,9 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, üçüncü dönem öğrencilerinde %14,5 ile Kardiyoloji, altıncı dönem öğrencilerinde %15,2 ile Dermatoloji olarak belirlenmiştir (154). Xianlin'in çalışmasında da Radyoloji gibi yardımcı branşların popülaritesinin arttığı gözlemlenmiştir (161). Fakülteye başlarken öğrencilerin idealindeki bölümlerin bu denli değişmesi, gerek çalışma şartları gerekse artan tıbbi malpraktis ve hekime yönelik şiddet olayları nedeniyle bu tarz risklerin daha az olduğunu düşündükleri bölümleri tercih etmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Tercih eğilimlerinin bu yönde olması son derece dikkat çekicidir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ilgi duyduğu tıp branşları dağılımı incelendiğinde; en çok ilgi duyulan branşların sırasıyla %27,3 ile Göz Hastalıkları, %26,7 ile Kardiyoloji ve %24,5 Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi olduğu belirlenmiştir. Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada en çok uzman olmak istenen üç alan sırasıyla %9,9 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %6,6 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum ve %6,5 ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları olarak belirtilmektedir (151). Köksal ve arkadaşlarının 1996 yılında yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin mezuniyet sonrası yapmak istedikleri ilk üç uzmanlık dalı sırasıyla %16 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %14,1 ile İç Hastalıkları, %13 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum olduğu belirlenmiştir (158).

Popüler branşlar arasındaki bu değişimin, söz konusu branşlarda fakültelerde verilen eğitim farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

En az ilgi duyulan branşların ise sırasıyla %0,3 ile Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, %1,2 ile Sualtı Hekimliği ve %1,4 ile Tıbbi Farmakoloji olduğu belirlenmiştir. Literatürde az tercih edilen branşların gösterimine rastlanmamıştır. Az kadro açan ve hekimler arasında bile yeterli bilgiye sahip olunmayan bu branşların çalışmamızda öğrenciler tarafından fazla ilgi görmediği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin tercih etmeyi düşündüğü tıp branşları dağılımı incelendiğinde; en çok tercih edilmesi düşünülen branşların sırasıyla %23,5 ile Kardiyoloji, %21,2 ile Göz Hastalıkları ve %21 ile Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi olduğu belirlenmiştir. Literatürde “ilgi duymak” ve “çalışmak istemek” gibi bir ayrıma rastlanmamıştır. Bu iki kavramın ayrılmasındaki neden öğrencilerin herhangi bir branşa ilgi duymasına rağmen çalışma koşullarından dolayı ilgi duyduğu branşta çalışmak istemeyebileceği düşüncesinden doğmuştur. Çalışmamızda ilgi duydukları ve çalışmak istedikleri alanlar birbirlerine yakın bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ilgi duyduğu ancak tercih etmeyi düşünmediği tıp branşları dağılımı incelendiğinde; en çok ilgi duyulan ama tercih edilmesi düşünülmemen branşlar sırasıyla %6,39 ile Halk Sağlığı, %5,7 Çocuk Cerrahisi ve %5,56 Aile Hekimliği olarak belirlenmiştir. Literatürde bu tarz bir değerlendirmeye rastlanılmamıştır. Bu durumun özellikle prelinik öğrencilerin mevzubahis üç bölüm hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle oluştuğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin daha önce hekime şiddet olayına şahit olma veya maruz kalma durumları incelendiğinde %15,9'unun şiddet olayına şahit olduğu ya da maruz kaldığı belirlenmiştir. %14,8'inin hekime şiddete şahit olduğu ve %1,1'inin şiddet olayına maruz kaldığı saptanmıştır. Gazi

Üniversitesi'nde altıncı dönem (intern hekim) öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada, çalışma hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalan öğrencilerin oranı %65,5 olarak belirlenmiştir (119). Samsun'da altıncı dönem öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada, öğrencilerin %78,4'ü hekime şiddete şahit olduğunu, %43,2'si öğrenciliği süresince şiddet olayına maruz kaldığını ifade etmiştir (162). Erzurum'da sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarının %68,1'i çalışma hayatında şiddetle karşılaştığını belirtmiştir (163). Literatür ile aradaki oransal farkın nedeni, çalışmamızda prelinik öğrencilerin çoğunluğu oluşturmamasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızdaki şiddet olayına şahit olduğu ya da maruz kaldığı ifade eden %15,9'luk kesimin %8,1'i şiddet olayının son bir yılda meydana geldiğini, %7,7'si ise bir yıldan eski olduğunu belirtmiştir. Gaziantep'te hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada hekimlerin %36,5'inin son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (86). Ankara'da intern ve araştırma görevlisi doktorlara yönelik yapılan bir çalışmada, intern doktorların %97,8'i araştırma görevlisi doktorların %77,3'ü son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (119). Erzurum'da hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, şiddet olayına maruz kalan %68,1'lik kesimin %47,4'ü şiddet olayının son bir yılda meydana geldiğini belirtirken, %20,7'si bir yıldan eski olduğunu belirtmiştir (163). Çalışmamızda ve literatürde, bu bulgulardan hareketle sağlıkta şiddetin günümüze kadar yükselerek geldiği gözlemlenebilmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin şiddete maruz kalma sayıları incelendiğinde; ortalama 1,91 olarak bulunmuştur. Adaş ve Elbek'in hekimlere yönelik yapmış olduğu bir çalışmada, şiddete maruz kalma sayısı ortalama 2,95 olarak belirtilmiştir (86). Gökçe ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise, hekimlerin son bir yılda maruz kaldıkları şiddet sayısı ortalaması 8,1 olarak bulunmuştur (141). Beder'in hekimlere yönelik yapmış olduğu bir çalışmada, şiddete maruz kalma sayıları ortalama 3,9'dur (163).

Çalışmamız ve literatür arasındaki bu farklılığın, tıp fakültesi öğrencilerinin, hekim olan kişilerden daha az hasta ve hasta yakınları ile diyalog içerisinde olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşadıkları en son şiddet olayı meydana geldiğinde öğrencilerin %91'inin yanında başka kişilerin olduğu ve %9'unun ise olay sırasında yalnız olduğu belirlenmiştir. Erzurum'da hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, yaşadıkları en son şiddet olayı meydana geldiğinde hekimlerin %82,4'ünün yanında başka kişilerin olduğu ve %17,6'sının olay sırasında yalnız olduğu belirlenmiştir (163). Bulgularımız arasındaki farkın nedeni çalışmamıza katılan öğrencilerin, hekimlerden ziyade şiddet görebilecekleri kişilerle daha az yalnız kalması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin en son şiddet olayını yaşadıkları yerler incelendiğinde; %44,2'sinin acil serviste, %39,2'sinin poliklinikte, %3,2'sinin ameliyathanede ve %2,6'sının diğer yerlerde şiddet olayına maruz kaldığı belirlenmiştir. Kütahya, Eskişehir ve Ankara'da sağlık çalışanlarına yönelik çok merkezli yapılan bir çalışmada şiddet olayının en sık yaşandığı yerler %63,1 ile acil servisler, %63 ile de yataklı servisler olarak gösterilmiştir (58). Ankara'da intern hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, en son şiddet olayının yaşandığı yerler %65,6 ile yataklı servis, %15,1 ile de acil servis olarak belirlenmiştir (119). İngiltere'de yapılan bir çalışmada şiddet olaylarının en sık acil servislerde ve psikiyatri kliniklerinde görüldüğü belirtilmiştir (164). Bulgularımız literatürle uyumlu olup, acil servislerdeki çalışma koşulları, hasta profilinin çeşitliliği ve aciliyet stresinin acil servislerde şiddet olaylarının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin şiddet olayını yaşadıkları saatler incelendiğinde; %46,5'inin 12-18 saatleri arasında, %33,1'inin 18-08 saatleri arasında ve %20,4'ünün 08-12 saatleri arasında şiddet olayına maruz kaldığı belirlenmiştir. Gaziantep'te yapılan bir çalışmada

şiddet olaylarının %44,1'inin mesai saatleri içerisinde gerçekleştiği ifade edilmiştir (80). Vural ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da şiddet olaylarının en çok mesai saatleri içerisinde (08:00-16:00) arasında gerçekleştiği bildirilmiştir (131). Beder'in hekimlere yönelik yapılan çalışmasında %49,7'sinin 08-16 saatleri arasında, %42'sinin 16-24 saatleri arası ve %24,1'inin 24-08 saatleri arasında şiddet olayına maruz kaldığı belirlenmiştir (163). Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Gündüz polikliniğin açık olduğu, özellikle de öğleden sonra şiddet olaylarının artmasının bekleme sürelerinin uzaması ve hasta tahammülünün öğleden sonra azalması nedeniyle gerçekleştiği düşünülebilir.

Çalışmamızda şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin yaşadığı şiddet olayında, şiddet uygulayan kişilerin cinsiyet durumları incelendiğinde; %78,8'inin erkek, %21,2'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Gaziantep'te hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada şiddet uygulayanların %93'ünün erkek, %7'sinin kadın olduğu saptanmıştır (80). İngiltere'de ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da şiddet uygulayanların çoğunlukla erkek olduğu belirtilmiştir (12,15,120). Bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Erkeklerin şiddet uygulamaya kadınlardan daha yatkın olmasının bu sonucun elde edilmesinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda şiddeti uygulayan kişilerin yaş dağılımı incelendiğinde; %58,3'ünün 30-45 yaş aralığında, %25'inin 18-30 yaş aralığında ve %16,7'sinin 45-60 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Karaca'nın yapmış olduğu çalışmada şiddet uygulayan kişilerin yaş dağılımına bakıldığında, %54,1'inin 30-45 yaş aralığında, %29,9'unun 18-30 yaş aralığında olduğu gözlenmiştir (15). Erzurum'da hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada şiddeti uygulayan kişilerin yaş dağılımı incelendiğinde %59,5'inin 25-40 yaş aralığında, %25,9'unun 40-50 yaş aralığında, %9,7'sinin 18-25 yaş aralığında, %4,9'unun 50 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır (163). Şiddet uygulayanların büyük çoğunluğunu genç-orta yaş grubu oluşturmaktadır. Bu

duruma, bu yaş grubunun fiziksel aktifliğinin daha yüksek olmasının neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda şiddetle karşılaşması bulunan 156 öğrencinin yaşadığı şiddet olayının türü incelendiğinde; %88,5'inin sözel şiddet, %43,6'sının psikolojik şiddet ve %28,8'inin fiziksel şiddete şahit olduğu veya maruz kaldığı belirlenmiştir. İzmir'de 112 çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada, çalışanların %67,6'sı sözel şiddete, %16,8'i fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (9). Samsun'da hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, yaşanan şiddet olayı türünün %97,6'sının duygusal veya sözel şiddet, %29,8'inin fiziksel şiddet olduğu belirlenmiştir (15). Adana'da hemşirelere yönelik yapılan bir çalışmada da yaşanan şiddet olayının %68,5'inin sözel şiddet, %16'sının fiziksel şiddet başlığı altında incelendiği görülmüştür (81).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşadığı veya şahit olduğu şiddet olayının TUS'ta tercihlerini etkileme durumu incelendiğinde; %29,1'inin etkiler, %24,2'sinin biraz etkiler, %13,4'ünün hiç etkilemez, %12,4'ünün kararsızım ve %11,7'sinin çok etkiler cevabını verdiği belirlenmiştir. Ergin ve arkadaşlarının tıp fakültesi birinci, üçüncü ve altıncı dönem öğrencilerine yönelik yapmış oldukları çalışmada, altıncı sınıf öğrencilerinin %9,1'i tıp eğitimi süresince uzmanlık tercihlerinin değişiminde "hekime yönelik şiddetin bu branşta daha fazla olduğunu düşünüyorum" nedeninin etkili olduğunu belirtmiştir (154). Samsun'da intern hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların %97,1'i şiddet görme ihtimalinin ileride çalışmak istediği yer seçimini etkileyebileceğini ifade etmiştir (162). Bizim çalışmamızda öğrenciler tarafından bu soruya verilen cevaplar oldukça homojen dağılmıştır. TUS tercihleri birden fazla faktör tarafından etkilense de şiddet olaylarının %53,3'lük bir kesimin tercihlerine doğrudan etki edeceği çalışmamızla saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin “Hekime yönelik şiddetin nedenleri nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; ilk üç sebep sırasıyla %96,6 oranla muayene/işlem bekleme sürelerinin uzunluğu, %92,3'lük oranla fiziksel şartlar ve personelin sayısının eksikliği ve %86,2'lik oranla usulsüz isteklerin reddedilmesi olarak belirlenmiştir. Karaca'nın Samsun'da görevli hekimlere yönelik yaptığı çalışmasında ilk üç sebep; %42,7'lik oranla haksız isteklerin (ilaç, rapor vs.) reddedilmesi, %23,4'lük oranla muayene ve tetkik istemleri için uzun bekleme süreleri, %19,6'lık oranla medya olarak belirlenmiştir (15). Turla ve arkadaşlarının altıncı dönem öğrencilerine yönelik yapmış olduğu bir çalışmada hekime yönelik şiddetin nedenleri sorulduğunda, ilk üç sebep %82,7'lik oranla sağlık sistemindeki olumsuzlukların sorumlusunun hekim olarak gösterilmesi, %74,8'lik oranla sağlık politikaları, %71,9'luk oranla haksız isteklerin (ilaç, rapor vs.) reddedilmesi olarak belirlenmiştir (162). Çalışmamızda ve literatürde görüldüğü gibi, hekime yönelik şiddetin nedenleri aşıkardır. Öğrencilerin ve hekimlerin çoğunluğu benzer nedenler üzerinde hemfikirdir. Her iki kesimin de içinde bulunduğu bu hemfikirlik, objektif bir değerlendirme sonucunda da sorunların açık olduğunu göstermektedir. Bu bulgular sağlık hizmetleri bazında bazı aksaklıklar olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin hekime yönelik şiddete karşı alınan önlemlerin düzeyi sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; %81,5'lik oranla yetersiz, %11,5'lik oranla biraz yetersiz, %6,4'lük oranla kararsızım ve %0,6'lık oranla biraz yeterli cevabını verdiği bulunmuştur. Hiçbir öğrencinin yeterli cevabı vermediği belirlenmiştir. Karaca'nın hekimlere yönelik yapmış olduğu çalışmada hekimlerin kurumlarının şiddete karşı aldıkları önlemlerin yeterliliği hakkında verdikleri cevaplar %72,6 ile yetersiz, %20 ile fikrim yok, %7,4 ile yeterli şeklinde olmuştur (15). Gaziantep'te hekimlere yönelik yapılan çalışmada, hekimlerin çalıştıkları hastanelerine güvenlik notu vermeleri istenmiş, hekimlerin yalnızca %19'u geçer not olan 7/10 ve üzerini hastanesine uygun görmüştür (80). Bulgularımız literatürle uyumlu olup, hekime yönelik şiddete karşı alınan önlemlerin öğrenciler ve hekimlerin geniş

bir kesimince yetersiz bulunduğu, bu alanda gerek hukuki gerekse idari anlamda düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu fikrinin herkesçe benimsendiği gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin “Hekime yönelik şiddete karşı ne gibi önlemler alınabilir?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; ilk üç önlem sırasıyla %86,2 ile yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi, %78,9 ile hekimlerin idari ve hukuki olarak desteklenmesi ve %76,3 ile halk eğitimine yönelik çalışmalar yapılması olarak belirlenmiştir. Samsun’da hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, hekime yönelik şiddete karşı ne gibi önlemler alınabilir sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; %79,6 ile yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi, %67,5 ile hekimlerin de sağlık politikalarında söz sahibi olması, %65,9 ile hekimlerin idari ve hukuki olarak desteklenmesi şeklinde bulunmuştur (15). Ankara’da yapılan bir çalışmada, şiddeti önleme yolları konusunda sağlık çalışanlarının görüşleri sıralandığında, yazılı ve sözlü medyada yapılan haberler ve programların şiddet önleme amaçlı kullanılması, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi ve şiddete karşı daha caydırıcı yasal önlemlerin alınması şeklinde olduğu görülmüştür (121). Turla ve arkadaşlarının tıp fakültesi altıncı dönem (intern hekim) öğrencilerine yönelik yapmış olduğu bir çalışmada, hekime yönelik şiddete karşı alınabilecek önlemler; %95,7 ile yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi, %87,8 ile hekimlerin sağlık politikalarında söz sahibi olması, %82 ile de toplumsal eğitim çalışmalarının yapılması şeklinde sıralanmıştır (162). Hekime yönelik şiddetin yıllar içerisinde yükseliş göstermesi, bu konuda önlemler alınmasını gerekli kılmıştır. Hekim adayları ve hekimler yasal yaptırımların en önemli caydırıcı güç olduğunu, hukuki ve idari olarak hekimlerin arkasında durulmasının da çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dallarına verdikleri cevaplar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Kadınlarda dahili bilimlerde çalışmayı düşünenler

temel bilimlerde çalışmayı düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksekken ($p=0,022$), erkeklerde temel bilimlerde çalışmayı düşünenler dahili bilimlerde çalışmayı düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,020$). Açıkgöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, dahili branşta çalışmayı düşünenlerde kadınlar anlamlı olarak yüksekken, cerrahi branşta çalışmayı düşünenlerde erkekler anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (151). Ergin ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yapmış oldukları çalışmada dahili branşta çalışmayı düşünenlerde kadınlar anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (154). Gökteş Dörtüol'un son sınıflara yönelik olarak yapmış olduğu çalışmada ise cinsiyetlere göre tercih etmek istedikleri bilim dalları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (160). Bulgularımız literatürle uyumlu olup tıp fakültesi öğrencisi kadınların cerrahi ve temel branşlardan ziyade dahili branşlara ilgi duyduğu, hasta tedavi ve takibiyle ilgilendiği, dahili branşlardaki çalışma şartlarının da cerrahiye oranla daha az zorlu olması bu ilginin sebepleri olarak düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan öğrencilerin dönemlerine göre çalışmayı düşündükleri bilim dalları kıyaslandığında, beşinci dönem öğrencilerinin dahili branşlarda çalışmayı, cerrahi branşlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır ($p=0,014$). Birinci dönem öğrencilerinin ise cerrahi branşlarda çalışmayı, dahili branşlarda çalışmaya göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır ($p=0,014$). Dönem arttıkça cerrahi branşları seçenlerin oranının düştüğü görülmüştür. Yapılan korelasyon analizinde, istatistiksel olarak anlamlı çok kuvvetli ve ters korelasyon saptanmıştır ($r=-0,899$, $p=0,015$). Denizli'de yapılan çalışmada da benzer şekilde cerrahi bilimlerin tercih edilme oranı dönem yükseldikçe düşmektedir (154). Bu durum öğrencilerin eğitim süresi boyunca klinik ile tanıştıkça ve gerek çalışma ortamı gerekse çalışma şartlarını gözlemledikçe cerrahi branşlardan uzaklaştıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin şiddete şahit olma veya maruz kalma durumu ile ileride çalışmak istedikleri yerler kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Şiddete şahit olanların/maruz kalanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yataklı servislerde ($p = 0,030$) ve diğer yerlerde ($p = 0,040$) çalışmayı daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. Şiddete şahit olmayan/maruz kalmayanların, şahit olanların/maruz kalanlara göre poliklinik ($p = 0,001$) ve ameliyathanede ($p = 0,002$) çalışmayı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. Literatürde benzer bir veriye rastlanmamıştır. Bu durumun nedeni olarak şiddet olaylarının sık görüldüğü poliklinik gibi yerlerden ziyade öğrencilerin şiddet olaylarının daha az gördüğü diğer yerleri tercih etmesi şiddet olaylarının doğuracağı olumsuz sonuçlardan doğrudan bir korunma yöntemi olarak gördüğü düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin şiddete şahit olma veya maruz kalma durumu ile TUS'ta tercih etmeyi düşündüğü branşlar karşılaştırıldığında, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,001$). Şiddet durumuna maruz kalanların veya şahit olanların, yaşamayanlara göre Beyin ve Sinir Cerrahisi ($p = 0,011$), Genel Cerrahi ($p = 0,007$), Göğüs Cerrahisi ($p = 0,034$), Kalp ve Damar Cerrahisi ($p = 0,005$) ve Kardiyoloji ($p = 0,010$) bölümlerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az tercih ettiği saptanmıştır. Şiddet durumuna maruz kalanların veya şahit olanların, yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla tercih etmeyi düşündüğü tek branş ise Radyoloji ($p = 0,032$) olarak saptanmıştır. Kütahya, Eskişehir ve Ankara'da yapılan çok merkezli bir çalışmada, dahili bilimlerde çalışanların %47,9'u, cerrahi bilimlerde çalışanların %53,8'i, şiddetle karşılaşmalarının mevcut olduğunu ifade etmiştir (58). Erzurum'da sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada, Genel Cerrahi kliniğinde çalışan sağlık personelinin %81,8'i, Kalp ve Damar Cerrahisi kliniğinde çalışan sağlık personelinin %71,4'ü, Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde çalışan sağlık personelinin %70'i, Göğüs Cerrahisi kliniğinde çalışan sağlık personelinin %68,8'i, Kardiyoloji kliniğinde çalışan sağlık personelinin %66,7'si şiddet olayına maruz kaldığını ifade

etmiştir (163). Şiddet eylemlerinin bu kliniklerde bu denli yaygın olması, öğrencilerin doğal olarak bu bölümlerden kaçınmasına neden olmuştur. Bahsi geçen bu önemli bölümlerin daha az tercih edilmeleri ileride verilecek olan sağlık hizmetlerinde aksaklıklara ve belki de bu branşlarda hekim bulamamaya yol açacaktır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Şiddet olayını duyma, şiddete şahit olma veya yaşama durumunun TUS'ta tercih etmeyi düşündüğü branşı etkiler mi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile TUS'ta branş tercihi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihim etkiler diyenlerin, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ($p=0,033$), Patoloji ($p=0,006$) ve Radyoloji ($p=0,015$) bölümlerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır. Şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihim etkilemez diyenlerin istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla tercih etmeyi düşündüğü branşlar ise Kalp Damar Cerrahisi ($p=0,002$) ve Göz Hastalıkları ($p=0,018$) olarak saptanmıştır. Literatürde benzer verilere rastlanmamıştır. Yaşanan şiddet olaylarının kendilerini etkilediğini düşünen öğrenciler daha az şiddet olayının yaşandığı klinikleri aşikar bir biçimde tercih ederken, şiddet olaylarının tercihlerinde belirleyici olmayacağını ifade eden öğrenciler cerrahi branşları tercih etmeye devam etmektedir. Şiddet olaylarının bu denli yüksek boyutta olmasının cerrahiye hevesli ve yetenekli öğrencileri ilgi duydukları alandan uzaklaşmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Şiddet olayını duyma, şiddete şahit olma veya yaşama durumunun TUS'ta tercih etmeyi düşündüğü branşı etkiler mi?” sorusuna verilen cevaplar ile ilerde çalışmayı düşündüğü yer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$). Şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihim etkilemez diyenlerin acil servis ($p=0,015$) ve poliklinikte ($p=0,043$) çalışmayı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih ettiği saptanmıştır.

Şiddet olayı ile ilgili duyduklarım, maruz kalmam veya şahit olmam tercihimin etkiler diyenlerin istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla tercih ettiği yer laboratuvar ($p=0,039$) olarak saptanmıştır. Gaziantep'te hekimlere yönelik yapılmış olan bir çalışmada ise en çok şiddet olaylarının görüldüğü yerler olarak %18,2 ile acil servis, %18,2 ile muayene odası, %11,2 ile de hastane koridorları belirlenmiştir (80). Ayrancı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada en çok şiddet olaylarının görüldüğü yerler %63,1 ile acil servis, %63 ile yataklı servis, %50,4 ile de poliklinik olarak belirlenmiştir (58). Ankara'da intern ve araştırma görevlisi doktorlara yönelik yapılan bir çalışmada, çalışılan birim bazında şiddete maruz kalma acil servis için %82,4, poliklinikler için %64,8, ameliyathane/yoğun bakım için %60,8 olarak belirlenmiştir (119). Şiddet olaylarının tercihlerini etkilemeyeceklerini ifade eden öğrencilerin, bu olayların en sık görüldüğü acil servis ve poliklinikte çalışmaktan imtina etmeyeceğini belirtmesi sevindiricidir. Yaşanan üzücü olaylara rağmen sağlık hizmeti vermekten çekinmeyen öğrencilerin mevcudiyeti ülkemiz geleceği adına umut vericidir. Şiddet olaylarının tercihlerini etkileyeceğini ifade eden öğrencilerin laboratuvar gibi hasta ile karşılaşması olmayan alanlarda çalışma isteği ise son derece doğal ve anlaşılabilir.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Şiddet, ülkemizde ve dünyada her geçen gün artarak büyüyen bir sorundur. Sağlıkta şiddet ise tüm dünyada sadece sağlık çalışanlarını değil tüm insanlığı ilgilendiren bir halk sağlığı sorununa dönüşmüştür. Şiddet nedeniyle doğrudan zarar gören sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi ve motivasyonunun düşmesiyle sağlık hizmetine ihtiyacı duyan insanlar da dolaylı olarak zarar görmektedir.

Hekime yönelik şiddet hakkında fakültemiz öğrencilerine yönelik yapmış olduğumuz çalışmada öğrencilerin sosyo-demografik verileri, kariyer planları, hekime yönelik şiddete olan bakış açıları ve şiddet olaylarının kariyer tercihlerine etkisi incelenmiştir.

Çoğunluğunu kadınların oluşturduğu öğrencilerin yaş ortalaması 20,83 bulunmuştur. Öğrencilerin mezun oldukları liselerde birinci sırada Anadolu Liseleri gelmektedir. Öğrencilerin yarısından fazlasının annesi çalışmamaktadır. Öğrencilerin yaklaşık 3'te 1'inin ailesinde sağlık çalışanı bulunmaktadır ve yaklaşık 3'te 1'i ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Tıp fakültesi tercih etme nedenlerinde hekimlik ideali başı çekmektedir.

Öğrencilerin neredeyse tamamı mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı arzulamaktadır ve yaklaşık 3'te 2'si poliklinikte çalışmayı, yine bir bu kadar çoğunluk dahili bilim dallarında çalışmak istediğini ifade etmiştir. Her ne kadar öğrencilerin bir alanda profesyonelleşme isteği doğal bulunsa da ülkemizin ileride ihtiyaç duyabileceği pratisyen hekimler açısından yeterli sayının olmaması ihtimali, ülkemiz sağlık sistemi adına olumsuz sonuçlar

doğurabilir. Pratisyen hekim çalışma şartlarının iyileştirilmesi bu açıdan önemlidir.

Öğrencilerin tercih etmeyi düşündükleri branşlar dönemler açısından incelendiğinde, fakülteye yeni başlayan ve klinikle henüz tanışmamış öğrencilerin cerrahi branşları tercih etmeyi düşündüğü gözlenmişken, mezuniyet yaklaştıkça bu ilginin dahili branşlara yöneldiği görülmektedir. Birinci dönem öğrencilerinin ilk sırada tercih ettiği bölüm Kalp ve Damar Cerrahisi iken, altıncı dönem öğrencilerinin ilk sırada tercih ettiği bölüm Aile Hekimliği olarak bulunmuştur.

Bulgularımız ve literatürün ışığında tıp fakültesi öğrencilerinin tercih etmeyi düşündükleri alanlarının değişimi tek bir etkenle açıklanamaz. Ancak giderek artan ve kronik bir sorun haline gelen şiddet olaylarının öğrencilerin tercihlerini etkilediği gözlemlenmektedir. Hekime şiddetin yüksek oranda görüldüğü cerrahi branşlar öğrenciler tarafından daha az tercih etmekte ve öğrenciler bu sayede kendilerini şiddete karşı koruyabileceklerini düşünmektedir. Ama maalesef neredeyse tüm branşlarda şiddet yaygınlaşmaya ve sıradanlaştığı için sorun gittikçe büyümektedir. Bu normalleşme eğiliminin önüne geçilmesi, şiddet olaylarının çözümünde esastır.

Ayrıca öğrencilerin ilgi duydukları ancak tercih etmeyi düşünmediği branşlar göz önüne alındığında, öğrencilerin tıp branşları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Öğrencilere tüm branşların daha sağlıklı bir biçimde tanıtılması için eğitim programlarının düzenlenmesi kariyer planlaması ve öğrencinin yeteneği ile ilgisi yönünde tercihini şekillendirmesine katkı sağlayacaktır.

Hekime yönelik şiddet ve tıp fakültesi öğrencilerinin bu sorunla olan ilişkilerinin incelenmesinde; öğrencilerin %15,9'u şiddetle karşılaşmasının olduğunu belirtmiştir. Preklinik öğrencilerin çoğunlukta olduğu anketimizde,

şiddetin doktor adaylarına kadar inmiş olması ürkütücüdür. Şiddet olaylarının çoğunlukla acil servislerde, gündüz saatlerinde meydana geldiği, şiddet eylemini gerçekleştiren kişilerin çoğunlukla 30-45 yaş aralığında erkek olduğu, çoğunluğunu sözel şiddetin oluşturduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin %53,3'ü şiddet olaylarının TUS tercihlerini etkileyeceğini ifade etmiştir. Bu oran, riskli ve cerrahi branşların daha az tercih edilecek olmasından ötürü ülkemiz tıbbının ve sağlık sektörünün geleceğini doğrudan etkileneceğini göstermektedir.

Öğrenciler sağlıkta şiddet nedenleri konusunda hemfikirdir. Muayene ve işlem sürelerindeki uzunluk, fizik şartlar ve personel sayısında yetersizlik ile usulsüz işlemlerin reddi, şiddet nedenleri arasında başı çekmektedir. Sorunların yüksek oranla bunların olduğunun düşünülmesi dikkat çekicidir. Herkes tarafından bilinen bu sorunların çözümü sağlıkta şiddet sorununun aşılmasında önemli kilometre taşlarından olacaktır.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu alınan önlemlerin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Katılan 983 öğrenciden hiçbiri önlemlerin yeterli olduğunu cevabını vermemiştir.

Öğrenciler yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesini, hekimlerin hukuki ve idari olarak desteklenmesini ve halk eğitimine yönelik yapılacak çalışmaların alınabilecek önlemler arasında görmektedir.

Elde ettiğimiz bulgular ışığında, geleceğin hekimlerinin kariyer seçiminde ve ülkemiz sağlık sistemine etki eden şiddet olaylarının nedenleri, sonuçları ve alınabilecek önlemler ortaya konulmuştur. Hekime yönelik şiddet olaylarının engellenmesi ve öğrencilerin daha sağlıklı bir tercih ve çalışma hayatına erişebilmesi için alınabilecek önlemlerin aşağıdaki gibi olduğu kanaatindeyiz:

1. Öğrencilerin tercihlerini daha sağlıklı yapabilmesi adına tüm tıp branşlarının tanıtımı doğru ve yeterli biçimde yapılmalı, bunun için eğitim programları hazırlanmalı, öğrencilerin sevecekleri ve kendilerini yetenekli bulduğu dalları tanıması kolaylaştırılmalıdır.

2. Tıp Fakültesi öğrencilerine yönelik rehberlik çalışmaları güçlendirilmelidir. Öğrencilerin kariyer düzenlemesine profesyonel yardımın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

3. Ülkemizde yaygın görülen gerek toplumsal gerek aile içi gibi her türlü şiddetin önlenmesi önceliklidir. Şiddet bir halk sağlığı sorunudur. Bu yönde medya ve eğitim kurumlarına büyük iş düşmektedir. Şiddet övücü ve özendirici yayınlar yapılmaktan kaçınılmalıdır. Şiddeti önlemeye ve normal olmadığına dönük eğitimler önemlidir.

4. Sağlıkta şiddeti önlemek adına öncelikle sağlıkta dönüşüm programının hekim aleyhine olan düzenlemelerinin önüne geçilmeli, sistemin ve her türlü sorununda sistemin hekimi hedef göstermesi önlenmelidir.

5. Sağlık hizmeti verilen kurumlarda altyapı, işleyiş, personel ve personel eğitimi eksikleri doğru tespit edilmeli, bu eksikliklerin giderilmesi adına somut adımlar atılmalıdır.

6. Randevulu hasta muayene sistemi daha etkin kullanılarak, hastaların ve yakınlarının sıralarını beklerken oluşacak gerginliğin şiddete dönüşmeden önlenmesi sağlanabilir.

7. Acil servislerde yaşanan yoğunluğun getirdiği gergin ortamın önüne geçmek adına acil servislerde triaj uygulamasının sıkı yapılması gerekmektedir.

8. Sağlık hizmetlerinde yaşanan her şiddet olayı kayıt altına alınmalı, takip edilmeli, kişi ve kurumlarca örtbas edilmemelidir. Şiddet gören sağlık çalışanı yasal prosedürlerle daha da mağdur edilmemeli, çalıştığı kurumca süreç takibi itina ile yapılmalıdır.

9. Halk eğitime yönelik çalışmalar önemsenmeli, yaşanan şiddet olaylarının mevcut ve gelişmesi olası neticeleri net şekilde gösterilmeli, bu eğitim ve bilgilendirmelerin her kesime ulaşması için radyo, televizyon ve internet ortamları araç olarak kullanılmalıdır. Halkın her istediğinin yapılması yerine gerekli olan sağlık hizmeti talep etmesi gerektiği vurgulanmalıdır.

10. Hukuki kararlılık ve çözüm en önemli dayanak noktalarımızdandır. Devletin sağlık hizmeti veren çalışanlarını her şekilde koruması çok önemlidir. Bu nedenle sağlıkta şiddete yönelik yasal düzenlemeler gözden geçirilmeli, bu düzenlemeler yapılırken hekimlerin görüşleri dikkate alınmalı, yasaların caydırıcılığı artırılmalı ve bu yasaların uygulanmasında çekince gösterilmemelidir.

11. Usulsüz ilaç ve rapor gibi isteklerin önüne yasalarla doğrudan geçilmeli, hekimler bu konularda hasta ile karşı karşıya bırakılmamalıdır.

12. Mevcut sistemde sağlık hizmeti, satın alınabilir bir ürün haline dönüşmüştür. Bu algının önüne geçilmeli, sağlık hizmetlerinin ticari bir işlem değil sosyal bir hizmet olduğu, kişilerin sağlıkları konusunda bilgili makamın hekimler olduğu gerçeği halka anlatılmalıdır.

13. Yazılı, görsel ve sosyal medyada hekimi ve sağlık çalışanını hedef gösterici, tutarsız ve dayanıksız itham ve iddiaların yasal düzenlemelerle önüne geçilmeli, bu tarz eylemlerde bulunan medya mensupları ve diğer kişiler hakkında yasal yaptırımlar uygulanmalıdır. Şiddet olaylarında verilen cezalar medyada yer bulmalıdır.

14. Hastanelerde meydana gelebilecek şiddet olaylarına yönelik güvenlik görevlilerinin sayı ve yetkileri bu olayları önlemeye dönük olarak artırılmalı, dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastane girişlerine X-Ray cihazları konulmalı, böylelikle en azından hastaneye bıçak, silah gibi saldırı aletleriyle girişin önüne geçilmelidir. Her alanda güvenlik kameralarının bulunması da oluşabilecek hukuki boşlukların önüne geçecektir.

15. Tıp fakültelerinde öğrencilere yönelik şiddet nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında dersler ve seminerler verilmelidir. Öğrenciler mezun olduklarında şiddet olaylarının önleme, yönetme ve sonrası hakkında bilgi sahibi olmalı, yasal haklarından haberdar olmalıdır.

16. Sağlık çalışanlarının çalışma şartları iyileştirilmeli, iş motivasyonları yüksek tutulmalıdır.

17. Sağlık çalışanlarına yönelik hasta iletişimi, yönetimi ve şiddeti önlemeye, şiddet olayının gerçekleşmesi esnasında ve sonrasında yapılabileceklerine yönelik eğitimler verilmelidir.

18. Şiddet mağduru sağlık çalışanlarının şiddet olayı sonrası hukuki ve idari desteğin yanı sıra psikolojik olarak da desteklenmesi, zihnen ve bedenen sağaltımının yapılması önemlidir.

VII. ÖZET

Amaç: Şiddet; kendine, başka bir bireye veya bireylere yönelik olarak ölüm, ruhsal ve fiziksel yaralanma, güç kullanımı ya da tehdidin kasıtlı olarak uygulanması halidir. Sağlık alanında şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da başka bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için tehlike oluşturan sözlü, davranışsal tehdit veya fiziki saldırıdır. Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin hekime yönelik şiddet olgularına yönelik tutumlarının ne yönde şekillendiği ve bu alandaki şiddet olgularının uzmanlık alanı, çalışma ortamı ve gelecek planlarını ne şekilde etkilediği değerlendirilerek sağlıkta şiddet olaylarının tıp fakültesi öğrencilerinin kariyer planları üzerindeki etkilerini göstermek ve alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.07.2019-08.10.2019 tarihleri arasında 2019-2020 Akademik Yılı'nda Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 983 öğrenciye hazırlanmış olduğumuz anket uygulanmıştır. Veriler, paket istatistik programı Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %54,9'u kadın, %45,1'inin erkek olduğu, ortalama yaşın $20,83 \pm 2,05$ olduğu, %23,5'inin birinci dönem öğrencisi olduğu, %32,6'sının ailesinde sağlık çalışanı bulunduğu, %29'unun ailesiyle yaşadığı, %59,9'unun hekim olma idealiyle tıp fakültesini tercih ettiği, %59,7'sinin poliklinikte çalışmak istediği, %65,8'inin dahili branşlarda çalışmak istediği, en çok istenen branşın Kardiyoloji olduğu, %15,9'unun hekime yönelik şiddetle karşılaşmasının bulunduğu, en çok acil serviste şiddet olayı gördükleri, en çok sözel şiddete maruz kaldıkları, %93'ünün alınan önlemleri yetersiz bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca dönemler ilerledikçe cerrahi branşları tercih etme azalmış, dahili branşlar daha çok tercih edilmeye başlanmıştır.

Sonuç: Hekime yönelik şiddet her geçen gün artmakta ve bir halk sağlığı problemine dönüşmektedir. Bu artışa sessiz kalınması doğrudan ve dolaylı olarak hem hekimleri, hem hekim adaylarını hem de tüm toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorun neticesinde tıp fakültesi öğrencilerinin tercihlerinin belirgin derecede etkilendiği gösterilmiştir. Alınması gereken önlemlerin ve özellikle yeniden düzenlenmesi gereken sistemsel ve hukuki altyapının doğru bir şekilde hayata geçirilmesi ülkemiz adına en sağlıklı seçenek olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hekime Yönelik Şiddet, Tıp Fakültesi Öğrencileri, Kariyer Seçimi.

VII. SUMMARY

Aim: Violence is the intentional use of physical force or threat, against oneself, another person or a group, that either result in death, psychological or physical damage. The violence in healthcare is any verbal, behavioral threat that creates danger for the healthcare worker or physical attack by patients, their relatives or another person. In this study, we aim to assess how the attitudes of the medical students shaped towards violence against physicians and how the violence in healthcare affected their area of expertise, working environment and future and we want to show the effect of the violence in healthcare on the medical student's career plans and discuss the measures against the healthcare violence.

Materials and Methods: A questionnaire was prepared for 983 students studying at Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine between 01.07.2019-08.10.2019 in the 2019-2020 Academic Year. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0.

Results: We determined that 54.9% of the medical students who cooperated in our study were female, 45.1% were male, with an average age of 20.83 ± 2.05 . 23.5% of them were first-term students and 32.6% of them have a healthcare worker in their family. 29% live with their family, 59.9% preferred medical school to be a physician, 59.7% wanted to work in the polyclinic, 65.8% wanted to work in internal medicine. Our results showed that the most wanted branch was cardiology and 15.9% of the participants experienced violence against physicians. They experienced violence particularly in the emergency service; verbal violence was the most common. 93% of them found the measures taken were inadequate. Besides, with the

increase of term, students started to prefer internal branches over surgical branches.

Conclusion: Violence against physicians is increasing every day and is becoming a public health problem. Remaining silent against this increase has negative direct and indirect effects on physicians, candidates, and society. We show that this problem significantly influences the preferences of medical students. The best option for our country will be the correct implementation of the measures and rearrangement and execution of systematic and legal infrastructure against the violence.

Keywords: Violence Against Physicians, Medical Students, Career Choice.

IX. KAYNAKLAR

1. Mercy JA, Rosenberg ML, Powell KE et al. Public health policy for preventing violence. Health Aff (Millwood) 1993;12(4):7-29.
2. Saines JC. Violence and aggression in A&E: Recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999;7:8-12.
3. Steffgen G. Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. Revue Europeenne de Psychologie Appliquee 2008;58:285-95.
4. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31:142-6.
5. Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shahid AA et al. Violence against doctors: 2. effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. Eur J Emerg Med 1999;6(4):305-9.
6. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. J Emerg Med 2005 Apr;28(3):361-5.
7. Salminen S. Violence in the workplaces in Finland. Journal of Safety Research 1997;28(3):123-31.
8. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010;2(2):161-73.
9. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999;14:420-5.
10. Aktuğlu K, Hancı H. Acil servislerde şiddet tehdidi. Mevzuat Dergisi 1999;2(17):1-8.

11. Güllalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z et al. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15:239-42.
12. Aydın M. Isparta-Burdur sağlık alışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. Isparta, Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı Yayını, 2008;14:12-9.
13. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997;28:38-41.
14. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *J Clin Nurs* 2004;13:3-10.
15. Karaca BK. Samsun ilinde hekimlerin şiddete uğrama sıklığı, uğradıkları şiddetin özellikleri ve şiddet konusundaki düşünceleri [Tez]. Samsun; Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2014.
16. Türk Dil Kurumu Türkçe sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları, 2005.
17. Yeni Oxford resimli ansiklopedik sözlük. İzmir: Güneş Yayınları, 1985;2:1838.
18. Cinoğlu A. Sağlık kurumlarında şiddet, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dönem Projesi İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Programı, Haziran 2015.
19. Ünsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. *Cogito* 1996 Kış-Bahar;6-7:29-36.
20. Michaud Y. Şiddet. İstanbul: İletişim Yayınları, 1991.
21. Dişsiz M, şahin NH. Evrensel bir kadın sağlık sorunu: Kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008;1(1): 50-8.
22. Balcioğlu İ. Şiddet ve Toplum. İstanbul: Bilge Yayınları, 2001.
23. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: DER yayınları, 2001.

- 24.** Coccaro EF, Bergeman CS, Kavoussi RJ et al. Heritability of aggression and irritability: A twin study of the buss-durkee aggression scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry* 1997 Feb 1;41(3):273-84.
- 25.** Tardiff K. Adult Antisocial Behavior and Criminality. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, 1995;2(6):1622-1631.
- 26.** Schiavi RC, Theilgaard A, Owen DR et al. Sex chromosome anomalies, hormones and aggression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:93-99.
- 27.** Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000;3:21-6.
- 28.** Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M et al. Suicidality and 5-hydroxyindolacetic acid concentration associated with a tryptophan polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:34-8.
- 29.** Gerra G, Zaimovic A, Avanzini P et al. Neurotransmitter-neuroendocrine responses to experimentally induced aggression in humans: influence of personality variable. *Psychiatry Res* 1997;66:33-43.
- 30.** Limson R, Goldman D, Roy A et al. Personality and cerebrospinal fluid monoamine metabolites in alcoholics and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:437-41.
- 31.** Coccaro EF, McNamee B. *Biology of Aggression: Relevance to Crime. Psychopathology and Violent Crime*, AE Skodol (Ed), American Psychiatric Press, Washington, 1998:99-128.
- 32.** Uhde TW, Tancer ME. Benzodiazepin Receptor Agonists and Antagonists. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan HI, Sadock BJ (Ed), Williams & Wilkins, Baltimore, 1995:1933-51.
- 33.** İncecik Y, Kurdak H, Özcan S ve ark. Eş şiddeti ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2009;3(1):1-7.
- 34.** Virkkunen M, Kallio E, Rawling R. Personality profiles and state aggressiveness in Finnish alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):28-33.

- 35.** Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R et al. CSF biochemistries, glucose metabolism, diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry*, 1994;51:20-7.
- 36.** Volavka J. The neurobiology of violence. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999;11:307-314.
- 37.** Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008;165:429-42.
- 38.** Raine A, Phil D, Stoddard J et al. Prefrontal glucose deficits in murderers lacking psychosocial deprivation. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1998;11:1-7.
- 39.** Volkow ND, Tancredi L. Neural substrates of violent behaviour: a preliminary study with positron emission tomography. *Br J Psychiatry* 1987;151:668-73.
- 40.** Özcan YZ. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, 1998.
- 41.** Morgan CT. Psikolojiye Giriş. Konya: Eğitim Akademi Yayınları, 2011.
- 42.** Eroğlu F. Davranış Bilimleri, İstanbul: Beta Yayınları, 2013.
- 43.** Sokullu Akıncı F. İşyerinde Şiddet, İstanbul: Beta Yayınları, 2011.
- 44.** Türkdoğan P. Kimlik-göç-sosyal şiddet ve Türkiye gerçeği. *Istanbul Journal of Sociological Studies* 2011;0(36):1-14.
- 45.** Yavuzer N. İnsanın saldırgan ve yıkıcı doğasını anlamak, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi* 2013;12(23):43-57.
- 46.** Çabuk Kaya N. Şiddetin Sosyal Dinamikleri Yoksulluk, İşsizlik ve Göç. <https://tinyurl.com/rdogayr> (Erişim tarihi: 15.12.2019).
- 47.** Kızmaz Z. Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2006;16(2):247-67.
- 48.** Uysal M. Medya ve şiddet, <https://tinyurl.com/vd4tke7> (Erişim tarihi:17.10.2019).

49. Bandura A, Ross D, Ross AS. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J Abnorm Soc Psychol* 1961;63:575-82.
50. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D ve ark. Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4(1):112-37.
51. Bushman JB, Huesmann R. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:348-52.
52. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Günay Y. Televizyonda çocukların en çok seyrettikleri saatlerde gösterilen filmlerdeki şiddet düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:133-40.
53. Palabıyıköğlu R. Medya ve şiddet. *Kriz Dergisi* 1997;5:123-126.
54. Baron ME. The effects of television on child health: Implications and recommendations. *Arch Dis Child* 2000;83:289-92.
55. Huesmann RL, Taylor LD. The role of media violence in violent behavior. *Annu Rev Public Health* 2006;27:393-415.
56. Uzun Ö. Perceptions of nurses about verbal abuse. *Journal of Nursing Scholarship* 2003;35:1,81-5.
57. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2017;22(1):15-34.
58. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y ve ark. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:147-54.
59. Tel H. Gizli sağlık sorunu: Ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002;6(2):1-9.
60. Polat O. Klinik Adli Tıp. Ankara: Seçkin yayıncılık, 2004.
61. Uzun Ö, Bağ B, Özer N. İş ortamındaki sözel saldırının hemşireler üzerine etkileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2001;4(1):41-7.

- 62.** Akın L. Halk sağlığı temel bilgiler. Güler Ç, Akın L (editörler). İstanbul: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012.
- 63.** Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008.
- 64.** Başalp N. Aile içi şiddet ve özel hukuk yaptırımları. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2014;20(3):207-46.
- 65.** Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.
- 66.** İşyerinde psikolojik taciz (mobbing) ve çözüm önerileri komisyon raporu. Ankara: TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2011.
- 67.** Leymann H. The contend and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):165-84.
- 68.** TBMM Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyon raporu. 2013.
- 69.** Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.
- 70.** Aslanova K. Medeni kanun kapsamında kadına yönelik şiddet. Uluslararası Hakemli Beşeri ve Akademik Bilimler Dergisi, 2014;3(8):49-59.
- 71.** Atman ÜC. Kadına yönelik siddet; cinsel taciz / ırza geçme. STED, 2013;12(9):333-5.
- 72.** Gürkan ÖC, Coşar F. Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):124-9.
- 73.** Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.

- 74.** Işıker F. Televizyon yayınlarında şiddet. [Tez] Ankara; Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Uzmanlık Tezi. 2011.
- 75.** Tasav Beyin Fırtınası Toplantıları Sağlık Sektörü Çalışma Grubu Türkiye’de Sağlık Sektörü: Gelişmeler, Sorunlar Ve Politika Önerileri Rapor No. 18, 16 Mayıs 2015.
- 76.** Dorota M, Joanna R, Agnieszka M et al. Violence at workplace, a questionnaire survey of nurses. *Europen Psychiatry* 2006;21:442-50.
- 77.** Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2001;5(1):26-32.
- 78.** Elbek O, Adaş EB. Hekimlere/Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği 7. Kongresi. Bildiri Özetleri Kitabı. Ekim 2012.
- 79.** Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri. *Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi* 2003;16:44-51.
- 80.** Elbek O, Adaş EB, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet raporu. *Türk Tabipleri Birliği Gaziantep - Kilis Tabip Odası*. Nisan 2008.
- 81.** Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2001;5:1-9.
- 82.** Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs* 2006;14:245-9.
- 83.** Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001; 48: 129-30.
- 84.** Taylor JL, Rew LA. Systematic review of the literature: Workplace violence in the Emergency Department. *Journal of Clinical Nursing* 2010;20(7-8):1072-85.
- 85.** Elbek O, Adaş EB. Şiddetin Gölgesinde Hekimlik. *TTB Aydın Tabip Odası Yayınları*. Mayıs 2012.

- 86.** Adaş EB, Elbek O. Hekimlere yönelik şiddet üzerine bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim* 2008;23:147-60.
- 87.** Alexander C, Fraser J, Hoeth, R. Occupational violence in an Australian healthcare setting: Implications for managers. *J Healthcare Manag*, 2004;49:377-92.
- 88.** Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM et al. Violence in the emergency department: a survey of healthcare workers. *CMAJ*, 1999;161(10):1245-8.
- 89.** Shepherd JP. Tackling violence. *BMJ* 1998;316(7135):879.
- 90.** Langley J, Chalmers D, Fanslow J. Incidence of death and hospitalisation from assault occurring in and around licensed premises: A comparative analysis. *Addiction* 1996;91(7):985-93.
- 91.** Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med* 2001;52(3):417-27.
- 92.** Fontanarosa PB. The unrelenting epidemic of violence in America. *JAMA* 1995;273(22):1792-93.
- 93.** Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. *N Eng J Med* 2016;374:1661-9.
- 94.** Gökalp P. Hekime şiddet nereden çıktı, şiddet ve nefrete psikanalitik yaklaşım. İstanbul Psikanaliz Derneği. <https://tinyurl.com/qwfb6j9> (Erişim tarihi 14.12.2019).
- 95.** Özmen M. Tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda aktarım ve karşıaktarım. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:72-9.
- 96.** Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(1):46-53.
- 97.** Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı FM ve ark. Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011;11(3):110-6.
- 98.** Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2009;12(1):33-44.

99. Akın NC, Balcı E, Dursun E ve ark. Hekime yönelik şiddet: fenomenolojik bir değerlendirme. <https://tinyurl.com/wrrns76> (Erişim tarihi: 17.10.2019).

100. Ünlüsoy Dinçer N. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. [Tez] Ankara; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2010.

101. Gates D, Fitzwater E, Telintelo S et al. Preventing assaults by nursing home residents: Nursing assistants' knowledge and confidence, a pilot study. *Journal of American Medical Directors Association* 2004;5(2):17-21.

102. Şengül C, Şimşek D, Serinken M. Acil serviste şiddet yönetimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2009;9(3):139-143.

103. Al B, Zengin S, Deryal Y et al. Increased violence towards health care staff. *The Journal of Academic Emergency Medicine* 2012;11:115-24.

104. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ et al. Workplace violence In Emergency Medicine: Current knowledge and future directions, Violence: Recognition, management, and prevention. *The Journal of Emergency Medicine* 2012;43(3):523–31.

105. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector, state of the art. September 2008.

106. Yeşiltaş A ve Erdem R. Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* Temmuz 2018;74(6):486-500.

107. Kwok RP, Law YK, Li KE et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006;12:6-9.

108. Önal G. Türkiye bioetik derneği sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi ve önlenmesi hakkında görüşü 2012 (son dönemde toplumda ve sağlık hizmetlerinde giderek yükselen şiddet ve önlemler bağlamında). <https://tinyurl.com/tpst6p8> (Erişim tarihi:17.10.2019).

- 109.** Lyneham J. Violence in New South Wales Emergency Departments. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2000;18(2):8-17.
- 110.** Gerberich S, Church T, McGovern P et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495-503.
- 111.** Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D et al. Violence risks in nursing-results from the European next Study. *Occup Med (Lond)* 2008;58:107-14.
- 112.** Kuehn BM. Violence in health care settings on rise. *JAMA* 2010;304(5):511-2.
- 113.** Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:9-16.
- 114.** Gillespie GL, Gates DM, Miller M et al. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs* 2010;35:177-84.
- 115.** Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z et al. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? *J Forensic Leg Med.* 2007 Oct;14(7):423-8.
- 116.** Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *AF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(3):314-26.
- 117.** Günaydın N, Kutlu Y. Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3:1-5.
- 118.** Serin H, Serin S, Bakacak M ve ark. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2015;24(3):109-13.
- 119.** İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ ve ark. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni.* Eylül-Aralık 2009;28(3)15-23.
- 120.** Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y et al. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.

- 121.** Yıldız MS, Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Ankara ilinde araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2019;22(1):135-56.
- 122.** Groenewold MR, Sarmiento RFR, Vanoli K et al. Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. American Journal of Industrial Medicine 2017;61(2):157-66.
- 123.** Zampieron A, Galeazzo M, Turra S et al. Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions. Erratum 2011;19(15-16):11-12.
- 124.** Franz S, Annett Z, Schablon A et al. Aggression and violence against health care workers in Germany - A cross sectional retrospective survey. BMC Health Services Research 2010;10(1):51.
- 125.** Coşkun S, Öztürk AT. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(3):16-23.
- 126.** Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T et al. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: An observational study. BMC Health Services Research 2005;5(1):54.
- 127.** Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. Accid Emerg Nurs 2004;3:1-7.
- 128.** Nelson R. Tackling violence against health-care workers. Lancet 2014;383(9926):1373-4.
- 129.** Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett LB et al. Violence against nurses working in US Emergency Departments. Journal of Nursing Administration 2009;39(7):340-9.
- 130.** Sönmez M, Karaoğlu L, Egri M et al. Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. Bitlis Eren University Journal of Science and Technology 2013;3(1):26-31.

131. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş ve ark. Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: Şiddetin rapor edilme sıklığı. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(4):147-52.

132. Chapman R, Styles I, Perry L et al. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. Journal of Clinical Nursing 2010;19(3- 4):479-88.

133. Riopelle DD, Bourque LB, Robbins M, et al. Prevalence of assault and perception of risk of assault in urban public service employment settings. International Journal of Occupational and Environmental Health 2000;6(1):9-17.

134. Yakut Hİ, Yalçın Burhan B, Çiftçi A ve ark. Sağlıkta güvenlik ve fiziksel şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden bir çalışma. Turkish J. Pediatr. Dis. 2012;6(3):146-54.

135. Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. Health Science Journal. <https://tinyurl.com/txjalmh> (Erişim tarihi:17.10.2019).

136. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi 2012;3:103-13.

137. Flannery RB. Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. Aggress Violent Behav 1996;1:57-68.

138. Levin, PF, Hewitt, JB, & Misner ST. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. The Journal of Nursing Scholarship, 1998;30(3):249-54.

139. Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. Journal of Emergency Nursing, 2000;26(3):210-15.

140. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş ve ark. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16:9-14.

141. Gökçe T, Dünder C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15:25-8.

142. 07.11.1982 Tarih ve 2709 Kanun Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf. (Erişim tarihi: 16.09.2019).

143. 26.09.2004 Tarih ve 5237 Kanun Sayılı Türk Ceza Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>. (Erişim tarihi: 16.09.2019).

144. Devebakan N. Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, [Tez] İzmir. <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/207815.pdf> (Erişim tarihi: 17.10.2019).

145. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013.

146. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İşyerlerinde Psikolojik Taciz Bilgilendirme Rehberi, Ankara, 2013.

147. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 28277, 28 Nisan 2012.

148. Sağlık Bakanlığı. (2012). Çalışan Güvenliği Genelgesi. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 14 Mayıs 2012. <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html> (Erişim tarihi: 19.09.2019).

149. Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu (Sıra Sayısı:454),Ankara.<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf> (Erişim tarihi: 19.09.2019).

150. Sağlık çalışanlarını ilgilendiren 02.01.2014 tarihinde kabul edilen 6514 kanun nolu sağlık bakanlığı ve bağlı kurumların teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasınadairkanun.http://www.ido.org.tr/lib_upload/files/sayi%20153_web.pdf (erişim tarihi 19.09.2019).

151. Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I ve ark. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2019;12(1):113-25.

152. Mayda AS, Gerçek ÇG, Güneş C ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının demografik özellikler, sigara, alkol, madde kullanımı, baskın el ve şiddete maruz kalma ile ilişkisi. Tübav Bilim Dergisi 2009;2(4):476-83.

153. Kara İH, Çelik S, Keyif MF et al. Analysis of opinions regarding medical specialty selection examination and career choices of 5th and 6th grade medical students from Düzce University, Turkey. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(2):11-8.

154. Ergin A, Dikbaş E, Bozkurt Aİ ve ark. Tıp Fakültesi öğrencilerin mezuniyet sonrası kariyer seçimi ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;32:8-17.

155. Şenol Y, Gürpınar E, Erengin H ve ark. İletişim, etik ve sağlık ocağı konularını içeren probleme dayalı öğrenim modülü: öğrenci değerlendirmesi. 2006;22:17-20.

156. Karabulut G. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin adli tıp eğitimi ve birinci basamakta adli tabip sorumluluğu hakkındaki farkındalıklarının değerlendirilmesi. [Tez]. Tokat; Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2018.

157. Yaşar K, Emel LN, Şimal Ç ve ark. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. Maltepe Tıp Dergisi 2010;2(2):18-25.

158. Köksal S, Vehid S, Tunçkale A ve ark. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası ile ilgili tutumları. Cerrahpaşa J Med 1999;30(4):251-8.

159. Genç G, Kaya A, Genç M. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007;8(14):49-63.

160. Gökaş Dört Yol B. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası ile ilgili düşünceleri, kariyer seçimleri ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası Eylül-Aralık 2017;50:12-21.

161. Xianlin H, Yinong W, Jun Z et al. Examining influence of violence against physicians on Chinese medical students' career choice. Chin Med J 2014;127(24):4287-9.

162. Turla A, Aydın B, Ünlü B. İntern hekimlerin hekime yönelik şiddet konusunda yaşamışlıkları ve düşünceleri. Adli Tıp Bülteni, 2012; 17(1):5-11.

163. Beder C, Erzurum ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması. [Tez]. Erzurum; Atatürk Üniversitesi, 2009.

164. Hobbs R, Keane MU. Aggression against doctors a review, J R Soc Med 1996Feb;89(2):69-72.

X. EKLER

10.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK 1)

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.):

Hekime Yönelik Şiddetin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Kariyer Seçimindeki Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Çalışmamızda, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1-2-3-4-5-6 öğrencilerinin hekime yönelik şiddete karşı olan tutumları, bu durumun nedenleri ve çözüm önerileri hakkındaki fikirleri öğrenilecek, böylelikle hekime yönelik şiddetin öğrencilerin meslek hayatındaki kariyer planlamalarına ne şekilde etki ettiği ölçülecek, bu veriler ülkemizde ve dünyada yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Sizden sadece bu anket formunu doldurmanız istenmektedir. Bunun dışında herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin hekime yönelik şiddet olgularına yönelik tutumlarının ne yönde şekillendiğinin değerlendirilerek, bu alandaki şiddet olgularının uzmanlık alanı, çalışma ortamı ve gelecek planlarını ne şekilde etkilediğinin

değerlendirilerek sağlıkta şiddet olaylarının yükselişine dikkat çekmek, bu olayların tıp fakültesi öğrencileri üzerindeki etkilerini göstermek ve alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Gönüllülere herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışma amacı dışında üçüncü kişiler ile kesinlikle paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ / MCBÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D. / gkmnkrbg@gmail.com
2. Arş. Gör. Dr. Muhammed Alp ÖZDEMİR / MCBÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D. / drozdemiralp@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1:Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

10.2. Anket Formu (EK 2)

HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİN MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KARIYER SEÇİMİNDEKİ ETKİSİ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından yapılan bu araştırmanın amacı; Üniversitemiz Tıp Fakültesi Öğrencilerinin hekime yönelik şiddete bakışı ve bu durumun kariyer seçimine etkisinin değerlendirilmesidir.

Ankete doğru yanıtlar vermeniz sonucun gerçekleri yansıtmaya katkıda bulunacaktır.

Çalışmada elde edilen veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

KATILIMINIZ VE DESTEĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

1) Yaşınız? (.....)

2) Sınıfınız? (.....)

3) Cinsiyetiniz? 1. Kadın 2. Erkek

4) Bitirdiğiniz lise?

1. Fen Lisesi 2. Anadolu Lisesi 3. Meslek - İmam Hatip Lisesi 4. Özel Lise 5. Temel Lise 6. Diğer(.....)

5) Kaç kardeşiniz? (Siz de dahil olmak üzere) (.....)

6) Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz? (.....)

7) Annenizin mesleği nedir? (.....)

8) Babanızın mesleği nedir? (.....)

9) Ailenizde sağlık personeli var mı? (Varsa lütfen 1. seçeneğin yanındaki boşluğa yakınlık derecenizi yazınız.)

1. Var (.....)

2. Yok

10) Nerede yaşıyorsunuz?

1. Ailemin yanında 2. Yurttta 3. Arkadaşlarımla 4. Tek başıma5. Diğer (.....)
11) Tıp Fakültesini tercih etmenizdeki temel etmen nedir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Hekim olma ideali
2. Çalışma garantisi olan bir meslek olması
3. Maddi tatmin
4. Manevi tatmin
5. Aile yönlendirmesi ile
6. Diğer (lütfen belirtiniz)
12) Mezun olduktan sonra uzmanlık eğitimi almayı hedefliyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
13) İleride nerede çalışmayı planlıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Acil Servis
2. Poliklinik
3. Ameliyathane
4. Laboratuvar
5. Aile Sağlığı Merkezi/Toplum Sağlığı Merkezi
6. Yataklı Servis
7. Yoğun Bakım
8. Yurtdışı
9. Diğer (.....)
14) Hangi bilimler alanında çalışmak istiyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Temel Bilimler
2. Dahili Bilimler
3. Cerrahi Bilimler

4. Hiçbiri

15) İlgi duyduğunuz branş/branşlar aşağıdakilerden hangisidir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

0. Herhangi bir branşa ilgi duymuyorum
1. Acil Tıp 2. Adli Tıp 3. Aile Hekimliği
4. Anatomi 5. Anesteziyoloji ve Reanimasyon
6. Beyin ve Sinir Cerrahisi 7. Çocuk Cerrahisi
8. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 9. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
10. Deri ve Zührevi Hastalıkları

11. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
12. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
13. Fizyoloji

14. Genel Cerrahi 15. Göğüs Cerrahisi 16. Göğüs Hastalıkları
17. Göz Hastalıkları 18. Halk Sağlığı

19. Hava ve Uzay Hekimliği 20. Histoloji ve Embriyoloji
21. İç Hastalıkları

22. Kadın Hastalıkları ve Doğum 23. Kalp ve Damar Cerrahisi
24. Kardiyoloji

25. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları 26. Nöroloji 27. Nükleer Tıp
28. Ortopedi ve Travmatoloji

29. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
30. Radyasyon Onkolojisi 31. Radyoloji

32. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 33. Spor Hekimliği
34. Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp

35. Tıbbi Biyokimya 36. Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji
37. Tıbbi Farmakoloji 38. Tıbbi Genetik

39. Tıbbi Mikrobiyoloji 40. Tıbbi Patoloji
41. Üroloji

16) Uzmanlık eğitiminiz için tercih etmeyi düşündüğünüz branş/branşlar aşağıdakilerden hangisidir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

0. Uzmanlık Eğitimi Almayı Düşünmüyorum
1. Acil Tıp 2. Adli Tıp 3. Aile Hekimliği
4. Anatomi 5. Anesteziyoloji ve Reanimasyon
6. Beyin ve Sinir Cerrahisi 7. Çocuk Cerrahisi
8. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 9. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
10. Deri ve Zührevi Hastalıkları

11. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
12. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
13. Fizyoloji

14. Genel Cerrahi 15. Göğüs Cerrahisi 16. Göğüs Hastalıkları
17. Göz Hastalıkları 18. Halk Sağlığı

19. Hava ve Uzay Hekimliği 20. Histoloji ve Embriyoloji
21. İç Hastalıkları

22. Kadın Hastalıkları ve Doğum 23. Kalp ve Damar Cerrahisi
24. Kardiyoloji

25. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları 26. Nöroloji 27. Nükleer Tıp
28. Ortopedi ve Travmatoloji

29. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
30. Radyasyon Onkolojisi 31. Radyoloji

32.Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**33.**Spor Hekimliği**34.**Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp
35.Tıbbi Biyokimya**36.**Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji**37.**Tıbbi Farmakoloji**38.**Tıbbi Genetik
39.Tıbbi Mikrobiyoloji**40.**Tıbbi Patoloji**41.**Üroloji

17) Daha önce bir hekime mesleği nedeniyle şiddet uygulanmasına şahit olduğunuz mu/bölümünüz nedeniyle şiddet olayına maruz kaldınız mı? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Evet, bir hekime mesleği nedeniyle şiddet uygulanmasına şahit oldum
2. Evet, bölümüm nedeniyle şiddet olayına maruz kaldım
3. Hayır

[17. soruya cevabınız Evet ise lütfen 17-1. sorudan 17-9. soruya kadar cevaplayınız. Cevabınız Hayır ise lütfen 18. soruya geçiniz.]

17-1) Kaç defa şiddete şahit olduğunuz/maruz kaldınız? (.....defa)

17-2) Son bir yıl içinde halen okuduğunuz/çalıştığınız kurumda şiddete şahit olduğunuz mu/maruz kaldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

17-3) En son şiddete şahit olduğunuz/maruz kaldığınız yer?

1. Acil Servis
2. Poliklinik
3. Yataklı Servis
4. Ameliyathane
5. Laboratuvar
6. Diğer (.....)

17-4) En son şiddete şahit olduğunuz/maruz kaldığınız saatler?

1. 08-12 saatleri arasında
2. 12-18 saatleri arasında
3. 18-08 saatleri arasında

17-5) En son şiddete şahit olduğunuzda/maruz kaldığınız sırada yanınızda başkaları varmıydı?

5. Medyanın yanlı ve olumsuz etkisi

6. Şiddet uygulayanın ilaç/alkol/madde etkisinde olması

7. Sağlık politikaları

8. Hasta ve hekim arasındaki iletişim problemleri

9. Hekim kaynaklı nedenler

10.

Diğer(.....
.....)

20) Hekime yönelik şiddete karşı alınan önlemlerin ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?

1. Yetersiz

2. Biraz Yetersiz

3. Kararsızım

4. Biraz Yeterli

5. Yeterli

21) Hekime yönelik şiddetin önüne geçilmesi için sizce ne gibi önlemler alınabilir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Halk eğitime yönelik çalışmalar yapılmalı.

2. Sağlık kuruluşlarında güvenlik tedbirleri arttırılmalı.

3. Yasal yaptırımlar yeniden düzenlenmeli.

4. Sağlık sisteminin işleyişi ve yeni uygulamalar konusunda toplum düzenli olarak bilgilendirilmeli.

5. Hekimler idari ve hukuki olarak desteklenmeli

6.

Diğer(.....
.....)

10.3. Etik Kurul Karar Formu (EK 3)

T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Karar Formu					
KARAR TARİH / NO	24 / 04 / 2019 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hekime Yönelik Şiddetin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Kariyer Seçimindeki Etkisi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Dr. Muhammed Alp ÖZDEMİR				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	19 / 04 / 2019 / Tarih ve 18815 Sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mürat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>					
<p>Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

10.4. Fakülte Yönetim Kurulu Kararı (EK 4)

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/05/2019-E.45460



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 31027337-302.14.05-
Konu : Tez konusu ve danışman

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 27/05/2019-E.44502 sayılı yazı.

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Adli Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi olarak Dr. Muhammed Alp ÖZDEMİR'in tez konusunun "**Hekime Yönelik Şiddetin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Kariyer Seçimindeki Etkisi**" olmasına, Tez danışmanının ise Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ olması Fakülte Yönetim Kurulumuzun 29/05/2019 tarih ve 28 sayılı toplantısında alınan 10 nolu karar ile uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Süleyman Sami İLKER
Dekan V.



10.5. Dekanlık Araştırma İzni (EK 5)

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/05/2019-E.10546



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 23685492-044-
Konu : Anket Uygulama İzni (Muhammed Alp
ÖZDEMİR)

Sayın Muhammed Alp ÖZDEMİR
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

İlgi : 10/05/2019 tarihli ve 21507 sayılı dilekçesi.

Fakültemiz Adli Tıp Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ danışmanlığında yürütmekte olduğunuz "**Hekime Yönelik Şiddetin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Kariyer Seçimindeki Etkisi**" konulu anket çalışmanız Fakültemiz öğrencilerine uygulaması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Süleyman Sami İLKER
Dekan V.

Evrak Doğrulamak İçin : <https://dogrulama.cbu.edu.tr/envision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE8V5KU1F>
Evrak Doğrulama İşlemi e-Devlet üzerinden de yapılabilmektedir.

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi için: Abdurrahman Vuran
Unvanı: Hizmetli
Telefon No: 2338711



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.