

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET:
GAZETE HABERLERİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba ARSLAN

Düzce

Haziran, 2019

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET:
GAZETE HABERLERİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUBA ARSLAN

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Emel İŞTAR İŞIKLI

Düzce

Haziran, 2019

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında oy birliği / oy çokluğu ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Akademik Unvanı, Adı-Soyadı

Dr. Öğr. Üyesi Emel İŞTAR İŞIKLI



Üye Akademik Unvanı, Adı-Soyadı

Doç. Dr. Öznur BOZKURT



Üye Akademik Unvanı, Adı-Soyadı

Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra TAŞÇIOĞLU BAYSAL + TAŞÇIOĞLU

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

26.10.2019

(İmza Yeri)
Akademik Unvanı, Adı-Soyadı
Enstitü Müdürü

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET:

GAZETE HABERLERİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

ARSLAN, Tuba

Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Emel İştar Işıklı

Haziran, 2019, 208 Sayfa

Şiddet, hayatımızın her alanında karşımıza çıkabilen toplumsal mekanizmalardan biridir. Sağlık kurumları ise şiddetin en fazla yaşandığı iş sahalarından bir tanesidir. Çünkü sağlık hizmetleri, doğrudan bakımı gerektiren bir hizmet sektörüdür. Sağlık çalışanlarının da öncelikli amacı, hastalara kaliteli bir hizmet sunabilmektir. Bu amacını gerçekleştirmek isteyen sağlık çalışanları; hastalar, hasta yakınları, tedarikçiler ve meslektaşlarıyla iş hayatında sürekli etkileşim halinde bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin tek bir kaynağı bulunmamaktadır.

Sağlıkta şiddet, kamusal bir sorun olma bağlamında anlaşılıp açıklanmasında yazılı basın da önemli bir temsil alanı olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle sektörel bir sorun olarak tanımlanan ve hastalar ile sağlık çalışanlarının ilişkisi sonucu ortaya çıkan şiddet haberleri, yazılı basın açısından önemli bir haber nesnesi haline dönüşmektedir. Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerini tespit etmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri incelenmiştir. Verileri analiz edebilmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin resmi internet sayfalarında yer alan mevcut arşivlerine yeniden eskiye sıralanarak ulaşılmıştır. Araştırmada Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında günlük yayım yapan sağlıkta şiddet konusunu ele alan toplam 501 gazete haberine erişilmiştir. Gazete haberlerinden 143 tanesi ‘‘sağlıkta şiddete yönelik yaşanan’’ haberleri kapsarken, 358 tanesi ‘‘sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunan’’ haberleri kapsamaktadır. Toplanan verileri ise analiz edebilmek için MAXQDA 2018 nitel veri analiz programına yüklenilmiş ve betimsel istatistiki yöntemler sayesinde analizi gerçekleştirilmiştir. MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında tematik kodlama yapılarak içerik analizi değerlendirilmiş ve bulgular yorumlanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre ise gazete haberlerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığı, Türkiye’nin genelini yansıtabilecek çalışmalarda saptananlarla benzerlik gösterebilecek şekilde oldukça yüksektir. Bu nedenle sağlıkta şiddetin önlenmesi için; gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı, eğitimsel destekler sunulmalı ve konuyla ilgili örgütsel anlamda tüm birimler koordine edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Şiddet, Sağlık, Gazete, Saldırganlık

ABSTRACT

Violence In Health Sector:
An Investigation On News

Master Thesis, Department of Health Management

Supervisor: Emel İştar Işıklı

June, 2019, 208 Page

Violence is one of the social mechanisms that can be encountered in every aspect of our lives. On the other hand, health institutions are one of the most occupied areas of violence. Because health care is a service sector that requires direct care. The primary objective of healthcare workers is to provide quality service to patients. Health professionals who want to realize this aim; patients, their relatives, suppliers and colleagues in business life. For this reason, there is no single source of violence in health institutions.

It is possible to say that print media is an important field of representation in understanding and explaining violence in health in the context of being a public problem. Violence news, which is defined as a sectoral problem and arises as a result of the relationship between patients and health workers, becomes an important news object for the print media. In this study, Hürriyet, Milliyet and Cumhuriyet newspapers were examined to determine the news of violence against health workers. In order to analyze the data, the existing archives of the Hürriyet, Milliyet and Cumhuriyet newspapers on the official website were re-accessed. In the research, a total of 501 newspapers of Hürriyet, Milliyet and Cumhuriyet newspapers covering daily violence on health published between January 1, 2017 and May 21, 2019 were reached. 143 of the newspaper news items cover ‘ violence against health ’, while 358 ‘ news that react to health violence’. In order to analyze the collected data, it was loaded into the MAXQDA 2018 qualitative data analysis program and analyzed through descriptive statistical methods. In the qualitative data analysis program MAXQDA 2018, content analysis was evaluated and the findings were interpreted by thematic coding. According to the results of the study, prevalence of violence against health workers to newspaper reports, Turkey similar to those found in studies to be able to reflect the general is quite high. Therefore, in order to prevent violence in health; necessary legal arrangements should be made, educational support should be provided and all units in the organizational sense should be coordinated.

Key Words: Violence, Health, News, Aggression

TEŞEKKÜR METNİ

Bu tezin hazırlanması sürecinde tez danışmanlığımı üstlenerek araştırma konusunun seçimi ve yürütülmesi sırasında bilimsel görüş ve önerilerinden her zaman yararlandığım ve çalışmamın her aşamasında rehberlik vazifesini hakkıyla yerine getiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Emel İŞTAR IŐIKLI 'ya; fikir ve önerileriyle ufkumu açan, görüşleriyle tezimin şekillenmesine yardımcı olan Doç. Dr. Nurullah KURUTKAN 'a; desteğiyle bana güç veren, görüşlerine başvurduğum ve beni tecrübeleriyle aydınlatan Arş. Gör. Ali GÜVEN 'e ve tezin hazırlanmasında ilgilerini, sabırlarını ve maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve eğitim hayatımın her noktasında bütün görevlerini hakkı ile yerine getiren anneme ve babama teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR METNİ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Sorunu	3
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Araştırmanın Sayıtları	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.6. Tanımlar	5
BÖLÜM 2	7
ŞİDDET KAVRAMI	7
2.1. Kavramsal Olarak Şiddet	7
2.2. Şiddet İle İlişkili Kavramlar	11
2.2.1. Saldırganlık (Aggression).....	12
2.2.2. Zorbalık (Tyranny).....	14
2.2.3. Öfke (Anger).....	16
2.2.4. Suç (Crime).....	18
2.2.5. Psikolojik Taciz (Mobbing).....	22
2.2.6. Çatışma (Conflict).....	26
2.3. Şiddetin Etkisi ve Kapsamı	28
2.4. Şiddet Çeşitleri	32
2.4.1. Fiziksel Şiddet.....	35

2.4.2. Psikolojik Şiddet	36
2.4.3. Cinsel Şiddet	37
2.4.4. Ekonomik Şiddet.....	38
2.4.5. Sözel Şiddet	39
2.4.6. Siber Şiddet.....	40
2.5. Şiddetin Nedenleri	40
2.5.1. Biyolojik Nedenler	43
2.5.2. Psikolojik Nedenler	45
2.5.3. Sosyo-Kültürel Nedenler	47
2.5.4. Çevresel Nedenler	47
2.6. Medya ve Şiddet İlişkisi.....	48
2.7. Şiddet ve Yayın Türleri	51
2.7.1. Gazeteler.....	51
2.7.2. Haberler	53
2.7.3. Reklamlar.....	54
2.7.4. Filmler	55
2.7.5. Reality Show.....	56
2.7.6. Çizgi Filmler	57
2.7.7. Güldürü Programları	58
2.8. Medyada Şiddetin Etkilerine Yönelik Kuramlar	58
2.8.1. Uyarma Kuramı	58
2.8.2. Duyarsızlaşma Kuramı	59
2.8.3. Catharsis (Arınma) Kuramı.....	59
2.8.4. Engellenme Kuramı	60
2.8.5. Sosyal Öğrenme Kuramı	60
2.8.6. Yetiştirme Kuramı.....	61
BÖLÜM 3.....	62
SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET	62
3.1. İş Yerinde Şiddet	62
3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddet	68
3.3. Yurt Dışında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırmaları	71
3.4. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırmaları	76

3.5. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri	81
3.5.1. İletişime Dayalı Faktörler	82
3.5.2. Örgütsel Faktörler	83
3.5.3. Çevresel Faktörler	85
3.5.4. Toplumsal Faktörler	85
3.5.5. Hastaya İlişkin Faktörler	86
3.5.6. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler.....	88
3.5.7. Medyaya İlişkin Faktörler	91
3.6. Sağlıkta Şiddetin Etkileri	92
3.6.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Etkileri.....	92
3.6.2. Sağlık Hizmetleri Sunumu Açısından Etkileri	94
3.6.3. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Yönelik Etkileri	95
3.6.4. Toplumsal Düzeyde Etkileri	96
3.7. Sağlıkta Şiddetin Yönetimi.....	97
3.7.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Risk Yönetimi	99
3.7.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Kriz Yönetimi	104
3.7.3. Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar	105
3.7.4. Beyaz Kod Uygulaması.....	108
3.8. Sağlıkta Şiddetten Korunma Yolları Ve Çözüm Önerileri	110
3.8.1. Sağlık Çalışanlarına Düşen Görevler	112
3.8.2. Hastane İdaresine Düşen Görevler.....	116
3.8.3. Sağlık Bakanlığına Düşen Görevler.....	118
3.8.4. Hukuki ve Cezai Yaptırımlar	119
3.8.5. Medyaya Düşen Görevler	121
BÖLÜM 4.....	125
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	125
4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	125
4.2. Araştırma Verilerinin Toplanması	126
4.3. Araştırmada Elde Edilen Verilerin Analizi	126
BÖLÜM 5.....	128
ARAŞTIRMANIN BULGULARI	128
5.1 Sağlıkta Yaşanan Şiddete Yönelik Haberlerin Analiz Edilmesi	128

5.2 Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkilerin Analiz Edilmesi	152
BÖLÜM 6	162
SONUÇ VE ÖNERİLER	162
6.1 Sonuçlar	162
6.2 Öneriler	170
KAYNAKÇA	173
EKLER	205
EK 1. HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK	206



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. İşyerinde Mobbing - Nedensel İlişkiler.....	24
Tablo 2. Şiddetin Sosyo-Ekonomik Maliyeti	30
Tablo 3. Browne ve Herbert'ın Şiddete Yönelik Sınıflandırması	32
Tablo 4. İşyerinde Şiddetin Mağdur Üzerindeki Etkisi	65
Tablo 5. Aniden Saldırganlaşan Hastalara Yönelik Önlemler	113
Tablo 6. Saldırganlık Eğilimi Olan Hastalara Yaklaşım.....	115
Tablo 7. Sağlıkta Yaşanan Şiddete Yönelik Gazete Haberlerinin Dağılımı	128
Tablo 8. Sağlıkta Yaşanan Şiddete Yönelik Haberlerde Kod Matris Tarayıcısı	129
Tablo 9. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı İllerin Dağılımı.....	131
Tablo 10. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcılarının Dağılımı	132
Tablo 11. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcıların Cinsiyetinin Dağılımı.....	133
Tablo 12. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Meslek Olarak Dağılımı.....	134
Tablo 13. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Cinsiyetinin Dağılımı.....	135
Tablo 14. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Eğitim Düzeylerinin Dağılımı	136
Tablo 15. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Yaşlarının Dağılımı	138
Tablo 16. Sağlıkta Şiddette Mağdurların İş Tecrübesinin Dağılımı	140
Tablo 17. Sağlıkta Şiddetin Nedenlerinin Dağılımı	142
Tablo 18. Sağlıkta Şiddet Türlerinin Dağılımı	143
Tablo 19. Sağlıkta Şiddet Araçlarının Dağılımı	144
Tablo 20. Sağlıkta Şiddetin Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarına Göre Dağılımı	145
Tablo 21. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Sağlık Kurumlarının Dağılımı	147
Tablo 22. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Departmanların Dağılımı	149
Tablo 23. Şiddetle İlişkili En Fazla Kullanılan Kelimelerin Dağılımı	150
Tablo 24. Sağlıkta Şiddete Yönelik Önlemlerin Alınıp Alınmadığının Dağılımı	151
Tablo 25. Sağlıkta Şiddete Tepkide Bulunanlara Yönelik Gazete Haberlerinin Dağılımı.....	153
Tablo 26. Sağlıkta Şiddete Tepkide Bulunanlara Yönelik Haberlerde Kod Matris Tarayıcısı.....	153
Tablo 27. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkilerin Yaşandığı İllerin Dağılımı.....	154
Tablo 28. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Dağılımı	156

Tablo 29. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepki Araçlarının Dağılımı	157
Tablo 30. Sağlıkta Şiddete Yönelik Öneri veya Kınama Şeklinde Tepkide Bulunan Haberlerin Dağılımı	158
Tablo 31. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Şiddet İle İlişkili Kullandıkları Kelimelerin Dağılımı.....	160



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Şiddet Tipolojisi	10
Şekil 2. Saldırganlık Süreci	13
Şekil 3. Saldırganlık, Şiddet ve Zorbalık Arasındaki İlişki	15
Şekil 4. Öfke ve İlgili Kavramlar Arasındaki İlişki	17
Şekil 5. Rutin Aktiviteler Teorisine Göre Suç Mekanizması	18
Şekil 6. Suçun Nedenleri	19
Şekil 7. Güç ve Kontrol Çemberi	34
Şekil 8. Bronfenbrenner'ın Şiddet Ekolojik Gelişim Kuramı	41
Şekil 9. Dünya Sağlık Örgütü Şiddet Ekolojik Modeli	42
Şekil 10. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet İle İlgili Faktörler	81
Şekil 11. Sağlık Sonuçlarını Etkileyen Ön ve Son Nedenler	100
Şekil 12. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcılarının Analizi	132
Şekil 13. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcılarının Cinsiyetinin Analizi	133
Şekil 14. Sağlıkta Şiddet Mağdurların Mesleğinin Analizi	135
Şekil 15. Sağlıkta Şiddet Mağdurların Cinsiyetinin Analizi	136
Şekil 16. Sağlıkta Şiddette Mağdurların Eğitim Düzeyinin Analizi	137
Şekil 17. Sağlıkta Şiddette Mağdurların Yaşının Analizi	139
Şekil 18. Sağlıkta Şiddette Mağdurların İş Tecrübesinin Analizi	141
Şekil 19. Sağlıkta Şiddetin Nedenlerinin Analizi	143
Şekil 20. Sağlıkta Şiddet Türlerinin Analizi	144
Şekil 21. Sağlıkta Şiddet Araçlarının Analizi	145
Şekil 22. Sağlıkta Şiddetin Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarına Göre Analizi	146
Şekil 23. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Sağlık Kurumlarının Analizi	148
Şekil 24. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Departmanların Analizi	150
Şekil 25. Şiddetle İlişkili En Fazla Kullanılan Kelimelerin Analizi	151
Şekil 26. Sağlıkta Şiddete Yönelik Önlemlerin Alınıp Alınmadığının Analizi	152
Şekil 27. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Analizi	157
Şekil 28. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepki Araçlarının Analizi	158
Şekil 29. Sağlıkta Şiddete Yönelik Öneri veya Kınama Şeklinde Tepkide Bulunan Haberlerin Analizi	159

Şekil 30. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Şiddetle İlişkili
Kullandıkları Kelimelerin Analizi161



KISALTMALAR DİZİNİ

ASIS: American National Standards Institute

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EQLS: European Quality of Life Survey

FMEA: Failure Mode and Effect Analysis

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

ICS: Industrial Community Service

IDB: Inter American Development Bank

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

NCVS: National Crime Victimization Survey

NSWI: National Safe Workplace Institute

OSHA: Occupational Safety and Health Administration

QFD: Quality Function Deployment

RTÜK: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu

SPC: Statistical Process Control

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TPD: Türkiye Psikiyatri Derneği

TTB: Türk Tabipler Birliği

WHO: World Health Organization

ZFP: Zero Failure Program

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Şiddet kavramı etimolojik olarak incelendiğinde kökeni Latince 'ye dayanmaktadır (Can, 2007: 14). Latince 'deki "violentia ya da violare" kelimelerinden türemiştir (Yengin, 2010: 57). Violentia; şiddet, sertlik, katılık, kurallara karşı koyma, acımasız bir şekilde güç kullanmak anlamlarına gelmektedir (Çetin, 1999: 140).

Şiddet kelimesi, İngilizce 'de ve Fransızca 'da yakın anlamı olarak kullanılmaktadır. İngilizce 'de kanundışı haksızlık anlamına gelirken, Fransızca 'da baskı uygulamak anlamlarına gelmektedir (Tanrıverdi, 2006: 25). Fakat günümüzde bu tanımlamalardan ziyade, insana zarar veren tüm edimler (erken ölümler, yaralanmalar, sakatlıklar vs.) şiddet olarak değerlendirilir (Mercy vd., 1993: 8).

Şiddet sözcüğü dilimize Arapçadan giren bir sözcüktür (Dursun, 2011: 3). Arapçadan Osmanlıca 'ya, Osmanlıcadan da Türkçe 'ye dinsel metinler aracılığıyla, 15. yy'de geçtiği düşünülmektedir. Şiddet kelimesinin tekil anlamda kullanımı "şidd", çoğul anlamda kullanımı ise "şiddad"tır. Anlamca çeşitlenen şiddet kelimesi, "sertlik, katılık, fazlalık" anlamlarında kullanılır (Er, 2006: 9). Şiddetin ortaya çıkış sebebi ise, yüzyıllardır süregelen tartışma konularından birisi haline gelmiştir (Uçar, 2007: 3). Tarihe bakıldığında şiddet sorunsalı, uygarlıkların doğuşuyla yakından ilgili olan bir kavramdır (Imbusch, 2000: 91). Çünkü şiddetin var oluşu, insanoğluluyla birlikte başlamıştır (Parlak, 2003: 39). Yani şiddetin insanlık tarihi kadar eski olduğu söyleyebilmek mümkündür (Tarhan, 2009: 117).

İngiliz ve Kaliforniyalı arkeologlar, 9 bin sene önce Çatalhöyük'te yaşayan insanların şüana kadar rastlanılan en rahatsız edici ve şiddet unsurunu barındıran

sanatı oluşturduklarını vurgulamışlardır. Arkeologlar buldukları heykellerin % 90'ının başı kesilmiş insanları simgelediğini düşünmüşlerdir. 1960'lı yıllardaki kazılarda ortaya çıkarılan bir freskte ise, başsız insan bedenlerini gagalayan bir akbabanın görüldüğünü ifade etmişlerdir. Bu durum şiddetin tarihinin çok eskilere dayandığını göstermektedir (Arpacı, 2011: 25).

Şiddet birçok yazara göre, insan doğasında bulunan "içgüdüsel bir özelliktir." Ancak bu anlayış, çevreci ve davranışçı yaklaşımlar getiren bilim insanları tarafından reddedilmiştir (Uçar, 2007: 3) Şiddetin içgüdüsel bir davranış sonucunda ortaya çıktığı fikrini savunan en ünlü kişi ise, Sigmund Freud'tur. Freud, insanların tutum ve davranışlarının iki temel içgüdüyle ortaya çıktığını savunmaktadır. Bu içgüdüler sırasıyla "yaşam içgüdü" ve "saldırganlık-ölüm içgüdü" dür (Uçar, 2007: 4). Yaşam içgüdü, Eros'un "aşk, sevgi, dostluk, yardımlaşma" içgüdüleriyle dünyaya gelmiştir. Saldırganlık-ölüm içgüdü ise Thanatos'un, "şiddet ve yıkım" içgüdülerinden doğmuştur. Bu iki içgüdü arasında her zaman çatışma vardır (Güler, 2011: 28). Sigmund Freud, bu iki temel içgüdüün doğuştan insanlara sunulduğunu ve bütün insanlarda bu iki içgüdüün ortak olarak bulunduğunu savunmaktadır (Uçar, 2007: 4).

Sigmund Freud'un görüşüne benzer bir yaklaşım K. Lorenz 'da öne sürmektedir. K. Lorenz, yaptığı çalışmalarda, hayvanlardaki saldırganlık davranışının insanlarda da var olduğunu düşünmektedir. K. Lorenz'e göre, insanlardaki saldırganlık içgüdüsel bir uyarılım nedeniyle meydana gelmektedir. Bunun nedeni ise içgüdüsel saldırganlığın dışa vurulma ihtiyacından kaynaklanmaktadır. Fakat bu durum toplumsal bir sorunu meydana getirmektedir (Arslan, 1998: 1).

Şiddeti doğada var olan şekliyle, bir çatışma şekli olarak ele alan ilk düşünürlerden birisi de, Herakleitos'tur. Herakleitos, dünyanın sürekli çatışma yaşandığı bir yer olduğunu düşünmektedir. Ona göre şiddet, ortak bir çatışmadan doğmuştur (Taktak, 2007: 6). Sosyal öğrenme kuramcılarına göre ise, insan doğuştan saldırgan bir varlık olarak yaratılmamıştır. Toplumsallaşmanın sonucunda saldırganlık meydana gelmiştir. Bireyi saldırgan olmaya iten güçler, dışsal güçlerdir. Fakat şiddeti kendi başına bir problem olarak düşünmek hatalıdır. Saldırganlık tutumunun şiddete dönüşmesi, kişinin ruhsal ve toplumsal gelişiminin, nörolojik ve

hormonsal yapısının etkileşimiyle de meydana gelmesi düşünülmektedir (Çetin, 2013: 8).

1.1. Araştırmanın Sorunu

Sağlıkta şiddet, kamusal bir sorun olma bağlamında anlaşılıp açıklanmasında yazılı basının önemli bir temsil alanı olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle sektörel bir sorun olarak tanımlanan ve hastalar ile sağlık çalışanlarının ilişkisi sonucu meydana gelen şiddet haberleri, yazılı basın açısından önemli bir haber nesnesi haline dönüşmektedir.

Çalışma kapsamında; her ne kadar sağlıkta şiddeti çözmeye yönelik tepkilere yer verilmişse de, sağlık sektöründe şiddet kamusal bir sorun olmaktan öteye geçememiştir. Bu durumun nedeni ise her bir gazete için farklı tutumların, görüş ve ideolojilerinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Tarihsel süreç içerisinde birçok etkinlik alanı olan tıp dünyasının bugün gelmiş olduğu noktada birçok sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlardan biri ise şiddettir (Sarıbiyık, 2012: 9). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hem yurt içi hem de yurt dışında görülebilen bir sorundur. Bu sebeple sağlıkta şiddetin, evrensel bir problem olduğunu söyleyebilmek mümkündür (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 17).

Türkiye’de gazete haberleri üzerine sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin araştırılmasıyla ilgili çalışmaların geçmişi oldukça günümüze yakındır ve sayıları sınırlıdır. Bu araştırma gazetelerde yayınlanan sağlık kurumlarında çalışan personellerin uğradıkları şiddet olayları ve sağlıkta şiddete yönelik yaşanan tepkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bağlamda aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

1. İncelenen üç gazete içerisinde sağlıkta şiddet mağduru olan kimdir?
2. Sağlıkta şiddeti başlatan taraf kimdir?
3. Sağlıkta şiddet olayları en fazla hangi ilde yaşanmaktadır?
4. Sağlık çalışanları en fazla hangi şiddet türüne maruz kalmaktadır?
5. Şiddet aracı olarak en fazla ne kullanılmaktadır?
6. Sağlıkta şiddetin meydana gelme sebebi nedir?

7. Sağlıkta şiddet en fazla hangi sektöre (kamu/özel) bağlı kurumlarda yaşanmaktadır?
8. Şiddet hangi sağlık kurumu türünde en çok yaşanmaktadır?
9. Şiddet sağlık hizmetlerinde hangi departmanda yaşanmaktadır?
10. Gazete haberlerinde şiddetle ilişkili olarak en fazla kullanılan kelime nedir?
11. Gazete haberlerine göre şiddete yönelik bir önlem alınmış mıdır?
12. Sağlıkta şiddete yönelik tepki en fazla hangi ilde gösterilmektedir?
13. Sağlıkta şiddete yönelik tepkiyi kim göstermiştir?
14. Sağlıkta şiddete yönelik tepki aracı olarak ne kullanılmaktadır?
15. Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterenlerin açıklamalarında bir öneri veya kınama var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık sektörü, şiddet riski barındıran sektörler arasında en fazla risk oluşturan hizmet sektörüdür. Sağlıkta şiddet, her ülkede birbirinden farklı oranlarda yaşanmaktadır. Türkiye’de ise her geçen gün sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulanması, sağlıkta şiddet üzerine yazılan gazete haberlerini de etkilemektedir.

Sağlıkta şiddetin önüne geçebilmek, yalnızca teknik alt yapıyla mümkün değildir. Günümüzde özellikle gazetelerde yayınlanan sağlık çalışanlarına dayalı haberler ilgi görmektedir. Özellikle sağlıkta şiddet üzerine kötü bir haber yayımlandığında, toplumda ciddi derecede bir tepkisellik meydana gelmektedir. Bu noktada gazetelerin gerçekleri yansıttığına dair toplumsal algı, şiddet kavramını işlerken hassasiyet gösterilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gazete haberlerinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerinin yer alma sıklığı oldukça yüksektir. Fakat geçmişten bugüne sağlık kurumlarında şiddete yönelik yapılan nicel araştırmalarda, genellikle anket verilerine dayalı çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırmalarda ise ağırlıklı olarak literatür taramasına dayalı çalışmalar yapılmıştır. Türkiye’de sağlıkta şiddet konulu gazete haberleri üzerine yapılan araştırmalarda; bilgilendirme üzerine eksiklik, haber aktarımında haber etiği, haberlerin yer alınış biçimleri, haber başlıklarının değerlendirilmesi ya da belli mesleklerin gazete haberlerine yansımaları gibi hususlar incelenmiştir. Bu nedenle

sağlıkta şiddet konulu gazete haberlerini içeriksel anlamda inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetin ve sağlıkta şiddete yönelik tepki haberlerinin analiz edilmesi bakımından önem arz etmektedir. Çünkü daha önceden de belirtildiği gibi spesifik olarak yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Literatürdeki bu boşluğu doldurmaya yönelik bir katkı sağlama amacını taşıyan bu çalışma, özellikle gazetelerde yer verilen haber metinlerine odaklanmaktadır. Ayrıca araştırma analizi için kullanılan MAXQDA 2018 programı Türkiye’de sağlıkta şiddet konulu yapılan çalışmalarda bir ilki temsil etmektedir. Bu sebeple bu çalışmanın ileride yapılacak çalışmalara yol gösterici olması bakımından da önem arz ettiği düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırma, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerini tespit etmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri üzerinden hareketle yapılmıştır. Araştırmada gazetelerden elde edilen bilgilerin doğru, açık ve tutarlı bir şekilde ifade edildiği varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık çalışanlarında şiddete yönelik haberler inceleyen bu çalışmada, araştırmanın evrenini Türkiye’deki ulusal günlük gazeteler oluşturmaktadır. Söz konusu evrenin büyüklüğü nedeniyle çalışma üç gazete ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca araştırma 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin ‘‘sağlıkta şiddet’’ konulu haberleriyle sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Sağlık: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlık; ‘‘Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli’’ şeklinde tanımlanmıştır.

Şiddet: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, ‘‘Fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda

maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır.

Sağlıkta Şiddet: Hastalardan, hasta yakınlarından veya herhangi bir hizmet alıcısından gelen ve tehdit barındıran sözel, fiziksel veya cinsel saldırıları içeren bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Annagür, 2006: 162).

Saldırganlık: Saldırganlık, insanların kendilerine ait fikirlerini veya davranışlarını zorla karşısındaki bireye benimsetme çabası şeklinde tanımlanmaktadır (Taptık, 2010: 24).



BÖLÜM 2

ŞİDDET KAVRAMI

2.1. Kavramsal Olarak Şiddet

Şiddet, toplumu ilgilendiren önemli bir sorun ve mekanizmadır (Concha-Eastman, 2001: 597). Çığ gibi büyüyerek insanların sağlığı etkileyen, insanların huzurunu ve mutluluğunu kaçıran çok gizli bir tehlikedir (Page ve İnce, 2008: 82). Aynı zamanda toplumları kuşatan büyük bir problem olarak da kabul edilmektedir (Türkdoğan, 1985: 106).

Geçmişten günümüze şiddet kavramı ele alınırken dönemin toplumsal ve tarihsel koşulları nedeniyle ele alınış şekli ve bilim dallarının bakış açılarına göre farklılık gösterebilmektedir (Akman, 2010: 7). Şiddet konusu üzerine farklı bilim insanları farklı tanımlamalar getirmiştir (Yetim, 2008: 4). Bu tanımların farklı olmasının sebebi şiddetin kapsam olarak geniş olması ve zaman içerisinde değişikliğe uğramasından kaynaklanmaktadır (Shitta-Bey, 2016: 153).

Şiddet kelimesi, anlam olarak göreceli bir kavramdır. İngilizce 'de şiddet (violence), fiziksel saldırı anlamına gelirken, Fransızca 'da hem fiziksel saldırı hem de psikolojik şiddet anlamına gelmektedir (Altıntaş, 2006: 6). Oxford İngilizce sözlüğü, şiddet kelimesinin kullanım alanının çok geniş olduğunu belirtmektedir. "Tecavüz etme, taciz uygulama, bedensel zedeleme, kişisel özgürlüğü kısıtlama, toplumu bozma, yasalara uymama, aykırılık gösterme, isteklerini engelleme, bazı alışkanlıklara yersiz kısıtlamalar getirme, anlamı çarpıtma, güç uygulama, duygusal yönden yapılan tacizler" şiddet kapsamında değerlendirilmektedir (Polat, 2017: 8). Develioğlu'nun Osmanlıca-Türkçe sözlüğüne göre ise şiddet terimi, sözle yola getirmek yerine sertlik, katılık, fazlalık, sıkılık, inandırma veya kaba kuvvete başvurarak isteklerini yaptırma anlamları taşımaktadır (Kocadaş vd., 2010: 7).

Fiziksel, cinsel, ekonomik istismarların varlığı, duygusal, sözel veya psikolojik olarak yapılan tacizler, rahatsız edilme duygusu, kişinin rızası olmadan

ikametgâhına girmeye yönelik çalışmalar, güvenliğine, sağlığına ve rahatına zarar verici tüm durumlar şiddet olarak adlandırılır (Vogt ve Greeff, 2010: 46-47). Çağlayan (2004: 130)'a göre ise şiddet, bir kişiye veya bir gruba karşı sert hareket ederek kötü davranmak veya kaba kuvvete başvurmak şeklinde tanımlanır. Abay ve Tuğlu (2000: 22)'ya göre ise, yaralama veya yok etme amacı güttüğünden dolayı saldırganlığın en uç noktasını almış halidir. Jawarkar ve arkadaşlarına (2016: 2713) göre ise şiddet, ulusal sınırların yanı sıra sosyoekonomik, kültürel, ırksal ve sınıf ayrımlarına neden olan küresel bir sorundur. Bu sorun coğrafi olarak dünyanın her tarafında geniş çapta yerleşmiş ve kabul görmüş bir davranış şekline dönüşmüştür. Acet (2001: 52)'e göre ise şiddet, hükümet kararları ile devlet politikalarına karşı çıkmak için bireylere ve mallara yönelik hasar verici davranışlarda bulunma tehdidi olarak tanımlanmaktadır. Bayer (2013: 71)'e göre şiddet, iktidarın göze batan dışavurumundan daha fazla bir şey değildir. Arslan (1998: 3)'a göre ise bir birey veya grubun, başka birey veya grupların bedensel bütünlüğüne, sahip olduğu mallara, kültürel değerlerine zarar verme durumu şiddet olarak tanımlanmıştır. Riches (1989: 23)'e göre şiddetin oluşabilmesi için bireyin hırsları ve hedefleri doğrultusunda, arzu veya şiddet edimlerinin uygulanması yeterlidir. Akman (2010: 7)'a göre ise kişinin tehdit ya da zor kullanım sonucu kendisine, başka birine, topluluğa veya gruba yönelik gerçekleştirdiği yaralama veya ölüme neden olabilecek her türlü eylemdir. Aydın (2014: 27)'a göre ise kişinin kendisine zarar vermesidir. Ancak kişi, bir başka birine zarar verdiği takdirde bu eylem şiddet değil, sapkınlık olarak tanımlanmaktadır. Usta ve arkadaşlarına (2018: 25) göre ise şiddet, bir hastalıktır. Kocadaş ve arkadaşlarına (2010: 7) göre şiddet saldırganlığın, düşmanlığın ve nefretin şekil almış halidir. Kaya ve Turan (2018: 69)'a göre şiddet, insan şerefini ve onurunu kıran davranıştır. Çetin (1999: 140)'e göre şiddet, huzur kavramının zıt anlamı olarak kullanılır. Gücü, kuvveti, duyguyu ya da varoluş üslubunu kapsar. Polat (2017: 11)'a göre ise bireylerin başkalarına güç uygulaması, intihara teşebbüs etmeleri ve gönüllü olarak ötenazi yapmak istemeleri şiddet olarak tanımlanmaktadır.

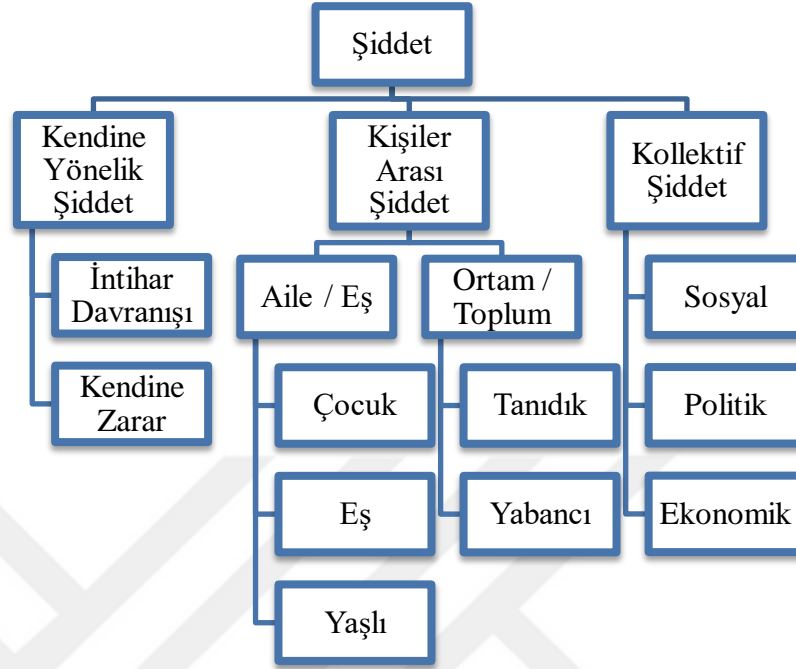
Can (2007: 20-22)'a göre ise şiddet, ölüm sevgisi, hastalıklı narsisizm ile cinsel saplantı eğiliminin birleşerek farklı şekillerde kullanılmasıyla oluşan bir kavramdır. Bu anlamda şiddetin tanımlanması için ise iki temel unsurun bulunması gerekmektedir. Bu unsurlar; "tanık perspektifi" ve "aktör (şiddete başvuran)

perspektifi’’dir. Tanık perspektifin şiddet tanımlanmasının sınırı çok fazla genişleyebiliyorken, aktör perspektifinden bu sınır biraz daha küçülmektedir. Çünkü şiddet uygulayan, uyguladığı edimi hiçbir zaman şiddet olarak tanımlanmasını kabul etmemektedir. Galtung (1969: 178) ise şiddeti tanımlarken, ‘‘doğrusal’’ ve ‘‘yapısal’’ olarak ikiye ayırmıştır. Doğrudan şiddet güç ya da zorlamayla ortaya çıkmaktadır. Yapısal şiddet ise daha çok mevcut şartlarla ile etkileşim şekillerin bireylerin potansiyelini kısıtlamasıyla oluşmaktadır. Örneğin tüberkülozu tedavi edebilecek olanaklar mevcut iken, hastaların tüberkülozdan ölmesi şiddet olarak kabul edilir (Polat, 2010: 79-80). Sağlık-Sen (2013: 24)’e göre ise şiddetin oluşabilmesi için;

- Kasıt olmalıdır.
- Adam yaralama, cinayet, mobbing, büyümede gerilik ve yoksunluk gibi zarar verici sonuçları doğmalıdır.
- Fiziksel olarak bir zarar verilmesine de tehdit etme gibi davranışlar ortaya çıkmalıdır.
- Verilen bir yetkinin kasıtlı olarak yanlış kullanımı da şiddeti meydana getirmektedir.

Toronto Sağlık Kurulu raporuna göre ise şiddet; adam yaralama, adam öldürme, uyuşturucu kullanma, cinsel saldırı, adam kaçırma gibi olaylar olarak atfedilir (Glover ve Makooie, 2018: 6). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre (DSÖ) şiddet, ‘‘fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması’’ durumu olarak tanımlanmaktadır (Bayındır ve Sevi, 2016: 670). Yine Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (ICN) yaptığı ortak tanıma göre şiddet; ‘‘Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.’’(TBMM, 2013: 107).

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Şiddet Tipolojisi



Kaynak: (Güler-Baysoy, 2014: 8).

Bu tipolojiye göre şiddet, üç farklı şekilde ele alınmaktadır (Balta-Peltekoğlu ve Tozlu, 2017: 5). Bunlar sırasıyla; kendine yönelik şiddet, kişilerarası şiddet ve kollektif şiddettir (Krug vd., 2002: 1084).

- *Kendine Yönelik Şiddet:* Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı rapora göre kişinin kendine yönelik gerçekleştirdiği şiddet; intiharlar, intihar teşebbüsleri veya kendine fiziksel olarak zarar verme olarak değerlendirilir (Sarıbyık, 2012: 13). Polat (2016: 24)'a göre ise kişinin kendisine yönelik gerçekleştirdiği en büyük şiddet, intihardır. Ya da başka bir ifadeyle intihara teşebbüs, kişinin kendisine yönelik gerçekleştirdiği şiddet içerisinde yer almaktadır (Özgür, Yörükoğlu ve Baysan-Arabacı, 2011: 54).
- *Kişilerarası Şiddet:* Kişilerin birbirlerine uyguladığı şiddet, aile içi şiddet veya çocuklara yönelik gerçekleştirilen şiddet olarak tanımlanır (Sarıbyık, 2012: 13). Polat (2016: 21-22)'a göre ise kişilerarası şiddetin en fazla görüldüğü durum akranlar arası, kardeşler arası veya duygusal ilişkinin yoğun şekilde yaşandığı kişiler arasında görülmektedir. Özgür, Yörükoğlu ve

Baysan-Arabacı (2011: 54) ise kişilerarası şiddetin en fazla çocuğa, kadına, arkadaşlara veya yaşlılara yönelik gerçekleştiğini düşünmektedir. Ayrıca mekân ayırt etmeden her türlü ortamda (sokak, okul, iş yeri, hapisane, yaşlı bakımevi vs.) gerçekleşebildiğini de ifade etmektedir.

- *Kollektif Şiddet*: Kollektif şiddet, toplumsal şiddet kategorisinde yer alır. Linç, futbol holiganlığı, sokak kavgaları kollektif şiddettir (Kocadaş vd., 2010: 13). Çete olayları, mafyanın varlığı, terör çatışmaları, savaşlar, sosyal, politik ya da ekonomik olarak yaptırımlar kollektif şiddete örnek oluşturmaktadır (Özgür, Yörükoğlu ve Baysan-Arabacı, 2011: 54). Ediz ve Altan (2017: 399)'a göre ise kollektif şiddet; geniş kitlelere savaş, terör, ekonomik yaptırımlar şeklinde uygulanan şiddet türüdür. Akkaş ve Uyanık (2016: 36)'a göre ise kollektif şiddet, kendi arasında üçe ayrılmaktadır. Bunlar sırasıyla vatandaşların iktidara karşı şiddeti (terör, grev, ihtilaller vs.), iktidarın vatandaşlara karşı şiddeti (devlet terörü, endüstriyel şiddet vs.) ve savaş şeklindedir.

Aka (2018: 47-48)'ya göre ise şekil 1'deki şiddet tipolojisinden farklı olarak şiddet; bireysel ve kollektif şiddet olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Bireysel şiddet, cürümsel şiddet ve cürümsel olmayan şiddetten oluşmaktadır. Cürümsel şiddet ölümlü sonuçlanan (cinayet, suikast, idam vs.), bedene kasten yapılan yaralamalar ve cinsel şiddetten oluşmaktadır. Cürümsel olmayan şiddet ise intiharlar ve yaşanan kazaları (trafik kazası vs.) içermektedir (Taşdemir-Afşar, 2015: 724).

2.2. Şiddet İle İlişkili Kavramlar

Şiddet kavramı anlamca kendine çok uzak olmayan birçok kavramla eş değerdedir. Bu kavramların başında ise saldırganlık gelmektedir (Akınsel, 2018: 22). Aksu (2015: 3-31)'ya göre ise şiddetin ilişkili olduğu kavramlar; saldırganlık, suç ve öfke kavramlarıdır. Çelikaş (2013: 27)'a göre ise saldırganlık ve zorbalık şiddetle ilişkili olan kavramlardır. Günçavdı (2015: 18-20)'ya göre ise şiddetle ilişkili olan kavramlar mobbing ve zorbalık kavramlarıdır. Güneş (2015: 25-33)'e göre ise saldırganlık ve zorbalık kavramları şiddetle ilişkili olan kavramlardır. Özdevecioğlu (2016: 409)'ya göre saldırganlık, öfke ve düşmanlık kavramları şiddetle ilişkili olan

kavramlardır. Özkan (2013: 20)'a göre, suç ve saldırganlık kavramları şiddetle ilişkili olan kavramlardır. Güneri-Yöyen (2017: 42)'in yaptığı araştırmaya göre ise şiddet; saldırganlık, düşmanlık ve öfke kavramlarıyla ilişkilidir. Şahin (2013: 3-8)'e göre ise saldırganlık ve suç kavramları şiddetle ilişkili olan kavramlardır. Akman (2010: 20)'a göre ise saldırganlık ve zorbalık kavramlarıyla ilişki içerisindedir. Aslan (2003: 47)'a göre ise çatışma, şiddetle ilişkili olan bir kavramdır. TBMM (2011: 7-9)'ye göre ise şiddetin ilişkili olduğu kavramlar mobbing ve çatışmadır. Aldıg (2011: 20-24)'a göre ise şiddetle ilişkili olan kavramlar çatışma ve mobbingdir. Uludağ ve Zengin (2013: 74-75)'e göre ise şiddetle ilişkili olan kavramlar çatışma ve saldırganlıktır.

2.2.1. Saldırganlık (Aggression)

Şiddet ve saldırganlık birbirinden farklı kavramlar gibi görünse de, aslında birbirleriyle ilişki içerisinde olan iki kavramdır. (Uysal, 2003: 7). Bu kavramlar karışıklığa sebep olabiliyor iken, çoğu durumda da birbirinin yerine kullanılabilen kavramlardır (Atalay, 2010: 12).

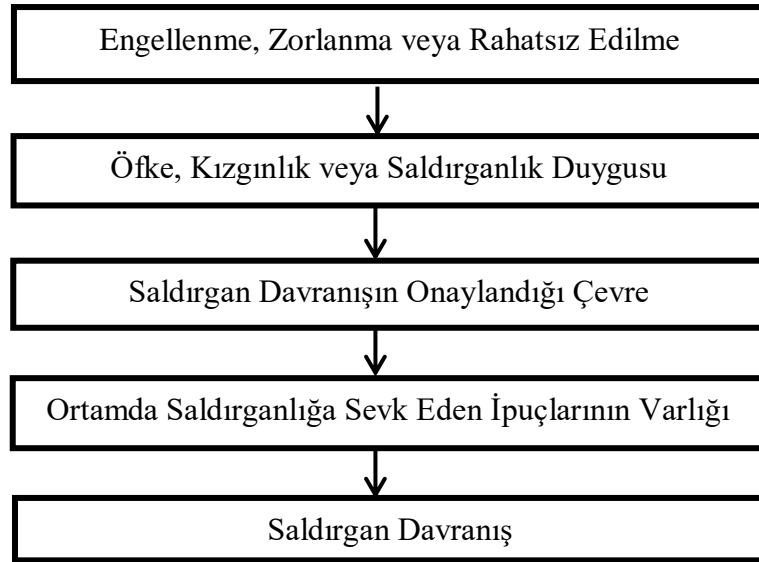
Şiddet, saldırganlığın bir türüdür ve saldırganlığın uç noktasıdır (Atalay, 2010: 13). Şiddet, saldırganlığın faaliyete geçmiş halidir Saldırganlık eğilimi ise, şiddetin temelini oluşturur (Ataş, 2013: 15). Fakat bireylerdeki her saldırgan tutum da, şiddet unsurunu barındırmayabilir (Atalay, 2010: 13). Örneğin bir kişiye yönelik şiddet içermeyen yollarla jestlerin, mimiklerin, eleştirilerin, ironilerin vs. kullanılması birer saldırganlık davranışdır (Avcı, 2010: 72). Saldırgan davranışta bulunan kişi, bir bireye zarar vermek istiyorsa bunu kasıtlı olarak gerçekleştirir. Kazara zarar verme sonucu yaşanan bir hadise, saldırganlık tutumu demek değildir (Uysal, 2003: 7). Örneğin bir işletmedeki yöneticinin, hoşlanmadığı bir çalışanın terfiini kabul etmemesi ya da ertelemesi saldırganlık olarak adlandırılır (Alkan, 2007: 49-50).

Saldırganlık, insanların kendilerine ait fikirlerini veya davranışlarını zorla karşısındaki bireye benimsetme çabası şeklinde tanımlanmaktadır (Taptık, 2010: 24). Saldırganlık insana doğuştan verilen bir güdü ya da sonradan kazanılan bir dürtüdür (Yavuz, 2009: 33). Saldırganlık, canlıların temel içgüdülerinden biri olup, belirli

ölçütler içerisinde hayatın devamı için gerekli olan bir kaynak ve bir güçtür (Kapıcıoğlu, 2008: 4). Öfkenin, sinirliliğin ve kızgınlığın faaliyete geçmiş halidir (Çetin, 1999: 141). Yaşam enerjisinin doyurulmasını engelleyen durumlarda ortaya çıkan bir davranıştır (Akyıldız, 2014: 7).

Saldırganlığın bir bireyin üstünde hâkimiyet kurmak, yenmek, engellemek, yaralamak gibi amaçları bulunmaktadır (Nabikoğlu, 2012: 6). İnsanların psikolojik yapısına dayalı olarak meydana gelen ve doğuştan sahip olduğu bir dürtüdür. Bu dürtü, kişinin tehlikelere karşı kendisini muhafaza edebilmesine veya başka insanların üzerinde bir etki bırakabilmesi için bulunmaktadır (Aykul, 2012: 8-9). Örneğin insanların canları, malları, mülkleri, parası, güvenliği tehdit altında olursa, saldırganlık potansiyeli göstermesi doğal bir tutumu yansıtır. Böylelikle birey kendini daha güvende ve daha korunaklı hissetmektedir. Fakat olumsuz bir yaptırım şeklinde kullanıldığı zaman zararlı sonuçlar doğurabilmektedir (Kaplan, 2016: 47). Saldırganlık sürecinin başlamasına sebep olan faktörlerin şematığı ise şekil 2’de yer verilmektedir.

Şekil 2. Saldırganlık Süreci



Kaynak: (Kocadaş vd., 2010: 84).

Şekil 2’de yer verilen saldırganlık tutumunun oluşumu, hiyerarşik bir sıra halinde gerçekleşmektedir. Bireyin çevresi tarafından engellenmesi saldırganlığın

oluşmaya başlamasında ilk adımdır. Çünkü her saldırgan tutumun temelinde bir engellenme vardır. Engellenme, saldırganlık konusunda basit bir uyarıcı olduğu gibi, aktifleştğinde öfke ve kızgınlık duyguları oluşur (Ayan, 2007: 15). Öfke ve kızgınlık duyguları sonucunda saldırganlık eğilimi artar ve kasıtlı zarar verme davranışının güdülür (Kılıç, 2009: 17). Aynı zamanda saldırganlık, dışa vurulmuş bir öfke hali olduğundan, kişinin geçmişinde öfke ve kızgınlık duyguları bulunması da saldırganlık eğilimini arttırmaktadır (Önen, 2009: 75-76). Saldırganlık sürecinin üçüncü aşamasında ise, saldırganlığın onaylandığı çevre yer alır. Saldırganlık, çevre etkenlerinden kaynaklanan bir davranış biçimidir. Saldırganlığın onaylandığı bir çevrede güç kullanıldığında hâkim olma, yenme, yönetme davranışlarını da beraberinde gelmektedir. (Ayan, 2007: 14-15). Dördüncü aşamada ise ortamda saldırganlığa sevk eden ipuçların varlığı bulunur. Bu etkenler bireysel faktörler olabildiği gibi, bireyin dışında etki eden faktörler de olabilir. Saldırganlığın sebebini bireysel faktörlere dayandıran kuramlar biyolojik (genetik kodlama, yapısal anormallik veya hormonal dengesizlik), içgüdüsel ve psikososyal unsurlardır. Bireyin dışındaki faktörler ise, sosyal ve kültürel durumlarla ilişkilendirilir. Bu faktörlerin yalnız biri ya da birden fazlasının etkileşimi saldırganlık davranışını meydana getirir (Bolat, 2010: 12).

2.2.2. Zorbalık (Tyranny)

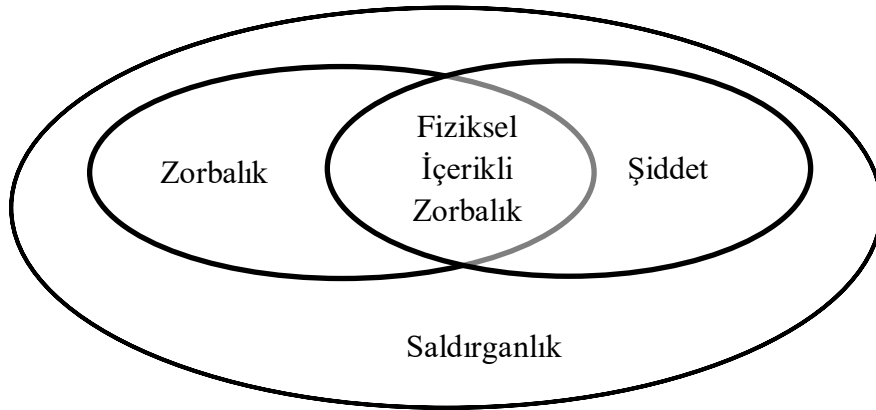
Zorbalık, saldırganlığın en yaygın olarak sergilenen şekillerinden biridir (Baş ve Kabasakal, 2010: 94). Tanımlaması oldukça zordur. Başlangıçta fiziksel şiddet gibi görünse de psikolojik, sosyal ve cinsel boyutları da içeren bir yapısı vardır (Aygüç, 2015: 8). Çünkü zorbalık kendi başına insan hayatında (akademik, duygusal ve sosyal gelişim vs.) olumsuz etkilere sebebiyet verebilecek güce sahiptir (Hilooğlu ve Önder, 2010: 1160).

Zorbalık bir başkasına karşı sözel saldırı, fiziksel taciz ya da farklı şekillerde baskı metotları kullanarak zarar verme davranışdır (Özdiñer-Arslan ve Savaşer, 2009: 221). Kartal ve Bilgin (2009: 540)'e göre ise zorbalık, kişiye tekrarlayan baskılar yaparak, kişiyi korkutma ve sindirme niyeti taşıyan bir kavramdır. Taptık (2010: 24)'a göre ise başkalarının ihtiyaçlarını önemsemeden, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek için tehdit edici davranışlarda bulunma durumudur. Genç (2009:

1124)’e göre ise fiziksel veya psikolojik olarak birini taciz etme veya tacize yol açan bir örüntüyü oluşturmaktadır. Atik (2009: 56)’e göre ise zorbalık, saldırganlığın bir çeşidi olmasının yanı sıra bireyler arasındaki gücün, saldırganlıkla şiddet aracılığıyla ifade edilme şeklidir.

Zorbaların kişilik özelliklerine bakıldığında, genellikle kendi gereksinimlerini daha ön planda tuttuklarını söyleyebilmek mümkündür (Bolat, 2010: 41). Kolay sinirlenip, saldırganca davranış gösterebilirler. Empati yapabilme yetenekleri düşüktür. Fiziksel bakımdan ise daha kuvvetlidirler. Bulut (2010: 14)’a göre ise insanlara karşı kin duyarlar, kötü niyetlidirler, hatta gaddardırlar. Sürekli tekrarlayan küçük düşürücü davranışlar sergileyebilir. Merdan (2014: 29)’a göre ise geçmişte hırsızlık, silah taşıma vs. suç unsurları işlemişlerdir. Akademik hayatlarındaki başarıları düşüktür, okula uyum yaşamakta zorlanırlar. Arkadaşlık kurmayı kolay zannederler. Arkadaş çevreleri kendi gibi zorba insanlardan oluşur. Kendilerine olan saygıları zayıftır ve sürekli bir kaygı içerisindedirler.

Şekil 3. Saldırganlık, Şiddet ve Zorbalık Arasındaki İlişki



Kaynak: (Bulut, 2010: 19).

Şekil 3’e göre saldırganlık; zorbalık ve şiddeti kapsayan bütüncül bir kavramdır. Şekle göre zorbalık ve şiddet aynı anlama gelmemektedir. İki kavramın ortak noktaları, fiziksel içerikli zorbalıktır (Bulut, 2010: 19). Fiziksel içerikli zorbalık tanım olarak yaş olarak büyük olan veya fiziksel olarak daha kuvvetli olan kişilerin, kendilerinden daha kuvvetsiz olan kişilere karşı hırpalama, eziyet etme, vurma,

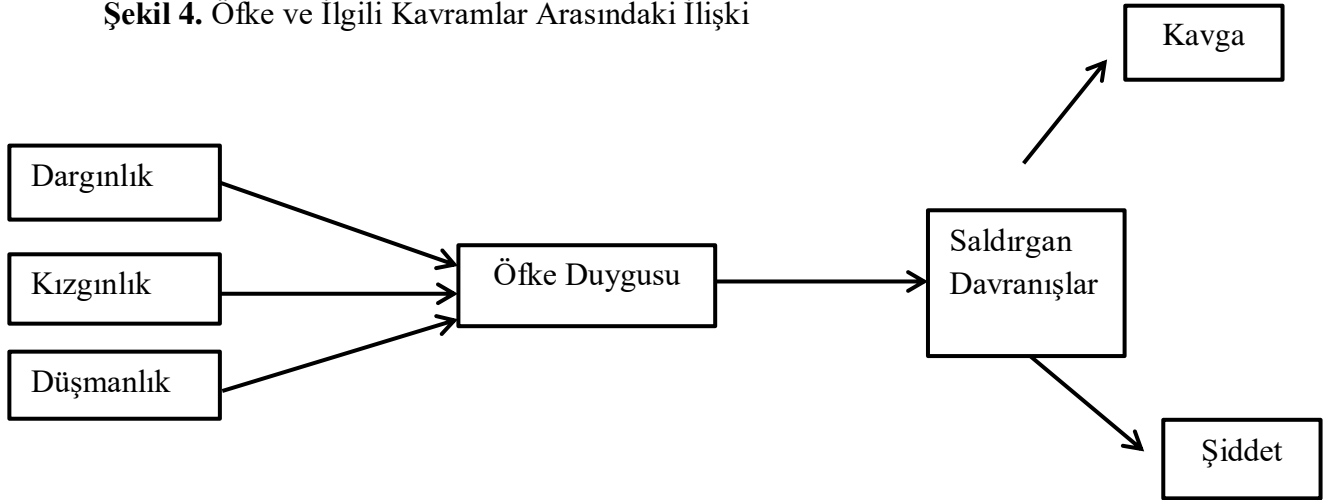
tükürme, tekmeleme vs. gibi rahatsızlık edici davranışların uygulanmasına denir (Kavuk ve Keser, 2016: 1-2). Saldırganlık ise bütüncül bir kavramdır. Bu sebeple her türlü zorbalık ve şiddet davranışı aynı zamanda bir saldırganlık davranışını temsil etmektedir. Fakat her saldırganlık davranışı, zorbalık veya şiddet demek değildir (Bulut, 2010: 19). Bir davranışın zorbalık olarak nitelendirilebilmesi için, şiddeti başlatan kişinin kendisinden statü, yaş, cinsiyet vs. olarak üstün olması ve sürekli kasıtlı olarak rahatsız etmesi söz konusu olmalıdır (Kavuk ve Keser, 2016: 1). Zorbalık eylemi bireysel veya grup halinde yapılabildiği gibi, mağdurlar da bu eylemden bireysel veya grup halinde zarar görebilirler. Bu eylemi gerçekleştirmenin amacı ise zorbalık uygulayan kişinin kendine çıkar sağlamasıdır (Akman, 2010: 20).

Zorbalık insan hayatı boyunca farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. İnsanların eğitim hayatında okul zorbalığı, çalıştığımız yerde iş yeri zorbalığı (mobbing), siyasal anlamda politik zorbalık, askeri anlamda askeri zorbalık veya son yıllarda gündemde olan siber zorbalık ile karşılaşma ihtimali çok yüksektir (Kartal ve Bilgin, 2009: 540). Bu sebepten dolayı zorbalık kapsamına giren; fiziksel ve duygusal örselenme, kişilik yapısında olumsuz etkiler, kaygı, sosyal çevreye uyum sağlayamama ve uygun iletişim yollarını bulamama gibi durumlarla mücadele edilmelidir (Hilooğlu ve Önder, 2010: 1161).

2.2.3. Öfke (Anger)

Öfke, insana ait beş temel duygudan biridir (Argon ve Açıkgöz, 2010: 504) En sıklıkla ortaya çıkan evrensel bir duygu oluşumudur (Cohen, 2014: 15). Öfke, kelime anlamı olarak engellenme veya incinme sonucu saldırganlık tepkisi olarak tanımlanır (Kendirci, 2013: 16). Hafif seviyede sinirlilikle başlayıp, şiddetli seviyelere kadar uzanan bir durumdur (Dirik ve Şahin, 2008: 252). İçsel bir duygu halidir, kontrolsüzce gerçekleşir (Girmen vd., 2018: 704). Planlı olarak değil, kendiliğinden oluşur. Doğuştan öğrenilmez, sonradan öğrenilir. Daha çok etraftaki insanlardan görerek ya da aktararak öğrenilir. Bu sebeple ifade edilme tarzı da kişiden kişiye değişiklik gösterebilir (Yıldız, 2014: 39-40).

Şekil 4. Öfke ve İlgili Kavramlar Arasındaki İlişki



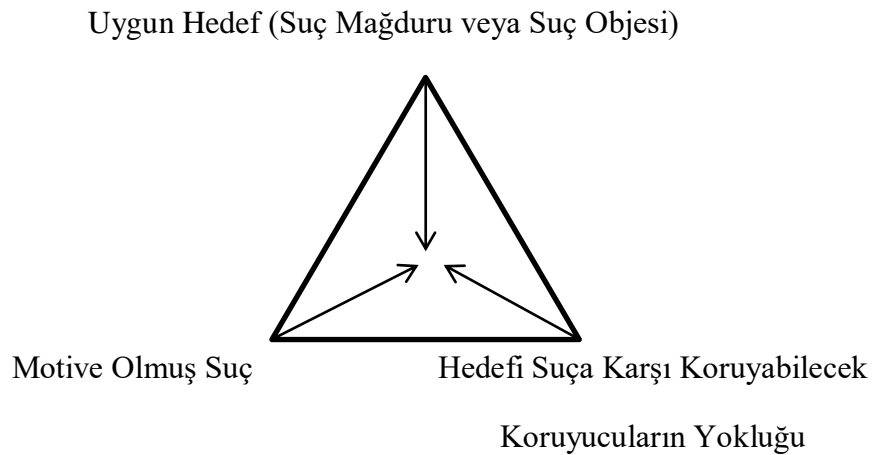
Kaynak: (Karagüven, 1997: 68).

Şekil 4’te ifade edildiği gibi dargınlık, kızgınlık, düşmanlık gibi negatif duygularının temelinde öfke vardır. Öfke, bu duyguların hissiyatını içinde barındırır. Öfke, hafif derecede kızgınlık veya dargınlıkla başlar (Karagüven, 1997: 68). Kızgınlık ya da dargınlığın uzun süre devamlılığı ise düşmanlığı meydana getirir. Bu üç duygunun birleşimi ise öfkeyi oluşturur (Akgül, 2000: 11). Öfke, kişinin kendisine ve çevresindekilere karşı duygusal tepkimesidir (Güler, 2014: 20). Öfke duygusu, sözel veya davranışa dökülerek dışa aktarıldığı gibi, içte tutulup bastırılabilir (Akgül, 2000: 6). Kişi öfke duygusunu bastırıldığında, iç gerilim ve baskı meydana gelir (Güler, 2014: 20). Bu durum insan için doğal bir duygu durumu olup, aynı zamanda insanı tehlikeli bir yaşantıya da sürükleyebilmesi mümkündür (Argon ve Açıkgöz, 2010: 504). Ayrıca kişinin kendine olan saygısını da azaltarak yüksek tansiyon, koroner arter bozukluğu ve kanser gibi pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirebilmektedir (Balkaya, 2001: 1). Öfke duygusu dışa aktarıldığında ise saldırganlık meydana gelir. Çünkü öfke, saldırganlığın arkasında yatan bir dürtü veya itici bir güçtür (Akgül, 2000: 11). Saldırganlık, kişinin çevresindeki maddelere ve bireylere yönelik tahrip edici ve zarar verici davranışları barındırmasıdır. Saldırganlık aynı zamanda kontrol edilemeyen öfke duygusudur (Karagüven, 1997: 68). Kişi öfke duygusunu dışarıya yönelttiğinde insanlarla olan ilişkilerinde sorunlar meydana gelebilir (Güler, 2014: 20). Bu sorunlar ise genellikle kavga, şiddet veya insanları yaralamaya yönelik davranışlarla kendini gösterir (Karagüven, 1997: 68).

2.2.4. Suç (Crime)

Suç, şiddetle bağlantılı olan kompleks bir kavramdır (Ayan, 2011: 19). Türk Dil Kurumu suçu, ‘*kanuna aykırı hareket etme, cürüm*’ şeklinde tanımlar. Yapılan fiil kanunlara ve yasalara aykırı, kusurlu ve gerçekleştirilen fiil hakkında bir ceza öngörülmüşse ‘suç’ olduğu söylenebilir (Bilgili ve Demirkapı, 2013: 205-206). Tekin (1996: 11) ise bu konuda insan hayatında doğum veya ölüm kadar suçun da doğal bir durumu temsil ettiğini düşünmektedir. Kocadaş ve arkadaşlarına (2010: 23-24) göre ise suç kavramı, toplumun güvenliğine zarar veren ya da toplumun refahını bozan en ciddi problemlerden biridir. Aynı zamanda suç, toplumu ‘*içeriden vuran düşmandır.*’ Çünkü suçun işlenme amacı, toplumun tümüne karşı toplumsal bir anlaşma yapmaktır. Anayurt (2013: 150)’a göre suçun oluşabilmesi için kanunların suç olarak atfetmesi ve cezai yaptırımlara bağlı olması gerekmektedir. Çevikbaş ve Coştan (2014: 74)’a göre ise bir suçun oluşabilmesi için potansiyel bir suçlunun hedefine yanaşarak suça yönelmeyi kafasına koymuş olması gerekmektedir. Böylelikle bu eğilim suçu oluşturmakta ve bireyi sürekli suç işlemeye teşvik etmektedir (Bartollas ve Schmallegger, 2017: 1764). Bu doğrultuda suçun oluşumu şekil 5’de şematik olarak izah edilmiştir.

Şekil 5. Rutin Aktiviteler Teorisine Göre Suç Mekanizması

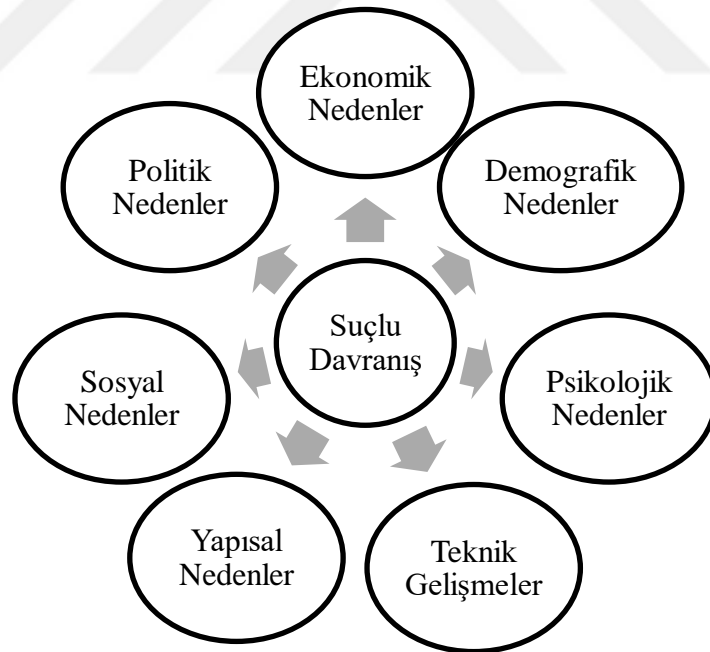


Kaynak: (Çevikbaş ve Coştan, 2014: 74).

Şekil 5’de izah edilen rutin aktiviteler teorisine göre, suçun oluşabilmesi için 3 ana unsura ihtiyaç vardır. İlk unsur motive olmuş suçlulardır. Buna göre tüm

insanlar potansiyel bir suçlu olarak görülür. Başka bir ifadeyle aslında tüm insanların içinde suç işleme potansiyeli bulunmaktadır. Uygun şartlar sağlandığında bu davranış açığa çıkar ve suç oluşur. Teorinin ikinci unsuru ise hedefi suça karşı koruyabilecek koruyucuların yokluğudur. Bu unsura göre suç mekânsal olarak farklı yerlerde (evde, işte, sokakta vs.) meydana gelebilmektedir. Mekânın belli olduğu alanlarda (ev, iş vs.) gereken koruyucu önlemler alındığında suçun oluşması zorlaşır. Fakat mekânın belli olmadığı (cadde, sokak vs.) yerlerde koruyucu önlemler alınmadığı için suçun oluşumu idealdir. Teorinin üçüncü unsuru ise uygun hedefdir. Uygun hedef, teorinin merkez noktasıdır. Koruyucu önlemlerin alınmadığı, dışarıdan rahatlıkla görülebilen ve kolay ulaşılabilen hedefi temsil etmektedir. Gece yarısı kamera ya da ışık sistemi olmayan bir caddede yürüyen bir kişi ya da camı açık bir halde bırakılan bir araba birer uygun hedefe örnektir (Çevikbaş ve Coştan, 2014: 74). Demirbaş (2002)' a göre ise suçun oluşum nedenleri 7 alt başlıktan oluşmaktadır. Bu alt başlıklar şekil 6'da şematik olarak izah edilmiştir.

Şekil 6. Suçun Nedenleri



Kaynak: (Demirbaş: 2002).

Şahin (2013: 9-10)'e göre suç; güdülenme, öğrenme ve tekrarlama sonucu yaşanmaktadır. Suçun nedenlerine ilişkin modellerin varlığı şiddetin toplumda

sıklıkla yaşıyor olmasından kaynaklanır. Suça neden oluşturabilecek unsurlar ise ekonomik nedenler, demografik nedenler, psikolojik nedenler, yapısal nedenler, sosyal nedenler, politik nedenler ve teknik gelişmelerdir. Dolu, Uludağ ve Doğutaş (2010: 61)'a göre ise suça neden olabilecek unsurlar sosyal nedenler ve ekonomik nedenlerdir. Göver ve Şenol (2017: 203)'a göre ise suç; ekonomi, siyaset, ahlak, hukuk ve kültür gibi unsurlardan etkilenmektedir. Suçun oluşabilmesi için bu unsurlardan birinin ya da birden fazlasının varlığı yeterli olmaktadır (Ayan, 2011: 19).

- *Ekonomik Nedenler:* Bireylerin maddi hasarlar yaşaması sonucu, suça yönelmesi ekonomik nedenlerle ilişkilidir (Göver ve Şenol, 2015: 203). Açıkgöz (2015: 251) yaptığı araştırmada, ekonomik yetersizlik ve suç arasında bir ilişki olduğunu saptamıştır. Ancak suçun tek nedeni olarak ekonomik yetersizliği göstermenin yanlış olduğu da ifade edilmiştir.
- *Demografik Nedenler:* Suç; geçmiş yaşantı, aile ortamı, arkadaş çevresi, yaş gibi faktörlerle de ilişkilidir (Açıkgöz, 2015:251). Ayan (2011: 19)'a göre ise parçalanmış bir aile, cinsiyette farklılık ya da kötü arkadaş çevresi gibi faktörler suç eğilimini arttıran demografik nedenlerle açıklanabilir.
- *Psikolojik Nedenler:* Nörolojik bozukluklar, zekâ seviyesinin geriliği ve akademik başarısızlık ise suçun oluşumunda psikolojik nedenlerle açıklanabilir. Yakışıklı (1997: 12)'ya göre ise bireylerin yaşadığı psikolojik bozukluk ve rahatsızlıklar suçun oluşumuna neden olabilmektedir.
- *Sosyal Nedenler:* Bireylerin yaşadığı çevre koşulları ve sosyal yapıdaki değişmelerin sonucunda oluşan sorunlar, sosyal nedenlerle açıklanabilir. Göver ve Şenol (2017: 203)'a göre kültürel açıdan yaşanan toplum, taşınan düşünce kalıbı, tüketim ağırlıklı bir toplum olma, kişilerarası ilişkiler ve göç sorunları suçun oluşumunda sosyal nedenlerle ilişkilidir.
- *Politik Nedenler:* Hukuki açıdan gecikme ya da adaletin eksik yaşandığı düşüncesi ise suçun politik nedenlerle ilişkili olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca illegal yollarla hak arama, siyasi açıdan emniyet ve yargıda yozlaşma politik nedenlere bağlı olabilecek unsurlar arasındadır (Göver ve Şenol, 2017: 203).

- *Teknik Gelişmeler:* Televizyon, telefon, bilgisayar gibi araçların günümüzde sürekli suça teşvik etmesi teknik gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Çünkü toplum, sürekli gelişen teknoloji çağının etkisi altında kalmaktadır (Bulut, 2018: 22-23). Ayrıca suç konusunda teknolojik cihazlar, toplumu hem yönlendirici hem örgütleyici bir görevi üstlenmektedir (Güven, 2018: 189).
- *Yapısal Nedenler:* Bir toplumu oluşturan bireylerin, birbirlerinden farklı çatışan istekleri bulunmaktadır. Belirli standartların yokluğunda kayıtsızlık, kargaşa, hayal kırıklığı, yabancılaşma ve umutsuzluk meydana gelmektedir. İnsanların yaşadığı bunalım, endişe, kültür yalnızlığı, alt sınıfların amaçlarına ulaşamaması ya da sınıflar arasındaki fırsat farklılıkları o toplumdaki belirli ahlak kurallarını da reddedilmesine yol açmaktadır. Bu durum ‘suç’ unsurunun oluşumuna yardımcı olmaktadır. Kısacası suçu oluşturan yapısal nedenler; yasal fırsatların engellendiğinde yasal olmayan fırsatlardan yararlanma sonucu oluşmaktadır (Sokullu, 2002).

Suç, ahlaki bir bozulma ve bulaşıcı bir vakadır (Ateş, 2002: 20). Yasalar tarafından kabul edilen ve açık bir şekilde ifade edilen, tehlike yaratan veya topluma zarar veren her türlü eylem ve hareketler suç kapsamındadır (Yakışıklı, 1997: 4). Suç, toplum tarafından kabul görmeyen hareketleri barındırır (Uslu, 1998: 31). Bir birey, belirli bir ülkenin veya dönemin adet, gelenek, görenek, töre ve fikirleriyle zıtlaştığı takdirde suç işlemiş sayılır (Tekin, 1996: 12). Toplumların dayanışma bağını koparan ve toplumları temelden sarsan bir olgudur. Suç, hoş karşılanmayan sosyal bir olaydır (Korkmaz, 1988: 4-5). Bu yüzden suça önlem alabilmek için yasak uyarısı konulmakta veya cezalandırılmaktadır. (Ayan, 2007: 15).

Her suç davranışı şiddet olmamakla beraber, zarar verici tüm eylemler suçtur (Abay ve Tuğlu, 2000: 22). Mala yönelik şiddet, cinsel şiddet, fiziksel şiddet birer suçtur. Buradaki önemli ayrım; şiddet kabul edilen her davranışın suç olmadığı yönündedir. Örneğin savaş bir şiddettir fakat suç değildir (Oral, 2010: 3). İşlenen bir fiilin suç olabilmesi için zarar verici bir fiil veya ihmal yaşanması, o ihmalin yapılmamasını öngörmesi, emreden bir yasa kapsamında olması, kasıt ya da ihmal bulunması ya da bir arada bulunmaları ve işlenen cezanın yasada yeri olması gerekmektedir (Özkan, 1990: 9). Suçun oluşabilmesi için kanunlara yönelik saldırgan davranışlarda

bulunulması gerekir. Bu yüzden suç, Türk Ceza Kanun'unun da temelini oluşturur (Düvenci, 1995: 4).

Suç kavramının tanımlanmasındaki zorluk sebebiyle birçok ülkede suçun tanımı yapılamamaktadır. Osmanlı döneminde suçlar, cinayet, cünha ve kabahatler olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Ayhan ve Çubukçu, 2007: 31). Günümüzde ise, yasalarımızda şiddet içerici her davranış suç olarak kabul edilir (Kocadaş vd., 2010: 33). Suçlar, Türk Ceza Kanun'unda 6 madde de başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar;

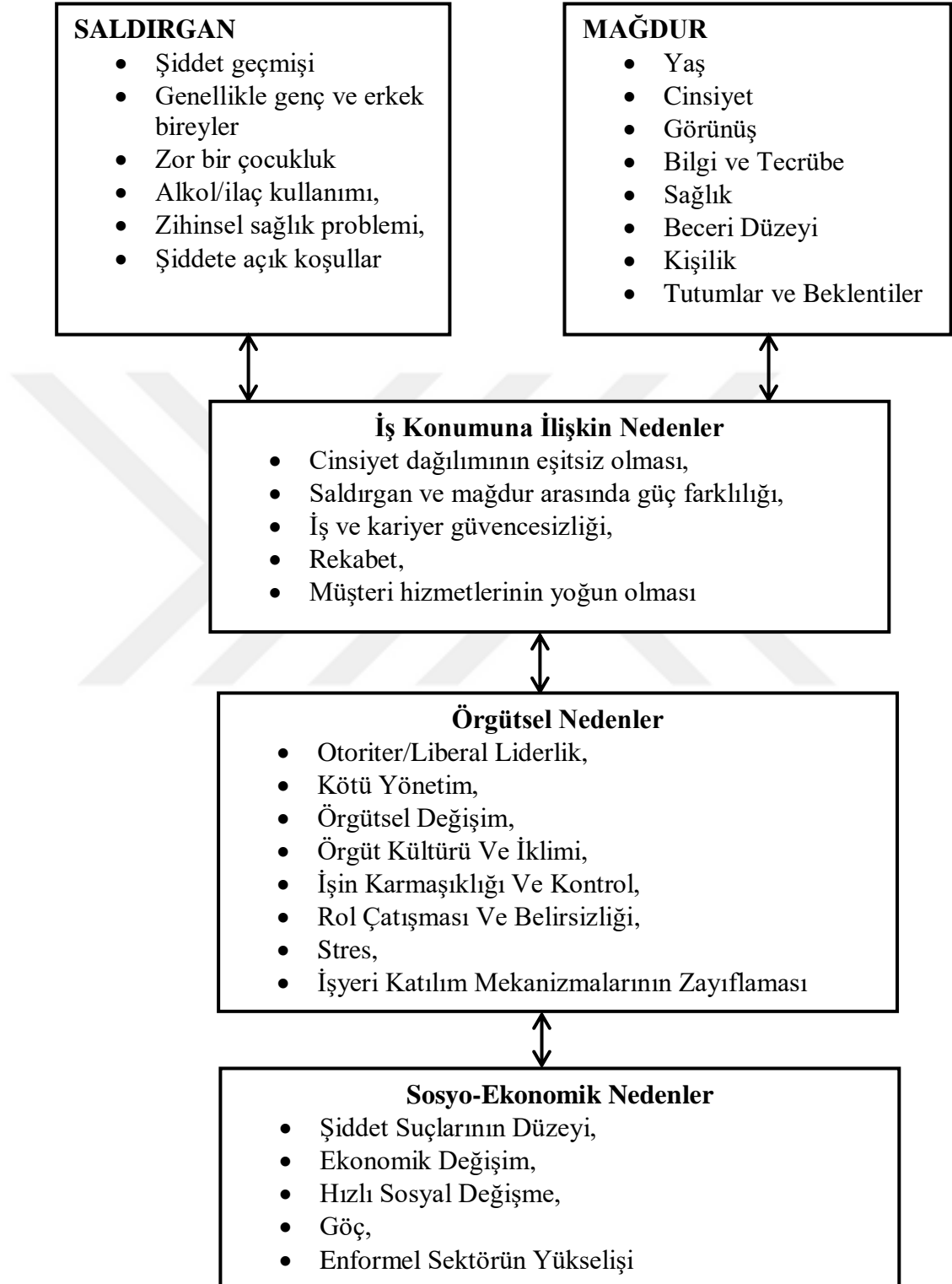
- A türü suç (trafik suçları)
- B türü suç (ırza geçme, küçük yaştakileri baştan çıkarma, kaçırma, zina vs.),
- C türü suç (adam öldürme, küfür, hakaret, yaralama vs.),
- D türü suç (hırsızlık, yol kesme, yankesicilik, dolandırıcılık vs.),
- E türü suç (kumar, sarhoşluk, hayvanlara kötü muamele vs.)
- F türü (görevli memura karşılık verme, insanların oturduğu yerlerde silah atma, 1918 sayılı kanuna muhalefet vs.) suçtur (Uğur, 1986: 31-32).

2.2.5. Psikolojik Taciz (Mobbing)

Kökü ‘‘Mob’’ dan gelen mobbing kavramı, düzensiz kalabalığın uyguladığı yasa dışı şiddet anlamına gelir Mobbing kavramı, ilk olarak 1960’lı yıllarda Avusturyalı bilim insanı Konrad Lorenz tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Lorenz, hayvanları gözlemleyerek mobbing kavramını ortaya atmıştır. Hayvanlar, düşmanlarını ya da tanımadığı insanları kendinden uzaklaştırmak için birtakım davranışlar sergiler. Lorenz’e göre bu davranışlar insanların hayatında da örtüştüğünden mobbingin (psikolojik taciz) oluşumuna yol açmaktadır (Güngör, 2008: 5-7).

Mobbing (psikolojik taciz) kavramı, 1980’li yılların başlarında Heinz Leymann tarafından gündeme tekrar getirilmiştir. (Bulut, 2010: 20). Leymann (1990: 120) mobbingi, psikolojik terör olarak tanımlamıştır. Leymann bu kavramı İsveç ve Almanya’daki iş yerlerini incelemesi sonucu ortaya koyduğunu ifade etmiştir. Leymann’a göre, çalışanlar belirli bir kişiyi kurumun dışına itmek için hedef almaktadır. Çalışanlar o kişiye kötü davranışlar sergileyerek mobbinge maruz

bırakmaktadır (Güngör, 2008: 5-6). Mobbing tanım olarak, örgüt psikolojisini de içerisine alan geniş bir kavramdır (Tutar, 2004: 101). Pınar ve Pınar (2013: 316)'a göre mobbing kavramı, bir bireye veya bir gruba yönelik acımasız ve kötü niyetli davranışlarda bulunma olarak tanımlanmıştır. Shallcross, Sheehan ve Ramsay (2008: 57)'e göre mobbing, bir kişiyi işten çıkarmak için yöneltilen kötü niyetli girişimdir. Tutar (2004: 102)'a göre ise mobbing, bir veya daha fazla kişinin belirli bir kişiye sistematik biçimde düşmanca ya da ahlak dışı davranışlar (taciz, rahatsız etme, sıkıntı verme vs.) sergilemesi olarak tanımlanır. Özen (2007: 3)'e göre ise mobbing işyerlerinde bir çalışana zarar vermeye yönelik davranışlar sergilemektir. Amaç çalışanı iş yerinde küçük duruma düşürmek ya da işten atılmasını sağlamaktır (Demirag ve Çiftci, 2017: 2).

Tablo 1. İşyerinde Mobbing - Nedensel İlişkiler

Kaynak: (Özen, 2007: 20).

Tablo 1'e göre mobbing, örgüt içerisinde bir gerilim ve çatışmaya yol açmaktadır (Taşkın, 2015: 224). Mobbing yüzünden çalışanlara iş yerinde bireysel, toplumsal, örgütsel ve ekonomik problemler yaratan yıldırıcı davranışlar uygulanmaktadır. Mobbingin oluşmasındaki bu faktörler, mağdurun iş hayatında sorunlar yaşamasına sebebiyet vermektedir (Arpacı, 2011: 22). Okutan ve Sütütemiz (2015: 3)'e göre mobbing, saldırgan kişilerden kaynaklanmaktadır. Mobbingi başlatan kişiler, genellikle iş hayatında çalışılması çok zor kişilerdir. Güç eşitsizliğinden yararlanarak bir çalışana karşı düşmanca tavırlar sergilerler (Shallcross, Sheehan ve Ramsay, 2008: 58). Özen (2007: 14-20)'e göre ise düşmanca tavırların sergilenme sebebi saldırgan kişilerin gücünü gösterme gereksiniminden doğmaktadır. Bu özellikte olan kişiler genellikle genç ve erkek bireylerdir. Zor bir çocukluk dönemi geçirmişlerdir veya şiddete dayalı bir geçmişi bulunmaktadır. Bu sebeple geçmişinden sıyrılıp öz saygı ve sosyal statü elde edebilmek için mağdurun acı çekmesinden zevk alırlar. Fakat aynı şekilde saldırganın olduğu kadar, mağdurun da kişilik özellikleri mobbinge neden olabilmektedir (Constantinescu, 2014: 499). Okutan ve Sütütemiz (2015: 3)'e göre mobbinge mağdur olan kişiler genellikle dürüst, çalışkan, saygılı, özgüvenli, girişken ve kaliteli insanlardır. Bu sebeple mağdurlar 'kolay hedef', 'kışkırtıcı' veya 'tehdit' olarak algılanmaktadırlar. Bu sebeple mağdurların mobbinge baş edebilmek için gerekli yeterliliğe sahip olmamaları yaşadıkları problemi bir kat daha arttırmaktadır.

Mobbinge neden olabilecek bir diğer faktör ise iş konumuna ilişkin nedenlerdir. Cinsiyet dağılımındaki eşitsizlik, güç ilişkisi, kariyer güvencesizliği ya da müşteri taleplerinin yoğun olması iş konumundan kaynaklı mobbinge sebebiyet veren unsurlardan bazılarıdır (Özen, 2007: 13-17). Arpacı (2011: 22)'ya göre ise müşteriyle yaşanan sorunlar, rekabet hırsı ya da iş yerine karşı bir önyargı ve korkuyla bakma iş konumundan kaynaklı mobbinge sebebiyet veren unsurlar arasındadır. Aldıg (2011: 32)'a göre ise kariyer güvencesizliği ya da işe karşı olan güvensizlik mobbinge neden olabilmektedir.

Constantinescu (2014: 498-499)'ya göre mobbinge neden olabilecek bir diğer faktör ise örgütsel nedenlerdir (Özen, 2007: 17). Çünkü mobbingin, kurumları örgütsel açıdan etkileyebilme potansiyeli bulunmaktadır (Tutar, 2004: 101). İnsan

kaynaklarındaki eksiklik, örgütsel değişim, yüksek stres, grup çalışmalarında zayıf etkileşim ya da kötü yönetim mobbingi oluşturmaktadır (Constantinescu, 2014: 499). Acar ve Dünder (2008: 114)'a göre ise örgütsel bağlılığın zayıflaması, yönetimdeki belirsizlik, iletişim engeli, yönetim ve liderlik şekli mobbinge neden olan örgütsel faktörler arasındadır. Özen (2007: 17)'e göre ise organizasyonun liderlik şekli, yönetimin kötü olması, organizasyonel yüksek değişim, rol çatışması ya da örgütsel bağlılığın zayıflaması mobbingi oluşturmaktadır. Laleoğlu ve Özmete (2013: 13)'ye göre ise negatif örgüt iklimi ve örgüt kültüründeki çöküş mobbinge neden olmaktadır. Yüksel ve Tunçsiper (2011: 58)'e göre ise otoriter yönetim sergilenen iş yerleri, çalışanı işinden dışlar veya iş hayatında tek başına bırakır. Bu sebeple çalışanlar motive olamazlar (Tutar, 2004: 101). İş devir hızında artış meydana gelir (Görgülü, 2013: 1). Fakat birçok çalışan da işsizlik sorunuyla mücadele etmemek için çalışma hayatına devam eder. Ayrıca örgütte kalabilmek için daha fazla çaba harcar. Bu süreçte ise mobbing, artarak devam eder (Yüksel ve Tunçsiper, 2011: 58). Böylelikle çalışanlar kimi zaman sürecin hedefi olurken, kimi zaman da olumsuz davranışlara maruz kalmak zorunda kalırlar (Görgülü, 2013: 2).

Son olarak mobbinge neden olabilecek bir diğer faktör ise sosyo-ekonomik nedenlerdir. Çalışma hayatında mobbing, organizasyonu olduğu kadar toplumu da hem ekonomik hem de sosyal koşullarla etkileyebilmektedir. Özellikle emek piyasasında değişen talep, global rekabet, müşterilerin talepleri, göçler, çevresel farkındalık ya da ekonomideki daralma çalışanları da etkileyebilmektedir. Bu sosyoekonomik faktörlerin bileşimi şiddetin oluşabilmesine olanak sağlamaktadır. Mobbing ise yarı zamanlı çalışmaların artması, yüksek devingenlik ve çalışanların sık değiştirilebilen bir eşya gibi algılanması sonucu meydana gelmektedir (Özen, 2007: 19-20).

2.2.6. Çatışma (Conflict)

Çatışma konusu Sosyoloji, Psikoloji, Antropoloji, Ekonomi ve Yönetim gibi bilim dallarının yoğun olarak ilgilendiği konuların başında gelmektedir (Bayrak, 1992: 4). Çatışma farklı bilim dallarında farklı şekillerde kullanılmasına karşın, yeni yayınlar rekabet, üstünlük, düşmanlık, zıtlık gibi kavramlardan ayrı kullanılmaktadır (Özel, 1996: 7).

Çatışma, şiddet kavramıyla yakın anlamlıdır (Galtung, 1969: 167). Fakat aynı anlamda kullanılmamaktadır (Bulut, 2010: 13). 1982'den beri İsveç'te yapılan çalışmalarda psikolojik şiddet kavramının aslında abartılı çatışma olduğu düşünülmüştür (Bulut, 2010: 13).

Çatışma insan yaşamının gerek sosyal alanında, gerek politik alanında, gerekse de ekonomik alanında yer alabilir (Çaycı, 1989: 3). Çatışmanın oluşabilmesi için bir güç kullanımından söz etmek gerekir. Güç yönünden bir tarafın diğer taraftan daha üstün olması çatışmayı doğurur (Yapraklı, 1997: 61). Çatışma, insanlar ya da gruplar arasında anlaşmazlık, uyuşmazlık, karşıtlık sonucunda doğan, insanların birbirlerini zayıflatmak amacıyla devre dışı bıraktıkları müdahale şeklinde tanımlanmaktadır (Tuğlu, 1996: 1-2). Çatışma, bir şeyin konu veya içeriğini paylaşmaktan ziyade ele geçirme mücadelesidir (Gümüş, 2012: 9). Şiddetin yaşanmasına yönelik bir strateji olarak da kullanıldığı söylenebilir (Jewkes, 2002: 1423).

Çatışma kavramını tanımlamak oldukça güç olduğundan dolayı, farklı bilim insanları farklı şekilde tanımlamışlardır (Aslan, 2003: 43). Çatışma teorisinin öncüleri Karl Marx ve Max Weber'dir. Karl Marx'ın çatışma teorisi, birbirleriyle zıtlaşan işçi-işveren şeklindeki kapitalist ekonominin özellikleriyle sınırlıdır. Max Weber'e göre ise, *'Barış, çatışmanın sadece geçici bir değiş-tokuşudur.'* Çatışma, sosyal hayatın her zaman içindedir ve ayrılamaz. Toplumsal düzen ancak kanun üstü güç sayesinde oluşabilir (Özmen, 1997: 12). Webster çatışmayı kişilerin kendi menfaatlerinde ayrılık yaşamalarına sebep olan ya da amaçlarına erişememişine neden olan durum olarak tanımlamıştır (Aslan, 2003: 42). Berelson ve Steiner'e göre çatışma, aynı mevkie ulaşmak isteyen iki kişi arasından birinin istediği pozisyona ulaşip, diğerinin başarısız olma durumudur (Bayrak, 1992: 4). Aslında çatışma kavramını kim ne şekilde tanımlarsa tanımlasın zıtlık, ters düşme, uyumsuzluk gibi temel anlamlar barındırır ve bu anlamlar doğrultusunda kişi kendi menfaatini, çıkarlarını ya da görüşlerini hâkim kılma peşindedir (Aslan, 2003: 43).

2.3. Şiddetin Etkisi ve Kapsamı

Şiddet, bireyin hem psikolojik yapısını, hem ekonomik yapısını hem de ülkenin toplumsal yapısını olumsuz yönde etkilemektedir (Demir, 2000: 59). Toplumumuzda yaşanan problemlerin kaba kuvvetle ile çözülebileceğine dair yanlış bir tutum vardır. Özellikle ataerkil bireyler, öç alma hususunda kaba kuvvete başvurarak mağdura karşı baskın gelmektedir (Yavuz, 2009: 16). Bu durumda toplum, mağduru ya dışlamakta ya da yalnızlığa itmektedir (Çetin, 2013: 13). Ya da bu durum toplum tarafından sindirilmekte ve kabullenilmektedir (Arpacı, 2011: 21-22). Toplumda şiddetin yarattığı güvensizlik, korku, endişe ve hayal kırıklığı gibi duyguların periyodik olarak devamlılığı ise, şiddetin uzun soluklu olmasına yol açmaktadır (Donat-Bacı, 2011: 32). Şiddetin uzun soluklu devam etmesindeki etken, şiddetin geçici olacağına dair inanç, dış baskılar, gelecek korkusu ya da ekonomik özgürlüğün olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Bilgin, 2015: 21).

Şiddetin insan üzerindeki olumsuz etkileri, fiziksel veya psikolojik yıkım şeklindedir (Arpacı, 2011: 20). İnsanlar bu durumda ruh sağlığında bozulmalar yaşar (Çalışkan, 2013: 40). Donat-Bacı (2011: 32)'ya göre şiddet insanların özsaygısını azaltır, yaşam kalitesinin düşürür ve stres düzeyini artırır. Çetin (2013: 12)'e göre ise şiddete uğrayan birey sosyal hayattan uzaklaşır, kendini küçük veya önemsiz görür. Kendine olan saygısını kaybeder, depresyon yaşar veya kendini sürekli suçlu hissedip utanma eğilimi gösterir. Yavuz (2019: 15)'a göre ise migren, baş dönmesi veya sakatlanacak düzeyde yaralanmalar gibi sağlık problemleri, değersizlik hissi, iletişim bozukluğu ve hatta intihar fikrine meyiletme gibi bunalımlar yaşayabilir. Erol (2010: 21)'a göre ise uyku düzeni bozulur, sürekli kâbuslar görür. Yeme bozuklukları, psikosomatik şikâyetler, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı da söz konusu olabilir. Ayrıca şiddete maruz kalan kişi preterm (erken) veya düşük doğum, korku, depresyon, kaygı, çaresizlik ya da özgüven eksikliği gibi duygular da yaşayabilmektedir (Glover ve Makooie, 2018: 1).

Bu durumların yanı sıra şiddet, bireyi ekonomik olarak da etkileyebilme gücüne sahiptir. Şiddet yüzünden işyerlerinde artan devamsızlık, verimlilik kaybı, emek piyasasında azalma, üretkenliğin azalması, aylık kazancın da değişkenlik veya daha az kazanç sağlaması yönünde olumsuzluklar yaşanabilir. Özellikle ABD' de

yapılan bir araştırmada eşinden şiddet goren kadınların dűřuk maaşla çalışıkları ya da sűrekli iř değiştirdikleri tespit edilmiştir (Goke, 2010: 8-9). Ayrıca eşinden şiddet goren kadınların yıllık maliyetleri 67 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu maliyetler olumsuz sağlık sonuçlarını da beraberinde getirir (Duran vd., 2009: 11). Özellikle sağlık harcamaları açısından bakılacak olursa, şiddet goren bireylerin daha fazla hastaneleri veya diğer sağlık kuruluşlarını kullandıkları grűlmektedir. şiddet sonucunda danışmanlık hizmetleri, adli başvurular, sığınma ve rehabilitasyon hizmetlerini kullanma sıklığı artmıştır. Bu da űlkede ekonomik bir yűk oluşturmaktadır (İzmirli, 2013: 37). şiddetin sosyo-ekonomik maliyetini Inter American Development Bank (IDB), dört kategoriye ayırmıştır. Tablo 2’de şiddetin sosyo-ekonomik maliyeti gösterilmektedir (Goke, 2010: 8).

Tablo 2. Şiddetin Sosyo-Ekonomik Maliyeti

Direkt Maliyet	Medikal
	Polis
	Ceza hukuk sistemi
	Barınak
	Sosyal Servisler
Parasal Olmayan Maliyetler	Artmış Morbidite
	İntihar ve öldürme yolu ile artmış mortalite
	Alkol ve Uyuşturucu Bağımlılığı
	Depresif Hastalıklar
Ekonomik Etkiler	Emek piyasasında yer almanın azalması
	İşte üretkenliğin azalması
	Düşük kazanç
	Artmış devamsızlık
	Nesiller arası üretkenlik üzerine etkileri (çocukların düşük eğitim başarısı ve sınıf tekrarı nedeni ile)
	Yatırım ve tasarrufta azalma
	Sermaye Kaçışı
Sosyal Etkiler	Şiddetin nesiller arası geçişi
	Azalmış hayat kalitesi
	Sosyal sermayenin erozyonu
	Demokratik süreçlere düşük katılım

Kaynak: (Gökçe, 2010: 9).

Tablo 2'den de anlaşılacağı gibi şiddetin maliyeti ülkeler için önemli sorunları teşkil etmektedir. Şiddetin hem psikolojik hem de sosyal ve ekonomik olarak maliyetleri bulunmaktadır. Bu maliyetlerin içerisinde intihar ve ölüm gibi birçok ciddi durumu içeren maliyetler de yer almaktadır (Yakut vd., 2012: 148).

Şiddetin sosyoekonomik maliyetleri tabloda da görüldüğü gibi dörde ayrılmaktadır. Bunlar sırasıyla; direkt maliyetler, parasal olmayan maliyetler, ekonomik etkiler ve sosyal etkiler şeklindedir (Gökçe, 2010: 9).

Direkt maliyet; malzeme ve işgücünün yanı sıra herhangi bir hizmet sırasında, o hizmetle ilişkilendirilebilecek başka giderlerin doğmasıdır (Akgün, Kıvraklar ve Göleç, 2018: 460). Şiddetin önlenmesinde ya da tedavide kullanılan hizmetler, direkt maliyettir. Direkt maliyetin içerisinde psikolojik danışma hizmeti, tıbbi tedavi, ceza sistemi, çağrı hizmeti, barınaklar ve sosyal hizmetler yer almaktadır (Gökçe, 2010: 9). Parasal olmayan maliyet ise; sadece ekonomik bir anlam içermez. Para dışında tüketicilerin kararı ve hizmetin kendisi, parasal olmayan maliyettir. Sağlık kurumlarına parasal olmayan maliyetler sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık hizmetindeki bekleme süreleri ve hastaların yaşadığı sıkıntılardan oluşmaktadır (Odabaşı ve Oyman, 2002: 73). Şiddetin yarattığı parasal olmayan maliyetler ise intihar, ilaç ve alkol bağımlılığı, depresif hastalıklar, artan morbidite ve mortalite şeklindedir. Şiddetin yarattığı ekonomik etkiler ise; verimlilikte azalma, düşük kazanç, artan devamsızlık, işgücü piyasasında kayıp, yatırımda azalma ya da tasarruf yapamama şeklinde meydana gelmektedir (Gökçe, 2010: 10). Gürkan ve Coşar (2009: 125-126)'a göre ise şiddetin ekonomik olarak etkisi daha çok kadınlara yansımaktadır. Kadınların iş hayatında yer edinmede engeller yaşaması, yatırım yapamaması, para harcamasına izin verilmemesi ya da mal sahibi olamamaları örnek olarak gösterilebilir. Son olarak şiddetin sosyal olarak etkisi ise sağlıklı olmayan nesillerin yetişmesine sebebiyet vermesidir (Babahanoğlu ve Özdemir, 2016: 1070). Ayrıca düşük yaşam kalitesi, demokratik süreçlere düşük katılım ve sosyal sermaye erozyonu şeklinde de kendini gösterebilmektedir (Gökçe, 2010: 11).

2.4. Şiddet Çeşitleri

Şiddet, çok yönlü bir kavramdır. Tek bir sebep şiddeti doğurmaz (Yörük, 2010: 7). Browne ve Herbert'in 1996 yılında yaptığı bir çalışmada şiddet; aktif şiddet ve pasif şiddet olarak ikiye ayrılmıştır. Aktif şiddet; fiziksel, psikolojik ve cinsel içerikli şiddet türleridir. Pasif şiddet ise, fiziksel, psikolojik ve cinsel yönünde gerçekleştirilen ihmalleri içermektedir (Sezgin, 2007: 6).

Tablo 3. Browne ve Herbert'in Şiddete Yönelik Sınıflandırması

	Fiziksel Şiddet	Psikolojik Şiddet	Cinsel Şiddet
Aktif Şiddet	Kasıtlı Yaralama Adam Öldürme Baskı Yapma	Caydırma Duygusal Yönden İstismar Etme Maddi Yönden İstismar Etme	Ensest Saldırı Tecavüz Taciz
Pasif Şiddet	Kötü Bakım Fiziksel İhmal	Şefkatten Yoksunluk Duygusal Yönden İhmal Maddi Yönden İhmal	Cinsellikten Para Kazandırmaya Teşvik

Kaynak: (Sezgin, 2007: 6).

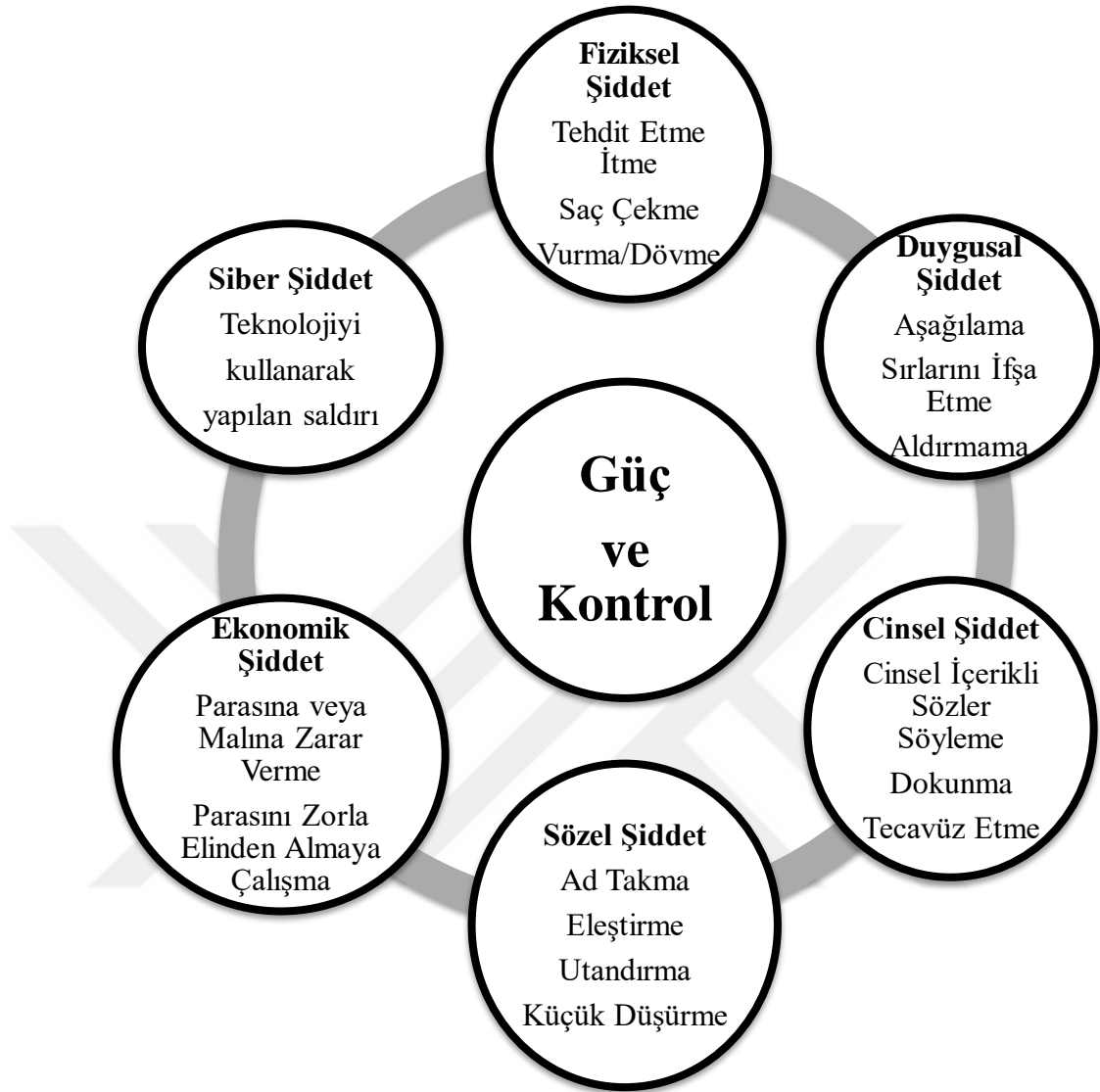
Browne ve Herbert'in yaptığı sınıflandırmaya göre, fiziksel, psikolojik ya da cinsel şiddet; aktif ve pasif olarak iki şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Aktif şiddet genellikle temas gerektirirken, pasif şiddet temas gerektirmeden duygusal yönden uygulanan şiddet türüdür (Sezgin, 2007: 6). Browne ve Herbert'in yaptığı sınıflandırmanın yanı sıra Buss'a göre ise şiddet sınıflandırması şu şekildedir;

- Fiziksel/Aktif/Doğrudan: Bir defalık uygulanan bir şiddet türüdür. Genel olarak fiziksel saldırı ağırlıklıdır. Zihinsel engelli bir hastanın ani ve sert tepkiler vermesi, fiziksel veya cinsel istismar, zorbalık, adam öldürme ya da sarhoşken birisiyle kavga etme bu şiddet türüne örnek olarak gösterilebilir.
- Fiziksel/Aktif/Dolaylı: Bir bireyi bir başka bireye zarar vermek için ikna etmeye yönelik çabaları içermektedir. Bir bireyin öldürülmesi için kiralık katil tutulmasını desteklemek örnek olarak gösterilebilir.
- Fiziksel/Pasif/Doğrudan: Bir bireyin amaçladığı hedefe ulaşmasını engellemeye yönelik yapılan çalışmalardır. Kıdemli bir çalışanın kariyerinde yükselmesini engellemeye çalışmak örnek olarak gösterilebilir.

- Fiziksel/Pasif/Dolaylı: Bir bireyin üstlendiği sorumlulukları yapmayı reddetmesidir.
- Sözselsel/Aktif/Doğrudan: Bir bireye yönelik hakaret etmek, küfür etmek ya da aşağılamaktır. Irk gözeterek ayırım yapmakta bu şiddet türü içerisinde değerlendirilebilir.
- Sözselsel/Aktif/Dolaylı: Bir bireyin hakkında dedikodu yapmak, dış görünümüyle dalga geçmektir.
- Sözselsel/Pasif/Doğrudan: Konuşmak istememek veya sorulan sorulara yanıt vermeyi reddetmektir.
- Sözselsel/Pasif/Dolaylı: Sözel olarak bir katılım göstermemek için konuşmamaktır. Örneğin bir birey, bir kişinin suçsuz olduğunu bildiği halde açıkça söylememektir (Çınarlı ve Yücel, 2013: 38).

Şiddet, güç ve kontrol ile ilişkilidir. Bir birey üzerinde güç ve kontrol kullanıldığı zaman şiddet ortaya çıkmaktadır. Güç ve kontrolü şekil 7’de şematikte edilerek fiziksel şiddet, duygusal şiddet, sözel şiddet, cinsel şiddet ve ekonomik şiddet türleri gösterilmiştir (Yetim, 2008: 8).

Şekil 7. Güç ve Kontrol Çemberi



Kaynak: (Yetim, 2008: 8)

Şekil 7'ye göre şiddet ve güç arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Bunun nedeni gücün, şiddet üzerinden tanımlanmış olmasından kaynaklanır (Dursun, 2011: 6). Fakat güç ve şiddet aynı anlama gelmemektedir. Güç, genel olarak bir eylemi gerçekleştirebilmek için kontrollü olarak kaba kuvvet uygulama anlamına gelir. Boğulan birini kurtarmak ya da birinin kendisine zarar vermesini engellemeye çalışmak güç göstergesidir. Fakat gücü yanlış yere amaçsız kullanmak ve karşı tarafı huzursuz etmek şiddeti oluşturur. Birini zehirleyerek öldürmek, psikolojik olarak yaralamak, aşağılamak, cinsel olarak taciz etmek birer şiddet örneğidir (Bufaccihi, 2005: 195-196).

Gümüş (2006: 15)'e göre gücün şiddet olarak tanımlanabilmesi için belirli bir norm sayısı kadar şiddet türü bulunması gerekmektedir. Bu sebeple şiddet kendi içerisinde; fiziksel şiddet, duygusal şiddet, cinsel şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet ve siber şiddet şeklinde altı kolda incelenmektedir. Aslan ve Doğan (2017: 113)'a göre sosyal medyanın verdiği zarar, siber şiddete yönelik bir güç göstergesidir. Yıldırım (2015: 132-137)'a göre ise bağırma, hakaret, küfür sözel şiddetin güç göstergesidir. Aç bırakma veya yoksul bırakma, ekonomik şiddetin güç göstergesidir. Rıza olmadan cinsel ilişkiye girme, tecavüz ve taciz etme cinsel şiddetin güç göstergesidir. Dayak atma, sert cisimle vurma, tokat atma, tekmeleme, bıçakla saldırma ve öldürme fiziksel şiddetin güç göstergesidir. Dayak ya da ölümle korkutma, kanunsuz işleri yapmaya zorlama, intiharla tehdit etme, sosyal hayatını engelleme, hareket özgürlüğünü kısıtlama ve kendini suçlu hissetmesine neden olma ise duygusal şiddetin bir güç göstergesidir (Güler, Tel ve Özkan-Tuncay, 2005: 53).

2.4.1. Fiziksel Şiddet

Saldırgan davranışlarda bulunan ve bedensel gücünü avantaj haline getirip mağdurun üzerinde kullanan, kendi cinsine karşı işkence yapan, yaralayan ya da öldüren tek canlı insandır (Polat, 2009: 9). Fiziksel şiddet ise, bir kişiye karşı herhangi bir zarar verici fiil ya da tehdit etme davranışdır (Vogt ve Greeff, 2010: 47-48). Literatürde en geniş anlamıyla kaza dışı yaralanma veya kontrol altında tutmak amacıyla güç uygulama şeklinde tanımlanır (Bulut, 2010: 26). Çünkü fiziksel şiddetin ham maddesi kaba kuvvettir (Yetim, 2008: 10). Temelinde güç ve kuvvet yatmaktadır (Yengin, 2010: 66).

Fiziksel şiddet denilince akla ilk başta dayak gelse de yaralayan, iz bırakan (kazara dışında) tüm davranışlar fiziksel şiddettir (Taptık, 2010: 28). Kapsamında dayak, hırpalama, yaralama, saç çekme, itme, yakma gibi zarar verici eylemler mevcuttur (Yılmaz, 2010: 95). Ayrıca tekme atma, ısırma, boğma da fiziksel şiddet kapsamında değerlendirilir (Krantz ve Garcia-Moreno, 2005: 819). Bu eylemlerin sonucunda morarma, şişme, sıyrık, sigara sözüğü izi, bıçakla yaralama ve boğma gibi bulgular söz konusudur. Vücutta en çok hasar alan bölgeler ise baş, boyun, meme ve karındır. Yapılan araştırmalarda hamile olan bayanlarda meme, karın ve genital bölgeye daha çok vurulduğu saptanmıştır (Sucaklı, 2003: 16).

Fiziksel şiddete başvuran kişilerin genellikle kendilerine olan saygıları düşüktür. Terk edilmiş veya kayıplar yaşamış insanlardır. Kişilik bozuklukları veya madde bağımlılığı gibi problemleri mevcuttur. Empati yapamazlar. Çevresindekileri küçümserler veya yalan söylemeye eğilimlidirler (Yetim, 2008: 10-11). Çocukluk döneminde de şiddete yönelik benzer hadiseler yaşamış veya tanık olmuştur. Alkol alan veya madde bağımlısı olan kişilerdir. Çok fazla kıskançtırlar. Sürekli insanların hayatlarına müdahale ederler (Sucaklı, 2003: 16-17).

Şiddete uğrayan kişi ise sürekli kötü düşünmeye, öfkeli olmaya, sürekli bir şeylerden korkmaya, kendine zarar vermeye başlar. Kendini değersiz hisseder. Sağlık sorunları ve davranış bozuklukları baş gösterir (Yekeler, 2010: 27). Özellikle çocuklarda okul başarısı düşmeye başlar (Tezel, 2002: 94). Odaklanma zorluğu çekilir (Taptık, 2010: 29). Şiddete uğrayan bir çocuk geceleri altını ıslatmaya başlar. Anne ve babadan, çevreden, kısacası hemen hemen herkesten korku duyar (Tezel, 2002: 94). Cinsel yönden bozukluklar ve sapmalar meydana gelebilir (Taptık, 2010: 29). Hırsızlık yapar ya da yalan söyler. Erken yaşlarda sigara, alkol veya madde bağımlısı olur (Tezel, 2002: 94).

Fiziksel şiddet, gerginlik yaratan bir aşamayla başlayıp gerginliğin azalmasıyla son bulur (Yayla, 2009: 24). Bir kere uygulandığında genelde artarak devam eder (Tel, 2002: 4). Ortadan kalkması istisnai bir durumdur. Bu döngünün kabul edilmesi ise öğrenilmiş çaresizlik olarak tanımlanır (Yayla, 2009: 24). Fiziksel şiddet dışında diğer tüm şiddet çeşitleri de belli bir süre sonra fiziksel şiddetle sonuçlanmaktadır (Tel, 2002: 4).

2.4.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet günümüzdeki en büyük problemlerden birini oluşturmaktadır. Şiddet denilince akla sadece fiziksel şiddet gelmemelidir. (Pico-Alfonso vd., 2006: 600).

Fiziksel şiddet, genellikle psikolojik şiddeti de beraberinde meydana getirmektedir (Delara, 2016: 119). Çünkü fiziksel şiddet ile psikolojik şiddet ilişki içerisindedir (Yetim, 2008: 7). Bu iki şiddet türü birlikte de yaşanabilir ya da

psikolojik şiddet tek başına da görülebilir (Toros, 2010: 9). Örneğin bir ilişki psikolojik şiddetle başlayıp, daha sonra kişide öfke boyutunun artmasıyla birlikte fiziksel şiddete de dönüşmesi mümkündür. Ya da ilişki başından sonuna kadar psikolojik şiddet uygulanarak devam edebilir (Yekeler, 2010: 28). Genellikle fiziksel şiddetin boyutu azalsa da psikolojik şiddet yaşanmaya devam eder (Yetim, 2008: 7).

Psikolojik şiddet, kişinin üzerinde baskı kurularak istemediği muameleye maruz bırakmaktır (Yekeler, 2010: 28). Bir bireyi olumlu tutum ve davranışlardan, ilgiden ya da sevgiden mahrum bırakarak reddetme, aşağılama, yalnız bırakma veya desteklememektir (Bulut, 2010: 27). Başka bir ifadeyle kişinin özgürlük alanını daraltmak, karar alırken kendi kararlarını almasına izin vermemek, karşı tarafa baskılar yapmak, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanmak psikolojik şiddet tanımı içerisinde yer almaktadır (Toros, 2010: 9).

Bir birey çevresindeki insanlardan sevgi, saygı, şefkat, ilgi ve destek görmek, onaylanmak ister. İhtiyaçlarının göz ardı edilmesi, küçümsenmesi, inançlarına saygı gösterilmemesi, sosyal hayattan uzaklaştırılmaya çalışılması kişiyi mutsuzluğa iter (Yetim, 2008: 7). Bireye hakaret etme, alay etme, tehdit savurma, ilgisizlik, kıskanma, engellenme, hayatına müdahale etme, neler yaptığını kontrol etme gibi hususların tamamı psikolojik şiddet kapsamındadır (Yayla, 2009: 29).

2.4.3. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, seksüel motivasyonla ilişki içerisinde olan şiddet türüdür (Sucaklı, 2003: 19). İnsanların cinsel bütünlüğünü kötüye kullanan, küçük düşüren, aşağılayan ya da başka şekilde ihlal eden davranışlar bütününe cinsel şiddet denir (Jewkes, Sen ve Garcia-Moreno, 2002: 149).

Büyükbayram ve Okçay'a (2013: 46) göre el kol hareketi yapma veya laf atmadan başlayarak tecavüze kadar gidebilecek tüm eylemler cinsel şiddettir. Bulut'a (2010: 26) göre ise bir bireyi cinsel obje olarak kullanmak, izinsiz dokunmak, fuhuş ve pornografi yaptırmaya yönlendirmek cinsel şiddettir. Beden dilini cinsellik içerecek şekilde kullanma, rahatsız edici lakaplar takma (gay, lezbiyen, sapık, yavru, fıstık, yakışıklı vs.), elbiselerini isteği dışında çıkarma,

çimdikleme, elleme cinsel şiddet kapsamında yer alır (Şahan, 2010: 11-12). Bu eylemleri gerçekleştirebilmek için de genellikle fiziksel şiddete de başvurulur (Toros, 2010: 10). Yaralama, tokatlama, vücutta kırıklar meydana getirme, yumruklama, öldürme bunlardan bazılarıdır (Yayla, 2009: 27).

Cinsel şiddet, en genel anlamıyla rıza olmadan, zorlayarak biriyle yaşanan ilişkidir (Toros, 2010: 10). Cinsel içerikli sözlere veya davranışlara maruz kalma, bireyin cinsiyetinden dolayı aşağılanıp baskı görme, zorla cinsel ilişkiye girmeye çalışma, fuhuş yapmaya zorlama, taciz edilme, sosyal medya araçlarını kullanarak bireyin vücudunu teşhir etme gibi zarar verici eylemlerden oluşmaktadır (Yılmaz, 2010: 97-98). Cinsel organlarının sakatlanması, zorla seks yaptırma, zorla soymaya çalışma ya da dijital penetrasyon cinsel şiddettir (Kumar, 2012: 274). Ayrıca Afrika'da 30'dan fazla ülkede ve Orta Doğu'da 100 milyondan fazla kız çocuğuna, "kadın sünneti" uygulanmaktadır. Acı veren ve tehlikeli bir uygulama olan dış cinsel organın kısmen veya tamamen alınması cinsel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir. (Ellsberg, 2006: 2).

Şiddet çeşitleri arasında cinsel yolla zorla ilişkiye girmek en acı ve en travmalı yaşanan şiddet şeklidir (Yekeler, 2010: 30). Cinsel şiddetin oluşmasındaki büyük ölçütlerden biri ise bu durumun sessizce örtülmeye çalışılmasıdır (Cohen ve Nordås, 2014: 427). Cinsel şiddete maruz kalan bireyler için genellikle psikiyatri tedavisi ihtiyacı doğmaktadır (Yetim, 2008: 10). Çünkü bireyler de anksiyete (kaygı bozukluğu), dissosiasyon (ayrıştırma), cinsel işlev bozukluğu, uyku problemleri, uyuşturucu madde kullanımı, özsaygı eksikliği, intihar girişimi, obsesyon (istenmeyen takıntılı düşünce) ve somatizasyon (vücuttaki yakınmaların psikolojik nedenli olması) görülmesi mümkündür (Yekeler, 2010: 30).

2.4.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, ekonomik kaynaklara yönelik yaptırımlardır (Yetim, 2008: 9). Maddi kaynakların söz konusu olduğu durumlarda ortaya çıkar (Sarıbiyık, 2012: 15). İnsanları paraya bağımlı hale getiren bir şiddet türüdür (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46). Kaynaklar ve para, birer tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılır (Yayla,

2009: 31). Kişinin kendi menfaati için parasına, malına, mülküne kasıtlı olarak zarar vermesidir (Fawole, 2008: 167-170).

Ekonomik şiddet, kişinin mallarına veya parasına el koyma, çıkar elde etme, kazancını zorla elinden alma gibi zarar verici eylemleri kapsamaktadır (Yılmaz, 2010: 97). Alkol, işsizlik, parasızlık, haklar konusundaki bilgisizlik, egemen güce yönelik oluşan korku ekonomik şiddete yol açmaktadır (Sucaklı, 2003: 19). Örneğin iş hayatında çalışanın hak ettiği parayı vermemek veya eksik vermek bir ekonomik şiddettir (Taptık, 2010: 30). Ya da aile hayatında kadının elinden zorla parasını almak veya parayı nasıl, nereye harcadığını kontrol etmek birer ekonomik şiddete örnektir (Yekeler, 2010: 30).

2.4.5. Sözel Şiddet

Sözel şiddet; bağırma, kızma, korkutma, küfür etme, küçük görme şeklinde uygulanan şiddet çeşididir (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46). Bir kişiye karşı kötü muamelede bulunma, tehdit etme davranışıdır (Yengin, 2010: 66). Genellikle bireylerin yüz yüze olduğu durumlarda kullandıkları şiddet türü olup aşağılamak, hakaretler de bulunmak, özgüveninin kaybetmesine yol açmak, lakaplar takmak, alay etmek gibi amaçları barındırır (Yetim, 2008: 9). Duğan (2015: 23-24)'a göre ise sözel şiddet, sadece dilsel işlevi bulunan bir şiddet türü değildir. Sözel şiddet tutum ve davranışlarla da kendini gösterebilir. İnsanlar, karşısındaki bireyleri küçük düşürmek, kırmak, alay etmek, aşağılamak, kötülemek, kişiliğine saldırmak, söylentiler çıkarmak, umudunu ve beklentisini kırmak için jest ve mimiklerini kullanılabilir. Bu durum ise sözel şiddetin geniş bir yelpazede anlatım olanağı bulunduğunu göstermektedir.

Sözel şiddette korkutma ve kötü davranma önemli bir unsurdur (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46). Bireylerin birbirlerine kötü davranmasının sindirici ve yıkıcı özellikleri vardır. Tehdit edici sözlerin insanlara karşı yıkıcı bir etkiye sebep olmasının da iki sebebi vardır. Birincisi aşağılayıcı sözlerin şiddete ortam hazırlaması ve ortamı geren bir etkiye sahip olmasıdır. İkinci sebebi ise, aşağılayıcı sözlere maruz kalan bireylerin duygusal yönünün zayıflamasına ve travmalar yaşamasına neden olmasıdır (Şahan, 2010: 11).

2.4.6. Siber Şiddet

Siber, bilim alanındaki yenilikleri ve gelişmeleri gerçek dünyadan elektronik cihazlara taşınma işlemidir. Günümüzdeki teknolojik sistemlere olan bağımlılık, insanların kişisel güvenliğini tehdit etmektedir. Örneğin; banka hesaplarından para çekilirken, şahsa ait bilgilerin çalınması bir tedirginlik yaratır. Bu tür eylemler, kişisel güvenliğe ve kişisel haklara saldırı anlamına gelir. Üstelik bu tür sistemlerden uzaklaşmak dahi saldırının azalmasında yeterli olmamaktadır (Çakmak ve Altunok, 2009: 23-25).

Siber şiddet, internetin yarattığı tehditlerden bir tanesidir. Kasten yapılır ve tekrar edilerek uygulanır. Uzakta olan bir insana karşı saldırganlık ve taciz gibi zarar verici unsurlar barındırır. İnternet aracılığıyla kişinin hoşuna gitmeyen sözler paylaşılır ya da kişinin sosyal medyadaki mahremiyetine saldırı yapılır. Kişisel temas içerici bir zararı yoktur. Amaç karşıdaki bireye psikolojik taciz uygulayabilmektir (Kanal, 2008: 22).

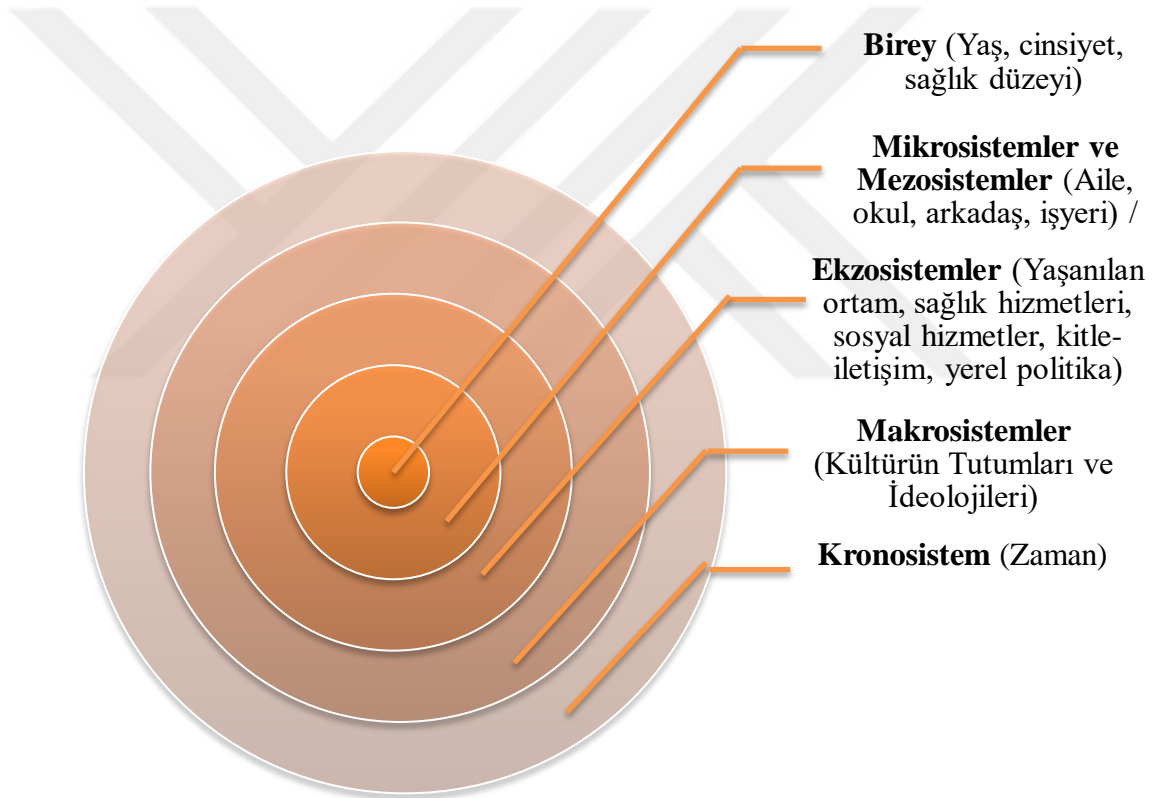
Siber şiddetin kapsamında sadece teknolojik aletlere yönelik zarar verme amacıyla gerçekleştirilen saldırılar bulunmamaktadır. Aynı zamanda e-mail yoluyla virüs saldırısı, kamu hizmetlerinin engellenmesine yönelik elektronik saldırılar, kamuda internet sayfalarına yönelik bozulmalar, izinsiz girişler yapılarak şahıslara ait bilgilerin çalınması birer siber şiddettir. Konuyla ilgili örnek olarak yapılan bir çalışmada; 2000 senesinde Avusturya'da eski bir belediye çalışanının amirlerinden intikam alabilmek için, sistemi bilmesinin avantajından faydalanarak bir milyon litre katı atığı şehrin sahil ve akarsularına döktüğü ortaya çıkmıştır. (Çakmak ve Altunok, 2009: 29-30).

2.5. Şiddetin Nedenleri

Şiddet, çok yönlü bir kavramdır. (Yavuz, 2009: 11). Tek bir boyutta ele alınamayacak kadar da karmaşık bir olgudur (Avcı Balcı, 2014: 30). Bu sebepten ötürü şiddetin tek bir nedeninin olduğunu söylemek doğru olmayacaktır (Yavuz, 2009: 11).

Avcı-Balcı (2014: 30)'ya göre şiddet; psikolojik, sosyo-kültürel, biyolojik ve çevresel bakış açılarıyla incelenmesi gereken çok yönlü bir olgudur. Bu sebeple işsizlik, göçler, bilinçsiz çocuk yetiştirme, eğitimde duyarsızlık, ruhsal problemler gibi birçok sorun beraberinde şiddeti meydana getirebilir (Palabıyıkoglu, 1997: 125). Dünya Sağlık Örgütü ise bu sebeple şiddeti meydana getirebilecek risk faktörleri üzerine bir ekolojik model geliştirmiştir. Bu modelin kökeni ise Bronfenbrenner'a dayanmaktadır. Bronfenbrenner'ın ve Dünya Sağlık Örgütü'nün konuyla ilgili geliştirdiği modeller, şekil 8 ve şekil 9'da yer verilmiştir (Güler-Baysoy, 2014: 11).

Şekil 8. Bronfenbrenner'ın Şiddet Ekolojik Gelişim Kuramı

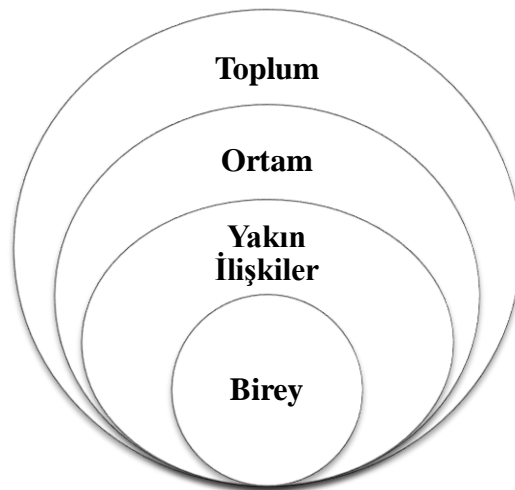


Kaynak: (Güler-Baysoy, 2014: 12).

Şekil 8'de incelenen Bronfenbrenner'ın 'ekolojik yaklaşım' modeline göre şiddete maruz kalmaya yol açan etmenler ya da şiddet davranışının neden olduğu faktörler kesin çizgilerle birbirinden ayrılmamaktadır. Şiddetin ekolojik gelişimi, iç içe geçmiş bir halde 6 düzeyden meydana gelmektedir (Deniz-Pak, Çolak ve Hekimoğlu-Tunceli, 2016: 350). Birinci düzeyde bireye ait kişisel (yaş, cinsiyet,

sağlık düzeyi, genetik yapı, zeka, yetenek vs.) etmenler yer almaktadır (Sarı, 2018: 169). İkinci düzey ise mikrosistem olarak adlandırılmaktadır (Güler-Baysoy, 2014: 11). Bireyi çevreleyen en iç katmandır (Sarı, 2018: 169). İnsanların günlük hayatta yakın çevreleriyle oluşturduğu sosyal etkileşimlerden meydana gelmektedir. Üçüncü düzey ise mezosistem olarak adlandırılır. İkinci ve dördüncü düzey arasındaki kesişen noktalarda açıklık getirmek amacıyla oluşturulan bir ara düzeydir (Güler-Baysoy, 2014: 11). Aile, okul, veli, yakın arkadaş, akraba gibi faktörler etkilidir (Sarı, 2018: 169). Dördüncü düzey ise ekzosistem olarak adlandırılır. İnsan hayatını doğrudan etkileyen (sağlık, politika, ekonomi gibi) unsurları içermektedir (Güler-Baysoy, 2014: 11). Ayrıca medya ve yasal düzenlemeler de yine bu katmanın içerisinde yer almaktadır (Sarı, 2018: 169). Beşinci düzey ise makrosistem olarak adlandırılır. Toplumun kültürel tutumlarını, etnik grupları, dini yönelişlerini içermektedir (Güler-Baysoy, 2014: 11). Hem bireye hem de birey üzerinde etkisi olan bu katman belirli ideolojiler, değerler ya da ırksal ilişkiler gibi faktörleri de içine almaktadır. Son olarak altıncı düzey ise kronosistem olarak adlandırılır. Sosyo-tarihsel şartların belirlediği, bütün katmanları kapsayan en dış katmandır. Zaman unsurunu da içine alan bu katman, savaşlarda ya da ekonomik kriz dönemlerinde intihar davranışlarının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Sarı, 2018: 169-170).

Şekil 9. Dünya Sağlık Örgütü Şiddet Ekolojik Modeli



Kaynak: (Güler-Baysoy, 2014: 12).

Bronfenbrenner'in ekolojik gelişim kuramından yararlanılarak Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği ekolojik model 4 düzeyden oluşmaktadır. Bu modele göre birinci düzeyde bireysel faktörler, ikinci düzeyde kişilerarası faktörler, üçüncü düzeyde insanların yaşadığı çevre/ortam ve dördüncü düzeyde de topluma ait faktörler yer almaktadır (Krug vd., 2002: 1085). Bu faktörler şekil 9'da da şematikte edilmiş olup, dıştan içe en az etkili faktörlerden en fazla etkili olan faktörlere doğru sıralanmıştır (Güler-Baysoy, 2014: 11-12).

Dünya Sağlık Örgütü'nün modeline göre şiddetin ilk basamağında bireye yönelik faktörler bulunmaktadır (Campos ve Pierantoni, 2010: 81). Buna göre kişinin biyolojik ya da kişisel özellikleri, şiddet kurbanı veya şiddet suçlusu olmasında etken özellik konumundadır (Çakmak vd., 2017: 89). Genellikle demografik özelliklerle ağırlıklı olan bu katman yaş, eğitim, cinsiyet, medeni hal gibi kavramlarla yakından ilişkilidir (Krug, vd., 2002: 1085). Ayrıca kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, alkol bağımlılığı, tecavüze yönelik geçmişinin olup olmaması da bu basamakta etkilidir (Çakmak vd., 89). İkinci basamak ise bireyin kurduğu yakın ilişkilerden oluşmaktadır (Campos ve Pierantoni, 2010: 81). Aile, akraba, arkadaş veya meslektaş gibi yakın çevre bu basamağa dâhildir. Üçüncü basamak ise bireyin yaşadığı ortamdır. Sosyal ilişkilerinin arttığı okul, işyeri, mahalle gibi ortamlardır. Bu ortamlarda şiddet riski daha fazladır (Krug vd., 2002: 1085). Son olarak ise bireyi saran en dış tabaka, toplumdur. Ekonomik faktörler, kültürel normlar, sosyal eşitsizlik, hizmet sektöründeki sorunlar şiddet eğilimini arttırıcı toplumsal faktörler arasındadır (Çakmak vd., 2017: 89-90).

2.5.1. Biyolojik Nedenler

İnsanların biyolojik olarak iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi hayatta kalabilmek, ikincisi ise türlerinin devamlılığını sağlayabilmektir. Tehlikeyle karşılaştıkları anda insanlar, hayatta kalabilmek için kaçmakta ya da savaşmaktadır. Birey savaşmayı seçtiğinde doğal olarak saldırganlık duygusu devreye girmektedir (Avcı-Balcı, 2014: 30).

Bireyin şiddete yönelmesinde limbik sistem ile beyindeki temporal ve frontal loblarında ilişki bulunmaktadır (Ünal, 2010: 6). Şiddet, insan beyninin amigdala,

prefrontal-korteks ve hipotalamus üçgeninde gerçekleşmektedir. Tehlike anında beyne uyarı gönderilir. Beynin "talamus" adı verilen kısmında uyarı algılanır. Bu durumda beyin "kaç" ya da "kork" şeklinde iki türlü cevap verir. Cevabı alan talamus, korteks ve hipotalamus, şiddetin oluşumuna etki edecek fizyolojik belirtileri ve duyguları meydana getirmeye başlar (Avcı- Balcı, 2014: 30-31).

Merkezi sinir sisteminin uyarılması sonucu endişe, korku, sinirlilik, öfke gibi duygular meydana gelmektedir (Bolat, 2010: 13). Özellikle anti sosyal, akıl hastaları, kişilik bozukluğu yaşayan veya halüsinasyon gören kişiler de bu duygu durumları daha sık gözlenmektedir (Yetim, 2008: 5). Bu kişilerin beyinlerinde acıma, pişmanlık, suçluluk, endişe veya korku gibi duyguların faaliyet gösterdiği alanlarda fonksiyonlar azalmaya başlamaktadır. Bunun yerine kin, öfke ve kızgınlıkla ilgili beyin hücreleri daha işlevsel halde çalışmaktadır (Tarhan, 2009: 115). Özellikle istismara uğramış bireyler de sinirsel yıkımlar, nöroanatomik hasarlar daha çabuk gözlemlenir. Bu kişilerde saldırganlık eğilimleri daha fazla yaşanır (Uysal, 2003: 19). Konuyla ilgili olarak şiddete uğrayan Suriyeli kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınların ruh hallerinde çöküntü ve depresif sinirsel yıkımların meydana geldiği ortaya çıkmıştır (Page ve İnce, 2008: 87). Bu durumda şiddetin bireyin sağlığına zarar verdiğini söylemek yanlış olmayacaktır (Avcı-Balcı, 2014: 31).

Merkezi sinir sisteminin yanında, hormonlar da şiddet eğilimini arttırabilmektedir (Ünal, 2010: 6). Daha anne karnındayken erkeklik hormonu ile saldırganlık arasında güçlü bir bağ vardır. Kadınlık hormonu ise bu durumun tam aksine saldırganlığı bastırmaktadır (Sarıbyık, 2012: 11-12). Ünal (2010: 7) ise bu durumun tam tersine kadınların premenstrual sendrom (regl öncesi sendrom) yaşamasından dolayı saldırganlık konusunda aktif bir rolü olabileceğini düşünmektedir. Özellikle menstrüel siklusu (adet döngüsü), kadınlarda gerginlik hissini oluşturur. İntihar gibi bir dizi davranışın, menstrüel siklusu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Erkeklerde ise testosteron hormonu hem seksüellik, hem de şiddete meyiletme derecesini etkilemektedir. Bu durum endokrin hastalarında daha belirgin olarak görülür (Altıntaş, 2006: 14).

Hormonlar ve sinir sistemiyle birlikte beyindeki serotonin sıvısı da, intihar ya da cinayet girişimine neden olabilen etkili bir maddedir. Yapılan araştırmalarda cinayet suçu işleyen bireylerin beyindeki omurilik sıvılarının içerisindeki 5-hidroksiindolasetikasit düzeyleri, cinayet işlemeyen bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca norepinefrin ve L-dopa düzeylerindeki yükselme şiddeti arttırdığına yönelik sonuca da ulaşılmıştır (Uçar, 2007: 5). Bu sebepten ötürü cinayet işleyenlerin veya şiddete başvuran suçluların beyinde hasar ya da bozukluk olduğu düşünülmektedir (Avcı-Balcı, 2014: 31).

Alınan alkol miktarı da inhibisyon oluşmaya ve muhakeme yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır. Ayrıca alkolün aşırı tüketimi ve yasal olmayan sedatif (yatıştırıcı) ve hipnotik (uyku verici) maddelerin (amfetamin, kokain, fensiklidin vs.) kullanılması beyne zarar vermektedir. Bu maddelerin kullanımıyla şiddet davranışı arasında bir ilişki bulunmaktadır (Uçar: 2007: 5).

2.5.2. Psikolojik Nedenler

Şiddetin oluşumuna sebep olan faktörlerden biride psikolojik sebeplerden kaynaklanan çevreye zarar verme durumudur (Maner vd., 1991: 6). Çünkü şiddetin temelinde ‘engellenme’ vardır (Sarıbyık, 2012: 12). Psikiyatristlere göre derin bir mahrumiyet duygusu içerisine giren birey, sahip olma isteğinin engellenmesi sonucunda doyumсуuzluk hissiyatı yaşamaktadır. Bu durumda şiddetin oluşması kaçınılmazdır (Polat, 2017: 11).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise, depresyon, travma, stres bozukluğu, uyku ve yeme bozuklukları, madde kullanımı şiddetin oluşmasında birer psikolojik neden olarak yer almaktadır (Pico-Alfonso vd., 2006: 600). Çünkü psikolojik etmenler, insanların ruh halini ve davranışlarını olumsuz yönde etkiler. İnsanları çaresiz, güçsüz, hayal kırıklığına uğramış gibi hissettirerek çevresindeki insanlarla çatışmalar yaşamasına sebep olur (Duğan, 2015: 14-15).

Geleneksel psikanalitik yaklaşımıcılara göre şiddet, bir duygusal boşalım olup gerginliği bertaraf etmek yerine örtbas etmektedir (Kaplan, 2016: 56). Şiddete başvuran bireyler sorunları çözme odaklı değil, mevcut çatışmayı körükleme odaklı

davranır. Psikolojik rahatsızlıklara sahip bireylerde bu durum daha çok görülür (Page ve İnce, 2008: 86). Özellikle post travmatik stres bozukluğu (travma sonrası o olayın günlük yaşamda veya rüyada tekrar yaşanması), manik tip bipolar bozukluk (depresif hastalık), şizofreni ve paronoid hastaların şiddete başvurma ihtimali daha yüksektir (Uçar, 2007: 6).

İnsanların şiddete başvurmalarının nedenlerinden biri de kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarından gelen kuramlar kaynağını psikanalizden alır (Özmenler, 1995: 8). Psikanaliz kuramcılarına göre, kişinin ruhsal yapısı 3 bölümden meydana gelir. Bunlar sırasıyla id (alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) dur. İd, doğuştan bireyde bulunan ve bedeninde de var olan bir unsurdur. Açlık, susuzluk, cinsel davranış, saldırganlık güdülerinin kaynak deposudur. Bu depo zaman, yer ve kural tanımadan doymak ister. Tamamen bilinç dışı bir dürtüdür. Ego ise, eğitim yoluyla öğrenilen kişilik bölümüdür. İdden gelen uyarılar ile çevre şartları arasında arabuluculukla görevlidir. İdin isteklerini doyumaya çalışır. Ama bunu gerçekleştirirken çevre koşullarını da dikkate alır. Son olarak süper ego ise, doğruyla yanlış, iyiyle kötü kavramlarını ayırt etmeyi sağlar. Yasakları, toplumsal normları ver yargıları simgeler. Hangi davranışların kötü olduğunu, saldırganlık davranışlarından uzak durmayı sağlar (Kocadaş vd., 2010: 69-70)

Kişilik bozukluğu olan bireylerde ise, ruhsal yaşamlarında çatışmalar yaşarlar. Yakın çevresiyle (aile, akraba, arkadaş vs.) ilişki kuramazlar. İçgüdülerini bastıramazlar. Bu nedenle sürekli öfkeli dirler (Pınar, 2006: 20). Paronoid kişilik bozukluğu olan bireylerde gurur, bencillik, insanlara yukarıdan bakma, kibirlenme, alınma, kuşku duyma, yanlış yorumlar yapma gibi davranışlar gözlemlenebilir. Bu durum paronoid kişilik bozukluğu olan insanları kin ve nefrete yaklaştırır. Bu insanların şiddete başvurma eğilimi çok kolay olur (Polat, 2009: 10). Aynı şekilde şizoid bireyler de bağınaz, kırıcı, itici, soğuk ve ilgisizdirler. Bu özellikleriyle normal davranış göstermeleri beklenemez, toplum tarafından dışlanırlar. Bu sebeple şizoid bireylerin şiddete yatkınlığı yüksek olduğu düşünülmektedir (Pınar, 2006: 20). Ayrıca mazoşist olan veya sadist olan bireylerde kişilik özelliklerinde sıkıntılar meydana geldiğinden dolayı bu tür insanlar da, şiddete meyilli insanlardır. (Sucaklı,2003: 20).

2.5.3. Sosyo-Kültürel Nedenler

Şiddet ile sosyokültürel bağlantıların arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Avcı Balcı, 2014: 32). Şiddet, çevreye ve topluma uyum sağlama çabasının bir ürünüdür (Kaplan, 2016: 55). Toplum tarafından kabul gören bir gerçektir (Yetim, 2008: 6). Fakat geçmişten günümüze sorun çözme ve hayatı kolaylaştırma tekniği olarak aktarıldığından dolayı insanların şiddete yönelmesinde süreklilik sağlamaktadır (Avcı-Balcı, 2014: 32).

Şiddet, sosyal bir sorundur (Yetim, 2008: 6). Aile veya akrabalık ilişkilerinin azalması, sosyal bağların zayıflaması, geleneksel değerlerin unutulmuş olması, din anlayışlarındaki farklılıklar, topluma karşı duyulan sorumluluk duygusunun azalması, sosyal çözülme, toplumda oluşan güvensizlik ve kaos olayları şiddetin sosyal bir sorun olmasını açıklayan etmenler arasında yer almaktadır (Kocadaş vd., 2010: 14). Duğan (2015: 16)'a göre ise şiddet; yoksulluk, olanaksızlık, yasa dışı yollarla isteklerine ulaşmaya çalışma veya tahrik edici davranışların oluşmasıyla birlikte sosyo-kültürel bir kimlik kazanmıştır. Yetim (2008: 6)'e göre ise insanlar arasındaki iletişim becerisindeki aksaklık, duygu ve düşüncelerin ifade edilme yanlışlığı, suçlamalar, yanlış öğrenilen namus ve ahlak anlayışları, hayat karşısında şanssız olduğuna inanma ve sosyo-ekonomik baskılar da şiddetin sosyal bir sorun olmasına açıklık getirmektedir. Riches (1989: 23)'a göre ise iş hayatında yaşanan sorunların temelinde sosyo-kültürel faktörler bulunmaktadır. Uysal (2003: 10)'a göre ise ekonomik yetersizlik, iş hayatındaki rekabet hırsları, medyanın olumsuz etkisi ve cinsiyette eşitsizlik şiddetin sosyo-kültürel bir sorun olduğunun göstergesidir.

2.5.4. Çevresel Nedenler

Sanayi devriminin etkisiyle oluşan kimyasal ya da endüstriyel çöktürler, rahatsızlık veren kokular şiddete yönelik davranışları tetiklemektedir (Kılıç, 2009: 32). Ayrıca kalabalık, hava durumu ve aşırı derecedeki sıcaklıklar da şiddetin oluşumunu etkileyen faktörler arasındadır (Uçar, 2007: 6). Sarıbyık (2012: 13)'a göre ise hava kirliliği, gürültü ve kalabalık şiddet olaylarını kolaylaştırmaktadır. Bunların yanı sıra şehir merkezlerinde bulunan Avmler insanlara fazla elektrikli

ortam sunarak, negatif enerji yüklemektedir. Bu durum insanların olumsuz tutumlar sergilemesine yol açmaktadır (Kılıç, 2009: 32).

2.6. Medya ve Şiddet İlişkisi

İlk insanlar, saldırganca ve vahşice davranışlar sergiliyordu. Fakat saldırıyı gerçekleştirecek aletler de ilkel olduğundan dolayı daha az zarar veriyordu. Medya araçlarının gelişmesiyle birlikte, şiddete yönelik davranışları destekleyen teknolojiler de gelişti. Savaşlar, ayaklanmalar, silahlı yaralamalar, suikastlar, adam öldürmeler, tokatlamalar, tecavüzler, işkenceler, adam kaçırmalar gibi zarar verici davranışlar medyayı etkisi altına aldı (Tanrıverdi, 2006: 24-25).

Şiddet, medyada görülen olayların insanların bilinçaltlarından dışa vurulmasıyla meydana gelmektedir (Kocadaş vd., 2010: 11). Şiddetin üzerinde medya araçlarının kanıksanamaz bir rolü bulunmaktadır (Türkdoğan, 2016: 128). Başka bir ifadeyle toplumsal düzeni dayatmada şiddet öğeleri, medya patronlarının kullandığı en önemli araçtır (Ulusoy, 2008: 4). Çünkü şiddetin medyada insan yaşamını psikolojik, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik boyutlarıyla etkileyebilen bir yönü bulunmaktadır (Salim, 2005: 36). Fakat hangi boyutların daha baskın olduğu tartışma konusudur (Palabıyıkoglu, 1997: 125).

Medya; şiddete meyil etme, saldırganlığa ait davranışları öğretme, aile veya akrabalık ilişkilerinden uzaklaştırma, tüketim davranışlarını değiştirme yönünde işlevleri bulunmaktadır (Taşal, 2009: 5). Bu sebeple medyada yer alan haberler, gazeteler, dergiler, radyolar, diziler, filmler, magazin programları, müzik klipleri, kamera şakaları ve reality şovlar toplumun her kesiminden insanı olumsuz yönde etkileyebilme potansiyeline sahiptir (Sönmez, 2003: 15).

Gazetelerde, dergilerde ya da haber programlarında hırsızlık, zina, tecavüz gibi olumsuz davranışlara yön veren unsurların toplum üzerindeki etkileri hesaba katılmamaktadır (Sucaklı, 2003: 32). Şiddet içerikli diziler, haberler, filmler, reklamlar, açık oturumlar, çizgi filmler, şov tabanlı programlar, sinemada yer alan sahneler ve günlük okunan gazeteler insanların hayatlarında farkında olmadan derin yaralar oluşturmaktadır (Ulusoy, 2008: 4). Ayrıca internetteki pornografi sayfaları,

sohbet odaları, tanışma siteleri, şiddet içeren oyunlar, cinsiyet ayrımcılığı veya ırkçılık yapan siteler de insanlar için tehlikeli birer unsur oluşturmaktadır (Polat, 2009: 19).

1950’li yıllarından itibaren medya üzerine yapılan araştırmalar, daha çok televizyona ve televizyondaki şiddet içeren programlar üzerinedir (Künüçen, 2004: 57). Çünkü televizyonun her türden şiddeti meşrulaştırması, Türkiye’de de en fazla görülen sorunlardan birini oluşturmaktadır (Ulusoy, 2008: 4).

Günümüzde her evde en az bir televizyon bulunmaktadır Televizyonların hayatımıza girmesiyle birlikte şiddet içerici programların dışında hiçbir şey yayınlanmamasının sebebi hedeflerinde reyting olmasıdır. Toplum üzerinde şiddetin yaratılacağı etkiler genellikle düşünülmemekte, elde edilen kazançta bakılmaktadır (Ulusal, 2007: 62-63). Çünkü televizyon dünyasında en çok para kazandıran programlar cinsellik ve şiddet içeren programlardır. Bu yüzden medya da şiddet temasının ortadan kaldırılmasına kimse yanaşmamaktadır (Kasap, 1997: 31).

Televizyonlarda haftada 400-500 dizinin yayınlanmaktadır. Bunların 200’den fazlası ise şiddet içermektedir. İnsanlara dizilerde verilen mesaj ise ‘‘şiddete başvuramazsanız, sorunlarınızı çözemezsiniz’’ yönündedir (Pınar, 2006: 30). Burada asıl sorulması gereken soru ise şiddetin kaynağı medya mıdır yoksa bireylerin içinde zaten şiddet duygusu var mıdır? (Ulusoy, 2008: 6). Polat (2009: 18)’a göre bu sorunun cevabı, insanların medyadan algıladıklarına göre dünya güvensiz bir yeri temsil etmektedir. İnsanlar büyük tehlikelerin yaşandığı rezil bir dünyada yaşadıkları düşüncesine sahip olduklarından dolayı şiddete başvurmaktadır (Tanrıverdi, 2006: 29).

Televizyonda gösterilen şiddet ile güç kullanımının arasında bir ilişki bulunmaktadır. Çünkü televizyonun güç kullanım aracı olması, izleyicileri gerçek hayatta şiddete meyilli yapmaktadır (Ulusoy, 2008: 8). Özellikle güç kullanım konusunda, televizyonun gençler ve çocuklar üzerinde etkisi büyüktür. İzledikleri programlarda istemsizce bir oyuncunun davranışlarını bilerek veya bilmeyerek benimserler. Onun giyindiği gibi giyinmek, onun konuştuğu gibi konuşmak, onun davrandığı gibi davranmak isterler. Çocuklar veya gençler olumsuz rollere sahip

birini rol model olarak aldığında ise yaşamları kötü biçimde etkilenmektedir (Kocadağ vd., 2010: 110). Bu durumun ortak sebebi ise televizyonda gösterilen yaralama, öldürme, tecavüz, dövme, sarkıntılık sahnelerinin nasıl yaşandığı bire bir canlandırmalar yapılarak ekranlara taşınıyor olmasından kaynaklanmaktadır (Salim, 2005: 37). Fakat bu durum insanların gerçek dünyayı görememesine ve olaylara karşı duyarsızlaşmaya başlamasına neden olmaktadır (Orhan, 1997: 12).

Televizyonlarda özellikle şiddet içerikli polisiye, macera, korku, gerilim, bilim kurgu ve çizgi film gibi programlar en çok izlenme olasılığı yüksek olan saatlerde çok fazla seçenek olanağı vermeden izleyiciye sunulmaktadır (Palabıykoğlu, 1997: 124). Konuyla ilgili İngiltere’de 13-16 yaş arasındaki gençlere yönelik bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Gençler iki gruba ayrılmış ve 15 gün süreyle iki farklı televizyon programları izletilmiştir. Birinci gruba şiddet içermeyen programlar izletilirken, ikinci gruba çok fazla seçenek bulunmayan saatlerde şiddet içerikli programlar izletilmiştir. 15 günün sonunda birinci grubun hoşgörü, iletişim, sevgi, saygı düzeyleri yüksek olurken, ikinci grubun şiddet ve saldırganlık düzeyleri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ulusoy, 2008: 8).

Medya, dış dünyanın gerçeklerini insanlara sunmamaktadır (Taşal, 2009: 5). Televizyonda gösterilen şiddet sahnelerinde mağdurların ya da ailelerinin çektiği ıstıraplar göz ardı edilir (Ulusoy, 2008: 8). Ayrıca şiddet içeren programlarda saldırı veya yaralama konuları işlenirken acil tıbbi yardım kısmı gösterilmemektedir. Böylelikle izleyiciler şiddete karşı duyarsızlaşmakta ve şiddet normalleşmeye başlamaktadır (Tanrıverdi, 2006: 29). İnsanlar oturma odalarına sıçrayan kanı, beyni patlayan insanları, kadvra başındaki bir tıp öğrencisi kadar soğukkanlı karşılamaya başlamışlardır. Bu durum ise günden güne istemeden ‘‘daha fazla şiddet’’ çağrısının yapılmasına yol açmaktadır (Pınar, 2006: 32).

Günümüzde artık doğal olan her şeyin yerini yapaya ya da sanala, asıl olan her şeyin yerini de imgeye bırakılmaktadır (Kocadağ vd., 2010: 109). Birçok bilim adamı bu durumdan yararlanarak, medyadaki şiddet içerikli görüntüleri ‘‘Simgesel Şiddet’’ olarak adlandırmışlardır. Simgesel şiddette fiziksel ve psikolojik şiddet açıkça gösterilmektedir (Ulusoy, 2008: 7). Genellikle izleyicilerin karşısına şiddeti

kabul etmeme, gizleme, saklama veya sansürleme gibi şekillerde ortaya koymaktadır (Polat, 2010: 80).

Simgesel şiddetin yanı sıra ‘‘Mutlu Şiddet’’ olarak da adlandırılan bir kavramdan da söz etmek gerekmektedir. Bu şiddet türünde insanlar birbirine silahlar doğrultur, ateş eder, saldırır, bombalar patlatılır fakat kimse ölmemektedir. Hiçbir trajedi olayı yaşanmamaktadır (Ulusoy, 2008: 7). Kötü insanlar vurulmakta, iyi insanlar vurulmamaktadır İyi insanlar asla yaralanmamakta ve ölmemektedir. Yaralanan ve ölen hep kötü insanlar olduğu gösterilmektedir (Savaş, 2006: 65).

Amerika’da Şiddet İzleme Komitesi, her yıl televizyondaki şiddet içerikli programları inceleyerek alınacak önlemlere dair bir rapor sunmaktadır. 1996 yılında da ABD’deki tüm televizyonlara ‘‘V-Chip (programın özelliğine göre şiddet seviye ayarı) eklenmesi kararlaştırılmıştır. V-Chip’in eklenme amacı, şiddet içerikli programları engellemek içindir. Çünkü ABD’de okullarda, caddelerde, hemen hemen her yerde her gün cinayet işlenmektedir. Bunun sebebi ise medyada yer alan şiddet unsurlarının azımsanamayacak kadar fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Kocadaş vd., 2010: 111).

2.7. Şiddet ve Yayın Türleri

Medya araçları insan davranışlarını değiştirebilme potansiyeline sahiptir. Özellikle 1960’lı yılların sonrasında medyada artan suç olaylarıyla bağlantılı olarak anti sosyal davranışlar ve saldırganlık davranışları da artmaya başlamıştır. Çünkü medya da görülen davranışları insanlar taklit etmeye başlamışlardır. Gazeteler, haberler, reklamlar ve filmler şiddetin kullanımını konusunda insan davranışlarını etkisi altına almaktadır (Öztürk, 2007: 22-27).

2.7.1. Gazeteler

Gazeteler sayesinde Dünya’da ve Türkiye’de olan olaylar genellikle günü güne insanlara aktarılır. İnsanları aydınlatmak, gerçekleri göstermek, doğru davranışı teşvik etmek, yanlış davranışlardan kaçınmak, her yönden bilgilendirmek amaçlanır (Sinav, 2010: 29). Fakat gazetelerdeki şiddet haberleri olumsuz yönde mesajlar da sunmaktadır (Ulusal, 2007: 63). Fotoğraflar ve kelimeleri kullanılarak cinayet

haberleri, pornografik yayınlar ve özel hayata teşebbüsü konu alan gazete haberleri olumsuz iletiyi insanlara yaymak için kullanılır. Bu şekilde insanların bilincini ve vicdanını etkisi altına alır (Balcı, 1998: 36).

Genelde gazeteler halkın görmek istediğini gizler. Çünkü gazete yazarları ertesi gün okuyucu önüne çıkacak haberleri seçerken, renkli ve duygusal haberlerle okuyucu kazanmak ister. Gazeteler değerlendirilirken üç temel unsur dikkate alınır. Bunlardan birincisi, siyasi içerikli haberlerdir. Protokole yönelik haberler, okuyucunun dikkatini çeker. İkincisi, sayısal veriler kullanılarak yapılan haberlerdir. ‘‘Zincirleme yaşanan bir trafik kazasında 45 kişi hayatını kaybetti’’ şeklinde bir haber okuyucunun ilgisini çok kolay cezbeder. Burada asıl dikkat edilmesi gereken rakamın büyüklüğüdür. Rakam az ise genelde haberin değeri olmaz. Üçüncüsü ise, haberin içeriğinin duygusal yüküdür. Üzen, güldüren, hayret ettiren haberlerin değeri okuyucu gözünde artar. Bu konuda ‘‘Yuttuğu Sineği Öldürmek İçin Haşere İlacı İçti’’ haberi örnek olarak gösterilebilir (Balcı, 1998: 36-37).

Şiddet ise gazetelerinin birinci sayfasında, siyasi içerikli haberler bölümünde başrol oynayarak ön plana çıkar (Ateş, 2002: 66). Gazetelerin üçüncü sayfalarında ise adliye olayları, kadın fotoğrafları, trafik kazaları, tecavüz olaylarına yer verilir (Balcı, 1998: 38). Birinci ve üçüncü sayfalardaki temel fark, birinci sayfanın daha çok politikaya yönelmesi, üçüncü sayfanın ise bireye ve gündelik hayata yönelik haberleri yansımasıdır (Ateş, 2002: 66).

Gazetelerin üçüncü sayfa haberlerinde hikâyeler düz bir şekilde anlatılır. Nedenine çok fazla inilmez. Genellikle yargılayıcıdır (Balcı, 1998: 38). Özellikle tirajı (gazetelerin basılış adedi) yüksek olan gazetelerde, bu tarz haberler daha ön planda gösterilir (Ulusal, 2007: 63). Yüksek tirajlı gazeteler üzerine yapılan bir araştırmada ise, şiddet ögesi olarak intihar haberlerinin daha fazla yer aldığı görülmüştür. Okuyucular, intihar haberlerini düz, yorumsuz ve ayrıntıya girmeden okumaktadır. Aynı zamanda intihar haberleri, şiddeti özendirmeye yönelik politikalar da benimsemektedir. Bu haberlerden en fazla etkilenen grup ise 15-25 yaş grubu arası bireylerdir (Palabıyıköğlü, 1997: 125).

Gazete haberlerinden yola çıkarak Türkiye’de insanların git gide vahşi bir topluma dönüştüğü açıktır. (Ulusal, 2007: 63). Şiddet olaylarının günden güne arttığı toplumumuzda gazeteler, şiddetin önünü kesmek yerine yargılama düzeyinde eğilim göstermektedir (Balcı, 1998: 38). Aslında gazeteciler arasında meslek dayanışması sağlanarak şiddeti körüklemeyi amaçlamak yerine, şiddetten kaçınmayı gözeten bir anlayışla haber yapılması gerekmektedir. Böylelikle gazetecilik ilkeleri ihlal edilmeden şiddeti özendirmeyen haberler kamuoyuyla paylaşılmış olunacaktır (Dursun, 2008: 31).

2.7.2. Haberler

Haber edinme veya haber etme gereksinimi, insanoğlunun yaratılışı kadar eskiye dayanmaktadır. Toplumlar kendini geliştirmeye başladıkça bu döngü daha seri bir hal almıştır. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle de televizyonlar bu görevi üstlenmeye başlamıştır (Tanrıverdi, 2006: 16).

Haber programları, insanların bilincine veya düşüncelerine hitap eden değil, duygularına seslenen bir araçtır. Ülkede ve dünyada neler olup bittiği hakkında bilgi vermenin yanı sıra halkın adına seçtiği haberlerle ne hissetmeleri gerektiğini iletir (Tanrıverdi, 2006: 23-24). Şiddet olmayan bir haberi bile, insanlara verilen mesajlarla şiddetin yaşandığına inanmalarını sağlamayı amaç edinmişlerdir (Palabıykoğlu, 1997: 123). Bu yüzden de haber programlarının en kötü yanı, günlük yaşantımızın her anını ‘seyirlik bir oyun’ halinde sunmasıdır. Bu kadar normalleşmesinin sebebi ise, haberin sunuluş biçiminden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çünkü haberler, hayatın içinden sunulduğundan, izleyiciler üzerinde değişik anlamları ve güçlü etkileri bulunmaktadır (Künüçen, 2004: 59).

Haberlerde genellikle siyaset, ekonomi ve magazin alt başlıklarına yer verilir. İçeriği ise şiddet, intihar, tehdit, ölüm, tecavüz, skandal, yolsuzluk, trafik kazaları, hırsızlık, siyasi çatışmalar ve ünlü insanların yaşam alanlarına taciz gibi konulardan oluşmaktadır (Karaboğa, 2007: 63-64). Bu haberlerde genellikle insanların özel hayatlarına saygı ayaklar altına alınır. Ayrıca şiddet içerikli haberler en çarpıcı şekilleriyle gösterilir (Kasap, 1997: 36). Çünkü bu tarz konular, haber programcılarına büyük paralar kazandırmaktadır (Özkan, 2013: 50).

1985 yılında Omeyra adlı bir kız, Kolombiya’da bir felaket sonrası çamur seline gömülmüştür. İnsanlar bu görüntüyü sıradan bir şekilde izlemişlerdir. Çünkü bu olay insanlara normal gelmiştir. Bunun en büyük nedeni ise, habercilik standartlarının ve etik değerlerinin yok olmasından kaynaklıdır (Özkan, 2013: 50). Günümüzde habercilik anlayışı, “kan varsa tutar” fikridir. Amaç bu fikri gerçekleştirerek kamuoyuyla paylaşabilmektir (Pınar, 2006: 42). Haber programlarının bugün geldiği nokta da habercilik değerlerine kulak asmadan eline kamerayı ve mikrofonu alıp haber üretmek esastır (Kasap, 1997: 37).

Haberlerin genel eğilimi seyirlik ve fotoğraflarla kanıtlanabilir olmasıdır. Fotoğraflar yoluyla açık olarak fiziksel şiddet kamuoyuna gösterilir (Dursun, 2008: 71-73). Kamuoyu ise haberlere yansıyan şiddet içerikli olaylara alışmasından kaynaklı, korkutucu hiçbir şeyin yaşanmadığını düşünmektedir (Ulusal, 2007: 62-63). Çünkü haber deyince insanların aklına çatışma, kargaşa, sansasyon, ya da kazalar gibi olumsuz hadiseler gelmektedir. (Pınar, 2006: 42). Fakat her gün yaşanan ve ardı ardına kesilmeyen olayların insanların hayatında seyirlik bir olaya indirgenmesi ileride çok büyük problemleri beraberinde getirecektir (Tanrıverdi, 2006: 24).

2.7.3. Reklamlar

Reklamlar insanların duygularına seslenir, mantık ise ikinci planda kalır. İnsanları ikna etme amacı güder (Pınar, 2006: 43). Böylelikle tüketim arttırılır. Fakat ekonomik yönden sıkıntı içerisinde yaşayan insanlara ulaşamayacakları yaşam düzeylerini karşılıklarına çıkarmak, şiddetin oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Tanrıverdi, 2006: 31).

Televizyonda yayınlanan şiddet içerikli tüm programlar, reklamı daha fazla aldığı için kanallar tarafından çoğunlukla tercih edilmektedir. Reklamlar, televizyonda yayınlanan şiddet içerikli programları ekonomik olarak desteklemektedir. Bu sebeple insanlar için olumsuz bir etkisinin olabileceğini söyleyebilmek de mümkündür (Özkan, 2013: 51). Ayrıca reklamlarda genel olarak incelendiğinde, cinsiyet ayrımı çok yapılmaktadır. Kadınlar itaatkâr, edilgen, bağımlı, güçsüz, toplumsal gereklilikleri yerine getiren cinsel bir obje olarak

gösterilir. Reklamlarda kadının seyirlik bir obje konumuna indirgenmesi, kadının şiddete maruz kalmasına yol açmaktadır. Böylelikle reklamlar sayesinde şiddet, insanlara hissettirmeden örtük bir şekilde konu edilmiş olur ve insanlar bunun şiddet olduğunu algılamazlar. (Dursun, 2008: 70).

2.7.4. Filmler

Şiddet teması, filmler de en sapkın haliyle sıklıkça konu olmaya başlamıştır (Özkan, 2013: 45). Taciz, tecavüz, öfke gibi kavramların da konu edilmesiyle birlikte toplum üzerinde derin etkileri bulunmaktadır (Türkdoğan, 1985: 107). Aynı zamanda bu etkilerin süregelen olması şiddeti, hayatımızda normalleşen bir olgu haline getirmektedir (Ulusoy, 2008: 10). Çünkü filmler, şiddetin her zaman var olduğunu ve hayatımızın tam ortasında yer aldığını düşündürmektedir. Bu durumun insanlara yansımaları ise anormal bir durum değildir (Temel, 2008: 25).

Günümüzde artık bir film de ne kadar şiddet içerici sahne varsa, o film o kadar değerli bulunmaktadır. İnsanlar fark etmese de bu durum, bugünün toplumunu tehdit eden bir sorun haline gelmiştir (Ulusoy, 2008: 10). Mizansenini yüksek olan filmler ise, yönetmene sınırsız bir yaratıcılık katmaktadır. Böylelikle yönetmen, filmi istediği gibi şekillendirebilir ve yönlendirebilir. Bu da şiddet içeren filmlere izleyicilerin daha çok rehavet göstermesine yol açmaktadır (Temel, 2008: 25).

Türkiye’de şiddet içeren filmlerin hiçbir sınır tanımadan gösterilmesi kamuoyunda ciddi sıkıntılara neden olmaktadır (Kocadaş vd., 2010: 112). Özellikle sinema filmlerinde yer alan şiddet ve cinsellik unsurları yaş sınırı olmadan gösterilmektedir. Filmlerde görünmeyen ya da konuşulmayan insanlara aktarılmaktadır (Pınar, 2006: 37-38). Ayrıca filmde önce yayınlanan tanıtım fragmanları sürekli tekrarlanarak insanları ister istemez etkileyip, şiddete suni bir ortam hazırlamaktadır (Özkan, 2013: 46). Konuyla ilgili örnek vermek gerekirse Adana’da yeni aldığı silahla arkadaşını öldüren gencin avukatı, mahkemede kendisini savunurken müvekkilinin izlediği filmin kurbanı olduğunu, gördüklerini uyguladığını ve bu yüzden de genç yaşta katil olduğunu ifade etmiştir. Avukatın ifadesine göre “*Suçlu, medyadır!*” (Kocadaş vd., 2010: 112).

Filmler de gösterilen şiddet sahnelerini hafife alan bireyler de bulunmaktadır. Ama bu sahneleri izleyen bireylerin şiddet olaylarına karıştıkları hatta cinayet işledikleri de bilinmektedir (Sönmez, 2003: 15). Araştırmalarda birçok bireyin ise filmlerden çok daha fazla düzeyde etkilendiği ortaya çıkmıştır. Bunlardan örnek vermek gerekirse;

- Dear Hunter filmini izleyen 29 Amerikalı, Rus ruleti oynarken ölmüştür.
- Basic Intact filmini izleyen birçok kadın, cinayete teşebbüs etmiştir (Tanrıverdi, 2006: 27).
- Natural Born Killers filminde, iki sevgili birbirlerini ne kadar sevdiklerini göstermek için 50'den fazla kişiyi öldürmüşlerdir. Gerçek hayatta ise, insanlar bu çifti ilahlaştırmıştır (Kasap, 1997: 45).
- Batman, Süperman ve Pokemon gibi çizgi filmlerini izleyen birçok çocuk, evlerinin balkonlarından veya camlarından uçabilirim inancıyla aşağı atlamışlardır.
- Türkiye'de Mersin'in Mezitli Beldesinde yaşayan 4 yaşındaki bir çocuk, 7. kattan aşağı atlamış ve sol ayağını kırmıştır. Sebebi sorulduğunda, Pokemon gibi uçmak istediğini söylemiştir (Salim, 2005: 38).
- Kurtlar Vadisi ve Kurtlar Vadisi Pusu 'yu izleyen birçok genç, dizinin başrol oyuncusu Polat Alemdar gibi giyinip, mafya olmaya özenmiştir.
- Taksi Şoförü filmini izleyen bir genç, ABD'nin eski başkanı Ronald Reagan'a karşı bir saldırı gerçekleştirmiştir.
- Amerika'da 168 kişinin ölümüyle sonuçlanan Oclohoma katliamının sorumlusu Timothy Mc Veigh, Brazil filminin kahramanı Harry Tuttle'dan etkilenip eylemi gerçekleştirdiğini dile getirmiştir (Kocadaş vd., 2010: 110-115).

2.7.5. Reality Show

Şiddet olayı, medyada en fazla film ve dizilerden sonra reality showlar da yer almaktadır (Pınar, 2006: 40). Çünkü reality showlar da gerçek hayattan yaşanmışlıkları alınarak, başkalarının acı ve üzüntülerini eğlence aracı olarak kullanılmaktadır. Kanlı sahneleri, ayrıntılı ve açık şiddet olaylarını, özel hayata

saldırıyı ve saygısızca yaşanan tavırları izleyiciye net olarak gösterilmektedir (Palabıykoğlu, 1997: 123). İşsiz kalan insanlar, sevdiği kadına kavuşamayan erkekler, ülkede yaşanan savaşlar, intihar eden insanlar ve kaçırma olayları gibi şiddet içeren korkunç anlar yine işlenen konulardan bazılarıdır (Kasap, 1997: 35).

Reality Showların başka bir etkisi de, insanları başka insanların problemlerine karşı duyarsızlaştırmakta ve yabancılaştırmaktadır. Örneğin, Türkiye’de Uğur Dünder’dan Fatma Girik’e birçok insan reality show programı sunmuştur. Bu programlar gerçek hayattan alınan örneklerle şiddetin dozajını arttırarak daha fazla izleyiciyi ekran başına kitlemeyi hedeflemiştir (Pınar, 2006: 40-41). Böylelikle reytingin artması, şiddet ve cinsellik içeren televizyon programlarının en fazla izlenen programlar olarak lanse edilmesi gibi amaçlara ulaşılmış olunacaktır (Kasap, 1997: 35).

2.7.6. Çizgi Filmler

Şiddet ile medya araçlarının ilişkisi tam net olmasa da, insanları şiddete yönlendirdiği ve özendirdiği açıktır (Ulusal, 2007: 63). Ailelerin çocuklarına eğitimsel bir araç olarak izlettikleri çizgi filmler de bu duruma engel olmamaktadır. Çocuklar çizgi filmler yüzünden haftada 107, yılda 5590 adet şiddet içerikli görüntü izlemektedir (Kasap, 1997: 41). Amerikalı psikologlar da yaptıkları çalışmalarda, haftada ortalama 27 saat televizyon seyreden bir çocuğun, daha ilkokulu bitirmeden 8.000 cinayet ve yaklaşık 100.000 şiddet olayı izlediğini saptamışlardır (Kocadaş vd., 2010: 113).

Türkiye’de yayınlanan He-Man, Voltran, Power Rangers, Ninja Kaplumbağalar, Temel Reis ve W. Disney gibi çizgi filmler de şiddet içerikli programlardan bazılarıdır. Bu çizgi film türlerinde kötü yaratıklar ile kahramanlar vardır. Başrolde oynayan kahraman, kötü insanları evire çevire döver. Ama asla acı hissetmez, yaralanmaz veya ölmez (Kasap, 1997: 42). Ayrıca çizgi filmlerde şiddetin iyi insanlar tarafından gerçekleştirildiğinde olumlu bir davranış şekli olarak değerlendirilmesi hususunda mesajlar verilir. Bu durum çocukların gündelik yaşamında birebir etkilemeyebilir ama davranışlarına olumsuz yönde yansıdığı düşünölmektedir (Tanrıverdi, 2006: 31).

2.7.7. Güldürü Programları

Şiddet olayını bizlere hissettirmeden işleyen, en güncel televizyon programlarından biri de, güldürü programlarıdır. Fiziksel şiddetten daha çok sözlü şiddete başvurulur. Karakterler birbirlerine hakaretler, küfürler eder. İzleyici ise bu durumu gülere karşılar, hiçbir şekilde eleştirel tavır sergilemez. Burada en önemli olan problem ise, şiddet izleyiciler tarafından gülünç bir durum olarak algılanması ve sıradan bir davranış haline gelerek doğallaşmasıdır (Dursun, 2008: 69).

2.8. Medyada Şiddetin Etkilerine Yönelik Kuramlar

Medya, çağımızın veba hastalığı olarak itham edilmektedir. Bireyi çaresizliğe itmekte, olumsuz tesirlerle yüz yüze getirmektedir (Pınar, 2006: 31-32). Birey psikolojik olarak nefret, öfke, kıskançlık, açgözlülük gibi hissiyatlar içerisine girmekte ya da güvensizlik, acizlik gibi ruhsal çöküntülerin içerisinde hapsolmaktadır (Kaplan, 2016: 64). Bu sebeple medyadaki şiddet sahnelerinin insan davranışlarına etkisini açıklayan altı adet kuram geliştirilmiştir. Aşağıda bu kuramlar ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

2.8.1. Uyarma Kuramı

Uyarma kuramının öncüsü, P.H.Tannebaum 'dur. (Yıldırım, 2008: 19). Bu kurama göre fiziksel iletilerin anlaşılabilmesi için çevredeki olayları anlamlandırmak gerekmektedir (Yengin, 2010: 72). Çünkü bireyin ruhsal ve duygusal dünyasında sürekli değişimler meydana gelmektedir. Bilim insanlarına göre ise, medyanın aktardığı fiziksel iletiler insanları uyarıp kışkırttığı zaman kişinin özel yaşamına etki yapmaktadır (Korkmaz, 1997: 60).

Televizyonda yer alan şiddet içerikli programlar, seyirciyi heyecanlandırıp uyarmaktadır. Sadece şiddet programlarıyla sınırlı da değildir. Erotik ve komedi programları da uyarılmaya neden olmaktadır (Özkan, 2013: 56). Fakat uyarma kuramı, medyadaki şiddet sahnelerinin bireyi saldırganlığa yönelttiğini de deneylerle kanıtlamıştır. Televizyon izleyen bir birey komedi programı izliyorsa son derece mutlu, şiddet içeren bir program izliyorsa son derece agresif ve sinirli olur (Yıldırım, 2008: 19). Seyirci şiddet içerikli bir program izlediğinde ve dış faktörler uyardığı

takdirde kızma, agrasif tepki gösterme gibi durumlar meydana gelebilir (Özkan, 2013: 56). Fakat televizyondan öğrenilen davranışların, başka bir davranış yerine konulup konulmayacağı belirsiz kalmıştır (Pazarbaşı, 1998: 13).

2.8.2. Duyarsızlaşma Kuramı

Duyarsızlaşma kuramının öncüsü, Berkowitz 'dir. Bu kurama göre televizyonda şiddet içerikli programları tekrar tekrar izleyen bir birey, şiddete tepki vermeyip duyarsızlaşmaya başlamaktadır (Yıldırım, 2008: 19). İnsanlarda şiddetin oluşumundan ve olumsuz düşüncelere kapılmaktan rahatsızlık duyulmaması gibi tepkiler gözlemlenebilir. Ama aynı zamanda bu insanların saldırgan davranışlar içeren planlar kurmaya yatkın olması da bir ihtimaldir (Özkan, 2013: 57).

Duyarsızlaşma kuramına göre insanlar şiddete karşı tahammül düzeyi artan ya da esnek davranışlarda bulunan kişilere de dönüşme durumları da söz konusudur. Dolayısıyla bu tür insanlarda şiddete verilen tepki ile şiddeti kabullenme düzeyi ters orantılıdır. Şiddete verilen tepki her ne kadar azalırsa, kabullenme düzeyleri de o kadar artmaktadır. Fakat şiddete verilen tepki her ne kadar artarsa, kabullenme düzeyi de o kadar azalır (Özkan, 2013: 57).

2.8.3. Catharsis (Arınma) Kuramı

Catharsis (Arınma) kuramının öncüsü Aristoteles'dir. Daha sonra Freud ve Berkowitz'de bu kurama yönelik görüşlerde bulunmuşlardır (Yıldırım, 2008: 21). "Catharsis" ise, Yunanca kökenli bir kelimedir. Anlam olarak, temizlenme, arınma anlamlarına gelir (Özkan, 2013: 59). Kuram olarak arınma, şiddetin temelde gerginliği azalttığını savunmaktadır. Bu kurama göre şiddet aslında fantazyaya (gerçek olmayan, sahte, yapay vs.) görüntülerle sunulur. İzleyiciler bu görüntüleri izleyerek, deşarj olurlar ve rahatlarlar (Pazarbaşı, 1998: 12). Çünkü izlediklerinin tamamıyla kurgusal olduğunu bilirler. İzlerken kendilerini psikolojik olarak rahatlamış bulurlar (Özkan, 2013: 59).

Catharsis kuramı diğer kuramların aksine, medyanın şiddeti körüklediğini, insanları strese ve bunalımlardan arıttığını savunmaktadır. Bu kurama göre, medya saldırganlığa teşvik etmemektedir (Özer, 2013: 59-60). Aksine medyadaki şiddet

içerikli programlarla karşılaşan bir birey, şiddete yönelik eğilimini boşaltmasıyla saldırganlık davranışından arınmaktadır (Yıldırım, 2008: 21).

2.8.4. Engellenme Kuramı

Engellenme kuramı ilk olarak Yale Üniversitesi tarafından ortaya atılmıştır. Bu kuramı ortaya atan kişiler Dollard, Doob, Miller, Mowrer ve Sears'dır (Kapıcıoğlu, 2008: 18). Kuramın en önemli öncüsü, Berkowitz' dir (Yıldırım, 2008: 21). Berkowitz'e göre, şiddet başlı başına bir sorun olup, engellenme sonucu ortaya çıkmaktadır (Yavuz, 2009: 11). Engellendiğini hisseden kişi, öfkelenir. Öfkelenen kişi de saldırgan davranışta bulunabilir. Her engellenme nedenin de bir saldırganlık içgüdü, her saldırganlık duygusunda bir engellenme içgüdü bulunmaktadır (Kapıcıoğlu, 2008: 18-19).

Engellenmenin ortaya çıkmasının ise başlıca üç ana nedeni bulunmaktadır. Birincisi; amaçların, isteklerin veya değerlerin gerçekleştirilmesinde karşılaşılan sürekli müdahaledir. İkincisi, toplumun yaşadığı ortak deneyimdir. Üçüncüsü ise, toplumun yapısındaki gerilimden kaynaklanmaktadır (Keleş ve Unsal, 1982: 17). Şiddet içerikli programlarda, insan davranışlarıyla ilgili bu üç durum gözlemlenmesinden ötürü saldırganlık artmaktadır (Yıldırım, 2008: 21).

2.8.5. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramının temelinde deneysel çalışmalar yatmaktadır. İlk kez Gabriel Tarde tarafından 20. yüzyılın başlarında ortaya atılmıştır. Albert Bandura sosyal öğrenmenin öncüsü olup, 1961 yılında sosyal öğrenme kuramına yönelik araştırmalar gerçekleştirmiştir (Yengin, 2010: 70). Sosyal öğrenme kuramın en önemli özelliği, başkalarını taklit ederek öğrenme düşüncesidir (Ulusoy, 2008: 31). Kişi medyada gördüğü bir insanı model alabilir ya da o kişiyi taklit edebilir. Taklit ettiği kişinin kişiliğini benimseyebilir, onun istediklerini isteyebilir. Ona benzemek için değerlerini değiştirebilir. Kişi seçtiği modelle aynı niteliklere sahip olduğunu düşünüyorsa, o modelin yaptığı davranışları yapmaya ihtiyacı varsa ya da yaptığı davranış sonucunda bir ödül alıyorsa o modeli taklit etme yoluna gider (Pazarbaşı, 1998: 3-5).

Bandura ve arkadaşları bu konuyla ilgili ‘‘Bobo Bebek’’ adlı klasik bir deney yapmışlardır. Deney 37-69 aylık arası değişen 36 kız ve 36 erkekten oluşan çocuklar üzerinde Stanford Nursery okulunda gerçekleşmiştir (Özkan, 2013: 58). Çocuklar iki gruba ayrılmışlardır. Ardından oyuncak bir bebeğe bir yetişkin tarafından uygulanan şiddet olayı izletilmiştir. Birinci gruba izletilen şiddet olayının yanı sıra, şiddet uygulayan kişiye verilen cezayı da göstermişlerdir. Böylelikle birinci gruptaki çocuklar, saldırgan bir tutum sergilememişlerdir. Ancak ikinci gruba sadece şiddet olayı gösterilip, verilen ceza olayı gösterilmemiştir. Böylelikle ikinci gruptaki çocuklar oyuncak bebeğe saldırganlık tutumuyla yaklaşmışlardır ve saldırganlığı taklit ederek öğrenmişlerdir (Pazarbaşı, 1998: 4).

Bandura, şiddet davranışını öğrenmede üç ayrı araç kullanıldığını belirtmiştir. Birinci olarak bireyin çevreyle etkileşimi sonucunda şiddet davranışını öğrendiğini düşünmektedir. İkinci olarak ise, şiddet içerikli bir olayı izlerken, gözlem yaparak veya taklit ederek öğrendiğini ifade etmektedir. Üçüncü olarak ise dil ile simgeleri kullanarak öğrenebildiğini belirtir (Yıldırım, 2008: 20). Ayrıca Bandura’ ya göre kişilik; birey, davranış ve çevreden oluşmaktadır. İnsanların davranışları çevreyi, çevrenin davranışları da insanların tutumunu etkiler (Uysal, 2003: 17) Bu durumda şiddetin, toplumsal ve kültürel unsurlar ile ruhsal unsurların etkileşimi sonucu ortaya çıktığı söylenebilir (Kaplan, 2016: 56).

2.8.6. Yetiştirme Kuramı

Yetiştirme kuramını, George Gerbner tarafından Amerika’da geliştirilmiştir. Bu kurama göre gerçek dünya, medyanın yansıttığı dünyadan tamamen farklıdır. Örneğin günde üç saatten fazla televizyon izleyen bireylere ağır izleyici denir. Ağır izleyiciler, dış dünya ile televizyon dünyası arasında ayırım yapamayabilir. Bu insanlar, gerçek dünyayı televizyonun penceresinden bakarak daha farklı algılamaktadırlar (Özkan, 2013: 54-55).

Yetiştirme kuramı deneyimle elde edilmez. Anlatılan ya da duyulan, kulaktan kulağa geçmiş hikâyelerle elde edilir (Özkan, 2013: 54). Elde edilen hikâyelerle, bir düşünce harekete geçirildiğinde çağrışım yoluyla zihinde canlanabilir. Fakat çağrışımlar pekiştirilmezse yok olur gider (Yıldırım, 2008: 21-22).

BÖLÜM 3

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET

3.1. İş Yerinde Şiddet

İş yerinde şiddet, aslında geniş kapsamlı bir olgudur. İş yerinde şiddetin net bir tanımı yoktur. Spektrumun bir ucunda fiili ve denenmiş fiziksel saldırılarla sınırlandıranlar, diğer ucunda ise zarar verici davranışları içerdiğini savunanlar bulunmaktadır (Leather, 2002: 8). İş yerinde şiddet, bir çalışanın meslektaşına fiziksel gücünü kullanarak zarar vermesidir. Zarar vermeden kasıt, bilerek veya isteyerek yapmaktır. Kazara gerçekleşen bir fiil, iş yerinde şiddet olarak değerlendirilmesi mümkün değildir (Canada Ministry of Labour, 2016: 6). Akça ve arkadaşlarına (2014: 2) göre ise iş yerinde şiddet; personel memnuniyetsizliğine ve örgüt kültürünün olumsuz değerlendirilmesine sebebiyet veren durumlar olarak tanımlanır. ASIS International (2011: 4)'a göre ise çalışma hayatında saldırganlık içeren eylemler ve tehditler, iş yerinde şiddeti meydana getirmektedir. Bir çalışanın patronuna "Beni kovarsan, seni öldürürüm" şeklinde tehdit savurması bir iş yerinde şiddet örneğidir. Aydın (2014: 8)'a göre ise iş yerinde şiddet; çalışma hayatlarında meydana gelen saldırı, taciz, tecavüz, kötü muamele, tehdit, mobbing gibi tüm unsurları içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iş yerinde şiddeti, "*çalışma hayatında kasıtlı olarak tehdit, ölüm veya fiili olarak yaralama, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişmeye ya da yoksunluğa neden olma olasılığı yüksek olan ya da buna sahip olan bir kişiye veya bir gruba karşı güç kullanımı*" şeklinde tanımlamıştır (Leather, 2002: 8-9). Avrupa Komisyonu ise işyerinde şiddeti, kişinin mesleğine yönelik icraatlarını yerine getirirken karşılaştığı saldırılar, tehditler ve vücut bütünlüğünü bozacak zarar verici etmenler olarak tanımlamıştır. Kraliyet Hemşirelik Fakültesi ise (Royal College of Nursing) iş yerinde şiddet konusuna büyük önem vermiştir. Gerçekleştirdiği çalışmalarda, iş yerinde saldırı yaşayan veya tehdit edilen çalışanların korku yaşadığı ve zarar gördüğü kanısına varmıştır (Altıntaş, 2006: 20-21). Bu konuda Kanada'nın

Ontario eyaletinin yayınladığı “İş Sağlığı ve Güvenlik Kurallarına (Health and Safety Guidelines)” göre

- İş yerinde birisini tehdit etmek,
- Bir çalışana karşı sesini yükseltmek,
- Bir çalışanın masasına tehdit edici notlar bırakmak,
- Bir çalışana tehdit edici yönde e-mailler atmak,
- Çarpmak, çelme takmak
- Vurmak, kırmak, dövmek
- İş yerinde silah taşımak,
- Çalışana taciz edici davranışlar da bulunmak
- Cinsel yönden şiddet uygulamak iş yerinde şiddet kapsamında değerlendirilir (Canada Ministry of Labour, 2016: 8).

İşyerinde şiddetin ise birçok zararı bulunmaktadır. Dünya’da işyerinde şiddetin getirdiği zararlara ilişkin örnekler vermek gerekirse; 1999 yılında Amerika’da iş yerinde şiddet yüzünden 25 milyon insan mağdur edilmiştir. Mağduriyetten doğan zararı karşılamak için ise yasal ve tıbbi harcamalar da dâhil olmak üzere toplam 250.000 dolar harcanmıştır. Ayrıca Ulusal İş Yeri Güvenliği Enstitüsü’nün (National Safe Workplace Institute, NSWI) yürütmüş olduğu çalışmaya göre, ABD’de iş yerinde şiddetten dolayı yine her sene milyarlarca dolar para harcanmaktadır (Altıntaş, 2006: 21).

ABD’nin ulusal verilerine göre ise 1992-1996 seneleri arasında iş hayatında yaşanan şiddet olaylarının %73,6’sı basit saldırılar, %19,7’si ciddi saldırılar, %4,2’si soygunlar, %2,5’i tecavüz ve cinsel saldırılar ve %0,05’i de cinayetlerden oluşmaktadır (Aydın, 2014: 8). 1993 ve 1999 yılları arasında Ulusal Suç Kurbanları Araştırması’nın (National Crime Victimization Survey, NCVS) yaptığı çalışmaya göre ise, ABD’de 1,7 milyon insanın işyerlerinde vücut bütünlüğü ve psikolojik sağlığı açısından zarar gördüğü ortaya çıkmıştır (Altıntaş, 2006: 21). Yine ABD’de 1997 yılında kadınların işyerinde ölüm oranı %8 olup, erkekler de ise bu oran %12’dir. Avustralya’da çalışanlar ise bir sene içerisinde şiddet türleri arasından en fazla sözel şiddete (%81-19) maruz kalmışlardır. Japonya’da işyerlerinde genellikle cinsel şiddet görülmektedir. Fransa’da ise 1998-2000 yılları arası otobüs şoförlerinin

uğramış olduğu şiddet oranı %12'den %35'e yükselmiştir (Çatel, 2015: 27). Kaliforniya'da da çalışan her 100.000 kişiden 465'i, sağlığına zarar verecek saldırılara maruz kalmıştır. İsveç'te ise 1993-1999 seneleri arasında yapılan çalışmada sağlık sektörü %24, sosyal hizmetler %23, eğitim, bankacılık, ulaşım ve posta hizmetleri %7, çocuk bakıcılığı %4, güvenlik hizmetleri ise %2 oranında iş yerinde şiddet riski taşıdığı saptanmıştır (Aydın, 2014: 8-10).

Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Eurofound) tarafından 2003 yılında uygulanan Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi'nde ise (European Quality of Life Survey, EQLS) her yıl %14 oranında kamu yönetimi ve savunma sektöründe şiddet yaşandığı ortaya çıkmıştır. Daha sonra ise ardından %12 oranıyla eğitim ve sağlık sektörü gelmektedir. 2007 yılında Türkiye'de bu ankete dâhil edilerek tekrar yapılmıştır. 2007 yılına göre ise sağlık sektöründe her yıl şiddet yaşanma oranı %15,2 olduğu ortaya çıkmıştır. Türkiye'de genellikle fiziksel şiddete ait veriler bulunmaktadır. Diğer şiddet türlerine ait veriler sınırlıdır. 2003 yılında işyerinde fiziksel şiddete ait kayıt altına alınan olayların yıllık sayısı 145 iken, bu sayı 2009 yılında 1377'ye yükselmiştir (Çatel, 2015: 27).

İş yerinde şiddetin artması, çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlıklarını da olumsuz yönde etkilenmektedir. İş yerinde şiddetin mağdur üzerindeki etkileri Tablo 4'te açıklanmaktadır (Pınar ve Pınar, 2013: 321).

Tablo 4. İşyerinde Şiddetin Mağdur Üzerindeki Etkisi

	Üzüntü, inkar (itiraz), kendini suçlama
	Depresyon, öfke, güvensizlik/inancını yitirme
	Anksiyete, şok, hissizlik/umursamazlık
	Bağımlılık, çaresizlik
	Travma sonrası stress bozukluğu semptomları
	Gelecekte tehdit edilme ve yaralanma korkuları
Fiziksel Etki / Psikolojik Etki	Kendinden şüphe etme, güçsüzlük
	İşe dönmekten korkma
	İş performansında azalma
	İş arkadaşları / aile ilişkilerinde değişim
	Mesai dışı saatlerin uzatılması
	Fiziksel hastalıklar, uyku düzensizlikleri, baş ağrıları
	Stres yönetiminde yetersizlik ve uyuşturucu suistimali
	Şok ve inancını yitirme, güvensizlik
	Öfke, inkar
	Kendi güvenliği konusunda korku duyma
	İşyerinde morallerin bozulması
	Mağduru suçlama, çalışma arkadaşları arasında çatışma
	Fiziksel veya psikolojik olarak zarar gören personelin ayrılması nedeniyle iş programının değiştirilmesi/yeniden düzenlenmesi

Kaynak: (Pınar ve Pınar, 2013: 321).

Tablo 4’de de görüldüğü gibi iş yerinde şiddetin mağdura verdiği zararlar; motivasyon kaybı, öz saygının azalması, şiddetli baş ağrısı, depresyon, öfke, endişe ve sinirlilik olarak söyleyebilmek mümkündür (Çelik, 2014: 25). Günçavdı (2015: 19)’ya göre ise iş yerinde şiddete uğrayan bir kişi de düzensiz olarak yemek yeme, alkol alma, madde ve sigara kullanma, erken uyanma, kâbus görme, hafıza sorunları, unutkanlık, sinir, stres ve depresyon görülmesi mümkündür. Yıldız, Kaya ve Bilir (2011: 27)’e göre ise iş yerinde şiddetin mağdur üzerinde negatif yönde etkisi bulunmaktadır. Motivasyon düşüklüğü, performans eksikliği, öz saygıda azalma, depresyon, sinirlilik, anksiyete veya stres düzeyindeki artış örnek olarak gösterilebilir. Özen-Çöl (2008: 108)’e göre ise iş yerinde şiddete uğrayan bir kişinin iş doyumunu azalır. Moral seviyesi düşer, motivasyonu azalır. Stres düzeyi yüksek olur. Psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar yaşar. Bu durum ise işgücü piyasasından dışlanmasına neden olur. Seyran, Gözlü ve Ready (2018: 9)’e göre ise iş yerinde şiddete uğrayan bir kişi sadece fiziksel olarak değil, psikolojik olarak da etkilenmektedir. Şiddete uğrayan bireyler içsel dünyalarında bunalım ve kaygı yaşamaktadır. Ayrıca öz saygılarının azalması, utanç, kin, öfke, kızgınlık ve yenilgi duyguları da benliklerine hâkim olmaktadır. Dursun, Aytaç ve Sokullu-Akıncı (2011: 61)’ya göre ise şiddete uğrayan çalışanın ruh ve akıl sağlığı bozulmaktadır. Stres, depresyon, kaygı ve tükenmişlik sendromu görülmektedir. Buna bağlı olarak iş tatmini azalmaktadır. Örgütsel bağlılık ve işe bağlanmada sorunlar meydana gelmektedir.

OSHA (Occupational Safety and Health Administration), iş yerinde şiddetin, üç tip olabileceğine yönelik bir öneri getirmiştir. Bunlar;

- Tip I; Saldırganın iş yeriyle kasıtlı bir ilişkisi yoktur. Saldırganın amacı ekonomik çıkar sağlamak olabilir.
- Tip II; Hizmetin alıcısı tarafından gerçekleştirilen saldırı türüdür. Saldırgan bir müşteri veya hasta olabilir. Genelde hizmet sırasında saldırganlık gerçekleşir.
- Tip III, Şiddeti gerçekleştiren kişi aynı sektörden başka bir çalışan, bir amir veya bir işçidir. Çalışanın çalışan üzerinde gösterdiği saldırganlık davranışdır (Altıntaş, 2006: 12).

Loveless'e göre ise iş yerinde şiddetin, dört tipi vardır. Bunlar sırasıyla şu şekildedir;

- Tip I; Suça niyet etme davranışıdır. Çalışma hayatındaki meydana gelen cinayetlerin %85'lik kısmı tip I grubu içerisinde yer alır. Esnaflar, taksiciler, güvenlik görevlileri, gece bekçileri daha çok risk altında olan meslek gruplarıdır.
- Tip II; Tüketici grubunun personellere yönelik uyguladığı şiddet çeşididir. Şiddeti uygulayan kişi müşteriler, hastalar, öğrenciler ya da mahkûmlar olabilir. Bu grupta risk altında olan meslek grupları sağlık çalışanları, öğretmenler ve sosyal hizmet personelleridir.
- Tip III; İş yerinde meydana gelen çalışanların çalışana, çalışanların amire ya da amirin çalışanlara uyguladığı şiddet türüdür. Bu tipte şiddetin oluşma sebebi iş yerindeki iletişim sorunudur.
- Tip IV; Kişilerarasında yaşanan problemlerin iş hayatına yansısıyla oluşan şiddet türüdür. Şiddeti başlatan kişi şiddet mağduru olan kişiyle aynı iş yerinde çalışmaz. Fakat şiddeti başlatan ve şiddetten etkilenen kişiler, birbirlerini tanıyan kişilerdir. Örneğin ailevi problemlerin iş hayatına yansısıyla oluşan şiddet çeşidi, tip IV türünde olan şiddet şeklidir (Aydın, 2014: 11).

Bu tip yapılan sınıflandırmalar, çalışma hayatında her personelin başına gelebilecek şiddete karşı önlemleri belirlemesi açısından son derece önem arz etmektedir (Sağlık-Sen, 2013: 30). Sağlık hizmet sunucularına yönelik gerçekleştirilen şiddet eylemleri daha çok tip II şeklinde görülür (Yeşildal, 2005: 291). Fakat hastalarla sürekli bir ilişki içerisinde olan sağlık çalışanlarının, dört tipten herhangi birine maruz kalması da ihtimaldir (Şenyurt, 2008: 10). Bu duruma örnek olarak; Kaliforniya'da yapılan araştırmalarda %69,1 oranında tip II olaylarının yaşanmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Leather, 2002: 14). Aynı zamanda Kanada'da yapılan araştırmalara göre ise, kadın-doğum servisinde hizmet veren hemşirelerin %15'inin mesai arkadaşlarından şiddet görerek tip III olaylarına örnek teşkil ettiği sonucuna varılmıştır (Altıntaş, 2006: 22). Yine evde bakım hizmeti veren bir hemşirenin, hastasını ziyarete giderken saldırıya uğraması ise tip I olayına örnek

oluşturmaktadır. Çünkü saldırgan kişinin mağdurla kasıtlı bir ilişkisi yoktur (Leather, 2002: 15).

3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddet

Sağlık hizmetleri, doğrudan bakımı gerektiren bir hizmet dalıdır (Bıçkıcı, 2013: 48). Sağlık personellerinin de öncelikli amacı, hastalara kaliteli bir hizmet sunabilmektir (Aydın, 2014: 13). Bu amacını gerçekleştirmek isteyen sağlık personelleri, hastalarla sürekli etkileşim halinde bulunmaktadır (Aydın, 2014: 13). Bu sebeple en fazla riskli iş kolları arasında olması da kaçınılmazdır (Ataman ve Aba, 2016: 21).

Tarihsel süreç içerisinde birçok etkinlik alanı olan tıp dünyasının, bugün gelmiş olduğu noktada birçok sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlardan biri ise şiddettir (Sarıbiyık, 2012: 9). Sağlık kurumlarında şiddet aslında evrensel bir problemdir (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 17). Acil tehlike durumu olarak tanımlanır (Avcı Balcı, 2014: 35). Sağlıkta şiddet hastalardan, hasta yakınlarından veya herhangi bir hizmet alıcısından gelen ve tehdit barındıran sözel, fiziksel veya cinsel saldırıları içermektedir (Annagür, 2006: 162).

Sağlık sektörü, iş yerinde şiddet riskinin en fazla yaşandığı sektör olarak kabul edilmektedir (Kuruöz, 2016: 1). Elliott'a göre sağlık sektörü diğer hizmet sektörlerinden 16 kat daha fazla riskli bulunmaktadır (Şenyurt, 2008: 9). Avcı-Balcı (2014: 35)'ya göre ise, sağlıkta şiddet diğer hizmet sektörlerine göre 26 kat daha fazla risklidir. Endüstriyel İlişkiler Servisi'ne (Industrial Community Service-ICS) göre ise, sağlık hizmet sektöründe çalışanlar diğer alanlarda çalışan personellere göre 4 kat daha fazla şiddet riskiyle karşılaşmaktadır (Altıntaş, 2006: 22). Fakat şiddet olaylarının sağlık kurumlarına fazla bildirilmediği de ortadadır. Atik (2013: 2)'e göre bunun sebeplerinden birinin vurma, yaralama ciddi hadiselerin şiddet olarak algılanırken, diğerlerinin önemsenmediği yönündedir. Leather (2002: 9) ise, şiddetin tanımının olmamasından ya da standartlaştırılmış bir ölçme aracına sahip olunmamasından kaynaklı olduğunu düşünmektedir. Şenyurt (2008: 11)'a göre ise sağlıkta şiddetin bildirilmeme nedenleri sırasıyla;

1. Şiddet veya şiddete yönelik davranışlar her gün rutin olarak tekrarlanabildiğinden dolayı bildirilmemektedir.
2. Daha önce bildirildiğinde herhangi bir tedbir veya uyarı alınmamıştır.
3. Bildirme prosedürlerinin çok zaman alacağına inanılmaktadır.
4. Çalışanın kendi ihmalden ya da eksik performansla suçlanmasından korkmasıdır.
5. Çalışanlar şiddet konusunda farkındalıktan yoksundur.
6. Sözel şiddetin bildirilmesi yeterince önemli görülmemektedir.
7. Hastane idaresi şiddete duyarsız kalmaktadır.
8. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet sıradanlaşmaya başlamıştır.
9. Sağlık personellerinin iş yükü fazladır.
10. Saldırgan hastaların sağlık çalışanı tarafından provoke edildiği düşünülmektedir.

Şiddet, hem hastaneler de hem de toplum temelli sağlık hizmetlerinde çeşitli meslek dallarını etkileyen önemli bir sorundur (Akca vd., 2014: 2). Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun profesyonel kariyerlerinde en az bir kez şiddet yaşadığı ortaya çıkmıştır (Leather, 2002: 11). Kahveci ve arkadaşlarına (2017: 51) göre ise sağlık çalışanlarının %50'den fazlası şiddete maruz kalmaktadır. İlhan ve arkadaşlarının (2009: 15) yaptığı araştırma sonucunda da doktorların %60,9'u çalışma hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır.

Sağlık çalışanları fiziksel şiddetten psiko-sosyal şiddete kadar değişik boyutlar da şiddete maruz kalmaktadırlar (Akca vd., 2014: 2). Taş ve Çevik (2005: 62)' in bu konuyla ilgili yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının genellikle fiziksel, sözel ve cinsel şiddete uğradığını ifade etmiştir. Sarıbiyik (2012: 10) ise, sağlık çalışanlarına en fazla sözel şiddet uygulandığını düşünmektedir. İlhan ve arkadaşlarının (2009: 15) yaptığı araştırmaya göre ise sağlık çalışanlarının en fazla sözel ve psikolojik şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Çınarlı ve Yücel (2013: 36) ise yaptıkları araştırmada ise sağlık çalışanlarına yönelik sözel şiddetin fiziksel şiddete göre daha fazla uygulandığı ifade edilmiştir. Mutlu (2010: 112)'nin yaptığı çalışma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının en fazla sözel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Kavak

ve Ekinci (2013: 296)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının %71,7'si sözel şiddete uğramakta iken, %28,3'ü fiziksel şiddete uğramaktadır. Deniz ve arkadaşlarının (2017: 34) yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının %10,2'si iş yerinde şiddete maruz kalmaktadır. Yaşanan şiddet olaylarının tümü ise sözel şiddete yöneliktir. Sağlık-Sen (2013: 55-76)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise bir sene içerisinde sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %23,7 , psikolojik ya da sözel şiddete uğrama oranı %98,3 , cinsel şiddete uğrama oranı ise %5,2 olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca cinsiyetlere göre kadın çalışanların fiziksel şiddete maruz kalma oranı %18,7 iken, erkek çalışanlarda %35,7 olduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlık çalışanlarının hastane içerisinde çeşitli birimlerde, farklı görevleri yerine getirmeleri şiddete uğrama risklerini arttırmaktadır (Campos ve Pierantoni, 2010: 79-83). Bu konuda Elliot sağlık kurumlarında şiddete yönelik risk alanlarını değerlendirmek için, üç düzeyden oluşan bir sınıflandırma sistemi oluşturmuştur.

- Sınıflandırmanın birinci seviyesinde, şiddet riski yüksek olan alanlara yer verilir. Bu alanlar; acil servis bölümü, ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, psikiyatri servisleri, radyoloji bölümü, eczaneler, ambulanslar ve hastane bünyesinde bulunan kafeteryalardır.
- Sınıflandırmanın ikinci seviyesinde şiddete orta seviyede başvuru alanlar yer almaktadır. Bu alanlar; ameliyathaneler ve polikliniklerdir.
- Sınıflandırmanın üçüncü seviyesinde ise, çok az veya hiç şiddet yaşanmayan durumların bulunduğu alanlar bulunmaktadır. Bu alanlar; tıp fakültelerinde bulunan kütüphaneler ve tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim aldığı sınıflar ya da eğitim ofisleri olarak söylenebilir (Altıntaş, 2006: 12).

Akça ve arkadaşlarına (2014: 3) göre hastanenin riskli olan bölgeleri ise sırasıyla; poliklinikler, bekleme odaları ve acil servislerden meydana gelir. Poliklinikler; bir an önce kendisiyle ilgilenilmesini isteyen hasta ve hasta yakınlarıyla doludur. Bekleme odaları ise; hastaların stres kat sayılarını yükselttiğinden hastane içerisinde kargaşa yaratma potansiyeli en yüksek alanlardan biridir. Son olarak acil servisler ise; genellikle düzensiz ve kalabalıktır. Bu durum şiddet yaşanma riskini arttırmaktadır. Duğan (2017: 401)'a göre ise sağlık personeli sadece hastane içerisinde değil,

hastane dışında da şiddet yaşayabilme riski bulunmaktadır. 112 acil servis personeli hastaya giderken evde, sokakta veya bir alışveriş merkezinde şiddet yaşayabilir. Keser-Özcan ve Bilgin (2011: 1452)'in bu konuyla ilgili yaptığı araştırma sonucuna göre şiddet yaşanma riskinin en fazla olduğu alanlar acil servis birimleri ve kliniklerdir. Sarıbyık (2012: 10) ise şiddet riskinin en fazla olduğu alanların; acil servis, geriatri, psikiyatri ve yoğun bakım üniteleri olduğunu ifade etmiştir. Ataman ve Aba (2016: 24)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise hastanede şiddet riskinin en fazla olduğu alanlar; yatan hasta birimleri, poliklinikler ve acil sağlık hizmetleridir. Yakut ve arkadaşlarının (2012: 147) yaptığı çalışmada ise şiddet riskinin en fazla olduğu alanlar; acil servisler ve psikiyatri klinikleridir. Kavak ve Ekinci (2013: 292) ise yaptığı çalışmada şiddet riskinin en fazla olduğu alanları acil servis, cerrahi birim ve psikiyatri kliniği olduğunu ifade etmektedir. Annagür (2010: 165-166)'e göre ise hastanenin şiddet konusunda riskli olan bölgeleri acil servisler, psikiyatri klinikleri ve polikliniklerdir. Ayrıca dâhili ve cerrahi branşlar, bekleme odaları, park alanları, koridorlar ve kafeteryalar da riskli alanlar olarak belirlenebilir.

3.3. Yurt Dışında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırmaları

Uluslararası araştırmalar da sağlık personeline yönelik gerçekleştirilen saldırıların boyutu Dünya'nın çeşitli ülkelerinde farklılık gösterebilmektedir (Avcı-Balcı, 2014: 36). WHO (Dünya Sağlık Örgütü), ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) ve ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği)'nin 2002 yılındaki "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" adlı ortak raporlarında, sağlık personellerinin %50'sinden fazlası şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Kuruöz, 2016: 6). Dünya'nın farklı ülkelerinden konuyla ilgili yapılan çalışmalarda;

- 1988 yılında ABD'de sağlıkta şiddetle ilgili yalnızca 32 makale bulunurken, şuan bu sayının 1000'leri aştığı tespit edilmiştir. Özellikle 1990 ve 1996 yılları arasında tıp literatüründe yazılan kaynaklar incelendiğinde; temel sağlık hizmetleri kaynaklarının %35'i, acil tıp kitaplarının %29'u ve kadın doğum kitaplarının %38'inde şiddete yer verilmektedir. (Clements vd., 2005: 296).

- Kanada'da gerçekleştirilen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama sıklığı %60 oranında olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete uğranma oranı % 57, sözel istismara uğrama oranı %76 ve fiziksel şiddete tanık olma oranı ise %86 olduğu elde edilen veriler arasındadır. Çalışmada katılımcıların %73'ünün hastalardan korktukları ve %49'unun da daha önceden şiddet geçmişi olduğundan dolayı hastalar tarafından tanındıkları tespit edilmiştir. Bu duruma bağlı olarak sağlık personellerinin %74'ünün iş doyumunu azalmıştır. Şiddeti kuruma rapor eden sağlık çalışanları ise %67'lik bir orandadır. Geri kalan %33'lük kısım şiddeti rapor etmemiştir (Fernandes vd., 1999: 1245).
- ABD'de çalışan hemşirelerin en az bir kere fiziksel şiddete maruz kalma oranı %35-80 arasındadır. Ölümcül olmayan saldırı oranları ise ABD'de %85; İngiltere'de %40 oranındadır (Clements vd., 2005: 297).
- İngiltere'de yapılan bir araştırmada hastanede çalışan personellerin %27'si fiziksel olarak saldırıya uğramıştır. Saldırıya uğrayanların %23'ü hastalar tarafından ve %15,5'i hasta yakınları tarafından tehdit edilmektedir. %68'lik bir kısım ise sözel saldırıya uğramıştır. %25,7'si sözel saldırıyı her ay düzenli olarak yaşamaktadır. En fazla hastanede şiddet yaşayan personeller ise %47'si klinik personelleri, %36'sı cerrahi biriminde çalışanlar ve %30'u acil serviste çalışanlardan oluşmaktadır. Meslek grubu olarak en fazla şiddete uğrayan kesim % 43,4 oranında hemşireler ve % 13,8 oranında doktorlardır. Şiddete uğrayan hemşirelerin %20'sinden fazlası sağlık meslek lisesi mezunudur (Winstanley ve Whittington 2004: 3).
- Avustralya'da psikiyatri servisinde çalışanlara yönelik, şiddetin insan sağlığına zarar verme düzeyi 8 dereceye ayrılarak bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada yedi aylık gözlem sonucunda 1289 şiddet olayı kaydedilmiştir. Ölçeğe göre yaşanan şiddet vakalarının %58'i en yüksek seviyede sonuçlanan ciddi vakalardır. Meslek grubu olarak 30 yaş altı hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldıkları, şiddet uygulayan hastalar arasında alkol ve madde bağımlılarının daha fazla olduğu araştırmada elde edilen sonuçlar arasındadır (Owen vd., 1998: 1452-1457).

- Avusturalya’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin, pratisyen hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti mensubu çalışanlarının şiddet yaşadığı tespit edilmiştir. Bir yıl boyunca yürütülen çalışmada hemşirelerin %68’i, pratisyen hekimlerin %48’i ve diğer sağlık hizmeti mensubu çalışanlarının %47’si şiddeti rapor etmiştir. Şiddetin kaynağı ise hastalar ve hasta yakınları tarafından meydana geldiği sonucuna varılmıştır. Mesleki şiddetin en fazla görülen türlü sözel taciz, tehdit etme, fiziksel saldırı ve cinsel saldırı olduğu görülmüştür (Alexander, Fraser ve Hoeth, 2004: 377).
- İsveç’te yapılan bir araştırmada hemşirelerin ve hekimlerin şiddet yaşama riskinin çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özellikle doktorların gözetimi altında çalışan, numune toplayan, ilaç veren, hasta konforunu sağlayan ya da hastalarının durumunu hemşirelere bildirmek gibi günlük rutin işlerle uğraşan en alt düzeydeki hemşirelerin daha fazla şiddet yaşadığı ortaya çıkmıştır. Şiddetin görülme oranı ise hekimler için %18, hemşireler için %31 oranlarındadır (Arnetz, Arnetz ve Soderman, 1998: 107).
- Hong Kong’da bölge hastanelerinde çalışan radyografi birimindeki personellerin şiddet uğramasına yönelik bir araştırma yürütülmüştür. Araştırmada çalışanların %61’i son üç yılda şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Mağdurların %34’ü beşten fazla şiddet yaşadığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan katılımcıların %97’sine sözlü taciz uygulanmıştır. Sözlü taciz yaşayan radyografların neredeyse üçte ikisi (% 65.91) olayları görmezden gelmiştir. Ayrıca şiddet sonucu stres düzeyi, iş tatminsizliği, depresyon ve çeşitli hastalıkların baş göstermesi gibi zararlı etkileri oluşmuştur. Şiddete uğrayan personellerin %77’si gereken desteğin sağlanmadığını düşünmekte ve bu sebeple %11’i mesleki şiddeti önleme kurslarına katılmaktadır (Ng vd., 2009: 1).
- Lee (2006: 4-5)’nin çalışmasında Tayvan’da hemşirelerin şiddete uğrama oranı %62, Birleşmiş Milletlerde %88 ve Avusturalya’da %95 olduğu belirtilmiştir.
- Tayvan’da 222 hemşireyle görüşmeler yapılarak düzenlenen bir çalışmada, farklı ülkelere kıyasla çok daha fazla şiddet uygulandığı ortaya çıkmıştır. Son bir yıl içerisinde hemşirelerin %35,1’ine fiziksel şiddet, %50,9’una sözel

taciz, %15,8'ine mobbing, %9,5'ine cinsel taciz ve %4,5'ine ırkı yüzünden ayrımcılık yapıldığı tespit edilmiştir (Chen vd., 2008: 288).

- Finlandiya'da 13762 katılımcıyla görüşmeler düzenlenerek yapılan bir çalışmada, %40,6 şiddet mağduru olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetler açısından mesleki şiddete uğrayanların %40,6'sı erkek ve %40,5'i kadın olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca Finlandiya'daki şiddete maruz kalma bakımından en tehlikeli meslekler; gardiyanlık, polislik, psikiyatri hemşireliği ve doktorluk olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin ve doktorların şiddete uğramasının nedeni ise hastalarla kurulan ilişkilerden kaynaklı olduğu sonucuna varılmıştır (Salminen, 1997: 123).
- İsrail'deki beş tıp merkezinde, 487 hemşirenin katılımıyla gerçekleşen bir çalışmada hemşirelerin daha önce cinsel tacize uğrayıp uğramadıkları hakkında bir araştırma yapılmıştır. Katılımcıların %80'i kadın, %20'si erkektir. 487 hemşirenin 281 tanesi hemşire, 206 tanesi ise hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerden oluştuğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışma katılımcıların %90'ı en az bir kez cinsel şiddet yaşadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmada kadınlar, erkeklerden "hafif" veya "orta" seviyede cinsel tacize maruz kalırken, erkeklerin % 35'i ile kadınların % 26'sı "şiddetli" seviyede tacizlere maruz kaldığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte araştırmada, erkek öğrencilerin ve hemşirelerin daha saldırgan düzeyde cinsel şiddete maruz kaldıkları ve bu konuda cevap verebilecek yeterlilikten yoksun oldukları ortaya çıkmıştır (Bronner, Peretz ve Ehrenfeld, 2003: 637).
- Avustralya'da yapılan bir çalışmada acil servisteki hemşirelerin şiddet yaşayıp yaşamadığına yönelik bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmaya katılan 71 hemşirenin 50'si (%70) beş aylık bir dönemde 110 defa şiddet olayı yaşadığı sonucuna varılmıştır. Şiddet olayı en fazla %33 oranında akşam vardiyasında yaşandığı bildirilmiştir. Hemşireler, şiddetin kaynağını hastalar oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların %27'si alkol, %25'i madde bağımlısı ve %38'i zihinsel hastalıktan ötürü şiddet uyguladığı ortaya çıkmıştır. Buna bağlı olarak hemşirelerin %61'ine küfredildiği, %10'u itildiği, %3'üne vurulduğu ve %3'ü de tekmelendiği tespit edilmiştir (Crilly, Chaboyer ve Creedy, 2004: 67).

- Mısır'da Alexandria Üniversitesine bağlı hastanelerde görev yapan 526 tane hemşirenin şiddet yaşayıp yaşamadığıyla ilgili bir araştırma yapılmıştır. Hemşirelerin görev yaptığı birimler genel cerrahi, acil servis ve yoğun bakım üniteleridir. Araştırmada hemşirelerin %72,4'nün en az bir kez şiddet yaşadığı ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin %71,48'i mobbing, %57,03'ü sözlü taciz, %29,66'sı tehdit edilme ve %25,67'si de fiziksel saldırıya maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddetin kaynağı ise hastalar, hasta yakınları ve idari personeller tarafından oluşmaktadır. Hastaların veya hasta yakınlarının hemşirelere şiddet uygulama oranı %96,6 iken, başhemşirelere şiddet uygulama oranı %54,5 olduğu tespit edilmiştir. İdari personellerinin ise hemşirelere şiddet uygulama oranı %60,6 iken, başhemşirelere şiddet uygulama oranı %41,7 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca şiddete bağlı olarak hastanedeki tüm hemşirelerin %56,7'si mevcut işyerlerinde çalışmak istemediği fakat şiddet yaşayan %82,1 hemşirenin işten ayrılma gibi bir niyeti olmadığı ortaya çıkmıştır (Ezzat ve Lashin, 2005: 7-16).
- ABD'de acil serviste çalışan doktorların şiddet yaşayıp yaşamadığına yönelik bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmada en fazla bir defa şiddet yaşayan doktorların oranı %21 iken, birden fazla şiddet yaşayan doktorların oranı %78 olduğu ortaya çıkmıştır. Erkek doktorların %79'u, kadın doktorlarının ise %75'i şiddete maruz kalmaktadır. En sık karşılaşılan şiddet türü sözlü taciz %75, hastane içinde fiziksel saldırı %21, hastane dışında fiziksel saldırı %5 ve hekimin hastane dışında takip edilmesi %2'lik bir oranı meydana getirdiği tespit edilmiştir (Behnam vd., 2011: 565).
- ABD'de acil serviste çalışan sağlık personellerinin hastalardan veya hasta yakınlarından şiddet yaşayıp yaşamadığını ölçmek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada tüm çalışanların en az bir kez sözlü tacize maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. 319 sağlık çalışanı hastalar tarafından ve 10 sağlık çalışanı hasta yakınları tarafından fiziksel saldırıya uğramıştır. Sağlık çalışanlarının %65'i sorunu hastane idaresine bildirmemiştir. Katılımcıların %64'ü ise şiddet konusunda hiçbir eğitim almadıkları tespit edilmiştir (Gates, Ross ve McQueen, 2006: 331).

- İsviçre’de 291 hemşireyle yapılan bir görüşmede, hemşirelerin şiddet yaşayıp yaşamadığına ilişkin bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada hemşirelerin son bir sene içerisinde %72’sinin hasta ve hasta yakınlarından sözlü tacize ve %42’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan hemşirelerin %23’ünün vücudunda yaralanmalar meydana geldiği ve %1,4’ü yaralanmalardan ötürü hastalık izni aldığı tespit edilmiştir (Hahn vd., 2010: 3535).
- Nijerya’da bir hastanede acil serviste çalışan 81 hemşirenin şiddet yaşayıp yaşamadığına ilişkin bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların %25’i kadın ve %75’i erkek olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %65’i hem şiddete tanık olduğu hem de şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin %15,8’i silahla tehdit edildiği ortaya çıkmıştır. Şiddetin nedenleri ise hastanelerin aşırı kalabalık olması, uzun bekleme süreleri ve güvenliğin sağlanamadığından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Ogundipe vd., 2013: 758-759).
- İran’da bir sağlık merkezinde çalışan 1317 hemşirenin şiddet ve istismar yaşayıp yaşamadığına yönelik bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada hemşirelerin %87,4’ü sözlü taciz ve %27,6’sı fiziksel şiddet yaşadığı tespit edilmiştir. Sözlü taciz olaylarının %35,9’u ve fiziksel şiddet olaylarının %49,9’u hastane idaresine bildirildiği sonucuna varılmıştır. Hastanenin en fazla acil servis bölümünde şiddet yaşandığı tespit edilmiştir. Sonuçlara göre erkekler, kadınlardan daha fazla şiddete ve istismara maruz kalmışlardır. Ayrıca daha fazla iş tecrübesi olan hemşirenin daha fazla şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır.

3.4. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Araştırmaları

Türkiye’de de sağlıkta şiddet konulu çok sayıda araştırma yapılmıştır. Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalardan örnekler vermek gerekirse;

- Türkiye Psikiyatri Derneği (2018)’nin yaptığı araştırmaya göre kadın sağlık çalışanları %64 oranında, erkek sağlık çalışanları ise %36 oranında şiddete maruz kalmıştır. Şiddet yaşayan sağlık çalışanlarının %45,5’ini araştırma

görevlileri oluştururken, %38,6'sını uzman doktorlar oluşturmaktadır. Şiddete maruz kalma bakımından çalışılan kurum olarak en fazla devlet üniversiteleri (%32,2) yer alırken, daha sonra sırasıyla eğitim araştırma hastaneleri (%27,7), devlet hastaneleri (%16,7) ve ruh sağlığı hastaneleri (%11,4) geldiği tespit edilmiştir. Son bir ay içerisinde hasta ve hasta yakınının fiziksel şiddetine maruz kalma oranı ise %39,4'tür. Ayrıca sağlık çalışanlarının %81,7'si şiddete hedef olmasına rağmen çalışma hayatına devam ettiği ve %67,5'i de şiddet olayını resmi bir kuruma bildirmede yine tespit edilen sonuçlar arasındadır.

- Özdemir-Takak ve Baydar-Artantaş (2018: 103)'ün yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık çalışanları arasından en fazla şiddete maruz kalan meslek grubu doktorlar (%48,65) ve hemşireler (%40,55) olarak tespit edilmiştir. Şiddetin en fazla yaşandığı sağlık kurumu ise %67,60 oranında devlet hastaneleri olduğu sonucuna varılmıştır. Şiddetin yaşanma nedenleri olarak sağlık kurumlarının fazla kalabalık olması (%73), hastaların sabırsız davranması (%65) ve hastaların eğitim seviyesinin düşüklüğü (%54,30) olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların %52,30'u sağlık personellerinin şiddeti hak ettiklerini düşünmektedir. Ayrıca şiddete karşı nasıl tedbir alınmasıyla ilgili sağlık personellerinin verdiği cevaplar ise; %56,30 oranında caydırıcı cezaların uygulanması gerektiği, %53,70'i güvenlik önlemlerinin alınması gerektiği ve %52,70'i ise topluma eğitimler verilmesi gerektiğini düşünmektedir.
- Köse-Tosunöz ve arkadaşlarının (2019: 1) yaptığı araştırmaya göre hemşirelik öğrencilerinin %28,9'u 'fazla' düzeyde şiddete eğilimli olduğu ortaya çıkmıştır.
- Eğici ve Öztürk (2018: 226)'ün yaptığı araştırmaya göre sağlık çalışanları arasından en fazla şiddete maruz kalan meslek grubu %56 oranında doktorlar olduğu tespit edilmiştir. Şiddet türleri arasından en çok sözel şiddet (%100), psikolojik şiddet (%30,9) ve fiziksel şiddet (%29,8) yaşandığı tespit edilmiştir.
- Kayhan-Tetik ve arkadaşlarının (2018: 390) yaptığı araştırmada Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine göre şiddetin yaşanma sebebi en çok "hastaların

hastanede çok bekletilmesi (%61,3)’’ olarak gösterilmiştir. 1. Sınıf öğrencilerinin bu soruya cevabı ise en çok ‘‘hekimin hastayı muayene etmeden ilaç yazması (%28,8)’’ şeklindedir.

- Öztürk ve Toprak (2017: 58)’ın yaptığı araştırmaya göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %46,2’si doktor ve %53,8’i hemşiredir. Sağlık çalışanlarının yaşları ve mesleki deneyimleri arttıkça şiddete maruz kalma düzeyleri de artmaktadır.
- Çuvadar (2017: 68)’ın yaptığı araştırma sonucuna göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %85’i hemşirelerden oluşmaktadır. Şiddet türleri arasından ise en fazla sözel şiddet (%78,3) yaşanmaktadır. Şiddet kaynağı olarak en fazla hasta yakınları (%44,3) gösterilmektedir.
- Kuruöz (2016: 43)’ün yaptığı araştırma sonucuna göre şiddetin yaşanma nedenleri sırasıyla; bekleme süreleri (%74,1), sağlık çalışanlarının kaba davranması (%60,3), hastaların sabırsız olması (%55,3), tedavideki memnuniyetsizlik (%33), tedavide ihmal (%30,2), sağlık personellerinin ilgisizliği (%28,9), adaletsizlik (%25,4), sağlık personellerinin prosedürlerle uğraşması (%24,9), doktorun geç gelmesi (%24,4), yardımcı çalışanın yetersizliği (%24,4), kötü haber alma (%23,6), hastanenin yetersizliği (%19,5), acil olmayan hastaların sağlık personelleri tarafından reddedilmesi (%14,5) olarak gösterilebilir.
- Yaşar (2016: 143)’ın yaptığı araştırma sonucuna göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %65,4’ü doktorlardan oluşmaktadır. Sağlıkta şiddetin yaşanma nedenleri ise medyadaki taraflı yayımlar (%60,9), hastaların ihmal edilme düşüncesi (%59,2) ve hastaların çok bekletilmesi (%58,9) olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanların meslek hayatları boyunca şiddete tanık olma oranı %60,9 iken, şiddete maruz kalma oranı %29,1 olduğu saptanmıştır. Hastanede şiddetin en fazla yaşandığı yerler ise şiddet tanıklarına göre hastane koridorları (%41,4), şiddet mağdurlarına göre klinikler (%25,7)’dir. Şiddet tanıklarının %50,6’sı ve mağdurların %42,9’u ilgili kurumlara şikâyetle bulunmamışlardır.
- Üzümcü (2016: 69)’nün yaptığı araştırma sonucuna göre şiddetin yaşanma nedenleri sırasıyla; sağlık çalışanların iş yükü (%65), hastaların beklentisinin

karşılanmadığı (%58) ve medyada sağlıkta şiddete yönelik haberlerin varlığı (%54) olarak gösterilmiştir.

- Us-Coşkun ve Erdem (2016: 16)'in yaptığı araştırma sonucuna göre %75'nin şiddete maruz kaldığı ve en fazla şiddete maruz kalan grubun ise hekimler olduğu ortaya çıkmıştır.
- Şen-Savaş (2016: 29-32)'in yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarına şiddet türleri arasından en fazla sözel şiddet (%62,9) uygulandığı ortaya çıkmıştır. Şiddete başvuran hastaların travma (%30,9), soğuk algınlığı, mide rahatsızlığı (%25), yaralanma (%19,1), alkol bağımlılığı ya da psikiyatrik sorunlar (%10,3) nedenleriyle şiddet uyguladığı ortaya çıkmıştır. Hastanenin muayene odalarında (%50) ve koridorlarında (%30,9) şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir. Şiddetin uygulandığı gün olarak %57,3 hafta sonu ve %32,4 hafta içi yaşandığı tespit edilmiştir. Ayrıca acil serviste çalışanların mesai saatlerinde (%20,6) ve mesai saatleri dışında (%77,9) şiddetin yaşandığı yine elde edilen sonuçlar arasındadır.
- Öksüz, Uygun ve Özdem (2016: 108-110)'in yaptığı araştırma sonucuna göre şiddete maruz kalan meslek grupları doktorlar (%30), hemşireler (%13,3), doktorlar ve/veya hemşireler (%43,3), hastane personelleri (%3,3) ve güvenlik görevlileri (%6,7)dir. Şiddetin en fazla yaşandığı birimler ise sırasıyla çocuk acil (%23), doğum acil (%20) ve jinekoloji servisleri (%16,7) dir.
- Moursel (2016: 62)'in yaptığı araştırma sonucuna göre şiddete başvuran hastaların %33,3'ü bipolar bozukluğu, %35'i şizofreni hastaları ve %8,7'si depresyon yaşadığı ortaya çıkmıştır.
- Duğan (2015: 174)'in yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarına karşı 69 haberde fiziksel şiddet, 51 haberde hem fiziksel hem sözel şiddet, 11 haberde sözel şiddet, 3 haberde psikolojik şiddet ve 1 haberde cinsel şiddete yer verildiği ortaya çıkmıştır.
- Çatel (2015: 78-83)'in yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma oranı %61,1 iken, son bir sene içerisinde şiddete maruz kalma oranı %48,9'dur. Sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca sözel şiddete (%79,5), fiziksel şiddete (%15,3), psikolojik

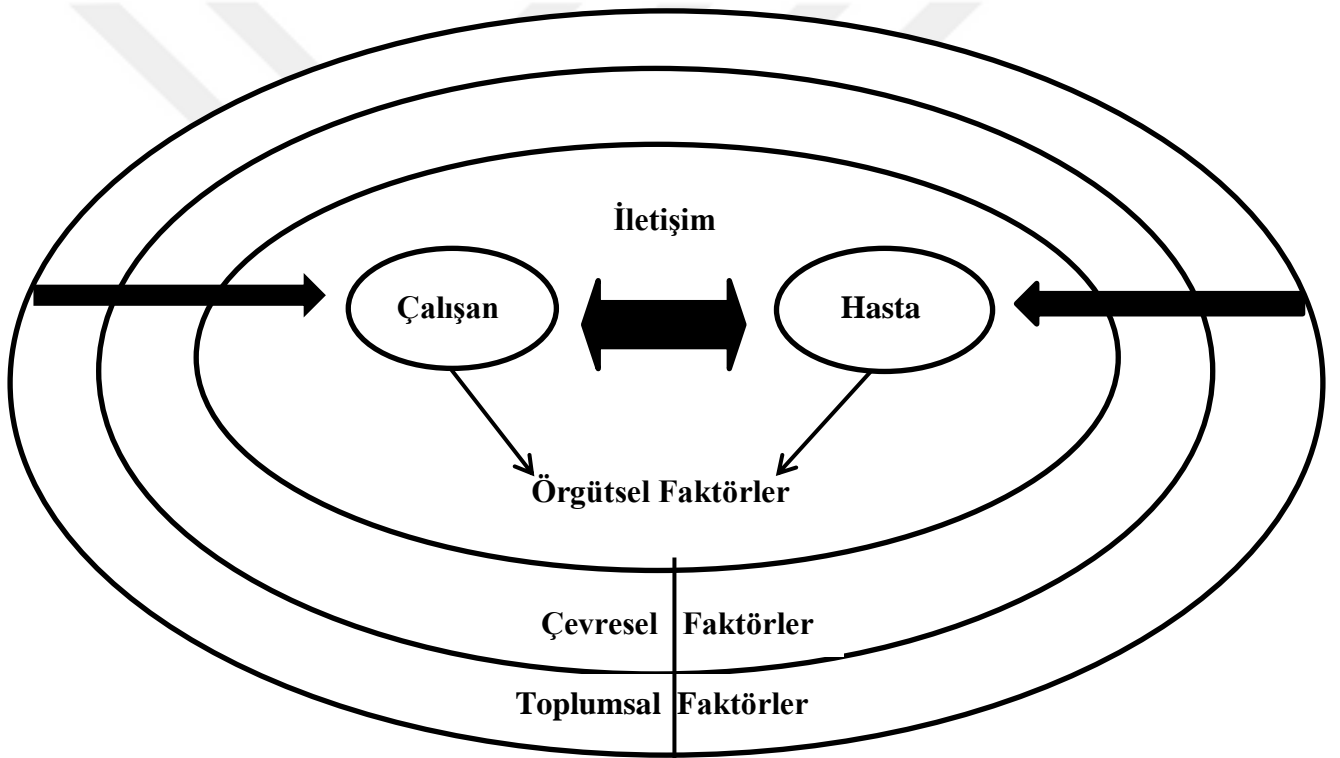
şiddete (%11,4) ve cinsel şiddete (%0,9) maruz kalmışlardır. Hastanenin birimleri açısından şiddete en fazla maruz kalınan alanlar idari alanlar (%25,6), muayene odaları (%20,3) ve koridorlardır (%17,4).

- Yavuz (2014: 111)'un yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık çalışanları psikolojik şiddete hasta yakınları (%56,8), mesai arkadaşları (%8,6) ve hastalar (%4,1) tarafından maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Psikolojik şiddete en fazla maruz kalan meslek grubu ise hemşireler (%29), diğer sağlık çalışanları (%27) ve asistan doktorlar (%20)' dir. Fiziksel ve psikolojik şiddetin en fazla yaşandığı alanlar ise acil birimleri (%20,3), poliklinikler (%19,5) ve kliniklerdir (%14,1).
- Öztürk ve Babacan (2014: 70)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarının %74'ü başka bir sağlık çalışanına sözel şiddet uyguladığı ortaya çıkmıştır. Hastalarda ise bu oran, %35'dir. Sağlıkta şiddetin nedenleri olarak ise bekleme süreleri, hastaların sabırsızca davranması ve sağlık çalışanlarının ilgisizliği gösterilmektedir.
- Karaca (2014: 3)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre doktorlar meslek hayatları boyunca en az bir defa %67,8 oranında şiddete maruz kalmışlardır. Şiddetin yaşanma nedeni olarak ise en fazla doktorların hastalardan gelen gereksiz istekleri reddettikleri (%42,7) olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşadığı şiddet olayını ilgili kurumlara ileten doktorlar ise %24'lük bir orandadır. Ayrıca doktorların %50,1'i sağlıkta şiddeti arttırdığını düşünmektedir. Sağlık Bakanlığının yasal yaptırımları yeniden düzenlemesi gerektiğini düşünen doktorlar ise %79,6 oranındadır.
- Aydın (2014: 68-69)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık personellerinin %55,4'ü son bir sene içerisinde şiddete tanık oldukları ve %31,3'ü ise altıdan fazla şiddet olayına tanık olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık personelleri iş hayatı boyunca %64,1 ve son bir sene içerisinde %49,2 oranında şiddete maruz bırakılmıştır. Şiddet türleri arasından ise en fazla sözel şiddet (%58) yaşanmıştır. Şiddet kaynağı olarak en fazla hasta ve hasta yakınları (%43) gösterilmiştir. Şiddete maruz bırakılan sağlık personellerinin %59,4'ü hiçbir ilgili kurumuna şikâyet başvurusunda bulunmamıştır.

3.5. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri

Sağlık kurumları, şiddetin en fazla yaşandığı iş sahalarından bir tanesidir (Bıçkıcı, 2015: 43). Bu sebeple sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin kaynağı çok yönlü olabilir. Başka bir ifadeyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir (Bıçkıcı, 2013: 48). Şiddetin sağlık personellerine yöneltilmesi, şiddetin belli faktörlerle ilişkili olmasından kaynaklanır (Çatel, 2015: 47). Campos ve Pierantoni (2010: 79-83)'ye göre sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasına neden olabilecek faktörler şekil 10'da yer verilmiştir.

Şekil 10. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet İle İlgili Faktörler



Kaynak: (Campos ve Pierantoni, 2010: 82).

Şekle göre sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasında çalışanların, hastaların, iletişimin, örgütün, çevrenin ve toplumun rolü bulunmaktadır. Çalışanlara ilişkin faktörler; çalışma süresine, yorgunluk düzeyine, çalışanın unvanına ve işindeki profesyonellik düzeyiyle ilişkilidir. Hastaya ilişkin faktörler; hastanın yaşına, cinsiyetine, psikolojik durumuna, alkol veya madde bağımlısı olma düzeyine ve kişilik özellikleriyle ilişkilidir. İletişimsel faktörler; hastayla hekimin arasında

diyaloga, iletişimin yüz yüze gerçekleşmesine ve iletişimin gerçekleştiği ortamda başka birilerinin varlığıyla ilişkilidir. Örgütsel faktörler; hastanenin şiddete karşı güvenlik önlemleri alıp almamasına, iş devir oranlarına ve vardiyalı çalışma sistemi gibi unsurlara bağlıdır. Çevresel faktörler; hastanenin hizmet verdiği çevresel ortamın suç oranları, yoksulluk oranı, madde veya alkol kullanımı, silahlı saldırıların yaşanma düzeyi, çete tarzı olayların yaşanmasıyla bağlantılıdır. Toplumsal faktörler ise; ekonomik duruma, işsizlik oranına, şiddetin toplum tarafından kabul edilmesine ve aile yapısındaki değişikliklere bağlıdır (Campos ve Pierantoni, 2010: 79-83). Avcı- Balcı (2014: 39)'ya göre ise sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının nedenleri ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. ILO anketine göre sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasının nedeni toplumun sosyal ve ekonomik durumu ve sağlık kuruluşlarının çalışma şartlarıdır. Fakat örgütsel sebeplerin bir adım daha önde olduğunu söylemek mümkündür. Çatel (2015: 47)'e göre ise, sağlıkta şiddetin meydana gelme derecesi tüm faktörlerde aynı etkiye sahiptir. Fakat örgüte ait nedenler anahtar rol oynamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetini arz edenler ile sağlık hizmeti talebinde bulunan kişiler, sürekli etkileşim halindedir. Bu etkileşim iletişime dayalı faktörlerin önemini kanıksanamaz olduğunu göstermektedir.

3.5.1. İletişime Dayalı Faktörler

Sağlık personelleri meslek hayatları boyunca hizmet verdikleri bireylerden etkilenmekte ve karşısındaki bireyleri de etkileyebilme potansiyeline sahiptir. Sağlık personelleri açısından iletişimin önemi çok büyüktür (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 20-21). Çünkü sağlık personelleri ile hastalar arasındaki etkileşimin pozitif olması, sağlıklı bir toplum olabilmek adına önem arz etmektedir (Çatel, 2015: 47).

Açık ve doğru bir iletişim gerçekleşmediği takdirde sağlık çalışanları ile hastalar arasında iletişimsel sorunlar yaşanmaktadır (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 21). İletişimsel sorunların nedeni ise iletişim disiplinin boyutlarıyla ele alınmamış olunmasından kaynaklanır. Sağlıkta iletişimin boyutları; kişilerarası ve kitle iletişimi olmak üzere ikiye ayrılır. (Çınarlı ve Yücel, 2013: 40).

- *Sağlık İletişiminin Kişilerarası Boyutu:* Sağlık personellerinin kendi aralarında veya hastalarla olan iletişimini kapsamaktadır (Çınarlı ve Yücel,

2013: 39-40). Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yapılan bilgilendirme yetersiz olduğunda ya da hastayla hekim arasında iletişim kurulamadığında hastalar aldıkları hizmetten şikâyetçi olmaya başlarlar. Ayrıca tıbbi kavramları anlamakta zorluk çeken hastalar, hekimden ve hastaneden memnun olmamaya başlamaktadırlar (Altıntaş, 2006: 24). Konuyla ilgili İngiltere’de yapılan bir araştırma sonucunda hastaların doktorlara soru sormadıkları belirlenmiştir. Sebebi araştırıldığında ise hastaların doktorlardan çekindiği ve verecekleri tepkiden korktukları anlaşılmıştır. Ayrıca araştırmada doktorların hastalara ait bilgi talebinden habersiz olduğu, doktorların kullandıkları tıbbi terimlerin hastalar tarafından anlaşılmadığı ve doktorlarda bu durumu kendi lehlerine çevirerek hastalara daha çok yatıştırıcı ilaçlar ve antibiyotikler verdiği saptanmıştır. Bu sorunların özünde hastalık psikolojisi ve sağlık personellerinin kullandığı tıbbi terminoloji gelmektedir (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 20-21). Bu sebeplerden ötürü iletişimde engeller yaşandığı düşünülmektedir (Çatel, 2015: 50).

- *Sağlık İletişiminin Kitle Boyutu:* Sağlıkla ilgili olan tutumların veya mesajların tasarlanarak medya araçlarıyla hedef kitleye aktarmasına yönelik çabaları kapsamaktadır. Gazeteler, haberler, reklamlar gibi yaygın araçlarıyla halk sağlığı enformasyonlarının iletilmesi ve halk sağlığına yönelik siyasaaların belirlenmesi için platform oluşturmaya yönelik çabaları içerir. Medyanın yanlış veya hatalı bilgi aktarmasında ise sağlık iletişiminin kitle boyutunda sorunlar yaşanabilir (Çınarlı ve Yücel, 2013: 39-40). Bıçkıcı (2013: 48)’ya göre sağlık personellerinin yaşadığı iletişimsel aksaklıkların önüne geçebilmek için bu konuda medyaya düşen görev, hatasız ve doğru bilgiler aktarmaktır.

3.5.2. Örgütsel Faktörler

Sağlık kurumlarında şiddetin bir diğer faktörü örgütsel faktörlerdir. Kurumlarda örgütsel kuralların ve sınırlılıkların olması şiddet için bir risk faktörüdür (Çatel, 2015: 47). Leather (2002: 17-18) ise sağlık hizmetlerinde şiddetin yaşanmasındaki en önemli hususun hastanedeki yasal sınırlar olduğunu ifade etmiştir. Hastalar genellikle hastanedeki kuralları ve yönetmelikleri uygulamak

istememektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada elde edilen bilgilere göre hastane kurallarını ığnemek isteyen psikiyatri hastaları, hastane içerisinde sigara içmek istemiştir. Fakat sağlık çalışanlarından ikaz almaları sonucunda hemşirelere şiddet uyguladıkları ortaya çıkmıştır.

Bıçkıcı (2013: 48)' ya göre sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasına etki eden örgütsel faktörler; uzun bekleme süreleri, hastanelerin fazla kalabalık olması, hastanenin güvenliği ile ilgili problemler ve kriz yönetimindeki eksikliklerdir. Alioğlu (2014: 18)' na göre ise sağlıkta şiddetin oluşmasına neden olan örgütsel faktörler; adam kayırma, iltimas sağlama, sağlık çalışanlarının iletişim konusundaki eğitim yetersizliği, kriz yönetimindeki eksiklik, sağlık kurumlarının idaresinde verimsizlik, ticarileşme ve sağlıkta çok sık değişen uygulamalardır. Altıntaş (2006: 22-23)'a göre ise hastanelerdeki kuyruk problemi, sağlık çalışanlarının rahat bir ortamda mesleklerini icra edememeleri, vardiya sistemi, sağlık çalışanlarının saldırganlık ile karşılaştıklarında ne yapacakları konusundaki bilgi eksikliği ve tecrübesiz olmalarından kaynaklanmaktadır. Aydın (2014: 13-15)'a göre ise sağlık personellerinin odada tek başına bulunması ve hastane otoparkının çevresel düzenlemede eksik oluşu sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasındaki örgütsel faktörlerden bazılarıdır. Us-Coşkun ve Erdem (2016: 21)'e göre ise alt yapı ve donanım eksikliği, randevuların gecikmesi, yatak kapasitesinin sınırlı olması, iltimas ve adam kayırmacılığın yaşanması gibi faktörler şiddete zemin hazırlamaktadır. Altıntaş (2006: 26-27)'a göre ise hastaneye ilişkin kurallar ve yasal sınırlılıklar, görevlerin ve sorumlulukların monoton hale gelmesi, sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olması, yetersiz ücret ve iş hayatında ykselememe gibi unsurlar şiddete neden olabilmektedir. Ayrıca izin imknlarının kısıtlı olması, üst-ast ilişkisinde nedensiz güç kullanımı, haksız rekabet, sağlık personellerine yeterli eğitimin verilmemesi, değişimlere ve yeniliklere kapalı olunması ve kurum içerisinde birlik duygusu bulunmadığından dolayı şiddet oluşmaktadır. atel (2015: 48)'e göre ise çalışan devir hızının fazla olması, istihdam maliyetlerinin artması, personellerin motivasyon ve iletişim eksikliği örgütsel faktöre sebebiyet verebilecek hususlar arasındadır. Büyükbayram ve Okçay'a (2013: 50) göre ise; 24 saat zaman diliminde aralıksız hizmet sağlanması, sağlık çalışanın yeterli sayıda olmaması, hastaların uzun süre beklemesine rağmen sağlık hizmetinden yeterli miktarda yararlanamamaları ve

kurumsal kaynaklı (ilaç, yatak, cihaz vs.) eksiklikler şiddetin oluşumuna sebebiyet vermektedir. Ayrıca koridor, oda ve servislerin kötü ışıklandırılmış olması, çalışma ortamının uygunsuzluğu ve sağlık bakım sisteminin ve sağlık teknolojilerinin hasta beklentisini tam karşılayamaması sağlıkta şiddetin örgütsel faktörleri arasında olabileceğini düşündürmektedir. Hastane yöneticileri bu gibi durumların yaşanmaması için şiddeti azaltabilmek amacıyla tedbirler almak zorundadır (Çatel, 2015: 47).

3.5.3. Çevresel Faktörler

Sağlık kuruluşunun hizmet verdiği çevresel ortam, şiddetin oluşmasında önemli bir etkidir. Çünkü kurumun hizmet verdiği çevresel ortamın suç oranları, kültürel yapısı, yoksulluk oranı, madde veya alkol kullanımı, silahlı saldırıların yaşanma düzeyi, mafya ya da çete tarzı olayların yaşanması hastaneleri olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. (Çatel, 2015: 48). Ayrıca bu durum hastane içerisindeki gerilimi de arttırmaktadır. Gerilim, hastanelere ve hekimlere karşı önyargıların oluşmasına veya hekim aleyhinde tavır alarak söylentilerin çıkmasına sebebiyet vermektedir. Bu gibi durumlarda şiddetin yaşanması da söz konusu olabilmektedir (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 21).

3.5.4. Toplumsal Faktörler

Sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasına neden olan bir diğer faktör ise toplumsal faktörlerdir (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 21). Sağlıkta şiddet, toplum üzerinde güvensizlik duygusu ve iletişimsel problemler yaratmaktadır (Arpacı, 2011: 21). Ayrıca değersizlik hissi ve topluma karşı yabancılaşma da diğer olumsuz etkilerden bazılarıdır (Yeşilbaş, 2016: 47).

Toplumsal faktörlere bağlı olarak sosyokültürel ve ekonomik etkenlerin birleşimi sosyo-ekonomik etkenleri meydana getirir. (Çatel, 2015: 49). Aydın (2014: 13-14)' a göre sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasındaki sosyo-ekonomik etkenlerin başında toplumsal gelir dağılımındaki düzensizlik gelir. Toplumsal kaynakların yetersiz olması ve geçmişte de bu durumun tekerrür etmesi sağlığa olan güveni azaltmaktadır. Düşük güven veya güvensizlik ise sağlık hizmetlerine kuşku

duyulmasına neden olur. Bu durum şiddetin yaşanmasında etken olabilmektedir. Ayrıca şiddetin toplumdaki suç oranları ile ekonomik etmenler arasında pozitif bir ilişki vardır. Toplumdaki zorbalık ve şiddete dayalı suç eğilimindeki artış, toplumlar arası sosyo-ekonomik koşulların farklılığından kaynaklanır. Bu farklılık özellikle bir toplumda işsizlik ve suç oranları arttığında daha fazla görülür (Çatel, 2015: 48-49). Altıntaş (2006: 24-25)'a göre ise sağlık kurumlarındaki kaynakların yeterliliği ve eşit dağılımı hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Hastane kaynakları yetersiz olduğunda toplumun memnuniyet seviyesi düşer. Bu durum ise şiddetin artmasına neden olur. Aydın (2014: 14-15)'a göre ise sağlıkta ekonomik sorunlar ve toplumsal koşulların yarattığı birtakım problemler (tahammülsüzlük, iletişim sorunu, empati sorunu ve toleranslı olamama vs.) hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz yönde etkilemektedir. Olumsuz etkileşim ise sağlıkta şiddeti meydana getirir (Us Coşkun ve Erdem, 2016: 21).

3.5.5. Hastaya İlişkin Faktörler

Şiddet, çok sayıda meslek üzerinde egemenlik kurduğu bir gerçektir (Leather, 2002: 15). Sağlık kurumları, şiddetin en fazla yaşandığı iş sahalarından bir tanesidir (Bıçkıcı, 2015: 43). Leather (2002: 15)'a göre de sağlık sektöründe azımsanamayacak kadar şiddet vakaları yaşanmaktadır. Sağlık personellerine yönelik şiddetin birçok kaynağı olabilir (Keser-Özcan ve Bilgin, 2011: 1443). Genellikle şiddetin kaynağını hastalar, hasta yakınları, hasta ziyaretçileri ya da çalışma arkadaşları tarafından oluşmaktadır (Aydın, 2014: 13).

İngiltere'de yapılan bir araştırmada sağlık personeline yönelik gerçekleştirilen şiddetin, %23'ü hastalar ve %15,5'i de ziyaretçiler tarafından gerçekleştiği ortaya çıkmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011: 10). Duğan (2017: 401)'a göre ise sağlıkta şiddet, hasta ve hasta yakınları tarafından gerçekleştirilir. Daha çok fiziksel ve cinsel saldırı yönündedir. Günaydın ve Kutlu (2012: 1)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise yaşanan şiddet olaylarının %56,7'si hasta yakınlarından ve %37,4'ü hastalardan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Sağlık-Sen (2013: 60)'in yaptığı araştırmaya göre ise şiddete maruz kalanların %56,9'u hasta yakınlarından, %31,8'i hastalardan, %5,3'ü iş arkadaşlarından ve %5,4'ü yöneticiler tarafından gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ataman ve Aba (2016: 23)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise

şiddetin %47,3'ü hastalardan ve %52,7'si ise hasta yakınlarından gelmektedir. Bıçkıcı (2013: 48) 'ya göre ise sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin öncül kaynağını hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca Avrupa ve Amerika'da sağlık kurumlarında yaşanan saldırıların %86'sı ve Brezilya'da %74'ü hastalar tarafından gerçekleştirildiğini de ifade etmektedir.

Akça ve arkadaşlarına (2014: 3) göre saldırgan kişiler bakım hizmetlerinden mümkün olduğunca yararlanamadığını düşünen kişilerdir. Bıçkıcı (2013: 48)'ya göre ise genellikle 30 yaş altı erkek bireylerdir. Yaşları 16 ile 25 arasında değişebilir. Sosyo-ekonomik durumları yetersizdir. Hastanenin içerisinde yasal olmayan sebeplerle silah taşıyan kişilerdir. Otoriteyle sorunları vardır. Daha önce tutuklanma cezası almış kişilerdir. Mental davranışlarında bozukluk vardır. Hasta yakınları da sürekli bir stres içerisindedir. Büyükbayram ve Okçay'a (2013: 47-50) göre ise saldırganlık davranışı gösteren hastalarda ortak olarak kendi hastalıklarının daha acil olduğu düşüncesi bulunmaktadır. Hekimlerin karşısında kaygı, gerilim ve korku yaşayan hastalardır. Toplumsal hayattan dışlanan, yoksulluk yaşayan ve ruhsal sağlığı bozuk olan kişilerdir. Bu kişiler yasadışı maddeler de kullanabilir. Annagür'e (2010:166) göre ise saldırgan hastalar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanan kişilerdir. Nörolojik olarak alzheimer veya beyin disfonksiyonu (beyin hasarı) gibi rahatsızlıkları taşımaktadır. Mutlu (2010: 10)'ya göre ise 30'lu yaşlarda, silaha erişimi olan ve ordudan atılmış kimselerdir. Bıçkıcı (2013: 48)' ya göre ise eğitim düzeyi düşük, kurallara uymayan ve stres yaşayan hastalardır. Altıntaş'a (2006: 25) göre ise, ailesinden veya yakınlarından birini kaybetmiştir. Psikolojik sorunları vardır. Davranışsal bozukluk yaşıyor. Aydın (2014: 13-15)' a göre ise; kendilerine öncelik verilme isteği bulunduran kişilerdir. Hastane içerisinde silah taşırlar. Psikiyatri hastaları şiddete daha meyillidir. Doktorların otonomisini (özerklik) sorgularlar. Hekimlere zorla rapor yazdırmaya çalışırlar. Yeşildal (2005: 296)'a göre ise alkol veya madde bağımlısı olan psikiyatrik hastalar sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasında daha fazla etkilidir.

3.5.6. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Faktörler

Her sağlık çalışanı, potansiyel olarak şiddet mağduru olmaya adaydır. Sağlık sektörü her yaş grubu ve cinsiyetteki insanlara hizmet verdiğinden dolayı diğer sektörlere göre daha riskli hizmet grubudur (Alioğlu, 2014: 17).

Sağlık çalışanlarına ilişkin faktörler arasında cinsiyet farklılığı, meslekleri riskli hale getiren bir unsurdur. Örneğin kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına göre daha riskli gruptur (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 20). Özellikle genç ve küçük fiziksel yapıya sahip kadın çalışanların daha fazla şiddete uğradıkları birçok araştırmada istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Annagür, 2010: 165). Fakat Campos ve Pierantoni (2010: 79-83)' ye göre sağlık hizmetleri, diğer hizmet dallarından farklı olarak, şiddete uğrama bakımından cinsiyet farklılığı bulunmadığı bir sektördür. Çünkü sağlık hizmetinde çalışan herkes potansiyel bir şiddet mağdurudur. Akçalı ve arkadaşlarının (2017: 42) yaptığı çalışmaya göre ise bu sonuca benzer olarak tüm sağlık çalışanlarının şiddete uğrama konusunda cinsiyet farkının bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Fakat 30 yaş altındaki genç çalışanların şiddete daha fazla maruz kaldığı ifade edilmiştir. Bu konuda Liss ve McCaskell'in yaptığı araştırmada ise şiddete en fazla uğrayan grubun erkek çalışanların olduğu saptanmıştır (Leather, 2002: 16). Ataman ve Aba (2016: 23)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %63,2'si kadın iken, %36,8'i erkek çalışanlar oluşturmaktadır. Sağlık-Sen (2013: 75)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddete maruz kalmayan kadın sağlık çalışanlarının oranı %17,5 iken, erkek sağlık çalışanlarının oranı %20,4'dür.

Meslek grupları olarak bakıldığında, sağlıkta şiddet riskinin yüksek olmasında en çok hemşirelerin payı bulunmaktadır. Özellikle acil servisler, psikiyatri servisleri, yoğun bakım üniteleri, yaşlı bakım üniteleri ve cerrahi birimler de çalışan hemşireler en fazla şiddete uğrayan sağlık çalışanlarıdır (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 49). Leather'a (2002: 11-16) göre ise, psikiyatri veya acil servislerde çalışan hemşirelerin en fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Ataman ve Aba (2016: 22)'nin yaptığı çalışmaya göre ise şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %43,4'ü doktor, %37,5'i hemşire, %19,1'i ise diğer sağlık personellerinden oluştuğu ortaya çıkmıştır. Baran-Aksakal ve arkadaşlarının (2015: 1360) yaptığı çalışmaya göre ise

fiziksel şiddet, sözlü şiddet ve mobbing prevalansının hemşireler arasında yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Fakat birçok araştırmacıya göre ise, hemşirelerden ziyade psikiyatristlerin, pratisyen ve uzman hekimlerin, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların, danışmanların ve hastalarla etkileşim içerisinde olan tüm sağlık çalışanlarının da şiddete maruz kaldığı sonucuna da yer verilmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 49).

Leather (2002: 17) sağlık sektöründe işe alım gerçekleştirilirken, yöneticilerin daha önce saldırıya uğramış olan personeli işe aldığını ifade etmiştir. Annagür (2010: 165)'ün yaptığı araştırmaya göre sağlıkta şiddet riskinin yüksek olmasında sağlık çalışanlarının mesleki tecrübesinin etkisi bulunmaktadır. Baran-Aksakal ve arkadaşlarının (2015: 1361) yaptığı çalışmaya göre ise 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 13 yıl üzeri çalışan sağlık personellerinin yüksek oranda sözel şiddet yaşadığı tespit edilmiştir. Dal (2018: 76)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise 4 yıldan az çalışanlar (%68,8), 5-9 yıl arası çalışanlar (%79,4), 10-14 yıl arası çalışanlar (%76,9) ve 15 yıl üzeri çalışanlar (%72,7) sağlık kuruluşunda en az bir defa psikolojik şiddete maruz kalmıştır.

Sağlık çalışanlarının eğitimi açısından bakıldığında, eğitim seviyesinin düşük olması şiddetin sıklığını ve derecesini etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkabilmektedir (Altıntaş, 2006: 25). Bu konu hakkında 10 Avrupa ülkesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hemşirelere daha fazla şiddet uygulandığı ortaya çıkmıştır (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 49). Sağlık-Sen (2013: 90)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise, lise mezunu sağlık çalışanlarının %32,9'u, ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının %23'ü, lisans mezunu sağlık çalışanlarının %20,2'si ve yüksek lisans ya da doktora mezunu sağlık çalışanlarının %22,9'unun şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Öztunç (2001: 7)'un yaptığı araştırma sonucuna göre ise meslek yüksekokulu mezunlarının sözel tacize uğrama oranı %84 iken, sağlık meslek lisesi mezunlarının fiziksel saldırıya uğrama oranı %20,5 olduğu ortaya çıkmıştır. Lisans mezunlarının ise sözel, cinsel veya fiziksel şiddet yaşadığı bilgisine rastlanmamıştır. Dal (2018: 76)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre en fazla psikolojik şiddet yaşayan hemşireler sırasıyla sağlık

meslek lisesi mezunları (%60), ön lisans mezunları (%73,5), lisans mezunları (%79,1)ve yüksek lisans mezunu (%90,9) şeklindedir.

Baran-Aksakal ve arkadaşlarının (2015: 1361) yaptığı çalışmaya göre ise 40 saatten fazla çalışan sağlık çalışanlarına daha fazla şiddet uygulandığı ortaya çıkmıştır. Sağlık-Sen (2013: 62-93)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise haftalık 40 saat ve 40 saatten az çalışanların şiddete uğrama oranı %78 iken, 40 saatten fazla çalışanlarda %85,6 olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca şiddet genellikle mesai ve nöbet saatlerinde yaşanmaktadır. Aynı çalışmada mesai saatinde şiddet yaşanma oranı %64,5 iken, nöbet sırasında yaşanma oranı %33,9 olduğu ortaya çıkmıştır. Çamcı ve Kutlu (2011: 11-14)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %63,7'si gece ve gündüz dönüşümlü olarak çalışmaktadır. Ayrıca şiddetin yaşanma sıklığı olarak en fazla 16.00-20.00 saatleri olduğunu da belirtmiştir. Öztunç (2001: 6)'un yaptığı çalışmaya göre ise gece mesailerinde şiddetin gündüz mesailerinden daha fazla yaşandığı ortaya çıkmıştır. Ergün ve Karadakovan (2005: 155-159)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre sağlık kurumlarında şiddetin, gündüz mesailerinde daha fazla yaşandığı ortaya çıkmıştır.

Annagür (2010: 167)' e göre sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri haricinde sergiledikleri tavır ve davranışlar şiddetin oluşmasında rol oynamaktadır. Özellikle hastalara karşı sesini yükseltmek şiddeti başlatmaya yönelik temel nedendir. Altıntaş'a (2006: 25) göre ise sağlık çalışanlarının gösterdiği tavırlarda şiddete neden olabilen etmenler sırasıyla;

- Hastaların tutum ve davranışlarına sabır göstermemek,
- Hastalara gösterilen tolerans seviyesinin düşük olması,
- Ailevi sorunları hastane içerisine taşımak,
- Eğitim düzeyi açısından kendini üstün görmek,
- Sağlık çalışanları arasında meydana gelen içsel yarışma ve rekabet,
- Sağlıkta üst-alt ilişkisi,
- Sağlık çalışanların birbiri üzerinde gerçekleştirdiği duygusal baskıdır.

3.5.7. Medyaya İlişkin Faktörler

Sağlıkta şiddetin önüne geçebilmek, yalnızca teknik alt yapıyla mümkün değildir. Toplumdaki şiddet kültürü, cinayetler, adalet mekanizmasının sanık lehinde duruşu, yasaların ve hukukun istenmeyen kararlar vermesi ya da 'kendi adaletini kendin yarat'' düşüncesi şiddeti başlatmaya yönelik etmenlerden birkaçıdır (Kuruöz, 2016: 7).

Günümüzde özellikle gazetelerde yayınlanan sağlık çalışanlarına dayalı haberler ilgi görmektedir. Sağlık personellerini kötüye yoracak haberler yayınlandığında, toplumda ciddi derecede bir tepkisellik ve ajitasyon meydana gelmektedir. Siyasetçilerin bu konuyla ilgili açıklamaları ise, sağlık personellerinin toplumun gözünde iyice değersizleşmesine sebep olmaktadır. Medya sorunları sağlık çalışanlarına atfetmesi, sağlık çalışanlarını ayırt etmeden suçlaması sağlıkta hizmet ve kişisel başarısızlıklarının oluşmasına yol açmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarının tanınan kişiler olmalarından ötürü kötü bir geçmişe sahip bir kişi olarak tanınmasına da sebebiyet vermektedir (Kuruöz, 2016: 7-8). Ayrıca sağlıkta şiddetin yaşanmasında medyadaki provakatif haberlerin de etkisi olduğu söylemek mümkündür (Bıçkıcı, 2013: 48). Aydın (2014: 13-15)' a göre ise bu durum sağlıkta şiddeti arttırmaktadır. Çünkü olayları yanlış değerlendiren veya taraflı değerlendiren medyacılar, sağlık personellerini toplumun gözünde itibarsızlaştırmakta ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamaktadır. Duğan (2017: 403)'a göre ise medya gündeminde sağlık çalışanlarına yönelik sürekli ve yoğun olarak olumsuz haberler yer almaktadır. Bu durumdan toplum da etkilenmektedir. Büyükbayram ve Okçay (2013: 50) ise, sağlık personelleri hakkındaki medyadaki negatif haberlerin nedenlerini şu şekilde açıklamaktadır.

1. Medya, sağlık alanındaki eksiklikleri yansıtırken reel ve tarafsız değildir.
2. İsteyerek ya da istemeyerek sağlık çalışanlarını hedef göstermektedir.
3. Medya, sağlık çalışanlarını günah keçisi haline getirmiştir.
4. Tıbbi hata ile komplikasyon arasındaki fark tanım olarak insanlar tarafından bilinmemektedir.

3.6. Sağlıkta Şiddetin Etkileri

Sağlıkta şiddet özellikle son dönemlerde artarak devam eden bir sorundur. Sağlık kurumları amacına hizmet edemeyen bir kurum haline dönüşmesinde sağlıkta şiddetin payı çok yüksektir (Avcı Balcı, 2014: 35). Sağlıkta şiddet, birden fazla kaynaktan meydana gelebilir. Bu kaynaklar hastalar, hasta yakınları, ya da iş arkadaşlarından oluşmaktadır. Bu saldırıların bazıları kasıtlı gerçekleşirken, bazıları da kasıtsız olarak gerçekleşebilir. Örneğin bir hekime fiziksel şiddet uygulamak (dövme, itme, sırtma, ısırma vs.) kasıtlı bir davranış olabiliyorken iken, akıl sağlığı yetersiz bir hastanın hemşireye vurması kasıtsız gerçekleşen bir şiddeti meydana getirebilir (Campos ve Pierantoni, 2010: 79-83). Wiskow sağlıkta şiddetin tarafları arasında 7 kombinasyonu olduğunu ileri sürmektedir. Bu kombinasyonlar;

1. Sağlık çalışanı-sağlık çalışanı
2. Sağlık çalışanı- hasta/hasta yakını
3. Sağlık çalışanı - diğer hizmet satın alıcıları
4. Sağlık çalışanı – hasta/hasta yakınları - diğer hizmet satın alıcıları
5. Hasta/hasta yakını - hasta/hasta yakını
6. Diğer hizmet satın alıcısı - diğer hizmet satın alıcısı
7. Hasta/ hasta yakınları - diğer hizmet satın alıcıları şeklindedir (Çatel, 2015: 25).

3.6.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Etkileri

Sağlık çalışanına yönelik şiddet günümüzde artarak devam eden dünya çapında halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmektedir (İlhan vd., 2009: 16). Baran-Aksakal (2015: 1360)'a göre sağlık sektöründeki çalışanların %50'sinden fazlası şiddete maruz kalmaktadır. Bu durumda şiddetle karşılaşan sağlık personelinde ise ilk olarak moral bozukluğu oluşmaktadır (Çatel, 2015: 51). Hastanelerin birçoğunda hizmet veren sağlık çalışanları bu sebeple kendilerini güvende hissetmemektedir. Bu durum sağlık hizmeti için önemli bir sorundur (Kuruöz, 2016: 7). Ayrıca sağlık çalışanları şiddete maruz kaldıklarından dolayı, hem kişisel sağlıklarında hem de iş hayatlarında problemler yaşamaktadır (Annagür, 2010: 169).

Avcı Balcı (2014: 41)'ya göre şiddetin sağlık personellerinde yaratabileceği etkiler; iş hayatında devamsızlık yaşama, sosyal çevrede ilişkilerin azalması işten memnun olmama, işgücü devir hızında artış, stres sahibi olma ve özgüvende eksiklik şeklinde sıralanabilir. Şenyurt (2008: 12)' a göre ise şiddet, sağlık çalışanın ölmesine ya da kalıcı olarak sakat kalmasına sebep olmaktadır. Ayrıca çalışanlarda akut sinir bozukluğu ve travma sonrası sinir bozukluğu da meydana gelebilir. Aydın (2014: 12)' a göre ise şiddete uğrayan sağlık çalışanları motivasyonun da azalma, hastanede kendini değersiz hissetme ve iş günü kaybı yaşamaktadır. Yakut ve arkadaşlarına (2012: 148) göre ise şiddet, sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu ve sundukları hizmetin kalitesini düşürmektedir. Kuruöz (2016: 6)'e göre ise şiddet, ilk olarak sağlık çalışanlarının mesleki performanslarında düşüş yaşamasına sebebiyet vermektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının verimlilik ve üretkenlikte azalma meydana gelmesi ise iş hayatına etki edebilecek olumsuz faktörlerden bazılarıdır (Aydın, 2014: 12).

Bu konuda Kanada'da yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %25'i ilk mesailerinde, %24'ü ilk bir haftasında ve %19'u ilerleyen zamanlarda kötü performans sergilediği saptanmıştır (Annagür, 2010: 169). Ayrıca aynı çalışmada sağlık personelleri çok fazla şiddete uğradıklarından dolayı iş değiştirdikleri veya çalışma hayatına katılmak istemedikleri yönünde de bir sonuca ulaşılmıştır (Atık, 2013: 2). Konuyla ilgili ABD'de yapılan farklı bir araştırmada ise, şiddet sebebiyle yılda yaklaşık 1,8 milyon işgücü kaybı yaşandığı ortaya çıkmıştır (Çatell, 2015: 51). Yine başka bir araştırmada, sağlık çalışanlarının şiddetten dolayı çalışma hayatına katılmak istemedikleri ortaya çıkmıştır. Bu sebeple %73'ünün hasta ve hasta yakınlarından korktuğu ve %74'ünde de iş tatmininin azaldığı çıkan sonuçlar arasındadır (Kuruöz, 2016: 6).

Şiddet sonrası sağlık çalışanlarında uzun süreli psikolojik rahatsızlıklar meydana gelebilir. Öfke, sinirlilik, özgüven eksikliği, depresyon ve dikkat dağınıklığı gibi rahatsızlıklar, bir süre sonra sağlık çalışanlarının hizmet sunumunda hataların artmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine sebep olabilir (Kuruöz, 2016: 6-7). Ayrıca Büyükbayram ve Okçay'a (2013: 51) göre iş hayatından memnun olmama, huzursuzluk, bitkinlik, hayal kırıklığı, uyku problemleri, kâbuslar görme,

özgüvende azalma, mesleğe olan saygısında azalma, tükenmişlik, ilişkilerde aksaklık, cinsel problemler, işini bırakma, intihar etme gibi hususlar bireylerde şiddet sonrası ortaya çıkabilecek etkenler arasındadır.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı şiddetten ötürü meydana gelen tahribatlar yeterince fazladır. Fakat sağlık çalışanlarının şiddetten dolayı ne kadarının intihar ettiği veya ne kadarının intihara meyilli olduğunu gösteren araştırmalar yok denecek kadar azdır (Kuruöz, 2016: 7). Sarıbyık (2012: 10), bu konuyla ilgili olarak sağlık çalışanlarının %40'nın şiddeti bildirmediklerini ifade etmiştir. Türkiye'de ise 2006 senesinde konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43,5'i haklarını aramadıkları, %56,2'sinde anksiyete veya irritasyon belirtileri görüldüğü ve %87,8'inin tedavi olmadığı ortaya çıkmıştır (Çatel, 2015: 52). Ayrıca Samsun'da psikiyatri kliniğinde gerçekleştirilen farklı bir araştırmada, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının stres ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Annagür, 2010: 169). Bu durumda şiddete uğrayan sağlık çalışanın psikolojik destek almasında yarar vardır. Ayrıca sağlıkta şiddet sorunu çözümü bulunamayacak hale gelmeden, problemin sebeplerini somut bir şekilde ortaya koyarak, önlemler alınmalıdır. Yapılacak önlemler planlanırken hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun görüşleri de dikkate alınmalıdır. Her iki tarafında ihtiyaçlarını karşılayabilecek çözümler sunulmalıdır (Kuruöz, 2016: 7).

3.6.2. Sağlık Hizmetleri Sunumu Açısından Etkileri

Hastaların hekimlerden beklentileri, hekimlere bakış açıları ve sağlık hakkındaki düşünceleri "sağlık inancı modelini" oluşturmaktadır. Çünkü şiddet hastaların düşünceleri, beklentileri veya istekleri karşılanmadığında ortaya çıkmaktadır. (Çatel, 2015: 52).

Şiddet, sağlık hizmetinin güvensiz bir ortamda, düşük motivasyonla ve kalitesiz bir şekilde sunulmasına yol açmaktadır (Yeşilbaş, 2016: 45). Şiddete uğrayan sağlık çalışanları genellikle iş hayatlarında devamsızlıklar yaşamaktadır. Ya da moral bozukluğu yaşadığından dolayı, iş verimi düşmekte veya işten ayrılmaktadır. Bu durumda sunulan sağlık hizmetinde aksaklıklar meydana gelmektedir (Duğan, 2015: 115).

Çatel (2015: 52)'e göre eğitim-araştırma veya devlet hastanelerinden farklı olarak özel hastanelerde, hekim-hasta arasındaki ilişki daha normal boyuttadır. Özel hastanelerde çalışan doktorlar, devlet hastanelerine kıyasla hastaların beklentilerini veya isteklerini karşılamak için çok daha fazla gayret göstermektedir. Bu sebeple özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının çok daha az düzeyde şiddete uğradıkları düşünülebilir.

3.6.3. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Yönelik Etkileri

Sağlıkta şiddetin personeller üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu gerçektir. Fakat sağlık çalışanlarına olduğu kadar sağlık kurumlarının üzerinde de negatif etkileri bulunmaktadır (Çatel, 2015: 53). Sağlık-Sen (2013: 31)'e göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının sağlık kurum ve kuruluşlarına yönelik etkileri; iş hayatında başarısızlık, iş kazaları, iş gücünde kayıp ve güvenliği arttırmaya yönelik maliyettir. Aydın (2014: 12)' a göre ise verimlilik ve üretkenlikte azalma, hizmet kalitesinde bozulma, hastanenin imaj kaybı ve hasta sayısında azalma görülebilecek olumsuz faktörlerden bazılarıdır. Şenyurt (2008: 12)' a göre ise şiddet, tıbbi ve yasal masraflara, istirahat ve kaza tazminatı harcamalarına neden olmaktadır. Ayrıca çalışan moral kaybı yaşayacağından dolayı işyerinde üretkenlik kaybına da sebebiyet vermektedir. Bu konuyla ilgili Kanada'da da şiddet yaşayan acil sağlık hizmeti çalışanları arasında gerçekleşen bir araştırmada 106 kişinin katılımıyla kesitsel bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre şiddete maruz kaldıktan sonra %74'ünün iş tatmin duygusunun azaldığı ortaya çıkmıştır (Çatel, 2015: 53). Bu sebeple şiddete uğrayan çalışanların psikolojik destek almadan yaşantıya devam etmesi olanaksızdır. Yoksa bu durum hem iş tatminini azaltır hem de işletmelerde iş gücü kaybında artış yaşanmasına sebebiyet vermektedir. Ayrıca kurum hatanın büyüklüğüne göre ciddi derecede mali kayıplar da yaşayabilmektedir (Kuruöz, 2016: 6-7). Bu durumun yaşanmaması için sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeyi veya azaltmayı amaçlayan müdahaleler gerçekleştirilmelidir. Şiddetin nedenleri hakkında geçerli ve uygun bir anlayışla bilgilendirilme yapılmalıdır. Ayrıca şiddet yaratabilecek her bir risk unsuru analiz edilmelidir (Leather, 2002: 15).

3.6.4. Toplumsal Düzeyde Etkileri

Sağlık personellerinin şiddete maruz kalması sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumdan ise en çok zarar gören toplumun kendisi olmaktadır. Çünkü şiddetin toplum üzerinde büyük bir etkisi vardır (Çatel, 2015: 53).

Şiddet, sağlıkta maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Çatel, 2015: 53). Sağlık kurumlarında şiddet, ülke genelinde toplam maliyetlerin artmasına sebebiyet veren bir unsurdur. Bu maliyetlerin içerisinde en büyük paya sahip olan; sağlık bakım maliyetleri, uzun dönemli rehabilitasyon maliyetleri, malulen emekliliğin artması sonucu oluşan maliyetler ve sağlık çalışanlarının sakat kalmasına sebep olan engellilik maliyetleridir (Aydın, 2014: 12). Bu konuyla ilgili British Columbia İşçi Tazminat Kurulunun yaptığı bir çalışmaya göre Kanada'da iş yerinde şiddet sonucunda 1985 yılından bu yana ücret kayıplarının %88 arttığı görülmüştür (Çatel, 2015: 53). Amerika'nın Adalet Bakanlığının yayınladığı raporuna göre ise 1,7 milyon kişi şiddetten dolayı 55 milyon dolar gelir kaybı yaşadığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca sağlık kurumlarının 4,2 milyar dolar maliyet borcu olduğu da bildirilmektedir (Aydın, 2014: 12). Çatel (2015: 53-54)'e göre ise, sağlıkta şiddetin sebebiyet verdiği ekonomik kayıpların maliyete dönüşmesinin asıl nedenleri sırasıyla;

- Sağlık politikacılarının alt yapıdaki noksanlıkların ve sağlık sistemindeki eksiklerin sorumlusu olarak sağlık çalışanlarını görmesi,
- Kötü bir sağlık politikasının mevcut olması,
- “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile hekim-hasta ilişki, “işletme-müşteri” ilişkisine dönüşmesiyle açıklanabilmektedir.

Bu sebeplerden ötürü toplumun bakış açısı sağlık çalışanlarına yönelik değişmiştir. Sağlık personelleri sağlık hizmetiyle ilgili bir sorun olduğunda hedef tahtası haline gelmiştir. Hastalar ise bu durumdan kendi lehlerine yönelik yararlanarak haklarını aramak doğrultusunda şiddete başvurma yolunu seçmişlerdir. Bu yolu seçmelerinin birinci nedeni, sağlık politikalarıdır. Sağlık politikaları ile şiddet olayları artmakta ve bu da toplumun sağlığı açısından zarar vermektedir. Sağlık çalışanlarının hedef tahtası haline gelmesine sebebiyet veren ikinci neden ise hasta haklarını korumak ve problemleri çözmek için kurulmuş olan “Hasta Hakları

Birimidir.” Bu birim verilen sağlık hizmetine ait Şikâyetlerin iletilmesi doğrultusunda hizmete girmiŐtir. Fakat “184” hattı sağlık personeline karşı hastaları kıŐkırtmaktadır. Bunun sonucunda ise Şiddete meyilli hastalar ortaya çıkmaktadır (Çatel, 2015: 54).

3.7. Sağlıkta Şiddetin Yönetimi

Kurum; fiziksel bir yapı içerisinde bulunan, toplum tarafından benimsenen ve belli amaçları yerine getirmek için yetki verilen bir örgüttür (Gül, 2018: 14). Kurumların hayatta kalabilmesi ve sürdürülebilirliğini sağlaması için kurumsallaŐması gerekmektedir (Duğan, 2015: 116).

Kurumsallaşma, iyi liderler aracılığıyla standartlara bağlı kalınarak iŐletmelerin sorunlarını çözüme kavuŐturan ve kurumların başarılı bir şekilde hayatta kalmasına sağlayan bir unsurdur (Ayanoğlu-Şişman, 2016: 447). Başka bir ifadeyle; *“Bir iŐletmenin kişilerden bağımsız olarak kurallara, standartlara, prosedürlere sahip olması, değişen çevre koşullarını takip eden sistemleri kurması ve geliŐmelere uygun olarak organizasyonel yapısını oluŐturması; kendisine özgü iletişim ve iş yapma yöntemlerini “kültür” haline getirmesi ve böylece diğer iŐletmelerden farklı ve ayırt edici bir kimliğe bürünmesi sürecidir.”* (Yıldırım, 2011: 189).

Kurumsallaşma, bir kurumun itibarının iyi yönetildiğini göstermektedir (Duğan, 2015: 116). Güçlü bir itibar, paydaŐların kurum hakkındaki pozitif düşüncelerine ve beklentilerin karŐılayabileceđine işaret eder (Uzunoğlu ve Öksüz, 2008: 112). Kurumlar arasında önemli yer tutan hastanelerin itibarı ise hastaların ve hasta yakınlarının memnuniyetine dayanmaktadır. Hastane idaresi, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini yeteri kadar tatmin edemediği durumlarda hastane itibarının zedelenmesine yönelik bir takım problemler meydana gelebilmektedir (Duğan, 2015: 116).

Şiddet, kurumsallaŐmaya ve itibara ters düşen bir kavramdır. Fakat Şiddetin hastanelerde normalleŐmesiyle birlikte iş hayatının bir parçası haline gelmiştir (Altıntaş, 2006: 33). Ayrıca sağlıkta Şiddet sorunu da ülkemizde gün geçtikçe artarak

devam etmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarını da risk altında bırakmaktadır (Kuruöz, 2016: 6).

Altıntaş (2006: 33)'a göre ülkemizde sağlıkta şiddetten korunamama nedenlerinden en önemlisi, hastane yöneticilerinin günlük rutin halde yaşanan şiddet sorunu hakkında bilgileri bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Kuruöz (2016: 6)'e göre ise şiddetin artarak devam etmesinin nedenleri;

- Sağlıktaki hızlı dönüşüm programları,
- Yasal mevzuattaki eksiklikler,
- Bireysel nedenler: Sağlıkta kadın çalışan sayısı, şizofreni gibi hastalıklara sahip olan akıl hastaları, uyuşturucu kullanan hastalar, iletişimdeki eksiklikler
- Kurumsal nedenler: Güvenlik, ışık sistemi, istihdam, çalışanlar arası iletişim) şeklindedir.

TBMM (2013: 141) 'ye göre sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının bütünüyle yok edilmesi olanaksızdır. Bu sebeple kompleks ve dinamik olan şiddetin oluşumunu olabildiğince engellemek, ertelemek ya da etkisini minimum düzeye getirebilmek için tüm paydaşların katılım gösterilmesiyle etkin bir yönetim sistemi oluşturulması gerekmektedir. Yönetim sürecine katılması gereken paydaşlar sırasıyla; komisyonlar, hükümet, sağlık yöneticileri, sağlık personelleri, meslek kuruluşları ve toplumdan oluşmaktadır. Avcı Balcı (2014: 42)' ya göre ise sağlıkta şiddetle başa çıkabilmek için devletin, yetkili kişilerin ve sağlık yöneticilerinin bu konuyla ilgili çalışmalar yapması ve gereken desteği göstermeleri gerekmektedir.

Sağlık personeline huzurlu bir çalışma ortamı yaratabilmek için gereken özeni tüm paydaşlar göstermelidir. Sendikalar, dernekler ve çeşitli topluluklar sağlıkta şiddet riskini bertaraf etmek amacıyla girişimler de bulunmalıdır. Medya, eğitim ve araştırma kurumları, işyerinde şiddet uzmanları, tüketicisi/hasta destek grupları, polis ve diğer suç ve adalet uzmanları da sağlıkta şiddetle mücadele konusunda aktif olarak destek vermeli ve girişimlerde bulunmalıdır (TBMM, 2013: 141). Altıntaş (2006: 33-34)'a göre ise sağlıkta şiddeti önleyebilmek için uzmanlar tarafından önerilen 8 adımlı ilkeler dizisi bulunmaktadır. Bu adımlar ise aşağıda açıklanmıştır.

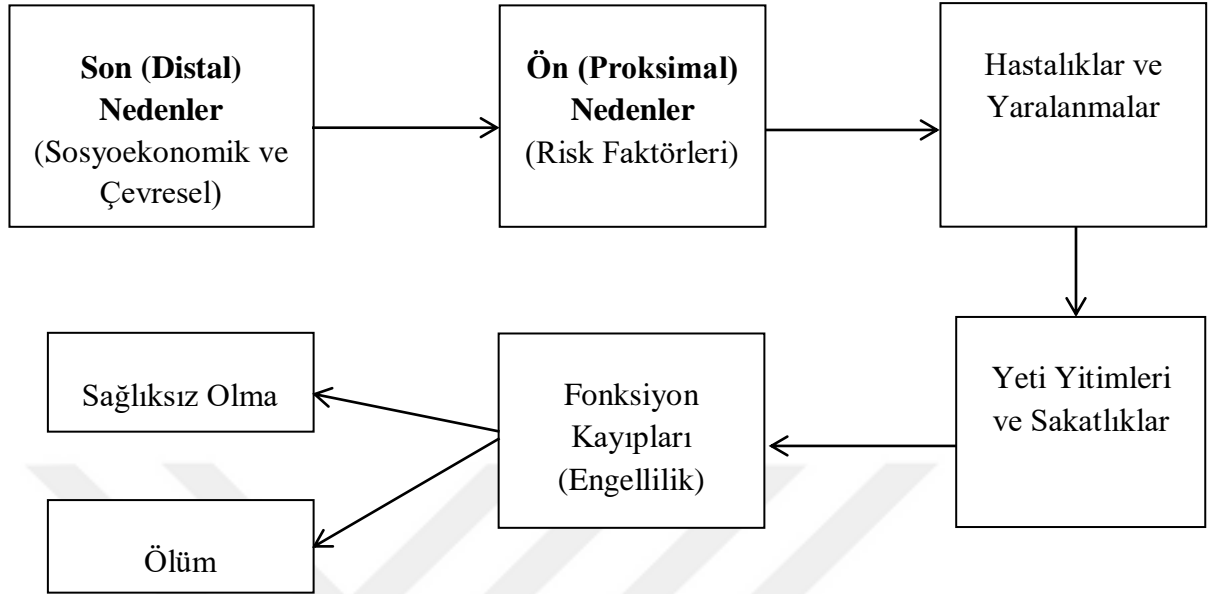
1. Hastanelerde güvenliği sağlayacak polisiye önlemler alınmalı, rehberlik eden süreçler oluşturulmalıdır.
2. Sağlık çalışanları kriz durumunu yönetmesini sağlayabilmek için eğitim seminerleri düzenlenmelidir.
3. Sağlık çalışanlarının kişisel gelişimi desteklenmelidir.
4. Yatan hastaları ve hasta yakınlarını hastaneye uyum sağlayabilmeleri açısından bilgilendirilmelidir.
5. Hastayla ilişkiler ve hasta/hasta yakınının tehditlerine karşı yardım istenmelidir.
6. Hasta ziyaretlerine sınırlama getirilmelidir.
7. Düzenli olarak gerçekleştirilen toplantılarda karşılaşılan tüm sorunlar tartışılmalıdır.
8. Ekip toplantıları (özellikle zor hasta grubuyla karşılaşınca) organize edilmelidir.

3.7.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Risk Yönetimi

Risk, bir olasılıktır. Daha genel ifade ile olasılığın ölçümüdür. Olasılık ise bir durumun “kesin olmama” ölçütüdür. Genel olarak rölatif (göreceli) sıklık olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütüne göre ise risk “*olumsuz bir sonuç olasılığı, olumsuz bir sonuca yol açma olasılığı doğuran bir faktör*” olarak tanımlanmaktadır (Güler-Baysoy, 2014: 9).

Sağlık riski tek başına ele alınamayacak kadar geniş boyutlu bir kavramdır. Fakat olumsuz bir sağlık çıktısının iki temel nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler ise olay zincirinin ön ve son nedenleridir. Sağlık sorununun oluşumuna doğrudan etki eden unsurlar, ön nedenler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanındaki ön nedenler risk faktörlerini oluşturur. Son nedenler ise toplumsal değişkenliklere bağlı olarak değişebilen nedenlerdir. Sosyo-ekonomik nedenler ve çevresel nedenler örnek olarak gösterilebilir (Güler-Baysoy, 2014: 9).

Şekil 11. Sağlık Sonuçlarını Etkileyen Ön ve Son Nedenler



Kaynak: (WHO, 2002: 273).

Risk, sağlıklı bir insanda sağlık sorununun meydana getirme olasılığını arttıran durum olarak tanımlanır. Sağlık riskleri ise tek başına ele alınamamaktadır. Negatif bir sağlık çıktısını meydana getiren olaylar zinciri, ön (proksimal) ve son (distal) nedenlerden oluşmaktadır. Direkt olarak etkili olan ve sağlık sorununa doğrudan neden olan faktörler ön (proksimal) nedenleri meydana getirir. Ön (proksimal) nedenler, genel olarak sağlık alanında ‘risk faktörleri olarak tanımlanır. Distal nedenler ise olay zincirinde daha geri planda kalır. Farklı aracı değişkenlerle (sosyoekonomik faktörler, çevresel faktörler vs.) etki gösterebilir. Proksimal ve distal nedenler aracılığıyla hastalık ve yaralanma, sakat kalma, engellilik, sağlıksız olma veya ölüm riskleri meydana gelmektedir (Baysoy, 2014: 9). İnsan sağlığı ve nedensel faktörler arasındaki ilişkiyi araştıran bilim dallarından epidemiyoloji, demografi, çevre bilimi ve halk sağlığı genel olarak ön nedenlere (fiziksel, biyolojik, psikolojik, davranışsal risk faktörleri) odaklanırken, sosyal bilimciler ise genel olarak son nedenlere (sosyal, kültürel, ekonomik, çevresel risk faktörleri) odaklanmaktadır (WHO, 2002: 274). Gürer (2018: 11-13)’e göre ise sağlık çalışanlarının maruz kaldığı riskler; fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal ve ergonomik risklerdir.

- Fiziksel Riskler: Radyasyon, ultraviyole ışınları, laser, ultrason cihazları, bilgisayar ekranları, havalandırma sistemi, ışık sistemi, gürültü, hava kirliliği, ısı, sıcaklık vs.
- Kimyasal Riskler: Asit ve alkali maddeler, boyalar, uçucu organik çözücüler, kanser ilaçları, sterilizasyon ve dezenfeksiyon amaçlı kullanılan kimyasal maddeler, formaldehit, glutaraldehit, etilen oksit gibi maddeler vs.
- Biyolojik Riskler: HIV (Human Immunodeficiency Virus), Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV), tüberküloz ve türlü enfeksiyon hastalıkları vs.
- Psikososyal Riskler: Çalışma sürelerinin uzunluğu, gece tutulan nöbetlerin fazlalığı, yorgunluk, uykusuzluk, iş yükü, stres, tükenmişlik vs.
- Ergonomik Riskler: Tıbbi ekipmanın uygunsuzluğu, uygun olmayan tıbbi malzemeler vs.

Şiddet, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı risk faktörlerinden bir tanesidir (İlhan vd., 2009: 16). Şiddetin meydana gelmesi psiko-sosyal risk içerisinde değerlendirilir. Sağlıkta şiddete etki eden risk faktörleri ise birden fazladır (Mutlu, 2010: 8-9). Yeşildal (2005: 296)'a göre sağlık kurumlarında şiddetin yaşanmasına sebep olan risk faktörleri; yemek ile ziyaret saatlerinde çalışan personel sayısının yetersiz olması, hastaların taşınma esnasında düşme tehlikesine karşı güvenlik önlemlerinin alınmaması, hastanelerde bulunan konforsuz bekleme odaları ve farklı kişilik yapılarına sahip hastaların bakımı için sağlık çalışanının eğitilmemiş olması yönündedir. Mutlu (2010: 9) 'ya göre ise hastanın beklentilerini karşılayamama, uzun bekleme süreleri, hastanelerin yoğun kalabalığı, personel azlığı birer risk faktörü olabilecek potansiyel etmenler arasında yer almaktadır. Ayrıca beklenmeyen ölümler, şizofreni hastaları ve personellerin aşırı kontrollü davranması da birer risk faktörüdür.

Risk yönetimi, temelde bir yönetim işidir (Güleç ve Gökmen, 2009: 170). Hem bireylerin sağlığını korumak açısından hem de işletmeler açısından finansal zarara uğramama adına faydalı bir yönetim elemanıdır (Çatell, 2015: 56). Risk yönetimi, proaktif bir yaklaşım ve davranış gerektirmektedir. Soruna neden olan olaylar ortaya çıkmadan önce yönetsel bir destek alınmalıdır (TBMM, 2013: 142). Yönetsel destek makro bazda; politik, siyasi sahiplenme, kurumsal bazda ise hastane yönetiminin

şiddet konusunda önlem alma politikalarını içermektedir. Başka bir ifadeyle sağlık çalışanlarını şiddetten koruyabilmenin en iyi yolu olay daha yaşanmadan olabilecekleri sezip, önlemeye çalışmak veya yardım aramaktır (Duğan, 2015: 118). Ayrıca risk yönetiminin sadece sağlık çalışanlarına yönelik değil, aynı zamanda hastaları ve hasta yakınlarını da şiddete uğramaktan koruyabilme potansiyeli bulunmaktadır (Çatel, 2015: 56). Bu sebepten ötürü risk yönetiminin başarılı bir şekilde işleyebilmesi için İngiltere’de olduğu gibi sağlıkta şiddete sıfır tolerans gösterileceğine dair bir yazılı bir politika geliştirilmelidir (Karaca, 2014: 25). Ayrıca şiddet için risk faktörleri yeniden belirlenmesi doğrultusunda önleyici düzenlemeler yapılmalıdır (TBMM, 2013: 143).

Risk değerlendirme süreci ise, süreğen bir kavramdır (Duğan, 2015: 118). Hastanede bütün risklerin tanımlanması, analizlerin yapılması, gereken önlemlerin alınması ve hazırlıkların yapılma süreçlerini kapsamaktadır. Bunun için risk yönetiminin standart adımları bulunmaktadır (Güleç ve Gökmen, 2009: 170). Yeşildal (2005: 296-297)’a göre söz konusu adımlar şu şekildedir;

- İşyeri Analizi: Hastanede şiddet için riskli yerler teşhis edilmelidir.
- Tehlike Kontrolü Ve Korunma: Hastanede şiddetin yaşanabileceği alanlara yönelik bir tehlike haritası çıkarılmalıdır. Bu sayede gerekli önlemler daha rahat bir şekilde alınır.
- Sağlık Ve Güvenlik Eğitimi: Hem güvenlik personellerinin hem de sağlık çalışanlarının kendini korumasına yönelik güvenlik eğitimleri verilmelidir.
- Kayıt Tutma Ve Program Değerlendirme: Şiddete yönelik formlar Sağlık Bakanlığı tarafınca hazırlanmıştır. Bu raporlar düzenli olarak gözden geçirilmeli ve şiddetten korunmayla ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.

Çatel (2015: 56) ise risk yönetimini; risklerin belirlendiği, analiz edildiği, risklere karşı tedbir alındığı ve hazırlık yapıldığı süreç olarak tanımlamıştır. Risk yönetiminin standart adımlarını ise şu şekilde açıklamaktadır;

1. Sorunları belirleme
2. Risklerin analiz edilerek değerlendirilmesi
3. Riskin kontrol edilmesi ve finansmanı için çalışma yapılması
4. Risk yönetimi tekniklerinin belirlenmesi ve uygulanması

5. Kontrol ve denetimlerin gerçekleştirilmesi
6. Geribildirim ve iyileştirme

Güleç ve Gökmen (2009: 170)'e göre ise risk yönetiminin standart adımları şu şekilde açıklanmaktadır;

- Risklerin Belirlenmesi ve Tanımlanması: Şiddete ilişkin bütün riskler belirlenir ve bir liste halinde düzenlenir. Şiddet değerlendirilirken aşağıdaki sorulabilir;
 1. Bir hastanede şiddetin doğması için yanlış giden şeyler neler olabilir?
 2. Hangi hatalar şiddeti meydana getirmiştir?
 3. Hatalar nasıl oluşabilir?
 4. Hatanın sonucu ne olabilir?
- Risklerin Analizi veya Değerlendirilmesi: Şiddete ilişkin risklerin tanımlamaları gerçekleştikten sonra risk değerlendirme matrisi kullanılarak analiz edilir. Böylelikle riskin şiddetine ilişkin bilgi edinilir. Bunun için şiddetin oluşumunda ortaya çıkabilecek tüm risklere tehlike değeri verilmelidir. Tehlike değeri verilmesi gereken alanlar; riske maruz kalma olasılığı, riske maruz kalma sıklığı, şiddet sonucu yaşanan en fazla kayıp ve risk altındaki kişi sayısıdır. Bu işlemin ardından risk öncelik sırası belirlenir. En fazla riske sahip olandan en az riske sahip olana doğru bir sıralama yapılır.
- Riskleri Ele Alan Tekniklerin veya Yöntemlerin Seçilmesi: Sağlıkta şiddete etki eden riskleri ve etkilerini ortadan kaldırabilmek için bazı yöntemler kullanılır. Böylelikle mevcut risklerin nasıl yönetileceğine karar verilir. Kullanılması gereken yöntemler ise;
 - Hata Türü ve Etki Analizi (FMEA)
 - Sıfır –Hata- Programı (ZFP)
 - Pareto Analizi
 - Balık Kılıcı
 - Altı-Sigma (Six-Sigma)
 - İstatistiki Kalite Kontrol (SPC)
 - Kalite Çemberleri

— Kalite Fonksiyon Göçerimi (QFD) şeklindedir.

- Uygulama: Kullanılması gereken risk yöntemlerinden birinin uygulanmasıdır.
- Kontrol ve Denetim: Alınan önlemlerin yeteri kadar uygulanıp uygulanmadığı veya doğru bir şekilde yapılıp yapılmadığının kontrol edilmesi ve denetlenmesidir.
- Geri Besleme ve İyileştirme: Riski ölçebilmek için birden fazla risk yönetim programı vardır. Fakat hiçbir risk yönetimi programı mükemmel değildir. Ayrıca bazı riskler ortadan kaldırılırken yeni riskler de meydana gelebilir. Bu nedenle süreç sürekli izlenerek düzeltme ve iyileştirmeler yapılmalıdır (Güleç ve Gökmen, 2009: 170-171).

3.7.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Kriz Yönetimi

Sağlık kurumlarını yönetirken kimi zaman istenmeyen hadiseler de yaşanabilir. İstenmeyen hadiselerin büyüyerek geri dönüşü olmayan bir krize dönüşmesi de mümkündür (Duğan, 2015: 117). Kriz yönetimi ise, sağlık personellerine yönelik gerçekleştirilen şiddetin olay sırasında ve sonrasında yönetimini içeren reaktif davranışları kapsayan bir süreçtir. Başka bir ifadeyle kriz yönetimi, kurumlarda gerçekleşme olasılığı olan veya gerçekleşmeye başlayan bir kriz sürecini analiz edip, çözebilme ve minimum kayıpla atlatabilme sürecidir (TBMM, 2013: 144). Bu anlamda kriz yönetiminin amacı sorunun kontrolden çıkmasını engellemek ve soruna yönelik çözüm üretmektir (Duğan, 2015: 117).

Kriz yönetimi anlayışına göre, kurumların gerçekleşme ihtimali olan krizlere karşı daima hazırlıklı olmaları gerekmektedir (Duğan, 2015: 117-118). Çünkü kriz, birdenbire ve umulmadık bir anda gerçekleşir (Erten, 2011: 8). Bu durumda şiddet krizinin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için sağlık çalışanlarına ve hastane yönetimine birtakım görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları şiddet krizini azaltmak için sağlık bakımı sürecince hastanın kişilik tipini iyi analiz etmelidir. Hastaların kişilik tiplerine göre tutumlarını değiştirmeli, hastalara karşı dikkatli davranmalı ve hastaları tahrik etmemeye özen göstermelidir (Çatel, 2015: 58).

Şiddet krizinin yönetimi konusunda hastanelere de birtakım görevler düşmektedir. Bu anlamda hastaneler kriz yönetimini planlarken, ilk olarak hastanenin

fiziki çevresinin durumunu ve sağlık personellerinin mesleki yeterliliğini göz ardı etmemelidir. Daha sonra şiddete yönelik krizin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için bütüncül, disiplinli ve önleyici bir mevzuatın oluşturulduğu, raporlama ve izleme sürecinin zorunlu olduğu bir eylem planına ihtiyaç vardır (Çuvadar, 2017: 20). Ayrıca hastaneler, şiddeti yaşayan mağdura yönelik tıbbi bakım ve psikolojik destek sunmalı ve yaşanan şiddet olayı belgelendirmelidir. Şiddet mağduru olan kişi yaşadığı olaya yönelik bir şikâyette bulunmak isterse, gereken tüm işlemler için yönetsel ve hukuksal destek sağlanmalıdır. Ayrıca şiddetten korunmak için gereken eğitim desteklerinden sağlık çalışanlarının yararlanması için yardımcı olunmalıdır. Aynı şekilde şiddete uğrayan kişi hasta veya hasta yakını ise gereken eğitim desteği yine sunulmalıdır (TBMM, 2013: 144).

3.7.3. Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar

Son yıllarda sağlık personellerine yönelik şiddet, toplumsal bir problem haline gelmiştir. Türkiye’de yaşanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bildirimi azdır. Çünkü sağlık personellerinin haklarını savunacak yeterli ve etkin yasal düzenlemeler mevcut değildir (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 23). Bu yüzden ilk olarak yasalar olmak üzere diğer mevzuat ve uygulamalarda da düzenleme yapılmasına ihtiyaç vardır. Fakat yasa çıkarılması tek başına da yeterli değildir. Yasaların uygulanabilirliği için gereken mekanizmalar kurulmalıdır ve ilgili sektörler işbirliği içinde çalışmalıdır (Altıntaş, 2006: 34). Alioğlu (2014: 21-22)’na göre ise sağlıkta şiddeti önlemek için sağlık çalışanlarının birlikte hazırlamış olduğu bir yazılı politikanın geliştirilmesi gerekmektedir. Bu politikanın başarılı olabilmesi için;

- Şiddet ile ilgili mevcut risklerin saptanmış olması,
- Hastanedeki güvenliğin etkin, kusursuz ve sistemli çalışması,
- Sağlık çalışanlarına şiddete yönelik eğitimler verilmesi,
- Hastanelerde saldırganlığı önlemeye yönelik değişiklikler yapılmasıyla gerçekleştirilebilir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” ve “*İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine Dair Yönetmelik*” yürütülmektedir (Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 23).

Aynı şekilde 28.04.2012 tarihinde Resmî Gazetede yayımlanan “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” te de çalışan güvenliğini korumak hususunda düzenlemeler yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan sağlık çalışanına, sağlık hizmeti sunumu sırasında ya da bu görevlerinden dolayı çalışana karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması halinde verilecek hukuki yardımın mahiyeti düzenlenmiştir. Ayrıca bu genelgeyle birlikte sağlık çalışanlarına karşı görev sırasında yaralama, tehdit ve hakaret fiilleri işlenmesi durumunda çalışan personelin şikâyeti aranmadan görevli personellerin gereken işlemleri yapması, konuyla ilgili Cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi ve gerekli soruşturmanın başlatılmasıyla ilgili düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012). Yine 16.10.2009 tarihinde yürürlüğe giren ve Resmi gazetede yayınlanan “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliği*” de çalışan güvenliği esas alınarak hazırlanmıştır (TBMM, 2013: 179). Bu tebliğe göre;

- Sağlık hizmetinin verildiği kritik alanlara giriş çıkışların kontrollü olarak sağlanması
- Yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulması,
- Ortak kullanım alanlarında kamera sistemi ile izlemenin yapılması ve gerekli önlemlerin alınması gibi konularda düzenlenme yapılmıştır (TBMM, 2013: 179).

7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak 6 Nisan 2011 tarihli ve 27897 sayılı resmi gazetede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlamak amacıyla on iki maddelik bir genelge yayımlanmıştır. Özellikle bu yönetmelikte yer alan 6, 7, 8. maddeler hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamaya yönelik olup, Ek-1’de yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Yine Sağlık Bakanlığı tarafından 14/05/2012 tarihinde *Çalışan Güvenliği Genelgesi* yayımlanmıştır. Bu genelgeye göre sağlık çalışanlarının güvenli bir

ortamda, yüksek motivasyonla çalışabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Programı hedef alınmıştır. Sağlık Bakanlığı bu çerçevede sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik düzenlemeleri gerçekleştirerek kurumları talimatlandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Diğer taraftan şiddeti azaltmaya yönelik çalışmaların basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarıyla birlikte değerlendirildiği sempozyum düzenlenerek ulusal düzeyde sürekliliği olan “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası başlatılmıştır. Bu kampanya kapsamında vatandaşın bilgilendirilmesi ve toplumsal bilinç oluşturulması amacı ile çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca “hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları” düzenlenerek sağlık çalışanlarına eğitimler verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Bireylerin fiziksel ve psikolojik açıdan zarar görmesiyle neticelenen veya neticelenmesi ihtimal olan sözlü veya fiili hareketler olarak tanımlanan şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, mevcut uygulamaların gözden geçirilmesi önem taşımaktadır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı aşağıda yer alan önlemleri ve talimatları geliştirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012);

1. Beyaz Kod Uygulaması
2. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi
3. Risk Değerlendirmesi Ve Güvenlik Tedbirleri
4. Çalışanların Eğitimi
5. Hasta Ve Hasta Yakınlılarının Bilgilendirilmesi
6. Hizmetten Çekilme
7. Bildirim Süreci Ve Hukuki Yardım
8. Diğer Hususlar

Mevcut yasal düzenlemeler haricinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için Türk Tabipler Birliği, Türk Ceza Kanunu’na ek madde önerisi sunmaktadır. Buna göre; sağlık çalışanlarına karşı sağlık hizmeti sunumu sırasında veya verilen sağlık hizmetinden kaynaklanan nedenlerle şiddet veya tehdit kullanan kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmalıdır. Ayrıca bu fiiller sonucu sağlık hizmeti kesintiye uğramış ise belirlenen ceza yarı oranında artırılmalıdır (Türk Tabipler Birliği, 2017).

3.7.4. Beyaz Kod Uygulaması

İnsan hayatının devam ettiği tüm alanlarda riskler mevcuttur. Sağlık hizmetinde mevcut risklerin önceden tespit edilmesi, gerektiği durumlarda önlem alınabilmesi ve risk yönetiminin sağlanması konusunda çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmuştur (Akca vd., 2014: 3). Tüm dünyada ortak olarak kullanılan Hastane Acil Kodları, gereken anda en kısa sürede uzman personele acil durumu iletebilmek amacıyla kullanılır (Cinoğlu, 2015: 58).

Ülkemizde yaygın olarak renkli kodlar kullanılmaktadır (Akca vd., 2014: 3). Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008’de mavi kod, 2009’da pembe kod ve 2011’de de beyaz kod hayata geçmesiyle üç farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır (Cinoğlu, 2015: 58).

Beyaz kod, hastanelerde şiddetin önlenmesini amaçlayan acil durum yönetim aracıdır (Akca vd., 2014: 3). Sağlık personelleri tarafından aktivite edilir (Eğici ve Öztürk, 2018: 225). Beyaz kod uygulaması, şiddet anında olay yerine güvenlik görevlilerinin gelip, olayı çözmesi ve kayıt altına alınması şeklinde kullanılır (Yeşilbaş, 2016: 49). Beyaz kodla ilgili olarak sağlık personeline eğitimler verilerek, hastanelerde sürekli tatbikatlar yapılmaktadır. Şiddete maruz kalan personellere gereken destek sağlanmaktadır. Gerçekleşen hadiseler ise kayıt altına alınmaktadır. Kayıtlar kalite yönetim birimine teslim edilerek, yapılması gereken düzenleyici ve önleyici faaliyetler alınmaktadır (Cinoğlu, 2015: 58).

Sağlık Bakanlığı bu konuda Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 14.05.2012 tarih ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasını konulu genelgesi ile hastanelerde Çalışan Hakları ve Güvenliği birimlerini oluşturmuştur (Cinoğlu, 2015: 58). Ayrıca sağlık personellerini şiddetten koruyabilmek için 24 saat hizmet veren ‘‘113’’ numaralı telefon hattı ve web sitesindeki bildirim formunu kullanabilecekleri bir uygulama geliştirmiştir (Eğici ve Öztürk, 2018: 225). ‘‘113’’ numara sağlık çalışanının şiddetle karşılaştığı anda kurum yöneticileri ile bağlantı kurduğu telefon hattıdır. Bu numara sayesinde Beyaz Kod birimine bildirim yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığının web sitesinde bulunan ‘‘Beyaz Kod Bildirim Formunu’’ da eksiksiz doldurulduğu takdirde hukuka ve adli mercilere de olay intikal etmesi söz konusudur

(Us-Coşkun ve Erdem, 2016: 24). Sağlık Bakanlığı (2013)'nın yayınladığı Beyaz Kod Birimi Çalışan Hakları ve Güvenliği Rehberi'ne göre Sağlık Bakanlığı Alo 113 Beyaz Kod Birimi, kurumların yöneticilerini, güvenlik ve kolluk güçlerini, Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod İl Koordinatörlerini ve adli makamları kapsayan Beyaz Kod sürecinde yapılacak işlemleri şöyle sıralamaktadır;

- a) *Şiddet meydana geldiği anda derhal Beyaz Kod aktive edilmelidir. Özel güvenlik ve hastane polisinin de iştirakleri ile gerekli müdahale yapılarak yaşanan olayın çalışana yönelik fiziksel bir darp olayına dönüşmesi engellenmeli ve olaya ilişkin tutanaklar titizlikle tutulmalıdır. Tutulan tutanaklar kurum/kuruluş yöneticilerine iletilir.*
- b) *Kamu ve özel tüm sağlık kurum kuruluşlarında, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını 24 saat süreyle takip etmek üzere kurulan "Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod Birimi" 113 nolu telefonla aranarak veya <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> adresinde yer alan "Bildirim Formları" doldurularak yaşanan şiddet olayı Bakanlığa bildirilir. Bildirimler, yöneticiler tarafından yapılabileceği gibi şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da yapılabilir.*
- c) *Bildirimler internetten form yoluyla yapılmış ise, Bildirim Formu 1 den sonra mutlaka Bildirim Formu 2'nin de doldurulmuş olması gerekir. Bildirim Formu 2 anket formatında olup "Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet" sorununa ilişkin kuramsal çerçeve oluşmasına ve çözüme yönelik yeni yaklaşımlar, yöntem ve teknikler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.*
- d) *Kurum/Kuruluş yöneticileri kendisine iletilen şiddet olaylarını eğer Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod Birimine bildirilmemiş ise derhal Alo 113 hattını arayarak yada <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> web adresindeki bildirim formlarını doldurarak Bakanlığa iletir. Eş zamanlı olarak kendisine iletilen şiddet olaylarını ilgili Sağlık Müdürlüğü'nün Beyaz Kod İl Koordinatörlüğüne ve adli makamlara iletir.*
- e) *Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve ilgili personele sonraki süreçler hakkında rehberlik etmekle birlikte, olayın adli makamlara ve Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod İl Koordinatörlüğüne iletilip iletilmediğini takip eder.*
- f) *Yapılan bildirimler üzerine Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod İl Koordinatörlüğü, kamu hizmeti sunumu sırasında görevinden dolayı şiddete maruz kalan ilgili çalışanın veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması halinde gerekli hukuki yardımı sağlar. Hukuki yardım talebi kurum veya kuruluş yöneticilerine de bildirilebilir.*
- g) *Şiddete maruz kalan personel hukuki yardım talep etmezse veya adli mercilerce yapılacak tahkikat sonucunda ilgili personel sanık durumuna gelirse hukuki yardım sağlanmaz.*

Sağlık Bakanlığının Beyaz kod uygulamasına yönelik yapılan bir araştırmada 01 Temmuz-31 Aralık 2012 tarihleri arasında yapılan şikâyetlerin %67'si sözel şiddet ve %33'ü fiziksel şiddet olduğu ortaya çıkmıştır (TBMM, 2013: 183). Ayrıca 113 numaralı telefon hattı ile yapılan şikâyetlerde 14 Mayıs 2012 - Mart 2015 tarihleri

arasında da 31.767 sağlık çalışanı şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının ise 18.000'i doktordur. Bu saldırıların üçte biri fiziksel saldırı şeklinde yaşanmaktadır (Duğan, 2017: 401).

Sağlık Bakanlığının yayınladığı raporlara göre bir günde ortalama 30, bir ayda ortalama 1000 şiddet vakası yaşanmaktadır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beyaz Kod Birimi ise yaptığı araştırmaya göre 6096 hekim, 3206 hekim dışı sağlık personeli, 500 şirket çalışanı, 193 diş hekimi ve 686 idari personel şiddete uğramıştır (Aydın, 2014: 23). Bu sebeple Beyaz kod sisteminin daha etkin çalışabilmesi için hastane personeline eğitim verilmesi ve düzenli tatbikatların yapılması önem arz etmektedir. Ayrıca saldırıya maruz kalan personele gereken desteği vermek ve yaşanan olayın tekrar edilmemesini önlemeye çalışmak sistemin etkinliği açısından önemlidir (Akca vd., 2014: 3).

3.8. Sağlıkta Şiddetten Korunma Yolları Ve Çözüm Önerileri

Yurt içinde ve yurt dışında sağlıkta şiddet üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Fakat sağlıkta şiddetin önü kesilememiştir. (Annagür, 2010: 163). Bunun sebebinin ülkemizde çıkarılan kanunların şiddet sonrası dönemle ilgili olması, medyanın sağlıkta şiddet ile ilgili destekte bulunmaması ve diğer disiplin araçlarının da katılımının eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Altıntaş, 2006: 37).

TBMM (2013: 187)'nin yaptığı çalışmaya göre sağlıkta şiddeti önleyebilmek için cezaların caydırıcılığı arttırılmalıdır. Hastaların beklentileri dengelenmelidir. Hizmet sunulan alanlar iyileştirilmelidir. Medyanın verdiği mesajlarda daha duyarlı olması gerekmektedir. Şenyurt (2008: 15) 'a göre ise her bir şiddet türü için farklı bir yönetim tarzı gerekmektedir. Şiddet türlerinin sınıflandırılması, hastanede saldırganlığın yönetimi için etkin bir terapötik ortam oluşmasını sağlayabilir. Sağlık-Sen (2013: 66-71)'in yaptığı araştırmaya göre ise şiddet konusunda önlem alınabilmek için hastanelerde güvenlik önlemleri, eğitim ihtiyacı, şiddete karşı önleyici tedbirler, şiddeti rapor etme ve hastane yönetiminin yaklaşımı konusunda çalışmalar yapılmalıdır. İlhan ve arkadaşlarının (2013: 8) bu konuyla ilgili yaptığı bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %68,4'ü sağlıkta şiddet konusunda yasal düzenlemeler yapılması gerektiğini düşünmekte iken, %66,7'si hastalara yönelik

eğitimler verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Altıntaş (2006: 31-33)'a göre ise sağlık kurumlarında şiddetten korunmak için 3 tür yöntem bulunmaktadır;

- Birincil Koruma: Toplumsal değerlere ve tutumlara ilişkin müdahaleleri kapsamaktadır. Maliyeti düşüktür (Çuvadar, 2017: 17). Şiddetten korunmak için ilk olarak bilgilendirme kampanyaları yapılır. Sağlık çalışanlarına sahip oldukları haklar ve kanunları hatırlatılır. Sağlık kurumları şiddet konusunda donanımlı hale getirilir. Sağlık çalışanları şiddet açısından iş yaşamını değerlendirir. Medya ve sivil toplum örgütleri ise sağlıkta şiddet konusunda daha fazla duyarlı davranır ve sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik eylemleri destekler (Altıntaş, 2006: 31-32).
- İkincil Koruma: Birincil korumaya göre daha dar kapsamlıdır. Şiddet mağduru olma bakımından yüksek risk taşıyan kişilere yönelik müdahale yöntemidir (Çuvadar, 2017: 18). Bu hususta hastanelerde şiddet durumlarının erken tanınmasına yönelik rehberler hazırlanmaktadır (Altıntaş, 2006: 32).
- Üçüncül Koruma: Şiddet mağduru sağlık çalışanları önceden tespit edilir (Çuvadar, 2017: 18). Tekrardan aynı hadiseler yaşanmaması için kök-neden analizleri yapılır ve gereken önlemler alınır. Şiddetin önlenmesi veya azalmasına yönelik eğitimsel programlar düzenlenir (Altıntaş, 2006: 32).

Us-Coşkun ve Erdem (2016: 22)'e göre ise sağlıkta şiddetle başa çıkabilmek için alınması gereken önlemler; hastalar ya da çalışanlar için küçük çaplı önlemler ve kurumu ilgilendiren geniş çaplı önlemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

- Küçük Çaplı Önlemler; hastayı mümkün olduğunca yakından gözlemleyebilmek, hastanın ayrıntılı öyküsünü almak, çalışanların hastalara yaklaşımında stresle baş edebilme yöntemlerini öğretmek ve çalışanlara etkili iletişim tekniklerini öğretilerek gerçekleştirilebilir.
- Büyük Çaplı Önlemler; doğru raporlama sistemi, etkili güvenlik yönetimi, güvenlik personellerinin eğitilmesi, hastanelerde 24 saat güvenlik hizmetinin sağlanması, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları kurularak gerçekleştirilmesi mümkündür. Akça ve arkadaşlarına (2014: 4) göre ise hastaneyi ilgilendiren geniş çaplı önlemler; uygun raporlama sistemleri,

mevzuatların yeniden düzenlenmesi, deneyimli hastane yöneticileri, beyaz kod uygulaması ve güvenlik eğitimleri olduğu söylenebilir. Bu önlemlerin alınmasıyla sağlıkta şiddetin engelleneceği düşünülmektedir.

Şenyurt (2008: 16-17)'a göre ise sağlıkta şiddetle başa çıkabilmek için alınması gereken önlemler 3 ana başlık altında toplanmalıdır.

- Çevresel Düzenlemeler: Hastanelerde şiddet açısından acil durum işaret eden yerlere alarm ve izleme sistemi kurulmalıdır. Sağlık çalışanlarına dinlenme odası tahsis edilmeli ve acil çıkış bölümleri sağlanmalıdır. Hasta refakatçilerine bekleyebilecekleri bir alan tahsis edilmelidir. Servis bölümü kurşungeçirmez, hasta kabul bölgesi ise kırılmaz cam ile korunmalıdır. Hastane koridorları aydınlatılmalı ve güvenlik kameraları yerleştirilmelidir. Hastanenin otoparkında sabah ve akşam güvenlik önlemleri sağlanmalıdır.
- İdari Kontroller: Hastanelerde şiddetin yaşandığı anda güvenlik personelinin durumdan haberdar eden bir sistem geliştirilmelidir. Sağlık çalışanı bir odada yalnız kalmamalıdır. Hastaneleri kullanan kişilerin, kart kontrol sistemi sayesinde hastanelerde dolaşma özgürlüğü kısıtlanmalıdır. Hastaların hastanede daha az sürede beklemesini sağlayıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
- Bakım İlkeleri: Sağlık hizmet sunumu sakin bir ortamda gerçekleşmelidir. Hastalar hekim istemini yerine getirmeli, hekimler ise hastaların hissettiklerini dikkate almalıdır. Hem hekimler hem de hastalar saldırganlık ifade eden her davranıştan kaçınmalıdır. Hastaların saldırganlık potansiyeline karşı hekimler kendilerini korumalıdır.

3.8.1. Sağlık Çalışanlarına Düşen Görevler

Sağlık hizmetinin sunumunda temel unsur, insandır. Sağlık personelleri eğitim ve meslek hayatı boyunca insanların sağlığını korumak, hastalıkları teşhis ve tedavi etmek gibi birçok konularda eğitim almışlardır (TBMM, 2013: 192). Fakat sağlık çalışanlarına hastalarla doğru bir iletişimin nasıl kurulması gerektiğiyle ilgili eğitimler ve seminerler verilmemiştir (Uludağ ve Zengin, 2013: 76).

Sağlık çalışanlarının hastaya doğru yaklaşımı ve doğru bilgi vermesi şiddetten korunabilmesi bakımından önemlidir. Bunun için ilk olarak hastaya güler yüzle “Geçmiş olsun, neyiniz var, şikâyetiniz nedir?” şeklinde çok fazla yormadan sorular sorulmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanları hastaların tetkik-tedavi-bakım sürecinde, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik ve sosyal durumlarını da göz önünde bulundurmalıdır (Alioğlu, 2014: 22). Böylelikle hastalarla etkili iletişim yolu seçilerek hastanın anlayabileceği şekilde tedavi sürecini hastaya anlatmak, şiddeti azaltmaya yönelik yardımcı olmaktadır (Duğan ve Arslan, 2015: 86).

Sağlık çalışanlarına yönelik saldırganlığın şiddete dönüşmemesi için hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının alması gereken birtakım önlemler bulunmaktadır (Uludağ ve Zengin, 2013: 76). Tablo 5’de ve Tablo 6’da bu önlemler açıklanmaya çalışılmıştır.

Tablo 5. Aniden Saldırganlaşan Hastalara Yönelik Önlemler

Saldırganla göz göze gelmemek
Saldırganla en az bir kol uzunluğu kadar güvenlik mesafesi olmak
Kaçmak, dövüşmemek
Hasta ısrarla hekimden uzaklaşıyorsa ısrar etmemek
Gerekirse hastadan korkmuş gibi görünmek
Saldırganlaşma eğilimi görüldüğünde yardım istemek
Herhangi bir tehlike anında kaçmak için kapıya yakın durmak

Kaynak: (Annagür, 2010: 168).

Tablo 5’de görüldüğü gibi aniden saldırganlaşan hastalara yönelik sağlık çalışanlarının alması gereken birtakım önlemler bulunmaktadır. Bu önlemlerin yanı sıra sağlıkta şiddetin önlenmesi için şiddete meyilli olan kişiyi sakinleştirmenin 3 seçeneği daha vardır. İlk olarak saldırgan kişiyi konuşarak sakinleştirmeye çalışılmalıdır. Sakin bir ses tonuyla konuşmaya özen gösterilmelidir. Konuşurken hastaların sıkıntıları ve endişeleri unutturulmaya çalışılmalı, hastalar rahatlatılmalıdır. Fakat asla umut verici konuşulmamalıdır. İkinci olarak güç kullanarak etkisizleştirme yöntemidir. Fakat saldırgan kişiyle odada yalnız kalındığında güç kullanmaktan kaçınılmalıdır. Bu durumun olası tehditlerine karşılık hastane yönetimi gerekli güvenlik önlemlerini almalıdır. Son olarak ise antipsikotik

veya sedative hipnotik ilaçlar gibi farmakolojik ajanlarla önlenmeye çalışılmalıdır (Annagür, 2010: 167-168). Dilbaz (1999: 182-183)'a göre ise potansiyel olarak saldırgan bir hastanın hastaneye geliş nedeni ne olursa hasta sakinleştirilip, hekime karşı bir güven duygusu oluşturulmalıdır. Bunun içinde ilk olarak tecrit olmaksızın gizlilik ilkesine önem verilmelidir. Yani hem hastanın hem doktorun kendilerini güvende hissedebileceği, rahatça ve özgürce doktorla görüşebileceği gizliliğe dikkat edilmiş, tecrit edilmemiş bir ortamda tedavinin gerçekleşmesi gerekmektedir. İkinci olarak ise baskı olmadan güvenlik ilkesine dikkat edilmelidir. Bu doğrultuda hastanede güvenlik önlemleri alınırken, hasta kendini baskı altında hissetmemesi gerekmektedir. Üçüncü olarak ise kolay kırılmayacak eşyalarla hasta rahat ettirmeye çalışılmalıdır. Bunun içinde yumuşak bir yer gösterilerek, kendisine yiyecek ve içecek ikramı yapılabilir. Dördüncü olarak ise hasta incitilmeden saygı gösterilmelidir. Bunun içinde hastaya suçlu, garip, yeteneksiz ve iğrenç biriymiş gibi davranılmamalıdır. Son olarak ise hastanenin donanım koşulları önem arz etmektedir. Bu doğrultuda hastane yönetimine birtakım sorumluluklar düşmektedir. Hekimlerin kendilerine ait iki tane çıkışı olan büyük bir oda, görsel iletişim kurabilecekleri açık bir alan ya da güvenlik personel sayısının arttırılması örnek olarak verilebilir. Bu önlemler alındığında saldırganlık ve şiddetin düzeyi minimum seviyelere inmesi sağlanabilecektir (Alioğlu, 2014: 22).

Tablo 6. Saldırganlık Eğilimi Olan Hastalara Yaklaşım

Güvenlik personelinin hastanın üzerini aramasını ve silah varsa uzaklaştırması istemek
Güvenlik personelinin oda içinde veya hemen kapı önünde bekletmek
Mümkünse iki çıkışı olan bir oda kullanmak
Odada hastanın saldırı aracı olarak kullanabileceği alet veya nesnelere (bistüri, makas, keskin nesnelere, sıcak içecek, kişisel ürünler vs) bulundurulmamak
Hasta boğmak amacıyla hekimin boğazını sıkarsa karotidleri korumak için çeneyi kullanmak
Eğer hasta hekimini ısırırsa eliyle burnunu sıkmak (Böylece hasta nefes almak için ağzını açmak zorunda kalacaktır.)
Hasta silahla tehdit ederse korktuğunu belli etmemeye çalışmak, asla tartışmamak, bağırılmamak, yakınmamak
Başarılı olacağından emin değilse koşarak kaçmamak
Mümkün olduğu kadar yumuşak ve alttan alarak yatıştırıcı konuşmak, insani ilişki kurmaya çalışmak

Kaynak: (Annagür, 2010: 168).

Tablo 6’da görüldüğü gibi şiddete meyilli olan kişiyle konuşma veya muayene etme sırasında da alınması gereken birtakım önlemler bulunmaktadır (Annagür, 2010: 168). Dilbaz (1999: 183-184)’a göre ise sağlık çalışanı hastanın muayenesi sırasında saldırgan eğilimli hasta olup olmadığını hemen fark edemeyebilir. Bunun için hastanın görüşme esnasında şiddet öyküsü soruşturulmalıdır. Bunun içinde “Kızgın bir ruh halindeyken eşyalara zarar verdiğiniz oldu mu?”, “Birini fiziksel anlamda incitmekten hiç korkunuz mu?” ya da “Alkol kullanıyor musunuz?” şeklinde hastaya çok fazla belli edilmeden sorular yöneltilir. Şiddetin önlenmesine yönelik ise saldırgan kişiyi hastaneye yatırma, gözlem altında tutma, uyarma, yasal cezaları hatırlatma ya da yoğunlaştırılmış bir tedavi sürecine yönelme yoluna gidilebilir. Alioğlu (2014: 22)’na göre ise saldırgan bir hasta tedavi sürecinde anamnez öyküsü, hiçbir husus kaçırılmadan dikkatli bir şekilde alınmalıdır. Hastanın kapsamlı bir muayenesinden sonra medikal ya da cerrahi müdahaleler, laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları, konsültasyonlar ve olası risklerle ilgili hastaya ve yakınlarına ayrıntılı bilgi verilmelidir. Hastaya tedavi konusunda ihtimal dâhilinde olan durumlarda, mümkün olduğunca kesin olan cümleler kullanılmamalıdır. Çünkü tedavi olumsuz bir reaksiyon verdiği durumda,

hasta ve hasta yakınları hayal kırıklığına sürüklenecektir. Ayrıca tedavinin sonuçlanması konusunda gereğinden daha uzun zaman dilimini söylemek kesinlikle fayda sağlayacaktır. Çünkü bu sayede hem hastalar sağlık çalışanlarına güven duyacak hem de hasta ve hasta yakınları moral ve motive oldukları için şiddete yönelmeyeceklerdir (Alioğlu, 2014: 22).

3.8.2. Hastane İdaresine Düşen Görevler

Hastane idaresinin en temel görevi, hastanede çalışan personellerin biyolojik, psikolojik veya sosyokültürel bütünlüğünü bozacak etkenleri tanımak, çalışanların sağlığını korumak ve işteki verimini azaltan unsurlardan sağlık personellerini uzaklaştırmaya çalışmaktır (Altıntaş, 2006: 19). Bunun içinde hastane idaresine çok büyük görevler düşmektedir. Şiddet uğrayan sağlık çalışanının iş yaşamında kaybettiği motivasyonunu yeniden kazanabilmesi için yeni çalışmalar yürütmesi gerekmektedir (Yakut vd., 2012: 148).

Sağlık-Sen (2013: 145-146)'in yaptığı çalışmaya göre hastane yönetimi şiddetle başa çıkabilmek için güvenlik önlemleri almalıdır. Şiddetin yaşandığı sırada sağlık çalışanları durumu haberdar edebilmek için hastanelerde "Acil Çağrı Butonları" olmalıdır. Şiddetin yaşanma ihtimali yüksek olan birimlere fazladan güvenlik önlemleri koyulmalıdır. Hastane girişine X-Ray cihazları yerleştirilmelidir. Güvenlik kameraları arttırılmalı ve sesli hale getirilmelidir. Güvenlik görevlilerinin sayıları arttırılmalı ve yetkileri genişletilmelidir. Her sağlık çalışanı için biber gazı temin edilmelidir. Ayrıca sağlık çalışanların şiddetten kendilerini koruyabilmeleri açısından tekvando, karate gibi savunma teknikleri öğretilmelidir. Bu konuyla ilgili olarak ise Oregon Üniversitesi bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmada güvenlik önlemlerinin sağlık personellerini şiddetten yeteri kadar koruyup korumadığı ölçmek istenmiştir. Bunun için hastane yönetimi güvenlik personellerinin yetkilerini genişleterek sıkı bir disiplin içerisinde 20 aylık bir sürede hastaneye giriş yapan hastaları kontrol etmelerini istemiştir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların 500'ünde (%1,3) silah ele geçirmişlerdir (Alioğlu, 2014: 22).

Hastane yönetimi şiddetten korunmak için sadece güvenlik önlemleriyle ilgili çalışmalarla sınırlı kalmamalıdır. Çalışanların şiddetten korunmak için eğitim

çalışmalarına ve çalışma şartlarının düzenlenmesine de ihtiyaçları vardır. Bunun için sağlık personellerinin motivasyonunu arttıran, personellere ve hastalara davranış eğitimleri sunan ya da şiddet anında nasıl davranması gerektiğiyle ilgili eğitimler veren seminerler düzenlenebilir. Çalışma şartlarının iyileştirilmesi için çalışanların görüşleri alınabilir. Sağlık çalışanlarına hastayı reddetme hakkı sunulabilir. Hastanede personel sayısı artırılarak iş yoğunluğu azaltılabilir. Sağlık çalışanlarının görev sınırlılıkları ve tanımları belirlenerek, hastaların da bu sınırlılıkları bilmesi sağlanabilir. Mesai saatleri düzeltilebilir. Nöbetlerde aşırıyı kaçmadan nöbet aralıkları belirlenebilir. Performans sistemi değiştirilebilir (Sağlık-Sen, 2013: 146-147).

Bulgaristan'da hastane yönetiminin şiddeti önlemedeki rolüne yönelik bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmaya göre sağlık yöneticilerinin hastaneyi yönetme şekli, sorumluluklarını yerine getirmemesi ve hastaneye ait prosedürlerin olmamasından dolayı sağlıkta şiddetin oluştuğu ortaya çıkmıştır (Avcı Balcı, 2014: 39). Şenyurt (2008: 17) ise bu konuda şiddetin önüne geçilebilmesi için hastane yönetimine konunun bildirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Alioğlu (2014: 18)'na göre ise sağlık çalışanlarının şiddete uğramasının iki temel nedeni bulunmaktadır. Bunlardan biri toplumda şiddetin sosyal nedenlere bağlı olması, ikincisi ise sağlık politikaları ve hastane yöneticilerinden kaynaklanan problemlerin varlığıdır. Büyükbayram ve Okçay'a (2013: 51-52) göre sağlıkta şiddetin oluşmasında hastane idaresine düşen 10 adet görev bulunmaktadır. Bu görevler sırasıyla;

1. Hastaneler şiddet önlen programları sistemlerine dâhil etmelidir.
2. Şiddete dayalı risk etmenleri için multidisiplinli bir kurul oluşturulmalıdır.
3. Sağlık çalışanlarına "iletişim", "öfke kontrolü" ve "şiddete yönelik tedbir alma" konularında eğitimler verilmelidir.
4. Hastanedeki güvenlik sistemleri güçlendirilmelidir.
5. Hastanenin fiziki şartları iyileştirilmelidir.
6. Hastanelerdeki "kuyruk problemine" çözüm bulunmalıdır.
7. Hasta bekleme odalarına hastaların can sıkıntısını giderecek televizyon, gazete, dergi gibi materyaller konulmalıdır.
8. Personel sayısı artırılmalıdır.

9. Kurum içinde belirli aralıklarla personel memnuniyetine yönelik analizler yapılmalıdır.
10. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları güçlendirilmelidir. Şiddet uygulanan çalışanlara yönelik danışmanlık hizmeti verilmelidir.

3.8.3. Sağlık Bakanlığına Düşen Görevler

Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarını şiddetten koruyabilmek için yasal mevzuatların düzenleme, uygulama ve denetleme görevlerini yerine getirmektedir. Ayrıca birçok ülkede Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarına eğitimler ve tedbirler verilerek şiddetin önlenmesi için geliştirilen programlarının koordinasyonu ve uygulamaların yaygınlaşmasında etkin bir role sahiptir (Alioğlu, 2014: 22-23). Bu konuda Sağlık Bakanlığı hastaların ve çalışanların güvenliğine yönelik tebliğler ve yönetmeliklerle faaliyet göstermektedir (Öztürk vd., 2012: 255). Bıçkıcı (2013: 48-49) ise, yaşanan şiddet olayları sebebiyle Sağlık Bakanlığına bağlı tüm birimlerde “Çalışan Güvenliği ve Hakları Birimi” oluşturulduğunu ve bu konu üzerine bir genelge yayımlandığını ifade etmiştir. Bu genelgeye göre;

1. Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
2. Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
3. Personellere yönelik şiddeti önleyebilmek için düzenlemeler yapılması,
4. Sağlık kurumlarında “Beyaz Kod” uygulamasına geçilmesi,
5. Meslek mensubu üyelerine, çalışan güvenliği konusunda eğitimler verilmesi gibi kararlar alınmıştır.

Büyükbayram ve Okçay (2013: 51) ise Sağlık Bakanlığı'nın 14.05.2012 tarihinde yayınladığı “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” te sağlık çalışanlarını şiddetten korumaya yönelik bir düzenleme gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Bu düzenlemeye göre;

1. Beyaz kod uygulaması,
2. Bildirim süreci ve hukuki yardım alınması,
3. Çalışan hakları ve güvenliği birimine başvurulması,
4. Çalışanların hizmetten çekilmesi,
5. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi,
6. Çalışanların eğitimi,

7. Risk değerlendirmesi
8. Güvenlik tedbirlerinin artırılması gibi faaliyetler gerçekleştirilmiştir.

Sağlık-Sen (2013: 147-148), Sağlık Bakanlığı'nın sağlık uygulamalarıyla ilgili yaptığı düzenlemeleri yeterli bulmamaktadır. Sağlık Bakanlığı, hasta hakları konusunda düzenleme yapmalıdır. Hasta hakları, hastayı kışkırtacak boyuta getirmemelidir. Sağlık Bakanlığı hastanın yanında olmaktan çok, sağlık personelinin yanında olmalıdır. Hastanelerde ‘‘Hasta daima haklıdır’’ mantığından vazgeçilmelidir. Sağlık alışanların haklarıyla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık alışanların hakları genişletilmeli ve gereken önem verilmelidir. Sağlık personelinin saygınlığını arttıracak kamu spotları gibi bilgilendirici faaliyetler yapılmalıdır. Sağlık politikaları değiştirilmelidir. Siyaset, adam kayırmacılık sağlık sektörüne sokulmamalıdır. Ayrıca performans sistemi sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi bozduğundan ötürü kaldırılmalıdır. Büyükbayram ve Okçay (2013: 50)'a göre ise Türkiye'de sağlık personellerinin uğradığı şiddet boyutu Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte artış göstermiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte sağlık çalışanlarının mesleki prestiji, toplumsal saygınlığı ve özlük hakları aşınmıştır. Bu konuda sağlık personellerinin çalışma güvenliği zayıfladığından ötürü Sağlık Bakanlığı şiddeti önleyici gerekli faaliyetleri düzenlemelidir (Karaca, 2014: 27).

3.8.4. Hukuki ve Cezai Yaptırımlar

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları arttığından ötürü hastaneler tehlikeli ortamlar olan kurumlar haline dönüşmeye başlamıştır. Bu durumda sağlık çalışanları, kendilerini güvende hissetmemektedir (Alioğlu, 2014: 23). Başka bir ifadeyle Türkiye'de sağlık personeline şiddet uygulayan bireye karşı yeterli ceza verilmediği konusunda yargıya güven eksikliği vardır. Sağlık çalışanına şiddet uygulayan kişiye verilen cezalar caydırıcılıktan uzaktır (TBMM, 2013: 178). Ayrıca sağlık sektöründeki hızlı değişimler ve yasal mevzuattaki eksiklikler de, şiddetin önlenmesinde ve sağlık personellerinin güvenliği konusunda boşluklar bırakır (Alioğlu, 2014: 23).

Sağlık alışanlarının mağdur edildiği eylemlere ilişkin ülkemizde yeterince yasal düzenlemeler, hukuki ve cezai yaptırımlar da bulunmamaktadır (Alioğlu, 2014:

23). Bunların yanı sıra yargının şiddet olayı karşısında çok uzun sürede karar vermesi de yine başka bir sorundur Bu sebeple yapılacak yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır (TBMM, 2013: 178).

Sağlık-Sen (2013: 147) ise sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilere hapis veya para cezası gibi caydırıcı cezalar verilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Şiddete yönelik geçmişli olan hastaların sistemde kayıtları bulunmalıdır. Şiddete başvuran hastaların sağlık hakları dondurulmalıdır. Sağlık çalışanlarına yönelik koruyucu yasalar çıkarılmalı ve yasal hakları arttırılmalıdır. TBMM (2013: 197)' nin yaptığı araştırmaya göre ise devlete ait kurumlarda görev yapan sağlık personellerinin kamu görevlisi tanımı kapsamında yer almalarından ötürü özel kurumlarda çalışanlara göre bir nebze daha kendilerini güvende hissettikleri ortaya çıkmıştır. Özel bir sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personeline karşı şiddet uygulandığında suçun nitelikli halinden ötürü cezalandırılmadıkları da belirtilmektedir. Bu sebeple Türk Ceza Kanun'unda yapılacak olan değişikliklerde bu durumda göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Türk Ceza Kanununun 2004 tarih, 5237'nolu kanuna göre sağlık çalışanlarına karşı şiddet içeren durumlar kanunla belirtilen hallerde uygulandığında suç olarak adlandırılmaktadır. Sağlık personellerine yönelik olarak işlenen suçların başında yaralama, tehdit ve hakaret suçları gelmektedir (Yavuz, 2014: 75). Türk Ceza Kanununun bu konuda hukuki yaptırımları ise;

TCK.m.86: Yaralama

Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (Türk Ceza Kanunu, 2004).

TCK.m.106: Tehdit

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. Mal varlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise,

mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur (Türk Ceza Kanunu, 2004).

TCK.m.125: Hakaret

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 adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilât ederek işlenmesi gerekir (Türk Ceza Kanunu, 2004).

3.8.5. Medyaya Düşen Görevler

Medya, bütün kitle iletişim araçlarını içine alan en genel kavram olarak tanımlanır (Asoğlu vd., 2018: 65). Medya bir toplumun gören gözü, duyan kulağı ve konuşan dilidir (Çelik, 2013: 15). Medyanın en fazla tartıştığı ve üzerinde araştırmalar yaptığı konulardan biri ise, şiddettir (Asoğlu vd., 2018: 65). Çünkü şiddet, medyanın gıdasıdır. Şiddet denilince akla sadece kavga, dövme, tokat gibi unsurlar gelmemelidir. Medyanın insanları etkilemek için özellikle kullandığı konular; kazalar, suçlar, kan davaları, cinsellik gibi olayların sahneleridir. İnsanlara zarar veren tüm bu davranışlar da kapsamında şiddet olarak değerlendirilir (Çalışkan, 2013: 50-52).

Günümüzde ise medyanın yarattığı şiddetten neredeyse kaçış yoktur (Çelik, 2013: 16). İnsanlar bir konu hakkında bilgi edinmek ya da boş zamanlarını değerlendirmek için medyayı kullanmaktadır (Beşkat, 2016: 24). Çalışkan (2013: 50)'a göre insanlar özellikle can sıkıntılarını gidermek için medyaya yönelirler. Buradan da anlaşıldığı gibi medyanın insan hayatına her gün konuk olarak girmesi normalleşmeye başlamıştır (Çelik, 2013: 16).

Medya araçları (gazeteler, dergiler, haberler vs.) insanlara yönelik iyi yönde kullanıldığında faydalı, kötü yönde kullanıldığında topluma zarar veren bir davranış olarak yansımaktadır. Çünkü medya araçlarının yaptıkları yayınlarla insanlar üzerinde etki yaratma potansiyeli bulunmaktadır (Beşkat, 2016: 24). Özellikle medyada sağlık personellerine yönelik olumsuz içerikli ve yanlış yayınlar

yapılmaktadır. Medya bu konuda sağlıkta şiddeti özendirici bir rol üstlenmektedir. Aynı şekilde sağlık sunumu anında oluşan bir komplikasyon, haber editörlerince yeteri kadar araştırmadan ve incelenmeden sağlık çalışanlarını yargılayan bir tarzda medya da haber olarak sunulmaktadır (Özcan ve Yavuz, 2017: 72-73). Sercan (2013: 90)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin sebebi olarak “*medyada tahrik edici haberler, yayınlar ve filmlerin yer alması ve siyasetçilerin sağlık çalışanları aleyhine olan beyanları*” gibi faktörler olduğu saptanmıştır. Bu nedenle medyanın üzerine düşen birtakım görevler bulunmaktadır (Çetin, 2016: 13).

Spesifik olarak medyada sağlık personellerine yönelik şiddetin analiz edildiği araştırmalar oldukça sınırlıdır (Küçük-Durur, 2017: 50). Durmuş (2013: 95), bu konuda medyada kanallar denetlenirken RTÜK'ün daha disiplinli çalışması gerektiğini ifade etmektedir. Bu kapsamda 6112 sayılı “Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkındaki Kanununun” 8.maddesinde düzenlenen yayın ilkelerine riayet edilmediği takdirde gereken cezai işlemler başlatılmalıdır. Ayrıca televizyonlarda şiddet içerikli programların yerine daha kaliteli, bilgilendirici ve eğlendirici programlar konulmalıdır. Karaboğa (2018: 43), medyanın şiddeti çıkar amaçlı kullanmaması gerektiğini düşünmektedir. İnaltekin (2017: 63)'e göre ise şiddet içerikli yayınlara kısıtlar getirilmelidir. Küçük-Durur (2017: 51-52)'a göre medya sağlıkta şiddeti bayağılaştırmak, gerekçelendirilerek meşrulaştırmak, şiddet fiiline yönelik şüphe uyandırmak ve şiddetin sürekliliğini vurgulamak için haberler sunmaktadır. Konuyla ilgili açıklama ise ayrıntılı olarak aşağıda yer verilmiştir.

- Şiddetin Bayağılaştırılması: Zıtlık kurgusu içerisinde haber tarafları iyi ve kötü olarak belirlenir. İyiden yana olarak anlamlandırma stratejisi kullanılır. Bu bağlamda gerçekleşen şiddet olaylarında “darp” gibi ifadeler yerine “dövmek, dayak” ifadeleri kullanılarak gerçekleştirilen eylemler bireyleri güçlü ve kötü olarak temsil ederken, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarını zayıf ve savunmasız bir konuma indirger (Çınarlı ve Yücel, 2013: 41-42). Böylelikle şiddete başvuran güçlü olarak anlamlandırılırken, sağlık çalışanlarının itibarı olumsuz etkilenmekte ve şiddet eylemi bayağılaşmaktadır. Bu konuda “*Uyanmayan oğlunu öldü sanınca doktoru*

sopayla dövdü”, “7 aylık hamile doktorun karnına tekme” ya da “Antalya’da acil servis doktoruna demir çubuklarla saldırdılar” gibi haber başlıkları örnek olarak gösterilebilir (Küçük-Durur, 2017: 52).

- Şiddetin Gerekçelendirilerek Meşrulaştırılması: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberleri bazı başlıklarda şiddet olayını gerçekleştirilerek meşrulaştırmıştır. Bu konuda aracı ise reçete, iğne, rapor gibi unsurlardır. “İğne yapmayan doktora saldırdı”, “İlaç yazmadı diye doktora saldırdı, polis biber gazı sıkarak yakaladı” ya da “Ankara’da ölüm haberini veren doktorun burnunu kırdılar” gibi haber başlıkları örnek olarak gösterilebilir (Küçük-Durur, 2017: 53).
- Şiddet Fiiline Yönelik Şüphe Uyandırılması: Bazı haber başlıklarında ve metinlerin detaylarında, şiddetin okuyucuda şüphe uyandıran anlamsal içerikli bir “iddia” vurgulanır. Amaç; şiddetin gerçekleşip gerçekleşmediğine yönelik bir belirsizlik olduğu ve şiddet mağduru olan sağlık çalışanının yalan söylemiş olabileceğine gönderme yapmaktır. Bu konuda “Manisa’da hastanede darp iddiası”, “Didim Devlet Hastanesinde doktora saldırı iddiası” ya da “Hamile doktorun karnına tekme attı iddiası” gibi haber başlıkları örnek olarak gösterilebilir (Küçük-Durur, 2017: 54).
- Şiddetin Sürekliliğine Vurgu Yapılması: Sağlıkta şiddetin devamlılığı vurgulanır. Şiddete yönelik hiçbir önlemin alınamayacağı ve bu olayların durdurulamayacağına yönelik ümitsizlik inşa eder. Bu konuda “Doktora şiddete devam!”, “Doktora saldırı hiç bitmeyecek” ya da “Yine bir doktora saldırı” gibi haber başlıkları örnek olarak gösterilebilir (Küçük-Durur, 2017: 55).

Medyaya ise burada düşen görev; sansasyondan uzak durmaktır. Medya, şiddeti yeniden üretmeyen yayınlar sunmalı ve şiddet kurbanlarına karşı daha duyarlı bir dil kullanılmalıdır. Kar maksimizasyonunun önüne geçerek, ticari olmayan yayıncılık anlayışını benimsemelidir. Ayrıca bu hususta medya içeriklerine karşı bireylerin de eleştirel medya okuryazarı ya da sağlık hizmeti kapsamında hakları ve sorumluluğunu bilen sağlık okuryazarları olabilmeleri konusunda çaba harcamaları gerekmektedir. Bu yönde de politikalar oluşturulmalı ve eğitim-öğretim çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Buna karşılık medyaya yönelik yayınların üretim

sürecine dâhil olan kişilerin de sağlık iletişimi, sağlık haberciliği gibi konularda eğitim almaları ve basılan yayınların sorunlu dil yapısını düzeltmesi gerekmektedir (Küçük-Durur, 2017: 58). Büyükbayram ve Okçay (2013: 50)'a göre ise medya, sağlık çalışanlarıyla ilgili olumsuz haberleri ve davranışları sıklıkla gündeme getirmemelidir. Ayrıca medya sağlık çalışanına şiddet yerine, şiddet uygulayanın cezalandırıldığı ve sonuçların gündeme getirildiği yayınlara yönelmelidir. Özçakmak (2009: 35-36)'a göre ise medya hekime şiddete yönelik yalan yanlış haber sunmak yerine halkı bilgilendirmek için doğru bilginin peşinde koşmalıdır. Ayrıca gazete haberlerinde hasta ve çalışan güvenliğine yönelik hassas bir dil kullanılmalıdır. Çınarlı ve Yücel (2013: 44-48)'e göre ise medya sağlıkta şiddeti yüreklendirmemeli, aksine kınmalıdır. Sağlık personellerine şiddet uygulayan kişilere verilen cezalara ilişkin haberlere de yer verilmelidir. Gazete haberlerinde başlık seçiminde ise dikkatli davranılarak okurda yanlış bir izlenim oluşturmamaya çalışılmalıdır. Gazetelerde şiddet, kamuoyuna seyirlik hatta neredeyse eğlencelik bir durum halinde yansıtılmamalıdır. Ayrıca “sağlık iletişimi ve sağlık haberciliği yayın ilkelerine” yönelik rehber oluşturulmalıdır. Pehlivan (2015: 87)'a göre ise medya şiddeti eğlendirici bir unsur olarak değil, önemli ve çarpıcı bir şekilde sunulmalıdır. TBMM (2013: 191)'nin yaptığı araştırmaya göre ise medya, sağlık çalışanlarından onay almadan haber yapmamalıdır. Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar yanlış ve taraflı yapılan her habere ilişkin gereken davaları açarak takipte kalmalıdır. Sağlık-Sen (2013: 148)'in yaptığı araştırmaya göre ise medya sağlık personellerinin haklarını ve saygınlığını arttıracak kamu spotları düzenlemelidir.

BÖLÜM 4

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada yöntem olarak, nitel araştırmalarda kullanılan içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizini gerçekleştirebilmek için de MAXQDA 2018 programından yararlanılmıştır. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden MAXQDA 2018 programının kullanılmasının nedeni, gazetelerde yayınlanan sağlıkta yaşanan şiddet haberleri ve sağlıkta şiddete yönelik tepki haberlerini, birbirine benzeyen temalar dâhilinde bir araya getirerek rakamsal ve grafiksel olarak değerlendirme imkânına ulaşılabilmiş olmaktan kaynaklanır.

İçerik analizi, hem nitel hem de nicel bir araştırmalarda kullanılan bir yöntemdir (Wright, 1986: 125). Nitel analiz, belli bir zaman kesitinin belli bir anında, sınırlı sayıda önemli iletiler aktaran bir mesaj kaynağıdır (George, 2003: 10). Nitel çalışmalarda yaygın olarak kullanılan içerik analizi yöntemi, metinleri sayısal hale getirmeye yarayan bir araçtır. İçerik analiz yönteminde birbirine benzeyen temalar, bir araya getirilerek muhatabın anlayabileceği bir şekilde düzenlenir ve yorumlanır (Koçak ve Arun, 2006: 22). Nicel analizin amacı ise, herhangi bir metnin içinde yer alan belli niteliklerin veya kategorilerin ortaya çıkma sıklığını belirlemek ve saymaktır. Bunu yaparak içerik çözümlemesi, söz konusu metinlerin içerdiği ve ilettiği mesajlar, imajlar, temsiller ve bunların kapsamlı toplumsal anlam ve önemleri hakkında bir şeyler söyleyebilme amacına hizmet etmeye çalışmaktadır (Duğan, 2015: 138).

4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında yayınlanan günlük gazeteler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında günlük yayım yapan sağlıkta şiddet konulu gazete haberleri değerlendirilmektedir.

Araştırmanın örneklemini; 30.000-250.000 arası tiraja sahip olan Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin sağlıkta şiddet içeren haberlerinden oluşmaktadır. Yüksek tiraja sahip gazetelerin seçilmiş olmasının nedeni, gazetelerin internet adresleri üzerinden arşiv bölümünde, sağlıkta şiddet konulu çok fazla habere erişebilme imkânına sahip olunmasından kaynaklıdır. Bu bağlamda 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında yayınlanan toplam 501 gazete haberi incelenmiştir. İncelenen sağlıkta şiddet konulu haberlerin 162 tanesi Hürriyet, 252 tanesi Milliyet ve 87 tanesi Cumhuriyet gazetesinde yer almaktadır. Gazete haberlerinden 143 tanesi sağlıkta şiddete yönelik yaşanan hadiseleri kapsarken, 358 tanesi şiddete yönelik tepkide bulunan kurumlara veya bürokratlara yönelik haberlerden oluşmaktadır.

4.2 Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerini tespit etmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri incelenmiştir. Verileri analiz edebilmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin resmi internet sayfalarında yer alan mevcut arşivlerine ulaşılmıştır. Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında günlük yayım yapan sağlıkta şiddet konulu gazete haberlerinde toplam 501 gazete haberine erişilmiş ve elde edilen veriler Excel dosyasında kaydedilmiştir. Toplanan verileri ise analiz edebilmek için MAXQDA 2018 programına yüklenilmiştir. Yüklenen verilerin programda doğru bir şekilde girilebilmesi için araştırmacı tarafından elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlenen kodlar, tematik kodlama halinde programa tanımlanmıştır. Profesyonel bir kodlayıcıya başvurmanın getireceği zaman ve parasal maliyet sebebiyle kodlama cetveli ikinci bir kişi tarafından yapılamamıştır. Çalışmada, güvenilirliğin sağlanması amacıyla farklı zaman dilimlerinde üç kez kodlama yapılmış ve elde edilen bulgular birbiriyle uyumlu bulunmuştur.

4.3 Araştırmada Elde Edilen Verilerin Analizi

Araştırmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerini tespit etmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri incelenmiştir. Verileri analiz edebilmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin resmi internet sayfalarında yer alan mevcut arşivlerine ulaşılmıştır. Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin

2017- 2019 tarihleri arasında günlük yayım yapan sağlıkta Şiddet konulu gazete haberlerinde toplam 501 gazete haberine erişilmiştir. Toplanan verileri ise analiz edebilmek için MAXQDA 2018 nitel veri analiz programına yüklenilmiş ve kod deėiŐkenleri istatistiği sayesinde içerik analizi gerçekleştirilmiştir. Programa yüklenirken ilk olarak sağlıkta yaşanan Şiddete yönelik haberler analiz edilmiştir. Daha sonra ise sağlıkta Şiddete yönelik tepki haberleri analiz edilmiştir.



BÖLÜM 5

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde; 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında Türkiye’de yayım yapan Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinin sağlıkta şiddet konulu haberleri içerik analizi yapılarak incelenmiş ve MAXQDA 2018 programında betimsel istatistikî yöntemlerle analiz edilmiştir. Gazete haberlerinden 143 tanesi ‘’sağlıkta şiddete yönelik yaşanan’’ haberleri kapsarken, 358 tanesi ‘’sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunan’’ haberleri kapsamaktadır. Bu sebeple önce ‘’sağlıkta şiddete yönelik yaşanan’’ haberler incelenirken, daha sonra ‘’sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunan’’ haberler incelenmiştir. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlar ise yüzde (%) şeklinde ifade edilerek, ilgili kategorilere göre gruplandırılıp, tablolaştırılmış ve analiz sonuçlarına dayalı yorumlar getirilmiştir.

5.1 Sağlıkta Yaşanan Şiddete Yönelik Haberlerin Analiz Edilmesi

Sağlık çalışanlarına yönelik yaşanan şiddet haberlerini analiz edebilmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri incelenmiştir. Çalışma kapsamında 1 Ocak 2017- 21 Mayıs 2019 tarihleri arasında 143 tane gazete haberine erişilmiş ve MAXQDA 2018 nitel veri analiz programıyla içerik analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 7. Sağlıkta Yaşanan Şiddete Yönelik Gazete Haberlerinin Dağılımı

	HÜRRİYET	MİLLİYET	CUMHURİYET	TOPLAM
Gazeteler	53 (37,1%)	58 (40,6%)	32 (22,4%)	143 (100,0%)

Sağlıkta şiddet arama motoru üzerinden gazetelerin arşivlerine ulaşılan haberlerin 143 tanesi (%100) ‘’sağlıkta yaşanan şiddete yönelik’’ haberlerden oluşmaktadır. Haberlerin içerisinde Hürriyet gazetesinden 53 haber (%37,1), Milliyet gazetesinden 58 haber (%40,6) ve Cumhuriyet gazetesinden 32 habere (%22,4) ulaşılmıştır.

Gazetelerden elde edilen veriler sonucunda analiz edilen konular ise; şiddetin yaşandığı il, şiddeti uygulayan kişi, şiddet mağduru, şiddetin sebebi, şiddet için kullanılan araç, şiddetin yaşandığı sektör, kurum ve departman, ve şiddetle ilişkili kullanılan kelimeler ve şiddet hakkında önlem alınıp alınmadığına yönelik bilgilerden oluşmaktadır.

Tablo 8. Sağlıkta Yaşanan Şiddete Yönelik Haberlerde Kod Matris Tarayıcısı

Kod Sistemi	HÜRRİYET	MİLLİYET	CUMHURİYET
İl	53	58	32
Mağdurun Mesleği	53	58	32
Uygulayıcı	53	58	32
Uygulayıcının Cinsiyeti	53	58	32
Şiddetin Türü	53	58	32
Şiddetin Nedeni	53	58	32
Mağdurun Cinsiyeti	53	58	32
Mağdurun Yaşı	25	14	15
Mağdurun İş Tecrübesi	25	14	15
Mağdurun Eğitim Düzeyi	53	58	32
Mağdurun Medeni Durumu	32	27	25
Şiddet Aracı	53	58	32
Şiddetin Yaşandığı Departman	43	46	25
Kamu / Özel	53	58	32
Sağlık Kurumunun Türü	53	58	32
Şiddet İle İlişkili Kelime	53	58	32
Önlem	53	58	32

Kod matris tarayıcısı; yapılan araştırmada belirli tematik kodların ne sıklıkla kullanıldığını tespit etmek için kullanılır. Tablo 8’de gösterilen ‘sağlıkta yaşanan şiddete yönelik’ haberlerde belirli tematik kodların ne sıklıkla kullanıldığı, Kod Matris Tarayıcısı yardımıyla tespit edilmiştir. Yukarıdaki tabloda da önceden belirlenen araştırma sorularına cevap aramaya yönelik 17 adet tematik kod kullanılmıştır. Araştırma örnekleme ise Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet

gazetelerinden oluşmaktadır. Tabloya göre şiddetin yaşandığı il, uygulayıcıya yönelik bilgi, şiddetin nedeni, şiddet türü, şiddet için kullanılan araç, şiddet ile ilişkili en fazla kullanılan kelime, şiddetin yaşandığı sektör ve sağlık kurumu, önlemin olup olmadığı Hürriyet (53 haberde), Milliyet (58 haberde) ve Cumhuriyet (32 haberde) gazetelerinde yer verilmektedir. Mağdura ilişkin bilgiler ise; mağdurun cinsiyeti ve eğitim düzeyi Hürriyet gazetesinde 53 haberde, Milliyet gazetesinde 58 haberde ve Cumhuriyet gazetesinde 32 haberde yer verilirken, yaşı ve iş tecrübesi Hürriyet gazetesinde 25 haberde, Milliyet gazetesinde 14 haberde ve Cumhuriyet gazetesinde 15 haberde yer verilmektedir. Mağdurun medeni durumu ise Hürriyet gazetesinde 32 haberde, Milliyet gazetesinde 27 haberde ve Cumhuriyet gazetesinde 25 haberde yer verilmektedir. Ayrıca şiddetin yaşandığı departman Hürriyet gazetesinde 43, Milliyet gazetesinde 46 ve Cumhuriyet gazetesinde ise 25 haberde yer verilmektedir.

Tablo 9. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı İllerin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Antalya	16	11,19
İzmir	14	9,79
Manisa	9	6,29
İstanbul	8	5,59
Kayseri	6	4,20
Ankara	6	4,20
Elazığ	6	4,20
Balıkesir	5	3,50
Diyarbakır	5	3,50
Mersin	5	3,50
Samsun	5	3,50
Şanlıurfa	5	3,50
Bursa	5	3,50
Edirne	5	3,50
Konya	3	2,10
Mardin	3	2,10
Aydın	3	2,10
Ağrı	3	2,10
Iğdır	3	2,10
Giresun	3	2,10
Kırıkkale	2	1,40
Aksaray	2	1,40
Şırnak	2	1,40
Artvin	2	1,40
Bitlis	2	1,40
Ordu	2	1,40
Ardahan	2	1,40
Adıyaman	2	1,40
Kırşehir	1	0,70
Kars	1	0,70
Düzce	1	0,70
Trabzon	1	0,70
Denizli	1	0,70
Adana	1	0,70
Rize	1	0,70
Tekirdağ	1	0,70
Sakarya	1	0,70
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

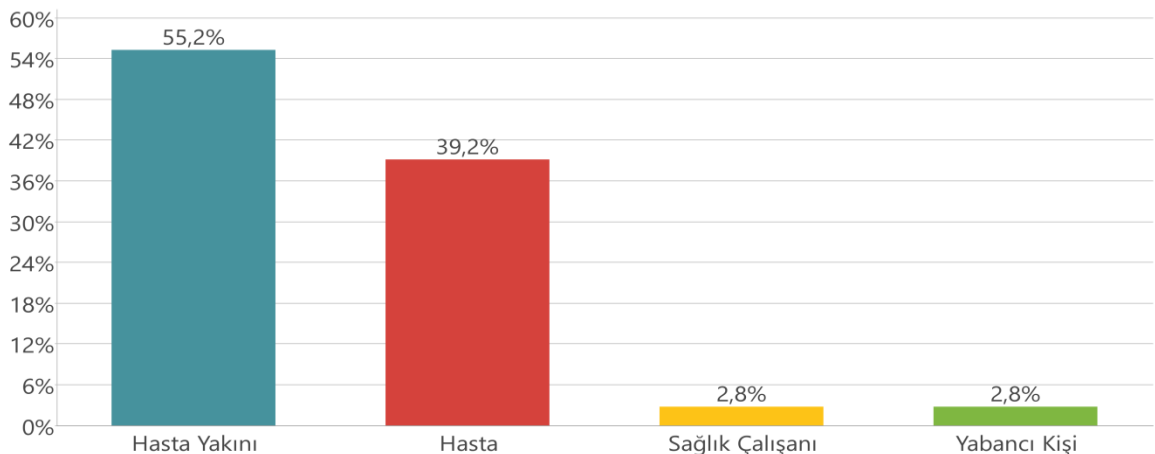
Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100), şiddetin yaşandığı şehir hakkında bilgilere ulaşılmaktadır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre şiddetin en fazla yaşandığı iller; 16 haberde (%11,19) Antalya, 14 haberde (%9,79) İzmir, 9 haberde (%6,29) Manisa ve 8 haberde (%5,59) İstanbul olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcılarının Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Hasta Yakını	79	55,24
Hasta	56	39,16
Sağlık Çalışanı	4	2,80
Yabancı Kişi	4	2,80
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta şiddeti başlatan kişiye yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre en fazla şiddet uygulayıcılarının; 79 haberde hasta yakını ve 56 haberde hastaların olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 12'de ise şiddeti başlatan kişilerin yüzdeler dilimleri istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 12. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcılarının Analizi



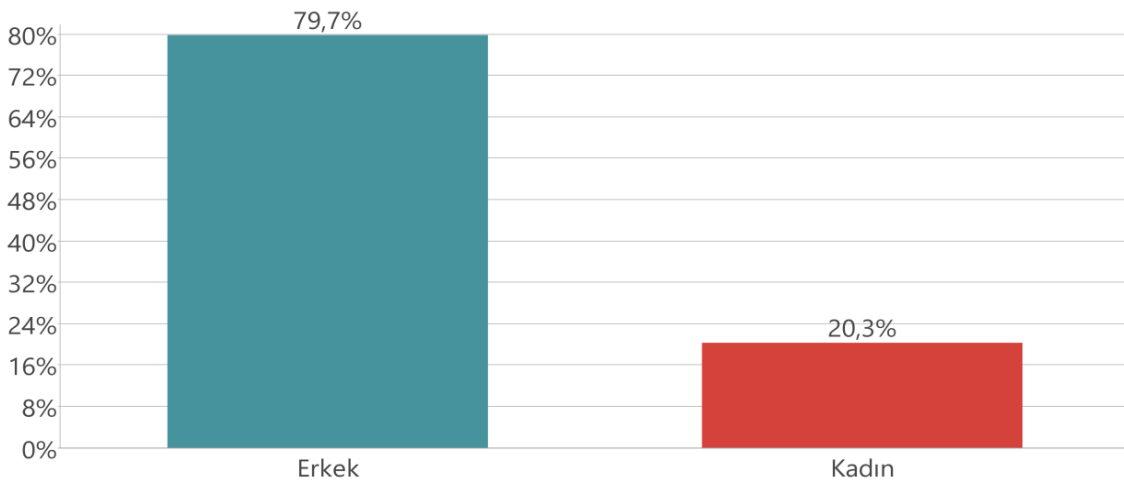
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddeti başlatan kişiler MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; %55,2 oranında hasta yakınlarının ve %39,2 oranında hastaların en fazla sağlıkta şiddeti başlattığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 11. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcıların Cinsiyetinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Erkek	114	79,72
Kadın	29	20,28
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta şiddeti başlatan kişilerin cinsiyetine yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre; 114 haberde erkek ve 29 haberde kadınların sağlıkta şiddeti başlattığı tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 13'de ise şiddeti başlatan kişilerin cinsiyetleri yüzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 13. Sağlıkta Şiddet Uygulayıcılarının Cinsiyetinin Analizi

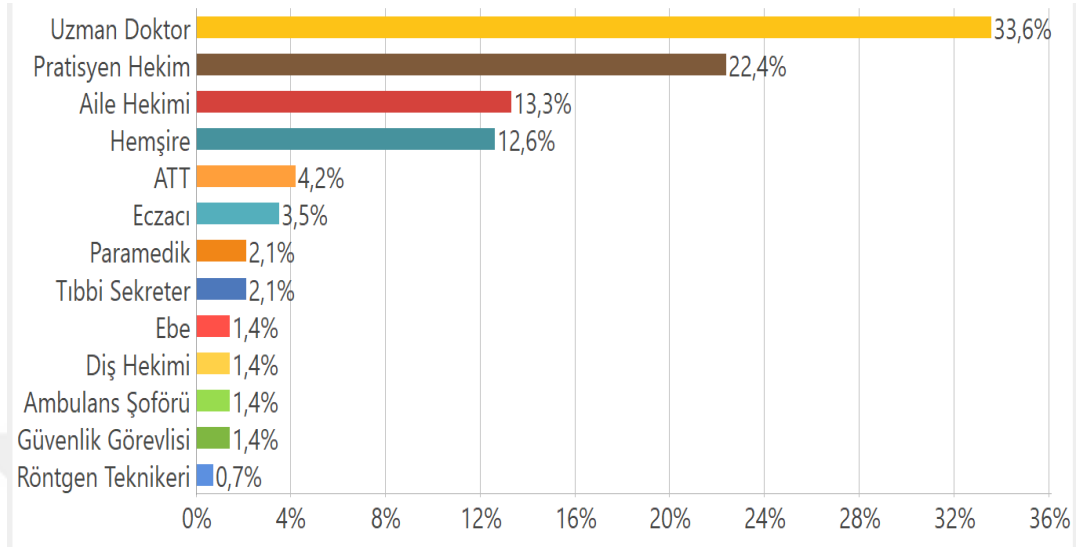


Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddeti başlatan kişilerin cinsiyetleri MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; sağlıkta şiddeti başlatan kişilerin cinsiyetleri %79,7 oranında erkek ve %20,3 oranında kadın olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 12. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Meslek Olarak Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Uzman Doktor	48	33,57
Pratisyen Hekim	32	22,38
Aile Hekimi	19	13,29
Hemşire	18	12,59
ATT	6	4,20
Eczacı	5	3,50
Paramedik	3	2,10
Tıbbi Sekreter	3	2,10
Ebe	2	1,40
Diş Hekimi	2	1,40
Ambulans Şoförü	2	1,40
Güvenlik Görevlisi	2	1,40
Röntgen Teknikeri	1	0,70
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta şiddet mağdurunun mesleğine yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre en fazla şiddet mağdurlarının; 48 haberde uzman doktor, 32 haberde pratisyen hekim, 19 haberde aile hekimi ve 18 haberde hemşirelerin olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 14'de ise şiddet mağduru olan kişilerin mesleği yüzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 14. Sağlıkta Şiddet Mağdurların Mesleğinin Analizi

Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddet mağduru olan kişilerin meslekleri MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ise %33,6 oranında uzman doktor, %22,4 oranında pratisyen hekim, %13,3 oranında aile hekimi ve %12,6 oranında hemşirelerin en fazla şiddet mağduru olduğu tespit edilmiştir.

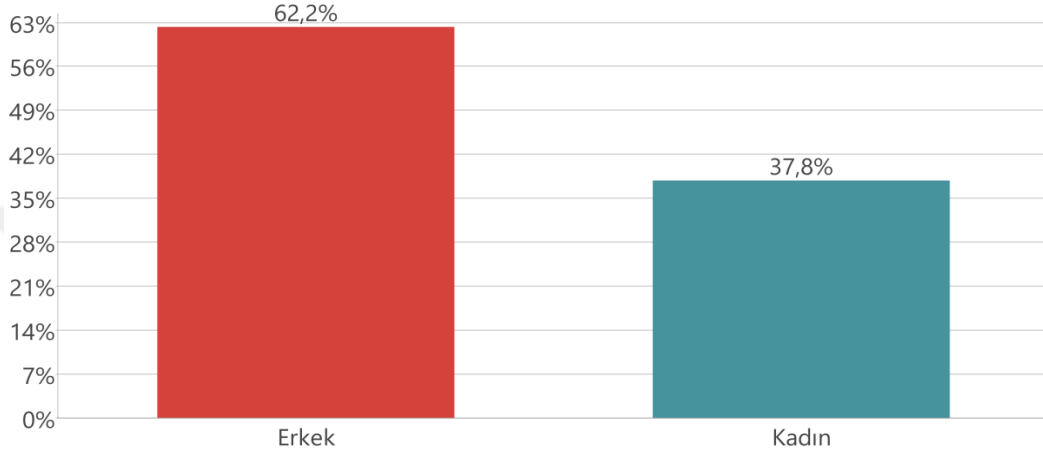
Tablo 13. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Cinsiyetinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Erkek	89	62,24
Kadın	54	37,76
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta şiddet mağdurunun cinsiyetine yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği

yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; 89 haberde erkek ve 54 haberde kadınların sağlıkta şiddete mağdur edildiği tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 15’de ise şiddet mağduru olan kişilerin cinsiyeti yüzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 15. Sağlıkta Şiddet Mağdurların Cinsiyetinin Analizi



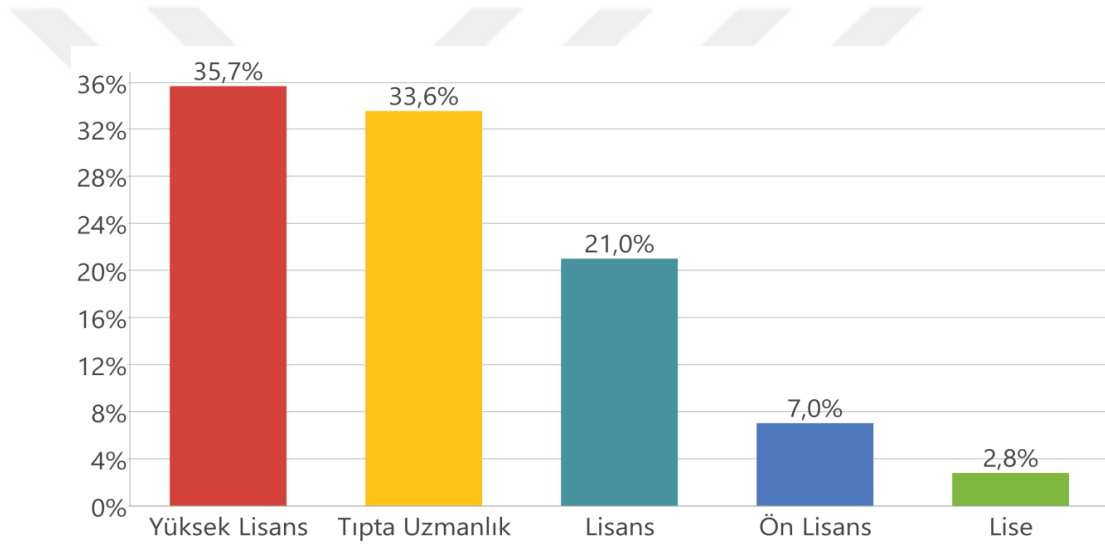
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddet mağduru olan kişilerin cinsiyetleri MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; sağlıkta şiddet mağduru olan kişilerin %62,2 oranında erkek ve %37,8 oranında kadın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Yüksek Lisans	51	35,66
Tıpta Uzmanlık	48	33,57
Lisans	30	20,98
Ön Lisans	10	6,99
Lise	4	2,80
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sađlıkta Őiddet mađdurunun eđitim dűzeyine yűnelik bilgilere ulařılmıřtır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yűnelik ulařılamayan bir haber olmamıřtır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod deđiřkenlerin istatistiđi yardımıyla analiz edilmiřtir. Analiz sonuçlarına gűre en fazla; 51 haberde yűksek lisans, 48 haberde tıpta uzmanlık ve 30 haberde lisans mezunlarının Őiddete maruz kaldıđı tespit edilmiřtir. Ařađıda Őekil 16'da ise Őiddet mađduru olan kiřilerin eđitim dűzeyleri yűzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gűsterilmektedir.

Őekil 16. Sađlıkta Őiddette Mađdurların Eđitim Dűzeyinin Analizi



Sađlıkta yařanan Őiddet haberlerine yűnelik 143 haber içerisinde Őiddet mađduru olan kiřilerin eđitim dűzeyleri MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiřtir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmıř ve kod deđiřkenlerin istatistiđi yardımıyla analiz edilmiřtir. Analiz sonucuna gűre ise; %35,7 oranında yűksek lisans, %33,6 oranında tıpta uzmanlık ve %21 oranında lisans mezunlarının en fazla Őiddete maruz kaldıđı tespit edilmiřtir.

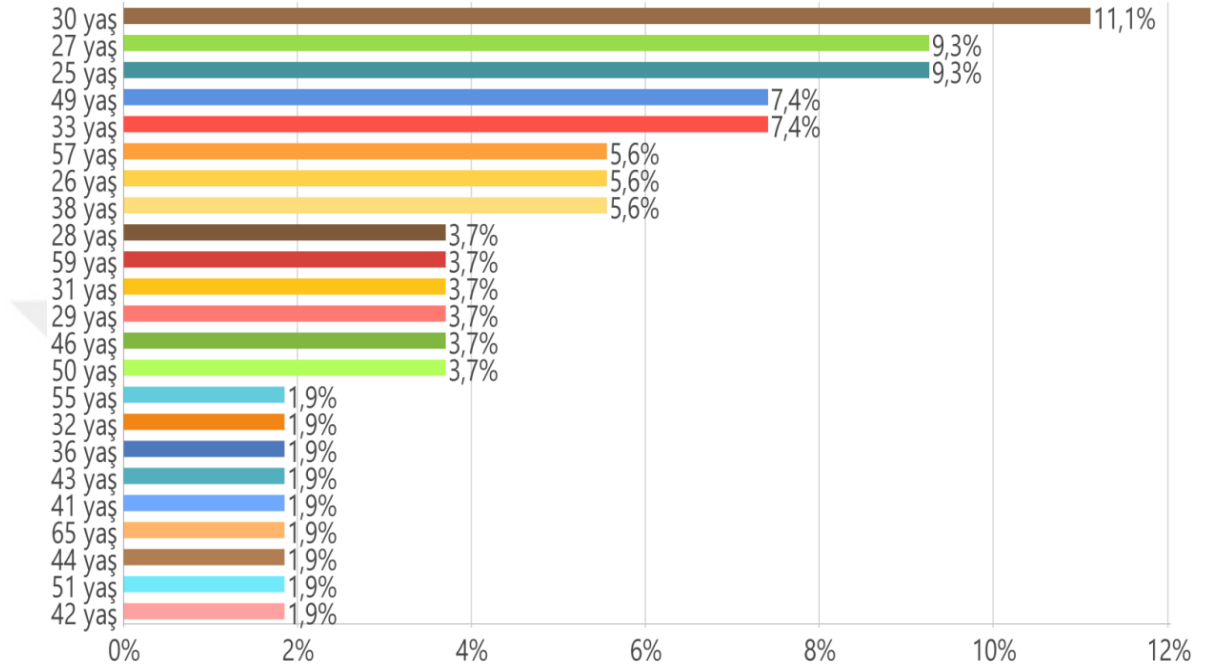
Tablo 15. Sağlıkta Şiddet Mağdurlarının Yaşlarının Dağılımı

	Frekans	Yüzde	Yüzde (geçerli)
30 yaş	6	4,20	11,11
27 yaş	5	3,50	9,26
25 yaş	5	3,50	9,26
49 yaş	4	2,80	7,41
33 yaş	4	2,80	7,41
57 yaş	3	2,10	5,56
26 yaş	3	2,10	5,56
38 yaş	3	2,10	5,56
28 yaş	2	1,40	3,70
59 yaş	2	1,40	3,70
31 yaş	2	1,40	3,70
29 yaş	2	1,40	3,70
46 yaş	2	1,40	3,70
50 yaş	2	1,40	3,70
55 yaş	1	0,70	1,85
32 yaş	1	0,70	1,85
36 yaş	1	0,70	1,85
43 yaş	1	0,70	1,85
41 yaş	1	0,70	1,85
65 yaş	1	0,70	1,85
44 yaş	1	0,70	1,85
51 yaş	1	0,70	1,85
42 yaş	1	0,70	1,85
Toplam (geçerli)	54	37,76	100,00
Kayıp	89	62,24	-
TOPLAM	143	100,00	-

Gazetelerde yer verilen haberlerin 54'ünde (%37,76) sağlıkta şiddet mağdurunun yaşına yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında ise istenilen bilgiye ulaşılamayan 89 adet haber (%62,24) bulunmaktadır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. 143 adet haber dikkate alınarak yapılan analiz sonucuna göre en fazla; 6 haberde (%4,2) 30 yaşındaki sağlık çalışanları ve 5 haberde (%3,5) 27 ve 25 yaşındaki sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan kişilerin toplam yaş ortalaması ise 37,518 olarak hesaplanmıştır.

Aşağıda şekil 17’de ise şiddet mağduru olan kişilerin yaşları yüzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 17. Sağlıkta Şiddette Mağdurların Yaşının Analizi



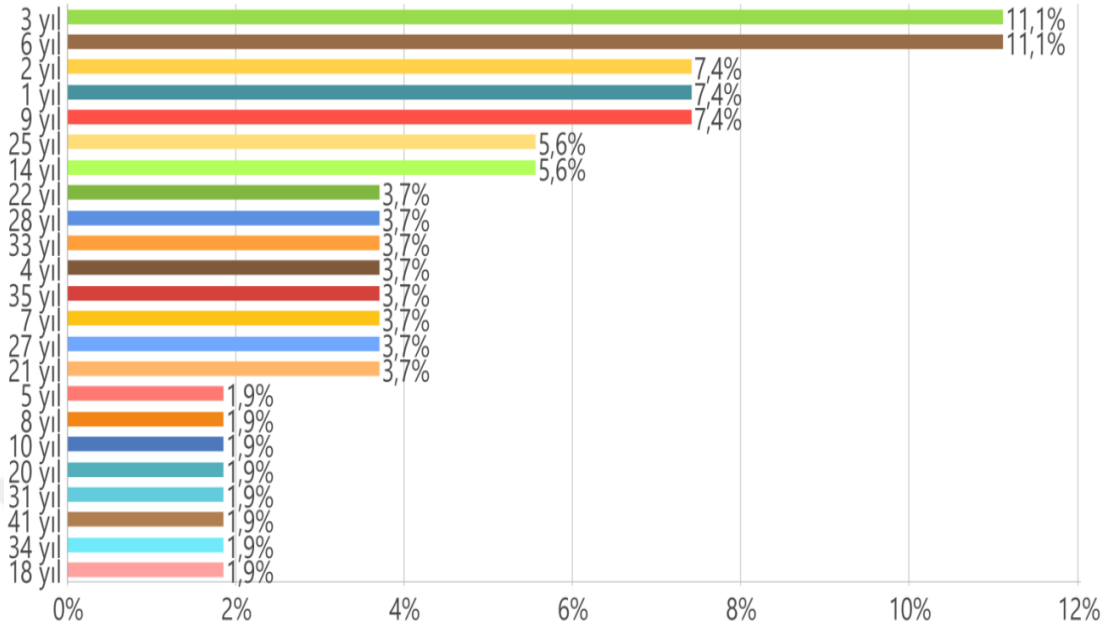
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 54 haber içerisinde şiddet mağduru olan kişilerin yaşları MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %11,1’i 30 yaşında ve %9,3’ü 27 ve 25 yaşında oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 16. Sağlıkta Şiddette Mağdurların İş Tecrübesinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde	Yüzde (geçerli)
3 yıl	6	4,20	11,11
6 yıl	6	4,20	11,11
2 yıl	4	2,80	7,41
1 yıl	4	2,80	7,41
9 yıl	4	2,80	7,41
25 yıl	3	2,10	5,56
14 yıl	3	2,10	5,56
22 yıl	2	1,40	3,70
28 yıl	2	1,40	3,70
33 yıl	2	1,40	3,70
4 yıl	2	1,40	3,70
35 yıl	2	1,40	3,70
7 yıl	2	1,40	3,70
27 yıl	2	1,40	3,70
21 yıl	2	1,40	3,70
5 yıl	1	0,70	1,85
8 yıl	1	0,70	1,85
10 yıl	1	0,70	1,85
20 yıl	1	0,70	1,85
31 yıl	1	0,70	1,85
41 yıl	1	0,70	1,85
34 yıl	1	0,70	1,85
18 yıl	1	0,70	1,85
Toplam (geçerli)	54	37,76	100,00
Kayıp	89	62,24	-
TOPLAM	143	100,00	-

Gazetelerde yer verilen haberlerin 54'ünde (%37,76) sağlıkta şiddet mağdurunun iş tecrübesine yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında ise istenilen bilgiye ulaşılamayan 89 adet haber (%62,24) bulunmaktadır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. 143 adet haber dikkate alınarak yapılan analiz sonucuna göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının en fazla 6 haberde (%4,2) 3 yıl ve 6 yıl iş tecrübesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Şiddet mağduru kişilerin toplam iş tecrübesi ortalaması ise 13,703 yıl olarak hesaplanmıştır. Aşağıda şekil 18'de ise şiddet mağduru olan kişilerin iş tecrübeleri yüzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 18. Sağlıkta Şiddette Mağdurların İş Tecrübesinin Analizi



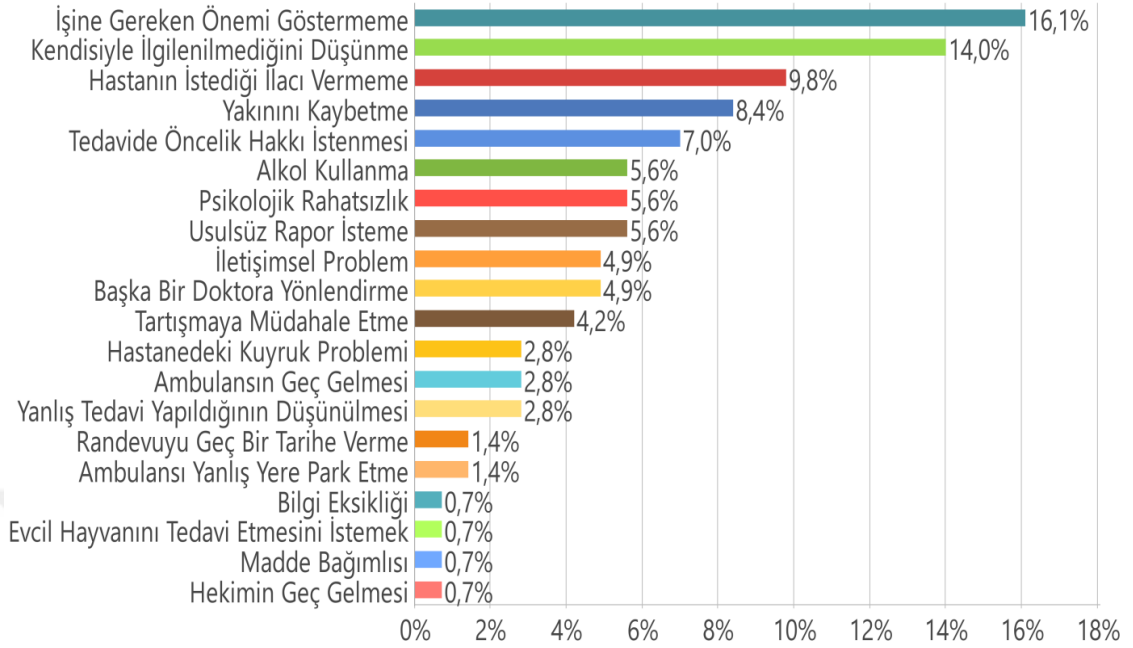
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 54 haber içerisinde şiddet mağduru olan kişilerin iş tecrübeleri MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının en fazla %11,1'i 3 yıl ve 6 yıl iş tecrübesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 17. Sağlıkta Şiddetin Nedenlerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
İşine Gereken Önemi Göstermeme	23	16,08
Kendisiyle İlgilenilmediğini Düşünme	20	13,99
Hastanın İsteddiği İlacı Vermeme	14	9,79
Yakınını Kaybetme	12	8,39
Tedavide Öncelik Hakkı İstenmesi	10	6,99
Alkol Kullanma	8	5,59
Psikolojik Rahatsızlık	8	5,59
Usulsüz Rapor İsteme	8	5,59
İletişimsel Problem	7	4,90
Başka Bir Doktora Yönlendirme	7	4,90
Tartışmaya Müdahale Etme	6	4,20
Hastanedeki Kuyruk Problemi	4	2,80
Ambulansın Geç Gelmesi	4	2,80
Yanlış Tedavi Yapıldığının Düşünülmesi	4	2,80
Randevuyu Geç Bir Tarihe Verme	2	1,40
Ambulansı Yanlış Yere Park Etme	2	1,40
Bilgi Eksikliği	1	0,70
Evcil Hayvanı Tedavi Etmesini İstemek	1	0,70
Madde Bağımlısı	1	0,70
Hekimin Geç Gelmesi	1	0,70
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta şiddetin nedenine yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre en fazla 23 haberde sağlık çalışanlarının işine gereken önemi göstermediklerinden dolayı şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 19'da ise şiddetin nedeni yüzdeler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 19. Sağlıkta Şiddetin Nedenlerinin Analizi



Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddetin nedeni MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise %16,1 oranında sağlık çalışanlarının işine gereken önemi göstermedikleri gerekçesiyle en fazla şiddet yaşandığı tespit edilmiştir.

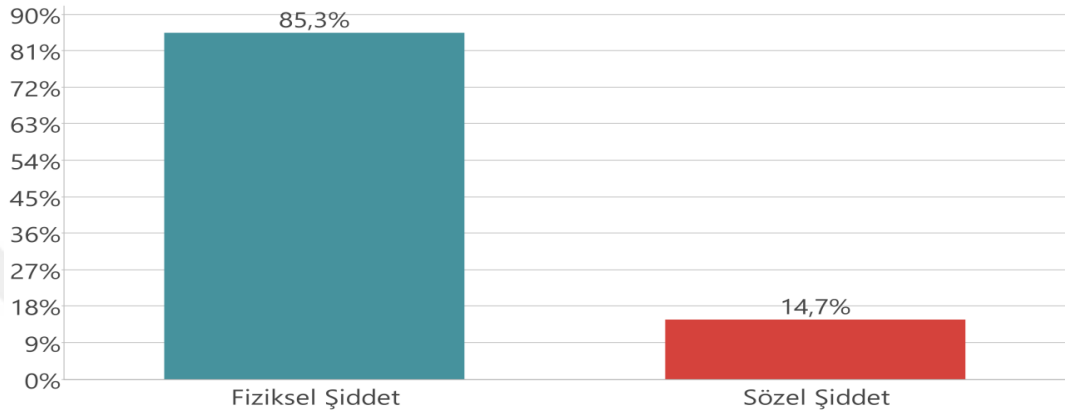
Tablo 18. Sağlıkta Şiddet Türlerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Fiziksel Şiddet	122	85,31
Sözel Şiddet	21	14,69
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta şiddetin türüne yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz

sonucuna göre ise; 122 haberde fiziksel şiddet ve 21 haberde sözel şiddet yaşanmaktadır. Aşağıda şekil 20’de ise sağlıkta şiddetin türü yüzdeler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 20. Sağlıkta Şiddet Türlerinin Analizi



Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddetin türü MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; %85,3 oranında fiziksel şiddet ve %14,7 oranında sözel şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir.

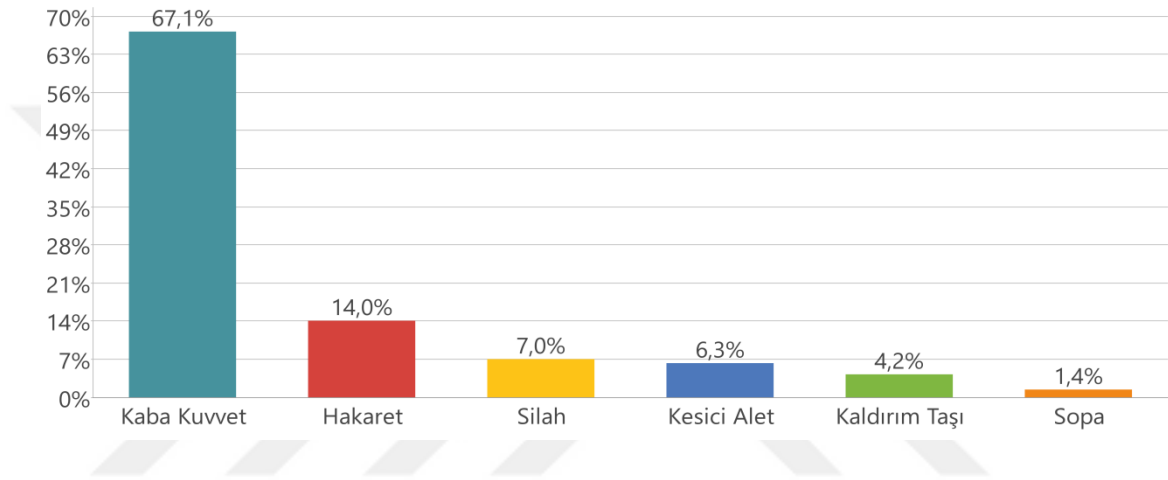
Tablo 19. Sağlıkta Şiddet Araçlarının Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Kaba Kuvvet	96	67,13
Hakaret	20	13,99
Silah	10	6,99
Kesici Alet	9	6,29
Kaldırım Taşı	6	4,20
Sopa	2	1,40
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143’ünde (%100) şiddet aracına yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan

bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla şiddet aracı olarak 96 haberde kaba kuvvet ve 20 haberde hakaret kullanıldığı tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 21’de ise şiddet aracı yüzdeler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 21. Sağlıkta Şiddet Araçlarının Analizi



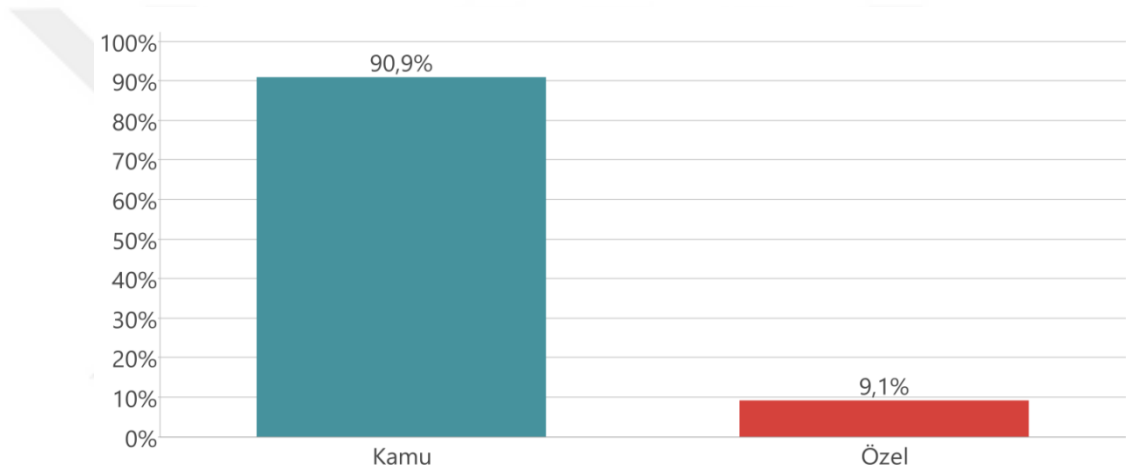
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddet aracı MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla şiddet aracı olarak % 67,1 oranında kaba kuvvet ve %14 oranında hakaret kullanıldığı tespit edilmiştir.

Tablo 20. Sağlıkta Şiddetin Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarına Göre Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Kamu	130	90,91
Özel	13	9,09
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) sağlıkta Şiddetin yaşandığı sektöre yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; sağlıkta Şiddet 130 haberde kamu sektöründe yaşanırken, 13 haberde özel sektörde yaşandığı ortaya çıkmıştır. Aşağıda Şekil 22'de ise sağlıkta Şiddetin yaşandığı sektörlerin yüzdelerik dilimleri istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 22. Sağlıkta Şiddetin Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarına Göre Analizi



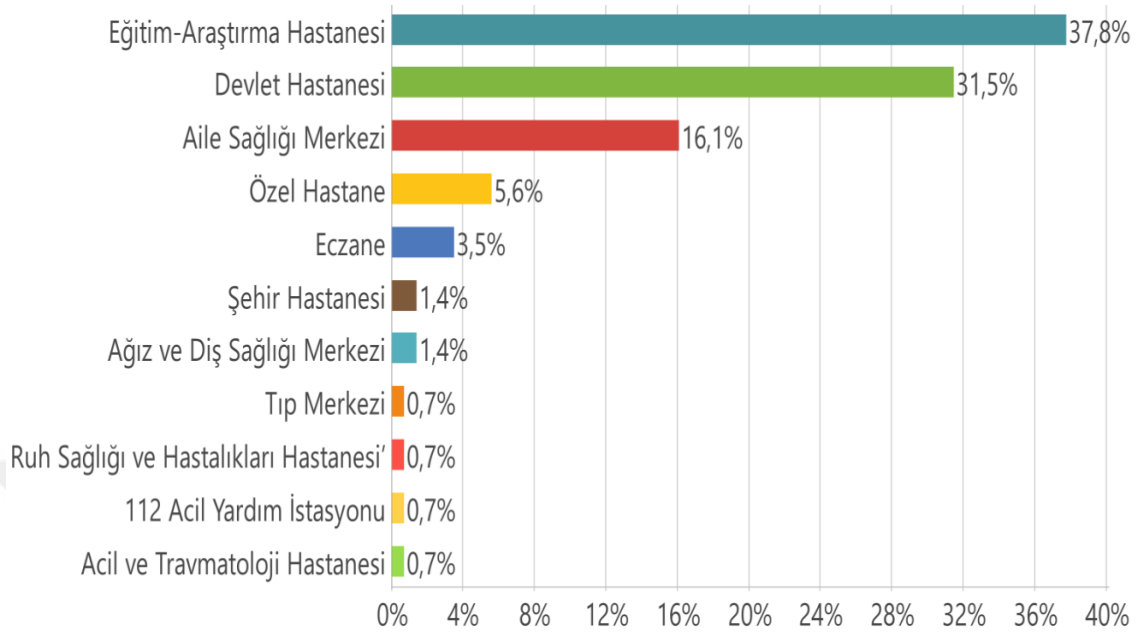
Sağlıkta yaşanan Şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde sağlıkta Şiddetin yaşandığı sektör MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; Şiddet %90,9 oranında kamu sektöründe yaşanırken, %9,1 oranında özel sektörde yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 21. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Sağlık Kurumlarının Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Eğitim-Araştırma Hastanesi	54	37,76
Devlet Hastanesi	45	31,47
Aile Sağlığı Merkezi	23	16,08
Özel Hastane	8	5,59
Eczane	5	3,50
Şehir Hastanesi	2	1,40
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	2	1,40
Tıp Merkezi	1	0,70
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	1	0,70
112 Acil Yardım İstasyonu	1	0,70
Acil ve Travmatoloji Hastanesi	1	0,70
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) şiddetin yaşandığı sağlık kurumunun türüne yönelik bilgilere ulaşılmıştır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı kurumlar 54 haberde eğitim-araştırma hastaneleri, 45 haberde devlet hastaneleri ve 23 haberde aile sağlığı merkezleri olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 23'de ise şiddetin yaşandığı sağlık kurumlarının türlerinin yüzdelerle gösterilmektedir.

Şekil 23. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Sağlık Kurumlarının Analizi

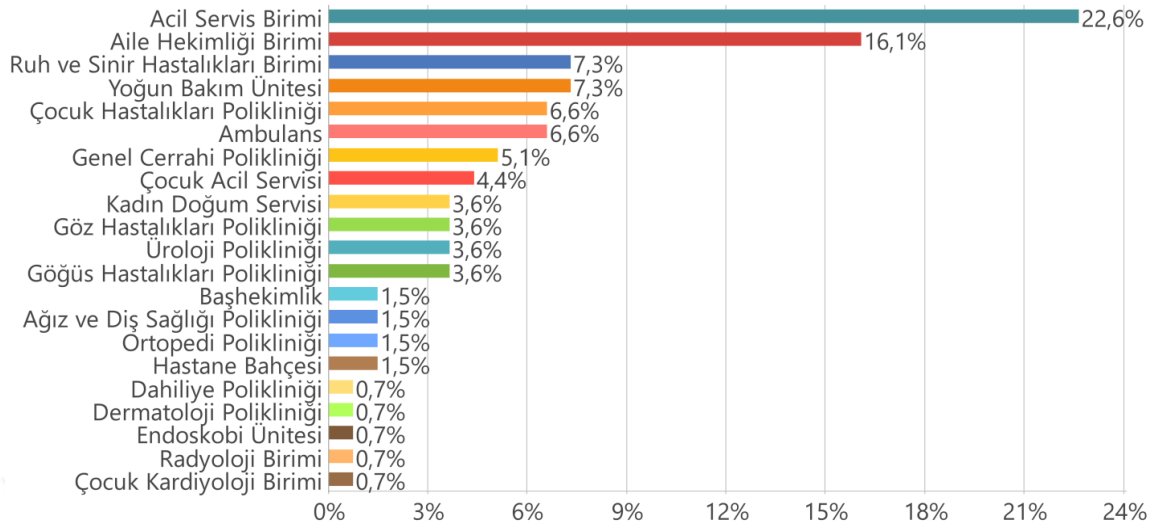


Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddetin yaşandığı sağlık kurumunun türü MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla %37,8 oranında eğitim-araştırma hastanelerinde, %31,5 oranında devlet hastanelerinde ve %16,1 oranında aile sağlığı merkezlerinde şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir.

Tablo 22. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Departmanların Dağılımı

	Frekans	Yüzde	Yüzde (geçerli)
Acil Servis Birimi	31	21,68	22,63
Aile Hekimliği Birimi	22	15,38	16,06
Ruh ve Sinir Hastalıkları Birimi	10	6,99	7,30
Yoğun Bakım Ünitesi	10	6,99	7,30
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	9	6,29	6,57
Ambulans	9	6,29	6,57
Genel Cerrahi Polikliniği	7	4,90	5,11
Çocuk Acil Servisi	6	4,20	4,38
Kadın Doğum Servisi	5	3,50	3,65
Göz Hastalıkları Polikliniği	5	3,50	3,65
Üroloji Polikliniği	5	3,50	3,65
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	5	3,50	3,65
Başhekimlik	2	1,40	1,46
Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	2	1,40	1,46
Ortopedi Polikliniği	2	1,40	1,46
Hastane Bahçesi	2	1,40	1,46
Dâhiliye Polikliniği	1	0,70	0,73
Dermatoloji Polikliniği	1	0,70	0,73
Endoskopi Ünitesi	1	0,70	0,73
Radyoloji Birimi	1	0,70	0,73
Çocuk Kardiyoloji Birimi	1	0,70	0,73
Toplam (geçerli)	137	95,80	100,00
Kayıp	6	4,20	-
TOPLAM	143	100,00	-

Gazetelerde yer verilen haberlerin 137'sinde (%95,8) sağlıkta şiddetin yaşandığı departmana ait bilgilere yer verilmiştir. Veri toplama sırasında ise 6 adet haber (%4,2) hakkında bilgiye ulaşılamamaktadır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. 143 adet haber dikkate alınarak yapılan analiz sonucuna göre en fazla; 31 haberde (%21,68) şiddetin acil servis biriminde yaşandığı, 22 haberde (%15,38) ise şiddetin aile hekimliği biriminde yaşandığı ve 10 haberde (%6,99) ise şiddetin ruh ve sinir hastalıkları biriminde yaşandığı tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 24'de ise 137 haber içerisinde şiddetin yaşandığı departmanların yüzdelerinin istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 24. Sağlıkta Şiddetin Yaşandığı Departmanların Analizi

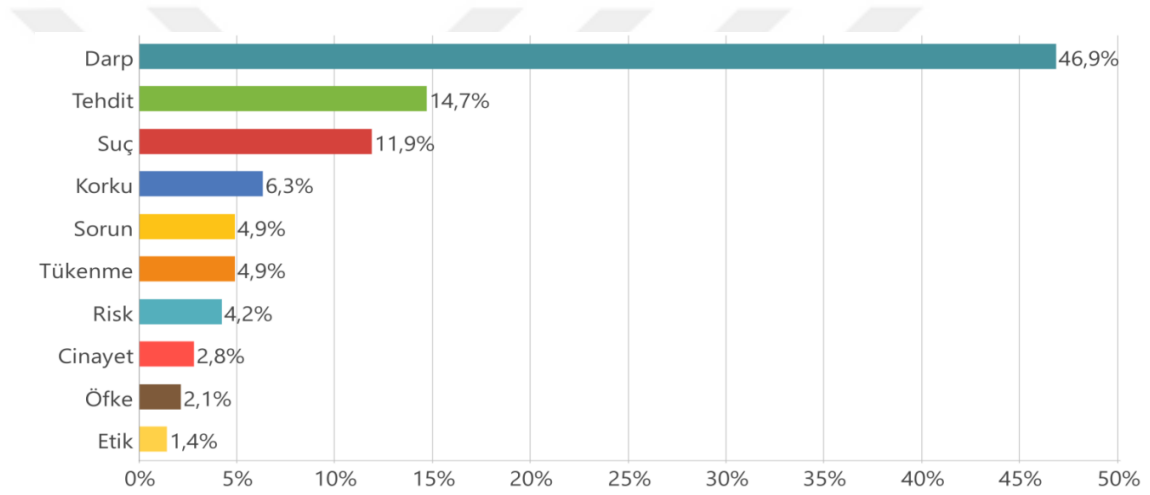
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 137 haber içerisinde şiddetin yaşandığı sağlık kurumunun türü MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre en fazla; %22,6 oranında acil servis biriminde, %16,1 oranında aile hekimliği biriminde, %7,3 oranında ruh ve sinir hastalıkları birimi ve yoğun bakım ünitelerinde şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir.

Tablo 23. Şiddetle İlişkili En Fazla Kullanılan Kelimelerin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Darp	67	46,85
Tehdit	21	14,69
Suç	17	11,89
Korku	9	6,29
Sorun	7	4,90
Tükenme	7	4,90
Risk	6	4,20
Cinayet	4	2,80
Öfke	3	2,10
Etik	2	1,40
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) şiddetle ilgili en fazla kullanılan kelimelere yer verilmiştir. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise şiddetle alakalı en fazla kullanılan kelimeler; 67 haberde darp, 21 haberde tehdit ve 17 haberde ise suç olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 25'de ise şiddetle alakalı kullanılan kelimelerin yüzdeleri istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 25. Şiddetle İlişkili En Fazla Kullanılan Kelimelerin Analizi



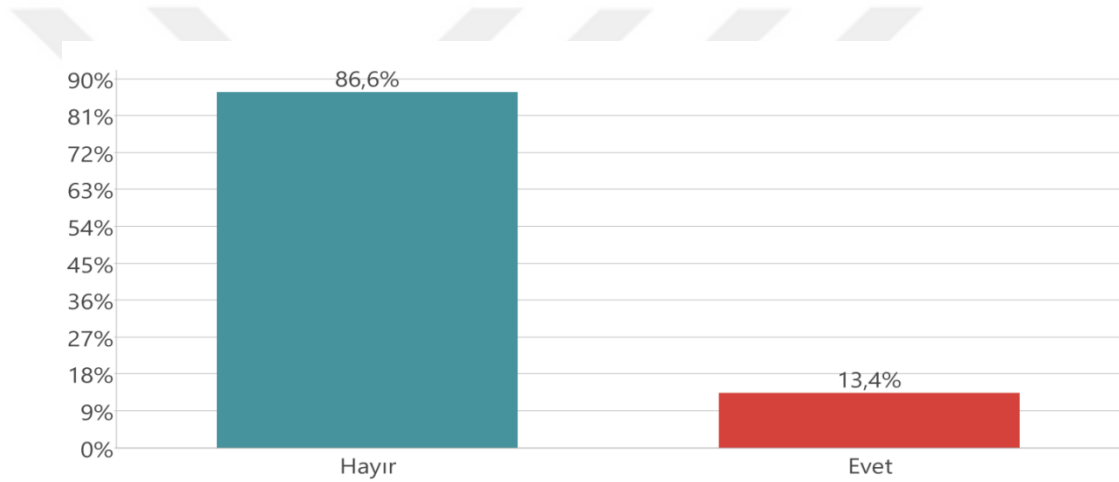
Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddetle ilgili en fazla kullanılan kelimeler MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla %46,9 oranında darp, %14,7 oranında tehdit ve %11,9 oranında suç kelimelerinin kullanıldığı tespit edilmiştir.

Tablo 24. Sağlıkta Şiddete Yönelik Önlemlerin Alınıp Alınmadığının Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Hayır	124	86,62
Evet	19	13,38
Toplam (geçerli)	143	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	143	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 143'ünde (%100) şiddetle ilgili bir önlemin alınıp alınmadığıyla ilgili bilgiye ulaşılmaktadır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; 124 haberde şiddete yönelik önlem alınmadığı ve 19 haberde şiddete yönelik önlem alındığı tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 26'da ise şiddete yönelik önlemlerin alınıp alınmadığı yüzdelik dilimler halinde istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 26. Sağlıkta Şiddete Yönelik Önlemlerin Alınıp Alınmadığının Analizi



Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerine yönelik 143 haber içerisinde şiddete yönelik önlemlerin alınıp alınmadığıyla ilgili MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise; %86,6 oranında şiddete yönelik önlemlerin alınmadığı ve %13,4 oranında şiddete yönelik önlemlerin alındığı tespit edilmiştir.

5.2 Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkilerin Analiz Edilmesi

Sağlıkta şiddete yönelik tepki haberlerini analiz edebilmek için Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri incelenmiştir. Çalışma kapsamında 1 Ocak 2017-21 Mayıs 2019 tarihleri arasında 358 adet gazete haberine erişilmiş ve MAXQDA 2018 nitel veri analiz programıyla içerik analizi gerçekleştirilmiştir. Gazetelerden

elde edilen veriler sonucunda analiz edilen konular ise; şiddete yönelik tepkinin yaşandığı il, şiddete yönelik tepkide bulunanlar, şiddete yönelik tepkide bulunanların açıklama aracı, şiddete yönelik tepkide bulunanların açıklama konusu (öneri/kınama) ve şiddetle ilişkili kullanılan kelimelerden oluşmaktadır.

Tablo 25. Sağlıkta Şiddete Tepkide Bulunanlara Yönelik Gazete Haberlerinin Dağılımı

	HÜRRİYET	MİLLİYET	CUMHURİYET	TOPLAM
Gazeteler	109 (30,45%)	194 (54,19%)	55 (15,36%)	358 (100,0%)

Sağlıkta şiddet arama motoru üzerinden gazetelerin arşivlerine ulaşılan haberlerin 358 tanesi (%100) “sağlıkta şiddete tepkide bulunanlara yönelik” haberlerden oluşmaktadır. Haberlerin içerisinde Hürriyet gazetesinden 109 haber (%30,45), Milliyet gazetesinden 194 haber (%54,19) ve Cumhuriyet gazetesinden 55 habere (%15,36) ulaşılmıştır ve MAXQDA 2018 programıyla analiz edilmiştir. Aynı zamanda MAXQDA 2018 programının Kod Matris Tarayıcısı yardımıyla “sağlıkta şiddete tepkide bulunanlara yönelik” haberlerde belirli kodların ne sıklıkla kullanıldığı tespit edilmiştir.

Tablo 26. Sağlıkta Şiddete Tepkide Bulunanlara Yönelik Haberlerde Kod Matris Tarayıcısı

Kod Sistemi	Hürriyet	Milliyet	Cumhuriyet
Şiddetle İlişkili Kelime	109	194	55
İl	109	194	55
Açıklamayı Yapan Kim?	109	194	55
Öneri veya Kınama var mı?	109	194	55
Açıklama Aracı	109	194	55

Kod matris tarayıcısı; yapılan araştırmada belirli tematik kodların ne sıklıkla kullanıldığını tespit etmek için kullanılır. Tablo 26’da gösterilen “sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunan” haberlerde belirli tematik kodların ne sıklıkla kullanıldığı, Kod Matris Tarayıcısı yardımıyla tespit edilmiştir. Yukarıdaki tabloda da önceden belirlenen araştırma sorularına cevap aramaya yönelik 5 adet tematik kod kullanılmıştır. Araştırma örnekleme ise Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet

gazetelerinden oluşmaktadır. Tabloya göre şiddetin yaşandığı il, tepkide bulunan/açıklama yapan kişi, açıklama aracı, öneri veya kınamaya yönelik bir bilgi ve şiddetle ilişkili en fazla kullanılan kelimeler Hürriyet (109 haberde), Milliyet (194 haberde) ve Cumhuriyet (55 haberde) gazetelerinde yer verilmektedir.

Tablo 27. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkilerin Yaşandığı İllerin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Ankara	57	15,92
İstanbul	51	14,25
İzmir	33	9,22
Antalya	21	5,87
Samsun	20	5,59
Aydın	19	5,31
Adıyaman	13	3,63
Kayseri	10	2,79
Bursa	10	2,79
Edirne	9	2,51
Gaziantep	9	2,51
Diyarbakır	8	2,23
Manisa	7	1,96
Sakarya	6	1,68
Adana	6	1,68
Eskişehir	6	1,68
Konya	6	1,68
Sivas	4	1,12
Malatya	4	1,12
Muğla	4	1,12
Kırşehir	4	1,12
Erzurum	4	1,12
Trabzon	3	0,84
Şanlıurfa	3	0,84
Mersin	2	0,56
Balıkesir	2	0,56
Ordu	2	0,56
Tekirdağ	2	0,56
Tokat	2	0,56
Gümüşhane	2	0,56
Hatay	2	0,56
Denizli	2	0,56
Bartın	2	0,56
Çankırı	2	0,56
Çorum	2	0,56
Kırklareli	2	0,56

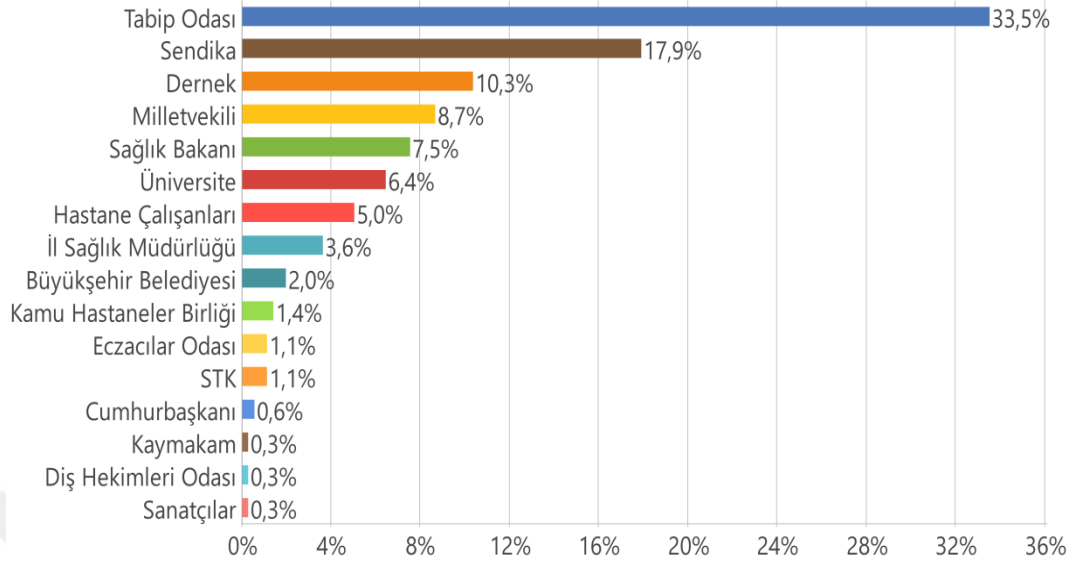
Osmaniye	1	0,28
Elazığ	1	0,28
Rize	1	0,28
Şırnak	1	0,28
Van	1	0,28
Siirt	1	0,28
Burdur	1	0,28
Nevşehir	1	0,28
Muş	1	0,28
Mardin	1	0,28
Iğdır	1	0,28
Erzincan	1	0,28
Kütahya	1	0,28
Bitlis	1	0,28
Kastamonu	1	0,28
Hakkâri	1	0,28
Niğde	1	0,28
Toplam (geçerli)	358	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	358	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 358'inde (%100) şiddetin yaşandığı şehre ait bilgiye ulaşılmıştır. Analiz sırasında istenilen bilgilere ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Analiz sonuçlarına göre en fazla şiddete yönelik tepkinin yaşandığı iller; 57 haberde (%15,92) Ankara, 51 haberde (%14,25) İstanbul, 33 haberde (%9,22) İzmir, 21 haberde (%5,87) Antalya, 20 haberde (%5,59) Samsun ve 19 haberde (%5,31) Aydın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 28. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Tabip Odası	120	33,52
Sendika	64	17,88
Dernek	37	10,34
Milletvekili	31	8,66
Sağlık Bakanı	27	7,54
Üniversite	23	6,42
Hastane Çalışanları	18	5,03
İl Sağlık Müdürlüğü	13	3,63
Büyükşehir Belediyesi	7	1,96
Kamu Hastaneler Birliği	5	1,40
Eczacılar Odası	4	1,12
STK	4	1,12
Cumhurbaşkanı	2	0,56
Kaymakam	1	0,28
Diş Hekimleri Odası	1	0,28
Sanatçılar	1	0,28
Toplam (geçerli)	358	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	358	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 358'inde (%100) şiddete tepkide bulunan kişiler veya kurumlara yönelik bilgiye ulaşılmaktadır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunanlar 120 haberde tabip odası, 64 haberde sendikalar ve 37 haberde dernekler olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 27'de ise şiddete yönelik tepki gösterenlerin yüzdelik dilimleri istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 27. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Analizi

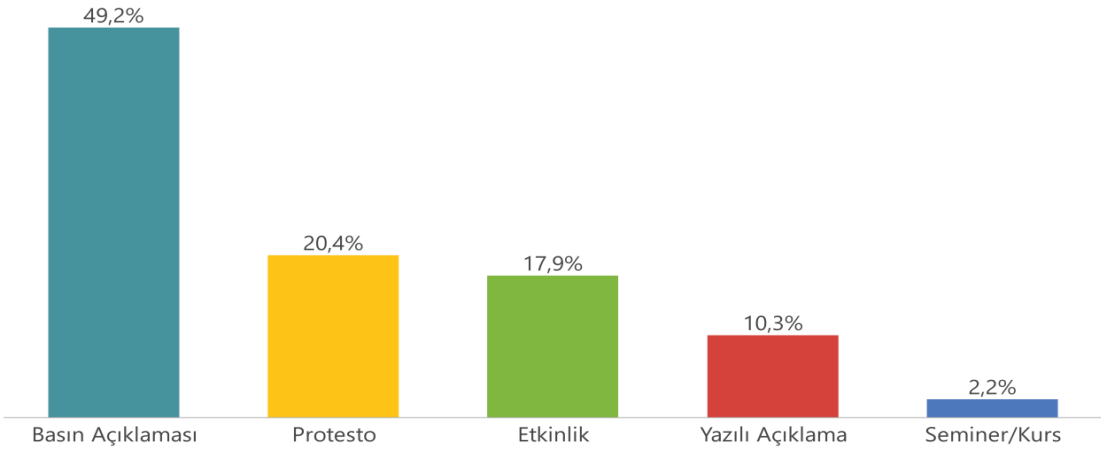
Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterilen 358 adet gazete haberi içerisinde tepki gösteren kişiler veya kurumlar MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunanlar %33,5 oranında tabip odası, %17,9 oranında sendikalar ve %10,3 oranında dernekler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 29. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepki Araçlarının Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Basın Açıklaması	176	49,16
Protesto	73	20,39
Etkinlik	64	17,88
Yazılı Açıklama	37	10,34
Seminer/Kurs	8	2,23
Toplam (geçerli)	358	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	358	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 358'inde (%100) sağlıkta şiddete yönelik tepki araçları hakkında bilgiye ulaşılmaktadır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise sağlıkta şiddete yönelik açıklama aracı olarak en fazla 176 haberde basın açıklaması, 73 adet haberde protestolar ve 64 haberde etkinlikler düzenlendiği ortaya çıkmıştır. Aşağıda şekil 28'de ise şiddete yönelik tepki araçlarının yüzdelik dilimleri istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 28. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepki Araçlarının Analizi



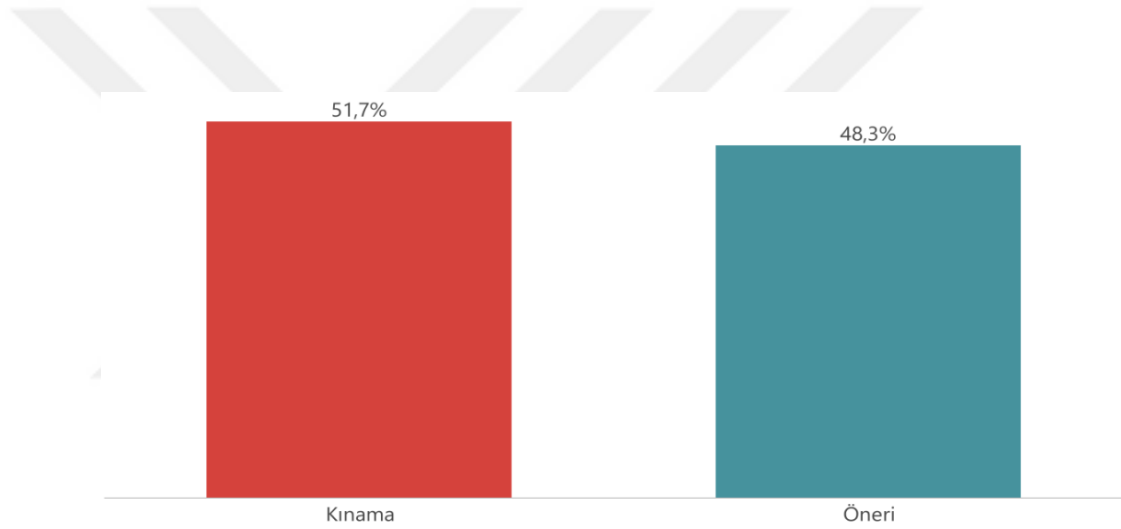
Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterilen 358 gazete haberi içerisinde tepki araçları MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla şiddete yönelik tepkide bulunanlar %49,2 oranında basın açıklaması, %20,4 oranında protestolar ve %17,9 oranında etkinlikler düzenlendiği ortaya çıkmıştır.

Tablo 30. Sağlıkta Şiddete Yönelik Öneri veya Kınama Şeklinde Tepkide Bulunan Haberlerin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Kınama	185	51,68
Öneri	173	48,32
Toplam (geçerli)	358	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	358	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 358'inde (%100) sağlıkta Şiddete y6nelik tepkide bulunanların açıklamalarında kınama veya 6neriye y6nelik bilgi verdiğine ulaşılmaktadır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye y6nelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna g6re ise; 185 haberde sağlıkta Şiddet kınanırken, 173 haberde sağlıkta Şiddetle ilgili 6neri verilmektedir. Aşağıda Şekil 29'da ise Şiddete y6nelik kınama veya 6neri Şeklinde tepkide bulunanların y6zdelik dilimleri istatistiksel olarak g6sterilmektedir.

Şekil 29. Sağlıkta Şiddete Y6nelik 6neri veya Kınama Şeklinde Tepkide Bulunan Haberlerin Analizi



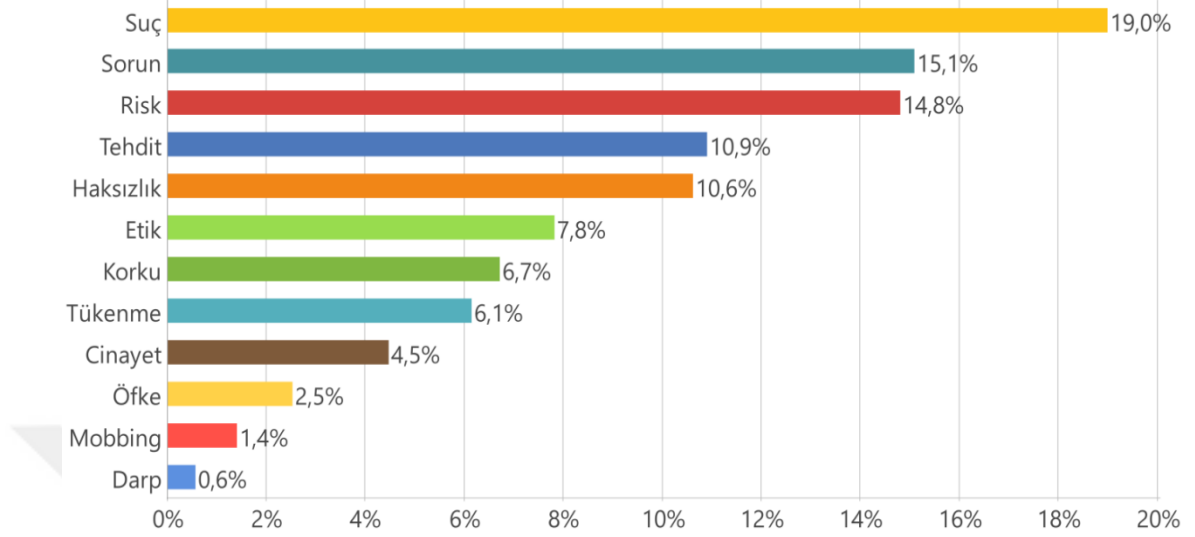
Sağlıkta Şiddete y6nelik tepki g6sterilen 358 gazete haberi içerisinde 6neri veya kınama Şeklinde tepkide bulunan haberler MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna g6re ise gazete haberlerinde; %51,7 oranında sağlıkta Şiddet kınanırken, %48,3 oranında sağlıkta Şiddete y6nelik 6neriler getirildiği tespit edilmiştir.

Tablo 31. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Şiddet İle İlişkili Kullandıkları Kelimelerin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Suç	68	18,99
Sorun	54	15,08
Risk	53	14,80
Tehdit	39	10,89
Haksızlık	38	10,61
Etik	28	7,82
Korku	24	6,70
Tükenme	22	6,15
Cinayet	16	4,47
Öfke	9	2,51
Mobbing	5	1,40
Darp	2	0,56
Toplam (geçerli)	358	100,00
Kayıp	0	0,00
TOPLAM	358	100,00

Gazetelerde yer verilen haberlerin 358'inde (%100) sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunanların şiddetle ilişkili en fazla kullandıkları kelimelere ulaşılmaktadır. Veri toplama sırasında istenilen bilgiye yönelik ulaşılamayan bir haber olmamıştır. Elde edilen veriler, MAXQDA 2018 nitel veri analiz programında kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise en fazla sağlıkta şiddete yönelik tepkide bulunanların şiddetle ilişkili kullandıkları kelimeler 68 haberde suç, 54 haberde sorun ve 53 haberde risk kavramlarının kullanıldığı tespit edilmiştir. Aşağıda şekil 30'da ise şiddetle ilişkili kavramların yüzdeler dilimleri istatistiksel olarak gösterilmektedir.

Şekil 30. Sağlıkta Şiddete Yönelik Tepkide Bulunanların Şiddetle İlişkili Kullandıkları Kelimelerin Analizi



Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterilen 358 gazete haberi içerisinde şiddetle ilişkili kavramlar MAXQDA 2018 nitel veri analiz programı sayesinde analiz edilmiştir. Elde edilen veriler programda tematik kodlama sayesinde tanımlanmış ve kod değişkenlerin istatistiği yardımıyla analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre ise şiddetle ilişkili en fazla kullanılan kelimeler; %19 oranında suç, %15,1 oranında sorun ve %14,8 oranında risk olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Şiddet, hem yurt içi hem de yurt dışında yaşanan evrensel problemlerden bir tanesidir. Aynı zamanda toplumları kuşatan büyük bir problem olarak da kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri ise, doğrudan bakımı gerektiren bir hizmet sektörüdür. Sağlık çalışanlarının da öncelikli amacı, hastalara kaliteli bir hizmet sunabilmektir. Bu amacını gerçekleştirmek isteyen sağlık çalışanları, hastalarla sürekli etkileşim halinde bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık çalışanları şiddet açısından en fazla riskli iş kolları arasında olması da kaçınılmazdır.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberleri; Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazeteleri doğrultusunda incelenmiştir. 1 Ocak 2017-21 Mayıs 2019 tarihleri arasında 501 sağlıkta şiddet konulu gazete haberine ulaşılmıştır.

Yapılan araştırmada sağlıkta şiddet kavramı ele alınarak, gazetelerde 2017-2019 yılları arası “sağlık kurumlarında yaşanan şiddet” ve “sağlık kurumlarında yaşanan şiddete yönelik tepki” haberleri olmak üzere iki gruba ayrılmış, tablolar ve grafikler halinde incelenmiştir. 2017-2019 yılları arasında Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinde yayınlanan 501 haberin 143’ü (%28,55) “sağlık kurumlarında yaşanan şiddet” haberlerini kapsarken, 358’i (%71,45) “sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterilen” haberleri kapsadığı ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda ülkemizde hem sağlıkta şiddetin yoğun olarak yaşandığı hem de sağlıkta şiddete yönelik çok fazla tepki gösterildiği söylenebilmektedir.

Hürriyet, Milliyet ve Cumhuriyet gazetelerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerinin incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar ortaya çıkmıştır: Araştırmada ortaya çıkan bulgular sayısal bazda değerlendirildiğinde “sağlıkta yaşanan şiddete yönelik haberler” Hürriyet gazetesinde 53 (%37,1), Milliyet gazetesinde 58 (%40,6) ve Cumhuriyet gazetesinde

32 haber (%22,4) yayınlandığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuç Milliyet ve Hürriyet gazetesinin Cumhuriyet gazetesine göre sayısal olarak daha fazla sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerine yer verdiğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda “sağlıkta şiddete yönelik tepki haberlerinde” ise Hürriyet gazetesinde 109 (%30,45), Milliyet gazetesinde 194 ve Cumhuriyet gazetesinde 55 haber (%15,36) yayınlandığı ortaya çıkmıştır. Bu durumda ise yine Milliyet ve Hürriyet gazetesinin Cumhuriyet gazetesine göre sayısal olarak daha fazla sağlıkta şiddete yönelik tepki haberlerine yer verdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlıkta şiddet mağdurunun kim olduğunun sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 48 haberle en fazla uzman doktorlar (%33,5), 32 haberle pratisyen hekimler (%22,3), 19 haberle aile hekimleri (%13,2) ve 18 haberle hemşireler (%12,5) olarak belirlenmiştir. Sağlıkta şiddet mağdurlarının cinsiyetleri ise 89 haberde erkek (%62,2) ve 54 haberde kadın (%37,7) olduğu tespit edilmiştir. Şiddet mağdurlarının eğitim düzeyleri ise 51 haberle en fazla yüksek lisans (%35,6), 48 haberle tıpta uzmanlık (%33,5) ve 30 haberle lisans mezunu (%20,9) oldukları ortaya çıkmıştır. Şiddet mağdurlarının yaşları ise 6 haberle en fazla 30 yaşında (%11,1) oldukları belirlenmiştir. Şiddet mağdurlarının iş tecrübesi ise 6 haberle en fazla 3 yıl ve 6 yıl deneyime (%11,1) sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Taş ve Çevik (2005: 64)’in pediatri hemşirelerini baz aldığı konuyla ilgili yaptığı araştırmada ise en fazla 20-25 yaş aralığındaki (%48,4), lise mezunu (%58,9), 1-5 yıl iş tecrübesine sahip (%45,3) çalışanların şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2009: 17) yaptığı araştırmaya göre ise şiddet mağdurlarının 26-35 yaş aralığında (%68,3), cinsiyeti kadın (%65,4) ve intörn doktorluk (%65,5) görevini yapan sağlık çalışanlarının olduğu sonucuna varmıştır. Mutlu (2010: 20-21)’nin yaptığı araştırmaya göre ise 27-36 yaş arasında (%60), 1-4 yıllık iş tecrübesine sahip (%70), cinsiyeti erkek (%58,7) ve araştırma görevlisi (%26,6) olarak çalışan sağlık personellerinin şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir. Altıntaş (2006: 76)’ın hemşireleri baz alarak yaptığı araştırmasında ise en fazla 19-29 yaş grubundaki (%49,5), ön lisans mezunu (%38,2) ve 5 yıldan az deneyime sahip olan (%30,6) çalışanların şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir. Çamcı ve Kutlu (2011: 10-11)’nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise 20-29 yaş arasındaki (%55,6), lisans mezunu (%30,4), 1-5 yıllık iş tecrübesine sahip (%43,7) cinsiyeti kadın (%82,6) olan

ve hemşirelik (%79,3) mesleğini sürdüren çalışanların şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Dursun (2012: 108)'un yaptığı araştırma sonucuna göre ise üniversite mezunu (%65,6) ve kadın olan (%68,3) sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Yakut ve arkadaşlarının (2012: 150) yaptığı araştırma sonucuna göre ise 2-5 yıl iş tecrübesine sahip (%48,2) ve hemşirelik (%27,3) mesleğini sürdüren sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Atık (2013: 4)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise cinsiyeti kadın olan (%84,3) ve hemşirelik (%84,8) mesleğini sürdüren sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Kavak ve Ekinci (2013: 294)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise lise mezunu (%50) ve 0-5 yıl iş tecrübesine sahip (%38,3) sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Akça ve arkadaşlarının (2014: 6) yaptığı araştırma sonucuna göre ise 30 yaş altı (%45), 1-5 yıl iş tecrübesine sahip (%66,7), cinsiyeti kadın olan (%85,7) ve tıbbi sekreterlik (%47,4) görevini sürdüren sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Aydın (2014: 39)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla doktorların (%70) şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Karaca (2014: 41)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla kadın doktorların (%72,2) çalışma hayatı boyunca en az bir kere şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Duğan (2015: 165-172)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddet mağdurlarının en fazla erkek (%23,6) ve araştırma görevlisi (%30,2) olduğu tespit edilmiştir. Yaşar (2016: 146)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddet mağdurlarının en fazla 31-40 yaş aralığında (%22,5), cinsiyeti erkek (%22,2) olan ve hekimlik mesleğini sürdüren (%24,4) çalışanlar olduğu tespit edilmiştir. Çuvadar (2017: 39)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla hemşirelerin (%85) şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Takak (2017: 28)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla doktorların (%64,1) şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Eğici ve Öztürk (2018: 227)'ün yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla diğer (güvenlik, temizlik, bilgi işlem vs.) çalışanların (%43,9) fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddeti başlatan tarafın kim olduğunun sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 79 haberle en fazla hasta yakınları (%55,2) ve 56 haberle hastalar (%39,1) olduğu belirlenmiştir. Şiddet uygulayıcılarının cinsiyetleri ise 114 haberle erkek (%79,7) ve 29 haberle kadın (%20,2) olduğu tespit edilmiştir.

Altıntaş (2006: 76)'ın konuyla ilgili yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın hasta/hasta yakınları (%94,1) olduğu tespit edilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2009: 18) yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın çalışanın kendisinden üst kademli personellerin olduğu (%50,5) belirlenmiştir. Mutlu (2010: 48)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın hasta yakınları (%87,5) olduğu tespit edilmiştir. Çamcı ve Kutlu (2011: 10-11)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise sözel şiddeti başlatan tarafın hasta yakını (%89,9) olduğu ve fiziksel şiddeti başlatan tarafın ise hastalar (%11,2) olduğu tespit edilmiştir. Akça ve arkadaşlarının (2014: 7) yaptığı araştırma sonucuna göre ise cinsiyeti erkek (%76,2) ve hasta (%45,5) olanların sağlıkta şiddeti başlattığı ortaya çıkmıştır. Aydın (2014: 35)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın hasta yakını (%43) olduğu tespit edilmiştir. Karaca (2014: 43)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın 35-39 yaş aralığında (%19,2), cinsiyeti erkek (%81,3) ve hasta yakını (%74,4) olduğu tespit edilmiştir. Çatel (2015: 79)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın 30-39 yaş aralığında (%27,6), cinsiyeti erkek (%54,8) ve hasta yakını (%17,4) olduğu tespit edilmiştir. Savaş (2016: 30)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın hasta yakınları (%67,7) olduğu tespit edilmiştir. Çuvadar (2017: 31)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddeti başlatan tarafın 31-40 yaş aralığında (%33,6), cinsiyeti erkek (%55,7) ve hasta yakını (%44,3) olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddetin en fazla hangi ilde yaşandığı sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 16 haberle en fazla Antalya (%11,1), 14 haberle İzmir (%9,7), 9 haberle Manisa (%6,2) ve 8 haberle İstanbul (%5,5) olarak belirlenmiştir. Bu durum illerin nüfus sayısı ile sağlıkta şiddet olaylarının doğru orantılı olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık çalışanları hangi tür şiddete uğradığı sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 122 haberle en fazla fiziksel (%85,3) ve 21 haberle sözel şiddet (%14,6) türü yaşandığı belirlenmiştir. Altıntaş (2006: 76)'ın konuyla ilgili yaptığı araştırmasında ise sağlık kurumlarında ise en fazla fiziksel şiddetin yaşandığı (%79,5) tespit edilmiştir. Taş ve Çevik (2005: 64)'in yapmış olduğu çalışmada ise sağlık kurumlarında sözel şiddetin (%67,4) yaşandığı tespit edilmiştir. Duğan (2015:

160)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise gazete haberlerinde yer verilen sağlıkta şiddet konulu haberlerde en fazla fiziksel şiddet (%23,3) yaşandığı tespit edilmiştir. Savaş (2016: 29)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının en fazla sözel şiddete (%62,9) maruz kaldığı tespit edilmiştir. Çamcı ve Kutlu (2011: 10-11)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise hastanelerde en fazla sözel şiddet (%98,5) yaşandığı tespit edilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2013: 7) yaptığı araştırmaya göre ise şiddet türü olarak en fazla sözel şiddet (%79,4) yaşandığı tespit edilmiştir. Aydın (2014: 34)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının en fazla sözel şiddete (%58) maruz kaldığı tespit edilmiştir. Çatel (2015: 80)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise iş yaşamları boyunca sağlık çalışanlarının en fazla sözel şiddete (%79,4) maruz kaldığı tespit edilmiştir. Atik (2013: 4)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının en fazla sözel şiddete (%90) maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddet aracı olarak ne kullanıldığı sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 96 haberle en fazla kaba kuvvet (%67,1), 20 haberle hakaret (%13,9) ve 10 haberle silah (%6,9) kullanıldığı belirlenmiştir. Yavuz (2014: 90)'un yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla psikolojik şiddet aracı olarak hakaret (%48,6) kullanıldığı tespit edilmiştir. Çatel (2015: 80)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla fiziksel şiddet aracı olarak sıkma, sıkıştırma (%5,9) ve en fazla sözel şiddet aracı olarak ise bağırma (%50,7) kullanıldığı tespit edilmiştir. Duğan (2015: 171)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddet aracı olarak fiziksel güç (%28,4) kullanıldığı tespit edilmiştir. Çuvadar (2017: 31)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise sözel şiddet aracı olarak hakaret (%41,4) ve fiziksel şiddet aracı olarak kaba kuvvet (%62,5) kullanıldığı tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddetin meydana gelme sebebinin ne olduğunun sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 23 haberle en fazla sağlık çalışanlarının işine gereken önemi göstermediği (%16) ve 20 haberle kendisiyle ilgilenmediğinden kaynaklı (%13,9) yaşandığı belirlenmiştir. Taş ve Çevik (2005: 66)'in konuyla ilgili yaptığı araştırmada ise şiddet nedeni olarak en fazla hastaların ve hasta yakınlarının eğitim seviyesinin düşük olmasından (%88,4) kaynaklı yaşandığı tespit edilmiştir. Şenyurt (2008: 71)'un yaptığı araştırmaya göre ise hastaların herhangi bir nedenden dolayı

öfkeli olmasından (%63,3) kaynaklı olduğu sonucuna varılmıştır. Mutlu (2010: 50)'nun yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının aşırı iş yükünden (%77,2) kaynaklı şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2013: 7) yaptığı araştırmaya göre ise en fazla beklemekten kaynaklı (%62,7) şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir. Karaca (2014: 50)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddet nedeni olarak en fazla şiddet uygulayıcılarından gelen haksız isteklerin reddedilmesinden (%42,7) kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Çatel (2015: 82)'in yaptığı araştırmaya göre ise şiddetin en fazla yetersiz personellerden kaynaklı (%46,3) yaşandığı sonucuna varılmıştır. Yaşar (2016: 145)'in yaptığı araştırmaya göre ise medyada hekim karşıtı yayınların yer almasından (%60,9) kaynaklı şiddetin yaşandığı sonucuna varılmıştır. Kuruöz (2016: 17)'ün yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarına göre en fazla hastanelerdeki bekleme sürelerinden (%79,5) kaynaklı şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir. Çuvadar (2017: 32)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise saldırgandan kaynaklı problemlerden dolayı (%38,1) şiddetin meydana geldiği tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddetin en fazla yaşandığı sektörler sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 130 haberle en fazla kamu sektörüne bağlı kurumlar (%90,9) ve 13 haberle özel sektöre bağlı kurumlar (%9) olarak belirlenmiştir. Altıntaş (2006: 76)'ın konuyla ilgili yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddetin en fazla yaşandığı sektör kamuya bağlı kurumlar (%57,8) olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddetin en fazla hangi sağlık kurumunda yaşandığı sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 54 haberle en fazla eğitim-araştırma hastaneleri (%37,7), 45 haberle devlet hastaneleri (%31,4) ve 23 haberle aile sağlığı merkezleri (%16) olarak belirlenmiştir. Duğan (2015: 163)'in konuyla ilgili yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı kurumların devlet hastaneleri ve tıp fakülteleri (%32,8) olduğu tespit edilmiştir. Taş ve Çevik (2005: 64)'in yaptığı araştırmada ise en fazla devlet hastanelerinde (%38,9) şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2013: 7) yaptığı araştırmaya göre ise şiddetin en fazla yaşandığı kurum devlet hastaneleri (%55,5) olduğu sonucuna varılmıştır. Karaca (2014: 46)'nın yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla özel hastanelerde (%95) şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir. Takak (2017: 28)'in yaptığı araştırma

sonucuna göre ise en fazla devlet hastanelerinde (%70,5) şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir.

Şiddetin sağlık kurumlarında en çok hangi departmanda yaşandığı sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 31 haberle en fazla acil servis birimleri (%22,6), 22 haberle aile hekimliği birimleri (%16), 10 haberle ruh ve sinir hastalıkları birimleri (%7,3) ve yoğun bakım üniteleri (%7,3) olarak belirlenmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2013: 7) konuyla ilgili yaptığı araştırmaya göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın acil servisler (%56,3) olduğu sonucuna varılmıştır. Altıntaş (2006: 76)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlıkta şiddetin yaşandığı departman en fazla dahiliye polikliniği (%30) ve psikiyatri servisi (%19,5) olduğu tespit edilmiştir. Eğici ve Öztürk (2018: 227)'ün yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın acil servisler (%57,9) olduğu tespit edilmiştir. Akça ve arkadaşlarının (2014: 7) yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın muayene odaları (%45,5) olduğu tespit edilmiştir. Çatel (2015: 80)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın hastanenin yönetim odası (%25,6) olduğu tespit edilmiştir. Duğan (2015: 164)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın acil servis birimleri (%16,6) olduğu tespit edilmiştir. Öksüz, Uygun ve Özdem (2016: 108)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın çocuk acil servis birimlerinin (%23,3) olduğu tespit edilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2009: 17) yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departman yataklı servis birimleri (%47,6) olduğu tespit edilmiştir. Atik (2013: 4)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departman dahili klinikler (%85,4) olduğu tespit edilmiştir. Bıçkıcı (2013: 51)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departman poliklinikler (%34,6) olduğu tespit edilmiştir. Savaş (2016: 31)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın muayene odaları (%50) olduğu tespit edilmiştir. Yaşar (2016: 146)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre ise en fazla şiddetin yaşandığı departmanın dahili bilimler (%25) olduğu tespit edilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2013: 5) yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlık çalışanlarının acil serviste (%56,3) şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Sağlık-Sen (2013: 63)'in yaptığı araştırma sonucuna göre ise şiddetin en fazla hastane

koridorlarında (%25), acil servislerde (%23,8) ve polikliniklerde (%11,7) yaşandığı ortaya çıkmıştır.

Gazete haberlerinde şiddetle ilişkili olarak en fazla hangi kelimelerin kullanıldığı sorusu ‘‘sağlıkta yaşanan şiddete yönelik’’ incelenen gazetelerdeki haberlere göre 67 haberle darp kavramı (%46,8), 21 haberle tehdit kavramı (%14,6) ve 17 haberle suç (%11,8) kavramlarının kullanıldığı belirlenmiştir. ‘‘Sağlıkta şiddete yönelik incelenen tepki haberlerine’’ göre ise 68 haberle suç (%18,9), 54 haberle sorun (%15) ve 53 haberle risk kavramlarının (%14,8) kullanıldığı belirlenmiştir.

Sağlıkta şiddete yönelik bir önlemin alınıp alınmadığı sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 124 haberle en fazla şiddete yönelik bir önlem alınmadığı (%86,6) ve 19 haberde şiddete yönelik bir önlemin alındığı (%13,3) belirlenmiştir. Bıçkıcı (2013: 44)’nın konuyla ilgili yaptığı araştırma sonucuna göre ise sağlıkta şiddete yönelik bir önlem alınmadığı ortaya çıkmıştır. Araştırma sonucunda önlem alınabilmek için sağlık çalışanlarına yönelik hakların artırılması gerektiği (%31,4) tespit edilmiştir. Alioğlu (2014: 35)’nin yaptığı araştırmaya göre ise önlem olarak acil servislerde silah taramasının yapılmadığı (%97,3) ve şiddete yönelik bir eğitimin alınmadığı (%95,2) tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddete yönelik tepki en fazla hangi ilde yaşandığının sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 57 haberle en fazla Ankara (%15,9), 51 haberle İstanbul (%14,2), 33 haberle İzmir (%9,2), 21 haberle Antalya (%5,8), 20 haberle Samsun (%5,5) ve 19 haberle Aydın (%5,3) olarak belirlenmiştir.

Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterenlerin kim olduğu sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 120 haberle en fazla tabip odaları (%33,5), 64 haberle sendikalar (%17,8), 37 haberle dernekler (%10,3) ve 31 haberle milletvekilleri (%8,6) olarak belirlenmiştir.

Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterenlerin tepki aracı olarak ne kullanıldığının sorusu incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 176 haberle en fazla

basın açıklaması (%49,1), 73 haberle protesto (%20,3) ve 64 haberle etkinliklerin (%17,8) düzenlendiği belirlenmiştir.

Sağlıkta şiddete yönelik tepki gösterenlerin açıklamalarının konusu ise incelenen gazetelerdeki haberlere göre, 185 haberle en fazla kınamaya dayalı açıklamalar (%51,6) ve 173 haberle öneriye dayalı açıklamalar (%48,3) olduğu belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Şiddetin hızla artması ve yaygınlaşmasındaki en önemli etken sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi ve sağlıkta yaşanan sorunların sebebi olarak sağlık çalışanlarının hedef gösterilmesidir. Sağlıkta yaşanan şiddetin çözümü için temel nedenlerin doğru tespit edilmesi önemlidir. Bu bağlamda sağlıkta şiddeti azaltabilmek için şu öneriler getirilebilir;

1. Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel unsur, insandır. Sağlık personelleri eğitim ve meslek hayatları boyunca insanların sağlığını korumak, hastalıkları tedavi etmek gibi birçok konuda eğitim almıştır. Fakat sağlık çalışanlarına hastalarla doğru bir iletişimin nasıl kurulması gerektiğiyle ilgili eğitimler ve seminerler verilmemektedir. Bu nedenle hastane yönetimi sağlıkta şiddete yönelik eğitimler, kurslar ve seminerler düzenleyerek sağlık çalışanlarının katılmasını amaçlamalıdır.
2. Hastane yönetimi şiddetten korumak için sadece sağlık çalışanlarına yönelik eğitimsel desteklerle sınırlı kalmamalıdır. Sağlık çalışanlarını şiddetten koruyabilmek için şiddet uygulayıcılarına yönelik eğitim çalışmalarına da ihtiyaç vardır. Bu hususta araştırmada da görüldüğü gibi, şiddet uygulayıcılarında sağlık çalışanları hakkında işine gereken önemi göstermediği düşüncesi yer almaktadır. Bunun için şiddet uygulayıcılarına yönelik yanlış algıya dayalı eğitim ve seminerler düzenlenmelidir.
3. Hastane yönetimine şiddetle başa çıkabilmek için güvenlik konusunda da görevler düşmektedir. Araştırmada da görüldüğü gibi şiddet aracı olarak silah, sopa, kesici alet veya kaldırım taşı gibi unsurların hastanede yer aldığı görülmektedir. Bu sebeple öncelikle hastanenin güvenliği sağlanmalıdır. Bu

hususta güvenlik kameralarının ya da güvenlik elemanlarının sayısı arttırılabilir. Hastanelere şiddet anını haber verebilmek için acil çağrı butonları yerleştirilebilir. Hastanenin giriş-çıkışı daha sıkı bir denetim altına alınarak, X-Ray cihazları yerleştirilebilir. Beyaz kod sisteminde de yapılandırmalar yapılarak, kod sistemi daha etkin bir hale getirilebilir.

4. Hastane yönetiminin şiddetle başa çıkabilmek için bir diğer görevi ise, sağlık personellerinin görüşlerine başvurarak çalışma saatlerini düzenlenmesidir. Çünkü sağlık çalışanları, iş yükü çok ağır olan riskli bir sektörde çalışmaktadır. Bunun için personellerin mesai saatleri düzenlenmeli, nöbetlerde aşırıya kaçmadan nöbet aralıkları belirlenmeli ya da personel sayısı arttırılarak çalışanların iş yükü azaltılmalıdır.
5. Hastane yönetiminin bir diğer görevi ise, "kuyruk problemine" dayalı çözümler sunmak olmalıdır. Çünkü hastaların bekleme süresinde sinir ve stres düzeyleri daha da artmaktadır. Bunun için bu süre zarfında hastaların ve hasta yakınlarının can sıkıntısını giderecek televizyon, gazete, dergi gibi materyaller hastanelerin bekleme salonlarında yer almalıdır. Ayrıca bu süre zarfında hasta ve hasta yakınlarına yönelik çay, kahve gibi ikramlara da yer verilebilir.
6. Hastane yönetiminin görevlerinden biri ise, hastanelerde fiziki ortama ilişkin düzenlemeler gerçekleştirmektir. Bu bağlamda yapılan araştırmada da şiddetin en fazla yaşandığı departmanın acil servis birimleri olduğu görülmüştür. Bunun için hastanelerde şiddetin azaltılması yönünde fiziksel ortama ilişkin düzenlemeler de, acil servis birimlerinden başlanabileceği söylenebilir.
7. Hastanelerde şiddete yönelik risklerin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi gerekmektedir. Bunun için bütüncül, disiplinli ve önleyici bir mevzuatın oluşturulduğu, raporlama ve izleme sürecinin zorunlu olduğu bir eylem planına ihtiyaç bulunmaktadır. Hastanelerde şiddete yönelik risk yönetimine dayalı çalışmalar yapılarak, bir eylem planı hazırlanabilir.
8. Hastaneler, şiddeti yaşayan mağdura yönelik tıbbi bakım ve psikolojik destek sunmalı ve yaşanan şiddet olayı belgelendirmelidir. Şiddet mağduru olan kişi

yaşadığı olaya yönelik bir şikâyetle bulunmak isterse, gereken tüm işlemler için yönetsel ve hukuksal destek hastane tarafından sağlanmalıdır.

9. Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının haklarıyla ilgili düzenlemeler gerçekleştirmeli ve sağlık çalışanların haklarını genişletmelidir. Bu doğrultu da sağlık çalışanları, saldırgan bir hastayla karşılaştığında hastayı reddetme hakkına sahip olmalıdır. Özellikle hastanelerde “hasta daima haklıdır” mantığından vazgeçilmelidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının görev ve sınırlılıkları belirlenerek, hasta ve hasta yakınlarının da bu sınırlılıkları bilmesi yönünde de çalışmalar yapılabilir.
10. Türkiye’de sağlıkta şiddete yönelik yeterince yasal düzenlemeler, hukuki ve cezai yaptırımlar bulunmamaktadır. Bunların yanı sıra yargının şiddet olayı karşısında çok uzun sürede karar vermesi yine başka bir sorundur. Bu sebeple yapılacak yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Bunun için sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanlara karşı hapis veya para cezası gibi caydırıcı cezalar verilebilir.
11. Medyada sağlıkta şiddete yönelik her geçen gün olumsuz içerikli ve taraflı yayınlar yapılmaktadır. Aynı zamanda olayların perde arkası yeterince araştırılmadan ve incelenmeden sağlık çalışanlarını yargılayan bir tarzda kamuoyuna haber olarak sunulmaktadır. Bu bağlamda medyanın üzerine düşen birtakım görevler bulunmaktadır. İlk olarak medya, sansasyondan uzak durmalıdır. Medya şiddeti yeniden üretmeyen yayınlar sunmalı ve şiddet mağdurlarına yönelik daha hassas bir dil kullanmalıdır. Daha sonra kar maksimizasyonunun önüne geçerek, ticari olmayan yayıncılık anlayışını benimsemelidir. Bunun için medya sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yerine, şiddet uygulayıcılarının cezalandırıldığı yayınlara yönelebilir. Ayrıca medya içeriklerine karşı bireylerin de eleştirel medya okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı konusunda eğitimsel destek alması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, A.B. ve Dündar, G. (2008). İşyerinde Psikolojik Yıldırmaya (Mobbing) Maruz Kalma Sıklığı İle Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 37 (2), 114.
- Acet, M. (2001). *Futbol Seyircisi Fanatik Ve Saldırgan Olmaya Yönelten Sosyal Faktörler*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Açıkgöz, R. (2015). Yoksulluk ve Suç: Doğrusal Olmayan Bir İlişki. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (1), 251.
- Afşar, S. T. (2015). Türkiye'de Şiddetin "Kadın Yüzü". *Journal of Sociological Studies / Sosyoloji Konferansları*, (52), 724.
- Akça, N., Yılmaz, A. ve Işık, O., (2014), Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13 (1), 2-7.
- Akçalı, N., Ersin, N., Akbaba, M., Kurt, B., Altınsoy, T. ve Acil, A. (2017). Assessment of Occupational Risks of Health Personnel, *The Turkish Journal of Occupational / Environmental Medicine and Safety*, 2 (1(4)), 42.
- Akgül, H. (2000). *Öfke Denetimi Eğitiminin İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Öfke Denetimi Becerilerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akgün, M., Kıvraklar, K. M. ve Göleç, N. (2018). Hizmet İşletmelerinde Maliyetleme Sisteminin Tasarımı. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 460.
- Akıncı, F.S. (2002). Suç Nedenleri. https://www.kriminoloji.com/Sucun_Nedenleri_Sosyolojik-Fusun_Sokullu.htm adresinden 8 Nisan 2019 tarihinde alınmıştır.
- Akıncı, G. (2018). *15-18 Yaş Arasındaki Ergenlerin Şiddet Eğilimleri Ve Dürtüselliklerinin Ebeveynlerin Sosyoekonomik Ve Okur-Yazarlık Düzeyi*

Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akkaş, İ. ve Uyanık, Z. (2016). Kadına Yönelik Şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 6 (1), 36.

Akman, Y. (2010). *İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Şiddet ve Okul İklimi Alguları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Aksakal, F.N.B., Karaşahin, E.F., Dikmen, A.U., Avcı, E. ve Özkan, S. (2015). Workplace Physical Violence, Verbal Violence, And Mobbing Experienced By Nurses At A University Hospital, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45 (6), 1360-1361.

Aksu, Y. (2015). *Şiddet İçeren Suçlardan Kayıtları Olan Bireylerin Bağlanma Stilleri, Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Akyıldız, M. (2014). *Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Bir Model Olarak Şiddet Önleme Ve İzleme Merkezi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Aldıç, E. (2011). *İş Yerinde Yıldırma (Mobbing) ve Örnek Bir Çalışma*. Bitirme Tezi, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Alexander, C., Fraser, J. ve Hoeth, R. (2004). Occupational Violence In An Australian Healthcare Setting: Implications For Managers. *Journal of Healthcare Management*, 49 (6), 377.

Alioğlu, M. (2014). *Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerine Karşı Şiddet: Düzeyi, Nedenleri ve Sonuçları*. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mersin.

- Alkan, H. (2007). *İlköğretim Öğretmenlerinin İstenmeyen Davranışlarla Baş Etme Yöntemleri ve Okulda Şiddet*. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Altıntaş, N. (2006). *Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Anayurt, Ö. (2013). *Hukuka Giriş Ve Hukukun Temel Kavramları* (13.Basım). Ankara: Seçkin Yayın.
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (2), 162-169.
- Argon, T, Açıköz, A, (2010). İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Çatışma Yaklaşımları Ve Öfke İfade Tarzları. *Education Sciences*, 5 (2), 504.
- Arnetz, J. E., Arnetz, B. B., ve Söderman, E. (1998). Violence Toward Health Care Workers: Prevalence And Incidence At A Large, Regional Hospital In Sweden. *AAOHN Journal*, 46 (3), 107.
- Arpacı, T. (2011). *Kütahya İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerin Şiddet Algısı Üzerine Sosyolojik Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Arslan, D. (1998). *Aile İçinde Kadına Yönelen Şiddet Ve İstanbul Kadın Misafirhanesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Arslan, S.Ö. ve Savaşer, S. (2009). Okulda Zorbalık, *Milli Eğitim Dergisi*, 39 (184), 221.
- ASIS International and the Society for Human Resource Management. (2011). *Workplace Violence Prevention and Intervention: American National Standard*.

- Aslan, A. ve Doğan, B.Ö. (2017). Çevrimiçi Şiddet: Bir Siber Zorbalık Alanı Olarak “Potinss” Örneği. *Marmara İletişim Dergisi*, (27), 113.
- Aslan, Ş. (2003). *Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Uygulama*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Asoğlu, M., Takatak, H., Göbelek, M., Karka, İ., Pirinçcioğlu, F., Çelik, H. ve Kıvrak, Y. (2018). Medyadaki Şiddet Unsurlarının Üniversite Gençlerinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (2), 65.
- Atalay, A. (2010). *Hukuksal Boyutları İle Futbolda Şiddet Olgusu*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Ataman, H. ve Aba, G. (2016). Violence Against Health Care Workers: A Retrospective Study, *International Journal of Health Science Research and Policy*, 1 (1), 21-24.
- Ataş, S. (2013). *Üniversite Gençlerinde Şiddet Eğilimliliği Ve Öğrencilerin Aile İçi Şiddete Bakış Açıları (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Ateş, K. (2002). *Türkiye’de Aşağı Sınıflar, Suç Ve İktidar*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Atik, D. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Devlet Hastanesi Örneğinde İncelenmesi. *Medical Sciences*, 8 (2), 2-4.
- Atik, G. (2009). Zorbalığı Yordayıcı Bir Değişken Olarak Umut. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 42 (1), 56.
- Avcı, A. (2010). *Eğitimde Şiddet Olgusu Lise Öğrencilerinde Şiddet, Saldırganlık ve Ahlaki Tutum İlişkisi Küçükçekmece İlçesi Örneği*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Ayan, S. (2007). *Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet (Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme)*. Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Ayan, S. (2011). *Suçlu Kim? Türkiye’de Çocuk Suçluluğu (1.Basım)*. Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Aydın, A. (2014). *Ailenin Korunmasını Sağlayan Dayanışma Örüntüleri İle Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Arasındaki İlişki: Çankaya Belediyesi Kadın Sığınma Evi’nde Kalan Kadınlar Örneği*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aydın, N. (2014). *Şiddet Açısından Güvenli Ortamda Çalışılması İçin Alınan Önlemlerin Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aygüç, F. (2015). *Ortaokul Öğrencilerinin Zorbalık Eğilimlerinin Aile İçi Şiddet Görme Durumuna Göre Değerlendirilmesi (Çekmeköy Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ayhan, İ, Çubukcu, K. M. (2007). Suç ve Kent İlişkisine Ampirik Bakış: Literatür Taraması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (5), 31.
- Aykul, D. (2012). *İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinde Şiddet Olgusu (Burdur İli Bucak İlçesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Babahanoğlu, R. ve Özdemir, S.G. (2016). Aile İçi Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkisi Konusunda Sosyal Hizmet Ve Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Görüşlerinin İncelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (2), 1070.
- Bacı, S.D. (2011). *Çocuk ve Ergenlerde Şiddet Ve Saldırganlığın Önlenmesi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Balcı, S. (1998). *İletişim Bilimleri Açısından Kitle İletişim Araçları ve Şiddet*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Balcı, S. A. (2014). *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri İle Maruz Kaldıkları Şiddet Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Balkaya, F. (2001). *Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi Ve Bazı Septom Gruplarındaki Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bartollas, C. ve Schmallegger, F. (2017). *Çocuk Suçluluğu*. (Çev. Didem Yücel ve M. Burak Gönültaş). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Baş, A. U. ve Kabasakal, Z. T. (2010). İlköğretim Okullarında Saldırganlık Ve Şiddet Davranışlarının Yaygınlığı. *İlköğretim Online*, 9 (1). 94.
- Bayer, A. (2013). *Değişen Toplumsal Yapıda Aile: Eşler Arası Şiddet Ve Din İlişkisi Üzerine Bir Araştırma (Konya Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Bayındır, N. ve Sevi, L. (2016). Behaviours Of Teachers That Arouse Violence İn Students: Imaginal Violence. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (2), 670.
- Bayrak, S. (1992). *Örgüt-Çevre Etkileşimi Açısından Çatışma Yönetimi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Baysoy, N.G. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Şiddet Yaşantısı Risk Faktörlerini Değerlendirme ve Önceliklendirme Aracı Geliştirme*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Behnam, M., Tillotson, R. D., Davis, S. M. ve Hobbs, G. R. (2011). Violence In The Emergency Department: A National Survey Of Emergency Medicine

- Residents And Attending Physicians. *The Journal Of Emergency Medicine*, 40 (5), 565.
- Beşkat, M. (2016). *Futbol Seyircilerinin Empatik Eğilimleri İle Sporda Saldırganlık Ve Şiddet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Şanlıurfa İli Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya.
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 5 (1), 43-51.
- Bilgili, F. ve Demirkapı, E. (2013). *Hukukun Temel Kavramları* (9.Basım). Bursa: Dora Yayın.
- Bolat, S. (2010). *İlköğretim 6. Sınıf Öğrencilerinin Şiddete Yönelik Tutum Ve Zorba-Kurban Olma Durumlarının Aile İçi Şiddet Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Bronner, G., Peretz, C., ve Ehrenfeld, M. (2003). Sexual Harassment Of Nurses And Nursing Students. *Journal Of Advanced Nursing*, 42 (6), 637.
- Bufaccihi, V. (2005). Two Concept of Violence. *Political Studies Review*, 3 (2), 195-196.
- Bulut, M. (2010). *Şiddet ve Çocuk*. Ankara: Asil Yayın.
- Bulut, S. (2018). *Polisiye Diziler Üzerine Bir İnceleme: CSI Ve Arka Sokaklar Örneği*. Bitirme Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Bulut, Y. (2010). *Okul Yöneticilerinin Öğrenme Algılarına Göre Şiddet Eğilimleri*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Büyükbayram, A. ve Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4 (1), 46-52.

- Campos, A. S., ve Pierantoni, C. R. (2010). Violence In The Health Care Workplace: A Theme For International Cooperation In Human Resources In The Health Sector. *Rev Eletrônica Com Inf Inov Saúde*, 4 (1), 79-83.
- Can, Y. (2007). *İlköğretim Okullarında Şiddet (Öğrenci, Öğretmen ve Yöneticilerin Yaklaşımları)*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Canada Ministry of Labour. (2016). Workplace Violence and Harrassment: Understanding the Law, *Health and Safety Guidelines*.
- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J. ve Wang, J. D. (2008). Prevalence And Determinants Of Workplace Violence Of Health Care Workers In A Psychiatric Hospital In Taiwan. *Journal Of Occupational Health*, 50 (3), 288.
- Cinoğlu, A. (2015). *Sağlık Kurumlarında Şiddet*. Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Clements A., Hawton K. ve Sakarovitch C. (2005). Suicide In Doctors: A Study Of Risk According To Gender Seniority And Specialty In Medical Practitioners In England And Wales 1979 – 1995. *Journal Epidemiol Community Health*, 255 (5), 296-297.
- Cohen, D. K., ve Nordås, R. (2014). Sexual Violence In Armed Conflict: Introducing The SVAC Dataset, 1989–2009. *Journal of Peace Research*, 51 (3), 427.
- Cohen, Z. (2014). *Fiziksel Ve Sözel Şiddet Davranışları İle Öfke Düzeyi Ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Concha-Eastman, A. (2001). Violence: A Challenge For Public Health And For All. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55 (8), 597.
- Constantinescu, V. (2014). Mobbing: Psychological Terror In The Workplace. *International Scientific Committee*, 498-499.

- Crilly, J., Chaboyer, W. Ve Creedy, D. (2004). Violence Towards Emergency Department Nurses By Patients. *Accident And Emergency Nursing*, 12 (2), 67
- Çağlayan, H. S., ve Fişekçioğlu, İ. B. (2004). Futbol Seyircisini Şiddete Yönelten Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (12), 130.
- Çakmak, C., Çapar, H., Konca, M. ve Korku, C. (2017). Bir Halk Sağlığı Sorunu Olarak Çocuklara Yönelik Şiddet: Gazete Haberleri Üzerinden Bir Araştırma. *Dicle Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7 (13), 89-90.
- Çakmak, H. ve Altunok, T. (2009). *Suç, Terör Ve Savaş Üçgeninde Siber Dünya* (1. Basım). Ankara: Barış Platin Kitapevi.
- Çalışkan, T. (2013). *Kadına Yönelik Şiddet Kampanyaları*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çamcı, O. ve Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (1), 10-14.
- Çatel, M. (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çaycı, S. (1989). *Düşük Yoğunlukta Çatışma*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çelik, H. (2013). *“Televizyon Programlarındaki Şiddet İçerikli Görüntülerin Yetişkinler Üzerindeki Etkileri: Behzat Ç. Örneği”*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Çelik, S. (2014). *Polise Yönelik Şiddet Eylemleri*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Çelikleş, M.G. (2013). *Okuldaki Şiddet Olayları İle Aile İçi Şiddet İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Çetin, F. (2013). *15-49 Yaş Evli Kadınların Ruhsal Durumları Ve Şiddet Üzerine Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çetin, Ö.I. (2016). *Genç Erişkin Erkeklerde Şiddet Eğilimi Ve Psikolojik Durum İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çetin, Z. (1999). Kitle İletişim Araçları Ve Şiddet. *Marmara İletişim Dergisi*, 140-141.
- Çevikbaş, R. ve Coştan, U. (2014). Kırıkkale’de Suç Perspektifi ve Tedbirler, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (1), 74.
- Çınarlı, İ. ve Yücel, H. (2013). Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (3), 36-48.
- Çöl, S.Ö. (2008). İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma Ve Toplum Dergisi*, (4), 108.
- Çuvadar, A. (2017). *Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim Ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu Ve Nedenleri Edirne/2013*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Dal, A. (2018). *Hemşirelerde Psikolojik Şiddet Ve Verilen Tepkiler Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Delara, M. (2016). Mental Health Consequences and Risk Factors of Physical Intimate Partner Violence, *Mental Health in Family Medicine*, (12), 119.
- Demir, Ü. (2000). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 3 (1), 59.

- Demirag, S., ve Ciftci, S. (2017). Psychological Intimidation at Workplace (Mobbing). *J Psychol Psychother*, 7 (3), 2.
- Demirbaş, T. (2002). Suçun Nedenleri-Suç Etyolojisi https://www.kriminoloji.com/Sucun_Nedenleri_Genel-Timur_Demirbas.htm adresinden 8 Nisan 2019 tarihinde alınmıştır.
- Deniz, S., Kurt, B., Akbaba, M., Nayir, T. ve Başaralı, M.K. (2017). Evaluation of Occupational Risks of Employees Working in Primary Health Care Services in Malatya/Akçadağ, *The Turkish Journal of Occupational / Environmental Medicine and Safety*, 2 (1 (4)), 34.
- Dilbaz, N. (1999). Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi Ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, (2), 182-184.
- Dirik, G., Şahin, G. (2008). Kişilik Özellikleri, Hostilite (Düşmanlık, Öfke) ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastaların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9 (15), 252.
- Dolu, O., Uludağ, Ş. ve Doğutaş, C. (2010). Suç Korkusu: Nedenleri, Sonuçları Ve Güvenlik Politikaları İlişkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 65 (1), 61.
- Duğan, Ö. (2015). *Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansımaları*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Duğan, Ö. (2017). Analysis Of Violence In Health News: An Examination On Newspaper Reports, *Erciyes Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 5 (1), 401.
- Duğan, Ö. ve Arslan, A. (2015). Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme. *Sağlık İletişim Sempozyumu*, 5-6 Kasım. Eskişehir.
- Duran, B., Oetzel, J., Parker, T., Malcoe, L. H., Lucero, J. ve Jiang, Y. (2009). Intimate Partner Violence and Alcohol, Drug, and Mental Disorders among American Indian Women from Southwest Tribes In Primary Care. *American*

Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center, 16 (2), 11.

- Durmuş, G. (2013). *Şiddet İçerikli Televizyon Yayınlarının Çocuk Suçluluğu Ve Şiddete Yönelim Üzerindeki Etkileri: Ağrı Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Dursun, Ç. (2008). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Ve Haber Medyası: Alternatif Bir Habercilik*. Ankara: TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3 (1), 108.
- Dursun, S., Aytaç, S. ve Akıncı, F.S. (2011). Mesleğe İlişkin Şiddet Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 61.
- Dursun, Y. (2011). Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir?. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, (12), 3-6.
- Durur, E.K. (2017). Medyada Şiddetin Bir Başka Yüzü: 'Doktora Saldırı' Haberleri. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 50-58.
- Düvenci, Ş. (1995). *Suç İşlemiş Ergenler İle Suç İşlememiş Ergenlerin Kişilik Yapılarının Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Ediz, A. ve Altan, Ş. (2017). Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet Üzerine Bir Alan Araştırması. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 399.
- Eğici, M.T. ve Öztürk, G.Z. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Ankara Medical Journal*, 18 (2), 225-227.
- Ellsberg, M. C. (2006). Violence Against Women: A Global Public Health Crisis, *Scandinavian Journal of Public Health*, (34), 2.
- Er, E. (2006). *Sinemada Kadına Yönelik Şiddet Ve Tecavüz Doksanlı Yıllar Ve Sonrasında Kadına Yönelik Şiddet Ve Tecavüz Filmleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Ergün, F. Ş., ve Karadakovan, A. (2005). Violence Towards Nursing Staff In Emergency Departments In One Turkish City. *International Nursing Review*, 52 (2), 155-159.
- Erol, Ö. (2010). *Aile İçi Şiddete Son Kampanyası Ve Kadına Yönelik Şiddet Haberleri Analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erten, Ş. (2011). *Türk Kamu Yönetiminde Kriz Yönetimi Anlayışı*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Ezzat, H. A. ve Lashin, O. (2005). Violence On Hospital Nurses And Job Satisfaction. *The New Egyptian Journal Of Medicine*, 32 (6), 7-16.
- Fawole, O. I. (2008). Economic Violence To Women And Girls: Is It Receiving The Necessary Attention?. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9 (3), 167-170.
- Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson J.M, Grafstein E., Rae S., Ouellet L., Gillrie C. ve Way M. (1999). Violence In The Emergency Department: A Survey Of Health Care Workers. *The Canadian Medical Association Journal*, 161 (10), 1245.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, And Peace Research, *Journal Of Peace Research*, 6 (3), 167-178.
- Gates, D. M., Ross, C. S. ve McQueen, L. (2006). Violence Against Emergency Department Workers. *The Journal Of Emergency Medicine*, 31 (3), 331.
- Genç, G. (2009). Okul Çocuklarının Zorbalık Davranışlarını Beslemede Aile Ve Kültürün Rolü: Okul Müdürleri Ve Rehber Öğretmenlerin Görüşleri. *Education Sciences*, 4 (3), 1124.
- George, Alexander L. (2003). *İçerik Çözümlemesinde Nicel ve Nitel Yaklaşımlar, içinde, İletişim Araştırmalarında İçerik Çözümlemesi*. (Çev. Murat S. Çebi). Ankara: Alternatif Yayınları.

- Girmen, P., Kaya, M.F. ve Kılıç, Z. (2018). Violence At Primary Schools and Its Reflections on the Press and The Visual Media In Turkey, *International Journal of Research in Education and Science*, 4 (2), 704.
- Glover, C. ve Makooie, B. (2018). Exposure to Community Violence as a Social Determinant of Health, 1-6. <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2018/hl/bgrd/backgroundfile-112948.pdf> adresinden 15 Şubat 2019 tarihinde alınmıştır.
- Gökçe, T. (2010). *Samsun Merkez İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Çocuklukta Aile İçi Şiddet Öyküsü Ve Ruh Sağlığına Etkileri*. Doktora Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Görgülü N. (2013). *Mobbing'in (Bezdiri) Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Göver, İ. H. ve Şenol, D. (2017). Toplumsal Bir Olgu Olarak Suç: Sosyolojik Bir Analiz. *Journal of Current Researches on Social Sciences*, 7 (2), 203.
- Gül, E. (2018). *Yerel Yönetimlerde Kurumsallaşmanın Kurum Performansına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gebze Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.
- Güleç, S., ve Gökmen, H. (2009). Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. 19-21 Mart. Ankara: Turunç Matbacılık, 170-171.
- Güler, H. (2011). *Korku Sinemasında Şiddet Ve Muhafazakârlık*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Güler, N., Tel, H. ve Tuncay, F.Ö. (2005). Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (2), 53.
- Güler, Y. (2014). *Ergen Futbolcularda Şiddet Eğilimi İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Ankara Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya.

- Gümüş, A. (2006). Şiddet Türleri. *Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu*. Ankara: Eğitim Sen Yayınları, 15
- Gümüş, M. (2012). *Çatışma İlk İnsandan Günümüze* (1.Basım). Konya: Çizgi Kitapevi Yayınları.
- Günaydın, N. ve Kutlu, Y. (2012). Experience Of Workplace Violence Among Nurses In Health-Care Settings, *Journal of Psychiatric Nursing*, 3 (1),1.
- Günçavdı, G. (2015). *Araştırma Görevlilerinin Maruz Kaldıkları Kötü Muamele Düzeyi İle İş Doyumu Ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Güneş, A. (2015). *Lise Öğrencilerinin Şiddet Ve Değer Eğilimlerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Rize İli Örneği)*. Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Güngör, M. (2008). *Çalışma Hayatında Psikolojik Taciz*. İstanbul: Derin Yayınları.
- Gürer, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği. *Journal Of Health Services and Education*, 2 (1), 11-13.
- Gürkan, Ö.C. ve Coşar, F. (2009). Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), 125-126.
- Güven, O. Ö. (2018). Suçun Sosyolojisi ve Haber Söyleminde Temsili, *Gaziantep University Journal Of Social Sciences*, 17 (1), 189.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. ve Halfens, R. J. (2010). Factors Associated With Patient And Visitor Violence Experienced By Nurses İn General Hospitals In Switzerland: A Cross-Sectional Survey. *Journal Of Clinical Nursing*, 19 (23-24), 3535.
- Hilooğlu, S ve Önder, F. C. (2010). İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinde Zorbalığı Yordamada Sosyal Beceri ve Yaşam Doyumunun Rolü. *İlköğretim Online*, 9 (3), 1160-1161.

- Imbusch, P. (2000). Uygarlık Kuramları Ve Şiddet Sorunu. *Toplum Ve Bilim Dergisi*, (84), 91.
- İlhan, M.N., Çakır, M., Tunca, M.Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., Tezel, A. ve Bumin, M.A. (2013). Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24 (1), 5-8.
- İlhan, M.N., Özkan S., Kurtcebe Z.Ö. ve Aksakal, F.N. (2009). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve Intörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28 (3), 15-18.
- İnaltekin, H. (2017). *Lise Öğrencilerinde Şiddet Eğilimi Ve Medya Etkileşimi (İstanbul Kasımpaşa Çok Programlı Anadolu Lisesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İzmirli, G. (2013). *Isparta İli Gönen İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Sıklığı Ve Aile İçi Şiddet Görmeye Sebep Olan Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
- Jawarkar, A. K., Shemar, H., Wasnik, V. R., ve Chavan, M. S. (2016). Domestic Violence Against Women: A Crossectional Study In Rural Area Of Amravati District Of Maharashtra, India. *International Journal of Research In Medical Sciences*, 4 (7), 2713.
- Jewkes, R. (2002). Intimate Partner Violence: Causes And Prevention, *Violence Against Women III*, 359 (9315), 1423.
- Jewkes, R., Sen, P. ve Moreno, C. G. (2002). Sexual Violence, *Scientific Research Publishing An Academic Publisher*, 149.
- Kahveci, R., Yasar, I., ve Başer, D. A. (2017). Comparison Of Quality and Content of Violence Guidelines For The Health Care Sector. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 9 (1), 51.

- Kanal, İ. (2008). *İmam Hatip Lisesi Öğrencilerinin Şiddet Eğilimlerinin Çok Yönlü Olarak İncelenmesi (İstanbul İli Anadolu Yakası Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kapıcıoğlu, İ. (2008). *Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Algısı*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Kaplan, U. (2016). *Şiddeti Yenmek Eğitimle Gelişmek* (1. Basım). İstanbul: Varlık Yayınları.
- Karaboğa, F. (2018). *Ebeveyn Reddi Algısı Yüksek Olan Ergenlerin Şiddet Eğilimine Yönelmesinde Bağlanma Biçiminin Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karaboğa, M. (2007). *Türkiye’de Özel Televizyon Kanallarının Ana Haber Bültenlerinde Şiddet Olgusu*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Karaca, B.K. (2014). *Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri Ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri*. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun.
- Karagüven, M. (1997). *İş Kazaları İle Stres, Kaygı Ve Öfke Kavramları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (9 Türk Ve 2 İngiliz Tekstil Fabrikalarında Yapılan Bir Araştırma)*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kartal, H, Bilgin, A. (2009). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenler Ve Öğrenim Gören Öğrencilerin Zorbalığa Yönelik Görüşleri. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7 (3), 540.
- Kasap, F. (1997). *Medya-Şiddet İlişkileri Kapsamında Televizyonda Reality-Show’lar*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kavak, F. ve Ekinci, M. (2013). Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddet, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 292-296.

- Kavuk, M., ve Keser, H. (2016). İlköğretim Okullarında Siber Zorbalık. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31 (3), 1-2.
- Kaya, N. ve Turan, N. (2018). Attitudes Toward Honor And Violence Against Women For Honor In The Context Of The Concept Of Privacy: A Study Of Students In The Faculty Of Health Sciences. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*, (54), 69.
- Keleş, R. ve Unsal, A. (1982). *Kent Ve Siyasal Şiddet* (Vol 507). Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Basın ve Yayın Yüksek Okulu Basımevi.
- Kendirici, A. (2013). *Evli Bireylerin Öfke İfade Tarzları Ve Şiddet Sorumluluğunun İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tokat.
- Kılıç, M. (2009). *Kadına Yönelik Şiddet: Sosyo-Psikolojik Arka Plan, Manevi Boyut, Hukuki Yaptırımlar*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kocadaş, B., Özgür, Ö. ve Özbulut, M. (2010). *Gençlik Ve Şiddet Toplumsal Alanda Şiddetin Yükselişi* (1. Basım). Ankara: Atatürk Kültür Merkezi Yayını.
- Koçak, A. ve Arun, Ö. (2006). İçerik Analizi Çalışmalarında Örneklem Sorunu. *Selçuk İletişim*, 4 (3), 22.
- Korkmaz, A. (1988). *Şehirleşme Ve Suç Malatya Araştırması (1981-1995)*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Korkmaz, Y. (1997). *Görsel Medyada Şiddet ve Toplumsal Yaşama Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Krantz, G. ve Moreno, C. G. (2005). Violence Against Women, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59 (10), 819.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., ve Zwi, A. B. (2002). The World Report On Violence And Health. *The Lancet*, 360 (9339), 1084-1085.

- Kumar, R. (2012). Domestic Violence And Mental Health. *Delhi Psychiatry Journal*, 15 (2), 274.
- Kuruöz, G. (2016). *Acil Serviste Hasta Ve Hasta Yakınlarına Göre Sağlıkta Şiddet. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.*
- Künüçen, Ş. (2004). Televizyonda Haber Programları, Şiddet Ve Çocuk. *Selçuk İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 3 (2), 57-59.
- Laleoğlu, A., ve Özmete, E. (2013). Mobbing Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 7 (31), 13.
- Lee, D.T.F. (2006). Violence In The Health Care Workplace. *Hong Kong Med Journal*, 12 (1), 4-5.
- Leymann, H. (1990). Mobbing And Psychological Terror At Workplaces. *Violence And Victims*, 5 (2), 120.
- Maner, F., Kayatekin, Z. E., Abay, E., Saygılı, S. ve Şener, A. I. (1991). Psikiyatrik Hastalıklar Ve Suç. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, (4), 6.
- Mercy, J. A., Rosenberg, M. L., Powell, K. E., Broome, C. V. ve Roper, W. L. (1993). Public Health Policy For Preventing Violence. *Health Affairs*, 12 (4), 8.
- Merdan, H. (2014). *Orta Öğretim Kurumlarındaki Öğrencilerin Şiddet Davranışlarında Ailenin, Öğretmenlerin Ve Akran Gruplarının Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- Moursel, G. (2016). *Psikiyatri Kliniğinde Hastaların Şiddet Riskini Değerlendirme Aracı "Brøset Violence Checklist (BVC)" Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik VE Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.*

- Mutlu, A. (2010). *Eğitim Hastanelerindeki Acil Servis alışanlarına Yönelik şiddet Olaylarının Ve Acil Servislerdeki Güvenlik Durumunun İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.
- Nabikoğlu, R. (2012). *Futbol Seyircisinde şiddet Eğiliminin MVQ (Maudsley Violence Questionnaire) İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır.
- Ng, K., Yeung, J., Cheung, I., Chung, A. ve White, P. (2009). Workplace Violence-A Survey Of Diagnostic Radiographers Working In Public Hospitals In Hong Kong. *Journal Of Occupational Health*, 1.
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M. (2002). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması* (6.Basım). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.
- Ogundipe, K.O., Etonyeaku, A.C., Adigun, I., Ojo, E.O., Aladesanmi, T., Taiwo, J.O. ve Obimakinde, O.S. (2013). Violence In The Emergency Department: A Multicentre Survey Of Nurses' Perceptions In Nigeria. *Emerg Med J*, 30 (9), 758-759.
- Okutan, E. ve Sütütemiz, N. (2015). Mobbing (Yıldırma) Ve Kişilik İlişkisi: Hizmet Sektörü alışanları Üzerinde Bir Örnek Olay İncelemesi. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 10 (1), 3.
- Oral, H. (2010). *İki Uçlu Duygulanım Bozukluklarında şiddet Davranışı Ve Cezai Sorumluluk*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Orhan, E. (1997). *Televizyonda Yayınlanan şiddet, Cinsel Ve Dini İçerikli Filmlerin Ve izgi Filmlerin ocukların Dini Duyguları Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. (1998). Violence And Aggression In Psychiatric Units. *Psychiatric Services*, 49 (11), 1452-1457.

- Öksüz, P.E., Uyğun, A. ve Özdem, Ş. (2016). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Bir Kamu Hastanesindeki Şiddet Olaylarının Araştırılması. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 108-110.
- Önen, E. (2009). Saldırganlık Ölçeği'nin Psikometrik Niteliklerinin Türk Ergenleri İçin İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (32), 75-76.
- Özcan, F. ve Yavuz, E. (2017). Türkiye'de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8 (3), 72-73.
- Özcan, N.K. ve Bilgin, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31 (6), 1443-1452.
- Özçakmak, Ş. (2009). Medyada Sağlık Haberciliği ve Sorunları. (Düzenleyen: Hasan Oğan). *Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı*. İstanbul: İstanbul Tabip Odası, 35-36.
- Özdevecioğlu, M. (2016). Mağdurlar Mı Mağdur Etmektedir? : Örgütlerde Saldırgan Davranışlar Ve Algılanan Mağduriyet Üzerine Bir Araştırma, *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (58), 409.
- Özel, M. (1996). *Kamu Örgütlerinde Çatışma Ve Verimliliğe Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özen, S. (2007). İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9 (3), 3-20.
- Özgür, G., Yörükoğlu, G. ve Arabacı, L. B. (2011). Lise Öğrencilerinin Şiddet Algıları, Şiddet Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 54.
- Özkan, N. (2013). *Şiddet İçerikli Yerli Dizilerin Gençler Üzerindeki Etkisi: Ankara İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Özkan, Ş. (1990). *Kadın Ve Suç (Kadının Suça İtilmesinde Ailenin Rolü)*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Özmen, F. (1997). *Fırat Ve İnönü Üniversitelerinde Örgütsel Çatışmalar Ve Çatışma Yönetimi Yaklaşımları*. Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Özmenler, K. (1995). *Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Suç Örüntüsüne Göre Psikososyal Özelliklerin İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
- Öztunç, G. (2001). Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel Ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), 6-7.
- Öztürk, G.Z. ve Toprak, D. (2017). Kadın Sağlık Personellerinin Kadına Yönelik Şiddet Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9 (1), 58.
- Öztürk, H. ve Babacan, E. (2014). Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 1 (2), 70.
- Öztürk, H., Babacan, E. ve Anahar, E.Ö., (2012). Hastanede Çalışan Personelin İş Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (4), 255.
- Öztürk, Ş. (2007). Violence And TV Shows. *Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3 (12), 22-27.
- Page, A., İnce M. (2008). Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11 (22), 82-87.
- Pak, M.D., Çolak, M.Y. ve Tunceli, D.H. (2016). Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Ekolojik Yaklaşım ile Haber Etiği Açısından Değerlendirilmesi. *10. Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Özet Kitabı*. 01-03 Aralık.

- Palabıyıkıoğlu, R. (1997). Medya Ve Şiddet. *Kriz Dergisi*, 5 (2), 123-125.
- Parlak, E. (2003). Edward Bond'un Lear Ve Shakespeare'in Kral Lear Oyunlarında Şiddet Ögesi. *Sanat Dergisi*, (4), 39.
- Pazarbaşı, B. (1998). *Görsel Medyada Şiddet (Ana Teması Şiddet Olan Çizgi Film Mesajlarının İçerik Analizi)*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Pehlivan, M. (2015). *Hastanelerde Çalışanlara Yönelik Şiddet Ve Önlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Peltekoğlu, F. B. ve Tozlu, E. (2017). Medya Yansımaları Ekseninde Kadına Şiddet Sorunsalı ve Halkla İlişkiler. *Marmara İletişim Dergisi*, (28), 5.
- Pınar, N. (2006). *Görsel Medya Ve Şiddet Kültürünün Orta Öğretim Öğrencileri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Pınar, T., ve Pınar, G. (2013). Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3), 316-321.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. ve Martinez, M. (2006). The Impact Of Physical, Psychological, And Sexual Intimate Male Partner Violence On Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, And Suicide. *Journal Of Women's Health*, 15 (5), 600.
- Polat, İ. (2009). *Ticaret Meslek Lisesi Öğrencilerinin Şiddet Eğilimlerinin Çok Yönlü Olarak İncelenmesi [İstanbul İli Anadolu Yakası Örneği]*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22 (1), 21-24.

- Polat, O. (2017). *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1* (2. Basım). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Polat, S. (2010). Toplumsal Güç İlişkileri Bağlamında Okulda Şiddeti Çözümlemeye Yönelik Bir Araştırma (Kastamonu İli Örneği). *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 79-80
- Riches, D (1989). *Antropolojik Açından Şiddet*. (Çev. D. Hattatoğlu). İstanbul: Ayrıntı Yayınevi.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 27897, 6 Nisan 2011.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). Çalışan Güvenliği Genelgesi, 14 Mayıs 2012.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 28277, 28 Nisan 2012.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Çalışan Hakları ve Güvenliği Rehberi*, Ankara.
- Sağlık-Sen (Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası). (2013). *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen.
- Salim, Ş. (2005). *Antalya'da Dezavantajlı Gruplardan Kadınların Kentsel Korku Ve Şiddet Durumlarının İrdelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Salminen S. (1997). Violence In The Workplaces In Finland, *Journal of Safety Research*, 28 (3), 123.
- Sarı, T. (2018). Ekolojik Yaklaşımın Okul Psikolojik Danışmanlığında Kullanılması. (Editör: Oğuz Kutlu). *Eğitim Bilimleri*. Ankara: Akademisyen Yayınevi, 169-170.
- Sarıbıyık, M. (2012). *Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri Ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum Ve*

- Davranış Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Savaş, N.Ş. (2016). *Acil Servislerde Yaşanan Şiddet Olaylarının Sağlık Profesyonelleri Tarafından Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Savaş, O. (2006). *Gelir Dağılımı Ve Şiddet İlişkisinin Sosyo – Ekonomik Politikalar Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Seyran, F., Gözülü, M. ve Ready, F.N. (2018). İş Yerinde Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Personelinin Şiddet Algısı ve Boyutu Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 2 (1), 9.
- Sezgin, H. (2007). *Partneri Tarafından Şiddet Görmüş Ve Kadın Sığınma Evinde Barınan Kadınların Kullandıkları Başetme Yöntemleri İle Algıladıkları Sosyal Desteğin Ruhsal Sağlıkları İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Shallcross, L., Sheehan, M. ve Ramsay, S. (2008). Workplace Mobbing: Experiences In The Public Sector. *Workplace Mobbing: Experiences In The Public Sector*, 13 (2), 57-58.
- SHITTA-BEY, O. A. (2016). A Discourse on the Ontology of Violence, *Kaygı. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi*, (27), 153.
- Sinav, A. (2010). *Futbol İle İlişkili Şiddet Olaylarına Yönelik Haberlerin Gazetecilik Meslek Etiği İlkeleri Açısından Değerlendirilmesi: Galatasaray-Leeds United, Roma-Galatasaray Ve Türkiye-İsviçre Karşılaşmaları Örnek Olaylarına Yönelik Haberlerin Fikir Gazeteleri, Popüler Gazeteler Ve Spor Gazetelerindeki Sunumlarının Karşılaştırmalı İçerik Çözümlemesi*. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Sönmez, H. (2003). *Toplumsal Olaylarda Şiddet*. Sanatta Yeterlilik Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Sucaklı, M. (2003). *Van Yöresinde Kadın Ve Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet*. Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van.
- Şahan, B. (2010). *İlköğretim İkinci Kademe Öğretmen Ve Öğrencilerinin Şiddet Olgusuna İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şahin, D. (2013). *Cezaevindeki Şiddet Failleri Ve Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağdurlarının Şiddete Bakış Açıkları İle Suçluluk Utanç Duygularının Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Şenyurt, M. (2008). *Psikiyatri Kliniklerinde Yaşanan Şiddet Olaylarının Kayıtlara Yansımalarının Ve Ele Alınışının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şişman, F. A. (2016). Kurumsallaşma İşletme İle Müşteri Arasında Bariyer Mi? (Mücevher Sektöründe Bir Araştırma). *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi*, (18), 447.
- Takak, S.Ö. (2017). *Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Hasta Ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Görüş Ve Tutumları İle Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Takak, S.Ö. ve Artantaş, A.B. (2018). Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumların Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18 (1), 103.
- Taktak, N. (2007). *İlköğretim Kurumlarında "Şiddet" (6. ,7.Ve 8. Sınıf Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma)*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Tanrıverdi, M. (2006). *Yetişkinlerin Televizyon Programlarındaki Şiddet Ögesi İçeren Yayınların Etkilerine İlişkin Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Taptık, A. (2010). *İlköğretim Okullarında Şiddet Ve Sebeplerine Yönelik Öğretmen Ve Yönetici Görüşleri (İstanbul İli Küçükçekmece İlçesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tarhan, N. (2009). *Psikolojik Savaş Gri Propaganda* (12.Basım). İstanbul: Timaş Yayınları.
- Taş, F. ve Çevik, Ü. (2005). Konya İlindeki Pediatri Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (3), 62-66.
- Taşal, B. (2009). *Şarkı Sözlerinde Şiddet Ögesi: Aksaray İli İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileriyle Yapılan Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Taşkın, A. (2015). İşyerinde Mobbingin Ceza Hukuku Bakımından Değerlendirilmesi. *Çalışma ve Toplum*, 44 (1), 224.
- TBMM (2011). *İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu* (Yayın No: 6). Ankara: TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu.
- TBMM (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. (Sıra Sayısı: 454). Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi.
- Tekin, F. (1996). *Ankara İslahevindeki Çocukların Suç İşlemelerinde Din Eğitimi Eksikliğinin Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Tel, H. (2002). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (2), 4.

- Temel, S. (2008). *Sinema Filmlerinde Şiddet İçeriğinin Yeniden Üretimi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tetik, B.K., Bağ, H.G., Paksoy, N., Tural, C., Gedik, I. Ve Sertkaya, S.(2018). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Gözünden Hekime Şiddet Nedenleri. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (4), 390.
- Tezel, A. (2002). Çocuğa Yönelik Şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), 94.
- Toros, I. (2010). *Aile İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadınların MMPI Profillerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Tosunöz, İ.K., Öztunç, G., Eskimez, Z. ve Demirci, P.Y. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Şiddet Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Çukurova Medical Journal*, 44 (2),1.
- Tuğlu, A. (1996). *Örgütsel Çatışma Ve Yönetimi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tutar, H. (2004). İş Yerinde Psikolojik Şiddet Sarmalı: Nedenleri Ve Sonuçları. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 101-102.
- Türk Ceza Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25611, 12 Eylül 2004.
- Türk Tabipleri Birliği (2017). *Sağlıkta Şiddet Yasa Tasarısı*. Türk Ceza Kanunu'na Ek Madde Önerisi.
- Türkdoğan, O. (1985). *Sosyal Şiddet Ve Türkiye Gerçeği* (1. Basım). Ankara: Mayaş Yayınları.
- Türkdoğan, O. (2016). *Günümüzde Toplumsal Şiddet Ve Türkiye Gerçeği*. Konya: Çizgi Kitapevi.
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2018). *TPD Sağlıkta Şiddet Anket Sonuçları*.

- Uçar, M. (2007). *İstanbul Ümraniye İlçesi Kazım Karabekir Mahallesinde Yaşayan Kadınların Şiddet Tanımları Ve Şiddete Yaklaşımlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Uğur, N. (1986). *Gecekondularda Suç Ve Suçluluk (Ankara Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Uludağ, A. ve Zengin, N. (2013). Sağlıkta Şiddete Hasta Şikâyetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16 (3), 74-76.
- Ulusal, D. (2007). *Yazılı Basında Şiddet Ve Şiddet İçerikli Haber Sunumunda Kadının Konumlandırışı*. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Ulusoy, A. (2008). *Televizyon Programlarındaki Şiddet İçerikli Görüntülerin Gençlerin Ruhsal Ve Psikolojik Gelişimlerine Etkileri Üzerine Teorik Ve Uygulamalı Bir Çalışma: Kurtlar Vadisi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Us N. C. ve Erdem, R. (2016). Şiddet ve Sağlık. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.1-3 Aralık. Ankara.
- Uslu, R. (1998). *İslam Hukukunda Devlet Başkanının Suç Ve Ceza Belirleme Yetkisi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Usta, J., Antoun, J., Ambuel, B., ve Khawaja, M. (2018). Violence as a Public Health Crisis, *AMA Journal of Ethics*, 20 (1), 25.
- Uysal, A. (2003). *Şiddet Karşıtı Programlı Eğitimin Öğrencilerin Çatışma Çözümleri, Şiddet Eğilimleri Ve Davranışlarına Yansıması*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Uzunoğlu, E. ve Öksüz, B. (2008). Kurumsal İtibar Riski Yönetimi: Halkla İlişkilerin Rolü. *Selçuk İletişim*, 5 (3), 112.

- Ünal, S. (2010). *Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören Ve Görmeyen Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öğe Yüklü*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Üzümcü, F. (2016). *Hekim Ve Hemşirelere Yönelik Şiddet: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Vogt, T., ve Greeff, A. P. (2010). The Impact Of An Interim Protection Order (Domestic Violence Act 116 Of 1998) On The Victims Of Domestic Violence. *Families In Society*, 91 (1), 46-48.
- Winstanley S. ve Whittington R. (2004). Aggression Towards Health Care Staff In A UK General Hospital: Variation Among Professions And Departments. *Journal of Clinical Nursing*, (13), 3.
- World Health Organization. (2002). Causal Decomposition Of Summary Measures Of Population Health. In C. J. L. Murray, J. A. Salomon, C. D. Mathers, and A. D. Lopez (Eds.), *Summary Measures Of Population Health: Concepts, Ethics, Measurements And Applications*. Geneva: World Health Organization, 273-274.
- Wright, Charles R. (1986). *Mass Communication: A Sociological Perspective*. New York: Random House.
- Yakışıklı, N. (1997). *11-15 Yaş Grubundaki Suç İşlemiş Çocukların Sosyo-Kültürel Özelliklerinin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Yakut, H.İ., Burhan, B.Y., Çiftçi, A. ve Orhan M.F. (2012). Sağlıkta Güvenlik Ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Bir Çalışma, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6 (3), 147-150.

- Yapraklı, Ş. (1997). *Dağıtım Kanallarında Güç Ve Çatışma*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Yaşar, Z.F. (2016). Sağlık Çalışanlarında Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. *Adli Tıp Dergisi*, 30 (2), 143-146.
- Yavuz, A.İ. (2014). *Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yavuz, H. (2007). *Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler: Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yavuz, N. (2009). *İlköğretim 7 Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Şiddet Eğilimlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi [Kocaeli İli Gebze İlçesi Örneği]*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yavuz, N. (2009). *Şiddet Olgusunun 1980 Sonrası Çağdaş Sanat Eserlerine Yansımaları*. Yeterlilik Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü, İzmir.
- Yayla, İ. (2009). *Hekim Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yekeler, B. (2010). *Malatya'da Kırsal Bir Bölgede Ergenlik Dönemindeki Gençlere Yönelik Şiddet Ve Etkileyen Faktörleri*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Yengin, D. (2010). *Dijital Oyunlarda Şiddet Kavramı: Yeni Şiddet*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Yeşildal, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları Ve Şiddetin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5), 291-297.
- Yetim, D. (2008). *Edirne Şehir Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddet Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Yıldırım, E. (2008). *Çocuk Ve Televizyonda Şiddet: 5 Yaşındaki Çocukların Anne - Babalarının Televizyondaki, Şiddetin Saldırgan Davranışlar Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, S. (2011). Kurumsallaşamayan Aile Şirketlerinde Pazarlama Sorunları Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (22), 189.
- Yıldırım, S. (2015). *Kadına Yönelik Şiddet ve Ataerkillik*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Yıldız, A. N., Kaya, M., ve Bilir, N. (2011). İşyerinde şiddet.
- Yıldız, M. (2014). *Futbol Taraftarlarının Şiddet Gösterme Davranışlarının, Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, H. (2010). Aile İçi Şiddet ve Huzur/Din Eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 14 (1), 95-98.
- Yörük, S. (2010). *Kadına Yönelik Şiddet: Antalya Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Yöyen, E. G. (2017). Şiddet Türleri Ve Kişilik Özellikleri, *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 1 (1), 42.
- Yüksel, M. ve Tunçsiper, B. (2011). The Relationship Between Mobbing and Organizational Commitment in Workplace. *International Review of Management and Marketing*, (3), 58.



EKLER

**EK 1. HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR
YÖNETMELİK**

EK-16 Nisan 2011 ÇARŞAMBA **Resmî Gazete**

Sayı : 27897

YÖNETMELİK

Sağlık Bakanlığından:

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK**Hasta güvenliği uygulamaları****MADDE 6 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
 - b) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
 - c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
 - ç) İlaç güvenliğinin sağlanması,
 - d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
 - e) Cerrahi güvenliğinin sağlanması,
 - f) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
 - g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
 - ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Çalışan güvenliği uygulamaları**MADDE 7 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
 - b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
 - c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
 - ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
 - d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması,
- hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları**MADDE 8 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;
 - 1) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,

2) Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik srveyans çalışmalarının yapılması,

3) El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,

4) İzolasyon önlemlerinin alınması,

5) Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,

b) Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;

1) Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,

2) Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,

3) Panik değerlerin bildirimini sağlanması,

c) Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,

) Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;

1) Mavi kod uygulamasının yapılması,

2) Pembe kod uygulamasının yapılması,

3) Beyaz kod uygulamasının yapılması,

d) Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak;

1) Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,

2) Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaması,

3) Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,

e) Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,

f) Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;

1) Hasta güvenliği komitesi,

2) alışan güvenliği komitesi kurulması,

hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.