

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet İçerikli SABİM Başvurularının İncelenmesi

Examination of SABİM Applications with Violence Against Health Workers

Mehmet Sait DEĞER¹ , Mehmet Akif SEZEROL² , Muhammed ATAK³ , Yusuf TAŞÇI⁴ 

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çorum, TÜRKİYE

²Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürü, İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

⁴Üsküdar İlçe Sağlık Müdürü, İstanbul, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Sağlıkta şiddet ile mücadelede sağlık tesislerine başvuranların şikayet ve taleplerini değerlendirmek önemlidir. Bu çalışmada İstanbul'un Üsküdar ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüklerine 2019 ile 2022 yılları arasında iletilen SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) başvurularının incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Tanımlayıcı tipteki araştırmada Sağlık Bakanlığı tarafından Üsküdar ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim yapılan SABİM başvuruları değerlendirilmiştir. 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Üsküdar ve Sultanbeyli ilçelerinde sağlık tesislerine başvuran ve hizmet sürecinden memnun kalmayan vatandaşların şiddet ifadesi içeren 560 SABİM başvurusu çeşitli temalar başlığında değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda en çok başvuru kamu sağlık tesisleriyle ilgili gerçekleşmiştir (%82,5). Başvuru yapanların %76,80'i erkeklerden oluşmakta ve %57,67'si Üsküdar'da ikamet etmektedir. SABİM başvurusu yapanların %45,71'i başvuruyu kendisi için %34,10'u eşi ve çocukları için yapmıştır. Hem kamu hem de özel sağlık tesislerinde en çok başvurular sırasıyla iletişim ve hizmet sorunu temalarında gerçekleşmiştir. En çok SABİM şikayeti hekimlerle ilgili gerçekleşmiştir. Kamu ve özel sağlık tesisleri, şikayet temaları vatandaşların ikamet yerleri ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Şiddet ifadesi içeren SABİM başvuruları, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarını büyük ölçüde kapsayan iletişim boyutuyla ve hizmet alım süreciyle ilgili olmuştur. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesine ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik müdahaleler sağlıkta şiddetin önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, SABİM, Sağlık, Sağlık çalışanı, Şiddet

Abstract

Background: In addressing the issue of violence in healthcare, it is essential to assess the grievances and requests of individuals who utilise healthcare facilities. This study aimed to examine the SABİM (Call Center of the Ministry of Health of Türkiye) applications submitted to the Uskudar and Sultanbeyli District Health Directorates in Istanbul between 2019 and 2022.

Materials and Methods: This descriptive study evaluated SABİM applications reported by the Ministry of Health to the Uskudar and Sultanbeyli district health directorates. Between 1 January 2019 and 31 December 2022, 560 SABİM applications from citizens who applied to health facilities in Uskudar and Sultanbeyli districts between 1 January 2019 and 31 December 2022 and were dissatisfied with the service process, including violence, were evaluated under different themes.

Results: The research findings indicated that the majority of applications were submitted to public health institutions (82.5%). The majority of applicants (76.80%) were male, while 57.67% of them resided in Uskudar. Of those who submitted applications to SABİM, 45.71% did so on their own behalf, while 34.10% applied on behalf of their spouses and children. The most prevalent issues encountered in both public and private healthcare facilities were communication and service-related problems. The majority of grievances submitted to the SABİM authority pertained to medical practitioners. Themes of complaints in public and private healthcare facilities were found to be associated with the place of residence of citizens, with a statistically significant correlation ($p < 0.05$).

Conclusions: Violence-related complaints in the SABİM were related to the communication dimension, which largely covers the attitudes and behaviours of health care professionals and the service procurement process. Interventions aimed at improving the health literacy of the community and the communication skills of health professionals can contribute to the prevention of health-related violence.

Keywords: Communication, SABİM, Health, Health Worker, Violence

Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Dr. Mehmet Sait DEĞER

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ulukavak, Çiftlik Çayırı Cd. 45 A, 19040 Merkez/Çorum, TÜRKİYE

E-mail: mehmetsaitdeger@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 03.11.2024

Kabul tarihi / Accepted: 11.12.2024

DOI: 10.35440/hutfd.1578388

Giriş

Dünya’da nüfus artışı, yaşam süresinin uzaması, iklim değişikliği, sağlık problemlerinin niteliklerinin ve sayılarını değişmesi insanların sağlık hizmetleri talebini arttırmaktadır (1). Bunun yanında sağlık insan gücünün yetersizliği, sağlık tesislerinin kapasite farklılığı ve çeşitliliği ve sağlık harcamaları vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını zorlaştırmaktadır (2). Diğer taraftan teknolojik gelişmeler, sosyoekonomik değişimler, rekabet koşulları ve bireysel beklentiler sağlık hizmetlerinde kalite olgusu üzerinden bireylerin beklentilerini arttırmıştır (3). Modern sağlık tesisleri, nitelikli insan kaynağı ve teknoloji kullanımı ile katılımcı ve hasta-vatandaş odaklı bir yaklaşımla kaliteli bakım hizmeti sunmayı amaçlar (4). Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu ve sağlık hizmet sunucuları ile vatandaşların memnun olması için yönetim bakışıyla verilmesi önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde; ulaşılabilirlik, bakım kalitesi, iletişim, motive olmuş yeterli sağlık personeli, ekip çalışması, maliyet, sağlık tesislerinin teknik kapasiteleri ve yeniliğe açık olma gibi faktörler memnuniyet ile ilişkilidir(3,5). Sağlık hizmetlerinde beklentileri karşılanmayan veya hizmetten memnun olmayan kişiler geniş bir yelpazede tepkiler verebilmektedirler. Bu tepkiler sağlık otoritelerine yazılı veya sözlü bildirim şeklinde olabildiği gibi hizmet alımı sırasında sözel veya fiziki şiddet şeklinde de olabilmektedir (6,7).

Sağlıkta şiddet; küresel ölçekte tüm sağlık çalışanlarının karşılaştığı önemli mesleki tehlikelerden biridir (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıkta şiddet, sağlık hizmeti sunucularına yönelik fiziksel saldırı, tehdit, sözlü hakaret ve psikolojik baskı gibi davranışlar olarak tanımlamaktadır (9). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) iş yerinde şiddet, çalışanların fiziksel, duygusal veya psikolojik bütünlüğüne zarar veren her türlü davranış olarak tanımlamaktadır. Sağlık sektörü ise iş yeri şiddeti açısından en riskli alanlardan biri olarak kabul edilir (10). Başka bir tanımlamada sağlıkta şiddet, hasta veya hasta yakınları tarafından gerçekleştirilen ve sağlık çalışanının iyilik hali için risk oluşturan sözel, fiziksel, davranışsal veya cinsel saldırı olarak ifade edilmektedir (11). Sağlıkta şiddet eylemlerinin sağlık çalışanlarının bedensel ve psikososyal iyilik hali üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında huzursuzluk, anksiyete, depresyon, mesleki tatminsizlik, tükenmişlik, azalan verimlilik, düşük sağlık ve yaşam algısı gibi çok sayıda sonuç ortaya çıkabilmektedir (6,12,13)

Sağlık sektöründeki iş yükü artışı, zorlu çalışma şartları ve ekonomik koşullar, iş stresi, kötü iletişim koşulları ve sosyal belirsizlikler sağlıkta şiddet etkilemektedir. Sağlıkta şiddet oransal olarak tüm işyerlerinde meydana gelen şiddet olaylarının yaklaşık %25’i kadardır (10).

Sağlıkta şiddetin, sağlık çalışanlarının %95’ini etkilediği tahmin edilmektedir (14). İki farklı meta-analizde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin genel yaygınlığı %61,9-%62,4 tespit edilmiştir (9,15). Başka bir çalışmada katılımcıların %20,9’u fiziksel saldırıya uğradığı, %32,3’ü silahla saldırıya

uğradığı ve katılımcıların %75,6’sının hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü tacize veya zorbalığa uğradığını bildirilmiştir (16). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet Türkiye’de de önemli bir problemdir. Bir araştırmada, tüm sağlık personellerinin %44,7’sinin her yıl şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Dünyada sıklıkla hemşireler en çok şiddete maruz kalırken Türkiye’de en sık hekimler şiddete maruz kalmaktadır (7). İşyeri şiddeti, sağlık çalışanlarını diğer mesleklerden daha yüksek oranda etkileyen küresel bir sosyal sorun haline gelmiştir. Sağlık tesislerinde şiddet, sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemekle birlikte toplum düzeyinde şiddet olaylarının sıklığını ve ekonomik yükü artırır (9,17). Ayrıca sağlık çalışanlarında, iş kazası veya hastalık izni nedeniyle devamsızlık, mesleki tükenmişlik, iş tatmininin azalması gibi iş kalitesini ve maliyetleri etkileyen boyutlarıyla sağlık hizmetleri ve tesisleri üzerinde kritik sonuçlara yol açmaktadır (9,18). Yapılan bir meta-analizde, sağlık kurumlarında şiddetle ilişkili risk faktörleri; bireysel (hastalık, ağrı, korku, stres-kaygı, psikiyatrik bozukluk, madde kullanımı), kurumsal/organizasyonel (yetersiz iletişim, uzun bekleme süreleri, yetersiz personel, iş yükü yoğunluğu) ve toplumsal (saygı eksikliği, sosyal ve kültürel normlar) olarak kategorize edilmiştir (19).

Sağlık tesislerinde şiddet ve ilişkili faktörlerinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik açısından önemlidir (20). Ayrıca sağlık çalışanlarının bedensel ve psikososyal iyilik hallerinin, iş performanslarının ve memnuniyetlerinin sağlanmasıyla birlikte vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin artırılması için sağlıkta şiddet başvurularının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu şekilde sağlık hizmetlerindeki yapısal ve organizasyonel eksiklikler tespit edilip ortadan kaldırılabilir, mevcut sağlık sistemin geliştirilmesi ve sağlık kurumlarının yapılarının güçlendirilmesi olanaklı hale gelebilir. Ayrıca bireysel ve toplumsal risk faktörlerine yönelik müdahale planlamaları yapılarak uygulamaya konabilir. Nihayetinde sağlık çalışanlarının ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnun oldukları kaliteli ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumu olanaklı hale gelir. Bu çalışmada; İstanbul’un iki ilçesinde 2019-2022 yılları arasındaki SABİM başvurularının değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışma retrospektif veri analizi ile yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma kapsamında 2019, 2020, 2021 ve 2022 yıllarında SABİM’e yapılan şiddet (taciz, tehdit, fiziksel saldırı, hakaret) içerikli beyan bulunan İstanbul’un Üsküdar ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüklerine bildirilen başvurular incelenmiştir. Araştırmaya konu olan SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) başvuruları sağlık hizmeti almak üzere sağlık tesislerine başvuran hasta veya hasta yakınlarının şiddet ifadesi/beyanı içeren şikayetlerinden oluşmaktadır. SABİM’e başvuran kişinin, yaşı, cinsiyeti, ikamet yeri, başvuru kimin için yaptığı, şiddet teması, başvuruya konu kişi-

nin ise ünvanı, görev yeri ve beyaz kod başvuru durumu değerlendirilmiştir.

Üsküdar, 517.348 nüfus (2022) ile İstanbul'un sosyoekonomik düzey en yüksek olan ilçelerinden biridir. Üsküdar ilçe sınırları içerisinde iki üniversite hastanesi, dört eğitim ve araştırma hastanesi, bir devlet hastanesi, dokuz özel hastane, çok sayıda tıp merkezi ve özel poliklinik ve ağız diş sağlığı merkezi bulunmaktadır (21,22). Üsküdar, İstanbul'un sağlık tesisi sayısı ve niteliği açısından en yoğun ilçelerinden biri olma özelliğine sahiptir. Sultanbeyli, 360.702 nüfus (2022) ile İstanbul'un sosyoekonomik düzey en düşük olan ilçelerinden biridir. Sultanbeyli sınırları içerisinde bir devlet hastanesi, iki özel hastane ve çeşitli özel tıp merkezi, poliklinik ve ağız diş sağlığı merkezleri mevcuttur. Sultanbeyli ilçesinde kamu veya özel sağlık tesisi sayısı ve niteliği Üsküdar ve İstanbul'un diğer merkezi ilçelerine göre azdır (22).

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), sağlık hizmeti sunucuları, kullanıcıları ile yöneticileri arasında etkili bir iletişim kurmak amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir. 2004 yılında hizmet vermeye başlayan SABİM, vatandaşların ve sağlık çalışanlarının sağlık sisteminin işleyişi veya sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili yaşadıkları sorunları, talepleri, önerileri ve eleştirileri iletebileceği bir platform olarak düzenlenmiştir. SABİM, Telefon, faks, posta, e-posta, sosyal medya veya canlı destek hattı aracılığıyla Sağlık Bakanlığı ile iletişime geçen vatandaşlara ilgili mevzuat çerçevesinde doğru bilgilendirme yapan ve çözüm sağlayan en hızlı ve kolay iletişim kanalıdır. Ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel saldırı, tehdit ve hakaret içerikli bildirimlerle ilgilenmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet başvurularını hızlı ve etkin yönetmek ve olası şiddet olaylarının önüne geçmek için SABİM bünyesinde "Şifa Veren Ele Vefa" ekibi çalışmaktadır. Bu ekip, söz konusu şiddet başvurularını değerlendirip şiddetin türüne ve niteliğine göre kolluk kuvvetleri, sağlık tesisi yöneticileri ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi ile gereğinin yapılması için iletişime geçmektedir. Sağlıkta şiddet olayları İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilmekte ve İl Sağlık Müdürlükleri ilgili başvuru ve beyanlar doğrultusunda İlçe Sağlık Müdürlüğü ve sağlık tesislerini bildirerek gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasını sağlamaktadır. Bunun yanında SABİM, olası sağlıkta şiddet olaylarının önüne geçilmesi için gerekli yasal ve organizasyonel düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktadır (8,23).

Araştırma kapsamında Üsküdar ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüklerine bildiri yapılan SABİM başvurularından şiddet (taciz, tehdit, fiziksel saldırı, hakaret, küfür) içeriği olan başvurular ele alınmıştır. Şiddet ifadesi içeren başvuruların içeriği iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Araştırmacılar değerlendirmelerini literatürdeki benzer çalışmalara dayanarak başvuru içeriklerini çeşitli başlıklarda kategorize ettikleri temalar doğrultusunda gerçekleştirmişlerdir. Daha sonra her iki araştırmacının değerlendirmeleri diğer bir araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve başvuru içeriklerine göre temaların son hali belirlenmiştir. Değerlendirme; literatürde daha önceden yapılmış benzer

çalışmalar göz önünde bulundurularak tematik olarak gerçekleştirilmiştir (4,5,24,25). Başvuru içerikleri kamu ve özel sektör ana başlıklarında; iletişim sorunu, hizmet sorunu, uygunsuz hizmet talebi, filyasyon ve ücret konularındaki ana temalar doğrultusunda kategorize edilerek yapılmıştır. İletişim temasında; iletişim kusurları, yanlış/yetersiz bilgilendirme, hasta-personel diyalogu, uygunsuz söz-tavir-eylem ve tepkiler alt başlıklarına yer verilmiştir. Hizmet sorunu temasında; sağlık hizmeti alımı sırasında uygun/yeterli olmayan organizasyonel veya yönetsel süreçler, mesai saatine uymama, aile hekiminin yerinde olmaması, vekil aile hekiminin evlilik-ehliyet raporu yazamaması, randevusuz hasta bakmama, tetkik ve tahlil yaptırmama gibi alt başlıklar bulunmaktadır. Uygunsuz hizmet talebi temasında; hasta olmadığı halde rapor, eşi- çocuğu ve annesi-babası adına ilaç yazdırma talepleri gibi alt başlıklara yer verilmiştir. Filyasyon temasında; COVID-19 pandemisi döneminde ilçe sağlık müdürlükleri ile filyasyon ekiplerinin yeterli bilgilendirme yapmaması, test yaptırmama, test sonucu öğrenmede zorluk, ilaç temini ve karantina süreçlerine ilişkin durumlar bulunmaktadır. Ücret temasında ise; özel sağlık tesislerinin ücret konusunda bilgilendirme eksikliği, sağlık hizmetine ilişkin ücret talepleri gibi alt başlıklara yer verilmiştir.

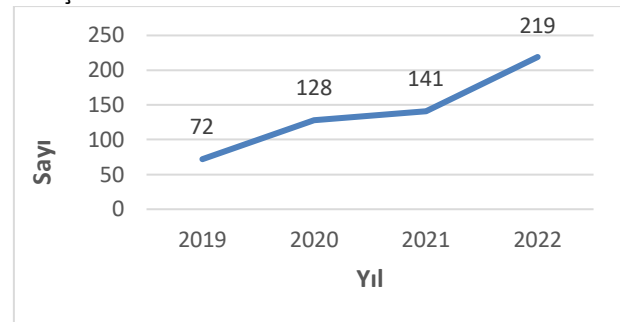
İstatistiksel analiz ve Etik Onay

Veriler SPSS 26 ile analiz edilmiş Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma (SD) ve medyan (min-max) olarak kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler Pearson Ki-Kare Testi ile karşılaştırılmış ve anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Araştırma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13.10.2022 tarih ve 869 sayılı karar ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışma için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni 24.02.2023 tarih ve 210027020 sayılı yazısı ile alınmıştır.

Bulgular

SABİM başvuruları, 2019 ile 2022 yılları arasında her yıl önceki yıldan daha fazla gerçekleşmiştir. Yıllara göre başvuru sayıları Şekil 1'de gösterilmiştir.

SABİM'e başvuranların %76,80'i erkek, %57,67'si Üsküdar'da ikamet etmekte ve SABİM'e başvuranların %45,71'i kendisi, %34,10'u eşi ve çocukları için başvuruda bulunmuştur. SABİM'e başvuranların cinsiyete, ikamet yerine ve başvuruyu kimin için yaptıklarına dair bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Yıllara göre başvuru sayıları

En çok SABİM başvurusu 31-40 yaş grubunda gerçekleşmiştir. Başvuruların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

SABİM başvurularının %82,50’si kamu sektöründe ve hem kamuda hem de özel sektörde en çok başvuru iletişim teması kapsamında gerçekleşmiştir. Başvuruların sektöre ve temaya göre dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler ve SABİM başvurusuna ait bilgiler

Yaş	Ort ± SS	Medyan (min-Max)
	40,56 ± 9,90	40 (19-75)
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	130	23,20
Erkek	430	76,80
İkamet Yeri		
Sultanbeyli	182	32,50
Üsküdar	323	57,67
Diğer	55	9,82
Başvuru Kimin Adına yapılmış		
Akraba (kardeş, yeğen, amca, yenge vs)	40	7,14
Ebeveyn (anne, baba ve anne-babanın ebeveynleri)	73	13,03
Çekirdek aile (eş ve çocuk-lar)	191	34,10
Kendisi	256	45,71
Beyaz Kod var mı?		
Evet	63	11,3
Hayır	497	88,7
Kişi özür diledi mi?		
Evet	60	10,7
Hayır	500	89,3

Tablo 2. Yaş grubu ve cinsiyete göre dağılım

Yaş Grup	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
18-30 Yaş	21	16,2	70	16,3	91	16,3
31-40 Yaş	46	35,4	147	34,2	193	34,5
41-50 Yaş	48	36,9	141	32,8	189	33,8
50 Yaş üstü	15	11,5	72	16,7	87	15,5
Toplam	130	100	430	100	560	100

Tablo 3. Şikâyetlerin sektöre ve temaya göre dağılımı

Sektör	Şiddet Nedeni (Tema)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kamu	İletişim	191	34,10
	Hizmet sorunu	124	22,14
	Uygunsuz hizmet talebi	99	17,67
	Filyasyon	48	8,57
	Toplam (Kamu)	462	82,50
Özel	İletişim	39	6,96
	Hizmet sorunu	35	6,25
	Ücret	24	4,28
	Toplam (Özel)	98	17,50
	Toplam (Kamu + Özel)	560	100

SABİM’e en çok aile hekimleri ile ilgili başvuru oluşturulmuştur. SABİM’e şikâyet konusu olan sağlık çalışanlarının unvanlarına göre dağılımı Tablo 4’te gösterilmiştir.

Kamu ve özel sektöre göre ikamet yerleri incelendiğinde; Üsküdar ilçesinde özel sektöre ait başvuruların, Sultanbeyli ilçesinde ise kamuya ait başvuruların daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine kamu ve özel sektöre göre başvurunun kimin adına yapıldığı incelendiğinde; kamuda kendisi ve çekirdek ailesi için başvurular fazla iken, özeld ebeveyn ve akrabaları için başvuruların daha fazla olduğu görülmüştür. Beyaz kod verilme oranı kamuda özel sektöre göre daha fazladır. Sektöre göre SABİM başvurularının sosyodemografik özelliklerle ilişkisi Tablo 5’te gösterilmiştir.

İkamet yerine göre şiddet temaları incelendiğinde; hizmet sorunu temasında başvuruların Sultanbeyli ilçesinde diğer

ikamet yerinden fazla olduğu görülmüşken; uygunsuz hizmet talebi temasında Sultanbeyli ilçesindeki başvuruların Üsküdar ilçesinden fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca; özel hizmet sorunu ve özel iletişim temalarındaki başvuruların Üsküdar ilçesinde daha fazla olduğu görülmüştür. İkamet yeri ile temaların ilişkisi Tablo 6’da gösterilmiştir.

Şiddet temalarına göre ikamet yerleri incelendiğinde; Üsküdar ilçesinde hizmet sorunu ve ücret teması ile başvuruların, uygunsuz talebe göre yüksek olduğu görülmüşken; iletişim problemi ile diğer şiddet temaları arasında fark görülmemiştir. Ayrıca; Sultanbeyli ilçesinde uygunsuz talep ile başvuruların, ücret temasına göre yüksek olduğu görülmüşken; iletişim problemi ve hizmet sorunu ile diğer şiddet temaları arasında fark görülmemiştir. Temalar ile sosyodemografik özellikler ilişkisi Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Tehdit/Şiddet İfadesi Kullanılan Personelin Unvana göre dağılımı

Unvan	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Hekimi	367	65,53
Aile Sağlığı Çalışanı	19	3,39
ASM Diğer Personel	6	1,07
Kamu Hastanesi Hekim-Yönetim	9	1,60
Eczane (eczacı, çalışan)	5	0,90
Filyasyon (hekim ve diğer personeller, İSM)	50	8,92
Özel Sağlık Tesisi Hekim	77	13,75
Özel Sağlık Tesisi (ilgili kişi ifadesi-kurum)	21	3,75
Diğer (112, KKM, 182, Hasta Nakil)	5	0,90
	560	100

KKM: Komuta Kontrol Merkezi

Tablo 5. Sektöre göre bazı değişkenlerin dağılımı ve ilişkisi

Yaş Grup	Kamu n(%)	Özel n(%)	X ²	p
18-30 Yaş	76 (16,5) _a	15 (15,3) _a		
31-40 Yaş	162 (35,1) _a	31 (31,6) _a		
41-50 Yaş	150 (32,5) _a	39 (39,8) _a	2,022	0,568
50 Yaş üstü	74 (16,0) _a	13 (13,3) _a		
Cinsiyet				
Kadın	105 (77,3) _a	25 (74,5) _a		
Erkek	357 (22,7) _a	73 (25,5) _a	0,351	0,553
İkamet Yeri				
Üsküdar	249(53,9) _a	74 (75,5) _b		
Sultanbeyli	175 (37,9) _a	7 (7,1) _b		
Diğer	38 (8,2) _a	17 (17,3) _b	36,899	<0,001
Başvuru kim adına yapılmış				
Akraba	24 (5,2) _a	16 (16,3) _b		
Çekirdek Aile	148 (32,0) _a	43 (43,9) _b		
Ebeveyn	53 (11,5) _a	20 (20,4) _b	40,313	<0,001
Kendisi	237 (51,3) _a	19 (19,4) _b		
Beyaz Kod				
Evet	59 (12,8) _a	4 (4,1) _b		
Hayır	403 (87,2) _a	94 (95,9) _a	6,114	0,013
Toplam	462 (100)	98 (100)		560

^{a,b}: Aralarında anlamlı farklılık bulunan grupların ifadeleri, X²: Ki-Kare Değeri, p: Anlamlılık Düzeyi, n: Frekans**Tablo 6.** Şiddet nedenine göre ilçelerin durumları

Şiddet Nedeni (Tema)	Üsküdar n	Sultanbeyli n	Diğer n	X ²	p
Filyasyon	34 (%10,5) _a	11 (%6,0) _a	3 (%5,5) _a		
Hizmet sorunu	67 (%20,7) _{a,b}	51 (%28,0) _b	6 (%10,9) _a		
İletişim	105 (%32,5) _a	68 (%37,4) _a	18 (%32,7) _a		
Uygunsuz hizmet talebi	43 (%13,3) _a	45 (%24,7) _b	11 (%20,0) _{a,b}	53,259	<0,001
Özel-Hizmet sorunu	25 (%7,7) _a	2 (%1,1) _b	8 (%14,5) _a		
Özel-İletişim	30 (%9,3) _a	2 (%1,1) _b	7 (%12,7) _a		
Özel-Ücret	19 (%5,9) _a	3 (%1,6) _a	2 (%3,6) _a		
Toplam	323 (%100)	182 (%100)	55 (%100)		560

^{a,b}: Aralarında anlamlı farklılık bulunan grupların ifadeleri, X²: Ki-Kare Değeri, p: Anlamlılık Düzeyi, n: Frekans**Tablo 7.** Temalar (kamu+özel sektör birlikte) ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

Yaş Grubu	Hizmet Sorunu n	İletişim n	Uygunsuz Talep n	Ücret n	X ²	p
18-30 Yaş	29 (%14,0)	40 (%17,4)	19 (%19,2)	3 (%12,5)		
31-40 Yaş	75 (%36,2)	84 (%36,5)	28 (%28,3)	6 (%25,0)		
41-50 Yaş	68 (%32,9)	76 (%33,0)	34 (%34,3)	11 (%45,8)	6,519	0,687
50 Yaş üstü	35 (%16,9)	30 (%13,0)	18 (%18,2)	4 (%16,7)		
Cinsiyet						
Kadın	166 (%80,2)	176 (%76,5)	73 (%73,7)	15 (%62,5)		
Erkek	41 (%19,8)	54 (%23,5)	26 (%26,3)	9 (%37,5)	4,621	0,202
İkamet Yeri						
Üsküdar	126 (%60,9) _a	135 (%58,7) _{a,b}	43 (%43,4) _b	19 (%79,2) _a		
Sultanbeyli	64 (%30,9) _{a,b}	70 (%30,4) _{a,b}	45 (%45,5) _a	3 (%12,5) _b		
Diğer	17 (%8,2) _a	25 (%10,9) _a	11 (%11,1) _a	2 (%8,3) _a	15,362	0,018
	207	230	99	24		560

^{a,b}: Aralarında anlamlı farklılık bulunan grupların ifadeleri, X²: Ki-Kare Değeri, p: Anlamlılık Düzeyi, n: Frekans

Tartışma

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumuna engel teşkil eden çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlardan bir tanesi de sağlıkta şiddet konusudur. Sağlıkta şiddetin önlenmesi için gerekli düzeltici ve önleyici mekanizmaları hayata geçirmek hem sağlık hizmet kalitesini hem de hasta memnuniyetini artırır. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan sağlıkta şiddete ilişkin problemlerin nedenlerinin tespit edilmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada, Üsküdar ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüklerine tehdit/şiddet içeriği olan SABİM başvuruları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve ilişkili faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmamızda şiddet içerikli SABİM şikayetleri 2019 yılından 2022 yılına kadar giderek artış göstermiştir. Bu duruma COVID-19 döneminde vatandaşların sağlık durumları konusunda daha hassas davranmaya başlamaları ve sağlık kurumlarına başvuru sayılarının artmasıyla da ilintili olabilir. Nitekim Türkiye’de kişi başı hekime başvuru sayısı 2019 yılında 9,8 iken 2022 yılında 10 olarak gerçekleşmiştir (24).

Çalışmamızdaki şiddet içerikli SABİM başvurularının %76,80’i erkekler tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda kadınların kimisinde ise erkeklerin daha fazla başvuru yaptıkları gösterilmiştir (5,25,26). Araştırma sonuçlarının farklılığı çalışmaların kapsamından (tek sağlık tesisi, tek il/ilçe, çok merkezli, farklı bölümler) kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca araştırmamızdaki SABİM başvuruları şiddet beyanı içeren başvurulardan oluşması, erkeklerin ülkemizdeki toplumsal/ailesel rolü ile ilişkili olabilir. Diğer taraftan ele aldığımız SABİM başvurularının %45,71’i kendisi için %34,10’u ise eşi ve çocukları için başvuruda bulunmuştur. Bireylerin kendileri ve yakın çevreleri için tepki vermelerinin doğal uzantısı olarak çalışmamızın bu sonuçları olağan olarak değerlendirilebilir. Nitekim ülkemizde yapılan çalışmalarda da sıklıkla (%53,88-%54,50) bireylerin kendileri için SABİM başvurusu yaptıkları görülmüştür (25,27).

Şiddet içerikli SABİM başvurusu yapan grupta yaş ortalaması 40,6 tespit edilmiş olup Türkiye’de yapılan çeşitli (sağlık tesisi bazlı) SABİM çalışmalarına (30,9-39,4) göre nispeten yüksek çıkmıştır (28,29). Kadınlarda en çok başvuru sırasıyla 41-50 yaş grubu (%36,9) ve 31-40 yaş grubunda (%35,4) gerçekleşmişken erkeklerde ise en çok başvuru sırasıyla 31-40 yaş grubu (%34,2) ve 41-50 yaş grubunda (%32,4) gerçekleşmiştir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (30,31). Toplumun demografik ve sosyokültürel yapısının benzer olması bireylerin tepki düzeyinin ve sıklığının benzer olmasını da etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda şiddet içerikli SABİM başvurusu yapanların %57,67’si Üsküdar’da, %32,50’si Sultanbeyli’de ikamet etmektedir. Bu durum Üsküdar’da nitelikli (üniversite ve eğitim araştırma hastanesi) kamu ve özel sağlık tesisinin fazla olması, ilçenin merkezi konumu itibarı ile diğer bölgelerden de vatandaşların Üsküdar’daki sağlık tesislerine ulaşımının

kolay olması bu sağlık tesislerine başvuruların fazla olması ilintili olabilir (22). Sağlık tesislerine başvuru sayısının fazla olması haliyle SABİM başvuru sayısının da fazla olmasına yol açabilir.

Şiddet içerikli SABİM başvuruları sonucu sağlık çalışanlarının %11,3’ü tarafından beyaz kod verilmiş ve SABİM başvurusu sonrası vatandaşların %10,2’si sağlık çalışanlarından özür dilemiştir. Beyaz kod sonrası İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla hukuki süreç de başlayabileceği için başvuru sahipleri adli soruşturmadan kaçınmak için veya aşırı tepki verdiklerini düşündükleri için özür dilemiş olabilirler (32). Diğer taraftan çoğunluğu oluşturan %90’lık kesim gerçekten haklı olduğunu düşündüğü için beyaz kod sonrası bile özür dilememiş olabilir.

Şiddet içerikli SABİM başvurularının %82,50’si kamu sektöründe gerçekleşmiştir. Ülkemizde başta aile sağlığı merkezleri olmak üzere devlet hastaneleri gibi kamu sağlık tesislerinin hem yaygın hem de ücretsiz oluşu bireylerin sağlık tesisi tercihini etkilemekte ve kolay bir şekilde ulaşmalarına olanak sağlamaktadır. Özel sağlık tesislerinde sağlık hizmetlerinin acil haller dışında ücretli oluşu özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan vatandaşların bu sağlık tesislerini tercih etmektен kaçınmasına yol açmaktadır. Diğer taraftan kamu sağlık tesislerine başvuru sayısının çok olması, sağlık personeli sayısının eksikliği, bekleme sürelerinin uzaması gibi faktörler kamu sağlık tesislerine başvuranların beklentilerinin daha az karşılanmasına yol açmaktadır. Bu durum bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyini ve SABİM başvurusu yapma durumlarını etkilemektedir. Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (5,30,33). Hem kamu hem de özel sağlık tesislerinde en sık şikâyet konu olan sağlık çalışanı grubu hekimlerdir. Çalışmamızda kamuda en çok aile hekimleri ile ilgili şiddet içerikli SABİM (%65,53) başvurular gözlemlenmiştir. Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin işleyişinde aile hekimliği birimleri kolay ulaşılabilir olmaları ve sağlık hizmetlerinin ilk başvuru noktası olmaları nedeniyle sıklıkla başvuru alan sağlık tesisleridir. Ayrıca sağlık sistemimizin işleyişinde vatandaşlar genellikle hekimlerle muhatap oldukları ve onlarla iletişime geçtikleri için herhangi bir problemle karşılaştıkları zaman da tepkilerini hekimlere kolaylıkla yöneltebiliyorlar. Sağlıkta şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda Türkiye’de en çok şikâyetin hekimlerle ilgili olduğu, Dünya’da ise en çok şikâyetin hemşirelerle ilgili olduğu gösterilmiştir (30,34-37). Sağlık hizmetleri sunumu açısından organizasyonun iyi planlanması, sağlık çalışanları arasında işbirliği ve eşgüdümle hizmetlerin yürütülmesi vatandaşlara sunulacak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunu sağlayacağı gibi vatandaşlara yönelik sağlık okuryazarlığı programları hizmet taleplerinin yasal ve etik çerçevede sürdürülebilmesine olanak sağlayabilir ve sağlıkta şiddet olaylarının daha az görülmesine katkı sunabilir.

Araştırmamız kapsamında hem kamuda hem de özel sektörde en çok şiddet içerikli başvuru iletişim teması (kamu: %41,34, özel sektör: %39,79) kapsamında gerçekleşmiştir.

Daha sonra kamuda sırasıyla hizmet sorunu (%26,83), uygunsuz hizmet talebi (%21,42), özel sektörde ise hizmet sorunu (%35,71) ve ücret (%24,48) şeklinde gerçekleşmiştir. Başvuru beyanları incelendiğinde sağlık hizmeti sunumu sırasında vatandaş ile sağlık çalışanları arasında yeterli düzeyde sağlıklı bir iletişim kurulup sürdürülemediğini düşündürmektedir. Nitekim araştırmamızda her beş SABİM başvurusundan ikisinin iletişim kaynaklı olması bunun göstergesi niteliğindedir. Sağlık hizmeti almak üzere sağlık tesislerine başvuran vatandaşlar sağlık çalışanlarının hal ve hareketleri ile tutum ve davranışlarını da sağlık hizmetinin bir parçası olarak değerlendirmektedirler. Hizmet alım sürecindeki tüm olumsuz tutum ve hareketler bireylerini hizmet algısını ve memnuniyetini doğrudan etkilemektedir. Oysaki tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de vatandaşlar; doğru bilgiyi zaman kaybetmeden alma, rahat iletişim kurabilme, önemsenme, ilgi ve saygı görme, mahremiyetine önem gösterilme ve kaliteli hizmet alma beklentisi içerisindeydiler (38). Bunun yanında vatandaşların uygun olmayan hizmet talepleri ile tutum ve davranışları da sağlık çalışanları ile yeterli ve sağlıklı bir iletişim zemini oluşturmalarını engelleyebilir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumu sırasında vatandaşların taleplerinin karşılanabilmesi için asgari iletişim koşullarının sağlanması ve karşılıklı saygı çerçevesinde bu iletişimin sürdürülmesi esastır. İletişim sorunlarının giderilmesi için topluma yönelik sağlık okuryazarlığı çalışmalarının erken çocukluktan itibaren verilmesi ve sağlık çalışanlarına iletişim eğitimlerinin verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca çağın gereklerine göre e-sağlık uygulamalarının kullanımının yaygınlaştırılması ve belli sağlık hizmetlerinin bu yöntemlerle (tele tıp) gerçekleştirilmesi iletişim kaynaklı sorunların yaşanmasını azaltabilir (39). Sağlık hizmetlerinin sadece bilimsel bilgi ile değil insancıl bir yaklaşımla sergilenmesi sağlık hizmetlerinde kalite gelişimine katkı sunabilir (35).

Hizmet sorunu bağlamında tıbbi tedavi ve bakım hizmetleri, idari ve yönetsel süreçlerin vatandaşların beklenti ve ihtiyaçlarına cevap vermemesi yine önemli şikâyet başlıklarından birini oluşturmuştur. Çalışmamızda vatandaşların hizmet başvurusu sırasında karşılaştıkları hizmet sorunları (hekimin yerinde olmaması, mesai saatlerine uymama, randevusuz hasta bakmama) vatandaşların memnuniyetini azaltmış ve bu durum karşısında tepkisine yol açmış olabilir. Bunun yanında özellikle aile sağlığı merkezlerinde kendisi, eşi, çocuğu için ilaç yazdırmak veya direkt istirahat raporu istemek gibi uygunsuz hizmet talepleri de toplumumuzda azımsanmayacak düzeydedir. Hekimlik pratiğimizle de tecrübe ettiğimiz, ülkemizin kamu hizmetleri (okul, işyeri vb) işleyişinde özel durumları için saatlik izin veya mazeret izni talep eden vatandaşlara gerekli kolaylığı sağla(ya)mayan yöneticilerin vatandaşları sağlık tesislerine yönlendirmeleri ve toplumumuzun sosyokültürel dinamiğinde hasta değilken bile istirahat raporu talep etmenin olağan bir durum gibi algılanması bu durumların sık yaşanmasına neden olmuş olabilir. Özel sağlık tesislerinde ücret(lendirme) ile ilgili sorunlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından başvuru esnasında

sağlık hizmeti ihtiyacını öngörememeleri veya ilk başvuru anında özel sağlık kuruluşlarının vatandaşları eksik bilgilendirmeleri kaynaklı olabilir. Hem ulusal hem de uluslararası alanda yapılan meta-analizlerde ve çalışmalarda sağlık hizmetleriyle ilgili şikâyetlerde iletişim, hizmet sorunu ve ücretlendirme başlıklarının ön planda olduğu gösterilmiştir (5,34,38, 40,41). Özel sektörde ücret konusunda sağlık kuruluşlarının başvuru esnasında vatandaşlara gerekli bilgilendirmeyi yapması ve vatandaşların sağlık hizmetlerinin ücreti konusunda bilgiyi talep etmesi bu konudaki sorunların ortaya çıkmasını azaltabilir.

Üsküdar'da ve Sultanbeyli'de kamu ve özel sektörler arasında şiddet içerikli SABİM başvurularında gözlemlenen anlamlı farklılık ($p<0,01$) kamu sağlık tesisleri sayısının daha fazla ve daha yaygın olması ile vatandaşlar tarafından daha fazla tercih ediliyor olmalarıyla ilgili olabilir. Ayrıca vatandaşların kamu sağlık tesislerinde şikâyetlerini veya taleplerini iletebilecekleri mekanizmaları daha iyi biliyor olmalarıyla da ilişkili olabilir.

Araştırmamızda sağlık tesislerinin ikamet yerine göre şiddet içerikli SABİM başvurularında; kamu ve özel hizmet sorunu, özel iletişim ve uygunsuz hizmet talebi temalarında anlamlı farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,001$). Genel olarak kamu sağlık tesislerinin başta aile sağlığı merkezleri olarak ilk tercih ediliyor olmaları, özel sağlık tesislerine göre daha yaygın ve ulaşılabilir olmaları farklı eğitim ve sosyoekonomik düzeydeki vatandaşların beklentilerinin farklılaşmasına ve artmasına yol açmış olabilir. Bu durum da iş yükü ve hasta yoğunluğu fazla olan sağlık tesisleri varlığı ve personel yetersizliği faktörleri ile bağlantılı olabilir. Sultanbeyli, Üsküdar'a göre sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan nüfusa sahiptir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı görece daha zor, sağlık hizmet talepleri çeşitlilik arz edebilir. Sağlık hizmetine sürecindeki zorluklar ve sorunlar bireylerin şikâyetlerinin nispeten artmasına yol açmış olabilir. Sağlık tesislerindeki aşırı kalabalık alanların varlığı, uzun bekleme süreleri, saygı görememe, bilgi(lendirme) eksikliği, dil bariyeri ve kültür farklılıkları vatandaşların şiddete eğilimleri için risk faktörleri olarak sıralanabilir (37,42-44). O nedenle sağlık hizmetlerinde vatandaş ve sağlık personeli memnuniyeti için sağlık personellerinin hizmet verilen bölgenin demografik ve sosyokültürel özelliklerini bilmesi ve ona göre iletişim konusunda geliştirilmeleri, sağlık tesislerinde stresle başa çıkma mekanizmalarının oluşturulması sağlık yöneticileri için kullanılacak müdahale biçimlerine örnek verilebilir. Diğer taraftan hem kamuda hem de özel sektörde iletişim ve hizmet sunumu ile ilgili şiddet içerikli şikâyetlerin sağlık kurumları yöneticileri tarafından elen alınmaları ve nedenlerinin tespiti yönelik saha araştırmalarının yapılması sorunların tespiti ve çözümünü konusunda faydalı olacaktır.

Sağlıkta şiddet olaylarının çoğunluğu sözel şiddet şeklinde meydana gelmektedir. Araştırmamıza konu şikâyetlerin tamamı sözlü/beyana dair şiddet ifadeleri içermektedir. Türkiye'de ve Dünya'da yapılan çeşitli meta-analizlerde sağlıkta şiddet olaylarının daha yüksek oranda (%61,2-%57,6-

%75,6) sözel şiddet şeklinde meydana geldiğini göstermiştir (15,16,45). Sözel şiddet ile ilgili gerekli kurumsal ve bireysel tedbirlerin alınması önemlidir. Nitekim gerekli tedbirlerin alınmasıyla hem olası daha büyük şiddet eylemlerinin önüne geçilmiş olur hem de vatandaş ve sağlık çalışanının memnuniyeti artırılabilir.

Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmaya konu şiddet içerikli SABİM başvurularındaki ifadeler yazarlar tarafından değerlendirilip şikayet başlıkları temalar şeklinde kategorize edilmiştir. Gerçekleşmiş SABİM şikayetlerinin değerlendirilmesi ile bu araştırmanın sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik nedenlerin ortaya konması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmamız SABİM üzerinden Üsküdar ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüklerine bildirim yapılan ve sadece şiddet beyanı içeren başvurulardan oluşmaktadır. Şiddet içeriklerini değerlendiren ülkemizdeki başlıca araştırmalardan biri olabilecektir. Fakat araştırma niteliği tanımlayıcı olduğu ve SABİM sistemi üzerinden sadece yaş, cinsiyet, ikamet yeri gibi sınırlı sayıda sosyodemografik özelliklere ulaşılabildiğinden detaylı analizler ve nedensel ilişkiler değerlendirilememiştir. Ayrıca araştırmaya konu başvurular sadece vatandaşların şiddet içerikli şikayet beyanından oluştuğu için sağlık hizmetlerindeki işleyiş hakkında sadece vatandaş gözüyle bir değerlendirmeye olanak sağlamaktadır.

Sonuç

Araştırmamızda SABİM başvurularının büyük bir çoğunluğu kamu sektörüyle ilgili gerçekleşmiştir. Şikayetler en çok hekimlerle özellikle de aile hekimleri ile ilgili oluşturulmuştur. Kamuda ve özel sektörde en sık iletişim, hizmet sorunu başlıklarında şikayetler gerçekleşmiştir. Şiddet içerikli SABİM başvuruları, ikamet yeri ve başvurunun kimin adına yapıldığı durumundan etkilenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde sıklıkla şikâyet konusu olan başta iletişim ve hizmet sorunu gibi sağlıkta şiddete yol açan risk faktörlerinin ve şikâyetlere sebep olan asıl nedenlerin belirlenmesi için araştırma ilimizde daha fazla sayıda ilçenin dahil edileceği saha araştırmalarının yapılması sorunların çözümlüne katkı sağlayacaktır.

Hem araştırma bölgemiz gibi kalabalık nüfusa sahip illerde hem de tüm Türkiye’de kamu sağlık tesislerinde toplumun ihtiyaçlarına cevap verecek düzeyde nitelikli sağlık personellerinin istihdam edilmesi, hizmet sunumu sırasında gerekli olan eşgüdüm ve koordinasyonun sağlanması vatandaşların ihtiyaç duydukları hizmeti daha etkin ve hızlı almalarını kolaylaştıracaktır. Kamuda çalışan sağlık meslek mensuplarına iletişim ve stresle başa çıkma becerilerini geliştirecek fırsatların sunulması, şiddete maruz kalmalarını önleyecek yasal ve politik düzenlemelerin yapılması ve kurumsal destek mekanizmalarının oluşturulması sağlık çalışanlarında hem toplum hem de kurum düzeyinde güven duygusunun gelişmesine yardımcı olacaktır.

Toplumda sağlık okuryazarlığını geliştirecek faaliyetlerinin

okul öncesi dönemden başlayarak tüm yaş gruplarına yönelik sunulması vatandaşların sağlık hizmetlerine ve sağlık çalışanlarına hak ettikleri saygı ve özeni göstermelerini sağlayacaktır.

Etik onam: Araştırma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13.10.2022 tarih ve 869 sayılı karar ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışma için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma izni 24.02.2023 tarih ve 210027020 sayılı yazısı ile alınmıştır.

Yazar Katkıları:

Konsept: M.A.S., M.A., Y.T.

Literatür Tarama: M.S.D., M.A.S., M.A., Y.T.

Tasarım: M.S.D., M.A.S., M.A., Y.T.

Veri toplama: M.A.S.; M.A., Y.T.

Analiz ve yorum: M.S.D., M.A.S., M.A.

Makale yazımı: M.S.D., M.A.S., M.A.

Eleştirel incelenmesi: M.S.D., M.A.S. M.A, Y.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Kaynaklar

1. Horay Z. Ekonomik Kalkınma Sürecinde, Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, 2022.
2. Yıldız B. Sağlık Hizmetlerinin sunumu, kullanımı ve finansmanı. Sağlık işletmelerinde finansal performans. 1. Baskı, Hyperlink Yay, İstanbul, 2020:26-30.
3. Değer MS, İşsever H. Service Quality and Related Factors in Primary Health Care Services: A Cross-Sectional Study. Healthcare. 2024;12(10):965.
4. Yanık A, Arslan FN. Hasta Hakları İhlali Durumunda Yapılan Şikâyet Başvurularının Analizi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2020;28(3):403-14.
5. Yıldırım RF, Kumru S. Hasta Şikâyetleri ve Tatmininin Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezine Yapılan Başvurular ile Değerlendirilmesi: İstanbul-Kadıköy Örneği. Eurasian Journal of Health Technology Assessment. 2021; 5(2):124-137.
6. Liang Y, Wang H, Tao X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China’s developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). International journal for equity in health. 2015;14:1-12.
7. Bayram B, Çetin M, Oray NÇ, Can İÖ. Workplace violence against physicians in Turkey’s emergency departments: a cross-sectional survey. BMJ open. 2017;7(6):e013568.
8. Aslan ÖD, Bucak AA. SABİM başvuruları. Int J Environ Res Public Health. 2020;6(8):44-5.
9. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, Zoccali RA. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. Aggression and violent behavior. 2020;51:101381.
10. Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman, KA. Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures. Annals of Medicine and Surgery. 2022;78:103727.
11. Bıçkıcı F. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2013;5(1):43-56.

12. de Looft P, Nijman H, Didden R, Embregts P. Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2018;25(8):506-516.
13. Mutlu HH, Mutlu HH, Ankaralı, H. Hasta Şikâyetlerinin Defansif Tıp Uygulamalarına Etkisi: İkincil Mağdur Aile Hekimleri mi?. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2019;24(3):237-243.
14. Spelten E, van Vuuren J, O'Meara P. et al. Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?. *BMC Emerg Med*. 2022;22(1): 78.
15. Lu L, Dong M, Wang SB, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, Xiang YT. Prevalence of workplace violence against health-care professionals in China: a comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2020;21(3):498-509.
16. Alshahrani M, Alfaisal R, Alshahrani K, Alotaibi L, Alghoraibi H, Alghamdi E, Aljumaan M. Incidence and prevalence of violence toward health care workers in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey. *International journal of emergency medicine*. 2021;14:1-8.
17. Hu Y, Luo Q, Li R, Zhang M, Wang Y, Su P, Huang Y. Anti-violence measures developed by ILO and WHO: Analysis of the prevalence of workplace violence and the effects of implementation in a general hospital in China. *Frontiers in public health*. 2022;10:1049832
18. Mete B, Değer M, Pehlivan E. Doktorlarda mesleki tükenmişlik sendromuna çalışma yaşam kalitesinin etkisi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2020; 25(2):94-101.
19. Lyver B, Gorla J, Schulz-Quach C. et al. Identifying quality indicators to measure workplace violence in healthcare settings: a rapid review. *BMC Emerg Med*. 2024;24: 29. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-00943-w>.
20. Seçtim H. Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*. 2019;1(1):117-133.
21. <https://www.uskudar.bel.tr/tr/main/erehber/hastaneler/35> (Erişim Tarihi: 03.08.2024).
22. <https://shgmozelhasdb.saglik.gov.tr/TR-53567/ozel-hastane-listesi-faal.html> (Erişim Tarihi:03.08.2024).
23. Alay D, Tüfekci N. Pandemi Süreci Ve Sonrasında Sağlık Bakanlığı Dijital Uygulamaları. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*. 2023;5(2):73-87.
24. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> (Erişim Tarihi:03.08.2024).
25. Yaman Z, Kavuncu B. Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2020;21(2):282-297.
26. Öztaş BE, Dirican O, Tengilimoğlu D. Sağlık İşletmelerinde Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019;4(4):108-119.
27. Mutlu H. Covid-19 Salgını Süresince Hasta ve Yakınlarının şikâyetlerindeki Değişikliklerin Retrospektif Analizi. Yüksek Master's thesis, Bursa Uludağ University, Turkey, 2021.
28. Amarat M, Güneş D. Hizmet deneyimi sonucu olumsuz hasta davranışlarında algılanan kurumsal itibarın aracı rolü. *Karmanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2023;25(44):348-363.
29. Can Ç, Sarhan A, Güllüpinar B, Koran S, Bülbül E, Ünlüer EE. Rashomon Effect of the COVID-19 Pandemic on Doctor-Patient Communication in Emergency Departments. *International Medical Journal*. 2023;30(3):151-154.
30. Hoşgör H, Cengiz E. Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili Ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistematik Derleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2020;23(1):191-217.
31. Yazıcıoğlu B, Yardan ED. Evaluation of the applications to the patient rights unit. *Black Sea Journal of Health Science*. 2021;4(3):246-251.
32. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/439/0/hybupdf.pdf> (Erişim Tarihi:22.10.2024).
33. Çelik GO, Arabacı LB, Ejder BG. Sağlık Bakım Uygulamalarında Tıbbi Hata Şikâyet Olgularının İncelenmesi: Retrospektif Bir Çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 38(2):109-117.
34. Karaduman ME, Hocaoğlu A, Sabak M, Zengin S. (2023). Analysis of The Complaints of The Patients and Their Relatives to Healthcare Professionals. *Journal of Contemporary Medicine*. 2023;13(1):72-77.
35. Wei H, Ming Y, Cheng H, Bian H, Ming J, Wei TL. A mixed method analysis of patients' complaints: Underpinnings of theory-guided strategies to improve quality of care. *international journal of nursing sciences*. 2018;5(4):377-382.
36. Kaya E, Tanır F. Acil Servis Hekimlerinin Şiddet ve Adli Olaylara Maruziyet Durumlarının İncelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 2020;25(3):191-197.
37. Can A, Ayvaz B, Müslümanoğlu MH. Bir Genel Sekreterliğe Bağlı Hastaneler İle İlgili Hasta Şikâyet Sistemlerinin Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2015;(6):44-53.
38. Yalçınkaya D, Güçlü A. Hastanelerde Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2023;26(1):65-84.
39. Yıldırım A. Kamu Yönetiminde Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm: E-Sağlık Uygulamaları. *Kuram ve Uygulamada Sosyal Bilimler Dergisi*. 2022;6(2):125-140.
40. Çınar C, Erbay E, Çeliker G, Yıldırım AS. Evaluation of Online Patient Complaints Regarding City Hospitals in Türkiye During the COVID-19 Pandemic: A Content Analysis Study. *Patient Experience Journal*. 2024;11(1):121-130.
41. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*. 2014;23:678-689.
42. Stathopoulou HG. Violence And Aggression Towards Health Care Professionals. *Health science journal*. 2007; (2):1-7.
43. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *BioMed research international*. 2019(1):5430870.
44. Zainal N, Rasdi I, Saliluddin SM. The Risk Factors of Workplace Violence among Healthcare Workers in Public Hospital. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*. 2018, 14(SP2):120-27.
45. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*. 2019;76:927-937