

# Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi

(2018) Cilt 1, Sayı 1, s. 10-19

## Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet<sup>1</sup>

Bedia SİLAHSIZOĞLU\*

### Öz

Toplumun önemli bir kısmı sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddeti bir hak arama yöntemi olarak görmekte, şiddeti onaylamakta ve bu olaylardan memnun olmaktadır. Şiddet, en fazla hasta ve yakınlarının muhatap alınmaması, medyanın ve siyasetçilerin sağlık çalışanlarına karşı olumsuz söylem ve tutumlarından etkilenmektedir. Bu noktadan hareketle toplumun sağlıkta artan şiddete bakış açısını, şiddet ile olan ilişkilerini, şiddetin nedenlerini ve şiddetin önlenmesi için yapılabilecekler araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır. Sağlıklı olmak, insan mutluluğunun temel sağlayıcılarının başında gelmektedir. Sağlığı bozulan kişiler bir şekilde sağlık çalışanlarından destek almak durumundadır. Teşhis ve tedavi ilişkisinin merkezinde hekimlerin olduğu düşünülürse, hastalar doktorlarla sık sık karşı karşıya gelmek zorundadır. Doktor hasta karşılaşmalarında tıbbi ilişkiden önce iletişimsel faktörler başlamaktadır. Tıbbi karşılaşmalar da eğer hasta memnuniyeti esas alınıyorsa, iletişimsel başarının varlığı gözardı edilemez. Her türlü mahremiyetini açmak durumunda olduğu hekimi kendi belirlemek isteği hastanın artık temel haklarından biridir. Günümüzde şiddetin sürekli bir artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Uluslararası Meslek Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'nün yayınlamış olduğu rapora göre şiddet, mesleki yaralanmaların ve ölümlerin en başta gelen sebebi konumundadır. Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, çalışanların çalışma etkinliği üzerinde pozitif bir etki yaratmakta olup bu durum; yapılan işin niteliğinin artmasını sağlayacaktır. Böylece işe olan devamlılığın sağlanması da gerçekleşecektir. Bunların yanı sıra bazı kurumlar da iş sağlığı ve iş güvenliği politikalarının bulunmaması, çalışanlara karşı olumsuz davranışlar da artışa neden olabilmektedir. Oldukça geniş bir çalışan grubunun bulunduğu sağlık kurumları en fazla şiddet olayının görüldüğü iş alanları arasında yer almaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Şiddet, Hasta, Sağlık Çalışanı

### Makale Hakkında

Geliş:  
10.12.2018

Kabul:  
18.12.2018

\* Bedia Silahsızoğlu, Epilepsi Nükleer Tıp, Cerrahi Servis ve Poliklinik Hemşiresi, Nöroloji Anabilim Dalı EEG Laboratuvarı, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. E-mail: [bediasilahsiz@hotmail.com](mailto:bediasilahsiz@hotmail.com).

<sup>1</sup> Bu makale yazarın yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

## Violence Against Health Employees

### Abstract

*An important part of the society considers violence against health workers as a method of seeking rights, approves violence and is pleased with these events. Violence is the most affected by the negative discourse and attitude of the media and the politicians against the health workers. From this point of view, the main problem of our research is that the society's view of increasing violence in health, its relations with violence, the causes of violence and the prevention of violence can be done. Being healthy is one of the main providers of human happiness. Someone whose health deteriorates needs support from health workers. Considering that physicians are at the center of the relationship between diagnosis and treatment, patients have to face doctors frequently. The communicative factors begin before the medical relationship in the patient. If the medical experience is based on patient satisfaction, the presence of communicative success cannot be excluded. The desire of the physician to determine his own privacy is one of the fundamental rights of the patient. Nowadays, it is seen that violence has a continuous tendency to increase. According to a report published by the International Institute for Occupational Safety and Health, violence is the leading cause of occupational injuries and deaths. Working in a healthy and safe environment has a positive effect on the working efficiency of employees; increase the quality of the work done. Thus, the continuity of the work will be achieved. In addition, lack of occupational health and safety policies for some institutions may lead to an increase in negative behaviors towards employees. The health institutions with a large number of working groups are among the business areas with the highest number of violent incidents.*

### Keywords

*Violence, Patient Health Worker*

### About Article

*Received:*

*11.17.2018*

*Accepted:*

*12.28.2018*

## Giriş

Hekim ve hastaların farklı kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları, hastanın belli rahatsızlıkla, hekimin ise hastalıkla uğraşmak durumunda kaldığı bilinmektedir. Bunun için aralarındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Bu doğrultuda yapılan araştırmalar da aslında doktor-hasta ilişkisinin daha karmaşık bir zeminde gerçekleştiği saptanmıştır. Bu karmaşıklık sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet boyutuna da ulaşabilmektedir.

Konu ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ve sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine kıyasla şiddete uğrama bakımından yaklaşık 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Bu duruma rağmen sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun sebebinin ise yalnızca yaralanma gibi ciddi durumların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin ise önemsiz olarak kabul edilmesidir.

Bu proje çalışmasının amacı; sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişimi detaylı bir şekilde açıklamak ve sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin önlenmesi noktasında öneriler getirmektir.

Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır. Her bir sağlık çalışanı da potansiyel birer kurban adayıdır. Bu çalışmada öncelikli olarak Sağlık çalışanları ile hasta ilişkisi daha sonra Şiddet kavramı detaylı bir şekilde ele alınacak ve sağlık kurumlarında yaşanan şiddet açıklanarak olası etkileri ve şiddetin yönetimi üzerinde durulacaktır.

Kurumlarda yüz yüze iletişimde dil kullanımı, hem kurum çalışanı hem de kuruma dışarıdan gelen kişilere zorluk yaratabilmektedir. Her kurum dili gibi tıp dili de kompleks bir yapıya sahiptir ve kurumun gerektirdiği şekilde kullanılmaktadır. Bir kurum içerisinde profesyonel olan, profesyonel olmayanı neyi nasıl yapması gerektiğini söyleyen ve profesyonel olmayıp da profesyonel olanın istediği/belirlediği doğrultuda hareket etmek zorunda kalan bireylerin iletişimine tanık olunmaktadır

Böyle bir karmaşada, hastaların uzman hekimlerden beklediği çok şey vardır. Kendisinin inanacağı, güveneceği, derdini rahatça anlatabileceği, önerilerine uyacağı bir hekim bulmak en büyük gayretleridir. Bunun için çeşitli yollar denemektedirler. Genelde daha önce gittiği ve memnun kaldığı bir hekim varsa nerede olursa olsun onu bir şekilde bulma eğilimi taşımaktadır. Yoksa da, etrafından duyduğu, basından ismini bildiği veya hastanedeki görevlilerden aldığı cevap üzerine bir hekim seçmektedir. Hekim seçme, bilinen temel hasta hakları içerisinde yer almaktadır. Hasta haklarında hekim seçme uygulaması, negatif haklar olarak değerlendirilen “özgürlük” haklarından biridir

Bu yüzden bu çalışmada sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin, sağlık çalışanları ve hasta iletişiminde ne denli etkili olduğu gösterilmek istenmiş ve buna bağlı olarak; sağlıkta şiddet sorununun çözülmesi için; toplumun, sağlık çalışanlarının, idari ve hukuki birimlerin, siyasetçilerin, yazılı ve görsel basın; bu duyarlılığın bilincinde olması gerekmektedir. Elbirliği ile toplumsal müdahaleler yapılarak sağlıkta şiddet sorunu giderilmelidir.

## Sağlık Çalışanları ile Hastalar Arasındaki İlişki

Sağlık hizmetlerinde son dönemlerde en çok dillendirilen konuların başında hekim-hasta ve yakınları arasında gerçekleşecek iletişimin nasıl olacağı, ne tür kurallara bağlanacağı gibi meseleler gelmektedir. Bu konuda birçok görüş, öneri ve yaklaşımlar öne sürülmektedir. Tıbbın temeli sayılan hastalık yoktur, hasta vardır anlayışı ele alındığında iletişimin nasıl yapılması gerektiğini dar bir anlamda formüle etmek doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Çünkü kişilerin sosyo-demografik özellikleri, içinde bulunduğu aciliyet, ağrı vs. iletişim kurma yöntemini

doğrudan etkileyecektir (Yağbasan ve Çakar, 2005: 614).

Hekim ve hastaların farklı kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları, hastanın belli rahatsızlıkla, hekimin ise hastalıkla uğraşmak durumunda kaldığı bilinmektedir. Bunun için aralarındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Bu doğrultuda yapılan araştırmalarda aslında doktor-hasta ilişkisinin daha karmaşık bir zeminde gerçekleştiği saptanmıştır.

Hekim-hasta ilişkilerinin büyük bölümünde birçok nedenden dolayı güç dengesinde hekimin ağırlığı daha fazla görülmektedir. Çünkü ister istemez soruna odaklanma hastaya yani kişiye odaklanmanın önüne geçmektedir. Böylece oluşan hekimlerin kontrolünde olan hekim-hasta ilişkisinde, iletişim tek yönlü ve zaman zaman kişiyi aşağılayıcı olarak değerlendirilmiştir (Elçioğlu vd., 2007: 27).

### **Sağlık Personeli ve Hasta İletişimi**

Doktor-hasta ilişkisinde, hem doktor hem de hastanın iletişimsel özellikleri kurulacak iletişimde başarıyı doğrudan etkilemektedir. Özellikle doktorların iletişim yöntemini seçerken hastaların birçok yönünü bilmesi ona göre davranması hastayla etkili iletişim kurmalarında yardımcı olacaktır.

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Aydın, sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanlarının yaptıkları işleri hasta memnuniyeti açısından sorgulaması gerektiğine değinmektedir. Yöneticiden başlayarak tüm çalışanların kendi pozisyonlarında yaptıkları işi üç nedenle sorgulamalıdır: 1.Neyi niçin yaptıkları, 2-Amacına yönelik bir davranış sergileyip sergilemediklerini, 3-Sonuçlarını sorgulamalıdır. Aydın'a göre bazen amaca yönelik davranış sergilendiği düşünülebilir, ama sonuca bakıldığında ise hiç amaca hizmet etmiyordur. Bütün sağlık teşkilatı varlığının esas amacı, "hasta için ya da sağlam insanı hasta etmemek için"dir. Hastayı ruhuyla, bedeniyle tam bir iyilik haline kavuşturmayan hiçbir davranış, amaca hizmet etmemektedir (Aydın, 2007: 24).

### **Sağlık Personeli-Hasta İletişim Modelleri**

Doktor-hasta iletişimde karar verme üzerine çoğunluğu birbirine benzer şekilde araştırmacılarca geliştirilmiş modeller bulunmaktadır. Tüm yazarlar ortak bir şekilde tarihi bir temeli bulunan ve halende hekimlerin bir bölümünce kullanılan paternalist modeli ilk sırada incelemektedir. Diğer model türleri yazarlara göre küçük değişikliklerle farklılıklar gösterebilmektedir. Çalışmada farklı yazarların görüşleri ele alınacak olup onların görüşleri doğrultusunda modeller incelenecektir. Özlü ise hasta-hekim ilişki modellerinde üç tür hekimlik pratiği olduğunu belirtiyor. Bunları paternalistik (babacı), danışman hekim davranışı ve katılımcı uygulama olarak belirtmektedir. Özlü hasta ile hekim arasındaki iletişimde; karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, bilgi transferi ve tedavi ile ilgili karar verme gibi farklı amaçlar bulunduğunu vurgularken son dönemde hekimle hasta arasında bir ortaklık kurulması felsefesinin genel bir kabul görmeye başladığına dikkat çekmektedir. Bu ilişkinin derinlemesine incelenmesinde bazı etkileşim modelleri ortaya çıkmakta olduğunu bunları da; paternalistik yaklaşım modeli, bilgilendirme modeli ve paylaşımcı model şeklinde belirtmektedir (Özlü, 2005: 79-80). Okay ise modelleri beş tür olarak ele almış olup bunları, paternalistik model, bilgilendirici model, açıklayıcı model, görüşmeye dayalı model ve paylaşılan karar verme modeli olarak adlandırmaktadır (Okay, 2009).

Modellerin özü birer cümleyle belirtilecek olursa; paternalistik modelde, hasta yeterince bilgilendirilmeden doktor onun adına karar vermektedir. Bilgilendirici modelde, doktor hastaya gerekli bilgileri aktarmakta ve kararı hastadan beklemektedir. Yorumlayıcı modelde, hastaya gerekli bilgiler verildikten sonra, hastanın isteğinin ve ihtiyaçlarının ne olduğu doktor tarafından yorumlanmaktadır. Müzakereci modelde ise, karşılıklı görüşme ve tartışma sonucunda doktor, hastaya en iyiyi önermekte ve bu doğrultuda ikna etmeye çalışmaktadır. Kişilerarası ilişki

literatürü açısından ise paternalistik modelin asimetrik, bilgilendirici modelin simetrik, yorumlayıcı ve müzakereci modelin ise daha çok paralel ilişki niteliği taşıdığı ortaya çıkmaktadır (Kalender ve Uludağ; 2004: 121).

### ***Paternalist Model***

Tıp etiği konusunun tartışılmasında bugün için kendini gösteren odak kavramlardan birini paternalizm olan değerlendirilen hipokratik ya da geleneksel etikte yer alan hekim-hasta ilişkisinin özünde paternalizmin olduğunu söylenilmektedir. Bu sözcüğün Türkçede ki ifade biçimi ise “babacıl” tutum ve davranışlar olarak kullanılabilir. Bu anlayışa göre hekim, yardım ve çare arayışı içindeki güç durumdaki hastasına sahip çıkacaktır. Hasta için en doğru olanı o belirleyecek, bilgi ve beceri sahibi biri olarak hastasını yönlendirecektir. Bir babanın çocuğa gösterebileceği özen, sahiplenme ve onun yerine kararlar alma şeklindeki ilişkiye benzetilmesinden dolayı hekim-hasta arasındaki böylesi bir ilişki “Paternalistik” ilişki olarak adlandırılmaktadır (Özlü, 2005: 78).

Paternalizm, yaygın fakat gerekliliği çoğu uzmanca istenen bir model değildir. Dört ana model arasında hekimlerin en çok hakka sahip olduğu modeldir. Bu modelin özü doktorların baskıcı gündeminin amacını hastalara benimsetmesi ve karar verici olarak kendisini kabul ettirmesidir. Medikal şartlar tanımlanır, biyomedikal terminoloji kullanılır ama hastanın sesi yoktur. Doktorlar hastaları, “hasta menfaati (adına)” yönünde olmaya zorlarlar. Hasta adına karar verir, onları yönlendirir. Hasta adına verilen karar geniş bir varsayımdır, burada doktorlar hastaların tercihlerini göz ardı ederek baskılayıcı bir tavır içindedir. Sonuç olarak hasta pasif rodedir ve tamamen alternatifler hakkında haberdar değildir veya daha fazla aktif durumlar için müzakere gücü yoktur (Özlü, 2005: 78).

Özlü’ye göre de; ülkemizde yaygın olan model, buyurgan yada paternalistik (babacıl) ilişki uygulamalarıdır. Bu modelde hekim baba gibi davranır. Hastanın yararını gözeterek onun adına gerekli olanları yapar. Hasta, ileri derecede uzmanlaşmış tıp bilimi ve mesleği karşısında çocuk gibi kabul edilir. İnisiyatif hastaya bırakılmaz. Hekim bilgilendirme yapmaz, hastanın moral değerleri göz ardı edilip önemsizdir. İlişki tamamen hekim kontrolünde sürdürüldüğünden tıbbi araştırmalarda hastanın mahremiyetine riayet edilmeyebilir böylece hekimin baskın tavrı karşısında hastanın onuru zedelenebilir (Özlü, 2005: 78).

Paternalizm anlayışının aslında hekim tarafından kişinin yararı için yapıldığını fakat burada kişinin isteğinin önemsizliğini vurgulayan tüm paternalist eylemlerin ahlaki açıdan yanlış olduğunun düşünülmemesi gerektiğini savunmaktadır. Veatch, genellikle “zayıf” paternalizm olarak isimlendirilen yaklaşımın bazen pek çok insan tarafından tercih edildiğine değinmektedir. Zayıf paternalizmi ise, akli yetileri özerk seçimler yapmasına olanak sağlayacak düzeyde olmayan (ya da olmayabilecek) kişilerde -örneğin çocuklar, ağır zeka geriliği olanlar ve düşünme yetisi bulunmayanlar- gündeme gelen paternalizm tipi olarak tarif etmektedir (Kışoğlu vd., 2001: 98-101).

Her ne kadar teorik olarak bu modelin savunucuları çok az olsa da, ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda paternalistik modelin yaygın olarak kullanıldığı ortaya çıkmaktadır. Örneğin İsparta’da 1998 yılı şubat-mayıs tarihleri arasında bir devlet hastanesindeki yatan hastalar arasında 408 kişiye yüzyüze görüşme ile 36 sorudan oluşan anket çalışması yapılmıştır. Sonuç olarak; araştırma bölgesinde halen paternalist yaklaşımın devam ettiğinin görülmekte olduğu, aydınlatılmış onama ve hasta hakları bildirgesinde geçen 'bilgiyi aldıktan sonra tedaviyi kabul veya reddetme hakkı' na gereken önemin verildiğini söylemenin güç olduğu tespiti görülmektedir (Kışoğlu vd., 2001: 98-101).

### ***Bilgilendirici Model***

Emanuel ve Emanuel’in ele aldığı ikinci model bilgilendirici modeldir. Bilimsel, mühendislik veya tüketici modeli olarak da adlandırılan bu modelde doktor-hasta etkileşiminin



amacı; doktorun bütün bilgileri hastaya sunması, hastanın istediği tıbbi yöntemi seçmesi ve seçilen yöntemi doktorun uygulamasıdır. Bunun sonunda doktor, hastayı rahatsızlığı, tedavi yöntemlerinin yapısı, yöntemin faydaları ve risk ihtimalleri konusunda bilgilendirmektedir. Bu modelde doktor, hastaya uygulama kontrolü sağlayan bir teknik uzman gibi görülmektedir (Emanuel and Emanuel, 1992: 224-226).

Hastanın, doğru karar verebilmesi için, yeterince bilgilendirilmesi gereklidir. Hekim hasta yerine geçip, onun adına karar vermesi ve hastaya inisiyatif tanınması kabul edilemez. Hastalar yeterince bilgilendirildiklerinde, kendileri için en doğru kararı verecektir. Kaldı ki, yanlış olsa bile hastanın kararına saygı duyulması gerekir (Özlü, 2005: 79-81).

Gordon ve Edwards danışman model ismini verdikleri bu modelde, tıbbi uygulama kolaylaştırıcıdır ve hasta ve doktor farklı bilgilere sahip ve kendi hakları olan birer bireydir. Hasta, hastalığın denetiminde tüm haklara sahip bir ortaktır. Doktor, önce etkin dinleme denilen yöntemle hastanın duygusal gereksinimleriyle birleşebilirse, danışman olarak kullanılma şansını artırabilir. İlgisini, hastanın davranış ve tutumunu değiştirmesine nasıl yardım edebileceği konusunda yoğunlaştırmalıdır (Özlü, 2005: 79-81).

Danışman hekim davranışı modeli paternalistik yaklaşımın tam tersidir. Hekim tanı ve tedavi sürecinde hiç sorumluluk üstlenmez. Sadece danışmanlık yapar. Hastaya bilgi verir, alternatifleri açıklar, sorularını yanıtlar. Sonuçta kararı hastaya bırakır ve hastanın isteği neyse o uygulamayı başlatır ve yürütür. Danışman hekimlikteki umursamaz tutum, hastaların sevgi ve şefkat görme; özenle teşhis ve tedavi olma haklarının korunmasını engelleyebilir. Bu tutum içerisindeki hekimin hastalarına ihtiyaç duydukları moral ve manevi desteği sağlaması da mümkün değildir. Burada hasta, kendi hayatı üzerinde daha fazla risk almak durumundadır. Bilgi düzeyi, duygusal yaklaşımı belki de kolaycılığa kaçış gibi birçok etken hasta kararında tıbbi anlamda sorunlar doğmasına neden olabilir. Bu nedenle bu yaklaşımın göz ardı edilemeyecek sakıncaları vardır (Özlü, 2005: 79-81).

Yine consumerism (tüketici-müşteri) olarak da adlandırılan bu modelde, karakteristik güç ilişkisi tersine döner. Hasta amaçları ve gündemini görüşme için ayarlar ve karar vericilik sorumluluğunu tek başına alır. Teknik servis ve bilgilenmek için hasta istekte bulunur, doktor tarafından hastanın değerleri tanımlanır hasta kararları kendisi verir. Doktor tarafından gözden geçirilmez. Hekim, genel olarak hastanın arzularına boyun eğmekte, istediği her şeyi yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu tür ilişki, rekabetin yoğun olduğu durumlarda ve hastaların kendi giderlerini kendilerinin karşıladıkları özel hastanelerde ortaya çıkmaktadır. Bu model sağlık karşılaşmalarında bir pazar işlemi gibi yeniden tanımlanabilir (Cockerham, 2004: 55). Birçok Amerikalı arasında hastanın tüketici olarak görüldüğü şeklinde gelişen bir modeldir. Bu modelde mevcut hizmetler hakkında bilgilendirilmiş seçim yapmak isteyen tüketiciler (hastalar) ön plana çıkmaktadır (Cockerham, 2004: 55). Cockerham, bu modelin kullanılmasının nedenini dört yönetime bağlamaktadır. Birincisi, hükümet düzenlemelerinden kaynaklanan durumlardır. İkincisi, sağlık hizmeti yönetiminde doktorun otoritesinin azalmaya başlamasıdır. Üçüncüsü, şirketlerin daha çok sağlık pazarına girmesi ve doktoru bir çalışan olarak işe alma biçiminde sağlık hizmeti vermesidir. Bunu yaparken de doktor - hasta ilişkisi, hizmet sunan-müşteri ilişkisine dönüşmektedir. Cockerham, eğer bu eğilim devam ederse çoğu doktor serbest meslek uygulayıcıları yerine yakın gelecekte bir "çalışan" olacağını söylemektedir (Cockerham, 2004: 55).

### ***Yorumlayıcı Model***

Üçüncü model, yorumlayıcı modeldir. Bu modelde doktor-hasta etkileşiminin amacı; hastanın değerlerini ve gerçekten ne istediğini açıklamak, hastanın bu değerleri realize edecek tıbbi yöntemi seçmesini sağlamaktır. Doktor, hastanın değerlerini açıklamasında ve buna uygun

yöntemi belirlemesinde yardımcı olmakta, hastanın değerlerini hasta için yorumlamaktadır. Sonuçta doktor, hastanın amaçlarını, kararlarını ve karakterini yeniden inşa etmek için hastayla birlikte çalışmaktadır. Önemli bir ayrıntı olarak, doktor hastaya davranış biçimini zorla kabul ettirmek istememekte, en iyiye sonuçta hasta karar vermektedir. Yorumlayıcı modelde doktor; bilgileri sağlayan, değerleri açıklamaya yardımcı olan ve bu değerlere en uygun yöntemin ne olduğunu öneren, tıpkı bakan danışmanı gibi bir role sahiptir. Böylece doktorun yükümlülüğü, bilgilendirici modelde olduğu gibi sadece bütün bilgileri vermekle kalmayıp, aynı zamanda ortak anlama sürecinde hastayla ilgilenme gerekliliğini de içermektedir (Emanuel and Emanuel, 1992: 235).

### ***Müzakereci Model***

Yazarların ele aldığı son model müzakereci modeldir. Bu modelde doktor hasta etkileşiminin amacı, sağlıkla ilgili en iyi değerleri hastanın belirleme ve seçmesine yardımcı olmaktadır. Bunun için doktor, hastanın klinik durumu hakkındaki bilgiyi betimlemeli, uygun seçenekleri kapsayan değer tiplerini açıklamasına yardımcı olmalıdır. Doktorun amacı bu modelde, sağlıkla ilgili değerlerin niçin daha önemli olduğunu ve istendiğini önermeyi içermektedir. Hasta ve doktor, sonuçta hastanın izleyeceği sağlık değer çeşitlerinin ne olduğuyula ilgili müzakereyle ilgilenmektedir. Bu modelde doktorun rolü, en iyi davranış biçiminin ne olduğu konusunda hastayla diyalogda bulunan bir öğretmen ya da arkadaşına benzemektedir. Doktor, hastanın ne yapabileceğini göstermekle kalmayıp, aynı zamanda hastanın istediği en iyiyi de bilmektedir. Müzakereci modele Özlü. “katılımcı” uygulama ismini vermekte ve bu yaklaşımda hekim ve hastanın birlikte sorunu çözmeye çalıştığını fakat kararları hastanın verdiğini belirtir. Ancak burada hekim sadece danışmanlık yapmakla kalmaz, rehberlik yapar, yol gösterir. Sadece bilgi aktarmaz, aynı zamanda önerilerde bulunur, cesaret verir, motive eder. Yine bu model “ortaklık yaklaşımı” olarak da ele alınmaktadır. Burada ilişkinin gücü dengelenmiştir, gündem amacı ve karar vericilik, katılımcılar arasındaki müzakerenin sonucu ortaya çıkar. Bu süreç boyunca doktor danışman ve öğüt veren konumdadır (Özlü, 2005: 90-92).

### ***Paylaşılan Karar Verme Modeli***

Okay ise dört modele ek olarak paylaşılan karar verme modelini ele almaktadır. Burada hekim-hasta ilişkisinde karar verme konusunda hastalar, giderek artan bir biçimde, sürece daha fazla dâhil edilmektedir. Klasik modelin tersine hekim tek karar vericilikten, kararlarda hastaların ağırlık kazandığı ve görüşlerin paylaşıldığı modele geçiş yapılmaktadır. Paylaşılan karar verme, hasta merkezli tıp ile birçok benzerliğe sahiptir. Hasta merkezli tıp, hastaların hastalık deneyimleri ve bunlarla bağlantılı sosyal ve psikolojik faktörlerin anlaşılmasının önemini vurgular. Bu modelde de, hastaların tedavi kararlarına aktif katılması beklenir (Okay, 2009: 18-19).

### ***Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet***

Şiddet genel olarak saldırı ve agresif yaklaşım ile doğrudan ilişkili olan bir kavramdır. Modern sosyal psikolojik yaklaşıma göre şiddet ortamı yaratmak, kötü yaklaşımlı nesillerin tarzıdır. Freud’un teorisine göre kişisel olarak yaşanan talihsizlik veya olumsuzluklar şiddeti, şiddet de tüm toplumu etkiler. Şiddet geçmişten günümüzde her yerde ve her zaman olmuştur ve olmaya da devam edecektir. Şiddet, bir tarafta olgu ve eylemleri, diğer tarafta gücün ve duygunun ya da bir doğa unsurunun var oluş tarzını belirlemektedir. Şiddet, Latince kökenli “violentia”dan gelmektedir. Violentia, şiddet, sert ya da acımasız kişilik, güç demektir. “Violare” fiili ise şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, kurallara karşı gelmek anlamını taşımaktadır. Michaux’un genel kabul gören şiddet tanımına göre ise; “karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan biri veya bir kaç doğrudan veya dolaylı, toplu yahut dağınık olarak diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya törel (ahlaki, manevi) bütünlüğüne ya da mallarına yahut simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranırsa orada şiddet vardır” (Kaptanoğlu, 2002: 68-70).

Şiddet kavramı siyasal, sosyal ve ekonomik sistemlerin veya sömürge yönetimlerinin varlığını karşılayan ve yürürlükteki sistemin ancak karşı şiddetle ortadan kalkacağını ve yeni bir düzene geçileceğini savunan Marksist, sendikalist ve buna benzer görüşlerle de ortaya konulmaktadır. Ayrıca şiddeti yücelten, ona olumlu bakan faşizm gibi görüşler de vardır (Ünsal, 1996: 29-36).

Yukarıda verilen genel tanımların haricinde şiddetin en yaygın anlamı hukuki açıdan taşıdığı anlamdır. Şiddet gücün, kuvvetin hukuka aykırı olarak kullanılmasıdır. Şiddet yolu ile bir başkasını öldürme, sakatlatma yahut yaralamak yolu ile zarar verilmesi sebebiyle genel manada gücü aşmaktadır. Günümüzde şiddet yeni şekiller de alarak oldukça yaygın hale gelmiştir. Günümüz dünyasında bireyler, gruplar yahut devlet farklı durumlarda şiddete başvurmaktadır. Şiddet ile ilgili davranışlar, kanuna uymamak, kişiye zarar vermek, hakaret etmek, onuru kırmak, huzura son vermek, birinin haklarını çiğnemek, hırpalamak, incitmek, zor kullanmak şeklinde kendini gösterir. Gerçek manasıyla şiddet, ceza kanununun “hayata karşı suçlar” ve “vücut dokunulmazlığına karşı suçlar” başlıkları altında düzenlenmiştir. Hukukçular bu tip eylemler için insanın, ‘benzerlerine karşı giriştiği, onlarda ciddi veya önemsiz hasarla yahut yaralar meydana getiren, saldırganlık ve hoyratlık ifade eden hareketlerdir’ açıklamasında bulunmaktadır. Hukukçular tarafından yapılan bu tanım şiddet ile kalıcı bedensel hasara neden olan güç kullanımını arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Ancak hukukun gelişmesi ile birlikte bu tanım, suçlamaların artmasına imkân verecek anlamları da kapsamaya başlamıştır. Yalnızca harici bir etmen ile şiddetli bir temas neticesinde oluşan hasarlardan oluşan doğrudan darbelere dâhili olgular da eklenmiştir. Yapılan başka bir tanıma göre ise şiddet; çatışan çıkarları bulunan tarafların arasındaki sosyal ilişkilerden kaynaklanmaktadır (Ünsal, 1996: 40-41).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, bireyin kendisine, başkasına, bir gruba yahut topluma karşı fiziksel gücünü istemli bir şekilde kullanması yahut tehdit etmesi ve bunun neticesinde yaralanma, ölüm, psikolojik açıdan zarar görme, gelişiminin negatif yönde etkilenmesi veya tükenme durumunun ortaya çıkabilmesi olarak tanımlamakla birlikte şiddet doğuştan ya da sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüleri olarak farklı şekillerde tüm ırk ve kültürlerde, sürekli olarak var olan, niteliği ve niceliği sosyal değişim süreci ile yakın ilişkili olan ve başkalarına karşı fiziksel veya psikolojik olarak zarar vermeye yönelik yıkıcı, yok edici, kabul görmeyen davranışlar olarak tanımlanmakta ve oldukça yaygın önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Aslan vd., 2005: 18-23).

İşyeri şiddetine maruz kalma bakımından sağlık çalışanları ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık kurumlarındaki şiddet, "hasta, hasta yakınları veya diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan" oluşmaktadır.

Konu ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ve sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine kıyasla şiddete uğrama bakımından yaklaşık 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Bu duruma rağmen sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun sebebinin ise yalnızca yaralanma gibi ciddi durumların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin ise önemsiz olarak kabul edilmesidir.

Yapılan araştırmalar, çalışma esnasında bütün şiddet olaylarının %25'inin sağlık sektöründe gerçekleştiğini ve bu sektörde çalışanların %50'sinin şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Arnetz yapmış oldukları çalışmada sağlık bakımında çalışanların %83'ünün işyerlerinde şiddet ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Türkiye'de ise 2001-2002 yıllarında gerçekleştirilen bir çalışmada 1071 sağlık çalışanında şiddet türlerinden birine veya daha fazlasına uğrama sıklığı %50,8 olarak bulunmuş ve şiddete maruz kalan sağlık çalışanları içerisinde en sık %67,6 ile pratisyen hekimler, %58,4 ile hemşireler, %32,4 ile öğretim üyeleri ve %32,7 ile diğerleri olarak bulunmuştur. Aynı zamanda Ayrancı ve arkadaşlarının 2006'da yapmış



olduğu başka bir çalışmaya göre ise sağlık çalışanlarında şiddete uğrama oranı %69,6 olarak belirlenmiştir (Tınaz, 2006: 21).

## Sonuç

Günümüzde tedavi sürecinde, diğer tıbbi tüm faktörlerin yanında tedavi ekibinin hastaya yaklaşımının ve davranış biçiminin de büyük etkisi bulunmaktadır. Bu eksiklik de en belirgin olarak hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimde kendini göstermekte ve hastanın sağlık çalışanına duyduğu güven ve tedavinin gereklerini yerine getirme açısından büyük sorunlar doğurmaktadır.

İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte yapılan çalışmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha yoğun bir şekilde yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin son derece yoğun yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Şiddetin diğer işyerlerine göre en fazla sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin diğer sektörlerdeki şiddetin doğası gereği farklılıklar arz ettiği, sağlık kurumlarında çalışmanın diğer işyerlerine göre şiddete uğrama bakımından çok daha riskli olduğu çalışmamız içerisinde örnek araştırma sonuçlarıyla belirtilmiştir.

Şiddetin önlenmesi için yapılması gerekenler toplumsal görüşleri değiştirmek, kültürel olarak kabul edilebilirliğini azaltmak, etkili bir sağlık kurumu yönetimi ise şiddete maruz kalmayı önlemek için yeni bir sistematik yaklaşım getirmek ve çalışanları şiddete karşı eğitmek, kişileri öfke ifade eden davranışları ve ugradıkları şiddetin sebeplerini bulmak, çözmek, şiddetin önceden farkına varılması ve engellenmesi hususunda eğitmek, ailenin eğitimini sağlamak, adalet sisteminde kişileri topluma kazandırmak için önlemler almak, ateşli silahların satış ve kullanımına kısıtlama getirmek şeklinde özetlenebilir. Kısaca şiddete karşı sıfır tolerans gösterecek yaklaşım tarzları benimsenmelidir.

Canlılar için temel amaç hayatını bir şekilde devam ettirebilmektir. Yaşamını sürdürememiş bir canlının zaten başka hiçbir fonksiyonu yoktur. İnsanında en temel mücadelesi öncelikle ayakta kalabilmek ve başarabildiği ölçüde bunu da en sağlıklı bir şekilde yapabilmektir. Sağlıklı kalabilmek, ciddi uğraşlar isterken bozulduğunda eski haline dönebilmek içinde mutlaka profesyonellerden destek almak gerekmektedir.

O veya bu sebeple her insan mutlaka sağlık sorunuyla yüz yüze kalmaktadır. Sağlığı bozulan veya kendini öyle hisseden kişiler kendilerinin bu durumuna anlam kazandırmak için sağlık konusunda kendinden daha bilgili gördüğü kişilere başvurmaktadır. Başvurulan kişiler ise sağlık alanında uzun yıllar ciddi eğitim almış, deneyim kazanmış olan işini profesyonelce yapan uzmanlardır. Sağlık sisteminde hastalık ve hastalar üzerinde karar vericiler de doktorlardır. Özellikle rahatsızlığın boyutu ağırlaştıkça, çözüm beklenenler uzman hekimlerdir.

Yaşamını sürdürmek isteyen herkesin mutlaka ihtiyacı olduğunu belirttiğimiz sağlık sisteminin önemi tartışılmazdır. Önemine binaen ise bir o kadarda karmaşık süreçleri kendi içinde barındırmaktadır. Bu karmaşanın azaltılması için gerek tıbbi gerekse de diğer yönlerden birçok düzenleme getirilmiş olmasına rağmen dinamik süreçlere sahip olması nedeniyle sıkça değişikliklere gidilmektedir.

Hasta, doktordan kaynaklanan teknik hizmetler için ihtiyaç sahibidir. Doktorlar kalifiye uzman olması sebebiyle hastaya yardım etmek için her an hazır olan meslek grubudur. Doktor hasta karşılaşmasındaki amaç, hastanın sağlığı için daha iyi olan değişimleri desteklemektir.

**Kaynakça**

- Aslan Ö., Lofçalı A, Uğur S. ve Tuğlu A. (2005). Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, Ankara, Sayı: 47.
- Aydın S. (2007). Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Cockerham W. C. (2004). Medical Sociology. Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Elçioğlu Ö., Duman S. ve Kırımlioğlu N. (2007). Bir Kurumu Temsil Eden Hekimin Kullandığı Dildeki Güç Unsurları. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi Cilt: 15(1).
- Emanuel E. J. and Emanuel L. L. (1992). Four Models of the Physician- Patient Relationship. Journal of The Amerikan Medikal Association. Vol. 267, No: 16, April.
- Kalender A. ve Uludağ A. (Aralık 2004). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü. Amme İdaresi Dergisi. Cilt: 37 (4).
- Kaptanoğlu C. (2002). Psikodinamik Açıdan Siyasal Şiddet, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı: 17.
- Kişioğlu A. N., Tüfekçi F., Uskun E. ve Bakır B. (2001). Bir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların, Bilgilendirilme ve Aydınlatılmış Onam Durumunun Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi Cilt: 9 (2).
- Okay A. (2009). Kurum içi iletişimin hizmet kalitesine etkileri. SAYED (Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi). Yıl 2, Sayı 19.
- Özlu T. (2005). Hasta Hakları Hakkımız Var Çünkü Hastasınız, İstanbul: Timaş.
- Tınaz P. (2006). Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz. Çalışma ve Toplum, Sayı: 10.
- Ünsal A. (1996). Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi, Cogito YKY, Sayı: 6.
- Yağbasan M. ve Çakar F. (2005). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Sayı, 19.