T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE YAPILAN BEYAZ KOD BAŞVURULARININ VE HUKUKİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ramazan Öner

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR / 2018

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE YAPILAN BEYAZ KOD BAŞVURULARININ VE HUKUKİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ramazan Öner

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR / 2018

TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatımda ve tez hazırlama sürecimde daima yanımda olan, bilgisini ve vaktini benimle paylaşan sayın Doç.Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgisinden ve deneyiminden faydalandığım başta eğitim sorumlum sayın Doç.Dr. Haluk Mergen olmak üzere, Doç.Dr. Hülya Parıldar, Doç.Dr Umut Gök Balcı, Uzm.Dr. Tevfik Tanju Yılmazer, Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Uzm.Dr Bakiye Nurdan Tekgül ve çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında hissettiğim anneme ve babama,

Üniversite yıllarında hayatıma girerek, aldığım her kararda yanımda olan, beni harekete geçme konusunda cesaretlendiren sevgili eşim Kübra Öner'e

Doğumları ile baba olma duygu ve olgunluğunu yaşatan, motivasyon kaynağım ikizlerim Abdullah Arda ve Ömer Aras'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ramazan Öner

İzmir/2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR …….. i

İÇİNDEKİLER …… ii

KISALTMALAR …….. iv

ŞEKİLLER DİZİNİ …… v

TABLOLAR DİZİNİ ……... vi

ÖZET …… vii

ABSTRACT …….. viii

1. GİRİŞ VE AMAÇ …… 1

2. GENEL BİLGİLER …… 3

2.1. ŞİDDETİN TANIMI …….. 3

2.2. ŞİDDETİN ÇEŞİTLERİ ……..….. 3

2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN EPİDEMİYOLOJİSİ ……... 4

2.3.1. Görev Tanımlarına Göre Epidemiyoloji ……. 5

2.3.2. Hizmet Birimlerine Göre Epidemiyoloji ……. 6

2.3.3. Faillere Göre Epidemiyoloji …… 7

2.4. ŞİDDETİN SEBEPLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ …….. 8

2.5. ŞİDDETİN SONUÇLARI …….. 10

2.6. ŞİDDETİ ÖNLEMEDE BİRİNCİ BASAMAĞIN ROLÜ ……. 10

2.7. ŞİDDETİ ENGELLEMEYE YÖNELİK ÖNLEMLER ……. 13

2.7.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Yasal Hükümler ... 14

2.7.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Hukuki Süreçler... 18

3. GEREÇ VE YÖNTEM …… 22

3.1. VERİ TOPLAMA ……... 22

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER …… 22

3.3. ETİK KURUL ONAYI ……... 23

4. BULGULAR …… 24

5. TARTIŞMA …….. 39

6. SONUÇ VE ÖNERİLER …… 44

7. KAYNAKLAR …… 46

EKLER 54
Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi 55
ÖZGEÇMİŞ 56

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OSHA	Amerikan İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi
SS	Standart Sapma
TL	Türk Lirası

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Beyaz Kod başvuru süreci ve müteakip hukuki süreç. ……. 21
Şekil 4.1. Beyaz Kod başvurusunda bulunan sağlık çalışanlarının yaş dağılımı. . 22
Şekil 4.2. Beyaz Kod başvurularının yılın aylarına göre dağılımı. ……... 24
Şekil 4.3. Beyaz Kod başvurularının haftanın günlerine göre dağılımı. ……... 24
Şekil 4.4. Beyaz Kod başvurularının günün saat dilimlerine göre dağılımı. …… 25

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Dünyada sağlık çalışanlarına karşı şiddet konusunda yapılan bazı araştırmaların sonuçları. ……. 5
Tablo 2.2. Hastanelerde şiddet riskini artırabilecek faktörler. ……. 9
Tablo 2.3. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin olası sonuçları. …….. 12
Tablo3.1. Çalışma kapsamında toplanan verilerin sistematikleştirilmesi. …….. 23
Tablo4.1. Beyaz Kod olaylarına dair tanımlayıcı istatistikler. …… 25
Tablo4.2. Beyaz Kod sonrası hukuki sürece dair tanımlayıcı istatistikler. ……. 28
Tablo4.3. Şiddet türünün diğer bazı kategorik değişkenlerle ilişkisi…….. 30
Tablo4.4. Şiddet türünün diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. …….. 31
Tablo4.5. Mağdurun cinsiyetinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. ……. 32
Tablo4.6. Mağdurun görevinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. …… 33
Tablo4.7. Mağdurun şikayetçi olmasının diğer bazı değişkenlerle ilişkisi……. 34
Tablo4.8. Mağdurun avukat tarafından temsil edilmesinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. ……... 35
Tablo4.9. Mağdurun duruşmalara katılmasının diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. 36
Tablo4.10. Failin cinsiyetinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. …….. 37
Tablo4.11. Ceza türünün diğer bazı değişkenlerle ilişkisi. …….. 38

ÖZET

Üçüncü Basamak Bir Hastanede Yapılan Beyaz Kod Başvurularının Ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Beyaz Kod gibi sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarına münhasır ve kapsamlı bir sistem Türkiye'de görece yeni bir uygulamadır. Bu nedenle, Beyaz Kod sisteminin prosedürlerini ve çıktılarını değerlendiren akademik çalışma sayısı kısıtlıdır. Çalışmanın amacı, sağlık personeline karşı şiddetin engellenmesine yönelik mevcut uygulamaların işleyişinin değerlendirilmesi amacıyla, üçüncü basamak bir hastanede yapılan Beyaz Kod başvuruları, bu başvuruların sonuçları ve varsa hukuki süreçlerin sonuçlarını incelemektir. Çalışmanın bulgu ve sonuçlarının, mevcut uygulamalardaki eksikliklere ve sistemin iyileştirilmesine yönelik adımlara ışık tutması beklenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif kesitsel çalışmada, 2014-2015 yıllarında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi genelindeki Beyaz Kod başvuruları ve hukuki sonuçları, bağımlı değişkenler olarak incelenmiştir. Bağımsız değişkenler olarak, sosyodemografik değişkenler, mağdurun sosyal ve profesyonel profili, olayın gerçekleştiği birim, şikayetçi olma durumu, davalarda avukat bulundurma, mağdurun duruşmalarda bulunması gibi veriler kullanılmıştır. Veriler, Beyaz Kod başvurusuna sebep olan olayın tutanağı, başvuru formu, hukuki yardım talep formu ve hukuki sürecin mahkeme tarafından karara bağlandığı ilamlardan derlenmiştir.

Bulgular: Çalışmada, 81 tanesi 2014 yılında, 60 tanesi 2015 yılında olmak üzere toplam 141 Beyaz Kod başvurusu değerlendirilmiştir. Mağdur sağlık çalışanlarının çoğunluğu genç (21-35) yaş grubundadır (n=64, %64,5) ve çoğunluğu kadın sağlık çalışanları (n=92, %65,2) ve asistan doktorlardır (n=75, %51,1). Olaylar en çok acil serviste cereyan etmekte (n=59, %41,8) ve büyük çoğunluğunda sözlü şiddet (n=121, %85,8) raporlanmaktadır. Failler daha çok hasta yakınları (n=86, %61,0) ve erkektir (n=86, %61,0).Beyaz Kod başvurularının %83'ünde (n=117) ceza davası açılmış ve mağdurların büyük kısmı (n=116, %82,3) failden şikayetçi olmuştur. Davaların %91,5'inde (n=107) mağdur bir avukat tarafından temsil edilmiş ve kendisi de duruşmalarda hazır bulunmuştur (n=112, %95,7). İlk duruşma olaydan

ortalama 225 ±59 gün (minimum 110, maksimim 380) sonra yapılmış ve 73dava tek celsede karara bağlanmıştır (%62,4).Tüm davalar değerlendirildiğinde, olaydan ortalama 284 ±105 gün (minimum 150, maksimim 640) sonra yargı sürecinin tamamlandığı görülmektedir. Başvuruların%82,1'inde (n=115), dava açılan olayların ise hemen hepsinde (n=115, %99,1) failin suçlu bulunduğu görüldü. Davaların %78,3'ünde (n=90) para cezasına hükmedilirken ortalama para cezası miktarı 4.251,60 ±2.163,92 TL'dir. Hapis cezasına hükmedilen 21 davada (%18,3) ortalama ceza süresi 247,9 ±145,8 gündür (minimum 37, maksimum 730 gün).Davaların seyri sırasında sadece bir davada tutuklu yargılama yapılmış ve sadece o davada karar infaz edilmiştir. Diğer davalardaise kararın açıklanması geri bırakılmıştır.

Sonuç: Beyaz Kod uygulaması ile başlayan hukuki süreç oldukça uzundur, hukuki süreç boyunca mağduru failden koruyacak tutuklama gibi tedbirler hemen hiç bir zaman uygulanmamaktadır ve her ne kadar hukuki süreç sonunda failin suçu çok yüksek oranda mahkemece sabit bulunsa da failin cezası hemen hiçbir zaman infaz edilmemektedir. Bu durum, Beyaz Kod uygulaması ile beraber düşünüldüğünde dahi yasal yaptırımların sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesindeki caydırıcı etkisinin oldukça sınırlı olacağını göstermektedir.

Anahtar sözcükler: sağlık sektörü, şiddet, beyaz kod, hukuki süreç

ABSTRACT

Evaluation of White Code Callsat a Tertiary Hospital and the Results of Legal Proceedings

Aim: The White Code system, which is comprehensive and exclusively used for incidents of violence against healthcare personnel,isa relatively new system in Turkey. For this reason, the number of academic studies evaluating the procedures and outcomes of the White Code system is limited. The purpose of the study is to examine the White Codecalls, as well as the results of these calls and legal proceedings if any, at a tertiary hospital in order to assess the functioning of the existing system to prevent violence against healthcare personnel. It is expected that the findings of the study will shed light on the deficiencies in existing practicesand on the steps to be taken to improve the system.

Material and Method: In the retrospective cross-sectional study, White Codecalls at İzmir Tepecik Training and Research Hospital in 2014-2015 and their legal results were examined as dependent variables. Sociodemographic variables, social and professional profile of the victim, unit in which the events occurred, whether there are legal complaints, presence of a lawyer on the case, and participation of the victim in the hearings were used as the independent variables. The data were compiled from the reports of the case that caused the White Code call, the application form, the legal aid request form, and the legal proceedings and decisions at the court.

Results:A total of 141 White Code calls were evaluated in the study: 81 in 2014 and 60 in 2015. The majority of the victimized healthcare personnel were young (21-35 age group, n=64, 64.5%), mostly female (n=92, 65.2%), and resident doctors (n=75, 51.1%). Incidents occurred most frequently in emergency services (n=59, 41.8%), and in a great majority was verbal violence (n=121, 85.8%). The perpetrators were mostly relatives (n=86, 61.0%) and male (n=86, 61.0%). A large number of White Code calls (n=117, 83.0%) led to criminal lawsuits, and the majority of the victims (n=116, 82.3%) filed complaints. In a great majority of cases, the victim hadlegal representation (n=107, 91.5%) and was present at the court

hearings (n=112, 95.7%). On average,the first hearing was 225 ±59 days after the event (minimum 110, maximum 380), and most of the cases were concludedin single session (n=73, 62.4%). All cases considered, the judicial process was completed after an average of 284 ±105 days (minimum 150, maximum 640). It was found that the perpetrator was found guiltyin the majority of the White Code events (n=115, 82.1%) and in almost all of the cases brought to court (n=115, 99.1%). The perpetrator was fined in the majority of cases (n=90, 78.3%) with average fines amount to 4,251.60 ± 2,163.92 TL (minimum 600, maximum 7300 TL). In the 21 cases (18.3%) where the defendant was sentenced to jail,the average jail timewas 247.9 ±145.8 days (minimum 37, maximum 730 days). The perpetrator was held in detention during the course of the legal proceedings only in one case; and only in that case the jail term was executed. In other cases, the announcement of the court decision has been postponed.

Conclusion: The legal process starting with the White Code call is quite long, the measures (i.e., arrests, detentions, restraining orders)to protect the victim from the perpetrator werealmost never used during the legal process, and the court fines and sentences were not executed even if the perpetrator was found guilty in court at the end of a lengthy legal process. This suggests that the legal sanctions against the violenceagainst healthcare personnel, even when considered together with the White Code system, will rather have limited deterrence.

Keywords:healthcare sector, violence, white code, legal process

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada insan hakları ve hukukun üstünlüğüne dair düşüncelerin yaygınlaşması ile günümüzde kişilerin çıkarlarını veya haklarını korumak amacıyla kişisel şiddet gösterisinde bulunmalarına ihtiyaç kalmadığı düşünülebilir. Birincil amacı başkalarına tıbbi yardım sunarak onların sağlığını korumak hayatını kurtarmak olan sağlık personeline yönelik şiddet kullanımını da anlamak oldukça zordur. Ancak dünya üzerinde hiçbir ülke veya bölge, sağlık personeline yönelik şiddetten ari değildir. Hatta sağlık sektörü, işyerinde ölümcül olmayan saldırıya maruz kalma oranlarında diğer tüm sektörleri geride bırakmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2000 yılında çalışanlara yönelik şiddet eylemlerinden kaynaklanan tüm ölümcül olmayan yaralanmaların %48'i sağlık sektöründe meydana gelmiştir (1,2). Ülkemizde de son yıllarda sağlık personeline yönelik şiddet medyada genişçe yer bulsa da, toplumda ve özellikle sağlık sektöründe çalışanlarda infiale sebep olsa da, durumda elle tutulur bir iyileşme olduğu söylenemez.

Toplumdaki şiddetin, özelde ise sağlık personeline yönelik saldırının artmasına yol açan birçok faktör olabilir. Bu tür saldırılar; uyuşturucu kullanımı, cehalet, hoşgörüsüzlük ve saygısızlıktan kaynaklanabileceği gibi, içinde bulunulan stres, çaresizlik ve umutsuzluk halinden de kaynaklanabilir. Nadir de olsa bazı durumlarda, sağlık personelinin uygunsuz davranışları da muhatabın şiddete yönelmesine yol açabilir. Saldırı; hastalardan, akrabalardan veya arkadaşlardan, bazen de suçlulardan gelebilir. Sonuç olarak, sağlık personeline yönelik şiddetin engellenebilmesi için şiddete yol açan sebeplerin tam olarak anlaşılması ve bu sebeplerin ortadan kaldırılmasına yönelik yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık personeline yönelik şiddeti engelleme amaçlı uygulamalardan biri de 16.3.2016 tarih ve 11045126-010.26 sayılı genelge ile başlatılan Beyaz Kod Uygulaması'dır. Bu uygulama çerçevesinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere 7 gün 24 saat hizmet verecek olan 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuştur. Ülkemizde var olan bir çok kanuni düzenlemenin suçun engellenmesi ve istenen neticelerin alınması için yeterli olmadığı, sağlık personeline yönelik şiddetin mevcut boyutlarından gözlenmektedir.

Bu bağlamda, mevcut yasal düzenlemelerin işleyişine, bu düzenlemelerin suçu cezalandırmada yeterli olup olmadığına ve geçmişteki şiddet olaylarına dair hukuki süreçlerin sonuçlarına ilişkin çalışmalar çok sınırlıdır.

Bu çalışmada, sağlık personeline karşı şiddetin engellenmesine yönelik mevcut uygulamaların işleyişinin değerlendirilmesi amacıyla, üçüncü basamak bir hastanede yapılan Beyaz Kod başvuruları, bu başvuruların sonuçları ve varsa hukuki süreçlerin sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulgu ve sonuçlarının, mevcut uygulamalardaki eksikliklere ve sistemin iyileştirilmesine yönelik adımlara ışık tutması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİDDETİN TANIMI

Dünyada sağlık hizmeti sunan kişilerin ve kuruluşların, sağlık hizmetlerinin bilimsel, ekonomik ve sosyal boyutlarına ilişkin veriler açısından dayanak noktası olan küresel örgüt Dünya Sağlık Örgütü'dür (DSÖ) . DSÖ şiddeti:

> "kendine, bir başkasına veya başka bir grup ya da topluluğa karşı, yaralanmaya, ölüme, ruhsal zedelenmeye, gelişimsel bozukluğa veya yoksunluğa sebep olan ya da olabilecek, tehdit ya da fiili olarak ve kasten fiziksel zorlama veya güç kullanımı"

olarak tanımlamaktadır (3,4).Buna sağlık hizmetlerinin güç kullanarak engellenmesi de dahildir. Ayrıca, görüldüğü gibi bu tanım kasti güç kullanımını kapsamakla beraber istemsiz sebep olunan zararları kapsamamakta ve şiddeti temelde üç çeşit olarak sınıflandırmaktadır: kişisel, kişiler arası ve gruplar arası (4). Bununla birlikte şiddet, bu tanımdan yola çıkarak değişik şekillerde sınıflandırılmaktadır.

2.2. ŞİDDETİN ÇEŞİTLERİ

Yukarıdaki tanımıyla şiddet birçok değişik şekilde sınıflandırılmıştır. Şiddet olayının taraflarına göre

(a) kişisel

(b) kişiler arası

(c) gruplar arası olarak sınıflandırılabilir (4).

Şiddet olayının doğasına göre ise fiziksel, cinsel, psikolojik, ihmal veya yoksun bırakma şeklinde olabilir (5). Bunun yanında, şiddetin uygulanış biçimi göz önüne alındığında fiziksel ve sözel saldırıları da kapsayan (a) doğrudan şiddetten, toplumsal güçlerin toplumun bazı üyelerini temel ihtiyaçlarından mahrum bırakmalarını kapsayan (b) yapısal şiddetten ve kişilerin kültürlerini bahane ederek maruz bırakıldıkları doğrudan ve yapısal şiddeti kapsayan (c) kültürel şiddetten söz edilebilir (6).

Yine şiddetin derecesine göre sağlık personeline yönelik şiddetin sözlü sataşma (abuse), fiziksel tehdit ve fiziksel şiddet şeklinde sınıflandırıldığı da olmuştur (7).

Başka bir çalışmada ise şiddetin faili ve kurbanı arasındaki ilişki düzeyine göre işyeri şiddeti;

Tip I: failin suç niyeti dışında işyerinde bulunma sebebi yok

Tip II: failin müşteri/hizmet alan olarak işyerinde bulunmak için geçerli sebebi var

Tip III: işyerindeki çalışanlar arası şiddet

Tip IV: failin akrabalık/arkadaşlık gibi kişisel bir ilişki çerçevesinde işyerinde bulunma sebebi var

olarak sınıflandırılmış ve sağlık personeline yönelik en yaygın şiddet türü tip II olarak belirtilmiştir (2,8-10). Literatürde sağlık personeline yönelik şiddet genelde şiddet hareketinin şekline göre fiziksel, psikolojik, sözel ve cinsel şiddet şeklinde sınıflandırılmıştır (9,11-13). Sözel şiddet, failin çalışana karşı fiziksel zarar vereceği veya hekime dava açacağı tehdidi veya, ses tonu da dahil olmak üzere, fiziksel zarar verme niyeti olmasa da hedefe psikolojik veya duygusal zarar veren ırkçı söylemler gibi aşağılayıcı ve incitici konuşmalardır (9). Sözel olmayan (psikolojik) şiddet ise; duruş, bakış, tehdit edici ve sinirli mimikler ile veya kapıyı kapatarak çalışanın erişimini veya çıkışını engellemek gibi hareketlerle failin vücut dilini kullanmasıdır. Fiziksel şiddet, bir failin vurmak, tekmelemek ya da tükürmek gibi doğrudan temas etmesi olarak tanımlanmıştır. Doğrudan temas olmasa da, failin çalışana bir nesne atması da bir başka fiziksel şiddet biçimi olarak kabul edilir. Aynı şekilde, daha büyük bir fiziksel zarar verme niyetini veya kapasitesini gösterdiğinden, failin eline kesici veya ateşli silah alması veya göstermesi de fiziksel şiddet biçimidir (9). Cinsel şiddet ise, kurbanın isteği dışında ve zorlama kullanılarak, kurbanla yakınlığına bakılmaksızın herhangi bir kişinin yaptığı herhangi bir cinsel eylem, cinsel bir eylemi elde etme girişimi veya kişinin cinselliğine yönelik istenmeyen yorumlar, hareketler veya yönlendirmeleri içerir (3).

2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebepleri ve etmenleri, çalışanın işyerindeki rolüne, sağlık kurumunun çeşidine ve bölümlerine ve faillerin içinde bulundukları duruma göre değişebilmektedir. Dolayısıyla şiddetin epidemiyolojisini

birkaç değişik açıdan ele almak faydalı olabilir. Burada, gerçekleşen tüm şiddet olayları rapor edilmeyebildiğinden, resmi olarak rapor edilen şiddet olaylarının sayıları ile bilimsel çalışmalarda anketler yoluyla elde edilen sayıların birbirini tutmayabileceği akılda tutulmalıdır (2,14,15). Genel bir bakış açısıyla, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet oranları ve türleri ülkeler arasında değişiklik gösterdiği tahmin edilmekle birlikte, uluslararası bir raporlama standardı olmadığından literatürde rapor edilmiş şiddet oranları istatistiksel bir karşılaştırmaya imkan vermemektedir (16). Oranlardaki ülkeler arası farklılıkların nedenlerinden birisi de işyerinde şiddete karşı kanuni düzenlemelerin ve alınan önlemlerin de şiddetin tanımı gibi ülkelere göre değişiklik göstermesidir (17). Birkaç çalışmada, değişik sosyokültürel ve ekonomik altyapıya sahip bazı ülkelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranları derlenmiştir (Tablo 2.1) (16,18). Birçok ülkede, yanıt veren sağlık personelinin yarısından fazlası, bir önceki yılda en az bir fiziksel veya psikolojik şiddet olayına maruz kaldığını belirtmektedir. Bu çalışmaların ortak sonucu, sağlık çalışanlarına karşı işyerindeki şiddetin daha önce sanayileşmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de var olan ve yaygın bir sorun olduğudur. Kültürel ve dilsel farklılıklar dikkatli bir şekilde ele alınmak kaydı ile, iş yeri şiddeti kavramı hakkında genel ortak bir anlayış bulunduğu ortaya çıkmıştır (16).

Tablo 2.1.Dünyada sağlık çalışanlarına karşı şiddet konusunda yapılan bazı araştırmaların sonuçları (18).

Ülke	Yıl	Kapsam	Sayı	Şiddet (%)	Fiziksel (%)	Sözel (%)
ABD	2015[b]	son yıl	5.385	39,0	-	-
Almanya	2010[a]	son yıl	123	94,3	70,7	89,4
Avustralya	2003[a]	son yıl	400	100,0	32,7	100,0
Brezilya	2003[a]	son yıl	732	46,7	6,4	39,5
Bulgaristan	2003[a]	son yıl	341	67,2	7,5	32,2
Güney Afrika	2003[a]	son yıl	619	61,0	17,0	60,1
Japonya	2008[b]	son 6 ay	698	26,2	2,1	24,1
Kanada	2010[a]	kariyer	759	98,0	39,0	75,0
Portekiz	2003[a]	son yıl	209	60,0	3,0	51,0
Tayland	2003[a]	son yıl	589	54,0	10,5	47,7
Türkiye	2006[b]	son yıl	1.209	49,5	13,6	43,7

[a]SonuçlarKaplan ve ark.'dan alınmıştır (18). Kaynak çalışmalar: Almanya, (19); Avustralya, (20); Brezilya, (21); Bulgaristan, (22); Güney Afrika, (23); Kanada, (24); Portekiz, (25); Tayland, (26).
[b]Kaynak çalışmalar: ABD, (15); Japonya, (27); Türkiye (28).

2.3.1. Görev Tanımlarına Göre Epidemiyoloji

Sağlık hizmeti çok çeşitli ortamlarda çeşitli personel tarafından sunulmaktadır. Çalışanların değişik rollerine bağlı olarak şiddete maruz kalma durumları da değişmektedir. ABD'deki bir araştırmada, çalışma kapsamındaki şiddet olaylarının %60'ı hemşireler tarafından rapor edilmiştir (29). Yine ABD'den kapsamlı bir araştırmada, hemşirelerin %54'üne karşılık hekimlerin %46'sı, yardımcı sağlık personelinin %46'sı ve fizyoterapist ve teknisyenlerin %32'si şiddet rapor etmiştir (15). Avustralya'da yapılan bir çalışmada, çalışmanın kapsadığı bir yıllık süre içerisinde hemşirelerin %68'ine karşılık pratisyen hekimlerin %48'i ve yardımcı sağlık personelinin %47'si şiddet rapor etmiştir (30). Türkiye'deki yerel bir çalışmada ise çalışmanın kapsadığı beş yıllık süre içerisinde acil servisteki hekimlerin %97'si, hemşire/ebelerin %82'si ve yardımcı sağlık personelinin %67'si şiddete uğradığını bildirmiştir (31). Türkiye'deki kapsamlı bir araştırmaya göre meslek hayatında herhangi bir şiddet çeşidine maruz kalma oranları hekimlerde %95, hemşirelerde %93 ve ebelerde %90'dır (32). Yine Türkiye'den kapsamlı bir başka araştırmaya göre şiddete en sık maruz kalanlar pratisyen hekimler (%68) ve hemşirelerdir (%58) (33). Genel olarak saldırı oranları hasta ile temas süresi ile ilişkilidir ve buna bağlı olarak hemşireler ve yardımcıları daha yüksek oranlarda şiddete maruz kalmaktadır (1,2). Türkiye'de hekimlerin de hemşireler kadar şiddete maruz kalması, sistem itibari ile hekimlerin hasta temaslarının diğer ülkelerdekinden fazla olmasına bağlı olabilir.

Bazı çalışmalarda, kadın sağlık çalışanların erkeklere göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları ve genç/daha az deneyimli çalışanların yaşlı/deneyimli çalışanlara göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları öne sürülmüştür (15,27,28). Ancak diğer bazı çalışmalarda bu açılardan çalışanlar arasında fark olmadığı belirtilmiştir (15,28,29).

2.3.2. Hizmet Birimlerine Göre Epidemiyoloji

Birçok hasta için tıbbi müdahaleler acil serviste başlar ve acil servise başvurularda genellikle başvuranların endişe düzeyleri yüksektir. Bu bağlamda, bir çok çalışma acil servis çalışanlarının daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur (28,33,34). Bunun yanında sağlık hizmeti sunulan hastaların durumu ile bağlantılı olarak psikiyatri servislerinde de şiddete maruz kalma oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (35). İtalya'da yapılan bir çalışmada, psikiyatri servislerinde çalışanlar ve acil serviste çalışanların genelden sırasıyla 23 ve 5 kat (yaş, cinsiyet, meslek ve bölüm için düzeltme sonrası 20 kat ve 4 kat) daha fazla fiziksel saldırı riski altında olduğu saptanmıştır (36). Minnesota Hemşireler Çalışması ise bakımevlerinde (2,6 kat), acil servislerde (2,5 kat) ve psikiyatri bölümlerinde (2,1 kat) çalışan hemşirelerin daha fazla fiziksel saldırı riski altında olduğunu göstermiştir (37). İsviçre'de yapılan kapsamlı bir çalışmaya göre acil servis çalışanları (%74), cerrahi (%30) veya ayaktan tedavi (%57) bölümlerinden daha yüksek şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir (38). Kapsamlı bir araştırmada Türkiye'de de şiddete en sık maruz kalınan bölüm acil servis (%63) ve yataklı servistir (%63) (33). Aynı araştırmacılar tarafından dört yıl sonra yapılan kapsamlı bir diğer çalışmada da sonuçlar benzerlik göstermiştir (acil servis %64 ve yataklı servis %61) (Ayrancı 2006). Yine Türkiye'de üç değişik hastanede farklı klinik ortamlarda çalışan 467 hemşire ile yapılan ve son 12 aylık dönemi kapsayan bir çalışmada, psikiyatri kliniğinde (%100), acil servislerde (%98) ve pediatri kliniğindeki (%97) hemşirelerin şiddete en sık maruz kaldıkları belirlenmiştir (39). Acil servisler, tüm hastaların hızlı tıbbi müdahale beklentisi içerisinde olduğu, yüksek riskli hastalara hizmet sunan, tüm tıbbi müdahalelerin hızlı bir şekilde ve çoğu zaman hasta yakınlarının varlığında yapıldığı ve ölüm olaylarının daha sık olduğu bölümlerdir. Buna bağlı olarak, acil servisteki hasta ve hasta yakınlarında yüksek stres sebebiyle en küçük sorunlar sebebiyle saldırganlık ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ortaya çıkabilmektedir (40).

2.3.3. Faillere Göre Epidemiyoloji

Sağlık çalışanları, hastalar ve hastaların yakınları kadar iş arkadaşları ve kendi sosyal çevreleri ile de iş ortamlarında karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle, iş yerinde maruz kalınan şiddet Bölüm 2.2'de açıklandığı gibi bu ilişkilere

göre de sınıflandırılabileceği gibi, şiddet eğilimi ve oranları failin bazı sosyal ve ekonomik özelliklerine göre de değişiklik gösterebilir. Şiddetin faili ile kurban arasındaki ilişki düzeyi göz önüne alındığında sağlık çalışanlarında şiddet, diğer işyeri şiddet olaylarındaki gibi tip I (örneğin, kaçarken saklanma amacıyla hastaneye gelmiş bir suçlunun uyguladığı şiddet), tip II (örneğin, hasta veya hasta yakınının uyguladığı şiddet), tip III (örneğin, bir sağlık çalışanının başka bir sağlık çalışanına uyguladığı şiddet) ve tip IV (bir sağlık çalışanının bir yakınının işyerine gelerek ona uyguladığı şiddet) olarak sınıflandırılabilir (2,8-10). Bu sınıflandırmaya göre, sağlık personelinin en sık maruz kaldığı şiddet çeşidinin tip II olduğu rapor edilmiştir (2,9,10).

Yukarıda belirtildiği gibi, sağlık çalışanları en yaygın olarak hastalar ve hasta yakınlarının şiddet eylemlerinin hedefi olmaktadırlar. Bir sağlık kuruluşundan hizmet alan hasta ve hasta yakınları çok geniş bir sosyal ve ekonomik yelpazede yer alabilir. Dolayısıyla, hasta ve hasta yakınlarının şiddet eğilimi ile onların sosyal ve ekonomik özellikleri arasındaki ilişki bir çok çalışmanın konusu olmuştur. Bazı araştırmalarda erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, eğitim seviyesi düşük, alkol ve madde bağımlılığı olan, mental veya davranış bozukluğu olan, nörolojik sorunu olanlar, 21-30 yaşlarında olan, silah bulunduran, daha önce adli olaylara karışmış veya tutuklanma öyküsü olan hasta veya hasta yakınlarının şiddete daha eğilimli olduğu belirtilmiştir (31,38,40-43).

2.4. ŞİDDETİN SEBEPLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Sağlık çalışanları, şiddet görme açısından farklı risk faktörleri bulunduran birçok değişik ortam ve şartlar altında çalışmaktadır. Bunlardan bazıları Tablo 2.2'de verilmiştir.

Çalışmalar, yataklı psikiyatri kliniklerinde çalışan tüm çalışanların, diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek şiddete maruz kalma riski altında olduğunu göstermiştir (2,29,37,44). Benzer şekilde, ruhsal bozukluklar da şiddet eğilimini artıran faktörler olarak gösterilmiştir (9,45-47). Bir çalışmada, erkek Alzheimer hastalarının sağlık çalışanlarına karşı uyguladıkları fiziksel şiddetin kadın hastaların uyguladıkları şiddetten anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir (48).

Acil servislerde yapılan çalışmalar, uzun bekleme sürelerinin, kalabalık hasta popülasyonunun, düşük yemek kalitesinin, tanı veya prognoz sonuçlarının olumsuz olmasının, düşük sosyoekonomik durumun, silaha ulaşım kolaylığının ve çete/örgütsel suçların sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artırıcı risk faktörlerinden olduğunu göstermektedir (2,49,50).

Amerikan İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi (OSHA) kılavuzları, yüksek nüfus yoğunluğu olan kentsel bölgelere hizmet veren acil serviste çalışmayı işyerinde şiddet için bir risk faktörü olarak tanımlamaktadır (2,49). Ancak bazı çalışmalar, nüfus yoğunluğunun daha düşük olduğu banliyö hastaneleriacil servis çalışanları ile kentsel ve birinci seviye travma merkezi acil servis çalışanlarının şiddete maruz kalma oranlarının benzer olduğunu göstermiştir (2,29).

Tablo 2.2. Hastanelerde şiddet riskini artırabilecek faktörler (1,8).

• İstikrarsız insanlarla doğrudan çalışmak (uyuşturucu veya alkol etkisi)
• Şiddet öyküsü veya belirli psikotik teşhisleri olan bireylere hizmet sunmak
• Yetersiz personel ile özellikle yemek saatlerinde ve ziyaret saatlerinde çalışmak
• Hastaların taşınmasının gerekliliği
• Uzun bekleme süresi
• Kalabalık, rahatsız bekleme odaları
• Yalnız çalışmak
• Kötü çevre tasarımı
• Yetersiz güvenlik
• Krizleri önlemek ve yönetmek için personel eğitimi ve politikalarının eksikliği
• Uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımı
• Ateşli silahlara erişim
• Halka açık olan olması
• Kötü aydınlatılmış koridorlar, odalar, otopark ve diğer alanlar

Bazı araştırmalarda, iş ortamı koşullarının fail için fırsat yaratabilecek şekilde olmasının iş yerinde şiddet eylemlerine hedef olma riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalarda; tek başına veya az sayıda kişi ile bir arada çalışmak, gece geç saatlerde çalışmak, suç oranının yüksek olduğu ve korunaksız yerlerde çalışmak, iş yükünün fazlalığıı, işle ilgili stresin yüksek olması, rol çatışması varlığı, yönetim desteği eksikliği, çalışma yerinin görünürlüğü ve aydınlatmasının az olması

bunlara örnek olarak verilmiştir (28,51-53). Bazı araştırmalar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin normal çalışma saatlerinde daha yüksek olduğunu belirtse de, diğer bazı çalışmalarda gece saatlerinde çalışmanın daha fazla risk taşıdığı belirtilmiştir (28,54). Gece vardiyasında çalışan hemşireler ile hafta sonlarında çalışan hemşirelerin daha sık bir şekilde fiziksel şiddete maruz kalma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (50).

2.5. ŞİDDETİN SONUÇLARI

Şiddet, maruz kalınan şiddetin türüne bağlı olarak, takip eden dönemde kurbanlar üzerinde değişik olumsuz etkiler bırakabilir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri, sadece kurbanları etkileyeceği gibi daha geniş bir yelpazede olaya karışmayan hasta ve yakınlarını ve diğer sağlık çalışanlarını da etkileyebilir (9).Sözlü ya da fiziksel saldırıya maruz kalmanın sağlık çalışanları için fiziksel ve psikolojik sonuçlar olabilir. Bu sonuçlardan bazıları Tablo 2.3'te verilmiştir. Literatürde bu sonuçlara ilişkin görüşler büyük değişkenlik arz etse de hemen hepsi yüksek oranlarda görülmektedir. Bu sonuçlar uzun vadede iş veriminin düşmesine, çalışanın eleştirel düşünebilme yeteneğinde azalmaya, tıbbi hatalarda artışa, diğer çalışma arkadaşlarının iş yükünün artmasına ve sağlık hizmetlerinde aksamalara neden olabilmektedir (9).

2.6. ŞİDDETİ ÖNLEMEDE BİRİNCİ BASAMAĞIN ROLÜ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarına meydan veren (yetersiz personel, uzun bekleme süreleri ve yetersiz güvenlik gibi) koşulların değiştirilmesi ve iyileştirilmesi çoğu zaman hekimin veya diğer sağlık çalışanlarının kontrolü veya yetkisi dahilinde değildir (1,8,55). Şiddet olaylarının sıkça görüldüğü ikinci veya üçüncü basamak kurumlarda, şiddet olaylarının büyük bir bölümü (uzun bekleme süresi gibi) hasta ve iş yoğunluğundan kaynaklanmaktadır (55,56). Ancak, sağlık çalışanlarının da (çalışma şartlarının olumsuzluklarından da kaynaklanabilecek) bazı uygunsuz yaklaşım veya davranışlarının da şiddet olaylarına yol açabildiği ve sağlık hizmeti alan bireylerin düşüncelerine göre bazı durumlarda şiddet olaylarından sorumlu tutulabildikleri belirtilmektedir (57,58). Sağlık sisteminde, acil olmayan bir sağlık sorunu için ilk tedavinin yanında ileri aşama tetkik ve tedaviler için kontrol noktası (*gatekeeper*) görevi de gören birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmakta olan Aile Hekimi, hastasının tıbbi ihtiyaçlarını doğru analiz ederek, gereken ileri tetkik ve tedaviler için uygun bir şekilde hastayı sevk ederek üst basamak kurumlardaki yoğunluğu azaltabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında iyi işleyen birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci ve üçüncü basamağa gereksiz başvuruları önlemek ve hastanelerde gereksiz başvurulardan kaynaklı yoğunluğun azaltılabilmesinde kritik öneme sahiptir.

Toplumsal şiddetin önlenmesi ve toplumun her aşamasındaki bireylerde şiddete yönelik farkındalık ve önleyebilmek için kişiye yönelik eğitim faaliyetlerinde de bulunan birinci basamak hekimleri koruyucu hekimlik bakış açısıyla da toplumun bilinçlendirilmesinde rol oynamaktadır. Son yıllarda basamaklandırılmış koruyucu hekimlik uygulamaları dikkat çekmekte olup, kişiyi aşırı tetkik ve tedaviden korumak şeklinde tanımlanan dördüncül korumaya ilaveten sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve stres, tükenmişlik gibi risk faktörlerinin kaldırılmasıyla hekimlerin hata yapmalarının azaltılması yoluyla toplum sağlığını korumaya yönelik yaklaşımlar da beşincil koruma olarak gündeme gelmektedir(59). Koruyucu hekimlik faaliyetleri boyutuyla değerlendirildiğinde ise çok fazla basamaklı korumanın gerekliliği tartışılmaktadır (59). Ancak sağlık çalışanı kimliğinin ötesinde toplumun bir bireyi olarak sağlık çalışanlarını da tıbbi açıdan değerlendirme yükümlülüğü olan Aile Hekimlerinin mesleki risk yönüyle şiddetin etkileri açısından bireyleri değerlendirmeleri, olumsuz sonuçları biyopsikososyal açıdan irdeleyerek uygun müdahaleyi planlamaları ve toplumsal şiddetin her boyutunda aktif rol alarak şiddeti önleyici faaliyetleri sürdürmeleri gerekmektedir. Dolayısıyla, kişi ve toplumun sağlık sorunlarını bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde değerlendirerek sağlığın desteklenmesini ve hastalığın önlenmesini amaçlayan Aile Hekimliği uygulamaları, hastalık önlemenin de ötesinde, gerek koruyucu hekimlik boyutuyla gerekse şiddetin bireylerde oluşturduğu travmanın etkilerini azaltmada önemli role sahiptir(59).

Tablo 2.3. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin olası sonuçları (1,9,15,40,54).

Psikolojik/duygusal sonuçlar
• Moral bozukluğu
• Korku (kaygı, çaresizlik ve güçsüzlük düşüncesi vb.)
• Öfke
• Kendine güven kaybı (utanç, çalışma arkadaşları arasında suçlanma vb.)
• Mağdur olma endişesi
• İş tatminsizliği
• İş yerinde stres
• İşi kaybetme endişesi
• İşe sopa getirme düşüncesi
• İşe silah getirme düşüncesi
• İş değiştirmeye varan şiddet korkusu
• İş değiştirme düşüncesi
• Çalışma saatleri değişikliği
• İşe gitmeme
• Düşük verimlilik
Fizyolojik sonuçlar
• Zihinsel veya fiziksel sıkıntı
• Geçmişe dönüş (flashback, halüsinasyon, kabuslar vb.)
• Depresyon
• Paranoya
• Uyuma zorluğu
• Konsantrasyon zorluğu
• İştahsızlık
• Kişilerarası çatışmalar
Fiziksel sonuçlar
• Fiziksel ağrı (başağrısı, şiddete hedef olan bölgede ağrı vb.)
• Fiziksel yaralanma (çürükler, ısırıklar, sıyrıklar, çizikler vb.)
• Tedavi gerektirecek derecede fiziksel yaralanma (kesik, kanama vb)
• İşten uzak kalmayı gerektirecek derecede fiziksel yaralanma
• Ölüm

2.7. ŞİDDETİ ENGELLEMEYE YÖNELİK ÖNLEMLER

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ciddi boyutlara ulaştığı ve engellenmesi gerektiği konusunda toplumun bütün kesimleri hemfikirdir. Engellemeye yönelik tedbirler konusunda ise değişik yaklaşımlar öne sürülmüştür (40). Temel olarak bu yaklaşımlar,

- Şiddet eğilimde olan hasta veya hasta yakınlarını önceden tespit ederek şiddeti önleyici davranış sergilemek ve çalışma arkadaşları arasındaki yardımlaşmayı güçlendirmek gibi sağlık çalışanlarının alabileceği önlemler,
- Çalışanlara şiddeti engelleme ve şiddetle başa çıkma eğitimi verilmesi ve şiddet olaylarını raporlamayı teşvik etmek gibi sağlık hizmetini sunan kurumların alabileceği önlemler,
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimini caydırıcı şekilde engelleyecek hukuki altyapının ve cezaların yürürlüğe girmesini sağlamak gibi yasama organının alabileceği önlemler,
- Raporlanan şiddet olaylarının hızlı ve sağlıklı bir şekilde sonuçlandırılmasına yönelik yürütme ve yargı organlarının alabileceği önlemler ve v) tüm bu hukuki sistem ve prosedürler hakkında tarafların (çalışanların ve kamunun) farkındalığının artırılması gibi yürütme organının alabileceği önlemler olarak gruplandırılabilir.

Kişisel korunma önlemlerinin (savunma teknikleri, cep telefonu, çağrı cihazı, silah vb.) kullanımının risk azaltmadaki etkisi bazı çalışmalarda gösterilirken bazı çalışmalarda etkisi bulunmamıştır (9,60-62). Çalışma arkadaşları arasındaki yardımlaşma gibi sosyal destekler şiddet eylemlerine karşı koruyucu bir faktör olarak gösterilmiştir (56). Bu tür bir destek sağlık çalışanının işlerine yönelik olumsuz fiziksel ve psikolojik tutumunu azaltarak şiddetle başa çıkmasına yardımcı olabilecekse de gelecekteki işyeri şiddeti korkusuna hiçbir etkisi olmadığı belirtilmiştir (56).

Sağlık çalışanlarına şiddeti engelleme ve şiddetle başa çıkma eğitimi verilmesi tıp eğitimi sırasında başlatılabilir ve hasta-hekim ilişkisini daha sağlam bir zemine oturtulması sorunun çözümüne katkı sağlayabilir (40,64). Tıp eğitimi ve çalışma sırasında verilen kurum içi eğitimler çalışanın şiddet eğilimini önceden tahmin etmesini sağlayan teknikleri kapsamalı ve özgüven artırıcı olmalıdır (14,40).

Bu gibi eğitimlerin, doğru ve etkin bir biçimde verildiğinde işyeri şiddetine maruz kalma riskini ve şiddet olaylarından kaynaklı psikolojik/duygusal etkilenmeyi azalttığı, sonuçları ile baş etmeye ve hekim ile hasta arasındaki ilişkinin düzenlenmesine katkı sağladığı belirtilmiştir (38,43,65). Bazı çalışmalarda, şiddet önleme eğitimleri alan çalışanların işyeri şiddetine maruz kalma riskinin azalmak yerine arttığına dair bulgular elde edildiyse de, bu tezat, bu gibi eğitimlerin şiddet riskinin zaten yüksek olduğu kurumlarda daha yaygın olması ile bu gibi eğitimlerin şiddet karşıtı farkındalığı ve raporlanma oranını artırması veya eğitim alanların kendine güvenle bu tür olaylarda araya girmesi ile açıklanmıştır (9,45,66).

Sağlık kuruluşlarının eğitim dışında çalışanlarına yönelik şiddeti engellemek için izleyebileceği stratejiler arasında kontrol noktaları, 24 saat çalışan güvenlik kameraları ve görevlileri, güvenlikli kapılar, kayıtlı giriş/çıkış, panik alarmları ve etkin raporlama sistemleri sayılmaktadır (67,68). Bu stratejilerin en önemlilerinden birisi, sağlıklı, etkin ve kararlı bir raporlama sistemi kullanarak çoğunlukla şiddetin en hafifi olarak görülen sözlü şiddet de dahil her türlü şiddete karşı sıfır tolerans politikasının karalı bir şekilde uygulanması ve kamunun bu uygulamalar konusunda etkin bir şekilde bilgilendirilmesidir. İşyerinde şiddet olaylarının rapor edilmesine yönelik kurumsal politika ve bu tür olaylara karşı kurumun pratikteki tepkisi ve kararlılığı, çalışanların sözlü tacize maruz kalma riski ve sıklığıyla ilişkili bulunmuştur (50,69). Önceden bir sözlü saldırının varlığı sonrasındaki fiziksel saldırı için bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (2,70). Bu nedenle, "kırık camlar" teorisine dayanarak düşük seviyedeki şiddete karşı raporlama ve cezalandırma aşamasında gösterilecek kişisel veya kurumsal müsamahanın daha ciddi bir saldırı için elverişli bir ortam yaratacağı ve çalışanların işyerinde fiziksel şiddet maruziyetini artıracağı belirtilmiştir (1,2,71,72). Sonuç olarak Bölüm 2.6.1 ve 2.6.2'de bahsedilen hukuki yaptırımların ve prosedürlerin etkin bir şekilde çalışması, kurumların çalışanlarına yönelik şiddete karşı kararlı tutumlarına bağlıdır.

2.7.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Yasal Hükümler

Ülkelerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti engelleme stratejileri değişiklik göstermektedir. Hatta ABD'de değişik eyaletlerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dair yasal düzenlemelerinde dahi farklılıklar vardır (2). ABD'de birkaç eyaletteki

işyerinde şiddete dair genel yasalar dışında sağlık kuruluşlarının özel olarak şiddeti önleme stratejilerine sahip olması zorunlu değildir (2,73).Amerikan İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi (OSHA) kılavuzları sağlıkta iş yeri şiddeti riskini azaltmak için bir yol haritası sağlamışsa da bunlar bağlayıcı değildir (49).

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik değişik dönemlerde ortaya çıkan ve artan şiddet vakaları, toplumsal farkındalığın artmasına ve halen mevcut olan yasal düzenlemelerin yapılmasına yol açmıştır (68). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet eylemi aşağıdaki genelge ve yönetmelikler kapsamında değerlendirilmektedir (74-76).

19 Mart 2011 tarih ve 27879 sayılı İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine Dair Genelge (74):

> "...çalışanların psikolojik tacizden korunması amacıyla aşağıdaki tedbirlerin alınması uygun görülmüştür.
> 1. İşyerinde psikolojik tacizle mücadele öncelikle işverenin sorumluluğunda olup işverenler çalışanların tacize maruz kalmamaları için gerekli bütün önlemleri alacaktır.
> 2. Bütün çalışanlar psikolojik taciz olarak değerlendirilebilecek her türlü eylem ve davranışlardan uzak duracaklardır.
> 3. Toplu iş sözleşmelerine işyerinde psikolojik taciz vakalarının yaşanmaması için önleyici nitelikte hükümler konulmasına özen gösterilecektir.
> 4. Psikolojik tacizle mücadeleyi güçlendirmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi, ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanacaktır.
> 5. Çalışanların uğradığı psikolojik taciz olaylarını izlemek, değerlendirmek ve önleyici politikalar üretmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla "Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu" kurulacaktır.
> 6. Denetim elemanları, psikolojik taciz şikâyetlerini titizlikle inceleyip en kısa sürede sonuçlandıracaktır.
> 7. Psikolojik taciz iddialarıyla ilgili yürütülen iş ve işlemlerde kişilerin özel yaşamlarının korunmasına azami özen gösterilecektir.
> 8. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı ve sosyal taraflar, işyerlerinde psikolojik tacize yönelik farkındalık yaratmak amacıyla eğitim ve bilgilendirme toplantıları ile seminerler düzenleyeceklerdir."

6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (75):

"...

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

...

(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;

...

ç) 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 kapsaması,

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) Çalışan güvenliği komitesi kurulması,

hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar..."

28 Nisan 2012 tarih ve 28277 sayılı Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (76):

"...

İKİNCİ BÖLÜM

(Hukuki Yardımın Mahiyeti)

Hukuki yardım yapılacak haller

MADDE 5 – (1) Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele veya bunların vefatı halinde kanuni mirasçılarına bu Yönetmelik kapsamında hukuki yardımda bulunulabilmesi için aşağıda belirtilen hallerin gerçekleşmiş olması gerekir.

a) Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması.

b) İlgilinin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması.

c) İlgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunmaması.

(2) Personelin, bir olayda hem mağdur hem de şüpheli veya sanık durumunda olması halinde mağdur sıfatıyla hukuki yardım yapılır.

Vekâlet ilişkisi

MADDE 6 – (1) Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu hizmetten dolayı bu Yönetmelik kapsamındaki personele karşı işlendiği iddia edilen suçlara ilişkin soruşturma ve kovuşturmalarda; Bakanlık ve bağlı kuruluşlar merkez ve taşra teşkilatı ile döner sermaye teşkilatı kadrolarında bulunan avukatlar ile 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa göre hizmet alımı suretiyle kendilerine idarece vekâlet verilmiş avukatlar, ayrıca vekâletname ibrazı gerekmeksizin ilgili personelin veya kanuni mirasçılarının vekili sıfatıyla işlem yapmaya yetkilidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

(Hukuki Yardım Usulü)

Bildirim ve kayıt sistemi

MADDE 7 – (1) Bakanlık, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen fiillerin bildiriminin yapılacağı ve kayıtlarının tutulacağı bir sistem kurar. Bu sistemde kişisel verilere ilişkin bilgilere yer verilemez.

(2) Bu Yönetmelik kapsamında işlenen fiilleri, ilgili sağlık kurum ve kuruluşunun yöneticisi, adli mercilere ve Bakanlıkça kurulan sisteme bildirir. Mağdur personel de bu bildirimi yapabilir.

(3) Bildirim üzerine Bakanlık, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırır. Bakanlıkça keyfiyet ayrıca ilgili hukuk birimlerine de bildirilir.

Talepte bulunulması

MADDE 8 – (1) 7 nci maddenin üçüncü fıkrasına göre Bakanlıkça kendilerine bildirim yapılan hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan personele veya vefatı halinde kanuni mirasçılarına bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini sorar ve talep istikametinde hareket eder. Ayrıca mağdur personel veya kanuni mirasçıları, görev yaptığı kurum veya kuruluş yöneticisine de hukuki yardım talebini bildirebilir. İlgili yönetici, bu talebi gecikmeksizin hukuki yardım yapmakla görevli ve yetkili birimlere intikal ettirir.

(2) Personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin işlenildiği herhangi bir şekilde öğrenildiğinde, Bakanlık taşra teşkilatı için il sağlık müdürlerince, bağlı kuruluş taşra teşkilatı için ise bu kuruluşların taşra teşkilatı birim amirlerince bu Yönetmelik hükümleri resen uygulanır ve ilgili personelin veya kanuni mirasçılarının hukuki yardım müessesesini etkin bir şekilde kullanabilmesi için gerekli tedbirler alınır.

Hukuk birimlerince inceleme

MADDE 9 – (1) Hukuki yardım talebine ilişkin taleplerin gereği yapılmak üzere kendilerine intikalini müteakip Bakanlık ve bağlı kuruluşları taşra teşkilatı hukuk birimlerince yapılacak inceleme neticesinde talebin bu Yönetmelik kapsamında bulunmadığının değerlendirilmesi halinde durum gerekçeli bir yazı ile ilgili birim amirine ve talepte bulunana derhal bildirilir.

(2) Birinci fıkra uyarınca yapılacak bildirim üzerine ilgili personelin itiraz etmesi veya birim amirinin yazılı olarak yeniden talepte bulunması halinde dilekçe ve ekleri en geç yedi gün içerisinde ilgisine göre Bakanlık Hukuk Müşavirliği veya Kurum Hukuk Müşavirliğine gönderilir.

(3) Bakanlık Hukuk Müşavirliği veya Kurum Hukuk Müşavirliği tarafından verilecek karar ilgili personele, birim amirine ve taşra teşkilatı hukuk birimine gönderilir.

(4) Üçüncü fıkra uyarınca verilecek karar idari açıdan kesin olup, taşra teşkilatı hukuk birimleri bu karar çerçevesinde işlem tesis etmekle yükümlüdür.

(5) İlgili hukuk birimleri, safahatına göre soruşturma veya kovuşturma işlemleri ile alâkalı olarak ifası lâzım gelen hukuki işlemleri gecikmeksizin başlatır."

2.7.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Hukuki Süreçler

Bölüm 2.6.1'de verilen 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile tesis edilen **Beyaz Kod Uygulaması**, en son 16 Mart 2016 tarih ve 11045126-010.06 sayılı Sağlık Bakanlığı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi ile düzenlenmiştir ve halen yürürlüktedir (77). Beyaz Kod, uluslararası bir düzenleme ile kabul edilen bir

uygulama olmasa da bazı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını raporlama ve mağdura hukuki, psikolojik ve fiziksel yardım sağlamak amacıyla kullanılan bir koddur (78). Sistemin kullanımı ve hukuki sürecin işleyişi Sağlık Bakanlığı'nın ilgili resmi sitesindeaşağıdaki gibi açıklanmıştır (79):

> "Sağlık çalışanları aşağıdaki üç yoldan biri ile süreci başlatabilir:
> a. "http://www.beyazkod2.saglik.gov.tr" adresinden kendisi başvurarak,
> b. Telefonla 113 numaralı çağrı merkezini arayarak,
> c. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi'ndeki (ÇGB) personele müracaat ederek.
> Yapmış olduğunuz başvuru neticesinde;
> 1- Kurumunuzda/biriminizde görevlendirilen birim/personel en kısa sürede sizinle irtibata geçecektir.
> 2- Söz konusu birim/personel başvurunuza ilişkin olarak aşağıdaki bilgi ve belgeleri temin ederek beyaz kod sistemine kaydedecek ve asıllarını İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü'ne intikal ettirecektir.
> a. Olay tutanağı; Şiddet olayı sonrasında tutulan ve hadiseyi izah eden tutanaktır. Şiddete maruz kalan çalışan, adli süreçlerde kanıt teşkil etmesi açısından olaya tanık olan diğer personel ile birlikte, olayı anlatan ve belgeleyen bir tutanak düzenlemelidir. Tutanakta, tarih ve saat bilgileri ile failin kimlik bilgilerine (eğer bilinmiyorsa açık eşkâline), olayın gelişim seyrine ve mağdur çalışana yönelik saldırının ayrıntılarına yer vermesinin yanı sıra mutlaka olaya tanık olan personelin adları ve imzaları, ayrıca tutanağın düzenlendiği tarih de yer almalıdır. Tutanak el yazısı ile düzenlenebilir, ancak okunaklı olması gerekir. Düzenlenen olay tutanağının ÇGB'ye teslim edilmesi gerekmektedir. Sistemden 'Örnek Dokümanlar'a tıklayarak "olay tutanağı formu" örneğine ulaşabilirsiniz.
> b. Hukukî yardım talep formu; Bu form beyaz kod kapsamında hukukî yardım talep edip etmediğinizi belirtir. Görevli birim/personel tarafından hazırlanarak size imzalatılır. Hukukî yardım talep etmeniz halinde, söz konusu başvurunuz beyaz kod kapsamında ise, ceza yargılaması aşamasında Bakanlığımız avukatlarınca tarafınıza hukukî yardım verilecektir.
> c. İhbar dilekçesi; Beyaz Kod kapsamında işlenen suçlar genel itibariyle takibi şikâyete bağlı olmayan, başka bir ifade ile siz şikâyetçi olmasanız dahi adli mercilerce kendiliğinden soruşturulan suçlardır. Bu tür suçtan haberdar olan yöneticinin, suçu adli mercilere intikal ettirmesi yasal bir zorunluluktur. Bu nedenle görevli birim/personel tarafından hazırlanarak yöneticiye imzalatılır.
> d. Onam formu; Beyaz kod kapsamında yapmış olduğunuz başvuru ve bu başvuru nedeniyle yürütülen adli süreçte elde edilen bilgi ve belgeler, kişisel bilgileriniz anonimleştirilerek, başka bir ifade ile; kişisel bilgilerinizden arındırılarak, analizlerinin yapılmasında ve neticesinde sağlık personeline

karşı gerçekleşen şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla kullanılacaktır. Bu durumu izah eden ve söz konusu bilgi ve belgelerin kullanılmasına izin veren onam formu görevli birim/personel tarafından hazırlanacak ve tarafınıza imzalanacaktır.

e. Olayı doğrulayan diğer kanıtlar; şiddet uygulayanın kimlik bilgileri, kamera kayıtları, tanıklar, olaya ilişkin diğer tutanaklar ve benzeri tüm bilgi ve belgeler görevli birim/personel tarafından toplanarak sisteme kaydedilir.

3- İl Beyaz Kod Koordinatörü tarafından görevli birim/personel tarafından intikal ettirilen bilgi ve belgeler tetkik edilerek;

a. Başvurunuz beyaz kod kapsamında ise bilgi ve belgeler adli mercilere intikal ettirilerek adli süreç başlatılır ve süreç boyunca size hukuki yardım yapılır.

b. Başvurunuz beyaz kod kapsamında değil ise tarafınıza gerekli bilgilendirme yapılacaktır. Bu durumda hukuki yardım talebinizde karşılanmayacaktır. Başvurunuzun beyaz kod kapsamında olmadığına ilişkin bilgilendirme tarihinden itibaren 7 gün içerisinde İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne bir dilekçe ile itiraz edebilirsiniz.

4- Adli süreç:

a. Bu süreçte adli mercilerce tarafınıza yapılacak tüm tebligatlar hususunda en kısa sürede il koordinatörlüğünü haberdar etmeniz önem arz etmektedir.

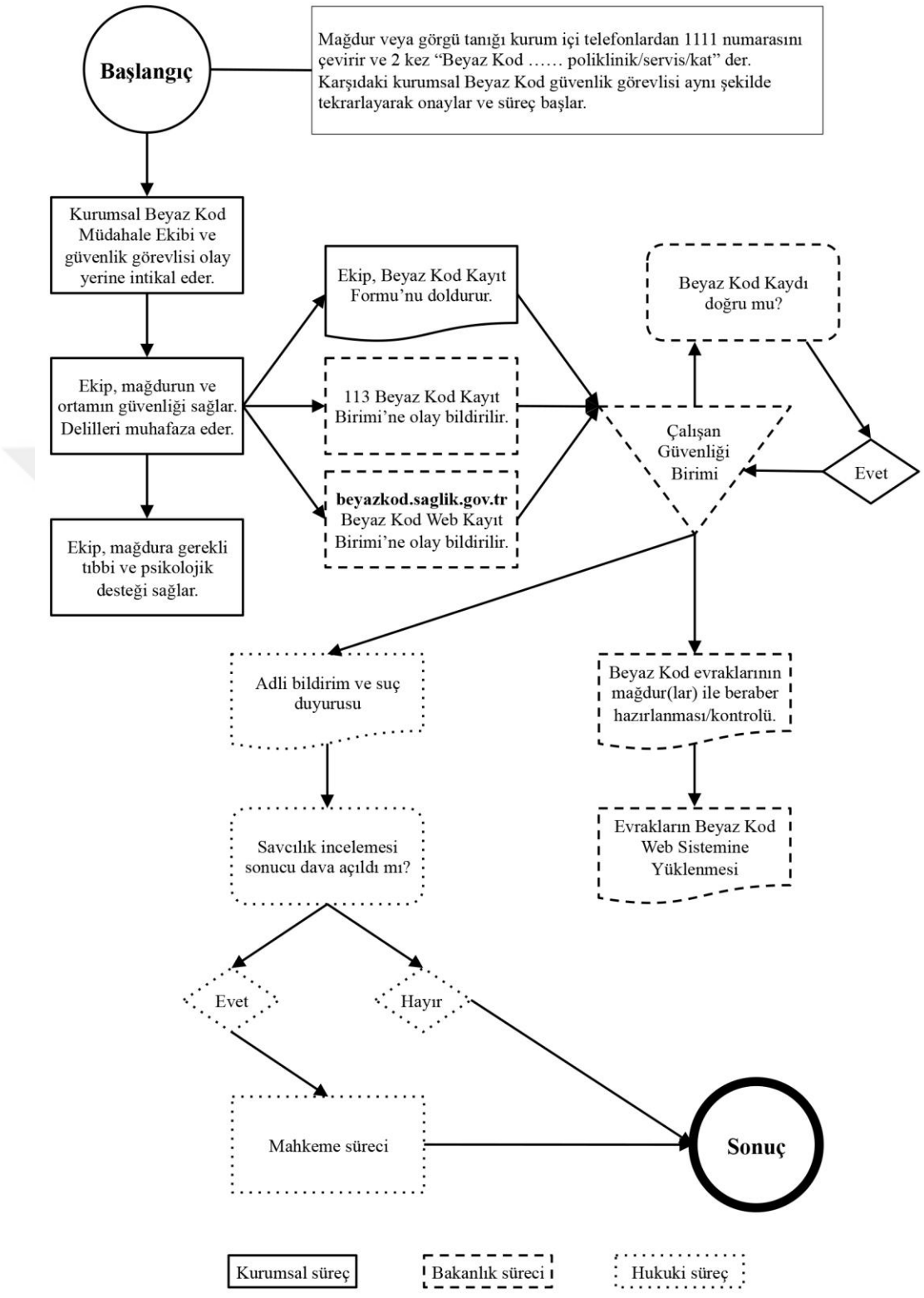
b. Yapılacak duruşmalarda bulunmanız gerekmektedir. Aksi halde mahkemece zorla getirilme kararı verilebilir.

c. Bu süreçte özel avukatınızdan da hukuki yardım alabilirsiniz. Bu durumda Bakanlığımız avukatlarından hukuki yardım almaya devam edip etmeyeceğiniz hususunda il koordinatörlüğünü bilgilendirmeniz gerekmektedir.

5- Bilgilendirme:

Tüm bu süreç boyunca, sürecin her aşamasından, tarafımıza vermiş olduğunuz mail adresine bilgilendirme mailleri gönderilerek haberdar edileceksiniz."

Beyaz Kod uygulaması ile öngörülen hukuki süreç, olayın mağduru veya görgü tanığı tarafından kurum içi telefonlardan 1111 numarasını çevirerek ve "Beyaz Kod …… poliklinik/servis/kat" cümlesini 2 kez tekrarlayarak karşı taraftaki kurumsal Beyaz Kod güvenlik görevlisinin de aynı cümleyi aynı şekilde tekrarlayarak onaylaması sonrası telefonu kapatması ile başlar. En uzun haliyle bu süreç,mahkemelerin olayın failine yönelik kararını açıklaması ve üst mahkemenin de kararı onaylaması ile son bulur.Bu hukuki süreç Şekil 2.1'de algoritmik olarak verilmiştir.



Şekil 2.1. Beyaz Kod başvuru süreci ve müteakip hukuki süreç.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. VERİ TOPLAMA

Bu retrospektif kesitsel çalışmada, 2014-2015 yıllarında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi genelindeki Beyaz Kod başvuruları değerlendirilmiştir. Çalışmanın evrenini hastane bünyesinde çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Söz konusu hastane sosyoekonomik seviyesi düşük bir bölgede bulunmakta ve tüm Ege Bölgesi'nden gelen hastalara üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Hastanede 3.700 sağlık çalışanı (hekim, hemşire, teknisyen, sağlık görevlisi, vb.) bulunmaktadır. Beyaz Kod başvuruları ve bu başvuruların hukuki sonuçları, çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri arasında ise, sosyodemografik değişkenler, mağdurun sosyal ve profesyonel profili, olayın gerçekleştiği birim, şikayetçi olma durumu, davalarda avukat bulundurma, mağdurun duruşmalarda bulunması gibi veriler yer almaktadır.

Çalışmanın verileri, Beyaz Kod başvurusuna sebep olan olayın tutanağı, Beyaz Kod başvuru formu, hukuki yardım talep formu ve hukuki sürecin mahkeme tarafından karara bağlandığı ilamlardan derlenmiştir. Veriler, Tablo 3.1'de gösterildiği gibi sistematikleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

i. Beyaz kod başvurusu olmak
ii. Beyaz kod ile ilgili kayıtlarda eksiklik olmamak
iii. Hukuki olarak sonuçlanmış dava dosyasına sahip olmak

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) veri analiz programı kullanıldı. Değişkenleri tanımlayıcı istatistikleri için frekans (sıklık), yüzde değerleri, ortalama ve standart sapma hesaplandı. Sayısal verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk Test ile gösterildi. İstatistiksel analizlerde, kategorik veriler için Fisher's Exact Test, sayısal (sürekli) değişkenler için ise Bağımsız Örneklerde *t*Test uygulandı. Sonuçların değerlendirilmesinde, $p<0.05$ düzeyi anlamlılık için eşik değer olarak tanımlandı.

Tablo 3.1.Çalışma kapsamında toplanan verilerin sistematikleştirilmesi.

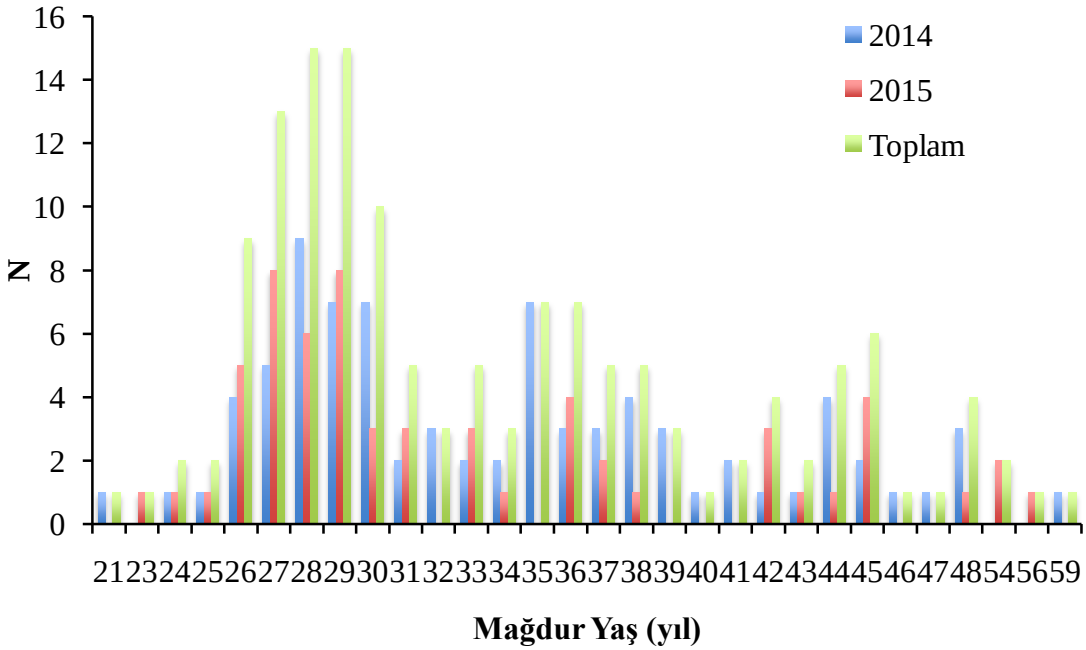
Veri Adı	Açıklaması
Kayıt numarası	Bu çalışma kapsamında her bir olaya özel numara
Cinsiyet	Mağdur sağlık çalışanının cinsiyeti (Erkek/Kadın)
Yaş	Mağdurun yaşı (Yıl)
Görev	Mağdurun görevi (Uzman/Asistan/Hemşire/Diğer/Doçent/Profesör)
Medeni hal	Mağdurun medeni hali (Evli/Bekar)
Birim	Olay mahalli birim (Acil/Poliklinik/Servis/Yoğun bakım)
Şiddet türü	Olayda sergilenen şiddet türü (Sözlü/Fiziksel/Sözlü+Fiziksel)
Olay tarihi	Olayın gerçekleştiği tarih (Gün/Ay/Yıl)
Olay saati	Olayın gerçekleştiği zaman dilimi (8-12/12-16/16-20/20-24/0-4/4-8)
Fail	Failin kurumda bulunma sebebi (Hasta/Hasta yakını)
Fail cinsiyet	Failin cinsiyeti (Erkek/Kadın)
Şikayet	Mağdur hukuki olarak şikayetçi oldu mu? (Evet/Hayır)
Dava	Başvuru sonucunda ceza davası açıldı mı? (Evet/Hayır)
İlk celse	Olay tarihi ile ilk duruşma arasındaki süre (Gün)
Celse sayısı	Hukuki süreçteki mahkeme duruşması sayısı (Sayı)
Karar süresi	Hukuki sürecin ilk ve karar duruşması arasındaki süre (Gün)
Avukat	Mağdurun avukatı var mı? (Evet/Hayır)
Davaya katılım	Mağdur dava duruşmalarında hazır bulundu mu? (Evet/Hayır)
Ceza türü	Süreç sonunda verilen ceza (Para/Hapis/Para+Hapis/Ceza yok)
Ceza miktarı	Cezanın miktarı (Para: TL/Hapis: gün)
Mağdur sayısı	Olayda mağdur olan sağlık çalışanı sayısı (Sayı)

3.3. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan11 Aralık 2017 tarih ve 5nolu karar ile alındı (Ek 1).

4. BULGULAR

İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde 2014-2015 yıllarında toplam 141 Beyaz Kod başvurusu gerçekleştirilmiştir. Bu başvuruların 81 tanesi 2014 yılında, 60 tanesi 2015 yılında gerçekleşmiştir. Çalışan sayısına oranla Beyaz Kod başvurusu 2014 ve 2015 yıllarında sırasıyla %2,2 ve %1,6 olmuştur. Beyaz Kod başvurusunda bulunan sağlık çalışanlarının yaş dağılımı Şekil 4.1'de verilmiştir. Mağdur sağlık çalışanlarının çoğunluğu genç (21-35) yaş grubundadır (n=64, %64,5). Başvurulara dair diğer tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1'de sunulmuştur. Olayların hemen hepsinde şiddetin hedefinde (n=133, %94,3) bir tek sağlık çalışanı vardır. Beyaz Kod başvurusu yapan mağdurlar daha çok kadın sağlık çalışanları (n=92, %65,2) ve asistan doktorlardır (n=75, %51,1). Başvurulara konu olan olaylar en çok acil serviste cereyan etmekte (n=59, %41,8) ve olayların büyük çoğunluğunda mağdura sözlü şiddet uygulandığı (n=121, %85,8) raporlanmaktadır. Failler daha çok hasta yakınları (n=86, %61,0) ve erkektir(n=86, %61,0).



Şekil 4.1. Beyaz Kod başvurusunda bulunan sağlık çalışanlarının yaş dağılımı.

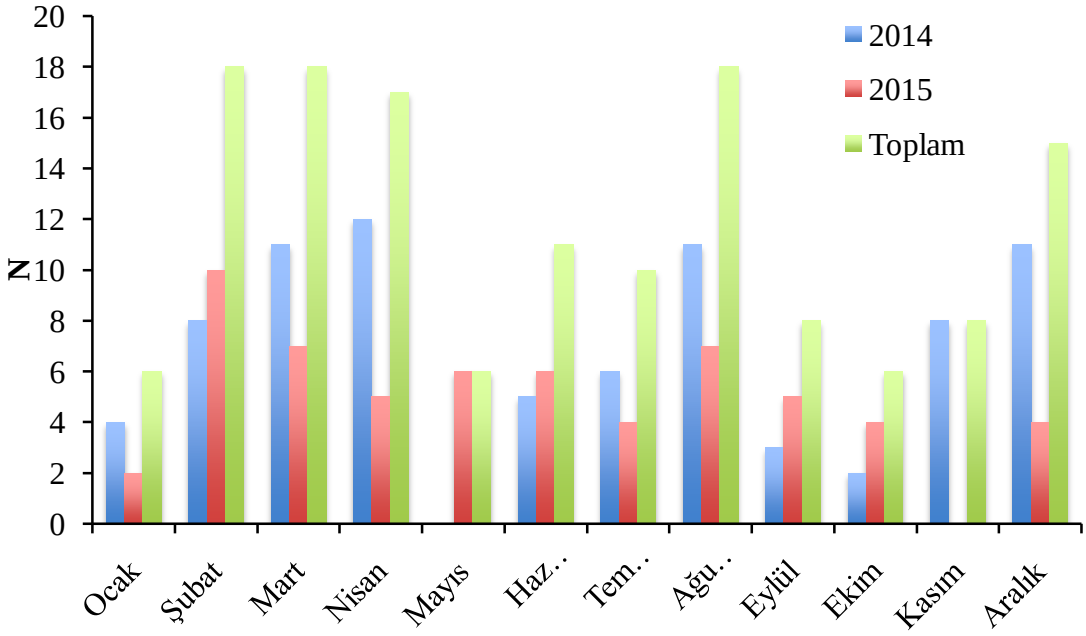
Tablo 4.1. Beyaz Kod olaylarına dair tanımlayıcı istatistikler.

Değişken		**2014 n (%)**	**2015 n (%)**	**Toplam n (%)**
Beyaz Kod sayısı		81	60	141
Mağdur sayısı	1	74 (91,4)	59 (98,3)	133 (94,3)
	>1	7 (8,6)	1 (1,7)	8 (5,7)
Mağdurun yaşı[a] (Yıl)	Ortalama ±SS	34,2 ±7,2	33,3 ±8,1	33,8 ±7,6
	Genç (21-35)	51 (63,0)	40 (66,7)	91 (64,5)
	Orta (36-50)	29 (35,8)	17 (28,3)	46 (32,6)
	İleri (51-60)	1 (1,2)	3 (5)	4 (2,8)
Mağdurun cinsiyeti	Erkek	30 (37,0)	19 (31,7)	49 (34,8)
	Kadın	51 (63,0)	41 (68,3)	92 (65,2)
Mağdurun görevi	Uzman doktor	16 (19,8)	12 (20,0)	28 (19,9)
	Asistan doktor	43 (53,1)	29 (48,3)	72 (51,1)
	Doçent	4(4,9)	3 (5,0)	7 (5,0)
	Profesör	2(2,5)	-	2 (1,4)
	Hemşire	13(16,0)	15 (25,0)	28 (19,9)
	Diğer	3(3,7)	1 (1,7)	4 (2,8)
Mağdurun medeni hali	Evli	63 (77,8)	41 (68,3)	104 (73,8)
	Bekar	18 (22,2)	19 (31,7)	37 (26,2)
Olay saati	08:01-12:00	28 (34,6)	19 (31,7)	47 (33,3)
	12:01-16:00	21 (25,9)	20 (33,3)	41 (29,1)
	16:01-20:00	8 (9,9)	8 (13,3)	16 (11,3)
	20:01-00:00	11 (13,6)	5 (8,3)	16 (11,3)
	00:01-04:00	10 (12,3)	6 (10)	16 (11,3)
	04:01-08:00	3 (3,7)	2 (3,3)	5 (3,5)
Olay yeri birimi	Acil servis	32 (39,5)	27 (45,0)	59 (41,8)
	Poliklinik	25 (30,9)	12 (20,0)	47 (26,2)
	Servis	22 (27,2)	18 (30,0)	40 (28,4)
	Yoğun bakım	2 (2,5)	3 (5,0)	5 (3,5)
Olaydaki şiddet türü	Sözlü	72 (88,9)	49 (81,7)	121 (85,8)
	Fiziksel	2 (2,5)	-	2 (1,4)
	Sözlü+Fiziksel	7 (8,6)	11 (18,3)	18 (12,8)
Fail	Hasta	33 (40,7)	22 (36,7)	55 (39,0)
	Hasta yakını	48 (59,3)	38 (63,3)	86 (61,0)
Failin cinsiyeti	Erkek	48 (59,3)	38 (63,3)	86 (61,0)
	Kadın	33 (40,7)	22 (36,7)	55 (39,0)
Mağdur şikayetçi	Evet	63 (77,8)	53 (88,3)	116 (82,3)
	Hayır	18 (22,2)	7 (11,7)	25 (17,7)

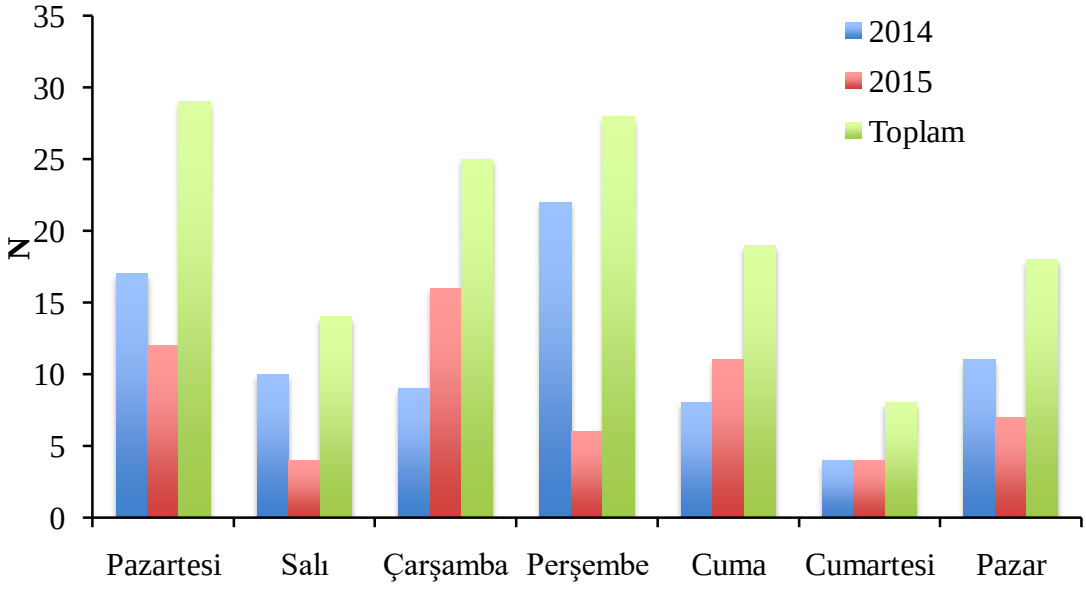
[a]Mağdurun yaşı normal dağılım göstermektedir.Shapiro-Wilk test p=0.269

Beyaz Kod başvurusuna konu olan olayların, yılın aylarına, haftanın günlerine ve günün dört saatlik dilimlerine göre dağılımları sırasıyla Şekil 4.2, Şekil 4.3 ve Şekil 4.4'te verilmiştir. Buna göre, Beyaz Kod başvurularına neden olan olayların en çok Şubat-Nisan aralığında ve Ağustos ayında, Pazartesi ve Perşembe

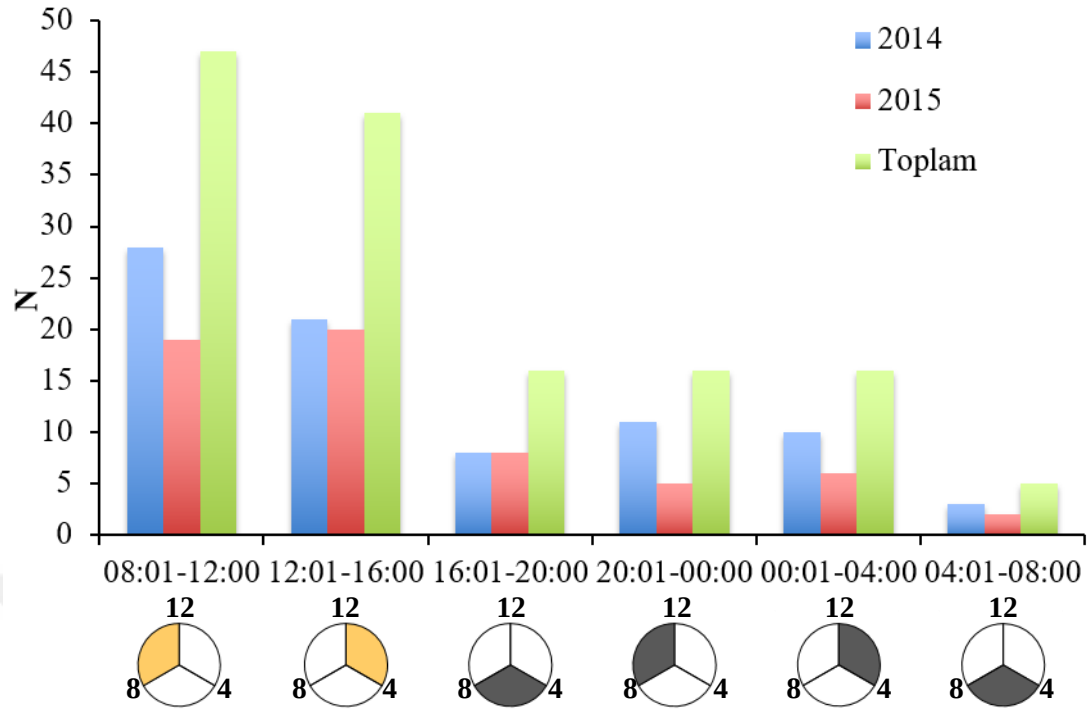
günlerinde, ve normal mesai saatleri olan 8:00-16:00 saatleri arasında gerçekleştiği görülmektedir.



Şekil 4.2. Beyaz Kod başvurularının yılın aylarına göre dağılımı.



Şekil 4.3. Beyaz Kod başvurularının haftanın günlerine göre dağılımı.



Şekil 4.4. Beyaz Kod başvurularının günün saat dilimlerine göre dağılımı. Normal mesai saatleri olan 8:00-16:00 aralığı sarı renkli saat dilimleri ile, bunun dışındaki aralıklar (nöbet) gri renkli saat dilimleri ile gösterilmiştir.

Beyaz Kod başvurusuna konu olan olay sonrası hukuki sürece dair tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.2'de sunulmuştur. Buna göre, mağdurların büyük çoğunluğu (n=116, %82,3) failden resmen şikayetçi olarak hukuki sürecin başlatılmasını istemiştir. Beyaz Kod başvurularının büyük çoğunluğunun (n=117, %83,0) ceza davası açılmasına yol açtığı görülmüştür. Beyaz Kod olaylarının 24'ünde dava yoluna gidilmediği görülmektedir. Bu 24 olayın 17'sinde mağdurun şikayetçi olmaması sebebiyle dava yoluna gidilmediği, kalan 7 olayda ise mağdur şikayetçi olmasına rağmen Cumhuriyet Savcılığı tarafından suç unsuru saptanmaması sebebiyle ceza davası yoluna gidilmediği rapor edilmiştir. Öte yandan, mağdurun şikayetçi olmadığı 8 olayda ise Cumhuriyet Savcılığı tarafından suç unsuru saptanması sebebiyle ceza davası açıldığıtespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Beyaz Kod sonrası hukuki sürece dair tanımlayıcı istatistikler.

Değişken		**2014 n (%)**	**2015 n (%)**	**Toplam n (%)**
Beyaz Kod başvurusu sayısı		81	60	141
Mağdur şikayetçi mi?	Evet	69 (85,2)	47 (78,3)	116 (82,3)
	Hayır	12 (14,8)	13 (21,7)	25 (17,7)
Dava açıldı mı?	Evet	67 (82,7)	50 (83,3)	117 (83,0)
	Hayır	14 (17,3)	10 (16,7)	24 (17,0)
Mağdurun avukatı var mı?	Evet	59 (88,1)	48 (96,0)	107 (91,5)
n=117	Hayır	8 (11,9)	2 (4,0)	10 (8,5)
Mağdurun duruşmalara katılımı	Evet	62 (92,5)	50 (100,0)	112 (95,7)
n=117	Hayır	5 (7,5)	-	5 (4,3)
Duruşma sayısı	1	43 (64,2)	30 (60,0)	73 (62,4)
n=117	2	14 (20,9)	18 (36,0)	32 (27,4)
	3	10 (14,9)	2 (4,0)	12 (10,3)
	Ortalama ±SS	1,5 ±0,7	1,4 ±0,6	1,5 ±0,7
Olay ile davanın ilk duruşması arasındaki ortalama süre[a] (Gün)	Ortalama ±SS	222,6 ±59,7	227,0 ±57,8	224,5 ±58,7
	Minimum	120	110	110
n=117	Maksimum	380	370	380
İlk duruşma ile karar duruşması arasındaki ortalama süre[a] (Gün)	Ortalama ±SS	183,3 ±111,4	127,5 ±57,5	158,0 ±94,3
	Minimum	60	60	60
n=44	Maksimum	470	240	470
Olay ile karar duruşması arasındaki ortalama süre[a] (Gün)	Ortalama ±SS	288,3 ±121,9	278,0 ±78,7	283,9 ±105,4
	Minimum	150	165	150
n=117	Maksimum	640	490	640
Fail ceza aldı mı?[b]	Evet	66 (82,5)	49 (81,7)	115 (82,1)
n=140	Hayır	14 (17,5)	11 (18,3)	25 (17,9)
Fail ceza aldı mı?[b]	Evet	66 (100,0)	49 (98,0)	115 (99,1)
n=116	Hayır	-)	1 (2,0)	1 (0,9)
Ceza türü	Para	52 (78,8)	38 (77,6)	90 (78,3)
n=115	Hapis	12 (18,2)	9 (18,4)	21 (18,3)
	Para+Hapis	2 (3,0)	2 (4,1)	4 (3,5)
Para cezası[a] (TL)	Ortalama ±SS	4.494,26 ±2.299,89	3.924,00 ±1.945,82	4.251,60 ±2.163,92
n=94	Minimum	600	600	600
	Maksimum	7300	7300	7300
Hapis cezası[c] (Gün)	Ortalama ±SS	254,1 ±171,8	240,0 ±111,8	247,9 ±145,8
n=25	Minimum	37	160	37
	Maksimum	730	540	730

[a]Değişkenler normal dağılım göstermektedir. Shapiro-Wilk test p>0.05.

[b]Hüküm verisi eksik bir olay inceleme dışıdır. İki inceleme yapıldı: tüm başvurular (n=140) ve dava açılan başvurular (n=116). SS: standart sapma.

[c]Değişken normal dağılım göstermemektedir. Shapiro-Wilk test p=0.001.

Davaların büyük çoğunluğunda (n=107, %91,5) mağdur sağlık çalışanının bir avukat tarafından temsil edildiği ve mağdurun duruşmalarda hazır bulunduğu (n=112, %95,7) tespit edildi. Davalarda ilk duruşmanın olaydan ortalama 225 ±59 (minimum 110, maksimim 380) gün sonra yapıldığı ve davaların çoğunun (n=73, %62,4) tek celsede karara bağlandığı görüldü. Tek celsede karara bağlanamayan davaların az bir kısmının en fazla üç duruşmaya (n=12, %10,3) kadar uzadığı ve ilk duruşmadan ortalama 158±94(minimum 60, maksimim 470) gün sonra karara bağlandığı belirlendi. Tüm davalar değerlendirildiğinde, Beyaz Kod başvurusuna neden olan olaydan ortalama 284±105 (minimum 150, maksimim 640) gün sonra yargı sürecinin tamamlanarak davanın karara bağlandığı tespit edildi.

Beyaz Kod başvurularının büyük çoğunluğunda (n=115, %82,1), dava açılan olayların ise hemen hepsinde (n=115, %99,1) davanın, failin suçlu bulunarak cezalandırılması ile sonuçlandığı görüldü. Davaların büyük çoğunluğunda (n=90, %78,3) para cezasına hükmedildi. Ortalama para cezası miktarı ise 4.251,60 ±2.163,92 TL idi (minimum 600, maksimum 7300 TL). Hapis cezasına hükmedilen 21 davada ise (%18,3) ortalama ceza süresi 247,9 ±145,8 gündü (minimum 37, maksimum 730 gün). Sadece dört davada hem para hem de hapis cezasına hükmedildiği görüldü. Davaların seyri sırasında sadece bir davada tutuklu yargılama yapıldığı ve sadece o davanın sonucunda infazın gerçekleştiği, diğer dava sonuçlarında ise hükmün açıklanmasının geri bırakıldığı tespit edildi. Sadece bir olayda yargılama sonucunda sanığın beraat ettiği belirlendi.

Şiddet türünün diğer bazı kategorik değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.3'te verilmiştir. Buna göre, fiziksel şiddet içeren olaylarda mağdurun daha yüksek oranda şikayetçi olduğu, ceza davası açıldığı ve ceza aldığı görüldü (sırasıyla p=0,024, p=0,025 ve p=0,025). Ancak, olaylardaki şiddet türü ilemağdurun cinsiyeti, görevi ve çalıştığı birim, failin durumu ve cinsiyeti ya da mağdurun avukat tutma veya davaya katılma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Tablo 4.3.Şiddet türünün diğer bazı kategorik değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Şiddetin türü**[a]		***p***[b]
		Sözel (n) n=121	**Fiziksel (n)** n=20	
Mağdur	Şikayetçi	96	20	**0,024**
n=141	Şikayetçi değil	25	0	
Mağdur	Erkek	41	8	0,618
n=141	Kadın	80	12	
Mağdur	Uzman doktor	24	4	0,469
n=141	Asistan doktor	63	9	
	Doçent	6	1	
	Profesör	2	0	
	Hemşire	24	4	
	Diğer	2	2	
Mağdur avukatı	Var	87	20	0,208
n=117	Yok	10	0	
Mağdur davaya	Katıldı	92	20	0,586
n=117	Katılmadı	5	0	
Olay birimi	Acil servis	48	11	0,405
n=141	Poliklinik	31	6	
	Servis	37	3	
	Yoğun bakım	5	0	
Fail	Hasta	46	9	0,624
n=141	Hasta yakını	75	11	
Fail	Erkek	71	15	0,218
n=141	Kadın	50	5	
Ceza davası	Açıldı	97	20	**0,025**
n=141	Açılmadı	24	0	
Ceza	Var	95	20	**0,025**
n=141	Yok	26	0	

[a]Olaydaki fiziksel şiddet varsa şiddet türü fiziksel, yoksa şiddet türü sözel olarak gruplandırıldı.

[b]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

Şiddet türünün diğer bazı değişkenlerle istatistiksel ilişkisi Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre, şiddet içeren olaylarda, olaydan sonra dava açılma süresi fiziksel anlamlı derecede daha kısa (p<0,001) iken davanın karara bağlanma süresi anlamlı derecede daha uzundur (p=0,002). Ancak olay ile mahkeme kararı arasındaki süre açısından sözel ve fiziksel şiddet içeren olaylar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Benzer şekilde, ortalama para veya hapis cezası miktarı açısından sözel ve fiziksel şiddet içeren olaylar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 4.4.Şiddet türünün diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler	**Şiddetin türü**[a]		***p***
	Sözel (n) n=121	**Fiziksel (n)** n=20	
	Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Mağdur yaşı (yıl, n=141)	33,7 ±7,5	34,2 ±8,1	0,826[b]
Olay – Dava süresi (gün, n=117)	233,9 ±57,5	178,8 ±40,4	**<0,001**[b]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)	44,4 ±86,9	132,2 ±106,1	**0,002**[b]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)	278,3 ±103,3	311,0 ±113,5	0,244[b]
Para cezası[d] (TL, n=94)	4.248,85 ±2.189,29	4.285,71 ±1.969,29	0,964[b]
Hapis cezası[d] (gün, n=25)	231,0 ±97,9	259,1 ±173,0	0,989[c]

[a]Olaydaki fiziksel şiddet varsa şiddet türü fiziksel, yoksa şiddet türü sözel olarak gruplandırıldı.

[b]Karşılaştırmalardasayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için Mann-Whitney U Test kullanıldı.

[d]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Mağdurun cinsiyetinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.5'te verilmiştir. Buna göre, sağlık çalışanının cinsiyeti Beyaz Kod başvuruları ve hukuki sürecin hiçbir değişkeni ile ilişkili bulunmadı.

Tablo 4.5. Mağdurun cinsiyetinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Mağdurun cinsiyeti**		***p***
		Erkek (n)	**Kadın (n)**	
		n=41	n=76	
Mağdur	Şikayetçi	39	77	0,644[a]
n=141	Şikayetçi değil	10	15	
Ceza davası	Açıldı	41	76	0,999[a]
n=141	Açılmadı	8	16	
Mağdur avukatı	Var	39	68	0,491[a]
n=117	Yok	2	8	
Mağdur davaya	Katıldı	39	73	0,999[a]
n=117	Katılmadı	2	3	
Ceza	Var	41	74	0,820[a]
n=141	Yok	8	18	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Olay – Dava süresi (gün, n=117)		218,4 ±56,9	227,8 ±59,7	0,407[b]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)		61,5 ±94,1	58,3 ±97,5	0,864[b]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)		279,9 ±115,6	286,1 ±100,1	0,774[b]
Para cezası[d] (TL, n=94)		4.275,59 ±2.242,33	4.238 ±2.137,32	0,937[b]
Hapis cezası[d] (gün, n=25)		274,4 ±130,4	232,9 ±155,76	0,195[c]

[a]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

[b]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için Mann-Whitney U Test kullanıldı.

[d]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Mağdurun görevinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.6'da verilmiştir. Buna göre, sağlık çalışanının hekim olması Beyaz Kod başvuruları ve hukuki sürecin hiçbir değişkeni ile ilişkili bulunmadı.

Tablo 4.6. Mağdurun görevinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Mağdurun görevi**[a]		***p***
		Hekim (n)	**Diğer (n)**	
		n=109	n=32	
Mağdur	Şikayetçi	89	27	0,999[b]
n=141	Şikayetçi değil	20	5	
Ceza davası	Açıldı	90	27	0,999[b]
n=141	Açılmadı	19	5	
Ceza	Var	88	27	0,798[b]
n=141	Yok	21	5	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Olay – Dava süresi (gün, n=117)		221,9 ±60,5	233,2 ±52,2	0,348[c]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)		56,2 ±98,3	70,0 ±88,5	0,493[c]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)		278,1 ±108,5	303,2 ±93,3	0,245[c]
Para cezası[e] (TL, n=94)		4.313,84 ±2.141,29	4.035,24 ±2.281,26	0,621[c]
Hapis cezası[e] (gün, n=25)		248,7 ±152,0	245,7 ±139,7	0,964[d]

[a]Hekim: uzman, asistan, doçent ve profesör doktorlar, Diğer: hemşire ve diğer çalışanlar.

[b]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[d]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için Mann-Whitney U Test kullanıldı.

[e]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Mağdurun fail hakkında şikayetçi olmasının diğer bazı değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.7'de verilmiştir. Buna göre, sağlık çalışanının şikayetçi olması ile dava açılması, mağdurun avukat tutması, ve failin ceza alması arasında istatistiksel ilişki bulundu (sırasıyla p<0,001, p=0,002 ve p<0,001).

Tablo 4.7. Mağdurun şikayetçi olmasının diğer bazı değişkenlerle istatistiksel ilişkisi.

Değişkenler		**Mağdur şikayetçi mi?**		***p***
		Evet (n) n=116	**Hayır (n)** n=25	
Fail	Hasta	44	11	0,653[a]
n=141	Hasta yakını	72	14	
Fail	Erkek	74	12	0,176[a]
n=141	Kadın	42	13	
Ceza davası	Açıldı	109	8	**<0,001** [a]
n=141	Açılmadı	7	17	
Mağdur avukatı	Var	103	4	**0,002**[a]
n=117	Yok	6	4	
Mağdur davaya	Katıldı	105	7	0,303[a]
n=117	Katılmadı	4	1	
Ceza	Var	107	8	**<0,001** [a]
n=141	Yok	9	17	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Olay – Dava süresi (gün, n=117)		226,6 ±58,6	195,6 ±55,5	0,167[b]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)		59,8 ±95,7	62,5 ±106,2	0,934[b]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)		285,8 ±106,1	258,1 ±97,5	0,463[b]
Para cezası[d] (TL, n=94)		4.290,69 ±2.154,13	3.765,71 ±2.402,38	0,593[b]
Hapis cezası[d] (gün, n=25)		247,0 ±148,8	270,0 ±.	0,640[c]

[a]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

[b]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için Mann-Whitney U Test kullanıldı.

[d]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Mağdurun davalarda bir avukat tarafından temsil edilmesinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.8'de verilmiştir. Buna göre, avukat tarafından temsil, hukuki sürecin hiçbir değişkeni ile ilişkili bulunmadı.

Tablo 4.8. Mağdurun avukat tarafından temsil edilmesinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Mağdurun avukatı var mı?**		***p***
		Evet (n) n=107	**Hayır (n)** n=10	
Mağdur davaya n=117	Katıldı	103	9	0,366[a]
	Katılmadı	4	1	
Ceza n=117	Var	105	10	0,999[a]
	Yok	2	0	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Mağdur yaşı (yıl, n=117)		34,1 ±7,6	35,2 ±6,2	0,609[b]
Olay – Dava süresi (gün, n=117)		225,1 ±59,6	217,5 ±50,1	0,659[b]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)		61,1 ±96,2	41,0 ±95,3	0,537[b]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)		286,3 ±106,8	258,5 ±89,4	0,375[b]
Para cezası[c] (TL, n=94)		4.347,74 ±2.102,47	3.444,00 ±2.609,55	0,315[b]
Hapis cezası[c] (gün, n=25)		247,9 ±145,8	-	-

[a]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher's Exact Test kullanıldı.

[b]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[c]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Mağdurun davalarda hazır bulunmasının diğer bazı değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.9'da verilmiştir. Buna göre, mağdurun davalarda hazır bulunması, failin ceza alması veya hukuki sürecin başka değişkenleri ile ilişkili değilken, failin aldığı para cezası ile ilişkili bulundu (p=0,028). Mağdurun katılmadığı davalarda ortalama para cezası daha yüksekti.

Tablo 4.9. Mağdurun duruşmalara katılmasının diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Mağdurun duruşmaya katılımı**		***p***
		Evet (n)	**Hayır (n)**	
		n=112	n=5	
Ceza	Var	110	5	0,999[a]
n=117	Yok	2	0	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Mağdur yaşı (yıl, n=117)		34,1 ±7,4	36,2 ±8,3	0,605[b]
Olay – Dava süresi (gün, n=117)		225,2±58,7	207.0±62,0	0,551[b]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)		56,2 ±90,3	132,0 ±182,9	0,408[b]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)		281,4 ±101,4	339,0 ±181,1	0,518[b]
Para cezası[d] (TL, n=94)		4.129,10 ±2.132,89	6.432,00 ±1.584,27	**0,028**[b]
Hapis cezası[d] (gün, n=25)		254,0 ±145,5	100,0 ±.	0,160[c]

[a]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

[b]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için Mann-Whitney U Test kullanıldı.

[d]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Failin cinsiyeti ile diğer bazı değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4.10'da verilmiştir. Buna göre failin cinsiyeti; dava açılması, failin ceza alması veya hukuki sürecin başka değişkenleri ile ilişkili değilken, dava süresi ile ilişkili bulundu (p=0,008). Fail kadın olduğunda, dava açılması ile karara bağlanması arasındaki ortalama süre daha kısa idi.

Tablo 4.10. Failin cinsiyetinin diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Failin cinsiyeti**		***p***
		Erkek (n) n=86	**Kadın (n)** n=55	
Mağdur	Erkek	35	14	0,072[a]
n=141	Kadın	51	41	
Ceza davası	Açıldı	75	42	0,111[a]
n=141	Açılmadı	11	13	
Ceza	Var	74	41	0,118[a]
n=141	Yok	12	14	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Olay – Dava süresi (gün, n=117)		222,0 ±58,3	228,9 ±59,8	0,546[b]
Dava – Karar süresi (gün, n=117)		75,9 ±106,1	31,7 ±67,0	**0,008**[b]
Olay – Karar süresi (gün, n=117)		296,9 ±112,5	260,6 ±87,6	0,055[b]
Para cezası[d] (TL, n=94)		4.507,93±2.209,43	3.838,61±2.051,30	0,140[b]
Hapis cezası[d] (gün, n=25)		265,8 ±154,4	191,2 ±105,5	0,273[c]

[a]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

[b]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için Mann-Whitney U Test kullanıldı.

[d]Hem para hem de hapis cezası verilen davalar her iki grupta da değerlendirilmiştir.

SS: standart sapma.

Failin ceza aldığı davalarda, ceza türünün diğer bazı değişkenler ile ilişkisi Tablo 4.11'de verilmiştir. Buna göre para veya hapis cezası alma durumu; söz konusu şiddet türü, failin cinsiyeti ve mağdurun şikayeti ile ilişkili değilken, failin hasta veya hasta yakını olması ile ilişkiliydi (sırasıyla p<0,001 ve p=0,034). Ayrıca, dava sonucunda failin hapis veya para cezası alması ile dava süreçlerinin uzunlukları ilişkili bulundu. Sonunda hapis cezası olan davalarda, Beyaz Kod başvurusu veya dava açılması ile davanın karara bağlanması arasındaki ortalama süre daha uzun idi (sırasıyla p=0,003 ve p<0,001).

Tablo 4.11. Ceza türünün diğer bazı değişkenlerle ilişkisi.

Değişkenler		**Ceza türü**[a]		***p***
		Para (n) n=90	**Hapis (n)** n=25	
Şiddet türü	Sözel	85	10	**<0,001**[b]
n=115	Fiziksel	5	15	
Mağdur	Erkek	32	9	0,999[b]
n=115	Kadın	58	16	
Fail	Hasta	28	14	**0,034**[b]
n=115	Hasta yakını	62	11	
Fail	Erkek	55	19	0,238[b]
n=115	Kadın	35	6	
Mağdur şikayeti	Var	83	24	0,999[b]
n=115	Yok	7	1	
		Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Olay – Dava süresi (gün, n=115)		228,2 ±57,6	214,2 ±62,3	0,320[c]
Dava – Karar süresi (gün, n=115)		34,4 ±65,5	144,4 ±131,2	**<0,001**[c]
Olay – Karar süresi (gün, n=115)		262,6 ±84,1	358,6 ±139,3	**0,003**[c]

[a]Hapis grubu, hapis ve para cezasını birlikte alanları da içermektedir.

[b]Karşılaştırmalarda kategorik veriler için Fisher'sExact Test kullanıldı.

[c]Karşılaştırmalarda sayısal veriler için *t* Test kullanıldı.

SS: standart sapma.

5. TARTIŞMA

İşyerinde fiziksel veya sözlü/psikolojik şiddet, bölge ve ülke sınırlarını, çalışma ortamlarını ve meslek gruplarını aşan küresel bir sorun haline gelmiştir (80). Sağlık sektörü, özellikle tip II işyeri şiddetinde, hemen hemen tüm sektörlerden daha büyük risk altındadır (1). Bu tür yaygın şiddet olayları, basit yaralanmalardan ölüme kadar önemli fiziksel sonuçlara, işgünü kaybından ve sağlık çalışanlarının mesleği bırakma kararına uzanan olumsuz psikolojik sonuçlara neden olmakta ve sağlık hizmetlerinin sunulmasına büyük ölçüde etki etmektedir. Bu nedenle,sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının önlenmesi için son on yılda bir dizi yasal düzenleme yapılmıştır. Bunlardan biri de sağlık çalışanlarına karşı işlenen şiddet suçlarının raporlanmasına ve hukuki süreçte mağdura destek sağlamaya yönelik Beyaz Kod sistemidir.

Beyaz Kod uygulamasının başladığı 2012 yılının sonunda bir kamu hastanesinde yapılan çalışma, sağlık çalışanlarının hemen hepsinin (%98) Beyaz Kod sisteminden ve büyük çoğunluğun da (%77) Sağlık Bakanlığı'nın sistemin kullanımına yönelik kurduğu Alo 113 ihbar hattından haberdar olduğunu bildirmiştir (81). Aşağıda belirtilen bir kaç değişik çalışmada ise sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının Beyaz Kod sistemine yansıma oranları sorgulanmıştır (56,82,83). Bu bilinirliğe rağmen, şiddet olaylarının kayda geçme oranlarının sınırlı kaldığı görülmüştür. Bir ilçe devlet hastanesinde, şiddete maruz kalanların sadece %7'si Beyaz Kod bildirimi yapmış, %20'si ise adli makamlara müracaat ettiği bildirilmiştir (56). Bir ildeki 112 Acil Servis istasyonunda çalışan personeli kapsayan bir çalışmada, şiddete maruz kalan çalışanların sadece %11'i Beyaz Kod servisini kullandığı raporlanmıştır (82). Bir üniversite hastanesindeki hemşireleri kapsayan bir çalışmada ise, şiddete uğrayan hemşirelerin %20'sinin Beyaz Kod bildiriminde bulunduğu, %26'sının ise şiddet olaylarında izleyeceği bildirim prosedürünü bilmediği tespit edilmiştir (83). Aynı çalışmada, çoğunlukla fiziksel şiddete maruz kalanların (%77) bildirimde bulunduğu belirlenmiştir.

Yukarıda bahsedilen düşük bildirim oranlarına rağmen, Beyaz Kod sisteminin başlamasını takip eden 6 ay içerisinde, 2.689'u devlet hastanelerinde olmak üzere Türkiye'de toplam 6.358 Beyaz Kod başvurusu yapıldığı bildirilmiştir (57). Bir

önceki yılda günlük ortalama şiddet olayı sayısı sekiz iken, Beyaz Kod uygulamasının devreye girmesi ile bu sayı otuza yükselmiştir (57). Beyaz Kod'a konu olan şiddet olaylarının yarıya yakınının (%42) devlet hastanelerinde, %29'ununise bu çalışmanın da konusu olan eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleştiği bildirilmiştir (57). Aynı çalışmada, Beyaz Kod sistemine kaydedilen şiddet vakalarının %36'sınında fiziksel şiddet bulunduğu vurgulanmıştır. Bu tez çalışmasının hedef kitlesine benzer iki farklı eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmalarda Beyaz Kod başvurularının %8'inde ve %27'sinde fiziksel saldırı söz konusu olduğu belirtilmiştir (85,86). Mayıs 2012 – Eylül 2013 aralığında 24 kamu hastanesinden kendilerine uygulanan şiddet sebebiyle Beyaz Kod kaydı oluşturulmuş 206 sağlık çalışanı ile yüz yüze mülakatlardan edilen bilgiye göre, vakaların %40'ında fiziksel şiddet tanımlanmıştır (86). Benzer şekilde, mevcut çalışmada da Beyaz Kod başvurusu yapılan vakaların daha azında fiziksel şiddet vardır (%14).

Türkiye genelinde Beyaz Kod kaydı yapılan vakaların %29'unun acil servislerde, %36'sının polikliniklerde, %17'sinin ise yataklı servislerde gerçekleştiği bildirilmiştir (57).Öte yandan, az sayıda kurumu kapsayan başka çalışmalarda ise bu oranlar sırasıyla %42, %33 ve %25 (85), %37, %15 ve %32 (86) ve %65,%9 ve %22 (55) olarak bildirilmiştir. Bu son çalışmalara benzer şekilde, mevcut çalışmada da Beyaz Kod başvurularının büyük bir bölümü acil servistedir (%42), onu yataklı servisler (%28) ve poliklinikler (%26) takip etmektedir.

Türkiye genelinde Beyaz Kod başvurusunu çoğunlukla doktorların (%58) yaptığı, başvuruların %29'unu hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının yaptığı belirtilmektedir (57). Yerel çalışmalarda ise sırasıyla bu oranlar %63 ve %31 (81), %66 ve %29 (82), %27 ve %56 (83) ve %80 ve %17 (55) olarak bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ise başvuruların %77'si değişik unvanlardaki doktorlar, %23'ü ise hemşireler ve diğer çalışanlar tarafından yapılmıştır. Diğer ülkelerdeki çalışmalarda, hasta ile temas sürelerinin daha fazla olmasından dolayı hemşirelerin şiddete maruz kalma oranı daha yüksek bulunsa da (1,2), Türkiye'deki çalışmalarda doktorlarla hemşirelerde şiddete maruz kalma oranları benzerdir (31-33). Bunun sebebi, Türkiye'deki sağlık sisteminde hekimlerin hasta temaslarının da hemşireler kadar fazla olmasına bağlı olabilir.

Türkiye genelini değerlendiren çalışmada Beyaz Kod başvurusuna konu olan olayların çoğunlukla (%60) saat 18:00-24:00 arasında (mesai saatleri dışında) gerçekleştiği bildirilmektedir (57). Oysa yerel bir çalışmada mesai saatleri içinde ve dışındaki olayların oranları yakın bulunmuştur (sırasıyla %52 ve %48) (55). Mevcut çalışmada ise başvurulardaki olayların %62'sinin mesai saatleri dahilinde olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmadakine benzer bir kamu hastanesini konu alan çalışmada, Beyaz Kod başvurusuna konu olan olaylara hasta yakınından (%43) çok hastanın kendisinin (%57) davranışlarının yol açtığı bildirilmiştir (84). Tersine, diğer çalışmalarda ise saldırıların çoğu (%69 veya %66) hasta yakınından gelmektedir (55,86). Mevcut çalışmada da başvurulardaki fail çoğunlukla (%61) hasta yakınıdır. Mevcut çalışmada olduğu gibi saldırganların değişik oranlarda fakat çoğunlukla erkek olduğu bildirilmiştir (86,55).

Önceki çalışmalarda, şiddetin hedefi olan çalışanların cinsiyeti konusunda karşıt sonuçlar bulunmuştur; mevcut çalışmadaki gibi kadınların hedef olduğu olayların oranını daha yüksek bulan çalışmalar olduğu gibi (85), aynı oranlar (86) ve erkeklerin daha çok hedef alındığını gösteren çalışmalar (55) da bulunmaktadır. Önceki bir kaç çalışmada, mevcut çalışmadaki gibi, saldırıya hedef olan çalışanların daha çok genç yaş grubundan (<36 yıl) olduğu bildirilmiştir (55,85).

Önceki çalışmalardan farklı olarak bu çalışma, Beyaz Kod başvurularının sebepleri ve mağdurların deneyimlerinden ziyade, başvuru sonrasındaki hukuki süreçleri ve bunların sonuçlarını incelemeyi hedeflemiştir. Bu incelemelerde, Beyaz Kod olaylarındaki mağdurların cinsiyetinin, görevinin, hukuki süreçte avukat tarafından temsil edilmesinin veya dava duruşmalarında hazır bulunmasının başvuru ve dava sürecinin işleyişine (örneğin ceza davası açılmasına) veya sonuçlarına (örneğin sanığın ceza almasına) etkisi olmadığı görülmüştür. Bu durum, başvuru ve dava sürecinin mağdurun müdahalesine ihtiyaç olmaksızın kamu hukuku çerçevesinde yetkili organlarca, herhangi bir ayrımcılık yapmadan, etkin bir şekilde yürütülmesinin bir sonucu olabileceği gibi, mağdurların hemen hepsinin avukat tarafından temsil edilmesinden (%92) veya dava duruşmalarında hazır bulunmasından (%96) kaynaklanıyor da olabilir. İlginç bir şekilde, mağdurun dava duruşmalarına katıldığı durumlarda failin aldığı para cezasının (ama hapis cezasının

değil) katılmadığı durumlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Failin cinsiyetinin de başvuru ve dava sürecinin işleyişine genel olarak bir etkisinin olmaması, sürecin herhangi bir cinsiyet ayrımcılığı olmaksızın yürütüldüğüne işaret edebilir. Ancak, kadın faillerin dava sürecinin erkek faillerinkine göre anlamlı ölçüde daha kısa sürdüğü görülmüştür.

Beyaz Kod başvurusundaki mağdurların maruz kaldıkları şiddet türünün, mağdurun adli olarak failden şikayetçi olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda fiziksel şiddet içeren Beyaz Kod başvurularının anlamlı derecede daha yüksek oranda adli şikayet, ceza davası ve ceza ile sonuçlandığı görülmektedir. Bu şiddet türünün ciddiyeti sebebiyle beklenen bir durumdur. Fakat bu durum, "kırık camlar" teorisi olarak da bilinen, raporlama ve cezalandırma aşamasında düşük dereceli şiddet türüne karşı gösterilen kişisel veya kurumsal müsamahanın daha büyük şiddet olaylarını mümkün kılan bir ortam yaratmasına, yani çalışanların fiziksel şiddete maruz kalma riskinin artmasına yol açabilir (1,2,69,70).

Şiddetin türünün dava sürecinin bazı değişkenleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Buna göre fiziksel şiddet içeren durumlarda, Beyaz Kod başvurusuna ilişkin olaydan anlamlı ölçüde daha kısa bir süre içinde ceza davası açılırken, mahkeme süreci anlamlı ölçüde daha uzun sürmektedir. Bu bir açıdan beklenen bir durumdur. Fiziksel şiddet içeren olaylara adli makamların daha hızlı tepki vermesi (dava açması) fakat muhtemel cezaların daha ciddi oranda olabileceği göz önüne alınırsa mahkeme sürecinin daha titiz bir şekilde yürütülmesi gerektiği açıktır. İlginç bir şekilde, mahkeme tarafından verilen para veya hapis cezalarının miktarı, fiziksel saldırı içeren veya sadece sözlü saldırı içeren olaylarda bir birine yakındır.

Mağdurun adli olarak failden şikayetçi olması; mağdurun bir avukat tarafından temsil edilmesi, savcılık tarafından ceza davası açılması ve failin mahkeme tarafından cezalandırılması ile ilişkili bulunmuştur. Bu bağlamda, şikayetçi olan mağdurlar daha yüksek oranda avukat tutmakta ve şikayetçi olunan sanıklar daha yüksek oranda yargılanmakta ve suçlu bulunmaktadır.

Mahkeme tarafından uygun görülen ceza türü (hapis veya sadece para cezası) şiddet türü ve failin durumu ile ilişkili bulunmuştur. Saldırı türünün ciddiyeti sebebiyle beklenildiği gibi, fiziksel saldırı içeren durumlarda hapis cezası daha

yaygın iken sözlü saldırı içeren durumlarda sadece para cezası daha yaygındır. İlginç bir şekilde, hasta olan saldırganlar daha yüksek oranda hapis cezası alırken, hasta yakınları daha yüksek oranda para cezası almaktadırlar. Öte yandan, mahkemece takdir edilen cezanın türünün, mağdurun veya failin cinsiyeti gibi demografik değişkenlerle veya mağdurun şikayetçi olması ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Sürecin geneline bakıldığında, şiddet mağduru bir sağlık çalışanı için minimum 5, maksimum 21, ortalama 10 aylık (284 gün) bir süreye yayılan ve ortalama 1,5 mahkeme duruşmasını içeren bir hak arama mücadelesi söz konusudur. Bu süreç sonunda failin cezalandırılma oranı son derece yüksek (%99) olsa da, çalışma kapsamında değerlendirilen olaylardan sadece bir tanesinde (sanığın tutuklu yargılandığı tek davada) mahkeme hüküm açıklamış ve hapis cezasını infaz etmiştir. Diğer bütün cezalarda hükmün açıklanması ertelenmiştir. Bu durum, bir defaya mahsus olarak sağlık çalışanlarına yönelik yapılan saldırının failin yanına kâr kalacağı şeklinde yorumlanabileceği gibi, gelecekteki saldırganlıkları önlemek adına atılmış bir adım olarak da yorumlanabilir. Fakat her durumda, mağduriyetleri tazmin edilmediği sürece sağlık çalışanları kendilerine yapılan muameleyi sineye çekmek zorunda kalmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Beyaz Kod gibi sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarına münhasır ve kapsamlı bir sistem Türkiye'de görece yeni bir uygulamadır. Bu nedenle, Beyaz Kod sisteminin prosedürlerini ve çıktılarını değerlendiren akademik çalışma sayısı kısıtlıdır. Yukarıda bahsedilen az sayıdaki önceki çalışmalar da genelde Beyaz Kod başvurularının sebepleri ve sağlık çalışanlarının demografik yapısı ve başvuru sürecine ilişkin deneyimleri üzerine odaklanmıştır. Beyaz Kod başvurularını müteakip hukuki süreci ve bu sürecin sonuçlarını inceleyen yayınlanmış bir çalışmaya rastlanmadığından, araştırmanın güçlü yanı bu alandaki önemli bir açığa ışık tutacak olmasıdır.

Çalışmada Beyaz Kod başvuruları, takip eden hukuki süreç ve sonuçları ile beraber kapsamlı bir şekilde analiz edilmiştir. Ancak, çalışmanın mağdurların olay sonrası ve hukuki süreç sonrası fiziki ve ruhsal sağlıklarının veya etkilenimlerinin değerlendirilmesini kapsamaması bir kısıtlılık olarak kabul edilmektedir. Gelecekte Beyaz Kod gibi uygulamaların, bu etkilenimleri de raporlayacak ve mağdurun olay sonrası durumunu takip ederek olayın fiziksel ve ruhsal etkilerini yok edecek önlemleri de içermesi çalışan sağlığı ve güvenliğinin değerlendirilmesi açısından yerinde olacaktır.

Çalışma sonucunda, Beyaz Kod uygulaması ile başlayan hukuki sürecin oldukça uzun olduğu, bu hukuki süreç boyunca mağduru failden koruyacak tutuklama gibi tedbirlerin hemen hiç bir zaman uygulanmadığı, hukuki süreç sonunda failin suçu mahkemece çok yüksek oranda sabit bulunsa dahi failin cezasının hemen hiçbir zaman infaz edilmediği görülmektedir. Bu durum, Beyaz Kod uygulaması ile beraber düşünüldüğünde dahi yasal yaptırımların sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesindeki caydırıcı etkisinin oldukça sınırlı olacağını göstermektedir. Sonuç olarak sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenebilmesi için hukuki süreci kısaltacak, mağduru koruyacak ve mağdurun zararını tazmin edecek yasal düzenlemelerin planlanması ve faile yönelik yaptırımlarda caydırıcı düzeyde yaklaşımlar sağlanması önerilmektedir.

Nitekim, bu tezin yazıldığı günlerde bir üniversite hastanesinin çocuk acil servisinde görevli doktor, "ateşi yükselen çocuğunu muayene etmediği" iddiasıyla

hastanın babası tarafından kaldırım taşı ile kafasından yaralanmış ve acil ameliyat sonrası hayati tehlikesi devam ettiği için yoğun bakıma alınmıştır. Çalışma arkadaşlarının basına verdikleri açıklamada “caydırıcı cezalar verilmedikçe şiddetin önüne geçilemeyeceği” şeklindeki beyanları bu araştırma vesilesiyle kanıt bulmaktadır (87).

6. KAYNAKLAR

1. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. Online J Issues Nurs, 2004:9(3);7.
2. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. N Eng JMed,2016:374(17);1661-9.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violence-a global public health problem. In: KrugEG, DahlbergLL, MercyJA, ZwiAB, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization;2002. 1-22.
4. Donnelly PD, Ward CL. Interpersonal violence: a global health priority. In Donnelly PD, Ward CL,eds.Oxford Textbook of Violence Prevention: Epidemiology, Evidence, and Policy. Oxford: Oxford University Press;2015.3-8.
5. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health: Summary. Geneva:World Health Organization; 2002.
6. Galtung J. Cultural violence. J Peace Res, 1990;27:291-305.
7. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C,et al.Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. J Safety Res, 2013;44:57-64.
8. National Institute of Occupational Safety and Health. Violence: Occupational hazards in hospitals (DHHS NIOSH Publication No. 2002-101). Cincinnati, 2002.
9. Gillespie GL. Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. PhD Thesis, University of Cincinnati, Cincinnati, 2008.
10. Vellani KH. The 2014 IHSSF crime survey. J Healthc Prot Manage, 2014;30:28-35.
11. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. Asian NursRes, 2011;5(4):197-203.

12. Fujishiro K, Gee GC, de Castro AB. Associations of workplace aggression with work-related well-being among nurses in the Philippines. Am J Public Health, 2011;101(5):861-7.
13. Yeşilbaş H. A general overview of violence in healthcare. J Health Nurs Manag, 2016;3(1):44-54.
14. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. J Emerg Med, 2006;31:331-7.
15. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. Am J Ind Med, 2015;58:1194-204.
16. di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study) synthesis report, Geneva:World Health Organization; 2002.
17. Rogers KA, Chappell D. Preventing And Responding To Violence At Work. Geneva: International Labour Office; 2003.
18. Kaplan B, Pişkin RE, Ayar B. Violence against health care workers. Med J Islamic World Acad Sci,2013;21(1):4-10.
19. Franz S, Annett Z, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. BMC Health Serv Res,2010; 10:51.
20. Mayhew C, Chappell D. Workplace Violence in the Health Sector: A Case Study in Australia. J Occup Health Safety - Aust NZ, 2003;19(6).
21. Palácios M, Dos Santos LM, Do Val BM, Medina MI, De Abreu M, Cardoso SL,et al. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Brazil. Geneva:ILO, WHO, ICN, PSI;2003.
22. Tomev L, Daskalova N, Michailova T. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Bulgaria. Geneva:ILO, WHO, ICN, PSI; 2003.
23. Steinman S. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – South Africa. Geneva:ILO, WHO, ICN, PSI; 2003.
24. Miedema B, Hamilton R,Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family

physicians: a minor, major, or severe problem? Can Fam Physician, 2010;56:e101-108.

25. Ferrinho P, Antunes AR, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Craveiro I,et al. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Portuguese. Geneva:ILO, WHO, ICN, PSI; 2003.
26. Sripichyakan K, Thungpunkum P, Supavititpatana B. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – South Thailand. Geneva:ILO, WHO, ICN, PSI; 2003.
27. Arimatsu M, Wada K, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Aizawa Y,et al. An epidemiological study of work-related violence experienced by physicians who graduated from a medical school in Japan. J Occup Health, 2008;50(4):357-61.
28. Ayranci U,Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence,2006;21:276-96.
29. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. Am J Emerg Med, 2013;31:197-205.
30. Alexander C, Fraser J, Hoeth R. Occupational violence in an Australian healthcare setting: Implications for managers. J Healthcare Manag, 2004;49:377-13.
31. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards healthcare providers- a problem in Turkey? J Forensic Leg Med, 2007;14:423-8.
32. Demiray-Ready FN.Sağlık-Sen AR-GE Birimi Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2013.
33. Ayrancı Ü , Yenilmez Ç , Günay Y , Kaptanoğlu C . Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıkl ığı. Anadolu Psikiyatri Derg,2002;3:147-54.
34. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ,1999;16:161-70.
35. Salerno S, Dimitri L, Talamanca IF. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. J Occup Health,2009;51(4):349-54.

36. Magnavita N,Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res, 2012;12:108.
37. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM,Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS,et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med, 2004;61(6):495-503.
38. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. J Adv Nurs, 2012;68(12):2685-99.
39. Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. J Nurs Scholarsh, 2003;35:81-5.
40. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Yılmaz DA, Yıldırım C. Increased violence towards health care staff. JAEM/Akademik Acil Tip Olgu Sunumlari Dergisi, 2012;11(2):115-24.
41. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. Psychiatr Serv,1998;49:1452-7.
42. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. Aust Emerg Nurs J,2004;7:27-37.
43. Senuzun Ergün F , Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. Int Nurs Rev,2005;52:154-60.
44. Hoskins AB. Occupational injuries, illnesses, and fatalities among nursing, psychiatric, and home health aides, 1995–2004. Washington, DC: Bureau of Labor Statistics;2006.(http://www.bls.gov/opub/mlr/cwc/occupational-injuries-illnesses-and-fatalities-among-nursing-psychiatric-and-home-health-aides-1995-2004.pdf).
45. Lee SS, Gerberich SG, Waller LA, Anderson A, McGovern P. Work-related assault injuries among nurses. Epidemiology, 1999;10(6):685-91.
46. Gates D, Fitzwater E, Succop P. Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. Issues Ment Health Nurs, 2003;24:775-93.

47. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. J Emerg Nurs, 2005;31(6):519-25.
48. Almvik R, Rasmussen K, Woods, P. Challenging behaviour in the elderly—monitoring violent incidents. Int J Geriatr Psychiatry, 2006;21:368-74.
49. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers (3148-04R). Washington, DC;2015.(https://www .osha.gov/Publications/osha3148.pdf)
50. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L. MacLean SL.. Violence against nurses working in US emergency departments. J Nurs Adm, 2009;39(7/8):340-9.
51. Mangione T, Quinn R. Job satisfaction, counterproductive behavior and drug use at work. JAppl Psychol, 1975;60:114-6.
52. Spector PE. Relationships of organizational frustration with reported behavioral reactions of employees. JAppl Psychol, 1975;60:635-57.
53. Einarsen S, Skogstad A. Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. Eur J Work Organ Psychol, 1996;5:185-201.
54. Budd JW, Arvey RD, Lawless P. Correlates and consequences of workplace violence. J Occup Health Psychol, 1996;1:197-210.
55. Devebakan N. Sağlık kurumlarında işyeri şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Beyaz Kod başvurularının değerlendirilmesi (Workplace violence in health care organizations and evaluation of "Code White" application in Dokuz Eylül University Application and Research Hospital). Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2018;23(2):383-99.
56. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B. Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: şiddetin rapor edilme sıklığı. Turk J Fam Pract/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi, 2013;17(4):147-52.
57. Turkan S. Sağlık çalışanlarına şiddet üzerine analiz (Derleme). Androloji Bülteni, 2013;15(55):254-5.

58. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, et al. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. Gazi Med J, 2013;24(1):5-10.
59. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention. Euras J Fam Med, 2015;4(3):142-4.
60. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: A survey of emergency physicians in the state of Michigan. Ann Emerg Med, 2005;46(2):142-7.
61. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HD, Nachreiner NM, Geissner MS, et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. Epidemiology, 2005;16(5):704-9.
62. Abu Al Rub RF, Khalifa MF, Habbib MB. Workplace violence among Iraqi hospital nurses. JNurs Scholarsh, 2007;39(3):281-8.
63. Schat ACH, Kelloway EK. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. J Occup Health Psychol, 2003;8(2):110-22.
64. Annagur B. Violence Towards Health Care Staff; Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention. Curr Approaches Psychiatry, 2010;2(2):161-73.
65. Hewitt JB, Levin PF. Violence in the workplace. Ann Rev Nurs Res,1997;15:81-99.
66. Nachreiner NM, Gerberich SG, McGovern PM, Church TR, Hansen HE, Geisser MS, et al. Impact of training on work-related assault. Res Nurs Health, 2005;28:67-78.
67. Atan ŞÜ, Dönmez S. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti, Adli Tıp Dergisi, 2011;25(11):71-80.
68. Coşkun Us N, Erdem R. Şiddet ve Sağlık. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;1(2):16-30.
69. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. Nurs Econ, 2011;29(2):59-66.
70. Lanza ML, Zeiss RA, Rierdan J. Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings. AAOHN J, 2006;54(9):397-402.

71. Kelling GL, Wilson JQ. Broken windows: the police and neighborhood safety. Atlantic Monthly,1982;249(3):29-38.
72. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA,Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K,et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. Health Policy, 2003;63:311-21.
73. Peek-Asa C, Casteel C, Allareddy V,Nocera M, Goldmacher S, OHagan E,et al. Workplace violence prevention programs in hospital emergency departments. J Occup Environ Med, 2007;49:756-63.
74. Resmi Gazete. İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine Dair Genelge. Tarih: 19 Mart 2011, Sayı: 27879.
75. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 6 Nisan 2011, Sayı: 27897.
76. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Tarih: 28 Nisan 2012, Sayı: 28277.
77. Sağlık BakanlığıGenelgesi. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi. Tarih: 16 Mart 2016, Sayı: 11045126-010.06 (https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf).
78. Asgarova S. Evaluation of the Code White Program to Reduce Workplace Violence At St. Paul's Hospital.New Westminster,Canada:Justice Institute of British Columbia Centre for Prevention and Reduction of Violence; 2012.
79. Sağlık Bakanlığı. Beyaz Kod Kullanım Kılavuzu,2016. Erişim: 19 Temmuz 2018. (https://beyazkod.saglik.gov.tr/KullanimKilavuzu.pdf).
80. World Health Organization. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva, Switzerland: International Labour Office;2002.
81. Bıçkıcı F. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: bir devlet hastanesi örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2013;5(1):43-56.
82. Akbaş M, Boz A, Dursun A, Çetin S, Kılıçaslan A. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016;9(3):93-100.

83. Çelik AB, Akış N, Düzgün F, Türkkan A. Üçüncü basamak bir hastanede hemşirelerin hasta/yakınlarından şiddete uğrama sıklığı, risk faktörleri, nedenleri ve çözüm önerileri (The frequency of nurses' exposure to violence from patients/patients' relatives in tertiary health care). Int Refereed J Nurs Res, 2017;3(11):1-18.
84. Avcı N, Arslan MK, Timlioğlu SI, Tay S, Meriç K, Ertenü M, et al. 2012-2015 yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki beyaz kod bildirimleri. Health Care Acad J, 2015;2(4):211-4.
85. Eğici MT, Öztürk GZ. Beyaz Kod verileri ışığında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Ankara Med J, 2018;18(2):224-31.
86. Aktaş E, Aydemir İ. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının Beyaz Kod uygulamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri / J Health Sci, 2018;3(1):32-47.
87. BBC News Türkçe (Fundanur Öztürk, Ankara). 19 Temmuz 2018. Sağlıkta şiddet: Harran Üniversitesi Hastanesi'nde ne yaşandı? Erişim: 19 Temmuz 2018. https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-44881412.

EKLER

Ek-1 ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 14
Tarih : 11 Aralık 2017
Karar No : 5

Hastanemiz Aile Hekimliği asistanı Dr. Ramazan ÖNER'in tez çalışması olarak yapılması planlanan "**3. Basmak Bir Hastanede Yapılan Beyaz Kod Başvurularının ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi**" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Ramazan ÖNER tarafından Aile Hekimliği Başasistanı Uzm. Dr. Yasemin KILINÇ ÖZTÜRK sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN (izinli)

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (katılmadı)

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

ÖZGEÇMİŞ

AdSoyad : Ramazan Öner

Doğum Yeri : Konya

Doğum Tarihi : 20/05/1990

Uyruk : Türkiye Cumhuriyeti

Yabancı Dil : İngilizce

Medeni Durum : Evli

Askerlik : Tecilli

Görev Yeri : SBÜ İzmirTepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Telefon :+90 5532295342

E-Posta :oner4290@gmail.com

Eğitim

2014-2018	Tıpta Uzmanlık, SBÜ İzmirTepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
2016-	Lisans,Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi
2007-2014	Lisans, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
2003-2006	Konya Ereğli Atatürk Lisesi
1995-2003	Konya Ereğli Aşağıgöndelen Köyü İlköğretim Okulu

AkademikUnvanlar

17/12/2014 Asistan Doktor –Aile Hekimliği

Mesleki Deneyim

2014-2018 SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Araştırma Görevlisi