T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKTA ŞİDDET KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCE VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Selhan Ciğerim

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKTA ŞİDDET KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCE VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Selhan Ciğerim

Tez Danışmanları
Prof. Dr. Hülya Parıldar
Uzm. Dr. Yasemin Özkaya

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2023

TEŞEKKÜR

Tez hazırlığı ve uzmanlık eğitimim süresince yanımda olan tez danışmanım Prof. Dr. Hülya Parıldar'a, yardımcı tez danışmanım Uzm. Dr. Yasemin Özkaya'ya; asistanlık sürem boyunca bana ve çalışma arkadaşlarıma yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini her daim paylaşan Prof. Dr. Haluk Mergen, Doç. Dr. Umut Gök, Doç. Dr. Bakiye Nurdan Tekgül, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Doç. Dr. Nil Tekin, Başasistan Uzm. Dr. Demet Merder , Uzm. Dr. Samet Özcan ve Uzm. Dr. Hande İleri'ye; uzmanlık eğitimim sırasında yapmış olduğum rotasyonlar ile çalışma fırsatı bulduğum ve bilgilerini bize aktarmaktan asla imtina etmeyen tüm saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarıma ve tüm asistan arkadaşlarıma; birlikte çalıştığımız tüm hemşire, ebe, sekreter ve personel arkadaşlarıma; çalışmamıza katılım sağlayan tüm arkadaşlarıma;

Tıp fakültesi eğitimim ve asistanlık sürecimde bana daima güvenen ve yanımda olan annem Tanseli Ciğerim'e, babam Nazmi Ciğerim'e, ablam Selnaz Ciğerim Engin'e

Sonsuz teşekkürler.

Dr. Selhan Ciğerim

İzmir, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……i
SİMGELER VE KISALTMALAR……..……..iv
TABLO LİSTESİ…….……...v
ŞEKİL LİSTESİ……vi
ÖZET…….……vii
ABSTRACT…….……...ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ…….……...11
2. GENEL BİLGİLER…….……...13
2.1 Şiddetin Tanımı……13
2.2 Şiddet Türleri……...14
2.2.1 Fiziksel Şiddet……..……14
2.2.2 Sözel Şiddet……...……...14
2.2.3 Cinsel Şiddet……...……..…14
2.2.4 Ekonomik Şiddet……...15
2.2.5 Siber Şiddet……...15
2.2.6 İhmal……..15
2.3 İşyerinde Şiddet…….…..15
2.4 Sağlık Kuruluşlarındaki Şiddet……..……..16
2.5 Sağlık Kuruluşlarındaki Şiddetin Olası Etkileri…….……19
2.5.1 Fiziksel Etkileri……..…….…19
2.5.2 Psikolojik Etkiler……...……..19
2.5.3 Mesleki Motivasyon ve Performans….…….……..19
2.5.4 Hasta Bakımı Üzerindeki Etkiler……..…….…..19
2.5.5 Kurumsal Maliyetler ve İtibar…….…….……19
2.6 Sağlık Çalışanlarına Şiddete Yönelik Yasal Düzenlemeler……...….20
2.7 Tıbbi Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları…….22
3. GEREÇ VE YÖNTEM…….…….……23
3.1 Araştırmanın Amacı……...…….……23
3.2 Araştırmanın Soruları…….…….23
3.3 Araştırmanın Türü…….…….……23
3.4 Verilerin Toplanması…….……..23

3.5 Evren ve Örneklem……...…….…..23
3.6 Veri Toplama Araçları……...…….…..24
3.7 Verilerin Analizi……..……..…24
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu.……..…….……24
4. BULGULAR……..……...….25
5. TARTIŞMA…….……..……40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….....……50
KAYNAKLAR…….....…….54
ÖZGEÇMİŞ……..……61
EKLER……..……62

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

NHS: National Health Service

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

WHO: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Dağılımları…….25
Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Şiddet Öyküsü Dağılımları…….27
Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Mesai Arkadaşlarında Şahit Olduğu Şiddet Öyküsü Dağılımları……..29
Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yerin Fiziki ve Personel Yeterlilik Durumuna İlişkin Dağılımları…….31
Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yerin Güvenlik Durumuna İlişkin Dağılımları……..32
Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Meslek Dağılımlarının Sağlıkta Şiddet ve Unsurlarına Göre Dağılımı…….35
Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Birim Dağılımlarının Sağlıkta Şiddet ve Unsurlarına Göre Dağılımı…….37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Maruz Kalınan Şiddet Sonrası İş Bırakma Düşüncesi…….…….28

Şekil 2. Şiddetin Hissettirdiği Temel Etki…….29

ÖZET

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKTA ŞİDDET KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCE VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve Amaç: Dünyada ve Türkiye'de sağlık çalışanlarına şiddet düzeyinin arttığı bu dönemde, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre şiddete maruz kalma durumu, en çok maruz kaldıkları şiddet türü, şiddet karşısında ne yaşadıkları ve şiddete maruz kaldığında ne yapması gerektiği ile ilgili sorular önem kazanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda, hastanemiz çalışanlarının konu hakkındaki görüş ve tecrübelerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel bu çalışmada, İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin (sosyodemografik özellikler, hizmet yılı, çalışma saatleri, çalışma alanı) sorgulandığı çoktan seçmeli sorular içeren 50 soruluk bir anket; tam zamanlı olarak çalışan sağlık çalışanlarına gönüllülük esasıyla uygulanmıştır. Haziran-Kasım 2023 tarihlerinde 329 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. İstatistiksel analizlerde IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada değişkenlere ait ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistiklerden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenlerin kendi arasındaki karşılaştırılmasında Ki-kare analizi kullanılmıştır. İstatistiki anlamlılık $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşları 21-62 aralığında olan, %58,1'i kadın 329 sağlık çalışanı katılmıştır. Sağlık çalışanlarının son 1 yıl içinde %42,2 oranında şiddete maruz kaldığı ve %60,8 oranında şiddete tanık olduğu saptanmıştır. Maruz kalınan şiddetin %37,4 oran ile en fazla poliklinikte, tanık olunan şiddetin ise %42,0 oranında en sık acil servis biriminde gerçekleştiği belirlenmiştir. Şiddetin yeri incelendiğinde %47,5 oranında muayene odası/tedavi odası ön plana çıkmaktadır. Maruz kalınan şiddet türü en yaygın olarak %97,8 oranında sözel şiddeti içermektedir. Şiddetin sebebi incelendiğinde %45,3 oranında beklemeye tahammülsüzlük, %23,7 oranında eğitim düzeylerinin düşük olması ön plana çıkmaktadır. Çalışanların %80,2'si çalışırken kendilerini güvende hissetmediğini belirtmiştir. Şiddet olayı sonrası %43,9'unun işi bırakma

düşüncesinin oluştuğu saptanmıştır. Şiddetin sağlık çalışanlarında %26,4 oranında kızgınlık, %23 oranında tükenmişlik etkisi oluşturduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu sağlıkta şiddetin önlenmesi için, toplumsal eğitim çalışmalarının yapılması ve güvenlik tedbirlerinin artırılması gerektiğini düşünmektedir.

Sonuç: Bulgularımıza göre, sağlık sektöründe şiddetin yaygın ve önemli bir sorun olduğu saptanmıştır. Beklemeye tahammülsüzlük ve eğitim düzeylerinin düşüklüğü şiddetin temel sebepleri olarak öne çıkmaktadır. Şiddete maruz kalanların en sık kızgınlık ve tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır. Çalışma şartlarındaki zorluklar ve çalışma ortamındaki çevresel unsurlar güvenlik yetersizliği ile birleştiğinde şiddet olaylarının sıklığı artmaktadır. Bu nedenle şiddeti önlemek amacıyla fiziksel ortam, çalışma şartları ve güvenliğin iyileştirilmesi, etkili iletişim becerilerine ve şiddeti önleme/ön görmeye yönelik eğitimler verilmesi, yasal düzenlemelerin caydırıcılığının artırılması, toplumsal farkındalık ve eğitim çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Şiddeti önleme yaklaşımlarının, etkin şekilde uygulandığında sadece şiddetin etkilerini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin genel kalitesini de artıracağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, şiddet, sağlık çalışanları

ABSTRACT

EVALUATION OF THE THOUGHTS AND EXPERIENCES OF HEALTHCARE WORKERS ON VIOLENCE IN HEALTHCARE AT A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Aim: In a period where the level of violence against healthcare workers is rising both globally and in Turkey, questions about the prevalence of violence based on their profession, the most common types of violence they face, their experiences in response to violence, and what they should do when exposed to violence have become more significant. Therefore, in our study, we aimed to evaluate the opinions and experiences of our hospital staff on this subject.

Materials and Methods: In this descriptive and cross-sectional study, a 50-question survey containing multiple-choice questions was conducted to investigate the exposure of healthcare workers at İzmir SBÜ Tepecik Training and Research Hospital to violence and the factors influencing it (sociodemographic characteristics, years of service, working hours, area of work). The survey, based on voluntary participation, was administered to all full-time healthcare workers. From June to November 2023, the survey reached 329 healthcare workers. IBM SPSS 25.0 software was used for statistical analyses. Descriptive statistics such as mean and standard deviation were utilized for the variables. Chi-square analysis was employed for comparing categorical variables among themselves. Statistical significance was assessed at $p<0.05$ level.

Results: The study included 329 healthcare workers, aged between 21 and 62, with 58.1% being female. It was found that 42.2% of healthcare workers had experienced violence in the past year, and 60.8% witnessed their colleagues being subjected to violence. The most common setting for experienced violence was the outpatient clinic at 37.4%, while the most witnessed violence occurred in the emergency department at 42.0%. The most frequent location of violence was in consultation/treatment rooms, accounting for 47.5% of cases. Verbal abuse was the most common type of violence, comprising 97.8% of incidents. The main reasons for violence were identified as intolerance to waiting at 45.3% and low education levels at 23.7%. 80.2% of the workers did not feel safe at their workplace. Post-violence,

43.9% of the workers considered quitting their job. The effects of violence on healthcare workers included anger in 26.4% and burnout in 23%. The majority of healthcare workers believed that societal educational efforts and enhanced security measures are necessary to prevent violence in healthcare settings.

Conclusion: According to our findings, violence is identified as a prevalent and significant issue in the healthcare sector. Intolerance to waiting and lower education levels emerge as primary causes of violence. It was observed that those exposed to violence often experience feelings of anger and burnout. Challenges in working conditions and environmental factors within the workplace, combined with inadequate security measures, contribute to an increase in the frequency of violent incidents. Therefore, in order to prevent violence, it is essential to improve the physical environment, working conditions, and safety measures. Additionally, providing training on effective communication skills and violence prevention/prediction, enhancing the deterrence of legal regulations, and conducting societal awareness and educational programs are necessary. It is believed that the implementation of violence prevention approaches not only reduces the impacts of violence but also enhances the overall quality of healthcare services.

Key Words: Health, violence, healthcare workers

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet, tüm toplumu ilgilendiren bir olaydır ve bir birey veya bir grubun, başka bir bireye veya gruba yönelik sözel, fiziksel, psikolojik veya ekonomik olarak zarar verme düşüncesi ve eylemi olarak tanımlanmaktadır (1). Birleşmiş Milletler (BM) tarafından insan haklarının ihlali olarak sınıflandırılan şiddet, evrensel olarak kabul gören insan hakları beyannamesi ile teminat altına alınmış temel insan haklarının ihlal edilmesi anlamına gelmektedir (2,3). Bu bağlamda, sağlık hizmet sunumunun gerçekleştiği ortamlarda meydana gelen şiddet ise, sağlık çalışanlarının güvenliği ve refahı üzerinde kötü etkiler oluşturan, sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sorun olarak öne çıkmaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili raporları, şiddet olayının tüm dünyada oldukça yaygın olduğunu ve sağlık çalışanlarının çok büyük bir bölümünün çalışma sırasında en az bir defa şiddete maruz kaldığını ortaya koymaktadır (5). Aynı zamanda yapılan araştırmalarda, sağlıkta şiddet olaylarının sıklığı, diğer sektörlerde yaşanan şiddet olaylarına oranla daha yüksek saptanmıştır (6). Sağlıkta şiddet, fiziksel saldırılar, tehditler, sözlü taciz, psikolojik baskı ve cinsel taciz de dahil olmak üzere çeşitli durumları içermektedir (7).

Türkiye'de de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sıklığı giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu durum, medyada sıkça yer bulan vakalar ile de desteklenmektedir (8). Veriler, sağlıkta şiddet vakalarının son on yılda dört kat arttığını gözler önüne sermektedir, bu da sağlık politikaları ve uygulamaları açısından düşünülmesi gereken bir durum haline gelmiştir (9).

Bu çalışma, SBÜ İzmir Tepecik EAH sağlık çalışanlarının, sağlıkta şiddet hakkındaki düşünce, deneyimleri ve bu deneyimleri etkileyen faktörlerin kapsamlı bir analizini yapmayı hedeflemektedir. Çalışma, sağlık çalışanlarının şiddet algılarını, maruz kaldıkları şiddet vakalarının sıklığı ve ciddiyetini, şiddetin mesleki pratikler ve psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini ve bu olayların hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ele alınış biçimlerini değerlendirmek hedeflenmiştir.

Bu araştırma, şiddetin sıklığı, nedenleri, etkileri ve önlenmesi üzerine yoğunlaşarak, sağlıkta şiddeti çok boyutlu bir perspektifle incelemeyi amaçlamaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin karmaşık doğası, çeşitli etmenler tarafından şekillendirilen bir durum olması ve sonuçları itibarıyla geniş çaplı bir etki yaratması nedeniyle, bu çalışmanın sonuçları, sağlıkta şiddetin önlenmesi için değerli bilgiler sunmayı vaat etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddetin Tanımı

WHO tarafından yapılan tanımlamada, şiddet "kendisi tarafından, başka bir kişi tarafından veya toplum tarafından kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç veya gücün tehdidi" olarak belirtilmiş olup bu tanımın yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişimde bozulma veya mahrumiyet gibi ciddi sonuçlar doğurabileceği vurgulanmıştır (10).

Şiddet kelimesi, Türkçeye Arapçadan geçmiş olup, genel anlamıyla “sertlik”, “yoğunluk” veya “hız” gibi kavramları ifade eder. Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre, 'şiddet' bir dizi bağlamda kullanılabilir: bir eylemin yoğunluğu veya kuvvetinin derecesini, örneğin bir duygunun yoğun yaşanışını veya bir rüzgârın gücünü tanımlamak için kullanılabilir. Ayrıca, karşıt görüşlere karşı uygulanan kaba kuvveti veya herhangi bir duygu ve davranıştaki aşırılığı belirtmek için de kullanılır. Bu, şiddetin hem fiziksel hem de mecaz anlamda güçlü ve etkileyici bir olgu olduğunu gösterir ve bu kelime çoğu zaman zor kullanımını ve baskıyı ima eder (11).

Şiddet kelimesi, etimolojik olarak Latincedeki “violentia” teriminden türetilmiştir ve “aşırı güç”, “kuvvetli hareket”, “sertlik” veya “hiddet” anlamlarını içerir. Tarih boyunca farklı dillerde ve kültürlerde benzer anlamlarla kullanılmış olan bu kelime, zaman içinde modern dillere uyum sağlamış ve günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (12). Şiddetin tanımı ve anlaşılması, çeşitli disiplinlerde, şiddetin nedenleri, dinamikleri ve sonuçları üzerine yoğunlaşan araştırmalara konu olmuştur (13).

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet, sadece fiziksel saldırıları değil; psikolojik taciz, sözlü saldırılar ve cinsel istismar gibi kavramları kapsayan davranışları da içerebilir. Bu tür olaylar, çalışanların ruhsal ve bedensel sağlığını etkileyebilir ve iş performanslarının azalmasına yol açabilir (14). Bu nedenle, sağlık sektöründe şiddetin tanımı ve üzerine geliştirilen müdahale stratejileri, sadece sağlık çalışanları için değil, genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini korumak adına da büyük önem taşır (15).

2.2. Şiddet Türleri

Şiddet, insan ilişkilerinin karmaşık ve zorlayıcı bir yönü olarak, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir ve bu yüzden anlamak, önlemek ve yönetmek için dikkatlice sınıflandırılması gerekir. Şiddetin kaynağı, yöntemi, amacı ve etkisi gibi çeşitli faktörlere göre ayrılabilir. Aşağıda şiddetin çeşitli türleri ve genel kabul görmüş sınıflandırmaları incelenmektedir.

2.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, doğrudan ve somut zararlara yol açmaktadır. Bir bireyin diğerine kasten fiziksel hasar verdiği veya verme tehdidinde bulunduğu tüm durumları kapsar. Fiziksel şiddet, dövme, çekme, tokat-yumruk atma, itme, ısırmak gibi aletsiz eylemlerin yanı sıra daha ağır suçları, yani silah, bıçak, sopa gibi aletli cebir uygulamalarını da içerir. Fiziksel şiddet, acil tıbbi müdahale gerektiren yaralanmalara, uzun vadeli sağlık sorunlarına ve hatta ölüme bile neden olabilir (16).

2.2.2. Sözel/Psikolojik Şiddet

Bir bireyin başka bir bireyin duygusal ya da psikolojik bütünlüğüne zarar vermek amacıyla yaptığı tüm davranışları içerir. En sık karşılaşılan şiddet türü olup, diğer şiddet türlerine de eşlik etmektedir. Sözel istismar, kişinin özsaygısını, özgüvenini ve genel psikolojik durumunu olumsuz yönde etkiler. Bu tür şiddet, sürekli eleştiri, aşağılama, küfretme, alay etme, tehdit etme, korkutma ve yıldırma eylemleri ile manipülatif davranışları da içerebilir. Bu şiddetin yaraları dışarıdan görünmese de, kişinin ruh sağlığı ve benlik duygusu üzerinde derin ve kalıcı etkiler bırakabilir (17).

2.2.3. Cinsel Şiddet

WHO tanımına göre cinsel şiddet, bir kişinin rızası olmaksızın cinsel bir eyleme zorlanması, cinsellikle ilgili istenmeyen yorumlar yapılması, istenmeyen cinsel ilgi ya da tekliflerde bulunulması ve ticari amaçlar doğrultusunda cinsel bir obje olarak kullanılmasını içeren davranışları kapsar. Bu tanım, kurbanın özel yaşamına veya çalışma alanına izinsiz olarak cinsel içerikli müdahaleleri hem fiziksel hem de sözlü cinsel tacizleri de içerecek şekilde genişletilmiştir. Bu tarz eylemler, bireyin mahremiyetine yapılan bir saldırı olarak kabul edilir ve failler ile kurbanlar arasındaki ilişkinin niteliğine bakılmaksızın geçerlidir (18).

Cinsel şiddetin en bilinen formu tecavüz olsa da cinsel taciz, cinsel tehditler ve cinsel içerikli sözlü taciz gibi davranışlar da bu kategoriye girer. Cinsel şiddet, fiziksel ve psikolojik travmaların yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılma riskini de önemli ölçüde artırmaktadır (19).

2.2.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, bir bireyin mali bağımsızlığını, kaynak erişimini veya mali güvenliğini kısıtlamak amacıyla gerçekleştirilen bütün eylemleri ifade eder. Bu, kişinin kendi ekonomik varlıklarını kontrol etmesini engelleme, kazanımlarını vermeme, onu finansal kararlardan uzak tutma veya zorla ekonomik bağımlılık yaratma gibi durumları ifade eder. Ekonomik şiddet, özellikle aile içi şiddette sıkça karşılaşılan bir durumdur ve bireyin maddi kaynaklara erişimini kısıtlayarak onu istismarcının kontrolü altında tutabilir (20).

2.2.5. Siber Şiddet

Siber şiddet, dijital araçların kötüye kullanımıyla gerçekleştirilen bir şiddet türüdür. Sosyal ağlar, e-posta platformları, anlık mesajlaşma uygulamaları ve diğer online mecralar üzerinden yapılan taciz, tehdit, aşağılama veya kişisel verilerin izinsiz olarak yayılmasını içerir (21). Bu tür davranışlar, kurbanın sanal ortamda maruz kaldığı saldırılar sonucunda gerçek dünyada da ciddi duygusal travmalar yaşamasına sebep olabilir. Anonim olabileceği gibi, failin kimliği açıkken de gerçekleştirilebilen siber şiddet, çoğu zaman devam eden bir taciz davranışının bir parçasıdır ve özellikle genç nesiller arasında sıkça rastlanan bir durumdur (22). Mağdurların sosyal olarak baskı altına alınması, özgüven eksikliği ve hatta intihara sürüklenmesi gibi ciddi sonuçlara yol açabilir.

2.2.6. İhmal

İhmal, bakımı bir bireyin sorumluluğunda olan başka bir bireyin temel ihtiyaçlarının kasten ya da özen göstermeyerek karşılanmamasını ifade eder. Çocuk ihmalinden yaşlı ihmaline kadar geniş bir yelpazede ele alınabilir ve ihmal edilen kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimine zarar verebilir (23).

2.3. İş Yerinde Şiddet

İş yerinde şiddet, çalışılan ortamda, mesai zamanı içinde ya da dışında, çalışanlara karşı iş arkadaşları, yöneticiler veya üçüncü şahıslar tarafından

gerçekleştirilen fiziksel, sözel, psikolojik veya cinsel tüm şiddet eylemlerini kapsayan bir kavramdır (24). Bu tür şiddet, iş yerinin güvenliğini tehdit eder, çalışanların sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratır ve organizasyon verimliliğini düşürebilir.

İş yerinde şiddet, pek çok farklı şekilde ortaya çıkabilir. Fiziksel saldırıdan sözel tacize, tehditlerden mobbinge kadar geniş bir yelpazede değerlendirilebilir (25). Özellikle sağlık sektöründe, çalışanlar sık sık hasta veya hasta yakınlarının duygusal tepkilerine maruz kalabilmekte ve bu durum sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında şiddete dönüşebilmektedir (26).

Şiddetin çalışma ortamına etkileri yalnızca bireysel değil, aynı zamanda kurumsal düzeyde de önemli sorunlara yol açabilir. Çalışanların iş tatmini, işe bağlılığı ve motivasyonunda düşüşlere neden olabilirken, işten ayrılma oranlarında artışa ve organizasyonun genel itibarına zarar verebilir (27). Bunun yanı sıra, uzun vadede iş yerinde yaşanan şiddet olayları, çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklara sebebiyet verebilir (28).

Önleme ve müdahale stratejileri, iş yerinde şiddeti azaltmada kritik rol oynar. Etkili iletişim, çatışma çözme teknikleri, şiddet önleme eğitimleri ve kurum içi destek mekanizmaları, bu tür olayların önüne geçmek ve etkilerini hafifletmek için kullanılabilir (29).

2.4. Sağlık Kuruluşlarındaki Şiddet

WHO sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti, "Fiziksel saldırı, zorlama, sözlü hakaret, cinsel taciz ve tehdit dahil olmak üzere, sağlık çalışanlarının güvenliğini, sağlığını, özgürlüğünü veya haklarını ihlal eden veya ihlal etme potansiyeli bulunduran tüm eylemler" olarak tanımlamaktadır (18).

Sağlık kurumları, işin doğası, sunulan hizmetin özellikleri ve hizmet alan bireylerin durumları gibi etkenler sebebiyle sıklıkla şiddetin görüldüğü alanlardır. Araştırmalar, bu tür yerlerde diğer iş alanlarına kıyasla şiddet olaylarının daha yaygın olduğunu ancak çoğunlukla rapor edilmediğini ortaya koymaktadır. Çoğu zaman yalnızca fiziksel zarar görmek şiddet olarak kabul edilirken, sağlık çalışanlarının en çok sözlü saldırılara maruz kaldıkları belirlenmiştir. Sağlık sektörü, iş yerinde şiddet vakalarının en sık yaşandığı alanlardan biridir; raporlar, iş yerinde yaşanan şiddet olaylarının yaklaşık dörtte birinin sağlık kurumlarında gerçekleştiğini ve bu

kurumlarda görev yapan personelin yarısına yakınının çeşitli şiddet türlerine maruz kaldığını göstermektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının şiddet mağduriyeti riskini diğer iş kollarına kıyasla 16 kat daha fazla artırmaktadır (30,31).

Şiddetin karmaşık bir eylem olduğunu vurgulayan ve yaygın olarak kabul gören üç temel teori bulunmaktadır: biyolojik faktörler, sosyal öğrenme ve zedelenme-saldırganlık teorileri (32,33). Sosyal öğrenme teorisi, şiddetin diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilmiş bir reaksiyon olduğunu iddia eder (34). Öte yandan, zedelenme-saldırganlık teorisi, insanların beklentileri karşılanmadığında yaşadıkları hayal kırıklığı veya engellenmeye karşı gösterdikleri şiddet eylemini açıklamaya çalışır (35). Bu teoriler, hastane gibi sağlık ortamlarında meydana gelen şiddet olaylarının arkasındaki nedenleri büyük ölçüde izah edebilmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında şiddet olaylarının birçok sebebi vardır. Bu sebeplerden bazıları, sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz sunumu, hasta yakınlarının yüksek stres düzeyi, uzun bekleme süreleri, herkesin sağlık hizmetine eşit olarak erişim hakkına sahip olmasına karşın yaşanan eşitsizlikler, düşük eğitim seviyeleri, psikolojik sorunlar, kurallara riayet etmeme, iletişimde yaşanan zorluklar, yanlış anlaşılmalar, gürültülü ve kalabalık bekleme odaları gibi faktörlerdir. Hasta ve yakınlarının acil servislerdeki yoğunlukta kendi durumlarını en öncelikli olarak görmeleri de şiddetin temel nedenleri arasında yer alır. Ayrıca aşırı iş yükü altında çalışan ancak yetersiz sayıda personelin olması, çalışma şartlarının yoğunluğu, sağlık personelinin tecrübesizliği hizmet kalitesinin düşük algılanmasına, hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliğini tetikleyerek şiddete yol açmasına neden olabilmektedir. Güvenlik ve yasal düzenlemelerdeki boşluklar, bireylerin sağlık kurumlarında kontrolsüz gezinme özgürlüğü şiddet vakalarını daha da kötüleştirebilir. (36-38). Ayrıca, Farrel ve ark. belirttiği gibi, sağlık sektöründe hastaların kendini müşteri veya tüketici olarak görmesi ve bu bakış açısının hem sağlık personeli hem de hastalar arasında çatışmalara yol açması da şiddet olaylarının artmasında önemli bir rol oynamaktadır (39).

Dünyada yapılan sağlıkta şiddet ile ilgilenen çalışmalar, sağlıkta şiddetin sıklığını ve durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır. Örneğin, ABD'de yapılan bir çalışmada acil servis çalışanlarının %78'inin son bir yıl içinde sözel şiddete maruz

kaldığını, %21'inin ise fiziksel şiddet yaşadığını ortaya koymuştur (40). Avrupa'da ise, özellikle İngiltere NHS (National Health Service) verileri, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının her yıl arttığını göstermektedir; 2018-2019 yılları arasında, NHS çalışanlarının %15'i şiddet rapor etmiştir (41).

Türkiye'deki durum da pek farklı değildir. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre, sağlık çalışanlarının %76'sının sözlü şiddete maruz kaldığı, %47'sinin ise fiziksel şiddet gördüğü belirtilmiştir (42). Bu rakamlar, sağlık çalışanlarının neredeyse her gün şiddetin bir biçimine maruz kaldığını göstermektedir. Türkiye'de sağlık sektöründe yaşanan şiddet vakalarının büyük çoğunluğunun hastaların yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve en sık şiddete maruz kalanların ise genellikle acil serviste çalışanların olduğu saptanmıştır (43).

Birleşik Krallık'ta, özellikle psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin %70'inden fazlası bir yıl içinde şiddet olayları yaşadığını belirtmiştir (44). Özellikle de gece vardiyalarında, personelin daha az olduğu zamanlarda şiddet vakalarının arttığı gözlenmiştir (45).

Güney Afrika'da sağlık sektörü çalışanlarının %61'i en az bir kez şiddet olayı yaşadığını bildirmiş, bu olayların çoğunun hasta veya hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği anlaşılmıştır (46). Hindistan, Pakistan ve diğer Güney Asya ülkelerinde, hastaların ve ailelerinin yüksek beklentileri ve zaman zaman sağlık sistemine olan güvensizlik sebebiyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları sıkça rapor edilmiştir (47).

Tüm bu verilere bakıldığında, dünya genelinde sağlık kuruluşlarındaki şiddetin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu açıktır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sadece onların sağlığını ve güvenliğini tehdit etmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin verimliliği ve hastaların bakım kalitesi üzerinde de olumsuz etkilere sahip olduğu görülmektedir.

Bu bağlamda, WHO gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık kuruluşlarında şiddeti önlemek için stratejiler geliştirirken, eğitim ve farkındalık programlarının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemelerin güçlendirilmesi ve uygulanmasının da şart olduğu belirtilmektedir (48).

2.5. Sağlık Kuruluşlarındaki Şiddetin Olası Etkileri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları sadece bireylerin sağlığına ve güvenliğine zarar vermekle kalmaz, aynı zamanda geniş çaplı toplumsal ve ekonomik sonuçlar doğurur.

2.5.1. Fiziksel Etkiler

Fiziksel yaralanmalar, hafif sıyrıklardan ciddi travmalara kadar değişebilir. Örneğin, acil servis çalışanları arasında yapılan bir çalışmada, şiddet mağduru personelin %9'unun hastaneye kaldırılmasını gerektirecek derecede ciddi yaralanmalara uğradığı belirlenmiştir (49). Bu yaralanmaların tedavi süreçleri, uzun iyileşme dönemleri ve bazı durumlarda kalıcı sakatlıkla sonuçlanabilmektedir.

2.5.2. Psikolojik Etkiler

Psikolojik etkilerin spektrumu, hafif stres ve endişeden ciddi psikolojik travmalar ve mesleki tükenmişlik sendromuna kadar uzanabilir. Şiddetin psikolojik etkileri uzun vadede mesleki performans üzerinde ciddi negatif etkilere sahiptir. Örneğin, şiddete uğramış sağlık çalışanlarının yaklaşık %76'sının iş yerinde endişe ve korku hissettiği bildirilmiştir (50).

2.5.3. Mesleki Motivasyon ve Performans

Çalışan motivasyonu ve iş tatmini üzerindeki etkiler, hizmet kalitesinde ve hasta memnuniyetinde düşüşe yol açabilir. Hamdan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının yaklaşık %60'ının, şiddet deneyimlerinin ardından işten ayrılmayı düşündüğü veya işlerine olan bağlılıklarının azaldığı tespit edilmiştir (51).

2.5.4. Hasta Bakımı Üzerindeki Etkiler

Şiddet vakalarının ardından, sağlık çalışanlarının dikkat dağınıklığı ve artan hata oranları gözlenmiştir. Bu durum, hasta bakımının güvenliğini ve kalitesini doğrudan etkileyebilir. Örneğin yapılan bir çalışmada hasta bakımında meydana gelen hataların, şiddet olayları sonrasında %21 oranında arttığı belirlenmiştir (52).

2.5.5. Kurumsal Maliyetler ve İtibar:

Sağlık kuruluşları için doğrudan maliyetler, tıbbi masraflar, personel değişikliği maliyetleri ve artan sigorta primleri şeklinde kendini gösterir. Şiddet vakaları, bir sağlık kuruluşunun yıllık bütçesine ekstra maliyet ekleyebilir (53).

Ayrıca, şiddet olayları bir kurumun kamu nezdindeki imajını ve itibarını zedeler, hasta ve personel memnuniyetini düşürür ve potansiyel hasta kayıplarına yol açabilir.

2.6. Sağlık Çalışanlarına Şiddete Yönelik Yasal Düzenlemeler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine dair Türkiye'de yürütülen çalışmalar ve yapılan yasal düzenlemeler, özellikle son yıllarda artan şiddet vakalarına karşılık olarak daha da güçlendirilmiştir. Bu çabalar hem sağlık çalışanlarının korunmasını hem de sağlık hizmetlerinin güvenli bir şekilde sürdürülmesini amaçlamaktadır.

Türkiye'de sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik alınan önlemler arasında, özellikle iki temel mevzuat dikkat çekmektedir. İlki, 16 Ekim 2009 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ"dir. Bu düzenlemeyle, sağlık tesislerinin kritik bölgelerine giriş-çıkışların denetim altına alınması, yeterli güvenlik personelinin istihdam edilmesi ve güvenlik kameraları ile sürekli izleme yapılması gibi güvenlik tedbirleri getirilmiştir (54).

Bir diğer önemli düzenleme ise 6 Nisan 2011 tarihinde yürürlüğe giren "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik"tir. Bu yönetmelik kapsamında, sağlık kurumlarına, çalışan güvenliği programları hazırlama, düzenli sağlık taramaları yapma, engelli çalışanlar için gerekli düzenlemeleri uygulama, çalışanlara kişisel koruyucu donanımlar sağlama ve fiziksel saldırıları önleyici tedbirler alma gibi konularda talimatlar verilmiştir. Her iki düzenleme, sağlık kurumlarında güvenlik ve korumanın artırılması için kritik adımlar olarak öne çıkmaktadır (54).

Sağlık sektöründe çalışan personelin korunmasına yönelik önemli düzenlemelerden biri de 28 Nisan 2012 tarihinde Resmî Gazete'de ilan edilen "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"tir. Bu yönetmelik, sağlık personelinin hizmetleri sırasında veya görevleri nedeniyle karşılaşabilecekleri suçlarla ilgili olarak hukuki destek alabilmelerinin yollarını tanımlar. Kanunlar tarafından suç olarak nitelendirilen davranışlarla karşılaşan sağlık çalışanlarına, bu durumlarla başa çıkabilmeleri için devlet tarafından hukuki yardım sağlanmasını içerir (54).

Türkiye Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının güvenliğini artırmak amacıyla 14 Mayıs 2012 tarihinde bir genelge yayımlayarak, "Çalışan Güvenliği Sağlanması" adı altında önemli tedbirler almıştır. Bu genelge kapsamında, hastanelerde işleyişi başhekim yardımcısının sorumluluğunda olacak bir "çalışan hakları ve güvenliği birimi" oluşturulmuştur. Bu birim, çalışanların haklarının korunması ve güvenliğinin sağlanması konusunda aktif rol üstlenmiştir (55).

Ayrıca, yasal düzenlemeler doğrultusunda, sağlık kurumlarında "Beyaz Kod" adı verilen bir uygulama hayata geçirilmiştir. Beyaz Kod, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında hızlı ve etkili bir müdahale mekanizması oluşturmak için tasarlanmıştır. Bu sistem ile birlikte, çalışanların şiddet olayları karşısında çekilme hakları güvence altına alınmış ve böyle bir durumda hukuki destek sağlanmasının yolları açıkça belirlenmiştir. Bu adımlar, sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de hukuki korunmasını önemli ölçüde artırmıştır. Bu uygulama kapsamında, şiddet olaylarına 7/24 hızlıca müdahale edebilecek bir yapı oluşturulmuştur. Bu yapı, 113 numaralı Beyaz Kod Çağrı Merkezi ve resmi internet portalı www.beyazkod.saglik.gov.tr ile desteklenmektedir. Sağlık personeline görevleri sırasında yapılan saldırılar ve suçlar, bu sistem üzerinden kayıt altına alınmaktadır. Kaydedilen her bir olayın detaylı arşiv kayıtları tutulmakta ve düzenli raporlamalar yapılmakta, böylece olaylara ilişkin veriler sistematik bir şekilde izlenmektedir. Bu sistemin kurulmasının amacı, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti en aza indirgemek ve çalışan güvenliğini sağlamaktır (55).

5 Aralık 2018 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanan kanun hükmünde kararname ile sağlık kurumlarında görevli personelin korunması konusunda önemli bir düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeye göre, sağlık çalışanlarına görevleri sırasında kasten yapılan saldırılarda şüpheliler, polis tarafından hemen yakalanacak ve savcılığa sevk edilecektir. Soruşturma aşamasında, sağlık personelinin ifadesi çalıştıkları yerde alınacak ve bu prosedür özel sağlık kuruluşlarında çalışan personel için de geçerli olacaktır. Bu madde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarına hızlı ve etkili bir yasal müdahale imkânı tanıyarak, onların güvenliğini artırmayı amaçlamaktadır (56).

2.7. Tıbbi Malpraktis ve Defansif Tıp Uygulamaları

Tıbbi malpraktis, sağlık profesyonellerinin yeterli bilgiye sahip olmaması, beceri yetersizliği ya da mesleki sorumluluklarını ihmal etmesi sonucu meydana gelir. Bu durum, standardize edilmiş ve uygulanması beklenen tedavi yöntemlerinin ya bilinçli ya da bilinçsiz olarak hastaya uygulanmaması ve bunun sonucunda hastanın zarar görmesi şeklinde ortaya çıkar. Bu olumsuz durum hem hastaların sağlığına zarar vermesi hem de sağlık çalışanlarının mesleki tatmini ve hastalara olan bağlılığını olumsuz etkilemesi nedeniyle kaygı vericidir (57).

Sağlık çalışanlarının hukuki sorunlarla karşılaşmamak için gereksiz yere tahlil, tetkik talep etmesi veya tedavi uygulaması ve riskli tıbbi işlemlerden kaçınması, defansif tıp uygulamaları olarak adlandırılır. Bu uygulamalar, pozitif ve negatif defansif tıp olmak üzere iki farklı türde incelenebilir. Pozitif defansif tıp, hastanın durumuna gerek olmamasına rağmen fazladan tıbbi işlemlerin yapılmasını ifade ederken; negatif defansif tıp, potansiyel hukuki sorunlar nedeniyle riskli hastaların tedavisinden kaçınmayı veya onları başka sağlık merkezlerine sevk etmeyi içerir (58,59). Ancak, her tıbbi uygulamanın defansif tıp kapsamına girmeyeceği önemlidir. Bir hekimin, hastanın iyiliğini ve tedavinin doğruluğunu sağlamak adına ek tedbirler alması, defansif tıp olarak değerlendirilmez. Eğer uygulanan tedavi veya prosedür, yalnızca hukuki sonuçlardan kaçınmak için yapılıyor ve hastanın tedavi başarısını göz ardı ediyorsa, bu durum defansif tıp olarak nitelendirilir. Bu ayrım, hekimlerin karar verme süreçlerinde etik ve hasta merkezli yaklaşımı korumaları açısından önem taşır (60).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırma evreni ve örneklemi, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile veri toplama araçlarının uygulanması ve elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntem ve teknikler açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını ve bunları etkileyen faktörleri (sosyodemografik özellikler, hizmet yılı, çalışma saatleri, çalışma alanı) değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet konusundaki düşünceleri ve deneyimleri nelerdir?

2. Sağlıkta şiddeti etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Türü

Araştırma Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bir çalışmadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın evreni S.B.Ü. İzmir Tepecik EAH'ta aktif görev almakta olan 329 sağlık çalışanından oluşmuştur.

Gerekli yasal izinler alındıktan sonra hastane çalışanlarına ulaşılarak, çalışmayı kabul eden kişilere yüz yüze görüşülerek, elektronik posta veya mobil telefon ile anket formu iletilerek doldurmaları sağlanmıştır. Bu çalışmada çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının samimiyetle cevap verdikleri kabul edilmiştir.

3.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 3040 sağlık çalışanıdır (Doktor, hemşire, ebe, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, tıbbi sekreter, teknisyen vb.).

Araştırmanın örneklem büyüklüğü http://www.raosoft.com/samplesize.html aracılığıyla %95 güven aralığı %5 hata payı ile hesaplanmıştır ve 329 sağlık

çalışanından oluşmaktadır.

Dahil olma kriterleri:

Sağlık çalışanı olmak

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Anketi eksiksiz bir şekilde doldurmuş olmak

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanda veri toplama aracı olarak çalışmaya özel olarak hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Bu form sağlık çalışanlarının özelliklerini belirleyen kapalı uçlu toplam 50 sorudan oluşmaktadır

3.7. Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizlerde IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmada değişkenlere ait ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistiklerden yararlanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin kendi arasındaki karşılaştırılmasında, Ki-kare analizi kullanılmıştır.

Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.06.2023 tarihli 2023/05-28 sayılı izin ile gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının araştırma sorularına vermiş oldukları cevaplara ilişkin sıklık ve yüzde dağılımları yorumlanmıştır.

Sağlık çalışanlarının kişisel bilgilerine ilişkin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1 Sağlık Çalışanlarının Sosyo- Demografik Dağılımları

	Kişisel Özellikler	**N**	**%**
Cinsiyet	Erkek	138	41,9
	Kadın	191	58,1
Medeni durum	Bekar	190	57,8
	Evli	139	42,2
Yaş	21-25	41	12,5
	26-30	166	50,5
	31-35	68	20,7
	36 ve üzeri	54	16,4
Eğitim Durumu	Lisans	151	45,9
	Lise	28	8,5
	Ön Lisans	23	7,0
	Yüksek Lisans	127	38,6
Meslek	Hekim	166	50,5
	Hemşire/Ebe	98	29,8
	Diğer	65	19,8
Çalışılan Birim	Dahili Klinik	172	52,3
	Diğer Klinikler(Cerrahi, acil, yoğun bakım vb.)	157	47,7
Çalışma Saatleri	Bazen gündüz, bazen gece	76	23,1
	Gündüz mesaisi + gece nöbeti	155	47,1

	Sadece gündüz	98	29,8
Meslek Kıdemi	1-3 yıl	105	31,9
	3-5 yıl	89	27,1
	5-10 yıl	79	24,0
	10 yıl ve üzeri	56	17,0

Tablo 1'e göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %58,1 oranında kadın ve %41,9 oranında erkek olduğu, %57,8 oranında bekar ve %42,2 oranında evli olduğu, %50,5 oranında 26-30 yaş aralığında, %20,7 oranında 31-35 yaş aralığında, %16,4 oranında 36 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %45,9 oranında lisans, %38,6 oranında yüksek lisans ve %8,5 oranında lise mezunu olduğu, %50,5 oranında hekim olarak, %29,8 oranında hemşire/ebe ve %19,8 oranında diğer görevlerde çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 1'e göre sağlık çalışanlarının %52,3 oranında dahili klinikte, %21,3 oranında cerrahi klinikte, %5,5 oranında yoğun bakımda, %4,6 oranında temel bilimlerde çalıştığı, %47,1 oranında "gündüz mesaisi + gece nöbeti" , %29,8 oranında sadece gündüz ve %23,1 oranında "bazen gündüz, bazen gece" şeklinde çalıştığı, %31,9 oranında 1-3 yıl, %27,1 oranında 3-5 yıl ve %24,0 oranında 5-10 yıl arası meslek kıdemine sahip oldukları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının şiddet öyküsü dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

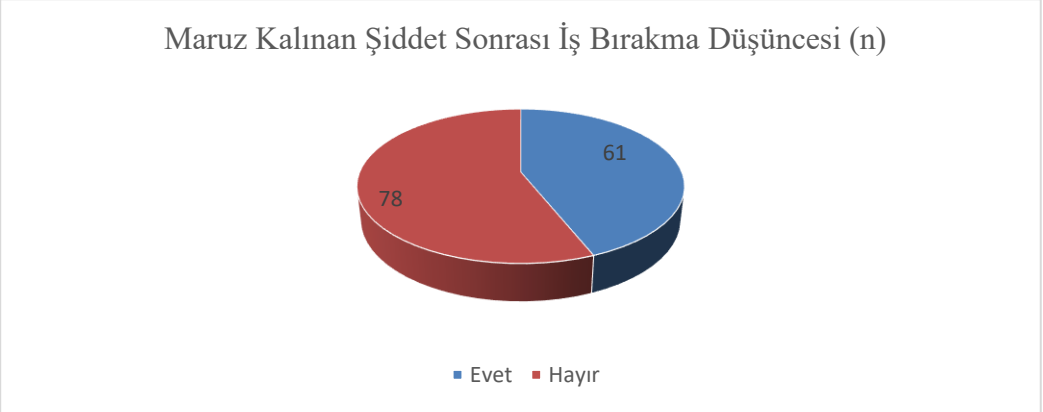
Tablo 2 Sağlık Çalışanlarının Şiddet Öyküsü Dağılımları

	Kişisel Özellikler	**N**	**%**
Son Bir Yıl İçinde Çalışılan Birimde Şiddete Maruz Kalma Durumu	Evet	139	42,2
	Hayır	190	57,8
Son Bir Yıl İçinde Çalışılan Birimde Şiddete Maruz Kalınan Birim	Poliklinik	52	37,4
	Servis	47	33,8
	Acil servis	29	20,9
	Diğer	11	7,9
Maruz Kalınan Şiddet Türü	Sözel (bağırma, tehdit etme, aşağılayıcı konuşma, hakaret etme, vb.)	136	97,8
	Psikolojik (jest, mimikler, tavırlar)	34	24,5
	Fiziksel (itme, vurma, bıçakla saldırma, eşyalara zarar verme, vb.)	6	4,3
Maruz Kalınan Şiddet Yeri	Muayene odası/tedavi odası	66	47,5
	Koridor/bekleme alanı	36	25,9
	Hasta odası	21	15,1
	Doktor/asistan/hemşire/personel odası	16	11,5
Şiddetin Temel Sebebi	Beklemeye tahammülsüzlük	63	45,3
	Eğitim düzeylerinin düşük olması	33	23,7
	Tedaviden memnuniyetsizlik	17	12,2
	İletişim sorunları	11	7,9
	Basından etkilenme	5	3,6
	Şiddete başvuran kişinin psikiyatrik probleminin olması/ilaç veya madde etkisinde olma	5	3,6
	Kötü haber alma	3	2,2

	Personel azlığı	2	1,4

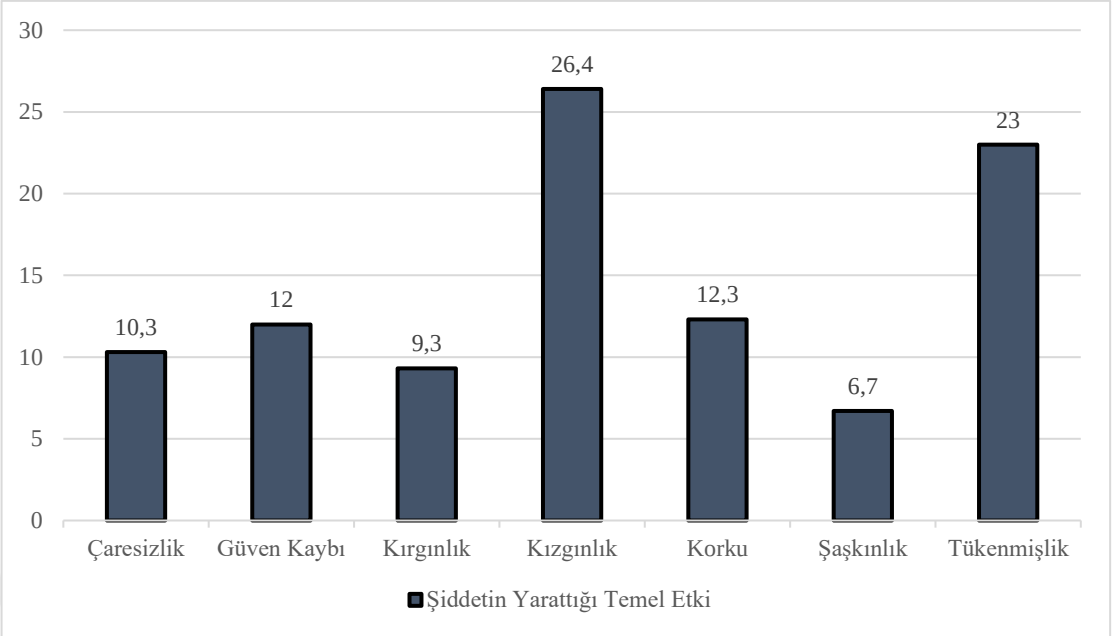
Tablo 2'ye göre sağlık çalışanlarının %42,2 oranında şiddete maruz kaldığı ve kaldıkları bu şiddetin %37,4 oranında poliklinikte, %33,8 oranında serviste ve %20,9 oranında acil servis biriminde olduğu belirlenmiştir. Maruz kaldıkları şiddet türü incelendiğinde, %97,8 oranında Sözel (bağırma, tehdit etme, aşağılayıcı konuşma, hakaret etme), %24,5 oranında Psikolojik, %4,3 oranında Fiziksel (itme, vurma, bıçakla saldırma, eşyalara zarar verme, vb.)şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddetin yeri incelendiğinde %47,5 oranında muayene odası/tedavi odası, %25,9 oranında koridor/bekleme alanı, %15,1 oranında hasta odası ve %11,5 oranında doktor/asistan/hemşire/personel odasında şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 2'ye göre sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin temel sebebi incelendiğinde %45,3 oranında beklemeye tahammülsüzlük, %23,7 oranında eğitim düzeylerinin düşük olması, %7,9 oranında iletişim sorunları, %3,6 oranında basından etkilenme ve %3,6 oranında Şiddete başvuran kişinin psikiyatrik probleminin olması/ilaç veya madde etkisinde olma olarak belirlenmiştir.



Şekil 1. Maruz Kalınan Şiddet Sonrası İş Bırakma Düşüncesi

Şiddete maruz kalan 139 katılımcının, maruz kaldıkları şiddetin etkisi ile 61'inin (%43,9) iş bırakma düşüncesinin olduğu Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Şiddetin Hissettirdiği Temel Etki

Şiddetin sağlık çalışanlarında %26,4 oranında kızgınlık, %23,0 oranında tükenmişlik, %12,3 oranında korku, %10,3 oranında çaresizlik, %9,3 oranında kırgınlık, %6,7 oranında şaşkınlık etkisi oluşturduğu Şekil 2'de belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesai arkadaşlarında tanık olduğu şiddet öyküsü dağılımları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3 Sağlık Çalışanlarının Mesai Arkadaşlarında Tanık Olduğu Şiddet Öyküsü Dağılımları

	Kişisel Özellikler	**N**	**%**
Son Bir Yıl İçinde Çalışılan Birimde Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanı Mevcudiyeti	Evet	200	60,8
	Hayır	129	39,2
Son Bir Yıl İçinde Çalışılan Birimde Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kaldığı Birim	Acil servis	84	42,0
	Servis	57	28,5
	Poliklinik	50	25,0
	Diğer	9	4,5
Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddet Türü	Sözel (bağırma, tehdit etme, aşağılayıcı konuşma, hakaret etme, vb.)	173	86,5

	Fiziksel (itme, vurma, bıçakla saldırma, eşyalara zarar verme, vb.)	65	32,5
	Psikolojik (jest, mimik, davranış ve tutumlar)	34	17,0
Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddetin Yeri	Muayene odası/tedavi odası	101	50,5
	Koridor/bekleme alanı	52	26,0
	Doktor/asistan/hemşire/personel odası	25	12,5
	Hasta odası	22	11,0
Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddetin Temel Sebebi	Beklemeye tahammülsüzlük	74	37,0
	Eğitim düzeylerinin düşük olması	42	21,0
	İletişim sorunları	35	17,5
	Tedaviden memnuniyetsizlik	14	10,1
	Şiddete başvuran kişinin psikiyatrik probleminin olması/ilaç veya madde etkisinde olma	11	7,9
	Kötü haber alma	10	5,0
	Güvenlik yetersizliği	8	4,0
	Basından etkilenme	4	2,0
	Personel yetersizliği	2	1,0

Tablo 3'e göre, sağlık çalışanlarının mesai arkadaşlarının %60,8 oranında şiddete maruz kaldığı ve kaldıkları bu şiddetin %25,0 oranında poliklinikte, %28,5 oranında serviste ve %42,0 oranında acil servis biriminde olduğu belirlenmiştir. Maruz kaldıkları şiddet türü incelendiğinde, %86,5 oranında Sözel (bağırma, tehdit etme, aşağılayıcı konuşma, hakaret etme), %17,0 oranında Psikolojik, %32,5 oranında Fiziksel (itme, vurma, bıçakla saldırma, eşyalara zarar verme, vb.)şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddetin yeri incelendiğinde %50,5 oranında muayene odası/tedavi odası, %26,0 oranında koridor/bekleme alanı, %11,0 oranında hasta odası ve %12,5 oranında doktor/asistan/hemşire/personel odasında şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 3'e göre sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin temel sebebi incelendiğinde %37,0 oranında beklemeye tahammülsüzlük, %21,0 oranında eğitim düzeylerinin düşük olması, %17,5 oranında iletişim sorunları, %5,0 oranında kötü haber alma, %2,0 oranında basından etkilenme, %10,1 oranında tedaviden memnuniyetsizlik ve %7,9 oranında şiddete başvuran kişinin psikiyatrik probleminin olması/ilaç veya madde etkisinde olma olarak belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerin fiziki* ve *personel yeterlilik durumuna ilişkin dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4 Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yerin Fiziki ve Personel Yeterlilik Durumuna İlişkin Dağılımları

	Kişisel Özellikler	**N**	**%**
Çalışılan Ortamda Yeterli Personel Durumu	Evet	121	36,8
	Hayır	208	63,2
Bekleme Süresi Uzunluk Durumu	Evet	169	51,4
	Hayır	160	48,6
Bekleme Alanlarının Kalabalıklık Durumu	Evet	257	78,1
	Hayır	72	21,9
Hasta Görüşü İçin Ayrılan Sürenin Yeterliliği	Evet	113	34,3
	Hayır	216	65,7
Hasta yakınlarına bilgi verilmesini sağlayan bir organizasyonun olma durumu	Evet	130	39,5
	Hayır	199	60,5
Sağlık çalışanlarının dinlenme alanları yeterlilik durumu	Evet	63	19,1
	Hayır	266	80,9
Sağlık çalışanlarının dinlenme zamanlarının yeterlilik durumu	Evet	47	14,3
	Hayır	282	85,7
Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerin iki kapı olma durumu	Evet	104	31,6
	Hayır	225	68,4
Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde fırlatabilecek cisim varlığı durumu	Evet	289	87,8
	Hayır	40	12,2

Çalışılan alanda ajite hastaların ayrı bekletilebileceği bir alan mevcudiyeti	Evet	23	7,0
	Hayır	306	93,0

Tablo 4'e göre, sağlık çalışanlarının %63,2 oranında çalıştıkları yerde yeterli personel olmadığı, %51,4 oranında hastaların bekleme süresinin uzun olduğu, %78,1 oranında bekleme alanlarının kalabalık olduğu, %65,7 oranında hasta görüşü için ayrılan sürenin yetersiz olduğu, %60,5 oranında hasta yakınlarına bilgi verilmesini sağlayan bir organizasyonun olmadığı, %80,9 oranında dinlenme alanlarının yeterli olmadığı, %85,7 oranında dinlenme zamanlarının yeterli olmadığı, %68,4 oranında çalıştıkları yerin iki kapılı olmadığı, %87,8 oranında çalıştıkları yerde fırlatabilecek cisim olduğu, %93,0 çalışılan alanda ajite hastaların ayrı bekletilebileceği bir alanın olmadığı belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerin güvenlik durumuna ilişkin dağılımı Tablo5'te sunulmuştur.

Tablo 5 Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yerin Güvenlik Durumuna İlişkin Dağılımları

	Kişisel Özellikler	**N**	**%**
Şiddet anında beyaz kod verilebilecek telefon durumu	Evet	282	85,7
	Hayır	47	14,3
Şiddet anında kullanılabilecek acil yardım (panik) butonu mevcudiyet durumu	Evet	16	4,9
	Hayır	313	95,1
Çalışılan hastanede Olan güvenlik Önlemi	X-Ray	106	32,3
	Çelik Kapı	3	1,0
	Güvenlik Görevlisi	302	91,8
	Mevcut Değil	25	7,5
Hastanenizde çalışan hakları ve güvenliği birimi kurulmuş	Kararsız	95	28,9
	Evet	219	66,6
	Hayır	15	4,6

Hastanenizde çalışan hakları ve güvenliği birimi işlevsel mi	Kararsız	82	24,9
	Evet	55	16,7
	Hayır	82	24,9
Hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği birimi kurulmuş	Kararsız	101	30,7
	Evet	216	65,7
	Hayır	12	3,6
Hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği birimi işlevselliği	Kararsız	93	28,3
	Evet	71	21,6
	Hayır	52	15,8
Kesici, delici aletlerin bulunduğu çekmece ve dolaplar kilitli tutuluyor	Kararsız	73	22,2
	Evet	60	18,2
	Hayır	329	59,6
Bekleme alanı kamera ile izleniyor	Kararsız	80	24,3
	Evet	137	41,6
	Hayır	112	34,0
Kamera görüntüleri anlık takip ediliyor	Kararsız	149	45,3
	Evet	14	4,3
	Hayır	166	50,5
Şiddetin öncü işaretleri konusunda bilginiz var	Evet	156	47,4
	Hayır	173	52,6
Çalışma ortamınızda karmaşa ile ilgili tatbikat yapılıyor	Evet	5	1,5
	Kararsız	43	13,1
	Hayır	281	85,4
Çalışırken kendinizi güvende hissediyor	Evet	65	19,8
	Hayır	264	80,2
Hastalarla çalışanların otoparkları Ayrı mı	Evet	268	81,5
	Hayır	61	18,5
Otopark alanında yeterli	Evet	52	15,8

güvenlik çalışanı bulunuyor	Hayır	277	84,2
Sizce sağlıkta şiddetin azalması için öncelikle ne yapılmalı	Toplumsal eğitim çalışmalarının yapılması	119	36,2
	Güvenlik tedbirlerinin arttırılması	88	26,7
	Medya bilinç çalışmalarının yapılması	44	13,4
	Mesleki olarak sağlık profesyonelleri desteklenmeli	34	10,3
	Personelin yalnız çalışma sürelerinin azaltılması	19	5,8
	Personel sayılarının arttırılması	17	5,2
	Hizmet veren kurum sayılarının arttırılması	8	2,4

Tablo 5'e göre sağlık çalışanlarının %85,7 oranında şiddet anında beyaz kod verilebilecek telefonun olduğu, %95,1 oranında şiddet anında kullanılabilecek acil yardım (panik) butonunun olmadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde güvenlik önlemi olarak %32,2 oranında X-Ray, %1,0 oranında çelik kapı, %91,8 oranında güvenlik görevlisi olduğu ve %7,5 oranında herhangi bir güvenlik olmadığı belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde güvenlik önlemi olarak kullanılan X-Ray cihazının işlevi sorguladığında, %84 oranında çalışmadığı veya işlevinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5'e göre sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde %66,6 oranında çalışan hakları ve güvenliği birimi kurulduğu ve kurulan bu birimin %24,9 oranında işlevinin olmadığı, %16,7 oranında işlevinin olduğu, %28,9 oranında işlevinin olma hususunda kararsız olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde %65,7 oranında iş sağlığı ve güvenliği biriminin kurulduğu ve bu kurulan birimin %15,8 oranında işlevinin olmadığı, %21,6 oranında işlevinin olduğu, %28,3 oranında işlevinin olma hususunda kararsız olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5'e göre sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde %59,6 oranında kesici, delici aletlerin bulunduğu çekmece ve dolapların kilitli tutulduğu, %41,6 oranında bekleme alanının kamera ile izlendiği, %34,0 oranında bekleme alanının kamera ile

izlenmediği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde %50,5 oranında kamera görüntülerinin anlık takip edilmediği, %45,3 oranında bu konuda kararsız oldukları belirlenmiştir.

Tablo 5'e göre sağlık çalışanlarının %52,6 oranında şiddetin öncü işaretleri konusunda bilgisinin olmadığı, %52,6 oranında çalışma ortamınızda karmaşa ile ilgili tatbikat yapılmadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde %80,2 oranında çalışırken kendisini güvende hissetmediği, %81,5 oranında hastalarla çalışanların otoparklarının ayrı olduğu, %84,2 oranında otopark alanında yeterli güvenlik çalışanının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5'e göre sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde sağlıkta şiddetin azalması için öncelikle %36,2 oranında "Toplumsal eğitim çalışmalarının yapılması", %26,7 oranında "Güvenlik tedbirlerinin arttırılması", %13,4 oranında "Medya bilinç çalışmalarının yapılması", %10,3 oranında "Mesleki olarak sağlık profesyonellerinin desteklenmesi", %5,8 oranında "Personelin yalnız çalışma sürelerinin azaltılması", %5,2 oranında "Personel sayılarının arttırılması" gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının meslek dağılımlarının sağlıkta şiddet ve unsurlarına göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6 Sağlık Çalışanlarının Meslek Dağılımlarının Sağlıkta Şiddet ve Unsurlarına Göre Dağılımı

	Hekimler		**Hemşire/Ebe**		**Diğer**		
	N	%	N	%	N	%	**p**
Son Bir Yıl İçinde Çalışılan Birimde Şiddete Maruz Kalma Durumu							
Evet	69	49,6%	47	33,8%	23	16,5%	.273
Hayır	97	51,1%	51	26,8%	42	22,1%	
Son Bir Yıl İçinde Çalışılan Birimde Şiddete Maruz Kalınan Birim							
Acil servis	18	62,1%	9	31,0%	2	6,9%	**.000**
Poliklinik	41	78,8%	3	5,8%	8	15,4%	
Servis	7	14,9%	30	63,8%	10	21,3%	
Diğer	3	27,3%	5	45,5%	3	27,3%	
Maruz Kalınan Şiddet Yeri							
Doktor/asistan/hemşire/personel	5	31,3%	9	56,3%	2	12,5%	**.000**

odası							
Hasta odası	4	19,0%	14	66,7%	3	14,3%	
Koridor/bekleme alanı	7	19,4%	13	36,1%	16	44,4%	
Muayene odası/tedavi odası	53	80,3%	11	16,7%	2	3,0%	
Maruz Kalınan Şiddet Sonrası İş Bırakma Düşüncesi							
Evet	28	45,9%	25	41,0%	8	13,1%	.247
Hayır	41	52,6%	22	28,2%	15	19,2%	
Şiddetin Yarattığı Temel Etki							
Çaresizlik	13	41,9%	14	45,2%	4	12,9%	.075
Güven kaybı	16	44,4%	13	36,1%	7	19,4%	
Kırgınlık	14	50,0%	9	32,1%	5	17,9%	
Kızgınlık	47	59,5%	18	22,8%	14	17,7%	
Korku	17	45,9%	15	40,5%	5	13,5%	
Şaşkınlık	7	35,0%	3	15,0%	10	50,0%	
Tükenmişlik	38	55,1%	17	24,6%	14	20,3%	

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. %: Satır Yüzdesi

Tablo 6'ya göre sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde şiddete maruz kalınan birim ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Acil servislerde en yüksek oranla (%62,1) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının hekimler olduğu, polikliniklerde en yüksek oranla (%78,8) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının hekimler olduğu, servislerde en yüksek oranla (%63,8) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının hemşireler/ebeler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6'ya göre sağlık çalışanlarının maruz kalınan şiddet yeri ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Doktor/asistan/hemşire/personel odasında en yüksek oranla (%56,3) şiddete uğrayanların hemşire/ebeler olduğu, hasta odasında en yüksek oranla (%66,7) şiddete uğrayanların hemşire/ebeler olduğu, koridor/bekleme alanı en yüksek oranla (%36,1) şiddete uğrayanların diğer sağlık çalışanları olduğu, muayene odası/tedavi odasında en yüksek oranla (%80,3) şiddete uğrayan sağlık çalışanının hekimler olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalışılan birimde şiddete maruz kalan sağlık çalışanı mevcudiyeti ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışılan birimde şiddete tanık olunan sağlık çalışanının en yüksek oranla (%57,5) hekimler olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının şiddete tanık olduğu mesai arkadaşının şiddete maruz kaldığı birim ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Acil servislerde en yüksek oranla (%62,1) şiddete uğrayan mesai arkadaşının hekimler olduğu, polikliniklerde en yüksek oranla (%72,0) şiddete uğrayan mesai arkadaşının hekimler olduğu, servislerde en yüksek oranla (%64,9) şiddete uğrayan mesai arkadaşının hemşireler/ebeler olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesai arkadaşlarının maruz kaldıkları şiddetin yeri ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Doktor/asistan/hemşire/personel odasında en yüksek oranla (%40,0) şiddete uğrayanların diğer sağlık çalışanları olduğu, hasta odasında en yüksek oranla (%54,5) şiddete uğrayanların diğer sağlık çalışanları olduğu, koridor/bekleme alanında en yüksek oranla (%42,3) şiddete uğrayanların diğer sağlık çalışanları olduğu, muayene odası/tedavi odasında en yüksek oranla (%82,2) şiddete uğrayanların hekimler olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının birim dağılımlarının sağlıkta şiddet ve unsurlarına göre dağılımı tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7 Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Birim Dağılımlarının Sağlıkta Şiddet ve Unsurlarına Göre Dağılımı

	Dahili Klinikler		**Dahili Dışı Klinikler** (Cerrahi, Acil, Yoğun Bakım, Temel Bilimler)		
	N	%	N	%	**p**
Son Bir Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Durumu					
Evet	74	53,2%	65	46,8%	.766
Hayır	98	51,6%	92	48,4%	
Şiddete Maruz Kalınan Birim					

Acil servis	9	31,0%	20	69,0%	**.004**
Poliklinik	37	71,2%	15	28,8%	
Servis	23	48,9%	24	51,1%	
Diğer	5	45,5%	6	54,5%	
Maruz Kalınan Şiddet Yeri					
Doktor/asistan/hemşire/personel odası	11	68,8%	5	31,3%	**.025**
Hasta odası	9	42,9%	12	57,1%	
Koridor/bekleme alanı	12	33,3%	24	66,7%	
Muayene odası/tedavi odası	42	63,6%	24	36,4%	
Maruz Kalınan Şiddet Sonrası İş Bırakma Düşüncesi					
Evet	35	57,4%	26	42,6%	.659
Hayır	39	50,0%	39	50,0%	
Şiddetin Yarattığı Temel Etki					
Çaresizlik	16	51,6%	15	48,46%	.691
Güven kaybı	19	52,8%	17	47,2%	
Kırgınlık	15	53,6%	13	46,4%	
Kızgınlık	45	57,0%	34	43,0%	
Korku	23	62,2%	14	37,8%	
Şaşkınlık	9	45,0%	11	55,0%	
Tükenmişlik	30	43,5%	39	56,5%	

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. %: Satır Yüzdesi

Tablo 7'ye göre sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı birim ile çalışılan birim arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Acil servislerde en yüksek oranla (%69,0) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının dahili dışı kliniklerde çalışanlar olduğu, polikliniklerde en yüksek oranla (%71,2) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının dahili klinikte çalışanlar olduğu, servislerde en yüksek oranla (%51,1) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının dahili dışı kliniklerde çalışanlar olduğu ve diğer alanlarda en yüksek oranla (%54,5) şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının dahili dışı kliniklerde çalışanlar olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7'ye göre sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin yeri ile çalışılan birim arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Doktor/asistan/hemşire/personel odasında en yüksek oranla (%68,8) şiddete

uğrayanların dahili klinikte çalışanlar olduğu, hasta odasında en yüksek oranla (%57,1) şiddete uğrayanların dahili dışı kliniklerde çalışanlar, koridor/bekleme alanı en yüksek oranla (%66,7) şiddete uğrayanların dahili dışı kliniklerde çalışanlar olduğu, muayene odası/tedavi odasında en yüksek oranla (%63,6) şiddete uğrayanların dahili klinikte çalışanlar olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde çalıştığı birimde şiddete tanık olunan mesai arkadaşının şiddete maruz kaldığı birim ile çalışılan birim arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Acil servislerde en yüksek oranla (%54,8) şiddete uğrayan mesai arkadaşının dahili klinikte çalışanlar, polikliniklerde en yüksek oranla (%68,0) şiddete uğrayan mesai arkadaşının dahili klinikte çalışanlar olduğu, servislerde en yüksek oranla (%59,6) şiddete uğrayan mesai arkadaşının dahili dışı kliniklerde çalışanlar olduğu ve diğer alanlarda en yüksek oranla (%66,7) şiddete uğrayan mesai arkadaşının dahili dışı kliniklerde çalışanlar olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesai arkadaşlarının maruz kaldıkları şiddetin yeri ile çalışılan birim arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Doktor/asistan/hemşire/personel odasında en yüksek oranla (%64,0) şiddete uğrayanların dahili klinikte çalışan mesai arkadaşları olduğu, hasta odasında en yüksek oranla (%59,1) şiddete uğrayanların dahili dışı kliniklerde çalışan mesai arkadaşları olduğu, koridor/bekleme alanı en yüksek oranla (%72,2) şiddete uğrayanların dahili dışı kliniklerde çalışan mesai arkadaşları olduğu, muayene odası/tedavi odasında en yüksek oranla (%65,3) şiddete uğrayanların dahili klinikte çalışan mesai arkadaşları olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde aktif görev yapmakta olan 329 sağlık çalışanı katılım göstermiştir. Hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının cinsiyet verileri incelendiğinde %66,9 oranında kadın sağlık çalışanı olduğu bilgisine ulaşılmıştır ve araştırmamızda da cinsiyet dağılımına uygun olarak katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%58,1) kadın olduğu saptanmıştır. Diğer araştırmalar incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili çalışmalarda genellikle kadın cinsiyetin (%53,2 ile %87,5 arasında) ağırlıkta olduğu görülmektedir. (61-72,77,81-83) Bununla birlikte, bazı araştırmalarda erkek sağlık çalışanlarının oranının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.(73-76) Bu farklılıklar, sağlık sektöründe cinsiyet dağılımının çalışma ortamına ve belirli bölgelere göre değişebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %50,5 oranında 26-30 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda benzer şekilde katılımcıların %42.6 - %51.6 oranında 30 yaş altında olduğu saptanmıştır (77,81). Diğer sağlıkta şiddetle ilgili bazı çalışmalarda katılımcıların yaş ağırlığı 30 yaş ve üzeri saptanmıştır.(63,65,73) Araştırmalarda örneklem grubunun seçimi, yaş ortalaması gibi demografik verilerin dikkate alınmasını gerektirir çünkü bu tür veriler araştırmanın sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu durum, çalışmaların demografik açıdan karşılaştırılabilirliğini ve genel sonuçlarının yorumlana bilirliğini etkileyen faktörler arasındadır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %50,5 oranında hekim olarak, %29,8 oranında hemşire/ebe ve %19,8 oranında diğer görevlerde çalıştığı belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda katılımcıların %57,1 , %65,4 ve %80 oranında hekim olduğu saptanmıştır (62,66,84). Bunun yanı sıra diğer pek çok çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından oluştuğu saptanmıştır (55,72,78,81,83). Bu, örneklem alanının seçiminde karşılaşılan farklılıklardan, veri toplama zamanının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada geçici görevlendirmeler, görüşmelerin uygulandığı birimlerde ve alanlarda hekimlerin ağırlıklı olarak çalışması gibi nedenlerden dolayı hekim ağırlıklı bir çalışma olmuştur. Bu faktörlerin her biri, sağlık alanındaki çalışma gruplarının

oranlarında değişikliklere neden olabilir ve çalışma sonuçlarında gözlemlenen farklılıkların altında yatan nedenleri açıklayabilir.

Çalışmanın yapıldığı hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının klinik dağılımlarına ilişkin veriler incelendiğinde %58 oranında dahili kliniklerde görev yaptıkları bulgusuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda bu verilere uygun olarak örneklem grubu belirlenmiş olup sağlık çalışanlarının %52,3 oranında dahili kliniklerde, %47,7 oranında dahili dışı (%21,3 cerrahi, %13,1 acil, %5,5 yoğun bakım, %4,6 temel bilimler) kliniklerde çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde (spesifik alanlara ait yapılan çalışmalar hariç) bulgularımızla uyumlu bir şekilde %38,9 - %77,8 arasında değişen oranlarda dahili klinikte çalışanlar daha yüksek seviyede saptanmıştır (62,69,72,82,85,86). Bunun yanı sıra, Adaş ve Elbek'in araştırmasında, pratisyen ve uzman hekimler arasında, diğer branşlara mensup hekimlerin daha büyük bir oranını oluşturduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, uzman hekimler arasında diğer kliniklerde çalışanların oranı %56,8, dahili branşlarda çalışanların oranı %43,2 olarak belirlenmiştir (73). Dahili klinikler, çok sayıda uzmanlık dalını içerisinde bulundurduğu için sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının bu alanda çalışması olası ve doğaldır. Dahili klinikler ve dahili dışı kliniklerin toplamı benzer ağırlıktadır ve bu nedenle dahili klinikler ile diğer kliniklerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının son bir yıl içerisinde %42,2 oranında şiddete maruz kaldığı ve mesai arkadaşlarının %60,8 oranında şiddete maruz kaldığına tanık olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Sağlıkta şiddet konusu literatürde yapılan diğer çalışmalarda meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet ve son bir yılda karşılaşılan şiddet olarak farklı açılardan ele alınmıştır, değişken bulguların olduğu saptanmıştır. Tıpta uzmanlık öğrencilerine yapılan bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde maruziyet %46,5 ve tanıklık %56,6 oranında şiddet deneyimi olduğu belirlenmiştir.(85) Bir diğer çalışmada da benzer şekilde son 1 yılda şiddete uğrama oranı %39,3 ve şiddete tanık olma oranı %75,3 saptanmıştır.(72). Adaş ve Elbek'in araştırmasında da son bir yılda şiddet deneyimi oranı %36,5 olarak bulgularımıza benzer saptanmıştır (73). Özel bir tıp merkezinde yapılan sağlıkta şiddet çalışmasında ise katılımcıların sadece %24,5 oranında şiddet deneyimi yaşadığı tespit edilmiştir (81). Yapılan diğer çalışmalarda şiddet deneyimine maruziyet %58,4 - %86,8 oranları

arasında değişken olarak daha yüksek düzeyde saptanmıştır (55,69,77,80,81,83,84). Araştırmamızda elde edilen veriler, sağlık çalışanlarının %42.2'sinin şiddet mağduru olduğunu göstermektedir, bu da önceki araştırmalara kıyasla görece daha düşük bir oranı işaret etmektedir. Şiddet, sosyal bir fenomen olarak dinamik bir yapısı olduğundan, araştırmaların yapıldığı yer, zaman ve farklı popülasyon özellikleri gibi değişkenlerden etkilenebilir. Bu durum, şiddetin sıklığı üzerindeki farklılıklara yol açabilir. Bu nedenle, şiddet olaylarına ilişkin araştırmalarda elde edilen sonuçların farklılık göstermesi, bu etkenlerin çeşitliliğinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, bazı şiddet vakalarının algılanmaması veya önemsiz bulunup rapor edilmemesi, araştırmamızda belirtilen düşük orana sebep olmuş olabilir. Bu durum, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin algılanması ve tanımlanması konusundaki farklılıkların önemini vurgulamaktadır. Sağlık hizmeti alırken hastaların ve yakınlarının stresli olmaları, beklentilerinin yüksekliği, şiddeti önlemek için etkili kurumsal ve yasal tedbirlerin eksikliği, yeterli bildirim yapılmaması sağlık sektöründe yüksek şiddet oranlarına yol açıyor olabilir. Bu faktörler, sağlık ortamında yaşanan şiddet olaylarının sıklığını artıran temel etkenler olarak düşünülebilir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet türü incelendiğinde, %97,8 oranında Sözel (bağırma, tehdit etme, aşağılayıcı konuşma, hakaret etme), %24,5 oranında Psikolojik (tutum, davranış, jest ve mimikler), %4,3 oranında Fiziksel (itme, vurma, bıçakla saldırma, eşyalara zarar verme, vb.)şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının tanık olduğu şiddet türü incelendiğinde ise %86,5 oranında Sözel, %17,0 oranında Psikolojik, %32,5 oranında Fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hem tanık olunan hem de maruz kalınan şiddet türü verileri incelendiğinde, en fazla tanık olunan ve en fazla maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu belirlenmiştir (sırasıyla %89,8 ve %80) (62). Beyaz kod verileriyle yapılan bir çalışmada, olayların %86,5'inin sözel ve %13,5'inin fiziksel olarak gerçekleştiği saptanmıştır (77). Bir başka çalışmada da şiddete maruz kalanların %87,6'sı sadece sözel, %1'i sadece fiziksel, %10,4 ü ise hem fiziksel hem sözel şiddete uğramıştır, benzer şekilde sözel şiddet oranı çok daha yüksek saptanmıştır.(86) Bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirilen çalışmada ise şiddete maruz kalanların %79.4'ü yaşanan şiddetin sözel, %2.2'si fiziksel, %18.4'ü sözel + fiziksel olduğunu ortaya koymaktadır (82). Çalışmamızla da benzer şekilde

yapılan diğer çalışmalarda da en çok maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu saptanmıştır. Sözel şiddetin sıkça görülmesinin nedenleri arasında uygulanmasının kolay olması, herhangi bir fiziksel hasarın olmaması nedeniyle suçun ispatının zor olması ve fiziksel şiddete kıyasla sözel şiddete daha az önem verilmesi yer alır. Bu faktörler, sözel şiddetin daha yaygın hale gelmesine ve bu tür olayların daha az ciddiye alınmasına yol açabilir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları kendi aralarında gruplandığında, anket sorularını yanıtlayan hekimlerin % 41,5'inin, hemşirelerin %47,9'unun, diğer sağlık çalışanlarının ise %35,3'ünün son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Er T. ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre, hemşirelerin %66,0'ı, hekimlerin %63,6'sı ve diğer sağlık çalışanlarının %41,0'ı meslek yaşamları süresince en az bir defa şiddet görmüştür (72). Bıçkıcı'nın Ankara'daki bir devlet hastanesinde yürüttüğü çalışmada, son bir yılda hemşirelerin %65.4'ünün ve doktorların %34.6'sının şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (87). Edirne'deki bir çalışmada ise en çok şiddet gören meslek grupları sırasıyla hemşireler (%85.0), araştırma görevlileri (%69.4) ve uzman doktorlar (%69.2) olarak tespit edilmiştir(88). Hemşirelerin şiddete daha yüksek oranda maruz kalmasının nedeni, genellikle kadın olmaları, hastalarla ilk teması sağlamaları ve hastalarla yakın ilişkiler içinde olmaları olabilir; bu durum, hastaların ve yakınlarının ilk tepkilerini bu meslek grubuna yönlendirmesine sebep olmuş olabilir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yere göre şiddete uğrama durumları değerlendirildiğinde, acil servis çalışanlarının %46,5'i, dahili kliniklerde çalışanların %43,0'ı, cerrahi kliniklerde çalışanların %44,2'si, yoğun bakımlarda çalışanların %44,4'ü son bir yıl içinde şiddete maruz kalmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada acil servis çalışanlarının %72.2'si, dahili kliniklerde çalışanların %66.2'si, cerrahi kliniklerde çalışanların %59.5'i, yoğun bakımlarda çalışanların %55.0'ı meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalmıştır (72). Edirne merkez ilçede yapılan başka bir araştırmada, acil çalışanlarının %83.0'ü, cerrahi branş çalışanlarının %78.0'i, yoğun bakım çalışanlarının %74.0'ü, dahili klinik çalışanlarının %71.0'i meslek hayatları boyunca en az bir defa şiddete maruz kaldığı bulguları saptanmıştır (88). Bu iki araştırma, acil servis çalışanlarının şiddete sıklıkla maruz kaldıkları konusunda benzer bulgular sunmaktadır. Acil servis çalışanlarının şiddetle daha sık karşılaşmalarının

sebepleri arasında stresli hasta ve yakınlarının acil servislere başvurması, hastaların yetersiz fiziksel koşullarda uzun süre beklemeleri ve yeterli altyapı olmamasına rağmen artan hasta sayısı yer alabilir.

Çalışmamızda şiddetin gerçekleştiği birimler incelendiğinde, şiddetin %37,4 ile polikliniklerde, %33,8 yatan hasta servislerinde ve %20,9 oranında acil serviste gerçekleştiği saptanmıştır. Şiddetin gerçekleştiği yer olarak değerlendirmemizde %47,5 ile muayene/tedavi odası, %25,9 koridor/bekleme alanı, %15,1 ile hasta odası ön plana çıkmaktadır. Şiddete tanık olunan birimler incelendiğinde ise şiddetin, %42,0 oranında acil servislerde, %28,5 oranında yataklı servislerde, %25,0 oranında polikliniklerde gerçekleştiği bulgusuna erişilmiştir. Poliklinikler daha az çalışanın olduğu ve daha özel alanlar olduğu için şiddet anında tanık bulunma ihtimalinin daha düşük olması bu sebeplerden dolayı muhtemeldir. Acil servislerdeki yüksek şiddet seviyeleri, buradaki sağlık çalışanlarının sıklıkla endişeli ve acı çeken hastalarla iletişim kurmak zorunda olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca ani, beklenmedik hadiseler ve hatta ölümler sonrası hasta yakınlarının verdiği tepkilerle baş etmek, genellikle daha genç ve deneyimsiz olan acil servis çalışanlarının üzerinde ek bir baskı oluşturur. Tanık olunan şiddetin yeri incelendiğinde %50,5 oranında muayene odası/tedavi odası, %26,0 oranında koridor/bekleme alanı, %11,0 oranında hasta odası ve %12,5 oranında doktor/asistan/hemşire/personel odasında şiddete maruz kalındığı belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında bizim bulgularımızla benzer şekilde şiddetin daha yüksek sıkılıkta polikliniklerde gerçekleştiği sonucuna ulaşan kaynaklar mevcuttur (71,91,92). Bunun yanı sıra bir üniversite hastanesindeki beyaz kod verileriyle yapılan bir çalışmada %65 oranında acil servislerde, %21,9 oranında yataklı servisler, %8,8 oranında polikliniklerde şiddet olayı yaşandığı bulgusuna saptanmıştır (89). Bir diğer çalışmada ise şiddet olayının %25,0 oranında yataklı servislerde, ikinci sırada %22,9 oranında acil servislerde gerçekleştiği bulgusu saptanmıştır (62). Bir sağlık sendikası tarafından 2017 yılında yapılan bir araştırmada şiddetin gerçekleştiği yer bulguları incelendiğinde, %29,1 ile acil servis en fazla şiddet olaylarının gerçekleştiği alan olarak saptanmıştır. Bununla birlikte hastane koridorları (%18,4) ve poliklinikler de (%12) şiddetin diğer birimlerden daha yüksek oranda görüldüğü alanlar olarak değerlendirilmiştir (83). Yapılan diğer çalışmalarda ise şiddetin en yaygın olarak acil servis ve sonrasında polikliniklerde gerçekleştiği bulgusuna

erişilmiştir (11,72,80,85,90). Çalışmamızda polikliniklerde şiddet olaylarının yüksek oranda görülmesi, bu alanlarda tedavi gören hasta sayısının ve yoğunluğun fazla olması ile ilişkilendirilebilir. Bu faktörler polikliniklerde ve acil servislerde şiddet olaylarının neden yüksek oranda yaşandığını açıklamaya yardımcı olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde çalışılan birimde şiddete maruz kalınan birim ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Acil servislerde en yüksek oranla (%62,1) şiddete uğrayan sağlık çalışanının hekimler olduğu, polikliniklerde en yüksek oranla (%78,8) şiddete uğrayan sağlık çalışanının hekimler olduğu, servislerde en yüksek oranla (%63,8) şiddete uğrayan sağlık çalışanının hemşireler/ebeler olduğu belirlenmiştir. Yine benzer şekilde mesai arkadaşlarında şiddete maruz kalan sağlık çalışanının birim ile meslek dağılımları arasında anlamlı bir farkın tespit edildiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Acil servislerde en yüksek oranla (%62,1) şiddete uğrayan mesai arkadaşının hekimler olduğu, polikliniklerde en yüksek oranla (%72,0) şiddete uğrayan mesai arkadaşının hekimler olduğu, servislerde en yüksek oranla (%64,9) şiddete uğrayan mesai arkadaşının hemşireler/ebeler olduğu belirlenmiştir. Acil servisler, sık sık yüksek stresli durumlar ve acil tıbbi ihtiyaçlarla karşılaşılan bir bölümdür ve genellikle çalışma ortamı ve hastalar aynı alanda bulunmaktadır. Hasta ile temasın daha sık yaşandığı bu ortam, özellikle hekimlere yönelik şiddet riskini artırabilmektedir. Polikliniklerde de benzer şekilde hekimler genellikle hasta ve yakınlarıyla doğrudan etkileşim halindedir. Bu durum, hasta beklentileri ve yanlış anlaşılmalar nedeniyle hekimlere yönelik şiddetin öncelikli olarak artmasına yol açabilir. Servislerde ise hemşireler hastalarla daha sık iletişim halinde olmakta ve bu da onları hasta ve yakınlarının olumsuz davranışlarına daha açık hale getirmektedir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin temel sebebi incelendiğinde %45,3 oranında beklemeye tahammülsüzlük, %23,7 oranında eğitim düzeylerinin düşük olması, %12,2 oranında tedaviden memnuniyetsizlik, %7,9 oranında iletişim sorunları, %3,6 oranında basından etkilenme olarak belirlenmiştir. Mesai arkadaşlarında tanık olunan şiddet incelendiğinde ise %37,0 oranında beklemeye tahammülsüzlük, %21,0 oranında eğitim düzeylerinin düşük olması benzer şekilde ön plana çıkmaktadır. Literatürde diğer çalışmalara baktığımızda Ankara'daki bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilen bir araştırmada, sağlık çalışanlarına yönelik

şiddetin nedenleri incelenmiş ve uzun bekleme süresi, katılımcıların %58,4'ü tarafından şiddetin bir nedeni olarak gösterilmiştir (62). Benzer şekilde, Edirne'de yapılan bir çalışmada ise bekleme süresi, katılımcıların %17,9'u tarafından şiddetin ilk nedeni olarak belirtilmiştir (70). Elbek ve Adaş'ın yaptığı çalışmada da beklemeye tahammülsüzlük/ihmal edildiğini düşünme ve tedaviden memnuniyetsizlik %37,8 oranıyla şiddetin ilk nedenleri olarak görülmektedir. Yapılan diğer pek çok çalışmada da beklemeye tahammülsüzlük, eğitim düzeylerinin düşük olması ve tedaviden memnuniyetsizlik şiddetin temel nedeni olarak belirtilmiştir (84,91,97). Beyaz kod verilerinin incelendiği bir araştırmada hasta ya da yakınlarının olumsuz tutum ve davranışları şiddetin ana nedeni olarak görülmektedir. Başka bir beyaz kod çalışmasında ise şiddet mağdurlarının yarısının tedavi ve hizmet kalitesinden duydukları memnuniyetsizlik nedeniyle şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir(93). Pakistan'daki bir araştırma, şiddetin iletişim hataları, gerçek dışı beklentiler ve bakım kalitesinin düşük algılanmasından kaynaklandığını göstermektedir(94). İran'da yapılan bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarının görevleri hakkında yetersiz bilgi, şiddetin temel nedenlerinden biri olarak tespit edilmiştir(95). Hastaların görüşlerinin incelendiği bir başka çalışmada ise kötü iletişim, tecrübesizlik, sorularına cevap alamama ve öfke kontrolü sorunları şiddete yönelme sebepleri arasında yer almaktadır (96). OECD (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü) verilerine baktığımızda 2021 yılında Türkiye'de sağlık çalışanlarının nüfusa oranı %5,47 iken OECD ülkelerinin ortalaması ise %11,3 olarak belirtilmiştir, hekim başına düşen muayene sayısı Türkiye'de 8 iken OECD ülkelerinin ortalaması 3,88 saptanmıştır, kişi başı ortalama muayene süresi Türkiye'de 22,8 dakika iken OECD ortalaması 58 dakika olarak belirtilmiştir. Bu değerler ülkemizde sağlık çalışanı oranının ve hasta başına ayırılan sürenin OECD otalamasının altında olduğunu, hekim başına düşen hasta sayısının ise ülkemizde daha fazla olduğunu göstermektedir (98). Bulgularımız sonucunda çalışmamızın yapıldığı yerin tam teşekküllü bir sağlık merkezi olması hastaların beklentilerini ve isteklerini artırmaktadır ve bu durum hastanenin sosyoekonomik olarak gelişmemiş bir bölgede yer alması, yüksek hasta sirkülasyonu gibi sebeplerle birleştiğinde beklemeye tahammülsüzlük ve eğitim düzeyi düşüklüğü şiddetin temel sebepleri olarak ön plana çıkmaktadır. Bekleme süreleri hastalar için sorun olduğu kadar sağlık çalışanları için de sorun teşkil etmektedir, bu konu çalışmamızda sağlık

çalışanlarının bakış açısı ile incelenmektedir ve yapılacak çalışmalara katkısı olacağı, yol göstereceği öngörülmektedir.

Şiddetin bıraktığı temel etkiyi ele aldığımızda, çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında %26,4 ile kızgınlık, %23,0 tükenmişlik, %12,3 korku, %12,0 güven kaybı ön plana çıkmaktadır. Başka bir sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada benzer şekilde %24,0 ile kızgınlık ilk sırada yer alırken %21,1 ve %17 oranlarıyla hayal kırıklığı ve üzüntü etkileri ön plana çıkmıştır (91). Yine hekimler üzerinde yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde kızgınlık, tükenmişlik, kırgınlık ve güven kaybı sırasıyla ön plana çıkmaktadır (71). Aynı şekilde yapılan bir diğer çalışmada da şiddete uğrayanların %18,1'i kızgınlık, %16,0'ı değersizlik, %14,6'sı tükenmişlik ve %11,6'sı kaygı gibi sorunlar yaşamıştır (77). Kızgınlık ve tükenmişlik duygularının şiddetin en yaygın etkileri arasında olduğu görülmektedir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sadece fiziksel riskler oluşturmakla kalmayıp, aynı zamanda ciddi psikolojik ve duygusal zararlara da yol açtığını göstermektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının şiddete karşı korunması ve desteklenmesi için etkili önlemlerin alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin etkisi ile %43,9 oranında iş bırakma düşüncesinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan bir başka çalışmada, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %41,8'i çalışma veriminin azaldığını, %33,2'si mesleği bırakmak istediğini, %30,7'si sosyal yaşamında ve ilişkilerinde bozulma olduğunu bildirmiştir (77). Hekimlere yapılan bir diğer çalışmada da şiddete maruz kalanların %40,7 oranında iş bırakmayı düşündüğü bulgusu saptanmıştır(71). Sağlık sektöründe çalışanlar, şiddet olaylarına maruz kaldıklarında, bu durum mesleki motivasyonlarını ve işlerine olan bağlılıklarını ciddi şekilde etkileyebilir. Şiddet mağduru sağlık çalışanları, sıklıkla yıpranma, tükenmişlik ve güvensizlik hissi yaşayabilirler. Bu da bazı durumlarda iş bırakma düşüncesi gibi ciddi sonuçlara yol açabilir. Sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak ve şiddetin önlenmesi, bu değerli meslek grubunun iş motivasyonunu ve sağlık hizmetlerinin kalitesini korumak adına hayati önem taşımaktadır.

Yaptığımız çalışmada, sağlık çalışanlarından elde edilen verilere dayanarak çalıştıkları yerde yeterli personel olmadığı, bekleme süresinin uzun olduğu, bekleme

alanlarının kalabalık olduğu, hasta görüşü için ayrılan sürenin yetersiz olduğu, dinlenme alanlarının ve zamanlarının yeterli olmadığı, çalıştıkları yerin iki kapılı olmadığı, çalıştıkları yerde fırlatabilecek cisimlere erişimin kolay olduğu, kesici, delici aletlerin bulunduğu çekmece ve dolapların genellikle kilitli tutulmadığı, ajite hastaların ayrı bekletilebileceği bir alanın olmadığı bulgularına erişilmiştir. Sağlık çalışanlarının çalıştığı ortamda şiddet anında beyaz kod verilebilecek telefonun olduğu ancak acil yardım (panik) butonunun olmadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanları %58,4 oranında bekleme alanının kamera ile izlenmediğini ya da fikrinin olmadığını, %50,5 oranında ise kamera görüntülerinin anlık takip edilmediğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerde güvenlik önlemi olarak %91,8 oranında güvenlik görevlisi olduğu, %32,2 oranında X-Ray olduğu ve X-Ray cihazı olduğunu söyleyenlerin tamamına yakını işlevsiz olduğunu ya da çalışmadığını belirtmektedir. Hastalarla çalışanların otoparklarının ayrı olduğu ancak otopark alanında yeterli güvenlik çalışanının olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde, sağlık çalışanlarının %68,1 oranında güvenlik önlemlerini yeterli bulmadığı saptanmıştır (70).Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu çalışan hakları ve güvenliği birimi ve iş sağlığı ve güvenliği biriminden haberdar ancak işlevsel olmadığını düşünmektedir. Yine benzer şekilde yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının çoğunluğunun bu birimlerden haberdar olduğu ancak işlevi konusunda bilgilerinin düşük olduğu saptanmıştır aynı zamanda şiddetin öncü işaretleri konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı ve karmaşa ile ilgili tatbikat yapılmadığı belirlenmiştir (70). Sağlık çalışanlarının %80,2'si çalışırken kendini güvende hissetmediğini belirtmiştir. Elde ettiğimiz bu bilgiler doğrultusunda, personel eksikliği ve karşılanamayacak düzeyde hasta başvuruları sonucunda oluşan uzun bekleme süreleri, hastalara yeteri kadar zaman ayırılamaması ve bilgilendirmede yetersiz kalınmasına yol açmaktadır. Yetersiz dinlenme alanları ve zamanları ise çalışanların aşırı yüklenmesine ve hasta bakımının kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Bu durum, hem hastalar hem de sağlık çalışanları için stres yaratmaktadır ve olası şiddet riskini fazlasıyla artıran temel sorunlardır. Literatür tarandığında, sağlık çalışanlarından edinilen bilgiler doğrultusunda çevre ve ortam koşullarının bu şekilde sorgulandığı, derinlemesine incelendiği bir çalışmaya denk gelinmemiştir. Sağlıkta şiddet ve şiddeti etkileyen faktörleri incelerken çevre ve ortam koşulları göz ardı

edilmemelidir. Çalışmamız, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarına yönelik algılarını detaylı bir şekilde incelemiştir. Bu, ortamın şiddet üzerindeki etkisini anlamada önemli bir faktör oluşturmaktadır. Ayrıca gerçek durumu yansıtmakta ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukları, potansiyel tehlikeleri net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Çalışmanın güçlü yönü, İzmir ilinde 3. Basamak bir sağlık kuruluşunda, sağlıkta şiddet konusunda tüm sağlık çalışanlarının deneyimlerini sorgulayan, çalışma ortamı ve çalışma şartları ile geniş kapsamlı olarak inceleyen ilk çalışma olmasıdır. Bu çalışma, sağlıkta şiddetin boyutlarına dair bilinç oluşturmakta ve bu konuda bir farkındalık artışı sağlamayı hedeflemektedir. Sağlık sektöründe şiddet konusunda daha fazla araştırma yapılmasını teşvik ederek, önleyici tedbirlerin alınmasına ve sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik daha etkili stratejiler geliştirilmesine de katkıda bulunabilir.

Çalışmanın zayıf yönü olarak, covid-19 pandemisi döneminden beri anket çalışmaları sıklıkla yapılmaktadır ve bu durum günden güne gönüllü katılımcı bulmayı ve soruları özenle cevaplamayı zorlaştırır hale gelmiştir. Kliniklerdeki stresli çalışma koşulları ile bahsedilen bıkkınlık durumunun birleşmesi sonucunda oluşan aksaklıklar nedeniyle, bazı yanıtlar hatalı kabul edilerek bulgulara eklenememiştir.

Çalışmanın kısıtlılıkları, beyaz kod verileri, beyaz kod sürecinde yaşananlar bu çalışmada incelenmemiştir, yapılacak olan sağlıkta şiddet çalışmalarında bu verilerin kullanılması yol gösterici olabilir. Ayrıca örneklem grubunun tek bir hastanedeki sağlık çalışanlarından oluşması nedeniyle genellemeler yapmaya uygun olmayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız, sağlık çalışanlarının şiddet deneyimlerini, düşüncelerini ve bu deneyimleri etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde incelemektedir.

Bulgu 1: Katılımcıların %42,2'si son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığını ve %60,8 oranında mesai arkadaşlarının şiddete maruz kaldığına tanık olduğunu belirtmektedir. Sonuçlar, sağlık sektöründeki şiddetin yaygın bir sorun olduğuna işaret etmektedir ve şiddeti önleme çalışmalarının potansiyel önemine vurgu yapmaktadır. Bu nedenle etkin ve caydırıcı bir yasal düzenleme uygulanması önerilmektedir. Mevcut yasal çerçevenin güçlendirilmesi ve caydırıcılığın artırılması bu konuda kritik önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete karşı ağır cezai yaptırımlar ve bu yaptırımların takibi, potansiyel saldırganları caydırabilir, olası şiddet eğilimlerini engellemede örnek teşkil edebilir. Türkiye'de sağlık personeline yönelik şiddeti önleme amacıyla çeşitli kanun teklifleri meclise sunulmuş ve bu konuda yasal değişiklikler yapılmıştır, 2009 yılında uygulamaya geçirilen Beyaz Kod sistemi sonrası şiddet vakalarında azalma görülmüştür ancak günümüzde halen sağlıkta şiddet sıklığı artmaktadır ve ek yaptırımların gerekliliği vurgulanmaktadır.

Bulgu 2: En fazla maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu belirlenmiştir. Sözel şiddetin ispat edilmesinin zor olması ve gözle görülebilir bir hasara yol açmaması nedeni ile uygulanabilirliği artmakta, hem de cezai karşılığının yetersiz kalması nedeniyle bildirimi atlanmaktadır. Şiddetin türü ayırt edilmeksizin yaptırımların uygulamaya koyulması önerilmektedir.

Bulgu 3: Şiddetin temel sebepleri incelendiğinde beklemeye tahammülsüzlük ve eğitim düzeylerinin düşüklüğü ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri sunulurken her hastaya yeterli zaman ayrılması gerekmektedir ancak artan hasta başvuru sayıları ve sağlık çalışanlarının bu talebe yetişememesi sonucunda bekleme sürelerinde artış meydana gelmektedir. OECD verileri, ülkemizde sağlık çalışanı oranının ve hasta başına ayırılan sürenin OECD otalamasının altında olduğunu, hekim başına düşen hasta sayısının ise ülkemizde daha fazla olduğunu göstermektedir. Bekleme sürelerinin kısaltılması, hasta başına ayırılan sürenin artırılması, MHRS (Merkezi Hekim

Randevu Sistemi) randevularının bu faktörler gözetilerek oluşturulması ve sağlık çalışanı oranlarının artırılması önerilmektedir. Ayrıca bu sebepler birleştiğinde iletişim problemlerinin ortaya çıkacağı öngörülebilmektedir ve bu durum karşısında sağlık personelinin etkili iletişim becerileri, hasta ve hasta yakınlarıyla yaşanabilecek olası anlaşmazlıkları önleyebilir. İletişim eğitim programları sayesinde sağlık çalışanlarının empati kurma, aktif dinleme ve çatışma çözme becerileri geliştirilebilir. Bu tür eğitimler hem hasta memnuniyetini artıracak hem de şiddet olaylarına karşı çalışanları daha donanımlı hale getireceği düşünülmektedir.

Bulgu 4: Şiddete maruz kalınan birimler incelendiğinde, poliklinik hizmetleri verilen alanlar ve en sık muayene/tedavi uygulanan alanlar ön plana çıkmaktadır. Şiddetin sıklıkla gerçekleştiği, hasta yükünün ve sirkülasyonunun fazla olduğu bu alanlar özellikle incelenerek gerek çalışma koşulları gerek ise güvenlik önlemleri açısından iyileştirmeler yapılması, çalışma ortamının yeniden düzenlenmesi gerektiği önerilmektedir.

Bulgu 5: Şiddetin yarattığı temel etkiler kızgınlık ve tükenmişlik olarak belirlenmiştir, şiddete maruz kalanlarda %43,9 oranında iş bırakma düşüncesi oluştuğu saptanmıştır. Şiddet, hem sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu kötü etkilemektedir hem de sağlık hizmetlerinin sunumunda aksaklıklara yol açma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle sağlıkta şiddeti önleme çalışmaları bir kez daha önem kazanmaktadır. Çalışma ortamında şiddetin yarattığı etkiler göz önünde alındığında şiddet mağdurları ve/veya şiddet tanıklarına, hukuki ve psikososyal destek sağlanması, haklarını aramalarına ve yaşadıkları travmayı aşmalarına yardımcı olunması önerilmektedir.

Bulgu 6: Sağlık çalışanlarından elde edilen verilere göre, çalışma alanında yeterli personel olmadığı, bekleme sürelerinin uzun, bekleme alanlarının kalabalık olduğu, hasta görüşü için ayrılan sürenin yetersiz olduğu, dinlenme alanlarının ve zamanlarının yeterli olmadığı, çalıştıkları yerin iki kapılı olmadığı, çalıştıkları yerde fırlatabilecek cisimlere erişimin kolay olduğu, kesici, delici aletlerin bulunduğu çekmece ve dolapların genellikle kilitli tutulmadığı, ajite hastaların ayrı bekletilebileceği bir alanın olmadığı, kamera görüntülerinin anlık takip edilmediği bulguları saptanmıştır. Güvenlik önlemi olarak güvenlik görevlisi ve X-Ray cihazının bulunduğu ancak X-Ray cihazının etkin kullanılmadığı belirtilmektedir. Fiziksel

ortamın iyileştirilmesi, güvenli bir çalışma ortamı sağlamak için kritik bir öneme sahiptir. Kamera sistemlerinin etkin kullanımı, güvenlik personelinin artırılması, X-ray cihazlarının etkin kullanımı, aydınlatma, paniğe yol açabilecek dar alanların genişletilmesi gibi basit ama etkili düzenlemeler, şiddet olaylarının önlenmesinde yardımcı olabilir. Bunun yanı sıra, iki kapısı olmayan mekanlar, acil durumlarda kaçış yollarını sınırlamaktadır. Fırlatılabilecek cisimlere erişimin kolay olması, ajite hastalar için ayrı bekletme alanlarının olmaması da çalışanların şiddete maruz kalma risklerini artırmaktadır. Çalışma ortamlarının en az iki kapısı olacak şekilde düzenlenmesi, fırlatılabilecek cisimlerin varlığının minimuma indirilmesi ve ajite hastaların bekletileceği ayrı alanların varlığının artırılması önerilmektedir. Bu tür fiziksel iyileştirmelerin hem şiddet olaylarını azaltacağı hem de çalışanların güvenlik algısını güçlendireceği düşünülmektedir.

Bulgu 7: Sağlık çalışanlarının şiddetin öncü işaretleri konusunda yeterli bilgisinin olmadığı ve çalışma ortamında karmaşa ile ilgili tatbikat yapılmadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddeti tanıma, önleme ve müdahale konusunda eğitilmesi, olayların etkili bir şekilde yönetilmesinde önemlidir. Şiddetin öncü işaretlerini tanıma ve acil durumlarla başa çıkma konusunda yeterli bilgi ve eğitimin sağlanması gereklidir aksi durumda sağlık çalışanları, potansiyel tehlikelere karşı savunmasız kalmaktadır.

Bulgu 8: Sağlık çalışanları, çalışma sırasında kendilerini güvende hissetmediğini belirtmektedir. Bu durum ciddi bir endişe kaynağıdır. Çalışanların görevlerini yerine getirirken kendilerini koruma konusunda yetersiz hissetmesi iş verimliliği üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir ve aynı zamanda psikolojik stresin artmasına neden olabilir. Şiddet veya güvensizlik durumlarında duygusal ve zihinsel olarak desteklenmeleri önemlidir.

Bulgu 9: Sağlık çalışanları, sağlıkta şiddetin önlenebilmesi için öncelikle toplumsal eğitim çalışmalarının yapılması, güvenlik tedbirlerinin arttırılması ve medya bilinç çalışmalarının yapılması gerektiğini belirtmektedir. Şiddet eğilimini engellemek amacıyla toplumsal farkındalık yaratılması önemlidir, bu bağlamda hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kabul edilemez olduğu konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitim çalışmalarının artırılması önem kazanmaktadır.

Türkiye'de çeşitli sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen kampanyalar toplumda farkındalığı artırmayı amaçlamaktadır.

Tüm bu bulgular ve öneriler sonucunda, önlemlerin kapsamlı bir şekilde hayata geçirilmesi, sağlık sektöründeki şiddet olaylarını önemli ölçüde azaltabilir. Sürekli geliştirilen stratejilerin ve uygulamaların, sağlık sektöründe şiddetin önüne geçilmesi ve çalışanların güvenli bir çalışma ortamında hizmet vermesi adına büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 Erişim adresi: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ Erişim tarihi:25.11.2023

2. Hekimler A. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin Kabul Edilişinin 60. Yıldönümünde Taşıdığı Anlam ve Önemi. Sosyal Bilimler Metinleri. 2009;2009(1):1-24.

3. Aloğlu E. Sosyolojik perspektiften linç ve toplumsal şiddet sarmalı. Sosyoloji Dergisi. 2018;(38):219-30.

4. International Labour Organization. (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO. Erişim adresi: https://www.ilo.org/sector/Resources/codes-of-practice-and-guidelines/WCMS_160908/lang--en/index.htm Erişim tarihi: 25.11.2023

5. WHO. (2021). Violence against health workers. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers Erişim Tarihi: 25.11.2023

6. Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector – Country case studies research instruments – Survey questionnaire. Geneva: ILO. Erişim adresi: http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_108542/lang--en/index Erişim Tarihi:25.11.2023

7. Sahip T, Gamsızkan Z, Cangür Ş. Exposure of Violence and its Effects on Health Care Workers. Konuralp Medical Journal. 2021;13(2):327-33.

8. Hoşgör H, Türkmen İ. Bitmeyen Çile: Sağlıkta Şiddet (Medimagazin Haber Portalı Üzerinden Bir Araştırma). Izmir Democracy Univ Health Sci J. 2021;4(2):192-211. DOI: 10.52538/iduhes.975708

9. Tükel M Sağlıkta şiddet. Toplum ve Hekim. 2017; 32(6): 436 - 442..

10. Violence Prevention Alliance. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; Erişim adresi: http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/ Erişim tarihi:27.11.2023

11. Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu Raporu. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi, 2013;454

12. Harper, D. (2023). "Violence." Online Etymology Dictionary. Erişim adresi: https://www.etymonline.com/word/violence Erişim tarihi:25.11.2023

13. Harskamp A. Understanding Violence, The Intertwining of Morality, Religion and Violence: A Philosophical Stance. Studies in Applied Philosophy, Epistemology and Rational Ethics, Volume 1 (review). Ethical Theory Moral Pract. 2013;16(5):1089–1092.

14. Ray MM. The dark side of the job: violence in the emergency department. J Emerg Nurs. 2007;33(3):257–261.

15. Yosep I, Mardhiyah A, Hendrawati H, Hendrawati S. Interventions for Reducing

Negative Impacts of Workplace Violence Among Health Workers: A Scoping Review. J Multidiscip Healthc. 2023 May 22;16:1409-1421.

16. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: health consequences. 11 November 2012. WHO/RHR/12.43. Erişim adresi: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-12.43 Erişim tarihi:27.11.2023

17. UN Women. Ending violence against women in the Western Balkans and Turkey: Implementing norms, changing minds. United Nations; 2020. Erişim adresi: https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/1697. Erişim tarihi:02.12.2023

18. Pratt-Eriksson D, Dahlborg-Lyckhage E, Lind C, Sundberg K, Bergbom I. Identifying Lifetime and Occurrence of Intimate Partner Violence among Women in Sweden Seeking Emergency Care. Open J Nurs. 2015;5(6)..

19. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: Sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2022. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-12.43 Erişim tarihi:27.11.2023

20. Adams AE, Sullivan CM, Bybee D, Greeson MR. Development of the scale of economic abuse. Violence Against Women. 2008 May;14(5):563-88.

21. Patchin JW, Hinduja S. Cyberbullying prevention and response: Expert perspectives. London: Routledge; 2012.

22. Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychological Bulletin, 140(4), 1073-1137.

23. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, Li S. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress, Executive Summary. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families; 2010.

24. Tunc YE. Mobbing in Turkish labor law. PressAcademia Procedia. 2017;3(1):409-22.

25. Namie G. The challenge of workplace bullying. Empl Rel Today. 2007;34:43-51. Erişim adresi: https://doi.org/10.1002/ert.20151 Erişim tarihi: 07.03.2022

26. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. N Engl J Med. 2016;374(17):1661-9.

27. Rayner C, Keashly L. Bullying at work: A perspective on its development and context. Eur J Work Organ Psychol. 2005;14(2):121-32.

28. Leka S, Jain A, World Health Organization. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Geneva: World Health Organization; 2010. Erişim adresi: https://iris.who.int/handle/10665/44428 Erişim tarihi:27.11.2023

29. Matson, S. C., & Pritchard, R. D. (2016). Reducing workplace violence by creating healthy workplace environments. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 25(5), 497-518.

30. Lanthier S, Bielecky A, Smith PM. Examining risk of workplace violence in Canada: a

sex/gender-based analysis. Ann Work Expo Health. 2018;62(8):1012-20.

31. Ünlüsoy Dinçer N. , Görgülü R. S. , Boyacıoğlu A. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; Özel Sayı: 42-54.

32. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatr Güncel Yaklaşım. 2010 Jun;2(2):161-73.

33. Mohr WK, Mohr BD. Brain, behavior, connections and implications: psychodynamics no more. Arch Psychiatr Nurs 2001; 15:171-181.

34. Douglas SC, Kiewitz C, Martinko MJ, Harvey P, Kim Y, Chun JU. Cognitions, emotions, and evaluations: An elaboration likelihood model for workplace aggression. Acad Manag Rev. 2008;33(2):425-51.

35. Berkowitz L. A different view of anger: the cognitive-neoassociation conception of the relation of anger to aggression. Aggress Behav. 2012 Jul-Aug;38(4):322-33.

36. Aktuğ K, Hancı H. Acil serviste şiddet tehtidihekimin yasal sorumlulukları ve hakları (tıp ve sağlık hukuku). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,Toprak Ofset; 1999.

37. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector—State of the art. Geneva, Switzerland: International Labor Organization; 2002.

38. Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. Health Sciences Journal 2007;2:29-30.

39. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. J Adv Nurs 2006;55(6):778-87.

40. United States. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers. Washington, DC: US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration; 1996.

41. Violence against NHS staff. London: NHS Protect 2016. Erişim adresi: https://www.hsj.co.uk/workforce/violence-against-nhs-staff-read-the-full-report/7022168.article Erişim tarihi:28.11.2023

42. Özcan F., Yavuz E. Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 66-74.

43. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G. Violence towards health care staff in emergency departments in Denizli, Turkey. Emerg Med J. 2006.

44. Imran N, Pervez MH, Farooq R, Asghar AR. Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: A preliminary investigation. KMUJ. 2013.

45. Mayhew C, Chappell D. Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. Int J Law Psychiatry. 2007.

46. Seedat M, Van Niekerk A, Jewkes R, Suffla S, Ratele K. Violence and injuries in South

Africa: prioritising an agenda for prevention. Lancet. 2009 Sep 19;374(9694):1011-22.

47. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2019;76:927-37.

48. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, Essenmacher L. Underreporting of Workplace Violence: Comparison of Self-Report and Actual Documentation of Hospital Incidents. Workplace Health Saf. 2015 May;63(5):200-10.

49. Gacki-Smith J, et al. Violence against nurses working in US emergency departments. J Nurs Adm. 2009;39(7-8):340-9..

50. Nachreiner, N. M., et al. "Workplace violence against registered nurses: The reality and the response." Policy, Politics, & Nursing Practice,2007; 8(4), 285-295.

51. Hamdan M, Hamra AA. Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. BMC Health Serv Res. 2015;15:300..

52. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Soc Sci Med. 2001;52(3):417-27.

53. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med. 2016;374(17):1661-9.

54. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. TBMM. Yasamadönemi:24, Yasama Yılı:3, Sıra Sayısı: 454. Ocak 2013.

55. Cinoğlu A. Sağlık kurumlarında şiddet [Doktora Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.

56. Sağlıkla ilgili bazı kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun.(05.12.2018). Resmi Gazete (Sayı: 30616) https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205-8.htm Erişim tarihi:28.11.2023

57. Yorulmaz A. İstanbul tabip odası'na yansıyan hekim hatası. İddiası bulunan olguların adli tıp açısından değerlendirilmesi: [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2005.

58. Mansur F, Ceylan Ö. Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2021;23(3):721-44.

59. Özgönül M. Türkiye'de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı [Doktora Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2010.

60. Bester JC. Defensive practice is indefensible: how defensive medicine runs counter to the ethical and professional obligations of clinicians. Medicine, HealthCare and Philosophy. 2020;23:413-20.

61. Yalınbaş SS, Bulut F, Civaner M. Sağlıkta şiddet tıp öğrencilerinin mesleğe ve hastalara bakışını nasıl etkiliyor? Bir fakülte örneği. Toplum ve Hekim. 2018;33(2):148–60.

62. Yaşar ZF, Durukan E, Halibeyoğlu B, Erdemir I, Yöney EB, Kanat AC, vd. Violence to Health Care Providers: Purpose, Attitude and Behavior. J Forensic Med. 2016;30(2):143–52.

63. Baykan Z, Öktem İS, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: A study performed in Turkey. Int J Occup Saf Ergon. 2015;21(3):291–7.

64. Beder C. Erzurum ilinde bulunan yatakli tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009.

65. Taşkın Egici M, Öztürk GZ. Violence Against Healthcare Workers in the Light of White Code Data. Ankara Med J. 2018;18(2):224–55.

66. Bilişli Y. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği. J Acad Soc Sci Stud. 2016;11(52):473–473.

67. Turla A, Aydın B, Ünlü B. İntern Hekimlerin Hekime Yönelik Şiddet Konusunda Yaşanmışlıkları ve Düşünceleri. Bull Leg Med. 2014;17(1):5–11.

68. Göktaş Dörtyol B. Future Thoughts and Career Choices of Last Year of Medical Faculty Students and Affecting Factors. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017;16(50):12–21.

69. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatr Hemşireliği Derg. 2011;2(1):9–16.

70. Milet FM. Sağlık çalışanlarına şiddet davranışlarının değerlendirilmesi ve sağlık çalışanları iş doyumu. Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

71. Pehlivan Barış N. Ankara Şehir Hastanesinde klinik branşlarda çalışan doktorların şiddete maruz kalma durumlarının ve şiddete karşı çözüm önerilerinin değerlendirilmesi.Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.

72. Er T, Ayoğlu F, Açıkgöz B. Violence Against Healthcare Workers: Risk Factors, Effects, Evaluation and Prevention. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2020;19(1):1–18.

73. Elbek O. Hekimlere yönelik şiddet üzerine bir değerlendirme. Toplum ve Hekim. 2008;23(2):147–60.

74. Tekin Ç, Güneş G, Türkol E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.2013;1:5–10.

75. Karaca BK. Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014.

76. Altınok R. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin şiddete maruziyet sıklığı ve ilişkili etmenler. Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Aile Hekimliği Anabilim Dalı; Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018.

77. Bahadir Yilmaz E, Yuksel A, Mutlu H. Evaluation of Violence Against Healthcare Workers in a Training and Research Hospital: A Cross-Sectional Study. Turkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. 2022;19(3):158-64

78. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, vd. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. J Interpers Violence. 2017;32(15):2345–65.

79. Erten R, Öztora S. Evaluation of Exposure to Violence Against Doctors in Health Care Facilities. Türkiye Aile Hekim Derg. 2019;23(2):52–63.

80. Uğurlu H. Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Araştırma. Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi; Yüksek Lisans Tezi, 2022

81. Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2014;13(1)

82. İkiışık H ve Ark. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sağlıkta Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi, Abant Med J. 2021;10(1):55-64.

83. Sağlık-Sen. Sağlıkta Şiddet Araştırması. [İnternet]. 2022; Erişim adresi: https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf Erişim Tarihi: 25.11.2023

84. Yılmaz K. Adana İlinde Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri [Uzmanlık Tezi]. Adana: [Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Hilal]; 2020.

85. Bayrakcı E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Sağlıkta Şiddet Deneyimleri ve Şiddetin Branş Seçimlerindeki Etkisi [Uzmanlık Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022. Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hülya Güler.

86. Bozkurt KE. Aile Hekimliği Kliniği Asistan Hekimlerinin Sağlıkta Şiddet Olayları Karşısındaki Tutumlarının, Hasta ve Hastalık Yönetimi Sürecindeki Kararlarına Olan Etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi; 2023.

87. Bıçkıcı F. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2013;5(1): 43-56.

88. Çuvadar A. Edirne merkez ilçede yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin boyutu ve nedenleri Edirne/2013 [Yüksek Lisans Tezi]. Edirne : Trakya Üniversitesi;2017.

89. Devebakan N. Sağlık Kurumlarında İşyeri Şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Beyaz Kod Başvurularının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2018;23(2):383-399.

90. Toraks Bülteni. Analiz: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma

Komisyonu Raporu. Toraks Bülteni. 2013:52-56.

91. Erten R, Öztora S. Evaluation of Exposure to Violence Against Doctors in Health Care Facilities. Türkiye Aile Hekim Derg. 2019;23(2):52–63.

92. Demiroğlu T, Kılınç E, Atay E. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis İli Örneği. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;24(1):49–55.

93. Sevimli S. An analysis of violence against healthcare professionals in Turkey from online media reports. Eubios Journal of Asian and International Bioethics. 2020;30(3):34-9

94. Khan MN, Haq Zu, Khan M, Wali S, Baddia F, Rasul S, et al. and determinants of violence against health care in the metropolitan city of peshawar: a cross sectional study. BMC public Health. 2021;21(1):330.

95. Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S. physical violence against health care workers: a nationwide study from Iran. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016;21(3):232-8

96. Bahadır Yılmaz E, Kurşun A. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelere yönelik şiddete ilişkin görüşleri [Views on violence against nurses of patients hospitalized in internal and surgical clinics]. Turkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. 2021;18(1):21-7.

97. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. J Interpers Viol 2009;24(12):19802021;10(1):55-64.

98. OECD (2021). https://stats.oecd.org/ (Erişim Tarihi: 29.12 2023).