



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK FİZİKSEL VE SÖZEL ŞİDDET
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Gülay SARB KARACA
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tacettin İNANDI**

HATAY – 2020

**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK FİZİKSEL VE SÖZEL ŞİDDET
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Gülay SARB KARACA
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tacettin İNANDI**

**Bu tez, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırmalar Projeleri
Koordinasyon Birimi tarafından 19.U.004 proje numarası ile desteklenmiştir**

TEZ ONAY SAYFASI
T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK FİZİKSEL VE SÖZEL
ŞİDDET SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Gülay SARB KARACA

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Tacettin İNANDI
2. Prof. Dr. Nazan SAVAŞ
3. Dr. Öğr. Üyesi. Ayşegül ERDOĞAN

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	x
VII. TEŞEKKÜR	xi
VIII. ÖZET	xii
IX. ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 Şiddet.....	2
2.1.1 Tanımı	2
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Türleri	5
2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet.....	8
2.3. Şiddet İle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	11
2.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Epidemiyolojisi	13
2.5. Şiddete Yönelik Yasal Düzenlemeler.....	14
2.6. Şiddetten Korunma.....	16
2.6.1. Birincil Korunma	17
2.6.2. İkincil Korunma.....	17
2.6.3. Üçüncül Korunma.....	17
2.7. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetimi	17
2.8. Barış Kültürü	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Evren ve Örneklem.....	23
3.2. Veri Toplama Araçları.....	26
3.3. Araştırmanın Uygulanması.....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Araştırmanın Takvimi	30
3.6. Verilerin Analizi.....	31
3.7. Dışlama Kriterleri.....	31
3.8. Araştırmanın Bütçesi	32

3.9.. Araştırmanın İzinleri	32
4. BULGULAR	33
4.1. Katılımcıların Özellikleri.....	33
4.1.1. Sosyal ve Demografik Özellikleri.....	33
4.1.2. Empati, Anksiyete ve Depresyon Durumları	35
4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Sıklığı	44
4.2.1. Fiziksel Şiddet Sıklığı	45
4.2.2. Sözel Şiddet Sıklığı.....	54
4.3. Şiddet İçin Risk Faktörleri	63
4.3.1. Fiziksel Şiddet İçin Risk Faktörleri	63
4.3.2. Sözel Şiddet İçin Risk Faktörleri	65
4.4. Şiddetin Nedenleri ve Şiddete Karşı Alınabilecek Önlemler	67
4.4.1. Şiddetin Nedenleri	68
4.4.2. Şiddete Karşı Alınabilecek Önlemler	69
5. TARTIŞMA	70
5.1. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Sıklığı	70
5.2. Şiddet Olayının Özellikleri.....	75
5.3. Sosyal ve Demografik Özelliklere Göre Şiddete Uğrama Durumu	84
5.4. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet İçin Risk Faktörleri	93
5.5. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Nedenleri	94
5.6. Alınabilecek Önlemler	99
5.8. Sınırlılıklar.....	108
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	109
7. KAYNAKLAR	112
8. EKLER.....	129
EK_A. Anket Formu	129
EK_B. Etik Kurul Onay Formu.....	139
EK_C. Anabilim Dalı İzin Yazısı.....	140
EK_D. İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı	141
9. ÖZGEÇMİŞ	143

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çalışma evreni ve örneklem seçimi	24
Tablo 2. Araştırmanın Takvimi	30
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	34
Tablo 4. Katılımcıların kurum, meslek ve çalışma şekilleri.....	35
Tablo 5. Katılımcıların yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen yılı	35
Tablo 6. Katılımcıların ölçek puanları.....	35
Tablo 7. Katılımcıların anksiyete ve depresyon durumları	36
Tablo 8. Sosyodemografik özelliklere göre EEÖ puanları.....	37
Tablo 9. EEÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi	38
Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere göre BAÖ puanları	39
Tablo 11. BAÖ puanlarının işten memnuniyete göre analizi	40
Tablo 12. Anksiyete düzeyi ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.....	41
Tablo 13. Katılımcıların BDÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi	42
Tablo 14. Depresyon düzeyi ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	43
Tablo 15. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların korelasyonları.....	44
Tablo 16. İş hayatı boyunca sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu	44
Tablo 17. Son 12 ayda sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu	45
Tablo 18. Katılımcıların son 12 ayda şiddete uğrama sayıları	45
Tablo 19. Katılımcıların son 12 ayda şiddete uğrama sayılarının dağılımı.....	45
Tablo 20. Katılımcıların fiziksel şiddete uğrama durumları	46
Tablo 21. Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete uğrayanlarda yaşadıkları son olaya göre olayın özellikleri	47

Tablo 22. İş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	48
Tablo 23. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi	49
Tablo 24. Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	50
Tablo 25. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi	51
Tablo 26. Ölçeklerin hayatı boyunca fiziksel şiddet uğrama durumuna göre değerlendirilmesi.....	51
Tablo 27. Ölçeklerin son 12 ayda fiziksel şiddet uğrama durumuna göre değerlendirilmesi.....	52
Tablo 28. Hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi	52
Tablo 29. Son 12 Ayda fiziksel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi	53
Tablo 30. İş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi	53
Tablo 31. Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi	54
Tablo 32. Katılımcıların sözel şiddete uğrama durumları	54
Tablo 33. Son 12 ay içerisinde sözel şiddete uğrayanlarda yaşadıkları son olaya göre olayın özellikleri.....	55
Tablo 34. İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	56
Tablo 35. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi	58

Tablo 36. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	59
Tablo 37. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi	61
Tablo 38. Ölçeklerin hayatı boyunca sözel şiddet uğrama durumuna göre değerlendirilmesi.....	61
Tablo 39. Ölçeklerin son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi.....	62
Tablo 40. İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi.....	62
Tablo 41. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi	62
Tablo 42. İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi	63
Tablo 43. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi	63
Tablo 44. Lojistik Regresyon Analizinde Hayat Boyu Fiziksel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri.....	64
Tablo 45. Lojistik Regresyon Analizinde Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri.....	65
Tablo 46. Lojistik Regresyon Analizinde Hayat Boyu Sözel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri.....	66
Tablo 47. Lojistik Regresyon Analizinde Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri.....	67
Tablo 48. Şiddetin en önemli nedeni nedir ve şiddete karşı nasıl önlem alınmalıdır?	68
Tablo 49. Katılımcılardan şiddetin en önemli nedeni nedir sorusuna verilen yanıtlar	68

Tablo 50. Katılımcılardan şiddeti önlemeye yönelik nasıl tedbirler alınmalı sorusuna verilen yanıtlar	69
--	----



V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Ortaya Çıkış Nedenlerine Göre Şiddet Türleri	5
Şekil 2. Cinsiyete ve şiddet türüne göre şiddete uğrama	57
Şekil 3. Sağlık kuruluşuna ve şiddet türüne göre şiddete uğrama	57
Şekil 4. Mesleklere ve şiddet türüne göre şiddete uğrama	60
Şekil 5. Çalışılan birime ve şiddet türüne göre şiddete uğrama.....	60



VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention
WHO	:	World Health Organization
NOW	:	National Organization for Women
ILO	:	International Labour Organization
ICN	:	International Council of Nurses
TCK	:	Türk Ceza Kanunu
AB	:	Avrupa Birliği
SABİM	:	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
MKÜSUAH	:	Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi
EEÖ	:	Empatik Eğilim Ölçeği
BAÖ	:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
PSI	:	Public Services International
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
ATT	:	Acil Tıp Teknisyeni
TL	:	Türk Lirası
ABD	:	Anabilimdalı
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
MPW	:	Medical Peace Work

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, zorda kaldığım zamanlarda yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Tacettin İnandı'ya, Prof. Dr. Nazan Savaş'a, Dr. Öğr. Üyesi Evrim Arslan'a teşekkür ederim.

Gerek asistanlık sürecinde gerekse araştırma çalışmam boyunca bana destek ve özverisini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Tacettin İnandı'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca iyi ve kötü günlerimizde birbirimize destek olup sırt sırta verdiğimiz halk sağlığı asistan grubuma ve sahada bana desteklerini esirgemeyen halk sağlığı uzmanlarımız Uzm.Dr.Arif Yeniçeri ve Mehmet Erdem'e teşekkür ederim. Zorlu veri toplama sürecim boyunca beni sabırla dinleyip çalışmama katılmayı kabul eden ve kurumlarında beni ağırlayan Hatay'ın tüm sağlık camiasına teşekkür ederim.

Belki de hayatımın en uzun ve en yorucu dönemi olan asistanlık eğitimi sürecinde desteklerini esirgemeyen babam Erol SARB'a, annem Hatice SARB'a, ablalarım Sevilay BOLAT ve Nilay AS'a, tüm bu zor zamanlar içerisinde beni hiç yalnız bırakmayan eşim Halis Tolga KARACA'ya , bütün zorlu veri toplama sürecim boyunca benimle birlikte kilometrelerce yol yapıp aylarca yorulan ama yine de bana hep yardımcı ve destek olan bebeğim Yağız KARACA'ya sonsuz teşekkürler...

Dr. Gülay SARB KARACA

Hatay / 2020

VIII.ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK FİZİKSEL VE SÖZEL ŞİDDET SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Amaç: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hasta veya hasta yakınları tarafından uygulanan sözlü, fiziksel ve/veya cinsel saldırı durumu olarak tanımlanmaktadır. Birçok sektörle karşılaştırıldığında daha yaygın olan bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık personelinde depresyon, motivasyonda ve iş doyumunda azalma, sağlık hizmetlerinde verim düşüşü gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Bununla birlikte, şiddet önlenabilir bir sorundur. Risk faktörlerinin belirlenmesi, şiddeti önleme açısından önemlidir. Bu çalışma, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığını ve risk faktörlerini bulmayı amaçlamaktadır; sosyodemografik faktörler; cinsiyet, yaş, meslek, anksiyete, depresyon ve empati.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma 2019 yılında Hatay'da birinci(Aile Sağlığı Merkezleri ve 112 Acil Sağlık İstasyonları), ikinci(Devlet Hastaneleri ve Özel Hastaneler) ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında(Üniversite Hastanesi) yapıldı. Çalışmanın evreni Hatay'da bulunan 9966 sağlık çalışanı olup, çalışmanın örneklemini openepi örneklem hesaplama yöntemi ile seçilen 612 sağlık çalışanıdır[%95 Güven düzeyinde, Olayın görülme sıklığı %23, Uygun görülen sapma %4, Tasarım etkisi: 1.5]. Cevap vermeme oranları göz önüne alındığında % 10 ekleyerek 672 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır; tabakalı, küme ve sistematik. Katılımcılara sosyodemografik özellikler, fiziksel şiddet, sözel şiddet, şiddetle ilgili genel sorular, Empatik Eğilim Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği bölümlerinden oluşan anket uygulandı. Analizlerde Ki Kare, Mann-Whitney U, Lojistik Regresyon, Spearman Korelasyon, Student T, One Way ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı ve $p<0,05$ önemli kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların %50.0'si iş hayatı boyunca sözel veya fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Ayrıca %18,5'i her iki şiddet türüne de uğramıştır. Çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama sıklığı %18,8 iken sözel şiddete uğrama sıklığı %68,2 idi. Son 12 ayda ise fiziksel şiddete uğrama sıklığı %11,0 iken sözel şiddete uğrama sıklığı %57,9 bulundu. Acil serviste çalışmak, hekim olmak, hemşire olmak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışmak sözel şiddet için risk faktörüdür. Öfke, kaygı gibi kişilik faktörleri şiddetin en önemli nedenleri olurken, güvenlik önlemlerinin artırılması şiddeti engellemek için önde gelen önlemlerdir.

Sonuçlar: Sağlık çalışanlarının yarısı sözel veya fiziksel şiddete uğramaktadır. Her beş çalışandan biri hem sözel hem fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddet fiziksel şiddetten daha yaygındır. Gerekli müdahalelerin yapılmaması durumunda sağlık sisteminde ciddi sorunlar doğacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, şiddet, empati, anksiyete, depresyon

IX. ABSTRACT

PHYSICAL AND VERBAL VIOLENCE FREQUENCY AND RELATED FACTORS FOR HEALTHCARE WORKERS

Aim: Violence against healthcare workers is defined as situation of verbal, physical, and/or sexual assault by patients or patients' relatives or friends. It is a public health problem that is more common compare to many sectors. It causes significant problems such as depressions, decrease in motivations and job satisfaction of healthcare staffs, and decrease in productivity in healthcare. However, violence is a preventable problem. Determining of the risk factors is important in terms of violence prevention. This study aims to find out the violence frequency against healthcare workers and risk factors; socio-demographic factors; gender, age, occupation, anxiety, depression and empathy.

Methods: In this cross-sectional study, the population is 9966 healthcare workers in Hatay, and the study sample is 612 healthcare workers [Confidence level: 95%, Hypothesized % frequency of outcome factor in the population: 23%, Confidence limits as % of 100: 4%, Design effect (for cluster surveys): 1.5]. Considering the non-response rates, it was aimed to reach 672 people by adding 10%. Multi-layer sampling method was used; stratified, clustered, and systematic. In the analysis, Chi Square, Mann-Whitney U, Logistic Regression, Spearman Correlation, Student T, One Way ANOVA and Kruskal Wallis tests were used and $p < 0.05$ was considered important.

Results: In our study, 50.0% of the participants were exposed to verbal or physical violence throughout their work life. In addition, 18.5% experienced both types of violence. The frequency of physical violence during the working life was 18.8%, while the frequency of verbal violence was 68.2%. In the last 12 months, the frequency of physical violence was 11.0%, while the frequency of verbal violence was 57.9%. Working in the emergency room, being a doctor, being a nurse and working in tertiary health institutions are risk factors for verbal violence. While personality factors such as anger and anxiety are the most important causes of violence, increasing security measures are the leading measures to prevent violence.

Conclusion: Half of the healthcare professionals experience verbal or physical violence. One out of every five employees has been subjected to both verbal and physical violence. Verbal violence is more common than physical violence. If the necessary interventions are not made, serious problems will arise in the health system.

Key words: Health worker, violence, empathy, anxiety, depression

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet; "Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak ifade edilir. Nedenlerinin belirlenmesi ve kontrol edilmesi için araştırmalara gereksinim vardır. Sağlık çalışanlarına şiddet; giderek artan ve çözüme kavuşturulamayan, tüm toplumu ilgilendiren, ekonomik ve sosyal kayıplara yol açan, sağlık hizmetini aksatan ve insan haklarını ihlal eden bir halk sağlığı sorunudur. Nedenlerinin belirlenmesi ve kontrol edilmesi için araştırmalara gereksinim vardır. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin nedenleri çok yönlü ve farklı bakış açılarıyla ele alınırsa şiddeti önlemeye yönelik politikaların daha gerçekçi ve etkili olacağı düşünülmektedir. Literatürlerde şiddeti uygulayanın bireysel özellikleri ele alınırken çalışmamızda şiddete uğrayan bireylerin özelliklerini ele alarak daha objektif ve çok yönlü araştırmaya elverişli ortam oluşturulmuştur.

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında, yaş, cinsiyet ve meslek grupları, çalışılan kurum gibi sosyal ve demografik özelliklere göre fiziksel ve sözel şiddetin sıklığını belirlemek ve şiddet sıklığı ile empati, depresyon ve anksiyete ilişkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şiddet

2.1.1 Tanımı

Şiddet; kendine, bir başka kişi ya da topluluğa amaçlı olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdidin uygulanmasıdır(1). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ); şiddet tiplerini kategorize etme girişiminde bulunmanın çok zor olduğunu ve şiddet tiplerinin çoğu zaman birbirleriyle çakıştığını ifade etse de(2) şiddeti; fiziksel şiddet ve psikolojik şiddet olarak iki ana gruba ayırmıştır(3).

Hastalık Kontrol Merkezi'ne (Center for Disease Control; CDC) göre şiddet, sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma, ölüm ve kayıpla sonlanan ve sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır(4).

CDC'nin yaptığı tanımda ise şiddet DSÖ'den farklı olarak, üç şekilde sınıflanmıştır. Fiziksel şiddet, psikolojik şiddet ve evsel şiddettir. Fiziksel şiddet; fiziksel güç kullanarak yaralama, öldürme veya zarar vermedir. Psikolojik şiddet; diğer bir şahsın kişiselliğini kontrol etmek, utandırmak, alçaltmak, korku vermek amacıyla yapılan ve sıklıkla sözel şekilde olan davranışları içerir. Evsel şiddet ise ortak yaşam içinde bulunan kişiyle ilgili olan şiddettir(4).

Türk Dil Kurumu'nun hazırladığı Büyük Türkçe Sözlüğü'nde ise "şiddet" kavramı: "a. 1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik. 2.mec. (duygu ve davranış için) Aşırılık. 3.Karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaştırma yerine kaba kuvvet kullanma" olarak tanımlanmaktadır(5). Oxford sözlüğünde ise "şiddet" kavramı: "sertlik, zorbalık, tecavüz, bozma, ırza tecavüz, zor, cebir." olarak tanımlanmaktadır(6).

Farklı diller açısından değerlendirilmelere bakıldığında şiddet, Fransızca’da; “bir kişiye güç veya baskı uygulayarak; istediği bir şeyi yapmak ya da yaptırmak, bir şeyin karşı konulamaz gücü, bir eylemin hoyrat yapısı” olarak, İngilizce’de ise “fiziksel saldırı ve yasadışı bir haksızlık” olarak tanımlanmıştır(7,8). Kelime anlamlarına bakıldığında İngilizce ve Fransızca arasında ilginç bir ayrım görülmektedir. İngilizce’de şiddet “fiziksel saldırı ve yasadışı bir haksızlık” olarak tanımlanırken, Fransızca’da “istediği bir şeyi yaptırmak için başka bir kişiye güç veya baskı uygulama” tanımı eklenmiştir(9).

Hukuk sözlüğüne bakıldığında ise “şiddet” kavramı: “kaba kuvvet; aşırı güç, cebir; zorlama” olarak tanımlanmaktadır(10). Türk Medeni Hukuk’u şiddet konusunda farklı ayrımlara girmiştir. Buna göre genel anlamıyla şiddet; “kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış” olarak tanımlanmıştır(11).

Şiddetin çeşitli tanımlarında karşılaşılan ortak öğeler; kişinin canını acıtmak, yaralamak, öldürmek, mala zarar vermek amacıyla güç kullanmak; yasaya aykırı fiziki güç kullanmak; yasaya aykırı bir hedefe varmak; kabul gören yasa ve ahlak ilkelerine aykırı biçimde fiziksel yok etme, gereksiz yere kırma, yok etme eylemleri; toplumsal ilişkilerde kabul edilebilirlik sınırlarını aşan zorlama eylemidir(7).

Kısa bir tanımla şiddet; başkasına fiziksel veya ruhsal zarar vermek, yaralamaktır(12).

Köknel, şiddeti tanımlarken, “aşırı duygu durumu, bir olgunun yoğunluğu, sertliği, kaba ve sert davranışı, beden gücünün kötüye kullanılması, bireye ve topluma zarar veren etkinlikleri” kapsamı gerektiğine değinmektedir. Burada şiddetin ve türlerinin tanımlanması konusunda bir dil birliği ve tanımlama bütünlüğü bulunmamasının nedeni, kullanılan metodolojik farklılıklara dayandırılmaktadır(13–15).

İş yerinde şiddet ise Wiskow tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: Çalışana yönelik fiziksel veya psikolojik zarar verme amaçlı her türlü eylem veya olay olarak belirtmektedir(16).

Diğer bir tanımla, personelin üretim performansını ve güvenliğini negatif düzeyde etkileyen iş ya da iş çevresini kapsayan sorunlar olarak belirtilmektedir(17).

2.1.2. Tarihçe

Şiddet insanlık tarihinin ilk çağlarından itibaren, her döneminde karşımıza çıkan bir olgudur(18). İnsanlar önceleri avlanabilmek için taş, bıçak, mızrak, topuz, ok, yay ve benzeri silahları kullanmış daha sonra barutun icadı ve ateşli silahların kullanılmasıyla şiddetin derecesi artmış, gelişen teknolojilere insanların adaletsizce yaşam anlayışının eklenmesiyle beraber şiddet kavramı günümüzde çok tehlikeli boyutlara ulaşmıştır(19).

Tarih boyunca kültürel olarak şiddet kavramı ciddi farklılıklar göstermektedir. Şiddet eşitlik ilkesine uymayan ve adil olmayan bir fiildir. Ancak bazı toplumlarda şiddet olarak kabul edilen olaylar başka toplumlarda normal olarak görülmektedir. Örneğin bazı kültürlerde hayvan kurban etmek, bir ibadet, kutsal bir ritüel olarak görülürken, farklı kültürlerde şiddet eylemi olarak görülmektedir ya da bazı Afrika toplumlarında kadının sünnet edilmesi yaygınken, Batı toplumlarında bu durum şiddet olarak nitelendirilmektedir. Bu durum şiddetin ne olduğunu belirlemeyi de güçleştirmektedir. Aynı zamanda şiddetin gelenekleştiği, sıradanlaştığı veya yaygınlaştığı toplumlarda, şiddet eylemlerinin saptanması da güçleştirmektedir. Çünkü yinelenen eylemler sebebiyle, bir süre sonra bu şiddet eylemlerine farkındalığın azaldığı görülmektedir(18).

Farklı şekillerde ortaya çıkan şiddet, günümüzde gerek bireysel gerekse toplumsal boyutta sık sık karşılaşılan ve istenmeyen bir olgudur. Öfke, baskı, sindirme, eziyet, korkutma, başkaldırı, cezalandırma, öldürme, her toplumda var olan ve sürekli artış içinde olan şiddetin farklı boyutlarıdır. Şiddetin giderek kendi derecesini arttırmakla birlikte varlığını da devam ettireceğini ve tükenmeyeceği görülmektedir.

2.1.3. Türleri

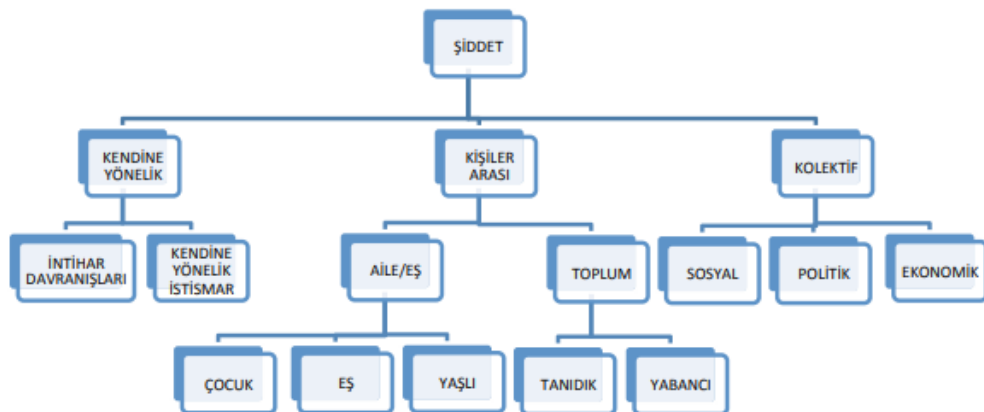
Şiddet Davranışının Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü; “Şiddet ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu”nda şiddet davranışlarını şu şekilde sınıflandırmaktadır(1):

- **Kendine Yöneltilmiş Şiddet:** Kendine yöneltilmiş şiddet, intihar davranışı ve kendine zarar verme olarak ikiye ayrılmaktadır.
- **Kişiler Arası Şiddet:** İki kategoride incelenebilir. İlki aile ve yakın kişilerle ilgili ve genellikle evde olan şiddettir. İkincisi ise toplumda tanidik ya da yabancılardan olan şiddettir. Kişiler arası şiddetin doğası fiziksel, cinsel ve psikolojik olabilir.
- **Kolektif Şiddet:** Sosyal, ekonomik ve politik olmak üzere kendi içinde üçe ayrılmaktadır. Planlı ve belirli bir sosyal amaç çerçevesinde oluşturulan şiddet kolektif şiddettir ve organize gruplarca yapılan nefret suçları, terörist saldırıları, suç örgütlerince yapılan suçları içerir(1).

Dolayısıyla şiddet olgusunun incelenmesine yönelik yapılmış olan araştırmalar, şiddetin tek bir boyutta ele alınamayacak kadar karmaşık bir olgu olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu yüzden şiddet olgusunun çok boyutlu biçimde incelenmesi gerekmektedir(20).

Şiddetin ortaya çıkış nedenlerine göre şiddet türleri aşağıda(Şekil 1) özetlenmiştir(1):



Şekil 1. Ortaya Çıkış Nedenlerine Göre Şiddet Türleri(1)

Şiddetin birçok türü tanımlanmış olsa da en çok karşılaşılan şiddet türlerini altı başlık altında inceleyebiliriz. Bunlar: Fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet, siber şiddettir.

- **Fiziksel Şiddet**

Fiziksel şiddet kişilerin bedenine yönelik olan ve yine kişilerin bedensel olarak zarar görmesine neden olan şiddet türüdür(21). Fiziksel şiddetin en sık nedenleri arasında; şiddeti bir kontrol yöntemi olarak benimseme, fiziksel şiddeti model olarak alma, çocukken istismar edilmiş olma ve aşırı alkol kullanımı yer almaktadır(22). Fiziksel şiddetin çoğu zaman yaralanmalar ile sonuçlansa da kalıcı hasarlar da bırakabildiği; vücut bütünlüğünü bozduğu ve ölümle de sonuçlanabilen acı sonuçlar doğurabileceği bilinen bir gerçektir.

- **Sözel Şiddet**

Bireyin kişiselliğine sözel olarak zarar verme şeklinde gerçekleşen şiddet türüdür. Hakaret içeren sözler ara ara veya devamlı olarak kullanarak aşağılama, sindirme, tehdit etme, korkutma, küfür etme vb. davranışları içerir ve psikolojik olarak zarar vericidir. Sözel şiddette kişi rencide edilir bazen de kaldıramayacağı sözler sarf edilerek psikolojik buhrana sürüklenebilir(23).

- **Psikolojik Şiddet**

Kişilerin bedensel veya kişilik özellikleri kullanılarak, baskı kurularak, duyguları kullanılarak istemediği davranışlarla karşı karşıya bırakılmasıdır. Korkutmak, tehdit etmek, soyutlamak, aşağılamak, ayıplamak, reddetmek, eleştirmek, çaresiz savunmasız bırakmak, onların öz güvenini sarsmak amacıyla yapılan her türlü sözlü ve fiili tutum ve davranış biçimleri psikolojik şiddet türlerindendir(24).

Psikolojik şiddet genelde korku, çaresizliği gösteren sözel taciz seklindedir. Bu taciz zarar verme, fiziksel ve sosyal izolasyon, saldırma, ayıplama, eleştirme şeklinde ortaya çıkmaktadır(21). Çoğunlukla sözel olarak diğerinin bireyselliğini kontrol

etmek, alçaltmak, korku vermek, utandırmak için yapılır(25). Özellikle küfür, küçümseme, hakaret, isim takma ve tehdit gibi sözlü şiddet türleri, her şeyden önce öz güveni, şahsiyeti ve itibarı yok etmeye yarayan çok etkili ve tehlikeli bir psikolojik şiddet yöntemidir(21).

- **Cinsel (Seksüel) Şiddet**

Karşıdakinin isteği olmadan zorla fiziksel güç kullanarak cinsel etkileşimde bulunmadır. Cinsel istismar çoğu zaman kişilerin rızası olmadan ikna etmek, değişik yöntemlerle kandırmak ve tehdit etmek suretiyle gerçekleşebilmektedir(26). National NationalOrganizationforWomen-NOW 'a(Ulusal Kadın Organizasyonu 1997) göre kadınların % 50 - % 75'i cinsel şiddete maruz kalmaktadır(27). Bireyin gerek sözel gerekse fiziksel yönden cinsel kimliğine karşı rahatsız edici davranışların cinsel şiddet barındırdığını söylemek mümkündür(28). Cinsel şiddet kişiyi iş performansı, azalmış üretkenlik, meslek kaybı, azalmış kazanç, psikolojik durumda ve iyilik halinde bozulma gibi birçok yönden etkilemektedir(29). Cinsel şiddet sağlık çalışanlarının performansını ve motivasyonunu olumsuz olarak etkileyen önemli bir iş yeri sorunudur. Kişinin beden bütünlüğünü zedeleyeceği gibi benliğine de zarar verebilmektedir(30).

- **Ekonomik Şiddet**

Ekonomi, insanların sınırsız ihtiyaçlarını karşılamada, kıt kaynakların alternatif kullanımlarını inceleyen sosyal bir bilim dalıdır(31). Ekonomik şiddet; ekonomik kaynakların ve paranın bir yaptırım, tehdit ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır(32). Paranın bir güç, kontrol, aşağılama ve cezalandırma aracı olarak kullanıldığı şiddet türüdür.

- **Siber Şiddet**

“Siber zorbalık” tipik olarak başkalarına rahatsızlık ya da zarar vermek amacıyla kişilerin ya da grupların dijital ortamlarda gerçekleştirdikleri davranışlar olarak tanımlanır(33). Tüm dünyayı içine alan elektronik ve iletişim ağları insanların

yaşam tarzını fazlasıyla etkileyip değiştirmektedir(34). Siber şiddet cep telefonu, sms mesajları, e-posta, , internet siteleri, sosyal ağlar gibi elektronik iletişim araçları kullanılarak herhangi bir bireye bilerek, isteyerek ve tekrarlayan bir şekilde zarar verme olgusudur(35).

İnsanların yaşam tarzını da teknoloji çağı olması sebebiyle etkileyen ve değiştiren en önemli unsurlardan biri internet örgüsüdür(36). Başkasının kişisel mesajlarını, e-postalarını, diğer kullandığı şifreleri ona söylemeden kullanmak ve bakmak siber şiddet kapsamındadır(37). Yine elektronik iletişim araçları (cep telefonu, e-posta, sosyal ağlar) ile kişiye karşı yapılan taciz ve tehditlerin gerek kendisine gerek üçüncü kişilere karşı şantaj yapılması ya da kişiyi tedirgin ederek psikolojik açıdan yıpratarak ve zorda bırakarak fayda sağlamak teknolojiye bağlı siber şiddet içeren davranışlardır(38). Bu şiddet olayları sözel, fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddetleri de içinde barındırmaktadır. Sağlık kurumlarında ise ağırlıklı olarak sözel ve fiziksel şiddetin uygulandığı görülmektedir.

2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, "hasta, hasta yakınları veya herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı açısından risk içeren; tehdit davranışı, fiziksel veya cinsel saldırı" olarak tanımlanmaktadır(39,40). Sağlık çalışanlarının şiddet olaylarıyla sık karşılaşması sonucu, sağlık hizmetlerinde şiddet gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Şiddet, birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de toplum huzurunu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur(41–43). Sağlıkta şiddet olayları (hasta, hasta yakını ve ziyaretçi şiddeti); sağlık çalışanları için kamusal alanda(44) özellikle hastanelerde (tıbbi ve cerrahi birimler) ciddi bir sorundur ve mesleki tehlike haline gelmiştir(13). Her yıl iş ortamında 25 milyon kişi şiddete maruz kalmaktadır(45). “Sağlık Sektöründe Mesleksel Şiddet” raporunda tüm şiddet olaylarının %25’inin sağlık sektöründe olduğu vurgulanmıştır(46). Ayrıca yapılan son çalışmalarda sağlık alanında çalışanların diğer alanlarda çalışanlardan 16 kat daha fazla şiddete uğrama riski olduğu görülmüştür(47). DSÖ gibi bazı örgütler, iş yerinde

şiddeti uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilenilmesi gereken konulardan biri olarak belirtmektedir(48).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri (CDC) iş yeri şiddeti tiplerini şu şekilde sınıflandırmıştır(49):

Tip1: Suça niyetlenerek şiddet uygulama

Tip2: Müşterinin çalışana şiddet uygulaması

Tip3: Çalışanın çalışana şiddet uygulaması

Tip4: Kişiler arası ilişkilerde şiddet uygulanması

Sağlık çalışanlarının tüm tiplerdeki şiddete maruz kalma olasılıkları varsa da en sık Tip 2 şiddetle karşı karşıya kalmaktadırlar(50).

Sağlık çalışanlarına şiddet konusunda yapılmış çalışmaların çoğunluğunda şiddetin en sık acil servislerde, ikinci sıklıkta ise psikiyatri kliniklerinde görüldüğü saptanmıştır(51,52). Meslek grupları olarak bakıldığında ise şiddete en sık hemşireler, daha sonra pratisyen hekimler ve diğer sağlık personelleri maruz kalmaktadır(2). Yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarındaki şiddetin bildirilme oranının oldukça az olduğu ve sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğer olayların bildirilmediği tespit edilmiştir(53).

Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sebepleri

Sağlık kurumlarında artan şiddetin çok çeşitli sebepleri mevcuttur. Bunların başlıca nedenleri arasında hastaların kimlik kontrolü sırasında uzun süre bekletilmesi, doktorun gerektiği sırada yerinde bulunmaması, hastane politikaları ve kurallarına duyulan öfke, sağlık kurumlarındaki altyapı-ekipman eksiklikleri, personel yetersizliğine bağlı uzun kuyruklar ve bekleme süreleri, çok ileri tarihli randevular verilmesi, aşırı iş yükü, hastalara yeteri kadar zaman ayırılmaması, servislerde boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, bazı hastalara iltimas geçilmesi, sağlık uygulama prosedürlerinin sık değişmesi gibi sebepler sağlık sektöründe şiddete zemin oluşturabilmektedir(13,53,54).

İş yerinde şiddete maruz kalma konusunda özel risk altında olan çeşitli çalışma durumları bulunmaktadır. Sağlık çalışanları bu gibi risk durumlarının tümüne maruz kalmaktadırlar(2). Bu özel riskli durumlardan bazıları şunlardır:

- **Tek başına çalışma:** Tek başına çalışan işçiler fiziksel ve cinsel saldırılara maruz kalma konusunda ciddi risk altındadır. Sağlık alanındaki gece ve evde bakım hemşiresi gibi birçok çalışan, tek başına veya göreceli olarak tecrit edilerek çalışmakta ve bu nedenle daha fazla şiddet riski altındadır.

- **Halkla temas halinde çalışma:** Sağlık alanında çok fazla halkla temas kurulmaktadır. Gittikçe artan bir şekilde, halkla karşı karşıya kalınması, daha fazla şiddet riski oluşturmaktadır.

- **Değerli nesnelerle çalışma:** Değerli eşyalar (ör. nakit para, ilaçlar, şırınga / iğne, pahalı ekipman) bulunduran veya ulaşılabilmesi kolay olarak görülen yerlerde şiddet içeren suçların işlenme riski vardır. Sağlık sektöründe ilaç dağıtımı ve depolanması gibi pozisyonlarda çalışanlar böyle bir risk altında olduğu söylenebilir.

- **Sıkıntı içindeki insanlarla çalışmak:** Hastalık, ağrı, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve madde kötüye kullanımı sonucu ortaya çıkan hayal kırıklığı ve öfke; davranışları etkileyebilir ve sözlü veya fiziksel şiddet olaylarına neden olabilir. Sıkıntı içindeki insanlarla temas halinde olan çalışanların karşılaştıkları şiddet olayları o kadar yaygındır ki sıklıkla işin kaçınılmaz bir parçası olarak görülür.

- **Güvenlik açığının bulunduğu durumlarda çalışma:** Sağlık sektöründe genişletilmiş reform ve küçültme süreci; güvencesiz istihdama giren çalışan sayısında artışa yol açmaktadır. Bu durum da çalışanları zayıf çalışma koşulları, iş kaybı ve buna bağlı şiddet riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar(2,55).

Sağlık sektöründeki tüm çalışanların iş yerinde şiddet riski altında olmasına rağmen, bazıları özel risk altındadır:

1. Hemşirelik ve ambulans personeli: aşırı derecede yüksek risk altında
2. Doktorlar, destekleyici ve teknik personel: yüksek risk altında
3. Diğer tüm müttefik çalışanlar: risk altında(2).

Taraflar Arası İletişim

Sağlık kuruluşları, karmaşık yapıya sahip olup farklı yönetim metotları kullanmaktadırlar. Hastanın korku, kaygı ve stres sorunlarının çözülmesi sağlık çalışanlarından beklenmektedir. Sorunlar genellikle yeterli iletişim kurulamadığı için yaşanmaktadır. İngiltere’de yapılan bir araştırma sonucunda hastanın cinsiyetinin, eğitim düzeyinin ve etnik kökeninin sağlık çalışanına karşı olan davranışlarında önemli rolü olduğu anlaşılmıştır. Hastaların doktordan çekindiği ve onların verecekleri tepkiden korktukları için soru sormadıkları belirlenmiştir. Doktorların, hastaların bilgi taleplerinden genellikle habersiz oldukları ve sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminoloji ve dilin de iletişim sorunlarına sebep olduğu bildirilmiştir(56).

Sağlık personelinin hastalarla olan ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini, hastalarla iletişim biçimleri ve onlara karşı iyi davranıp davranmadıkları belirlemektedir. Doktorun, hastasının beklentilerini karşılayamaması durumunda ortaya uyuşmazlık çıkabilecek ve bu uyuşmazlık doktor-hasta ilişkisini zedeleyebilecektir(57).

Lau, Magarey, Wiechula, hastanın öyküsünün iyi alınmasının önemi üzerinde durmuştur. Muayene sonrasında yapılacaklar (ameliyat, laboratuvar ve radyolojik tetkikler, konsültasyonlar vb.), hasta ile ilgili doğabilecek riskler konusunda hasta ve hasta yakınlarına tatmin edici bilgiler verilmesi gerekmektedir. Bu bilgiler verilirken kesin konuşmak ve gereğinden kısa zaman diliminde hastanın işinin neticeye kavuşacağını belirtmek ilerisi için risk taşıyacaktır. Personellerin empati kurarak iletişime geçmeleri saldırıların azalmasını sağlayacaktır. İletişim kurmadaki başarı, şiddet olaylarının azalmasında önemli rol oynayacaktır(58).

2.3. Şiddet İle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

- **İçgüdü Kuramları**

Şiddeti bir “uyarana” bağlayan yaklaşımlardır; iç ya da dış uyaranları önceleyenler olarak ikiye ayrılabilir(59). Şiddetin nedenlerini “yıkıcılık, bencillik ve saldırganlık” gibi kavramlarla “içgüdü-dürtüpsişik yapıya” bağlayarak açıklayanlar,

şiddeti iç uyaranlara bağlayanlardır. Freud ve Lorenz, şiddeti sosyal yaşamımızdan çıkartmanın imkânsız olduğunu iddia etmektedir(59).

Psikanalitik Kuram: Freud’a göre, canlılar yaşam mücadelesinden vazgeçmek için büyük olasılıkla yıkıcılığı ve nadiren de intiharı seçerler(60). Wright, yaptığı çalışmalar sonucunda “İnsanın savaş eğilimi bir içgüdü değildir, çünkü savaş çok geliştirilmiş bir kültürel karmaşadır.” demiştir(61). Kişilerin yıkıcı içgüdülerinin, savaşın sebeplerinin açıklanmasında değil, ancak bireysel şiddetin açıklanmasında yararı olabileceği görülmektedir(59).

Etolojik Kuram: Etologlar, saldırganlığın kökenini biyolojik yapıyla ilişkilendirmişlerdir(62). Yapılan araştırma sonucuna göre, beyin kabuğu travmaya uğrayan bireylerin saldırgan davranışlarının artabileceği belirtilmiştir. Aynı zamanda cinsiyet hormonlarının da bu duruma etkisi olabileceği düşünülmektedir(63).

- **Engellenme-Saldırganlık**

Dollard ve ark., engellenme daima saldırgan davranışların nedeni derken Berkowitz (1989) ise her zaman bunun doğru olmadığını belirtmiştir(64). Şiddet eyleminin nedeni çoğunlukla doyuma ulaşmamış isteklerin yarattığı olumsuz enerjinin yansımasıdır.

- **Sosyal Öğrenme Kuramı**

Rotter’e göre insan, kendi yaşamını şekillendirebilen bilinçli bir varlıktır(65). Bandura, Ross ve Ross, çocuklarda saldırgan davranışın izlenen şiddet içerikli yayınlarla olan bağlantısına değinmiştir. Albert Bandura, saldırgan davranışların nedenlerini geçmişteki deneyimlere, saldırganın takdir edilmesi veya ödüllendirilmesine; özel, çevresel ve toplumsal koşullar tarafından desteklenmelerine bağlamıştır(66). Bu kuram, saldırganlığın öğrenilen bir davranış olduğunun gözlemlerle anlaşıldığını göstermektedir.

Edimsel Öğrenme Kuramı: Edimsel öğrenme, bir araç vasıtasıyla uyarana, uyarana verilen tepkidir(67). Skinner, edimsel koşullanmada ödül ve cezanın önemine vurgu yapmıştır. Ödül güçlendirici nitelikteki bir uygulama iken, ceza istenmeyen tepkileri yok etme amacıyla yapılan uygulamalar olabilmektedir(67).

Gözlem ve Model Alma Yoluyla Öğrenme Kuramı: Bandura saldırganlığın, taklit yoluyla ve biriktirilmiş saldırgan davranış eğilimleri yoluyla ortaya çıktığını belirtmiştir. Dollard’a göre huzursuzluğa verilen ilk tepki şiddettir(68). Yaşanan veya gözlemlenen deneyimler kişilerin yaşamlarındaki davranışlarında da belirleyicidir. Miller ve Dollard, çocukların yetişkinleri taklit ettiklerini ifade etmişlerdir(69).

2.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Epidemiyolojisi

Her meslek grubunda iş yeri şiddeti bir risk oluşturmaktayken bu risk sağlık ve güvenlik sektöründe daha fazladır(70).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet birçok araştırmada ele alınmış ve diğer meslek gruplarına göre 16 kat daha riskli bulunmuştur(71–73). Son yıllarda bu tarz çalışmaların sayısı artsa da 1990’lı yıllardan beri şiddet konusu irdelenmektedir(74). Fakat ülke genelini temsil eden çalışma sayısı yetersizdir. Yapılan çalışmalar da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin son derece yaygın bir sorun olduğunu vurgulamaktadır(74).

Türkiye’de çalışmalar genellikle şiddetin sık görüldüğü yataklı tedavi kurumlarına yapılmıştır(75). Hasta ve yakınlarının hızlı hizmet bekledikleri devlet hastanesi acil servisleri(%79) ve poliklinikleri şiddetin en fazla görüldüğü yerlerdir(74).

Yapılan çalışmalara göre Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin % 91’inin hasta yakınları kaynaklı olduğu ve sözel şiddet olduğu görülmektedir(74). Şiddet sıklıkla sağlık personelinin tedavi gibi hizmetleri esnasında gerçekleşmektedir ve verilen sağlık hizmeti aksamaktadır(74).

Türkiye’de yapılan birçok çalışmaya göre şiddet olayı sonrasında saldırıya uğrayan sağlık personeli hizmet sunmaya devam etmekte ve olayı rapor etmemektedir(76). Fiziksel şiddette bildirim oranı sözel şiddetten fazladır(12). Şiddete uğrayan sağlık personelinin fiziksel şiddetten sonra daha yıkıcı zarar gördükleri için raporlandıkları, sözel şiddeti ise mesleğin doğasıymış gibi gördükleri ve bildirmediikleri, bildirirler bile sonuç alamayacaklarını düşündüklerini belirtilmiştir(58).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet diğer birçok ülkede de yaygındır ve özellikle sözel şiddet görülmektedir(58,77,78). DSÖ, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (ICN)2002 yılındaki “Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti” adlı raporlarına göre sağlık profesyonellerinin % 50’sinden fazlasının, iş yeri şiddeti yaşadıkları ifade edilmiştir. Aynı raporda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet sıklıklarına bakıldığında, çalışanların % 3-17’sinin fiziksel, % 27-67’sinin sözel, % 10-23’ünün psikolojik, % 0.7-8’inin cinsel, % 0.8-2.7’sinin etnik şiddete maruz kaldıkları görülmüştür(58).

2.5. Şiddete Yönelik Yasal Düzenlemeler

Şiddet suçları ile ilgili yasal düzenlemeler Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) yer almaktadır. 5237 sayılı TCK’de şiddet içeren davranışları ve cezalarını tanımlayan birçok madde mevcuttur. Bunlar içerisinde; soykırım suçları, insanlığa karşı suçlar, kasten öldürme suçu, intihara yönlendirme suçu, taksirle öldürme suçu, kasten yaralama suçu, kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi suçu, taksirle yaralama suçu, işkence suçu, eziyet suçu, cinsel saldırı suçu, çocukların cinsel istismarı suçu, cinsel taciz suçu, cebir suçu, hakaret suçu bulunmaktadır(79).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Çalışan güvenliğine yönelik mevzuatlardan ilki 16.10.2009 tarihinde yürürlüğe giren “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”dir. “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair

Yönetmelik” 06.04.2011 tarihinde, “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” 28.04.2012 tarihinde resmî gazetede yayınlanmış ve sağlık çalışanları şiddetten korunmaya çalışılmıştır(80).

14.05.2012 tarihinde “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” çıkartılmıştır. Bu genelgenin 6’ncı maddesinde; sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunmaları yer almıştır(80).

Sağlıkta şiddeti önleme amacıyla 8.4.2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulan “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi” 15.04.2020 tarihinde TBMM’de kabul edildi. Teklif, siyasi partilerin ortak önergesi ile TBMM genel kurulunda görüşülmekte olan 212 sıra sayılı Kanun teklifine eklenerek kanunlaştırıldı(81).

Buna göre 17.04.2020’de 31102 sayılı resmi gazetede de yayımlanan kanunda; MADDE 28 – 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 12 nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir(82).

“Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında;

a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır.

b) Türk Ceza Kanununun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz.”

“Şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir.” şeklinde belirtilmiştir(82).

İçişleri Bakanlığınca 26.04.2012 tarihinde yayımlanan “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi” ile yerine getirdikleri kamu görevi

nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı; yaralama, tehdit, hakaret sularının işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması görevi verilmiştir(80).

alışan Güvenliği Genelgesi ile hastane düzeyinde Beyaz Kod uygulaması başlatılmıştır. Beyaz Kod bildirimi; şiddet olayının bildirilmesi ve 1111 Beyaz Kod ağrısı verilmesini takiben olaya müdahale edilmesi ve olayla ilgili tutanak ve formların düzenlenmesi süreçlerini kapsamaktadır(80).

İllerde hukuki süreçleri birebir takip etmek üzere avukatların sorumluluğunda 81 il sağlık müdürlüğünde Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri, bakanlık merkezde ise şiddet olaylarını takip etmek ve süreçleri koordine etmek amacıyla Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuştur. Bakanlık Beyaz Kod Birimi 24 saat hizmet veren “113” numaralı telefon hattı ve “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet adresi ile koordinasyonu sağlamaktadır. Bakanlık Beyaz Kod Biriminin görevleri: Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarını izlemek, sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak, hukuki süreçlerin başlatılması ve takibi ile veri toplama ve analizdir(80). Ayrıca 2004 yılında kurulmuş olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi(SABİM) halkla ilişkiler koordinatörlüğü olarak faaliyet göstermektedir. Bakanlığın merkez ve taşra birimleri ile hizmetlerini yürütürken, verimliliği artırma, insan sağlığında sıfır hatayla çalışma hedeflenmiştir. Sistemin herhangi bir aşamasında yaşanan her türlü soru, sorun, eleştiri, öneri ve talebi cevaplandırmakta ve kayıt altına almaktadır. Kayıt altına alınan başvurular, SABİM zmleyicilerince değerlendirilerek, ilgili illere sevk edilmektedir. İllerdeki SABİM zmleyicileri tarafından da mercek altına alınmaktadır(83).

2.6. şiddetten Korunma

Sağlıkta şiddetten korunmayı 3 ana başlıkta inceleyebiliriz. Bunlar birincil, ikincil ve üçüncül korumadır.

2.6.1. Birincil Korunma

Toplumsal değer ve tutumlara yönelik müdahaleleri içerir. Geniş grupları etkileyen maliyeti düşük uygulamalar olması sebebiyle erken evrede şiddeti önlemeye yaramaktadır(27). İlk yapılabilecek müdahale basının da aracılığıyla şiddete özendirmemek ve saldırgan davranışı normalize etmemektir(70).

2.6.2. İkincil Korunma

Birincil korumaya göre daha dar kapsamlıdır. Şiddet bakımından yüksek riskli gruplara yönelik müdahaleler ikincil koruma uygulamalarıdır(27). İkincil korumada olayın oluş sebebi incelenerek müdahale edilmelidir. Erken dönemde şiddet eyleminin yakalanabilmesi amacıyla rehberler geliştirilmelidir(70).

2.6.3. Üçüncül Korunma

Şiddetten zarar gören bireylerin tedavi ve rehabilitasyonunu kapsar(27).

2.7. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetimi

Hükümet, işverenler, çalışanlar, meslek kuruluşları ve halk yönetim sürecinin birer parçasıdır. Aynı zamanda medya, eğitim kurumları, polis ve diğer sivil toplum örgütleri iş yeri ortamındaki şiddetle ilgili girişimlere destek olmalıdır(74). Türkiye’de her sektörde barışçıl çözümler arayan şiddetten uzak bir kültürün yaygınlaştırılması gerekmektedir(50).

Sağlık ortamındaki şiddetin yönetim süreci iki ana başlıkta incelenebilir:

- **Risk Yönetimi**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yönetilmesinde risk yönetimi şiddet eylemi gerçekleşmeden önce alınan önlemleri kapsamaktadır. Bunlar yasal düzenlemeler, güvenlik, risk değerlendirme, çalışan ve yönetim eğitimi ve şiddete uğrayanların bakımı için yeterli kaynakların teminini içermelidir(74).

Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasındaki yaşanacak gerilimleri önlemek için alınabilecek uygulamalar:

- Sağlık kurumlarında risk analizlerinin yapılması
- Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin kayıt altına alınması ve talep edenlere 24 saat süre ile danışmanlık hizmetinin verilmesi için ücretsiz bir telefon hattının kurulması
- Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılarına özel polikliniklerde hizmet verilmesi
- Muayene, tetkik ve tedavi hizmetlerinde randevu hizmeti ile hizmet sunulması
- Çift kapılı muayene odaları ve alternatif bir çıkış yolunun bulunması
- Acil servise hasta yakınlarının kabul edilmemesi
- Acil serviste 24 saat hizmet veren 4 ana branş hekiminin bulunması
- Sağlık çalışanlarının kliniklerde en az iki sağlık çalışanı olacak biçimde nöbet tutulması
- Sağlık birimlerinde gün boyu (gece dâhil) devriye ekiplerinin bulunması
- Kör ve karanlık bölgelerin olmaması için uygun aydınlatma ortamının sağlanması
- Tüm sağlık birimlerinde çalışan danışma/bilgi aktarım birimlerinin olması
- Çalışanların 24 saat çalışma sonrasında zorunlu 11 saat izin hakkının olması
- Bekleme salonlarının ferah olması ve salonlarda müzik ve içecek ikramının bulunması
- Hekim başına düşen hasta sayısının günlük maksimum 25 ile sınırlanması
- Sağlık birimlerinde çalışan görevliler için ortak dinlenme odalarının bulunması ve çalışanlara müzik, internet, kitap, dergi gibi olanakların sunulması
- Her sağlık biriminde şiddetten korunma programının oluşturulması
- Sağlık çalışanı başına uygun hasta sayısı bulunması
- Sağlık birimlerinde “Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Birimi” oluşturulması(50).

- **Kriz Yönetimi**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yönetilmesinde kriz yönetimi olay sırasında ve sonrasındaki davranışları içeren süreçtir. Kriz yönetimi olası bir kriz durumuna karşılık, kriz sinyallerinin alınarak, değerlendirilmesi ve en az kayıpla atlatabilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve uygulanması sürecidir. Şiddet olayı yaşandıktan sonra şiddet mağduruna tıbbi bakım ve psikolojik destek sunulurken diğer taraftan olay belgelenmelidir. Eğer şiddete uğrayan kişi şikâyetle bulunmak isterse, gerekli işlemler için idari ve hukuki destek sağlanmalıdır(74).

Sağlık ortamında şiddetin başarılı bir şekilde yönetilmesi için bütüncül, çok disiplinli, önleyici mevzuatın oluşturulduğu raporlama ve izleme sürecinin zorunlu olduğu, personelin hastaların ve ziyaretçilerin eğitildiği bir ulusal eylem planına ihtiyaç vardır(55,74).

2.8. Barış Kültürü

Barışın birçok tanımı vardır. Bu alanda uluslararası bir üne sahip Norveçli uzman Johan Galtung tarafından yapılan pozitif ve negatif barış arasındaki ayrım tanımlaması hayli güçlü bir etki yaratmıştır(84).

Negatif barış, savaş ya da şiddetli çatışma olmadığı anlamını taşır. Diğer taraftan, pozitif barış, eşitlik, adalet ve gelişme durumuyla bağlantılı olan savaş ya da şiddetli çatışma ortamının olmaması anlamını taşır(84).

Bu iki kavramı aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz:

- ✓ Savaş Yok = Negatif Barış
- ✓ Savaş Yok + Sosyal Adalet/Gelişim = Pozitif Barış

Yani, yüksek sosyal adalet seviyesi ve asgari düzeyde şiddet pozitif barışı karakterize eder(84).

Barış kültürü, eşitlik, adalet, demokrasi, insan hakları, hoşgörü ve dayanışma ilkelerine dayanan ve birlikte yaşamayı, paylaşmayı destekleyen bir kültürdür(85). Barış kültürü şiddete karşıdır, anlaşmazlıkların kökenlerine inerek önlem almaya

çalışır. Diyalog ve karşılıklı görüşmelerle sorunları çözmeye yönelir. Herkesin bütün haklara sahip olması ve toplumun gelişme sürecine katılmasını güven altına almayı amaçlar. Bu amaçlara kültür, sanat ve eğitim yolları ile ulaşır. Barış kültürünün oluşturulmasından tüm sivil toplum örgütlerinin yanı sıra, eğitim, kültür ve işleri bakanlıkları sorumludur.

Çağımızda savaş kültürünün çok ciddi boyutlara ulaştığı söylenebilir. Savaş kültüründen barış kültürüne geçilebilmesi için özgürlük, adalet, demokrasi, hoşgörü ve dayanışma ilkeleri üstüne oturmuş bir paylaşma kültürü yaratılmalıdır. Sivil toplum kuruluşları, barışın korunmasında kamusal bir görev üstlenerek, toplumların sorunlarının çözülmesinde ve demokratik karar sürecinde görev alırlar. Sivil toplum kuruluşlarının özgürce çalışmaları engellenmemelidir.

Avrupa Birliği ve Barış

Avrupa Birliği (AB) tarihsel olarak barış projesi olarak ortaya çıkmıştır. AB'nin kuruluş değerleri arasında ilk ve en önemlisi, barıştır. Avrupa devletleri içinde yer aldıkları iki dünya savaşının ardından barışa dayalı norm ve değerleri topluma kazandırmak üzere AB'yi inşa etmişlerdir. AB'nin kendisine yönelik algısının kapsayıcı bir barış projesi olduğundan, öncelikli görevini kendi barış ve istikrar alanını çevresine yaymak olarak belirlemiştir(86).

Savaşın toplumda oluşturduğu kültürel şiddet anlayışı AB aracılığıyla kültürel barışa dönüştürülmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda AB, kaos ve karmaşanın arttığı günümüz uluslararası sisteminde askeri güçten ziyade yumuşak güç unsurlarıyla barış ve istikrarı tesis etmeyi, savaşı ve şiddeti ortadan kaldırmayı hedeflemektedir(86).

Tıbbi Barış (Medical Peace Work-MPW)

MPW, günümüzde de aktifliğini sürdüren, tüm sağlık çalışanlarına ve öğrencilerine tıbbi barış konusunda neler yapılabileceği, nelerin eksik olduğu ve nelerin geliştirilmesi gerektiği hakkında bilgiler sunan, online kurslar veren bir

organizasyondur. Bu organizasyon sağlık çalışanlarına eğitimler vermeyi planlasa da ele aldığı konu sadece sağlıkta şiddet değildir. Tüm toplumu ilgilendiren şiddet türlerini hedefler. Çünkü sağlıkla barış arasında güçlü bir ilişki vardır ve toplumun her kesimindeki şiddeti önlemek gerekir. Bu açıdan da sağlık çalışanlarına öncelikli olarak düşen görevler vardır. Akademik alışmalar yapmak ve bu çalışmalar sayesinde mevcut durumu ortaya koymak, neler yapılabileceğine dair fikir yürütmek ancak bu şekilde mümkündür.

MPW, kurulduğu yıllardaki sağlık personeline özellikle şiddet karşıtlığı ve barış ortamının sağlanması hakkında, yeterli materyal ve eğitimin verilmediği görüşünde olan Tıbbi Barış alışması ortakları tarafından, sağlık personellerinin şiddetin önlenmesi ve barışın teşvik edilmesi için nasıl çalışabileceklerini öğretmek ve geliştirmek amacıyla kurulmuştur.

şiddetin nlenmesine yönelik bir halk sağlığı yaklaşımı kullanan Tıbbi Barış alışması ortakları, sağlık profesyonellerinin şiddetin önlenmesi ve barışın teşviki için nasıl çalışabileceklerini toplamak, öğretmek ve daha da geliştirmek istemektedir.

Tıbbi Barış alışması sağlık, şiddetin önlenmesi ve barış inşasında ortaya çıkan bir uzmanlık alanıdır. Tıbbi Barış alışması, bu yeni uzmanlık alanının geliştirilmesine kendini adanmış tıbbi kuruluşların ve ğretim kurumlarının bir ortaklığıdır. Bu görüşe göre: Barışın korunması ve geliştirilmesinde hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının rolü, herkes için sağlığa ulaşmada en önemli faktördür.

şiddet, silahlar ve savaş muazzam acı ve sefalet neden olur ve sağlığı tehlikeye atar. Bu nedenle, şiddetin önlenmesi ve barış, insan hakları ve insan güvenliğinin geliştirilmesi için çalışmak sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluğudur. Burada amaç bir sağlık bilimi perspektifini bir barış bilimi perspektifiyle birleştirmektir.

Tıbbi Barış alışması kursları; doktorlar, hemşireler, halk sağlığı çalışanları ve diğer sağlık profesyonelleri ayrıca bu alanlardaki öğrenciler için şiddetin önlenmesi ve barış inşasına bir giriş niteliğindedir(87).

Amaçlar:

- Barış yetkinliklerini güçlendirmek
- İnsani yardım, kalkınma, insan hakları ya da tıbbi barış örgütleri için çalışmak

- Şiddete eğilimli ortamlarda hastaların ve toplumların sağlık sonuçlarını iyileştirmek
- Savaşa ve diğer şiddet türlerine halk sağlığı yaklaşımını uygulamak
- Şiddetin, toplumların sağlık üzerindeki etkileri hakkında bilgilendirme yapabilmek
- Sağlık çalışanlarının barış açıklarının azaltılmasına katkıda bulunabilecekleri çeşitli yolları vurgulamak
- Sağlık profesyonellerinin kendi barış niteliklerini tanımlamak ve diğer faydalı barış becerileri konusunda farkındalık yaratmak
- İşyerinde ve klinik uygulamalarda şiddeti önleme ve barışı geliştirme fırsatlarının tanınması ve kullanılmasını sağlamaktır(87).

Bu amaçlarla kurulan Tıbbi Barış Çalışması ortaklığı üç büyük proje yapmıştır.

1. Pilot projenin ana odağı tıp öğrencilerine ve doktorlara tıbbi barış çalışmalarının öğretilmesi ve eğitmenleri için öğretim kaynaklarının toplanmasıdır.
2. İkinci proje aşamasının ilave odağı, Tıbbi Barış Çalışmalarının yaygınlaştırılması ve MPW çevrimiçi kurslarının uygulanması ve akreditasyonudur.
3. Üçüncü proje, vaka temelli öğrenme metodolojisi kullanarak sağlık profesyonelleri arasında MPW performansını artırmaktır(87).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel nitelikteki bu araştırma; Hatay’da sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözel şiddet sıklığını ve çeşitli faktörlerle ilişkisini belirlemeyi amaçlayan bir çalışmadır.

3.1. Evren ve Örneklem

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evreni Hatay'da 1., 2. ve 3.basamakta doğrudan hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanlarıdır (n:9966). Araştırmanın örneklemine hesaplamak için 25 ilde yapılmış "Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Araştırması" verilerine dayanarak son bir yıl içerisinde fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı %23 alındı(88). Örneklem % 4 uygun görülen sapma ve % 95 güven düzeyinde, OPENEPI yazılımı ile 408 bulundu. Kullanılan formül: $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$ idi. Küme örneklem kullanılacak olması nedeniyle 1.5 ile çarpıldı ve 612 kişi elde edildi(%95 Güven düzeyinde, Olayın görülme sıklığı %23, Uygun görülen sapma %4, Tasarım etkisi: 1.5 alındı). Cevaplamama oranları da göz önünde bulundurulduğunda %10 eklenerek 672 kişiye ulaşılması hedeflendi. Veri toplama süreci sonunda araştırmanın örneklemini olan 672 kişinin tamamına ulaşıldı.

Çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır; tabakalı, küme ve sistematik.

Örneklemede kurumlar basamaklara ayrılarak liste yapıldı. Basamaklara göre tabakalı örneklem, tabakalar içinde ise küme örneklem seçildi. Sağlık çalışanları kurumlarına göre önce 1.,2. ve 3. basamak olarak ayrıldı; 1.basamakta Aile sağlığı Merkezi(ASM) ve 112 istasyonları, 2.basamakta kamu hastaneleri ve özel hastaneler, 3.basamakta ise Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi(MKÜSUAH) ele alındı. Her basamak için toplam 224 kişiye ulaşıldı. Her basamaktan toplam 45

küme alınıp ve her kümeden BEŞER kişi ile görüşüldü(**Tablo 1**). Kümelerde çalışan sayısının 5’ ten fazla olması durumunda olasılıklı örneklem yöntemi kullanıldı.

Tablo 1. Çalışma evreni ve örneklem seçimi

Sağlık Hizmet Basamakları	Kurum	Personel sayısı	Örneklem sayısı	Birim sayısı
1.Basamak	ASM	832	135	27 ASM
	112	543	89	18 İstasyon
	Toplam		224	
2.Basamak	Kamu Hastaneleri	4541	142	29 (3 Hastane)
	Özel Hastaneler	2615	82	16 (3 Hastane)
	Toplam		224	
3.Basamak	Üniversite Hastanesi	1435	224	45(18 cerrahi 27 dahili)
Toplam		9966	672	135

Birinci basamakta aile hekimliği merkezleri ve 112 istasyonları listelendi ve bu iki kurumda toplam 1375 sağlık çalışanı bulunmaktaydı. ASM’lerde toplam 832, 112 istasyonlarında toplam 543 sağlık çalışanı bulunmaktaydı. Her bir ASM ve her bir 112 istasyonu bir küme olarak kabul edildi ve toplam 45 kümeye ulaşıldı. ASM ve 112 istasyonları çalışan sayılarına göre ağırlıklandırıldığında ASM 'lerden 27 küme(n=135), 112 istasyonlarından 18 küme(n=89) çalışmaya dahil edildi ve her kümeden beşer çalışanla görüşüldü. Aile hekimliği merkezlerinin ve 112 istasyonlarının seçiminde ASM'ler ve 112 istasyonları kendi aralarında büyüklüklerine göre sıralandı. Hatay ili toplam ASM sayısı 186 idi. ASM'ler rastgele yöntemle 1/7 oranında sistematik örneklem ile seçildi. Hatay ili toplam 112 istasyonu sayısı ise 53 idi. 112 istasyonları rastgele yöntemle 1/3; oranında sistematik örneklem ile seçildi.

İkinci basamakta 11 kamu hastanesi ve 12 özel hastane bulunmaktaydı. Toplam 7156 sağlık çalışanı bulunmakta idi. Kamu hastaneleri ve özel hastaneler kendi içerisinde yatak kapasitesine göre listelendi ve üçer hastane rastgele sistematik örnekleme yöntemi ile seçildi. Hastanelerden toplam 45 küme alındı. Her birim bir küme olarak kabul edildi ve hastanelerin birim sayıları dikkate alınarak uygulandı.

Çalışan sayılarına göre ağırlıklandırıldıklarında kamu hastanelerinden toplam 29 birim(n=142), özel hastanelerden toplam 16 birim(n=82) çalışmaya dahil edildi. Her birimden 5 kişi alınarak 224 kişiye ulaşılması hedeflendi. 2.basamak hastanelerden alınan bu 224 sağlık çalışanının seçiminde servis/poliklinik ve cerrahi/dahili bölüm kriterleri dikkate alındı.

Üçüncü basamakta Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi ele alındı ve MKÜSUAH toplam sağlık çalışanı sayısı 1435 idi ve çalışmaya 224 çalışan dahil edildi. Araştırma hastanesinden toplam 45 küme alındı. Her kümeden 5 kişi alınarak 224 kişiye ulaşıldı. Bu 224 kişinin seçiminde servis/poliklinik ve cerrahi/dahili bölüm kriterleri dikkate alındı. MKÜ Araştırma Hastanesi'nde doğrudan hizmet sunumunda görev alan 12 cerrahi, 18 dahili bölüm bulunmaktaydı (6 tanesi iç hastalıklarının yan dalı olmak üzere). Cerrahi ve dahili bilimler kendi içinde yaklaşık personel sayılarına göre sıralandı ve alınacak küme sayısı ağırlıklandırılarak cerrahi bilimlerden 18 küme(n=90), dahili birimlerden 27 küme(n=135) alındı. Her kümeden 5 kişi ile görüşüleceği varsayıldığında, her bölümden alınacak küme sayısı personel sayısına göre değişkenlik gösterdi. Cerrahi bilimler için; Anestezi ve Reanimasyon 4 küme, Göz Hastalıkları 2 küme, Kadın Hastalıkları ve Doğum 3 küme, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları 2 küme, Ortopedi ve Travmatoloji 3 küme, Üroloji 1 küme ve personel sayısı yetersiz olan Çocuk Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi 1 küme olarak kabul edildi. Dahili bilimler için ise; Acil 2 küme, Adli Tıp 1 küme, Aile Hekimliği 4 küme, Pediatri 3 küme, Dermatoloji 1 küme, Enfeksiyon Hastalıkları 1 küme, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1 küme, Göğüs Hastalıkları 1 küme, İç Hastalıkları 'nın yan dalları olan Gastroenteroloji, Nefroloji, Hematoloji, Onkoloji, Romatoloji ve Endokrin birer küme, Kardiyoloji 1 küme, Nöroloji 1 küme, Radyoloji 3 küme, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2 küme olarak kabul edildi. Bölüm içi sağlık çalışanı seçiminde ise servis/poliklinik dağılımına özen gösterilerek anket formu uygulandı.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu" kullanıldı. Anketler uygulanmadan önce anlaşılmayan soruların olabileceği düşüncesiyle 20 anketle ön deneme yapıldı. Anlaşılmayan, yanlış anlaşılan ve hatalı sorular gözden geçirilerek anket yeniden düzenlendi.

Anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak yapılandırılmış olup yedi bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü “Katılımcının Sosyodemografik Özellikleri”, ikinci bölümü “Fiziksel Şiddet”, üçüncü bölümü “Sözel Şiddet”, dördüncü bölümü ise “Şiddetle İlgili Genel Düşünceler”, beşinci bölümü “Empatik Eğilim Ölçeği(EEÖ)”, altıncı bölümü “Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ)”, yedinci bölümü “Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)” olup toplamda 90 soru içermektedir.

Ölçüm aracı; 1.bölüm sosyodemografik özellikler 10 soru, 2.bölüm fiziksel şiddete uğrama durumları 10 soru, 3.bölüm sözel şiddete uğrama durumları 6 soru, 4.bölüm şiddetle ilgili düşünceleri içeren genel sorular 2 soru, 5.bölüm Empatik Eğilim Ölçeği(20 soruluk 5'li likert formda), 6.bölüm beck depresyon ölçeği(21 soruluk 4'lü likert formda), 7.bölüm beck anksiyete ölçeği (21 soruluk 4'lü likert formda) içeren ankettir(EK_A).

Fiziksel şiddet sorgulanırken World Health Organisation (WHO)'ın International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN) ve Public Services International (PSI) ile iş birliği içinde yaptığı Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study -- Questionnaire adlı çalışmanın anketinin PV1, PV1.3, PV1.5, PV1.6, PV1.7 ve PV1.8 numaralı sorularından yararlanıldı. Sözel şiddet sorgulanırken ise aynı çalışmanın VA1, VA3 ve VA6 nolu soruları kullanıldı.

1. Sosyodemografik Özellikler: Katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, toplam aylık gelir, meslek, meslekte geçirilen toplam süre, çalışılan yer, çalışılan

birim, çalışma şekli ve işten memnuniyetin araştırıldığı bölümdür. Literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu.

2. Fiziksel Şiddet: Katılımcıların hayatları boyunca iş yerinde fiziksel şiddete uğrama durumları, son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumları, şiddete uğramışlarsa yaşadıkları son olaya göre olayın tahmini saati, günü, olayın hangi sırada gerçekleştiği, araç kullanılma durumu, saldıranın kimliği, olay esnasında sağlık çalışanının yalnız olma durumu, şiddet mağduru sağlık çalışanının olay karşısında ne tepki verdiği ve olayın önlenme bilirlilik durumunu sorgulayan bölümdür. Literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu.

3. Sözel Şiddet: : Katılımcıların hayatları boyunca iş yerinde sözel şiddete uğrama durumları, son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumları, şiddete uğramışlarsa yaşadıkları son olaya göre saldıranın kimliği, olayın hangi sırada gerçekleştiği, şiddet mağduru sağlık çalışanının olay karşısında ne tepki verdiği ve olayın önlenebilirlik durumunu sorgulayan bölümdür. Literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu.

4. Sağlık Çalışanlarına Yöneltilen Şiddet İle İlgili Genel Sorular: Katılımcılara göre şiddetin en önemli nedenini ve şiddeti önlemeye yönelik nasıl tedbirler alınması gerektiğini sorgulayan bölümdür ve literatür doğrultusunda hazırlanmıştır.

5. Empatik Eğilim Ölçeği: Bireylerin günlük hayatta empati kurma becerilerini tespit etme amacıyla Üstün Dökmen' in 1988 senesinde geliştirilen Empatik Eğilim Ölçeği 20 maddesi olan, "Likert tipi 5'li kademe ölçeğidir". Kişiler ilgili maddeleri okuyup, maddelerin kendileri için ne kadar doğru olduğuna, "Tamamen Uygun=5", "Oldukça Uygun=4" "Kararsızım=3" "Oldukça Aykırı=2" "Tamamen Aykırı=1" seçeneklerin olduğu bir dereceleme üzerine tercihte bulunarak karar verirler. Sorular için işaretleyip tercih ettiği sayı, kişinin o soruya ait aldığı puanını ortaya koymaktadır. Pozitif yönlü sorularda tercih edilen rakam direkt, negatif yönlü sorular ise tersine çevrilerek puan tespit edilir. Empatik eğilim ölçeğinden alınabilecek minimum puan 20 olup; ölçekten alınabilecek maksimum puan ise 100'dür. Ölçek genelinden alınabilecek toplam puan araştırmaya katılanların empatik eğilim puanlarını belirtir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, empatik eğilim

düzeyinin yüksek olduğunu; düşük olması empatik eğilim düzeyinin düşük olduğunu belirtir. Empatik Eğilim Ölçeği 20 ifadeden oluşmakta ve her bir ifadeye 1'den 5'e kadar puan verilmektedir. Ölçekteki 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13 ve 15. ifadeler olumsuz eğilimi, diğer ifadeler ise olumlu eğilimi ifade edecek şekilde hazırlanmıştır. Ölçekteki ifadelerden olumlu olan ifadeler doğrudan, olumsuz olanlar tersinden puanlanmaktadır(89). Üstün Dökmen, Empatik Eğilim Ölçeğinin güvenirlik ve geçerlilik çalışmasında; üniversite öğrencilerinden oluşan 70 kişilik gruba 3 hafta aralıklarla iki kere uygulamış ve bu iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon 0.82 olarak bulmuştur. Kişilerin tek ve çift maddelerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon 0.86 olarak tespit edilmiştir(89,90).

6. Beck Anksiyete Ölçeği: Beck ve ark. tarafından bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin düzeyini sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Puan aralığı 0- 63 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-7 puan anksiyete belirtileri yok, 8-15 hafif düzeyde anksiyete, 16-25 orta düzeyde, 26-63 şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri şeklindedir(91). Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ölçeğin cronbach alpha değeri 0,93 bulunmuştur. Mevcut çalışmada güvenirlik değeri 0,80 olarak belirlenmiştir(92).

7. Beck Depresyon Ölçeği: Ölçek Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup bireyin depresyon yönünden riskini, depresif belirtilerin düzeylerini ve şiddet değişimini ölçer. 21 maddelik 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte bireylerin bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını değerlendirerek cevaplandırmaları istenmektedir. Ölçek maddeleri 0-3 puan arasında puan almakta ve toplam puan madde puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ölçekten alınan 0-9 puan; minimal, 10-16 puan; hafif düzey, 17-29 puan; orta düzey ve 30-63 puan; şiddetli düzey depresif belirtiler olarak sınıflandırmıştır(93). Ülkemizde Hisli tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve güvenirlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir(94).

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; literatür taraması, anket formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması, ekip oluşturulması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi, araştırmacı olarak ben görev aldım. Araştırma etik kurul izini Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih/Sayı: 07.03.2019/03).

Uygulama öncesi katılımcılara çalışma ile ilgili kısa bir bilgi verildi. Sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları yazılı olarak alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketin sosyodemografik özelliklerinin olduğu 1. bölüm ile fiziksel ve sözel şiddetin sorgulandığı 2. ve 3. bölüm yüz yüze görüşme tekniğiyle katılımcılara sorularak dolduruldu. Ayrıca açık uçlu soruların olduğu 4. bölüm ile ölçeklerin olduğu 5., 6. ve 7. bölümlerin de gözetim altında doldurulması sağlandı.

Anketler 10.06.2019-31.07.2019 tarihleri arasında 52 gün boyunca uygulandı.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Sağlık çalışanlarına yönelik hayat boyu uğranan fiziksel şiddet sıklığı
- Sağlık çalışanlarına yönelik son 12 aydaki fiziksel şiddet sıklığı
- Sağlık çalışanlarına yönelik hayat boyu uğranan sözel şiddet sıklığı
- Sağlık çalışanlarına yönelik son 12 aydaki uğranan sözel şiddet sıklığı

Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum

- Aylık gelir düzeyi
- Meslek
- Meslekte geçirilen toplam süre
- Çalışılan Yer
- Çalışılan Birim
- Çalışma Şekli
- İşten Memnuniyet
- Empatik Eğilim Düzeyi
- Beck Anksiyete Düzeyi
- Beck Depresyon Düzeyi

3.5. Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Araştırmanın Takvimi

	Araştırmanın planlanması
Şubat 2018-Mayıs 2019	Literatür taraması Anket formlarının oluşturulması
Haziran 2019-Ağustos 2019	Verilerin toplanması Verilerin bilgisayara aktarılması
Eylül 2019-Ekim 2019	Verilerin analizi
Kasım 2019-Mart 2020	Rapor Yazımı

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programına girildi ve verilerin analizleri bu programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama değer, ortanca değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Ayrıca araştırmada Pearson Ki Kare, Eğitimde Ki Kare(Linear by Linear), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon, Student t, One Way ANOVA ve İkili(Binary) Lojistik Regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'ten daha küçük değerler önemli olarak kabul edildi. Lojistik regresyon analizinde modele p değeri 0,1 den küçük olanlar dahil edildi.

3.7. Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya direkt hizmet sunumunda görev almayan idari personel,
- Hastayla doğrudan irtibatla bulunmayan laboratuvar personeli,
- Sağlık kuruluşu olmasına rağmen doğrudan hizmet sunmayan İl Sağlık Müdürlüğü gibi kurum çalışanları,
- Sağlık sektöründe çalışmasına rağmen aslen sağlık çalışanı olmayan şoför vb gibi yardımcı personel dahil edilmedi.

Ayrıca;

Anket soru formunda bulunan ölçeklerden “Empatik Eğilim Ölçeği” 20 soru, “Beck Anksiyete Ölçeği” 21 soru ve “Beck Depresyon Ölçeği” 21 sorudan oluşmaktaydı. Bu ölçeklerden doldurulmama oranı %10 kriter alınarak her ölçekten 2 den fazla doldurulmamış soru bulunan anket formları çalışmaya dahil edilmedi. Doldurulmamış soru adedi 1-2 olanlar çalışmaya dahil edildi ve bahsi geçen sorulara ortalama değer atandı.

Anket soru formunda 4.bölümde yer alan şiddetle ilgili genel sorular kısmındaki açık uçlu sorularda fikir beyan etmeyenler çalışmadan dışlanma kriteri oluşturmadı.

Çalışılan yer, çalışılan birim ve meslek sorularında birbiriyle çelişen cevapların olduğu anket formları çalışmaya dahil edilmedi.

Katılımcılar tarafından doldurulan 97 anket bu nedenlerden dolayı çalışmaya dahil edilmedi.

Aynı zamanda 76 kişi araştırmaya katılmayı reddetti. Çalışmamıza katılmayı reddedenlerden 6'sı ASM, 7'si 112 istasyon, 26'sı ikinci basamak kamu hastanesi, 4'ü özel hastane ve 33'ü üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanı idi.

3.8. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın finansmanını, Mustafa Kemal Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinasyon Birimi sağlamıştır (Proje No: 19.U.004).

3.9. Araştırmanın İzinleri

Araştırma için;

- Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (EK_B),
- Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzinleri Komisyonundan (EK_D),
- Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurulundan gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK_C).
- Özel hastanelerin kurumsal olarak bağımsız olmaları nedeniyle özel hastanelerin yöneticilerinden ayrıca sözel olarak izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığını birçok yönüyle ele aldığımız çalışmamızda şiddet; fiziksel ve sözel olmak üzere iki ana başlıkta incelendi. Şiddet türleri çalışma hayatı boyunca ve/veya son 12 ayda maruz kalma durumuna göre ayrı ayrı değerlendirildi. Katılımcıların sosyal ve demografik verileri tanımlandıktan sonra şiddet sıklığı bu ilkeler doğrultusunda verildi. Ardından en son maruz kalınan şiddet olayının özellikleri sorgulandı. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının empati, anksiyete gibi bazı ruhsal durum göstergeleri çeşitli ölçeklerle değerlendirildi. Katılımcıların bütün bu özellikleriyle şiddete uğrama arasındaki ilişki incelendi. İlişki saptanan durumların risk faktörü olup olamayacağı çoklu analizlerle test edildi. Şiddetin en önemli nedeni ve şiddete karşı alınabilecek önlemler değerlendirilip çözüm önerileri geliştirilmeye çalışıldı.

4.1. Katılımcıların Özellikleri

4.1.1. Sosyal ve Demografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan sağlık personellerinin %60,9'u kadın, %57,9'u evli idi. Katılımcıların %30,2'si hekim, %24,9'u hemşire, %12,8'i acil tıp teknisyeni(ATT)/paramedik ve %9,4'ü sekreter/bilgi işlem görevlisi idi. Sağlık çalışanlarının görev yaptığı kurumlar açısından değerlendirildiğinde ilk sırada %33,3 ile üniversite hastanesi, ikinci sırada %21,1 ile devlet hastanesi son sırada ise %12,2 ile özel hastanedir. Katılımcıların %33,0'ı hastanede görev yapmamakta, %30,7'si klinik/servislerde çalışmaktadır. Katılımcıların %50,4'ü sürekli gündüz olarak çalışmaktadır. Gündüz ama gece nöbetli sistem olarak çalışanlar %23,4, sürekli gece çalışanlar ise % 1,5'tir. Katılımcıların %50,3'ü işinden memnun olduğunu belirtirken, %41,8'i kısmen memnun olduğunu belirtmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (N=672)

Değişken		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	409	60,9
	Erkek	263	39,1
Medeni durum	Evli	389	57,9
	Bekar	283	42,1
Meslek	Hekim	203	30,2
	Hemşire	167	24,9
	Ebe	40	6,0
	Sağlık memuru	18	2,7
	Teknisyen/Tekniker	36	5,4
	ATT/Paramedik	86	12,8
	Sekreter/Bilgi işlem	63	9,4
	Diğer	59	8,8
Çalışılan yer	Devlet hastanesi	142	21,1
	Özel hastane	82	12,2
	Üniversite hastanesi	224	33,3
	ASM	135	20,1
	112 istasyon	89	13,2
Çalışılan birim	Hastanede çalışmıyorum*	222	33,0
	Poliklinik	113	16,8
	Klinik/servis	206	30,7
	Acil servis	54	8,0
	Diğer	77	11,5
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	339	50,4
	Sürekli gece	10	1,5
	Gece-gündüz vardiya	120	17,9
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	157	23,4
	Diğer	46	6,8
İşten memnuniyet	Evet	338	50,3
	Kısmen	281	41,8
	Hayır	53	7,9

*Bu grubun tamamını ASM ve 112 istasyon çalışanları oluşturmaktaydı.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanların sayıları 1., 2. ve 3. basamakta eşit olarak dağılmaktadır (**Tablo 4**). Katılımcıların %30,2'si hekim, %24,9'u hemşire idi. Katılımcıların %50,4'ü sürekli gündüzde çalışmakta iken %49,6'sı gece de çalışabilmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların kurum, meslek ve çalışma şekilleri (N=672)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Çalışılan kurum	1.basamak	224	33,3
	2.basamak	224	33,3
	3.basamak	224	33,3
Meslek	Hekim	203	30,2
	Hemşire	167	24,9
	Diğer sağlık personeli	302	44,9
Çalışma şekli	Sürekli gündüz çalışanlar	339	50,4
	Gece çalışma ihtimali olanlar	333	49,6

Katılımcıların yaş ortalaması $31,3 \pm 7,9$ yaşı en küçük olan birey 17 ve yaşı en büyük olan birey ise 69 yaşında idi (**Tablo 5**). Katılımcıların aylık ortalama geliri $4680,7 \pm 2674,0$ idi. Meslekte geçirilen yılın ortalaması $7,6 \pm 7,0$ en küçük 1 ve en yüksek 48 yıl idi.

Tablo 5. Katılımcıların yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen yılı

Değişken	Ortalama $\pm$ SS	En küçük	En büyük
Yaş	$31,3 \pm 7,9$	17	69
Aylık gelir	$4680,7 \pm 2674,0$	1000	17000
Meslekte geçirilen yıl	$7,6 \pm 7,0$	1	48

4.1.2. Empati, Anksiyete ve Depresyon Durumları

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar **Tablo 6**'da görülmektedir. EEÖ ortalama puanı 67, en küçük değer 41 ve en büyük değer 92'dir. BAÖ ortalama puanı 8, en küçük değer 0 ve en büyük değer 63'tür. BDÖ ortalama puanı 9, en küçük değer 0 ve en büyük değer ise 51'dir.

Tablo 6. Katılımcıların ölçek puanları(N=672)

Ölçekler	Ortanca	En küçük	En büyük
Empatik eğilim	67	41	92
Beck anksiyete	8	0	63
Beck depresyon	9	0	51

Katılımcıların anksiyete ve depresyon durumları **Tablo 7**'de görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %46,6'sında anksiyete yok iken %24,9'unda hafif anksiyete ve %13,2'sinde şiddetli anksiyete olduğu tespit edilmiştir. BDÖ'ne göre katılımcıların %54,6'sında minimal depresyon, %22,0'ında hafif depresyon ve %6,5'inde şiddetli depresyon olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Katılımcıların anksiyete ve depresyon durumları(N=672)

Değişken		Sayı	Yüzde
BAÖ'ne göre anksiyete durumları	Anksiyete yok	313	46,6
	Hafif anksiyete	167	24,9
	Orta anksiyete	103	15,3
	Şiddetli anksiyete	89	13,2
BDÖ'ne göre depresyon durumları	Minimal depresyon	367	54,6
	Hafif depresyon	148	22,0
	Orta depresyon	113	16,8
	Şiddetli depresyon	44	6,5

- **Empatik Eğilim Ölçeği**

Katılımcıların EEÖ'den aldığı puanların bazı değişkenlere göre analizi **Tablo 8**'de görülmektedir. Kadınların ortalanca EEÖ puanı 68,0 iken erkeklerin ortalanca puanını 66,0 olduğu ve kadınların erkeklere göre önemli düzeyde daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (**p=0,001**). Meslek açısından değerlendirildiğinde en yüksek ortalanca puanın 71 ile ebelerde en küçük ortalanca puanın 63 ile teknisyen/teknikerlerde olduğu ve meslek grupları açısından önemli farklılık olduğu tespit edilmiştir(**p=0,001**). Çalışılan kurum açısından değerlendirildiğinde en yüksek ortalanca puanın 69,0 ile ASM'de çalışanlarda en düşük ortalanca EEÖ puanının 65,5 ile devlet hastanesinde çalışanlarda olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan kurum ölçekten alınan puan arasında önemli farklılık olduğu bulunmuştur (**p<0,001**). Sürekli gündüz çalışan personeli EEÖ ortalanca değerinin 68,0 ve gece de çalışabilen personelin ortalanca puanının 67,0 olduğu ve aralarında önemli farklılık bulunduğu görülmüştür (**p=0,026**). Çalışılan birim, çalışma şekli ve işten memnuniyet ile EEÖ puanları arasında önemli bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. Sosyodemografik özelliklere göre EEÖ puanları

Değişkenler	Ortanca	En küçük	En büyük	p
Cinsiyet				
Kadın	68,0	45	91	0,001*
Erkek	66,0	41	92	
Meslek				
Hekim	69,0	41	92	0,001**
Hemşire	68,0	46	85	
Ebe	71	47	88	
Sağlık memuru	61	47	83	
Teknisyen/Tekniker	63	47	90	
ATT/Paramedik	66,5	45	81	
Sekreter/Bilgi işlem	68	47	89	
Diğer	65	47	86	
Çalışılan yer				
Devlet hastanesi	65,0	47	92	< 0,001**
Özel hastane	67,5	45	90	
Üniversite hastanesi	68,5	41	91	
ASM	69,0	45	90	
112 istasyon	67,0	45	82	
Çalışılan birim				
Hastanede çalışmıyorum	68,0	45	90	0,627**
Poliklinik	68,0	45	92	
Klinik/servis	67,0	46	91	
Acil servis	66,5	41	87	
Diğer	66,0	45	90	
Çalışma şekli				
Sürekli gündüz	68,0	45	92	0,103**
Sürekli gece	60,5	58	82	
Gece-gündüz vardiya	67,0	41	88	
Gündüz ama gece nöbetli	67,0	47	91	
Diğer	66,5	46	87	
İşten memnuniyet				
Evet	68,0	45	91	0,119**
Kısmen	66,0	41	92	
Hayır	68,0	51	83	
Çalışma şekli				
Sadece gündüz	68,0	45	92	0,026*
Gündüz-gece	67,0	41	91	
İşten memnuniyet grup				
Evet veya kısmen	67,0	41	92	0,978*
Hayır	68,0	51	83	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların EEÖ'den aldığı puanları normal dağılım değişkenlerin analizi **Tablo 9'**da görülmektedir. Evli olan katılımcıların ortalama EEÖ puanı $67,9 \pm 8,5$ iken bekarların $66,6 \pm 9,0$ olduğu ve aralarında önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışılan kurum ile EEÖ'den alınan puanların önemli düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Üniversite hastanesinde çalışanların $68,4 \pm 8,4$ puan aldığı, devlet ve

özel hastanede çalışanların $66,0 \pm 8,9$ ile önemli düzeyde düşük puan aldığı görülmüştür ($p=0,015$). Hekim olan katılımcıların $68,5 \pm 9,1$ puan ile $66,4 \pm 8,8$ puan alan diğer yardımcı personellerden önemli düzeyde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p=0,026$).

Tablo 9. EEÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi

Değişken		Ortalama $\pm$ SS	t/F	p
Medeni durum*	Evli	$67,9 \pm 8,5$	$t=1,900$	0,058
	Bekar	$66,6 \pm 9,0$		
Kurum basamak**	ASM-112	$67,6 \pm 8,8$	$F=4,245$	0,015
	Devlet ve özel hastane	$66,0 \pm 8,9$		
	Üniversite hastanesi	$68,4 \pm 8,4$		
Meslek**	Hekim	$68,5 \pm 9,1$	$F=3,664$	0,026
	Hemşire	$67,7 \pm 8,0$		
	Diğer sağlık	$66,4 \pm 8,8$		
	personelleri			

*Student t testi kullanılmıştır. ** One Way Anova testi kullanılmıştır.

• Beck Anksiyete Ölçeği

Katılımcıların BAÖ puanları normal dağılmayan verilerin analizi **Tablo 10**'da görülmektedir. Kadınların ortalama BAÖ puanı 9,0 iken erkeklerin 7,0'dır ($p=0,006$). Evlilerin BAÖ puan ortancası 8,0 iken bekârların 9,0 idi ($p=0,258$). Meslek grupları açısından en yüksek ortalama BAÖ puanının 12,5 ile teknisyen/teknikerlerde olduğu en düşük ortalama puanın ise 6,0 ile ebe, att/paramedik, sekreter/bilgi işlem görevlilerinde olduğu tespit edilmiştir ($p=0,012$). Çalıştığı işten memnun olmayanlarda BAÖ ortalama puanın 13,0 ile işinden memnun olan veya kısmen memnun olanlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,007$). Katılımcıları mesleklerine göre hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli olarak gruplandığımızda hemşirelerin ortalama BAÖ puanın 12,0 ile diğer sağlık çalışanlarına göre önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Diğer değişkenler ile BAÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere göre BAÖ puanları

Değişken	Ortanca	En Küçük	En büyük	p
Cinsiyet				
Kadın	9,0	0	63	0,006*
Erkek	7,0	0	49	
Medeni durum				
Evli	8,0	0	63	0,258*
Bekar	9,0	0	60	
Meslek				
Hekim	8,0	0	48	0,012**
Hemşire	12,0	0	53	
Ebe	6,0	0	63	
Sağlık memuru	10,5	1	32	
Teknisyen/Tekniker	12,5	0	33	
ATT/Paramedik	6,0	0	48	
Sekreter/Bilgi işlem	6,0	0	60	
Diğer	7,0	0	45	
Çalışılan yer				
Devlet hastanesi	8,0	0	48	0,451**
Özel hastane	7,5	0	52	
Üniversite hastanesi	9,0	0	63	
ASM	9,0	0	47	
112 istasyon	6,0	0	48	
Çalışılan birim				
Hastanede çalışmıyorum	8,0	0	48	0,088**
Poliklinik	7,0	0	60	
Klinik/Servis	9,0	0	52	
Acil servis	12,0	0	53	
Diğer	7,0	0	63	
Çalışma şekli				
Sürekli gündüz	8,0	0	60	0,282**
Sürekli gece	8,0	2	36	
Gece-gündüz vardiya	8,5	0	63	
Gündüz ama gece nöbetli	8,0	0	42	
Diğer	4,5	0	48	
İşten memnuniyet				
Evet	7,0	0	60	0,007**
Kısmen	8,0	0	63	
Hayır	13,0	0	53	
Kurum basamak				
1.basamak	8,0	0	48	0,270**
2.basamak	8,0	0	52	
3.basamak	9,0	0	63	
Meslek grup				
Hekim	8,0	0	48	0,001**
Hemşire	12,0	0	53	
Diğer sağlık personelleri	7,5	0	63	
Çalışma şekli grup				
Sadece gündüz	8,0	0	60	0,769*
Gündüz-gece	8,0	0	63	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

İşinden memnun ve kısmen memnun olan katılımcıların BAÖ puanı ortalama $11,6 \pm 11,1$ iken memnun olmayanların BAÖ puan ortalaması $16,9 \pm 14,4$ olduğu görülmüştür ($p=0,012$) (Tablo 11).

Tablo 11. BAÖ puanlarının işten memnuniyete göre analizi

Değişken		Ortalama $\pm$ SS	t	p*
İşten memnuniyet grup	Evet veya kısmen Hayır	$11,6 \pm 11,1$ $16,9 \pm 14,4$	-2,596	0,012

*Student t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların BAÖ'den aldıkları puanlara göre anksiyete düzeyleri belirlenmiştir. **Tablo 12'**de katılımcıların anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması incelenmiştir. Kadınların %42,5'inde anksiyete yok, %14,9'unda şiddetli anksiyete var iken; erkeklerin %52,9'unda anksiyete yok, %10,6'sında şiddetli anksiyete vardı ($p=0,043$). Meslek grupları açısından bakıldığında hemşirelerin %18,0'ında şiddetli anksiyete gözlenirken, hekimlerin %11,3'ünde şiddetli anksiyete görüldü ($p=0,032$). Ayrıca işinden memnun veya kısmen memnun olanların %47,8'inde anksiyete görülmezken, işinden memnun olmayanların %24,5'inde şiddetli anksiyete vardı ($p=0,035$).

Tablo 12. Anksiyete Düzeyi ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Anksiyete Düzeyi									p* x²
	Anksiyete Yok		Hafif Anksiyete		Orta Anksiyete		Şiddetli Anksiyete			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet										
	Kadın	174	42,5	104	25,5	70	17,1	61	14,9	0,043 8,172
	Erkek	139	52,9	63	24,0	33	12,5	28	10,6	
Birim										
	Hastanede Çalışmıyorum	108	48,6	52	23,4	36	16,2	26	11,7	0,568 10,54 7
	Poliklinik	58	51,3	25	22,1	14	12,4	16	14,2	
	Klinik/Servis	87	42,2	57	27,7	34	16,5	28	13,6	
	Acil Servis	18	33,3	18	33,3	9	16,7	9	16,7	
	Diğer	42	54,5	15	19,5	10	13,0	10	13,0	
Kurum										
	1. Basamak	109	48,7	52	23,2	36	16,1	27	12,1	0,743 3,504
	2. Basamak	106	47,3	60	26,8	32	14,3	26	11,6	
	3. Basamak	98	43,8	55	24,6	35	15,6	36	16,1	
Meslek										
	Hekim	101	49,8	55	27,1	24	11,8	23	11,3	0,032 13,76 9
	Hemşire	61	36,5	42	25,1	34	20,4	30	18,0	
	Diğer	151	50,0	70	23,2	45	14,9	36	11,9	
Çalışma Şekli										
	Sürekli Gündüz	157	46,3	90	26,5	51	15,0	41	12,1	0,677 1,522
	Gece ve Gündüz	156	46,8	77	23,1	52	15,6	48	14,4	
İşten Memnuniyet										
	Evet/Kısmen	296	47,8	154	24,9	93	15,0	76	12,3	0,035 8,603
	Hayır	17	32,1	13	24,5	10	18,9	13	24,5	

- Beck Depresyon Ölçeği**

Çalışmamıza katılan kadınların ortalanca BDÖ puanı 9,0, erkeklerin 7,0 bulunmuş ancak önemli bir farklılık tespit edilmemiştir. Bekar olan katılımcıların ortalanca BDÖ puanı 10,0 iken evlilerin ortalanca BDÖ puanı 8,0 olduğu tespit edilmiş ve bekarlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (**p=0,002**). Çalışılan yer açısından değerlendirildiğinde devlet hastanesinde çalışanların ortalanca BDÖ puanı 11,0 ile en yüksek, ASM’de çalışanların 6,0 ile en düşük olduğu ve aralarında önemli düzeyde farklılık bulunduğu anlaşılmıştır (**p<0,001**). Hastanede çalışmayan

katılımcıların ortalama BDÖ puanı 6,0 iken acil serviste çalışanların 10,0 olduğu ve çalışılan birime göre BDÖ puanının önemli düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,001$). 3. basamakta çalışan katılımcıların 10,0 ortalama BDÖ puanı ile diğerlerinden önemli düzeyde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0,001$). Çalıştığı işten memnun olmayanların BDÖ ortalama değerinin 14,0 ile önemli düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (**Tablo 13**).

Tablo 13. Katılımcıların BDÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi

Değişken		Ortanca	En küçük	En büyük	p
Cinsiyet	Kadın	9,0	0	47	0,144*
	Erkek	7,0	0	51	
Medeni durum	Evli	8,0	0	51	0,002*
	Bekar	10,0	0	49	
Meslek	Hekim	8,0	0	51	0,209**
	Hemşire	9,0	0	47	
	Ebe	6,5	0	31	
	Sağlık memuru	14,0	0	31	
	Teknisyen/Tekniker	10,0	0	36	
	Att/Paramedik	7,0	0	46	
	Sekreter/Bilgi işlem	9,0	0	46	
	Diğer	11,0	0	43	
Çalışılan yer	Devlet hastanesi	11,0	0	47	< 0,001**
	Özel hastane	7,0	0	43	
	Üniversite hastanesi	10,0	0	49	
	ASM	6,0	0	51	
	112 istasyon	7,0	0	46	
Çalışılan birim	Hastanede çalışmıyorum	6,0	0	51	0,001**
	Poliklinik	9,0	0	39	
	Klinik/Servis	9,0	0	49	
	Acil servis	10,0	0	37	
	Diğer	11,0	0	43	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	8,0	0	51	0,195**
	Sürekli gece	12,5	2	31	
	Gece-gündüz vardiya	9,0	0	46	
	Gündüz ama gece nöbetli	9,0	0	49	
	Diğer	7,0	0	40	
İşten memnuniyet	Evet	6,0	0	49	< 0,001**
	Kısmen	9,0	0	51	
	Hayır	14,0	0	43	
Kurum basamak	1.basamak	6,0	0	51	< 0,001**
	2.basamak	9,0	0	47	
	3.basamak	10,0	0	49	
Meslek grup	Hekim	8,0	0	51	0,985**
	Hemşire	9,0	0	47	
	Diğer sağlık personeli	9,0	0	46	
Çalışma şekli grup	Sadece gündüz	8,0	0	51	0,197*
	Gündüz-Gece	9,0	0	49	
İşten memnuniyet grup	Evet veya kısmen	8,0	0	51	< 0,001**
	Hayır	14,0	0	43	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. **Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların BDÖ'ye göre depresyon düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri **Tablo 14**'te görülmektedir. Çalışılan birim, çalışılan kurum ve işten memnun olma ile depresyon düzeyleri arasında önemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şiddetli depresyon düzeyinin acil serviste çalışanlarda %13,0, 2. Basamakta çalışanlarda %9,4 ve işinden memnun olmayanlarda %11,3 sıklık ile en fazla olduğu görülmüştür. Minimal depresyon düzeyinin ise en sık %63,5 ile hastanede çalışmayanlar, %63,4 ile 1. basamakta çalışanlar ve %57,0 ile işinden memnun veya kısmen memnun olan katılımcılarda olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 14. Depresyon Düzeyi ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler		Depresyon Düzeyi								p* x²
		Minimal Depresyon		Hafif Depresyon		Orta Depresyon		Şiddetli Depresyon		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet										
	Kadın	214	52,3	96	23,5	74	18,1	25	6,1	0,346
	Erkek	153	58,2	52	14,8	39	14,8	19	7,2	3,315
Birim										
	Hastanede Çalışmıyorum	141	63,5	48	21,6	24	10,8	9	4,1	0,007 27,091
	Poliklinik	61	54,0	29	25,7	18	15,9	5	4,4	
	Klinik/Servis	107	51,9	38	18,4	42	20,4	19	9,2	
	Acil Servis	25	46,3	11	20,4	11	20,4	7	13,0	
	Diğer	33	42,9	22	28,6	18	23,4	4	5,2	
Kurum										
	1. Basamak	142	63,4	49	21,9	24	10,7	9	4,0	0,005 18,492
	2. Basamak	116	51,8	45	20,1	42	18,8	21	9,4	
	3. Basamak	109	48,7	54	24,1	47	21,0	14	6,2	
Meslek										
	Hekim	113	55,7	45	22,2	35	17,2	10	4,9	0,888
	Hemşire	91	54,5	34	20,4	31	18,6	11	6,6	2,318
	Diğer	163	54,0	69	22,8	47	15,6	23	7,6	
Çalışma Şekli										
	Sürekli Gündüz	191	56,3	78	23,0	53	15,6	17	5,0	0,296
	Gece-Gündüz	176	52,9	70	21,0	60	18,0	27	8,1	3,699
Memnuniyet										
	Evet/Kısmen	353	57,0	131	21,2	97	15,7	38	6,1	<0,001
	Hayır	14	26,4	17	32,1	16	30,2	6	11,3	19,138

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Satır yüzdesi alınmıştır.

- **EEÖ, BAÖ Ve BDÖ Arası Korelasyon**

Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların korelasyonları **Tablo 15**'te görülmektedir. Katılımcıların EEÖ'den aldığı puanlar ile BAÖ'den aldığı puanlar arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon, BDÖ ile orta düzeyde negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). BAÖ ile BDÖ arasında ise güçlü düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 15. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların korelasyonları*

		Beck Depresyon Ölçeği	
Empatik Eğilim Ölçeği		r	-0,400**
		p*	<0,001
Beck Anksiyete Ölçeği	r	-0,237**	0,512**
	p*	<0,001	<0,001

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

4.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Sıklığı

İş hayatı boyunca sözel veya fiziksel şiddete uğrama durumu **Tablo 16**'da görülmektedir. Katılımcıların %31,5'i iş hayatı boyunca sözel veya fiziksel şiddete uğramamış, %50.0'si bu şiddet türlerinden sadece birine uğramış ve %18,5'i her iki şiddet türüne de uğramıştır.

Tablo 16. İş hayatı boyunca sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu

	Sayı	Yüzde
Sözel veya Fiziksel Şiddete Uğramayanlar	212	31,5
Sözel veya Fiziksel Şiddetten Yalnızca Birine Uğrayanlar	336	50,0
Hem Sözel Hem Fiziksel Şiddete Uğrayanlar	124	18,5

Katılımcıların %41,7'si son 12 ayda sözel veya fiziksel şiddete uğramamıştır (**Tablo 17**). Son 12 ayda sözel veya fiziksel şiddetin en az birine maruz kalanların oranı %47,8 ve hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kalanların oranı ise %10,6'dır.

Tablo 17. Son 12 ayda sözel veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu

	Sayı	Yüzde
Sözel veya Fiziksel Şiddete Uğramayanlar	280	41,7
Sözel veya Fiziksel Şiddetten Yalnızca Birine Uğrayanlar	321	47,8
Hem Sözel Hem Fiziksel Şiddete Uğrayanlar	71	10,6

Katılımcıların son 12 ayda şiddete uğrama sayıları **Tablo 18**'de görülmektedir. Katılımcıların son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama ortalamaları $1,5 \pm 1,25$ iken son 12 ayda sözel şiddete uğrama ortalamaları $4,9 \pm 7,93$ 'tür.

Tablo 18. Katılımcıların son 12 ayda şiddete uğrama sayıları

Değişken	Ortalama $\pm$ SS	En küçük	En büyük
Fiziksel Şiddet(n=74)	$1,5 \pm 1,25$	1	10
Sözel Şiddet(n=389)	$4,9 \pm 7,93$	1	100

Katılımcıların son 12 ayda şiddete uğrama sayılarının dağılımı **Tablo 19**'da görülmektedir. Katılımcılardan son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanların %71,6'sı 1 defa, %28,4'ü birden çok defa şiddete uğrarken son 12 ayda sözel şiddete uğrayanların %45,5'i 2-5 defa, %33,9'u 1 defa ve %20,6'sı da 5 defadan fazla şiddete uğramıştır.

Tablo 19. Katılımcıların son 12 ayda şiddete uğrama sayılarının dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde
Fiziksel Şiddet(n=74)	1 defa uğrayanlar	53
	1< uğrayanlar	21
Sözel Şiddet(n=389)	1 defa uğrayanlar	132
	2-5 defa uğrayanlar	177
	5< uğrayanlar	80

4.2.1. Fiziksel Şiddet Sıklığı

Katılımcıların fiziksel şiddete uğrama durumları **Tablo 20**'de görülmektedir. Katılımcıların %18,8'i çalışma hayatı boyunca iş yerinde fiziksel şiddete uğramıştır. Son 12 ay içerisinde ise katılımcıların %11,1'i fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına göre ağırlıklandırma yapıldığında bu sıklıklar sırasıyla %19,6 ve %11,4 bulunmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların fiziksel şiddete uğrama durumları(N=672)

Değişken		Sayı	Yüzde
Çalışma hayatı boyunca iş yerinde fiziksel şiddete uğrama	Evet	126	18,8
	Hayır	546	81,3
Son 12 ay içerisinde iş yerinde fiziksel şiddete uğrama	Evet	74	11,0
	Hayır	598	89,0

Fiziksel Şiddet Olayının Özellikleri

Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete maruz kalanların %35,1'i olayın gününü hatırlamamakta, %14,9'u Pazartesi ve %13,5'i ise Salı günü şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (**Tablo 21**). En az şiddete maruz kalınan günler ise %2,8 ile Cumartesi ve Pazar günleridir. Şiddete maruz kalan katılımcıların %37,8'i poliklinik hizmeti sırasında ve %24,3'ü olay yerinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddet esnasında araç kullanılmadığını belirtenler %77,0 ve diğer seçeneğini belirtenler ise %23,0'dır. Fiziksel şiddete maruz kalanların %68,9'u hasta yakını tarafından, %27,0'ı hasta tarafından bu şiddete maruz kalmıştır. Şiddet esnasında katılımcıların %67,6'sı yalnız olmadığını, %25,7'si yalnız olduğunu belirtmiştir. “Şiddete kalma durumunda ne yaptınız?” sorusuna %27,0'ı beyaz kod verdim derken, %21,6'sı şiddeti uygulayan kişiye durmasını söylediğini ve %20,3'ünün ise hiçbir şey yapmadığı görülmüştür. Kendilerine uygulanan fiziksel şiddetin önlenileceğini düşünenler %71,6 iken %28,4'ü önlenemeyeceğini düşünmektedir.

Tablo 21. Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete uğrayanlarda yaşadıkları son olaya göre olayın özellikleri(N=74)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Haftanın hangi günü?	Hatırlamıyorum	26	35,1
	Pazartesi	11	14,9
	Salı	10	13,5
	Çarşamba	7	9,5
	Perşembe	9	12,2
	Cuma	9	12,2
	Cumartesi	1	1,4
	Pazar	1	1,4
Hangi sırada?	Ziyaret saatinde	6	8,1
	Poliklinik hizmeti sırasında	28	37,8
	Taburculuk işlemleri sırasında	2	2,7
	Başka hastaya müdahale ederken	11	14,9
	Olay yerinde	18	24,3
	Diğer	9	12,2
Araç kullanıldı mı?	Araç yoktu	57	77,0
	Ateşli silah	0	0
	Kesici/delici alet	0	0
	Diğer	17	23,0
Saldıran kişi	Hasta	20	27,0
	Hasta yakını	51	68,9
	Personel	0	0
	Diğer	3	4,1
Olay esnasında yalnız olma	Evet	19	25,7
	Hayır	50	67,6
	Hatırlamıyorum	5	6,8
Olay karşısında ne yaptınız?	Hiçbir şey yapmadım	15	20,3
	Durmasını söyledim	16	21,6
	Arkadaş / aileye anlattım	3	4,1
	Bir üst merciye bildirdim	10	13,5
	Dernek / sendikadan yardım istedim	0	0
	Başka bir pozisyona transfer oldum	4	5,4
	Beyaz kod verdim	20	27,0
	Diğer	6	8,1
Olayın önlenebilirliği	Kolaylıkla önlenebilir	18	24,3
	Önlenebilir	35	47,3
	Önlenemez	21	28,4

Ayrıca fiziksel şiddet olayına maruz kalan 74 kişiden 14'ü olayın gerçekleştiği saati hatırlamadığını belirtmiştir. Olayın gerçekleştiği saati hatırlayan katılımcıların %68,3'ü olayın mesai saatleri içerisinde meydana geldiğini belirtirken %31,7'si

nöbette olunan saatlerde şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddet olayı en çok %12,0 ile saat 11:00 de ikinci sıklıkla da %9,5 ile saat 15:00 da gerçekleşmiştir.

Fiziksel Şiddet Olayının Sosyal ve Demografik Özelliklere Göre Değerlendirmesi

İş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama ile katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması **Tablo 22**'de görülmektedir. Kadınların %16,4'ü, erkeklerin %22,4'ü iş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğramıştır (**p=0,050**). Hekimlerin %24,6'sı fiziksel şiddete uğramış iken hemşirelerin %14,4'ü ve diğer personellerin %17,2'si fiziksel şiddete uğramıştır (**p=0,028**). İşinden memnun olmayan katılımcıların %30,2'si, memnun olan veya kısmen memnun olanların %17,8'i iş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğramıştır (**p=0,041**). Diğer değişkenler arasında önemli bir ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 22. İş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması*

Değişkenler		İş Hayatı Boyunca Fiziksel Şiddete Uğrama				
		Evet		Hayır		p* χ ²
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	67	16,4	342	83,6	0,050 3,848
	Erkek	59	22,4	204	77,6	
Çalışılan Birim	Hastanede Çalışmıyorum	46	20,7	176	79,3	0,176 6,334
	Poliklinik	27	23,9	86	76,1	
	Klinik/Servis	30	14,6	176	85,4	
	Acil Servis	12	22,2	42	77,8	
	Diğer	11	14,3	66	85,7	
Çalışılan Kurum	1. Basamak	46	20,5	178	79,5	0,540 1,231
	2. Basamak	37	16,5	187	83,5	
	3. Basamak	43	19,2	181	80,8	
Meslek	Hekim	50	24,6	153	75,4	0,028 7,175
	Hemşire	24	14,4	143	85,6	
	Diğer	52	17,2	250	82,8	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	56	16,5	283	83,5	0,135 2,235
	Gece ve Gündüz	70	21,0	263	79,0	
İşten Memnuniyet	Evet/Kısmen	110	17,8	509	82,2	0,041 4,942
	Hayır	16	30,2	37	69,8	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların çalışma hayatları boyunca fiziksel şiddete uğrama durumlarına göre yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürelerinin ortanca, en küçük ve en büyük değerleri **Tablo 23**'te verildi. Çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrayanların yaş ortancası 31,5 (18-67) iken, diğerlerinin 29,0 (17-69) idi ($p<0,001$). Aylık gelir ortancası çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrayanlarda 4500 TL (1500-15000) iken, uğramayanlarda 4000 TL (1000-17000) idi ($p=0,002$). Çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrayanların meslekte geçirdikleri sürenin ortancası 7,0 (1-41) iken, uğramayanların ortancası 5,0 (1-48) idi ($p<0,001$). Çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrayanların diğerlerine göre; yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürelerinin ortancası daha yüksekti.

Tablo 23. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi*

Değişkenler	Çalışma Hayatı Boyunca Fiziksel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
Yaş	31,5	18-67	29,0	17-69	<0,001
Aylık gelir(TL)	4500,0	1500-15000	4000,0	1000-17000	0,002
Meslekte geçirilen süre(yıl)	7,0	1-41	5,0	1-48	<0,001

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama ile bazı sosyodemografik özelliklerinin incelendiği **Tablo 24**'te değişkenler ile son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama arasında önemli bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 24. Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Değişkenler		Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama				
		Evet		Hayır		p* x²
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	39	9,5	370	90,5	0,127 2,325
	Erkek	35	13,3	228	86,7	
Birim	Hastanede Çalışmıyorum	21	9,5	201	90,5	0,155 6,658
	Poliklinik	20	17,7	93	82,3	
	Klinik/Servis	21	10,2	185	89,8	
	Acil Servis	6	11,1	48	88,9	
	Diğer	6	7,8	71	92,2	
Kurum	1. Basamak	21	9,4	203	90,6	0,251 2,764
	2. Basamak	22	9,8	202	90,2	
	3. Basamak	31	13,8	193	86,2	
Meslek	Hekim	27	13,3	176	86,7	0,458 1,561
	Hemşire	17	10,2	150	89,8	
	Diğer	30	9,9	272	90,1	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	35	10,3	304	89,7	0,566 0,330
	Gece ve Gündüz	39	11,7	294	88,3	
İşten Memnuniyet	Evet/Kısmen	67	10,8	552	89,2	0,762 0,283
	Hayır	7	13,2	46	86,8	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumlarına göre yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürelerinin ortanca, en küçük ve en büyük değerleri **Tablo 25**'te verildi. Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanların yaş ortancası 31,0 (22-67) iken, diğerlerinininki 29,0 (17-69) idi (**p=0,030**). Aylık gelir ortancası son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanlarda 4500 TL (2000-15000) iken, uğramayanlarda 4000 TL (1000-17000) idi. Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanların meslekte geçirdikleri sürenin ortancası 7,0 (1-41) iken, uğramayanların ortancası 5,0 (1-48) idi (**p=0,002**). Son 12

ayda fiziksel şiddete uğrayanların diğerlerine göre; yaş ve meslekte geçirilen sürenin ortancası daha yüksekti.

Tablo 25. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi*

Değişkenler	Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
Yaş	31,0	22-67	29,0	17-69	0,030
Aylık gelir(TL)	4500,0	2000-15000	4000,0	1000-17000	0,063
Meslekte geçirilen süre(yıl)	7,0	1-41	5,0	1-48	0,002

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Fiziksel Şiddet Olayının EEÖ, BAÖ, BDÖ'ye Göre Değerlendirmesi

Çalışma hayatı boyunca iş yerinde fiziksel şiddete uğrama durumu ile ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması **Tablo 26'**da görülmektedir. Fiziksel şiddete uğrayanların EEÖ ortanca puanı 68,0 uğramayanların 67,0 olduğu görülmüş ancak önemli bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,466$). Fiziksel şiddete uğrayanlarda BAÖ ortanca puanının 10,0 ile fiziksel şiddete uğramayanlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,030$). Fiziksel şiddete uğrama durumu ile BDÖ puanları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 26. Ölçeklerin hayatı boyunca fiziksel şiddet uğrama durumuna göre değerlendirilmesi*

Ölçekler	Çalışma Hayatı Boyunca Fiziksel Şiddete Uğrama				
	Evet		Hayır		p*
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
EEÖ	68,0	45-91	67,0	41-92	0,466
BAÖ	10,0	0-63	8,0	0,60	0,030
BDÖ	9,0	0-51	8,0	0-49	0,258

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanlarda ortalanca BAÖ puanının 10,0 ile şiddete uğramayanlara(8,0) göre önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,038$). Diğer ölçekler ile son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumu arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo 27**).

Tablo 27. Ölçeklerin son 12 ayda fiziksel şiddet uğrama durumuna göre değerlendirilmesi*

Ölçekler	Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama				p
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
EEÖ	68,0	45-89	67,0	41-92	0,262
BAÖ	10,0	0-63	8,0	0-63	0,038
BDÖ	10,0	0-46	8,0	0-51	0,169

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların çalışma hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki **Tablo 28**'de görülmektedir. Anksiyete düzeyi daha fazla olanlar fiziksel şiddete uğrama durumunun da önemli düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0,007$). Anksiyetesi olmayan katılımcıların %15'i şiddete maruz kalmışken, hafif anksiyetesi olanların %20,4'ü ve şiddetli anksiyetesi olanların %28,1'i çalışma hayatı boyunca iş yerinde şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 28. Hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi

BAÖ Anksiyete Düzeyi	Hayatı Boyunca Fiziksel Şiddete Uğrama				p x²
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete yok	47	15,0	276	85,0	0,007* 7,154
Hafif anksiyete	34	20,4	133	79,6	
Orta Anksiyete	20	19,4	83	80,6	
Şiddetli Anksiyete	25	28,1	65	71,9	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Son 12 ayda iş yerinde fiziksel şiddete uğrama durumu ile katılımcıların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki **Tablo 29**'da görülmektedir. Anksiyetesi olmayanlarda fiziksel şiddete uğrama durumu %8,6 iken hafif anksiyetesi olanlarda %10,8 ve şiddetli anksiyetesi olanlarda %18,0 olduğu ve anksiyete düzeyi ile son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumu arasında önemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,013$).

Tablo 29. Son 12 Ayda fiziksel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi

BAÖ Anksiyete Düzeyi	Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama				p x ²
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete yok	27	8,6	286	91,4	0,013* 6,127
Hafif anksiyete	18	10,8	149	89,2	
Orta Anksiyete	13	12,6	90	87,4	
Şiddetli Anksiyete	16	18,0	73	82,0	

*Linear by Linear testi kullanılmıştır.

İş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi değerlendirdiğimiz **Tablo 30**'da önemli bir ilişki saptanamamıştır.

Tablo 30. İş hayatı boyunca fiziksel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi

BDÖ Depresyon Düzeyi	İş Hayatı Boyunca Fiziksel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Minimal Depresyon	65	17,7	302	82,3	0,140
Hafif Depresyon	23	15,5	124	84,5	
Orta Depresyon	22	22,1	88	77,9	
Şiddetli Depresyon	13	29,5	31	70,5	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyleri arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (**Tablo 31**).

Tablo 31. Son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi

BDÖ Depresyon Düzeyi	Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Minimal Depresyon	36	9,8	331	90,2	0,411
Hafif Depresyon	15	10,1	133	89,9	
Orta Depresyon	16	14,2	97	85,8	
Şiddetli Depresyon	7	15,9	37	84,1	

*Linear by Linear testi kullanılmıştır.

4.2.2. Sözel Şiddet Sıklığı

Katılımcıların sözel şiddete uğrama durumları **Tablo 32**'de görülmektedir. Çalışma hayatı boyunca iş yerinde sözel şiddete uğrayanlar %68,2 ve son 12 ayda iş yerinde sözel şiddete uğrayanlar ise %57,9 olduğu tespit edilmiştir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına göre ağırlıklandırma yapıldığında bu sıklıklar sırasıyla %71,1 ve %61,7 bulunmuştur.

Tablo 32. Katılımcıların sözel şiddete uğrama durumları(N=672)

Değişkenler	Yanıtlar	Sayı	Yüzde
Çalışma hayatı boyunca iş yerinde sözel şiddete uğrama	Evet	458	68,2
	Hayır	214	31,8
Son 12 ay içerisinde iş yerinde sözel şiddete uğrama	Evet	389	57,9
	Hayır	283	42,1

Sözel Şiddet Olayının Özellikleri

Son 12 ayda iş yerinde sözel şiddete uğrayan 389 kişinin şiddete en fazla %46,5 ile poliklinik hizmeti sırasında maruz kaldığı, %19,0 ile olay yerinde ve %17,0 ile ziyaret sırasında sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (**Tablo 33**). Sözel şiddete maruz kalan katılımcıların %60,9'u bu şiddete hasta yakınları tarafından, %30,8'i hastanın kendisi tarafından maruz kalmıştır. Sözel şiddet karşısında katılımcıların

%28,5'i şiddeti uygulayan kişiye durmasını söylediğini %23,4'ü hiçbir şey yapmadığını ve %18,0' bir üst merciye bildirdiğini belirtirken, %9,0'ı da beyaz kod vermiştir. Yaşadığı sözel şiddetin önlenebileceğini düşünenlerin %77,1 olduğu bulunmuştur.

Tablo 33. Son 12 ay içerisinde sözel şiddete uğrayanlarda yaşadıkları son olaya göre olayın özellikleri(N=389)

Değişken		Sayı	Yüzde
Hangi sırada	Ziyaret saatinde	66	17,0
	Poliklinik hizmeti sırasında	181	46,5
	Taburculuk işlemleri sırasında	11	2,8
	Başka hastaya müdahale ederken	30	7,7
	Olay yerinde	74	19,0
	Diğer	27	6,9
Saldıran kişi	Hasta	120	30,8
	Hasta yakını	237	60,9
	Personel	21	5,4
	Diğer	11	2,8
Olay karşısında ne yaptınız	Hiçbir şey yapmadım	91	23,4
	Durmasını söyledim	111	28,5
	Arkadaş / aileye anlattım	38	9,8
	Bir üst merciye bildirdim	70	18,0
	Dernek / sendikadan yardım istedim	1	0,3
	Başka bir pozisyona transfer oldum	7	1,8
	Beyaz kod verdim	35	9,0
	Diğer	36	9,3
Olayın önlenebilirliği	Kolaylıkla önlenabilir	75	19,3
	Önlenabilir	225	57,8
	Önlenemez	89	22,9

Sözel Şiddet Olayının Sosyal ve Demografik Özelliklere Göre Değerlendirmesi

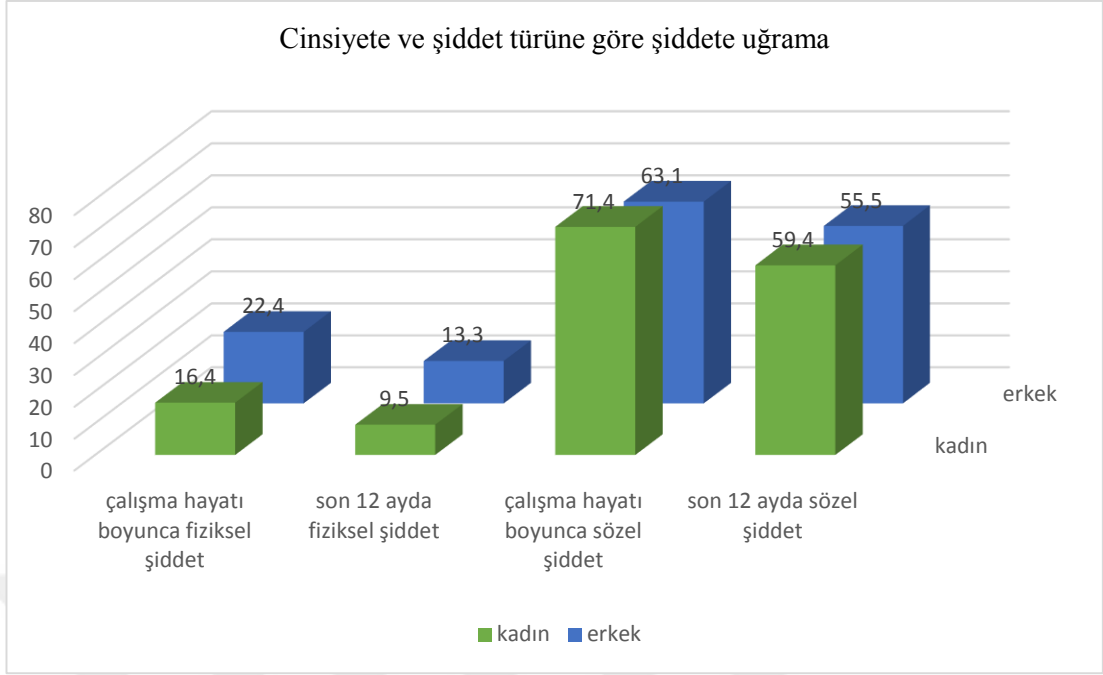
Kadın katılımcıların %71,4'ü, erkeklerin ise %63,1'i(**Şekil 2**) iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır (**p=0,025**)(**Tablo 34**). Acil serviste çalışan personellerin %75,9'u, hastanede çalışmayanların %65,3'ü iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır(**p=0,023**). 3. Basamakta çalışan personellerin %79,5'i, 2. Basamakta çalışan personellerin %59,8'i iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır(**p=0,001**)(**Şekil 3**). Hekimlerin %84,2'si, hemşirelerin %70,7'si ve diğer

sağlık personellerinin %56,0'ı sözel şiddete uğramıştır ($p<0,001$). Sürekli gündüzde çalışanların %62,5'i gece de çalışanların %73,9'u iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır($p=0,002$). Çalıştığı işinden memnun olan veya kısmen memnun olanların %66,9'u sözel şiddete uğramış iken işinden memnun olmayanların %83,0'ı sözel şiddete uğramıştır($p=0,023$).

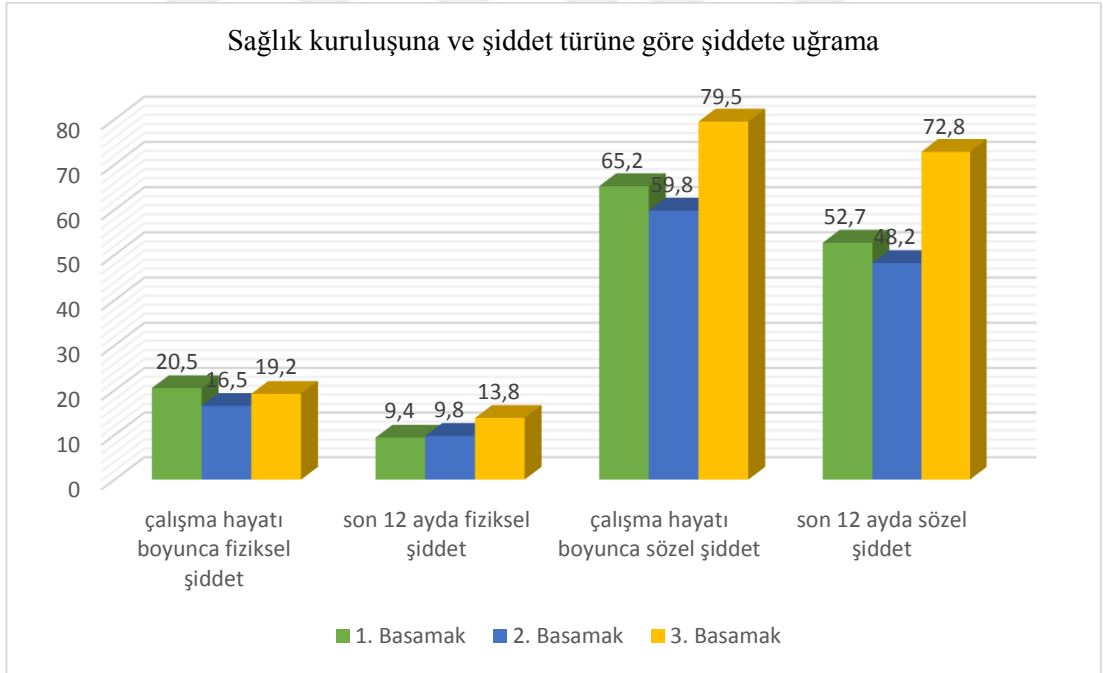
Tablo 34. İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Değişkenler		İş Hayatı Boyunca		Sözel		Şiddete p* x ²
		Uğrama				
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	292	71,4	117	28,6	0,025 5,051
	Erkek	166	63,1	97	36,9	
Birim	Hastanede Çalışmıyorum	145	65,3	77	34,7	0,023 11,323
	Poliklinik	80	70,8	33	29,2	
	Klinik/Servis	150	72,8	56	27,2	
	Acil Servis	41	75,9	13	24,1	
	Diğer	42	54,5	35	45,5	
Kurum	1. Basamak	146	65,2	78	34,8	0,001 10,516
	2. Basamak	134	59,8	90	40,2	
	3. Basamak	178	79,5	46	20,5	
Meslek	Hekim	171	84,2	32	15,8	<0,001 45,363
	Hemşire	118	70,7	49	29,3	
	Diğer	169	56,0	133	44,0	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	212	62,5	127	37,5	0,002 9,948
	Gece ve Gündüz	246	73,9	87	26,1	
İşten Memnuniyet	Evet/Kısmen	414	66,9	205	33,1	0,023 5,857
	Hayır	44	83,0	9	17,0	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.



Şekil 2. Cinsiyete ve şiddet türüne göre şiddete uğrama



Şekil 3. Sağlık kuruluşuna ve şiddet türüne göre şiddete uğrama

Katılımcıların çalışma hayatları boyunca sözel şiddete uğrama durumlarına göre yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürelerinin ortanca, en küçük ve en büyük

değerleri **Tablo 35**'te verildi. Çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrayanların yaş ortancası 29,0 (18-67) iken, diğerlerinininki 30,0 (17-69) idi. Aylık gelir ortancası çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrayanlarda 4500 TL (1000-17000) iken, uğramayanlarda 3000 TL (1500-15000) idi (**p<0,001**). Çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrayanların meslekte geçirdikleri sürenin ortancası 5,5 (1-41) iken, uğramayanların ortancası 5,5 (1-48) idi. Çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrayanların diğerlerine göre aylık geliri daha yüksekti.

Tablo 35. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi*

Değişkenler	Çalışma Hayatı Boyunca Sözel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
Yaş	29,0	18-67	30,0	17-69	0,994
Aylık gelir(TL)	4500,0	1000-17000	3000	1500-15000	<0,001
Meslekte geçirilen süre(yıl)	5,5	1-41	5,5	1-48	0,170

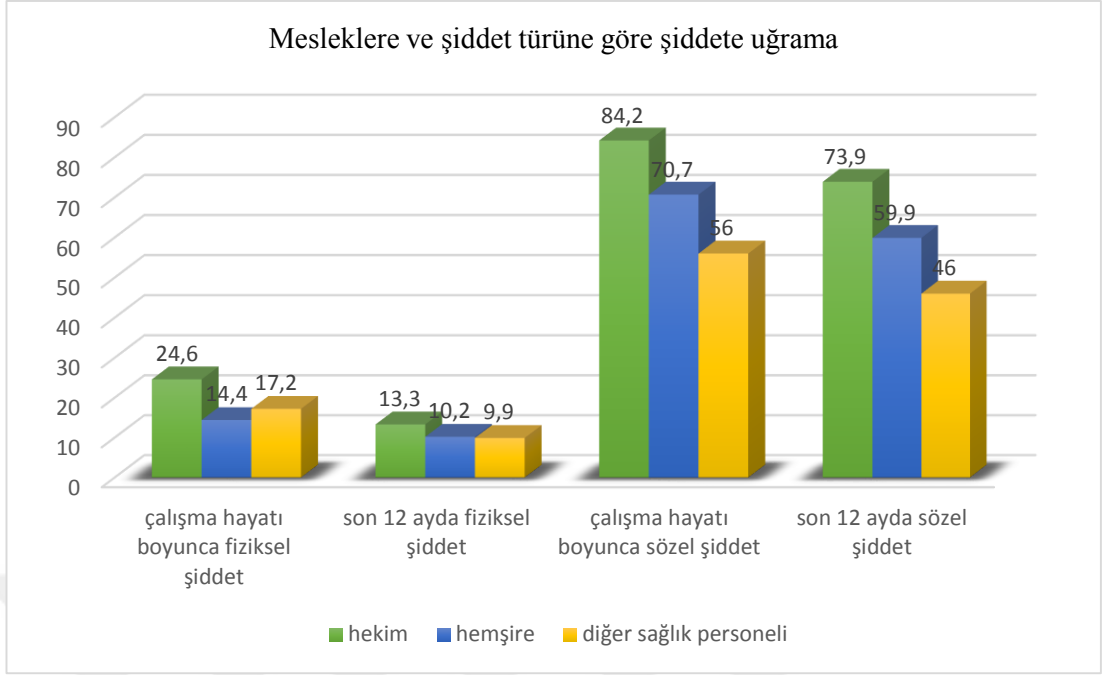
*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Son 12 ayda sözel şiddete uğrama ile bazı sosyodemografik özellikleri karşılaştırdığımız **Tablo 36**'da hekimlerde(**Şekil 4**), acil serviste çalışanlarda(**Şekil 5**), 3. basamakta görev yapanlarda, gece de çalışma ihtimali olanlarda ve işinden memnun olmayanlarda son 12 ayda sözel şiddete uğramanın önemli düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (**p<0,005**).

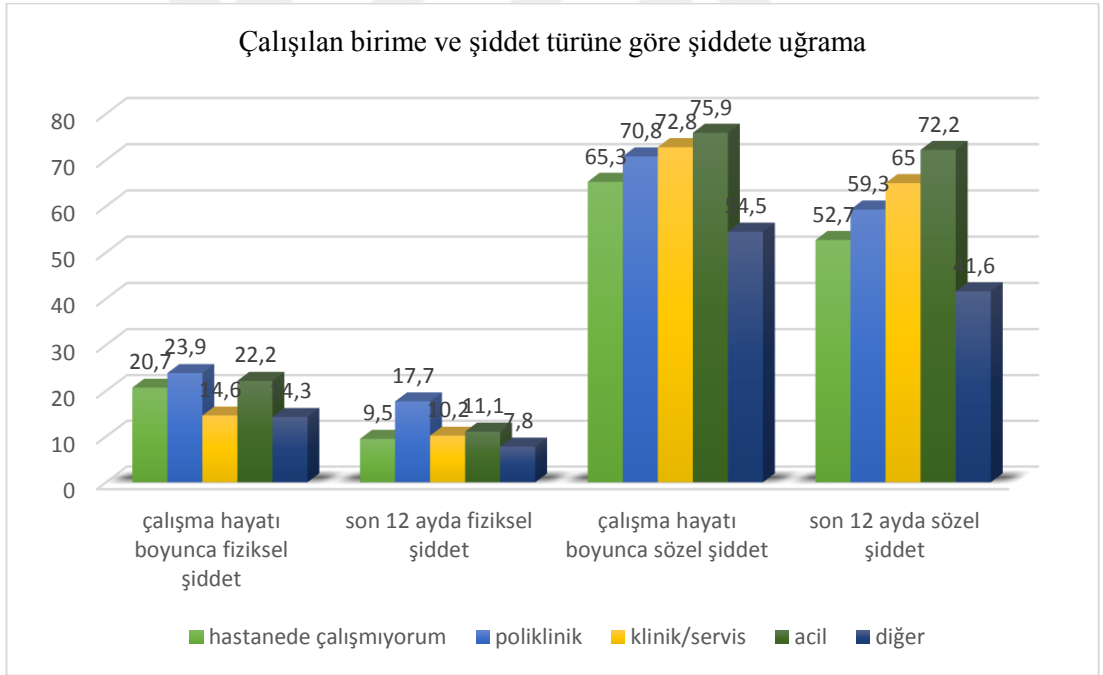
Tablo 36. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Değişkenler		Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama				
		Evet		Hayır		p x²
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	243	59,4	166	40,6	0,318
	Erkek	146	55,5	117	44,5	0,999
Çalışılan Birim	Hastanede	117	52,7	105	47,3	0,001 19,847
	Çalışmıyorum					
	Poliklinik	67	59,3	46	40,7	
	Klinik/Servis	134	65,0	72	35,0	
	Acil Servis	39	72,2	15	27,8	
	Diğer	32	41,6	45	58,4	
Çalışılan Kurum	1. Basamak	118	52,7	106	47,3	< 0,001 18,514
	2. Basamak	108	48,2	116	51,8	
	3. Basamak	163	72,8	61	27,2	
Meslek	Hekim	150	73,9	53	26,1	< 0,001 39,029
	Hemşire	100	59,9	67	40,1	
	Diğer	139	46,0	163	54,0	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	171	50,4	168	49,6	< 0,001 15,552
	Gece ve Gündüz	218	65,5	115	34,5	
İşten	Evet/Kısmen	350	56,5	269	43,5	0,016
Memnuniyet	Hayır	39	73,6	14	26,4	5,816

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.



Şekil 4. Mesleklere ve şiddet türüne göre şiddete uğrama



Şekil 5. Çalışılan birime ve şiddet türüne göre şiddete uğrama

Katılımcıların son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumlarına göre yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürelerinin ortanca, en küçük ve en büyük değerleri **Tablo 37**'de verildi. Son 12 ayda sözel şiddete uğrayanların yaş ortancası 29,0 (18-67) iken,

diğerlerinininki 30,0 (17-69) idi. Aylık gelir ortancası son 12 ayda sözel şiddete uğrayanlarda 4500 TL (1000-17000) iken, uğramayanlarda 3400 TL (1500-15000) idi ($p<0,001$). Son 12 ayda sözel şiddete uğrayanların meslekte geçirdikleri sürenin ortancası 5,0 (1-41) iken, uğramayanların ortancası 6,0 (1-48) idi. Son 12 ayda sözel şiddete uğrayanlarda diğerlerine göre aylık gelir daha yüksekti.

Tablo 37. Yaş, aylık gelir ve meslekte geçirilen sürenin son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi

Değişkenler	Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
Yaş	29,0	18-67	30,0	17-69	0,149
Aylık gelir(TL)	4500,0	1000-17000	3400,0	1500-15000	< 0,001
Meslekte geçirilen süre(yıl)	5,0	1-41	6,0	1-48	0,556

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Sözel Şiddet Olayının EEÖ, BAÖ, BDÖ'ne Göre Değerlendirmesi

Çalışma hayatı boyunca iş yerinde sözel şiddete uğrama durumu ile ölçeklerden alınan puanlar arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo 38**).

Tablo 38. Ölçeklerin hayatı boyunca sözel şiddet uğrama durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçekler	Çalışma Hayatı Boyunca Sözel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
EEÖ	68,0	41-91	67,0	46-92	0,270
BAÖ	9,0	0-63	8,0	0-52	0,291
BDÖ	9,0	0-51	7,50	0-47	0,052

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumu ile ölçeklerden alınan puanlar arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo 39**).

Tablo 39. Ölçeklerin son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçekler	Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama				p*
	Evet		Hayır		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
EEÖ	68,0	41-91	67,0	46-92	0,170
BAÖ	9,0	0-63	8,0	0-52	0,124
BDÖ	9,0	0-51	8,0	0-47	0,274

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların iş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete durumu arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir (**Tablo 40**). Anksiyetesi olmayan katılımcıların %66,8'i, şiddetli anksiyetesi olanların %75,3'ü iş hayatı boyunca sözel şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 40. İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi

BAÖ Anksiyete Düzeyi	İş Hayatı Boyunca Sözel Şiddete Uğrama				p* x ²
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete yok	209	66,8	104	33,2	0,415 2,854
Hafif anksiyete	115	68,9	52	31,1	
Orta Anksiyete	67	65,0	36	35,0	
Şiddetli Anksiyete	67	75,3	22	24,7	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Son 12 ayda sözel şiddete uğrama ile anksiyete arasındaki ilişki **Tablo 41**'de görülmektedir. Anksiyetesi olmayan katılımcıların %55,6'sı, hafif anksiyetesi olanların %56,3'ü ve şiddetli anksiyetesi olanların %68,5 son 12 ayda sözel şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 41. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi

BAÖ Anksiyete Düzeyi	Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama				p* x ²
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete yok	174	55,6	139	44,4	0,053 3,740
Hafif anksiyete	94	56,3	73	43,7	
Orta Anksiyete	60	58,3	43	41,7	
Şiddetli Anksiyete	61	68,5	28	31,5	

*Linear by Linear testi kullanılmıştır.

İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama ile depresyon düzeyi arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (**Tablo 42**).

Tablo 42. İş hayatı boyunca sözel şiddete uğrama durumu ile depresyon düzeyi

BDÖ Depresyon Düzeyi	İş Hayatı Boyunca Sözel Şiddete Uğrama				p* x ²
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Minimal Depresyon	245	66,8	122	33,2	0,841 0,835
Hafif Depresyon	103	69,6	45	30,4	
Orta Depresyon	80	70,8	33	29,2	
Şiddetli Depresyon	30	68,2	14	31,8	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

Son 12 ayda sözel şiddete uğrama ile depresyon düzeyleri arasında önemli bir ilişki görülmemiştir (**Tablo 43**).

Tablo 43. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama durumu ile anksiyete düzeyi

BDÖ Depresyon Düzeyi	Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama				p* x²
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Minimal Depresyon	209	56,9	158	43,1	0,956 0,321
Hafif Depresyon	88	59,5	60	40,5	
Orta Depresyon	66	58,4	47	41,6	
Şiddetli Depresyon	26	59,1	18	40,9	

*Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır.

4.3. Şiddet İçin Risk Faktörleri

4.3.1. Fiziksel Şiddet İçin Risk Faktörleri

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine göre yaş, aylık gelir, meslekte geçirilen yıl, beck anksiyete ölçek puanı, cinsiyet, meslek grubu, işinden memnun olma durumu ve beck anksiyete ölçeğine göre belirlenen anksiyete düzeylerine göre hayat boyu fiziksel şiddete uğrama açısından risk yüksek bulunamadı (**Tablo 44**). Kurulan

model ile gruptaki olguların hayat boyu fiziksel şiddete uğrama durumları %82,0 oranında doğru tahmin edildi (Nagelkerke R^2 0,095).

Tablo 44. Lojistik Regresyon Analizinde Hayat Boyu Fiziksel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri

	B	p*	Exp(B)	%95 GA (Güven Aralığı)		
				Alt	Üst	
Yas	0,00	0,96	1,00	0,94	1,05	
Aylık Gelir	0,00	0,30	1,00	1,00	1,00	
Meslekte Geçirilen Yıl	0,05	0,09	1,05	0,99	1,11	
BAÖ Puanı	0,03	0,21	1,03	0,98	1,08	
Cinsiyet						
	Kadın	Referans				
	Erkek	0,18	0,42	1,19	0,76	1,87
Meslek						
	Hekim	0,39	0,35	1,48	0,64	3,41
	Hemşire	Referans				
Diğer sağlık personeli	0,34	0,22	1,41	0,81	2,45	
İşten Memnuniyet						
	Evet veya kısmen	Referans				
	Hayır	0,57	0,08	1,77	0,92	3,43
BAÖ'ye Göre Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri						
	Anksiyete yok	Referans				
Hafif düzey anksiyete	0,23	0,47	1,26	0,66	2,38	
Orta düzey anksiyete	-0,07	0,89	0,93	0,33	2,56	
Şiddetli anksiyete	-0,02	0,97	0,97	0,18	5,15	
Constant(Sabit)	-3,10	<0,001				

*İkili (Binary) Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine göre yaş, meslekte geçirilen yıl, beck anksiyete ölçek puanı ve beck anksiyete ölçeğine göre belirlenen anksiyete düzeylerine göre son 12 ayda fiziksel şiddete uğrama açısından risk yüksek bulunamadı (**Tablo 45**). Kurulan model ile gruptaki olguların hayat boyu fiziksel şiddete uğrama durumları %89,0 oranında doğru tahmin edildi (Nagelkerke R^2 0,038).

Tablo 45. Lojistik Regresyon Analizinde Son 12 Ayda Fiziksel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri

	B	p*	Exp(B)	%95 GA (Güven Aralığı)	
				Alt	Üst
Yas	-0,00	0,98	0,99	0,93	1,06
Meslekte Geçirilen Yıl	0,04	0,24	1,04	0,97	1,11
BAÖ Puanı	0,02	0,31	1,02	0,97	1,08
BAÖ'ye Göre Katılımcıların Anksiyete Düzeyleri					
Anksiyete yok	Referans				
Hafif düzey anksiyete	0,08	0,83	1,08	0,50	2,35
Orta düzey anksiyete	-0,01	0,97	0,98	0,30	3,16
Şiddetli anksiyete	0,00	0,99	1,00	0,14	6,87
Constant(Sabit)	-2,78	0,001			

*İkili (Binary) Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

4.3.2. Sözel Şiddet İçin Risk Faktörleri

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine göre işten memnuniyet, aylık gelir ve beck depresyon ölçek puanına göre hayat boyu sözel şiddete uğrama açısından anlamlı derecede risk yüksek bulunamazken; çalışma şekli bakımından gece çalışma ihtimali olanların sadece gündüz çalışanlara göre 1,5 kat, çalışılan kurum bakımından 3.basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda diğerlerine göre 2,3 kat, meslek bakımından hekimlerde diğer sağlık personeline göre 2,5 kat risk yüksek bulundu (**Tablo 46**). Kurulan model ile gruptaki olguların hayat boyu fiziksel şiddete uğrama durumları %71,9 oranında doğru tahmin edildi (Nagelkerke R² 0,177).

Tablo 46. Lojistik Regresyon Analizinde Hayat Boyu Sözel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri

	B	p*	Exp(B)	%95 GA (Güven Aralığı)	
				Alt	Üst
Çalışma Şekli					
Sadece gündüz çalışanlar	Referans				
Gece de çalışma ihtimali olanlar	0,37	0,04	1,46	1,00	2,12
Çalışılan Kurum					
2.basamak sağlık kuruluşu	Referans				
1.basamak sağlık kuruluşu	-0,56	0,73	0,56	0,02	15,87
3.basamak sağlık kuruluşu	0,84	<0,001	2,33	1,47	3,67
Meslek					
Hekim	0,90	0,02	2,46	1,12	5,41
Hemşire	0,50	0,04	1,65	1,01	2,69
Diğer sağlık personeli	Referans				
İşten Memnuniyet					
Evet veya kısmen	Referans				
Hayır	0,55	0,16	1,74	0,79	3,83
BDÖ Puanı	0,01	0,26	1,01	0,99	1,03
Aylık Gelir	0,00	0,06	1,00	1,00	1,00
Constant(Sabit)	-1,38	<0,001			

*İkili (Binary) Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine göre meslek grubu, işten memnuniyet, aylık gelir ve beck anksiyete ölçek puanına göre kişilerin anksiyete düzeylerinde son 12 ayda sözel şiddete uğrama açısından risk yüksek bulunamazken; çalışılan birim bakımından acil servis çalışanlarında diğerlerine göre 2,5 kat, çalışılan kurum bakımından 3.basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda diğerlerine göre 2,7 kat, çalışma şekline göre gece çalışma ihtimali olanlarda sadece gündüz çalışanlara göre 1,4 kat risk yüksek bulundu (**Tablo 47**). Kurulan model ile gruptaki olguların hayat boyu fiziksel şiddete uğrama durumları %67,7 oranında doğru tahmin edildi (Nagelkerke R² 0,166).

Tablo 47. Lojistik Regresyon Analizinde Son 12 Ayda Sözel Şiddete Uğrama İçin Risk Faktörleri

	B	p*	Exp(B)	%95 GA (Güven Aralığı)		
				Alt	Üst	
Hastanede Çalışılan Birim						
	Diğer	Referans				
	Hastanede çalışmıyorum	0,65	0,67	1,91	0,09	40,10
	Poliklinik	0,30	0,35	1,35	0,71	2,58
	Klinik/servis	0,34	0,27	1,41	0,76	2,61
	Acil servis	0,92	0,02	2,51	1,09	5,75
Çalışılan Kurum						
	2.basamak sağlık kuruluşu	Referans				
	1.basamak sağlık kuruluşu	-0,03	0,98	0,96	0,04	20,90
	3.basamak sağlık kuruluşu	0,98	<0,001	2,68	1,75	4,09
Meslek						
	Hekim	0,63	0,07	1,88	0,94	3,75
	Hemşire	0,42	0,06	1,53	0,96	2,42
	Diğer sağlık personeli	Referans				
Çalışma Şekli						
	Sadece gündüz çalışanlar	Referans				
	Gece de çalışma ihtimali olanlar	0,37	0,04	1,44	1,01	2,05
İşten Memnuniyet						
	Evet veya kısmen	Referans				
	Hayır	0,39	0,25	1,48	0,75	2,91
Aylık Gelir						
	BAÖ'ne Göre Katılımcıların	0,00	0,11	1,00	1,00	1,00
Anksiyete Düzeyleri						
	Anksiyete yok	Referans				
	Hafif düzey anksiyete	-0,05	0,79	0,94	0,62	1,42
	Orta düzey anksiyete	0,08	0,72	1,08	0,67	1,76
	Şiddetli anksiyete	0,46	0,08	1,59	0,93	2,73
Constant(Sabit)						
		-1,38	<0,001			

*İkili (Binary) Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

4.4. Şiddetin Nedenleri ve Şiddete Karşı Alınabilecek Önlemler

Katılımcılara yönelttiğimiz ‘‘Şiddetin en önemli nedir?’’ sorusuna %84,4’ü fikir beyan etmiş ancak %15,6’sını fikrini beyan etmemiştir (**Tablo 48**). ‘‘Şiddete karşı nasıl tedbir alınmalı sorusuna ise %76,6’sı fikrini beyan etmekte iken %23,4’ü fikrini beyan etmemiştir.

Tablo 48. Şiddetin en önemli nedeni nedir ve şiddete karşı nasıl önlem alınmalıdır? (N=672)

Sorular	Yanıtlar	Sayı	Yüzde
Şiddetin en önemli nedeni nedir	Fikir beyan etmeyenler	105	15,6
	Fikir beyan edenler	567	84,4
Şiddete karşı nasıl tedbir alınmalı mı?	Fikir beyan etmeyenler	157	23,4
	Fikir beyan edenler	515	76,6

4.4.1. Şiddetin Nedenleri

Katılımcılara yönelttiğimiz ‘‘Sizce şiddetin en önemli nedeni nedir?’’ sorusuna yanıt verenlerin %27,2’si ‘‘Stres, kaygı, öfke, sabırsızlık, ön yargı, anlayışsızlık gibi kişilik faktörleri’’ demiştir. Katılımcıların %25,4’ü ‘Eğitimsizlik, toplumun bilgi düzeyindeki yetersizlikler’’ yanıtını ve %20,6’sı ‘‘ İletişim problemleri, empati eksikliği, yanlış veya eksik bilgilendirme’’ yanıtını vermiştir. Katılımcıların %1,9’u ise şiddetin haklı bir nedeninin olmayacağını belirtmiştir (**Tablo 49**).

Tablo 49. Katılımcılardan şiddetin en önemli nedeni nedir sorusuna verilen yanıtlar(N=567)

Soru	Yanıtlar	Sayı	Yüzde
Sizce şiddetin en önemli nedeni nedir?	Stres, kaygı, öfke, sabırsızlık, önyargı, anlayışsızlık gibi kişilik faktörleri	154	27,2
	Eğitimsizlik, toplumun bilgi düzeyindeki yetersizlikler	144	25,4
	İletişim problemleri, empati eksikliği, yanlış veya eksik bilgilendirme	117	20,6
	Sağlık politikalarındaki yanlışlıklar ve yetersizlikler, cezai yaptırımların yetersizliği	61	10,8
	Sağlık çalışanlarının halkın gözünde itibarsızlaştırılması	33	5,8
	Personel sayısının azlığı, yoğunluk, işyükü	17	3,0
	Diğer(şiddetin haklı nedeni olamaz)	11	1,9
	Sistemsal sorunların varlığı ve bu sorunların sağlık çalışanına mal edilmesi	10	1,8
	Sağlık çalışanlarına yöneticiler tarafından sahip çıkılmaması	7	1,2
	Hastalara ayrılan sürenin azlığı	5	0,9
	Fiziki ve çevresel koşulların yetersizliği	4	0,7
	Kolay ulaşılabilirlik ve sevk sisteminin olmaması	2	0,4
	Yetersiz güvenlik önlemleri	2	0,4

4.4.2. Şiddete Karşı Alınabilecek Önlemler

Katılımcıların %27,6'sı “Şiddeti önlemeye yönelik nasıl tedbirler alınmalıdır?” sorusuna “Güvenlik önlemlerinin artırılması(güvenlik personeli sayısını artırmak, xray cihazları vb)” yanıtını vermiştir. Katılımcıların %20,4'ü bu soruya “Caydırıcı cezaların verilmesi ve uygulanması(sağlıkta şiddet yasası çıkarılması vb)” ve %15,0'ı “Halka ve sağlık çalışanlarına eğitimler verilmesi” yanıtlarını vermiştir (**Tablo 50**).

Tablo 50. Katılımcılardan şiddeti önlemeye yönelik nasıl tedbirler alınmalı sorusuna verilen yanıtlar(N=515)

Soru	Yanıtlar	Sayı	Yüzde
İş yerinizde sağlık çalışanına yönelik şiddeti önlemek için nasıl tedbirler alınmalı?	Güvenlik önlemlerinin artırılması(güvenlik personeli sayısını arttırmak, xray cihazları vb)	142	27,6
	Caydırıcı cezaların verilmesi ve uygulanması(sağlıkta şiddet yasası çıkarılması vb)	105	20,4
	Halka ve sağlık çalışanlarına eğitimler verilmesi	77	15,0
	Kişilere empati kurma, doğru iletişim teknikleri vb. öğretilmesi	34	6,6
	Sistemsal sorunların giderilmesi(sevk ve randevu sistemleri vb)	30	5,8
	Sağlık politikalarının iyileştirilmesi(performans sistemi vb uygulamaların etkinliğinin gözden geçirilmesi)	27	5,2
	Diğer(tedbir alınamaz)	23	4,5
	Kamu spotları, broşürler vb medya ve iletişim kanalları yoluyla halkın etkin bilinçlendirilmesi	22	4,3
	Personel sayısının artırılması	14	2,7
	Sağlık çalışanlarının öneminin vurgulanması, itibarının yeniden kazandırılması	13	2,5
	Şiddet uygulayanın sağlık hizmetlerinden men edilmesi(acil durumlar hariç), sağlık sigortalarının iptali	11	2,1
	Fiziksel ve çevresel koşulların iyileştirilmesi(uygun bekleme salonları vb)	10	1,9
	Hastaya ayrılan sürenin artırılması	7	1,4

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son derece yaygındır. Sözel şiddet fiziksel şiddetten daha sık görülmektedir. Şiddet en çok pazartesi günü, poliklinik hizmeti sırasında ve hasta yakını tarafından gerçekleştirilmektedir. Fiziksel şiddet karşısında sağlık çalışanları en çok beyaz kod vermeyi tercih ederken, sözel şiddet karşısında genellikle saldırgan durmasını söylemişlerdir. Şiddet mağdurları çoğunlukla şiddet olayının önlenebileceğini düşünmektedirler.

Fiziksel şiddet; çalışanların kişilik özellikleri veya ruhsal durumlarıyla ilgili olmayıp daha çok çevresel etmenlerle ilgilidir. Sözel şiddet için ise; acil serviste çalışmak, hekim olmak, hemşire olmak ve üçüncü basamakta çalışmak risk faktörüdür. Çalışmamızda katılımcıların verdiği cevaplara göre; kişilik faktörleri şiddetin en önemli nedeni olarak gösterilmektedirken, güvenlik önlemlerinin artırılması şiddeti engellemek için başlıca önlem olarak belirtilmiştir.

Bundan sonraki bölümde sağlık çalışanlarının sosyal ve demografik özellikleri, fiziksel ve sözel şiddete uğrama sıklıkları, yaşanan son şiddet olayının özellikleri, fiziksel ve sözel şiddet için risk faktörleri, şiddetin nedenleri ve sağlık çalışanına yönelik şiddeti önlemek için alınabilecek önlemler daha önceki literatürlerin bulgularıyla karşılaştırılmış ve çalışanların ruh sağlığına etkilerine yönelik çıkarımlar yapılmıştır.

5.1. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Sıklığı

-Çalışma Hayatı Boyunca Şiddete Uğrama Durumu

Çalışmamızda 1., 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan tüm sağlık personelinin araştırmaya katılmayı kabul eden 672 katılımcının %50.0'si çalışma hayatları boyunca fiziksel veya sözel şiddete uğrarken %18,5'i her iki şiddet türüne birden uğramıştır. "Sağlık Sektöründe İş yeri Şiddeti" başlıklı rapora göre

sağlık sektöründe çalışanların %50'sinden fazlasının, çalışma hayatlarının herhangi bir diliminde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir(54,88,95,96).

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmalarda herhangi bir şiddet türüne maruz kalma %50-89 oranlarında değişmektedir(97-99) Literatürde herhangi bir şiddet türü %22-89, fiziksel şiddet %2-57, sözel şiddet %24-89 ve cinsel taciz %2-11 oranlarında değişmektedir(50,100-102). Her iki şiddet türüne birden maruz kalma ise %60'a yakındır(50). Kanada'da yürütülen bir çalışmada, herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 gibi çok yüksek bir oranda olduğu gösterilmiştir(103). Bir diğer literatüre göre saldırıların %92'si duygusal (sözel) içeriklidir(104).

Avustralya'daki bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin %62-72'sinin iş yerinde şiddeti yaşadığı belirlenmiştir(105). Literatürde bazı çalışmalarda, sağlık çalışanlarının %34-50'sinin herhangi bir şiddet türüne uğradıkları görülmüştür(106,107). Türkiye'de yapılmış olan farklı bir çalışmada hekimlerin %67.8'inin şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir(108). Almanya genelinde 2015 yılında aile hekimlerine yapılan araştırma çalışmasına katılanların arasında yalnızca %9'unun kariyerleri boyunca şiddet ile karşılaşmadıkları belirlenmiştir(109). Acil servis çalışanlarına uygulanan ankete göre katılanların %68'i zamanla şiddetin artarak devam eden bir oluşum olduğunu rapor etmiştir(103).

Adana'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %68,5'inin çalışma saatleri içerisinde sözel tacize, %16'sının fiziksel saldırıya uğradıkları ortaya çıkmıştır(110). Acil servislerdeki hemşirelere yapılan bir çalışmada ise sözel şiddet %98,5, fiziksel şiddet %19,7 olarak tespit edilmiştir(111). Bir diğer çalışmada, sağlık çalışanlardan oluşan grubun %87,1'inin şiddet davranışına maruz kalmıştır. Ayrıca sözel şiddet %46,9, fiziksel saldırı %19,4 bulunmuştur(112). Amerika'daki diğer çalışma sonucunda ise hemşirelerin %20'sinin sözel şiddet, %23'ünün ise fiziksel şiddet gördüğü belirlenmiştir(113). Piyal ve ark.'nın Ankara 112 acil sağlık hizmetleri personellerine yaptıkları çalışmada bu grupta yer alan personellerin de sözel/fiziksel tacize maruz kaldığı ve sözel baskı gördükleri sonucuna ulaşılmıştır(114). Bir diğer çalışmada hemşireler %71 oranında fiziksel saldırıya, %77 oranında ise sözlü tacize maruz kalmıştır(115).

-Son 12 Ayda Şiddete Uğrama Durumu

Yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre son 12 ayda sözel veya fiziksel şiddetin en az birine maruz kalanların oranı %47,8 ve hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kalanların oranı ise %10,6'dır. Literatürde sağlık personelinin son bir yılda şiddete uğrama durumu %68-%85 olarak bulunmuştur(50,99). Bir diğer çalışmada katılımcıların %66'sının son bir yıl içinde şiddet korkusu yaşadığı veya şiddet içeren olaylara tanık olduğu, son iki yıl içinde ise %57,4'ünün şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır(116). Bir diğer araştırmada çalışanların üçte biri(%36,5) son bir yıl içinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını dile getirmektedir(50). Bir diğer çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %76,9'u çalışma hayatı boyunca daha önce şiddete maruz kaldığını, şiddete maruz kaldığını belirten kişilerin %89'u ise şu an çalıştığı kurumda şiddete maruz kaldığını belirtmiştir(102). Bu veriler ışığında sağlık çalışanına yönelik şiddet önceki yıllara göre artış gösteriyor denilebilir.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının 2013 yılında yaptığı araştırma sonucu düzenlediği "Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması" raporunda; meslek hayatı boyunca sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete en az bir kez maruz kaldığını belirtenlerin oranı %87, hiç maruz kalmadığını belirtenlerin oranı %13'tür. Son bir yıl içerisinde en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların oranı da %82'dir. Son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %24, sözel şiddete maruz kalanların oranı %98'dir(88). Bir diğer çalışmada son bir ayda saldırgan davranış %53,2, fiziksel şiddet ise %38.5 olarak gösterilmiştir(117). Bıçkıcı'nın çalışmasına göre katılımcı sağlık çalışanlarının %55,8'inin son bir yılda her iki şiddet türüne de maruz kaldığı tespit edilmiş ve fiziksel şiddete uğrama sıklığı %7,7 olarak bulunmuştur(118). Yapılan bir başka araştırmaya göre katılımcıların %91,6'sı bir önceki yıl sözlü tacize maruz kalmıştır(119).

-Fiziksel Şiddete Uğrama Durumu

Hatay genelinde sağlık çalışanlarına uyguladığımız anketin sonuçlarına göre katılımcıların %18,8'i çalışma hayatı boyunca iş yerinde fiziksel şiddete uğramıştır. Son 12 ay içerisinde ise katılımcıların %11,1'i fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Benzer

şekilde İngiltere’de yapılan bir çalışmada da fiziksel saldırı oranının %20 olduğu belirtilmiştir(52). Ayrıca İran’lı hemşirelere uygulanmış bir çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %19,7’si fiziksel şiddet görmüştür(119). Fakat literatürde fiziksel şiddet sıklığının çok daha fazla olduğu çalışmalar da mevcuttur. Bir araştırmaya göre katılımcıların %80,2’sinin fiziksel şiddete uğradığı sonucu çıkmıştır(116). Irak’taki hastanelerde çalışan hemşirelere uygulanan çalışmada 116 katılımcının kırk dokuzu (%42) iş yerinde fiziksel saldırıya uğramış olduğunu bildirmiştir(120).

Fiziksel şiddet sağlık ortamında sık görülmeye başlanmakta ve önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Nitekim birçok çalışma sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Avcı ve ark. nın çalışmasında hastane çalışanlarının fiziksel şiddete uğradığı bilinmektedir(121). Piyal ve ark. nın Ankara 112 acil sağlık hizmetleri personellerine yaptıkları çalışmada bu grupta yer alan personellerin fiziksel şiddet gördükleri tespit edilmiştir(114). İzmir acil servislerinde yapılan çalışmada hemşirelerin fiziksel olarak şiddet gördükleri ortaya çıkmıştır(111).

-Sözel Şiddete Uğrama Durumu

Birçok meslek grubu üzerinde yaptığımız sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sorgulandığı araştırmamızda çalışma hayatı boyunca iş yerinde sözel şiddete uğrayanların %68,2 ve son 12 ayda iş yerinde sözel şiddete uğrayanların ise %57,9 olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’deki iki farklı çalışmada sağlık çalışanına yönelik sözel şiddet oranı %72(51)-%79(40) arasındadır(122). Amerika’da yapılmış bir çalışmada da bu oran %74,9(123) bulunmuştur. Çalışmamızla paralel şekilde Winstanley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da sağlık çalışanlarına uygulanan sözel şiddet oranının %68 olduğu belirtilmiştir(52). İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sözel şiddet oranının %80 olduğu belirtilmiştir(40). Bir diğer araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının %58,9’u sözel şiddete uğramıştır(124). Boz ve ark. nın çalışmasında üç hastanenin acil servis çalışanlarına yöneltilen sorularda sonuç olarak 79 katılımcının %86’sı sözel şiddete maruz kalmış ya da şahit olmuştur(125).

Sözel şiddet sağlık ortamında sıkça görülmekte ve birçok sağlık kuruluşunda çalışanlara yönelik tehdit, hakaret, sözlü taciz gibi durumları içermektedir. Öztunç’un

yaptığı çalışmada araştırmanın kapsamında olan katılımcılar sözlü taciz, sözlü korkutma, sözlü cinsel tacize maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir(110). Asgari Darian ve ark.nın çalışmasında doktorlar fiziksel şiddete uğramamış, sadece sözel şiddete uğramıştır(126).

Literatürde sözel şiddetin bizim çalışmamızdan daha sık görüldüğüne dair sonuçlar da vardır. Örneğin yapılan bir araştırmada katılımcıların %100'ünün sözel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır(116). İzmir acil servislerinde yapılan çalışmada da hemşirelerin %98'i sözel şiddete uğramışlardır(111). Şenuzun Ergün ve Karadakovan'ın 2005'te şiddetin varlığı konusunda acil servis hemşirelerine yaptığı çalışmasında 66 hemşireden %98,5'i sözel şiddete maruz kalmıştır(111). Avcı ve ark.nın çalışması da hastane çalışanlarının %92'sinin sözlü şiddete maruz kaldığını göstermektedir(121).

Ayrıca literatürde sözel şiddetin daha az sıklıkta olduğunu belirten çalışmalar da vardır. Bahar ve ark.nın çalışmasında hemşirelerin %33,6'sı tehdit edilme ve psikolojik şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir(127). Bu durum sözel şiddetin bir şiddet türü olarak algılanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Oysaki sözlü şiddet en yaygın şiddet türü olarak bilinmektedir(128). Literatürde en fazla uygulanan şiddet tipinin %89,7 ile sözlü şiddet olduğu belirtilmiştir(129). Diğer birçok çalışmada da benzer şekilde en sık sözel şiddet görülmekte ve %29-74 arasında değişmektedir(52,123,130–132). Avrupa'da yapılan çalışmalar da sağlık sektöründe uygulanan sözel şiddet oranının diğer şiddet türlerine göre daha yüksek olduğunu desteklemektedir(133). Bir diğer çalışmada en yaygın görülen şiddet sözlü saldırı olmuştur(134).

Sözel ve fiziksel şiddetin karşılaştırıldığı birçok çalışmada sözel şiddetin fiziksel şiddetten çok daha yaygın olduğu sonucuna varılmıştır(13,101,135,136). Tıbbi asistanlarda yapılmış bir çalışmada benzer şekilde sözlü saldırıların çok daha yaygın olduğu belirtilmiştir(137). Acil serviste çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalma durumları ile yapılan çalışmada hemşirelerin %65,6'sı şiddete maruz kaldığı ve şiddete maruz kalan hemşirelerin %68'i sözel şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmıştır(127).

Cezaevlerinde sağlık hizmeti sunanlara karşı uygulanan bir çalışmaya göre; sözlü taciz (%71) fiziksel istismardan (%29) daha sıklıkla (138). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin %80'i sözel, %20'si fiziksel şiddettir(40). Son bir yılda herhangi bir şiddete maruz kalma sıklığı %41,2'dir ve en sık %35,7 ile sözel tacizdir. Tehdit ve zorbalık ikinci sırada, fiziksel saldırı üçüncü ve cinsel taciz ise son sıradadır(139). Bir diğer çalışmada da katılımcıların çoğu sözel şiddeti ilk sırada göstermiş, ancak bunu fiziksel şiddet izlemiştir(105). 2004-2010 yılları arasında acil servislerdeki şiddet konusundaki çalışmaların incelendiği bir araştırmaya göre de sözlü taciz daha yaygındır(135). Sözel şiddetin daha fazla görülme nedeni, fiziksel şiddet uygulayanların daha fazla cezai yaptırımla karşılaşacak olmasıdır(127).

5.2. Şiddet Olayının Özellikleri

Çalışmamızda sağlık çalışanına yönelik şiddet olayları; şiddetin sayısı, gerçekleştiği saat ve gün, hangi esnada meydana geldiği, araç kullanılma durumu, şiddeti uygulayanın kim olduğu, olay esnasında sağlık çalışanının yalnız olma durumu, çalışanın uğradığı şiddet karşısında ne yaptığı ve olayın önlenabilirliğinin sorgulanması şeklinde birçok açıdan ele alınmıştır.

-Şiddete Uğrama Sayısı

Şiddete uğrama sayısı bakımından değerlendirildiğinde katılımcılar son 12 ayda fiziksel şiddete ortalama 1,5 kez uğruyor iken son 12 ayda sözel şiddete ortalama 5 kez uğramaktadırlar. Katılımcılardan son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanların %71,6'sı 1 defa, %28,4'ü birden çok defa şiddete uğrarken son 12 ayda sözel şiddete uğrayanların %45,5'i 2-5 defa, %33,9'u 1 defa ve %20,6'sı da 5 defadan fazla şiddete uğramıştır. Türkiye'de çok merkezli olarak 2006 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49,5 olarak belirtilmiştir. Olguların %48,3'ünün 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır(101). Bir diğer çalışmada şiddete tanık olduğunu ifade eden hekimlerin %70'i 5 veya beşten az şiddet olayına tanık olduğunu dile getirirken, %30'a yakın bir bölümü ise son bir yılda 5'in üzerinde iş yerinde şiddet olayına tanık olduğunu söylemektedir(50). Bu konuda

irdelenmiş başka bir çalışmaya göre de katılımcıların yaklaşık %50'si en az bir kez önceki 12 ay içinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir(134). Dünya'da sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının çalışma hayatları boyunca en az bir defa şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir(140,141).

Literatürde bazı çalışmalarda şiddet sayılarının çok daha fazla olduğu belirtilmiştir. Gülalp ve ark.nın Adana'da acil servislerde yaptıkları bir çalışmalarında sağlık personellerinin hepsinin her nöbetinde en az bir defa sözel şiddete uğradıkları ortaya çıkmıştır(117). Oysaki bazı çalışmalarda şiddet olayları daha az olarak bildirilmiş fakat yine de önemli bir sorun teşkil edecek düzeyde yüksek bulunmuştur. Hekimler üzerinde yapılmış bir çalışmada hekimlere meslek hayatları boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda, her dört hekimden biri en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kaldıklarını belirtmektedir. Bir diğer araştırmada çalışanların yaklaşık %28'i bir yıl boyunca en az bir şiddet olayına maruz kalmıştır(104). Bu da olayın ciddiyetini açıkça ortaya koymaya yetmektedir.

-Şiddetin Saati

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti sorguladığımız çalışmamızda fiziksel şiddet olayına maruz kalan 74 kişiden 14'ü olayın gerçekleştiği saati hatırlamadığını belirtmiştir. Olayın gerçekleştiği saati hatırlayan katılımcıların %68,3'ü olayın mesai saatleri içerisinde meydana geldiğini belirtirken %31,7'si nöbette olunan saatlerde şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddet olayı en çok %12,0 ile saat 11:00 de ikinci sıklıkla da %9,5 ile saat 15:00 da gerçekleşmiştir. Hekimlere yapılan bir ankete göre çalışmamızla benzer şekilde hekimlerin %44,1'i gündüz mesai saatleri içinde şiddete maruz kaldıklarını dile getirirken, nöbet sırasında şiddete maruz kaldığını belirten hekimlerin oranı %26,6'dır. Buna karşılık hem mesai saatlerinde hem de nöbet esnasında şiddete maruz kalan hekimlerin oranı ise %27,3'tür(50).

Literatürde mesai saatleri içerisinde şiddetin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar azımsanmayacak düzeydedir. Sağlık-Sen "Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması" sonuçlarına göre şiddet olayının %64,5'inin mesai saatleri içerisinde ve sağlık çalışanı görevini yaparken (%99) meydana geldiği tespit edilmiştir(88). Ayrancı ve ark.nın çalışmasında şiddet olaylarının mesai saatleri içerisinde olduğu tespit edilmiştir(101). Öztunç'un çalışmasında gündüz çalışma saatlerinde hemşirelerin fiziksel şiddete daha fazla maruz kaldığı belirlenmiştir(110). Bu durumun mesai saatlerinde hasta sayısının daha fazla olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Birçok farklı literatüre göre ise şiddet en çok akşam ve gece

çalışma saatlerinde gerçekleşmiştir(53,126,127,142). Crilly ve ark.nın acil servis hemşirelerine yönelik yaptığı çalışmada 71 katılımcının %70'inde şiddet olayı gözlenmiş olup, görülen bu şiddet olaylarının akşam saatlerinde meydana geldiği tespit edilmiştir(143). Çalışma saatlerine göre; 00:00-08:00 saatlerinde sözel ve fiziksel şiddet, 08:00-17:00 saatlerinde ise sözel şiddet daha fazla gerçekleşmektedir(144).

-Şiddetin Nerede-Ne Zaman-Hangi Esnada Olduğu

Çalışmamızda son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %37,8'i poliklinik hizmeti sırasında ve %24,3'ü olay yerinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Son 12 ayda iş yerinde sözel şiddete uğrayan 389 kişinin şiddete en fazla %46,5 ile poliklinik hizmeti sırasında maruz kaldığı, %19,0 ile olay yerinde ve %17,0 ile ziyaret sırasında sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde hekimlerin %18,2'si muayene odalarında, %18,2'si acil servislerde, %11,2'si bekleme salonlarında ve hastane koridorlarında, %7'si ise klinik ve yataklı servislerde görev yaparken şiddete maruz kalmaktadır(50). Bir diğer çalışmaya katılan ve şiddete maruz kaldığını belirten çalışanların %32,1'i olayın muayene/televizyon/fiziksel bakım sırasında, %31,8'i hasta kabul edilirken, %18,4'ü muayene/televizyon bitiminde, %4'ü hasta transfer edilmesi sırasında gerçekleştiğini belirtmiştir(102). Bazı çalışmalarda katılımcıların %31,4'ü bekleme alanında, %21,7'si koridorda, %17,7'si acil serviste, %16,1'i hasta odasında, %13'ü ise muayene odasında şiddete maruz kaldığını belirtmiştir(102). Bu durum hizmet sektöründe olan sağlık çalışanlarının hastayla temas ve iletişim halindeyken ne denli risk altında olabileceğini göstermektedir.

-Şiddet Olayında Kullanılan Araç

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları giderek daha tehlikeli bir boyut almaktadır. Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %4,3 ile ateşli silah ile saldırma ve %8,2 ile kesici alet ile saldırıya maruz kalmıştır(88). Silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0,3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir(101). Bir diğer çalışmada katılımcıların %6,7'si nesne veya silah kullanımı olduğunu belirtmiştir(102). Fakat bizim çalışmamızda fiziksel şiddete maruz kalan katılımcılardan şiddet esnasında araç kullanılmadığını belirtenler %77,0 iken ateşli silah ve kesici/delici aletle karşılaştığını belirten olmamıştır. Ayrıca diğer

seçeneğini belirtenler ise %23,0'dır. Bu durum katılımcıların diğer zarar verici aletleri belirtme gereği duymamasından kaynaklanıyor olabilir.

-Şiddeti Uygulayan

Sağlık çalışanları kimi zaman meslektaşlarının, kimi zaman da hasta ve/veya hasta yakınlarının şiddetine maruz kalmakta bunun sonucunda da fiziksel ve psikolojik zarar görmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve diğer sağlık personellerinin psikolojik ve/veya fiziksel şiddetine maruz kaldıkları belirlenmiştir(145). Bir diğer çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mutlaka hasta veya hasta yakınları ile tartışma yaşadığı sonucu çıkmıştır(124). Sağlık Sektöründe Mesleki Şiddet 2002 Raporu'na göre şiddet vakalarının %25'inin sağlık kurumlarında yaşandığı ve sağlık personellerinin %50'sinin hasta ve yakınları tarafından şiddet gördüğü ifade edilmiştir(46). Türkiye'deki sağlık çalışanları da hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve diğer sağlık personellerinin sözlü ve/veya fiziksel şiddetine maruz kalmaktadırlar(76,146).

Asgari Darian ve ark. şiddetin en çok hasta ve hasta yakınları tarafından gösterildiğini belirtmiştir(126). Çalışmaya katılan hemşirelerin %61'i hasta, ziyaretçi ya da sağlık personeli tarafından şiddete maruz kalmıştır(146). Yurtdışı ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda şiddetin en çok hasta ve hasta yakınları tarafından sözel şiddet olarak acil servislerde görüldüğü belirlenmiştir(127). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en yaygın kaynağı; hasta, hasta yakınları, ziyaretçi ve/veya arkadaşları olmuştur(119).

Şiddeti uygulayan açısından değerlendirdiğimizde çalışmamızda fiziksel şiddete maruz kalanların %68,9'u hasta yakını tarafından, %27,0'si hasta tarafından bu şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddete maruz kalan katılımcıların %60,9'u bu şiddete hasta yakınları tarafından, %30,8'i hastanın kendisi tarafından maruz kalmıştır. Sonuç olarak hem fiziksel hem de sözel şiddet mağdurları saldırganın büyük çoğunlukla hasta yakını olduğunu belirtmiştir. Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir(101,136).

Bolu’da yapılmış bir çalışmada şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından, daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir(112). Bir diğer araştırmada şiddet uygulayanların %62,2’sinin hasta yakını olduğu ortaya çıkmıştır(129). Hekimlerde yapılan bir çalışmaya göre katılımcıların %60’a yakın bir bölümü hasta yakınlarından şiddet gördüklerini ifade etmektedir. Hastalardan hekimlere yönelik gelen şiddet ise %6,3’tür. Hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde, hekimlerin %87’si bu iki gruptan gelen şiddete maruz kalmaktadır. Hekimlerin %13 gibi azımsanmayacak bir bölümü ise hem sağlık çalışanlarından ve hem de hastane yönetiminden şiddet gördüklerini dile getirmektedir(50). Literatürde başka bir çalışmaya katılan ve şiddete maruz kaldığını belirten kişiler kendilerine şiddet davranışında bulunan kişilerin %75,3’ünün hasta yakını, %41,8’inin hasta, %3’ünün personel ve %2,3’ünün diğer kişi olduğunu belirtmiştir(102). Saldırganların çoğunlukla hasta/hasta yakını olduğu yönündedir(52,80). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin %48,1’i hasta yakınları tarafından uygulandığı belirlenmiştir. En çok hasta yakınlarının sonra hastaların şiddete başvurduğu ve şiddet türünün genellikle sözel şiddet olduğu görülmektedir(124). Bahar ve ark. nın çalışmasında şiddetin %60,2’si hasta yakınlarından, %33,6’sı hastalardan, %3,1’i ise diğer kişiler tarafından olduğu tespit edilmiştir(127). Hasta yakınları şiddetin en yaygın kaynağı olmuştur(119). Bir araştırma sonucunda; hemşirelerin %86’sının, hasta yakınlarının (%70) uyguladığı şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir(115). Sağlık-Sen’in Türkiye’deki 25 ilde 1300 sağlık çalışanı ile yüz yüze görüşme metoduyla gerçekleştirdiği araştırmada şiddetin; %57 hasta yakını, %32 hasta, %5 iş arkadaşı ve %5 yöneticiler tarafından gerçekleştirildiği görülmüştür(88).

Adana’da yapılan diğer bir çalışmada, sözel taciz ve sözel korkutmalar en çok hasta sahibi ve refakatçiler tarafından yapılmakta (%64 ve %66,9), bunu hastanın kendisi ve doktorlar izlemekte, sözel cinsel taciz (%41,9) ve fiziksel saldırı (%48,8) ise en çok hastanın kendisi tarafından yapılmaktadır(110). Tüm dünyada şiddeti en çok hastalar gösterirken, Türkiye’de şiddet en çok hasta yakınları tarafından gösterilmektedir(53). Literatürdeki çalışmaların bazılarında hasta yakınları tarafından daha çok şiddet uygulanırken(50,53,147–149) bazılarında hastalar daha çok şiddet uygulamaktadır(13,51,150,151).

Literatürde hastaların da şiddet olaylarında ön planda olduğu birçok çalışma mevcuttur. İngiltere’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %23’ünün hastalar tarafından davranışsal tehdit aldığı, %15,5’inin hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı belirtilmiştir(52). Sağlık profesyonel meslek gruplarının üçünde yapılmış bir araştırmaya göre mağdurlar en çok hastalar tarafından, daha az oranda ise hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmıştır(105). Avcı ve ark.nın çalışmasında beyaz kod bildirimlerinin %57’sinin hasta kaynaklı, %43’ünün de hasta ve hasta yakınları kaynaklı olduğu tespit edilmiştir(121). Benzer şekilde bir diğer çalışmada en çok hastaların şiddete başvurduğu ve sonrasında bu sırayı hasta ile beraber hasta yakınlarının takip ettiği görülmüştür(71). Bir başka çalışmada şiddet olayları (%93) en çok hasta tarafından başlatılmıştır(138). Bu farklılık çalışmaların yapıldığı sağlık kurumlarının değişkenliğinden kaynaklanıyor olabilir. Kişilerin hastalık derecesi ve genel durumları şiddet olayında saldırganın kimliğini belirleyici olabilir.

Ayrıca şiddet gören bireylere sorulduğunda şiddeti tanımadıkları birinden gördüklerini belirtenler de vardır(152). Literatürde iş yerindeki şiddet olaylarında, meslektaşların şiddetine yönelik çalışma da bulunmaktadır(153).

-Şiddet Olayı Esnasında Yalnız Olma

Çalışmamızda şiddet olayı esnasında mağdurların yalnız olma durumu sorgulanmıştır ve son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete maruz kalanların şiddet esnasında %67,6’sı yalnız olmadığını, %25,7’si yalnız olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde bir diğer çalışmada katılımcıların %80,3 oranında olay esnasında yalnız olmadığını, %19,7’si ise yalnız çalıştığını ifade etmiştir(102). Literatüre bakıldığında her ne kadar çalışanların büyük çoğunluğu olay sırasında yalnız değilse de her beş sağlık çalışanından biri şiddete uğradığında yalnız kalmıştır ve yardım alamamıştır. Bu da azımsanmayacak derecede önemli bir sorundur. Nitekim bir çalışmada değinilen bir nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamaması olmuştur(101).

-Şiddet Olayı Karşısında Ne Yapıldığı ve Şiddetin Bildirilme Durumu

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olması ve daha az kayda alınmasıdır. İş yerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, yalnızca bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmektedir(136).

“Şiddete maruz kalma durumunda ne yaptınız ?” sorusuna %27,0’ı beyaz kod verdim derken, %21,6’sı şiddeti uygulayan kişiye durmasını söylediğini belirtmiş ve %20,3’ünün ise hiçbir şey yapmadığı görülmüştür. Sözel şiddet karşısında katılımcıların %28,5’i şiddeti uygulayan kişiye durmasını söylediğini %23,4’ü hiçbir şey yapmadığını ve %18,0’i bir üst merciye bildirdiğini belirtmişken yalnızca %9,0’u da beyaz kod vermiştir. Çalışanların sözel şiddeti bildirmeme nedenleri bu durumu şiddet olarak algılamamaları ya da sözel şiddeti bildirseler dahi saldırganın yeterli cezayı almayacağını düşündüklerinden dolayı adli süreçle uğraşmak istememelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde şiddet türünün de bildirimde etkisi olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda fiziksel şiddet bildirimlerinin sözel şiddet bildirimlerinden daha fazla olduğu bilinmekte ve yine bazı şiddet çalışmalarında da fiziksel şiddetten daha fazla zarar görüldüğü için bildirim yapılırken, diğer şiddet türlerinin mesleğin olumsuz bir etkisi olarak görülmesi olayın normalleştirildiğini göstermiştir(53). Al ve ark.nın çalışmasına göre hemşirelerin psikolojik şiddete uğrama oranları daha yüksek bulunmasına rağmen bildirim en az yapılan şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu sonucuna varılmıştır(53).

Türkiye’de yapılmış bir çalışmada şiddet olaylarının raporlanmaması en büyük problem olarak görülmüş; aynı çalışmada katılımcılar kendilerinin ciddiye alınmayacaklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir(112). Şiddete maruz kalma durumunda uygulanan sürecin kişiler, kurumlar, ülkeler arasında farklılık gösterdiği, karşılaşılan şiddet olaylarının çoğu zaman bildirilmediği belirtilmektedir(154–157). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının sadece yaralanma gibi ciddi olanlarının şiddet olarak algılandığı, çok azının kayda alındığı görülmüştür(158). Yapılan bir

araştırmada sağlık çalışanlarının sadece %2,9'unun yetkili makamlara şikayette bulunduğu görülmüştür(129). Aydın ve ark.nın çalışmasında şiddet olaylarının sadece %13,1'inin yetkili makamlara taşındığı saptanmıştır(159). Ayrancı ve ark.nın çalışmasında şiddet olaylarının %91'inin mahkemeye taşınmadığı(51) İzmir'de acil serviste çalışan hemşirelere yapılan bir çalışmada katılımcıların %17'sinin yaşanan şiddet olayını bildirdiği görülmüştür(111). Şiddete maruz kalan hekimlerin sadece 1/3'ü kendilerine yönelik şiddet konusunda şikayette bulunduklarını belirtmektedir. Hekimlerin %62'si ise herhangi bir şikayette bulunmadıklarını ifade etmektedir(50). Bir diğer çalışmada olay sonrası çalışanların %63,9'u hiçbir şey yapmadığını ifade etmiş, sadece %6,4'ü şikayetçi olduğunu belirtmiştir(102). Findorff ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %86'sının yaşadıkları şiddet olaylarını yazılı olarak raporlamadıkları, daha çok sözlü olarak ilettikleri belirlenmiştir(160). Günaydın ve Kutlu'nun 2012 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin %3.4'ünün şiddet sonrası olayı rapor ettiği, %96.6'sının rapor etmediği bulunmuştur(161). Ünlüsoy Dinçer'in 2010 yılında yaptığı çalışmada, yaşanan tüm şiddet olaylarından sonra hemşireler en çok "hiçbir şey olmamış gibi" davrandıklarını belirtmişlerdir(95). Çin'de pratisyen doktorlar ve hemşireler üzerinde yapılan çalışma sonucunda meydana gelen iş yeri şiddetlerinin yalnızca %9,4'ünün bildirildiği belirlenmiştir(162). Ünsal Atan ve ark.nın çalışmasında ise şiddete maruz kalan hemşirelerin %9,5'inin hastane polisine olay ile ilgili bildirimde bulunarak hukuki süreç başlattığı bilinmektedir(146). Acil servis personellerinin maruz kaldıkları şiddet olaylarının bildirilmediği gözlenmiştir(127).

Türkiye'de şiddet oranları yüksek iken bildirim oranı düşüktür(53). Şenuzun Ergün ve Karadakovan'ın 2005'te şiddetin varlığı konusunda acil servis hemşirelerine yaptığı çalışmasında olayların %83,5'i ise bildirim yapılmayan şiddetlerdir(111). Bir diğer araştırmada çalışmaya katılan hemşirelerin % 10'u hastane polisi ile temasa geçmiştir(146). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği, önemsenmediği ya da çalışırken saldırıya uğramanın mesleğin doğasıymış gibi algılandığı, hemşirelerde yönetici desteğinin olmaması, raporlama prosedürlerinin kötü olması çalışmalarda belirtilmiştir(97,161,163). Raporlama

yapılmaması, acil serviste şiddetin yaygınlığını ve doğru izlenmesini zorlaştırmaktadır(135).

Yine yurt dışında hemşireler arasında yapılan bir başka çalışmada hasta ve hasta yakınlarından gelen şiddetin yaklaşık yarısının raporlanmadığı bildirilmiştir(164). İngiltere Tabip Örgütü'nün Ocak 2008'de yayınladığı çalışmada şiddete uğrayan hekimlerin %52'sinin olay sonrasında hiçbir girişimde bulunmadığı, herhangi bir girişimde bulunan hekimlerin %60'ının olayı rapor ettiği, %33'ünün polis çağırdığı görülmektedir(50). Araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının %44,2 sinin herhangi bir şiddet türü karşısında durumu çalışan hakları ve güvenliğine bildirdiklerini belirtmiştir(124). Sağlık çalışanları şiddet durumunda haklarını arama yöntemleri arasında %5,1 ile kendi hakkımı aram şeklinde ifade etmişlerdir. Diğer taraftan %44,2 ile sağlık tesisindeki Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine bildirmekle, %35,3'ünün kurum idaresine bildirmekle, %16,72'sinin Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunmaktadır(124). Katılımcıların %54,9'unun şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiği sonucuna ulaşılmıştır(116). Bahar ve ark.na göre şiddet gören kişilerin %42,2'si tutanakla bildirimde bulunurken, %57,8'i ise bildirimde bulunmamıştır(127).

12 ay boyunca hemşirelerin %68'i, sağlık hizmeti sunanların %47'si, pratisyen hekimlerin %48'i şiddeti rapor etmiştir(105). Kanada'da yürütülen bir çalışmada şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmının da iş değişikliği yapılmasını istediği görülmüştür(103). Kanada'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %67'si şiddete maruz kaldıkları zaman bildirim yapmışlardır(127).

Katılımcıların %44,2'si herhangi bir şiddet durumu olayında güvenliği çağırdığını belirtmiştir(124). Sağlık çalışanlarının saldırganlık durumunda karşı tarafa uyguladıkları yöntemlerin dağılımına bakıldığında; %12,8 ile tedaviyi reddederek başkasına yönlendiririm, %7,7 ile bağırarak karşıt tepki veririm, %6,4 ile umursamam cevapları alınmıştır(124). Çalışanların %34,8'i olay esnasında yardım çağırdığını ve beyaz kod verdiğini, %30,4'ü durumu kendinin hallettiğini, %29,8'i, başka insanların yardımcı olduğunu, %5'i ise hiçbir eylem gerekmediğini belirtmiştir(102)

-Şiddetin Önlenabilirliği

Çalışmamızda sağlık çalışanlarından kendilerine uygulanan fiziksel şiddetin önlenebileceğini düşünenler %71,6 iken %28,4'ü önlenemeyeceğini düşünmektedir. Yaşadığı sözel şiddetin önlenebileceğini düşünenlerin ise %77,1 olduğu bulunmuştur. Literatürde de çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmaktadır. İlhan ve ark. nın çalışmasında sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenemeyeceği şeklinde görüş yaklaşık %20 civarında bulunmuştur(40). Bir diğer çalışmada katılımcıların yaklaşık %35'i sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenemeyeceği şeklinde görüş bildirmişlerdir(129). Ayrıca şiddetin önlenemeyeceğini belirtenlerin sayısı bazı çalışmalarda daha yüksektir. Bir çalışmaya göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %43,6'sı şiddet uygulamak isteyen bir kişiyi hiçbir şeyin engelleyemeyeceğini belirtmiştir(124). Bu durum sağlık çalışanlarının şiddet konusunda ne kadar karamsar olduğunu bir kez daha gözler önüne sermektedir.

5.3. Sosyal ve Demografik Özelliklere Göre Şiddete Uğrama Durumu

-Cinsiyet

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti sorguladığımız çalışmamızda, çalışma hayatı boyunca erkekler fiziksel şiddete kadınlardan daha fazla uğrarken, sözel şiddete kadınlar daha fazla uğramıştır. Son 12 aydaki fiziksel ve sözel şiddet sıklığında ise kadın ile erkek arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Turhan ve arkadaşları, acil poliklinik çalışanlarında sözel şiddete maruz kalma oranının kadınlarda %100 erkeklerde %69.2 olduğunu bildirmişlerdir. Kadınlarda fiziksel şiddete maruz kalma görülmemekle beraber, erkeklerde bu oran %26.9'dur(163).

Şiddet olaylarına neden olabilecek risklerin tanınması ve kontrolünde sağlık ekibine önemli roller düşmektedir. Saldırganlık ve şiddet riskini etkileyen etmenler ele alındığında, kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı(155,165–167), İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise hastane çalışanlarında şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu(52), kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır(97). Elde edilen verilere göre çalışma hayatı boyunca şiddete maruz kaldığını belirten kadın çalışanların oranı %80,3, erkek çalışanların oranı

%71,5'tir(102). Yapılan birçok çalışmada da şiddete uğrama durumu ile cinsiyet ilişkisine bakıldığında, kadın sağlık çalışanlarının daha sıklıkla şiddete uğradıkları göze çarpmaktadır(76,108,161,163,168). Hekimler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; kadın hekimlerin %72.2'sinin, erkek hekimlerin ise %65'inin şiddete maruz kaldığı, kadın hekimlere yönelik şiddetin erkek hekimlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir(108). Ersun'a göre tanımlayıcı özelliklere bakıldığında erkeklere oranla kadınların şiddet görme oranları %95 olarak çıkmıştır(152). Üç ilimizde binden fazla sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %52.5'ini kadınların oluşturduğu bildirilmiştir(163). Al ve ark.'nın çalışmasında da kadın sağlık personellerinin erkeklere oranla şiddete daha çok maruz kaldığı bildirilmiştir(53). Bir diğer çalışmada şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarından çalışmaya katılanların 60,3'ünün kadındır(124). Üç ilimizde binden fazla sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %52.5'ini kadınların oluşturduğu bildirilmiştir(163). Bu durum sağlık ortamında kadın istihdamının fazla olmasından veya saldırganların fiziksel güç açısından üstünlük sağlayabilmek adına kadın çalışanları hedef almalarından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde bazı çalışmalarda da erkeklerin şiddete uğrama oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(76,95,163). Birçok çalışma sadece fiziksel şiddeti sorgular nitelikte olabileceği gibi katılımcılar da şiddete uğrama sorularına sözel şiddeti mesleğin bir olağan durumuymuş gibi algıladıkları için fiziksel şiddet üzerinden cevap vermiş olabilirler. Ayrıca bazı toplumlarda kadına karşı güç kullanmak o toplumun değer yargılarıyla uyuşmayan ve hoş görülmeeyen bir eylem olarak nitelendirilebilir.

-Yaş ve Meslekte Geçirilen Süre/Deneyim

Araştırmamızın sonuçlarına göre çalışma hayatı boyunca ve son 12 ayda fiziksel şiddete uğrayanlarda diğerlerine göre; yaş ve meslekte geçirilen sürelerinin ortancası daha yüksekti. Çalışmamızla paralel olarak bir diğer literatürde katılımcıların yaş aralığına bakıldığında; %90,7 oranla 36-45 yaş aralığında olan çalışanların en yüksek oranda şiddete maruz kaldığı, %84,2 oranla 46 yaş ve üzeri, %75,3 oranla 18-

24 yaş ve %72,9 oranla 25-35 yaş aralığında çalışanların onları takip ettiği görülmektedir. Şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların %94,7'si 11-15 yıllık, %85'i 16 yıl ve üzeri, %74,3'ü 1-5 yıllık, %70,4'ü 6-10 yıllık deneyime sahip olduğunu belirtmiştir(102). Yaş ve deneyim arttıkça şiddete maruz kalma oranının arttığı görülmektedir(102). Taşcıoğlu'nun yaptığı farklı bir çalışmada şiddete uğrayan %46,5 oranındaki hemşirelerin 34-44 yaş aralığında olduğu görülmekte, bunu %38.4 ile 23-33 yaş grubu izlemektedir(169).

Öztunç ve arkadaşları tarafından Adana'da yapılan bir araştırmada, şiddete uğradığını ifade eden hemşirelerin yaş ortalamaları 29.1 ± 6.3 yıl olarak tespit edilmiştir(110). Çoğu çalışmada çalışanların deneyimleri de ele alınmış ve bazı çalışmalarda 5-10 yıl arası çalışanlarda şiddet riski daha yüksek çıkarken, bazı çalışmalarda ilk 5 yılda şiddete uğrama riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(51,136). Hemşirelerin eğitim durumu ile şiddete uğrama sıklığı arasında ters bir orantı olduğu, eğitim düzeyi ve beraberinde mesleki bilgi ve tecrübenin de artmasıyla birlikte şiddete uğrama sıklığının azaldığını söylemek mümkündür(110,163).

Bazı araştırmalarda çalışanların yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır(53,118,148)

-Meslek

İdari personel hariç tutularak hastayla direkt temas halinde olan bütün sağlık profesyonelleri ile yaptığımız araştırmamızda fiziksel şiddet açısından meslek gruplarına bakıldığında ilk sırada hekimler, ikinci sıklıkta diğer sağlık personeli(sağlık memuru, sekreter, teknisyen vb.) üçüncü olarak ise hemşireler şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddet açısından bakıldığında ise ilk sırada yine hekimler şiddete uğrarken ikinci sırayı hemşireler almıştır.

Çalışmamızla benzer şekilde literatürde en fazla şiddet uygulanan meslek grubuna %64,1 ile doktor cevabı verilmiştir(129). Şiddete maruz kalan sağlık personeline baktığımızda Türkiye'de yapılmış çalışmalarda en sık doktorlar ikinci sıklıkta da hemşireler olduğu görülmektedir(51,53). 2009 yılında Özyurt ve arkadaşlarının "Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalıştay" anket sonuçlarında;

doktorların %45.6'sının, hemşirelerin %35.8'inin ve diğer çalışanların %19.1'inin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir(170). Eker ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada da doktorların diğer meslek gruplarına göre daha çok şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir(41,95). Bıçkıcı'nın çalışmasında da doktorların %79,6'sının, hemşirelerin %43,1'inin şiddete uğradığı ve meslek ile şiddete uğrama arasında anlam ifade eden bir ilişki tespit edilmiştir(118). Erkol ve ark.nın çalışmasında doktorların %96,7'sinin, ebe ve hemşirelerin %81,8'inin şiddete uğrama oranları yüksek oranda tespit edilmiştir(112). Avcı ve ark.nın çalışmasına göre şiddete maruz kalma oranı doktorlarda %63, hemşirelerde %22, doktor ve hemşire haricinde diğer hastane personellerinde %15 olarak tespit edilmiştir(121). Ayrıca beyaz kod bildiriminde şiddete maruz kalanların %59'u hekimler, %17'si hemşireler ve %22'si diğer sağlık çalışanlarıdır(144).

Doktor ve hemşirelerin sözel şiddete uğrama oranları birbirine yakındır(53). Avustralya'da yapılmış bir çalışmada da ciddi şiddet olaylarına maruz kalmada hemşireler ve doktorlar ilk sıralarda yer almaktadır(171). Ayrancı ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada ise en fazla pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin şiddete uğradıkları belirtilmektedir(97). Hemşireler ve hekimler, şiddete en çok maruz kalan meslek grupları olmuştur(172).

Literatürde hekimlerin ön planda olmadığı hemşirelerin şiddete uğrama açısından ilk sırayı aldığı çalışmalar da hayli fazladır. Sağlık alanında hizmet sunan profesyoneller ve özellikle 24 saat hizmet sunan hemşireler hasta ve sağlıklı bireylerle olan ilişkileri aracılığıyla fiziksel ve sözel şiddete daha fazla uğrayabilmektedir(154,165). Finlandiya'da yapılan bir araştırmaya göre, şiddete maruz kalma sıralamasında hapisane gardiyanları ve polis memurlarının ardından psikiyatri hemşireleri 3. sırada, doktorlar 4. sırada yer almaktadır(173). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik Alçelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin %60,3'ünün şiddetten etkilendiği belirtilmektedir(174). Bir diğer çalışmada şiddete maruz kalma durumu ve meslek gruplarının ilişkisine bakıldığında; %80,6 hemşire, %78,3 doktor, %78,2 güvenlik görevlisi, %77,1 idari personel, %65,9 diğer meslek grubunda çalışan şiddete maruz kaldığını belirtmiştir(102). Bazı çalışmalarda meslek grupları açısından şiddete uğrama sıklığı değerlendirildiğinde ilk sırada hemşirelerin olduğu, pratisyen hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının onları takip ettiği

görülmektedir(97,175). 2011 yılında Ünsal Atan ve Dönmez tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin şiddete maruz kalma olasılığının hasta ve hasta yakınları ile daha yakın temas içinde oldukları için, diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir(95,176). Şahin ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada acil tıp kliniğinde çalışanlar arasında en fazla hemşirelerin şiddete uğradıkları belirtilmektedir(163). Al ve ark.na göre ise hem Türkiye’de hem de yurtdışında yapılan çalışmalarda hemşirelerin şiddete en çok maruz kalan sağlık personeli olduğu ve bu sırayı pratisyen hekimlerin takip ettiği belirlenmiştir(53). Doktor ve hemşirelerin sözel şiddete uğrama oranları birbirine yakinken; hemşirelerin fiziksel şiddete uğrama oranları yüksek bulunmuştur(53). Chaboyer ve Creedy, Talas ve ark.nın çalışmasında da acil serviste görevli hemşireler sözel şiddete uğramıştır(142,143). Birçok çalışmaya göre kurbanlar (%90) en çok hemşirelerdir(13,138). Araştırmalar, sağlık personelinin özellikle hemşirelerin iş ortamlarında sıklıkla şiddetle karşılaştıklarını göstermektedir(14,177–179).

Hekim ve hemşireler haricindeki meslek gruplarında da şiddet oldukça sık görülebilmektedir. Nitekim bizim çalışmamızda fiziksel şiddet açısından ikinci sırayı diğer sağlık personeli almaktadır. Bir çalışma sonuçlarına göre şiddet sıklığı, %58,7 ile sağlık memurlarında en yüksek iken, %34,0 ile ebelerde en düşüktür(139). Bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı sağlık kuruluşlarının kaçınıcı basamak sağlık kuruluşu olduğuyla ilişkili olabilir. Öyle ki koruyucu sağlık hizmeti veren kuruluşlarda yataklı tedavi ünitelerinin olduğu sağlık kurumları kadar şiddet sıklığı beklenmemektedir.

-Çalışılan Kurum

Sağlık kurumlarını 1., 2., ve 3. Basamak olarak gruplandırıdığımız ve ayrı ayrı da değerlendirmeye aldığımız çalışmamızda üniversite hastanesinde çalışan personellerin %79,5’i, devlet hastanesinde çalışan personellerin %59,8’i iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır. Üniversite hastanesinde görev yapanlarda son 12 ayda sözel şiddete uğramanın önemli düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Portekiz’de yapılan bir araştırmada da çalışmamızla paralel olarak en fazla sözel şiddet görülmekte ve şiddet daha çok kompleks sağlık merkezlerinde görülmektedir(180).

Literatürde birçok farklı çalışma bulunmaktadır. Türkiye’ de yapılmış bazı çalışmalarda devlet hastanelerinin şiddetin en sık yaşandığı hastaneler olduğu görülmektedir(51,53,159). Şiddet olayları en çok acil servislerde ve devlet hastanelerinde meydana gelmektedir(40). Nitekim bazı çalışmalarda katılımcıların %70,5’i şiddet olayının devlet hastanesinde gerçekleştiğini belirtmişlerdir(129). Ayrıca çalışma yeri açısından bakıldığında şiddet sıklığının, sırası ile ambulans, hastane ve sağlık ocağı şeklinde olduğunu gösteren literatürler de mevcuttur(139). Fakat literatürde bütün sağlık kurumlarını tek çalışmada değerlendiren ve basamaklara göre analiz eden çalışma bulunmaması nedeniyle çalışmamızda çarpıcı sonuçlar doğmuştur.

-Çalışılan Birim

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre; Acil serviste çalışan personellerin %75,9’u, klinik/serviste çalışanların %72,8’i, poliklinikte çalışanların %70,8’i, hastanede çalışmadığını belirtenlerin %65,3’ü, diğer seçeneğini belirtenlerin %54,5’i iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır. Son 12 ayda ise; acil serviste çalışan personellerin %72,2’si, klinik/serviste çalışanların %65,0’ı, poliklinikte çalışanların %59,3’ü, hastanede çalışmadığını belirtenlerin %52,7’si, diğer seçeneğini belirtenlerin %41,6’sı sözel şiddete uğramıştır. Bütün bu verilerin ışığında çalışılan birim açısından sözel şiddet sıklığında ilk sırayı acil serviste çalışanlar alırken, klinik/serviste çalışanlar ikinci sırada şiddete maruz kalmaktadır. Bunu üçüncü sırada poliklinik çalışanları izlemiştir. Acil servislerde hasta sirkülasyonunun hızlı olması, personel sayısının yetersizliği, sistemsel sorunlar, hasta ve hasta yakınlarının sabırsızlığı ve herkesin kendi durumunu daha acil görmesi veya stresli ve kaygılı ruh halleri burada şiddetin daha sık görülmesine neden olmuş olabilir. Psikiyatri kliniklerinin de servis/klinik grubunda ele alınması bu grubun ikinci sırada yer almasında etken olmuş olabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların hastanede çalışmıyorum şikkını işaretlemesinden dolayı bu grubun geri planda kalması beklenen bir durumdur. Çalışmamızla benzer şekilde, bir literatüre göre katılım sağlayan sağlık çalışanlarının şiddete uğradıkları bölümler %35,3 olarak acil servis ve %28,8 olarak da diğer servislerde olarak görülmüştür(124).

1990-2006 yılları arası sistematik literatür taraması yoluyla yapılan bir çalışmada çıkan sonuçlara göre; Sağlıkta şiddetin genel hastanelerde özellikle tıbbi ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık personeli için ciddi bir sorun olduğu belirtilmiştir(13). Acil servisler, cerrahi birimler ve psikiyatri kliniklerinde şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğuna ilişkin araştırmalar bulunmaktadır(155,165,166,181). Şiddet en sık acil servislerde, ikinci sıklıkta da psikiyatri kliniklerinde sergilenmektedir(158). İtalya'da yapılmış bir araştırmaya göre şiddet riski en fazla psikiyatrik ve acil servislerdedir(172).

Kanada'da yürütülen bir çalışmada, acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır(103). Acil servisler sağlık çalışanına yönelik şiddetin en çok yaşandığı birimlerdir(122). Acil serviste çalışanlar diğer yerlerde çalışanlara göre 2 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadır(139). Avcı ve ark.nın 475 sağlık personelini kapsayan çalışmasında şiddetin en çok acil servis çalışanlarına yöneltildiği görülmüştür. Ayrıca acil servis çalışanlarının diğer kliniklere göre şiddete maruz kalma oranı %22 olup bu değer yüksek olarak değerlendirilmiştir(121). Al ve ark.'nın çalışmasında da şiddetin en çok acil servis personellerine yöneltildiği görülmüştür(53). Kowalenko ve ark.na göre kadın acil doktorları fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmıştır(123). Bahar ve ark.na göre acil hemşirelerinin çalışma hayatı boyunca %65,6'sının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiş, acilde çalışan her üç hemşireden biri şiddete uğramıştır(127). Yurt dışında yapılan bir çalışmada da şiddet olayının acil servislerde çok karşılaşılan bir durum olduğu görülmüştür(182).

Bıçkıcı'nın çalışmasına göre ise acil serviste şiddete uğrama oranı %5,8'dir(118). Bu oran diğer literatürlerle karşılaştırıldığında hayli düşük sayılabilir. Çalışmada sadece fiziksel şiddetin sorgulanmış olması aradaki farkı açıklayabilir.

-Nöbet Tutma Durumu

Çalışmamızda katılımcıların çalışma şekli sorgulanmış ve sadece gündüz çalışanlarla nöbet sistemiyle çalışanlar arasında şiddete uğrama durumu açısından fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çıkan sonuca göre; Sürekli gündüzde çalışanların %62,5'i gece de çalışanların %73,9'u iş hayatı boyunca sözel şiddete uğramıştır. Gece de çalışma ihtimali olanlarda son 12 ayda sözel şiddete uğramanın önemli düzeyde

daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de benzer şekilde hem gece hem gündüz çalışanlarda yalnızca gündüz çalışanlara göre şiddet daha sık gözlenmektedir(139). Bu durum çalışanların nöbetlerde çoğunlukla yalnız çalışmalarının ve güvenlik tedbirlerinin azlığının saldırganları harekete geçirmesine bağlı olabilir. Bir yandan da şiddete daha fazla uğrayan birimlerin çalışma şekli düşünüldüğünde(acil servisler, psikiyatri klinikleri gibi) bu fark kaçınılmazdır.

-Empati, Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına yönelik empatik eğilim ölçeği, beck anksiyete ölçeği ve beck depresyon ölçeği uygulanarak katılımcıların ruhsal durumlarının şiddetle ilişkisi değerlendirmeye alınmıştır. Anksiyete düzeyi ile fiziksel şiddete uğrama durumu arasında önemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Beck anksiyete ölçeğine göre değerlendirilen şiddete uğrayan katılımcılarda anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Empati ve depresyon açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde sonuçlar mevcuttur. Genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyeteli görünümü olan kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığı belirtilmektedir(136). Anksiyetesi yüksek kişilerin şiddete daha fazla uğraması söz konusu olabilirken, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddetin bir sonucu olarak da anksiyete gelişmiş olabilir. Nitekim şiddetin sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını etkilediği kaçınılmaz bir gerçektir.

Şiddete maruz kalan çalışanların yarısından fazlası, olay sonrasında yüksek oranlarda anksiyete ve huzursuzluk hissettiklerini belirtmişlerdir(97). Hemşirelerin %91'i daima şiddet kaygısı hissetmektedir(115). Sağlık sektöründeki şiddet olaylarının yaşanma sıklığı, daha önce şiddete maruz kalmamış çalışanların, kendisinin de şiddete maruz kalacağı endişesi duymasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının %82'si, görevini yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe duymaktadır. Meslek hayatı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kalmadığını belirten çalışanların %39'u, görev esnasında şiddetle karşılaşma konusunda endişe duymaktadırlar(88). Piyal ve ark.nın Ankara 112 acil sağlık hizmetleri personellerine yaptıkları çalışmada bu grupta yer alan personellerin de son bir yıl içerisinde şiddet

korkusu yaşadığı belirlenmiştir(114). Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddetin ardından anksiyete ve huzursuzlukta artış gibi psikolojik etkiler görülmektedir(158).

Doktor ve doktor olmayan personeller arasında şiddet korkusu, sözel/fiziksel tacize maruz kalma ve sözel baskıyla karşılaşma yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(114). Hemşireler üzerine yapılan araştırmada; iş yerinde şiddet ve tükenmişlik nedeniyle hemşireler arasında oldukça yüksek oranda hastalıkla ilgili devamsızlık olduğu, işgücü bulma, işe alma ve yeni hemşire tutmada çok ciddi sorunlar olduğu(118,183) ve şiddet olaylarından sonra hemşirelerin hastane polisi ile temasa geçtiği belirtilmektedir(146).

Sağlık sektöründe çalışanlara yönelik sözlü tehditler, fiziksel saldırılar vb. şiddet olayları çalışanlar için büyük bir risktir ve bu tarz saldırılar, çalışan ve ailesinin yaşamını etkilemektedir(184). Birtakım araştırmada sonuçlar iş yerinde şiddetin yaşam kalitesinin bozulmasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir(134). Tıp uzmanlarının yaşam kalitesini artırmak için iş yerinde şiddeti önleme ve müdahale programlarının geliştirilmesi gerekmektedir(134). Nitekim iş yerinde şiddetin çalışanların psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkisi olmuştur(146).

Kanada'da yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %73'ünün şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktukları ve %74'ünün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir(103). Bahar ve ark.na göre şiddet gören kişilerin; %26,5'i şiddet sonrasında işi bırakmayı düşünmüş, %61,2'si motivasyon bozukluğu yaşamış, %9,2'si olayı normal kabul etmiş, %3,1'i ise psikolojik olarak etkilenmiştir(127). Şiddetle ilgili yapılan çok sayıda çalışma, bu durumun aynı zamanda onların iş motivasyonunu ve sağladıkları bakım kalitesini de etkileyebildiğini ortaya koymuştur(13,103,104,144,172,180,185).

Amerika'daki acil sağlık hizmetlerine yapılan bir araştırmada iş yerinde şiddet veya travmalı hasta bakımı gibi stresli olaylar sırasında veya olayı takiben çalışanın travmatik stres belirtileri yaşamasının olağan olduğu belirtilmiştir(185). Bir diğer literatüre göre çalışmaya katılan hemşirelerin %43'ü şiddet olayları sonrası çalışma performansının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir(146). Çalışanların olay sonrası duygusal tepkilerine bakıldığında yoğunlukla, öfke (%43,3), endişe (%33,6), korku (%28,9), hayal kırıklığı (%21,5) yaşandığı görülmektedir(102).

İş yerindeki şiddet olaylarının ve psikolojik travmaların çalışanlar üzerindeki etkilerinin; korku ve buna bağlı olarak kimliğini gizleme(103,135), iş memnuniyetinde azalma(103), zihinsel sağlık sorunları ve posttravmatik stres bozukluğu(185,186), yaşam kalitesinin önemli derecede bozulması(134), işte yüksek derecede zorlanma ve psikolojik sıkıntı, düşük algılanan destek ve örgütsel adalet duygusu(146,172) olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanları, iş yerindeki şiddet olayları ve psikolojik travmaların olumsuz etkilerini azaltmak ya da ortadan kaldırmak için birtakım başa çıkma stratejileri de kullanmaktadırlar. En sık kullanılan başa çıkma stratejileri; fiziksel egzersiz, uyku, aile ve arkadaşların desteğidir(103). Öte yandan iş yerindeki şiddet olaylarının ve psikolojik travmaların etkilerinin ne kadar süreceği ve nasıl seyredeceğinin iyi bilinmediği ya da anlaşılamadığı da belirtilmektedir(185).

5.4. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet İçin Risk Faktörleri

Çalışmamızda yapılan çoklu analizde çalışma hayatı boyunca sözel şiddete uğrama açısından gece çalışmak, 3.basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmak risk faktörü olarak bulundu. Ayrıca meslek grubu olarak risk en yüksek hekimlerde, ikinci olarak hemşirelerdeydi. Son 12 ayda sözel şiddete uğrama açısından değerlendirildiğinde ise acil serviste çalışmak, 3.basamak sağlık kuruluşunda çalışmak ve gece çalışmak risk faktörü olarak belirlendi. Sonuç olarak nöbet tutmak, üniversite hastanesinde çalışmak, hekim veya hemşire olmak ve acil serviste çalışmak şiddet için risk faktörüdür denilebilir.

Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde şiddet olayına etki eden pek çok etmen üzerinde durulmaktadır. Yaş, cinsiyet, kalabalık, gürültülü ortamların ve sağlık ekibi ile yaşanan iletişim güçlüklerinin şiddet olaylarında etkili olduğu öne sürülmektedir(155,165,166,181). Jamaika sağlık sektöründe fiziksel ve psikolojik şiddet çalışmasına göre; Çok değişkenli analizlerde 55 yaş ve üstü, gece boyunca çalışan veya çoğunlukla zihinsel engelli hastalar, geriyatrik hastalar ile çalışan sağlık personeli için fiziksel şiddet riski daha düşüktür. Çoğunlukla psikiyatrik hastalarla çalışan personel, diğer sağlık personelinin daha fazla fiziksel saldırı riskiyle karşı karşıya kalmıştır(187). Bir diğer çalışmada medeni durum, çalışılan kurum, çalışma

süresi, çalışma şekli için şiddete maruz kalma bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(139). Yapılan bir başka çalışma sonucunda Karabük ilinde bulunan dört büyük sağlık tesisinde; lisans ve lisans üstü eğitim görmüş, ortalama 37,08 yaşlarında olup 12,61 yıl çalışma süresi geçirmiş, evli, kadın, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının (psikolog, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, teknisyen, odyolog, memur, idareci vb.) şiddete uğrama açısından risk grubunda olduğu söylenmiştir(124).

5.5. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Ciddi risk altında olan sağlık sektöründe(97) görülen şiddet farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarının, zor koşullarda, hasta ve hasta yakınları ile yakın temasta olması riski artırmaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarında güvenlik önlemlerinin artırılmasının toplum tarafından hoş karşılanmaması da olası riski artırmaktadır(100).

Saldırgan davranışlara ait daha önceki kayıtlar, uyuşturucu ya da alkol istismarı, akıl hastalığı, baş etme becerileri ve sosyal destek kaynaklarında yetersizlik gibi hastaya ait özellikler de şiddet olaylarının yaşanması açısından etkili olabilmektedir(188).

Sağlık hizmetleri, toplumla çok yakın iletişim içinde yürütülen özel bir çalışma alanını oluştururken, sağlık çalışanları, hastalık, yaşlanma ya da diğer nedenlerle kendi kendine bakma gücünü yitiren, genellikle sıkıntı içinde olan ve bakıma gereksinim duyan kişilere, her yaş grubu ve cinsiyetteki bireylere hizmet vermektedir(188).

Şiddet riskinin yüksek olduğu alanlardan biri olan çalışma ortamında işgörenler, çalışma arkadaşları, astları-üstleri ve hizmet verdikleri kişilerle (müşteriler, hastalar vb.) sürekli bir etkileşim içinde bulunmaktadır. Bu yoğun etkileşim ve iletişim iş yerinde şiddet gibi istenmeyen durumlara neden olabilmektedir. Araştırmacılar, şiddetin toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, iş yeri şiddetinin ve saldırganlığının günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmektedir(189–191).

Sağlık bakım kurumlarında şiddet riskini arttıran değişik faktörlerden söz edilmektedir. Bunlar; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı,

aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışılması, ilaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerle çalışma, vardiya halinde veya tek çalışma, sağlık bakım endüstrisinde maliyeti azaltma girişimleri nedeniyle hizmete sunumuna yansıyan eksiklikler, saldırgan davranışla baş etme konularında sağlık bakım personeline eğitim ve deneyim yetersizliği, çevresel ortamın kötü olması(koridor/odalar/park yerleri/servisler/diğer ilgili alanların kötü ışıklandırılmış olması), toplumun şiddet içeren davranışlarının yasalarla sınırlanmamış olması vb. şiddet riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır(17,27). Ayrıca, hasta ve yakınlarının bir an önce kendileriyle ilgilenilmesini istemesi, kendi hastalarının daha acil olduğunu düşünmeleri, muayene ya da tetkik için uzun süre bekleme, bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması, hasta ve hasta yakınlarının işlerin düzenli yürümediği veya içeri almada adil davranılmadığı hakkındaki şüphelerinin olması, ateşli silah kullanma hakkı, halkın hastanede sınırsız dolaşması, sağlık çalışanlarının güvenlik ile ilgili işlerle ilgilenmesi (güvenlik görevlilerinin yetersiz olmasından dolayı) şiddete yönelik risk etmenleri olarak ortaya çıkmaktadır(17). Sağlık politikalarından kaynaklanan sorunlar, hasta yoğunluğu, hemşire sayısının yetersizliği ve hastane ortamının güvenliğini sağlamada yaşanan güçlükler de şiddet olaylarında etkili olmaktadır. Ayrıca, hasta bilgilendirme ve yönlendirme personelinin eksikliği ve sağlık kurumlarının karışık işleyiş sürecine sahip olması ve bazı meslek ve hasta gruplarına tanınan öncelik haklarının da şiddeti tetiklediği belirtilmektedir(192).

Şiddet olaylarına neden olabilecek risklerin tanınması ve kontrolünde personel yetersizliğinin, iş motivasyonunun, ortam özelliklerinin ve öfke yönetimi konusundaki bilgi düzeyinin etkili olduğundan söz edilmektedir(155,165–167). Hastane ortamlarında alınan güvenlik önlemlerinin yetersizliği, yasal düzenlemelerdeki boşluklar ve her geçen gün görsel ve yazılı medya yardımı ile gün yüzüne çıkan şiddet olguları, sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır(42). Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda, tedaviden memnuniyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi(%37,8) en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Bir diğer şiddete başvurma nedeni ise, kurum yetersizlikleri(%31,1) olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan, hekimlerin üçte biri medyada hekim karşıtı yapılan yayınların(%31,6) kendilerini hedef gösterdiğini ve hekim-hasta arasında ilişkileri zedelediğini ve

gerilime yol açtığını düşünmektedir. Aynı çalışmada %18'lik oranda dile getirilen bir diğer neden ise, hastalardan gelen haksız ilaç, rapor gibi isteklerin yerine getirilmemesinin yanı sıra ilaç ve alkol etkisi altında kişinin görev yapan hekime karşı saldırgan bir tutum içine girmesidir. Son olarak, hekimlerin %18'i ise, ülkede uygulanan sağlık politikalarının yol açtığı sorunların kendilerine şiddet olarak yansıdığını ifade etmektedir(50).

Literatürde 112 çalışanlarına yapılan bir araştırmada ise maruz kalınan şiddetin en yüksek üç nedeni “ambulansın hasta/yakınına göre geç gelmesi”, “hasta/yakınının asabi kişilikte olması”, “medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin kışkırtıcı etkisi” olarak bulunmuştur(116). Boz ve ark.nın çalışmasında üç hastanenin acil servis çalışanlarına yöneltilen sorularda şiddete maruz kalma nedenlerine bakıldığında %31,4 ile saldırganların alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ilk sırayı almışken, ikinci sırada %24,7 ile acilde bekleme süresinin uzun olması yer almış ve çalışmada şiddete maruziyet sonrası bireylerin %36,1'inin psikolojik olarak olumsuz etkilendikleri sonucuna varılmıştır(125). Şiddet olaylarının kayıtlanması, raporlamaya yönelik tutumlar ve engeller, şiddet olaylarının özellikleri ve açıklanması, korku veya güvenlik eksikliği gibi kanıta dayalı uygulamalarda bir standart oluşturulmasında önemli eksikliklerin olduğu, raporlama yapılmamasının acil serviste şiddetin yaygınlığını ve doğru izlenmesini zorlaştırdığı belirtilmektedir(135).

Şiddetin önde gelen nedenleri olarak; hastaların karşılanmamış ihtiyaçları, aşırı kalabalık ve hastalığa gösterilen tepkiler(104), iş yeri özellikleri, hastalar ve personel arasındaki etkileşim; sağlık sistemi ve toplumun sosyal ve kültürel yapısı(13), memnuniyetsizlik(119), aşırı talep ve psikolojik bozukluklar(172) belirtilebilir. Sağlık çalışanları şiddetin kaynağı olarak; şiddeti uygulayan kişinin şiddeti kendine hak görmesi (%19), genel olarak izlenen sağlık politikaları (%14), hastalık psikolojisi (%13), ihmal edildiğini düşünme (%12), kötü iletişim, yanlış anlama (%11), tedaviden memnuniyetsizlik (%10), aşırı iş yoğunluğu (%8), uzun bekleme süreleri (%7), alkol/ilaç etkisi altında olma (%4), kötü haber alma (%2) ve diğer (%2) olarak görmektedirler(88). Ersun'un çalışmasında bireylere göre şiddetin nedenleri incelendiğinde sırasıyla; eğitim eksikliği, işsizlik, psikiyatrik dejenerasyon, şiddet uygulayıcılara verilen cezalardaki yaptırım eksikliği, ailevi sorunlar, şiddeti destekleyen geleneksel sorunlar, verilen cezaların az oluşu, ekonomik sorunlar ve

diğer nedenler olarak tespit edilmiştir(152). Güney Çin'de yapılmış bir çalışmada; tıbbi iş yerlerinde şiddetin; hastane personeli ve hastalar arasında yetersiz iletişim (%93.0), tıbbi hizmet kalitesinin yetersiz bulunması (%56.7), yetersiz tedavi (%60.0), sağlık çalışanlarının ağır iş yükü (%43,3) olduğu düşüncesi ve yüksek sağlık giderleri nedeniyle hayal kırıklığı (%40.0) ile ilgili olduğu bildirilmiştir(193).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına açık uçlu olarak “Sizce şiddetin en önemli nedeni nedir?” sorusu yöneltilmiş ve alınan cevaplar literatür doğrultusunda kategorize edilmiştir. Araştırmamızdan çıkan sonuçlar da birçok noktada literatürle benzer bulunmuştur. Katılımcıların %20,6’sı şiddetin nedeni olarak iletişim problemleri, empati eksikliği, yanlış veya eksik bilgilendirme cevabını vermiştir. Çalışmamızla benzer şekilde bir diğer literatürde çalışanların sağlık uygulamalarına ilişkin bilgi ve deneyim eksikliği ile iletişim kurma becerilerindeki yetersizliğinin, hastaların memnuniyetsizliğine yol açarak şiddete uğrama riskini arttırdığı belirtilmektedir(194). İş yeri özellikleri, hastalar ve personel arasındaki etkileşim şiddet olaylarının gelişimine katkıda bulunabilen önemli bağlamsal faktörlerdir(13) denmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %10,8’i ise şiddetin nedeni olarak sağlık politikalarındaki yanlışlıklar ve yetersizlikler, cezai yaptırımların yetersizliği cevabını vermiştir. Ülkemizde sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır(158). Bir diğer çalışmada da %66 sıklıkla şiddet uygulayanlara ceza uygulanmadığı düşünüldüğü belirlenmiştir(40).

Yaptığımız çalışmaya göre şiddetin nedeni olarak gösterilen bir diğer durumsa eğitimsizlik, toplumun bilgi düzeyindeki yetersizlikler(%25,4) olmuştur ve bu durum şiddetin en sık ikinci nedeni olarak belirlenmiştir. Birçok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmekte ve eğitimsizlik şiddet nedenleri arasında sayılmaktadır. Nitekim bir çalışmada katılımcılara göre son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artma sebepleri sırasıyla sağlık kurumlarının çok kalabalık olması(%73), hasta ve yakınlarının sabırsız olması(%65) ve şiddet uygulayanların eğitimsizlikleri(%54,3) ve

yeterli sağlık çalışanın bulunmaması(%53,7) şiddet sebebi olarak gösterilmiştir(129). Sağlık personelinin %78'i toplumda yaşanan şiddet olaylarındaki artışın en önemli ilk üç sebebinin; ekonomik sıkıntılar, sosyokültürel problemleri, bireylerin ve toplumun eğitim konusundaki eksiklikleri olduğunu belirtmişlerdir(95). Bir diğer çalışmada araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarına artan şiddet olaylarının nedeninin sorulmasında ise %31'4  eğitimsizlik olduğunu belirtmiştir(124).

Çalışmamızda bir diğer şiddet sebebi olarak %3,0'la personel sayısının azlığı, yoğunluk, işyükü cevabı verilmişken %0,9 ile de hastalara ayrılan sürenin azlığı cevabı verilmiştir. Hasta sayısının fazla personel sayısının az olması hasta ve hasta yakınlarının da bekleme süresinin artmasında ve gerilimin tırmanmasında etkindir. Nitekim İlhan ve ark.nın çalışmasında sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sebebinin en sık muayene sırasında fazla beklemek olduğu saptanmıştır(40). Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalarda tanı ve tedavi sırasında uzun süre bekletilmek de şiddetin önemli bir nedeni olarak gösterilmiştir(125,195). İsrail'de sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada da katılımcıların %46,2'sinin uzun bekleme süresi nedeniyle şiddete maruz kaldığı görülmüştür(131). Hasta sayısındaki fazlalık, bekleme sürelerinin uzun olması, tedavi neticesinden dolayı memnuniyetsizlik şiddet oluşumunda risk faktörü olarak değerlendirilmektedir(113). Erkol ve ark.nın Boz'un çalışmasında şiddetin %57,2'sinin hastaların beklemelerinden dolayı bir memnuniyet eksikliği, %25,7'sinin alkol ve uyuşturucu kullanımı, %17,1'inin maddi sorunlardan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır(112).

Güvenlik eksikliği veya korku varlığı da, şiddetin nedenleri arasında önemli bir kavram olarak ne çıkmaktadır(135). Bizim alışmamızda katılımcıların %0,4' yetersiz güvenlik önlemlerini şiddete sebep göstermiştir. Hekimler üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; her üç hekimden ikisi çalıştıkları kurumun güvenlik konusunda yeterince önlem almadığını belirtmektedir(50). Hekimlerin %85'i güvenlik konusunda kurum tarafından herhangi bir eğitim verilmediğini dile getirmektedir. Hekimlerin sadece %14,8'i kurumun güvenlik konusunda bir bilgilendirme yaptığını belirtmektedir(50). Hemşirelerin %93' kuruluşlarının güvenlikleri için bir çaba göstermediğini düşünmektedir(115). Literatürde genel olarak sağlık sektöründe iş yerlerinde şiddete karşı yeterli ve etkin tedbir alınmadığı belirtilmektedir(88,120).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına sorulan şiddetin nedeni nedir sorusuna sistemsel sorunların varlığı ve bu sorunların sağlık çalışanına mal edilmesi diyenler %1,8 idi. Sağlık çalışanlarının halkın gözünde itibarsızlaştırılması diyenler %5,8 idi ve bu durum medya ile ilişkilendirilmekteydi. Sağlık çalışanlarına yöneticiler tarafından sahip çıkılmaması %1,2 iken fiziki ve çevresel koşulların yetersizliği %0,7, kolay ulaşılabilirlik ve sevk sisteminin olmaması %0,4 ve şiddetin nedeni olamaz diyenler %1,9 bulunmuştu. Stres, kaygı, öfke, sabırsızlık, ön yargı, anlayışsızlık gibi kişilik faktörleri şiddetin en önemli nedenidir diyenler %27,2 gibi yüksek bir yüzdeye sahipti ve en sık şiddet nedeni olarak gösterilmişti. Literatüre göre ise katılımcıların %68,6'sı yaşanan şiddet olaylarının sağlık sistemi ve uygulamalarıyla ilişkisi olduğunu düşünmektedir(116). Bir diğer çalışmada katılımcıların %93,8'i ise sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşünmektedir(116). Avcı ve ark.nın çalışmasında gösterilen şiddet ile ilgili neden incelendiğinde %35 oranında hasta ve yakınlarının kanun dışı isteklerde bulunması ve bu isteklerin yerine getirilmemesi sonucunda şiddet gösterdikleri ortaya çıkmıştır(121). Şüphelilerle ilgili faktörler incelendiğinde; uzun bekleme süreleri ve öfke gibi faktörler öne çıkmaktadır(135). Kadınlar her ne sebeple olursa olsun uygun görülmeyen davranışlar karşısında şiddet göstermeyi doğru bulmamıştır(152).

Bıkkıcı'ya göre şiddete neden olan etmenler sorgulandığında %43,6'sı sağlık ile ilgili yöntemlerden, %25,6'sı sağlık hizmeti verilen bireylerden, %2,6'sı sağlık hizmeti veren personellerin davranışlarından, %28,2'si tüm bu etmenlerin hepsinden doğan bir şiddetin söz konusu olduğunu bildirmiştir(118). İlhan ve arkadaşlarının araştırmasında da katılımcıların %22,9'u sağlık çalışanına şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu, %20,2'si sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü belirtmiştir(40).

5.6. Alınabilecek Önlemler

Son yıllarda sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artması nedeniyle ülkemizde bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır(196). Hastanelerde şiddeti önlemeye yönelik oryantasyon ve hizmet içi eğitimler verilmekte, bu eğitimlerde sağlık hukuku, risk

değerlendirmesi ve risk yönetimi, iletişim teknikleri, öfke kontrolü konularına ve sağlık çalışanlarının şiddet yönetimindeki rolüne dikkat çekilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipler Birliği gibi bazı sivil toplum örgütleri ve sendikalar tarafından “Emeğe saygı, sağlıkta şiddete sıfır tolerans” yaklaşımının savunulduğu her ortamda vurgulanmaktadır(192).

Sağlık personeline şiddeti önlemeye yönelik yapılan çalışmalardan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı düzenleme Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası kapsamındaki bazı düzenlemeler çalışanı ve çalışan sağlığını koruyucu önlemleri içermektedir(197). İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ayrıca, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihli ve 6665 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” konulu genelge yayınlanmıştır. Bu genelgenin amacı, “sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması” şeklinde belirlenmiş ve genelge kapsamında sağlık çalışanına şiddeti önlemek amacıyla birtakım önlemler alınması istenmiştir. Ayrıca, 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde şiddete maruz kalan sağlık personellerine hukuki yardım yapılması kararlaştırılmıştır(198).

Beyaz kod uygulaması, hastane hizmet kalite standartlarında belirlenmiş olası bir kavga, taciz ve sağlık personeline yönelik bir tehdit olduğu zaman, olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin gelip, olayı çözümülemesi ve kayıt altına alması şeklinde kullanılmaktadır(198). Yapılan çalışmalardan bir diğeri, 19 Mart 2011 tarih ve 27879 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “İş yerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)” konusundaki Başbakanlık Genelgesi kapsamında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Alo 170 hattının uygulamaya konmasıdır(197).

Türk Ceza Kanunu’na (2004 tarih, 5237 sayılı) göre kasten öldürme, kasten yaralama, cinsel taciz, cinsel saldırı, şantaj, cebir, ayrımcılık, hakaret, kötü muamele, iftira ve kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma gibi şiddet içeren durumlar kanunla belirtilen durumlarda uygulandığında suç teşkil etmektedir. Bu kanunun 105. maddesinde ise, cinsel tacize ilişkin hükümler yer almaktadır. “Eğer bir kimse bir

başkasını cinsel amaçlı olarak taciz eder ve mağdur tarafından şikayet edilirse, hakkında üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına mahkum edilir,” denilmektedir. Bu ve benzeri durumlar, eğitim, hiyerarşi, hizmet veya aynı iş yerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıda adı geçen fıkra göre cezası yarı oranında arttırılarak uygulanmaktadır. Bu nedenlerle eğer kişinin işini terk etmek mecburiyetinde kalması söz konusu olursa, cezası bir yıldan az olamaz hükmü getirilmiştir(199).

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), 14 Ocak 2013 tarihinde, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla bir “Meclis Araştırması Komisyonu” kurarak şiddeti önlemeye yönelik 66 maddelik bir raporun yayınlanmasını sağlamıştır. Rapor, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olarak alınacak önlemleri içermektedir(80).

Hasta odaklı bireysel önleyici yöntemler ise hastayı yakından gözlemlemek, ayrıntılı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan iletişim beceriler gibi güncel yaklaşımların yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yöntemler şeklinde sıralanmaktadır. Bazı görüşler geleneksel yöntemlerin zorlayıcı olup, hastayı ve ortamda bulunan kişileri travmatize ettiğini ileri sürmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının stresini arttırdığı ve hasta ilişkisini azalttığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının kişiler arası ilişkilerde sözel ve sözel olmayan beceri eğitimi almaları ise yaşanabilecek olumsuz duygusal etkiyi azaltmaktadır(136). Şiddet öncesi, başlangıç dönemindeki belirtilerin iyi gözlemlenmesi de en etkili önlemler arasında sayılmaktadır(200). Saldırgan bir kişinin sakinleştirilmesinde ise önerilen üç seçenek bulunmaktadır(190,201,202). Bunlardan ilki, konuşarak sakinleştirmek olup, konuşurken özellikle şiddet öncesi başlangıç döneminde hasta ya da yakınlarının endişelerinin giderilmeye çalışılması, fazla umut verici konuşulmaması önerilmektedir. Bu aşamada konuşma sakin ve ses tonuna dikkat edilerek yapılmalıdır. İkinci seçenek güç kullanarak etkisiz hale getirmek olup, ortamda birey ile yalnız bulunuluyorsa güç kullanmaktan kaçınılması gerekmektedir. Bunun uygulanabilmesi için hastanede yeterince güvenlik elemanının olması gerekmektedir. Son seçenek ise antipsikotik, sedatif ve hipnotik ilaçlar gibi

farmakolojik ajanlardan destek alınarak şiddete yönelen kişiye müdahale edilmesidir(201,203).

Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayları son yıllarda artış göstermektedir. Sağlık çalışanlarının birçok nedenle şiddete maruz kalmasıyla birlikte şiddetten etkilenme durumları ve boyutları da farklılaşmaktadır(204) . Sağlık ortamında hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Sağlık kurumunda çalışmak diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir. Bu konuda yürütülmüş çalışmaların bulguları da sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu gerçeğini doğrulamıştır(158) .

Tüm sağlık çalışanları güvenli bir ortamda çalışma hakkına sahiptirler. Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin korunması, hastaların sağlık ve güvenliklerinin korunması kadar öncelikli ve önemlidir. Ülkemiz için de önemli bir sorun olan iş yerinde şiddetin oluşumunda toplumsal, kültürel, çevresel, kurumsal, organizasyonel, bireysel birçok risk faktörü rol oynar. Bütün bu faktörler gözönüne alınarak sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ciddiye ele alınmalı ve iş yerinde şiddet olaylarını önlemeye yönelik stratejiler, politikalar geliştirilmelidir(100).

Şiddete karşı alınacak önlemlere ilişkin birincil korunmada, öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortamın oluşturulması, iş yerinde meydana gelen şiddet olaylarının, şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması, bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gerekmektedir(205). Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulmasına yönelik eylemler, yazılı/görsel basınla bireysel ve toplumsal şiddete duyarlılığın arttırılmasının sağlanması birincil korumada alınacak önlemler olarak belirtilmektedir(206).

Sağlık kurumlarının şiddete yaklaşım konusunda daha donanımlı hale gelmesinin sağlanması, çalışanların sahip oldukları haklar, mevcut kanunlar, şiddet kapsamına giren davranışlar, şiddete maruz kaldıklarında neler yapabilecekleri konusunda gerekli bilgilendirmenin yapılması, şiddet mağduru olan çalışanların erken dönemde saptanmasının sağlanarak komplikasyonların gelişmesinin ve şiddet olaylarının yinelenmesinin önlenmesi, şiddet olaylarının tümünün bildirilmesinin sağlanması, şiddet olaylarının meydana geliş nedeninin araştırılarak girişimde

bulunulması, şiddete maruz kalan çalışanlara örgütsel ve sosyal desteğin sağlanması, şiddet olaylarının erken tanınmasına yönelik rehberlerin hazırlanması gibi konular kurumsal olarak alınabilecek önlemler arasında sayılmaktadır(205,206). Sağlık kurumlarına ilişkin geniş çaplı önlemler ise uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat kurum içi güvenliğin sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal dedektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları şeklinde sıralanmaktadır(207).

Sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla güvenlik, eleman yeterliliği, fiziki yapı ve donanım, iletişim, eğitim gibi konularda iyileştirmeler yapılması gerekirken, şiddete ilişkin yasal düzenlemelerinde yapılması gerekmektedir. Şiddetin cezai yaptırımlarıyla ilgili yasal düzenlemelerin uygulanması, şiddet mağduru sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, sağlık çalışanlarının özverili çalışma koşullarına kamu spotlarında yer verilmesi, sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarının medya ve diğer iletişim araçları kullanılarak sağlık çalışanları ve hizmet alanları içeren çift yönlü bir bakış açısıyla verilmesi gibi şiddetin önlenmesine yönelik olarak sağlık sisteminde alınması gereken önerileri oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının şiddeti önleme ve bu yönde duygu ve davranışlarını yönetme konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi, sağlık kurumlarında fiziki yapı ve donanımla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması, hastane süreçleri, hastane kuralları gibi konularda sağlık hizmeti alanların bilgilendirilmesi sağlık kurumlarına yönelik alınacak önlemler arasında sıralanırken, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayını raporlamalarının sağlanması, sağlık ekibi üyelerinin aralarında yaşadıkları rol belirsizliğinin giderilerek her ekip üyesinin kendi iş tanımları dışındaki işlerden sorumlu tutulmaması ve sağlık çalışanlarının eğitiminde şiddet ve önleme konularına yönelik derslere yer verilmesi de sağlık çalışanlarına ilişkin olarak alınacak önlemler şeklinde önerilebilir(204).

Sağlık çalışanlarına yönelttiğimiz “İş yerinizde sağlık çalışanlarına şiddeti önlemeye yönelik nasıl tedbirler alınmalı?” sorusuna 672 katılımcıdan gelen cevaplar açık uçlu olarak alınmış ve literatür doğrultusunda gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre alınabilecek önlemler arasında ilk sırayı %27,6 ile güvenlik önlemlerinin artırılması(güvenlik personeli sayısını arttırmak, sağlık kurumlarının girişlerine xray cihazları yerleştirmek, güvenlik kamera

sayısını artırmak gibi) cevabı almıştır. Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde güvenlik önlemlerine dikkat çeken çalışmalar mevcuttur. Acil poliklinikler, ilaç kullanımına bağlı yan etkilerin yüksek olduğu birimler, kötü haber alma olasılığı fazla olan birimler gibi şiddet olasılığının yüksek olduğu birimlerde ekstra güvenlik önlemleri alınması önerilmektedir(88). Gerektiğinde müdahale etmek için yirmi dört saat güvenlik bulunması başlıca öneriler arasında yer almaktadır(44,103,134). Alınan güvenlik önlemleri arasından en sık görüleni %57,1 ile güvenlik elemanı, alarm ve telsiz telefon iken ikinci sırada aydınlatma, gürültü kontrolü, sıcaklık ve temizlik gibi çevresel önlemler almıştır(139). Bir diğer çalışmaya göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %41,7'si tetkik sonuçlarının hızlı alınması hastaları rahatlattığını, %43,6'sı da hasta yakınlarının hastalarını bekleme sırasında bekleme salonların konforlu olduğunu belirtmiştir(124). Bizim çalışmamızda da fiziksel ve çevresel koşulların iyileştirilmesi(uygun bekleme salonları gibi) cevabı bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir(%1,9). Ayrıca sistemsel sorunların giderilmesi(sevk ve randevu sistemleri vb) de(%5,8) bir diğer önlem olarak değerlendirilmiştir. Personel sayısının artırılması, hastaya ayrılan sürenin artırılması da diğer önlemler arasında sayılabilir.

Bıçkıcı'nın çalışmasında sağlık personellerine ortam güvenliği için yapılması ihtiyaç olan düzenlemeler sorulduğunda %31,4'ü sağlık personellerine ait hakların fazla olması gerektiğini, %18,6'sı da şiddet gösterenlere yönelik caydırıcı uygulamaların artırılması gerektiğini, %11,5'i güvenlik önlemlerinin artırılması gerektiğini, %38,5'i ise tüm bu uygulamaların hepsinin birden yapılması gerektiğini belirtmiştir(118). Şiddet uygulayanın sağlık hizmetlerinden men edilmesi(acil durumlar hariç), sağlık sigortalarının iptali(%2,1) de çalışmamızın bir diğer dikkat çekici cevabıdır.

Yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz bir diğer çarpıcı sonuç, halka ve sağlık çalışanlarına eğitimler verilmesinin şiddeti önlemede etkili olabileceğinin düşünülmesidir(%15,0). Öyle ki sağlık çalışanlarının şiddet davranışı ile baş etme konusunda yeterli eğitim görmedikleri saptanmıştır. Tıp eğitiminde hasta-hekim ilişkisi konusunda verilen eğitim içerisindeki eksiklikler giderilmesi sorunun çözümü yolunda önemli bir adım olacaktır(158). Tıp uzmanları, mesleki beceri ve iletişim yeteneklerinin geliştirmeleri için teşvik edilmelidir(44,134,208). Türk Tabipleri

Birliği, Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın "Sağlık Sektöründe Şiddet" raporunda eğitim ile çalışma koşullarının iyileştirilmesinin sağlıkta şiddeti önemli ölçüde azaltılabileceği belirtilmiştir(209). Bizim çalışmamızda da kişilere empati kurma, doğru iletişim teknikleri vb öğretilmesi(%6,6) şiddete karşı alınacak önlemler arasındadır.

Caydırıcı cezaların verilmesi ve uygulanması(sağlıkta şiddet yasası çıkarılması, verilen cezaların artırılması gibi) çalışmamızdaki şiddeti önlemeye yönelik alınması gereken tedbirlerde en sık ikinci(%20,4) cevap olmuştur. Güvenli ortamın sağlanmasıda çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerektiği kaçınılmazdır(158). Katılımcılara yöneltilen sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nasıl engellenebileceği sorusuna ilk üç sırada alınan yanıtlar verilen cezalar caydırıcı olmalı(%56,3), sağlık kurumlarında güvenlik önlemleri artırılmalı(%53,7) ve halka yönelik eğitimler verilmeli(%52,7) şeklindedir(129). İlhan ve ark.'nın çalışmasında(40) ve Çıkrıklar ve ark. nın çalışmasında(210) ilk sıralarda yasal düzenlemelerin yapılması ve halkın eğitilmesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için yapılması gereken uygulamalar olarak değerlendirilmiştir. Yönetim ekiplerinin oluşturulması ve uygun yasaların oluşturulması çalışanların ve genel olarak iş yerinin güvenliğini artırabileceği belirtilmiştir(119). Etkin yasal düzenlemelerin yapılması ve uygulanması birçok literatürde yer alan şiddete karşı alınabilecek önlemlerdendir(44,119,211).

Çalışan nüfusun ruhsal bozukluklarını önlemenin, işle ilgili şiddet düzeylerini azaltmaya yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir(212). Nitekim sağlık çalışanına yönelik şiddeti engellemek için kurum çapında alınacak önlemler yeterli kalmayabilir. Bahar ve ark.'nın çalışmasına göre şiddet gören kişilerin %54,7'si şiddete yönelik gerekli tedbirleri yeterli bulurken, %45,3'ü yeterli bulmamıştır(127).

Çalışmamızda sağlık politikalarının iyileştirilmesi(performans sistemi vb) uygulamaların etkinliğinin gözden geçirilmesi(%5,2) şiddete karşı alınacak önlemler arasında yer almaktadır. Literatürde şiddetin çoğu iş yerlerinde olabileceğini ve bunların etkilerinin tüm işverenleri ilgilendirdiğini, özellikle büyük bir travmatik olay veya acil servis hizmetlerindeki gibi şiddete topluca maruz kalma durumlarında işverenlerin, travmatik olayların personele etkisini değerlendirmesi ve olası riskleri

yönetmek için etkin bir strateji geliştirmesi gerektiğini belirtmişlerdir(186). İş yerlerinde belli bir şiddet politikasının bulunması önemli bir şiddeti önleme stratejisi olabilir(44,211). İş yerinde şiddetin önlenmesi için temel iş programlarına standart iş güvenliği programı da eklenmesi(44,130) gerekmektedir.

İş yerinde fiziksel şiddet gerçekleşmeden önce önlemeye yönelik olarak internet ortamında web tabanlı “İşyeri Şiddet Rapor Sistemi” (WHOQOL-HRQoL)(130), tesis tabanlı “Yıkıcı Davranış Komitesi”(44) yazılımları gibi birtakım programlar denenmiş olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Kaliforniya'da 40 evde sağlık ve darülaceze kurumunda örnek işyeri şiddet önleme programlarını incelemişlerdir(213). McPhaul ve Lipscomb çalışmalarında; hemşirelik bakım planlaması için oluşturulan hemşirelik sürecinde işyerinde şiddetin önlenmesi için standart iş güvenliği programlarının oluşturulması gibi işyerinde şiddeti önlemeye yönelik olarak temel iş programlarına standart iş güvenliği programının da eklenmesi gerektiğini belirtmiştir(44). İş yerinde şiddetin öncüllerini değerlendirip gerekli önleyici tedbirleri anlamaya yönelik yazılım programları uygulanması ile saldırı oranlarında düşüş kaydedilebileceği belirtilmektedir(44).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası 2013 yılında yaptığı "Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması" raporunda sağlık sektöründe şiddetin önlenmesine yönelik çeşitli tedbirlerin alınmasını önermiştir. Güvenlikle ilgili olarak şiddet anında güvenliğe haber verebilmek için “Acil Çağrı Butonları” olması, korumalı banko sistemlerinin oluşturulması, sağlık çalışanlarına korunma teknikleri öğretilmesi, biber gazı gibi materyallerin temin edilmesi, güvenlik görevlilerinin olaydan sonra değil, olay esnasında müdahale edebilmesi için gezici güvenlik görevlerinin bulunması, eğitim ve sosyal hizmetler ile ilgili olarak çalışanlara ve hastalara, davranış eğitimleri verilmesi, çalışanlara, şiddet esnasında yapmaları gereken davranışlarıyla ilgili eğitim verilmesi, çalışanların çalışma şevkini artırıcı eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi şeklinde önerilerde bulunmuştur(88).

Çalışma şartlarıyla ilgili olarak görev sınırlılıklarının ve tanımlarının belirlenmesi, çalışanlar ve hastalar tarafından bu sınırlılıkların bilinmesinin sağlanması, hasta reddetme hakkının verilmesi, iş yoğunluğunun azaltılması, personel sayısının artırılması, nöbet aralıklarının düzenlenmesi, aşırı nöbetten kaçınılması,

nöbetlerin tek tutulmaması gibi ve yasal düzenlemeler ile ilgili olarak şiddet uygulayana caydırıcı cezalar verilmesi, sağlık personelinin yasal haklarının artırılması, koruyucu yasa çıkarılması, şiddet geçmişi olan kişilerin sistemde kayıtlarının olması gibi düzenlemelerin faydalı olacağı belirtilmiştir(88,214).

Çalışanların saygınlıklarını artırıcı çeşitli program, seminer, kamu spotları gibi bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması, sağlık çalışanlarının hakları ve saygınlıklarının artırılması için iletişim araçlarının kullanılması, basının şiddet konusunda daha hassas olması, kamu spotlarının oluşturulması gibi kitle iletişim araçlarının kullanılması önerilmiştir(88,209,214). Çalışmamıza göre de sağlık çalışanlarının öneminin vurgulanması, itibarının yeniden kazandırılması önemli bir şiddeti engelleme yolu olabilir. Kamu spotları, broşürler vb medya ve iletişim kanalları yoluyla halkın etkin bilinçlendirilmesi(%4,3) de önem arz etmektedir.

Öte yandan hasta hakları uygulamalarının, sağlık çalışanlarının haklarının da merkeze alınarak düzenlenmesi, çalışan haklarının geliştirilmesi, acil serviste muayene ücreti alınması, bekleme sürelerinin kısaltılması, doktorların hastayı tam ve eksiksiz olarak bilgilendirmesi veya hasta bilgilendirme birimlerinin oluşturulması, gereksiz tetkik ve tedavilerden kaçınılmasının sağlanması, giriş-çıkış ve ziyaret saatlerinin düzenlenmesi, hastane denetimlerinin yapılması, performans sisteminin yeniden düzenlenmesi gibi sağlık uygulamaları ile ilgili düzenlemeler de önerilmiştir(88).

Gerçekleşen şiddet olaylarının nerede, hangi sıklıkla ve hangi durumlarda gerçekleştiğini gösteren risk haritalarının oluşturulması ile risk bölgelerinin belirlenebileceği ve bu alanlarda önleyici tedbirlerin alınabileceğini belirtmiştir(144). Şiddet önleme stratejileri üzerine yönetim ekipleri ya da bir birim oluşturulması şiddeti önlemede katkı sağlayabileceği belirtilmiştir(103,119,134). Daha destekleyici ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak için hastane hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması gerekmektedir(172,193). İş kontrolü oluşturulması(172) ve örgütsel adaletin sağlanması(172) diğer önlemler arasında sayılabilmektedir. Ayrıca çalışmamızda katılımcıların %4,5'i şiddeti önlemeye yönelik tedbir alınamaz cevabını vermiştir. Bu durum sağlık çalışanlarının zorlu iş koşullarında şiddetin önlenmesine yönelik ne denli umutsuz olduklarının bir göstergesi sayılabilir.

5.8. Sınırlılıklar

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti sorgularken kullandığımız Empatik Eğilim Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen sonuçların şiddetle iki yönlü olan neden-sonuç ilişkisi bulunması çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

Çalışmamızın örneklemini Hatay'daki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli oluşturmaktaydı. Bu sebeple çalışmamızın sonuçları sadece Hatay'a genellenebilir ve diğer illerdeki durumu yansıtmamaktadır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

- ✓ Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözel şiddet yaygındır.
- ✓ Sağlık çalışanlarının yarısı sözel veya fiziksel şiddete uğramaktadır.
- ✓ Her beş çalışandan biri hem sözel hem fiziksel şiddete maruz kalmıştır.
- ✓ Sözel şiddet fiziksel şiddetten daha yaygındır.
- ✓ Gerekli girişimler yapılmaz ise şiddetin giderek artması sonucu çalışanların motivasyon kaybı yaşaması kaçınılmazdır.
- ✓ Şiddet olayının özelliklerine bakıldığında fiziksel şiddet en çok pazartesi günü, poliklinik hizmeti sırasında, araç kullanılmadan, yalnız değilken ve hasta yakını tarafından gerçekleştirilmektedir.
- ✓ Fiziksel şiddet karşısında sağlık çalışanları en çok beyaz kod vermeyi tercih etmiştir.
- ✓ Sözel şiddet ise; en çok poliklinik hizmeti sırasında ve hasta yakını tarafından gerçekleştirilmektedir.
- ✓ Sözel şiddet karşısında çalışanlar genellikle saldırgana durmasını söylemiş veya hiçbir şey yapmamıştır.
- ✓ Her iki şiddet mağdurları da çoğunlukla şiddet olayının önlenebileceğini düşünmektedirler.
- ✓ Şiddet olayının özellikleri iyi irdelenirse önlem almak ve sistemsel sorunları çözmek daha kolay olabilir.
- ✓ Fiziksel şiddet; erkeklerde, hekimlerde, işinden memnun olmayanlarda, ileri yaştakilerde, aylık geliri yüksek olanlarda, iş deneyimi fazla olanlarda ve anksiyetesi yüksek olanlarda daha sıktır. Çoklu analizlerde bu faktörler kaybedilmiş olup fiziksel şiddetin çalışanların kişilik özellikleri veya ruhsal

durumlarıyla ilgisi olmayıp daha çok çevresel etmenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

- ✓ Sözel şiddet ise; kadınlarda, acil serviste ve üçüncü basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda, işinden memnun olmayanlarda, hekim ve hemşirelerde, nöbet tutanlarda, aylık geliri yüksek olanlarda ve anksiyetesi yüksek olanlarda daha sıktır. Çoklu analizlere göre; acil serviste çalışmak, hekim olmak, hemşire olmak ve üçüncü basamakta çalışmak sözel şiddet için risk faktörüdür.
- ✓ Yapılacak yasal düzenlemelerde ve geliştirilecek stratejilerde bu risk faktörlerinin öncelikli ele alınması etkinlik açısından daha yararlı olabilir.
- ✓ Çalışmamızda kullanılan bazı ölçekler sayesinde mağdurların ruhsal durumları ile şiddet ilişkisi değerlendirildi. Buna göre empati kurma becerisi ve depresyon düzeyinin şiddetle ilişkisi tespit edilemedi.
- ✓ Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin, mağdurların bu tarz kişilik özelliklerinden ziyade toplumsal ve çevresel etmenlerle ilgili olabileceği düşünüldü.
- ✓ Öfke, kaygı, sabırsızlık, memnuniyetsizlik gibi kişilik faktörleri ve eğitimsizlik şiddetin en önemli nedenleri olurken, güvenlik önlemlerinin artırılması ve caydırıcı cezaların verilmesi şiddeti engellemek için önde gelen önlemlerdir.

Öneriler:

- ✓ Çok yönlü bakış açıları kullanmak
- ✓ Toplumun ruh sağlığında iyileşme sağlamak
- ✓ Eğitim düzeyini yükseltmek ve toplumu doğru bilgilendirmek
- ✓ Çalışma şartlarında iyileşme sağlamak
- ✓ Çevresel faktörleri en aza indirmek
- ✓ Gerekli yasal düzenlemelerle hastalar kadar sağlık çalışanlarına da önem veren politikalar geliştirmek

- ✓ Sağlık çalışanlarının itibarını yeniden kazandırmak
- ✓ Medya ve elektronik ortamlarda halkı kışkırtıcı ve nefrete yönlendiren haberleri en aza indirmek
- ✓ Sağlık çalışanlarına da hastalara da etkili iletişim ve empati kurma konusunda programlar düzenlemek
- ✓ Güvenlik tedbirlerini artırmak
- ✓ Sağlık sistemini gözden geçirmek ve varsa gerekli değişiklikleri yapmak etkili olabilir.

Ancak bu şekilde hasta-çalışan ilişkisinin güçlendiği barış içinde bir yaşam sürülebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Organization WH. World Report on Violence and Health. 2002.
2. ILO, I. and P. WHO, Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Office, Geneva, 2002.
3. ILO I, WHO P. Joint programme on workplace violence in the health sector, workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire. Geneva. Septeber 2008. 2003.
4. Departmant of Health and human services- Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health 2002-101.
5. TDK Türkçe sözlük 2, (k-z) 1932. Şiddet;1395.
6. Oxford resimli ansiklopedik sözlük. Violence;2:1838.
7. Özerkmen N, Gölbaşı H. Toplumsal bir olgu olarak şiddet. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi (SBArD). 2012;23.
8. Kocacık F. Şiddet olgusu üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2001;2(1):1-7.
9. Kızılay ŞE, Uğur P, Yörük A, Yorgancılar S. Sosyoloji notları. 3 Aylık Yaygın Sosyoloji Dergisi 2009;2:23-29.
10. Hukuk sözlüğü. Genişletilmiş 8. Baskı. Ankara 2004;1552.
11. Resmi Gazete. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Hakkında Kanun
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm>.
12. Coşkun S, Öztürk AT. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(3):16-23.
13. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. Aggression and Violent Behavior. 01 Kasım 2008;13(6):431-41.

14. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. J Adv Nurs. Şubat 2000;31(2):452-60.
15. Köknel Ö. Bireysel ve Toplumsal Şiddet. 2006. (İstanbul: Altın Yayınları; c. 5. Baskı).
16. Wiskow C. Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. :40.
17. Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi - PDF [Internet]. [a.yer 23 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/12396645-Saglik-hizmetlerinde-is-kazalari-ve-siddetin-degerlendirilmesi.html>
18. Toprak C. Şiddetin Muğlak İmgesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü Resim Anasanat Dalı; 2009.
19. Ferns T. Considering theories of aggression in an emergency department context. Accident and Emergency Nursing. 2007;15(4):193-200.
20. Karaağaç H. Sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde şiddet: nedenler, politikalar, öneriler. TSHD. 2014;6(3):18-22.
21. WHO, World Health Organization, International Labour Office, International Council of Nurses, Public Services International, Geneva, 1-20, 2003.
22. O’Leary, K. Daniel, Şiddet ve Mağdurlar, Cilt 14, Sayı 1, 1999, s. 3-23 (21). Springer Publishing Company.
23. Lau, B. C. “Violence in the Emergency Department: An Ethnographic Study”, The University of Adelaide Australia, Doktora Tezi, s.7-35, 2009.
24. Deeb, M., “Relationship Between Work Stress and Workplace violence in The Health Sector”, Workplace Violence in the Health Sector Lebanon Country Case Study. Geneva: ILO, WHO, ICN, PSI, s.12-29, 2003.
25. Özer, K. Sürekli Öfke (SL – Öfke) ve Öfke İfade Tarzı (Öfke - Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31), ss.26-35 1994.
26. Gözütok, D. Okulda Dayak, Dizgi Yayınları, ss.102, Ankara, 1993.
27. Altıntaş N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi; 2006.
28. Slee PT, Rigby K. Australian school children’s self appraisal of interpersonal relations: The bullying experience. Child psychiatry and human development. 1993;23(4):273-82.
29. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. International Labour Organization; 2006.

30. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22(1):15-34.
31. Şengün M. Ahlaki gelişimin psiko-sosyal dinamikleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2007;23(23):201-21.
32. Gürkan ÖC, Co F. Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri. :6.
33. Barlett CP, Chamberlin K. Examining cyberbullying across the lifespan. Computers in Human Behavior. 2017;71:444-9.
34. Söylemez M, Balaman F. Bilişimin Etik Olarak Kullanımının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;14(54).
35. Hinduja S. Patchin JW Bullying Beyond The Schoolyard: Preventing and Responding to Cyberbullying. Thousand Oaks CA: Sage p:5, 2009.
36. Oktal Ö. Yönetici eğitiminde bilgi teknolojisi kullanımı ve internet tabanlı eğitim programına yönelik bir model önerisi. 1999;
37. Erdur-Baker Ö, Kavşut F. Akran Zorbalığının Yeni Yüzü: Siber Zorbalık. Eurasian Journal of Educational Research (EJER). 2007;(27).
38. Willard O. An educator's guide to cyber bullying and cyber threats. Center for Safe and Responsible Internet Use, 2006.
39. Saines JC. Violence and aggression in A&E: Recommendations for action. Accident and Emergency Nursing. 01 Ocak 1999;7(1):8-12.
40. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, vd. Toplum Gözyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. gmj [Internet]. 2013;24(1). Erişim adresi: <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/382/396>
41. Eker HH, Topcu İ, ŞahiNöz S, Özder A, Aydın H. Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. :6.
42. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Sağlık çalışanlarına yönelik mobbing. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG) [Internet]. 06 Mart 2015 [a.yer 25 Şubat 2020];11(42). Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/view/88>
43. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? J Adv Nurs. Ağustos 2002;39(3):230-40.
44. McPhaul KM, London M, Lipscomb JA. A framework for translating workplace violence intervention research into evidence-based programs. Online J Issues Nurs. 31 Ocak 2013;18(1):4.

45. Elliott PP. Violence in Health Care: Nursing Management (Springhouse). Aralık 1997;28(12):38.
46. ILO. Work place violence [Internet]. 2002 [a.yer 25 Şubat 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_111456.pdf
47. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. 2001;
48. Schat ACH, Kelloway EK. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. Journal of Occupational Health Psychology. 2003;8(2):110-22.
49. NIOSH-WPVHC-İşyerinde Şiddet Türleri [Internet]. [a.yer 09 Mart 2020]. Erişim adresi: https://wwwn.cdc.gov/wpvhc/Course.aspx/Slide/Unit1_5
50. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını; 2008 s. 55.
51. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. J Interpers Violence. Şubat 2006;21(2):276-96.
52. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. J Clin Nurs. Ocak 2004;13(1):3-10.
53. Al B, Sarcan E, Zengi S, Yildirim C, Dogan M, Kabul S. The Public's View of Increasing Violence toward Healthcare Staff. JAEM. 23 Şubat 2015;14(1):19-25.
54. Kaplan B, Piskin RER, Ayar B. Violence Against Health Care Workers. MJIWAS. Ocak 2013;21(1):4-10.
55. Safety, O. and H. Administration, Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Services Workers. OSHA 3148-04R 2015. OSHA website. 2016.
56. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;(15):609-29.
57. Gezergün A, Şahin B, Tengilimoğlu D, Demir C, Bayer E. Hastaların bakış açısıyla hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi; Bir eğitim hastanesi örneği. 2006.
58. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. The Journal of Academic Emergency medicine. 2012;11:115-24.

59. Gümüş A. Şiddetin Nedenleri. İçinde Ankara: Eğitim-Sen Yayınları; 2006 [a.yer 09 Mart 2020]. s. 43-5. Erişim adresi: <http://egitimsen.org.tr/wp-content/uploads/2016/11/%C5%9Eiddetin-Nedenleri.pdf>
60. Fromm E. İçinde: Sevgi ve Şiddetin Kaynağı. 6. bs Payel Yayınevi; 1994. s. 42.
61. Gelirli AR. İçinde: Şiddetin Anatomisi. İstanbul: Anfora Yayınları; 2008. s. 15.
62. Ulusoy O. Ergenlerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı ve Saldırganlık İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Adana]: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2008.
63. Gök M. Aile İçi Şiddet ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Adana]: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2009.
64. Hasta D, Güler ME. Saldırganlık: Kişilerarası İlişki Tarzları ve Empati Açısından Bir İnceleme (Aggression: An Investigation in Terms of Interpersonal Styles and Empathy) [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2013 Oca [a.yer 09 Mart 2020]. Report No.: ID 3304465. Erişim adresi: <https://papers.ssrn.com/abstract=3304465>
65. Bayrakci M. Social learning theory and its educational applications. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 09 Mayıs 2013;(14):198-210.
66. Nurşen A. Bir sosyalizasyon aracı olarak televizyon ve şiddet. bilig, Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi. 2004;(30):27-38.
67. Velioğlu M n. Öğrenme ve Güdülenme. İçinde: Tüketici Davranışları [Internet]. 1. bs Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2604, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1572; 2012. s. 28. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/2770655-Tuketici-davranislari.html>
68. Michaud Y. Şiddet. İçinde İstanbul: İletişim Yayınları Cep Üniversitesi; 1991. s. 69-70.
69. Sağlam İ. Bazı Öğrenme Kuramları ve Din Öğretimi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2009;18(2):251-66.
70. Dursun S. Mesleğe ilişkin şiddet üzerine bir araştırma. 2013;
71. Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 01 Mayıs 2014;13(1):1-12.
72. Atan SÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(1):71-80.
73. Eker HH, Topcu İ, Şahinöz S, Özder A, Aydın H. Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. Bidder Tıp Bilimleri Dergisi. 2011;3(3):16-22.

74. TBMM Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyon raporu 2013;454:103-205.
75. Güler Ç. Halk sağlığı temel bilgiler. Hacettepe Üniversitesi; 2012.
76. Çamci O, Kutlu Y. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2011;2(1):9-16.
77. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. BMC health services research. 2012;12(1):469.
78. Yıldırım HH, sağlık işyeri ortamında şiddet: halkın şiddet algısı ve değerlendirmeleri bulgular raporu. Ankara 2011.
79. Türk Ceza Kanunu, Tertip: 5, Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004, Sayısı: 25611. www.mevzuat.gov.tr (erişim tarihi 13.06.2014).
80. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu [Internet]. Ankara: TBMM; 2013 [a.yer 03 Mart 2020] s. 454. Erişim adresi: <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/bitstream/handle/11543/110/ss454.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
81. Birliği TT. “Sağlıkta Şiddet Yasası” Türk Tabipleri Birliği’nin Kazanımıdır! [Internet]. Türk Tabipleri Birliği. [a.yer 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=89769254-7f21-11ea-bc5a-1802c1c4918a
82. T.C. Resmi Gazete. Türk Ceza Kanunu [Internet]. Nis 15, 2020. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417.pdf>
83. Bakanligi TCS. Neden Sabim? [Internet]. T.C. Saglik Bakanligi. [a.yer 09 Mart 2020]. Erişim adresi: /TR,11426/neden-sabim.html
84. Brander P, Yeşiladalı B, Çayır K, Bağlı MT, Esen Y, İstanbul Bilgi Üniversitesi, vd. Pusula: gençlerle insan hakları eğitimi kılavuzu. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2008.
85. Albayrak A. Kent Müzelerinde Barış Kültürü: Adalar Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
86. Akdağ Z, Ekici S. Avrupa Birliği’nin Uluslararası Politikada Etkili Olma Aracı: Yumuşak Güç. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;7(2):33-64.
87. MPW Kursları | Tıbbi Barış Çalışması [Internet]. [a.yer 06 Haziran 2020]. Erişim adresi: <http://www.medicalpeacework.org/mpw-courses.html>

88. Birimi S-SA-G. Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Sağlık-Sen Yayınları - 20. 2013;152.
89. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 22 Ağustos 2019;21(1):155-90.
90. Köksal H. Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Internet] [Yüksek Lisans Tezi]. [İzmir]: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı; 2009. Erişim adresi: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/10074/266923.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
91. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). Überblick über Reliabilitäts- und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren. 1988;7.
92. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. Journal of cognitive psychotherapy. 1998;12(2):163-72.
93. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561-71.
94. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J Psychol. 1989;7:3-13.
95. Buyukbayram A, Okcay H. The Socio-Cultural Factors That Affect Violence To Health Care Personnel. Psi Hem Derg. 2013;4(1):46-53.
96. Hökelekli H. Çocuk ve Gençlerde Şiddet Olgusu ve Önlenmesine Yönelik Öneriler. Değerler Eğitimi Dergisi. 01 Aralık 2007;5(14):61-78.
97. Ayrancı Ü. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. :1.
98. Özdevecioğlu M. Organizasyonlarda saldırgan davranışlar ve bireyler üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2003;22(1):121-50.
99. Gökçe T, DüNDAR C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):25-8.
100. Pınar G, Pınar T. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(3):315-26.
101. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı1/The frequency of being

exposed to violence in the various health institutions and health profession groups - ProQuest. Anadolu Psikiatri Dergisi; Sivas. 2002;3(3):147-54.

102. Kaynak E. Bir özel üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutu [Internet] [yüksek lisans tezi]. [İstanbul]: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
103. Fernandes CMB, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, vd. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ. 16 Kasım 1999;161(10):1245.
104. El-Gilany A-H, El-Wehady A, Amr M. Violence Against Primary Health Care Workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. J Interpers Violence. 03 Haziran 2009;25(4):716-34.
105. Alexander C, Fraser J. Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers: Journal of Healthcare Management. Kasım 2004;49(6):377-90.
106. Çöl SÖ. İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. Çalışma ve Toplum. 4(19):107-34.
107. Aytac S, Bozkurt V, Bayram N, Yıldız S, Aytac M, Sokullu Akinci F, vd. Workplace Violence: A Study of Turkish Workers. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. Ocak 2011;17(4):385-402.
108. Cenger CD, Börtlühöglü A, Tüzün B, Göktepe MC, Sezgin AU, Fincancı ŞK. Violence Against Healthcare Workers: Case Series. blm. ubat 2018;23(2):133-7.
109. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians—a Nationwide Questionnaire Survey. Dtsch Arztebl Int. Mart 2015;112(10):159-65.
110. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(1):9.
111. Senuzun Ergun F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. Int Nurs Rev. Haziran 2005;52(2):154-60.
112. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers – A problem in Turkey? Journal of Forensic and Legal Medicine. Ekim 2007;14(7):423-8.
113. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments: JONA: The Journal of Nursing Administration. Temmuz 2009;39(7/8):340-9.

114. Birgul P, Murat K, Çelen Ü. Occupational Correlates of Fear of Violence, Harassment and Threats among 112 Emergency Aid Health Workers (Ankara, Turkey). *AJCI*. 2007;1(1):1-6.
115. Picakciefe M, Akca S, Elibol A, Deveci A, Yilmaz N, Yilmaz U. The analysis of violence against the nurses who are in employee status in Mugla State Hospital, Turkey. *HealthMED*. 2012;6:3626-37.
116. Durmuş M. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama [Yüksek Lisans Tezi]. [Konya]: T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2019.
117. Gülalp B, Karcio Ö, Köseo Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2009;4.
118. Bıçkıcı F. Violence Against Health Care Workers and Factors That Cause Violence an Example of a Public Hospital. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2013;1(5):43-56.
119. Esmaeilpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*. 2011;58(1):130-7.
120. AbuAlRub RF, Khalifa MF, Habbib MB. Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses. *J Nursing Scholarship*. Eylül 2007;39(3):281-8.
121. Avcı N, Arslan MK, Timlioğlu Sİ, Tay S, Meriç K, Ertenü M, vd. 2012-2015 Yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki BEYAZ kod bildirimleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 01 Aralık 2015;2(4):211-4.
122. Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. Violence: occupational hazards in hospitals [Internet]. 2002 [a.yer 04 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>
123. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*. Ağustos 2005;46(2):142-7.
124. Ataş S. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çalışanların İş Motivasyonu Üzerindeki Etkileri [Yüksek Lisans]. [Karabük]: Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
125. Boz B, Acar K, Dr. Ergin A, Erdur B, Kurtulus A, Turkcuer I, vd. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Therapy*. Mart 2006;23(2):364-9.

126. Darian AA, Masoumi K, Forouzan A. A Survey of Violence against Patients and Staff Working in the Emergency Department in Ahvaz, Iran. Trends in Medical Research. 01 Ocak 2015;10(1):19-25.
127. Bahar A. Investigation of Effects of Exposure to Violence and Affecting Factors on Job Satisfaction of Emergency Nurses. Psi Hem Derg. 2015;6(2):57-64.
128. Baydin A. Workplace Violence in Emergency Department and its Effects on Emergency Staff. Int J Emerg Ment Health [Internet]. 2014 [a.yer 06 Mart 2020];16(2). Erişim adresi: <https://www.omicsonline.com/open-access/workplace-violence-in-emergency-department-and-its-effects-on-emergency-staff-1522-4821-16-112.php?aid=30336>
129. Takak SÖ. Ankara atatürk eğitim ve araştırma hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusundaki görüş ve tutumları ile bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
130. Chen W, Hwu H, Kung S, Chiu H, Wang J. Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workers in a Psychiatric Hospital in Taiwan. Jnl of Occup Health. Mayıs 2008;50(3):288-93.
131. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Serv Res. Aralık 2005;5(1):54.
132. Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. J Hosp Med. Şubat 2012;7(2):79-84.
133. Sarcan E. Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı [Internet] [Uzmanlık Tezi]. [Gaziantep]: T.C Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı; 2013 [a.yer 05 Mart 2020]. Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/toplumun.pdf>
134. Wu S, Lin S, Li H, Chai W, Zhang Q, Wu Y, vd. A Study on Workplace Violence and Its Effect on Quality of Life Among Medical Professionals In China. Archives of Environmental & Occupational Health. 03 Nisan 2014;69(2):81-8.
135. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(7- 8):1072-85.
136. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 01 Haziran 2010;2(2):161-73.

137. Weiß J. Violence Against Medical Assistants. Deutsches Aerzteblatt Online [Internet]. 23 Ekim 2015 [a.yer 06 Mart 2020]; Erişim adresi: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2015.0736a>
138. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, Hegney DG, Jalaludin BB. Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. BMC Health Services Research. 09 Ağustos 2012;12(1):245.
139. Turhan E, Matkap S, Kırmızıoğlu R, İnandı T. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı, Türleri ve Önlemler. Toplum ve Hekim. Aralık 2008;23(6):462-8.
140. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing. Eylül 2009;65(9):1956-64.
141. Harrell E. Workplace Violence, 1993-2009 [Internet]. Washington: DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics; 2011 s. 18. (National Crime Victimization Survey). Erişim adresi: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>
142. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. Asian Nursing Research. Aralık 2011;5(4):197-203.
143. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. Accident and Emergency Nursing. Nisan 2004;12(2):67-73.
144. Bilişli Y. Sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde şiddet: üniversite hastanesi örneği. jass. 01 Ocak 2016;11(Number: 52):473-473.
145. Widdershoven GAM. Violence in healthcare: an ethical perspective [Internet]. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2010. 36-38 s. (Second International Conference on Violence in the Health Sector From Awareness to Sustainable Action). Erişim adresi: https://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_Violence_Health_Sector_2010.pdf
146. Ünsal Atan Ş, Baysan Arabaci L, Sirin A, Isler A, Donmez S, Unsal Guler M, vd. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey: Violence experienced by nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs. Aralık 2013;20(10):882-9.
147. Keser Özcan N, BiLgiN H. Violence Towards Healthcare Workers in Turkey: A Systematic Review. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011;31(6):1442-56.
148. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. The Journal of Emergency Medicine. Nisan 2005;28(3):361-5.

149. Sönmez M, Karaoğlu L, Egri M, Genç MF, Günes G, Pehlivan E. Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. Bitlis Eren University Journal of Science and Technology. 23 Haziran 2013;3(1):26-31.
150. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, vd. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. Can Fam Physician. 01 Mart 2010;56(3):e101.
151. Kocabiyik N, Yildirim S, Turgut EO, Turk MK, Ayer A. A study on the frequency of violence to healthcare professionals in a mental health hospital and related factors. Dusunen Adam. 22 Haziran 2015;112-8.
152. Tuna K. İstanbul'da şiddet ve şiddetin sosyolojik arka planı: araştırma raporu. İstanbul Ticaret Odası; 2008. 254 s.
153. Ceravolo Dj, Schwartz Dg, Foltz-Ramos Km, Castner J. Strengthening communication to overcome lateral violence. Journal of Nursing Management. 2012;20(5):599-606.
154. Bilgin H, Buzlu S. A Study of Psychiatric Nurses' Beliefs and Attitudes About Work Safety and Assaults in Turkey. Issues in Mental Health Nursing. 01 Ocak 2006;27(1):75-90.
155. Kessinger JA. The role of staffing ratios in patient assaults at an inpatient psychiatric facility. [Internet]. 2000 [a.yer 23 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=5319119>
156. Lanza ML, Zeiss R, Rierdan J. Violence against psychiatric nurses: Sensitive research as science and intervention. Contemporary Nurse. 01 Mart 2006;21(1):71-84.
157. Flannery RB, Marks L, Laudani L, Walker AP. Psychiatric Patient Assault and Staff Victim Gender: Fifteen-year Analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). Psychiatr Q. 01 Haziran 2007;78(2):83-90.
158. Annagur B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi - Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention. :13.
159. Aydın B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence Against General Practitioners in Turkey. J Interpers Violence. Aralık 2009;24(12):1980-95.
160. Güzel Ö. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği [Yüksek Lisans Tezi]. [Mersin]: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2017.
161. Gunaydin N, Kutlu Y. Experience of workplace violence among nurses in Turkey*. Psi Hem Derg. 2012;3(1):1-5.

162. Xing K, Jiao M, Ma H, Qiao H, Hao Y, Li Y, vd. Physical Violence against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Survey. PLoS One [Internet]. 16 Kasım 2015 [a.yer 06 Mart 2020];10(11). Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4646672/>
163. Sahin B, Gaygisiz S, Balci FM, Ozturk D, Sonmez MB, Kavalci C. Violence Against Emergency Medical Personnel Assistant. Tr J Emerg Med. 2011;11(3):110-4.
164. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. Journal of Emergency Nursing. Şubat 2002;28(1):11-7.
165. Calabro KS. A study of patient assault -related injuries in state psychiatric hospitals [Internet]. [a.yer 23 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://search.proquest.com/openview/711862b5bf35d50ae2018294aee1e6c8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
166. Seibel LM. An Exploration of the Non-Reporting Violent Incidents in Nursing. [Canada]: Royal Road University; 2007.
167. Hueske C. Perceptions of aggressive behaviors in mental health clients - ProQuest [Internet]. The University of Texas Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences; 2008 [a.yer 23 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://search.proquest.com/openview/db394559886064a8929824edbb5139c9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
168. Yıldız MS. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: ankara ilinde araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 14 Mart 2019;22(1):135-56.
169. Taşçıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82.Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması [Internet] [Yüksek Lisans Tezi]. [Edirne]: T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2007. Erişim adresi: <http://193.255.140.18/Tez/0058913/METIN.pdf>
170. Türk Tabipleri Birliği - İstanbul Tabip Odası. Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı [Internet]. [a.yer 05 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/937349-Hekime-yonelik-siddet-calistayi.html>
171. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and Aggression in Psychiatric Units. PS. Kasım 1998;49(11):1452-7.
172. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC Health Services Research. 02 Mayıs 2012;12(1):108.

173. Salminen S. Violence in the workplaces in Finland. Journal of Safety Research. 01 Eylül 1997;28(3):123-31.
174. Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi B. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(2):12.
175. Takak SÖ, Artantaş AB. Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 30 Mart 2018;18(1):103-16.
176. Ünsal Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(1):71-80.
177. Coombes R. Violence: the facts. Nursing times. 1998;94(43):12-4.
178. Uzun Ö, Bağ B, Özer N. İş Ortamındaki Sözel Saldırının Hemşireler Üzerindeki Etkileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;4(1).
179. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. J Nurs Manag. Ocak 2002;10(1):13-20.
180. Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, vd. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. Human Resources for Health. 07 Kasım 2003;1(1):11.
181. Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S. Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. International Journal of Law and Psychiatry. 01 Ocak 2009;32(1):23-30.
182. Warshaw LJ, Messite J. Workplace Violence: Preventive and Interventive Strategies. Journal of Occupational and Environmental Medicine. Ekim 1996;38(10):993.
183. Laschinger HKS, Grau AL. The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2012;49(3):282-91.
184. Greenlund L. ED violence: Occupational hazard? Nursing Management [Internet]. 2011;42(7). Erişim adresi: https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2011/07000/ED_violence__Occupational_hazard_.7.aspx
185. Gillespie GL, Gates DM, Succop P. Psychometrics of the Healthcare Productivity Survey. Advanced Emergency Nursing Journal. 2010;32(3):258-71.

186. McFarlane AC, Bryant RA. Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk. *Occupational Medicine*. 01 Eylül 2007;57(6):404-10.
187. Jackson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica*. Ağustos 2005;18(2):114-21.
188. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector. :67.
189. Schulte JM. Violence and Threats of Violence Experienced by Public Health Field-Workers. *JAMA*. 05 Ağustos 1998;280(5):439.
190. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *İçinde 1999. s. 420-5.*
191. Pemberton MN, Atherton GJ, Thornhill MH. Violence and aggression at work. *British Dental Journal*. Ekim 2000;189(8):409-10.
192. Yavuz Aİ. Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği) [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Beykent Üniversitesi; 2014.
193. Wenzhi Cai, Ling Deng, Meng Liu, Min Yu. Antecedents of Medical Workplace Violence in South China. *J Interpers Violence*. 10 Mayıs 2010;26(2):312-27.
194. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*. Şubat 1996;35(1):11-20.
195. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. 2009;28(3):15-23.
196. Deveci N. Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği [İnternet] [Doktora Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007. Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/207815.pdf>
197. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İşyerlerinde Psikolojik Taciz Bilgilendirme Rehberi [İnternet]. Ankara; 2013 [a.yer 03 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/1327/i%C5%9Fyerlerinde-psikolojik-taciz-mobbing-bilgilendirme-rehberi-2014.pdf>
198. T. C. Sağlık Bakanlığı. Çalışan Güvenliği Genelgesi (14.05.2012) [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2012 [a.yer 03 Mart 2020]. Erişim adresi: </TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>
199. T.C. Resmi Gazete. Türk Ceza Kanunu [İnternet]. Eyl 26, 2004. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>

200. Flannery RB. The employee victim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. Temmuz 2001;16(4):230-3.
201. Dilbaz N. Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1999;(2):179-88.
202. Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR. Non-pharmacologic Management of Violence in Psychiatric Emergencies. *Primary Psychiatry*. 2009;(16):49-53.
203. Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and Managing Violence Risk in Clinical Practice: *Journal of Psychiatric Practice*. Temmuz 1996;2(4):205-15.
204. Yeşilbaş H. A general overview of violence in healthcare. *SHYD* [Internet]. 2016 [a.yer 23 Şubat 2020]; Erişim adresi: <http://shydergisi.org/jvi.aspx?pdire=shyd&plng=tur&un=SHYD-97269&look4=>
205. Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 01 Mart 2012;3(1):105-15.
206. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. İçinde: Hacettepe Üniversitesi Yayınları [Internet]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi; 2003. s. 13. Erişim adresi: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf
207. Kuhn W. Violence in the emergency department: Managing aggressive patients in a high-stress environment. *Postgraduate Medicine*. Ocak 1999;105(1):143-54.
208. Papa A, Venella J. Workplace violence in healthcare: strategies for advocacy. *Online J Issues Nurs*. 31 Ocak 2013;18(1):5.
209. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet: hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını. 2008;
210. Çıkrıklar HÍ, Yürümez Y, Güngör B, Aşkın R, Yücel M, Baydemir C. Violence against emergency department employees and the attitude of employees towards violence. *Hong Kong Med J*. 26 Ağustos 2016;22(5):464-71.
211. World Medical Journal. WMA - The World Medical Association-WMA Statement on Violence in the Health Sector by Patients and Those Close to Them [Internet]. [a.yer 06 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-in-the-health-sector-by-patients-and-those-close-to-them/>

212. Madsen IEH, Burr H, Diderichsen F, Pejtersen JH, Borritz M, Bjorner JB, vd. Work-related Violence and Incident Use of Psychotropics. American Journal of Epidemiology. 29 Ekim 2011;174(12):1354-62.
213. Gross N, Peek-Asa C, Nocera M, Casteel C. Workplace violence prevention policies in home health and hospice care agencies. Online J Issues Nurs. 31 Ocak 2013;18(1):1.
214. Yeşilbaş H. Sağlıkta şiddete genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(1):44-54.



8. EKLER

EK_A. Anket Formu

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK FİZİKSEL VE SÖZEL ŞİDDET SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Anket Formu

1.BÖLÜM: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın []

2. Erkek []

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli []

2. Bekar []

4. Aylık maaşınız/ücretiniz yaklaşık kaç Türk Lirasıdır(TL)?.....

5. Mesleğiniz?

1. Hekim []

2. Hemşire []

3. Ebe []

4. Sağlık memuru []

5. Teknisyen / Tekniker []

6. Att / Paramedik []

7. Sekreter / Bilgi işlem vb []

8. Diğer []

6. Meslekte kaçınıcı yılınız?

7. Çalıştığınız yer?

1. Devlet Hastanesi []

2. Özel Hastane []
3. Üniversite hastanesi []
4. Aile sağlığı merkezi []
5. 112 istasyonları []
6. Diğer []

8. Hastanede çalışıyorsanız çalıştığınız birim?

1. Hastanede çalışmıyorum []
2. Poliklinik []
3. Klinik / Servis []
4. Acil servis []
5. Diğer []

9. Çalışma şekliniz?

1. Sürekli gündüz []
2. Sürekli gece []
3. Gece-gündüz vardiya []
4. Gündüz ama gece nöbetli sistem []
5. Diğer []

10. İşinizden memnun musunuz?

1. Evet []
2. Kısmen []
3. Hayır []

2. BÖLÜM: FİZİKSEL ŞİDDET

Fiziksel Şiddet: DSÖ tanımına göre: “Başka bir kişiye veya gruba karşı fiziksel kuvvet kullanımı anlamına gelir. Fiziksel hasara, cinsel veya psikolojik hasara yol

açar. Bu; dayak, tokat, bıçaklama, vurma, itme, tekme, ısırma, sıkıştırma gibi eylemler olabilir.”

11. Çalışma hayatınız boyunca, iş yerinizde fiziksel şiddete uğradınız mı?

1. Evet []
2. Hayır []

Cevabınız HAYIR ise 3.bölümden devam ediniz.

12. Son 12 ayda, iş yerinizde fiziksel şiddete uğradınız mı?

0. Hayır []
1. Evet ise sayısı:

Cevabınız evet ise yaşadığınız son olaya göre;

13. Olay, tahmini saat kaçta oldu? (24 saatlik zaman dilimi olarak yazınız. Örn:23:00)

14. Olay, haftanın hangi günü gerçekleşti?

15. Olay, hangi sırada gerçekleşti?

1. Ziyaret saatinde []
2. Poliklinik hizmeti sırasında []
3. Taburculuk işlemleri sırasında []
4. Başka hastaya müdahale ederken []
5. Olay yerinde []
6. Diğer []

16. Araç kullanıldı mı? Kullanıldı ise ne tür bir araç kullanıldı?

1. Araç yoktu []
2. Ateşli silah []
3. Kesici/delici alet []
4. Diğer []

17. Saldıran kimdi?

1. Hasta []
2. Hasta yakını []
3. Personel []

4. Diğer []

18. Olay esnasında yalnız mıydınız?

1. Evet []
2. Hayır []
3. Hatırlamıyorum []

19. Yaşadığınız olay karşısında ne yaptınız?

1. Hiçbir şey yapmadım []
2. Durmasını söyledim []
3. Arkadaş / aileye anlattım []
4. Bir üst merciye bildirdim []
5. Dernek / sendikadan yardım istedim []
6. Başka bir pozisyona transfer oldum []
7. Beyaz kod verdim []
8. Diğer []

20. Olayın önlenabilirliği konusunda ne düşünüyorsunuz?

1. Kolaylıkla önlenabilir []
2. Önlenabilir []
3. Önlenemez []

3. BÖLÜM: SÖZEL ŞİDDET

Sözel Şiddet: Fiziksel tehdit de dahil olmak üzere kasten güç kullanımı ile fiziksel, zihinsel, manevi, ahlaki veya sosyal gelişimi etkileyebilen psikolojik şiddet, sözlü taciz, zorbalık, mobbing, tehdit gibi durumları içeren şiddet türüdür.

21. Hayatınız boyunca, iş yerinizde sözel şiddete uğradınız mı?

1. Evet []
2. Hayır []

Cevabınız HAYIR ise 4.bölümden devam ediniz.

22. Son 12 ayda iş yerinizde sözel şiddete uğradınız mı?

- 0. Hayır []
- 1. Evet ise sayısı:

Cevabınız evet ise yaşadığınız son olaya göre;

23. Olay kim tarafından gerçekleştirildi?

- 1. Hasta []
- 2. Hasta yakını []
- 3. Personel []
- 4. Diğer []

24. Olay hangi sırada gerçekleşti?

- 1. Ziyaret saatinde []
- 2. Poliklinik hizmeti sırasında []
- 3. Taburculuk işlemleri sırasında []
- 4. Başka hastaya müdahale ederken []
- 5. Olay yerinde []
- 6. Diğer [].....

25. Yaşadığınız olay karşısında ne yaptınız?

- 1. Hiçbir şey yapmadım []
- 2. Durmasını söyledim []
- 3. Arkadaş / aileye anlattım []
- 4. Bir üst merciye bildirdim []
- 5. Dernek / sendikadan yardım istedim []
- 6. Başka bir pozisyona transfer oldum []
- 7. Beyaz kod verdim []
- 8. Diğer []

26. Olayın önlenabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1. Kolaylıkla önlenabilir[]

- 2. Önlenebilir []
- 3. Ölenemez []

4.BÖLÜM: GENEL SORULAR

27. Sizce şiddetin en önemli nedeni nedir?

.....

.....

.....

.....

.....

28. İş yerinizde sağlık çalışanlarına şiddeti önlemeye yönelik nasıl tedbirler alınmalı?

.....

.....

.....

.....

5.BÖLÜM: EMPATİK EĞİLİM ÖLÇEĞİ

<u>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirten seçeneği işaretleyiniz. Her ifade için yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.</u>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Çok sayıda dostum var.					
2. Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır.					
3. Sıklıkla kendimi yalnız hissederim.					
4. Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış olarak ayrılırlar.					
5. Başkalarının problemleri, beni kendi problemlerim gibi ilgilendirir.					
6. Duygularımı başkalarına iletmede güçlük çekerim.					
7. İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider.					
8. Birisiyle tartışırken bazen dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevaplar üzerinde yoğunlaşır.					
9. Çevremde çok sevilen bir insanım.					
10. Televizyondaki filmler mutlu sonla bitince rahatlarım.					
11. Düşüncelerimi başkalarına iletmede güçlük çektiğim olur.					
12. İnsanların çoğu bencildir.					
13. Sinirli bir insanım.					
14. Genellikle insanlara güvenirim.					
15. İnsanlar beni tam olarak anlamıyorlar.					
16. Girişken bir insanım					
17. Bir yakınıma derdimi anlatmak beni rahatlatır					
18. Genellikle hayatımdan memnunum					
19. Yakınlarım bana sık sık dertlerini anlatırlar					
20. Genellikle keyfim yerindedir					

6.BÖLÜM: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

<u>Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz. Her maddeyi yanıtlayınız.</u>	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme korkusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				

7.BÖLÜM: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

	<u>Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi seçiniz.</u> <u>Her bir soru için 0, 1, 2 veya 3 yazan seçeneklerden size en uygun olanı işaretleyiniz.</u>	11	0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. 2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeylere bile artık sinirlenmiyorum
1	0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.	12	0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. 1. Başkaları ile eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim. 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
2	0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. 1. Gelecek hakkında karamsarım. 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	13	0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. 3. Artık hiç karar veremiyorum.
3	0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum	14	0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
4	0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3. Her şeyden sıkılıyorum.	15	0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
5	0. Kendimi suçlu hissetmiyorum. 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	16	0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

			3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
6	0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor. 1. Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum. 2. Cezalandırılmayı bekliyorum. 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.	17	0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. 2. Yaptığım her şey beni yoruyor. 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
7	0. Kendimden memnunum. 1. Kendi kendimden pek memnun değilim. 2. Kendime çok kızıyorum. 3. Kendimden nefret ediyorum.	18	0. İştahım her zamanki gibi. 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil. 2. İştahım çok azaldı. 3. Artık hiç iştahım yok.
8	0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiriyorum. 2. Hatalarımdan dolayı kendimi kabahatli bulurum. 3. Her kötü olayda kendimi hatalı bulurum.	19	0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum. 1. Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim 2. Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim 3. Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim
9	0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum. 2. Kendimi öldürmek isterdim. 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	20	0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor 1. Son zamanlarda ağrı, sızı mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var 2. Bu sıkıntıları beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor 3. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
10	0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. 2. Çoğu zaman ağlıyorum. 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.	21	0. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok 1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum 2. Şu sırada cinsellikle pek ilgili değilim 3. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK_B. Etik Kurul Onay Formu

HMKÜ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09	Tarih: 07/03/2019
	KARAR 09- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Tacettin İNANDI'nın (Arş.Gör.Dr.Gülşay SARB KARACA'nın tezi) "Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözel şiddet sıklığı ve ilişkili faktörler" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın yapılacağı yer olan T.C. Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli resmi izin yazısı kurulumuza ulaştıktan sonra çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
	ETİK KURUL ÜYELERİ	
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ								
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım		İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Doç.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Doç.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	☐	H✓	E ☐	H ✓	Katılmadı
Doç.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi .Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Rana CAN Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. MYO.	K	☐	H✓	E✓	H ☐	

ASLI GİBİDİR
Emre Sedat BORAZAN
Genel Sekreter
Etik Kurul Sekreteri

EK_C. Anabilim Dalı İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/02/2019-E.9944



T.C.
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı :83312562-200-
Konu :Çalışma İzni (Prof.Dr.
Tacettin İNANDI)

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 11/02/2019 tarihli 88672223-200-9900 sayılı yazı.

İlgili yazıda belirtilen "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Etkili Faktörler" çalışmasının Anabilim dalımızda yapılması uygundur.

Saygılarımla, arz ederim...

Prof.Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Mevcut Elektronik İmzalar

TACETTİN İNANDI (Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Anabilim Dalı Başkanı) 12/02/2019 10:34

T: 03262455113-14 F: 03262455305
E-Posta : tipfak@mku.edu.tr Web:http://www.mku.edu.tr/main.php?location=tip
İletişim: Tacettin İnandi (Dahili: 3262455114)



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK_D. İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 91971397-604.01.01
Konu : Araştırma Başvurusu

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 18/02/2019 tarihli ve 91971397-E.2158 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı dilekçenize istinaden Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Tacettin İNANDI 'nın yürütücüsü olduğu ve Arş. Gör. Dr. Gülay SARB KARACA tarafından yapılması planlanan araştırma çalışması değerlendirilmiş olup, komisyon kararı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Ümit Mutlu TİRYAKİ
Vali a.
İl Sağlık Müdür V.

Ek:
1-Komisyon Kararı (1 sayfa)
2-Anket Yapılacak Yerler (3 sayfa)

Aslı Gibidir
...02.01.2022...
[Signature]

Ar-Ge Birimi Odabaşı Mahallesi (Odabaşı Köyü) SSK Caddesi 31120 Antakya
/HATAY
Telefon: Faks No: 03262901130
e-Posta: fatma.cumert@saglik.gov.tr İnternet Adresi: http://hatay.ism.saglik.gov.tr/

Bilgi için: FATMA TİRYAKİ
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 03262901141-1136



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	“Sağlık Çalışanlarına Şiddet Sıklığı ve İlişkili Faktörler”
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Ekte sunulan Hastaneler, 112 Acil İstasyonları ve ASM’ler
Araştırmanın Statüsü	Tıpta Uzmanlık Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi	Mustafa Kemal Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yapan Danışman Öğretim Üyesi	Prof. Dr. Tacettin İNANDI

KARAR: “02/03/2016 tarih ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge” gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü’nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğü’ne intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 10.04.2019 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi öğretim elemanlarından Arş. Gör. Dr. Gülay SARB KARACA tarafından “Sağlık Çalışanlarına Şiddet Sıklığı ve İlişkili Faktörler” konulu tıpta uzmanlık tezi değerlendirilmiş olup; Söz konusu araştırmanın iş akışını aksatmayacak şekilde ekte sunulan 112 istasyonları ve Aile Sağlığı Merkezlerinde, Samandağ, Kırıkhan, Kumlu, Erzin Devlet Hastanelerinde yürütülmesi uygun görülmüştür. Hatay Devlet Hastanesi’nde ise iş yoğunluğu nedeni ile yürütülmesi uygun görülmemiştir.

Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Ali EKMEZCİ
Kamü Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Üye
Dr. Selçuk ÖNTÜRK
Başkan Yardımcısı

Üye
Dt. Gülce Tuba DENİZ
Başkan Yardımcısı

Üye
Mehmet DÖNER
Uzman

Üye
Ummahan ÖZAYDIN
Uzman

ONAY
...../...../2019
Dr. Ümit Mutlu TIRYAKI
İl Sağlık Müdür V.

ADRES: Odabaşı Mah. Eski SSK Binası ANTAKYA/HATAY
Tel No : 0 (326) 290 11 41 Dahili:1136 Fax : 0(326) 290 11 30
E-MAİL: hatayism@gmail.com

Bilgi İçin: F. TIRYAKI

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Gülay SARB KARACA

Doğum yeri ve tarihi: Kahramanmaraş-19.04.1989

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: dr.gulaysarp@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II. Eğitimi:

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Uzmanlık Öğrencisi (2017-halen devam etmekte)

Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Uzmanlık Öğrencisi (2016-2017)

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi (2008-2014)

Kırıkhan Naim Atakaş Anadolu Lisesi (2003-2007)

Kırıkhan Yunus Emre İlköğretim Okulu (1995-2003)

III. Ünvanları:

Pratisyen Doktor (2014)

Asistan Doktor (2016- halen devam etmekte)

IV. Mesleki Deneyimi:

Kırıkhan Toplum Sağlığı Merkezi Pratisyen Doktor (Eylül 2014-Şubat 2016)

Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Asistan Doktor (2016-2017)

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Asistan Doktor (2017-halen devam etmekte)