

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KARŞILAŞTIĞI ŞİDDET VE
YÖNETİMİ

Derya BAŞAK

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Selma SÖYÜK

İSTANBUL-2015

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KARŞILAŞTIĞI ŞİDDET VE
YÖNETİMİ

Derya BAŞAK
122009466

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Selma SÖYÜK

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


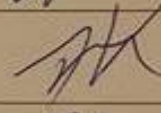

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Derya Başak Öğrenci No : 122009466
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 06.08.2015
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Selma Söyük Tez Savunma Saati :15.00

Tez Konusu : "Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Şiddet ve Yönetimi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / ÖYÇÖKLÜĞÜYLE karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Selma Söyük	KABUL	
Prof. Dr. Ahmet Köse	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur		

ÖZET

Sağlık çalışanları, eğitim ve kültür düzeyi, yaş, cinsiyet gibi özelliklerine bakmaksızın toplumdaki her bireyle temas halinde olan kişilerdir. Sağlık sektörü çalışanlarını diğer sektör çalışanlarından ayıran en önemli fark, kendilerine hizmet talebi ile başvuran kişilerle çok yakın temas içine girmek zorunda kalabilmeleridir. Bu da çeşitli şiddet eylemlerine yol açabilmektedir. Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinde artış görülmektedir.

Bu çalışmada öncelikle toplumdaki genel şiddet algısı tanıtılmış, geçtiğimiz yıllarda yapılmış olan pek çok çalışmanın ışığında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri ise özel olarak incelenmiştir.

Tez kapsamında bir kamu sağlık kuruluşunda çalışmakta olan 814 katılımcıya toplam 46 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Bu tezin amacı, katılımcıların profilleri işe maruz kalınan şiddet arasında bağıntılar elde edilmesidir.

Katılımcıların %33,2'si son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bunların %76,7'si sözel, %14,4'ü fiziksel, %8,5'i psikolojik, %0,4'ü ise cinsel şiddet olaylarıdır. Şiddet olayları en çok muayene odasında (%35,2), muayene/televizyon sırasında (%54,8) ve 08.00-16.00 vardiyasında (%56,3) gerçekleşmektedir. Katılımcıların %92'si hasta yoğunluğunu en önemli şiddet nedeni olarak görmektedir. Şiddet eylemi sonrası rapor dolduranların %76,6'sı yanıt alamamış ya da durumda bir değişiklik gözlemlememiştir. Bu bilgilere dayanılarak bir şiddet yönetim yöntemi geliştirilmiş ve şiddetin azaltılabilmesi için öneriler sıralanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Şiddet, Sağlıkta şiddet, Şiddet yönetimi, Sağlık çalışanları, Şiddet oranları

ABSTRACT

VIOLENCE FACED BY HEALTH WORKERS AND MANAGEMENT

Health care personnel are always in contact with all individuals independently of educational and cultural level. Health care personnel differ from other sectors' personnel due to be obliged to have a close contact with their patients who apply for request of service. This situation may cause various acts of violence. In recent years, violence against health care personnel has been increasing continuously.

In this study, first, the general perception of violence In the society is explained and then, violence against health care personnel is investigated in detail In the light of recent studies.

A questionnaire consisting of 46 questions is applied to 814 participants who works at a public hospital. The aim of this thesis is to correlate the profile of the participants and violence exposure data.

33.2% of participants indicated that they exposed to violence In the last one year. The ratios of verbal, physical, psychological and sexual violence incidents are 76.7%, 14.4%, 8.5 and 0.4%, respectively. Acts of violence are realized most in consulting room (35.2%), during consultation/treatment (54.8%) and during 08.00-16.00 relay (56.3%). 92% Of the participants indicated that the excess number of patients is the main cause of violence. 76.6% Of the participants who report the incident indicated that they couldn't receive any answer or nothing is changed. In the light of this information, a violence management method is developed and some suggestions are explained in order to decrease the violence.

Keywords: Violence, Violence in healthcare, Violence management, Healthcare workers, Violence ratios

ÖNSÖZ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin varlığı eskiden beri bilinmektedir. Konunun daha güncel hale gelmesi ise ancak medyanın yaygınlaşmasından sonra gerçekleşmiştir. Hastaların kendi, hasta yakınlarının ise sevdikleri kişilerin canları kaygısında olmaları sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en temel nedeni olup şiddeti haklı göstermeye oldukça açık bir durum meydana getirmektedir. Önemli bir toplumsal yara olarak tanımlayabileceğimiz sağlık çalışanına yönelik şiddet, sanılandan daha yaygın bir sorundur.

Çalışmamın her aşamasında içten, yapıcı, destekleyici tarzıyla projemin oluşturulması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında, yol gösteren, destek olan, deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimimi sağlayan, meslek yardımlarını aldığım danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma SÖYÜK'e sonsuz şükranlarımı sunarım.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, başkalarının çalışmalarından yararlanarak tezde kullandığım her türlü bilgiyi etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu bilgileri akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



Derya BAŞAK



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şiddet Tanımları.....	3
2.2. Şiddeti Açıklayan Kuramlar.....	5
2.2.1. Biyolojik Kuram.....	5
2.2.2. Psikolojik Kuram.....	6
2.2.3. Zedelenme-Engellenme Saldırganlık Kuramı.....	6
2.3. Şiddet Çeşitleri.....	7
2.3.1. Fiziksel Şiddet.....	8
2.3.2. Sözel Şiddet.....	8
2.3.3. Psikolojik Şiddet.....	8
2.3.4. Cinsel Şiddet/Taciz.....	9
2.3.4. Irkçı Taciz.....	9
2.4. İşyeri Şiddeti.....	9
2.4.1. İşyerinde Yaşanan Bazı Şiddet Türleri.....	13
2.4.2. İşyeri Şiddetinin Sınıflandırılması.....	17

2.4.2.1. Şiddetin Kaynağına Göre Sınıflandırılması.....	17
2.4.2.2. Şiddetin Oluş Şekline Göre Sınıflandırılması.....	18
2.4.3. İşyerinde Şiddet Olaylarını Kolaylaştıran/Artıran Faktörler	20
2.5. İşyeri Şiddetinin Sonuçları ve Önlemler.....	23
2.6. Sağlık Kurumlarında Şiddet.....	26
2.7. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddette Risk Faktörleri, Şiddetin Nedenleri ve Sonuçları.....	29
2.7.1. Risk Faktörleri.....	31
2.7.1.1. Şiddetin Sağlık Çalışanlarına Etkileri.....	35
2.7.1.2. Şiddet Tipleri ve Şiddetin Görülme Sıklığı.....	35
2.7.1.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sonuçları.....	36
2.7.1.4 Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddete İlişkin Yapılmış Araştırmalar	37
2.8. Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Önlenmesi.....	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	46
3.2. Araştırmanın Yönetimi.....	46
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	46
3.4. Araştırmanın Evremi ve Örneklemin Hesaplanması.....	47
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	47
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
3.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	48
3.9. Araştırmanın Soruları.....	48
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
KAYNAKÇA.....	84

EKLER	91
Ek- 1: Anket Formu	91
Ek- 2: İku ve Helsinki Bildirgesinin Okunduğuna Dair Taahhütname	96
Ek- 3: İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Başvuru Formu	97



TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Şiddet Olaylarında Başvurulabilecek Hukuki Düzenlemeler.....	25
Tablo 2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sonuçları.....	37
Tablo 3. Farklı Ülkelerde Şiddet Türü İle Saldırgan Türü Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4. Katılımcıların Yaş Dağılımları.....	50
Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları.....	50
Tablo 6. Katılımcıların Medeni Durum Dağılımları.....	50
Tablo 7. Katılımcıların Öğrenim Durumu Dağılımları.....	51
Tablo 8. Katılımcıların Kadro Dağılımları.....	51
Tablo 9. Katılımcıların Çalıştıkları Birim Dağılımları.....	52
Tablo 10. Katılımcıların Unvan Dağılımları.....	53
Tablo 11. Katılımcıların Mesleki Tecrübe Dağılımları.....	53
Tablo 12. Katılımcıların Şuan ki Birimde Çalışma Yılı Dağılımları.....	54
Tablo 13. Katılımcıların Çalışma Şekilleri Dağılımları.....	54
Tablo 14. Katılımcıların Çalıştıkları Kuruma Duydukları Güven Dağılımları.....	55
Tablo 15. Son Bir Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Oranları.....	56
Tablo 16. Saldırganın Kimliği.....	56
Tablo 17. Saldırganın Eğitim Durumu.....	57
Tablo 18. Maruz Kalınan Şiddet Türünün Dağılımı.....	57
Tablo 19. Şiddete Maruz Kalınan Yer.....	56
Tablo 20. Şiddete Maruz Kalınan Saat.....	56
Tablo 21. Şiddete Maruz Kalındığı Esnada Yapılan Eylem.....	59
Tablo 22. Şiddete Maruz Kalındıktan Sonra Olaya Verilen Cevap.....	60
Tablo 23. Şiddet Esnasında/Sonrasında Yardım Alınan Kişiler.....	60
Tablo 24. Şiddetin Sağlık Çalışanı İle Hastalar Arasındaki İlişkiyi Etkileme Oranı.....	61

Tablo 25. Şiddet Eylemi Sonrası İş Kazası Veya Polis Raporu Sonuçları.....	62
Tablo 26. Katılımcıların Rapor Doldurmama Nedenleri.....	62
Tablo 27. Katılımcıların Şiddet Ve Yönetimine İlişkin Düşünceleri.....	63
Tablo 28. Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları.....	66
Tablo 29. Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	66
Tablo 30. Unvan Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	67
Tablo 31. Çalışma Biriminde Son Görev Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	68
Tablo 32. Şiddet Yönetiminin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları.....	68
Tablo 33. Şiddet Yönetiminin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	69
Tablo 34. Şiddet Yönetiminin Unvan Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	69
Tablo 35. Şiddet Yönetiminin Çalışılan Birimde Görev Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Şiddetin Yapısı.....	11
Şekil 2. İnteraktif İşyeri Şiddeti Modeli.....	21
Şekil 3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Risk Faktörleri.....	34
Şekil 4. Organizasyonel Şiddet Yönetimi Stratejisi	45



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human ImmunodeficiencyVirus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
ILO	: International Labor Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
<i>n</i>	: Örneklem Sayısı
<i>ss</i>	: Standart Sapma
\bar{x}	: Ortalama
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Sağlık kurumları uluslararası düzeyde toplumun tüm kesimlerine yoğun bir şekilde hizmet sunan kurumlardır. Sağlık sektörünün tüm çalışanları, endüstriyel sektörlerden çok farklı olarak, toplumdaki çok çeşitli kültürlerden gelen, çok farklı düzeyde ve şekillerde eğitim kültürüne sahip insanlarla sürekli ve birebir temas halindedirler. Tüm bunların ötesinde, sağlık sektörü çalışanları da farklı kültürlerde ve eğitim anlayışlarında yetişmiş olabilir. Bu faktörlerin yanı sıra, sağlık sektörü çalışanlarının uygulamaları, sektöre başvuran insanların yaşam kaliteleri ve süreleri üzerinde doğrudan ve önemli etkilere sahiptir. Bu etkilerin varlığı, insanların konu üzerinde hassasiyet geliştirmesine ve bu hassasiyetin zaman zaman sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dönüşmesine neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusu, eskiden beri bir sorun olarak karşımıza çıkmakla birlikte günümüzün gelişmiş sosyal iletişim araçlarının varlığı sayesinde daha sık ve etkili bir biçimde duyulmaya başlanmıştır. Hasta üzerinde beklenen tedavinin ve iyileşmenin sağlanamaması, hastanın ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksekliği, sağlık çalışanlarının yanlış yönlendirmeleri ve hatalı uygulamaları, hastaların ve hasta yakınlarının konu üzerindeki hassasiyetleri ve karşılıklı olarak gerekli öfke kontrolünün sağlanamaması sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerindedir. Konu üzerinde uzun süredir hem devlet yönetimlerinin hem de yerel, ulusal ve uluslararası derneklerin ciddi ve sürekli çalışmaları vardır. Bunların yanında önemli bilimsel çalışmalar da konunun nedenleri ve çözümleri üzerinde araştırma ve değerlendirmeler yapmaktadır.

“Şiddet, bazı çalışmalarda kültürel olarak tanımlanmış ve bu çalışmalarda karşı tarafa zarar veren bazı eylemlerin ya da davranışların şiddet olarak kabul edilmediği belirtilmişse de, kişinin kendisine, başka bir kişiye ya da bir grup veya topluluğa yönelttiği, yaralanma, ölüm, psikolojik hasar, gelişme geriliği ya da yoksunluk ile sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan kasıtlı fiziksel güç kullanımı veya tehdit olarak tanımlanmıştır (1).”

İşyerinde şiddet ise “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır (2). İşyerinde şiddet bir başka tanımda ise; “çalışanın işi nedeniyle (işine gidip gelirken olanlar da dahil) maruz kaldığı, açıkça ya da üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır” şeklinde açıklanmıştır (3). Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ise “hasta, hasta yakınları veya diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk

oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak ifade edilmektedir (4).

Sağlık kurumları, işyerinde gerçekleşen şiddetin özel bir alanı olup işyeri şiddetinin oldukça yoğun bir şekilde meydana geldiği kurumlardır. Sağlık kurumlarında karşılaşılan şiddet, sağlık çalışanlarının çalışma imkanlarını, işe bağlılığını, hizmet kalitesini ve en önemlisi yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu durum da anlayışın azalmasına ve şiddetin artmasına neden olan etmenlerden birisidir. Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olayları, toplumsal huzurun sağlanmasına ciddi bir darbe indirmektedir. Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde önemli miktarda çalışma yapılmıştır ancak şiddet konusu sürekli bir devinim içinde olan ve her toplumda, bölgede ve hatta sağlık kurumunda farklılıklar gösteren bir konudur. Bu yüzden sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine farklı bölgelere yönelik yeni çalışmalar yapılması bu konuyu daha ayrıntılı bir biçimde gözler önüne serecek ve her yeni çalışma sonraki çalışmalar için örnek olacaktır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bilimsel olarak irdelenmesi, şiddetin kaynaklarının doğru olarak tespit edilmesini ve böylece çözüm yöntemlerinin tahmini değil gerçek nedenlere dayandırılmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmada bir kamu sağlık kuruluşu çalışanlarına anket yoluyla sorular yöneltilmiş ve bahsi geçen sağlık kuruluşunda gerçekleşen şiddetin düzeyi ve çeşitleri saptanmıştır. Böylece detaylı bir analiz yapılabilmiş ve şiddetin nedenleri saptanmıştır. Bu saptamalar ışığında şiddeti engelleyici veya azaltıcı olası önlemler açıklanmış ve önerilmiştir. Bu öneriler bir şiddet yönetimi geliştirilmesinde kullanılmıştır. Bu şiddet yönetimi sayesinde ulusal ve uluslararası alanda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yönetilmesi, kontrol altına alınması, azaltılması ve mümkünse sıfırlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Şiddet, insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. Bireylerin, grupların, kurumların ve hatta devletlerin ve milletlerin birbirine uyguladığı şiddet, yüzyıllar içerisinde çok çeşitli şekillere bürünmüş, çok farklı düzeylerde gerçekleşmiş olmasına karşın şiddete neden olan temel nedenler hep aynı kalmıştır. Bununla beraber özellikle 19. yüzyılın sonlarına kadar şiddet, pek çok durumda olağan sayılmış ve cezasız kalmıştır. 20. yüzyıl ile birlikte bireyselleşen ve hak arayışına giren toplumlardaki aydınlanma, şiddet olgularının gün yüzüne çıkmasını ve konuyla ilgili toplumsal ve hukuksal gelişmelerin hızlanmasını sağlamıştır.

Şiddetin sonuçlarından olan psikolojik rahatsızlıklar, korkular ve işi kaybedebilme tedirginliği, konuyla ilgili çalışma yapmayı zorlaştırmaktadır. Yapmış olduğum araştırmada karşılaştığım en büyük güçlük, çalışanların ankete katılımlarının sağlanması olmuştur. Bununla beraber gerekli ve yeterli katılım sağlanmış olup hedeflediğim verilere ulaşabilmem mümkün olmuştur. Bireylerin gerçek düşünce ve deneyimlerinden elde edilen veriler ve önceki çalışmalardan derlediğim kabul görmüş öneriler ışığında gerçekçi bir şiddet yönetimi hazırlayabilmek mümkün olmuştur.

2.1. Şiddet Tanımları

Şiddet her yerde ve her zaman var olmuştur ve olacaktır. Çok boyutlu bir kavram olan şiddeti, tüm türlerini kapsayacak biçimde tanımlamak oldukça güçtür. Ayrıca bu kavram, ana özellikleri ne olursa olsun, zaman ve topluma göre de değişir (5). Üzerinde çok fazla araştırma yapılmasına, kuramcılar tarafından geniş açıklamalar getirilmesine karşın, bilim adamları, politikacılar arasında büyük görüş ayrılıkları bulunmaktadır (6).

Şiddet terimi bir yanda olgular ve eylemleri; diğer yanda, gücün, duygunun veya bir doğa unsurunun varoluş üslubunu belirlemektedir. İlk anlamıyla şiddet, huzur karşıtıdır, huzuru bozar ve tartışmaya yol açar. İkinci anlamında ise ölçüleri aşan ve kuralları çiğneyen kaba bir güç olarak ele alınmaktadır (7). Şiddet kavramı sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma olarak tanımlanır (8).

“Şiddet aynı zamanda doğuştan veya sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüğü olarak bilinir ve fiziksel saldırıdan daha fazla şeyi ifade eder. Tehdit edici davranış, saygı sınırını aşan

telefon konuşmaları gibi sözel suiistimal, tehditler, duvarlara vurma, eşyaları fırlatma ve gözünü korkutma gibi birçok davranışı kapsar (9).”

Şiddet, Latince violentia’dan gelmektedir. Violentia, şiddet, sert ya da acımasız kişilik, güç demektir. Violare fiili ise şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, (kurallara) karşı gelmek anlamını taşımaktadır (7).

Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre (2009); karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, duygu ve davranışta aşırılık olarak tanımlanmaktadır (10).

“DSÖ tarafından şiddet: yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı şeklinde tanımlanmıştır (11).”

Michaux’un genel kabul gören şiddet tanımına göre ise:

“Karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan biri veya bir kaç doğrudan veya dolaylı, toplu ya da dağınık olarak diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya törel (ahlaki, manevi) bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranırsa orada şiddet vardır (12).”

“Şiddet kavramı siyasal, sosyal ve ekonomik sistemlerin veya sömürge yönetimlerinin varlığını karşılayan ve yürürlükteki sistemin ancak karşı şiddetle ortadan kalkacağını ve yeni bir düzene geçileceğini savunan Marksist, sendikalist vb. görüşlerle de ortaya konulmaktadır. Ayrıca şiddeti yücelten, ona olumlu bakan faşizm gibi görüşler de vardır (8).”

Ancak bu genel tanımlamaların dışında en yaygın anlamı hukuksal açıdan şiddetin ele alınmasıdır. Şiddet; gücün, kuvvetin hukuka aykırı olarak kullanılmasıdır. Şiddet yoluyla, başkasını öldürme, sakat bırakma ya da yaralama yoluyla zarar verildiği için, şiddet genel anlamda gücü aşmaktadır. Günümüz toplularında şiddet yeni şekillerde alarak son derece yaygınlaşmıştır. Günümüzde bireyler, gruplar ya da devlet çeşitli durumlarda şiddete başvurmaktadır: Bireyler cinayet, yaralama, suikast, darp, ırza geçme gibi durumlarda şiddete başvuraktadırlar. Gruplar bireylere karşı, devlete karşı, başka gruplara karşı ya da kendi içlerinde şiddete başvurabilirler.

Gruplardan bireylere, başka gruplara ve devlete karşı şiddet kullanmasına verilecek en açık örnek terördür. Bunun dışında gruplar, aşiret kavgası, taraftar kavgası

ya da başkaldırı gibi durumlarda da şiddet kullanırlar. Savaşlar da devletlerin uyguladığı şiddetin bir başka görünümüdür (13).

Şiddet ile ilgili davranışlar, kanuna uymamak, kişiye zarar vermek, hakaret etmek, onuru kırmak, huzura son vermek, birinin haklarını çiğnemek, hırpalamak, incitmek, zor kullanmak şeklinde kendini gösterirler (14).

Gerçek anlamıyla şiddet, ceza kanununun hayata karşı suçlar ve vücut dokunulmazlığına karşı suçlar başlıkları altında düzenlenmiştir (8).

“Hukukçular bu tür eylemler için insanın, benzerlerine karşı giriştiği, onlarda önemli ya da önemsiz hasarlar veya yaralar oluşturan, saldırganlık ve hoyratlık ifade eden hareketlerdir açıklamasında bulunmaktadır. Bu tanım; şiddet ile kalıcı bedensel hasar yaratan güç kullanımı arasındaki bağı vurgulamaktadır. Fakat hukukun gelişmesi ile bu tanım suçlamaların artmasına olanak verecek anlamları da içermeye başlamıştır (13).”

Sadece dış bir unsur ile şiddetli bir temas sonucu oluşan hasarlardan oluşan gerçek darbelere iç olgular da eklenmiştir (15). Bir başka tanıma göre de şiddet, çatışan çıkarları olan tarafların arasındaki sosyal ilişkilerden kaynaklanmaktadır (16).

2.2. Şiddeti Açıklayan Kuramlar

“Şiddete ilişkin birçok kuram şiddetin oldukça karışık bir davranış biçimi olduğunu açıklamaktadır. Şiddete yönelik üç ana kuram ileri sürülmektedir. Bunlar biyolojik, psikolojik ve zedelenme-engellenme saldırganlık kuramlarıdır (17).”

2.2.1. Biyolojik Kuram

Biyolojik kurama göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal işlevlerinin özelliğinden dolayı şiddete daha yatkındırlar (18). Temporal lob epilepsisi gibi beyin işlev bozukluğu olanlar buna örnek verilebilir. Bu nedenle biyolojik kuram şiddetle ilgili tıbbi bir yaklaşımın gerekli olduğunu öne sürer (19).

“Genel olarak kolinerjik ve katekolaminerjik sistemlerin saldırganlığı artırdığı, serotonerjik sistemlerin inhibe ettiği glukoz metabolizması ile saldırganlık arasında da bir ilişki olduğu; suça yatkınlığın ailevi özellik gösterdiği; gerilim ile saldırganlık arasındaki ilişki olduğu beyinin yapısında veya fonksiyonunda olan anormalliklerin şiddete eğilimi arttırdığı söylenmektedir (20).”

2.2.2. Psikolojik Kuram

Şiddet ve saldırganlık ile ilgili çok farklı görüşlerin olduğu görülmektedir. Bir kısmı olayı sapma, hastalık olarak ele alırken bir kısmı ise toplumsal etkileşime bağlı ortaya çıkan olgular olarak değerlendirmektedirler (14).

“Saldırganlıkla ilgili önemli çalışmalar yapan Freud kuramının erken dönemlerinde tüm insan davranışlarının kökeninde Eros veya libidonun yani yaşam enerjisinin olduğunu öne sürerken Birinci Dünya Savaşı'nın trajik günlerini takiben Freud bu görüşü terk ederek insan saldırganlığının Thanatos adını verdiği libidodadan farklı bir içgüdüden kaynaklandığını öne sürmüştür. Thanatos -ölüm içgüdü- yaşamın tahrip edilmesine ve sona erdirilmesine yönelik olarak insanın içinde bulunan bir enerjidir. Freud'a göre saldırganlık da dahil olmak üzere tüm insan davranışları Eros ve Thanatos arasındaki karmaşık ilişkiden ve gerilimden doğmaktadır. Freud'un bakış açısına göre saldırganlık birincil olarak kişinin kendisini tahrip etmeye yönelik ölüm içgüdüünün diğer insanlara yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır (21).”

“Freud sonrası psikanalistler içinde ölüm ve yıkım dürtülerinin üzerinde en çok duran kuramcı Melanie Klein olmuştur. Klein, Freud'un kavramlarını daha da ileri götürerek, çocuğunun gelişiminin başladığı andan itibaren ölüm dürtüsünün belli oranda dışlanarak nesnelere çevrildiğini, bunun da sadizmi doğurduğunu iddia etmiştir (7).”

Sosyal öğrenme kuramına göre ise şiddet diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır ve geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanlar yaşamlarında şiddet davranışını sürdürebilirler (19).

“Saldırganlığın içgüdüsel olarak doğuştan insanda bulunduğunu savunan ünlü etholog Konrad Lorenz'e göre ise saldırganlık tüm diğer organizmalarda da bulunan kavga etme içgüdüünden kaynaklanır. Bu içgüdüyle ilgili enerji değişen oranlarda her insanda üretilmektedir. Saldırganlığın ortaya çıkması biriken bu enerjiye ve saldırganlık doğurucu uyarının varlığına ve gücüne bağlıdır. Saldırganlık kaçınılmaz bir şeydir ve zaman zaman kendiliğinden boşalabilir (21).”

2.2.3. Zedelenme-Engellenme Saldırganlık Kuramı

Bu kurama göre şiddet, önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan zedelenmeye karşı bir yanıttır. Hastanelerde karşımıza çıkan şiddet davranışı çoğunlukla bu kuram ile açıklanabilmektedir (19).

“İnsanları şiddete teşvik eden en güçlü şey engellenmedir. John Dollard'ın (1939) engellenme-saldırganlık varsayımı bu ilişkiye dayanır. Bu varsayımın özgün şekline göre engellenme, daima bir biçimde saldırganlığa yol açar ve aynı şekilde saldırganlık, daima

engellenmeden köken alır. Bununla birlikte engellenmiş insan, her zaman saldırganlığa başvurmaz; küskünlükten, ruhsal çökkünlüğe engellenmeye yol açan durumu ortadan kaldırmaya yönelik davranışlara dek, bir dizi tepki gösterebilir (21).”

Kısacası söz edilen her kuram şiddet ve saldırganlığın ortaya çıkışını kendi bakış açısına göre açıklamakla birlikte, bu davranışın ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin toplamının dikkate alınması gerektiğini de belirtmektedir (22).

Şiddet davranışı farklı kuramlarla açıklanmakla birlikte, şiddetin ortaya çıkışında birçok çevresel etmen de rol oynamaktadır. Bunlar:

– **Hava kirliliği:** Kimyasal ve endüstriyel ürünler tarafından üretilen kötü kokulara maruz kalma, bireylerin uyarılabilirliklerini arttırarak saldırganlığın ortaya çıkmasına yol açabilir (21).

– **Gürültü:** Birkaç çalışmada yüksek ve rahatsız edici derecede gürültüye ve sese maruz kalmış insanların böyle bir durum yaşamayan insanlara göre daha fazla saldırganlık gösterdikleri bulunmuştur (21).

– **Kalabalık:** Bazı çalışmalar, aşırı kalabalığın saldırganlık düzeyini yükseltebileceğini göstermiştir (21).

– İlaç, alkol, uyuşturucu ve uyarıcı kullanımı değişen dozlarda bazen saldırganlığa yol açabilmektedir.

– Fizyolojik uyarılma (provokatif filmler, ağır egzersizler), cinsel uyarılma ve fizik ağrı gibi fizik duruma bağlı etkenler saldırgan davranışları ortaya çıkarmakta ve şiddet eğilimini artırmaktadır (21).

2.3.Şiddet Çeşitleri

Şiddet birçok biçimde sınıflandırılmasına karşın ana hatları ile sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır (23).

DSÖ (2003) şiddetin farklı boyutlarını ele alarak daha ayrıntılı bir sınıflandırmasını yapmıştır. Bu sınıflamaya göre şiddet aşağıdaki gruplara ayrılmıştır (24). Fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, sözlü saldırı, kabadayılık/zorbalık, tehdit, cinsel taciz ve ırkçı taciz şeklinde sınıflandırılmıştır.

2.3.1. Fiziksel Şiddet

Bir kişi ya da gruba fiziksel, seksüel veya psikolojik zarar veren fiziksel güç kullanımı olarak tanımlanır. Yumruklama, tekmeleme, tokatlama, bıçaklama, tabancayla vurma, ısırma, elle sarkıntılık etme gibi eylemleri içerir (24).

2.3.2. Sözel Şiddet

Sözlü şiddet bireye ya da mesleğine yönelik, bireyin gururunu kıran, utandıran, haysiyet ve kişilik değeri eksikliğine, saygısızlığa işaret eden, baskı oluşturan, suçlayıcı sözler ve küçültücü yorumlar olarak tanımlanabilir (24).

Cooper ve Swanson (2002) sözlü şiddeti, açıkça ya da kurnazca gizleyerek, bireyin yetki ve yeteneğine ilişkin küfürler, düşmanca sözler, tutarsız yorumlar ve dedikodular olarak tanımlamışlardır (25).

2.3.3. Psikolojik Şiddet

Bir kişi ya da gruba fiziksel, mental, ruhsal, manevi ve sosyal gelişim açısından zarar veren ve fiziksel güçle tehdit de dahil kasıtlı güç kullanımı olarak tanımlanabilir. Hakaret, bullying/mobbing, taciz ve tehditleri içerir (24).

Hakaret (Abuse): Haysiyet ve kişilik değeri eksikliğine saygısızlığı işaret eden aşağılayıcı küçültücü davranış olarak tanımlanmaktadır (24).

Bullying (Kabadayılık)/Mobbing (Yıldırma/Zorbalık): Çalışanlara ferdi olarak ya da bir grubuna, aşağılayıcı veya alçaltıcı, kinci, zalim veya kötü niyetli teşebbüs doğrultusunda tekrarlayan ve aşırı saldırgan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (24). Bullying, içinde fiziksel şiddeti de barındırırken, mobbing daha ziyade fiziksel değil psikolojik baskı ve yıldırma politikalarının benimsendiği iş yeri psikolojilerini tanımlamada kullanılmaktadır (26).

Taciz (harrasment): Yaş, özürlülük, HIV durumu, evle ilgili durumlar, cinsiyet, cinsel tercih, cinsiyet ayrımcılığı, ırk, renk, dil, din, politik, sendika, diğer düşünce ya da inanç, ulusal ve sosyal orijin, azınlık olma durumu, özellikleri doğumu ya da diğer durumlarla ilgili kadın ya da erkeğin iş yerinde saygınlığını etkileyen karşılığı olmayan ya da istenmeyen davranıştır (24).

Tehdit (threat) : Bireyler ya da gruplar hedef alınarak fiziksel, seksüel korkuya ve psikolojik zarara veya diğer negatif sonuçlara yol açan vaat edilmiş fiziksel güç ya da kudret kullanımudur (24).

“Psikolojik şiddet, sadece şiddete maruz kalan çalışan için değil, aynı zamanda bu zorbalığın başlamasına uygun koşullar sağlayan ya da sürmesine göz yuman işletme için de çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Psikolojik şiddetin yaşandığı çalışma ortamındaki sosyal ilişkiler de olumsuz etkilenmektedir. Doğrudan psikolojik şiddete maruz kalmasalar bile diğer çalışanlar da gördükleri, duydukları ya da bir şekilde tanıklık ettikleri şiddet olayları ile çalışma ortamında huzursuzluk yaşarlar. Bir gün kendilerinin de aynı sorunu yaşayabilecekleri endişesi, çalışanlar arasındaki uyumu bozarken güvensizliğin hakim olduğu bir çalışma ortamı yaratır (27).”

2.3.4. Cinsel Şiddet/Taciz

Cinsel taciz: Herhangi bir istenmeyen, karşılık verilemeyen ve hoş karşılanmayan, kişiyi zora sokacak ve kişiyi tehdit edilmiş aşağılanmış ve utanmış hale getiren saldırgan seksüel davranış olarak tanımlanabilir (24).

2.3.4. Irkçı Taciz

“Çalışan erkeklerin ve kadınların haysiyetine etki eden ve istenmeyen veya misli ile karşılık verilmeyen, ırk, renk, dil, bölge, politik, sendikal veya diğer görüş ve inanç, ulusal veya toplumsal köken, bir azınlık, özellik, doğum veya diğer statü ile ilişki bazlı herhangi tehditkar bir temas olarak tanımlanabilir (24).”

Şiddet daha farklı biçimlerde de sınıflanabilmektedir. DSÖ (2004) şiddeti ayrıca kişiye yönlendirilmiş, kişilerarası ve kolektif şiddet olarak sınıflandırmıştır (11).

2.4. İşyeri Şiddeti

Şiddet ve şiddet tanımı konusunda çok sayıda ve çok çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Şiddet kavramı ve tanımı konusunda toplumsal farklılıklar olsa da şiddet evrensel olarak genel kabul görmüş şekliyle de tanımlanabilmektedir. Şiddet, her toplumda farklı boyutlarda olmakla birlikte insanlık tarihi boyunca toplum yaşamının daimi bir parçası olagelmıştır. Şiddet, açıklanması zor, neden ve sonuçların birbiriyle etkileşim için olduğu ve farklı boyutları olan bir kavramdır.

Şiddet olgusu, pek çok bireysel ve toplumsal ögenin birleşimiyle meydana geldiği için karmaşık bir kavramdır ve şiddet üzerine yapılan tanımlar birbiriyle çelişkilidir (1). Şiddetin karmaşık yapısını açıklayabilmek için üç ana teori öne sürülmüştür. Bu teoriler biyolojik, sosyal öğrenme ve zedelenme-saldırganlık teorileridir (19).

Biyolojik teori, bazı bireylerin nörolojik, genetik ya da hormonal yapıları nedeniyle şiddete daha yatkın olduklarını savunur. Beyin disfonksiyonuna sahip bireyler bu gruba örnek olarak gösterilebilir (18). Bu gruba dahil olup özellikle nörolojik ve hormonal bozukluklar nedeniyle şiddet eğilimine sahip bireylerde, tedavi yoluyla şiddet eğilimi azaltılabilir. Şiddete genetik yatkınlık ise aşılması daha zor bir sorun olarak karşımıza çıkar. Günümüz teknolojisiyle bireyin genetik yapısıyla oynanması mümkün olmadığı için bu bireylerin kontrol altında tutulmaları gerekebilir.

Sosyal öğrenme teorisine göre şiddet sosyal bir davranıştır ve diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilebilir. Sosyal öğrenme, doğrudan deneyimleme veya diğerlerinin davranışlarını gözlemleyerek gerçekleşebilir (28). Şiddet içeren bir ortamda geçirilen çocukluk dönemi ve uzun süreli şiddete maruz kalma gibi durumlar kişide şiddetin tek çıkış ve çözüm yolu olduğuna dair bir algı meydana getirebilir. Bu tip bireyler, psikiyatrik tedavi yöntemleriyle öfke kontrolü konusunda eğitilebilirler.

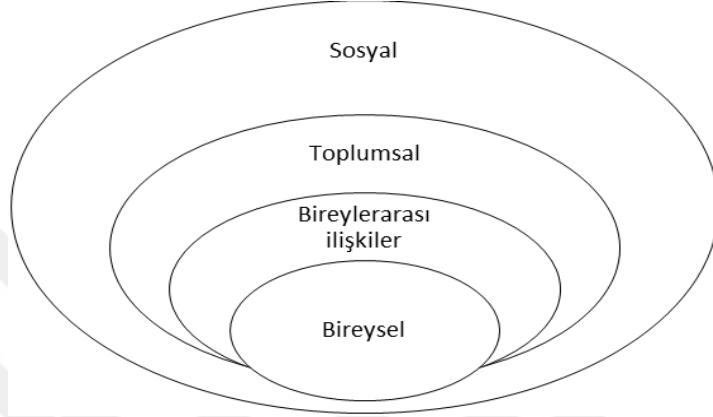
Zedelenme-saldırganlık teorisi ise şiddeti, beklentilerin yerine gelmemesi durumunda ortaya çıkan bir tepki olarak tanımlar (19). Bu teorinin açıkladığı şiddet türü ise ilk iki teorinin açıkladığından daha farklı olup toplumun her katmanından ve eğitim düzeyinden insan için geçerlidir. Bu teori; nörolojik, genetik ya da hormonal herhangi bir disfonksiyonu ve zeka geriliği bulunmayan, toplum tarafından kabul görmüş, geçmişinde etki bırakacak denli yoğun ya da travmatik bir şiddet eylemini tecrübe etmemiş, her bakımdan sağlıklı kabul edilebilecek kişilerin saldırganlık ve şiddet eğilimini açıklayabilmesi bakımından önemlidir.

“Şiddet, en geniş ve anlaşılır şekliyle Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından kasıtlı güç kullanma ya da zorlama ve bunları gerçekleştirme tehdidi yoluyla kişinin kendisine, başka bir bireye veya topluluğa yönelttiği ve sakatlık, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ve yoksunluk hissi ile sonuçlanabilecek her türlü etkinliktir. Bireysel basamağında şiddetin bireysel bazdaki biyolojik ve geçmişe dayalı nedenleri incelenir. Bireylerarası ilişkiler basamağında ilişkilerden kaynaklanan şiddetin yapısı incelenir. Toplumsal

basamağında işyeri, okul ve komşuluk gibi insanların birbirleriyle zorunlu ilişkiler kurduğu ortamlardaki şiddet incelenir. Sosyal basamağında ise şiddetin nedenleri ve sonuçları çok daha genel ve kapsamlı bir şekilde araştırılır (28).”

Şiddetin yapısını anlayabilmek için Şekil 1 geliştirilmiştir.

Şekil 1. Şiddetin yapısı



Şekil 1, 28. Kaynaktan alınmıştır.

Şiddet olgusu, bilimsel olarak üç ana birime ayrılabilir:

- Bireysel Şiddet
- Kişilerarası Şiddet
- Toplumsal Şiddet

Bireysel şiddet kendi içinde intihara yönelik davranışlar ve kendini aşağılama eğilimi olarak iki alt kategoriye ayrılabilir. Toplumsal şiddet, sosyal, politik ve ekonomik şiddet şeklinde meydana gelebilir. Kişilerarası şiddet ise aile içi ve yakın ilişkide bulunan insanlar arasındaki şiddet ile birbirini yakın şekilde tanımayan, toplumsal ilişkiler içinde birbiriyle temas geçen kişiler arasındaki şiddet olarak iki ayrılır (28). İşyerinde gerçekleşen ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet de bu kategoriye girmektedir.

İşyeri şiddetinin tanımı ve kapsamı, uluslararası alanda geniş bir şekilde incelenmiş olup konuyla ilgili çalışmalar artarak sürmektedir (29). Bununla birlikte işyeri şiddeti ve işyerinde saldırganlık konuları birbirinden bağımsız tanımlardır.

İşyeri şiddeti ve işyerinde saldırganlık konularında pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan bazıları şiddetin özel konuları ile ilgilenmiştir. Bunlar arasında; duygusal istismar, işyeri şiddeti, antisosyal iş davranışı ve psikolojik istismar sayılabilir. Bunlara ek olarak, fiziksel saldırı, saldırı tehdidi ve psikolojik saldırganlık gibi çeşitli şiddet ciddiyet düzeyleri üzerine de çalışmalar görülmektedir (30). İşyerinde saldırganlık, işyeri bünyesindeki ya da işyeri dışından bireyin ya da bireylerin işle ilgili ortamlarda işçi ya da işçilere fiziksel ya da psikolojik zarar verme amacıyla gerçekleştirdiği kasıtlı davranışlardır. Aynı çalışmalarda işyerinde şiddet ise “işyerinde saldırganlığın bir parçası olan ve kasıtlı olarak fiziksel zarar verme amacı taşıyan davranışlar” olarak tanımlanır (31).

“Geçtiğimiz yıllarda yapılan ve şiddet kurbanları üzerinde gerçekleştirilen anketleri, şiddete maruz kalma yüzdelerini ve maruziyetin yapısını inceleyen bir çalışmada genel toplumsal şiddette azalma görülmesine karşın işyeri şiddetinin artma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında maruz kalınan şiddet ile çevre arasındaki bağıntılar incelenmiş, son olarak daha önceki çalışmalardan da yararlanılarak şiddet konusuna bakışın zaman içinde nasıl değiştiği araştırılmıştır. Hoşnutsuzluk yaratan işyerlerinde şiddet tehdidinin daha yüksek olduğu da ayrıca belirtilmiştir (32).”

Bununla birlikte başka çalışmalarda özellikle 1990’lardan bu yana işyeri şiddetinin azalma eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bu çalışmalarda ulusal bazda yeterli veri toplanamaması bir sıkıntı olarak değerlendirilmiştir (33).

“1993-2009 yılları arasındaki çalışmaya göre 16 yaş üstü çalışanlara yönelik şiddet, 1993 yılında her 1000 çalışan için 16 vaka düzeyindeyken, 2009 yılına gelindiğinde bu oranın 1000 çalışan için 4 vaka düzeyine gerilediği tespit edilmiştir. Aynı çalışmada işyeri şiddeti vakalarında 2002-2009 yılları arasında %35, 1993-2002 yılları arasında ise %62’lik bir azalma görüldüğü belirtilmiştir. İşyeri şiddetinin azalma hızının işyeri dışındaki şiddetin azalma hızına göre daha fazla olduğu da ayrıca tespit edilmiştir (34).”

İşyeri şiddeti, işten kaynaklanan ölümlerde de başı çeken nedenlerden birisi haline gelmiştir. ABD’de 1997-2007 yılları arasında işyerinde ve işyeri dışında yaşanan cinayet oranları azalma gösterse de işyeri ölümlerinin başlıca nedenlerinden birisi hala bu cinayetlerdir. 2010’da gerçekleşen 423 işyeri ölümünün yaklaşık %10’u işyeri cinayetleri sonucunda meydana gelmiştir. Benzer şekilde işyeri ölümlerinin %20 kadarının işyeri şiddeti sonucunda gerçekleştiği tespit edilmiştir (35). İşyeri şiddetinin pek çok Avrupa ülkesi için önemli bir sorun haline geldiği belirtilmiş ve ABD’deki işyeri şiddeti için de “dikkate değer bir iş sağlığı sorunu” tanımlaması yapılmıştır.

Fiziksel şiddet uzun zamandan beri gündemdeyken psikolojik şiddet son zamanlarda üzerinde durulmaya başlanan konulardan birisidir. Fiziksel ve psikolojik şiddet, çoğu zaman birlikte gerçekleşmektedir (36).

İşyeri şiddetine maruz kalması muhtemel iş grupları, toplumsal hizmet sunan sağlık, ulaşım, eğitim, ceza evi, perakende ve konaklama sektörleridir (3). Yalnız ve/veya gece çalışan, nakit para ile uğraşan, topluma güvenlik hizmeti veren ve suç işleme olasılığı yüksek bölgelerde çalışanlar daha büyük risk altındadır. Bir başka tanıma göre ise işyeri şiddetinin, daha stresli işler yürütülen işyerlerinde görülme sıklığı daha yüksektir (37).

İşyeri şiddeti, temel olarak şiddetin kaynağı ve oluş şekline göre alt başlıklara ayrılmaktadır:

2.4.1. İşyerinde Yaşanan Bazı Şiddet Türleri

İşyerinde yaşanan şiddet türlerinden fiziksel şiddet, sözlü taciz, cinsel taciz ve yıldırma davranışları en sık karşılaşılan şiddet olayları kapsamında ele alınan olgulardır (3).

Fiziksel şiddet: DSÖ'nün (11) tanımına göre fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba karşı yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlarla sonuçlanan fiziksel güç kullanımıdır.

Fiziksel şiddet davranışları, belirli bir süreçten geçerek ortaya çıkar. Üzerinde çalışılmış kesin bir sıralama bulunmamakla beraber, düşmanlık ifadeleri yerini engellenme davranışlarına, engellenme davranışları ise açıkça fiziksel şiddet davranışlarına bırakabilmektedir (38). Bu davranışlar, basitçe itilip kakılmadan, yaralanma ve ölüme sebebiyet vermeye kadar değişik nitelikte olmaktadır.

İşyerinde gerçekleşen başlıca fiziksel şiddet davranışları türleri şu şekilde sıralanabilmektedir: Vurma, tekme atma, itme, ağzını kapama, yaralama, zarar vermeye yönelik fiziksel temas, cinsel içerikli fiziksel saldırı, tehdit ve taciz yoluyla fiziksel zarar verme, tükürme, sıkma ve sıkıştırma, bıçaklama, kesici alet ve silah kullanma, cinayete teşebbüstür (39).

“**Sözlü taciz:** Karşısındaki kişi ya da mesleğine yönelik hakaret etme, küfür etme, aşağılayıcı sözler söyleyerek, incitme şeklinde ya da baskı yaratıcı, tehdit edici ve suçlayıcı konuşma tarzı ile sözel olarak yapılan iletişim ya da başka bir deyişle karşısındaki kişiye yönelik saygısızlık, kabalık olarak tanımlanmaktadır (40).”

Sözlü taciz; yaş, özürllülük, cinsiyet, cinsel eğilim, ırk, dil, din, fikir ve inançlar, sosyal köken, mülkiyet, doğum yeri gibi değerleri içeren ve çalışanların onurunu etkileyen davranışlardır (28).

Reponun belirttiğine göre Buss’un tanımladığı sözel şiddet aşağıdaki davranışlarla gerçekleşmektedir:

- **Aktif doğrudan sözel şiddet:** Kişiyi herkesin için hakaret etmek ya da buna neden olmak,
- **Aktif dolaylı sözel şiddet:** Kişinin hakkında kötü niyetli söylenti yaymak /dedikodu çıkarmak,
- **Pasif doğrudan sözel şiddet:** Kişiyi konuşmayı reddetmek, sorularına yanıt vermemek
- **Pasif dolaylı sözel şiddet:** Kişi hakkında doğru olmayan yorumlar yapmak (37).

İşyerinde gerçekleşen başlıca sözlü taciz çeşitleri ise; kızgın bir ses tonuyla bağırma, küfürlü konuşma, uygun olmayan şakalar yapma, hakaret, aşağılama ve küçümseme davranışları, acı vermeye yönelik sözler kullanma, tehdit etme ve istenmeyen telefon aramaları Şeklindedir (41).

“**Cinsel taciz:** İşyerinde cinsel taciz ise bir işyerinde, bir kişinin bir başka kişiyi cinsel amaçlı olarak tehdit etmesi, hakaret etmesi veya hor görmesi, taciz edildiği hissini verebilecek veya onun iş performansını olumsuz olarak etkileyebilecek, iş güvenliğini ortadan kaldırabilecek, tehlikeli yıldırıcı bir çalışma ortamına yol açacak, tekrar edilen ve istenmeyen sözlü, fiziki veya el-kol ile yapılan cinsel yaklaşımlar, aşağılayıcı cinsel konuşmalar ve cinsel ayırım güden sözler olarak tanımlanabilir (27).”

Cinsel taciz en hafif şekliyle hoş karşılanmayan cinsel içerikli bir şaka olabileceği gibi, en ağır şekillerinden birisi olan tecavüz biçiminde de meydana gelebilir.

“Cinsel taciz, kadınlarla erkeklerin bir arada çalıştıkları ortamlarda sorun olarak ortaya çıkan, fakat sosyal ve psikolojik nedenlerle çoğu kez açıkça ifade edilemeyen bir olgudur. Bu olgu, kadının çalışma hayatında belirli görev ve roller üstlenmesinden beri her geçen gün daha fazla dikkat çeken bir konu olmuş ve özellikle 70’li yıllardan itibaren kadın çalışanların işgücüne katılımı ve işyerindeki geleneksel erkek rollerini üstlenmeleri ile birlikte, cinsel taciz olaylarında büyük artış yaşanmaya başlanmıştır (27).”

İşyerinde yaşanan cinsel taciz, ilgili çalışana saldırıdır, çalışanın kendisini tehdit edilmiş, aşağılanmış, korunmaya muhtaç duruma düşürülmüş veya tacize uğramış hissetmesine neden olur, performansını etkiler, iş güvencesinin temelini zayıflatır ya da iş ortamına tehdit yaratır veya iş ortamını bozar. İşyerinde cinsel taciz, çoğu kez, bir güç gösteresidir (19).

Bir davranışın işyerinde cinsel taciz olarak kabul edilebilmesi için birtakım unsurları içinde barındırması gerekmektedir. Bu unsurlar (2);

a) Davranışın işyerinde veya işle ilgili bir ortamda meydana gelmesi gerekir. Örneğin, sağlık kurumları açısından baktığımızda herhangi bir sağlık kurumunda, kurumun düzenlediği sosyal aktivitelerde ya da ev ziyaretlerinde olabilecek cinsel tacizler işyerinde cinsel taciz olarak değerlendirilir.

b) Davranışın kişinin cinsiyeti, cinsellik veya cinsellik çağrıştıran konularda olması gerekir. Örneğin, kadınların daha az zekalı olduğunu belirten bir söz veya cinsellik içeren fıkralar bu kapsamda değerlendirilebilir.

c) Davranışın istenmeden veya karşısındakinin onayı olmadan yapılması gerekir. İstemediği halde birisine masaj yapmaya kalkmak örnek olarak verilebilir.

d) Kişinin çalışma Şartlarını veya çalışma ortamını etkilemesi gerekir. Kendisinin cinsel beraberlik teklini kabul etmeyen iş göreni işten çıkaran veya terfi ettirmeyen bir yöneticinin davranışı veya yapılan davranışlardan dolayı bir iş görenin iş veriminin düşmesi bu konularda örnek olarak verilebilir.

e) Süreklilik gösteren bir davranış olması gerekir. Bazen tek bir davranış cinsel taciz olarak kabul edilebileceği gibi bazı davranışların cinsel taciz olarak değerlendirilebilmesi için tekrar eden bir davranış olması gerekir. Örneğin, işyerindeki bir arkadaşın reddedilmiş olmasına karşın, ısrarla yemeğe çıkma teklifi yapması cinsel taciz kapsamına girebilir (2).

İşyerinde yaşanan cinsel taciz, yapılış şekli bakımından;

Sözlü gerçekleşen tacizler; cinsel ilişki teklifleri ile gerçekleşen tacizler, istenmeyen cinsel ilgi ve ısrarlı flört teklif etme,

Sözlü olmayan tacizler; bedenen gerçekleşen tacizler, birisinin yanından sürtünerek geçmek, beden diliyle gerçekleşen tacizler (fiziki görünüş-kıyafet, oturma biçimi, yüz ifadesi, kur yapma) dikkatlice veya şehvetle birisinin vücuduna bakma,

Görsel davranışlar ile gerçekleşen tacizler; müstehcen materyaller ile gerçekleşen tacizler (örneğin hastanın cinsel organını hemşireye göstermesi gibi), bilgisayardaki müstehcen ekran koruyucusu programı, yazıyla gerçekleşen tacizler, iletişim araçları yoluyla gerçekleşen tacizler (kısa mesaj, e-mail yoluyla) olarak ele alınmaktadır (42).

Mağdurların genç ve deneyimsiz olmaları, seksi giyinmeleri, Şikayetçi olmamaları cinsel tacize yol açan bireysel faktörler olarak ele alınırken, örgütsel gücün kötüye kullanılması, örgüt kültürünün cinsel tacizi önemsememesi, işyerindeki ilişkilerin Şiddete yatkınlığı, yönetimin cinsel taciz olaylarına karşı sağır kulaklı sendromu yaşaması, işyerindeki erkek sayısının fazlalığı, işyeri koşulları ve yapılan işin niteliği ise cinsel tacize yol açan kurumsal faktörler olarak ele alınmaktadır. Ayrıca kadınların erkeklerden daha fazla cinsel tacize maruz kalmaları, kadınların cinsel kimlikleri ve rolleriyle de açıklanabilir. Bunun yanı sıra yasal düzenlemelerdeki yetersizlikler ve uygulamalardaki eksiklikler, cinsel tacizi önleyecek mekanizmaların olmaması ve medya faktörü cinsel tacize yol açan diğer faktörler arasındadır (42).

Yıldırma: Türkçede, duygusal taciz, psiko-terör, psiko-şiddet, yıldırma, psikolojik taciz, duygusal saldırı, zorbalık, işyerinde psikolojik yıldırma, psikolojik Şiddet, psikolojik baskı olarak da geçen mobbing kelimesini ilk olarak 1960'lı yıllarda; hayvan davranışlarını inceleyen Avustralyalı bilim adamı Konrad Lorenz'e, hayvanların davranışlarını tanımlamak için kullanmıştır. Daha sonraları İsveçli Sosyolog Peter-Paul Heinemann tarafından 1970'li yıllarda çocukların-küçük bir grubun tek bir çocuğa karşı olan çok yıkıcı davranışlarını ifade etmek amacı ile kullanılan kavram 1980'li yıllarda ise, benzer davranışları çalışanlar arasında gözlemleyen Heinz Leymann, Mobbing terimini işyerinde yetişkinler arasındaki grup Şiddetini tanımlamak için kullanmıştır (43).

“Dr.Heinz Leymann mobbingi; “Bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik terördür” olarak tanımlamıştır. Tınaz’ın bildirdiğine göre Leymann, mobbinge maruz kalanlarla ilgili de çok sade ve sezgiye dayalı bir betimleme yapmış ve mağdurlar için “Kurban, kendisinin kurban olduğunu hissedendir ”ifadesini kullanmıştır (43).”

Dr.Heinz Leymann mobbingi; “Bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik terördür” olarak tanımlamıştır. Tınaz’ın bildirdiğine göre Leymann, mobbinge maruz kalanlarla ilgili de çok sade ve sezgiye dayalı bir betimleme yapmış ve mağdurlar için “Kurban, kendisinin kurban olduğunu hissedendir “ifadesini kullanmıştır (42).

2.4.2. İşyeri Şiddetinin Sınıflandırılması

“Psikolojik şiddete neden olan davranışların neler olduğunun; diğer bir deyişle hangi davranış biçimlerinin bu düşmanca etkileşimde yer aldığıın bilinmesi sorunun belirlenmesinde ve çözümünde önemlidir. Bu davranışlar, tek tek ele alındığında gündelik yaşamın sıradan etkileşimleri olarak kabul edilebilir (11).”

2.4.2.1. Şiddetin Kaynağına Göre Sınıflandırılması

İşyeri şiddeti, tek bir tanımla tanımlanması mümkün olmayan bir şiddet türü olup saldırgan ve kurban arasındaki ilişkiye göre dört tip olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada geçtiğimiz yıllarda değişik çalışmalar tarafından önerilen sistem kullanılmıştır (3).

- **Tip I (Dış kaynaklı şiddet):** Bu tip şiddette, saldırgan, önceden herhangi bir ilişkisi bulunmayan işyerine hırsızlık veya başka bir adi suç amacıyla girer. Terörist saldırılar, protesto kaynaklı şiddet, akıl hastalıkları veya ilaç kullanımı sonucu meydana gelen şiddet ile rastgele saldırılar bu gruba dahildir. İşyeri cinayetlerinin %85’i bu tip saldırılar sonucu gerçekleşir (44).

Yapılan bir çalışmada dış kaynaklı, işyerine zorla giren saldırganların gerçekleştirdiği şiddet oranları 1978-1984, 1986-1992, 1994-1998 ve 2000-2004 yılları için toplam 381 örnek üzerinde yapılan araştırmada sırasıyla %45, %41, %34 ve %25 olarak tespit edilmiştir (32).

- **Tip II (Müşteri kaynaklı şiddet):** Bu tipte saldırgan, şiddet eylemini gerçekleştirdiği kurumla bir ilişki içerisinde olup bir müşteri, hasta, hasta yakını ya da yolcu olabilir. Saldırı, çalışan personele yöneliktir ve personelin müşteri veya hastaya yönelik şiddeti de bu sınıfa girer. Bu tip saldırıya maruz kalanların önemli bir kısmının sağlık çalışanları olduğu düşünülmektedir. İşyeri cinayetlerinin %3 kadarı bu tip şiddet sonucu gerçekleşir (32).

Müşteri kaynaklı şiddet, dış kaynaklı şiddetin aksine yıllara göre dengesiz bir dağılım göstermiştir. 1978-1984 yılları arasında şiddet vakalarının %31'i, 1986-1992 yılları arasında %21'i, 1994-1998 arasında %19'u ve 2000-2004 arasında da %31'i bu sınıftan şiddet olayıdır (32).

- **Tip III (İlişki kaynaklı şiddet):** Bu tip şiddet, saldırganın işyeri çalışanı olduğu durumları kapsar. Genellikle işyerinde anlaşmazlık yaşayan çalışanların uyguladığı şiddet tipidir. Saldırgan halihazırdaki veya eski iş arkadaşı ve yönetici olabilir. İşyeri cinayetlerinin %7'si bu tip şiddet yoluyla meydana gelir (44).

İlişki kaynaklı şiddet vakaları da dengesiz dağılım göstermiştir. 1978-1984, 1986-1992, 1994-1998 ve 2000-2004 yılları için şiddet vakalarının %2, %13, %19 ve %18'i bu tipten şiddet sınıfına dahildir (32).

- **Tip IV (Organizasyonel şiddet):** Çalışanlara, müşteri veya hastalara ve diğer organizasyon ya da topluluklara karşı düzenlenen şiddet eylemleri olarak tanımlanan şiddet tipidir. Geniş çaplı terörist saldırılar bu gruba dahil edilebilir (44). Tip IV şiddet, bir diğer çalışmada saldırganın kurbanla iş değil şahsi bir yolla tanışık olduğunu belirtir. Bu çalışmaya göre işyeri cinayetlerinin %5'i bu şiddet yoluyla gerçekleşir (32).

2.4.2.2. Şiddetin Oluş Şekline Göre Sınıflandırılması

Şiddet, oluş şekline göre iki ana başlıkta incelenebilir:

- **Fiziksel şiddet:** Bir kişi veya grup üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olabilecek şekilde fiziksel kuvvet uygulanması fiziksel şiddet olarak tanımlanır. Fiziksel şiddet, dayak atma, tekmeleme, tokatlama, çekme, itme, ısırma ve sıkma gibi temel olarak fiziksel hasara yönelik şiddet türüdür (3).

- **Psikolojik şiddet:** Fiziksel güç kullanılabileceği tehdidi de dahil olmak üzere bir kişi veya grup üzerinde fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimlerine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmak psikolojik şiddet tanımına girer. Psikolojik şiddet, sözel, mobbing/yıldırma, cinsel taciz ve tehdit yoluyla gerçekleştirilebilir (3).

Sözel şiddet, bireyi küçük düşürme, aşağılama veya bireyin değerlerine saygı duyulmadığını gösterme amaçlı kullanılan sözlü ifadelerdir. Tehdit ise birey veya grubun şiddete maruz kalacağı veya zarar göreceği korkusu oluşturma amacıyla fiziksel ya da psikolojik güç kullanılacağına dair yapılan sözlü saldırıdır (36). Mobbing, bireyi ya da grubu kasıtlı ve kötü niyetli davranışlar ile küçük düşürmek, değersiz hissettirmek veya ayağını kaydırmak amacıyla yapılan tekrarlayan ve uzun süre boyunca uygulanan bir yıldırma yöntemidir (32). Mobbing günümüzde çoğunlukla belli çalışan grupları üzerinde ayrımcılık şeklinde görülmektedir.

Taciz, işyerindeki kadın ve erkeklerin, yaş, engellilik, HIV taşıyıcılığı durumu, aile durumları, cinsiyet, cinsel yönelim, cinsiyet değiştirme, ırk, ten rengi, dil, din, politik tercih, sendika üyeliği, azınlık mensubu olma ve doğum gibi elinde olmayan durumlar veya kişisel tercihleri üzerinde şeref ve itibarlarını zedeleyici cinsten her türlü davranıştır (16). Cinsel taciz, kişiye saldırı niteliği taşıyan ve kişinin kendisini rencide olmuş hissetmesine, utanmasına ve korkmasına neden olan, karşılık verilmeyen ve hoş karşılanmayan cinsel nitelikteki fiziksel ve psikolojik taciz türüdür (3).

Sağlık sektöründe görülen şiddet de işyeri şiddetinin özel bir alt dalıdır. Sağlık sektörü, gün boyunca aralıksız hizmet veren, çok çeşitli bireyler ve gruplarla sürekli muhatap olmak durumunda olan, hizmet alan kişilerin sürekli olumlu beklentiler içinde olduğu ve bu beklentilerin gerçekleşmemesi durumunda aşırı hassasiyet geliştirebildikleri bir sektördür. Bu açılarından bakıldığında sağlık sektöründe gerçekleşen işyeri şiddeti diğer işyeri şiddeti olgularından ayrılmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, özel olarak, “kurbanları üzerinde acı verici şekilde rahatsızlık veya zarar vermeye yönelik her türlü saldırgan davranış” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kendini çeşitli şekillerde gösterebilir: sözlü tehditler, ölümle sonuçlanabilecek fiziksel şiddet, kayıp işgünleri, bilinç kaybı, harekette ve işte kısıtlama, mal kaybı, işe son verme, başka bir işe transfer veya tıbbi

müdahale (45). Sağlık sektörü, şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından birisi olup sağlık çalışanları, diğer meslek gruplarına göre daha fazla şiddet görme riski altındadır (2). Sağlık çalışanları, polis ve güvenlik elemanlarından sonra şiddete maruz kalma riski bakımından ikinci sırada gelmektedir (46). Geçtiğimiz yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki sağlık çalışanları, diğer sektörü çalışanlarına göre 16 kat fazla oranda şiddet riski altındadırlar ve son yıllarda yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet oranı artış göstermiş ve göstermektedir (42). Sağlık sektöründe yaşanan şiddete bağlı yaralanmaların dünyada gittikçe ciddileşen bir sorun olduğu çok önceden belirtilmiştir. Bununla birlikte sağlık sektöründeki hasta tehlikesi bazen de işyeri şiddet kapsamında değil yabancıların ya da iş arkadaşlarının garaz duygusuyla hareket edip saldırıya geçmeleri olarak da tanımlanmıştır (39).

2.4.3. İşyerinde Şiddet Olaylarını Kolaylaştıran/Artıran Faktörler

İşyeri şiddetini kolaylaştıran/artıran faktörlerin bilinmesi Şiddetin nedenlerinin, sonuçlarının anlaşılmasını sağlar. Böylece şiddeti önlemeye yönelik etkin politika ve temel yaklaşımlar belirlenebilir. Ancak karmaşık bir yapıya sahip olan bu faktörler, hem işyerinde görülen şiddetin fiziksel ya da psikolojik oluşuna, hem de şiddeti uygulayan ile şiddet mağduruna göre değişebilmektedir. İşyerinde şiddeti kolaylaştıran/artıran faktörler bireysel, durumsal, örgütsel ve sosyal faktörler olarak incelenebilir.

Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenler ve kişilik özellikleridir. Bu değişkenler suç işleyen ve mağdur için değişik özelliklere bürünebilmektedir. Örneğin suç işleyenlerin genellikle genç, erkek, şiddet geçmişi olan, sorunlu bir çocukluk yaşamış, zihinsel hastalığı olan, ateşli silah sahibi, alkol/ilaç kullanma gibi özellikler taşıdığı görülmektedir. Mağdur için ise bireysel risk faktörleri olarak, genellikle kadın, 20– 40 yaş arası, çalışma süresinin az, bekâr/boşanmış olması, düşük eğitim seviyesi, (deneyim), düşük benlik saygısı, içedönük, insafli ve uysal kişilik yapısı, üniforma giymesi, beceri düzeyi ve dış görünüşü gibi faktörler öne çıkmaktadır.

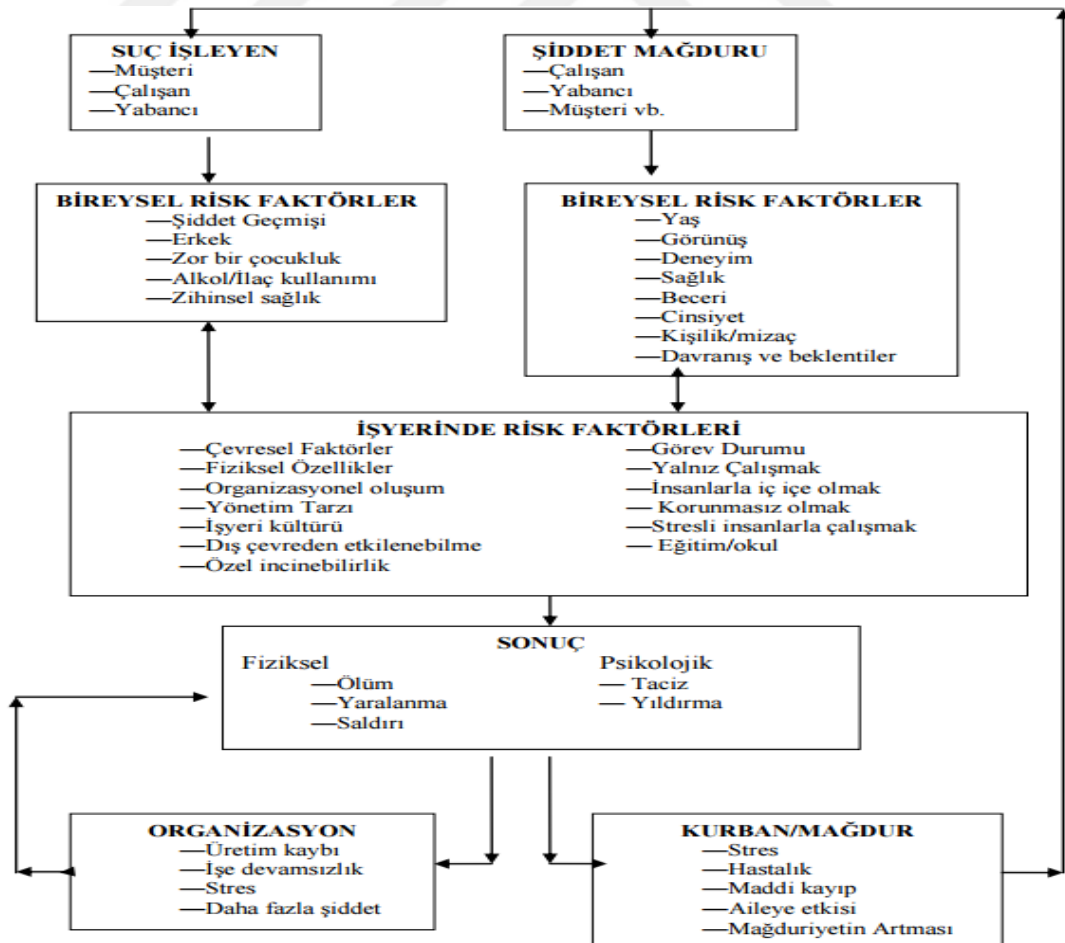
Durumsal faktörler; işyerinde cinsiyet oranlarının eşitsizliği, statü ve deneyim farkından kaynaklanan güç dengesizliği, iş güvenliğinin olmaması, yönetici değişimi, gece saatlerinde yalnız çalışma, insanlarla iç içe çalışma, insanlarla para değişimi

yapma, acılı-üzüntülü insanlarla çalışma, gece geç saatlerde ve sabah erken saatlerde çalışmak gibi durumlardır.

Örgütsel faktörler; örgütte değişim sürecinin başlaması, örgütsel yapılanma, uygun olmayan fiziksel iş koşulları, zayıf yönetim, tedavi, bakım, danışmanlık gibi hizmet sektörleri ve işyeri kültürü şiddete neden olan kurumla ilgili faktörler arasındadır.

Sosyal faktörler; ise toplumdaki genel suç oranı, ekonomik değişim, sosyal değişim, göç ve biçimsel olmayan sektörün (kayıt dışı ticari faaliyetler) artışıdır. Görüldüğü gibi işyerinde şiddete neden olan faktörler arasında oldukça karmaşık bir ilişki olmakla birlikte, risk faktörleri özelden genele doğru bir açılım sergilemektedir. Bu yaklaşımdan hareketle, Dia Martino ve diğerleri tarafından şekil 2’de şematize edilen “İnteraktif İşyeri Şiddeti Modeli” geliştirilmiştir.

Şekil 2. İnteraktif işyeri şiddeti modeli



Şekil 2, 47. Kaynaktan alınmıştır.

Özen'in bildirdiğine göre, Çalışma İstatistikleri Bürosu'nun (Bureau of Labour Statistics-BLS), ölümcül mesleki yaralanma sayımına göre, Amerika Birleşik Devleti'nde 2001 yılında işyeri şiddeti sonucu toplam 8786 ağır yaralanma olayı görülmüş ve 639 işyeri cinayeti işlenmiştir. Bu ülkede her hafta yaklaşık 20 işçi cinayete kurban gitmekte ve işyerlerinde her yıl 1 milyon saldırı olayı gerçekleşmekte olup, çalışan her beş işçiden biri işyerinde psikolojik olarak şiddet deneyimleri yaşamaktadır (19). Yine bu ülkede işyerinde yaşanan ölümcül olmayan şiddet uygulamalarından kaynaklı 876 işgünü kaybı yaşanmakta ve 16 milyon Amerikan Doları harcama yapılmaktadır. Dünya Çalışma Örgütü (International Labour Office – ILO)'nün belirttiğine göre Arjantin, işyerinde cinsel taciz ve saldırının yoğun yaşandığı ülkelerden birisidir. Bu ülkede 1995 verilerine göre erkeklerin %16.6'sı ve kadınların %11.8'i işyerinde saldırıya uğramıştır (4).

İsveç İş Çevresi Otoritesi (Swedish Work Environment Authority), 12 ay boyunca şiddet ve şiddet tehdidi yaşayanların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu bildirmiştir. Hinchberger'in bildirdiğine göre ABD Ulusal Mağdur Araştırması (National Victimization Survey) sonuçlarına göre 2000 yılında 13,935 kadın işyerlerinde Şiddete maruz kalmıştır (48).

2000 yılında Avrupa Birliği üye ülkelerinin tümünde 21.500 kişiyle yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmış olan Üçüncü Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması (Third European Survey on Working Conditions)'nin sonuçlarına göre çalışanların %2'si işyerindeki insanlardan gelen fiziksel şiddete, %4'ü ise işyeri dışındaki insanlardan gelen fiziksel şiddete, %22'si cinsel şiddete ve %9'u ise psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Cinsiyet açısından bakıldığında kadın işçilerin %10'u erkek işçilerin ise %8'i psikolojik şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada çalışanlar, işyerinde maruz kaldıkları şiddet dolayısıyla başta stres olmak üzere, sağlık problemlerinin arttığını, çalışanların %40'ı fiziksel şiddete bağlı stres, %47'si psikolojik şiddete bağlı ve %46'sı cinsel şiddet deneyimlerine bağlı stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (19).

2.5. İşyeri Şiddetinin Sonuçları ve Önlemler

İşyerinde yaşanan şiddet anlık sonuçlar yaratabileceği gibi uzun dönemde de olumsuz etkileri görülen bir sorundur. İşyeri şiddetinin maliyeti bireysel, kurumsal ve aynı zamanda toplumsal olabilmektedir.

Bireysel sonuçları: Sağlık kurumlarında şiddet yaşayan bireyler korku ve endişe yaşayıp kendilerini savunmasız hissetmektedirler. Bu durum çalışmada iş doyumsuzluğu meydana getirmekte ve stres yaratmaktadır (42). Sağlık çalışanları yaşanan şiddet olayı sonrasında şok, inanamama, suçluluk, kızgınlık, depresyon, kendinden utanma, güçsüzlük duyguları yaşamakta; stres ve ünsiyetesin artmakta, kendilik değerinde azalma olmakta, devamsızlıklar artmakta, iş performansı olumsuz etkilenmektedir. Bunların devamında da sağlık çalışanında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) meydana geldiği, düşünce/hafıza bozukluğu yaptığı, her olayı saldırı ile ilişkilendirdiği, süper-alarm durumuna geçtiği ifade edilmektedir (49).

2000 yılında Avrupa Birliği üye ülkelerinin tümünde 21.500 kişiyle yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılan Üçüncü Avrupa Çalışma Koşulları araştırmasının sonuçlarına göre; çalışanlar işyerinde maruz kaldıkları şiddet dolayısıyla başta stres olmak üzere, sağlık problemlerinin arttığını, çalışanların %40'ı fiziksel Şiddet, %47'si psikolojik şiddet ve %46'sı da cinsel şiddet deneyimlerine bağlı stres yaşadıklarını açıklamışlardır (19).

Cinsel şiddet diğer psikolojik şiddet türlerinden farklı olarak, bireyin tecavüze uğrama korkusuna, cinsel işlev bozukluğuna, utanç duygusuna ve kendini suçlamasına yol açabilmektedir. Cinsel taciz sonrası hemşireler; anksiyete, düşük benlik saygısı, depresyon, iğrenme duygusu, sinirlilik, baş ağrıları, kilo değişimleri, kan basıncında değişim, uykusuzluk ve TSSB yaşamaktadırlar (50). Diğer Şiddet türlerine göre kadının yaşadığı cinsel taciz dört kat daha fazla TSSB'na neden olur (Annagür, 2010). Ayrıca cinsel taciz sonrası hemşirelerde iş doyumunu, iş verimliliği azalabilmekte işse devamsızlık ve işten ayrılmalarda artmakta, bu da iş gören devir hızını artırdığından hasta bakımının kalitesini düşürmektedir (50).

Kurumsal sonuçları: İşyerinde yaşanan şiddet, çalışanın motivasyonunu, performansını, verimlilik ve yaratıcılığını azaltarak işse uyumsuzluk ve yabancılaşma duygusu yaratmakta bu da iş doyumsuzluğu, işse devamsızlık ve işten ayrılma isteğine

yol açmaktadır (51). Ayrıca şiddet olayları örgütsel çatışma, sağlık çalışanlarının işgücü devir hızında artış, yaşanan şiddet olayları sebebiyle çalışanlara ödenen tazminatta artış, kurumun isminde yıpranma, hasta bakımının kalitesinde azalma sonucu hasta sayısında azalma, hastanelerde toplam iş günü kayıpları, yeni sağlık çalışanın temini ve eğitiminde maliyet artışları gibi birçok kurumsal sonuca yol açmaktadır (49).

Türkiye’de sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet olaylarına ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır (50).

Türkiye’de hukuk çevrelerinde daha çok şiddetin fiziksel ve cinsel yönü inceleme konusu yapılmıştır.

Şiddet; maddi ve manevi bütünlük hakkı, kişi özgürlüğü ve bütünlüğü hakkı, ifade özgürlüğü ve yaşam hakkını tehdit eden/engelleyen bir durumdur. Ayrıca sağlık ve çalışma hakkı gibi temel hak ve özgürlüklerden tam olarak yararlanmayı engeller. Bu bağlamda ülkemizde yürürlükte olan bazı yasalarda yer alan hükümler Tablo 1’de verilmiştir (51).

Tablo 1. Şiddet olaylarında başvurulabilecek hukuki düzenlemeler

Kanun Adı	Kanun Tarihi	Kanun sayısı	İlgili Madde	Kapsamı
T.C Anayasası	08.10.82	2709	12 17 49 56	Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir Herkes, yasama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler
Türk Ceza Kanunu	26.09.2004	5235	81-85 86-89 102, 105 106 107 108 117 118 121 122 123 125, 131 134-135	Kasten ve taksirli öldürme Kasten yaralama ve taksirle yaralama Cinsel dokunulmazlık Tehdit Şantaj Cebir İş ve çalışma hürriyetinin ihlali Sendikal hakların kullanılmasının engellenmesi Dilekçe hakkının kullanılmasının engellenmesi Ayrımcılık Kişilerin huzur ve sükununu bozma Hakaret Özel hayata ve hayatın gizli alanına karşı suçlar
Kanun Adı	Kanun Tarihi	Kanun sayısı	İlgili Madde	Kapsamı
Türk Medeni Kanunu	22.11.2001	4721	2 3 23-25	Dürüst davranma İyi niyet Kişiliğin korunması başlıkları adı altında şiddete uğrayan çalışanın yararlanabileceği hükümler yer almaktadır
İş Kanunu	22.05.2003	4857	24-25 24/II-b 25,77,83	Cinsel Taciz Psikolojik şiddet
Devlet Memurları Kanunu	14.07.1965	657	7.Bölüm	Disiplin başlığı adı altında hakaret, saygısızlık, kötü muamele etmek, ayrımcılık yapmak, tehdit etmek ve fiili tecavüzde bulunmak
Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği	21.08. 1982	17789	6,8,9,11	Kötü muamele, hakaretle sataşma, sözle saygısızlık etme, küçük düşürücü veya aşağılayıcı fiil ve hareketlerde bulunma, tehdit ve fiili tecavüz
Türk Borçlar Kanunu Yasa Tasarısı	7.11.2009 (Son güncelleme)	1/674	416 (3 fıkrası) 417	İşçinin kişiliğinin korunması Ev düzeni içinde çalışma

Tablo 1, (Yeşildal, 2005)'den uyarlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”in 18. Maddesinde hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri yer almaktadır. İlgili maddede hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için yapılacak işlemler şunlardır (52):

a) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.

b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın Şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.

c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur (52).

Türk Tabipler Birliği tarafından sağlık çalışanlarının sağlık kurumlarındaki görevleriyle ilgili maruz kaldıkları her türlü şiddeti bildirmeleri için hazırlanmış olan bir form bulunmaktadır.

Başbakanlık, 4 Temmuz 2006 tarih ve 17 sayılı genelge ile 183 No.'lu Alo şiddet Hattı oluşturmuştur. Bunun yanı sıra, İstanbul Tabip Odası Başkanlığı da beş ilde Alo şiddet hattını kurduklarını belirtmiştir.

Türkiye'de psikolojik Şiddet kavramın çok yeni olmasına rağmen, ilk kez 5 yaşam koçu, 2 psikolog ve 1 avukat bir araya gelerek yıldırma davranışa maruz kalanlara ücretsiz olarak hizmet verdikleri bir araştırma merkezi kurmuşlardır (53).

Ankara 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin, 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Psikoloji bölümü öğretim üyeleri denetiminde Çalışana Psikolojik Destek Programı kapsamında "Travma Psikolojisi" içerikli Travmatik yaşantılarla başa çıkma adlı grup etkileşim çalışmaları yürütülmektedir. Bunun dışında yine çalışanlara bireysel stres yönetimi, öfke kontrolü, görev bilinci ve görev esnasında doğru tutum ve davranışlar, afet psikolojisi, olay yeri yönetimi başlıklı eğitimler verilmektedir.

2.6. Sağlık Kurumlarında Şiddet

İşyeri şiddeti tüm kurumları etkilerken, bazı kurumların ve mesleklerin çalışma koşulları nedeniyle işyeri şiddetine maruz kalma açısından riskin daha fazla olduğu kabul edilmektedir.

İş yerindeki bütün şiddet olaylarının %25'inin sağlık kurumlarında ortaya çıktığı ve bu kurumlarda çalışanların %50'sinin Şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir. Diğer bir deyişle giderek yaygınlaşan şiddet olayları, tüm dünyadaki her iki sağlık görevlisinden ortalama birini etkilemektedir (18).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet; ziyaretçiler, hastalar/hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve yöneticilerden kaynaklanmaktadır. Kaliforniya İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi (California Occupational Safety and Health Administration-OSHA) tarafından sağlık bakım endüstrisinin birincil sorununun, %69,1 oranıyla hasta ve yakınlarının personele uyguladığı şiddet olayları olduğu ortaya konmuştur (53).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, tüm sağlık personeline karşı yöneltilebileceği gibi bazı birimler daha büyük risk altındadır. Özellikle hastalarla çok yakın temas içinde bulunan hemşireler, yüksek stres altında çalışmak zorunda olan acil servis çalışanları, madde bağımlısı ve/veya akli dengesi yerinde olmayan kişilerle ilgilenmek zorunda olan psikiyatri servisi çalışanları ve pratisyen/asistan hekimler bu risk grubuna dahildir. Hemşireler, tüm bu birimlerde çalışmakta olduklarından ayrıca risk altındadırlar. Bu birimlerin mensuplarına yöneltilecek şiddetin farklı nedenleri vardır. En yüksek şiddet oranları psikiyatri koğuşları, acil servisler, bekleme odaları ve geriatri merkezlerinde gerçekleşmektedir (52).

Acil servislerde yaşanan şiddet olayları küresel bir sorundur ve kapsamlı şekilde incelenmiştir (Ayrancı, 2005). Acil servis, sağlık birimleri içerisinde şiddet açısından en büyük risk taşıyan birimdir. Acil servislerde yaşanan şiddetin nedenleri üzerine de çok sayıda çalışma yapılmıştır.

Acil servisler, acil müdahale gerektiren vakaların ve ağır yaralanmış, ölüm riski yüksek hastaların tedavi edildiği getirildiği yerler olduğundan gerilimli ortamlardır. Özellikle hasta yakınları için gerilim ve stres daha yüksektir. Bu tip ortamlarda yaşanabilecek en ufak bir huzursuzluk, yanlış anlaşılma ya da bilinçsiz hata, hasta yakınlarının şiddetli tepkisiyle karşılanabilir. Acil servislerdeki ölüm olayının nedeni başarısız veya yanlış müdahale olarak algılanabileceğinden şiddet riski de artar (54). Dolayısıyla acil servislerdeki şiddetin başlıca nedeni olarak stres gösterilmektedir. Acil serviste çalışan hemşirelerin kendilerini güçsüz hissetmeleri, acil servislerin sürekli olarak herkese açık olması ve hasta sayısının çokluğu, yeterli donanıma sahip güvenlik personelinin yokluğu, şiddetli anlaşmazlıklar, çalışanların deneyimsizliği de şiddete neden olabilecek unsurlardır (55). Bunların yanı sıra hastaya ve hasta yakınlarına sağlanan alanın kısıtlı oluşu, mahremiyet eksikliği, tedavi ve kayıt için uzun süreli beklemler de acil serviste şiddeti körükleyebilir. Acil servisin bu tehlikesine karşın,

meydana gelen şiddetin boyutlarını anlamak tam olarak mümkün olamamaktadır; çünkü olayların önemli bir kısmı kayıt dışıdır (54).

Psikiyatri bölümü de yüksek şiddet riski içeren bölümlerden birisidir. Araştırmalar psikiyatri hemşirelerinin 10-16 %'sının son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığını göstermektedir (56). Bir diğer çalışmada akıl hastalıklarıyla uğraşan sağlık çalışanlarının %61'inin en az bir kere şiddete maruz kaldığı ve kadın çalışanların erkeklere göre daha fazla şiddete uğradığı, erkek hastaların da kadın hastalara göre daha fazla şiddet uyguladığı tespit edilmiştir (55). Psikiyatri bölümündeki şiddet ile ilgili 2013 yılında yapılan bir çalışma oldukça kapsamlı bir tarama sunmaktadır. Psikiyatri bölümünde yaşanan şiddet vakalarında kurbanın cinsiyeti önemli bir rol oynamaktadır. Kadınlar genellikle cinsel ve fiziksel açıdan şiddete maruz kalıp tehdit altında bulunurken erkekler genel olarak çok az fiziksel saldırıya uğramaktadırlar. Psikiyatri bölümünün bir diğer önemli farkı ise şiddet vakalarının kurbanın yaş ve unvan gibi özellikleriyle bağlantılı olmamasıdır. Çalışanların neredeyse yarısı (%48), en az bir kere hasta tarafından fiziksel saldırıya maruz kaldığını bildirmiştir. Tecrübesiz personelin daha fazla şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalanların cinsiyetinin önemli role sahip olmadığı da ayrıca bildirilmiştir (35).

Hemşireler ise sağlık çalışanları içinde şiddete en çok maruz kalan sağlık personelidir (2). Acil servislerde çalışan hemşirelerin diğer hemşirelere göre daha fazla risk taşıdığı ve ABD'deki bir çalışmada acil servis hemşirelerinin şiddete uğrama risklerinin diğer hemşirelere göre 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada hemşirelerin %67'sinin çalışmanın yapılmasından önceki son altı ay içinde şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (54).

Hemşirelere yönelik şiddetin nedenleri, hemşirenin genç ve tecrübesiz oluşu, daha düşük seviyede bir meslek unvanına sahip olması, hastalarla doğrudan yakın temas içinde bulunması ve bireysel bazda insan iletişiminin zayıf olması sayılabilir (66). Bir çalışmada ise hastaların, tedaviyi reddetmelerinden korktukları için doktorları suçlamayı göze alamadıkları; ama hastanenin ara elemanı olarak gördükleri hemşirelere karşı böyle bir korku beslemedikleri için hemşireleri günah keçisi olarak gördüklerinden bahsedilmiştir (58). Hemşirelere yönelik şiddet konusunda pek çok çalışma olmasına karşın elde edilen bilgiler istenilen seviyede olmayıp tam olarak gerçeği yansıtmamaktadır.

Bilgilerin açıklanmasında hastane yönetimlerinin bile engeller koyduğu düşünülmektedir (59).

Şiddetin nerelerde yoğunlaştığı konusunda literatürde fazla bir veri olmamasına karşın acil odaları, servisler ve polikliniklerin şiddet eylemlerinin en çok gerçekleştiği yerler olduğu bildirilmiştir (53). Bu birimlerin yanı sıra azalan oranlarda bekleme salonları, park yerleri, koridorlar ve kafeteryalar da riskli alanlar olarak belirtilmiştir (19).

2.7. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddette Risk Faktörleri, Şiddetin Nedenleri ve Sonuçları

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve süreleri diğer sektörlerden farklıdır. Bundan dolayı şiddete maruz kalma riskleri de daha yüksek olup şiddet risk faktörleri de genel işyeri şiddeti risk faktörlerinden farklılık arz eder.

Sağlık çalışanları, diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak hasta ve ailesi ile genellikle zor koşullar altında yakın ve hastalığın derecesine göre uzun süreli ilişki içerisinde bulunmak zorundadır (3). Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin, çok geniş bir bölgede, toplumun her katmanından insan tipine duruma göre hızlı veya uzun süreli, etkin ve kesin sonuç alıcı şekilde sunulması beklenmektedir. Bütün bu durumlar risk faktörlerini ve sağlık çalışanlarının değişik tiplerde ve sürelerde şiddete maruz kalma tehlikesini arttırmaktadır. Risk faktörlerini tanımlamadan ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutunu incelemeyen önce şiddet eğilimi en yüksek olan grubu tanımlamak yararlı olacaktır.

Şiddet eğilimi en yüksek kişiler, otuz yaş altı, erkek, düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen, silah bulundurulabilen veya bulundurmaya eğilimli, daha önce yasalarla sorunlar yaşayan ve hatta tutuklanma öyküsüne sahip kişilerdir. Alkol ya da madde kullanımı veya bağımlılığı da bu kişilerdeki şiddet eğilimini arttırmaktadır. Bunların yanında beyin disfonksiyonu, Alzheimer gibi nörolojik ve çeşitli psikolojik rahatsızlıkları, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyonu olan kişilerin şiddet uygulama riski daha yüksektir (19). Şiddet uygulanmadan hemen önce prodromal bir dönem oluşur ve bu dönemde kişide anksiyete, fizik aktivite artış, gerginlik, ses yükseltme, postür değişikliği gibi belirtiler gözlenir. Bununla birlikte sakın gözüken bir kişinin aniden patlaması da mümkündür (60). Erkeklerin kadınlara

göre daha yüksek oranda şiddet eylemine karıştığı bulgular arasındadır. Bununla beraber cinsiyetle şiddet arasında doğrudan bir bağlantı bulunmadığı da tespitler arasındadır. Şiddet eğiliminin artan yaşla birlikte azaldığı da tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak yaşla birlikte bireyin, şiddet eylemi sonucunda katlanması gereken yükümlülüklerin boyutunun farkına varması gösterilmektedir. Eğitim seviyesinden çok bireyin gelir düzeyi ile şiddet arasında negatif bir korelasyon olduğu tespitler arasındadır (30).

“Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oldukça yaygın bir sorun olarak tüm Dünya’da sürmektedir ve genel eğilim Şiddetin giderek arttığı yönündedir. Kuşkusuz şiddetin pek çok nedeni vardır. Olası nedenlerden biri de sağlığın insanların temel haklarından biri olmasına karşın, sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliklerin artmasıdır. Bir yandan insanlık, evrensel bildirge ve yasal düzenlemelerle sağlığı bir hak olarak kabul ederken, diğer yandan milyonlarca insan hala sağlık hizmetlerine erişememektedir (36).”

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin diğer olası nedenleri ise;

- “- Parçalanmış aile üyelerinin hastanelere yansımaları,
- Hasta/hasta yakınları arasında ateşli ve diğer silahlara sahip olanların yaygınlığının artması,
- Hastane, klinik ve eczanelerde ilaç ve paranın ulaşılabilir olması ve buralarda çalışanların mağdur haline gelmesi,
- Yemek ve ziyaret saati gibi işlerin yoğun olduğu dönemlerde personel sayısının az olması,
- Hasta muayenesi ve tedavisi sırasında izole bir muayene odasında olunması, iletişim aletleri ve alarm sistemlerinden uzak izole birimlerde (sterilizasyon, laboratuvar) yardım almadan çalışılması,
- Saldırgan davranışla baş etmede, hastalarla ilişkide, krizi yönetmede çalışan sağlık bakım personelinin ilgili konularda eğitim yetersizliği,
- Çalışanın deneyiminin yetersiz olması,
- Aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışma, sağlık hizmetlerinde maliyeti azaltma girişimleri,
- Bekleme salonlarının aşırı kalabalık olması ve uygun olmayan çevresel koşulların ortamın gerilimini artırarak, önyargı oluşması/aleyhte tavır almaya neden olması,

- Güvenlik hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması, Hasta/ hasta yakınlarının bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemesi,

- Hasta/hasta yakınlarının kendi hastalarının daha acil olduğunun düşünmesi,

- Hasta/hasta yakınları tarafından işlerin düzenli yürümediği veya muayene sırası ve hastane girişlerinde adil davranılmadığı hakkında şüphelerinin olmasıdır (61).”

2.7.1. Risk Faktörleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin diğer işyeri şiddet türleriyle pek çok ortak yönü olmasına karşın, verilen ve alınan hizmet boyutunun özellikle duygusal anlamda oldukça farklı olmasından dolayı risk faktörleri açısından önemli farklılıklar vardır. İşyeri şiddeti, Tip I, II, III, IV kaynaklı olabilir. Benzer şekilde sağlık sektöründe gerçekleşen şiddet de her kaynaktan olabileceği gibi ağırlık Tip II’dir.

Risk faktörü, bir bireyin, durumun ya da çevresel etkenin, bir etkileşim durumunda şiddete dönüşmesi ya da şiddeti etkilemesi olasılığı olarak tanımlanır. Risk, tehlikenin gerçekleşme ihtimali ya da daha doğru bir şekilde tehlikenin potansiyel halden çıkıp dinamik veya olası hale dönüşmesi olarak tanımlanabilir. Risk, gerçekleşme ihtimali olan tehlikedir. Örnek vermek gerekirse sağlık kuruluşu içerisindeki her birey, durum ya da çevresel etken potansiyel bir tehlikedir; ama her tehlike unsuru risk oluşturmaz (60).

Şiddetin ve şiddet üzerindeki çalışmaların ve dikkatin artmasına karşın risk faktörleri üzerindeki çalışmalar hala az sayıdadır. Öte yandan, risk faktörlerinin belirlenmesi işyeri sağlığının sağlanması, korunması ve devamı için hayati önem arz etmektedir. Doğru ve ayrıntılı olarak belirlenen risk faktörleri, doğru ve yüksek ihtimalle kesin sonuç veren önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayacak, böylece şiddetin olabildiğince önüne geçilmiş olunacaktır.

Sağlık çalışanlarına yönelik risk faktörleri üç gruba ayrılabilir.

Hasta faktörü: Hasta faktörü, hastaların sosyo-demografik (cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, medeni durum) gibi özelliklerine, kişilik özelliklerine, kişiye özgü davranış karakteristiklerine ve kişinin işyeriyle olan bağı gibi bazı karakteristik özellikleri ifade eder (35).

Sağlık hizmetlerinin tanımı olan insanlara fiziksel ve duygusal bakım hizmeti sunmak, aynı zamanda en büyük ve ortadan kaldırılamayacak risk faktörüdür. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin asıl kaynağı hasta ve hasta yakınlarıdır. Özellikle hasta, tıbbi durumuna ve aldığı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak saldırgan bir tutum içine girebilir ve şiddet eğilimli davranışlarda bulunabilir (3). Önemli bir başka risk unsuru da ağrı, üzüntü ve/veya ümitsizlik içinde, içinde bulunduğu durum ve/veya kişilik özellikleri ve/veya geçmiş deneyimleri nedeniyle öfke kontrol sorunu yaşayan, hastaneye rızası haricinde getirilmiş ve bundan dolayı tedirginlik yaşayan bireylerdir (26).

Yapılan bazı çalışmalara göre erkek hastaların kadın hastalara oranla şiddete daha meyilli oldukları tespit edilmiştir. Şiddet eğilimi en yüksek olan yaş grubu 20-30 yaş arasındadır. Bununla birlikte bir diğer çalışmada ise en saldırgan hastaların kadınlar arasından çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Alkol ve madde kullanımının da şiddet eğilimini önemli oranda arttırdığı belirtilmiştir (53).

Genç, erkek, şiddet geçmişi olan, sorunlu bir çocukluk geçirmiş, ciddi akıl hastalığından müzdarip ve ateşli/ateşsiz herhangi bir silaha erişme olanağı olan bireyler fiziksel şiddet için bir risk faktörü olarak tanımlanabilir. Ek olarak, genç ve üniformalı olup görünüş ve davranış açısından kolay ezilebilir izlenimi veren çalışanlar da fiziksel şiddete maruz kalabilecek grup olarak belirlenmiştir. Psikolojik şiddet ise erkek ve iş arkadaşı/amir tarafından daha sık gerçekleştirilmektedir. Saldırgan, yüksek saldırganlık belirtileri gösteren ve etkin bir bireydir. Psikolojik şiddet, kıskançlık ve rekabetten doğabilir. Saldırıya uğrayan bireylerin ortak özelliği ise kadın, genç, bekar veya boşanmış, düşük eğitim düzeyinden gelen ve kadrolu çalışan olmalarıdır. Kurbanlar, düşük özgüvenli ve yüksek anksiyete belirtileri gösteren bireylerdir (47).

Çevre faktörü: Çevre, hastayla sağlık personelinin karşılıklı etkileşimde bulunduğu ortam olarak tanımlanabilir. Çevresel faktörlerin sadece bir kısmı sağlık çalışanları tarafından kontrol edilebilir. Sağlık personeli haricindeki birimlerce kontrol edilmesi gereken çevresel faktörler olduğu gibi, tümüyle denetim dışı faktörler de mevcuttur.

Sağlık hizmetleri, hastaneler gibi belli bölgelerin yanı sıra hastaların evleri ve bazen sokak gibi alanlarda da sunulmaktadır. Bu durumlarda işyeri, sabit bir mekan

olmaktan çıkarak şiddet riskinin artmasına neden olur. Çalışan sayısının yetersizliği, hastaların uzayan bekleme süreleri, güvenlik zafiyeti ve aşırı kalabalık şiddet riskini arttıran önemli faktörlerdir (56).

Güvenlik personelinin varlığının sağlık sektöründeki şiddeti önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Bununla birlikte sağlık hizmetinin sunulduğu ortamlarda sıkı güvenlik önlemlerinin alınması hoş karşılanan bir durum değildir (59). Güvenlik personelinin varlığı, hastanın durumuna göre şiddet riskini arttırıcı rol de oynayabilir.

Şiddetin en sık görüldüğü durumlar, akşam ve gece saatleri ile özellikle ateşli vakalarda sabah saatleridir. Bir diğer çalışmada ise şiddetin en sık yaşandığı saat aralığının 16.00-20.00 olduğu bildirilmiştir. Bir çalışmada ise şiddetin gündüz vakti daha yoğun yaşandığı sonucuna varılmıştır. İngiltere'yi kapsayan bir çalışmada işyerinde yaşanan saldırıların yarısının ve tehditlerin üçte birinin akşam 18.00'den sonra gerçekleştiği bildirilmiştir (58). Aşırı kalabalık, sıkışık ve güvenlik zafiyeti bulunan yerlerde oluşan gerginlik ve stres de saldırganlığı tetikleyici bir etkidir.

Suç oranının yüksek ve eğitim seviyesinin düşük, uyuşturucu ve silah kullanımının yaygın, gelir seviyesinin şehrin diğer bölgelerine göre görece düşük olduğu bölgelerde çalışan sağlık personeli ayrıca risk altındadır (42).

İnsanlarla doğrudan temas halinde olan, değerli eşya veya nakit para ile çalışan, stres altındaki insanlarla etkileşim içinde olan, düşük güvenlik düzeyine sahip işlerde çalışan bireyler daha fazla fiziksel şiddet riski altındadır. Psikolojik şiddet riski ise cinsiyetler arası nicel dengesizlik bulunan, çalışanlar arasında güç dengesizliği bulunan, güvenlik zafiyeti bulunan, yönetici veya amir değişikliği yaşanan, müşteriyi her şeyden üstün tutan bir anlayışa sahip olan işyerlerinde daha yüksektir (47).

Etkileşim faktörü: Tüm hizmet sektöründe olduğu gibi sağlık sektöründe de en önemli husus bireylerin karşılıklı etkileşimidir. Teşhis ve tedavi gibi olumlu durumların yanı sıra şiddet eylemleri de bu etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır.

Yönetici desteğinin ve anlayışının, iş arkadaşları arasındaki ilişkilerin ve dayanışmanın zayıf olması saldırganlığın artmasına neden olabilir (53). Sağlık personelinin tecrübesiz ve eğitimsiz oluşu da sağlıklı bir iletişim kurulmasını engelleyeceğinden şiddet riskini arttırmaktadır (59).

Organizasyon yapısının zayıf olması, sürekli değişiklikler, çalışanlar ve müşteriler arası kültür farklılığı ve iklim, stres, çalışma ortamı fiziksel ve psikolojik şiddetin risk faktörlerindedir. Toplumdaki şiddet eğiliminin yüksekliği, hızlı ekonomik ve sosyal değişiklikler, göç gibi faktörler de şiddetin oluşmasında ve artmasında etken olabilir (47).

Bu açıklanan risk faktörlerinin önem ağırlıkları her sağlık kuruluşunda farklı düzeylerde olabilir. Bazı bölgelerde önemsenmeyecek kadar hafif etkisi olan bir risk faktörü, bir başka bölgedeki sorunların esas kaynağı olabilir. Bu yüzden risk faktörlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesinde sağlık kuruluşunun hizmet verdiği bölgede hizmetten faydalanan bireylerin toplumsal, ekonomik ve eğitimsel özellikleri dikkate alınmalı, sağlık kuruluşunun ve çevrenin fiziki özellikleri de ayrıca iyi bir şekilde incelenmelidir.

Risk faktörlerinin doğru belirlenmesi şiddeti önlemede ilk basamak olduğundan bu konu üzerinde özellikle durulmalıdır.

şekil 3, yukarıda açıklanan risk faktörlerini kısaca özetlemektedir.

şekil 3. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet risk faktörleri



şekil 3, 62. Kaynaktan alınmıştır.

2.7.1.1. Şiddetin Sağlık Çalışanlarına Etkileri

Şiddet olaylarının çalışanlar üzerindeki etkileri bakım kalitesinde azalma, moral bozukluğu, iş doyumunda azalma, işten ayrılma, artan stres, hata sayısında artış, korku, öfke ve uyku bozukluğu gibi sonuçlar olarak sayılabilir (55). Kanada'daki bir çalışmaya göre şiddete maruz kalan çalışanların %38'i sağlık sektörü dışında başka bir sektöre geçmek istedikleri, %73'ünün hastalarından korktukları, %24'ünün hasta şiddetinden korktukları, %35'inin ise hastaları potansiyel şiddet gösteren olarak gördükleri belirtilmiştir. Benzer bir çalışma 2006'da Türkiye'de yapılmış ve şiddete uğrayanların %43,5'i hiçbir sorun belirtmezken %56,2'sinde anksiyete ve irritasyon bulgularına rastlanmış, bu kişilerin %87,8'inin tedavi almadığı görülmüştür (56). Kocaeli'ndeki çalışmada şiddete maruz kalanların %86,7'si şiddet ile ilgili anıların tekrarladığını ve olaydan sonra devamlı savunma halinde olduğunu bildirmiştir (2). Bir diğer çalışmada katılımcıların %22,3'ü risk almaktan kaçındıklarını, %19,1'i hastalara gösterdikleri ilginin azaldığını, %44,7'si ise hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerinde azalma olduğunu bildirmiştir.

2.7.1.2. Şiddet Tipleri ve Şiddetin Görülme Sıklığı

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin görülme sıklığı üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Şiddete uğrama sıklığının uluslararası alanda ülkeden ülkeye değiştiği bilinen bir gerçektir. Aynı ülke içinde değişik bölgelerde ve hatta aynı şehrin değişik semtlerinde bulunan sağlık kuruluşlarında bile değişen oranlarda şiddet vakasıyla karşılaşmaktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, uluslararası bir sorundur ve küresel ölçekte ele alınmalıdır. Şiddet, kendisini sözel ve fiziksel gibi değişik şekillerde gösterebilmektedir. Bunun yanında farklı sağlık hizmeti dallarında (acil servis, psikiyatri, hemşirelik vb.) da farklı oranlarda şiddet vakasıyla karşılaşmaktadır. Bazı dallardaki şiddet olayları oldukça az sayıdayken bazı dallarda ciddi sorunlar yaşanabilmektedir.

Tüm işyeri şiddeti olaylarının %25'i sağlık sektöründe gerçekleşmektedir (23). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine yapılan çalışmaların ortak noktası, meydana gelen şiddet olayının çokluğuna rağmen kayıt altına alınan olay sayısının az olmasıdır. Sağlık sektöründe meydana gelen şiddet, yalnızca yaralanmayla sonuçlandığında önemsenmekte, diğer tipteki şiddet olayları bildirilmemektedir (19). Yapılan bir

çalışmada hemşirelere yönelik şiddetin %71,7'sinin kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir (Ergün vd., 2000). Bu nedenle bildirilen ve bilinen şiddet olayları aslında gerçeği yansıtmamakla birlikte bu konunun ne kadar büyük boyutlara ulaştığını göstermektedir.

Bir çalışmada sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının meslek hayatları süresince en az bir kere şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Bir diğer çalışmada ise bu oranın %25,5 olduğu belirtilmiştir (59).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet pek çok şekilde olabilmektedir. Bu şiddet türlerinin farklı nedenleri ve sonuçları vardır. Şiddet tiplerinin iyi tanınması, gerekli önlemlerin alınabilmesi için önemlidir. Şiddet, fiziksel ve fiziksel olmayan şeklinde iki temel alana ayrılır.

2.7.1.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sonuçları

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, şiddet kurbanlarına, kurbanların ailelerine, çalışma arkadaşlarına ve şiddetin gerçekleştiği kuruma yönelik önemli sonuçlar meydana getirmektedir. Özellikle kurban üzerinde psikolojik ve fizyolojik pek çok sonuç oluşmaktadır (25).

Şiddete maruz kalmış hemşirelerde psikolojik rahatsızlıklar geliştiği tespit edilmiştir. Post-travmatik stres bozukluğu, anksiyete, uyku bozuklukları, özgüvenin yitilmesi, öfke, üzüntü, depresyon, korku, kendini suçlama ve ileri derecede moral bozukluğu, şiddetin kanıtlanmış olan sonuçlarıdır (26). Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalan çalışanların %38'inin sağlık alanı dışında bir işe geçmek istedikleri, %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri ve bir kısmının da işten ayrıldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmaya göre şiddete uğrayanların %25'inin şiddet olayı gerçekleştikten sonra ilk mesailerde, %24'ünün ilk hafta, %19'unun ilerleyen zamanlarda da kötü performans gösterdiği saptanmıştır. Yine bu çalışmada şiddet gören sağlık personelinin %73'ünün hastalarından korktukları, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin hastaları potansiyel tehlike olarak gördükleri belirtilmiştir (25).

Bireylerin yanı sıra kuruluşlar da şiddetten etkilenmektedir. İş gücü eksikliği, yapısal hasarlar, performans ve verimde düşüş, güvenlik maliyetleri, açılan davalar

gerçekleşmekle birlikte meydana gelen ekonomik maliyetin sağlık harcamaları, destek ücretleri, davalar ve iş gücü kaybı gibi etmenler nedeniyle milyar dolarları bulduğu tahmin edilmektedir (43).

Tablo 2, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sonuçlarını özetlemektedir.

Tablo 2. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sonuçları

<i>Çalışan Üzerindeki Etkiler</i>	Üzüntü, inkar, kendini suçlama, depresyon, öfke, güvensizlik, anksiyete, hissizlik/umarsızlık, bağımlılık, çaresizlik, stres bozukluğu, tehdit edilme ve yaralanma korkuları, güçsüzlük, işe dönmekten korkma, iş performansında azalma, fiziksel hastalıklar, uyku düzensizlikleri, baş ağrıları
<i>Görgü Tanıkları Üzerindeki Etkileri</i>	Şok, güvensizlik, öfke, inkar, kendi güvenliğinden şüphe etme
<i>Mesai Arkadaşları Üzerindeki Etkileri</i>	İnkar, kendini suçlama, öfke, stres, kendi güvenliğinden şüphe etme, moral bozukluğu, mağduru suçlama
<i>Aile ve Arkadaşlar Üzerindeki Etkileri</i>	Şok, güvensizlik, inkar, üzüntü, çalışana zarar gelmesinden korkma, günlük yaşamda aksaklıklar, sosyal aktivitelerde azalma, aile içi stres

Tablo 2, 3. Kaynaktan alınmıştır.

2.7.1.4. Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddete İlişkin Yapılmış Araştırmalar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin ortak hazırladığı rapora göre sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleşen şiddetin %3-17'si fiziksel, %27-67'si sözel, %10-23'ü psikolojik, %0,7-8'i cinsel, %0,8-2,7'si etnik şekilde gerçekleşmektedir (51).

2000 yılında ILO, DSÖ, Uluslararası Hemşireler Birliği (The International Council of Nurses-ICN) ve Uluslararası Kamu Örgütü (Public Services International-PSI) tarafından 7 ülkenin sağlık çalışanları (6099 kişi) üzerinde odak grup görüşmesi yöntemi ile gerçekleştirilen araştırmanın raporuna göre; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası son bir yıl içinde fiziksel ve ya psikolojik Şiddete maruz kalmışlardır. Ülkelere göre bu oran Bulgaristan'da %75.8, Avustralya'da %67.2, Güney Afrika'da %61, Tayland'da %54 ve Brezilya'da %46.7'dir. Araştırmaya katılan ülkelerde fiziksel şiddet oranları; Bulgaristan'da %7.5, Brezilya'da %6.4, Lübnan %5.8,

Tayland 10.5, Portekiz %3'dir. Psikolojik şiddet türlerinde ise en yaygın olarak; Brezilya'da %39.5, Bulgaristan'da %32.2, Tayland'da %47.7, Lübnan'da %40.9 ve Avustralya'da %67 oranlarıyla sözlü taciz olayları yaşanmıştır (31).

Fiziksel hasara yol açan fiziksel şiddet tipi en öncelikli olarak ele alınması gereken şiddet türüdür. Bununla birlikte sözlü saldırı tipi olarak da adlandırılabilir olan fiziksel olmayan şiddet, fiziksel şiddetten çok daha yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır (61). Hangi şiddet tipinin hangi sıklıkta ortaya çıktığına ilişkin çok sayıda ülkede farklı araştırmalar yapılmıştır.

İngiltere'de Winstonlar ve Whittington'unun 2004 yılında 1141 sağlık çalışanı ile retrospektif olarak gerçekleştirdikleri bir çalışmada ise, katılımcıların %27 sinin saldırıya uğradığı, %23'nün hastalar tarafından, %15.5'nin de hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanlarda fiziksel saldırıya uğrama oranı %20 olarak belirtilmiştir. Hemşireler %43 oranında, hekimler ise %13.8 oranında şiddete uğramışlardır (56).

Kuveyt'teki çalışmadan elde edilen sonuç, şiddete maruz kalan hemşirelerin %66,4'ünün yasal yollara başvurması durumunda işlerini kaybetme tehdidiyle karşı karşıya kalmalarından korktuklarını göstermektedir (Eker vd., 2012). Güney Tayvan'daki bir çalışmaya göre hemşirelerin çalışma tecrübeleri ve şiddete karşı almış oldukları eğitim, şiddet eylemleri ile bir bağlantı içermemektedir. Güvenlik görevlilerin azlığı nedeniyle oluşan şiddet, Suudi Arabistan'da %39, ABD'de 36% düzeyindedir (49).

Tablo 3. Farklı ülkelerde şiddet türü ile saldırgan türü arasındaki ilişki

Ülke	Katılımcı Sayısı	Amir	İş Arkadaşı	Hasta/Hasta Yakını
Belçika	4134	%5,7	%4	%23,3
Almanya	3508	%11,2	%8,6	%28
Finlandiya	3868	%4,1	%3,7	%19,8
Fransa	5365	%10,8	%6,6	%39,1
İtalya	5541	%7	%5,6	%19,9
Polonya	4354	%18	%12,3	%19,2
Slovakya	3361	%5,6	%2,6	%17
Hollanda	3976	%1,3	%1,3	%10,4

Tablo 3, 63. Kaynaktan alınmıştır.

Şiddetin hangi saatlerde yoğunlaştığı konusunda ilgili olarak birkaç çalışma yapılmıştır. Araştırmalar, şiddetin en sık olduğu saatin 16.00-20.00 arası olduğunu göstermekte, gece mesailerinde gündüz mesailerine göre daha fazla sayıda şiddet olayına rastlanıldığı üzerine yoğunlaşmaktadır. Türkiye'nin batısındaki bir çalışmada, şiddet eylemlerinin %54,7'sinin 08.00-17.00 arasında görüldüğü tespit edilmiştir. Doğrudan saat çalışmasına yönelik birkaç çalışma mevcuttur (36). Şiddet eylemlerinin sağlık çalışanlarının hangi aktivitesi sırasında daha çok görüldüğü ile ilgili yapılmış tek çalışmada şiddet eyleminin %81,1'i tanı/tedavi işlemleri sırasında, %9,6'sı dinlenme/yemek sırasında, %4,1'i yürüme sırasında ve %5,2'si ise diğer eylemler sırasında gerçekleşmiştir (49).

Türkiye'de sağlık sektöründe yaşanan şiddet oldukça yüksektir ve hemen hemen her iki sağlık çalışanından birisi çeşitli şekillerde, işyeri şiddetine maruz kalmaktadır (52).

“Ayrancı ve diğerlerinin ülkemizde 1071 sağlık çalışanının 2001 yılında şiddet türlerinden herhangi birine, en az bir kez maruz kalıp kalmadıklarını sorguladıkları bir anket araştırmasında sağlık çalışanlarının şiddete uğrama oranı %50.8 olarak bulunmuştur (erkeklerin şiddete uğrama oranı %48.8 iken, bu oran kadınlarda %52.2'dir) ve yine aynı çalışmada en yüksek şiddete maruz kalınan mekan olarak %63.1 oranıyla acil servisler ve %63.0'lık oranla yataklı servisler bulunmuştur. Pratisyen hekimlerin %67.6, hemşirelerin %58.4, öğretim üyelerinin %36,7 ve diğer sağlık personelinin ise %32.7 oranında şiddete uğradıkları saptanan bir diğer bulgudur (35).”

Ankara'daki çalışmanın sonucunda katılımcıların %79'u sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenabilir olduğunu düşündüğünü, %68,4'ü şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılması, %66,7'si ise halka yönelik eğitimler düzenlenmesi, %43,2'si güvenlik önlemlerinin artırılması, %42,3'ü TV/gazetelerde kamu spotları yayınlanması gerektiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %87,5'i sağlık çalışanına yönelik şiddet ile ilgili yasal düzenlemeler hazırlanmasına, %83,9'u halka bu konuyla ilgili eğitimler verilmesine, %67,3'ü ise sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili olaylara medyada yer verilmesi gerekliliğine katıldığını belirtmiştir (51). Bir çalışmada medya etkisinin ve ahlaki yetersizliğinde şiddet artışında etkili olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkilerde kullanabilecekleri sözel ve sözel olmayan beceri eğitimi almalarının potansiyel saldırgandaki şiddet eğilimini azaltacağı düşünülmektedir (52). Uygun raporlama sistemleri, alan içi etkili güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler gibi önlemler de şiddeti azaltabilir. Sağlık kuruluşunda metal detektörlerle arama yapılmasının hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları üzerinde güvenlik anlamında pozitif etkisi olduğu ve bu kişilerin %73-89 gibi yüksek bir oranının metal detektörlerinin varlığı sayesinde kendini daha güvende hissettiği rapor edilmiştir. Acil servislerde K-9 köpeklerinin varlığı, şiddet eylemlerini çok büyük ölçüde azaltmıştır (59). Kocaeli'nde yapılan çalışmaya göre katılımcıların %52'si şiddetin engellenebilir bir olgu olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Ayrancı ve diğerlerinin 2006 yılında 1209 sağlık çalışanı ile yaptıkları çok merkezli bir anket çalışmasında 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. Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ancak kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (kadınlar %60, erkekler %40). Araştırmada, pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları, çalışma ortamı olarak devlet hastanelerinde ve acil servislerde şiddetle karşılaşma oranının diğer bölümlerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmada sözel şiddetin %72.4, fiziksel şiddetin %11.7 sıklığında görüldüğü; cinsel Şiddet oranının çok düşük olduğu (%0.025); silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0,3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmada değinilen bir başka nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamadığıdır. Şiddete maruz kalan çalışanların yarısından fazlasının olay sonrasında yüksek oranlarda anksiyete ve huzursuzluk hissettikleri gösterilmiştir (47).

Erkol ve diğerklerinin 2005 yılında devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde görev yapan 124 sağlık çalışanı ile yaptıkları anket çalışmasında katılımcıların %87,1'nin Şiddet davranışına maruz kaldığı; sözel şiddetin %46.9, tehditlerin %33.5, fiziksel saldırının %19.4 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu; şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından, daha az oranda da hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir (64).

“Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikasının; asistan, pratisyen, uzman hekim, ebe ve hemşirelerin yer aldığı toplam 1771 kadın sağlık çalışanıyla 2006 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, Türkiye’de sağlık sektöründe çalışan kadınların %40.6’sı işyerinde Şiddete uğramaktadır. Sağlık ve Sosyal Hizmet sektöründe çalışan kadınların yarıya yakını fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Yapılan araştırmada şiddetten en çok hemşireler şikayetçi olurken, %10 oranında hasta ve yakınlarından şiddet gördükleri ortaya çıkmıştır. Kadınların %51’i tehdit, psikolojik ve ekonomik baskıdan şikayet ederken, %6.8’i fiziksel şiddet, %3.7’si de cinsel tacize maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim hastanelerinde çalışan kadınların %43.9’u, Devlet hastanelerinde çalışanların %43.3’ü, ihtisas hastanelerinde çalışanların %38.7’si, sağlık ocaklarında çalışan kadınların %28.2’si işyerinde psikolojik ve fiziksel şiddet gördüğünü belirtmektedir. Hemşirelerin %45.7’sinin, ebelerin %42.2’sinin, uzman ve asistan hekimlerin de %31.9’unun işyerinde psikolojik ve fiziksel şiddet gördüklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (59).”

2.8. Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Önlenmesi

Günümüzde şiddet, bir iş sağlığı ve güvenliği sorunu olarak değerlendirilmekte ve iş ortamındaki diğer riskler gibi üzerinde önemle durulmaktadır. İşyeri şiddetine neden olan risk faktörlerinin tanımlanabilmesi şiddeti önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde önemli bir adımdır (59).

“Etkin şiddet önleme programlarının uygulanması ile iş yerlerinde sağlıklı ve güvenli çalışabilmenin sağlanabileceği, alternatif davranış modelleri ve yeni bilgilerle saldırganlık ve şiddet gibi öğrenilmiş davranışların değiştirilebileceği ve önlenebileceği belirtilmektedir (Menendez vd., 2013).”

“Ölmezoglu ve diğerkleri çalışma ortamında şiddetle ilgili risklerin belirlenmesi, güvenlik sisteminin etkin ve sistemli çalışması, personelin şiddet konusunda eğitimi, iş yerinde suçu önlemeye yönelik değişikliklerin yapılması ve çalışanların katılımıyla hazırlanmış bir yazılı politikanın geliştirilmesiyle şiddeti azaltmanın mümkün olduğunu belirtmişlerdir (35).”

Bu bağlamda sağlık çalışanlarına karşı iş yerinde yaşanan şiddet çevresel, yönetsel ve davranışsal yöntemler bir arada kullanılarak önlenmektedir.

Çevresel önlemler:

- Kolayca kaldırılıp, fırlatılma özelliği olan eşyalar yerine ağır ve sabit mobilyalar tercih edilmeli,
- Sakin bir çalışma ortamı yaratılmalı,
- İşaret levhaları uygun bir dille, açık bir şekilde yazılarak yerleştirilmeli,
- İç ve dış mekanlar yeterince aydınlık ve giriş çıkışlar kontrol altında olmalı,
- Kurumun özellikli yerlerine acil yardım ve güvenlik kameraları yerleştirilmeli,
- Her birimde yeterince güvenlik elemanı bulunmalı, sağlık birimlerinde silah taşınması kontrol altına alınmalı,
- Sağlık kurumlarında yeterli düzeyde sağlık personeli ve personel yardımcısı bulundurulmalı,
- Beklemek zorunda olan hastalar için uygun bekleme alanları oluşturulmalı,
- Personel ve hasta/hasta yakını giriş- çıkışları ayrı yerlerde olmalı,
- Kısaç, stetoskop, ip gibi şiddet anında tehlikeli olabilecek malzemelerin tasarım ve saklanmasına özen gösterilmeli,
- Saldırganlığı cesaretlendirmeyecek renkler seçilmeli,
- Bekleme salonlarında can sıkıntısının önlenmesi için gazete, dergi gibi bazı materyaller hazırlanmalı,
- Personel taşıtları için ayrı araba park yeri sağlanmalı (64),

Davranışsal önlemler:

- Sağlık kurumlarında öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortam oluşturulmalı,
- Yapılacak bilgilendirme kampanyaları ile çalışanların sahip oldukları haklar ve var olan kanunlar anlatılmalı,
- Sağlık kurumlarının şiddete yaklaşım konusunda donanımlı hale gelmesi sağlanmalı,
- Yazılı/görsel basınla bireysel ve toplumsal olarak şiddete duyarlılığın ve farkındalığın artırılması sağlanmalı,
- Sorunun önlenmesine yönelik eylemler ve sivil toplum örgütleri desteklenmeli,
- Hasta ve hasta yakınları ile teknik terimlerle konuşma veya olabilecek riskler hakkında yeterli bilgi vermeme şiddet riskini artırdığından hasta/hasta yakınlarına yeterli bilgi verilmeli ve soruları cevaplanmalıdır.

Yönetmel önlemler olarak;

- Sağlık kurumlarında hiçbir suça tolerans gösterilmemeli, hangi şiddet türü olursa olsun sıfır tolerans sistemi ile yaklaşılmalıdır. Bu sisteme göre sözlü tehdit ve tacizler dahil tüm şiddet türlerini uygulayan çalışanlar ve hastaların mutlaka bildirimlerinin yapılarak yasal işlemlerin başlatılması ve gerektiğinde şiddet uygulayan çalışanın “güvenliğin engellenmesi” suçundan işine son verilmeli. Yönetim mutlaka şiddet görenlere destek olmalı,
- Kurumda şiddete yönelik risk değerlendirilmesi yapılmalı, Risk değerlendirmesi yapacak personel bu konuda eğitilmeli,
- Her kurumda şiddet önleme birimi oluşturulmalı,
- Çalışanların katılımıyla hazırlanmış bir yazılı politika geliştirilmeli,

– Çalışanlar şiddet karşısında ne yapacakları konusunda eğitilmelidir. Hizmet içi eğitim kapsamında yer alabilecek bu konu; saldırganlaşma eğilimi gösterebilecek kişilerde görülen davranış ve beden dilinin (hızlı nefes alıp verme, ani hareketler, bağırma, azarlama, meydan okuma, burun deliklerinin açılması, kaşların çatılması) tanınması ve bu durumlarda gösterilecek davranış ve tepkiler, empati, duyarlılık ve çatışma kavramlar içerikte yer almalıdır (61).

İşyeri şiddetinin en önemli ve en sık karşılaşılan türü olan sağlık personeline yönelik şiddetin yönetimi, azaltılması ve mümkünse sıfırlanması için çok sayıda yerel, ulusal ve uluslararası çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bir kısmı tavsiye niteliğinde olup bir kısmı zorlayıcı etkiye sahiptir. Konuyla ilgili, devletler tarafından ülke politikaları ve uluslararası kuruluşlar tarafından devletleri bağlayıcı yayınlar yapılmıştır. Bunların yanı sıra, şiddetin önlenmesi ve yönetimi konusuna dikkat çekmek ve bağlayıcı hükümlere yol göstermek açısından pek çok akademik çalışma da yapılmıştır.

Şiddet yönetiminde özellikle genç sağlık personeli için sözlü ve sözlü olmayan iletişim stratejileri eğitiminin verilmesi önerilmiştir. Şiddetin toplumsal müdahalelerle azaltılmaya çalışılması, devlet hastaneleri ve acil servislere müdahale stratejileri geliştirilmesi, muayene öncesi bir bekleme süresi olabileceğini konusunda halka bilgilendirme yapılması, şiddetle ilgili düzenleyici yasaların çıkarılması ve şiddete uğrama riski yüksek olan gruplara yönelik çalışmalara öncelik verilmesi önemlidir (12).

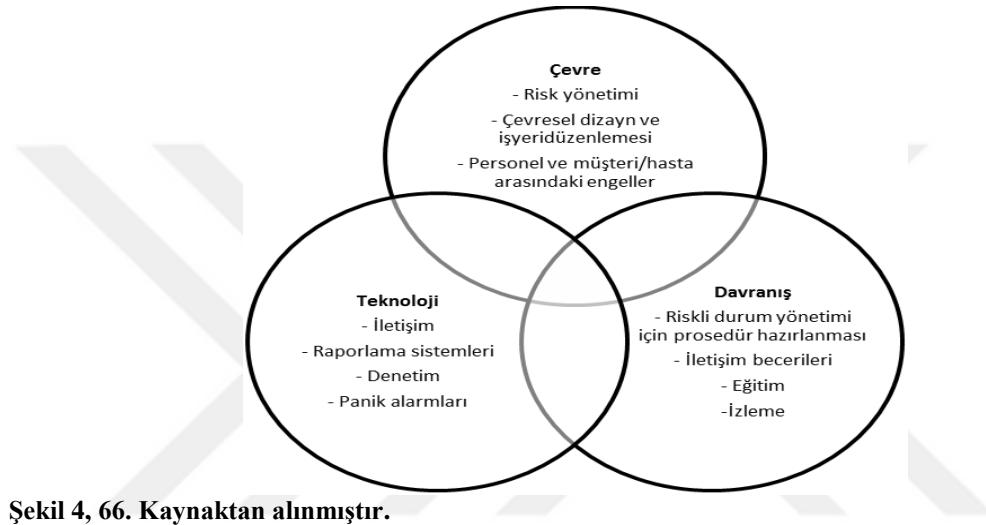
Şiddetle başa çıkmak için kullanılan iki yöntem vardır: Hasta ve çalışan düzeyinde bireyler üzerinde alınacak önlemler, hastaneyi ve kurumu ilgilendiren büyük çaplı önlemler (19).

Bireyleri kapsayan önlemler, hastayı yakından gözlemlemek, hastaya yaklaşımda stres yönetimi eğitimi almak, sözlü ve sözlü olmayan iletişim tekniklerini etkin bir şekilde kullanabilmek, gerekli görülen durumlarda ise hastayı kısıtlama, tecrit etme veya ilaçla tedavi etme/sakinleştirme yöntemlerini içerir (14). Bununla birlikte kısıtlama, tecrit gibi yöntemlerin ancak kısa süreli etkili olabildiği, uzun vadede hastanın saldırganlığını arttırdığı da savunulmaktadır. Sağlık personelinin hasta ve hasta yakınına teknik ayrıntılar da kullanarak tedavi hakkında aydınlatıcı bilgiler vermesi de oluşabilecek şiddeti azaltabilir (19).

Hastane ölçeğinde alınabilecek önlemler olarak uygun raporlama sistemleri, güvenlik eğitimleri, hastane ortamının 24 saat güvenliğinin ve bunun hastalar ve hasta yakınları tarafından görülmesinin sağlanması, koruyucu pencereler ve panik alarmları kullanılması sayılabilir (65).

Şekil 4. şiddet yönetiminde izlenmesi gereken yolu özetlemektedir:

Şekil 4. Organizasyonel şiddet yönetimi stratejisi



Şekil 4, 66. Kaynaktan alınmıştır.

Kapsamlı bir şiddet yönetimi hazırlanması için öncelikle çevresel ve bireysel risklerin çok iyi tanınması, anlaşılması, her risk faktörünün nedenlerinin ve sonuçlarının iyi bir şekilde tanımlanması gerekir. Değiştirilebilecek olan faktörler, daha az riskli olanlarla değiştirilmeli veya risk kabul edilemez düzeylerdeyse gerekli görülmesi halinde riski meydana getiren olgu tamamen kaldırılmalıdır. Değiştirilemez ve işin devamlılığı açısından gerekli olduğundan kaldırılması da mümkün olmayan olgular içinse azami düzeyde önlemler alınmalıdır. Personelin konuyla ilgili eğitimi, kuruluşun gerekli durumlarda profesyonel destek olarak önlemleri belirlemesi ve uygulamaya koyması, teknolojinin sunduğu kolaylıklardan faydalanılması ve hasta ile hasta yakınlarının sürekli bilgilendirilmesi şiddet eylemlerinin azalmasını sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma, sağlık alanında çalışan meslek gruplarının işyeri şiddeti ile karşılaşma oranını, şiddet çeşidini ve karşılaşılan şiddet çeşitlerini etkileyen kişisel ve mesleki özellikleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada anket yolu ile veriler toplanmıştır. Bir kamu kuruluşunda çalışan sağlık personeline araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu uygulanmıştır.

Anket formu 46 sorudan oluşmaktadır. Anket ana hatlarıyla üç bölümden oluşmaktadır. İlk 11 soru, anketi cevaplayan kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, unvanı, çalıştığı bölüm bilgisi, sağlık sektöründe ve halen çalışmakta olduğu bölümde kaç yıldır çalıştığı ve vardiya bilgileri gibi çalışanla ilgili genel bilgileri içermektedir. 12-29. sorular, çalışanın şiddete maruz kalıp kalmadığı yönündeki bilgileri edinmeyi amaçlamakta olup 12. soruda sorulan ‘işyerinde son bir yıl içinde şiddete maruz kaldınız mı ya da şiddet tehdidi yaşadınız mı?’ sorusunun cevabına göre diğer sorulara geçiş imkanı tanımaktadır. Bu soruya verilen cevabın ‘evet’ olması durumunda katılımcı, saldırganın kimliği, tahmini eğitim düzeyi, şiddet türü, şiddetin meydana geldiği yer ve zaman, şiddete maruz kalan çalışanın şiddete karşı verdiği tepki, şiddet sonrası herhangi bir birimden alınan yardım ve şiddetin çalışan üzerinde işine ve hastalarına karşı bakış açısında değişiklik meydana getirip getirmediği gibi sorulara yanıt vermiştir. 30-46. sorularda ise şiddet olgusu ve şiddetin azaltılması yönünde katılımcının kendi düşüncelerine yanıt aranmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ili, bir kamu kuruluşundaki sağlık çalışanlarına yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama işlemi, veri girişi, analizler ve tez yazımı gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Hesaplanması

Araştırmanın evrenini Bursa'da bir devlet hastanesinde çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır (n=2500). Örneklem seçimine gidilmeden hastanedeki tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak 814 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Sonuç olarak araştırma bulgularının %95 güven aralığında, $\pm\%5$ örnekleme hatası ile büyük ölçüde genellenebileceği söylenebilir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık sektöründe görev yapan hemen her sınıftan çalışanı bünyesinde çalıştırdığı, değişik kadro ve branşlardan oluşması nedeniyle ankete verecekleri cevapların, diğer sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarını kadro ve branş bazında karşılayacağı varsayılmıştır.

Araştırma bir kamu kurumu sağlık çalışanları görüşleri ile sınırlı tutulmuştur. Anket bizzat ve yüz yüze uygulandığından, genel anlamda tüm sağlık kurumlarında görev yapan personele (izin, rapor vb.) gibi nedenlerden dolayı ulaşmak zaman kaybına neden olmaktadır. Bazı personellerle yüz yüze görüşme mümkün olmadığından sağlıklı veri almak da mümkün olmamaktadır.

Araştırma maddi olanaksızlıklar ve zaman kısıtlılığından dolayı sadece Bursa ilinde yapılmıştır. Araştırma sonuçları Türkiye geneline yansıtılamaz.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle kurum yöneticiliğinden dilekçeyle yazılı kurum izni; daha sonra İl Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden de yazılı resmi onay alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Anketten elde edilen veriler, SPSS 21.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları verilirken, tanımlayıcı istatistikler (frekans, aritmetik ortalama, yüzdelik dağılım, standart sapma)'den yararlanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına ulaşabilmek ve bu amaç doğrultusunda geliştirilen “Sağlık çalışanlarının şiddet ve yönetimi arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” şeklindeki problem cümlesine yanıt bulabilmek için ana hipotez belirlenmiştir.

Hipotez 1

H₀: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddete uğrama arasında farklılık yoktur.

H₁: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddete uğrama arasında farklılık vardır.

Hipotez 2

H₀: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddet yönetimi arasında farklılık yoktur.

H₁: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddet yönetimi arasında farklılık vardır.

3.9. Araştırmanın Soruları

- Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının şiddet olayı sırasında ve sonrasındaki düşünce ve tepkileri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının işyerlerinde şiddet olayına tanık olma durumu ve tepkileri nedir?
- Sağlık çalışanların şiddet olayına yönelik kurumsal düzenlemeler ile ilgili görüşleri nelerdir?
- Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet olayını etkileyen kişisel ve mesleki özellikler nelerdir?

- Sağlık alışanlarının kurumdan ayrılma eğilimlerinin düzeyi nedir?



4. BULGULAR

Tablo 4. Katılımcıların yaş dağılımları

<i>Yaş</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
29 altı	219	27
30-39	414	50.9
40-49	168	20.7
50 yaş üstü	13	1.4
Toplam	814	100

Tablo 4’de görüldüğü üzere; araştırmaya katılan 814 katılımcıdan %27’si 29 yaş altı grubunda, %50.9’u 30-39 yaş grubunda, %20.7’si 40-49 yaş grubunda, 1.4’ü 50 yaş üstü grubundadır. Katılımcıların 30-39 yaş grubu ile 40-49 yaş gurubu aralığında yoğunlaştığı görülmüştür.

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyet dağılımları

<i>Cinsiyet</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Erkek	543	66.7
Kadın	271	33.3
Toplam	814	100

Tablo 5’de görüldüğü üzere; araştırmaya katılan 814 katılımcının %66.7’si erkek; %33.33’ü ise kadınlardan oluşmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumu dağılımları

<i>Medeni Durum</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Evli	582	71.5
Bekar	232	28.5
Toplam	814	100

Tablo 6’da görüldüğü üzere; araştırmaya katılan 814 katılımcının %71,5’i evli, %28,5’i ise bekar olduğunu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumu bilgileri Tablo 7’de sunulmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların öğrenim durumu dağılımları

Öğrenim Durumu	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Sağlık Meslek Lisesi	99	12.2
Ön Lisans	186	22.9
Lisans	228	28
Yüksek Lisans	67	8.2
Doktora	38	4.7
Diğer	196	24.1
Toplam	814	100

Tablo 7’de görüldüğü üzere; araştırmaya katılan katılımcıların %63,8’i üniversite ve üzeri düzeyde eğitim sahip iken, %12,2’si lise düzeyinde eğitime sahiplerdir. Diğer %24’lük kesim ise lise altında eğitim seviyesine sahiptir.

Tablo 8, çalışanların çalıştıkları kuruluşta hangi kadroda yer aldıklarını özetlemektedir.

Tablo 8. Katılımcıların kadro dağılımları

<i>Kadro Durumu</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
657	510	62.7
4b	5	0.6
4c	5	0.6
Sözleşmeli	294	36.1
Toplam	814	100

Tablo 8’de ise çalışanların çalışmakta oldukları birimler özetlenmiştir. Birimlerin belirlenmesi, hangi birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının daha sık şiddete maruz kaldığının değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların çalıştıkları birim dağılımları

<i>Çalışılan Birim</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Acil/Yoğun Bakım	208	25.6
Dahili	194	23.8
Cerrahi	180	22.2
İdare	96	11.7
Diğer	136	16.7
Toplam	814	100

Tablo 9’da görüldüğü üzere; katılımcıların büyük çoğunluğu hastalarla doğrudan yüz yüze temasın olduğu birimlerde çalışmaktadır.

Katılanların unvan bilgileri Tablo 10’de verilmektedir.

Tablo 10. Katılımcıların unvan dağılımları

<i>Unvan</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Uzman Hekim	74	9.1
Asistan Hekim	33	4.1
Hemşire	285	35
Radyolog	2	0.2
Laborant	18	2.2
Tıbbi Sekreter	78	9.6
Tekniker	45	5.5
Hasta Bakıcı	15	1.8
Ebe	251	1.6
Diğer	15	30.8
Toplam	814	100

Tablo 10’da görüldüğü üzere; katılımcıların büyük çoğunluğu hemşire ve ebelerden oluşmaktadır. Çalışanların sağlık sektöründeki çalışma sürelerine göre yapılan sınıflandırma Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların mesleki tecrübe dağılımları

<i>Sektörde Çalışma Süresi</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
0-5yıl	322	39.6
6-10 yıl	243	29.9
11-20 yıl	188	23.1
20 yıldan fazla	61	7.5
Toplam	814	100

Tablo 11’de görüldüğü üzere; ki ankete katılanların %69,5’i 10 yıldan az, geri kalan %30,5’lik kesim ise 10 yıldan fazla tecrübeye sahiptir. Çalışanlar arasında en büyük kesimi 5 yıl ve altı tecrübeye sahip, görece tecrübesiz kabul edilebilecek çalışanlar oluşturmaktadır.

Çalışma süreleriyle ilgili bir diğer önemli veri de çalışanın halen çalışmakta olduğu birimde ne kadar süredir görev yaptığıdır. Konuyla ilgili veriler Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların şuanki birimde çalışma yılı dağılımları

<i>Birimde Çalışma Süresi</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
0-5 yıl	625	76.8
6-10 yıl	139	17.1
11-15 yıl	45	5.5
16-20 yıl	5	0.6
Toplam	814	100

Tablo 12’de görüldüğü üzere; ankete katılan çalışanların %76,8 gibi büyük bir kısmı, halen çalışmakta oldukları birimde 5 yıldan az süredir çalışmaktadırlar. Aynı birimde 16-20 yıldır görev yapmakta olan çalışan yüzdesi ise %0,6’dır olarak saptanmıştır.

Çalışanların işyerindeki çalışma şekli ve çalışma zaman dilimleri de şiddete maruz kalma oranlarıyla ilişkili olabileceğinden hastalara bu yönde de bir soru yöneltilmiştir. Çalışma şekilleri ile ilgili veriler Tablo 13’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların çalışma şekilleri dağılımları

<i>Çalışma Şekli</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Gündüz	342	42
Nöbet	36	4.4
Vardiya	88	10.8
Gündüz+Nöbet	305	37.5
Gündüz+Vardiya	43	5.3
Toplam	814	100

Tablo 13'te görüldüğü üzere; Ankete katılanlar arasında en yüksek oran %42 ile yalnızca gündüz çalışanlar olup gündüz + nöbet şeklinde çalışanlar da %37,5 oranla yüksek bir orandadır.

Çalışanların çalıştıkları kurumu güven açısından değerlendirmesi ise meydana gelebilecek şiddet eylemleri hakkında çalışanların görüşünü belirtmesi bakımından önemli bir bilgidir. Bu konudaki veriler Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların çalıştıkları kuruma duydukları güven dağılımları

<i>Güven Düzeyi</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Kötü	274	33.7
Orta	407	50
İyi	133	16.3
Toplam	814	100

Tablo 14'de görüldüğü üzere; çalışanların sadece %16,3'ü çalıştıkları kurumu güven açısından iyi olarak değerlendirmiş, geri kalan %83,7'lik kesim kötü ve orta bir değerlendirme yapmayı tercih etmiştir. Bu veri, anketin gerçekleştirildiği kurumun güven zaafiyeti olduğunu ortaya koymakta ve çalışanların çoğunun şiddete maruz kalma riski olduğuna inandığını göstermektedir. Güvenlik önlemlerini iyi olarak değerlendiren grup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$).

Ankete katılanların genel bilgilerine bakıldığında katılımcıların çoğunun erkek (%66,7), evli (%71,5), en az üniversite mezunu (%63,8), sağlık sektöründe ve çalıştıkları birimde görece tecrübesiz (%39,6 ve %76,8) olduğu görülmektedir.

Ankette sorulan ikinci grup sorular, katılımcıların şiddet maruziyetleri hakkında bilgi toplamak amacıyla düzenlenmiştir. Elde edilen verilere göre 814 katılımcının 270'i son bir yıl içinde şiddete maruz kalmıştır. Tablo 15, son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranlarını göstermektedir.

Tablo 15. Son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranları

<i>Son Bir Yıl İçinde Şiddet</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Evet	270	33.2
Hayır	544	66.8
Toplam	814	100

Tablo 15’de görüldüğü üzere; anketin uygulandığı hastanedeki çalışanların çoğu (%66,8) son bir yıl içinde şiddete maruz kalmamıştır.

Ankette sorulan bir diğer tanımlayıcı soru, saldırganın kim olduğu ile ilgilidir. Elde edilen sonuçlar Tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16. Saldırganın kimliği

<i>Saldırgan</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Hekim	18	2.2
Hemşire	7	0.7
Hizmetli Personel	3	0.4
Teknik Personel	7	0.7
Hasta	289	35.6
Hasta Yakını	479	58.5
Dışarıdan Biri	7	0.7
Diğer	4	1.1
Toplam	814	100

Tablo 16’da görüldüğü üzere; sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların bir kısmı, tabloda görüldüğü üzere yine sağlık çalışanlarından gelebilmektedir. Hizmetli ve teknik personelin de zaman zaman şiddet eylemine karıştığı da görülmektedir. Bununla birlikte en yüksek oran %58,5 ile hasta yakınları ve %35,6 ile hastalardır. Bu iki grubun toplam oranı ise %94,1’e tekabül etmektedir.

Ankette sorulan bir diğer soru saldırganın tahmini eğitim düzeyi ile ilgilidir. Buna göre alınan cevaplar Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Saldırmanın eğitim durumu dağılımı

<i>Saldırmanın Tahmini Eğitim Durumu</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Üniversite	69	8.5
Lise	223	27.4
İlköğretim	419	51.5
Okur-Yazar Değil	103	12.6
Toplam	814	100

Tablo 17’de görüldüğü üzere; Ankete katılan ve saldırıya maruz kalmış sağlık çalışanlarının tahminine göre saldırganların çoğunluğu %51,5 ile en yüksek derecede ilköğretim düzeyinde eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte şiddet eylemi sayısında azalma görülmesi genel bir beklenti olduğundan katılımcıların tahmini de bu yönde olmuştur. Saldırmanın eğitim düzeyinin kesin olarak tespiti çok zor olup yalnızca sosyal iletişim becerisi, konuşma ve davranış tarzı gibi özelliklerinden yola çıkılarak bir tahminde bulunulmuştur. Bununla birlikte elde edilen sonuçlar, her eğitim düzeyinden insanın saldırgan potansiyeline sahip olduğunu da göstermektedir.

Anketteki en belirleyici sorulardan birisi de katılımcının hangi tür şiddete maruz kaldığı yönündeki sorudur. Elde edilen bulgular Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Maruz kalınan şiddet türünün dağılımı

<i>Şiddet Türü</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Sözel	624	76.7
Fiziksel	117	14.4
Psikolojik	69	8.5
Cinsel	4	0.4
Toplam	814	100

Tablo 18’de görüldüğü üzere; en yüksek oranda görülen şiddet türü %76,7 ile sözel şiddet olmuştur. Fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet oranları görece düşük kalmıştır. Bir diğer önemli soru, şiddete maruz kalınan yer ile ilgilidir. Bu soruya verilen cevapların özeti Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Şiddete maruz kalınan yer

<i>Şiddete Maruz Kalınan Yer</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Hasta Odası	175	21.5
Muayene Odası	286	35.2
Hemşire Odası	40	4.8
Bekleme Odası	127	15.6
Koridor	180	22.2
WC/Banyo	9	0.7
Toplam	814	100

Tablo 19’da görüldüğü üzere; en çok şiddet eyleminin gerçekleştiği yer %35,2 ile muayene odasıdır. Muayene odasını %22,2 ve %21,5 ile koridor ve hasta odası izlemektedir.

Tablo 20, hangi saat dilimlerinde daha çok şiddet eylemi yaşandığı bilgisini sunmaktadır.

Tablo 20. Şiddete maruz kalınan saat

<i>Şiddete Maruz Kalınan Saat</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
08-16 Vardiyası	458	56.3
16-24 Vardiyası	210	28.5
24-08 Vardiyası	55	6.7
08-08 Vardiyası	91	8.5
Toplam	814	100

Tablo 20’de görüldüğü üzere; en çok şiddet olayı gündüz vardiyası olarak tanımlanan 08-16 vardiyasında gerçekleşmektedir. Bu vardiyadaki %56,3’lük oranı %28,5 ile 16-24 vardiyası izlemektedir. Şiddet sırasında yapılan eylem hakkında elde edilen bulgular Tablo 21’de sunulmaktadır.

Tablo 21. Şiddete maruz kalındığı esnada yapılan eylem

<i>Yapılan Eylem</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Muayene/Tedavi	446	54.8
Fiziksel Bakım	26	3.3
Hasta Transferi	60	7.4
Dinlenme	33	4.1
Aktivite Yok	5	4.8
Diğer	244	25.6
Toplam	814	100

Tablo 21’de görüldüğü üzere; şiddete maruz kalma %54,8 ile muayene/tedavi esnasından gerçekleşmektedir. Bunu daha sonra diğer (%25,6) ve hasta transferi takip etmektedir.

Saldırıya uğrayan personelin olaya cevabı ise Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22. Şiddete maruz kalındıktan sonra olaya verilen cevap

<i>Olaya Verilen Cevap</i>	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Kendini Koruma	129	15.9
Meslektaşına Anlatma	106	13
Arkadaşına/Aileye Anlatma	81	10
Meslek Birliği/Dernekten Yardım	9	1.1
Çalıştığı Yeri Değiştirme	18	2.2
Üste Bildirme	195	24.4
Yargıya Başvurma	51	6.3
Hiçbir Şey	154	19
Diğer	71	8.1
Toplam	814	100

Tablo 22’de görüldüğü üzere; ankete katılanlar arasında şiddet eylemine maruz kalanların %24,4’ü durumu bir üst birime bildirmiştir. Bu grubu %19 ile hiçbir şey yapmayanlar ve %15,9 ile kendini korumayı tercih edenler izlemektedir. En geçerli yol olarak kabul edilebilecek olan yargıya başvurma ise sadece %6,3’lük bir kesim tarafından uygulanmıştır.

Ankete katılanların %24,1’i esnasında/sonrasında yardım aldığını bildirmiştir. Tablo 23, yardım alınan birimleri listelemektedir.

Tablo 23. Şiddet esnasında/sonrasında yardım alınan kişiler

Kimlerden Yardım Alındı	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Kurum Yöneticisi	131	16.7
Sorumlu Amir	211	25.8
Profesyonel Kişi	25	3
Çalışma Arkadaşı	276	34.8
Diğer	171	19.7
Toplam	814	100

Tablo 23’de görüldüğü üzere; buradan elde edilen sonuçlar da destekler niteliktedir. Yönetici ve sorumlu sıfatındaki kişiler, yardımına en çok başvuru alan ekip olurken çalışma arkadaşından yardım isteyenlerin sayısı da oldukça fazladır. Profesyonel yardım talebi ise çok düşük düzeyde kalmaktadır.

Şiddet olayının sağlık çalışanı üzerindeki en önemli etkilerinden birisi hastalarla olan ilişkisi üzerinedir. Konuyla ilgili elde edilen bulgular Tablo 24’de özetlenmiştir.

Tablo 24. Şiddetin sağlık çalışanı ile hastalar arasındaki ilişkiyi etkileme oranı

Şiddetin Hastalarla Olan İlişki Üzerindeki Etkisi	n	Yüzde(%)
Etkilemedi	187	23.7
Dikkatliyim	214	26.3
İşimi Eskisi Kadar Sevmiyorum	285	35.2
Korkmuş Hissediyorum	64	7.4
Diğer	64	7.4
Toplam	814	100

Tablo 24’de görüldüğü üzere; katılımcılar arasında en büyük oran, işini eskiden olduğu kadar sevmeyen kişilerden oluşmaktadır. Eylem sonrasında daha dikkatli davrananlar %26,3 ile bu grubu takip etmektedir. Şiddet olayının etkilemediği grup ise %23,7 olarak saptanmıştır. Şiddet eyleminden sonra birim değiştirenlerin oranı ise %8,9’da kalmıştır. Şiddet olayının herhangi bir etkisi olmadığını belirtenler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Şiddet eyleminden sonra çalışanların sadece %5,2’si iş kazası raporu, %23’ü ise polis raporu doldurmuş olup bu grubun içinden rapor sonrası sonuçları Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25. Şiddet eylemi sonrası iş kazası veya polis raporu sonuçları

Kaza ve Polis Raporu Sonuçları	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Yanıt Alamadım	260	32.8
Bir Şey Değişmedi	356	43.8
İşten Ayrılmak Zorunda Kaldım	25	3.1
Suçlu Bulundum	47	4.7
Diğer	126	15.6
Toplam	814	100

İş kazası veya polis raporu doldurmamayanların gerekçeleri ise Tablo 26'de verilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların rapor doldurmama nedenleri

Rapor Doldurma Nedenleri	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Yanıt Alamayacağımı Düşündüm	356	43.8
Önemsiz Geldi	175	21.5
İşimi Kaybedeceğimi Düşündüm	32	3.9
Suçlanmaktan Korktum	51	6.3
Yasal İşlemlerden Çekindim	83	10.2
Diğer	117	14.3
Toplam		100

Tablo 26'da görüldüğü üzere; çalıştığı yerde işyeri hekimi olduğunu bildiren kesim %88,6'dır. Buradan, geri kalan %11,4'lük kesimin işyeri hekiminin varlığından haberdar olmadığı sonucuna da ulaşılabilir. Çalışanların %68,6'sı sağlık çalışanına yönelik eğitim aldığını bildirmiştir.

Katılımcıların son yıllarda toplumdaki şiddet artışı konusundaki düşünceleri Tablo 27'de özetlenmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların şiddet ve yönetimine ilişkin düşünceleri

DEĞİŞKEN	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Pek Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Toplumda genel olarak şiddetin giderek arttığı düşünüyorum.	79,9	16,5	1,7	1,4	,7
Sağlık çalışanlarını karşılaştığı şiddetin giderek arttığını düşünüyorum.	80,1	15,7	2,9	1,0	,2
Sağlık çalışanlarının toplumda saygınlığının giderek azaldığını düşünüyorum.	69,4	19,4	5,2	5,0	1,0
Siyasilerin, sağlıktaki sorunların nedeni olarak kamuoyuna hekim ve sağlık çalışanlarına işaret ettiğini düşünüyorum	48,4	25,3	13,5	8,0	4,8
Performansa dayalı sisteminin sağlıkçılara yönelik şiddeti arttırdığını düşünüyorum.	49,0	23,3	16,8	8,7	2,1
Hasta yoğunluğunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırdığını düşünüyorum.	73,8	18,2	3,9	2,7	1,4
Hastaların yüksek beklentisinin sağlıkta şiddeti arttırdığını düşünüyorum.	67,7	20,5	4,8	4,4	2,6
Sağlık bakanlığının ve kurum yöneticilerinin yürüttüğü politikalarla sağlık alanında şiddet sorunun çözülebileceğini düşünüyorum.	30,1	25,9	16,1	12,9	15,0
Sağlık Bakanlığın ve kurum yöneticilerinin çıkardığı 'Sağlıkta Şiddet Yönetmeliğinin' şiddetin azalmasında etkili olacağını düşünüyorum.	22,9	31,0	18,2	14,7	13,3
Sağlıkta şiddetin azaltılması için Türk Tabipler Birliği, hasta dernekleri, sendikalar, kurum yöneticileri ve sağlık bakanlığının ortak hareket etmesi gerektiğini düşünüyorum.	65,7	22,5	7,4	2,3	2,1
İş yerindeki şiddetin önlenmesinde güvenlik önlemlerinin düzenlenmesinin etkili olacağını düşünüyorum.	52,9	31,1	7,4	6,6	2,0
İş yerindeki şiddetin önlenmesinde çalışma ortamının düzenlenmesinin etkili olacağını düşünüyorum.	53,6	32,2	8,0	4,9	1,4
İş yerindeki şiddetin önlenmesinde personel sayısını arttırmasının ve konu ile ilgili kişilere eğitim verilmesinin etkili olacağını düşünüyorum.	62,4	24,2	6,1	5,3	2,0
İş yerindeki şiddetin önlenmesinde çalışma sürelerinin azaltılmasının etkili olacağını düşünüyorum.	47,3	24,7	14,4	9,5	4,1
İş yerinde şiddetin önlenmesinde hasta hakları ve sorumlulukları biriminin özellikle hasta sorumlulukları açısından daha etkin ve verimli çalışmasının etkili olacağını düşünüyorum.	60,7	26,9	8,0	2,8	1,6
İş yerindeki şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanına şiddet uygulamanın yaptırımlarıyla ilgili hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesinin etkili olacağını düşünüyorum.	60,8	23,3	8,1	4,9	2,8
İş yerindeki şiddetin önlenmesinde medyanın etkili olacağını düşünüyorum.	43,8	11,6	7,4	17,9	19,3

Katılımcıların %79,9'u toplumda genel olarak şiddetin giderek arttığı, %80,1'i sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddetin giderek arttığını, %69,4'ü sağlık çalışanlarının

toplumda saygınlığının giderek azaldığını, %48,4'ü siyasilerin, sağlıktaki sorunların nedeni olarak kamuoyuna hekim ve sağlık çalışanlarına işaret ettiğini, %49'u performansa dayalı sisteminin sağlıkçılara yönelik şiddeti arttırdığını, %73,8'i hasta yoğunluğunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırdığını, %67,7'si hastaların yüksek beklentisinin sağlıkta şiddeti arttırdığını, %30,1'i Sağlık Bakanlığının ve kurum yöneticilerinin yürüttüğü politikalarla sağlık alanında şiddet sorunun zlebiliceğini, %31'i Sağlık Bakanlığın ve kurum yöneticilerinin çıkardığı Sağlıkta şiddet Yönetmeliğinin' şiddetin azalmasında etkili olacağını, %65,7'si sağlıkta şiddetin azaltılması için Türk Tabipler Birliği, hasta dernekleri, sendikalar, kurum yöneticileri ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak hareket etmesi gerektiğini, %52,9'u iş yerindeki şiddetin önlenmesinde güvenlik önlemlerinin düzenlenmesinin etkili olacağını, %53,6'sı iş yerindeki şiddetin önlenmesinde çalışma ortamının düzenlenmesinin etkili olacağını, %62,4' iş yerindeki şiddetin önlenmesinde personel sayısını arttırmasının ve konu ile ilgili kişilere eğitim verilmesinin etkili olacağını, %47,3' iş yerindeki şiddetin önlenmesinde çalışma sürelerinin azaltılmasının etkili olacağını, %60,7'si iş yerinde şiddetin önlenmesinde hasta hakları ve sorumlulukları biriminin özellikle hasta sorumlulukları açısından daha etkin ve verimli çalışmasının etkili olacağını, %60,8'i iş yerindeki şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanına şiddet uygulamanın yaptırımlarıyla ilgili hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesinin etkili olacağını, %43,8'i ise iş yerindeki şiddetin önlenmesinde medyanın etkili olacağını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların çok önemli bir bölümü toplumdaki şiddet eğiliminde artış olduğunu düşünmektedir (%96,2). Kararsız olanları da bu gruba dahil edebileceğimizden oran daha da yükselebilir. %95,8'i sağlık çalışanlarına yönelik şiddete artış olduğunu düşünmektedir. Kararsızların dağıtılmasıyla bu oran %97'yi geçmektedir. %88,8'lik önemli bir bölümü sağlık çalışanlarının toplum gözündeki saygınlığında azalma olduğunu gözlemlemiştir. Kararsızların dağıtılmasıyla bu oran %90'ın üzerine çıkacaktır. %73,8'i, sağlık çalışanlarının kamuoyu önünde siyasiler tarafından suçlandığını düşünmektedir. Katılımcıların yine önemli bir bölümü (%72,3) performans sisteminin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttıran bir etken olduğunu düşünmektedir. Kararsızların dağıtılmasıyla bu oran %80'lere çıkacaktır. %92'si çok önemli bir bölümü hasta yoğunluğu ile şiddet eylemlerinin sayısı arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu düşünmektedir.

Hastalardaki yüksek beklenti ile şiddet eylemleri arasında ilişki olduğunu düşünen katılımcıların oranı kararsızların da dağıtılmasıyla %90'ı geçmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve kurum yöneticilerinin politikaları sayesinde şiddet sorununun çözüme kavuşturulması hakkında katılımcıların düşüncelerini özetlemektedir.

Katılımcıların %56'sı şiddet sorunun çözüm kaynağı olarak bakanlığı ve çalıştıkları kurumu görmektedir. Bununla beraber azımsanmayacak %27,9'luk bir oran da bu kurumları çözüm olarak görmemektedir.

Sağlıkta Şiddet Yönetmeliği'nin çözüm olabileceğine şüpheyle baktıklarını göstermektedir. Katılımcıların %53,9'u yönetmeliğe güvenirken %28'i yönetmeliğin şiddet sorunun çözümüne katkı sağlamayacağını düşünmektedir.

Çeşitli birim ve kurumların ortak çalışmasının şiddet sorununa çözüm olabileceğini düşünenlerin oranı %88,2'dir. Bu oran, bakanlık ya da çalışılan kurumun tek başına gerçekleştireceği önlemlerin başarısız olabileceği konusundaki düşünceleri de destekler niteliktedir. Katılımcılar, şiddet sorununun çözümü için ilgili birkaç birimin ortak çalışmasının daha etkili olacağını düşünmektedirler.

Tablo 28, işyerinde şiddetin önlenmesi için uygulamaya sokulacak önlemler hakkında katılımcıların görüşlerini özetlemektedir.

Katılımcıların %87,6'sı hastaların bilgilendirilmesini en etkin yöntem olarak görmektedir. Çalışma sürelerinin kısaltılması ise %72,1 ile en az etkili olabilecek olan yöntemdir. Güvenlik önlemlerinin alınması, çalışma ortamının düzenlenmesi, personel sayısındaki artış ve personele yeterli eğitim verilmesi ve medyanın etkin bir şekilde kullanılması da önemli ve kabul edilebilirlik oranları %80'in üzerinde olan yöntemlerdir.

Elde edilen tüm bu verilerden sonra maruz kalınan şiddetin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, unvan, çalışma şekli ve ilgili birimde kaç yıldır çalışıldığıyla ilgili olarak farklılık ve anlamlılık testleri yapılmıştır.

60 yaş üstü tek bir katılımcı olduğu için sağlıklı bir sonuç elde edilemediğinden 50-59 yaş grubuna mensup çalışanların en yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları

görülmektedir. Bununla beraber 50-59 yaş grubuna mensup katılımcı sayısının da görece az olduğu düşünüldüğünde 20-50 yaş grubundaki çalışanların ortalama olarak aynı düzeyde şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşılabılır. Buna göre yaşın maruz kalınan şiddetle fazla bir ilgisi olmadığını anlaşılmaktadır. Yapılan korelasyon analizinde yaş ile şiddet görme arasında korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 28. Cinsiyet değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup T testi sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	t Testi	
					t	p
<i>CİNSİYET</i>	Erkek	271	3,0303	,24311	2,558	,049
	Kadın	543	3,3550	,43881		

Cinsiyet değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Tablo 30'da görüldüğü üzere, örneklem grubunu katılımcıların ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=,049; p<,05).

Kadınlar %38.3 oranında şiddete maruz kalırken erkeklerde bu oran %30.5 olarak saptanmıştır. Kadın çalışanların son bir yılda şiddete maruz kalma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 29. Eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	ANOVA Sonuçları	
					F	p
<i>EĞİTİM DÜZEYİ</i>	Sağlık Meslek Lisesi	99	2,8864	,39365	,580	,010
	Önlisans	186	3,2452	,40869		
	Lisans	228	3,3877	,45540		
	Yüksek Lisans	67	3,2920	,34110		
	Doktora	38	2,7474	,43425		
	Diğer	196	2,9602	,63192		

Eğitim düzeyi değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların ortalamalarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü

varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=,010$; $p<,05$).

Eğitim düzeyi ile maruz kalınan şiddet oranları arasında doğru orantı bulunmaktadır. Çalışanın eğitim düzeyi arttıkça şiddete maruz kalma oranı ve riski artmaktadır. Eğitim düzeyi ile şiddete maruz kalma arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 30. Unvan değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri	Gruplar	N	\bar{x}	ss	ANOVA Sonuçları	
					<i>F</i>	<i>p</i>
GÖREV/UNVAN	Uzman Hekim	74	1,3571	,30896	2,140	,030
	Asistan Hekim	33	1,3761	,31168		
	Hemşire	285	1,2951	,27120		
	Radyolog	2	3,2920	,34110		
	Laborant	18	2,9455	,50522		
	Tıbbi Sekreter	78	2,8723	,48720		
	Tekniker	45	2,7474	,43425		
	Hasta Bakıcı	15	2,9602	,63192		
	Ebe	251	3,0653	,62768		
	Diğer	15	2,9602	,63192		

Unvan değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların ortalamalarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=,030$; $p<,05$).

Çalışma yoğunluğu arttıkça şiddete maruz kalma oranı da bariz şekilde artmaktadır. Belli bir dönem için farklı saatlerde çalışan katılımcıların daha fazla şiddete maruz kaldıkları açıktır. Düzenli bir şekilde çalışma sistemine sahip çalışanlarda ise bu oran görece oldukça düşüktür.

Tablo 31. Çalışılan birimde görev süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve ss Değerleri	Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	ANOVA Sonuçları	
						F	p
<i>BİRİMDEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ</i>		0-5 yıl	625	3,0195	,38288	,212	,049
		6-10yıl	139	3,3102	,43816		
		11-15yıl	45	3,3831	,41748		
		16-20yıl	5	3,2197	,26424		

Çalışılan birimdeki görev süresi değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların ortalamalarının çalışılan birimdeki görev süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=,049$; $p>,05$).

Kişilerin çalıştığı birimde görev yapma süreleri ile şiddet görme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Araştırmanın birinci hipotezine göre “ H_1 : Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddete uğrama arasında farklılık vardır.” kabul edilmiş, H_0 hipotezi reddedilmiştir. Yani; Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddete uğrama arasında farklılık vardır.

Tablo 32. Şiddet yönetiminin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup T testi sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve ss Değerleri	Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	t Testi	
						t	p
<i>CİNSİYET</i>		Erkek	271	3,0941	,25309	2,119	,035
		Kadın	543	3,5143	,47481		

Cinsiyet değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Tablo 30’da görüldüğü üzere, örneklem grubunu katılımcıların ortalamalarının şiddet yönetiminin yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=,035$; $p<,05$).

Tablo 33. Şiddet yönetiminin eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri	Gruplar	N	\bar{x}	ANOVA Sonuçları		
				Puan	<i>ss</i>	<i>F</i>
EĞİTİM DÜZEYİ	Sağlık Meslek Lisesi	99	2,0714	,37565	,510	,035
	Önlisans	186	3,2792	,32269		
	Lisans	228	3,1777	,45540		
	Yüksek Lisans	67	3,2923	,34130		
	Doktora	38	2,7474	,4316		
	Diğer	196	2,1572	,43138		

Eğitim düzeyi değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların ortalamalarının şiddet yönetiminin mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=,035$; $p<,05$).

Tablo 34. Şiddet yönetiminin unvan düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri	Gruplar	N	\bar{x}	ANOVA Sonuçları		
				Puan	<i>ss</i>	<i>F</i>
GÖREV/UNVAN	Uzman Hekim	74	2,1743	,75896	2,170	,045
	Asistan Hekim	33	1,6103	,36146		
	Hemşire	285	1,1451	,29143		
	Radyolog	2	2,2920	,31110		
	Laborant	18	2,5455	,54543		
	Tıbbi Sekreter	78	2,6223	,44720		
	Tekniker	45	2,7174	,49425		
	Hasta Bakıcı	15	2,8302	,51184		
	Ebe	251	2,0753	,59744		
	Diğer	15	3,4602	,57171		

Unvan değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların ortalamalarının şiddet yönetiminin mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=,045$; $p<,05$).

Tablo 35. Şiddet yönetiminin çalışılan birimde görev süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

<i>f</i> , \bar{x} ve ss Değerleri Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	ANOVA Sonuçları	
					<i>F</i>	<i>p</i>
BİRİMDEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ	0-5 yıl	625	3,0915	,28338	,302	,019
	6-10yıl	139	3,3109	,33735		
	11-15yıl	45	3,3451	,21773		
	16-20yıl	5	3,2154	,28445		

Çalışılan birimdeki görev süresi değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların ortalamalarının çalışılan birimdeki görev süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=,019$; $p<,05$).

Araştırmanın ikinci hipotezine göre H_1 ; Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddet yönetimi arasında farklılık vardır.” kabul edilmiş, H_0 hipotezi reddedilmiştir. Yani; sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile şiddet yönetimi arasında farklılık vardır.

5. TARTIŞMA

Şiddet türleriyle ilgili olarak Kuveyt'te 5876 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %20'sinin günlük/haftalık, %27,9'unun ise daha seyrek olarak sözel; %1,2'sinin günlük/haftalık ve %6'sının daha seyrek olarak fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (67).

Güney Tayvan'da 205 hemşirenin katılımıyla yapılan bir diğer çalışmada ise sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalma oranının (en az bir kere olmak üzere) sırasıyla %53,9 ve %12,7 olduğu tespit edilmiştir (56).

Kenya, Nijerya, Tanzanya ve diğer Sahra-altı Afrika ülkelerinde çalışan toplam 712 sağlık çalışanına uygulanan bir ankete göre elde edilen sonuçlar sözel şiddet, tehdit ve fiziksel şiddet oranları sırasıyla ortalama olarak %42,8, %34,6 ve %21 olarak belirlenmiştir (43).

Almanya'da yapılan ve 1973 sağlık çalışanını kapsayan çalışmada katılımcıların %56'sının fiziksel, %78'inin sözel, %10,5'inin ise cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. İspanya'da 2008 yılında yapılan ve toplam 1866 kişinin katıldığı çalışmaya göre çalışanların %11'i fiziksel şiddete, %64'ü tehdide, %24,3'ü sözel şiddete maruz kalmıştır.

İtalya'da 700 hemşire ile yapılan bir çalışmada saldırıya uğrayan hemşirelerin %82'sinin sözel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. ABD'de 6300 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %13,2'si fiziksel, %38,8'i sözel, %7'si cinsel şiddetle karşılaştığını belirtirken tehdide uğrayanların sayısı da %17'dir.

Japonya'da 8711 çalışan üzerinde yapılan bir çalışmada çalışanların %15,9'unun fiziksel şiddet, %29,8'inin sözel şiddet ve %9,9'unun cinsel şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Benzer bir çalışma Mısır'da 970 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilmiş, şiddete maruz kalanların %9,3'ü fiziksel, %69,5'i sözel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Annagür, 2010). İran'da 1317 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %85,2'si son altı ay içinde en az bir kere sözlü, %27,5'i ise aynı sürede en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (27).

Kanada'da yapılan bir çalışmada şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 oranında olduğu saptanmıştır (58).

Uluslararası alanda yapılmış bir çalışmada, çalışmanın yapılmasından bir önceki yılda hastane personelinin saldırıya uğrama oranları Avustralya'da %67,2, Brezilya'da %46,7, Bulgaristan'da %75,8, Güney Afrika'da %61, Tayland'da %54 ve Portekiz'de %60 olarak bulunmuştur (61).

Pakistan'da yapılan bir araştırmaya göre ise fiziksel şiddet olayından sonra %63,6, sözlü şiddet olayından sonra %62,2 oranında olmak üzere saldırgan hakkında hiçbir işlem yapılmamıştır. Durumun polise intikal etme yüzdesi fiziksel şiddet için %4,6, sözlü şiddet için %1 düzeyinde olup saldırgan fiziksel şiddet için hiç yargılanmamış, sözlü şiddet için bu oran %2,1'dir (56). İran'daki bir çalışmada sözlü şiddet gören hemşirelerin %46,6'sı, fiziksel şiddet gören hemşirelerin %70'i çevreden yardım istemiş; hem sözlü hem fiziksel şiddetin %35,9'u rapor edilmiştir (55).

ABD'de yapılan ve 2004-2009 yıllarını kapsayan bir çalışmaya göre 100 tane 2000 saatlik bir tam zaman eşdeğeri birimi başına düşen şiddet eylemi sayısı bazı yıllarda azalsa da altı yıllık zaman diliminde 1,53'ten 2,35 değerine yükselmiştir (42).

Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmaya göre şiddet eylemleri 2000-2001 yıllarında 1998-1999 yıllarına göre %30 oranında artmıştır. Aynı çalışma 2001-2002 yıllarında da bir önceki yıla göre %13 düzeyinde bir artış öngörmüştür. 2008 yılında yapılmış olan ve 1990-2006 yıllarını kapsayan bir çalışmaya göre şiddet eylemlerinde artış görülmektedir ancak çalışmada belirtildiği gibi bu sürede yayın sayısında da artış meydana gelmiştir (43).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1993'ten 1999'a kadar her yıl 1,7 milyon şiddet vakası kaydedilmiştir. İngiltere'de yürütülen bir çalışmada, son bir yıl içinde sağlık çalışanlarının %27'si fiziksel, %68'i ise sözel olarak şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Benzer bir çalışma Finlandiya'da yapılmış, çalışanların %10'u son bir yıl içinde şiddet eylemiyle karşılaştığını belirtmiştir. Bu oran İtalya'da %49, ABD'de %13, Kanada'da %57, Japonya'da %36,4 ve Mısır'da %27,7'dir.

Çamcı ve diğerleri (2011) tarafından uygulanmış olan bir diğer çalışmadaki katılımcı profilinde kadınların (%82,6) çoğunlukta olduğu görülmekle birlikte evli (%58,5) ve en az üniversite mezunu (%60,4) olanlar ağırlıktadır. Hahn ve diğerleri (2013) çalışmasına katılanların çoğunluğu yine kadın (%82,02) olup 0-4 yıl arası tecrübeye sahip olanlar (%55,2) baskın gruptur (68). Aynı çalışmada katılımcıların

%55,2'si tam zamanlı olarak çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmanın genel katılımcı profili ile daha önceki çalışmaların katılımcı profilleri arasında benzerlik bulunmaktadır. Bununla birlikte çalışmanın uygulandığı birimlerin genişliği nedeniyle erkek katılımcıların sayısı diğer çalışmalara göre daha fazladır.

Elde edilmiş olan katılımcı profili, İlhan ve diğerleri (2013) tarafından yapılan ve kadın (%56), evli (%70,7) ve en az üniversite mezunu (%46,6) olan katılımcı profiliyle de uyumaktadır. Ayrıca anketin uygulandığı hastanedeki çalışanların çoğu (%66,8) son bir yıl içinde şiddete maruz kalmamıştır, bu açıdan da diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir..

Ankara'da yapılmış bir çalışmada hastaların %62,7'sinin, muayene sırasında fazla beklemelerinden ötürü şiddete başvurduğu sonucuna varılmıştır (49). İrlanda'da yapılmış bir diğer çalışmada da hasta yoğunluğunun şiddeti tetikleyen etkenlerden biri olduğu sağlık çalışanları tarafından belirtilmiştir (16). Çalışmamızda ise katılımcıların büyük çoğunluğu hastalarla doğrudan yüz yüze temasın olduğu birimlerde çalışmaktadır.

Türkiye, ABD ve Birleşik Krallık'ta yapılan üç farklı çalışmada uzun bekleme süresinin şiddete neden olma oranları sırasıyla %45, %86, %69 ve %12 olarak tespit edilmiştir. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden elde edilen bulgulara göre şiddet eylemlerinin %42,1'i fazla bekleme süresi nedeniyle oluşmaktadır (23).

Pakistan'daki çalışmada acil servislerdeki kalabalığın da önemli bir şiddet nedeni olduğu belirtilmiştir. Uzun süreli muayene bekleme süresinin sözlü şiddet ile güçlü bir bağlantısı olduğu (%80) tespit edilmiştir (27). Az sayıda çalışan olması özellikle hasta yoğunluğunun yüksek olduğu yerlerde bekleme süresini uzatacağından şiddet eylemlerini arttırabilir (27). Bekleme sürelerinin uzunluğu, yetersiz güvenlik ve zayıf çevresel dizayn gibi faktörlerin şiddet eylemlerinde artış meydana getirdiği bir diğer çalışmada daha belirtilmiştir (3). Şiddet eylemi sayısının hasta sayısı ile korele bir veri olduğu, ekip eksikliği, hekim yorgunluğu ve hastaya ayrılacak yeterli zaman yokluğunun da şiddeti etkileyen etkenler olduğu Aydın Tabip Odası'nın yayınında belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların beklentilerinin karşılanamamasının da şiddet eylemleri üzerinde etkili olduğu açıklanmıştır (3). Hastaların fazla sıra bekleme süresi, hasta yoğunluğu ya da hekim yetersizliğinin bir sonucudur.

Çalışmamız sonuçlarına göre; hizmetli ve teknik personelin de zaman zaman şiddet eylemine karıştığı da görülmektedir. Bununla birlikte en yüksek oran %58,5 ile hasta yakınları ve %35,6 ile hastalardır. Şiddet eyleminin en çok gerçekleştiği yer %35,2 ile muayene odasıdır. Muayene odasını %22,2 ve %21,5 ile koridor ve hasta odası izlemektedir. Şiddete maruz kalma %54,8 ile muayene/televi esnasından gerçekleşmektedir. Bunu daha sonra diğer (%25,6) ve hasta transferi takip etmektedir. Sonuçlar benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Suudi Arabistan'daki çalışmaya göre şiddet gören çalışanların %41'i hiçbir şey olmamış gibi davranmaya devam etmiş, %2'si ise çalışma birimini değiştirmiştir. Bir diğer çalışmada ise şiddete maruz kalan çalışanların %16'sı birim değiştirmiş, %19'u ise yapmakta olduğu işten ayrılmayı düşünmüştür (19).

Tablolardan ve edinilen bilgiler ışığında şiddet maruziyeti ve konuyla ilgili düşünceler soruları arasında yapılan istatistiksel analizler doğrultusunda birtakım bağlantılar elde edilmiş ve bu bağlantılar sayesinde hangi grubun ne tür ve hangi sıklıkta şiddet olayı yaşadığı tespit edilmiştir. Daha sonrasında elde edilen bu şiddet maruziyeti sonuçları, daha önce yapılmış olan ulusal ve uluslararası çalışmalarla karşılaştırılarak bir kıyaslamaya gidilmiştir.

Gerek dünyada gerekse Türkiye'de yapılan araştırmalara göre sözel şiddet, tüm şiddet türlerinin içinde başı çekmekte olup onu fiziksel ve cinsel şiddet izlemektedir. Bu veriler, bu çalışmada elde edilen sonuçlarla uyumludur. Değişik ülkelerden alınan veriler, bilgilerin alındığı ülkelerdeki vardiya anlayışındaki farklılıklardan kaynaklanan bir karışıklığa sebebiyet verebilmektedir. Bununla birlikte Türkiye'de yapılmış çalışmalarla bu çalışmada elde edilen bulgular birbirini karşılar niteliktedir. Gündüz vardiyası olarak tanımlanabilecek 08.00-16/17.00 vardiyası şiddet eylemlerinin en yüksek oranda görüldüğü vardiyadır. Bunun nedeni bu vardiyanın aynı zamanda en kalabalık vardiya olmasından da kaynaklanabilir. Bu saatlerde ayaktan hasta bakım hizmeti veren poliklinik gibi servisler de açık olduğundan hastaneye gelen hasta sayısı ve hasta yakını sayısı diğer saat aralıklarından çok daha yoğundur. Çalışan sayısının da bu vardiyada diğerlerine göre yüksek olması nedeniyle bu saat aralığında daha fazla şiddet vakası görüldüğü yorumu yapılabilir.

Eskişehir'de 2004 yılında 195 sağlık çalışanını kapsayan bir araştırmaya göre katılımcıların %72,3'ü son bir yıl içinde şiddete maruz kalmıştır. Yine Eskişehir'de

2006 yılında 1209 sağlık çalışanı üzerinde yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların %49,5'i son bir yıl içinde şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Denizli'de 2003 yılında 79 kişinin katıldığı bir çalışmada çalışanların %88,6'sı son bir yıl içinde şiddete maruz kalmış ya da tanık olmuştur. Samsun'da 2006 yılında 64 çalışan üzerinde yapılan bir çalışmada da son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranının %85,9 olduğu tespit edilmiştir. Türkiye çapında 7 tıp fakültesi hastanesindeki 2442 çalışanın katılımıyla gerçekleştirilen ve 1712 katılımcının yanıt verdiği ankete göre bu çalışanların son bir yılda şiddete maruz kalma oranı %68'dir (3).

Kocaeli'nde 270 sağlık çalışanına yöneltilen bir ankete ise son bir yılda şiddete maruz kalma oranının %72,4 olduğu bilgisi elde edilmiştir. Bir başka çalışmada ise Kütahya, Eskişehir ve Ankara'daki bazı sağlık çalışanlarına 2001-2002 arasındaki bir yıllık süreçte şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulmuş ve bu şehirler için sırasıyla %74,5, %46,6 ve %58 oranları elde edilmiştir (2).

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada ise 283 katılımcının %66,8'i son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki bir diğer çalışmada ise toplam 375 katılımcının %87,6'sının son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (49). Ankara'da acil servis çalışanları üzerinde yapılan bir ankete ise son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranı %85,2 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen %33,2'lik oran, şimdiye kadar Türkiye'de bölgesel ve ulusal çapta yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre oldukça düşük bir orandır. Çalışanların önemli bir bölümünün (%83,7) çalışmakta oldukları hastanenin güvenlik koşullarını iyi olarak değerlendirmemesine karşın son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranı Türkiye ortalamasının çok altındadır (42).

Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan personelin %78,1'i şiddete karşılık verirken %59,2'si şiddeti rapor etmiştir. Türkiye'yi kapsayan bir çalışmada şiddet gören sağlık çalışanlarının %67'sinin durumu rapor etmediği, Kanada'da ise bu oranın %33 olduğu tespit edilmiştir (2). Kuveyt'te hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada sözel şiddete maruz kalanların %40,6'sı, fiziksel şiddete maruz kalanların %66,7'si çevreden yardım istemiş, sözel şiddet olaylarının %55,8'i, fiziksel şiddet olaylarının ise %71,8'i rapor edilmiştir (51). İstanbul Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nden elde edilen bulgularda şiddet olaylarının %16,7'sinin yargıya bildirildiği belirtilmiştir.

Düzce'de 76 araştırma görevlisinin katılımıyla yapılan bir diğer çalışmada şiddet uygulayanlar arasında hasta yakınlarının %53,3 ile başı çektiği, Eskişehir'deki bir çalışmada ise bu oranın %89 olduğu tespit edilmiştir (51). Yapılan anket sonucu elde edilen bulgular, Türkiye'deki ve diğer ülkelerdeki bulgularla örtüşmektedir. Sayısal değerler arasında bazı farklılıklar olsa da saldırganların önemli bir bölümünün hasta ve/veya hasta yakını olduğu açıkça görülmektedir.

İstanbul'daki bir diğer çalışmada toplam 189 katılımcının verilerine göre sözel şiddete maruz kalma oranı %86,8, fiziksel şiddete maruz kalma oranı %2,1 ve hem sözel hem fiziksel şiddete maruz kalma oranı %11,1'dir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan intörn ve araştırma görevlisi doktorlara uygulanan ankete göre sözel şiddet oranı %95,7 fiziksel şiddet oranı 3,8%, cinsel şiddet oranı %0,7 % olarak belirlenmiştir (61). İzmir'de acil serviste çalışan 112 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada çalışanların %16,8'i fiziksel şiddete, %67,6'sı sözlü tacize ve %48,6'sı sözlü tehdide maruz kalmıştır. 2005 yılında ABD'de yapılan ve 1751 çalışanı kapsayan bir çalışmada katılımcıların %7,2'si fiziksel, %30,6'sı fiziksel olmayan şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Düzce'deki bir diğer çalışmada gerçekleşen şiddet olaylarının %65,7'sinin sözel, %2,9'unun fiziksel olduğu tespit edilmiştir (61).

Bugüne kadar yapılmış olan ve 151.347 hemşireyi kapsayan 136 çalışmanın kapsamlı bir özetini sunan bir çalışmaya ve farklı sayılarda örnekler alınarak elde edilen sonuçlara göre fiziksel şiddete uğrama oranı %36,4 fiziksel olmayan şiddete uğrama oranı %67,2 zorbalığa maruz kalma oranı %37,1 cinsel istismara maruziyet oranı %27,9 sakatlanmayla sonuçlanan şiddete maruz kalma oranı ise 32,7% olarak belirlenmiştir (42).

Üst birime şikayet, Türkiye'de en yaygın savunma yöntemi olarak görülmektedir ve çalışmadan elde edilen bulgular, bu sonuçlar uyusmaktadır.

Yasalarda yapılan son değişiklikler neticesinde kamu kuruluşunda şiddet gören çalışanların korunması amacıyla ilgili çalışan hakları birimi kurulmuştur ve hastanede şiddet görülmesini takiben bu birime de bildirim yapmak rutin bir iç işleyiş haline gelmiştir. Bu oranın yüksek çıkmasının nedeni bu değişiklik olabilir. Türkiye'de

yargıya ve polise duyulan güven eksikliği, insanları olabilecek en yakın birime şikayete yöneltmekte, bazen de kendini aynı şekilde savunmaya zorlamaktadır. Şiddete maruz kalanların sadece 23 %'ünün polis raporu doldurması da Kocaeli'ndeki çalışmayla uyumlu bir sonuçtur. Bununla birlikte şiddetin hafif veya ağır olması durumu da olayın polise intikal etmesinde önemli rol oynadığından dolayı şikayet yüzdesindeki değişiklikler normal karşılanabilir. Öte yandan, sağlık çalışanının duruma olan yaklaşımı da şiddet eyleminin polise intikali üzerinde çok etkili bir başka etkendir.

Konuyla ilgili yapılan çalışmaların azlığına karşın sağlık çalışanlarının şiddet olayından sonra daha dikkatli davrandıkları görülmektedir. Şiddet olayı, çalışanların hastalarıyla olan ilişkilerine zarar vermiş, bir kısmının ise iş değiştirme seçeneğini değerlendirmeye başlamalarına yol açmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular, literatürden elde edilenlerle uyumlu sonuçlar vermektedir.

İş kazası raporu dolduranlardan toplam %76,6'sı yanıt alamadığını veya yanıt alsa bile değişen bir şey olmadığını belirtmiş, %3,1'i işten ayrılmak zorunda kalmış, %4,7'si ise suçlu bulunmuştur. Geriye kalan %15,6'dan yalnızca bir kısmının olumlu yanıt alabildiğini düşünürsek sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin cezasız kaldığı açıkça görülebilmektedir. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin çoğunlukla ceza almaması şiddete eğilimli kişilerin benzer bir durumda yine şiddete başvurmalarına zemin hazırlayabilir yorumu yapılabilir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına şiddet uygulamanın caydırıcılığını artıran cezaların belirlenmesi ve uygulamaya konması şiddeti azaltabilecek bir değişiklik olabilir yorumu yapılabilir.

İstanbul'da yürütülen önceki bir çalışmada da benzer şekilde, şiddet olayı nedeniyle yönetime başvuranların %88,3'ünün yanıt alamadığı tespit edilmiştir (58).

Çalışanın suçlu bulunması kabul edilebilir bir sonuç olmakla birlikte özellikle rapora yanıt dahi alamayan kesimin yüksek oranı oldukça düşündürücüdür. İşten ayrılmak zorunda kalmış olan bir kesimin varlığı da yine sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet sonrası sürecin doğru yönetilemediği ve rehabilitasyon döneminin eksikleri bulunduğu işaret ediyor olabilir.

Türk Tabipler Birliği'ne bağlı Aydın Tabip Odası'nın yayınladığı bir rapora göre artan şiddetin en önemli nedenlerinden birisi izlenen sağlık politikaları ve bu süreçte hekimlerin hedef gösterilmesidir. Sağlıkta yaşanan sorunların haksız bir şekilde

hekimlere fatura edilmesinden de ayrıca bahsedilmektedir. Aynı çalışmada İngiltere’de sağlık çalışanına karşı şiddet gösteren bireylere siyasi iktidar tarafından sıfır tolerans gösterildiği ancak Türkiye’deki çalışanların bu konuda bir hukuk ve otorite boşluğu olduğuna inandıkları belirtilmiştir (55). Belirtilen bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının görüşlerinden derlenmiştir. Aydın Tabip Odası’nın çalışmasına dayanarak sağlık çalışanlarının artan şiddet olaylarından siyasi tutumu da sorumlu tuttıkları yorumu yapılabilir. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin birden çok boyutu olduğu bilinmektedir. Bu etmenler arasında şiddetin önlenmesi, caydırıcılığın artırılması gibi konularda değişiklikler yapılması siyasal otorite tarafından yapılan değişikliklerle sağlanabilir. Bu noktada şiddetin önlenmesi ve şiddet sonrası sürecin daha doğru yönetilmesi için yönetsel birimlere de görev düşmektedir yorumu yapılabilir.

Türkiye’de 2011 yılında yürürlüğe giren performans sisteminin şiddet eylemleri üzerindeki etkisi doğrudan bir çalışmaya konu olmamakla birlikte 2011’den önce ve sonraki çalışmalardaki şiddet oranlarından bir çıkarım yapılabilir.

2008 yılında tüm Türkiye’yi kapsayan bir çalışmaya göre Türkiye’de son bir yıl içinde şiddet gördüğünü ifade eden sağlık çalışanlarının oranı %68’dir (3). İstanbul’da 2012 yılında yapılan bir çalışmada ise çalışanların %86,8’inin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (58). Buna göre performans sisteminden sonra şiddet olaylarında bir artış olabileceği öngörülebilir. Bu bilgi değerli olduğu kadar asıl etmenlerin belirlenmesini gerektiren bir bilgidir. Performans sistemine geçişin sağlık çalışanlarının çalışma yöntemlerinin, hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımları üzerinde mi değişikliğe yol açtığı yoksa hasta ve hasta yakınlarının gözünde sağlığın satın alınabilir bir meta haline dönüşmesine neden olduğunun belirlenmesi şiddet olaylarında meydana gelen artışın esas nedenlerinin saptanmasında önemlidir. Bu nedenle daha hem hasta ve hasta yakınlarını hem de sağlık çalışanlarını kapsayan daha geniş çalışmaların yapılması gerekmektedir.

“Aydın Tabip Odası’nın raporundaki bilgilere göre performans sistemi ekip uyumunu ve yönetici desteğini yok etmekte ayrıca hasta sayısını gereksiz yere arttırmaktadır. Bundan ötürü performans sisteminin şiddeti arttıran bir etken olduğu söylenmektedir (54).”

“2010’da yapılan bir çalışmada Türk Tabipler Birliği’nin Ceza Kanunu’nda eksik olan yerlere madde eklenmesi konusunda kararlı olması gerektiği vurgulanmış, birliğin ayrıca hem

halkı eğiten hem de hekimi koruyan bir anlayışla hareket etmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (19).”

“Aydın Tabip Odası’nın yayınladığı raporda bazı katılımcılar, hasta haklarının bakanlık ve medya tarafından abartılmasının da şiddeti arttırdığını belirtmişlerdir. Aynı raporda sağlık birimlerindeki organizasyonel sorunların şiddeti tetiklediği de belirtilmiştir (Elbek ve Adaş, 2012).”

Hasta haklarının abartılması ve benzer hakların hekimlere tanınmadığı düşüncesi, sağlık çalışanlarının toplumdaki saygınlıklarını yitirdiklerini düşünmelerine yol açabilmektedir. Sağlık çalışanları, şiddet konusunun çözümlenebilmesi için birincil sorumlu ve yetkilinin bakanlık olduğuna inanmaktadırlar.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sağlık alanında çalışan meslek gruplarının işyeri şiddeti ile karşılaşma oranını, şiddet çeşidini ve karşılaşılan şiddet çeşitlerini etkileyen kişisel ve mesleki özellikleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma toplam 814 katılımcıya toplam 46 soru yöneltmiş ve bu sorulara alınan yanıtlar daha önce uluslararası ve ulusal çapta yapılmış olan çalışmalarla karşılaştırılarak incelenmiştir.

Anketteki ilk 11 soru katılımcıların profilini tanımlamaya yönelik sorular olup 12-29. sorular çalışanın şiddetle karşılaşma verilerini edinme, 30-46. sorular ise şiddet olgusu ve şiddetin azaltılması yönünde katılımcıların kendi düşünceleriyle ilgili sorulardır. Katılımcı profili Tablo 4'te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %33,2'si son bir yıl içinde şiddete maruz kalmıştır ve saldırıyı gerçekleştirenlerin %94,1'i hasta veya hasta yakınıdır. Saldırganın tahmini eğitim durumu ağırlıklı olarak ilköğretim mezunu olduğudur (%51,5) ve bu soru, daha önce herhangi bir çalışmada sorulmamış olup bu anlamda Türkiye'de ilktir. Şiddete maruz kalanların %76,7'si sözel, %14,4'ü fiziksel şiddete maruz kalmış, gerçekleşen şiddet eylemlerinin %35,2'si muayene odasında, %22,2'si koridorda, %21,5'i hasta odasında yaşanmış olup en çok şiddet eylemine 08.00-16.00 vardiyasında rastlanmıştır (%56,3). Şiddet eylemlerinin %54,8'i muayene esnasında ortaya çıkmıştır.

Şiddet olayına maruz kalan personelin en sık yaptığı eylem %24,4 ile üste bildirmedir. Bunu %15,9 ile kendini koruma takip etmektedir. En sıklıkla yardım alınan kişi ise %34,8 ile çalışma arkadaşısıdır. Şiddet eyleminden sonra çalışanların %35,2'si işini eskisi kadar sevmediğini, %23,7'si durumdan etkilenmediğini belirtmiştir. En çarpıcı sonuç ise şiddet eyleminden sonra şikayetçi olan personelin %43,8'inin bir şey değişmediğini, %32,8'inin ise yanıt alamadığını belirtmesidir.

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet verileri analizine göre çıkarımda bulunulan sonuçlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, Türkiye çapında oldukça yaygın bir şekilde gözlenmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastane, Türkiye ortalamasına göre az sayılabilecek düzeyde şiddet eylemine sahne olsa da bu eylemlerin oranı azımsanmayacak boyuttadır. Hasta ve hasta yakınları, saldırganlar arasında en yüksek oranı oluşturmaktadır ve eğitim düzeyinin yüksekliği ile şiddet eylemleri arasında ters orantı vardır. Şiddet eylemlerinin çoğu sözel olup fiziksel şiddet de önemli bir düzeydedir. Muayene odası ve gündüz vardiyası şiddet eylemlerine en sık rastlanılan yer ve zamandır. Sağlık çalışanları şiddete maruz kaldıklarında genellikle üste bildirme ve kendini koruma yolunu seçmektedir. Şiddetin nedenleri arasında sağlık kuruluşlarındaki organizasyonel eksiklik ve aksaklıklar, güvenlik önlemlerinin yetersizliği, hastaların yanlış yönlendirilmeleri ve suçun hekimlere yüklenmesi, hasta yoğunluğu, hekim sayısındaki eksiklik gösterilebilir. Performans sisteminin ekip uyumunu bozması ve hasta yoğunluğunu arttırdığı gerçeği de şiddetin nedenleri arasındadır. Performans sisteminin sağlık çalışanları üzerindeki tükenmeye varan yorgunluk ve dikkat eksikliği gibi sonuçları da şiddet eylemlerinin artmasına neden olmaktadır. Hastaların, beklentilerinin karşılanmadığı düşüncesi de şiddete başvurma yolunu seçmelerinde etken olabilmektedir. Mesleki riskler konusunda eğitim alan personel sayısının yetersizliği de şiddetteki artışı tetikleyici bir unsurdur.

Yaşanan şiddet olayları karşısında gerek sağlık kuruluşunun gerekse devletin duruma seyirci kaldığı gerçeği ve düşüncesi, sağlık çalışanlarında tükenme ve yalnızlık hislerinin artmasına neden olduğu için işlerini tedirginlik içinde düzgün yapamamaları sonucunu doğurmuş, bu da şiddeti arttırarak bir kısır döngü oluşmasına zemin hazırlamıştır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yapılacak olan daha detaylı ve kapsamlı çalışmalar, toplumun konuya olan ilgisini arttıracak ve genel bir farkındalık meydana getirecektir. Böylece üç ayaklı olarak tanımladığımız sağlıkta şiddet yönetimi daha yaygın bir hale getirilerek şiddet olayları minimize edilecektir.

Araştırmanın sonuçlarına ilişkin öneriler şu şekilde sıralanabilir;

Mobbing ile hukuksal mücadelede; yasal düzenlemeler ve emsal oluşturabilecek davalar, ceza almadan sıyrılabileceğini düşünerek tacize devam eden tacizcileri engelleyecek en etkili önlem olacaktır. Hem örgüt içi yönetmeliklerde hem de çalışma

hukuku içinde mobbing uygulamalarına karşı yer alacak caydırıcı cezalar kurbanların da haklarını aramaktan kaçınmamasını sağlayacaktır.

Hastanelerde sağlık çalışanında katılımıyla şiddete yönelik etkin bildirim sistemi ve yıldırma davranışları, fiziksel, cinsel ve sözlü şiddet ile ilgili iç yönetmelikler/ceza prosedürleri oluşturulmalıdır.

Şiddet, şiddeti tanıma, şiddeti önleme ve şiddetle baş etme konusunda hemşirelere hem öğrencilik döneminde hem de çalışma hayatında eğitim planlamasının yapılarak, şiddet konusunda bilinçlendirilmesinin ve şiddete farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Yaş, medeni durum, eğitim, nöbet tutma, çalışılan birim gibi değişkenlerin şiddete maruz kalmayı, iş doyumunu ve işten ayrılma eğilimini etkilediği düşünülürse, kurumların, hemşireleri yaşlarına göre gereken desteği alabilecekleri; medeni durumlarına göre değişkenlik gösteren çalışma saatlerini seçebilecekleri ve hizmet içi eğitim ve deneyim kazanma olanağı ile teşvik edildikleri ortamlarda çalıştırma olanakları yaratması önemlidir.

Bu gibi olaylarda şiddete şiddetle karşılık verme, ancak nefis-i müdafaa durumunda geçerli olup şiddeti önleyici bir tedbir olarak görülmemektedir. Şiddet konusundaki eğilimlerin azaltılmasının yolu, sağlık personeli kadar hastaların da eğitilmesinden geçer. Şiddetin hiçbir şekilde çözüm olmayacağına hasta tarafından öğrenilmesi son derece önemlidir. Hastanın hekim tarafından detaylı olarak bilgilendirilmesi de hastadaki tatmin duygusunu geliştireceğinden şiddet eğiliminde düşüş gözlenebilir.

Öte yandan, bütün bu önlemlerin insan kaynaklı olduğu göz önüne alınırsa olası yanlış anlaşılma ve uygulamaların, öğrenilen bilgilerin unutulmasının veya olağanüstü durumlardaki eylemler karşısındaki yetersizliklerin bir sonucu olarak şiddet eğiliminde ancak kısmi bir azalma sağlayabilecekleri aşıkardır. Daha kapsamlı ve kalıcı asıl çözümler organizasyonel anlamdaki çözümlerdir.

Güvenlik görevlilerin varlığı bile şiddet eylemlerinde gözle görülür bir düşüş sağlayacaktır. Hastanenin 24 saat güvenlik kameralarıyla denetlenmesi ve bunun hem personel hem de hastalarca bilinmesi de caydırıcı bir önlemdir. Metal detektörlerin

varlığı da çeşitli metal silahların önceden tespiti ve hastaneye alınmaması konusunda çok etkili bir yöntemdir. Hasta ile personel arasında gerekli durumlarda pencere konulması, muayene odalarında hastanın personel ile kapı arasında bulunmaması, yine muayene odalarında personelin acil çıkışı için bir kapının bulunması da hastanenin düzenlenmesi sırasında alınabilecek önlemlerdir. Hasta yoğunluğunun azaltılabilmesi için hızlı ve etkili bir hasta kabul mekanizmasının geliştirilmesi de önemli bir yöntemdir. Hastanenin rahatlatıcı renk ve eşyalarla düzenlenmiş olması, hastaların istedikleri birime daha kolay ulaşmalarını sağlayacak olan yönlendirme tabelalarının yerleştirilmesi, etrafın düzenli ve temiz olması da hastaların rahatlamasını ve güven duygusunun artmasını sağlayacaktır. Böylece şiddet eylemlerinde azalma görülebilir.

Bütün bu önlemlerin alınmasına karşın tüm şiddet eylemlerinin sıfırlanması oldukça zordur ve devlet desteği gerektirir. Her türlü önleme karşın, aşırı derecede duygusal davranabilecek hasta veya hasta yakınlarının varlığı sağlık kuruluşlarını riskli bir yer haline getirmektedir. Devlet Merkezli Yöntem’de devlet, yasama gücü işe şiddete karşı sıfır tolerans ilkesini benimsemeli ve bu konuda hoşgörüsü olmadığını tüm yurttaşlara duyurmalıdır. Konuyla ilgili çıkarılabilecek etkili yasalar sayesinde potansiyel saldırgan, şiddet eylemi sonrasında kısa ve uzun vadede ciddi zararlar görebileceğini düşünüp daha dikkatli ve sakin davranmaya zorlanacaktır. Devlet, alacağı kararlarda sağlık çalışanlarına da danışmalı ve bu konuda yapılmış olan bilimsel çalışmalardan yararlanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Kocacık F. “Şiddet Olgusu Üzerine”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2001, 2(1): 1-7.
2. Çamcı O, Kutlu Y, "Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 1(2): 9-16.
3. Pınar T, Gül P. “Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013: 12(3):315-326.
4. Sainer JC. Violenceandaggressionin A&E: recommendationsforaction, *AccidentandEmergencyNursing*, 1999, 7(1): 8-12.
5. Aksel Ş. Şiddetin Psikolojik, Politik ve Hukuksal Yönleri. Ankara Üniversitesi Panel Konuşması. 2008. www.pdrciyiz.biz/2008 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
6. Sevinçok L. Şiddetin Sosyal, Politik ve Psikolojik Yönleri. Ankara Üniversitesi Panel Konuşması. 2008. www.pdrciyiz.biz/2008 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
7. Adli Tıp-Şiddet. 2008. www.adlitip.org Erişim Tarihi: 4-5 Haziran 2015.
8. Ünsal, A. “Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi”, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1996:29-36.
9. Köknel Ö. “*Bireysel ve Toplumsal Şiddet*”, Altın Kitaplar Yayınevi, Ankara, 1996:114.
10. Türk Dil Kurumu. Şiddet Tanımı. 2010. tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=%FEiddet&/2010 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
11. WHO. Preventing Violence: A Guide To Implementing The Recommendations Of The World Report On Violence And Health. 2004. www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2010 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
12. Kaptanoğlu C. “Psikodinamik Açıdan Siyasal Şiddet”, *Toplum ve Hekim*, 2002, 1(17): 66-68.

13. Sezer TD. Şiddet ve Hukuk. Ankara Üniversitesi Panel Konuşması. 2008. www.pdrciyiz.biz/2008 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
14. Erten Y, Ardalı C. “Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları”, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1996, 6(7):143-164.
15. Yılmaz Z. “Anayasa, TCK – CMK, İnfaz Kanunu”, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007:64-65.
16. Ergil D. “Şiddetin Kültürel Kökenleri”, *Bilim ve Teknik*, 2001, 1(399): 40-41.
17. Walter B. “Aggression And Violence: Examine The Theories”, *Nurs Stand*, 1998, 12(1):36-37.
18. Volavka J. “The Neurobiology Of Violence: An Update”, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1999, 11(1):307-314.
19. Annagür B. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2(2): 161-173.
20. Abay E, Tuğlu C. “Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi”, *Klinik Psikiyatri*, 2000, 1(3):21-26.
21. Göka E, Türkçapar H. Gençlik Ve Şiddet. Psikoloji Portalı. 2004. http://saglik.tr.net/ruh_sagligi_genclik_siddet_1.shtml/2008- Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
22. Saines JC. “Violence And Aggression ,n A&E: Recommendationsfor Action”, *Accid Emerg Nurs*, 1999, 1(7):8-12.
23. Ayrancı Ü. Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 1(3):147-154.
24. ILO, ICN, WHO, PSI. “Joint Programme On Workplace Violence In The Health Sector, Workplace Violence In The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire”, Geneva, 2003.

25. Cooper CL, Swanson N. Workplace Violence In The Health Sector: State Of The Art. International Labour Organization.2002. www.ilo.org/2008 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
26. Sağlam AÇ. “İlköğretim Okullarında Mobbing’e (Psikolojik Şiddete) İlişkin Öğretmen Görüşleri”, *Eurasian Journal of Educational Research*. 2008, 1(32):133-142.
27. Tınaz P. Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz. *Çalışma ve Toplum*. 2006. www.calismatoplum.org/2009 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015.
28. Bandura A. “*Social learning theory*”, Routledge, London, 1977.
29. Chappell D, Di Martino V. “*Violence at Work, International Labor Organization*”, Cenevre, 2006.
30. Barling J, Dupre KE, Kelloway EK. “Predicting Workplace Aggression and Violence”, *Annual Review of Psychology*, 2009, 1(60):671-692.
31. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. “Assessing Research On Workplace Violence”, *Aggression and Violent Behavior*, 2013, 1(18):383-394.
32. Estrada F, Nilsson A, Jerre K, Wilkman S. “Violence at Work – The Emergence Of A Social Problem”, *Journal of Scandinavian Studies In Criminology and Crime Prevention*, 2010, 11(1):46-65.
33. Hershcovis MS, Barling J. “Towards A Multi-Foci Approach To Workplace Aggression: A Meta-Analytic Review Of Outcomes From Different Perpetrators”, *Journal Of Organizational Behavior*, 2010, 1(32):24-44.
34. Harrell E. “*Workplace Violence*”, Bureau Of Justice Statistics, Washington DC, 2011.
35. Menendez CC, Konda S, Hendricks S, Amandus H. “Disparities in Work Related Homicide RateI Selected Rail Industries In The United States 2003-2008”, *Journal of Safety Research*, 2013, 1(44):25-29.

36. Di Martino V. “*Workplace Violence In The Health Sector Country Case Studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand) Synthesis report*”, Cenevre, 2002.
37. Flannery RB. “Violence In The workplace, 1970-1995: A review Of The literature”, *Aggression and Violent Behavior*, 1996, 1(1):55-68.
38. 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*, 2008, 1(13):431-441.
39. Lanza ML. “Nurses As Patient Assault Victims: An Update, Synthesis, And Recommendations”, *Archives of Psychiatric Nursing*, 1992, 1(6):54-55.
40. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. “Violence In The emergency department: A literature review”, *Australian Emergency Nursing Journal*, 2004, 1(7):27-37.
41. Reid WH. “Clinical evaluation Of The violent patient”, *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 1(11):527-537.
42. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. “A survey of violence against staff working In The emergency department in Ankara”, *Asian Nursing Research, Turkey*. 2011:197-203.
43. Ayrancı Ü, Yenilmez C, Balcı Y, Kaptanoğlu C. “Identification of violence in Turkish health care settings”, *Journal of Interpersonal Violence*, 2006, 1(21):276-296.
44. Wassell JT. “Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review”, *Safety Science*, 47, 1049-1055.
45. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal Shadia, El-Gerges N, Al-Raqem M. “Violence against nurses in health care facilities in Kuwait”, *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 1(39):469-478.
46. Beech B, Leather P. “Workplace violence In The health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models”, *Aggression and Violent Behavior*, 2006, 1(11):27-43.

47. Di Martino V, Hoel H, Cooper C. “*Preventing violence and harassment In The workplace*”, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2003.
48. Daffern M, Ogloff J, Howells K. “Aggression in an Australian forensic psychiatric hospital”, *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5(4):18-28.
49. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Tezel A, Bumin MA. “Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar”, *Gazi Medical Journal*, 2013, 24(2):5-10.
50. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. “Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions”, *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 1(19):2329-2341.
51. Yeşildal N. “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları Ve Şiddetin Değerlendirilmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005, 4(5):280-302.
52. Öztunç G. “Examination of Incidents of Workplace Verbal Abuse Against Nurses”, *Journal Nursing Care Quality*, 2006, 21(1):360-365.
53. Ayrancı Ü. “Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in West Turkey”, *The Journal of Emergency Medicine*, 2005, 28(3):361-365.
54. Elbek O, Adaş EB. “Şiddetin Gölgesinde Hekimlik”, Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Aydın Tabip Odası, Mayıs 2012.
55. Saygun M. “Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11 (4), 373-382, 2012
56. El-Ghaziri M, Zhu S, Lipscomb J, Smith BA. “Work schedule and client characteristics associated with workplace violence experience among nurses and midwives in Sub-Saharan Africa”, *Journal Of The Association of Nurses in AIDS Care*, 2014, 25(1):79-89.
57. Aktuğlu K, Hancı İH. “Acil Servislerde Şiddet Tehditi”, *sted*, 1999, 8(5):175-177.

58. Eker HH, Özder A, Tokaç M, Topçu İ, Tabu A. “Aggression And Violence Towards health Care Providers And Effects Thereof”, *Archives Of Psychiatry And Psychotherapy*, 2012, 1(4):19-29.
59. Ergün L, William-Evans SA. “Attitudes of Emergency Nurses Regarding Patient Assaults”, *Journal of Emergency Nursing*, 2000, 1(26):210-215.
60. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, Berardi D. “Predictors Of Violent Behavior Among Acute Psychiatric Patients: Clinical study”, *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2008, 62(3):247-255.
61. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Çalışan Araştırma Görevlileri Ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Etmenler”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2009, 28(3):15-23.
62. Angland S, Dowling M, Casey D. “Nurses’ Perceptions Of The Factors Which Cause Violence and Aggression In The Emergency Department: A Qualitative Study”, *International Emergency Nursing*, 2013, 1(1):8-101.
63. Camerino D, Estry-Behar M, Conway PM, Der Heijden BIJM, Hasselhorn HM. “Work-Related Factors And Violence Among Nursing Staff In The European NEXT Study: A Longitudinal Cohort Study”, *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 1(45):35-50.
64. Mayer BW, Smith FB, King CA. “Factors Associated With Victimization of Personnel In Emergency Departments”, *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 1(25):361-366.
65. Zafar W, Siddiqui E, Ejaz K, Shehzad MU, Khan UR, Jamali S, Razzak JA. “Health Care Personnel and Eorkplace Violence In The Emergency Departments of a Volatile Metropolis: Results From Karachi, Pakistan”, *The Journal of Emergency Medicine*, 2013, 45(5):761-772.
66. Bentley TA, Catley B, Forsyth D, Tappin D. “Understanding Workplace Violence: The Value of a Systems Perspective”, *Applied Ergonomics*, 2013, 1(1):1-100.

67. Felton JS. "Violence Prevention At The Health Care Site", *Occupational Medicine*, 1997, 12(1):701-715.
68. 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*, 2008, 1(13):431-441.



EKLER

Ek- 1: Anket Formu

Aşağıda sunulan anket, "Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Şiddet Ve Yönetimi"ni ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ankette toplanan veriler, kişisel olarak değil genel olarak ve isim verilmeden değerlendirilecektir. Lütfen ankette yer alan her bir ifadeye belirtilen kriterler doğrultusunda durumu yansıtır şekilde ve içtenlikle yanıt veriniz. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla
Derya Başak
Tel:05347869914
Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

1) Kaç Yaşındasınız ?

.....

2) Cinsiyetiniz

- Kadın
 Erkek

3) Medeni Durumunuz

- Evli
 Bekar

4) Eğitim Düzeyiniz

- Sağlık Meslek Lisesi
 Ön Lisans
 Lisans
 Yüksek Lisans
 Doktora
 Diğer

5) Unvanınız

- Uzman Hekim
 Asistan hekim
 Hemşire
 Radyolog
 Laborant
 Tıbbi sekreter
 Tekniker
 Hasta Bakıcı
 Diğer

6) Kadro durumunuz

- 657' li çalışan personel
 4B' li sözleşmeli personel
 4C' li işçi
 Firmadan sözleşmeli personel

7) Çalıştığınız Bölüm / Klinik

.....

8) Kaç yıllık sağlık çalışanısınız ?

- 5 yıl ve altı
- 6 - 10 yıl
- 11 - 20 yıl
- 20 yıldan fazla

9) Şuanda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz ?

- 0-5 Yıl
- 6 - 10 yıl
- 11 - 15 yıl
- 16 - 20 yıl

10) Çalışma şekliniz?

- Gündüz
- Nöbet
- Vardiya
- Gündüz + Nöbet
- Gündüz + Vardiya

11) Çalıştığınız kurumu güvenli olması açısından değerlendirdiğinizde kaç puan verirsiniz ?

- 1 - 2 (kötü)
- 3 (orta)
- 4 - 5 (iyi)

Aşağıdaki 12. soruya cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz

12) İşyerinde son bir yıl içinde şiddette maruz kaldınız mı yada şiddet tehdidi yaşadınız mı ?

- Evet
- Hayır

13) Saldırgan kimdi ?

- Hekim
- Hemşire
- Hizmetli personel
- Teknik Personel
- Hasta
- Hasta yakını
- Dışarıdan biri
- Diğer

14) Saldırganın eğitim düzeyi nedir ? (tahmini)

- Üniversite
- Lise
- İlköğretim
- Okuma - yazma bilmiyor

15) Aşağıda söz edilen şiddet türlerinden hangisine maruz kaldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sözel şiddet / tehdit
- Fiziksel şiddet / tehdit
- Psikolojik şiddet/ tehdit
- Cinsel şiddet

16) Şiddete maruz kaldığımız yer

- Hasta odası
- Muayene odası
- Hemşire odası
- Bekleme odası
- Koridor
- WC / banyo
- Hastane dışı bir yer

17) Olayın yaşandığı saatler ?

- 08 - 16 vardiyası
- 16 - 24 vardiyası
- 24 - 08 vardiyası
- 08 - 08 vardiyası

18) Şiddet olayının yaşandığı sıra yaptığımız eylem

- Muayene / tedavi
- Fiziksel bakım
- Hasta transferi
- Dinlenme sırasında
- Aktivite yoktu
- Diğer

19) Olaya cevabınız nasıl oldu ? (birden fazla seçenek bildirebilirsiniz)

- Fiziksel olarak kendimi korumaya çalıştım
- Bir meslektaşına anlattım
- Arkadaşlarıma / aileme anlattım
- Meslek birliği / derneğinden yardım istedim
- Çalıştığım konumu değiştirdim
- Üstlerime bildirdim
- Yargıya başvurdum / tazminat talebinde bulundum
- Hiçbir şey olmamış gibi davranmaya çalıştım
- Diğer

20) Şiddet olayından sonra yardım / destek aldınız mı ?

- Evet
- Hayır

21) Eğer yukarıdaki soruya 'evet' dediyseniz, kimden yardım aldınız ?

- Kurum yöneticilerimden
- Sorumlu amirimden
- Profesyonel bir kişiden
- Çalışma arkadaşlarımdan
- Diğer

- 22) Şiddete maruz kalmanız, hastalarla olan ilişkinizi nasıl etkiledi ?
(saldırgan hasta / hasta yakını ise)
 Etkilemedi
 Artık çok dikkatliyim ve kendimi koruyorum
 İşimi eskisi kadar sevmiyorum
 Kendimi korkmuş hissediyorum
 Diğer
- 23) Olaydan sonra işyerinizi / biriminizi değiştirdiniz mi ?
 Evet
 Hayır
- 24) Olaydan sonra polis raporu doldurdunuz mu ?
 Evet
 Hayır
- 25) Olaydan sonra iş kazası raporu doldurdunuz mu ?
 Evet
 Hayır
- 26) Yukarıdaki 2 sorudan birine cevabınız 'evet' ise sonuç ne oldu ?
 Yanıt alamadım
 Bir şey değişmedi
 İşten ayrılmak zorunda kaldım
 Suçlu bulundum
 Diğer
- 27) Yukarıdaki 2 sorudan birine cevabınız hayır ise ; nedeni
 Belli bir yanıt alamayacağımı düşündüm
 Önemsiz geldi, işimin bir parçası olduğunu düşündüm
 İşimi kaybedeceğimi düşündüm
 Suçlanmaktan korktum
 Yasal işlemler olur diye çekindim
 Diğer
- 28) Çalıştığınız kurumda çalışan sağlığı birimi veya işyeri hekimi mevcut mu ?
 Evet
 Hayır
- 29) Çalıştığınız kurumda sağlık çalışanına yönelik şiddet konusunda eğitim aldınız mı ?
 Evet birkaç kez aldım
 Hayır / eğitim almadım
 Diğer

Aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.		Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Pek katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
30	Toplumda genel olarak şiddetin giderek arttığı düşünüyorum.					
31	Sağlık çalışanlarını karşılaştığı şiddetin giderek arttığını düşünüyorum.					
32	Sağlık çalışanlarının toplumda saygınlığının giderek azaldığını düşünüyorum.					
33	Siyasilerin, sağlıktaki sorunların nedeni olarak kamuoyuna hekim ve sağlık çalışanlarına işaret ettiğini düşünüyorum					
34	Performansa dayalı sisteminin sağlıkçılara yönelik şiddeti arttırdığını düşünüyorum.					
35	Hasta yoğunluğunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırdığını düşünüyorum.					
36	Hastaların yüksek beklentisinin sağlıkta şiddeti arttırdığını düşünüyorum.					
37	Sağlık bakanlığının ve kurum yöneticilerinin yürüttüğü politikalarla sağlık alanında şiddet sorunun çözülebeliceğini düşünüyorum.					
38	Sağlık Bakanlığın ve kurum yöneticilerinin çıkardığı 'Sağlıkta Şiddet Yönetmeliğinin' şiddetin azalmasında etkili olacağını düşünüyorum.					
39	Sağlıkta şiddetin azaltılması için Türk Tabipler Birliği, hasta dernekleri, sendikalar, kurum yöneticileri ve sağlık bakanlığının ortak hareket etmesi gerektiğini düşünüyorum.					
40	İş yerindeki şiddetin önlenmesinde güvenlik önlemlerinin düzenlenmesinin etkili olacağını düşünüyorum.					
41	İş yerindeki şiddetin önlenmesinde çalışma ortamının düzenlenmesinin etkili olacağını düşünüyorum.					
42	İş yerindeki şiddetin önlenmesinde personel sayısını arttırmasının ve konu ile ilgili kişilere eğitim verilmesinin etkili olacağını düşünüyorum.					
43	İş yerindeki şiddetin önlenmesinde çalışma sürelerinin azaltılmasının etkili olacağını düşünüyorum.					
44	İş yerinde şiddetin önlenmesinde hasta hakları ve sorumlulukları biriminin özellikle hasta sorumlulukları açısından daha etkin ve verimli çalışmasının etkili olacağını düşünüyorum.					
45	İş yerindeki şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanına şiddet uygulamanın yaptırımlarıyla ilgili hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesinin etkili olacağını düşünüyorum.					
46	İş yerindeki şiddetin önlenmesinde medyanın etkili olacağını düşünüyorum.					

Ek- 2: Iku ve Helsinki Bildirgesinin Okunduğuna Dair Taahhütname

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hesabları Kurumu	BURSA ŞEVKET YILMAZ EğİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	IKU VE HELSİNKİ BİLDİRGESİNİN OKUNDUğUNA DAİR TAAHHÜTNAME			
Doküman Kodu: EPK.FR.08	Yayın Tarihi:23.11.2011	Revizyon Tarihi:25.06.2013	Revizyon No:02	Sayfa No:1/1

Sağlık alışanının Karşılaştığı Şiddet ve Yönetimi isimli araştırmaya katılan ve aşağıda imzası olan araştırmacılar olarak, 29.12.1995 tarih ve 51738 sayılı genelge ile yayımlanmış İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'nu ve Dünya Tıp Birliği'nin 18. Genel Kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran1964) benimsenmiş, 29. Genel Kurulunda (Tokyo, Japonya, Ekim 1975), 35. Genel Kurulunda (Venedik, İtalya, Ekim 1983), 41. Genel Kurulunda (Hong Kong, Eylül 1989), 48. Genel Kurulunda (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996), 52. Genel Kurulunda (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000) 53. Genel Kurulunda (Washington 2002-29. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.) 55. Genel Kurulunda (Tokyo 2004-30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.) 59. Genel Kurulunda (Seul, Ekim 2008) geliştirilen Helsinki Bildirgesini okuduğumu ve burada yer alan sorumluluklarımı yerine getireceğimi taahhüt ederim.

Tarih: 01.10.2013

Araştırma Sorumlusu
Adı-Soyadı-Unvanı: Derya BAŞAK – Hemşire
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

İmza:

Ek- 3: İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Başvuru Formu

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMU (UZMANLIK TEZLERİ VEYA AKADEMİK AMAÇLI YAPILACAK)	Doküman Adı: KADB-F.05-R.01
		Yayın Tarihi: 07.05.2013
		Sayfa No: 1/6
		Onaylayan: Daire Başkanı

A. BAŞVURUNUN YAPILDIĞI YER

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Etik Kurula yapılacak olan başvurular için aynı form kullanılmalı ve ilgili kutu işaretlenmelidir.

A.1.	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	<input type="checkbox"/>
A.2.	Etik Kurul	<input checked="" type="checkbox"/>

B. ARAŞTIRMA

B.1.	Araştırmanın açık adı: Sağlık Çalışanının Karşılaştığı Şiddet ve Yönetimi
------	---

B.2.	Varsa, protokol numarası:
------	---------------------------

B.3.	Araştırma pediatrik popülasyon üzerinde yürütülecek mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
------	---	-------------------------------	---

B.4.	Araştırmanın statüsü (aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı işaretleyiniz)
------	--

B.4.1.	Yüksek lisans tezi	<input checked="" type="checkbox"/>
B.4.2.	Doktora tezi	<input type="checkbox"/>
B.4.3.	Uzmanlık tezi	<input type="checkbox"/>
B.4.4.	Bireysel araştırma projesi	<input type="checkbox"/>
B.4.5.	Diğer ise lütfen belirtiniz:	

C. DESTEKLEYİCİ

C.1.	Araştırmanın destekleyicisi var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	-------------------------------	---

C.1.1.	C.1'e cevabınız evet ise lütfen aşağıdaki uygun kutucuğu işaretleyiniz.
--------	---

C.1.1.1.	Üniversite	<input type="checkbox"/>
----------	------------	--------------------------

C.1.1.2.	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------	--------------------------

C.1.1.3.	TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu)	<input type="checkbox"/>
----------	---	--------------------------

C.1.1.4.	Uluslararası ise lütfen belirtiniz:
----------	-------------------------------------

C.1.1.5.	Diğer ise lütfen belirtiniz:
----------	------------------------------

D. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

Bu bölüm, araştırmanın amacı, kapsamı, tasarımı ve sonlanımına ilişkin bilgilerin sağlanması için kullanılmalıdır.

D.1.	Araştırılan tıbbi durum veya hastalık
------	---------------------------------------

D.1.1.	Araştırılan tıbbi durum veya hastalıkları lütfen belirtiniz (lütfen serbest metin olarak belirtiniz):
--------	---

D.1.1.1.	Tedavi alanını (onkoloji, hematoloji gibi) lütfen belirtiniz:
----------	---

D.1.2.	Araştırılan durumlardan herhangi biri nadir bir hastalık mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
--------	--	-------------------------------	---

D.1.2.1.	D.1.2'ye cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:
----------	--

D.2.	Araştırmanın amacı
------	--------------------


D.2.1.	Primer amaç: Bir kamu kuruluşunda sağlık çalışanının karşılaştığı şiddeti, türü, zamanı, nerede ve kim tarafından uygulandığının belirlenmesi ve bu sağlık çalışanının karşılaştığı şiddetin yönetiminin nasıl sağlanacağını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır.
--------	---

D.2.2.	Sekonder amaç:
--------	----------------

D.2.3.	Alt çalışma var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
--------	---------------------	-------------------------------	---

D.2.3.1.	D.2.3'e cevabınız evet ise alt çalışmaların tam başlığını, tarihini, versiyonunu ve ilgili amaçlarını belirtiniz:
----------	---

Başvuru formundaki tüm bölümlerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.

 TC Sağlık Bakanlığı <small>Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</small>	İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMU (UZMANLIK TEZLERİ VEYA AKADEMİK AMAÇLI YAPILACAK)	Doküman Adı: KADB-F.05-R.01
		Yayın Tarihi: 07.05.2013
		Sayfa No: 2/6
		Onaylayan: Daire Başkanı

D.3.	Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri (lütfeñ maddeler halinde sıralayınız): Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sağlık çalışanı olması
-------------	--

D.4.	Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri (lütfeñ maddeler halinde sıralayınız):
-------------	--

D.5.	Araştırmanın sonlanım noktası
D.5.1.	Primer sonlanım noktasını lütfeñ belirtiniz (gerektiğinde tekrar ediniz) ¹ : Zaman dilimi esas alınmıştır. Bu nedenle üç aylık süre dolduğunda bitirilecektir.
D.5.2.	Sekonder sonlanım noktasını lütfeñ belirtiniz (gerektiğinde tekrar ediniz):

D.6.	Araştırmanın kapsamı (Lütfeñ uygun olan kutu/kutuları işaretleyiniz)
D.6.1.	Teşhis <input type="checkbox"/>
D.6.2.	Tedavi <input type="checkbox"/>
D.6.3.	Güvenilirlik <input type="checkbox"/>
D.6.4.	Etkililik <input checked="" type="checkbox"/>
D.6.5.	Diğereñ ise, lütfeñ belirtiniz:

D.7.	Araştırmanın türü (Lütfeñ uygun olan kutuyu işaretleyiniz)
D.7.1.	Yeni bir cerrahi yöntem araştırması <input type="checkbox"/>
D.7.2.	Kök hücre nakli araştırması <input type="checkbox"/>
D.7.3.	Doku nakli araştırması <input type="checkbox"/>
D.7.4.	Organ nakli araştırması <input type="checkbox"/>
D.7.5.	Diğereñ ise lütfeñ belirtiniz: Anket


D.8.	Araştırmanın niteliğı
D.8.1.	Tanımlayıcı <input checked="" type="checkbox"/>
D.8.2.	Analitik <input type="checkbox"/>
D.8.3.	DeneySEL <input type="checkbox"/>
D.8.4.	Diğereñ ise lütfeñ belirtiniz:

D.9.	Araştırmanın tasarımı
D.9.1.	Kontrollü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.1.1.	Kontrollü ise, lütfeñ karşılaştırma ürününü belirtiniz:
D.9.2.	Randomize <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.3.	Açık etiketli <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.4.	Tek kör <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.5.	Çift kör <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.6.	Çift sağır (Double-dummy) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.7.	Paralel grup <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.8.	Çapraz (cross-over) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.9.9.	Diğereñ ise lütfeñ belirtiniz:

D.10.	Araştırma merkezi
D.10.1.	Tek bir merkez var <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
D.10.2.	Birden çok merkez var <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

¹ Protokol genellikle tek bir primer sonlanım noktasını belirleyecektir. Ancak bazı durumlarda bir ko-primer sonlanım noktası ve/veya bir dizi sekonder sonlanım noktaları olabilir.

Başvuru formundaki tüm bölümlerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık ve Tıbbi Cihaz Kurumu	İLACI DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMU (UZMANLIK TEZLERİ VEYA AKADEMİK AMAÇLI YAPILACAK)	Doküman Adı: KADB-F.05-R.01
		Yayın Tarihi: 07.05.2013
		Sayfa No: 3/6
		Onaylayan: Daire Başkanı

D.10.2.1.	Ülkemizde öngörülen merkez sayısını lütfen belirtiniz:	
D.10.3.	Bu araştırma başka ülkelerde de yürütülüyor mu?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.10.3.1.	D.10.3'e cevabınız evet ise başka ülkelerde öngörülen merkez sayısını lütfen belirtiniz:	
D.10.4.	Bu araştırmada Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliğine üye ülkeler dışındaki ülkeler de yer alıyor mu?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.10.4.1.	D.10.4'e cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:	

D.11.	Bu araştırmada bağımsız bir veri izleme komitesi var mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
D.11.1.	D.11'a cevabınız evet ise komitenin yapısına ve iletişim bilgilerine ait bilgileri lütfen belirtiniz:	

D.12.	Araştırma süresi	
D.12.1.	Araştırmanın ne zaman sonlandırılacağı, araştırmaya katılan en son gönüllüye ait en son ziyaret yapılmamıŐ ise gerekçelerini lütfen belirtiniz ² : Hafta içi çalışma saati Pazartesi 08.00' den Cuma günü 17.00' ye kadar olan zaman dilimi	
D.12.2.	Araştırmanın tahminen ne kadar süreceği ³ (<i>gün, ay ve yıl olarak</i>):	
D.12.2.1.	Araştırmanın tahminen ülkemizde ne kadar süreceğini lütfen belirtiniz:	
D.12.2.2.	Araştırmada yer alan bütün ülkelerde araştırmanın tahminen ne kadar süreceğini lütfen belirtiniz:	
D.12.3.	Araştırmaya gönüllü almaya baŐlamak için önerilen tarih (<i>gün, ay ve yıl olarak</i>):	
D.12.3.1.	Ülkemizdeki tarihi lütfen belirtiniz:	3 ay
D.12.3.2.	Varsa diğer ülkelerdeki tarihi lütfen belirtiniz:	

D.13.	Araştırmada uygulanan tedavi süresi	
D.13.1.	Protokole göre, gönüllülere uygulanabilen maksimum tedavi süresini lütfen belirtiniz:	

D.14.	Araştırmada uygulanacak yaklaşım ve yöntemleri lütfen belirtiniz (<i>serbest metin olarak belirtiniz</i>): Yüz yüze görüşme yöntemi ile anket yapılacaktır.
--------------	--

D.15.	Araştırmanın gerçekteŐtirilmesinde yapılacak testler/laboratuvar tetkikleri ve müdahaleler varsa lütfen belirtiniz (<i>serbest metin olarak belirtiniz</i>): Yok
--------------	---

D.16.	Uygulama sırasında alınması gereken güvenlik önlemleri varsa lütfen belirtiniz (<i>serbest metin olarak belirtiniz</i>): Yok
--------------	---

E. ARAŞTIRMADAKİ GÖNÜLLÜ POPÜLASYONU

E.1.	Yaş aralığı (<i>Araştırmanın tamamı için her yaş aralığında planlanan tahmini gönüllü sayısını belirtiniz</i> ⁴)	
E.1.1.	18 yaş altı	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
E.1.1.1.	E.1.1'e cevabınız evet ise lütfen yaş aralığını ve gönüllü sayısını belirtiniz:	
E.1.2.	18 yaş üstü	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
E.1.2.1.	E.1.2'ye cevabınız evet ise lütfen yaş aralığını ve gönüllü sayısını belirtiniz:	


E.2.	Cinsiyet	
E.2.1.	Kadın	<input checked="" type="checkbox"/>

² Protokolde yer almadığı durumlarda.

³ Araştırmaya ilk gönüllünün katılımından son gönüllüye yapılan son ziyarete kadar.

⁴ Bu rakamlar baŐlangıçtaki tahminler olacaktır. Başvuru sahiplerinin bu bilgileri güncellemeleri gerekmeyecek ve söz konusu rakamlar bu sayıdaki hastayı araştırmaya dahil etmede bir izin veya kısıtlama niteliğinde olmayacaktır. Dahil edilmesine izin verilen gönüllü sayısı, protokolün onaylı versiyonunda veya daha sonraki onaylı deđiŐikliklerinde belirtilenlerdir.

Başvuru formundaki tüm bölümlerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.

 TC Sağlık Bakanlığı <small>Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</small>	İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMU (UZMANLIK TEZLERİ VEYA AKADEMİK AMAÇLI YAPILACAK)	Doküman Adı: KADB-F.05-R.01
		Yayın Tarihi: 07.05.2013
		Sayfa No: 4/6
		Onaylayan: Daire Başkanı

E.2.2.	Erkek	<input checked="" type="checkbox"/>
--------	-------	-------------------------------------

E.3.	Araştırmadaki gönüllü grubu		
E.3.1.	Sağlıklı gönüllüler	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.2.	Hastalar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.	Özel hassas popülasyonlar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.1.	Doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.2.	Doğum kontrol yöntemi kullanan ve çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.3.	Gebe kadınlar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.4.	Emziren kadınlar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.5.	Acil vakalar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.6.	Şahsen olur veremeyecek gönüllüler	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
E.3.3.6.1.	E.3.3.6'ya cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:		
E.3.3.7.	Diğer ise, lütfen belirtiniz: Sağlık Çalışmanı Olmak		

F. BAŞVURUDA YER ALAN KLİNİK ARAŞTIRMA MERKEZLERİ/ARAŞTIRMACILAR

F.1.	Koordinatör (Çok merkezli araştırmalar için) ve sorumlu araştırmacı (Tek merkezli araştırmalar için)
F.1.1.	Adı Soyadı: Yard. Doç. Dr. Selma SÖYÜK
F.1.2.	Unvanı: Yard. Doç. Dr.
F.1.3.	Uzmanlık alanı:
F.1.4.	Kurumu: Okan Üniversitesi
F.1.5.	Telefon numarası:
F.1.6.	E-posta adresi:

F.2.	Sorumlu araştırmacı (Çok merkezli araştırmalar için gerektiğinde bu bölümü lütfen tekrarlayınız)
F.2.1.	Adı Soyadı:
F.2.2.	Unvanı:
F.2.3.	Uzmanlık alanı:
F.2.4.	Kurumu:
F.2.5.	Telefon numarası:
F.2.6.	E-posta adresi:

F.3.	Yardımcı araştırmacı (Gerektiğinde bu bölümü lütfen tekrar ediniz)
F.3.1.	Adı Soyadı: Derya BAŞAK
F.3.2.	Unvanı: Hemşire
F.3.3.	Uzmanlık alanı: Sağlık Yönetimi Lisans Öğrencisi
F.3.4.	Kurumu: Okan Üniversitesi
F.3.5.	Telefon numarası: 0 534 786 99 14
F.3.6.	E-posta adresi: kayabasak1@hotmail.com

G. ETİK KURUL BİLGİLERİ

Bu bölüm, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na başvuru yapılırken doldurulmalıdır.

G.1.	Araştırma onayı için etik kurul başvurusu yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
G.1.1.	G.1'e cevabınız evet ise;		
G.1.1.1.	Etik kurulun adı:		

Başvuru formundaki tüm bölümlerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMU (UZMANLIK TEZLERİ VEYA AKADEMİK AMAÇLI YAPILACAK)	Doküman Adı: KADB-F.05-R.01
		Yayın Tarihi: 07.05.2013
		Sayfa No: 5/6
		Onaylayan: Daire Başkanı

G.1.1.2.	Başvuru tarihi:
G.2.	Araştırmaya ait etik kurul onayı var mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
G.2.1.	G.2'ye cevabınız evet ise etik kurul kararının aslı veya aslı gibidir onaylı örneğini başvuru dosyasına ekleyiniz.

H. İLGİLİ BELGELER

Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.

H.1.	Varsa, daha önce ret edilen etik kurul kararının aslı veya aslı gibidir onaylı örneği sunulmalıdır.
H.2.	Anabilim dalı başkanı veya eğitim sorumlusu tarafından onaylanan belge* *Araştırmanın uzmanlık tezi veya akademik amaçlı olduğuna dair Anabilim Dalı Başkanı veya Eğitim Sorumlusu tarafından onaylanan ıslak imzalı belge sunulmalıdır.
H.3.	Araştırma protokolü Varsa, versiyon numarası: Tarihi:
H.3.1.	Uluslararası bir araştırma ise, Türkçe protokol özeti
H.4.	Araştırma akış şeması
H.5.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)* Versiyon numarası: Tarihi: *BGOF'nin www.titck.gov.tr adresinde yer alan asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu örneği doğrultusunda hazırlanması ve başvuru dosyasına eklenmesi gerekmektedir. İngilizce dışındaki dillerde olan BGOF'lerin orijinali ve yeminli tercüman tarafından onaylı tercümesinin ilave edilmesi gerekmektedir.
H.6.	Olgu Rapor Formu (ORF) Versiyon numarası: Tarihi:
H.7.	Araştırma broşürü Versiyon numarası: Tarihi: Sigorta* (gerekliyorsa) *İlgili kılavuz doğrultusunda hazırlanmalıdır.
H.8.	Araştırma bütçesi* * Yetkili kişiler (çok merkezli araştırmalar için koordinatör, tek merkezli araştırmalar için sorumlu araştırmacı) tarafından ıslak imzalı olmalıdır.
H.9.	Koordinatör (tek merkezli araştırmalarda sorumlu araştırmacının) özgeçmişi* *Güncel formatta, adı soyadı ve unvanı el yazısı ile yazılmış, tarihli ve ıslak imzalı olmalıdır.
H.10.	Gerekli ise, Biyolojik Materyal Transfer Formu örneği (BMTF)*: *Güncel formatta ve ıslak imzalı olmalıdır.
H.11.	Varsa yetkilendirme belgeleri
H.12.	Varsa anket
H.13.	Varsa gönüllü bilgilendirme metinleri
H.14.	Varsa ilanlar
H.15.	Varsa hasta kartı / günlüğü Versiyon numarası: Tarihi:
H.16.	Araştırmaya ilişkin destekleyici belgeler / literatürler
H.17.	Başvuru dosyası ekinde yer alan belgelerin yer aldığı CD* *Belgeler pdf formatında olmalıdır.

Başvuru formundaki tüm bölümlerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.