



**AHLAK  
BİLGİ  
ÜRETİM**

**T.C.  
MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİNE  
YÖNELİK ŞİDDETİN SIKLIĞI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ: KESİTSEL BİR  
ÇALIŞMA**

**Abdurrezzak KANAT**

**Mardin 2026**

**T.C.**  
**MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİNE  
YÖNELİK ŞİDDETİN SIKLIĞI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ: KESİTSEL BİR  
ÇALIŞMA**

**ABDURREZZAK KANAT**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. SEMA ÇİFÇİ**

**Mardin 2026**

**T.C.**  
**MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**TEZ ONAYI**

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı 24712104 numaralı öğrencisi Abdurrezzak Kanat'ın hazırladığı "112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin sıklığını, türlerini, nedenlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" başlıklı çalışma, .../.../20... tarihinde yapılan tez savunma sınavında oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından yüksek lisans olarak kabul edilmiştir.

<b>Jüri</b>	<b>Unvanı Adı, SOYADI</b>	<b>İmza</b>
Başkan	Doç.Dr. SEMA ÇİFÇİ	
Üye	Doç.Dr. HIDIR SARI	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi BEHİYE DİLMEN BAYAR	

**ONAY:**

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20.. tarih ve .../... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../20..

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Mardin Artuklu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tez çalışmasının hazırlık, bilgi, belge, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun davrandığımı,
- Tez çalışmasında kullanılan tüm eserlere eksiksiz atıf yaptığımı ve kullanılan tüm eserlere kaynaklar/kaynakçada yer verdiğimi,
- Tez çalışmasının özgün olduğunu,
- Tez çalışmasının Mardin Artuklu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan eder, aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabullendiğimi bildiririm.

Tarih (08/01/2026)

**İmza**  
**Abdurrezzak KANAT**

## ÖZET

### SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

#### 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONELİNE YÖNELİK ŞİDDETİN SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Abdurrezzak KANAT

Sağlık sektöründe şiddet, özellikle acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personel açısından önemli bir mesleki risk faktörüdür. 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları, olay yerinde hasta ve hasta yakınlarıyla doğrudan ve çoğu zaman stresli koşullar altında temas kurmaları nedeniyle şiddete maruz kalma açısından yüksek risk grubunda yer almaktadır. Bu araştırmanın amacı, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin sıklığını, türlerini ve şiddeti etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmanın evrenini 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan 400 personel oluşturmaktadır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan araştırma, 325 gönüllü katılımcı ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, şiddete maruz kalmayı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi uygulanmış olup  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların %59,4'i erkek, %61.8'i 25-34 yaş grubunda olup %60.3'ü ön lisans mezunudur. %50.2'si Paramedik, 94.2'si 24 saat vardiya sistemiyle çalışmakta ve %72.6'sı mesleğini sürdürmeyi istemektedir. Katılımcıların %63.7'si meslek yaşamları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını en yaygın şiddet türleri sırasıyla sözel (%56.6), psikolojik (%46.8), fiziksel şiddetin (%32.9), cinsel (%11.1) ve siber şiddet (%9.2) olarak belirlenmiştir. Şiddet olaylarının %78.3'ü hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve genellikle muayene ya da tedavi sürecinde (%33.3) meydana geldiği belirlenmiştir. Katılımcıların %25.6'sının şiddet sonrası Beyaz Kod bildirim yaptığı bildirim yapılmama nedenleri arasında yasal sürecin uzunluğu (%38.3) ve sonuç alınamayacağına dair inanç (%37.7) ön plana çıkmıştır. Güvenlik önlemlerini "her zaman yeterli" olarak değerlendiren çalışanların şiddete maruz kalma olasılığının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Demografik değişkenler ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin yaygın ve önemli bir mesleki risk olduğunu göstermektedir. Özellikle güvenlik algısının şiddet maruziyeti üzerinde belirleyici bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Şiddetin önlenmesi için fiziksel güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi, Beyaz Kod sisteminin etkinliğinin artırılması, yasal süreçlerin hızlandırılması ve çalışanlara yönelik psikososyal destek mekanizmalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Şiddet, Beyaz Kod, Güvenlik Algısı, Sağlık Personeli

## **ABSTRACT**

**DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT**

### **DETERMINING THE FREQUENCY AND INFLUENCING FACTORS OF VIOLENCE AGAINST 112 EMERGENCY HEALTH SERVICES PERSONNEL: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

Abdurrezzak KANAT

Violence in the healthcare sector is a significant occupational risk factor, particularly for personnel working in emergency medical services. 112 Emergency Medical Services personnel are at high risk of exposure to violence due to their direct and often stressful contact with patients and their relatives at the scene. The aim of this study is to determine the frequency, types, and factors influencing violence against 112 Emergency Medical Services personnel. The study population consisted of 400 personnel working in 112 Emergency Medical Services. This descriptive and cross-sectional study was conducted with 325 volunteer participants. Data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire developed by the researchers. The data were analyzed using the SPSS 22 software package. In addition to descriptive statistics, the chi-square test and logistic regression analysis were applied to determine the factors influencing exposure to violence, with a p-value of  $<0.05$ . 59.4% of the participants were male, 61.8% were in the 25-34 age group, and 60.3% held an associate degree. 50.2% of the participants are paramedics, 94.2% work 24-hour shifts, and 72.6% want to continue in their profession. 63.7% of the participants reported experiencing violence at least once in their professional lives. The most common types of violence were verbal (56.6%), psychological (46.8%), physical violence (32.9%), sexual violence (11.1%), and cyber violence (9.2%). 78.3% of the violent incidents were perpetrated by relatives of patients and generally occurred during the examination or treatment process (33.3%). 25.6% of the participants reported a White Code incident; the reasons for not reporting were primarily the length of the legal process (38.3%) and the belief that no results would be obtained (37.7%). Employees who considered security measures to be "always adequate" were found to have a significantly lower probability of experiencing violence ( $p < 0.05$ ). No significant relationship was found between demographic variables and exposure to violence. 112 Emergency Medical Services personnel demonstrate that violence is a widespread and significant occupational risk. In particular, it appears that the perception of safety is a determining factor in exposure to violence. To prevent violence, it is recommended to strengthen physical safety measures, increase the effectiveness of the White Code system, expedite legal processes, and develop psychosocial support mechanisms for employees.

**Keywords:** 112 Emergency Medical Services, Violence in Healthcare, White Code, Perception of Safety, Healthcare Personnel

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışması 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin sıklığını, türlerini, nedenlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi konusunun incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması sürecinde pek çok kişinin katkı ve desteği olmuştur.

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, yönlendirmesiyle çalışmanın şekillenmesine önemli katkı sağlayan değerli Danışman hocam Sayın Doç Dr Sema ÇİFÇİ'ye teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca jüri üyeleri Doç. Dr Hıdır SARI ve Dr. Öğr. Üyesi Behiye DİLMEN hocalarıma da teşekkür ederim

Çalışmanın yürütülmesi sırasında desteklerini esirgemeyen Sayın Dr Selma ÇOBAN'a teşekkür ederim.

İsmi saymadığım ve katkı sağlayan tüm 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde çalışan katılımcı arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme, özellikle Eşim Şöhret KANAT, çocuklarım Yusuf ve Furkan KANAT'a ayrıca teşekkür ederim.

Mardin 01/2026

Abdurrezzak KANAT

## İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
KISALTMALAR.....	xii
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM .....	6
KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....	6
1.1. Şiddet Kavramı ve Tanımı .....	6
1.2. Şiddetin Evrensel Boyutu .....	6
1.3. İşyeri Şiddeti Kavramı .....	7
1.3.1. Sağlık Alanında Şiddet .....	8
1.3.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Tarihçesi .....	9
1.3.3. Türkiye ve Dünyada Sağlıkta Şiddet İstatistikleri .....	11
1.3.4. Sağlıkta Şiddetin Türleri .....	12
1.4. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı .....	13
1.4.1. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı .....	13
1.4.2. 112 Personelinin Görev tanımı .....	14
1.4.3. Çalışma Koşulları ve Mesleki Risk Faktörleri.....	15
1.4.4. Hasta ve Hasta Yakını ile İlk Temas Durumu .....	16
1.5. 112 Sağlık Personeline Yönelik Şiddet.....	17
1.5.1. 112 Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Şiddet Türleri .....	17
1.5.2. Şiddetin Gerçekleştiği Ortamlar .....	18
1.6. 112 Sağlık Personeline Yönelik Şiddetin Nedenleri .....	20
1.6.1. Bireysel Faktörler .....	20
1.6.2. Sistemsel Faktörler .....	21
1.6.3. Toplumsal Algı, Medya Etkisi ve Kurumsal İletişim Sorunları.....	22
1.7. Şiddetin Sonuçları ve Etkileri .....	24

1.7.1. Psikolojik Etkiler .....	24
1.7.2. Mesleki Motivasyon ve İş Doyumu.....	26
1.7.3. Hizmet Kalitesi, İş Güvenliği ve Hasta Güvenliği .....	27
1.8. Şiddetin Önlenmesine Yönelik Politikalar ve Stratejiler .....	30
1.8.1. Türkiye’de Yasal Düzenlemeler: Beyaz Kod ve Yaptırımlar.....	30
1.8.2. Kurumsal Destek Mekanizmaları .....	30
1.8.3. Eğitim, Farkındalık ve Önleyici Uygulamalar.....	31
<b>İKİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>32</b>
<b>YÖNTEM .....</b>	<b>32</b>
2.1. Araştırmanın Türü.....	32
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
2.3. Veri Toplama Aracı .....	32
2.4. Veri Toplama Süreci.....	33
2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	33
2.6. Etik İlkeler .....	34
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>35</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>52</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>52</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>70</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>84</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>91</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Çalışanların Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 2.</b> 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Çalışma Özellikleri .	37
<b>Tablo 3.</b> Şiddetle İlgili Eğitim Alma .....	38
<b>Tablo 4.</b> Şiddete Maruz Kalma Sıklığı.....	38
<b>Tablo 5.</b> Fiziksel Şiddet'e Maruz Kalma (n=207)* .....	39
<b>Tablo 6.</b> Sözel Şiddet'e Maruz Kalma (n=207)* .....	39
<b>Tablo 7.</b> Psikolojik Şiddet'e Maruz Kalma(n=207)* .....	39
<b>Tablo 8.</b> Cinsel Şiddet'e Maruz Kalma(n=207)* .....	40
<b>Tablo 9.</b> Siber Şiddet'e Maruz Kalma (n=207)* .....	40
<b>Tablo 10.</b> Şiddeti Uygulayan Kişilerin Dağılımı(n=207)* .....	40
<b>Tablo 11.</b> Şiddeti Uygulayan Kişilerin Dağılımı ilgili Bilgiler .....	41
<b>Tablo 12.</b> Şiddete Maruz Kalma ve Şiddete Yönelik Görüşler .....	42
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların Şiddet Esnasında Verdiği Tepkiler .....	42
<b>Tablo 14.</b> Şiddete Maruz Kalma Sonrasında Bildirilen Duygular .....	43
<b>Tablo 15.</b> Şiddete Maruz Kalma Nedenleri .....	43
<b>Tablo 16.</b> Şiddete Maruz Kalma Durumunda Destek Mekanizmaları .....	44
<b>Tablo 17.</b> Şikâyet Sonrası Tehdit, Baskı Veya Başka Olumsuz Bir Durumla Karşılaşma Durumu .....	44
<b>Tablo 18.</b> Görevi Yerine Getirirken Güvenlik Konusunda Endişe Duyma .....	44
<b>Tablo 19.</b> Görevi Yerine Getirirken Güvenlik Konusunda Endişe Duyma .....	45
<b>Tablo 20.</b> Beyazkod Bildirme.....	45
<b>Tablo 21.</b> Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında aşağıdaki faktörler .....	46
<b>Tablo 22.</b> Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Sosyo-demografik Özellikler Arasındaki İlişki .....	47
<b>Tablo 23.</b> Şiddete Maruz Kalma Durumuna ve Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişki .....	48
<b>Tablo 24.</b> Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Güvenlik Endişesi ve Önlem Yeterlilik Durumları Arasındaki İlişki .....	49
<b>Tablo 25.</b> Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Lojistik	



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Lojistik Regresyon Analizi.....	51
---	----



## KISALTMALAR

<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
<b>ILO</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ASH</b>	: Acil Sağlık Hizmetleri
<b>KKM</b>	: Komuta Kontrol Merkezi
<b>UMKE</b>	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
<b>AHBS</b>	: Ambulans Otomasyon Sistemi
<b>CBS</b>	: Coğrafi Bilgi Sistemi
<b>AFAD</b>	: Afet ve Acil Durum Yönetimi
<b>ATT</b>	: Acil Tıp Teknisyeni
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>SPSS 22</b>	: Statistical Package for the Social Sciences 22

# GİRİŞ

## Araştırmanın Problemi

Sağlık sektöründe, özellikle acil sağlık hizmetlerinde çalışan personel, işlerinin doğası gereği yüksek stres, yoğun iş yükü ve riskli koşullar altında görev yapmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarını şiddete açık bir grup haline getirmektedir. Dünya genelinde yapılan araştırmalar, acil sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun görevleri sırasında fiziksel, sözel veya psikolojik şiddete maruz kaldığını göstermektedir. .

Şiddet, acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin yalnızca fiziksel güvenliğini değil, aynı zamanda psikolojik iyilik halini, iş doyumunu ve hizmet kalitesini de doğrudan etkilemektedir. Türkiye’de yapılan güncel çalışmalar, acil sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün görev sırasında fiziksel, sözel veya psikolojik şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur. Örneğin, İstanbul’da 112 acil sağlık personeliyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %80.6’sının şiddet deneyimlediği, en yaygın saldırgan grubun ise hasta yakınları olduğu belirlenmiştir (Dinçler ve ark.,2023).

Benzer şekilde, Türkiye genelinde acil servislerde çalışan hekimler üzerinde yürütülen bir araştırmada, katılımcıların %78.1’inin son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı, şiddet olaylarının sıklıkla yüksek hasta yoğunluğu ve uzun bekleme süreleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Bayram ve ark., 2017). Buna ek olarak, hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi azaldıkça, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğiliminin arttığı da belirlenmiştir (İpek ve Özlük, 2023).

Şiddetin etkileri yalnızca bireysel düzeyde değil, kurumsal düzeyde de gözlenmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında tükenmişlik, duygusal yorgunluk ve işe yabancılaşma gibi psikososyal sonuçlar sık görülmektedir (Erdur ve ark., 2015). Ayrıca, iş doyumunun azalması, personel devrinin artması ve hasta güvenliğinin tehlikeye girmesi gibi olumsuz kurumsal sonuçlar da ortaya çıkmaktadır (Tutan ve Kökalan, 2024). Kanada’da yapılan bir araştırmada, paramediklerin fiziksel ve sözel şiddet yaşama olasılığının diğer sağlık çalışanlarına göre üç kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Spelten ve ark., 2022). ABD’de 2015–2017 yılları arasında

yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı kasıtlı saldırıların tüm sağlıklı ilişkili yaralanmaların %15'ini oluşturduğu, özellikle genç ve erkek çalışanların daha yüksek risk altında olduğu saptanmıştır (Carey ve Hendricks, 2023). Benzer şekilde, Mısır'da yapılan bir araştırmada, acil servis çalışanlarının %86.1'inin sözel, %48.1'inin cinsel ve %34.3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı ve şiddetin en sık hasta yakınları tarafından uygulandığı bildirilmiştir (Assil ve ark., 2022). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada da acil servis çalışanlarının %47.8'inin son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kaldığı, bunun çoğunlukla sözel istismar şeklinde gerçekleştiği belirlenmiştir (Harthi ve ark., 2020). İtalya'da yürütülen araştırmalar, hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan duygusal şiddetin hemşirelerde daha yaygın olduğunu ve iş tatminiyle ters orantılı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur (Berlanda ve ark., 2019). Ayrıca Malezya ve Tunus'ta yapılan çalışmalar, acil servislerde çalışanların sıklıkla sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldığını ve bunun çalışanların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir (Salim ve ark., 2021; Koubaa ve ark., 2023). Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu küresel tabloyu doğrular niteliktedir. İstanbul'da yürütülen bir araştırmada, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin %80.6'sının görev sırasında bir tür şiddete maruz kaldığı ve bu şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Dinçler ve ark., 2023). Benzer şekilde, Denizli'de yapılan bir çalışmada 112 personelinin son bir yıl içinde %51.8'inin sözel, %8.5'inin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2015). Bu oranlar, zaman kısıtlaması kaldırıldığında %77.3'e kadar yükselmektedir. Tüm bu bulgular, acil sağlık çalışanlarının yalnızca Türkiye'de değil, küresel ölçekte de şiddetin hedefi haline geldiğini ve bu durumun mesleki güvenlik ile ruh sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturduğunu göstermektedir.

Acil servislerde çalışan hekimler üzerinde yapılan ulusal ölçekli bir araştırmada ise, katılımcıların %78.1'inin son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı ve olayların çoğunun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (Bayram ve ark., 2017). Bu durum, 112 personelinin yalnızca hasta bakımı sırasında değil, aynı zamanda toplumla etkileşim anlarında da risk altında olduklarını göstermektedir (Boz ve ark., 2006).

Şiddet olaylarının sıklığı, çalışanların iş doyumunu ve psikolojik iyi oluşunu da doğrudan etkilemektedir. 112 çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet, motivasyon düşüklüğüne, tükenmişliğe ve işten ayrılma eğilimine yol açmaktadır (Çetin ve ark.,

2019). Buna ek olarak, COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı ve personelin %63.7'sinin bu süreçte şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Doğan, 2021).

Tüm bu bulgular, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin yalnızca bireysel bir sorun olmadığını; aynı zamanda yapısal, kültürel ve yönetsel faktörlerle ilişkili karmaşık bir toplumsal problem olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda araştırmanın temel problemi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin sıklığını, nedenlerini ve etkileyen faktörleri belirleyerek bu konuda önleyici politika ve stratejilere bilimsel bir temel sunmaktır.

### Araştırmanın Önemi

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, özellikle acil sağlık hizmetlerinde görev yapan 112 personeli açısından hem çalışan sağlığını hem de hizmet kalitesini doğrudan etkileyen ciddi bir toplumsal sorundur (Alyami ve ark., 2024). Acil sağlık personeli, hastalar ve hasta yakınlarıyla sürekli etkileşim hâlinde oldukları için şiddete maruz kalma olasılığı en yüksek meslek gruplarından biridir ((Roth ve ark., 2025). Uluslararası araştırmalar, acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin %60 ila %80'inin meslek yaşamları boyunca en az bir kez fiziksel veya sözel şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (Baydın ve Erenler, 2014; Alharthy ve ark., 2017).

Şiddetin sadece bireysel düzeyde travmalara yol açmadığı, aynı zamanda iş doyumu, kurumsal işleyiş, personel devri ve hasta güvenliği üzerinde olumsuz etkiler yarattığı çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur (d'Ettoire ve ark., 2018; Özel ve ark.,2024). Almanya'da yapılan bir çalışmada acil sağlık personelinin %59.9'unun sözel, %23.5'inin fiziksel şiddete uğradığı ve şiddete maruz kalmanın duygusal tükenmişlik riskini anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir (Roth ve ark., 2025). Benzer şekilde, Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırma, acil tıp çalışanlarının %65'inin şiddete maruz kaldığını ve saldırganların %80'inin hasta yakınları olduğunu göstermiştir (Alharthy ve ark., 2017).

Türkiye'de yürütülen bir çalışmada ise 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin %80.6'sının fiziksel, sözel veya psikolojik şiddet yaşadığı, şiddetin en sık faillerinin hasta yakınları olduğu ve şiddete maruz kalmanın çalışanların iş tatminini anlamlı biçimde azalttığı saptanmıştır (Dinçler ve ark., 2023). Ayrıca, sistematik incelemeler, iletişim yetersizlikleri, eğitim eksiklikleri ve olay raporlamadaki yetersizliklerin şiddetin

temel belirleyicileri arasında yer aldığını ve bu faktörlerin şiddet sıklığını artırdığını ortaya koymaktadır (Pourshaikhian ve ark. 2021).

Tüm bu bulgular, acil sağlık hizmetlerinde işyeri şiddetinin yalnızca bireysel bir travma değil, aynı zamanda çalışan sağlığı, kurum verimliliği ve hasta güvenliği üzerinde sistemsel etkiler yaratan bir halk sağlığı problemi olduğunu ortaya koymaktadır (Eshah ve ark., 2024).

Türkiye’de ve benzer sağlık sistemlerine sahip ülkelerde yapılan çalışmalar, acil servislerde yaşanan şiddetin en sık sözel saldırı biçiminde gerçekleştiğini ve bu durumun çalışan memnuniyetini, moralini ve iş verimliliğini ciddi biçimde düşürdüğünü göstermektedir. Bu duruma ilişkin en kapsamlı çalışmalardan biri, Türkiye’nin Isparta ilinde ve Filistin’in Batı Şeria bölgesinde yürütülmüş; her iki ülkedeki toplam 377 acil servis çalışanı (doktor, hemşire, idari personel) üzerinde yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların %68.7’si son bir yıl içinde en az bir kez işyeri şiddetine maruz kaldığını bildirmiş, bu olayların %41.1’inin sözel, %16.7’sinin fiziksel şiddet biçiminde gerçekleştiği belirlenmiştir. Şiddetin en yaygın failleri hasta yakınları (%79) olup, olayların büyük çoğunluğunun rapor edilmediği (%62.1) tespit edilmiştir. Çalışma, bu tür sözel ve fiziksel saldırıların sağlık çalışanlarında moral düşüklüğü, anksiyete, umutsuzluk ve işten ayrılma eğilimi yarattığını ve sağlık hizmetlerinin kalitesini dolaylı olarak olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (Hamdan ve ark., 2025). Ayrıca, işyeri şiddetinin iş-aile çatışmasını artırarak iş doyumunu azalttığı ve çalışanların mesleği bırakma eğilimini güçlendirdiği saptanmıştır (Tutan ve Kökalan, 2024).

Bu araştırma 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin çok boyutlu doğasını –bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde– inceleyerek, hem mevcut durumu ortaya koymak hem de çözüm odaklı öneriler geliştirmektir. sağlık hizmetlerinde şiddetin önlenmesi eğitim, farkındalık ve yasal düzenlemelerin etkinliğini değerlendirme açısından da kritik bir öneme sahiptir. Elde edilecek veriler, sağlıkta şiddetle mücadeleye yönelik politika geliştirme süreçlerine katkı sağlayacak, 112 çalışanlarının güvenli çalışma ortamları için bilimsel temel oluşturabilir. Çalışma aynı zamanda, Türkiye’de sağlıkta şiddetle mücadelede koruyucu önlemlerin, yasal düzenlemelerin ve kurum içi destek mekanizmalarının etkinliğini değerlendirmek için de bir temel sağlayabilir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın temel amacı, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddetin sıklığını, türlerini, nedenlerini ve sonuçlarını belirlemektir

Bu bağlamda araştırma, 112 Acil Sağlık Hizmetleri alışanlarının maruz kaldığı şiddetin boyutlarını ve etkileyen faktörleri belirleyerek, şiddetin önlenmesine yönelik politika ve uygulamaların geliştirilmesine bilimsel bir zemin oluşturmayı amaçlamaktadır.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. Şiddet Kavramı ve Tanımı

Şiddet, bireyin kendisine, başka bir bireye ya da bir topluluğa yönelik olarak kasıtlı güç kullanması ya da güç kullanma tehdidinde bulunması sonucu fiziksel yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişimsel bozulma veya yoksunluk gibi sonuçlar doğurabilecek davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Bu tanım, şiddeti yalnızca fiziksel saldırı ile sınırlamamakta; psikolojik, sözel ve yapısal boyutları da içeren çok yönlü bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır. Küresel ölçekte yürütülen epidemiyolojik çalışmalar, şiddetin bireysel sağlık sonuçlarının yanı sıra toplumsal maliyetler ve sistemsel etkiler açısından da ciddi sonuçlar doğurduğunu ortaya koymuştur (Krug ve ark., 2002).

Şiddet türleri genel olarak fiziksel, psikolojik (duygusal), sözel ve cinsel şiddet olarak sınıflandırılmaktadır. Fiziksel şiddet; vurma, itme, tekmeleme veya silah kullanma gibi doğrudan bedensel zarar içeren davranışları kapsamaktadır. Psikolojik şiddet; tehdit, aşağılama, yıldırma ve kontrol etme gibi bireyin ruhsal bütünlüğünü hedef alan davranışları içermektedir. Sözel şiddet ise hakaret, bağırma ve küçümseme gibi sözlü saldırı biçimlerini kapsamaktadır. Cinsel şiddet, bireyin rızası olmaksızın gerçekleştirilen cinsel içerikli davranışları ifade etmektedir (Devries ve ark., 2013). Bu türlerin çoğu zaman iç içe geçtiği ve bir olayda birden fazla şiddet türünün birlikte görülebileceği belirtilmektedir (WHO, 2002).

### 1.2. Şiddetin Evrensel Boyutu

Şiddet, dünya genelinde tüm yaş gruplarını ve toplum kesimlerini etkileyen önemli bir küresel halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün küresel raporuna göre her yıl milyonlarca insan şiddet nedeniyle yaşamını yitirmekte veya kalıcı fiziksel

ve psikolojik zarara uğramaktadır (Krug ve ark., 2002). Küresel yük analizleri, kişiler arası şiddetin özellikle genç nüfusta önde gelen ölüm nedenlerinden biri olduğunu ve uzun dönemli ruh sağlığı sorunlarıyla güçlü bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur (GBD 2019 Injuries Collaborators, 2020).

Dünya genelinde yapılan sistematik derlemeler, yaşam boyu fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalma oranlarının bazı bölgelerde %30'un üzerine çıktığını göstermektedir (Devries ve ark., 2013). Bu bulgular, şiddetin yalnızca bireysel bir davranış sorunu değil; sosyoekonomik eşitsizlikler, kültürel normlar ve yapısal faktörlerle ilişkili karmaşık bir toplumsal olgu olduğunu göstermektedir. Bu nedenle şiddetin önlenmesi, bireysel müdahalelerin yanı sıra politika düzeyinde ve toplumsal ölçekte bütüncül stratejiler gerektirmektedir (WHO, 2002).

### **1.3. İşyeri Şiddeti Kavramı**

İşyeri şiddeti, çalışanların görevlerini yerine getirirken fiziksel, sözel, psikolojik veya cinsel saldırılara maruz kalması olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), bu tür şiddeti iş ortamında bireyin güvenliğini, sağlığını ve onurunu tehdit eden eylemler olarak tanımlamaktadır (ILO ve WHO, 2002; Hu ve ark., 2022; AbuAIRub ve rak., 2011; Niu ve ark., 2019; Malaquias ve ark., 2024). Sağlık alanında işyeri şiddeti ise, hasta, hasta yakını veya üçüncü şahıslar tarafından sağlık çalışanlarına yöneltilen her türlü saldırı, tehdit, hakaret ya da yıldırma davranışını kapsar (Lim ve ark., 2022).

Sağlık kurumlarında yaşanan işyeri şiddeti, bireysel düzeyde yalnızca mağduru değil, aynı zamanda kurumun genel işleyişini, çalışan moralini ve hizmet kalitesini de olumsuz etkileyen çok boyutlu bir olgudur. Türkiye'de yapılan araştırmalar, sağlık kurumlarında şiddetin en sık sözel saldırı biçiminde yaşandığını; ancak fiziksel şiddet, tehdit ve mobbing gibi diğer türlerin de yaygın olduğunu göstermektedir (İçbay ve Şevik, 2024).

Giresun ilinde yapılan bir çalışmada, hastane çalışanlarının %54.8'inin en az bir kez işyeri şiddetine maruz kaldığı, bunların %38.4'ünün sözel, %37.5'inin mobbing, %6.2'sinin fiziksel ve %1.7'sinin cinsel şiddet olduğu saptanmıştır (Çam ve Ustuner Top, 2021).

Benzer şekilde, Türkiye genelinde gerçekleştirilen bir ankette katılımcıların %88.8'inin sözel, %36.7'sinin fiziksel şiddet yaşadığı ve büyük çoğunluğunun olayları rapor etmediği bildirilmiştir (Hamzaoğlu ve Türk, 2019).

Acil servislerde yapılan bir başka çalışmada ise, katılımcıların %99'unun sözel, %54'ünün fiziksel şiddet bildirdiği, şiddetin en yaygın faillerinin hasta yakınları olduğu belirlenmiştir (Sabak ve ark., 2021).

Türkiye'de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, işyeri şiddetinin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve bu durumun değerlendirilmesi için ölçeklerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Yöyen ve Barış (2025) tarafından geliştirilen "Sağlıkta İşyeri Şiddeti Ölçeği" bu alanda önemli bir araç olup; şiddetin sıklığı, birey üzerindeki etkisi, yasal raporlama nedenleri, risk faktörleri ve önleme stratejileri gibi beş alt boyutu kapsamaktadır. Bu tür ölçme araçları, hem akademik çalışmalarda hem de politika geliştirme süreçlerinde işyeri şiddetinin sistematik biçimde ele alınmasını sağlamaktadır.

### **1.3.1. Sağlık Alanında Şiddet**

Sağlık alanında şiddet, sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta, hasta yakını veya üçüncü kişiler tarafından sağlık çalışanlarına yöneltilen fiziksel, sözel, cinsel ya da psikolojik saldırılar olarak tanımlanmaktadır (d'Ettorre ve ark., 2018). Bu tür şiddet olayları, çalışanların güvenliğini, psikolojik iyi oluşunu ve iş doyumunu tehdit eden ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının meslek yaşamları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını göstermektedir (Eshah ve ark., 2024).

Türkiye'de yapılan çalışmalar, sağlıkta şiddetin boyutlarının endişe verici düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Adana ilinde yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %85.9'unun kariyerleri boyunca en az bir kez şiddet yaşadığı, en yaygın türün sözel veya psikolojik saldırı olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2023). Bu şiddet olaylarının çoğu hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmiş ve erkek çalışanların fiziksel şiddete maruz kalma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sabak ve ark., 2021).

Uluslararası veriler de benzer bir tabloyu yansıtmaktadır. Pakistan'ın Peşaver kentinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %51'inin son 12 ay içinde şiddete maruz kaldığı, en yaygın biçimin ise sözel şiddet (%45) olduğu bildirilmiştir (Khan ve

ark., 2021). Aynı şekilde, Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %46.9’unun bir tür şiddet yaşadığı, ancak %46.7’sinin olayları bildirmediği saptanmıştır (Alsmael ve ark., 2020).

Sağlık alanında ise şiddet, sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken hasta, hasta yakını veya üçüncü kişiler tarafından maruz kaldıkları fiziksel, sözel ya da cinsel saldırı biçimleri olarak değerlendirilmektedir (Boyle ve Wallis, 2016). Bu tür davranışlar genellikle stresli çalışma ortamları, yüksek hasta yoğunluğu, yetersiz güvenlik önlemleri ve iletişim sorunları gibi faktörlerle ilişkilidir (Hairunisa, 2023).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, sağlık sektöründe işyeri şiddetinin sadece bireysel bir sorun değil, aynı zamanda kurumsal kültür, toplumsal normlar ve yasal altyapı ile yakından ilişkili karmaşık bir olgu olduğunu göstermektedir. Örneğin, Kanada’da geliştirilen sistematik bir çerçeve modeli, şiddeti “travma bilinciyle ele alınması gereken örgütsel bir süreç” olarak değerlendirmiştir (Schulz ve ark., 2025). Aynı şekilde, Türkiye’de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, işyeri şiddetinin ölçülmesi ve önlenmesi için çok boyutlu ölçeklerin geliştirilmesinin önemine dikkat çekmiştir (Yöyen ve Barış, 2025).

Şiddetin nedenleri genellikle sistematik faktörlerle ilişkilidir. Bunlar arasında aşırı hasta yoğunluğu, yetersiz personel sayısı, iletişim eksiklikleri, uzun bekleme süreleri ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlik öne çıkmaktadır (Yusoff ve Ahmad, 2023). Ayrıca, COVID-19 pandemisi döneminde artan korku, belirsizlik ve toplumsal stres, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını daha da artırmıştır (Sedik ve ark., 2023).

Şiddet olaylarının büyük çoğunluğu resmi olarak bildirilmemekte, bu da sorunun kapsamının tam olarak anlaşılmasını engellemektedir. Bildirilmeme nedenleri arasında, yöneticilerden destek görememe, olayların sonuçsuz kalacağına inanma ve yasal süreçlerin uzunluğu yer almaktadır (Dookeeram ve ark., 2024). Bununla birlikte, sağlık çalışanları üzerinde yapılan birçok araştırma, şiddetin sadece bireysel değil, aynı zamanda sistemsal ve toplumsal bir sorun olduğunu vurgulamaktadır.

### **1.3.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Tarihçesi**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, modern sağlık sistemlerinin oluşumundan bu yana var olan ancak özellikle 20. yüzyılın sonlarından itibaren sistematik olarak incelenmeye başlanmış bir olgudur. Tarihsel olarak, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı

şiddet olayları uzun süre “mesleğin bir parçası” olarak görülmüş ve çoğunlukla rapor edilmemiştir (Hairunisa, 2023). Ancak 1980’li yıllardan itibaren iş sağlığı ve güvenliği alanındaki gelişmeler, işyeri şiddetini bir “mesleki risk” olarak tanımlamaya başlamıştır. Bu dönemde ABD, Kanada ve Avrupa ülkelerinde sağlıkta şiddet olayları, iş kazası istatistiklerine dahil edilmiştir (Marčeta ve Todorović, 2024).

1990’lı yıllar, sağlık alanında şiddetin sistematik biçimde belgelenmeye başladığı dönemi temsil eder. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), 2002 yılında yayımladıkları ortak raporla, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti küresel bir halk sağlığı problemi olarak ilan etmiştir. Bu rapor, şiddetin sadece fiziksel saldırılardan ibaret olmadığını, aynı zamanda sözel, psikolojik ve cinsel tacizi de kapsayan çok boyutlu bir sorun olduğunu vurgulamıştır (Yöyen ve Barış, 2025).

2000’li yılların başında yapılan çalışmalarda, özellikle acil servisler, psikiyatri klinikleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri gibi stresin yoğun olduğu alanlarda şiddet olaylarının giderek arttığı gözlenmiştir. Bu dönemde geliştirilen araştırma araçları, sağlıkta şiddeti ölçme ve raporlama sürecinde önemli bir ilerleme sağlamıştır. Örneğin, Kowalenko ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen “Vaka Temelli Şiddet Ölçüm Aracı”, sağlık çalışanlarının farklı şiddet türlerini tanımlama ve bildirme konusunda daha doğru veriler elde edilmesini sağlamıştır.

Son on yılda, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artan sıklığı ve çeşitliliği, konunun sadece bireysel bir problem değil, aynı zamanda yapısal bir kriz haline geldiğini göstermektedir. Özellikle COVID-19 pandemisiyle birlikte, sağlık çalışanlarının toplumdaki görünürlüğü artmış, buna paralel olarak saldırı ve tehdit olaylarında da ciddi bir artış yaşanmıştır (O’Brien ve ark., 2024). Günümüzde şiddet, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde benzer oranlarda görülmekte; ancak düşük gelirli ülkelerde olayların raporlanma oranı çok daha düşüktür.

Türkiye’de sağlıkta şiddetin akademik olarak ele alınması 2000’li yılların başına denk gelmektedir. 2010’lu yıllardan itibaren “Beyaz Kod” uygulamasıyla yasal bildirim süreci başlatılmış, bu da konunun görünürlüğünü artırmıştır. Ancak yapılan araştırmalar, yasal düzenlemelere rağmen sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının olayları hâlâ rapor etmediğini ve caydırıcılığın yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (İçbay ve Şevik, 2024).

### 1.3.3. Türkiye ve Dünyada Sağlıkta Şiddet İstatistikleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hem Türkiye’de hem de dünya genelinde yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir. Yapılan araştırmalar, bu sorunun yalnızca belirli ülkelere özgü olmadığını, farklı sosyoekonomik düzeylerdeki sağlık sistemlerinde de benzer oranlarda görüldüğünü göstermektedir. Küresel ölçekte yapılan meta-analizler, sağlık çalışanlarının ortalama %61.9’unun kariyerleri boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını, bunların %42.5’inin sözel, %24.4’ünün fiziksel şiddet olduğunu ortaya koymuştur (Liu ve ark., 2019). Daha yakın tarihli bir kapsamlı analiz, dünya genelinde işyeri şiddeti oranlarını %78.9’a kadar yükselttiğini, özellikle psikiyatri ve acil servis birimlerinde çalışan personelin en yüksek risk grubunda bulunduğunu belirtmiştir (Rossi ve ark., 2023).

Ayrıca, COVID-19 pandemisiyle birlikte sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların belirgin biçimde arttığı; pandemi öncesi dönemde %54.1 olan şiddet oranının pandemi sırasında %24.3 olarak rapor edilmesine rağmen, sözel ve çevrim içi tehditlerin arttığı bildirilmiştir (Özdamar ve Ark., 2022).

Türkiye özelinde ise yapılan çok sayıda araştırma, sağlıkta şiddetin boyutlarını ortaya koymaktadır. Pınar ve arkadaşlarının (2017) Türkiye genelinde 12.944 sağlık çalışanı üzerinde yürüttüğü ulusal çaplı çalışmada, katılımcıların %44.7’sinin son 12 ay içinde bir tür işyeri şiddetine maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddet türleri arasında %43.2 oranında sözel, %6.8 oranında fiziksel, %2.4 oranında mobbing ve %1 oranında cinsel taciz yer almıştır. Bu oranlar, sağlık çalışanlarının neredeyse yarısının yılda en az bir kez şiddet yaşadığını göstermektedir.

Adana’da yapılan bölgesel bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %85.9’unun meslek hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığı ve en sık karşılaşılan türün sözel veya psikolojik şiddet olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2023). Benzer biçimde, Türkiye’de acil servislerde görev yapan hekimlerin %99’unun sözel, %54’ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Sabak ve ark., 2021).

Tarihsel karşılaştırmalarda, 2000’li yıllardan itibaren sağlıkta şiddet olaylarının hem nicelik hem de nitelik bakımından artış gösterdiği gözlenmektedir. 2004 yılında Batı Türkiye’de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %49.5’inin şiddete maruz kaldığı; bu olayların %72.4’ünün sözel, %11.7’sinin fiziksel olduğu saptanmıştır (Ayrancı ark., 2004). 2020’li yıllarda ise bu oranların önemli ölçüde yükseldiği görülmektedir.

Doğu Akdeniz Bölgesi'nde sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranlarının diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bölgedeki sağlık çalışanlarının %63'ü sözel, %17'si fiziksel şiddete maruz kalmakta, ancak olayların büyük çoğunluğu rapor edilmemektedir (Önal ve ark., 2023).

#### **1.3.4. Sağlıkta Şiddetin Türleri**

Sağlıkta şiddet, yalnızca fiziksel saldırılardan ibaret olmayan, sözel, psikolojik ve cinsel saldırıları da içeren çok boyutlu bir olgudur. Sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarıyla sürekli etkileşim hâlinde oldukları için bu tür şiddet biçimlerine yüksek oranda maruz kalmaktadır. Özellikle acil servis, 112 acil sağlık hizmetleri ve yoğun bakım gibi stres düzeyi yüksek birimlerde bu oran belirgin şekilde artmaktadır.

Fiziksel şiddet, sağlık çalışanına yönelik itme, vurma, tekme, cisim fırlatma veya fiziksel kısıtlama gibi eylemleri kapsar. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre sağlık çalışanlarının %36.7'si fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (Hamzaoğlu ve Türk, 2019). Benzer biçimde, Ankara'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %33'ünün fiziksel saldırıya uğradığı, çoğunlukla saldırıların hasta ve yakınları tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Çelik ve ark., 2007). Fiziksel şiddet, çalışanların hem fiziksel güvenliğini hem de psikolojik dayanıklılığını tehdit eden ciddi bir risk faktörüdür.

Sözel şiddet, en yaygın görülen şiddet türüdür ve hakaret, tehdit, bağırma, küçümseme veya aşağılama gibi davranışları içerir. Türkiye genelinde sağlık çalışanlarının %88.8'inin en az bir kez sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Hamzaoğlu ve Türk, 2019). Özellikle acil servislerde çalışan hekimlerin ve hemşirelerin, nöbet saatlerinde ve hasta yoğunluğunun arttığı dönemlerde daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır (Ayrancı, 2005).

Psikolojik şiddet veya mobbing, uzun süreli ve sistematik bir şekilde uygulanan baskı, dışlama, aşağılama ve tehdit içeren davranışları kapsar. Bu tür şiddet, genellikle yöneticiler veya meslektaşlar arasında görülür ve sağlık çalışanlarının mesleki tatminini düşürür, tükenmişlik sendromuna neden olur (Aytaç ve ark., 2011). Türkiye'de yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının psikolojik şiddeti rapor etmediğini, "normal" bir durum olarak kabullendiğini ortaya koymaktadır (Can ve Haylı, 2020).

Bu üç tür şiddet, birbirinden bağımsız değildir; çoğu zaman iç içe geçer ve bir olayda birden fazla tür bir arada görülebilir. Örneğin, sözel tehditlerin fiziksel saldırıya dönüşmesi veya psikolojik baskıların duygusal travmaya yol açması oldukça yaygındır.

Ambulans çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada, katılımcıların %86,5'inin sözel, %35'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı ve bu durumun yüksek düzeyde tükenmişlikle ilişkili olduğu saptanmıştır (Coşkun Cenk, 2018).

#### **1.4. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı**

##### **1.4.1. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı**

Türkiye’de 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH), hastane öncesi acil sağlık sisteminin temelini oluşturan ve ülke genelinde tek bir numara üzerinden erişim sağlanan bir kamu hizmetidir. 1994 yılında Avrupa Birliği’nin “tek acil çağrı numarası” tavsiyesi doğrultusunda benimsenmiş ve bu tarihten itibaren ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. 112 sistemi, acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayan, çağrının alınımından hastanın uygun sağlık kurumuna nakline kadar tüm süreci yöneten entegre bir yapıya sahiptir (Erbay, 2017).

Bu sistemin yönetiminden Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumludur. Türkiye genelinde 81 ilde, her ilin merkezinde bir 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) bulunmaktadır. KKM’ler, gelen acil çağrıları değerlendirir, olay yerine en yakın uygun ambulansı yönlendirir ve vaka sürecini sonlandırana kadar koordinasyonu sağlar. Bu yapının altında istasyonlar, ambulans ekipleri, UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi) ve destek birimleri yer almaktadır (Benli ve ark., 2016).

112 ASH organizasyon yapısı üç temel bileşen üzerinden işler:

1. Çağrı Yönetimi: 112 çağrı merkezine gelen her acil çağrı, “ALO 112” hattı üzerinden karşılanır. Çağrı alıcı, vakayı değerlendirerek gerekli yönlendirmeyi yapar.
2. Olay Yönetimi: Komuta merkezi, vakaya en yakın istasyonu belirleyerek ambulansı yönlendirir. Ambulans ekibi olay yerine ulaştığında hasta değerlendirmesi yapar, gerekli tıbbi müdahaleyi gerçekleştirir.
3. Nakil ve Koordinasyon: Hastanın durumuna göre uygun sağlık kuruluşuna sevk işlemi yapılır. Sevk süreci boyunca iletişim, KKM tarafından kesintisiz sürdürülür (Özata ve ark., 2011).

Türkiye’de 112 sistemi, 2000’li yıllardan itibaren hızlı bir şekilde genişlemiş ve teknolojik altyapı bakımından gelişmiştir. Özellikle 2010 sonrası dönemde, Ambulans Otomasyon Sistemi (AHBS) ve Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS) entegrasyonları sayesinde

olay yerine ulaşım süresi 10 dakikanın altına düşürülmüştür. Ayrıca, “tek numara” konseptiyle 155, 156 ve 110 gibi acil hatlar 112 Acil Çağrı Merkezi çatısı altında birleştirilmiştir.

Türkiye'nin 112 sistemi, uluslararası ölçekte de örnek alınan bir yapıya sahiptir. Özellikle afet ve kitlesel olaylara müdahale kapasitesi açısından AFAD ve UMKE birimleriyle koordineli çalışmaktadır (Ülker ve Erdoğan, 2019). Ayrıca, çocuk hastalar, yaşlı bireyler ve mülteci gruplar gibi özel popülasyonlara yönelik özel protokoller geliştirilmiştir (Turan ve ark., 2019; Altınar ve Tekeli Yeşil, 2018).

#### **1.4.2. 112 Personelinin Görev tanımı**

Türkiye’de 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) personeli; acil çağrılarının karşılanmasından hastanın uygun sağlık kurumuna nakline kadar geçen süreçte, hayat kurtarma ve ilk müdahaleden sorumlu sağlık profesyonellerinden oluşur. Bu ekipler, acil tıp teknisyenleri (ATT), paramedikler, hekimler, hemşireler ve ambulans sürücüler gibi farklı meslek gruplarını içerir. Her bir görev, hastane öncesi acil bakımın bütünlüğünü sağlamak açısından kritik öneme sahiptir.

112 personelinin temel görevleri, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2015) ve uluslararası acil sağlık protokollerine dayanmaktadır. Bu görevler arasında:

- Acil çağrılara hızlı yanıt vermek, olay yerinde hasta değerlendirmesini yapmak,
- Hayati tehlike taşıyan durumlarda (kardiyak arrest, solunum durması, ağır travma vb.) temel ve ileri yaşam desteği uygulamak,
- Gerekli durumlarda tıbbi cihaz ve ilaçlarla acil müdahaleyi gerçekleştirmek,
- Hastayı stabil hale getirerek uygun sağlık kurumuna güvenli şekilde nakletmek,
- Ambulansın ekipman, ilaç ve malzeme bakımını düzenli olarak kontrol etmek,
- Görev sırasında hasta ve hasta yakını ile etkin iletişim kurmak, etik kurallar çerçevesinde davranmak,
- Olay sonrası raporlama yapmak ve Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ile sürekli iletişimde bulunmak yer almaktadır (Özata ve ark., 2011).

Acil sağlık hizmeti personelinin görev tanımı yalnızca teknik becerileri değil, aynı zamanda psikolojik dayanıklılık, kriz yönetimi, ekip koordinasyonu ve hızlı karar

alma becerilerini de kapsamaktadır. Çalışanlar, yüksek stres altında, değişken çevre koşullarında ve zaman baskısı altında çalıştıkları için güçlü mesleki dayanıklılığa sahip olmalıdır (Çalışkan ve ark., 2014).

Yapılan araştırmalara göre, 112 personeli arasında iş tanımının genişliği ve görev yoğunluğu, iş stresi, tükenmişlik ve aile-iş çatışması gibi psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Derya (2021) tarafından yapılan çalışmada, 112 personelinin %60'ının kadın olduğu, %47.7'sinin acil tıp teknisyeni olarak çalıştığı, ortalama mesleki deneyiminin 7.6 yıl olduğu saptanmıştır. Çalışmada, personelin yüksek iş yükü ve sürekli acil durumlara müdahale etme zorunluluğu nedeniyle orta düzeyde tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir.

Bununla birlikte, görev tanımı içinde yer alan hazırlık ve risk yönetimi de 112 çalışanları için kritik önemdedir. Çanakkale'de yapılan bir çalışmada, personelin afet ve olağanüstü durumlara hazırlık düzeyinin düşük olduğu, eğitim programlarının düzenli uygulanmasının bu eksikliği azaltabileceği saptanmıştır (Koçak ve ark., 2015).

#### **1.4.3. Çalışma Koşulları ve Mesleki Risk Faktörleri**

112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) personeli, sağlık sektöründeki en yüksek risk gruplarından birinde yer almaktadır. Çalışma koşulları; düzensiz vardiyalar, yüksek iş yükü, psikososyal baskılar, fiziksel tehlikeler ve şiddet olaylarına maruz kalma gibi çok yönlü riskleri içermektedir. Bu durum, hem fiziksel hem de ruhsal sağlık açısından ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, 112 çalışanlarının %74.7'sinin meslek yaşamları boyunca en az bir kez iş kaynaklı riskle, %21.2'sinin iş kazasıyla ve %6.3'ünün meslek hastalığıyla karşılaştığı belirlenmiştir (Kara ve ark.,2022). Kadın çalışanlar, erkeklere oranla daha fazla riskle karşılaşmakta; bu farkın özellikle vardiya sistemi, fiziksel güç gereksinimi ve duygusal yük farklarından kaynaklandığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alan personelin mesleki risklere karşı daha korunaklı olduğu vurgulanmıştır (Ajuwa ve ark., 2024).

Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) Batı Türkiye'deki paramedikler üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %31.9'unun trafik kazası, %16'sının iğne batması, %15.4'ünün vücut sıvısı teması ve %9.8'inin kesici-delici alet yaralanması yaşadığı bildirilmiştir. En riskli durumların, hareket halindeki ambulans müdahale sırasında ortaya çıktığı ve bu ortamın ergonomik riskleri artırdığı vurgulanmıştır.

Bununla birlikte, 112 personelinin psikososyal risk faktörleri de oldukça belirgindir. Ambulans çalışanları, sürekli olarak ölüm, travma, şiddet ve zaman baskısı gibi stresörlerle karşı karşıya kalmaktadır. 34 şehirde yürütülen geniş ölçekli bir araştırmada, mesleki kaygı düzeyinin yüksekliğinin, personelin mesleki bağlılığını olumsuz etkilediği ve dayanıklılık (resilience) düzeyinin ise bu etkiyi azalttığı saptanmıştır (Uysal ve Korkmaz, 2024). Benzer şekilde, Kadioğlu ve arkadaşlarının (2022) COVID-19 döneminde yaptığı araştırma, acil sağlık çalışanlarının %41.3'ünün 18–29 yaş aralığında olduğunu ve bu grubun yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışma koşullarını zorlaştıran bir diğer etmen de ergonomik ve fiziksel yüklerdir. Ambulans içinde sınırlı alanda sürekli hareket etmek, ağır ekipman taşımak ve uzun süre ayakta kalmak, kas-iskelet sistemi sorunlarını yaygın hale getirmektedir. Bu durum, özellikle bel, sırt ve boyun ağrılarının sık görülmesine neden olmaktadır (Medeni ve ark., 2024).

#### **1.4.4. Hasta ve Hasta Yakını ile İlk Temas Durumu**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin görev sürecinde hasta ve hasta yakınlarıyla ilk temas anı, hem hizmet kalitesini hem de çalışan güvenliğini doğrudan etkileyen kritik bir aşamadır. Bu temas, olay yerinde duygusal stresin, acının ve zaman baskısının en yoğun olduğu anlarda gerçekleştiği için, iletişim yönetimi büyük önem taşır.

Yapılan araştırmalar, hasta ve yakınlarının duygusal durumlarının ve iletişim biçimlerinin, acil sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en önemli tetikleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, acil servis çalışanlarının %74’ünün meslek hayatı boyunca en az bir kez sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldığı, bu şiddetin %28.7’sinin hasta veya yakınlarının olumsuz tutum ve davranışlarından kaynaklandığı belirlenmiştir (Çikrikler ve ark., 2016). Benzer şekilde, Ankara’da yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının %90.9’unun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği bildirilmiştir (Talas ve ark., 2011).

Hasta ve yakınları ile ilk temasta yaşanan gerilimlerin önemli bir kısmı iletişim sorunlarından kaynaklanmaktadır. Özellikle hasta yakınlarının, bekleme süreleri, hizmetin aciliyetine dair yanlış algıları veya sağlık personeline yönelik güven eksikliği, öfke ve saldırganlığa dönüşebilmektedir (Can ve Haylı, 2020). Bununla birlikte, iletişim

becerisi yüksek olan sağlık çalışanlarının, çatışma riskini önemli ölçüde azalttığı kanıtlanmıştır. Yıldız Daş ve Avcı'nın (2015) alışmasında, öfke kontrolü ve etkili iletişim düzeyi yüksek olan acil servis personelinin şiddete maruz kalma oranının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de 2025 yılında yapılan bir araştırmada, acil servis hekimlerinin %90.5'inin uzmanlık döneminde sözel şiddete, %27'sinin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı; şiddet olaylarının çoğunun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, iletişim becerilerinin empati ve sayđı boyutlarının güçlü olmasının şiddet riskini azalttığı, buna karşın bilgilendirici iletişim ve sosyal becerilerdeki eksikliğin risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (Karpınar ve Hakverdi, 2025).

112 acil çalışanlarının olay yerindeki ilk temas sürecinde karşılaştığı bir diğer zorluk, olay yerinin kontrolsüz ve belirsiz ortamıdır. Hasta yakınlarının panik, çaresizlik veya suçluluk duygusuyla agresif davranışlar sergilediği; kimi zaman tıbbi müdahaleye engel olduğu rapor edilmiştir (Ayrancı ve ark., 2004). Bu durum, hem hasta güvenliğini hem de çalışan güvenliğini tehlikeye atmaktadır.

Buna ek olarak, medya tarafından sağlıkta şiddet olaylarının sansasyonel biçimde sunulması, toplumda sağlık personeline yönelik yanlış algıları güçlendirmektedir. 2015 yılında yapılan bir medya analiz çalışmasında, şiddet haberlerinin %32.3'ünün 112 Acil Servislerle ilgili olduğu ve çoğunlukla "memnuniyetsizlik" ve "iletişim yetersizliği" temasıyla aktarıldığı saptanmıştır (Gökdağ, 2015).

## **1.5. 112 Sağlık Personeline Yönelik şiddet**

### **1.5.1. 112 Sağlık alışanlarının Karşılaştığı şiddet Türleri**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personeli, görevlerinin doğası gereği hem fiziksel hem de sözel şiddete maruz kalma açısından en riskli meslek gruplarından biridir. Bu şiddet türleri, hasta ve hasta yakınları başta olmak üzere toplumun farklı kesimlerinden gelebilmekte ve çoğu zaman acil sağlık hizmetinin sunumunu doğrudan engellemektedir (Dinçler ve ark., 2023).

Sözel şiddet, 112 çalışanlarının karşılaştığı en yaygın şiddet türüdür. Türkiye genelinde yürütülen bir araştırmada, acil servis çalışanlarının %88.6'sının en az bir kez sözel şiddete maruz kaldığı; bu olayların çoğunlukla bağırma, hakaret ve tehdit

biçiminde gerçekleştiği belirlenmiştir (Boz ve ark., 2006). Benzer şekilde, İstanbul'da 901 paramedik ve acil tıp teknisyeniyle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %94.9'unun halktan sözel saldırıya, %39.8'inin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Gülen ve ark., 2016). Bu sonuçlar, 112 personelinin rutin olarak yüksek düzeyde psikososyal risk altında çalıştığını göstermektedir.

Fiziksel şiddet, genellikle hasta yakınlarının öfke kontrolünü kaybettiği anlarda meydana gelmektedir. Ankara'da altı hastanenin acil servisinde yapılan çalışmada, çalışanların %41.1'inin fiziksel saldırıya, %79.6'sının sözel tacize ve %55.5'inin tehdit içeren davranışlara maruz kaldığı belirlenmiştir (Talas ve ark., 2011). Aynı çalışmada, saldırganların %90.9'unun hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel şiddet eylemleri arasında itme, tokat atma, yumruklama, kesici aletle tehdit ve ambulansa zarar verme gibi davranışlar yer almaktadır.

COVID-19 pandemisi döneminde, şiddet olaylarının sıklığı artış göstermiştir. Kayseri'de yapılan bir çalışmada, 112 öncesi acil sağlık çalışanlarının %70.6'sı pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını, %63.7'si ise bizzat şiddet yaşadığını bildirmiştir (Doğan, 2021). Pandemi sırasında artan toplum stresi, hastanelerdeki yoğunluk ve yanlış bilgi yayılımı, şiddet davranışlarını tetikleyen başlıca faktörler olarak öne çıkmıştır.

Ayrıca, şiddet türlerinin dağılımı cinsiyetle de ilişkilidir. Kadın personelin sözel şiddete, erkek personelin ise fiziksel saldırıya maruz kalma oranı daha yüksektir (Gülen ve ark., 2016). Bununla birlikte, yaş ve deneyim düzeyi de risk faktörü olarak öne çıkmaktadır; genç ve az deneyimli personelin daha sık hedef alındığı belirlenmiştir (Bayram ve ark., 2017).

### **1.5.2. Şiddetin Gerçekleştiği Ortamlar**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddet olayları, genellikle olay yerinde, ambulanda nakil sırasında veya acil servislerde hasta teslimi esnasında meydana gelmektedir. Bu ortamlarda yaşanan şiddet, hem hizmet kalitesini düşürmekte hem de çalışan güvenliği üzerinde ciddi tehdit oluşturmaktadır (Ekşi ve ark., 2025).

Türkiye'de yapılan çok sayıda çalışma, şiddet olaylarının en sık olay yerinde, özellikle hasta yakınlarının yoğun olduğu ortamlarda gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Denizli'de yapılan bir çalışmada, 112 personelinin %51.8'inin son bir yıl içinde sözel, %8.5'inin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı, olayların çoğunun hasta yakınlarının

bulunduğu alanlarda gerçekleştiği belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2015). Aynı çalışmada, olayların %85.1'inin resmi olarak rapor edilmediği tespit edilmiştir.

Benzer şekilde, İstanbul'da 195 ambulans istasyonunda yapılan araştırmada, personelin %94.9'unun halktan sözel, %39.8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Gülen ve ark., 2016). Şiddet olaylarının çoğu, hasta nakli sırasında ambulans içinde, olay yerine ilk müdahale anında veya hastane girişlerinde meydana gelmektedir. Özellikle akşam ve gece vardiyalarında olay sıklığının arttığı bildirilmiştir.

Ankara'da altı hastanenin acil servislerinde yapılan bir çalışmada, çalışanların %85.2'sinin en az bir kez şiddete maruz kaldığı, bunların %79.6'sının sözel, %41.1'inin fiziksel, %55.5'inin tehdit, %15.9'unun ise cinsel taciz şeklinde olduğu belirtilmiştir (Talas ve ark., 2011). Bu olayların %90.9'unun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve en sık acil servis bekleme alanlarında, triyaj noktalarında ve ambulans giriş kapılarında yaşandığı rapor edilmiştir.

2017 yılında yapılan geniş çaplı bir araştırmada, acil servislerde çalışan hekimlerin %78.1'inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı; bu oranın, özellikle yoğun hasta başvuru oranına sahip devlet hastanelerinde, mesai dışı saatlerde ve yüksek hasta yoğunluğu olan illerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bayram ve ark., 2017). Bu bulgular, şiddet olaylarının yalnızca bireysel nedenlerden değil, aynı zamanda organizasyonel ve sistemsel faktörlerden kaynaklandığını göstermektedir.

Sağlık kurumlarının fiziksel güvenlik koşulları da şiddetin meydana geldiği ortamları şekillendirmektedir. Çikrikler ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, acil servis çalışanlarının %79.6'sının "çalışma alanlarının güvenli olmadığını" belirttiği ve güvenlik görevlilerinin yetersiz olduğunu ifade ettiği görülmüştür. Benzer şekilde, Sabak ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, hastanelerde ziyaretçi sayısının sınırlandırıldığı ve güvenlik personelinin güçlendirildiği kurumlarda fiziksel tehdit oranında %14'lük azalma olduğu tespit edilmiştir.

Şiddetin gerçekleştiği ortamlar yalnızca fiziksel mekanlarla sınırlı değildir; psikolojik ortam da belirleyici bir faktördür. Özellikle aşırı kalabalık, uzun bekleme süreleri, bilgi eksikliği ve yüksek duygusal stres ortamı, hasta yakınlarının agresif davranış göstermesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, bazı araştırmalarda kırsal bölgelerde ambulans çağrılarının yanlış veya kötü niyetli kullanımı sonucu personelin

tehdit edildiği ve güvenlik riskiyle karşı karşıya kaldığı bildirilmiştir (Ayrancı ve ark., 2004).

## **1.6. 112 Sağlık Personeline Yönelik Şiddetin Nedenleri**

### **1.6.1. Bireysel Faktörler**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddet olaylarında bireysel faktörler, hem mağdurun hem de saldırganın kişisel özelliklerini kapsamakta olup, şiddet riskini artıran önemli değişkenler arasında yer almaktadır. Bu faktörler genellikle yaş, cinsiyet, mesleki deneyim, iletişim becerisi, stres toleransı ve tutum gibi bireysel niteliklerle ilişkilidir.

Türkiye’de yapılan araştırmalar, özellikle genç, deneyimsiz ve kadın çalışanların şiddete daha fazla maruz kaldığını ortaya koymaktadır (İçbay ve Şevik, 2024; Hamdan ve ark., 2025; Yılmaz ve ark., 2015). Bayram ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, acil servis hekimlerinin %78.1’inin son bir yılda şiddet yaşadığı, şiddete maruz kalma olasılığının yaş ve deneyimle ters orantılı olduğu belirlenmiştir. Genç ve yeni mezun sağlık çalışanlarının, kriz durumlarında iletişim kurma ve öfke yönetimi becerilerinin sınırlı olması, bu grubu daha savunmasız hale getirmektedir.

Benzer biçimde, Talas ve arkadaşları (2011) tarafından Ankara’da yürütülen çalışmada, sağlık personelinin %85.2’sinin en az bir kez şiddete maruz kaldığı; özellikle kadın çalışanların daha yüksek oranda sözel taciz ve tehdit yaşadığı saptanmıştır. Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinin ve kadın sağlık çalışanlarına yönelik önyargıların şiddet riskini artırdığını göstermektedir.

Ayrancı ve arkadaşlarının (2004) Batı Türkiye’de yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının %49.5’inin şiddete maruz kaldığı; bu olayların %72.4’ünün sözel, %11.7’sinin fiziksel olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, duygusal dengesizlik, düşük stres toleransı ve düşük iş doyumunu gibi bireysel özelliklerin şiddete maruz kalma riskini artırdığı saptanmıştır. Ayrıca, çalışanların %74.3’ü şiddet olaylarından sonra meslekte soğuma, iş tatminsizliği ve sektörden ayrılma eğilimi bildirmiştir (Çikrikler ve ark., 2016).

Erzurum’da yapılan bir araştırmada, cinsiyetçi tutumların ve toplumsal cinsiyet algısının da bireysel düzeyde şiddet eğilimini etkilediği belirlenmiştir. Erkek sağlık personelinin şiddete ve cinsiyet ayrımcılığına karşı daha yüksek tolerans geliştirdiği;

kadın personelin ise daha savunmacı bir yaklaşım sergilediği görülmüştür (Çalikoğlu ve ark., 2018). Bu durum, bireysel değer yargılarının ve kültürel normların sağlık alanındaki iletişim dinamiklerini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Ayrıca, bireysel düzeyde psikolojik dayanıklılık (resilience) ve duygusal zeka gibi faktörlerin şiddetle baş etmede koruyucu rol oynadığı belirlenmiştir. 2024 yılında Ankara’da yapılan bir çalışmada, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip personelin, hem şiddete maruz kalma oranının hem de şiddet sonrası tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Yazıcı Bala ve ark., 2024).

### **1.6.2. Sistemsel Faktörler**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddet olaylarının yalnızca bireysel faktörlerden değil, aynı zamanda sistemsel ve örgütsel etmenlerden de güçlü biçimde etkilendiği görülmektedir. Bu faktörler; kurumların fiziksel koşulları, aşırı iş yükü, personel yetersizliği, hasta yoğunluğu, yönetim desteği eksikliği ve güvenlik önlemlerinin yetersizliği gibi yapısal unsurları içermektedir. Yapılan uluslararası çalışmalar, yetersiz kurumsal destek ve güvenlik politikalarının şiddet riskini önemli ölçüde artırdığını; bunun da çalışan moralini, hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Torabi ve ark., 2025; Ekşi ve ark., 2025). Ayrıca, yönetsel desteğin eksikliği ve çalışma ortamlarının fiziksel güvenlik açısından zayıflığı, acil tıp hizmetlerinde şiddet olaylarının tekrarlanmasına neden olabilmektedir (Morken, Johansen ve Alsaker, 2015).

Türkiye genelinde yürütülen bir araştırmada, acil servis hekimlerinin %78.1’inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı, bu durumun özellikle hasta yoğunluğu yüksek devlet hastanelerinde, mesai dışı saatlerde ve personel eksikliği bulunan kurumlarda daha sık yaşandığı belirlenmiştir (Bayram ve ark., 2017). Aynı araştırmada, mevcut güvenlik önlemlerinin şiddeti azaltmada etkili olmadığı, güvenlik personelinin yetersizliği ve caydırıcı yasal yaptırımların eksikliğinin şiddet olaylarının sürmesine neden olduğu vurgulanmıştır.

Benzer biçimde, Ankara’daki altı hastanede yapılan bir çalışmada, katılımcıların %85.2’sinin en az bir kez şiddet yaşadığı, ancak bu olayların büyük kısmının rapor edilmediği saptanmıştır (Talas ve ark., 2011). Araştırma, etkin raporlama sistemlerinin olmaması, idari destek eksikliği ve şikayet sonrası sonuç alınamaması nedeniyle çalışanların sessiz kalmayı tercih ettiğini göstermektedir.

Sağlık sisteminin yapısal eksiklikleri de şiddeti tetiklemektedir. Can ve Haylı (2020), Türkiye’de sağlık kurumlarında yüksek hasta yoğunluğu, düşük personel oranı ve organizasyonel yetersizliklerin şiddet için zemin hazırladığını belirtmiştir. Aynı zamanda, sağlık kurumlarında çalışma alanlarının fiziksel güvenlik açısından yetersizliği, acil servislerin kalabalık ve düzensiz yapısı da risk faktörleri arasında yer almaktadır (Çikrikler ve ark., 2016).

Sabak ve arkadaşlarının (2021) yaptığı araştırmada, Türkiye’de acil servislerde çalışan hekimlerin %99’unun sözel, %54’ünün fiziksel şiddet yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %89’u güvenlik personelinin yetersiz olduğunu, %90’ı ise mevcut yasaların kendilerini korumadığını ifade etmiştir. Çalışmada, ziyaretçi sayısının sınırlandırıldığı ve güvenlik personelinin yetkilendirildiği hastanelerde fiziksel tehdit oranında %14 azalma olduğu saptanmıştır.

Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) Denizli’de 112 personeliyle yaptığı çalışmada, katılımcıların %85.1’inin şiddet olaylarını resmi olarak rapor etmediği, çünkü yöneticilerin ilgisizliği ve sonuç alınmaması nedeniyle raporlama davranışının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, kurumsal sessizlik ve örgütsel adalet algısının zayıflığı ile ilişkilendirilmiştir.

Sistemsel faktörlerin bir diğer boyutu ise örgütsel stres ve kurum içi iletişim eksikliğidir. Erdoğan ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, acil servis hekimlerinde yüksek stresin “örgütsel sessizlik” davranışını artırdığı; duygusal zekâ düzeyi yüksek bireylerin ise bu stresin etkilerini daha iyi yönettiği bulunmuştur. Bu bulgu, sistemsel baskıların bireysel davranışlara doğrudan yansıdığını göstermektedir.

Son olarak, eğitimsel ve yönetsel eksiklikler de sistemsel şiddet kaynakları arasında sayılmaktadır. Çetin ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, acil tıp asistanlarının %63.4’ünün şiddet veya güvenlik endişesi nedeniyle istifa ettiği bildirilmiştir. Yetersiz eğitim, aşırı iş yükü, mobbing ve yönetsel destek eksikliği bu istifaların başlıca nedenleri olarak belirtilmiştir.

### **1.6.3. Toplumsal Algı, Medya Etkisi ve Kurumsal İletişim Sorunları**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personeline yönelik şiddet yalnızca bireysel ve sistemsel nedenlerle açıklanamaz; toplumsal algı, medya söylemleri ve kurumsal iletişim eksiklikleri bu olgunun sürmesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık çalışanlarının toplum gözündeki imajı, medyanın haber dili, sosyal medyadaki temsil biçimleri ve

kurumların kriz iletişim stratejileri, hem halkın tutumunu hem de şiddet eğilimini doğrudan etkilemektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmalar, medyanın sağlıkta şiddeti sıklıkla sansasyonel ve magazinleştirici bir dille aktardığını, olayları “üçüncü sayfa haberi” formatında sunarak şiddeti normalleştirdiğini ortaya koymaktadır (Güvercin, 2019; Dökme, ve ark., 2023). Ayrıca, sağlık sistemine güvensizlik ve negatif sağlık haberleri algısının, toplumun sağlık çalışanlarına karşı şiddet eğilimini artırdığı da belirlenmiştir (Kızılkaya ve Buğdali, 2025). Çınarlı (2013), Türk gazetelerinde sağlıkta şiddet haberlerinin çoğunlukla dramatik bir anlatım biçimiyle sunulduğunu, olayların “hikâyeleştirilerek” verildiğini ve bunun da şiddeti “sıradan bir toplumsal olgu” gibi yansıttığını belirtmiştir. Bu durum, hem sağlık çalışanlarının mağduriyetini görünmez kılmakta hem de toplumda sağlık personeline yönelik empati düzeyini düşürmektedir.

Benzer biçimde, Can ve Haylı (2020) sağlıkta şiddetin artışında medyanın önemli bir payı olduğunu, çünkü haberlerin genellikle olumsuz söylemler üzerinden kurgulandığını ve sağlık personelinin “hata yapan taraf” gibi gösterdiğini vurgulamaktadır. Medya dilinde kullanılan bu tür yargılayıcı söylemler, halkın sağlık çalışanlarına güvenini zedelemekte ve öfke davranışlarını meşrulaştırabilmektedir.

Son yıllarda sosyal medya da sağlıkta şiddet algısında güçlü bir belirleyici haline gelmiştir. Yaman ve Baştürk’ün (2024) Twitter paylaşımlarını analiz ettiği çalışmada, “#doktor” ve “#şiddet” etiketlerinin yer aldığı paylaşımlarda genellikle eleştirel ve olumsuz bir dilin hâkim olduğu, kullanıcıların sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti çoğu zaman “kurumsal sistemin hatalarının bir sonucu” olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, sosyal medyada yasal yaptırımların yetersizliği ve toplumsal duyarsızlık konularının en sık dile getirilen temalar olduğu belirtilmiştir.

Diğer yandan, medyada sağlık profesyonellerinin pozitif temsili, toplumda algıyı dönüştürme gücüne sahiptir. Ersan Yaman, Başaran-Acil ve Duygulu’nun (2023) hemşirelik mesleğinin Türk medyasındaki temsiline ilişkin analizinde, COVID-19 sonrası dönemde sağlık çalışanlarına yönelik olumlu haber oranında artış olduğu ve bu durumun mesleki saygınlığı güçlendirdiği ortaya konmuştur. Bu bulgu, medyanın doğru ve bilinçli kullanımının, sağlıkta şiddetle mücadelede etkili bir araç olabileceğini göstermektedir.

Toplumsal algı yalnızca medyayla değil, kurumların iletişim stratejileriyle de şekillenmektedir. Kurumsal iletişim eksikliği, özellikle kriz anlarında halkın yanlış bilgilendirilmesine ve sağlık çalışanlarının hedef haline gelmesine neden olabilmektedir. Özdamar arkadaşlarının (2022) çalışmasında, şiddet olaylarının büyük çoğunluğunun rapor edilmediği, bunun nedeninin ise “kurumların olay sonrası sessizliği” ve “yönetimsel şeffaflık eksikliği” olduğu saptanmıştır. Bu durum, kurumsal iletişimin hem iç (çalışanlarla) hem de dış (kamuoyuyla) düzeyde zayıf olduğunu göstermektedir.

## **1.7. Şiddetin Sonuçları ve Etkileri**

### **1.7.1. Psikolojik Etkiler**

112 Acil Sağlık Hizmetleri personeli, görevlerinin doğası gereği yoğun stres, belirsizlik, zaman baskısı ve travmatik olaylara sürekli maruz kalmaktadır. Bu koşullar, çalışanlarda yüksek düzeyde psikolojik stres, tükenmişlik sendromu, anksiyete ve depresif belirtilerin gelişmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, acil sağlık personelinin diğer sağlık profesyonellerine göre çok daha yüksek düzeyde psikolojik risk altında olduğunu göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, acil servis çalışanlarının önemli bir kısmında duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalma saptanmış, bu durumun kadın ve genç personelde daha belirgin olduğu belirlenmiştir (Aktaş ve ark., 2025).

Benzer biçimde, dünya genelinde yapılan sistematik incelemeler, acil ve ambulans hizmetlerinde çalışan personelin sürekli travmatik olaylara maruz kaldığını ve bu durumun posttravmatik stres, depresyon ve tükenmişlikle güçlü şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Lawn ve ark., 2020; Damsgaard ve ark., 2025).

#### **1. Stres ve Kaygı Düzeyi**

Kılıç ve arkadaşları (2019) Düzce’de 112 acil istasyonu personeliyle yürüttükleri araştırmada, katılımcıların %17.1’inin anksiyete, %19.5’inin depresyon riski altında olduğu bulunmuştur. Çalışmada yüksek iş stresi düzeyine sahip çalışanların hem depresyon hem de kaygı riskinin anlamlı biçimde arttığı; paramedik ve ATT’lerin diğer sağlık personeline göre 8–9 kat daha fazla depresyon riski taşıdığı belirlenmiştir.

Benzer biçimde, Koçak ve arkadaşlarının (2019) Türkiye genelinde 508 hekim üzerinde yaptığı çalışmada, acil servis hekimlerinin %33’ünde orta veya yüksek düzeyde anksiyete saptanmıştır. Çalışma, acil servis hekimlerinin diğer branşlardaki uzmanlara

göre iki kat daha fazla anksiyete yaşadığını göstermiştir. Bu durumun temel nedenleri arasında yoğun iş yükü, hasta ve hasta yakını baskısı ve şiddet tehdidi yer almaktadır.

COVID-19 pandemisi sırasında yapılan bir başka çalışmada, acil servis ve ambulans çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının diğer birimlerde çalışanlara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şahin ve ark., 2020). Pandemi sürecinde özellikle belirsizlik, enfeksiyon korkusu ve artan hasta yükü gibi stresörler, sağlık çalışanlarında anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini artırmıştır.

## 2. Tükenmişlik Sendromu (Burnout)

Tükenmişlik, 112 personeli arasında en sık görülen psikolojik sonuçlardan biridir. Coşkun Cenk'in (2018) Türkiye genelinde 143 ambulans personeliyle yaptığı çalışmada, katılımcıların %86.5'inin sözel, %35'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı ve bu grubun Maslach Tükenmişlik Envanteri puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özellikle kadın personel, genç çalışanlar ve paramedikler daha yüksek duygusal tükenme skorlarına sahipti.

Benzer şekilde, Erdur ve arkadaşlarının (2015) Denizli'de yürüttükleri çalışmada, acil servis hekimlerinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri, yaşanan şiddet sıklığıyla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmada sözel şiddet ve tehdit deneyimlerinin, tükenmişlik puanlarını anlamlı biçimde yükselttiği saptanmıştır.

Sonmez ve Gül'ün (2021) 141 acil tıp doktoru ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların genel olarak yüksek duygusal tükenme ve orta düzeyde duyarsızlaşma yaşadığı; genç ve deneyimsiz çalışanlarda tükenmişlik düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bahadırli ve Sağaltıcı'nın (2021) COVID-19 döneminde İstanbul'daki 331 acil servis hekimiyle yaptığı araştırma da bu bulguları desteklemiştir. Katılımcıların %71.3'ünde yüksek düzeyde duygusal tükenme, %70.2'sinde anksiyete, %89.1'inde ise depresif belirtiler saptanmıştır. Bu durum, pandemi gibi olağanüstü koşullarda psikolojik yükün daha da arttığını göstermektedir.

## 3. Psikolojik Dayanıklılık ve Koruyucu Faktörler

Yazıcı Bala ve arkadaşlarının (2024) Ankara'da yürüttüğü çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan 112 çalışanlarının, hem tükenmişlik hem de stres belirtilerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Özellikle yaş, deneyim ve eğitim

düzeşinin artmasının, çalışanların stresle başa çıkma becerilerini güçlendirdiği vurgulanmıştır.

Erdoğan ve arkadaşlarının (2022) araştırması da, duygusal zekâ düzeyi yüksek çalışanların örgütsel sessizlik eğilimlerinin azaldığını ve stresle daha etkin başa çıkabildiklerini ortaya koymuştur. Bu sonuç, psikolojik dayanıklılık ve duygusal farkındalık eğitimlerinin 112 personelinin ruhsal sağlığını korumada önemli rol oynayabileceğini göstermektedir.

### **1.7.2. Mesleki Motivasyon ve İş Doymu**

Acil Sağlık Hizmetleri personelinin maruz kaldığı şiddet, yoğun stres ve ağır çalışma koşulları yalnızca psikolojik etkilerle sınırlı kalmamakta; aynı zamanda fiziksel sağlık sorunları, mesleki performans düşüşü, iş güvenliği riskleri ve işten ayrılma eğilimi gibi ciddi sonuçlara yol açmaktadır (ikriklar ve ark., 2016).

#### **1. Fiziksel Etkiler ve İş Güvenliği**

Acil servis ve 112 çalışanları, görevleri gereği travma, kas-iskelet sistemi sorunları, kesici-delici alet yaralanmaları ve tükenmişlik kaynaklı fiziksel yorgunluk gibi risklerle sürekli karşı karşıyadır. Medeni ve arkadaşlarının (2025) yaptığı çalışmada, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının en sık yaşadığı iş kazalarının %48.8'inin kesici-delici alet yaralanmaları, %53.3'ünün ise el, bilek ve parmak bölgelerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, bu yaralanmaların çoğunun yoğun çalışma temposu ve yetersiz kişisel koruyucu ekipman kullanımını ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Eyi ve Eyi'nin (2020) araştırması, sağlık çalışanlarının klinik ortamlarda sıkça kan, vücut sıvısı teması, sırt-bel ağrısı, baş ağrısı ve el bileği yaralanmaları yaşadığını ortaya koymuştur. Araştırmaya göre, uzun vardiyalar, ergonomik yetersizlikler ve koruyucu ekipman eksikliği, bu sağlık sorunlarının temel nedenlerindedir. Ayrıca, sürekli stres altında çalışan personelin uyku düzensizlikleri, kas ağrıları ve bağışıklık sisteminde zayıflama gibi psikosomatik etkiler yaşadığı bildirilmiştir.

#### **2. Mesleki Performans ve Verimlilik**

Çalışma ortamındaki stres ve güvenlik eksiklikleri, personelin performansını doğrudan olumsuz etkilemektedir. Akin ve Olcay'ın (2024) İstanbul'daki acil sağlık çalışanlarıyla yürüttüğü araştırmada, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının güçlü olduğu kurumlarda çalışan bağlılığı ve iş doymununun anlamlı şekilde yüksek olduğu

belirlenmiştir. Çalışmada, güvenli çalışma koşullarının hem fiziksel güvenliği artırdığı hem de çalışanların motivasyon, odaklanma ve hata oranı üzerinde olumlu etkiler yarattığı tespit edilmiştir.

Çikrikler ve arkadaşlarının (2016) araştırması ise, acil servis çalışanlarının %74.3'ünün şiddet olaylarından sonra işinden soğuduğunu, %79.6'sının ise çalışma alanlarının güvenli olmadığını düşündüğünü göstermiştir. Bu sonuç, iş güvenliğinin yalnızca fiziksel değil, psikososyal bir ihtiyaç olduğunu ve eksikliğinde mesleki performansın hızla düştüğünü ortaya koymaktadır.

### 3. İşten Ayrılma Eğilimi (Turnover Intention)

Şiddet ve tükenmişlik, 112 çalışanlarının işten ayrılma niyeti üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Can ve Bayer'in (2023) Ankara'da 414 acil servis çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada, tükenmişlik düzeyi ile işten ayrılma eğilimi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0.623$ ;  $p < 0.05$ ). Çalışmada yüksek tükenmişlik puanına sahip personelin kurumdan ayrılma eğilimi belirgin şekilde artmıştır.

Benzer şekilde, Sonmez ve Gül'ün (2021) Türkiye genelindeki 141 acil tıp doktoruyla yaptığı çalışmada, yüksek duygusal tükenme yaşayan çalışanlarda iş doyumu düşüklüğü ve işten ayrılma niyeti arasında güçlü bir bağlantı bulunmuştur. Bu bulgu, özellikle genç ve deneyimsiz çalışanlarda daha belirgindir.

Pandemi döneminde yapılan çalışmalarda da benzer eğilimler gözlenmiştir. Tabur ve arkadaşlarının (2022) araştırması, COVID-19 sürecinde sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin artmasıyla birlikte işten ayrılma eğilimlerinin de yükseldiğini göstermiştir. Bu çalışmada, anksiyete düzeyi "şiddetli" olan sağlık çalışanlarının işten ayrılma olasılığı 37 kat artmıştır.

Ayrıca, örgütsel destek eksikliğinin bu süreçte belirleyici olduğu görülmüştür. Baş ve Çınar'ın (2021) Erzincan'da yaptığı çalışmada, örgütsel destek algısı yüksek olan çalışanların, işten ayrılma eğilimlerinin anlamlı biçimde düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, güçlü bir kurumsal bağlılık ve destek sisteminin çalışanların meslekte kalıcılığını artırdığını göstermektedir.

### 1.7.3. Hizmet Kalitesi, İş Güvenliği ve Hasta Güvenliği

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, yalnızca bireysel ve psikolojik etkilerle sınırlı kalmayıp, hizmet kalitesi, iş güvenliği ve hasta güvenliği üzerinde de doğrudan olumsuz

sonuçlar doęurmaktadır. Arařtırmalar, acil servislerde yařanan řiddetin çalıřan performansını dūřurdūęunu, mūdahale sūrelerini uzattıęını ve hizmet kalitesini olumsuz etkiledięini ortaya koymaktadır (Ekři ve ark., 2025). Benzer řekilde, Gūney Afrika’da yapılan bir çalıřmada, ambulans personeline yūnelik řiddetin, dūřuk gelirli bōlgelerde acil tıbbi hizmetlere eriřimi azalttıęı ve vaka mūdahalesinde gecikmelere yol açtıęı saptanmıřtır (Khoza, Sibiya ve Mshunqane, 2022). Ayrıca, řiddete maruz kalan çalıřanların hasta gūvenlięiyle ilgili karar verme sūrelerinde dikkat daęınıklıęı ve hata riskinin arttıęı belirlenmiřtir (Rasteh ve ark., 2025).

### 1. şiddetin Hizmet Kalitesine Etkisi

Bayram ve arkadaşlarının (2017) Tūriye’de 713 acil servis hekimiyile yūrūttūkleri kesitsel çalışmada, katılımcıların %78.1’inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı ve %82’sinin şiddet deneyiminin hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediğini ifade ettiği saptanmıştır. şiddete maruz kalan çalışanlar arasında “dikkat dağınıklığı”, “iletişimde isteksizlik” ve “hastaya karşı mesleki mesafe artışı” gibi davranışsal değişimler gōzlenmiřtir. Araştırma, şiddet olaylarının sıklığının, sağlık hizmetinin sūreklilięini ve gūvenilirlięini zedelediğini gōstermiřtir.

ikrikler ve arkadaşlarının (2016) 323 acil servis alıřanıyile yūrūttūkleri çalıřmada da benzer bulgular elde edilmiřtir. Katılımcıların %74.3’ū řiddet olayları sonrası iřinden soęuduęunu, %79.6’sı ise çalıřma ortamını gūvensiz olarak deęerlendirmiřtir. Bu durum, çalıřan memnuniyetindeki dūřūřūn doęrudan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ūzerinde olumsuz etki yarattıęını gōstermektedir.

Sabak ve arkadaşlarının (2021) Tūriye’deki acil servislerde gerçekleřtirdięi geniř çaplı arařtırmada, řiddet olaylarının saęlık çalıřanlarının hasta bakımına yaklařımını deęiřtirdięi, ūzellikle fiziksel řiddete uęrayanların daha defansif (savunmacı) tıp uygulamalarına yūneldięi tespit edilmiřtir. Bu durum, hasta gūvenlięi açısından kritik riskler tařımaktadır; ūnkū saęlık profesyonelleri, olası agresyon korkusuyla gereksiz tetkik veya yūnlendirme davranıřlarına yūnelebilmektedir.

### 2. İř Gūvenlięi ve Kurumsal Riskler

řiddet olayları, acil saęlık hizmetlerinin gūvenli yūrūtūlmesini doęrudan tehdit etmektedir. Talas ve arkadaşlarının (2011) Ankara’daki altı hastanede yūrūttūkleri çalıřmada, acil servis personelinin %85.2’si en az bir tūr řiddete maruz kalmıřtır. Katılımcıların %79.6’sı gūvenlik ūnlemlerinin yetersiz olduęunu belirtmiř; bu durum,

şiddetin yalnızca bireysel değil, kurumsal güvenlik açığı kaynaklı sistemik bir sorun olduğunu ortaya koymuştur.

Aynı şekilde, McGuire ve arkadaşlarının (2024) Amerika’da EMS personeliyle yürüttüğü niteliksel çalışmada, şiddet olaylarının ardından çalışanlarda hipervijilans (sürekli tetikte olma hali) geliştiği ve bunun da saha güvenliği algısını zayıflattığı belirtilmiştir. Katılımcılar, bu durumun sahada hata yapma riskini artırdığını, bazı personelin “gereksiz koruyucu mesafe” koyarak hasta ile etkili iletişimi azalttığını vurgulamıştır.

### 3. Hasta Güvenliği Üzerindeki Dolaylı Etkiler

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması, yalnızca onların güvenliğini değil, aynı zamanda hasta güvenliğini de tehlikeye atmaktadır. Li ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, acil servis hemşirelerinin yaşadığı şiddet olaylarının, hemşirelerin “empati” ve “iletişim becerilerini” azalttığı ve bunun doğrudan hasta memnuniyetini düşürdüğü gösterilmiştir. Şiddet, sağlık çalışanlarında duygusal tükenme ve empati yitimine yol açarak hasta merkezli bakım anlayışını zedelemektedir.

Baydın ve Erenler’in (2014) uluslararası derlemesinde, acil servislerde artan şiddet olaylarının, hizmet sürelerinin uzamasına, personel devrinin artmasına ve hata oranlarının yükselmesine neden olduğu belirtilmiştir. Araştırmada, güvenli ortamların sağlanamadığı kurumlarda, hasta bakım kalitesinin sürdürülebilirliğinin tehlikeye girdiği vurgulanmıştır.

### 4. Kalite Yönetimi ve Önleyici Yaklaşımlar

Son yıllarda yapılan araştırmalar, şiddet olaylarının azaltılmasının yalnızca personel sağlığı değil, aynı zamanda kurumsal kalite yönetimi açısından da bir zorunluluk olduğunu göstermektedir. Tutan ve Kökalan’ın (2024) İstanbul’da yürüttükleri çalışmada, sağlık çalışanlarının şiddet deneyimi ile iş doyumunu arasında negatif ( $r = -0.27$ ), işten ayrılma niyeti arasında ise pozitif ( $r = 0.26$ ) ilişki bulunmuştur. Bu ilişkide, “iş-aile çatışması” değişkeninin aracılık rolü olduğu saptanmıştır. Araştırma, şiddetin azaltılmasının doğrudan personel bağlılığı ve hizmet kalitesi artışıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

## **1.8. Şiddetin Önlenmesine Yönelik Politikalar ve Stratejiler**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, Türkiye’de hem hukuksal hem de kurumsal düzeyde önlenmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur. 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin sıklıkla karşılaştığı şiddet olayları, yalnızca bireysel önlemlerle değil, bütüncül bir yasal, kurumsal ve eğitimsel politika çerçevesi ile yönetilmelidir.

### **1.8.1. Türkiye’de Yasal Düzenlemeler: Beyaz Kod ve Yaptırımlar**

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla Beyaz Kod Sistemi, 2012 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu sistem kapsamında sağlık çalışanları, maruz kaldıkları şiddet durumlarında 113 hattını arayarak anında hukuki ve idari destek talep edebilmektedir. Ancak uygulamanın etkinliği konusunda çeşitli sınırlılıklar bulunmaktadır. Bayram ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, acil servis hekimlerinin %78,1’inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı, ancak mevcut güvenlik önlemleri ve yasal yaptırımların şiddeti azaltmada etkisiz kaldığı tespit edilmiştir. Bu durum, yasal düzenlemelerin uygulama düzeyinde güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Can ve Haylı (2020), sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik yasal düzenlemelerin yalnızca cezai boyuta odaklandığını, ancak önleyici ve eğitici politikaların yeterince geliştirilmediğini vurgulamıştır. Çalışmada, etkin bir önleme politikası için fiziksel güvenlik önlemleri, kurumsal destek hatları, psikososyal danışmanlık hizmetleri ve iletişim becerisi eğitimlerinin zorunlu hale getirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

İçbay ve Şevik’in (2024) çalışması, Türkiye genelinde 136 sağlık çalışanıyla yapılan görüşmelerde, hukuki destek sistemlerinin yetersizliği ve “olay sonrası yalnız bırakılma hissi”nin çalışanların en büyük şikayetlerinden biri olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların çoğu, Beyaz Kod sisteminin varlığını bilmesine rağmen, hukuki süreçlerin uzun ve sonuçsuz olması nedeniyle başvurmaktan kaçındıklarını ifade etmiştir.

### **1.8.2. Kurumsal Destek Mekanizmaları**

Kurumsal düzeyde şiddetle mücadele, yalnızca güvenlik önlemleriyle değil, aynı zamanda psikolojik destek ve örgütsel iletişim stratejileriyle de yürütülmelidir. Aca ve arkadaşlarının (2025) çalışması, Türkiye’deki hemşirelerin çoğunun işyerinde şiddet yaşadktan sonra kurumsal destek alamadıklarını ve bu durumun örgütsel bağlılık ve iş doyumunu üzerinde olumsuz etki yarattığını göstermektedir. Araştırmada, psikolojik destek

birimlerinin kurulması, şiddet sonrası rehabilitasyon ve kriz yönetimi eğitimlerinin kurumsal öncelik haline getirilmesi önerilmiştir.

Benzer biçimde, İçbay ve Şevik (2024), kurumların şiddetle mücadelede aktif bir rol üstlenmesi gerektiğini vurgulayarak, kurum içi farkındalık kampanyaları, raporlama kültürünün güçlendirilmesi ve idari şeffaflık ilkelerinin önemine dikkat çekmiştir.

### **1.8.3. Eğitim, Farkındalık ve Önleyici Uygulamalar**

Eğitim temelli önleme politikaları, şiddetin kök nedenlerine müdahale açısından büyük önem taşır. Can ve Haylı (2020), sağlık kurumlarında iletişim, kriz yönetimi ve öfke kontrolü eğitimlerinin zorunlu hale getirilmesinin, şiddet olaylarını önemli ölçüde azalttığını belirtmiştir. Eğitim, yalnızca sağlık çalışanlarını değil, aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarını da kapsamalıdır; çünkü şiddet olaylarının büyük kısmı iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

Pınar ve arkadaşlarının (2013) ülke çapında yürüttükleri çalışmada, şiddetle mücadelede öncelikli adımların güvenlik önlemlerinin artırılması, eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve yöneticilerin bu konuda aktif rol alması olduğu vurgulanmıştır.

Ayrıca, uluslararası standartlarda kabul gören İstanbul Sözleşmesi (2011) ve buna dayalı 6284 Sayılı Kanun, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadelede hukuki bir dayanak oluşturmaktadır. Mammadova ve Joamets'in (2021) çalışması, İstanbul Sözleşmesi'nin Türkiye'de şiddet mağdurlarına yönelik koruma mekanizmaları oluşturduğunu ve önleyici yaklaşımı güçlendirdiğini göstermiştir. Ancak, Türkiye'nin 2021'de sözleşmeden çekilmesi, bu konuda kurumsal kararlılık eksikliğine neden olmuştur.

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel (cross-sectional) tipte bir çalışmadır.

#### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2025 yılı itibarıyla Mardin ilinde görev yapan tüm 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları (paramedik, acil tıp teknisyeni, hekim, sürücü ve komuta kontrol merkezi personeli) 400 kişi oluşturmuştur. Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu eksiksiz dolduran toplam 325 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak katılması temel koşul olarak belirlenmiş; izinli (75 kişi), idari görevde bulunan veya formu eksik dolduran kişiler çalışma dışında bırakılmıştır. Cevaplılık oranı %81.25 dir.

#### 2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından geliştirilen ve üç bölümden oluşan bir veri formu kullanılmıştır. Veri formu, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin sosyodemografik özelliklerini, şiddetle ilgili eğitim durumlarını, şiddet deneyimlerini, şiddetin nedenlerini, tepkilerini ve güvenlik algılarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

#### Sosyo-demografik Özellikler

Bu bölümde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, görev yapılan birim, toplam hizmet süresi, çalışma yılı, çalışma saatleri ve aylık gelir gibi sorular yer almaktadır (Büyüköztürk, 2020).

## Şiddetle İlgili Eğitim Bilgileri

Bu kısımda katılımcıların meslek yaşamlarında aldıkları şiddetle başa çıkma eğitimi, son bir yıl içinde şiddete yönelik hizmet içi eğitim, şiddet raporlama eğitimi, Beyaz Kod eğitimi ve hasta ile iletişim eğitimi alma durumları sorgulanmıştır (Lancôt & Guay, 2014; Ayrancı, 2005).

## Şiddete Maruz Kalma ve İlişkili Faktörler

Bu bölüm, sağlık çalışanlarının şiddet deneyimlerine ilişkin ayrıntılı sorulardan oluşmaktadır. Katılımcılardan fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel ve siber şiddet türlerinden hangilerine maruz kaldıklarını belirtmeleri istenmiştir. Ayrıca şiddetin kimler tarafından uygulandığı, olayın gerçekleştiği zaman dilimi, olay yeri, şiddet sırasında verilen tepkiler, olay sonrası hissedilen duygular, şiddetin nedenlerine ilişkin görüşler, şiddet sonrası başvuru destek kaynakları ve güvenlik algısına ilişkin değerlendirmeler de bu bölümde yer almaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011).

Formda ayrıca çalışanların Beyaz Kod bildiriminde bulunma durumu, bildirim yapmama nedenleri, güvenlik önlemlerine yönelik memnuniyet düzeyi ve sağlıkta şiddetin artış nedenlerine ilişkin görüşleri de değerlendirilmiştir (Arnetz ve ark., 2015; Hamzaoğlu & Türk, 2019).

## 2.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama işlemi, Ekim-Kasım 2025 tarihleri arasında Mardin il ve bağlı ilçelerinin tümünde 112 istasyonlarında gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı, gizlilik ilkeleri ve gönüllülük esasları açıklanmış, yazılı veya çevrim içi onam alınmıştır. Veriler hem çevrim içi (Google Forms) hem de yüzyüze anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamış, yanıtlar gizli tutulmuştur.

## 2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel analizler IBM SPSS 22 Statistics paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sürecinin ilk aşamasında katılımcılara ait tanımlayıcı özellikler ile şiddete ilişkin durumların frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılımlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma,

minimum, maksimum) kullanılmış; kategorik değişkenler için sütun yüzdeleri verilmiştir. Şiddete maruz kalma durumu ile çalışanlara ait demografik ve mesleki özellikler, eğitim alma durumları, güvenlik algısı ve güvenlik önlemlerine yönelik değerlendirmeler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla ki-kare ( $\chi^2$ ) ve fisher testi uygulanmıştır.

Şiddetin türleri (fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel ve siber şiddet) ile şiddeti uygulayan kişilere ilişkin veriler birden fazla yanıt içerebildiğinden, bu değişkenler için frekans ve yüzde dağılımları çoklu yanıtlar dikkate alınarak hesaplanmıştır.

Şiddete maruz kalmayı yordayan faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Modele dâhil edilen bağımsız değişkenler, literatür doğrultusunda klinik veya kuramsal açıdan önemli görülen değişkenler ile ki-kare analizinde anlamlılık gösteren değişkenlerden seçilmiştir. Regresyon analizi sonucunda her bir değişken için regresyon katsayısı (B), standart hata, anlamlılık değeri (p) ve olasılık oranı (Odds Ratio; OR) hesaplanmış; OR için %95 güven aralıkları raporlanmıştır. Model uyumu Cox ve Snell  $R^2$  ve Nagelkerke  $R^2$  değerleri ile değerlendirilmiştir.

## **2.6. Etik İlkeler**

Bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak, Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (2025/9-27) alınan karar ile araştırmanın yürütüldüğü kurumdan 06.12.2025 tarihli E- 68051626-770-290497912 sayılı izin alınarak yapılmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların sosyo-demokratik özellikleri tablo1 de sunulmuştur. Katılımcıların %59.4'ünü erkek, %40.6'sı kadındır Mesleklere göre dağılım incelendiğinde, paramediklerin yarıdan fazla bir oranla (%50.2) en büyük grubu oluşturduğu; bunu %33.2 ile acil tıp teknisyenlerinin, %13.5 ile sürücülerin ve %3.1 ile hekimlerin izlediği görölmektedir. Yaş dağılımı değerlendirildiğinde çalışanların çoğunluğunun 25–34 yaş aralığında (%61.8) olduğu, 35 yaş ve üzerinin %29.8, 18–24 yaş grubunun ise %8.3 oranında temsil edildiği belirlenmiştir. Medeni durum açısından katılımcıların %60.3'ünün evli, %39.7'sinin bekâr olduğu görölmektedir. Eğitim düzeyine bakıldığında çalışanların yaklaşık yarısının (%48.9) ön lisans mezunu olduğu; %30.2'sinin lisans ve üzeri, %20.9'unun ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Aylık gelir düzeyi açısından katılımcıların %62.2'sinin gelirinin giderinden az olduğunu, %26.8'inin gelir–gider dengesine sahip olduğunu ve yalnızca %11.1'inin gelirinin giderlerinden fazla olduğunu belirttiği görölmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. Çalışanların Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet (n=325)</b>		
Erkek	193	59.4
Kadın	132	40.6
<b>Meslek (n=325)</b>		
Acil Tıp Teknisyeni(ATT)	108	33.2
Hekim	10	3.1
Paramedik	163	50.2
Sürücü	44	13.5
<b>Yaş (n=325)</b>		
18-24	27	8.3
25-34	201	61.8
35 Ve Üzeri	97	29.8
<b>Medeni Durum (n=325)</b>		
Evli	196	60.3
Bekâr	129	39.7
<b>Eğitim Durumu (n=325)</b>		
Lise	68	20.9
Ön Lisans	159	48.9
Lisans ve Üzeri	98	30.2
<b>Aylık Gelir</b>		
Gelir Giderden Az	202	62.2
Gelir Gidere Eşit	87	26.8
Gelir Giderden Fazla	36	11.1
<b>Toplam</b>	<b>325</b>	<b>100.0</b>

Çalışılan birim dağılımı incelendiğinde çalışanların büyük çoğunluğunun 112 ASHİ birimlerinde görev yaptığı (%88.3), komuta kontrol merkezinde çalışanların %7.1 ve 112 başhekimlikte çalışanların %4.6 oranında olduğu görülmektedir. Toplam hizmet süresine ilişkin dağılım, en yüksek oranın 6–10 yıl arasında hizmeti bulunan çalışanlarda olduğunu göstermektedir (%41.8). Bunu 0–5 yıl (%24.3), 11–15 yıl (%20.3) ve 16 yıl üzeri (%13.5) izlemektedir.

Mesleği sürdürme isteği değerlendirildiğinde çalışanların %72.6'sının mesleğini devam ettirmek istediği, %17.5'inin kararsız olduğu ve %9.8'inin mesleği sürdürmek istemediği belirlenmiştir. Kurumda çalışma yılı dağılımı da benzer biçimde 6–10 yıl aralığında yoğunlaşmakta olup çalışanların %44.3'ü bu gruptadır. Çalışma saatlerine ilişkin bulgular, çalışanların büyük çoğunluğunun (%94.2) 24 saatlik vardiya sistemiyle görev yaptığını göstermektedir. (Tablo 2).

**Tablo 2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Çalışma Özellikleri**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Çalışılan Birim</b>		
112 Başhekimlik	15	4.6
112 ASHİ	287	88.3
Komuta Kontrol Merkezi	23	7.1
<b>Toplam Hizmet Süresi (Yıl)</b>		
0-5	79	24.3
6-10	136	41.8
11-15	66	20.3
16 Ve Üstü	44	13.5
<b>Mesleği Sürdürme İsteği</b>		
Evet	236	72.6
Hayır	32	9.8
Kararsızım	57	17.5
<b>Çalışma Yılı</b>		
0-5	79	24.3
6-10	144	44.3
11-15	66	20.3
16 ve Üstü	36	11.1
<b>Çalışma Saatleri</b>		
08:00-16:00	19	5.8
24 Saat	306	94.2
<b>Toplam</b>	<b>325</b>	<b>100.0</b>

Şiddetle ilgili eğitim alma durumuna ilişkin bulgular tablo 3'te gösterilmiştir. Çalışanların yaklaşık yarısının (%51.1) şiddetle başa çıkma eğitimi aldığı, %48.9'unun ise bu tür bir eğitime katılmadığı belirlenmiştir. Son bir yıl içinde şiddete yönelik hizmet içi eğitime katılım oranı oldukça düşük olup çalışanların yalnızca %8.6'sının bu eğitimi aldığı, %91.4'ünün ise almadığı görülmektedir. Şiddet olaylarının raporlanmasına yönelik eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların %40.6'sının eğitim aldığı, buna karşın %59.4'ünün herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır. Beyaz Kod sistemine ilişkin eğitim alma oranı diğer alanlara kıyasla daha yüksektir; çalışanların %76.6'sının Beyaz Kod eğitimi aldığı, %23.4'ünün ise almadığı belirlenmiştir. Hasta ile iletişim eğitimine katılım oranı da yüksek düzeydedir; katılımcıların %62.2'sinin bu eğitimi aldığı, %37.8'inin ise almadığı görülmektedir. (Tablo 3)

**Tablo 3. Şiddetle İlgili Eğitim Alma**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi</b>		
Evet	166	51.1
Hayır	159	48.9
<b>Son bir yıl Şiddet Hizmetiçi Eğitim</b>		
Evet	28	8.6
Hayır	297	91.4
<b>Şiddet Raporlama Eğitimi</b>		
Evet	132	40.6
Hayır	193	59.4
<b>Beyazkod Eğitimi</b>		
Evet	249	76.6
Hayır	76	23.4
<b>Hasta İle İletişim Eğitimi</b>		
Evet	202	62.2
Hayır	123	37.8
<b>Toplam</b>	<b>325</b>	<b>100.0</b>

Katılımcıların %63.7'si çalışma yaşamlarında en az bir kez şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Maruz kalanların %41.1'i bir defa, %21.3'ü iki defa ve %37.7'si üç ve üzeri defa şiddete uğradığını ifade etmiştir. (Tablo 4)

**Tablo 4. Şiddete Maruz Kalma Sıklığı**

	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Şiddete Maruz Kalma (n=325)</b>		
Evet	207	63.7
Hayır	118	36.3
<b>Maruz Kalınan Sayı (n=207)</b>		
1 Defa	85	41.1
2 Defa	44	21.3
3 ve Üstü	78	37.7

Fiziksel Şiddete maruz kalanlar 107 kişi %32.9 oranındadır. Fiziksel şiddet türleri incelendiğinde en sık bildirilen türün %29.2 ile üzerine yürüme/itme olduğu, bunu %10.5 ile nesne fırlatma/silah kullanma ve %10.5 ile yumruklama/tekmelemenin izlediği görülmektedir. (Tablo 5)

**Tablo 5. Fiziksel Şiddet'e Maruz Kalma (n=207)\***

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Fiziksel Şiddet	107	32.9
Tükürme / ısırma	22	6.8
Vurma / tokat	29	8.9
Fiziksel üzerine yürüme / itme	95	29.2
Nesne fırlatma / silah kullanma	34	10.5
Yumruk / tekme	34	10.5
Fiziksel diğer	28	8.6

\*Birden fazla yanıt

Sözel Şiddete maruz kalanlar 108 kişi %56.6 oranındadır. Sözel şiddet türleri içinde en yaygın şiddet biçimi %81.2 oranıyla hakaret etme olup, tehdit etme ve küfür etme sırasıyla %46.4 ve %38.2 oranında bildirilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6. Sözel Şiddet'e Maruz Kalma (n=207)\***

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Sözel Şiddet	184	56.6
Tehdit	96	46.4
Küfür	79	38.2
Hakaret	168	81.2
Sözel diğer	24	11.6

\*Birden fazla yanıt

Psikolojik Şiddete maruz kalanlar 152 kişi %46.8 oranındadır. Psikolojik şiddet türleri arasında suçlama (%52.7), aşağılama (%45.4) ve yıldırma (%44.4) yüksek oranlarla öne çıkmaktadır (Tablo 7).

**Tablo 7. Psikolojik Şiddet'e Maruz Kalma(n=207)\***

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Psikolojik Şiddet	152	46.8
Aşağılama	94	45.4
Yıldırma	92	44.4
Suçlama	109	52.7
Psikolojik diğer	19	9.2

\*Birden fazla yanıt

Cinsel Şiddete maruz kalanlar 36 kişi %11.1 oranındadır. Cinsel şiddet kapsamında en sık bildirilen türün %14.5 ile uygunsuz bakış olduğu, bunu %8.2 ile fiziksel temas ve %5.8 ile cinsel içerikli konuşmanın izlediği, cinsel saldırı düzeyine varan şiddetin ise oldukça düşük oranlarda (%1.0) görüldüğü saptanmıştır. (Tablo 8)

**Tablo 8. Cinsel Şiddet'e Maruz Kalma(n=207)\***

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsel Şiddet	36	11.1
Fiziksel temas	17	8.2
Cinsel Saldırı	2	1.0
Cinsel içerikli konuşma	12	5.8
Uygunsuz bakış	30	14.5
Cinsel diğer	6	2.9

\*Birden fazla yanıt

Siber Şiddete maruz kalanlar 30 kişi %9.2 oranındadır Siber şiddet türleri incelendiğinde, katılımcıların %10.1'inin telefon aracılığıyla tacize maruz kaldığı belirlenmiştir. Sosyal medya üzerinden taciz oranı %6.3, mesaj yoluyla taciz oranı ise %5.8 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %1.9'u diğer siber şiddet türlerine maruz kaldığını bildirmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9. Siber Şiddet'e Maruz Kalma (n=207)\***

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Siber Şiddet	30	9,2
Telefonla taciz	21	10.1
Mesaj gönderme	12	5.8
Sosyal medya tacizi	13	6.3
Siber diğer	4	1.9

\*Birden fazla yanıt

Şiddetin kimler tarafından uygulandığı incelendiğinde, en yüksek oranın %78.3 ile hasta yakınlarına ait olduğu görülmektedir. Bunu %40.1 ile hastalar izlemektedir. Katılımcıların %21.3'ü tanımadığı bir kişi tarafından, %16,9'u (n=35) sağlık personeli tarafından ve %13.5'i başka kurum personeli tarafından şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu soruda birden fazla yanıt verilmiştir (Tablo 10).

**Tablo 10. Şiddeti Uygulayan Kişilerin Dağılımı(n=207)\***

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Hasta	83	40.1
Hasta yakını	162	78.3
Sağlık personeli	35	16.9
Başka kurum personeli	28	13.5
Tanımadığım biri	44	21.3

\*Birden fazla yanıt

Saldırmanın cinsiyeti incelendiğinde, olayların %84.1'inde saldırganın erkek olduğu, %15.9'unda ise kadın olduğu belirlenmiştir. Saldırı anında katılımcıların

%89.4'ünün yanında başka kişilerin bulunduğu, %10.6'sının ise yalnız olduğu saptanmıştır. Saldırı saatleri değerlendirildiğinde, olayların en sık %40.1 oranıyla 08:00–16:00 saatleri arasında gerçekleştiği, bunu %33.8 ile 16:00–24:00 ve %26.1 ile 24:00–08:00 saatlerinin izlediği görülmüştür. Bu soruda da birden fazla yanıt verilmiştir (Tablo 11).

**Tablo 11. Şiddeti Uygulayan Kişilerin Dağılımı İlgili Bilgiler**

	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Saldırmanın Cinsiyeti (n=207)</b>		
Erkek	174	84.1
Kadın	33	15.9
<b>Saldırı Anında Yanında Başka Kimse Varlığı (n=207)*</b>		
Evet	185	89.4
Yalnızken	22	10.6
<b>Saldırı Saatleri (n=207)</b>		
08-16 Arası	83	40.1
16-24 Arası	70	33.8
24-08 Arası	54	26.1

Şiddete maruz kalma durumunun hangi işlem veya süreç sırasında meydana geldiği incelendiğinde, olayların en sık %33.3 oranıyla muayene, tedavi veya fiziksel bakım esnasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Bunu %28.0 ile hasta transferi süreci ve %17.4 ile sözlü iletişim sırasında meydana gelen olaylar izlemektedir. Kalabalığın arttığı anlarda yaşanan şiddet oranı %9.7 olarak saptanırken, hasta kabul kayıt işlemleri sırasında gerçekleşen olaylar %5.3 oranındadır. Katılımcıların %6.3'ü şiddetin diğer süreçlerde meydana geldiğini belirtmiştir

Şiddetin gerçekleştiği yerler değerlendirildiğinde, olayların en yüksek oranda %64.7 ile olay yerinde meydana geldiği görülmüştür. Bunu %11.6 ile ambulansa gerçekleşen olaylar izlemektedir. Hastane önünde gerçekleşen şiddet oranı %6.3, acil servis içinde gerçekleşen olaylar %5.3 ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonunda yaşanan olaylar %4.3 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %7.7'si şiddetin diğer yerlerde meydana geldiğini bildirmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12. Şiddete Maruz Kalma ve Şiddete Yönelik Görüşler**

	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Şiddete maruz kalma durumunun hangi işlem veya süreç sırasında meydana geldiği (n=207)*</b>		
Hasta Kabul Kayıt İşlemleri Sırasında	11	5.3
Muayene, Tedavi veya Fiziksel Bakım Esnasında	69	33.3
Hasta Transferi Sırasında	58	28.0
Sözlü İletişim Konuşma Anında	36	17.4
Kalabalığı Çok Arttığı Anda	20	9.7
Diğer Süreç	13	6.3
<b>Maruz Kalınan Şiddet Yerleri (n=207)*</b>		
Acil Servisin İçinde	11	5.3
Hastanenin Önünde	13	6.3
Olay Yerinde	134	64.7
112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	9	4.3
Ambulansta	24	11.6
Diğer Yer	16	7.7

\*Birden fazla yanıt

Şiddet sırasında verilen tepkiler incelendiğinde, katılımcıların %42.5'inin çalışmaya devam ettiği belirlenmiştir. %36.7'si sözlü karşılık verdiğini, %30.9'u kendini savunduğunu ve %24.2'si olay yerinden uzaklaştığını bildirmiştir. Güvenlik ile irtibat kurma oranı %20.8 iken, Beyaz Kod bildirim oranı %16.9 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %12.6'sı telsiz anonsu yaptığını belirtmiştir.

Duygusal ve davranışsal tepkiler kapsamında %32.9'u kızgınlık/öfke yaşadığını ifade etmiştir. Ambulansa kilitleme davranışı %7.7, kaba davranma %2.4, tedavide zorluk yaşama %1.0 ve diğer tepkiler %2.9 oranında bildirilmiştir (n=207; birden fazla yanıt) (Tablo 13).

**Tablo 13. Katılımcıların Şiddet Esnasında Verdiği Tepkiler**

Şiddet sırasında verilen tepkiler (n=207)*	Frekans (n)	Yüzde (%)
Telsiz anons	26	12.6
Çalışmaya devam	88	42.5
Sözlü karşılık	76	36.7
Kendimi savundum	64	30.9
Beyaz Kod	35	16.9
Güvenlik ile irtibat	43	20.8
Olay yerinden uzaklaştım	50	24.2
Kızgınlık / öfke	68	32.9
Ambulansa kilitleme	16	7.7
Tedavide zorluk	2	1.0
Kaba davranma	5	2.4
Diğer tepki	6	2.9

\*Birden fazla yanıt

Şiddete maruz kaldıktan sonra çalışanların yarısından fazlası (%50.7) öfke/sinir hissettiğini, %41.1'inin korku/tedirginlik yaşadığını, %44.4'ünün motivasyonunda azalma olduğunu ve %39.6'sının çalışma ortamına ilişkin iyileşme inancını kaybettiğini ifade etmiştir. (Tablo 14)

**Tablo 14. Şiddete Maruz Kalma Sonrasında Bildirilen Duygular**

	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Şiddete maruz kaldıktan sonra hangi duyguların yaşandığı (n=207)*</b>		
Öfke / sinir	105	50.7
Korku / tedirginlik	85	41.1
Çalışma ortamında iyileşme inancının kaybı	82	39.6
Mesleği bırakmayı düşünme	57	27.5
Motivasyon azalması	92	44.4
Diğer duygu	12	5.8

\*Birden fazla yanıt

Şiddetin nedenlerine ilişkin görüşlerde hastalık psikolojisi (%73.4), sosyokültürel özellikler (%56.5), şiddetin bir sorun çözme yöntemi olarak görülmesi (%46.9) ve cezai yaptırımların yetersizliği (%48.8) öne çıkmaktadır. Ayrıca çalışanların bir kısmı iletişim yetersizliği (%23.2), bilgilendirme eksikliği (%27.1) ve tedavi memnuniyetsizliği (%26.6) gibi faktörleri de etkili görmektedir. (Tablo 15)

**Tablo 15. Şiddete Maruz Kalma Nedenleri**

	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Şiddete maruz kalma nedenlerine ilişkin görüşler (n=207)*</b>		
Hastalık psikolojisi	152	73.4
Müdahale gecikmesi	16	7.7
Şiddetin sorun çözme aracı olması	97	46.9
Sağlık politikası yetersizliği	84	40.6
Deneyim eksikliği	20	9.7
Sosyokültürel özellikler	117	56.5
Cezai yaptırım olmaması	101	48.8
Yetersiz bilgilendirme	56	27.1
Yakının ambulansa alınmaması	24	11.6
Tedavi memnuniyetsizliği	55	26.6
Bekleme süresi	27	13.0
Alkol / uyuşturucu etkisi	56	27.1
Yetersiz iletişim	48	23.2
Hasta durumu bilgi eksikliği	18	8.7
Yetkisiz bilgi talebi	35	16.9
Asık suratlı davranma	10	4.8
Diğer neden	4	1.9

\*Birden fazla yanıt

Şiddet sonrasında destek kaynakları değerlendirildiğinde çalışanların büyük çoğunluğunun çalışma arkadaşlarından (%87.0) destek aldığı, daha az oranda kolluk kuvvetlerinin (%20.8) ve çevredeki kişilerin (%34.8) destek olduğu görülmektedir.(Tablo 16)

**Tablo 16. Şiddete Maruz Kalma Durumunda Destek Mekanizmaları**

	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Şiddete maruz kaldığınızda kimlerin destek olduğu (n=207)</b>		
Kolluk kuvvetleri / güvenlik	43	20.8
Çalışma arkadaşları	180	87.0
Çevredeki kişiler	72	34.8
Hasta yakınları	14	6.8
Diğer destek	5	2.4

Şiddet uygulayan kişi ya da kişiler hakkında şikâyetle bulunduktan sonra tehdit, baskı veya başka olumsuz bir durumla karşılaşma durumu incelendiğinde, katılımcıların %14.0'nın olumsuz bir durumla karşılaştığı, %15.0'nın karşılaşmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %71.0'ı ise şikâyetle bulunmadığını ifade etmiştir (Tablo 17).

**Tablo 17. Şikâyet Sonrası Tehdit, Baskı Veya Başka Olumsuz Bir Durumla Karşılaşma Durumu**

	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Şiddet uygulayan kişi ya da kişiler hakkında şikâyetle bulunduktan sonra tehdit, baskı veya başka olumsuz bir durumla karşılaşma durumu (n=207)</b>		
Evet	29	14.0
Hayır	31	15.0
Şikâyetle Bulunmadım	147	71.0

Görevi yerine getirirken güvenlik konusunda endişe duyma durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %42.5'inin güvenlik endişesi taşıdığı, %57.5'inin ise endişe duymadığı saptanmıştır (Tablo 18).

**Tablo 18. Görevi Yerine Getirirken Güvenlik Konusunda Endişe Duyma**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Görevi yerine getirirken güvenlik konusunda endişe duyma durumu*</b>		
Evet	138	42.5
Hayır	187	57.5

\*Birden fazla yanıt

Güvenlik önlemlerini yeterli görme durumuna ilişkin dağılım incelendiğinde, katılımcıların %6.5'i güvenlik önlemlerini her zaman yeterli bulduğunu, %56.0'ı bazen yeterli bulduğunu ve %37.5'i hiçbir zaman yeterli görmediğini belirtmiştir (Tablo 19).

**Tablo 19. Görevi Yerine Getirirken Güvenlik Konusunda Endişe Duyma**

<b>Gruplar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Güvenlik Önlemlerini Yeterli Görme Durumu</b>		
Her Zaman Yeterli	21	6.5
Bazen Yeterli	182	56.0
Hiçbir Zaman Yeterli Değil	122	37.5

Şiddete maruz kalındığında Beyaz Kod bildirme durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %25.6'sının bildirimde bulunduğu, %74.4'ünün ise bildirim yapmadığı belirlenmiştir. Beyaz Kod bildirmeme nedenleri incelendiğinde, en sık nedenlerin %38.3 ile yasal sürecin uzun olması ve %37.7 ile sonuç alınacağına dair inançsızlık olduğu görülmüştür. Zaman yetersizliği %7.1, kurum desteği eksikliği %3.9 ve diğer nedenler %13.0 oranında bildirilmiştir (Tablo 20)

**Tablo 20. Beyazkod Bildirme**

<b>Gruplar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Şiddete Maruz Kalındığında Beyazkod Bildirme Durumu (n=207)*</b>		
Evet	53	25.6
Hayır	154	74.4
<b>Beyaz kod Bildirmeme Nedenleri (n=154)*</b>		
Yasal Süreç Çok Uzun	59	38.3
Sonuç Alınacağına İnanmıyorum	58	37.7
Zamanım Yoktu	11	7.1
Kurumum Destek Olmuyor	6	3.9
Diğer Neden	20	13.0

\*Birden fazla yanıt

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında etkili olduğu düşünülen faktörler incelendiğinde, en yüksek oranın %57.8 ile hukuki süreçlerde caydırıcı cezaların olmaması görüşüne ait olduğu belirlenmiştir. Bunu %53.2 ile toplumda şiddetin normalleştirilmesi ve yaygınlaşması, %48.6 ile medyada sağlık çalışanları hakkında olumsuz haberlerin yer alması ve %47.4 ile hasta ve yakınlarının sağlık sistemi hakkında yeterince bilgilendirilmemesi izlemektedir. Etkili ve yeterli güvenlik önlemlerinin bulunmaması %44.9, uzun bekleme süreleri ve hasta yoğunluğu %35.1, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan gecikmeler %31.7, deneyimli personel eksikliği ve iş yükünün fazla olması %31.7 ve iletişim sorunları %31.4 oranında belirtilmiştir. Katılımcıların %4.6'sı diğer faktörleri ifade etmiştir (birden fazla yanıt) (Tablo 21).

**Tablo 21. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında aşağıdaki faktörler**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında aşağıdaki faktörlerden hangilerinin etkili olduğu görüşleri*</b>		
Toplumda şiddetin normalleştirilmesi ve yaygınlaşması	173	53.2
Medyada sağlık çalışanları hakkında olumsuz haberlerin sık yer alması	158	48.6
Hasta ve yakınlarının sağlık sistemi hakkında yeterince bilgilendirilmemesi	154	47.4
Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan gecikmeler veya aksaklıklar	103	31.7
Uzun bekleme süreleri ve hasta yoğunluğu	114	35.1
Etkili ve yeterli güvenlik önlemlerinin bulunmaması	146	44.9
Sağlık çalışanı ile hasta/yakınları arasında iletişim sorunları	102	31.4
Hukuki süreçlerde şiddet uygulayanlara yönelik caydırıcı cezaların olmaması	188	57.8
Deneyimli personel eksikliği ve iş yükünün fazla olması	103	31.7
Diğer	15	4.6

\*Birden fazla yanıt

Cinsiyet değişkeni açısından şiddete maruz kalma durumu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde meslek grubuna, yaş kategorilerine, medeni duruma, eğitim düzeyine, çalışılan birime, çalışma saatlerine ve aylık gelir durumuna göre şiddete maruz kalma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Buna karşılık toplam hizmet süresi ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şiddete maruz kalanların daha büyük bir kısmını 6-10 yıl hizmet süresine sahip çalışanlar oluştururken (%47.8), maruz kalmayanlarda 0-5 yıl hizmet süresi olan çalışanların daha yüksek oranda olduğu (%35.6) görülmektedir. Benzer biçimde çalışma yılı değişkeninde de anlamlı bir farklılık belirlenmiş ( $p<0.05$ ). Şiddete maruz kalanlarda 6-10 yıl çalışma süresi baskınken (%50.2), maruz kalmayanlarda 0-5 yıl grubunun oranı daha yüksektir (%36.4). Mesleği sürdürme isteği ile şiddete maruz kalma arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Şiddete maruz kalanların mesleğini sürdürme isteğinin daha düşük olduğu, buna karşılık şiddete maruz kalmayan çalışanlarda mesleğini sürdürme isteğinin daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Genel olarak, bazı demografik ve çalışma yaşamına ilişkin değişkenlerin şiddete maruz kalma ile ilişkili olmadığı, ancak

özellikle hizmet süresi, çalışma yılı ve mesleği sürdürme isteği değişkenlerinin şiddet deneyimi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. (Tablo 22).

**Tablo 22. Şiddete Maruz Kalma Durumu ve Sosyo-demografik Özellikler Arasındaki İlişki**

		Evet (Maruz Kalma)		Hayır (Maruz Kalmama)		P
		N	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	127	61.4	66	55.9	*X <sup>2</sup> =0.916 p=0.200
	Kadın	80	38.6	52	44.1	
Meslek	Acil Tıp Teknisyeni(att)	70	33.8	38	32.2	*X <sup>2</sup> =0.299 p=0.960
	Hekim	6	2.9	4	3.4	
	Paramedik	102	49.3	61	51.7	
	Sürücü	29	14.0	15	12.7	
Yaş	18-24	14	6.8	13	11.0	*X <sup>2</sup> =1.787 p=0.409
	25-34	130	62.8	71	60.2	
	35 Ve Üzeri	63	30.4	34	28.8	
Medeni Durum	Evli	132	63.8	64	54.2	*X <sup>2</sup> =2.852 p=0.058
	Bekar	75	36.2	54	45.8	
Eğitim Durumu	Lise	45	21.7	23	19.5	*X <sup>2</sup> =2.994 p=0.224
	Ön Lisans	94	45.4	65	55.1	
	Lisans Ve Üzeri	68	32.9	30	25.4	
Çalışılan Birim	112 Başhekimlik	9	4.3	6	5.1	*X <sup>2</sup> =1.176 p=0.555
	112 Ashi	181	87.4	106	89.8	
	Komuta Kontrol Merkezi	17	8.2	6	5.1	
Toplam Hizmet Süresi (Yıl)	0-5	37	17.9	42	35.6	*X <sup>2</sup> =15.721 p=0.001
	6-10	99	47.8	37	31.4	
	11-15	40	19.3	26	22.0	
	16 Ve Üstü	31	15.0	13	11.0	
Mesleği Sürdürme İsteği	Evet	141	68.1	95	80.5	*X <sup>2</sup> =6.144 p=0.046
	Hayır	25	12.1	7	5.9	
	Kararsızım	41	19.8	16	13.6	
Çalışma Yılı	0-5	36	17.4	43	36.4	*X <sup>2</sup> =16.954 p=0.001
	6-10	104	50.2	40	33.9	
	11-15	41	19.8	25	21.2	
	16 Ve Üstü	26	12.6	10	8.5	
Çalışma Saatleri	08:00-16:00	14	6.8	5	4.2	*X <sup>2</sup> =0.871 p=0.250
	24 Saat	193	93.2	113	95.8	
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	136	65.7	66	55.9	*X <sup>2</sup> =4.362 p=0.113
	Gelir Gidere Eşit	53	25.6	34	28.8	
	Gelir Giderden Fazla	18	8.7	18	15.3	

\*Ki-Kare Analizi

Şiddetle başa çıkma eğitimi alma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05); şiddete maruz kalanların %53.6'sı, maruz kalmayanların ise %46.6'sı bu eğitimi aldığını belirtmiştir. Son bir yıl içinde şiddete yönelik hizmet içi eğitimin alınması durumunda da şiddete maruz kalanlar (%8.2) ile maruz kalmayanlar (%9.3) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Benzer

şekilde şiddet raporlama eğitimi alma durumu bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ); her iki grupta da çoğunluğun bu eğitimi almadığı görülmektedir. Beyaz Kod eğitimi açısından şiddete maruz kalan çalışanların daha yüksek oranda eğitim almış olmalarına (%79.2) karşın, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Hasta ile iletişim eğitimi alma durumu incelendiğinde de şiddete maruz kalanların %65.2'sinin, maruz kalmayanların ise %56.8'inin bu eğitimi aldığı; ancak bu farklılığın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Bu bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, çalışanların şiddetle ilgili eğitim alma durumlarının şiddete maruz kalma deneyimleriyle istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki göstermediği anlaşılmaktadır (Tablo 23).

**Tablo 23. Şiddete Maruz Kalma Durumuna ve Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişki**

		Evet (Maruz Kalma)		Hayır (Maruz Kalmama)		P
		n	%	n	%	
Şiddetle Başa çıkma Eğitimi	Evet	111	53.6	55	46.6	* $X^2=1.479$ p=0.135
	Hayır	96	46.4	63	53.4	
Son bir yıl Şiddet Hizmetçi Eğitim	Evet	17	8.2	11	9.3	* $X^2=0.118$ p=0.439
	Hayır	190	91.8	107	90.7	
Şiddet Raporlama Eğitimi	Evet	82	39.6	50	42.4	* $X^2=0.237$ p=0.355
	Hayır	125	60.4	68	57.6	
Beyazkod Eğitimi	Evet	164	79.2	85	72.0	* $X^2=2.171$ p=0.091
	Hayır	43	20.8	33	28.0	
Hasta İle İletişim Eğitimi	Evet	135	65.2	67	56.8	* $X^2=2.275$ p=0.083
	Hayır	72	34.8	51	43.2	

\*Ki-Kare Analizi

Görevi yerine getirirken güvenlik konusunda endişe duyma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ), Şiddete maruz kalan çalışanların yarısından fazlası (%50.7) güvenlik endişesi yaşadığını belirtirken, maruz kalmayanlarda bu oran %28.0'dir. Bu bulgu, şiddet deneyimine sahip çalışanlarda güvenlik algısının belirgin biçimde daha olumsuz olduğunu göstermektedir. Alınan güvenlik önlemlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmelerde de anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ), Şiddete maruz kalan çalışanların yalnızca %3.9'u güvenlik önlemlerini her zaman yeterli bulmakta, buna karşılık %45.9'u hiçbir zaman yeterli görmediğini ifade etmektedir. Şiddete maruz kalmayan çalışanlarda ise güvenlik önlemlerinin yeterli olduğunu belirtme oranı daha yüksektir (%11.0), yeterli olmadığını belirtenlerin oranı ise daha düşüktür (%22.9). (Tablo 24).

**Tablo 24. Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Güvenlik Endişesi ve Önlem Yeterlilik Durumları Arasındaki İlişki**

		Evet (Maruz Kalma)		Hayır (Maruz Kalmama)		p
		N	%	N	%	
Görevi yerine getirirken güvenlik konusunda endişe duyma	Evet	105	50.7	33	28.0	*X <sup>2</sup> =15.933 <b>p=0.000</b>
	Hayır	102	49.3	85	72.0	
Alınan Güvenlik Önlemlerini Yeterli Görme	Her Zaman Yeterli	8	3.9	13	11.0	*X <sup>2</sup> =19.929 <b>p=0.000</b>
	Bazen Yeterli	104	50.2	78	66.1	
	Hiçbir Zaman Yeterli Değil	95	45.9	27	22.9	

\*Ki-Kare Analizi

Model genel olarak düşük düzeyde açıklayıcılığa sahip olmakla birlikte (Cox ve Snell R<sup>2</sup>=0.101; Nagelkerke R<sup>2</sup>=0.139), bazı değişkenlerin şiddete maruz kalma olasılığı üzerinde anlamlı etkileri olduğu görülmüştür. Toplam hizmet süresi kategorilerinin hiçbirinin referans grup olan 0–5 yıl ile karşılaştırıldığında şiddete maruz kalma olasılığını anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir (p>0.05). Benzer şekilde, mesleği sürdürme isteği değişkeninin hem “hayır” hem de “kararsızım” kategorilerinin referans kategoriye kıyasla şiddete maruz kalma olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Çalışma yılı değişkeninde de 6–10 yıl, 11–15 yıl ve 16 yıl ve üzeri grupların referans kategori olan 0–5 yıla kıyasla şiddete maruz kalma olasılığını anlamlı düzeyde artırmadığı görülmektedir (p>0.05).

Güvenlik endişesi değişkeni açısından değerlendirildiğinde, endişe duyduğunu belirten çalışanların şiddete maruz kalma olasılığı 1.522 kat daha yüksek olmakla birlikte bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Buna karşılık güvenlik önlemlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmelerde anlamlı bir bulgu elde edilmiştir. Güvenlik önlemlerini “her zaman yeterli” olarak değerlendiren çalışanlarda şiddete maruz kalma olasılığı, “hiçbir zaman yeterli değil” olarak değerlendiren çalışan grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük çıkmıştır (OR=0.306; p<0.05). Bu sonuç, güvenlik önlemlerini yeterli bulan çalışanların şiddete maruz kalma olasılığının anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir. “Bazen yeterli” kategorisinin ise maruz kalma olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür (p>0.05). Modelin sabit terimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup (p<0.05), diğer değişkenlerden bağımsız

olarak şiddete maruz kalma olasılığının anlamlı bir başlangıç değerine sahip olduğunu göstermektedir.

Şiddete maruz kalmayı etkilen faktörleri belirlemeye yönelik ikili karşılaştırmalarda ilişkili çıkan değişkenler ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin şiddete maruz kalmayı etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bulguların sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi tablo verilmiştir. (Tablo 25)

**Tablo 25. Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Lojistik Regresyon Analizi**

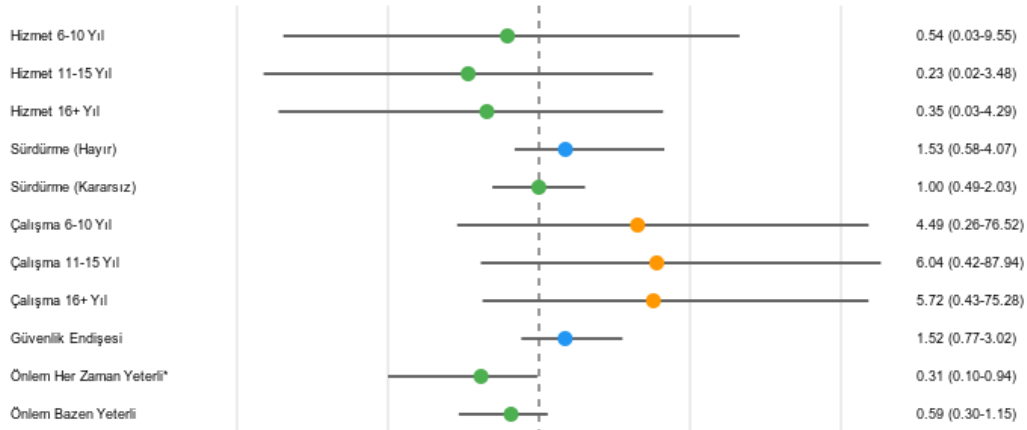
	B	S.Sapma	p	OR	95% Güven Aralığı	
					Alt	Üst
<b>Toplam hizmet süresi (Ref:0-5 Yıl)</b>			.600			
Toplam hizmet süresi(6-10 )	-.616	1.466	.674	.540	.031	9.550
Toplam hizmet süresi(11-15 )	-1.472	1.388	.289	.230	.015	3.484
Toplam hizmet süresi(16 Ve Üstü)	-1.041	1.274	.414	.353	.029	4.291
<b>Mesleği sürdürme isteği (Ref:Evet)</b>			.682			
Mesleği sürdürme isteği(Hayır)	.426	.498	.392	1.531	.577	4.067
Mesleği sürdürme isteği(Kararsız)	-.003	.362	.992	.997	.490	2.027
<b>Çalışma yılı (Ref:0-5 Yıl)</b>			.566			
Çalışma yılı(6-10 )	1.502	1.447	.299	4.490	.263	76.524
Çalışma yılı(11-15 )	1.798	1.367	.188	6.039	.415	87.941
Çalışma yılı(16 Ve Üstü)	1.744	1.315	.185	5.719	.434	75.279
<b>Güvenlik endişesi(Ref:Hayır)</b>	.420	.350	.230	1.522	.767	3.020
<b>Güvenlik önlemi yeterlilik (Ref: Hiçbir Zaman Yeterli Değil)</b>			.103			
Güvenlik önlemi yeterlilik(Her Zaman Yeterli)	-1.183	.574	<b>.039</b>	.306	.099	.944
Güvenlik önlemi yeterlilik(Bazen Yeterli)	-.535	.343	.119	.586	.299	1.147
Sabit	.515	.239	.032	1.674		

**Cox ve Snell R<sup>2</sup>=0.101; Nagelkerke R<sup>2</sup>=0.139**

Lojistik Regresyon Analizi

Şiddete maruz kalmayı etkileyen faktörlerin orman grafiği aşağıda verilmiştir.

### Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Faktörler - Orman Grafiği



#### Açıklama:

● OR < 1 (Koruyucu etki)

● OR = 1 (Etkisiz)

● OR > 1 (Risk artırıcı)

\* p < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Cox & Snell R<sup>2</sup> = 0.101, Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0.139

Referans kategorileri: Hizmet 0-5 yıl, Mesleği sürdürme (Evet), Çalışma 0-5 yıl, Güvenlik endişesi (Hayır), Önlem hiçbir zaman yeterli değil

0.1

0.5

1.0

5.0

10.0

Odds Ratio (OR)

**Şekil 1. Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Lojistik Regresyon Analizi**

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Çalışmamızda 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin şiddetle ilgili eğitim alma durumları değerlendirildiğinde, özellikle “son bir yıl içinde hizmetiçi eğitimi” ve “şiddet raporlama eğitimi” eğitimlerinde görece düşük (%8.6 ve %40.6) oranlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu bulgu, Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan benzer araştırmalarla uyumludur. Benzer şekilde Ekşi ve ark. (2025) araştırmasında da, katılımcıların yalnızca %14.7’sinin şiddetle ilgili kurumsal eğitim aldığı, bunun da genellikle pasif (teorik) düzeyde kaldığı belirtilmiştir. Uluslararası literatürde de benzer bir eğilim gözlenmekte; Ramzi ve arkadaşları (2022), pandemi sonrası dönemde sağlık personelinin yalnızca %10–20’sinin şiddet raporlama eğitimine katıldığını ve bunun önleme davranışlarını zayıflattığını bildirmiştir. Dolayısıyla elde edilen bulgular, eğitim oranlarının düşük olması nedeniyle şiddet olaylarının raporlanmasında ve önlenmesinde ciddi boşluklar bulunduğunu ve kurumsal düzeyde zorunlu, uygulamalı eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada şiddetle başa çıkma eğitimine katılım oranının %51.1 ile sınırlı kalması, sağlık çalışanlarının yarısının şiddetle etkili biçimde mücadele edecek yeterli eğitime sahip olmayabileceğini düşündürmektedir. Pérez ve arkadaşlarının (2025), vaka temelli eğitim modellerinin hemşirelik öğrencilerinin şiddeti tanıma ve müdahale becerilerini geliştirdiğini belirtmiş ve uygulamaya dayalı eğitimlerin önemini ortaya koymuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir. Çalıkoğlu ve ark. (2018) ise acil sağlık çalışanlarının yalnızca %48.5’inin şiddeti tanıma ve yönetmede kendini yeterli gördüğünü, özellikle erkek çalışanlarda şiddete yönelik tutumların daha olumsuz olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar, eğitimlerin yalnızca bilgi aktarımı değil, tutum ve davranış değişikliği için de kritik olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda Beyaz Kod eğitime katılım oranı %76.6 ile diğer eğitim türlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, kurumsal düzeyde bildirim ve yasal süreçlere ilişkin farkındalığın güçlendirildiğini göstermektedir; ancak şiddetle mücadelede yalnızca bildirim mekanizmasının yeterli olmadığı açıktır. Eshetie ve arkadaşlarının (2025) geniş kapsamlı sistematik derlemesinde, acil servis çalışanlarının diğer birimlere göre dört kat daha fazla şiddete maruz kaldığı ve etkili müdahale için eğitim, iletişim, kurumsal destek ve risk yönetimi süreçlerinin eş zamanlı yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir. Dolayısıyla, Beyaz Kod eğitimlerinin varlığı önemli olmakla birlikte, diğer eğitim bileşenleriyle desteklenmediğinde şiddeti yaratabileceğini ve oluşturabileceğini düşündürebilir.

Çalışanların %62.2'sinin hasta ile iletişim eğitimine katılmış olması ise olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Etkili iletişim, şiddeti önlemede koruyucu bir faktör olarak tanımlanmakta olup, Vo ve ark. (2025) iletişim becerilerinin hem personelin güvenlik algısıyla hem de şiddet olaylarını azaltma kapasitesiyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada, Karpınar ve Hakverdi (2025), acil hekimlerinde iletişim becerisi düzeyi yükseldikçe sözel saldırı sıklığının azaldığını bildirmiştir. Bu bağlamda, iletişim eğitimlerine katılım oranının görece yüksek olması, kurumların şiddeti önleyici stratejilerde doğru alanlara yatırım yaptığını göstermektedir.

Şiddet ortamlarının yalnızca fiziksel güvenliği değil, profesyonel sürdürülebilirliği de tehdit ettiği bilinmektedir. Çetin ve arkadaşları (2019), Türkiye'de acil tıp asistanlarının %63.4'ünün şiddet ve güvenlik endişeleri nedeniyle uzmanlık eğitimini bıraktığını saptamıştır. Bu bulgu, şiddetle etkin mücadelede eğitim eksikliğinin uzun vadeli sonuçlarını ortaya koymaktadır.

Bütüncül olarak değerlendirildiğinde çalışmamızın bulguları, literatürle güçlü biçimde uyumludur. Türkiye'de acil sağlık çalışanları arasında Beyaz Kod ve iletişim eğitimleri yaygın olmakla birlikte, şiddetle başa çıkma ve raporlama eğitimlerinin sistematik ve sürekliliği olan programlarla güçlendirilmesi gerekmektedir. Eğitimlerin içerik bakımından uygulamaya dayalı, vaka temelli ve multidisipliner yaklaşımlarla yeniden yapılandırılması; hem çalışanların güvenliğini artıracak hem de şiddetin sağlık sistemi üzerindeki yükünü azaltacaktır.

Bu çalışmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin %63.7'sinin mesleki yaşamlarında en az bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmesi, acil sağlık çalışanlarının şiddet konusunda yüksek risk altında olduğunu açık biçimde göstermektedir. Bu oran, uluslararası literatürde bildirilen bulgularla uyumludur. Doğu Afrika'da sağlık çalışanlarıyla yürütülen güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde, çalışanların %55.6'sının çalışma hayatlarında en az bir kez işyeri şiddetiyle karşılaştığı belirlenmiş; özellikle acil servis çalışanlarının diğer birimlere göre dört kat daha fazla şiddet riski taşıdığı vurgulanmıştır (Eshetie ve ark., 2025). Bu durum, acil sağlık hizmetlerinin doğasında bulunan yoğun stres, kriz yönetimi gereksinimi, hastaların aciliyet düzeyi ve hasta yakınlarının beklenti baskısının şiddet riskini artırmasıyla ilişkilendirilmektedir.

Çalışmamızda ayrıca personelin %37.7'sinin üç veya daha fazla kez şiddete maruz kaldığını belirtmesi, şiddetin tek seferlik bir olaydan ziyade süreğen ve tekrarlayıcı bir durum olduğunu göstermektedir. Nitekim Zhang ve arkadaşlarının (2025) Çin'de 14.000'den fazla acil servis hekimi üzerinde yürüttüğü çalışmada, hekimlerin %90'ından fazlası son bir yıl içinde en az bir kez şiddet yaşadığını, çok büyük bir bölümünün ise birden fazla kez şiddete uğradığını bildirmiştir. Aynı araştırmada işyeri şiddetinin depresif semptomlara etkisinin büyük ölçüde tükenmişlik aracılığıyla gerçekleştiği, yani tekrarlayan şiddetin psikolojik sağlığı ciddi düzeyde tehdit ettiği gösterilmiştir.

Şiddetin sürekliliği Çin ve Afrika gibi farklı coğrafyalarda değil, Kore gibi gelişmiş sağlık sistemlerinde de benzer biçimde görülmektedir. Nam ve arkadaşları (2025), Koreli hemşirelerin %30'unun işyerinde şiddet yaşadığını ve önemli bir kısmının şiddeti "işin doğal bir parçası" olarak normalleştirdiğini bildirmiştir. Bu normalleşme, kurumsal tepkinin yetersizliğiyle birleştiğinde şiddetin sürmesine, bildirim oranlarının düşmesine ve çalışanların duyarsızlaşmasına neden olmaktadır.

Ulusal literatürde de benzer eğilimler görülmektedir. Türkiye genelinde acil servis hekimleriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %78.1'inin son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı, %65.9'unun ise birden fazla kez şiddet yaşadığı belirlenmiştir (Bayram ve ark., 2017). Çikrikler ve arkadaşları (2016), acil servis çalışanlarının %74'ünün meslek hayatlarında en az bir kez, %50.2'sinin ise beşten fazla kez şiddete uğradığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Sabak ve ark. (2021), Türkiye'de acil hekimlerinin neredeyse tamamının (%99) sözel şiddete, yarıdan fazlasının (%54) fiziksel şiddete maruz kaldığını ve bu durumun hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediğini

ortaya koymuştur. Ayrıca Adana’da yapılan güncel bir çalışmada sağlık çalışanlarının %85.9’unun en az bir kez şiddet yaşadığı belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2023). Bu yüksek oranlar, Türkiye’de şiddetin yapısal ve sistemsal bir sorun olduğunu açıkça göstermektedir.

Şiddete maruz kalan çalışanların önemli bir kısmının yaşadıkları olayları raporlamadığı ve birçok çalışanın şiddeti mesleğin olağan bir parçası gibi gördüğü de literatürde vurgulanmaktadır. Özdamar ev arkadaşların’ın (2022) çalışmasında şiddet bildirim oranlarının düşük olduğu ve çalışanların büyük bir kısmının yaşadıkları şiddeti “kaçınılmaz” olarak değerlendirdikleri gösterilmiştir. Bu durum, hem şiddetin görünürlüğünü azaltmakta hem de kurumsal ve hukuki mekanizmaların etkili biçimde devreye girmesini engellemektedir.

Bu çalışmada Fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %32.9’tür. Bu kapsamda en sık bildirilen davranışın “üzerine yürüme/itme” (%29.2) olması, fiziksel saldırıların her zaman ciddi darp şeklinde gerçekleşmediğini, düşük şiddet düzeyindeki temas ve tehditkâr beden dilinin de yaygın olduğunu göstermektedir. Daha ağır fiziksel şiddet türleri olan “nesne fırlatma/silah kullanma” ve “yumruklama/tekmeleme” ise %10.5 oranında bildirilmiş olup bu oranlar, fiziksel şiddetin acil sağlık çalışanları için hâlâ ciddi bir tehdit unsuru olduğunu göstermektedir. Benzer bir dağılım, Medine bölgesinde yapılan çalışmada da görülmüş ve sağlık çalışanlarının hem sözel (%70.7) hem fiziksel (%54.7) şiddete yüksek oranda maruz kaldığı, özellikle itme/çekme gibi fiziksel temasların sık yaşandığı belirtilmiştir (Makazi ark., 2025).

Çalışmamızda şiddetin Sözel Şiddet en yaygın biçimini sözel şiddet (%56.6) oluşturmuş; sözel şiddete maruz kalan katılımcıların %81.2’si hakaret, %46.4’ü tehdit ve %38.2’si küfre maruz kaldığını ifade etmiştir. Singapur’da yapılan bir tarama derlemesinde de sözel şiddet en yaygın şiddet biçimi olarak tanımlanmış ve hasta ya da yakınlarının memnuniyetsizlik veya yoğun emosyonel yük altında oldukları durumlarda bu davranışların arttığı belirtilmiştir (Sing ve Lau, 2025). Türkiye’de yapılan çalışmalar da benzer bir tablo sunmaktadır. Sabak ve arkadaşları (2021), acil servislerde çalışanların %99’unun sözel şiddete, %54’ünün ise fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiş; Talas ve arkadaşları (2011) ise sözel şiddet oranını %79.6 olarak saptamıştır. Bu bulgular, sözel şiddetin sağlık hizmetlerinde neredeyse rutinleşmiş bir tehdit olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir.

Psikolojik şiddete maruz kalma oranı %46.8 olup psikolojik şiddet türleri içinde suçlama (%52.7), aşağılama (%45.4) ve yıldırma (%44.4) oranlarının yüksek olması, somut bir temas içermese bile çalışanların psikolojik bütünlüğünü tehdit eden bu şiddet biçimlerinin etkisini ortaya koymaktadır. Dünya Risk Anketi'ne dayanan küresel bir çalışmada da psikolojik şiddetin hem yaygın hem de yıkıcı sonuçlara sahip olduğu, özellikle kadınlar ve eğitim düzeyi yüksek bireylerde riskin arttığı belirtilmiştir (Sharma ve Garg, 2025). Türkiye'de psikolojik şiddetin etkilerini inceleyen Dinçler ve arkadaşları (2023), bu tür eylemlerin çalışanların motivasyonunu, iş doyumunu ve kuruma bağlılığını ciddi biçimde azalttığını göstermiştir. Benzer şekilde, Can ve Haylı (2020) sağlık çalışanlarının yoğun biçimde sözel ve psikolojik şiddet yaşadığını ve bu durumun tükenmişlik düzeylerini artırdığını bildirmiştir.

Çalışmamızda cinsel şiddete maruz kalma Oranı %11.1 olup en yaygın davranışın “uygunsuz bakış” (%14.5) olduğu, bunu fiziksel temas (%8.2) ve cinsel içerikli konuşmanın (%5.8) izlediği görülmüştür. Cinsel saldırı gibi ağır eylemler %1 oranında bildirilse de literatür, cinsel şiddetin sıklıkla az raporlandığını ve bu nedenle düşük görünme eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır (Talas ve ark., 2011; Bayram ve ark., 2017). Sharma ve Garg (2025) da cinsel şiddetin hem bireysel hem kurumsal düzeyde en travmatik ancak en az bildirilen şiddet türü olduğunu belirtmektedir.

Dijitalleşme ile birlikte sağlık çalışanları arasında siber şiddet de giderek artan bir tehdit alanı hâline gelmektedir. Çalışmamızda “telefonla taciz” (%10.1), “sosyal medya üzerinden taciz” (%6.3) ve “mesaj yoluyla rahatsız edilme” (%5.8) oranlarında bildirilmiş olsa da literatür, bu tür şiddet biçimlerinin çoğunlukla rapor edilmediğini ve görünürlüklerinin düşük olduğunu belirtmektedir (Vo ve ark., 2025). Cansız ve Akça'nın (2024) çalışması, özellikle kadın sağlık çalışanlarının sosyal medya veya dijital platformlar üzerinden taciz edilme riskinin arttığını ve bu durumun iş ortamının dışında bile psikolojik stres yarattığını göstermektedir.

Bu araştırmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin maruz kaldığı şiddetin en büyük kısmının (%78.3) hasta yakınları tarafından uygulandığı, bunu hastaların (%40.1) ve tanımadığı kişilerin (%21.3) izlediği belirlenmiştir. Bulgular, acil servislerde ve acil sağlık hizmetlerinde şiddetin en çok hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini bildiren hem ulusal hem uluslararası araştırmalarla güçlü biçimde örtüşmektedir.

Talas ve arkadaşlarının (2011) Ankara’da yürüttüğü klasikleşmiş çalışmada, şiddete maruz kalan acil servis çalışanlarının %90.9’unun şiddeti hasta yakınlarından gördüğü, hastaların ise daha düşük oranda (%55.5) fail olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sabak ve arkadaşları (2021) Türkiye’de acil servislerde yaşanan şiddet türlerinin büyük çoğunluğunun hasta yakınları tarafından uygulandığını, özellikle tehdit, hakaret ve fiziksel saldırı gibi davranışlarda bu grubun belirleyici rol oynadığını göstermiştir. Başka bir karşılaştırmalı çalışma olan Hamdan ve ark., (2025) ise Türkiye ve Filistin acil servislerinde şiddet olaylarının %79’unun hasta yakınları veya refakatçiler tarafından gerçekleştirildiğini bildirmiştir. Bu çalışma, uzun bekleme sürelerinin, sağlık sistemine güvensizlik ve yoğun hizmet talebinin şiddeti tetiklediğini vurgulamaktadır.

Dinçler ve arkadaşlarının (2023) 112 acil çalışanları üzerindeki bulguları da bu sonuçlarla tutarlıdır. Araştırmada şiddetin %48.7 oranında hasta yakınları, %30.2 oranında ise hastalar tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Bu oranlar mevcut çalışmamızdaki dağılımla büyük ölçüde örtüşmekte, acil sağlık çalışanlarının sahada karşılaştığı risklerin kaynağının çoğunlukla hasta yakını–hasta ekseninde yoğunlaştığını göstermektedir.

Hasta yakınlarının acil sağlık personeline yönelik şiddette başlıca fail olmasının ardında çeşitli nedenler bulunmaktadır. En yaygın nedenler arasında iletişim eksiklikleri, tıbbi süreçlere dair bilgi yetersizliği, yoğun kaygı ve kriz anındaki duygusal yük sayılabilir. Nitekim Bingöl ve İnce’nin (2020) hasta yakınlarıyla yürüttükleri çalışmada, şiddeti tetikleyen en önemli etkenlerin “hasta hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaması” ve “yakınların yaşadığı yoğun stres” olduğu belirlenmiştir. Bu durum, bilgilendirmeye dayalı etkili iletişim stratejilerinin, hasta yakınlarının davranışlarını düzenlemede ve şiddeti azaltmada kritik bir araç olduğunu göstermektedir.

Uluslararası literatür de bu bulgularla uyumludur. Vo ve arkadaşlarını (2025), hastanelerde yaşanan şiddet olaylarında hasta yakınları ve refakatçilerin belirgin bir payı olduğunu, acil servislerin kriz ortamının şiddet riskini artırdığını bildirmiştir. Benzer biçimde Eshetie ve arkadaşları (2025), özellikle alkol veya madde etkisindeki hastaların ve aşırı duygusal yük taşıyan hasta yakınlarının acil servislerdeki şiddetin temel kaynakları olduğunu vurgulamıştır. Sing ve Lau’nun (2025) kapsamlı tarama derlemesinde de tanımadığı kişiler tarafından uygulanan şiddet olaylarının özellikle kalabalık ve yoğun sağlık kurumlarında artış gösterdiği belirtilmiştir.

Bir diğerk çalışmada ise (Ayrancı, 2005; Pınar ve Ucmak, 2011) da acil servislerde şiddet uygulayıcılarının %80–90 oranında hasta yakınları olduğunu, fail profilinin genellikle erkek, 30–50 yaş aralığında ve orta düzeyki sosyo-ekonomik bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Bu bulgular, şiddetin bireysel bir davranış değil, toplumsal normlar ve sağlık sistemi dinamiklerinin şekillendirdiği yapısal bir olgu olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada saldırganların büyük çoğunluğunun erkek (%84.1) olduğu, şiddet olaylarının en sık gündüz saatlerinde (08.00–16.00; %40.1) ve çoğunlukla olay yerinde (%64.7) meydana geldiği belirlenmiştir. Bu bulgular, gerek Türkiye’de gerekse benzer sağlık sistemlerine sahip ülkelerde yapılan çalışmalarla yüksek düzeyde uyum göstermektedir.

Saldırganların çoğunlukla erkek olması, literatürde tanımlanan toplumsal cinsiyet rollerinin ve güç ilişkilerinin acil sağlık ortamlarında da belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrancı ve arkadaşlarının (2004) Batı Türkiye’de 1209 sağlık çalışanıyla yürüttüğü araştırmada saldırganların %76.9’unun erkek olduğu, çoğunun 31–50 yaş aralığında ve hasta yakını konumunda bulunduğu bildirilmiştir. Sabak ve arkadaşlarının (2021) çok merkezli Türkiye çalışmasında da tüm şiddet türlerinde failerin büyük ölçüde erkek olduğu ve çoğunun hasta yakını rolünde bulunduğu saptanmıştır. Uluslararası literatür de bu durumu desteklemektedir. Ayaz ve arkadaşlarının (2024) 178 çalışmayı kapsayan geniş taramasında, hem hasta hem refakatçi kaynaklı vakalarda erkeklerin %65.1 oranla en sık fail konumunda olduğu belirtilmiştir. Erkeklerin şiddet davranışlarında daha baskın olması, toplumsal normlar, güç sergileme eğilimleri ve kriz anında kontrol kaybının daha yüksek görülmesi ile ilişkilendirilmektedir (Watson, 2025). Benzer biçimde Nam ve arkadaşları (2025), erkek bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözel şiddette daha belirgin fail profili çizdiğini göstermiştir.

Şiddetin en sık gündüz saatlerinde (08.00–16.00) ortaya çıkması, acil servislerde ve 112 acil hizmetlerinde hasta akışının en yoğun olduğu zaman dilimiyle örtüşmektedir. Hamdan ve Erdem (2025), hem Türkiye hem Filistin acil servislerinde şiddet olaylarının çoğunun sabah ve öğle vardiyalarında yaşandığını, bunun nedeninin yoğun hasta ve refakatçi trafiği olduğunu bildirmiştir. Çikrikler ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da şiddetin çoğunlukla mesai saatlerinde meydana geldiği; gece vardiyalarında yaşanan şiddetin daha az olmakla birlikte daha ağır nitelikte olabildiği ifade edilmiştir. Bu

sonuçlar, Şiddetin yalnızca nöbet veya gece vardiyası riskiyle sınırlı olmadığını; gündüz yoğunluk ve temas sıklığının da kritik risk faktörleri olduğunu göstermektedir.

Şiddet olaylarının %64.7 oranında olay yerinde meydana gelmesi, 112 acil sağlık hizmetlerinin saha temelli yapısının çalışanları korumasız bırakan yönlerini açıkça ortaya koymaktadır. Ambulans sahası, vaka adresi veya hastane dışı acil alanlar gibi kontrolsüz ortamlar, çalışanları hem fiziksel hem psikososyal açıdan risk altına sokmaktadır. Spelten ve Van Vuuren'in (2022) Kanada'daki paramediklerle yürüttüğü nitel araştırma, sahada çalışan ekiplerin Şiddete en açık grup olduğunu, özellikle güvenlik birimi desteğinin bulunmamasının riskleri belirgin biçimde artırdığını göstermiştir. Bu bağlamda, 112 personelinin Şiddetle karşılaşma riskinin hastane içi çalışanlara kıyasla daha yüksek ve öngörülemez olduğu söylenebilir.

Ayrıca araŐtırmamızda Şiddet olaylarının %89.4'nde çalışanların yanında başka bireylerin bulunmasına rağmen Şiddetin yine de meydana gelmesi, tanık varlığının caydırıcılığının sınırlı olduğunu göstermektedir. Literatür, ani geliŐen Şiddet olaylarında tanıkların müdahale kapasitesinin düşük kaldığını ve bu durumun çalışanların kendini güvende hissetmesini olumsuz etkilediğini belirtmektedir (Nam ve ark., 2025).

Bu araştırmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin en sık Şiddete maruz kaldığı süreçlerin muayene, tedavi veya bakım uygulamaları (%33.3) ile hasta transferi (%28.0) olduğu saptanmıştır. Bulgular, acil sağlık alıŐanlarının Şiddeti çoğunlukla hasta ile doğrudan temasın gerçekleştiği kritik klinik iŐlemler sırasında yaşadığını gösteren ulusal ve uluslararası literatürle güçlü biçimde paraleldir.

Ankara'da yapılan çalışmada Şiddet olaylarının büyük bölümünün muayene ve tedavi sürecinde meydana geldiği, saldırganların çoğunun hasta yakınları olduğu bildirilmiştir. Sabak ve arkadaşlarının (2021) Türkiye genelinde yaptıkları geniş kapsamlı araştırmada da fiziksel ve sözel Şiddetin en yoğun olarak enjeksiyon, müdahale ve bilgilendirme gibi doğrudan temas gerektiren iŐlemler sırasında ortaya çıktığı saptanmıştır. Araştırmada bu anlarda hasta ve yakınlarının korku, belirsizlik, ağrı ve sabırsızlık gibi duygularının zirveye çıkmasının Şiddeti tetiklediği belirtilmiştir.

Benzer biçimde Hamdan ve arkadaşlarının (2025) Türkiye ve Filistin acil servislerinde yürüttükleri karşılaştırmalı çalışmada, Şiddet olaylarının en sık tedavi ve bakım sürecinde yaşandığı, bunu hasta transferi sırasında meydana gelen olayların

izlediği tespit edilmiştir. Çalışmada uzun bekleme süreleri, müdahalenin geciktiği algısı ve iletişim sorunları şiddetin başlıca tetikleyicileri olarak tanımlanmıştır.

Yöyen ve Barış'ın (2025) Türk sağlık çalışanlarıyla yaptığı geçerlik–güvenirlik çalışmasında da benzer bir risk profili ortaya konmuştur. Araştırmada şiddetin en sık “tedaviye başlama”, “müdahale sırasında direnç veya memnuniyetsizlik gösterme” ve “nakil sırasında hasta veya yakınlarının agresif davranışları” esnasında gerçekleştiği bildirilmiştir. Özellikle nakil ve transfer süreçlerinin 112 acil ekipleri için yüksek riskli olduğu vurgulanmış; bu ortamlarda güvenlik personelinin bulunmaması ve fiziksel alan kontrolünün sınırlılığı, sağlık çalışanlarının daha savunmasız kaldığını göstermiştir.

Uluslararası literatür de transfer süreçlerinin yüksek risk içerdiğini desteklemektedir. Larson ve arkadaşları (2019), ABD’de şiddet olaylarının hasta transferi sırasında anlamlı biçimde arttığını saptamış ve bu nedenle “agresif/şiddet riski taşıyan hasta devri toplantıları (violent patient huddles)” uygulamasını geliştirerek bu süreçte güvenliği artırmayı hedeflemiştir. Uygulamanın transfer sırasında yaşanan saldırıları azalttığı rapor edilmiştir. Nam ve arkadaşlarının (2025) çalışması ise hemşirelerin en sık şiddeti hasta bakımı sırasında yaşadığını göstermiş; pandemi sonrası artan iş yükünün, hasta beklentilerinin yükselmesiyle birleşerek gerilimi artırdığı ifade edilmiştir.

Bu bulgular, şiddetin rastlantısal değil; sağlık profesyoneli ile hasta/hasta yakınının en yoğun etkileşim kurduğu, stresin ve belirsizliğin arttığı süreçlerde meydana geldiğini göstermektedir. Dolayısıyla şiddetle mücadele stratejilerinin yalnızca kurumsal güvenlik önlemleriyle sınırlı kalmaması; bakım, müdahale ve transfer gibi yüksek riskli süreçlere özel eğitimleri, yapılandırılmış iletişim tekniklerini ve operasyonel destek mekanizmalarını içermesi gerekmektedir.

Bu araştırmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin şiddet karşısında en sık gösterdiği tepkiler arasında çalışmaya devam etme (%42.5), sözel karşılık verme (%36.7) ve kızgınlık/öfke hissetme (%32.9) yer almaktadır. Buna karşın güvenlik ekipleriyle iletişime geçme (%20.8), olay yerinden uzaklaşma (%24.2) ve Beyaz Kod bildiriminde bulunma (%16.9) gibi resmi veya koruyucu tepkilerin daha düşük oranda tercih edildiği görülmüştür. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının şiddet karşısında çoğunlukla pasif ya da içe yönelimli başa çıkma stratejileri kullandığını, resmi bildirim mekanizmalarını ise sınırlı düzeyde devreye soktuğunu göstermektedir.

Türkiye’de yapılan araştırmalar da bu örüntüyü desteklemektedir. Talas ve Arkadaşları (2011), acil servis çalışanlarının önemli bir kısmının şiddet olaylarını “kabullenme” veya “hiçbir şey yapmama” şeklinde karşıladığını, raporlama oranlarının ise %34’ün altında kaldığını bildirmiştir. ıkrıklar ve arkadaşlarının (2016) alışmasında da katılımcıların yalnızca %42.7’si şiddeti rapor etmiş, çoğunluk ise olayı sessizce geçiştirmiştir. Aynı çalışmada şiddet sonrası öfke, korku ve yıldınlık duygularının yaygın olduğu, buna karşın psikolojik destek arama davranışının oldukça düşük olduğu belirtilmiştir.

Uluslararası literatürde de benzer eğilimler görölmektedir. Salim ve arkadaşlarının (2021) acil servis çalışanları ile yürüttükleri nitel araştırmada, şiddet sonrası en yaygın davranış kalıpları “kendini tutma”, “olayı görmezden gelme” ve “geçiştirme” olarak tanımlanmiş; bu stratejilerin çatışmayı kısa vadede azaltıcı olsa da uzun vadede tükenmişlik, anksiyete ve öfke birikimine yol açtığı ifade edilmiştir. Hsieh ve arkadaşlarının (2023) Tayvan’da gerçekleştirdiği çalışmada da hemşirelerin en sık kullandıkları tepkiler “durumu kabullenme” ve “kendini düzenleme” olarak belirlenmiş; raporlama oranlarının kurumsal destek yetersizliği nedeniyle düşük kaldığı vurgulanmiştir.

Bölgesel farklara rağmen aynı dinamik Suudi Arabistan (Al-Sayaghi, 2023) ve ABD (Vrablik ve ark., 2019) alışmalarında da görölmüş; birçok sağlık çalışanının şiddet olaylarını yönetime bildirmek yerine durumu küçümseme, olayın büyümesini önlemek için sessiz kalma veya yalnızca güvenlik çağırmak gibi davranışsal stratejiler kullandığı ifade edilmiştir. ABD’de yapılan çalışmada (Vrablik ve ark., 2019), çalışanların tepkilerinin “kaçınmacı” ve “yaklaşım odaklı” olarak ikiye ayrıldığı, ancak kaçınmacı tepkilerin yoğunlaşmasının tükenmişlik ve travmatik stres belirtilerini artırdığı ortaya konmuştur.

Kültürel faktörler ve örgütsel güvenlik kültüründeki yetersizlikler, çalışanların şiddet karşısındaki tepkilerini belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Nam ve arkadaşlarının (2025) alışması, birçok hemşirenin şiddeti “mesleğin doğal bir parçası” olarak algıladığını, bu nedenle çalışmaya devam etme davranışının yaygın olduğunu göstermektedir. Sing ve Lau’nun (2025) kapsamlı incelemesi ise şiddetin resmi makamlara bildirilmemesinin temel nedenlerini “kurumsal destek eksikliği”, “bildirimin sonuç getirmeyeceği inancı” ve “zaman kaybı” olarak tanımlamaktadır.

Vo, Brooks ve King (2025), sağlık çalışanlarının etkin tepki verebilmesi için bireysel başa çıkma becerilerinin yanı sıra örgütsel düzeyde gl mekanizmaların (raporlama sistemleri, psikososyal destek, güvenlik protokolleri ve davranışsal acil durum ekipleri) devreye sokulmasının şart olduğunu vurgulamaktadır. Bu mekanizmaların eksikliği, çalışanların pasif tepkilere yönelmesine ve şiddetin grnmezleşmesine yol açmaktadır.

Bu araştırmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin şiddet sonrası en sık yaşadığı duygular arasında öfke/sinir (%50.7), korku/tedirginlik (%41.1) ve motivasyon kaybı (%44.4) gibi güçlü olumsuz tepkiler bulunmaktadır. Ayrıca katılımcıların önemli bir bölümü çalışma ortamına dair iyileşme inancının azaldığını (%39.6) ifade etmiştir. Bu bulgular, şiddetin sağlık profesyonelleri üzerinde yalnızca anlık değil, uzun süreli psikolojik ve mesleki etkiler yarattığına işaret etmektedir.

şiddet sonrası öfke ve üzüntünün yaygın olduğunu, ancak çalışanların büyük çoğunluğunun olayı raporlamayıp sessiz kalmayı tercih ettiğini göstermiştir (Talas ve ark., 2011). Benzer şekilde Sabak ve arkadaşları (2021), çalışanların şiddetin hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediğini düşündüklerini ve mevcut cezai yaptırımların yetersiz kaldığına inandıklarını bildirmiştir. Bu durum, araştırmamızdaki “cezarların yetersizliği” (%48.8) görüşüyle uyumlu olup, çalışanların kurumsal ve hukuki korumaya dair güven eksikliğini ortaya koymaktadır.

Duygusal tepki örüntüleri uluslararası çalışmalarda da benzer şekilde rapor edilmiştir. Nam ve arkadaşları (2025), şiddete maruz kalan Koreli hemşirelerin yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadığını, şiddetin normalleştirilmesinin ise bu sıkıntının kronikleşmesine yol açtığını belirtmiştir. Çalıkoğlu ve arkadaşlarının (2018) alışmasında özellikle erkek çalışanların öfke kontrolünün daha zayıf olduğu, bunun hem şiddet deneyimini hem de tepkileri etkilediği gösterilmiştir.

şiddetin nedenleri değerlendirildiğinde, katılımcılar özellikle hastalık psikolojisi (%73.4), sosyokültürel faktörler (%56.5), şiddetin sorun çözme yöntemi olarak görülmesi (%46.9) ve yasal yaptırımların yetersizliği (%48.8) gibi unsurları ne çıkarmıştır. Bu bulgular, şiddetin bireysel değil, daha çok sosyal, kültürel ve yapısal temelli bir olgu olduğunu göstermektedir. Özlü ve arkadaşlarının (2017) alışmasında da hasta yakınlarının en sık öfke nedenleri arasında bekleme süresi, yetersiz bilgilendirme ve iletişim eksikliği yer almıştır. Bu nedenle, iletişim süreçlerinin iyileştirilmesi ve

hasta/hasta yakını beklentilerinin yönetilmesi şiddet riskini azaltmada kritik bir role sahiptir.

Uluslararası kanıtlar da bu yapısal nedenleri desteklemektedir. Eshetie ve arkadaşları (2025) tarafından yapılan meta-analizde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çoğu zaman düşük sağlık okuryazarlığı, alkol/madde etkisi, psikiyatrik durumlar ve cezai yaptırım eksikliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Villacis-Alvarez ve arkadaşlarının (2025) çalışması ise sağlık sistemindeki organizasyonel ve yönetsel yetersizliklerin, çalışanların şiddeti ele alma konusundaki hazırlığını sınırladığını ortaya koymuştur.

Destek mekanizmaları açısından bulgular, çalışanların en fazla meslektaş desteğine (%87.0) başvurduğunu göstermektedir. Bu sonuç, Ünal ve arkadaşlarının (2021) sağlık çalışanlarının pandemi dönemindeki dayanıklılık kaynaklarını inceledikleri çalışmada da meslektaş dayanışmasının en koruyucu unsur olarak öne çıkmasıyla uyumludur. Buna karşın resmi destek sistemlerine başvuru oranları düşüktür (örneğin kolluk kuvvetleri %20.8). Bu durum, kurumsal destek eksikliğine dair algının devam ettiğine işaret etmektedir.

Vo, Brooks ve King (2025), şiddet sonrası toparlanma sürecinde yalnızca bireysel başa çıkma mekanizmalarının değil; psikososyal destek sistemleri, etkili raporlama süreçleri, güvenlik protokollerinin güçlendirilmesi ve yönetsel farkındalığın artırılması gibi örgütsel stratejilerin kritik olduğunu vurgulamaktadır. Bu tür sistemlerin yokluğu, çalışanların pasif kalmasına ve şiddetin görünmezleşmesine yol açmaktadır.

Bu araştırmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin yalnızca %14.0'ının, şiddet uygulayan kişi hakkında şikâyette bulduktan sonra tehdit edilme veya başka bir olumsuz durumla karşılaştığını belirtmesi, sağlık çalışanlarının şiddeti raporlamaya yönelik çekincelerinin görünür bir göstergesidir. Oranın düşük görünmesine rağmen, tehdit algısının varlığı çalışanların raporlama davranışlarını güçlü bir biçimde şekillendirmektedir. Bu bulgular, hem Türkiye'de hem de uluslararası çalışmalarda şiddetin resmî olarak bildirilmemesinde misilleme korkusunun önemli rol oynadığını ortaya koyan araştırmalarla uyumludur.

Özdamar ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen çalışmada, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının şiddet olaylarını raporlamadığı; raporlayanların ise çoğu zaman yöneticilerden veya saldırgan taraflardan olumsuz geri bildirim aldığı saptanmıştır. Bu durum, çalışanlarda hem kurumsal destek eksikliği algısı hem de

duygusal tükenmişlik gelişmesine yol açmakta ve raporlama davranışını daha da zayıflatmaktadır. Benzer şekilde Babiarczyk ve arkadaşlarının (2020) Avrupa'nın beş ülkesini kapsayan çalışmasında, sağlık çalışanlarının %70'inin şiddet sonrası herhangi bir bildirimde bulunmadığı, %50'sinin ise raporlamayı "anlamsız" bulduğu bildirilmiştir. Misilleme korkusu, yöneticilerden destek görmeme kaygısı ve bürokratik süreçlerin yoruculuğu, raporlama davranışının önündeki en önemli engeller olarak tanımlanmıştır.

Karatuna ve Başol'un (2018) Türkiye'de yürüttükleri çalışma da örgütsel misilleme algısının çalışanların iç raporlama kanallarını kullanma olasılığını belirgin biçimde düşürdüğünü göstermektedir. Çalışanlar, raporlamanın kendilerini "sorun çıkarıcı kişi" olarak konumlandıracağından kaygı duymakta ve bunun sonucunda sessiz kalmayı tercih etmektedir. Nitekim Yılmaz ve arkadaşlarının (2023) Adana'da yürüttüğü çalışmada, şiddet olaylarını bildiren sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının yöneticiler tarafından olumsuz karşılanmaktan, saldırgan tarafından yeniden hedef alınmaktan veya mesleki itibar kaybetmekten endişe ettiği saptanmıştır.

Uluslararası literatür de bu eğilimi doğrulamaktadır. Spencer-Sitarz ve arkadaşlarının (2023) 19 ülkeyi kapsayan sistematik derlemesinde, hemşirelerin şiddeti raporlamama nedenleri arasında en güçlü faktörün "olası misilleme ve suçlanma korkusu" olduğu bulunmuştur. Çalışmada, açık ve güvenli bir bildirim sisteminin yokluğunda sağlık çalışanlarının yalnızca fiziksel değil, psikolojik olarak da risk altında oldukları vurgulanmıştır.

Bu bağlamda, Nanoty ve Tyagi'nin (2025) Hindistan sağlık sektöründe gerçekleştirdiği adli nitelikli çalışma, şiddet veya hatalı uygulama bildiren sağlık çalışanlarının hem iş yerinde hem de sosyal çevrede baskı, dışlanma, suçlanma ve duygusal çöküntü yaşadığını göstermiştir. Katılımcılarda yaygın olarak kaygı, depresyon, uykusuzluk ve sosyal geri çekilme gibi belirtiler görülmüş; bu durum raporlama sonrası misilleme kaygısının ciddi psikolojik sonuçları olabileceğini ortaya koymuştur. Bu tür deneyimler, çalışanlarda "öğrenilmiş çaresizlik" ve "kurumsal ihanet algısı"na yol açarak, gelecekte raporlama davranışının daha da azalmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin yalnızca %25.6'sının maruz kaldığı şiddet sonrası Beyaz Kod bildiriminde bulunduğu belirlenmiştir. Bildirim yapmama nedenleri arasında yasal sürecin uzun ve karmaşık olması (%38.3) ile sonuç alınmayacağına dair inançsızlık (%37.7) ilk sıralarda yer almaktadır.

Ulusal literatürde Beyaz Kod bildirimlerinin düşük düzeyde kalması sıkça raporlanmaktadır. Devedbakan ve arkadaşlarının (2024) 2018–2023 yılları arasında bildirilen 477 Beyaz Kod vakasına ilişkin retrospektif analizinde, vakaların büyük bölümünün acil servislerde (%51.6) meydana geldiği, çoğunun sözel şiddet niteliğinde olduğu ve olayların önemli bir kısmının yanlış anlaşılma veya iletişim eksikliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Araştırma, raporlama farkındalığının arttığını ancak sürecin hâlâ karmaşık, yavaş ve çalışan açısından yorucu olduğunu göstermiştir.

Çalık ve arkadaşları (2021) tarafından bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Beyaz Kod bildirimlerinin çoğunun hekim ve hemşirelerden geldiği ancak buna rağmen şiddet olaylarının büyük kısmının hâlâ bildirilmediği saptanmıştır. Katılımcılar, bürokratik süreçlerin zorluğu, yönetsel desteğin yetersizliği ve “bildirsem de bir şey değişmez” algısının yaygın olduğunu ifade etmiştir. Sarı ve arkadaşlarının (2023) Türkiye genelinde yaptığı diğer bir çalışmada ise, şiddet olaylarının yalnızca %3’ünün hukuki yaptırımla sonuçlandığı, bu durumun sağlık çalışanlarında derin bir sonuçsuzluk inancını pekiştirdiği ve raporlama motivasyonunu ciddi şekilde azalttığı bildirilmiştir.

Uluslararası literatürde de benzer eğilimler gözlenmektedir. Villacis-Alvarez ve arkadaşları (2025), Kanada’da sağlık profesyonellerinin şiddet vakalarını bildirme konusunda gönülsüz olduklarını, bunun en önemli nedenlerinin belirsiz prosedürler, kurumsal destek eksikliği ve düşük sonuç alma umudu olduğunu vurgulamıştır. Bu durum, yalnızca bildirim sisteminin varlığının yeterli olmadığını; aynı zamanda sistemin erişilebilir, güvenilir ve sonuç alıcı olduğuna dair çalışan algısının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Norveç’te yapılan geniş ölçekli bir çalışmada (Skauge ve ark., 2025), şiddet mağduru bireylerin sağlık sistemine başvurmakta veya resmi bildirimde bulunmakta isteksiz oldukları ortaya konmuştur. Reddedilme, utandırılma, olayın yeterince ciddi görülmemesi ve sonuçsuz kalma beklentisi düşük bildirim oranlarının temel nedenleri olarak tanımlanmıştır. Bu bulgular, şiddet karşısında yalnızca sistem oluşturmanın yeterli olmadığını; sistemin çalışanlar tarafından güvenli, kapsayıcı ve cezai yaptırımlar açısından etkili olarak algılanmasının zorunlu olduğunu göstermektedir.

Vo, Brooks ve King (2025) da şiddetin önlenmesi ve raporlanmasında proaktif, hasta ve çalışan merkezli sistemlerin gerekliliğini vurgulamaktadır. Araştırmacılar, Beyaz

Kod gibi mekanizmaların etkili işlemesi için hem yasal süreçlerin sadeleştirilmesi hem de çalışanların haklarına, sürece ve destek mekanizmalarına ilişkin farkındalıklarının artırılması gerektiğini belirtmektedir. Kurumsal eğitimler, raporlama sonrası danışmanlık hizmetleri ve yönetsel şeffaflık gibi uygulamalar çalışanların güven duygusunu önemli ölçüde güçlendirebilir.

Bu bulgular, raporlama sistemlerinin işlevselliği ve çalışan güvenliği açısından yapısal sorunlara işaret etmektedir.

Bu araştırmada 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin şiddete maruz kalma durumunu etkileyen bireysel ve mesleki özellikler incelenmiş; cinsiyet, yaş, meslek grubu, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışılan birim, çalışma saatleri ve gelir durumu gibi demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Buna karşın toplam hizmet süresi, çalışma yılı ve mesleği sürdürme isteği değişkenlerinin şiddete maruz kalma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle 6–10 yıl arası deneyime sahip çalışanlarda şiddete maruz kalma oranlarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Ayrıca, şiddete maruz kalan çalışanlarda mesleği sürdürme isteğinin azaldığı saptanmıştır.

Literatür bulguları bu sonuçları desteklemektedir. Bayram ve arkadaşlarının (2017) acil servis hekimleri üzerinde yürüttüğü çalışmada, 5 yıldan uzun süre çalışanların daha fazla şiddete maruz kaldığı belirlenmiş; deneyim arttıkça maruziyet riskinin yükseldiği rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Ayrancı ve arkadaşlarının (2004) yürüttüğü çok merkezli araştırmada, 10 yıl üzeri deneyime sahip sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem sözel şiddete daha fazla maruz kaldığı gösterilmiştir. Bu çalışmalar, uzun hizmet süresinin daha fazla maruziyet olasılığı yarattığını ve iş ortamında artan deneyimin şiddetten kaçınma açısından koruyucu olmadığını ortaya koymaktadır.

Hamdan ve arkadaşlarının (2025) karşılaştırmalı çalışmasının sonuçları da bu bulgularla örtüşmektedir. Araştırmada, Türkiye’de acil servislerde uzun süre görev yapan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu; buna ek olarak şiddetin çalışanlarda meslekten ayrılma niyetini artırdığı ifade edilmiştir. Bu durum, mevcut çalışmamızdaki “mesleği sürdürme isteğinde azalma” bulgusuyla doğrudan paralellik göstermektedir.

Öte yandan Sabak ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da cinsiyet, yaş veya meslek gibi demografik değişkenlerin şiddet maruziyeti üzerinde anlamlı etkisinin

olmadığı; buna karşın çalışma süresi ve güvenlik algısının belirleyici faktörler olduğu gösterilmiştir. Güvenlik önlemlerini yetersiz bulan çalışanların şiddete maruz kalma olasılığının daha yüksek olması, çalışmamızdaki regresyon analizleriyle de tutarlıdır.

Çalışmada güvenlik algısının kritik bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Güvenlik önlemlerini “her zaman yeterli” bulan çalışanların şiddete maruz kalma olasılığı anlamlı biçimde daha düşüktür (OR = 0.306; p = 0.039). Bu bulgu, çevresel güvenlik önlemlerinin yalnızca fiziksel koruma sağlamakla kalmadığını; aynı zamanda çalışanların risk algısını ve davranışsal tutumlarını da etkilediğini göstermektedir.

Literatürde benzer sonuçlar bulunmaktadır. İçbay ve Şevik’in (2024) araştırmasında, Türkiye’de sağlık çalışanlarının %68’inin güvenlik önlemlerini yetersiz bulduğu ve bu algının şiddet maruziyetini artırdığı belirtilmiştir. Örgütsel destek eksikliği ve güvenlik personeli yetersizliği, şiddetin artmasına katkıda bulunan ana faktörler olarak tanımlanmıştır. Nam ve arkadaşlarının (2025) çalışmasında ise etkili güvenlik önlemlerinin şiddetin normalleşmesini engellediği ve çalışanların psikolojik dayanıklılığını artırdığı gösterilmiştir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Mardin ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeli ile sınırlıdır, diğer illerdeki 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin özelliklerini kapsamamaktadır. Diğer bir sınırlılık ise çalışmanın verilerinin belli bir zaman diliminde toplanmış olmasıdır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bulgular, şiddetin hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ciddi sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Katılımcıların önemli bir kısmının meslek yaşamlarında en az bir kez şiddete uğradığı, en yaygın şiddet türünün sözel şiddet olduğu, şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından ve hasta bakım süreci sırasında gerçekleştiği saptanmıştır. Şiddet olaylarının ardından çalışanların öfke, korku ve motivasyon kaybı gibi olumsuz duygular yaşadıkları; buna karşın resmi bildirim ve destek mekanizmalarını yeterince kullanmadıkları görülmüştür.

Araştırma sonuçları, demografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, meslek, eğitim vb.) şiddete maruz kalma açısından belirleyici olmadığını; ancak hizmet süresi, çalışma yılı ve güvenlik algısının anlamlı etkiler yarattığını göstermiştir. Özellikle 6–10 yıl arası deneyime sahip çalışanlarda şiddete maruz kalma oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca güvenlik önlemlerini yeterli bulan çalışanlarda şiddete maruz kalma olasılığının anlamlı biçimde azaldığı belirlenmiştir. Bu durum, güvenli çalışma ortamının şiddet riskini azaltmada kritik bir faktör olduğunu göstermektedir.

Çalışmada, şiddetle ilgili eğitimlerin yaygın olmasına rağmen bu eğitimlerin şiddeti önlemede istatistiksel olarak anlamlı bir etki yaratmadığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin maruz kaldığı şiddet, yalnızca bireysel bir sorun değil, sistematik ve kurumsal düzeyde ele alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur.

### Öneriler:

1. Kurumsal Güvenlik Önlemleri Güçlendirilmelidir: Şiddet riskinin yüksek olduğu acil sağlık hizmeti alanlarında fiziki güvenlik tedbirleri artırılmalı, olay yerlerinde güvenlik personeli görevlendirilmesi ve teknolojik destek (kamera, panik butonu vb.) yaygınlaştırılmalıdır.
2. Yasal Süreçler Hızlandırılmalı ve Etkinleştirilmelidir: Beyaz Kod bildirimi ve hukuki süreçlerin karmaşıklığı giderilmeli, çalışanların şiddeti bildirme konusundaki cesareti artırılmalı ve koruma mekanizmaları güçlendirilmelidir.

3. Psikososyal Destek Sistemleri Kurulmalıdır: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik danışmanlık, travma sonrası destek ve motivasyon artırıcı programlar sistematik biçimde sunulmalıdır.
4. Eğitim Programları İçerik ve Etki Açısından Gözden Geçirilmelidir: Şiddetle başa çıkma, raporlama ve iletişim eğitimlerinin içeriği güncellenmeli, etkililik düzeyleri değerlendirilerek ihtiyaç temelli programlara dönüştürülmelidir.
5. Toplum Bilinçlendirme Faaliyetleri Artırılmalıdır: Hasta ve hasta yakınlarına yönelik toplumsal farkındalık kampanyaları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kabul edilemez olduğu kamuoyuna güçlü biçimde aktarılmalıdır.
6. Şiddetle İlgili Veri Takip Sistemi Kurulmalıdır: Kurumlar arası entegre bir izleme sistemi ile şiddet olayları düzenli raporlanmalı ve bu veriler, önleyici politika geliştirmede temel alınmalıdır.

Bu öneriler doğrultusunda yapılacak sistematik iyileştirmeler, acil sağlık hizmeti sunan personelin mesleki güvenliğini artıracak, iş doyumunu destekleyecek ve hizmet kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Genel olarak, sağlıkta şiddetle mücadele yalnızca bireysel farkındalıkla değil, kurumsal kültürün dönüşümü ve yasal düzenlemelerin güçlendirilmesiyle mümkün olacaktır. Şiddetten arındırılmış bir çalışma ortamı, yalnızca sağlık çalışanlarının değil, toplumun genel sağlık hizmeti kalitesinin de sürdürülebilirliğini güvence altına alacaktır.

## KAYNAKÇA

- AbuAlRub, R., & Al-Asmar, A. (2011). Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 157-165. <https://doi.org/10.1177/1043659610395769>
- Aca, Z., Kırçal-Şahin, A., Özdemir, A., ve Kaymakçı, Y. S. (2025). Gender stereotypes and professional experiences of female nurses in Türkiye. *Frontiers in Public Health*, 13, 1538517. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1538517>
- Ajuwa, M. E. P., Veyrier, C. A., Cabrolier, L. C., Chassany, O., Marcellin, F., Yaya, I., & Duracinsky, M. (2024). Workplace violence against female healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14, e079396. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079396>
- Akin, M., ve Olcay, A. (2024). Effects of occupational safety performance on work engagement of emergency workers: Mediating role of job satisfaction. *Disaster and Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/10.5603/demj.97462>
- Aktaş, R., Bilvanisi, S., Ertekin, A., Gizli, G., & Kurhan, F. (2025). Burnout syndrome in emergency department workers in Turkey. *Kocatepe Tıp Dergisi*. <https://doi.org/10.18229/kocatepetip.1559239>
- Alharthy, N., Mutairi, M., Alsahli, A., Alshehri, A., Almatrafi, A., Mahah, A., & Qureshi, S. (2017). Workplace violence among emergency medical services workers in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Hospital Administration*, 6(3), 26-33. <https://doi.org/10.5430/jha.v6n3p26>
- Alhassan, A., ve Alsaqat, R. (2023). Sexual workplace violence in the health sector in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003336>
- Al-Sayaghi, KM. (2023). Violence against healthcare workers in the emergency departments of Al-Madinah hospitals, Saudi Arabia. *Journal of Family ve Community Medicine*;30(4):307-316. [https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm\\_136\\_23](https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_136_23).
- Alsmael, M. M., Gorab, A., ve Alqahtani, A. (2020). Violence against healthcare workers at primary care centers in Dammam and Al Khobar, Eastern Province, Saudi Arabia, 2019. *International Journal of General Medicine*, 13, 667-676. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S267446>
- Altner, A., ve Tekeli Yeşil, S. (2018). Emergency medical service (EMS) utilization by Syrian refugees residing in Ankara, Turkey. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(2), 160-164. <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000134>
- Alyami, M. S. M., Alyami, M. S. H., Bin Mana Alyami, M. M., Osman, M. J. A., &

- Alrajab, S. A. A. (2024). Navigating risks in the emergency room: A comprehensive review of patient-related violence against medical workers in emergency departments. *Journal of Ecohumanism*, 3(8). <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.4786>
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Sudan, S., & Arnetz, B. B. (2015). Organizational determinants of workplace violence against hospital workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(7), 713-20. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001345>
- Assil, A. O., Salem, A. A., Mokhtar, O. A., Taha, O. H., Ramadan, A. M. R., Mansour, A. H. R., ... Azab, S. M. (2022). Workplace violence at emergency departments, Ain Shams University Hospitals, Cairo, Egypt. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08867-6>
- Ayaz B. Dozois G. Baumann A L. Fuseini A. ve Nelson S. (2024). Perpetrators of gender-based workplace violence amongst nurses and physicians: A scoping review of the literature. *PLOS Global Public Health*; 4(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003646>
- Aydın G. ve İleri YY. (2021). Workplace violence and perspectives of healthcare professionals on electronic White Code system. *Kıbrıs Sosyal Bilimler Dergisi*; 5(1): 9-20. <https://doi.org/10.33720/kisgd.863574>
- Ayrancı U. Yenilmez Ç. Şahin F. Günay Y. Ünlüoğlu İ. Özdamar K. ve Kaptanoğlu C. (2004). Violence in health institutions: A survey of health care workers in west Turkey. *Annals of Saudi Medicine*; 24(1): 64-65. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2004.64>
- Ayrancı U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of emergency medicine*, 28(3), 361-65. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2004.11.018>
- Aytaç, S., Bozkurt, V., Bayram, N., Yıldız, S., Aytaç, M., Sokullu Akinci, F., ve Bilgel, N. (2011). Workplace violence: A study of Turkish workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), 385-402. <https://doi.org/10.1080/10803548.2011.11076902>
- Babiarczyk B. Turbiarz A. Tomagová, M. Zeleníková, R. Önler, E. ve Sancho Cantus, D. (2020). Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries: A cross-sectional study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 33(3), 325-338. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01475>
- Bahadırli, S., ve Sağaltıcı, E. (2021). Burnout, job satisfaction, and psychological symptoms among emergency physicians during COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 31(1), 67-76. <https://doi.org/10.5152/pcp.2021.20180>
- Baş, M., ve Çınar, O. (2021). The mediating role of work engagement in the relationship between perceived organizational support and turnover intention: A study on healthcare employees in Erzincan province of Turkey. *Ekonomski*

Vjesnik. <https://doi.org/10.51680/ev.34.2.4>

- Baydın, A., & Erenler, A. K. (2014). Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *International Journal of Emergency Mental Health*, 16(2), 288–290. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000112>
- Bayram, B., Çetin, M., Çolak Oray, N., ve Can, İ. (2017). Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: A cross-sectional survey. *BMJ Open*, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013568>
- Benli, A. R., Koyuncu, M., Cesur, Ö., Karakaya, E., Cüre, R., ve Turan, M. K. (2016). Evaluation of use of the 112 emergency ambulance service in Karabuk City. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*. <https://doi.org/10.4328/JCAM.2755>
- Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & de Cordova, F. (2019). Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: The effects of job satisfaction and attachment style. *BioMed Research International*, 2019, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2019/5430870>
- Bingöl, S., ve İnce, S. (2020). Factors influencing violence at emergency departments: Patients' relatives' perspectives. *International Emergency Nursing*, 54, 100942. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100942>
- Boyle, M., ve Wallis, J. (2016). Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. *Safety in Health*, 2, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s40886-016-0015-8>
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtuluş, A., ve Türkçüer, İ. (2006). Violence toward healthcare workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23(4), 364–369. <https://doi.org/10.1007/BF02850142>
- Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Can, D., ve Bayer, N. (2023). Burnout and turnover intentions of emergency department staff. *Medical Records*. <https://doi.org/10.37990/medr.1315403>
- Can, S., ve Haylı, Ç. M. (2020). Violence against health workers and measures to prevent violence. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5, 189–193. <https://doi.org/10.33457/ijhsrp.725946>
- Cansız, A., ve Akça, B. (2024). The psychological and legal dimensions of cyber violence in the digital game perspective: The case of League of Legends. *Journal of Awareness*, 9(1), 35–48. <https://doi.org/10.26809/joa.2253>
- Carey, I., & Hendricks, K. (2023). Workplace violence against healthcare workers using nationally representative estimates of emergency department data, 2015–2017. *American Journal of Industrial Medicine*, 66(3), 245–254. <https://doi.org/10.1002/ajim.23463>
- Coşkun Cenk, S. (2018). An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19, 21–25.

<https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>

- Çalık, M., Başpınar, M., ve Soyudoğru, S. (2021). Evaluation of “White Code” notifications at the training and research hospital between 2015 and 2019. *Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınları*.
- Çalıkoğlu, E., Aras, A., Hamza, M., Aydın, A., Nacakgedigi, O., ve Koga, P. M. (2018). Sexism, attitudes, and behaviors towards violence against women in medical emergency services workers in Erzurum, Turkey. *Global Health Action*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1524541>
- Çalışkan, C., Algan, A., Koçak, H., Biçer, B. K., şengelen, M., ve Çakır, B. (2014). Preparations for severe winter conditions by emergency health personnel in Turkey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8(2), 170–173. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.28>
- Çam, H., & Ustuner Top, F. (2021). Workplace violence against nurses working in the public hospitals in Giresun, Turkey: Prevalence, risk factors, and quality of life consequences. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12978>
- Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri şiddetinin Belirlenmesi. *J Psy Nurs*, 2(1), 9-16.
- Çelik, S., Çelik, Y., Ağırbaş, İ., ve Uğurluoğlu, O. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359–366 <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00548.x>
- Çetin, M., Biçakçı, S., Çanakçı, M., Aydın, M., ve Bayram, B. (2019). A critical appraisal of emergency medicine specialty training and resignation among residents in Turkey. *Emergency Medicine International*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6197618>.
- Çınarlı Yücel, H. (2013). Sağlık iletişimi bakış açısı ile Türkiye’de sağlık işyeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletifim Dergisi*, 2(3), 31–52. <https://izlik.org/JA46BA47PJ>
- Çikrikler, H. I., Yürümez, Y., Güngör, B., Aşkın, R., Yücel, M., & Baydemir, C. (2016). Violence against emergency department employees and the attitude of employees towards violence. *Hong Kong Medical Journal*, 22(5), 464–471. <https://doi.org/10.12809/hkmj154714>
- D’Ettorre, G., Mazzotta, M., Pellicani, V., & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Bio Medica*, 89(4-S), 28–36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-s.7113>
- Damsgaard, K., Melander-Nyboe, P., Pihl-Thingvad, J., Steinmetz, J., & Gehrt, T. (2025). Common mental health symptoms in personnel working in helicopter emergency medical services: A systematic review. *Air Medical Journal*, 44(5), 420–428. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2025.06.019>
- Derya, S. (2021). The relationship of COVID-19 burnout level in 112 emergency

service personnel with work stress and work-family conflict level. *Medical Research Journal*. <https://doi.org/10.37990/medr.908384>

- Devebakan, N., Bağcı, H., Sarıçam, H., ve Sarı, N. (2024). A retrospective comparative analysis of “Code White” reporting in a university hospital on the extent of violence in healthcare settings. *Prizren Social Science Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.32936/pssj.v8i2.537>
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., ... Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527–1528. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>
- Dinçler, S., Hölümen, N., Yükseloğlu, E. H., & Erkan, I. (2023). The Effect Of Violence Against 112 Emergency Healthcare Personnel On Job Satisfaction *International Journal of Health Services Research and Policy*, 8(3), 222-230. <https://doi.org/10.33457/ijhsrp.1388350>
- Doğan, M. (2021). Physical, psychosocial, occupational problems and protection behaviors experienced by pre-hospital emergency healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contemporary Medicine*. <https://doi.org/10.16899/jcm.832044>
- Dookeeram, D., Seetharaman, H., Taylor, L., Stoute, C., Toppin, T., Thomas, C., Trim, J., Stoute, S., ve Caton, K. (2024). The prevalence of violence against healthcare workers in Trinidad and Tobago. *Cureus*, 16. <https://doi.org/10.7759/cureus.58182>
- Dökme, S., Türkdoğan Görgün, C., & Akyürek, Ç. (2023). Analysis of the reflections of violence against healthcare workers in the media using text mining method. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*. <https://doi.org/10.30794/pausbed.1227935>
- Ekşi, A., Gümüşsoy, S., Keskin, G., Durmuş, S., Uyanık, E., Emen, N., Sarı, B., Altay, S. U., Altuncı, Y. A., Kaylı, D. Ş., Uslu, Ö., & Tekinsav Sütcü, G. S. (2025). Violence exposure status of prehospital care emergency medical services personnel and the effects of violence on the system. *Archives of Iranian Medicine*, 28, 522–529. <https://doi.org/10.34172/aim.34623>
- Erbay, H. (2017). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? Tarih perspektifinden bir değerlendirme. *Türk Tıp Tarihi Araştırmaları*, 7, 28–32. <https://izlik.org/JA64KP43XF>
- Erdoğan, T., Bayraktar, Y., Uçan, F., ve Atılgan, S. S. (2022). The effect of perceived stress on organizational silence in emergency service doctors in Turkey: The mediating role of emotional intelligence. *Frontiers in Public Health*, 10, 1010827. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1010827>
- Erdur, B., Ergin, A., Yüksel, A., Türkçüer, İ., Ayrık, C., ve Boz, B. (2015). Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 21(3), 175–181. <https://doi.org/10.5505/tjtes.2015.91298>

- Ersan Yaman, H., Başaran-Acil, S., ve Duygulu, S. (2023). The positioning of nursing in Turkish mass media: Before and after the COVID-19 outbreak. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12909>
- Eshah, N., Al Jabri, O. J., Aljboor, M. A., Abdalrahim, A., Albashtawy, M., & Saifan, A. (2024). Workplace violence against healthcare workers: A literature review. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241258029>
- Eshetie, Y., Baye, A. A., Ewunetu, M., Kerebeh, G., Asferie, W. N., ve Kefale, D. (2025). Magnitude of workplace violence and associated factors among healthcare professionals in East Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332415>
- Eyi, S., ve Eyi, İ. (2020). Nursing students' occupational health and safety problems in surgical clinical practice. *SAGE Open*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/2158244020901801>
- GBD 2019 Injuries Collaborators. (2020). Global mortality from interpersonal violence, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10262), 1879–1898.
- Gökdağ, R. (2015). Media presentation of violence that occurs due to dissatisfaction and communication difficulties between health personnel and patients and/or their relatives. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 5(3), 107–119.
- Gülen, B., Serinken, M., Hatipoğlu, C., Özaşır, D., Sönmez, E., Kaya, G., ve Akpınar, G. (2016). Work-related injuries sustained by emergency medical technicians and paramedics in Turkey. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 22(2), 145–149. <https://doi.org/10.5505/tjtes.2015.94224>
- Güvercin, C. H. (2019). Sağlık çalışanlarına şiddet haberleri: Basının kritik rolü. *STED /Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(6), 382–388. <https://doi.org/10.17942/sted.575603>
- Hairunisa, N. (2023). Workplace violence in healthcare service. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan*, 6(2), 142–145. <https://doi.org/10.18051/JBiomedKes.2023.v6.142-145>
- Hamdan, M., ve Erdem, A. (2025). Dimensions of violence against healthcare workers in emergency departments: A cross-sectional comparative study. *BMC Public Health*, 25, 22558. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22558-x>.
- Hamzaoğlu, N., & Türk, B. (2019). Prevalence of physical and verbal violence against health care workers in Turkey. *International Journal of Health Services*, 49, 844–861. <https://doi.org/10.1177/0020731419859828>
- Harthi, M. M., Olayan, M. A., Abugad, H. A., & Wahab, M. M. A. (2020). Workplace violence among healthcare workers in emergency departments of public hospitals in Dammam, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(12), 1473–1481. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.069>

- Hsieh, H.-F., Chen, Y.-M., Chen, S.-L., ve Wang, H.-H. (2023). Understanding the workplace-violence-related perceptions and coping strategies of nurses in emergency rooms. *Journal of Nursing Research*, 31, e304. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000581>
- Hu, Y. W., Luo, Q., Li, R., Zhang, M., Wang, Y., Su, P. L., Sun, J., Li, Y., Liu, Y., Chen, N., & Huang, Y. (2022). Anti-violence measures developed by ILO and WHO: Analysis of prevalence and effects in a Chinese hospital. *Frontiers in Public Health*, 10, 1049832. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1049832>
- International Labour Organization & World Health Organization. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/WHO Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
- İçbay, M. A., & Şevik, A. E. (2024). Workplace violence against healthcare workers in Türkiye: Experiences, opinions, and suggestions. *Journal of International Health Sciences and Management*. <https://doi.org/10.48121/jihsam.1561202>
- İpek, M., ve Özlük, B. (2023). Patients' opinion on violence against healthcare workers and their level of satisfaction in emergency department in Turkey: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 71, 101350. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101350>
- Kadioğlu, E., Erdem, A., Çalık, M., Yılmaz, A., Ceylan, A. F., Karaman, S., ve Yıldırım, H. (2022). COVID-19 related anxiety levels of emergency service personnel: A cross-sectional study from Turkey. *Medicine Science International Medical Journal*. <https://doi.org/10.5455/medscience.2021.05.152>
- Kara, K. T., Bulut, İ., Gürgöze, R., Deveci, E., ve Oğuzöncül, F. (2022). The prevalence of occupational accidents and diseases among 112 emergency medical workers and factors affecting it. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 39(1), 15–22. <https://doi.org/10.52142/omujecm.39.1.3>
- Karatuna, I., ve Başol, O. (2018). To blow the whistle or not: The roles of perceived organizational retaliation and upward communication satisfaction in employee responses to observed wrongdoing. *Developments in Corporate Governance and Responsibility*, 13, 45–65. <https://doi.org/10.1108/S2043-052320180000013015>
- Karpınar, A., ve Hakverdi, H. (2025). Workplace violence against emergency physicians: A cross-sectional study on the role of communication skills. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 25(2), 123–129. [https://doi.org/10.4103/tjem.tjem\\_215\\_24](https://doi.org/10.4103/tjem.tjem_215_24)
- Khan, M. N., Haq, Z., Khan, M., Wali, S., Baddia, F., Rasul, S., Khan, S., Polkowski, M., ve Ramirez-Mendoza, J. Y. (2021). Prevalence and determinants of violence against healthcare in the metropolitan city of Peshawar: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 10243. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10243-8>
- Khoza, T., Sibiya, M. N., & Mshunqane, N. (2022). Impact of workplace violence towards public service emergency care providers on access to emergency medical care in Gauteng Province, South Africa. *Southern African Journal of Public Health*, 6(1), 159. <https://doi.org/10.7196/shs.2022.v6.i1.159>

- Kılıç, Ü., Yön, B., ve Yıldırım Şişman, N. (2019). The relationship between work-related stress and the risk of anxiety and depression of emergency station personnel. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 17(1), 65–72. <https://doi.org/10.20518/tjph.419519>
- Kızılkaya, S., & Buğdali, B. (2025). The relationship between healthcare system distrust and intention to use violence against health professionals: The mediating role of health news perceptions. *Health Expectations*, 28. <https://doi.org/10.1111/hex.70151>
- Koçak, H., Çalışkan, C., Kaya, E., Yavuz, Ö., ve Altıntaş, K. H. (2015). Determination of individual preparation behaviors of emergency health services personnel towards disasters. *Journal of Acute Disease*, 4(3), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.joad.2015.04.004>
- Koçak, M., Gül, O., Aydın, H., Aciksari, K., ve Özüçelik, D. N. (2019). Frequency of anxiety among physicians working in emergency departments and other clinics in Turkey: A cross-sectional survey. *Medeniyet Medical Journal*, 34(4), 340–347. <https://doi.org/10.5222/MMJ.2019.34032>
- Koubaa, A., Khouja, N., Ismail, S., Bechrifa, E., Baraketi, E., Ben Jemâa, A., ... Benzarti, A. (2023). Psychological impact of workplace violence towards nurses in the emergency department. *European Psychiatry*, 66(S868). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1838>
- Kowalenko, T., Hauff, S., Morden, P. C., ve Smith, B. L. (2011). Development of a data collection instrument for violent patient encounters against healthcare workers. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(5), 429–433. <https://doi.org/10.5811/westjem2011.12.6795>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501.
- Larson, L., Finley, J., Gross, T., McKay, A., Moenck, J. M., Severson, M., ve Clements, C. (2019). Using a potentially aggressive/violent patient huddle to improve health care safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(2), 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.08.011>
- Lawn, S., Roberts, L., Willis, E., Couzner, L., Mohammadi, L., & Goble, E. (2020). The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: A systematic review of qualitative research. *BMC Psychiatry*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02752-4>
- Li, J. H., Chen, T., Lee, H. F., ve Shih, W. (2021). The effects of emergency room violence toward nurses' intention to leave—Resilience as a mediator. *Healthcare*, 9(5), 507. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050507>
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S., Giloi, N., ve Awang Lukman, K. (2022).

- Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery*, 78, 103727. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>.
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76, 927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- Makazi RAİ. Alzeer FGH. Saeed SAM. Muawid BAM. ve Alsaedi SEN. (2025). Prevalence of workplace violence against nurses in psychiatric hospital in Medina region. *International Journal of Innovative Research and Scientific Studies*;8(6): 1745-52. <https://doi.org/10.53894/ijirss.v8i6.10020>
- Malaquias, R. A. D., & Leite, C. H. B. (2024). Violence in the workplace in Brazilian society: A conceptual study and mapping in light of ILO Convention No. 190/2019. *Beijing Law Review*, 15(1), 145–159. <https://doi.org/10.4236/blr.2024.151009>
- Mammadova, U., ve Joamets, K. (2021). Istanbul Convention, honour killings and Turkey's experience. *International and Comparative Law Review*, 21(1), 79–99. <https://doi.org/10.2478/iclr-2021-0003>.
- Marčeta, E., ve Todorović, J. (2024). Workplace violence against the healthcare workers: Call to action. *Srpski Medicinski Časopis Lekarske Komore*, 5(1), 22–29. <https://doi.org/10.5937/smclk5-51290>
- McGuire, S., Lampman, M. A., Smith, O. A., ve Clements, C. M. (2024). Impact of workplace violence against emergency medical services (EMS). *Prehospital Emergency Care*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10903127.2024.2381218>
- Medeni, V., Çetintepe, S., Medeni, İ., Özdemir Öztel, H., Bozdağ, F., ve Uğraş Dikmen, A. (2025). Occupational injuries among hospital workers: A retrospective study in Turkey. *Journal of Clinical Medicine*, 14(4), 1050. <https://doi.org/10.3390/jcm14041050>
- Morken, T., Johansen, I. H., & Alsaker, K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: A focus group study. *BMC Family Practice*, 16, 27–35. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0276-z>
- Nam, S., Wong, J. Y. H., An, B., ve Fong, D. (2025). Workplace violence, normalization of violence, and psychological distress among Korean nurses: A cross-sectional analytic study. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.70112>
- Nanoty, V. A., ve Tyagi, A. K. (2025). Psychological consequences of whistleblower retaliation in India's healthcare sector: A forensic qualitative study. *Medico-Legal Update*. <https://doi.org/10.37506/gy6bpp92>
- Nelson, S., Ayaz, B., Baumann, A. L., & Dozois, G. (2024). A gender-based review of workplace violence amongst the global workforce: A scoping review of the literature. *PLOS Global Public Health*, 4, e0003336.

<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003336>

- Niu, S. F., Kuo, S., Tsai, H., Kao, C., Traynor, V., & Chou, K. (2019). Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLOS ONE*, 14(2), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211183>
- O'Brien, C. J., van Zundert, A., ve Barach, P. (2024). The growing burden of workplace violence against healthcare workers: Trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention. *eClinicalMedicine*, 72, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>.
- Önal, Ö., Evcil, F. Y., Batmaz, K., Çoban, B., ve Doğan, E. (2023). Systematic review and meta-analysis of verbal and physical violence against healthcare workers in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 29(10), 819–830. <https://doi.org/10.26719/emhj.23.083>
- Özata, M., Toygar, Ş. A., ve Yorulmaz, M. (2011). Comparative analysis of 112 emergency ambulance services on the example of Turkey – Konya. *European Journal of General Medicine*, 8(4), 262–267. <https://izlik.org/JA72GD65RC>
- Özdamar Ünal, G., Işcan, G., ve Ünal, O. (2022). The occurrence and consequences of violence against healthcare workers in Turkey: Before and during the COVID-19 pandemic. *Family Practice*. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab024>
- Özel, M., Balsak, H., & Yıldız, T. (2024). Healthcare workers' safety and emotional exhaustion: Exploring the impact of violence and trust in emergency departments. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 29, 106–114. <https://doi.org/10.1177/25160435241240517>.
- Özlu, Z., Özlu, İ., Yıldırım, T., Yayla, A., ve Bayramoğlu, A. (2017). Why do relatives of patients at the emergency room get angry? *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 15, 172–176. <https://doi.org/10.5152/eajem.2016.13008>
- Perez-Urdiales, I., Zubero-Linaza, J. & Guillén-Cañas, V. Addressing gaps in intimate partner violence training in nursing: a case-based pedagogical intervention. *BMC Med Educ* 26, 128 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08432-9>
- Pinar, R., ve Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: A survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 510–517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03520>.
- Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, Guidotti TL, Akdur R, Sabuncu H, Bodur S, Egri M, Bakir B, Acikgoz EM, Atceken I, Cengiz M. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *J Interpers Violence*. 2017. Aug;32(15):2345–65. <https://doi.org/10.1177/08862605155919>
- Pourshaikhian, M., Gorji, H. A., Aryankhesal, A., Khorasani-Zavareh, D., & Barati, A. (2016). A systematic literature review: Workplace violence against emergency medical services personnel. *Archives of Trauma Research*, 5(1), e28734. <https://doi.org/10.5812/atr.28734>

- Ramzi, Z., Fatah, P. W., & Dalvandi, A. (2022). Prevalence of workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 896156. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896156>
- Rasteh, M., Abdolrahimi, M., Nasiri, M., & Ilkhani, M. (2025). Association between nursing care quality and amount of violence against nurses in emergency departments. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 30, 505–509. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_316\\_23](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_316_23)
- Rossi, M., Beccia, F., Cittadini, F., Amantea, C., Aulino, G., Santoro, P. E., Borrelli, I., Oliva, A., Ricciardi, W., Moscato, U., & Gualano, M. (2023). Workplace violence against healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 221, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021>
- Roth, K., Köppen, J., & Henschke, C. (2025). Workplace violence and burnout among emergency medical service workers and nurses in Germany: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-025-01026-y>
- Sabak, M., Al-Hadidi, A., Oktay, M., Al, B., Kazaz, T., Kowalenko, T., & Hakmeh, W. (2021). Workplace violence in emergency departments in Turkey. *Avicenna Journal of Medicine*, 11, 111–117. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732284>
- Salim, N., Isa, M., Chew, K., Noor, M., & Samat, A. A. (2021). Coping response to workplace violence among healthcare workers in the emergency department: A qualitative study. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-124939/v1>
- Sarı, H., Yıldız, İ., Baloğlu, S. Ç., Özel, M., ve Tekalp, R. (2023). The frequency of workplace violence against healthcare workers and affecting factors. *PLOS ONE*, 18, e0289363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289363>
- Schulz, L., Quach, M., ve Lyver, J. (2025). Understanding and measuring workplace violence in healthcare: A Canadian systematic framework to address a global healthcare phenomenon. *BMC Emergency Medicine*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01144-1>
- Seddik, S., Abdelhai, R., Aboushady, A. T., Nawwar, A. E., El Essawy, R. A., ve Hegazy, A. A. (2023). Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey at Cairo University Hospital. *Frontiers in Public Health*, 11, 1277056. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1277056>
- Sharma, R., ve Garg, N. (2025). Socio-demographic and economic determinants of workplace violence: Insights from World Risk Poll, 2021. *International Journal of Conflict Management*. <https://doi.org/10.1108/IJCMA-07-2024-0184>
- Sing, P., ve Lau, A. (2025). A scoping review of workplace violence against healthcare workers in Singapore. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1624191>
- Skauge, A. D., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Nissen, A., Seifert, L. S., Överlien, C., ve

- Dale, M. T. G. (2025). Healthcare utilisation and barriers to healthcare after violence and rape in the Norwegian population: A cross-sectional, multimethod study. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101434>
- Sonmez, L. O., ve Gül, M. (2021). Occupational burnout, job satisfaction, and anxiety among emergency medicine doctors in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(3), 757–763. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.3.3363>
- Spelten, E., van Vuuren, J., O'Meara, P., Thomas, B., Grenier, M., Ferron, R., ... Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What strategies do workers use? *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00621-9>
- Spencer-Sitarz, K., ve ark. (2023). Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: A systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01226-8>
- Şahin, T., Aslaner, H., Eker, O. O., Gokcek, M., & Dogan, M. (2020). A questionnaire study effect of COVID-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers. *Int J Med Sci Clin Invent*, 7(9), 4991-5001. <https://doi.org/10.18535/ijmsci/v7i09.010>
- Tabur, A., Elkefi, S., Emhan, A., Mengenci, C., Bez, Y., ve Asan, O. (2022). Anxiety, burnout and depression as predictors of healthcare professionals' turnover during the COVID-19 pandemic. *Healthcare*, 10(3), 525. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030525>
- Talas, M., Kocaöz, S., ve Akgüç, S. (2011). A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research*, 5(4), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2011.11.001>
- Torabi, M., Afshari, A., Salimi, R., & Khazaei, A. (2025). Leveling of triggers: A comprehensive summative content analysis of factors contributing to physical violence in emergency medical services. *BMC Emergency Medicine*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01181-4>
- Turan, C., Saz, E., Anıl, M., Bal, A., Gokalp, G., ve Yılmaz, H. (2019). The first national data of Turkish pre-hospital emergency care for children: Epidemiology, clinical characteristics, and outcomes. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 29, 289-295. <https://doi.org/10.1177/1024907919892766>
- Tutan, A., ve Kökalan, Ö. (2024). The mediation role of work–family conflict in the effect of workplace violence on job satisfaction and intention to leave: A study on healthcare workers in Turkey. *Frontiers in Psychology*, 15, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1322503>
- Uysal, M., ve Korkmaz, A. (2024). The relationship between ambulance team's professional commitment, occupational anxiety, and resilience levels. *BMC Health Services Research*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11158-x>
- Ülker, V., ve Erdoğan, Ö. (2019). Disaster education and drills in Turkey: Do we prepare ourselves for unexpected disasters? *Prehospital and Disaster Medicine*,

34, S121. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19002607>

- Ünal, Y., Çakır, E., ve Tekeli-Yeşil, S. (2021). Determinants of the mental health condition of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 30, 2847–2853. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01656-1>
- Villacis-Alvarez, E., Noorloos, J., Wilson, S. J., Green, R. S., Fashan, S., Pritchett, C., John, C., ve Yakubovich, A. R. (2025). Organizational and systems-level barriers and facilitators to health professionals' readiness to address domestic and sexualized violence: A qualitative study from Nova Scotia, Canada. *Frontiers in Reproductive Health*. <https://doi.org/10.3389/frph.2025.1598706>
- Vo, C. T., Brooks, K., ve King, E. (2025). Breaking the cycle: Preventing workplace violence against healthcare workers. <https://doi.org/10.1002/jhm.70167>.
- Vrablik, M., Chipman, A. K., Rosenman, E. D., Simcox, N., Huynh, L., Moore, M., ve Fernandez, R. (2019). Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA. *BMJ Open*, 9, e031781. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031781>
- Watson, S. (2025). Exploring theories of gender-based violence. <https://doi.org/10.1108/978-1-83549-724-120251003>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO Press.
- Yaman, S., ve Baştürk, F. (2024). Exploring societal perspectives on healthcare violence: A comprehensive analysis of Twitter discourse. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 9(2), 100–113. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2023-99173>
- Yazıcı Bala, E., ve ark. (2024). Effects of workload and distance traveled on psychological resilience and values among emergency healthcare workers. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 55(4), 501–508. <https://doi.org/10.55730/1300-0144.5994>
- Yılmaz, A., Dal, O., Yaylacı, S., ve Uyanık, E. (2015). Rate of exposure to violence in 112 staff in Denizli City. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 14, 103–106. <https://doi.org/10.5152/eajem.2015.90958>
- Yılmaz, A., Serinken, M., Dal, O., Yaylacı, S., ve Karcıoğlu, O. (2016). Work-related injuries among emergency medical technicians in Western Turkey. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(5), 505–508. <https://doi.org/10.1017/S1049023X16000741>
- Yılmaz, K., Kaya, K., Özese, T. A., ve Hilal, A. (2023). The prevalence of exposure to violence among healthcare professionals in Adana and their opinion on violence in health. *The Bulletin of Legal Medicine*, 28(3), 213–221. <https://doi.org/10.17986/blm.1629>
- Yöyen, B., ve Barış, G. (2025). Validity and reliability study of the Workplace Violence

Scale in Healthcare (TYPE 2 Violence) in Turkish. *Healthcare*, 13(7), 729. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070729>

Yusoff, N., ve Ahmad, N. (2023). Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21, 1688. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00868-8>

Zhang, R., Qu, G., Feng, J., Sun, Y., Li, X., ve ark. (2025). Relationship between workplace violence and depressive symptoms among emergency department physicians in China: The mediating role of occupational burnout. *Journal of Global Health*. <https://doi.org/10.7189/jogh.15.04259>



## EKLER

### Ek 1. Anket Formu

#### 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma

Değerli Katılımcılar,

Bu araştırma bilimsel bir araştırma olup, Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr. Sema ÇİFÇİ ve Paramedik Abdurrezak KANAT tarafından yürütülen bir çalışmadır.

**Çalışmanın amacı:** Bu araştırma, Mardin'deki 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline yönelik şiddetin sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya sizden tahminen ortalama 7-10 dakikanızı ayırmanızı istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu anketi okuyup doldurmanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz bilimsel platformda yayın amacıyla kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya araştırmacıya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

#### 1. BÖLÜM: SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
2. Mesleğiniz:  
 Hekim  Paramedik  Acil Tıp Teknisyeni(ATT)  Sürücü  Diğer: ...
3. Yaşınız:  18-24  25-34  35-44  45-54  55 ve üstü
4. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekâr
5. Eğitim Durumunuz: ( ) Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü
6. Çalıştığınız birim veya İstasyon adı.  
 Komuta Kontrol Merkezi  112 ASHİ  112 Başhekimlik
7. Meslekteki toplam hizmet süreniz:  
 0-5 Yıl  6-10 Yıl  11-15 Yıl  16-20 Yıl  21 Yıl ve üstü
8. Mesleği sürdürmek isteği: 1.Evet 2. Hayır 3.Kararsızım
9. 112'de kaç yıldır çalışıyorsunuz? \_\_\_ yıl.
10. Çalışma Saatleri  Saat 08:00-16:00  24 Saat
11. Aylık Geliriniz:  
 Gelir giderden az  Gelir Gidere Eşit  Gelir giderden Fazla

## II. BÖLÜM: ŞİDDETLE İLGİLİ EĞİTİM BİLGİLERİ

1. Meslek yaşamınızda şiddetle başa çıkma eğitimi aldınız mı?  
 Evet  Hayır
2. Son 1 yıl içinde şiddetle ilgili hizmet içi eğitime katıldınız mı?  
 Evet  Hayır
3. Şiddet olaylarını raporlama konusunda eğitim aldınız mı?  
 Evet  Hayır
4. Beyaz Kod sistemi ile ilgili eğitim aldınız mı?  
 Evet  Hayır
5. Hasta ile iletişim konusunda eğitim aldınız mı?  
 Evet  Hayır

## III. BÖLÜM: ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI

6. 112’de çalışırken şiddete maruz kaldınız mı? (Cevabınız “Hayır” ise 19 soruya geçiniz)  
 Evet  Hayır
7. Cevabınız evet ise kaç defa maruz kaldınız.  
 1 defa  2 defa  3 ve üstü
8. 112 de çalışırken aşağıda belirtilen şiddet türlerinden hangisine uğradığınızı işaretleyiniz: (birden fazla seçebilirsiniz):

Şiddet Türü	Eylemler	Evet	Hayır
Fiziksel Şiddet	Tükürme/ısıрма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vurma/tokat atma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Üzerine yürüme/ İtme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nesneleri fırlatma/silah kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yumruklama/tekmeleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sözel Şiddet	Tehdit Etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Küfretme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hakaret etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikolojik Şiddet	Aşağılama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yıldırma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suçlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel Şiddet	Fiziksel temas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tecavüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cinsel içerikli konuşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uygunsuz bakışlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Siber Şiddet	Telefonla taciz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mesaj gönderme (SMS/ Mail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sosyal Medya Tacizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Şiddet kim/ kimler tarafından uygulandı?
- |                       |                               |                                |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Hasta                 | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Hasta yakını          | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Sağlık personeli      | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Başka kurum personeli | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Tanımadığım biri      | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
10. Saldırmanın cinsiyeti  Kadın  Erkek
11. Şiddete maruz kaldığınızda yanınızda kimse var mıydı?  Evet  Hayır
12. Saldırının olduğu saatler:  08-16 arası  16-24 arası  24-08 arası
13. Şiddete maruz kalma durumu hangi işlem veya süreç sırasında meydana geldi?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hasta kabul/kayıt işlemleri sırasında         |
| <input type="checkbox"/> Muayene, tedavi veya fiziksel bakım esnasında |
| <input type="checkbox"/> Hasta transferi sırasında                     |
| <input type="checkbox"/> Sözlü iletişim/konuşma anında                 |
| <input type="checkbox"/> Kalabalığı çok arttığı anda                   |
| <input type="checkbox"/> Diğer   |
14. Şiddete maruz kaldığınız yer neresidir?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acil servisin içinde                 | <input type="checkbox"/> Klinikler ve yoğun bakımlar               |
| <input type="checkbox"/> Olay yerinde                         | <input type="checkbox"/> Hastanenin önünde                         |
| <input type="checkbox"/> 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu | <input type="checkbox"/> Ambulansta <input type="checkbox"/> Diğer |
15. Şiddet sırasında verdiğiniz tepki neydi? (birden fazla seçebilirsiniz)
- Telsizden şiddete uğradığıma dair anons geçtim  Evet  Hayır
- Karşılık vermeden çalışmaya devam ettim  Evet  Hayır
- Sözlü karşılık verdim  Evet  Hayır
- Kendimi savundum  Evet  Hayır
- Beyaz Kod bildiriminde bulundum  Evet  Hayır
- Güvenlik ekipleriyle irtibata geçtim  Evet  Hayır
- Olay yerinden uzaklaştım  Evet  Hayır
- Kızdım ve öfkelen dim  Evet  Hayır
- Kendimi ambulansa kilitledim  Evet  Hayır
- Hastaya tedavisinde zorluk çıkardım  Evet  Hayır
- Hasta/yakınına kaba davrandım.  Evet  Hayır
- Diğer  Evet  Hayır
16. Şiddete maruz kaldıktan sonra hangi duyguları yaşadınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- |  |                               |                                |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Yoğun öfke/sinir hali yaşadım                                | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Korku ve tedirginlik hissettim                               | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Çalışma ortamında iyileşme olacağına dair inancımı kaybettim | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Mesleği bırakmayı düşündüm                                   | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Mesleki motivasyonum azaldı / mesleğimden soğudum            | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Diğer  | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
17. Şiddete maruz kalmanızın nedeni sizce neydi? (Birden fazla seçebilirsiniz.)
- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Hastalık psikolojisi                            | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Hastaya müdahalenin gecikmesi                   | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Şiddetin "sorun çözme yöntemi" olarak görülmesi | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Sağlık politikalarının yetersizliği             | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |

- Deneyimli personel eksikliği  Evet  Hayır
- Şiddet uygulayan bireyin sosyo-kültürel özellikleri  Evet  Hayır
- Olay sonrası herhangi bir cezai yaptırım uygulanmaması  Evet  Hayır
- Hastaların/yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi  Evet  Hayır
- Hasta yakınının ambulansa alınmaması  Evet  Hayır
- Tedavi memnuniyetsizliği  Evet  Hayır
- Uzun bekleme süresi  Evet  Hayır
- Alkol/uyuşturucu etkisi  Evet  Hayır
- Yetersiz iletişim/yanlış anlaşılma  Evet  Hayır
- Hastanın durumu hakkında ilgili bilgilendirmenin yapılmaması  Evet  Hayır
- Hasta yakın haricinde kişi/kişilerin bilgi talebinde bulunması  Evet  Hayır
- Asık suratlı davranma  Evet  Hayır
- Diğer  Evet  Hayır
18. Şiddete maruz kaldığımızda size kim/kimler destek oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- Kolluk Kuvvetleri/ Hastane güvenlik personeli  Evet  Hayır
- Çalışma arkadaşlarım  Evet  Hayır
- Olay anında çevrede bulunan kişiler  Evet  Hayır
- Hasta yakınları  Evet  Hayır
- Diğer  Evet  Hayır
19. Şiddet uygulayan kişi ya da kişiler hakkında şikâyette bulunduktan sonra tehdit, baskı veya başka olumsuz bir durumla karşılaştınız mı?
- Evet  Hayır  Şikâyette bulunmadım
20. Görevinizi yerine getirirken güvenlik konusunda endişe duyuyor musunuz?
- Evet  Hayır
21. Çalıştığımız kurumda alınan güvenlik önlemlerini yeterli buluyor musunuz?
- Her zaman yeterli  Bazen yeterli  Hiçbir zaman yeterli değil
22. Beyaz Kod bildiriminde bulduysanız geri bildirim alabildiniz mi?
- Evet  Hayır
23. Beyaz Kod bildiriminde bulunmadıysanız nedeni neydi?
- Yasal süreç çok uzun  Sonuç alınacağına inanmıyorum
- Zamanım yoktu  Kurumum destek olmuyor  Diğer
24. Sizce sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında aşağıdaki faktörlerden hangileri etkili olmaktadır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- Toplumda şiddetin normalleştirilmesi ve yaygınlaşması  Evet  Hayır
- Medyada sağlık çalışanları hakkında olumsuz haberlerin sık yer alması  Evet  Hayır
- Hasta ve yakınlarının sağlık sistemi hakkında yeterince bilgilendirilmemesi  Evet  Hayır
- Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan gecikmeler veya aksaklıklar  Evet  Hayır
- Uzun bekleme süreleri ve hasta yoğunluğu  Evet  Hayır
- Etkili ve yeterli güvenlik önlemlerinin bulunmaması  Evet  Hayır
- Sağlık çalışanı ile hasta/yakınları arasında iletişim sorunları  Evet  Hayır
- Hukuki süreçlerde şiddet uygulayanlara yönelik caydırıcı cezaların olmaması  Evet  Hayır
- Deneyimli personel eksikliği ve iş yükünün fazla olması  Evet  Hayır
- Diğer  Evet  Hayır

## Ek 2. Kurum İzni



T.C.  
MARDİN VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-68051626-770-290497912  
Konu : Bilimsel Çalışma (Abdurrezzak KANAT)  
Hk.

06.10.2025

### ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ (Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları)

Müdürlüğümüze bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İl Ambulans Servisi Başhekimliği 9 Nolu ASHİ'de Paramedik olarak görev yapmakta olan Abdurrezzak KANAT, Doç. Dr. Sema ÇİFTÇİ danışmanlığında Müdürlüğümüze bağlı ASHİ'lerinde "112 Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma" isimli bilimsel çalışmalarını yapmak için tarafımıza başvuruda bulunmuştur. Adı geçen çalışmayla ilgili belgeler (bilimsel araştırma çalışmaları başvuru formu, başvuru dilekçesi, çalışma anketinin bir örneği...) komisyonumuzca değerlendirilmiştir. Herhangi bir girişimsel işlem yapılmaması, Araştırmaya konu olacak kişilerin bilgilerinin üçüncü özel veya tüzel kişilerle paylaşılmaması konusunda hassasiyet gösterilmesi, yapılacak çalışma ile ilgili ortaya çıkacak her hangi bir maddi ihtiyacın araştırmacı tarafından karşılanması ve yapılacak çalışmanın sonucunun bir nüshasının tarafımıza teslim edilmesi kaydıyla çalışmanın yapılabileceği hususu uygun görülüş olup gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Hasan TİMURAĞAOĞLU  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: İlgili Ekler

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge doğrulama kodu: C1594386-4190-4403-8F6D-DCB11C4B0209

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

13 Mart Mahallesi Vali Oran Caddesi No:104 47000  
Telefon No: 4822217753  
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/)  
Kep Adresi: [mardinism@h01.kep.tr](mailto:mardinism@h01.kep.tr)

Bilgi için: Nurecan ENSARI  
Hemşire  
Telefon No: 0482 212 77 53 - 1282



### Ek 3. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/09/2025-215618



T.C.  
MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76272411-050.04-215618  
Konu : Etik Kurul Kararı

18/09/2025

Sayın Doç.Dr. Sema ÇİFÇİ

İlgi : 31.07.2025 tarihli ve 206667 sayılı başvurunuz

İlgili başvuru dosyanız, Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir. Kurulumuzun kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. İzzettin TOKTAŞ  
Etik Kurulu Başkanı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/09/2025-215468 T.C.		Doküman No	M5.TUT.019
MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ		Yayın Tarihi	28/11/2022
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR TUTANAĞI		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	27 / 43

Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
09.09.2025	9	2025/9-27	
Çalışma Adı:	112 Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma		
Araştırmacılar:	Sema ÇİFÇİ, Abdurrezzak KANAT		
<p><b>KARAR</b></p> <p>31.07.2025 tarihli ve 206667 sayılı başvurunuz; Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi kapsamında uygun olup olmadığı açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna, oy birliği ile karar verilmiştir.</u></p>			
<p>Doç. Dr. İzzettin TOKTAŞ Etik Kurul Başkanı e-imzalıdır</p>			
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜTÜN Etik Kurul Başkan Yrd.	e-imzalıdır	Doç. Dr. Vasfiye BAYRAM DEĞER Etik Kurul Üyesi	e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Tarık BARAN Etik Kurul Üyesi	e-imzalıdır	Dr. Öğr. Üyesi Uğur ŞEKER Etik Kurul Üyesi	e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Seher TANRIVERDİ Etik Kurul Üyesi	e-imzalıdır	Dr. Öğr. Üyesi Mine AKKUŞ UÇAR Etik Kurul Üyesi	e-imzalıdır
<p>Dr. Öğr. Üyesi SEHER TANRIVERDİ (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Üyesi) 16/09/2025 11:51 Dr. Öğr. Üyesi UĞUR ŞEKER (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Üyesi) 17/09/2025 11:11 Doç. Dr. VASFİYE BAYRAM DEĞER (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Üyesi) 17/09/2025 11:11 Dr. Öğr. Üyesi MINE AKKUŞ UÇAR (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Üyesi) 17/09/2025 11:11 MEHMET TARIK BARAN (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Üyesi) 18/09/2025 09:58 Dr. Öğr. Üyesi AHMET BÜTÜN (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Başkan Yardımcısı) 18/09/2025 11:11 Doç. Dr. İZZETTİN TOKTAŞ (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurulu Başkanı) 18/09/2025 11:11</p>			
Hazırlayan (24/11/2022)	Kontrol Eden (25/11/2022)	Onaylayan (28/11/2022)	
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar	Kalite Koordinatörü	Rektör Yardımcısı	

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı Soyadı</b>	Abdurrezzak KANAT
<b>Yabancı Dili</b>	İngilizce
<b>Orcid Numarası</b>	0009-0009-6921-9602
<b>Ulusal Tez Merkezi Referans Numarası</b>	10705867
<b>Lise</b>	Mardin Lisesi (Aziz Sancar Anadolu Lisesi)
<b>Lisans</b>	Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi ve İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi
<b>Yüksek Lisans</b>	Mardin Artuklu Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi
<b>Mesleki Deneyim</b>	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yetişkin Acil Servisi 2000-2004 Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri 112 İstasyonları 2004-2026
<b>Akademik Çalışmalar</b>	1. Abdurrezzak Kanat. Attitudes and Behaviors of 112 Emergency Medical Services Personnel Regarding Influenza Vaccination. 10th International Izmir Congress on Medicine, Nursing, Midwifery, and Health Sciences, 16–18 Aralık 2025, İzmir, Türkiye. (Uluslararası kongrede İngilizce sözlü bildiri)