



T.C.

Ardahan Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: TUNCELİ İL ÖRNEĞİ

Melahat ZENGİN

Doç. Dr. Erdiñ ÜNAL

Yüksek Lisans Tezi

Ardahan, 2024

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: TUNCELİ İL ÖRNEĞİ

Melahat ZENGİN

Doç. Dr. Erdinç ÜNAL

Ardahan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ardahan, 2024

KABUL VE ONAY

Melahat ZENGİN tarafından hazırlanan ‘‘Sağlık alışanlarına Yönelik şiddet: Tunceli İl Örneği’’ başlıklı bu çalışma, 10.09.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Aysun DANAYIYEN (Başkan)

Doç. Dr. Erdinç ÜNAL (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe şAHİN (Üye)

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa şENEL
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Ardahan Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / Ardahan Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

10/09/2024

Melahat ZENGİN

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

** Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının **Doç. Dr. Erdiņ ÜNAL** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Ardahan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Melahat ZENGİN

ÖN SÖZ

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet olgusunu Tunceli ili örneği üzerinden ele almaktadır. Sağlık çalışanları, görevlerini yerine getirirken pek çok riskle karşı karşıya kalmaktadır. Bu risklerin başında ise şiddet gelmektedir. Sağlık çalışanının maruz kaldığı fiziksel ve psikolojik şiddetin etkisi, ölüm dahil olmak üzere birçok ciddi tahribata yol açabilmektedir. Bu etkiler, yalnızca o personelle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda sağlık sistemlerinin kalite, verimlilik ve sürdürülebilirliğini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sebeplerle, konunun detaylı bir şekilde incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu tez, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti Tunceli ili özelinde aydınlatmanın yanı sıra, genel olarak sağlık çalışanına şiddet olgusuna ışık tutmakta ve bu sorunun çözümüne yönelik öneriler sunmaktadır.

Tez çalışmam süresince bana yol gösteren, engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım danışman hocam Doç. Dr. Erdiç ÜNAL'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Aynı zamanda, değerli katkılarından dolayı jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Aysun DANAYİYEN ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞAHİN'e de teşekkür ederim. Çalışmalarına zaman ayırabilmem için bana her daim destek olan kıymetli eşim Doç. Dr. Ersoy ZENGİN'e ve sabır gösteren sevgili çocuklarım İnci, Mete ve Kerem'e minnettarım.

Tezimin bilim dünyasına katkı sağlamasını dilerim.

Melahat ZENGİN

Ardahan-2024

ÖZET

ZENGİN Melahat. *Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Tunceli İl Örneği*, Yüksek Lisans, Ardahan, 2024

Amaç: Bu çalışmanın amacı, son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının sıklıkla gündeme gelmesi bağlamında, Tunceli İli özelinde bu tür vakaları analiz etmektir. Araştırma, Tunceli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurumlarda görev yapan sağlık personelinin 01 Ocak 2017 – 01 Ekim 2022 tarihleri arasında Beyaz Kod bildiriminde buldukları sağlıkta şiddet vakalarını temel başlıklar altında incelemeyi hedeflemektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlıkta şiddete farkındalık oluşturmak ve bu tür olayları azaltmaya yönelik önerilerde bulunmayı amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma, retrospektif, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin onayı alındıktan sonra, Beyaz Kod başvuruları incelenmeye başlanmıştır. Analizler için IBM SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkiler Ki-Kare (X^2) testi ile değerlendirilmiş; $p>0.05$ anlamlılık düzeyi bulunmadığında anlamlı kabul edilmemiş, $p<0.05$ olduğunda ise anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuş ve tartışılmış, ayrıca Beyaz Kod tutanaklarından elde edilen bazı ifadeler araştırmanın bulgularını desteklemek amacıyla çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre, 2020 ve 2021 yıllarında COVID-19 pandemisinin etkisiyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarında azalma gözlenmiştir. Şiddete maruz kalanların en sık hekimler olduğu tespit edilmiştir. Çoğunlukla sözel şiddet vakaları yaşanmış olup, şiddetin en sık gerçekleştiği birimlerin poliklinikler olduğu belirlenmiştir. Şiddetin en fazla görüldüğü birimlerin yanı sıra şiddet uygulayan taraf ve unvanlarına göre değişen risk faktörleri belirlenmiştir. Şiddetin en yaygın nedenleri arasında ise tedaviden memnun kalmama, hasta ve yakınlarının kullandığı dil ve terminolojisi ve randevu kurallarına ilişkin nedenler öne çıkmıştır.

Sonuç: Sağlık hizmeti, bir ülkenin en kritik alanlarından biridir ve bu alanda görev yapan çalışanların şiddete maruz kalması son derece ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle, sağlık politikalarının geliştirilmesi, şiddeti önleyici önlemlerin artırılması, eğitim ve bilinçlendirme programlarının yaygınlaştırılması büyük önem

taşımaktadır. Şiddetin önlenmesinde birim bazında, unvan bazında ve şiddeti uygulayan taraf açısından düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür düzenlemeler, sağlık çalışanlarının güvenliğini artırarak, sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve etkin bir şekilde sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler:

Beyaz Kod, Sağlık Çalışanına Şiddet, Sağlıkta Şiddet



ABSTRACT

ZENGİN Melahat. Violence Against Healthcare Workers: The Case of Tunceli Province, Master's Thesis, Ardahan, 2024

Objective: The aim of this study is to analyze incidents of violence against healthcare workers in Tunceli Province, given the increasing frequency of such cases in recent years. The research focuses on examining the incidents of violence reported through the White Code system by healthcare personnel working in institutions affiliated with the Tunceli Provincial Health Directorate between January 1, 2017, and October 1, 2022. Based on the findings, the study also aims to raise awareness about violence in healthcare and offer recommendations to reduce such incidents.

Method: The study employs a retrospective and descriptive design. After obtaining approval from the Tunceli Provincial Health Directorate for the research, White Code reports were reviewed. IBM SPSS 21.0 software was used for the analyses. Relationships between groups were evaluated using the Chi-Square (X^2) test; results with $p>0.05$ were not considered significant, while those with $p<0.05$ were deemed significant. The findings were presented and discussed in tables, and some statements from the White Code reports were included in the study to support the research findings.

Findings: According to the research findings, incidents of violence against healthcare workers decreased during 2020 and 2021, influenced by the COVID-19 pandemic. Physicians were the most frequent victims of violence. Verbal violence was the most common form of violence, and outpatient clinics were identified as the units where violence occurred most frequently. In addition to identifying the units most prone to violence, the study also identified risk factors that varied depending on the perpetrator and the professional titles involved. The most common reasons for violence included dissatisfaction with treatment, the language and terminology used by patients and their relatives, and issues related to appointment rules.

Conclusion: Healthcare is one of the most critical sectors in any country, and violence against workers in this field can have extremely serious consequences. Therefore, it is essential to develop health policies, increase preventive measures against violence, and expand educational and awareness programs. To prevent violence, there is

a need for regulations based on the unit, professional title, and the perpetrator involved. Such regulations will enhance the safety of healthcare workers and contribute to the continuous and effective delivery of healthcare services.

Keywords:

White Code, Violence Against Healthcare Workers, Violence in Healthcare



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖN SÖZ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM.....	3
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. ŞİDDET	3
1.2. ŞİDDETİ AÇIKLAYAN TEMEL YAKLAŞIMLAR VE ŞİDDETİN	
ETKİLERİ.....	4
1.3. ŞİDDETİN SINIFLANDIRILMASI	7
1.3.1. Şiddetin Etkilenen Tarafa Göre Sınıflandırılması	8
1.3.1.1. Kişinin Kendine Uyguladığı Şiddet.....	8
1.3.1.2. Kişiler Arasında Yaşanan Şiddet	8
1.3.1.3. Kolektif/Toplu şiddet.....	9
1.3.2. Şiddetin Oluş Şekline Göre Sınıflandırılması	9
1.3.2.1. Fiziksel Şiddet	9
1.3.2.2. Psikolojik Şiddet.....	10
1.3.2.3. Cinsel Şiddet.....	12
1.3.2.4. Ekonomik Şiddet	12
1.4. ŞİDDETİN NEDENLERİ	12
1.4.1. Biyolojik Nedenler	14
1.4.2. Psikolojik Nedenler	15
1.4.3. Sosyokültürel Nedenler	15

1.5. ŞİDDETİN YOĞUN OLARAK YAŞANDIĞI ALANLAR	17
1.5.1. Aile İçi Şiddet.....	17
1.5.2. Okulda Şiddet	18
1.5.3. Sporda Şiddet.....	18
1.5.4. İşyeri Şiddeti.....	19
1.5.4.1. Sağlık İşyerlerinde Şiddet.....	21
2. BÖLÜM.....	22
SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET.....	22
2.1. SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDETİN TÜRLERİ	22
2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN BOYUTU	23
2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN NEDENLERİ ..	27
2.3.1. Çalışan ve Hasta Arasındaki Etkileşim ve İletişim	28
2.3.2. Örgütsel Faktörler.....	30
2.3.3. Toplumsal Faktörler	31
2.4. SAĞLIKTA ŞİDDETİN ETKİLERİ.....	32
2.5. ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE ÜLKE ÖRNEKLERİ.....	35
2.5.1. İngiltere.....	35
2.5.2. İsveç.....	36
2.5.3. Norveç	37
2.6. ŞİDDETİ ÖNLEMENİN İÇİN YASAL DÜZENLEME VE	
UYGULAMALAR	38
2.6.1. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması.....	40
3. BÖLÜM.....	42
TUNCELİ İLİ: DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNE İLİŞKİN	
İSTATİSTİKLER	42
4. BÖLÜM.....	44
YÖNTEM VE BULGULAR	44
4.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
4.1.1. Araştırmanın Modeli	44
4.1.2. Araştırmanın Kapsamı.....	44
4.1.3. Araştırmanın Yöntemi	44
4.2. BULGULAR	45

5. BÖLÜM.....	61
TARTIŞMA	61
SONUÇ.....	75
KAYNAKÇA	81
EKLER.....	101
EK 1. ORİJİNALLİK RAPORU FORMU	101
EK 2. ETİK KURUL İZİNİ	102
EK 3. ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ.....	103
ÖZ GEÇMİŞ.....	104



KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
İLO	Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)
NHS	Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service)
PSI	Uluslararası Kamu Hizmetleri Federasyonu (Public Services International)
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TTB	Türk Tabipler Birliği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kıtalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin 12 Aylık Görülme Sıklığı (12 Aylık Prevelans)	25
Tablo 2. Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Yaşanan Şiddetin Türü	26
Tablo 3. Tunceli’nin Demografik Yapısı	42
Tablo 4. Tunceli’de Sağlıkta İnsan Kaynakları.....	43
Tablo 5. Tunceli’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı	43
Tablo 6. Yıllara ve Aylara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı ve Sayıları.....	45
Tablo 7. Mağdurun Cinsiyeti ve Unvanına Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı ve Sayıları	47
Tablo 8. Şiddetin Türü	49
Tablo 9. Şiddeti Uygulayan Taraf.....	49
Tablo 10. Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti	50
Tablo 11. Şiddetin Gerçekleştiği Birim	51
Tablo 12. Beyaz Kod Kapsamı	52
Tablo 13. Kurum Bazlı Şiddet Sayıları	53
Tablo 14. Şiddeti Uygulayanın Cinsiyeti ile Mağdurun Cinsiyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	54
Tablo 15. Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti ile Şiddetin Türü Arasındaki İlişki İncelenmesi	54
Tablo 16. Şiddeti Uygulayan ile Mağdurun Unvanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ..	55
Tablo 17. Şiddetin Gerçekleştiği Birim ile Şiddeti Uygulayan Kişi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	56
Tablo 18. Şiddetin Gerçekleştiği Birim ile Mağdurun Unvanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	57
Tablo 19. Şiddet Nedenleri	58
Tablo 19. (Devam) Şiddet Nedenleri	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2018-2022 Yıllarındaki Toplam Ölümler ve Cinayet/Saldırı Nedeni ile Gerçekleşen Ölüm Sayısı, TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri.....	6
Şekil 2. 2018-2022 Yıllarındaki Toplam İntihar Sayısı, TÜİK İntihar İstatistikleri.....	6
Şekil 3. Şiddeti Açıklamakta Kullanılan Ekolojik Model.....	13
Şekil 4. Yıllara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Sayıları	46
Şekil 5. Aylara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Sayıları.....	46
Şekil 6. Cinsiyete Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı.....	48
Şekil 7. Unvana Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı	48
Şekil 8. Şiddet Türünün Dağılımı	49
Şekil 9. Şiddet Uygulayan Tarafın Dağılımı.....	50
Şekil 10. Şiddet Uygulayanların Cinsiyet Bazında Dağılımı.....	51
Şekil 11. Şiddetin Gerçekleştiği Birim Dağılımı	52
Şekil 12. Başvuruların Beyaz Kod Kapsamına Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	53
Şekil 13. Şiddet Nedenlerinin Sıralanması.....	59

GİRİŞ

Sağlık çalışanları, toplumun refahını artırmak, bireylerin acılarını dindirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla hizmet veren bir sektörün öncü unsurlarıdır. Ancak, bu meslek grubu son yıllarda şiddet olaylarıyla sıklıkla gündeme gelmektedir. Savaş dönemlerinde bile korunmuş ve saygı gösterilmiş olan sağlık çalışanları, günümüzde giderek artan bir şekilde şiddet ve saldırıların hedefi haline gelmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının sunduğu hayati hizmetlerle çelişmekte ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehdit eden ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Şiddet, hayatın birçok alanında kendini gösterebilen bir olgudur. Eğitim kurumlarından spor alanlarına, aile içi dinamiklerden iş dünyasına kadar geniş bir yelpazede var olmaktadır. Sağlık sektörü ise işyeri şiddetinin en yoğun yaşandığı sektörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanları, sadece fiziksel değil aynı zamanda önemli psikolojik etkiler de yaşamakta ve bu durum, işteki verimlerinin düşmesine ve işlerini bırakma eğiliminde olmalarına neden olmaktadır. İşten ayrılma ve göç etme eğilimleri, sağlık sistemini olumsuz yönde etkileyerek, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmesi muhtemeldir. Hali hazırda, uluslararası karşılaştırmalarda, 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısında Türkiye, birçok ülkenin gerisinde kalmaktadır. OECD ülkeleri arasında, Türkiye'de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 228 iken Yunanistan'da bu sayı 629, Almanya'da 453, İtalya'da 410, Fransa'da 318 olarak kaydedilmiştir. OECD ortalaması ise 370 hekimdir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Hekimlerin mesleği bırakma ve göç etme oranlarındaki artış devam ederse, sağlık sisteminde ciddi boşluklar temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasında zorluklara neden olabilecektir. Uzun vadede, bu durum erken ölümler ve toplum sağlığında geniş çaplı olumsuz etkiler doğurabilir.

Şiddet, bir kısır döngü oluşturarak kendini yeniden üretir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları, yaşadıkları travmanın psikolojik etkileri nedeniyle olumsuz yönde etkilenir; bu da iş performanslarını ve genel refahlarını bozar. Bu çalışanlar, maruz kaldıkları şiddetin etkisiyle işlerini bırakma eğiliminde olabilir, bu da sağlık sisteminde personel eksikliklerine yol açarak diğer çalışanlar üzerindeki iş yükünü artırır. Böylece şiddetin ortaya çıkışına yeniden zemin hazırlanmış olur ve sağlık hizmetlerinin kalitesi

daha da olumsuz etkilenir. Sonuç olarak şiddet döngüsü devam eder ve sağlık hizmetleri hem nicelik hem nitelik açısından kayıplar yaşar.

Sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi yüksek maliyetler gerektiren bir süreçtir. Özellikle hekimlerin eğitim süreci, uzun ve zorlu olup hem maddi hem de zaman açısından önemli kaynaklar gerektirir. Sağlık çalışanlarının meslekten ayrılması veya kariyerlerine devam edememeleri durumunda ortaya çıkan kayıplar, ülke ekonomisine büyük bir yük getirmekte ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır. Bu kayıplar, sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik düzeyde de geniş kapsamlı olumsuz etkiler doğurmaktadır.

Bu tez, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti Tunceli ili özelinde ele almayı amaçlamaktadır. Tunceli ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının 01.01.2017- 01.10.2022 tarihleri arasında bildirimde buldukları beyaz kod verilerini tanımlayıcı ve retrospektif bir araştırma modeliyle inceleyerek, şiddeti önlemeye yönelik önerilerde bulunmayı hedeflemektedir.

Araştırmanın birinci bölümünde şiddet ile ilgili genel kavramlar, şiddetin türleri, nedenleri ve şiddetin sıklıkla yaşandığı alanlar anlatılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlık çalışanının tanımı, sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet türleri ve bu şiddetin boyutları detaylı bir şekilde ele alınmış; ayrıca şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri incelenmiş, şiddet yönetimi kapsamında uluslararası ülke örnekleri sunulmuş ve Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeye yönelik mevcut yasal düzenlemeler üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde, Tunceli iline ait demografik ve sağlık istatistiklerine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise araştırmanın uygulamasına ait bulgu ve analizlere yer verilmiştir. Tunceli İli özelinde ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik önerilerde bulunulmuştur.

1. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. ŞİDDET

İnsanlık tarih kadar eski olan, geçmişten günümüze varlığını devam ettiren ve muhtemel gelecek zamanlarda da var olacak olan şiddet kavramı birçok etmeni içinde bulunduran karmaşık bir yapıya sahip bir terimdir (Güleç ve diğerleri, 2012). Şiddet, nesnel bir ölçütü olmayan sosyolojik bir kavramdır. Bir toplumda bir davranışın şiddet olarak kabul edilmesi, o toplumda ki normlar ve kültürel değerlerle yakından ilgilidir. Sosyal ve kültürel yapılar değiştikçe hangi davranışın şiddet olarak kabul edileceği de değişir. Bir toplum için şiddet olarak kabul edilen bir davranış başka bir toplumda olağan, normal bir davranış olarak görülebilir (Kocacık, 2001).

Şiddet, bilinçli ve kasıtlı olarak uygulanan bir olgu olup insana özgüdür. Hayvanların birbirine güç uygulaması ve liderlik mücadeleleri şiddet olarak yorumlanmamakta; bu davranışlar, besin zincirinin sağlanması ve ekolojik dengenin devam ettirilmesi açısından işlevsel olarak kabul edilmektedir (Özerkmen ve Gölbaşı, 2012). İnsan toplumları içerisinde kişilerin birbirine uyguladığı gücün şiddet olarak görülmesi de zaman içerisinde olmuştur. Feodal yapının hâkim olduğu toplumlarda şiddet olağan bir davranış olarak görülmüş ve güçlü kişiler genellikle haklı konumda olmuştur. İnsan hakları ve bütün insanların eşit haklara sahip olması yönündeki değişimler 1215 yılında Magna Carta ile başlamış ve aydınlanma çağında zenginleşerek yaygınlık kazanmaya başlamıştır. 1776 yılında yayınlanan Amerikan Bağımsızlık Bildirisi, 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi ve 1948 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirisi ile insan haklarının geliştirilmesi yönünde adımlar atılarak günümüze gelinmiştir (Koçöz, 2011). Günümüzde hukuki bakımdan insanlar aynı haklara sahip olduğu kabul edilir. Bu çerçevede oluşturulan kurallar insanların bir arada yaşamasına imkân sağlayacak şekilde düzenlemiştir. Bu gelişen uygarlık ve oluşturulan kurallara rağmen şiddet, toplumsal bir olgu olarak farklı formlarda bütün dünyada varlığını devam ettirmektedir (Özerkmen ve Gölbaşı, 2012).

Şiddet sözcüğünün etimolojik incelemesi yapıldığında kuvvet ve güç gibi anlamları sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Latin-İngiliz-Yunan dillerinde bu anlamların yanı sıra “çiğneme, ihlal etme, bozma” anlamlarının da eklendiğini görmekteyiz (Dursun, 2011).

Şiddet Arapça kökenli bir sözcüktür. Türk Dil Kurumu tarafından tanımı “*Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu ve davranışta aşırılık*” olarak tanımlamıştır (Türk Dil Kurumu, t.y.).

Arendt (2016), şiddeti toplumsal, siyasi ve bireysel boyutları olan çok katmanlı bir kavram olarak ele almıştır. Ona göre, şiddet, meşru ve doğal olmayan bir amaca ulaşmak için gücün kullanılması şeklinde tanımlanır. Şiddet, fenomenolojik olarak yani doğrudan deneyimlenen anlamıyla güçle benzerlik gösterir. Ancak güç kendiliğinden var olan bir durumken, şiddet belirli bir amaca ulaşmak için kullanılan bir yöntemdir.

Şiddet “*Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı*” olarak tanımlanmaktadır (Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddet, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şiddet; kişinin kendisine, başka bir kişiye veya topluluğa yönelik olarak tehdit edici davranış veya fiziksel güç kullanımı sonucunda kişide ölüm, yaralanma, psikolojik zarar, gelişim geriliği veya yoksunluk yaşanması ya da yaşanma ihtimalinin olduğu durumlar olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2002).

1.2. ŞİDDETİ AÇIKLAYAN TEMEL YAKLAŞIMLAR VE ŞİDDETİN ETKİLERİ

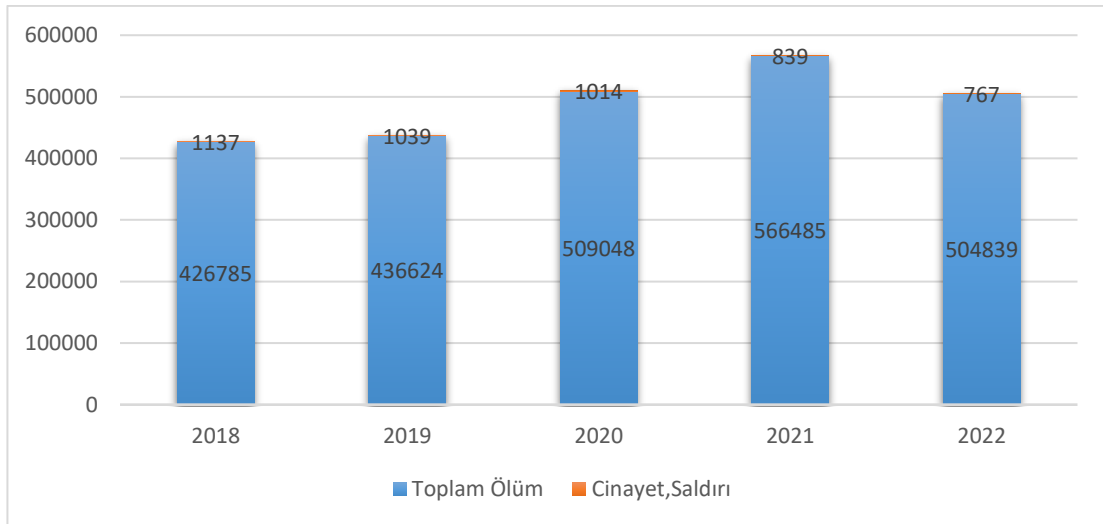
Şiddeti açıklayan 4 temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan ilki “örnek yaklaşım”dır. Hangi davranışların şiddet olduğunu örnekler yoluyla açıklamaya çalışır. İkincisi şiddeti ortaya çıkaran birey ve toplum temelli etmenleri konu alan sosyal psikolojik yaklaşımdır. Üçüncüsü hayvan araştırmaları yaklaşımıdır. Hayvanlarda şiddet ve saldırganlığa yol açan nedenleri ile insan davranışları arasında benzerlik olduğunu iddia eder ve bu çerçevede açıklamaya çalışır. Dördüncüsü ise halk sağlığı yaklaşımıdır

(Hamby, 2017). DSÖ şiddetin önlenmesinde halk sağlığı yaklaşımının benimsenmesini önermiştir. DSÖ'nün 2002 tarihli "*Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu*"na da şiddetin ülkeler arasında sayı açısından farklılık göstermesine rağmen, dünya genelinde bir sorun olduğu ve etkilerinin birçok alanı kapsadığı vurgulanmıştır. Bu bağlamda, şiddetin çözümü için farklı disiplinlerin, kuruluşların ve toplulukların ortak çabasının gerektiği belirtilerek, şiddetin bir halk sağlığı sorunu olduğunu vurgulanmıştır.

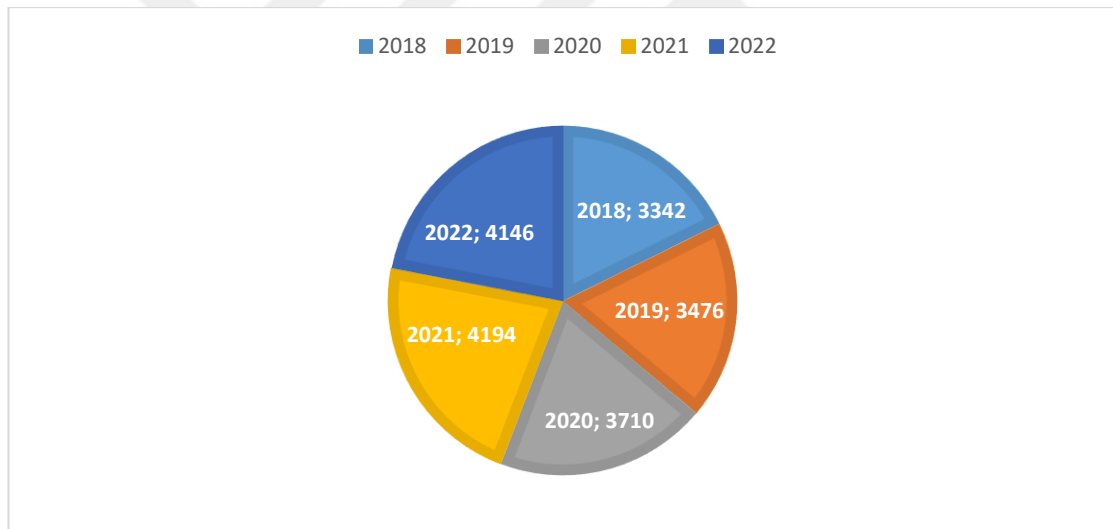
Şiddetin en olumsuz etkileri başta sağlık üzerindedir. Bu etkiler, şiddete maruz kalan kişinin yaşına, cinsiyetine ve şiddet biçimine göre değişiklik gösterir. Ancak genellikle yaralanmalar, depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu problemlere yol açmakta ve intihar vakalarında artışa neden olmaktadır. Ayrıca, şiddet kardiyovasküler hastalıklar riskini de artırarak erken ölümlere yol açabilmektedir (Rivara ve diğerleri, 2019). Şiddetin sağlık üzerinde en ağır sonucu elbette ölümdür. DSÖ'nün "*Şiddetin Önlenmesine İlişkin Küresel Durum*" raporunda, her yıl dünya genelinde 1,6 milyondan fazla kişinin kendi kendine yönelik, kişilerarası ve kolektif şiddet türleri nedeniyle hayatını kaybettiğini ve bu ölümlerin küresel ölümlerin %2,5'ini oluşturduğunu açıklamıştır (WHO, 2014).

Şiddet, hayatın birçok alanında ciddi etkiler göstermektedir. 2023 yılı verilerine göre, şiddetin küresel ekonomiye getirdiği yük 19,1 trilyon dolar olarak hesaplanmış olup, bu tutar dünya genelindeki ekonomik faaliyetlerin yaklaşık %13,5'ine tekabül etmektedir (Global Peace Index, 2024).

Türkiye'de 2018 ve 2022 yılları arasındaki toplam ölümler incelendiğinde, beş yıl içinde kayıt altına alınan ölüm sayısı 2.443.781 olarak belirlenmiştir. Bu ölümlerden 4.796'sı cinayet ve saldırılar sonucu gerçekleşmiştir (Şekil 1). Ayrıca, kişisel şiddet türlerinden biri olan intiharlar sonucunda ise 15.528 ölüm kaydedilmiştir (Şekil 2). Bu veriler, sakatlanmalar ve yaralanmalar dahil edilmediğinde bile, şiddet ve intiharın Türkiye'deki ölüm oranlarını ne denli etkilediğini ve bu konuların ciddi bir halk sağlığı sorunu teşkil ettiğini göstermektedir.



Şekil 1. 2018-2022 Yıllarındaki Toplam Ölümler ve Cinayet/Saldırı Nedeni ile Gerçekleşen Ölüm Sayısı, TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri



Şekil 2. 2018-2022 Yıllarındaki Toplam İntihar Sayısı, TÜİK İntihar İstatistikleri

Şiddet, bir dizi nedenden dolayı erken ölümlere neden olmasının yanı sıra tıbbi müdahale gerektirecek kadar ciddi sağlık problemlerine neden olarak sağlık sistemleri üzerinde büyük yükler oluşturmaktadır. Amerika’da 2017 yılında, şiddet nedeniyle acil servise başvuran 23 milyon kişinin olduğunu ve bu başvurulardan 376.500’nün hastaneye yatışıyla sonuçlandığını bildirmiştir. Bu sağlık hizmetlerinin toplam maliyetinin yaklaşık 8,7 milyar doları bulduğu rapor edilmiştir (Grossman ve Choucai, 2019).

Sağlık sorunlarının toplumsal ve ekonomik etkilerini ölçmede kritik bir öneme sahip olan ölçütü DALY (Disability-Adjusted Life Year), bir insanın sağlıklı yaşam süresinden kaybettiği yıllarının toplamını ifade etmektedir. İki ana bileşeni vardır; hastalık kaynaklı meydana gelen erken ölümler (YLL) ve ölüme sebep olmayan ancak, uzun süreli sakatlık ve işlev kaybına sebep olan hastalık ve yaralanmaların (YLD) tek bir kavram ile ifade edilmesini sağlayan ölçüttür (Reidpath ve diğerleri, 2003). Bu ölçüt, şiddetin toplumdaki erken ölümler ve yeti kaybı cinsinden yükünü görmememizi sağlar. Şiddetin neden olduğu yaralanmalar ve hastalıklar, kişilerin sağlıklı yaşam yıllarından kaybetmelerine yol açar ve bu durum DALY değerlerinin artmasına sebep olur. Bu da toplumsal ve sağlık sistemleri üzerindeki maliyetini daha iyi anlamamızı sağlar. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan hastalık yükü çalışmasında DALY’de erkeklerde 15. sırada şiddetin yer aldığı görülmektedir (Matzopoulos ve diğerleri, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2004).

1.3. ŞİDDETİN SINIFLANDIRILMASI

Literatür taraması yapıldığında, şiddetin farklı şekillerde sınıflandırıldığını görmekteyiz Şiddet ile ilgili en geniş çerçeve, Johan Galtung tarafından sunulmuştur. Galtung, şiddeti üç ana kategoriye ayırmıştır: Doğrudan şiddet, yapısal şiddet ve kültürel şiddet (Galtung, 1969; Galtung, 1990).

1. **Doğrudan Şiddet:** Şiddet aktörünün karşısındaki kişiye fizyolojik, psikolojik veya sözlü bir biçimde direk zarar vermesi durumudur. Bu tür şiddet, fiziksel saldırılar, hakaret ve tehdit gibi eylemleri içerir.
2. **Yapısal Şiddet:** Bu tür şiddet, politikalar, kurumsal ve toplumsal yapılar kaynaklı ortaya çıkan şiddet durumlarını ifade etmektedir. Ayrımcılık, yoksulluk, baskı ve eşitsizlik gibi durumlar yapısal şiddetin örnekleridir. Bu tarz şiddet, insanların temel ihtiyaçlarına erişimini engelleyerek dolaylı bir şekilde zarar verir.
3. **Kültürel Şiddet:** Kültürel normlar, değerler ve inançlar tarafından şiddetin meşrulaştırıldığı durumlardır. Örneğin, ırkçı ideolojiler, cinsiyetçi düşünceler ve diğer ayrımcı inançlar kültürel şiddeti yansıtır. Bu tür şiddet, bazı davranış ve düşünce biçimlerini olağanlaştırarak toplumda şiddetin kabul edilmesine yol açar.

Bu çalışmada şiddet etkilendiği taraflara göre ve şiddetin türüne göre bir sınıflandırma yapılarak incelenmiştir.

1.3.1. Şiddetin Etkilenen Tarafa Göre Sınıflandırılması

DSÖ şiddeti, eylemi gerçekleştiren tarafa ve türüne göre bir sınıflandırma yapmış ve üç başlık altında incelemiştir (WHO, 2002).

*Kişinin kendine uyguladığı şiddet

*Kişiler arasında yaşanan şiddet

*Kollektif/Toplu şiddet

1.3.1.1. Kişinin Kendine Uyguladığı Şiddet

Şiddet denildiğinde genellikle akla başkası tarafından bir kişiye verilen zarar gelse de bazen şiddetin kaynağı ve mağduru aynı kişi olabilir. Kişinin kendine yönelik uyguladığı şiddet, intihar ve kendine yönelik istismar davranışı olarak ikiye ayrılmaktadır.

İntihar: İntihar, dünya genelinde ciddi bir sorun olup, sadece ölümlerle sınırlı kalmayarak intihar girişimlerinin sonucunda ağır tıbbi müdahale gerektiren ciddi yaralanmalara da neden olabilmektedir. Bu ölümler ve yaralanmalar, hem aile bireylerini psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan büyük zorluklarla karşı karşıya bırakmakta hem de ülkeye ciddi ekonomik maliyetler getirmektedir (WHO, 2002). Dünyada her yıl 703.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2019 yılı verilerine göre, dünya genelindeki ölümlerin %1,3'ü intihardan kaynaklanmaktadır. Bu, her 100 ölümden birinden fazlasının intiharla ilişkili olduğunu göstermektedir (WHO, 2019).

Kendine Yönelik İstismar: Kişinin kendine uyguladığı şiddetin diğer bir türü ise kendini yaralama ve istismar etmedir. İntihar niyeti olmadan kişinin vücuduna zarar vermesi, doku bütünlüğüne bozması, tahrip etmesi olarak tanımlanmaktadır (Favazza ve Rosenthal, 1993). Kendine zarar verme davranışı en çok ergenlerde ve genç yetişkinlerde görülmektedir (Nock, 2010).

1.3.1.2. Kişiler Arasında Yaşanan Şiddet

Bu şiddet türü iki ana başlık altında incelenebilir: aile ve partner şiddeti ile toplumsal şiddet. Aile ve partner şiddeti; genellikle ev içinde yaşanan aile içi şiddet, çocuk istismarı, yaşlı istismarı ve eş şiddetini kapsar. Toplumsal şiddet ise okullar, iş yerleri, sosyal ortamlar ve kurumlarda meydana gelen saldırı ve taciz durumlarını içerir.

Dünya genelinde milyonlarca insan şiddet nedeniyle yaşamını yitirmekte veya yaralanmaktadır. Kişilerarası şiddet nedeniyle her yıl yaklaşık 520 bin kişi hayatını kaybederken 16 milyon kişi yaralanmaktadır (Butchart, 2008). Avrupa'da kişilerarası şiddet, 15-29 yaş arası bireyler arasında üçüncü en yaygın ölüm sebebidir (Rhead ve diğerleri, 2013). Bu şiddet türünün risk faktörleri üzerine yapılan araştırmalar, en büyük etkenin nöropsikiyatrik bozukluklar olduğunu, bunu madde kullanımı ve çocukluk döneminde şiddete tanık olmanın izlediğini göstermektedir (Fazel ve diğerleri, 2018). Şiddet vakalarında failer genellikle erkek, mağdurlar ise kadındır. En yaygın şiddet türü, yakın partner veya eş şiddetidir (Okulate, 2005; Yalch ve Levondosky, 2016).

1.3.1.3. Kolektif/Toplu şiddet

Kolektif şiddet, devletler veya büyük gruplar tarafından gerçekleştirilen şiddet eylemlerini kapsar ve ekonomik, sosyal ve politik şiddet olarak alt başlıklara ayrılır. Birey için şiddet, genellikle rahatsız edici ve üzücü psikolojik engeller barındırır da, bir gruba ait olma ve grup kimliği kazanma, bu engellerin etkisini azaltabilir. Yani, bireyler bir gruba dahil olduklarında ve o grubun kimliğini benimsediklerinde, şiddet davranışlarına karşı duydukları rahatsızlık ve vicdan azabı azalabilir. Grup aidiyeti, bireyin tek başına gerçekleştiremeyeceği eylemleri yapmasını teşvik edebilir ve şiddet gibi olumsuz davranışları normalleştirerek meşru hale getirebilir (Littman ve Paluck, 2015). Kolektif şiddet; terör, isyan, linç ve adaletsizlik olmak üzere dört farklı biçimde ortaya çıkabilir (De la Roche, 1996).

1.3.2. Şiddetin Oluş Şekline Göre Sınıflandırılması

Oluş şekline göre şiddet sıklıkla fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel şiddet ve ekonomik şiddet olmak üzere dört ana başlık altında incelenmektedir.

1.3.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, en temel anlamıyla, ölüm ve yaralanma gibi bedensel zararlarla sonuçlanan bir durumdur (Krook, 2020). Bu tür şiddet, tespit edilmesi en kolay olanıdır. Fail, fiziksel güç veya çeşitli aletler kullanarak mağdurun beden bütünlüğünü bozmakta; kırıklar, ekimozlar ve yanıklar gibi ciddi yaralanmalara yol açabilmektedir. Fiziksel şiddet, bu sonuçların yanı sıra, ölümle sonuçlanabilecek kadar da tehlikeli olabilmektedir

(Polat, 2016). Fiziksel şiddete maruz kalan bireylerde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar riski artmakta; ayrıca kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle erken ölümler de gözlemlenmektedir. Danimarka'da yapılan bir araştırma, genç yaş grupları ve erkekler arasında fiziksel şiddet riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Sørensen ve diğerleri, 2012). Gençler, fiziksel şiddetle ilk olarak aile ortamında tanışmakta; daha sonra bu davranış, okul ve arkadaş çevresinde pekişerek zamanla şiddetin uygulayıcısı haline gelebilmektedirler (Genç, 2016).

Bireylerin fiziksel şiddete maruz kalma ve bu durumu uygulama davranışları, sosyal ve ekonomik faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip gençler, yaşadıkları çevrelerin yüksek suç oranlarıyla karakterize olması, sosyal destek sistemlerinden yoksun kalmaları ve eğitim olanaklarından yeterince faydalanamamaları nedeniyle daha fazla fiziksel saldırıya ve şiddete maruz kalma riski taşımaktadır (Schubiner ve diğerleri, 1990). Gelir düzeyi, inanç yapısı ve eğitim seviyesi, fiziksel şiddetle ilgili görüşlerin şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Özellikle namusla ilişkili meselelerde ve hırsızlık olaylarında, fiziksel şiddete başvurulabileceğine dair yaygın inançlar bulunmaktadır (Bulut, 2010). Bu inançlar, bireylerin davranışlarını etkileyerek şiddetin normalleşmesine yol açabilmektedir.

1.3.2.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet, bir bireye veya gruba fiziksel kuvvet uygulanabileceği hissi verilerek kasıtlı bir şekilde uygulanan baskıdır. Bu tür şiddet, fiziksel, duygusal, manevi veya sosyal gelişimi olumsuz etkileyerek zarar görmesine neden olmaktadır. Psikolojik şiddet, fiziksel şiddet kadar açık bir şekilde gözlemlenmediği için fark edilmesi zor bir şiddet türüdür (Orbay, 2022).

Bir araştırmada, psikolojik şiddetin ruh sağlığı ve kas-iskelet sistemi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda, psikolojik şiddete maruz kalan bireylerin, fiziksel şiddete maruz kalanlara göre daha kötü bir ruh sağlığına sahip olduğu ve daha fazla kas-iskelet sistemi ağrısı yaşadığı tespit edilmiştir (Fribourg ve diğerleri, 2015). Psikolojik şiddet; mobbing, cinsel taciz, tehdit ve sözel şiddet gibi alt başlıkları içermektedir (Pınar, T., ve Pınar, G., 2013).

- **Mobbing**

Mobbingin iş yerlerinde varlığı ilk olarak Heinz Leymann tarafından dile getirilmiştir. Leymann'a (1996) göre mobbing bir kişiye karşı sistematik bir biçimde saldırma, psikolojik terör ve baskı uygulanması sonucunda iş yerinde mağduriyet yaratarak psikolojik zararlara sebep olan ciddi bir insan hakları ihlalidir. Mobbing; çalışanlara üstleri, astları veya aynı mevkideki kişiler tarafından uygulanan kötü davranış, korkutma, şiddet ve küçümseme gibi eylemleri içermektedir (Tınaz, 2006).

Mobbing uygulayan bireyler veya gruplar, iş yerinin sağladığı güçten yararlanarak saldırılarını daha da güçlendirmektedir. Bu durum, mağduru yalnızca bireylerle değil, aynı zamanda kurumsal güçle de mücadele etme zorunluluğunu doğurur. Böylece, mağduru karşılaştığı baskı ve zorluklar artmakta, mücadele süreci daha karmaşık hale gelmektedir (Tutar, 2004).

- **Cinsel Taciz**

Cinsel taciz, bir kişiye rızası olmaksızın yöneltilen cinsel içerikli davranışlarla gerçekleştirilen bir şiddet biçimidir. Bu tür davranışlar fiziksel temas içermemekte, cinsel amaçla tedirgin etme ve rahatsız etme niteliği taşımaktadır (Yaldiz, 2023). Cinsel taciz, derin psikolojik travmalara yol açabilmektedir (Avina ve O'Donohue, 2002). Özellikle iş yerlerinde meydana gelen cinsel taciz, mağdurlarda psikolojik sıkıntılara neden olmanın yanı sıra, işten ayrılma, örgütsel bağlılığın azalması ve iş tatmininde düşüş gibi sonuçlar doğurarak hem bireysel hem de kurumsal düzeyde olumsuz etkilere yol açabilir (Willness ve diğerleri, 2007). İş yerlerinde cinsel tacizden en çok etkilenen gruplardan biri kadınlardır; kadınların %42'si ve erkeklerin %15'i iş yerlerinde cinsel tacize maruz kalmaktadır (Charney ve Russel, 1995).

- **Tehdit**

Tehdit, bir bireye zarar verme niyetini ima eden ve genellikle korkutma amacı taşıyan bir ifadedir (Lisa ve diğerleri, 2014). Bu tür ifadeler, tehdidin yapıldığı kişiye yönelik bir tehlike oluşturur ve kişinin psikolojik durumunu olumsuz etkileyebilir. Tehditler, sözlü olarak doğrudan ifade edilebileceği gibi, yazılı mesajlar veya davranışlar yoluyla da iletilebilir (Tompkinson, 2024). Psikolojik şiddet çatısı altında yer alan tehdidin amacı, mağduru korkutmak, bilişsel fonksiyonlarını (düşünme, karar verme) ve iletişim yeteneklerini (kendini ifade etme) zedeleyerek kontrol etmek ve sindirmektir (Angheluță, 2021).

- **Sözel Şiddet**

Sözel şiddet, bireyin itibarına ve saygınlığına değer vermeden onu alçaltan, küçümseyen veya değersizleştiren davranışlardır. Bu tür şiddet, küfür ve hakaret gibi kişiye zarar veren iletişim biçimleri aracılığıyla ortaya çıkar. Sözel şiddet, mağdur üzerinde kalıcı psikolojik etkiler bırakarak bireyin kendine güvenini zedeler ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir (PSI ve ICN, 2005). DSÖ'nün açıklamasına göre fiziksel olmayan şiddet türleri arasında en sık yaşanan şiddet türü sözlü şiddettir.

1.3.2.3. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, bir kişinin kendi rızası olmadan cinsel olarak kötüye kullanılması veya suistimal edilmesi durumudur (Talas ve diğerleri, 2012). Bu kavram, yalnızca fiziksel istismar davranışlarıyla sınırlı olmayıp, aynı zamanda cinsel içerikli medya gösterimi, sözlü taciz, dokunma ve zorlayıcı davranışlar gibi çok çeşitli eylemleri de kapsamaktadır (Gürhan ve diğerleri, 2020). Cinsel şiddet, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyerek derin travmalara yol açabilir ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğini pekiştirebilir.

1.3.2.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, kişi veya grupların ekonomik güçlerini kullanarak kişiyi zarara uğratma ya da kontrolleri altına alma durumudur (Krook, 2020).

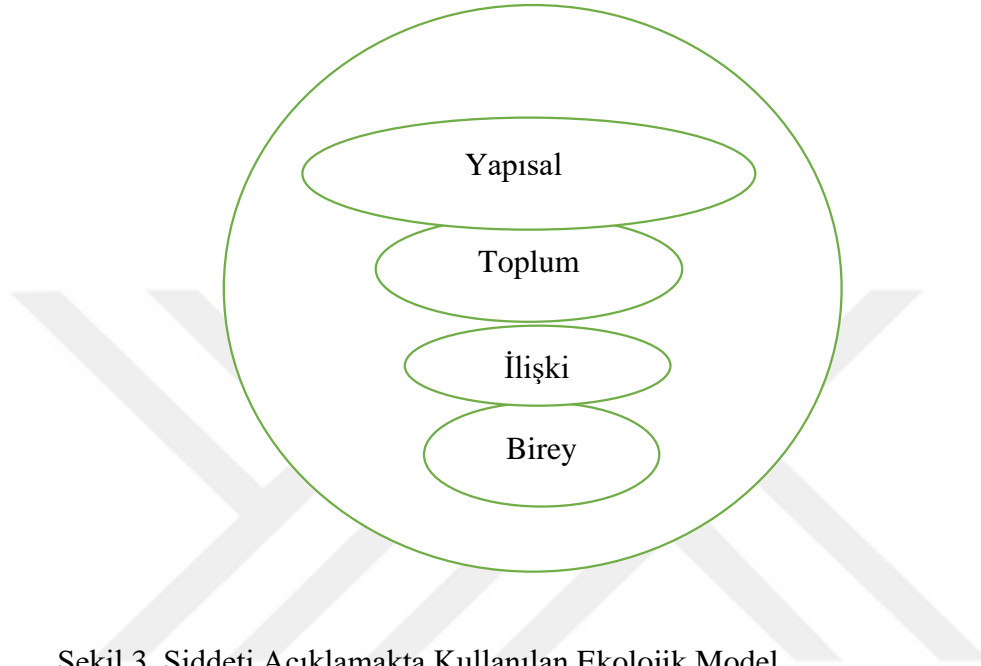
Ekonomik şiddet diğer türleri kadar bilinmese de diğer birçok şiddet türüne kaynaklık etmektedir. Özellikle kadınların ekonomik bakımdan başka bir kişiye muhtaç olması fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete zemin hazırlamaktadır (Dhungel ve diğerleri, 2017). İnsan yaradılışı gereği temel ihtiyaçlarını karşılamak istemektedir. Yaşadığımız yüzyılda da barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçlar ekonomik güçle yakından ilgilidir. Kişi bu temel ihtiyaçlarını karşılayamadığı zaman agresif ve saldırgan tavırlar sergileyebilmektedir.

1.4. ŞİDDETİN NEDENLERİ

Şiddet biyopsikososyal kökenli bir olgudur (Menuck ve Voineskos, 1981). Dolayısıyla şiddeti tek bir nedenle açıklamak doğru ve yeterli değildir. Şiddet

davranışının oluşumunda, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik etmenler gibi birçok faktörün bir araya geldiğini göz önünde bulundurmak önemlidir (Tezcan, 1996).

DSÖ (2002), “*Dünya Şiddet ve Sağlık Raporunda*” şiddet ve şiddetin risk faktörlerini açıklamakta ekolojik modelden faydalanmıştır.



Bu model, bireysel, ilişkisel, toplumsal ve yapısal faktörlerin yer aldığı dört katmandan oluşmaktadır. İlk katmanda yer alan bireysel faktörler, kişinin biyolojik ve demografik yapısının yanı sıra ve deneyimlerinin (eğitim düzeyi, travmatik deneyimleri, madde kullanımı) yer aldığı etkenleri kapsar. İkinci katman olan ilişkisel faktörler, kişinin çevresiyle ilişkisini (arkadaş, eş ve aile üyeleri ile olan ilişki) ve sosyal etkileşimleri kapsar. Üçüncü katman toplumsal faktörler, sosyal çevrenin şiddet üzerindeki etkisini inceler. Dördüncü ve son katman olan yapısal faktörler ise ekonomik, sosyal, politik ve toplumsal yapı ve eşitsizlikleri inceler. Bu model şiddetin doğmasında bir dizi etkileşen faktörün bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıktığını vurgular. Aynı zamanda gelişimsel bir bağlamın var olduğunu hayatın farklı dönemlerinde (çocukluk, ergenlik, yetişkinlik) bu faktörlerin nasıl etkileşime geçerek şiddetin meydana gelmesine yol açabileceğini gösterir. Örneğin, bir çocuğun yaşadığı travmatik olayların veya toplumsal cinsiyet rolleri gibi faktörler, daha sonraki dönemlerde şiddetin ortaya çıkmasına katkı sağlayabilmektedir. Dolayısıyla, şiddetin nedenlerini bu modeldeki faktörler bağlamında

daha ayrıntılı bir şekilde incelemek amacıyla, biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel etmenler üzerinde derinlemesine analizlere geçmek gerekmektedir.

1.4.1. Biyolojik Nedenler

Şiddet davranışının ortaya çıkmasında dışsal faktörlerin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Ancak, şiddetin uzun süredir var olan bir olgu olması nedeniyle psikolojik ve biyolojik kökenlerinin de araştırılması gerekmiştir (Karlı, 2016). Biyolojik faktörler, vücudun anatomi ve fizyolojisini oluşturan sistemler üzerinde çeşitli etkiler yapabilir. Beynin tüm bölümleri birbirleriyle bağlantılı çalışmakta olup bu bölümler arasında meydana gelen olumsuz etkileşimler şiddetin oluşumunda rol oynayabilir. Beyin enfeksiyonları, genetik faktörler, nöropatoloji, bilişsel eksiklikler, nörotransmitter fonksiyonları, alkol ve madde kullanımı, travmalar, eser mineraller, psikiyatrik hastalıklar, endokrinolojik ve dürtüsellik gibi faktörler şiddet oluşumuna etki edebilen biyolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır (Johnson, 1996).

Araştırmalar, şiddet davranışının doğrudan genetik yolla aktarılmadığını, ancak şiddeti tetikleyen biyolojik faktörlerin genetik yapılarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, beyin anatomik yapıları, endokrin fonksiyonları ve bilişsel eksiklikler bu ilişkiye örnek olarak verilebilir.

Enfeksiyonlar ile şiddet davranışı arasındaki ilişki de incelenmiştir. İsveç'te 1973-1995 yılları arasında doğan yaklaşık 2,2 milyon kişiyi kapsayan bir araştırma, çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonlar ile şiddet içeren suçlardan mahkumiyetler arasındaki ilişkiyi incelemiş ve anlamlı bir etki bulmuştur. Özellikle yaşamın ilk yıllarında geçirilen enfeksiyonlar ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonları nörogelişimi kalıcı olarak değiştirebilir ve böylece nöropsikiyatrik bozukluklar, saldırgan davranışlar ve bilişsel yeteneklerde azalma gibi davranışsal bozukluklara neden olabilir (Blomström ve diğerleri, 2020).

Beyinde saldırgan davranışlardan prefrontal korteks, amigdala ve diğer limbik bölgeler sorumludur. Antisosyal ve şiddet içeren davranışlarla en çok ilişkilendirilen beyin bölgesinin prefrontal korteks olduğunu öne sürmüşlerdir. Yapılan görüntüleme çalışmalarında, şiddet davranışı sergileyen bireylerde prefrontal kortekste yapısal ve fonksiyonel anomaliler gözlemlenmiştir (Yang ve Raine (2009). Öfke duygusunu ortaya çıkaran uyaranlar prefrontal korteks tarafından düzenlenmez ve duygu değerlendirme

görevini üstlenen amigdala ve diğer limbik bölgelerde aşırı duyarlılık oluştuğunda, saldırgan eylemler ortaya çıkabilir (Siever, 2008).

Şiddet ve intihar davranışlarının oluşumunda serotonin metabolizmasının da etkili olduğu belirlenmiştir. Zalimce cinayet işleyen suçluların beyin omurilik sıvılarında 5-hidroksiindolasetik asit düzeyinin suç işlemeyen bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Subaşı ve Akın, 2003). Erkeklerin fiziksel ve psikolojik şiddet türlerine daha yatkın olmasının ise erkeklerin hormonal özelliklerinden kaynaklandığı savunulmaktadır (Schwartz, 2011).

1.4.2. Psikolojik Nedenler

Şiddeti psikolojik nedenler ve psikolojik hastalıklar kaynaklı olarak da ortaya çıkabilmektedir (Maner ve diğerleri, 1991).

İnsanlar genel olarak beklentileri karşılanmadığı, istekleri doyurulmadığı zamanlarda ve istemediği sonuçlarla karşılaştığında öfkelenmektedirler. Öfke diğer duygular gibi son derece doğal duygudur. Ancak öfke kontrol edilemediğinde yıkıcı davranışlara ve şiddete sebep olabilmektedir (Soykan, 2003).

Kişilerin şiddet yaşanan bir ortamda büyümesi ve çocukluk dönemlerinde travmaya maruz kalması yaşanan şiddet davranışının sonraki nesillere aktarılmasında son derece etkilidir (Geniş ve diğerleri., 2022). 2008 yılında Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada, 15-18 yaş aralığındaki 235 hükümlü erkek çocuğun aile içi şiddete maruz kalma veya bu şiddete tanık olma durumlarının, şiddet uygulama sıklığı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, hüküm giyme nedenlerinin büyük bir kısmının fiziksel şiddet uygulama olduğu ve 235 kişiden 179'unun çocukluk döneminde farklı sıklıklarda şiddet yaşadığı belirlenmiştir (Ovacık, 2008).

1.4.3. Sosyokültürel Nedenler

Bir toplum içerisinde şiddetin nasıl sunulduğu, nasıl kabul gördüğü de çok önemlidir. Şiddet, yaşamın doğal bir parçası olarak görülüyorsa ve sorun çözme aracı olarak benimseniyorsa problemleri bir durum olarak algılanmaz (Ergil, 2001). Türkiye'de görülen birçok şiddet eylemi zemininin kişilerin kültürel bakış açısından kaynaklandığı söylenebilir. Kişi bir haksızlığa uğradığında problemi şiddete başvurarak halletmeye çalışmasının toplum temelli başka nedenleri vardır. Birincisi sorunun yasal yollarla

çözülemediğine olan inancı, ikincisi ise yasal yollara başvurmanın toplum tarafından korkaklık/ cesaretsizlik olarak yorumlanması ve toplumda yüceltilen şeref, namus ve erkeklik kavramlarına verilen önemdir (Kızmaz, 2006). Namus kavramı kültürel bir öğreti olarak toplumda var olmakta ve onunu zedelenmesi sonucu kişinin saygınlığını tekrar kazanması ve toplum içerisinde yaşamına devam edebilmesi için buna neden olan etkeni ortadan kaldırması gerektiğine inanılmaktadır. Vargün'ün Batman ve Şanlıurfa illerinde yaptığı alan çalışmasında, 281 kişi ile görüşmüş ve bu kişilerin yarısından çoğu “namus cinayetlerini” mecbur ve yasal indirimden yararlanmalarının gerekli olduğunu dile getirmişlerdir. Araştırmada öne çıkan diğer bir durumda namus kavramının özellikle kadın temelli düşünüldüğü görülmüştür (Vargün, 2009).

Şiddetin meydana gelmesinde sosyal, kültürel faktörler kadar ekonomik faktörlerde önemli bir rol oynamaktadır. Şiddetin düzeyi, az gelişmişlik ve yoksullukla yakından ilgilidir. Yoksulluk insanlarda kısıtlılığa sebep olmakta ve insanlar bu durumdan kurtulmaya çalışırken şiddete başvurabilmektedir. Yoksulluk şiddetin ortaya çıkmasında etkili olurken, şiddet te toplumun mevcut kaynaklarını azaltarak yoksulluğa sebep olmaktadır. Yoksulluğun ve şiddetin ortaya çıkmasının sadece birbiri ile olan döngüsü haricinde de başka nedenlere bağlı olmasına karşın şiddetin temelinde yoksulluk, yoksulluğun temelinde şiddet olduğu görülmektedir (Kesici, 2007).

Toplumda yaşanan şiddet olaylarının git gide artması ile birlikte toplumun birçok kesiminde medyanın şiddet olgusu üzerinde ki etkisi tartışılmaya başlanmıştır. Medyanın insan davranışlarında ve toplum üzerinde yönlendirici bir etkisi olduğu gerçektir. Gelişen dünya koşulları, medyayı daha ulaşılabilir ve kullanılabilir hale getirmiş bununla birlikte, medyanın bu yönlendirici etkisini hangi yönde kullanması gerektiğinin araştırmaları yapılmaya başlanmıştır (Palabıyıköğlü, 1997).

Medya, günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiş durumda. Televizyon, bilgisayar ve akıllı telefonlar aracılığı ile, şiddet içerikli unsurlar toplumun bütün kesimlerine sunulmaktadır. Diziler, haberler, filmler, çizgi filmler ve bilgisayar oyunları gibi medya unsurları, insanlara gerçek hayatta görülenden çok daha fazla şiddet olayını izleme fırsatı sunmaktadır. Özellikle çocuklar ve gençler şiddet içerikli medya içerikleri ile uzun bir vakit geçirdiklerinde şiddet davranışından olumsuz etkilenip, içselleştirebilir ve şiddet davranışını benimseyebilirler (Zorlu, 2016).

Medya da sunulan şiddet her zaman görünür değildir. Özellikle televizyon reklam filmlerinde geniş çapta ikna etme çabalarının olduğu gözlenir. Aydemir (2014), şiddet ve reklam ilişkisini incelemiş ve şiddet kavramının bilinçaltı tekniklerle izleyiciye aktarıldığını ortaya koymuştur. Şiddetin mutlu bir şekilde sunulması şiddet suçlarının önün geçilmesini engellemektedir.

Pierre Bourdieu'ya göre televizyon bir simgesel şiddet oluşturmaktadır. Simgesel şiddetin dikkate değer özelliği onu uygulayan tarafın ve etkilenen tarafın farkında olmamaları ve dolayısıyla sessiz suç ortağı olmalarıdır (Bourdieu ve Ilgaz,1997).

Medyanın şiddetin sunulmasında aracılık etmesi şiddetin toplum içerisinde daha fazla normalleştirilmesine günlük hayatın bir parçası haline gelmesine ve sorunların çözümü olarak algılanmasına yol açmaktadır (Zorlu, 2016).

Şiddetin normal olarak algılanması insanlarda açıkça görülme bile potansiyel bir etki yaratmaktadır. Sosyal medya kullanıcıları aktif olarak şiddet üretme bile şiddeti dolaylı yoldan yayarak üretim sürecine katılmaktadırlar.

1.5. ŞİDDETİN YOĞUN OLARAK YAŞANDIĞI ALANLAR

1.5.1. Aile İçi Şiddet

Toplumun temel yapıtaşı olan aile içi şiddetin meydana getireceği zararlar sadece o ailede kalmayacağı ve etkilerinin bütün bir toplumda görüleceği şüphesizdir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995). Çocukluk döneminde aile içinde şiddete uğrayan veya tanık olan çocukların yetişkinlik zamanlarında şiddet başvurma eğilimi yüksektir (Robert ve diğerleri, 2010). Bunun en temel nedenleri sosyal öğrenme, öğrenilmiş davranış ve öğrenilen cinsiyet rollerinin sonucudur (Vung ve diğerleri., 2009).

Maruz kalınan en yaygın şiddet türlerinden bir olmasına karşın aile bireyleri tarafından hane içerisinde meydana gelmesinden ötürü çoğunlukla gizli kalan, saklanan bir şiddet biçimidir (Sumarno ve Syahranuddin, 2023). Şiddet mağdurlarının, kriz anlarında hayatta kalmaya çalıştıkları ya da şiddetin zamanla yol açtığı kronik sağlık problemleri nedeniyle doktora ve polise başvurdukları belirlenmiştir (Gonçalves ve Lima, 2017; Hegarty ve diğerleri, 2000). Aile içi şiddet, aile bireyleri arasında meydana gelen fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik bakımdan istismar edilmesi ve meşru haklarının yok sayılması olarak tanımlanmaktadır. Aile içi şiddete en çok kadınlar ve çocuklar maruz kalmaktadır (Nicolson ve Wilson, 2023; Wang, 1995). Amerika Birleşik Devletleri'nde

her yıl altı milyondan fazla çocuk, aile bireyleri tarafından şiddete maruz kalmaktadır ve kadınlar her on iki saniyede bir erkekler tarafından şiddet görmektedir (Gonçalves ve Lima, 2017). Aile içinde şiddet, çoğunlukla erkekler tarafından gerçekleştirilmektedir. Kişiyi kendi isteği dışında hareket etmeye zorlayan tutum ve davranışlardır. Bu kapsamda bakacak olursak kişinin istemediği halde cinsel ilişkiye zorlama, zorla evlendirme, aşağılama, tehdit etme, sosyal çevresinden kısıtlama davranışları çerçevesinde gerçekleşen davranışların bütünüdür (Ateşoğlu, 2023).

1.5.2. Okulda Şiddet

Okullar, öğrencilerin hem akademik bilgi edindiği hem de sosyal becerilerini geliştirdiği önemli ortamlardır. Ancak, bu ortamlar zaman zaman şiddet olaylarına da sahne olabilmektedir. Okul şiddeti, öğrenciler arasındaki çatışmalardan, öğrencilerin okul çalışanlarına yönelik saldırılarına ve çalışanların öğrencilere yönelik şiddet eylemlerine kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (UNESCO, 2017). Okullarda görülen şiddet, alay etme, fiziksel taciz, sözlü taciz, tehdit ve silahlı saldırıya kadar uzanan farklı biçimlerde ortaya çıkabilir (Kaur, 2017). Okul şiddeti, çoğunlukla öğrenciler arasında yaşanır ancak bazı zamanlarda öğretmenler ve diğer okul çalışanları tarafından işlenir. Her yıl 246 milyon çocuk ve ergen okulda şiddete maruz kalıyor (UNESCO, 2017).

Öğrencilerin birbirine uyguladığı şiddet, okul dışı ortamlarda da görülebilmeye rağmen, okul ortamlarında daha sık meydana gelmektedir. Şiddet olayları en çok teneffüs zamanlarında, sınıflarda ve koridorlarda, özellikle erkek öğrenciler arasında yaşanmaktadır. Bu şiddet olaylarının altında yatan nedenleri genellikle kişisel anlaşmazlıklar ve karşı cinsle bağlantılı sorunlar olabilmektedir. Ayrıca şiddet olayları kırsal kesimlerden ziyade, daha kalabalık yerleşim yerleri olan büyük şehirlerde daha yaygın görülmektedir (Bulut, 2008).

Okulda yaşanan şiddetten yalnızca öğrenciler değil öğretmenler de etkilenmektedir. Wilson ve diğerleri (2011)'nin 7.331 öğretmenin katılımı ile yaptığı çalışmada öğretmenlerin %80'i işyerinde şiddete maruz kaldıklarını bildirmişleridir.

1.5.3. Sporda Şiddet

Ülkemizde ve dünyada şiddetin sıklıkla yaşandığı alanlardan birisi de spor sahalarıdır. Tarihsel süreçte sporun ortaya çıkışı, erkeklerin avcılık ve savaşta ihtiyaç

duydıkları becerileri geliştirme yolu olarak başlamış, ardından sporcuların yeteneklerini sergilediği ve erkek izleyicilerin potansiyel rakiplerini değerlendirdiği gösteri alanlarına dönüşmüştür (Lombardo, 2012). Günümüzde ise sporun ırk, dil, din ayrımını ortadan kaldıran, birleştirici ve evrensel güç olduğu yönünde görüşler hakimdir (Ziyagil ve diğerleri, 2014). Yaşanan bu evrimleşmeye rağmen, spor alanlarında görülen şiddet olayları toplumsal, kültürel, psikolojik, sosyolojik, ekonomik etmenlere dayandırılmaktadır (Saz, 2013). Spor etkinliklerinde yaşanan şiddetin kaynağında rekabet ve yarışma ideolojisi yatmaktadır (Golijan, 2021). Bu durum, sporun birleştirici gücünü zayıflatarak, rekabetin getirdiği gerilimler ve toplumsal baskılar nedeniyle şiddeti tetikleyebilmektedir. Bu bağlamda, spor sahalarında yaşanan şiddetin ciddiyetini ortaya koyan birçok üzücü örnek bulunmaktadır. Örneğin; 2012 yılında Mısır’da bir futbol karşılaşmasında meydana gelen olaylarda 79 kişinin öldüğü ve çok sayıda yaralının olduğu bilinmektedir (BBC, 2012). Endonezya’da 2022 yılında, futbol maçında yaşanan faciada 125 kişinin ölümü, 320 kişinin yaralandığı bilinmektedir (BBC, 2022). Bu örnekler sporun birleştirici gücü yanında, kontrol edilemeyen rekabet ve toplumsal baskılar sonucunda şiddetin ne denli yıkıcı olabileceğini göstermektedir. Birçok ülke, spor sahalarında yaşanan şiddeti önlemek için yasal düzenlemeler yapmıştır. Örneğin İngiltere’de “*Football Spectators Act*” yasası, ülkemizde 6222 sayılı “*Sporda Şiddet ve Düzensizliğin Önlenmesine Dair Kanun*” ve 2011 yılında TBMM tarafından “*Spor Kulüplerinin Sorunları ile Sporda Şiddet Sorununun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Meclis Araştırma Komisyonu*” kurulmuştur (Football Spectators Act 1989; Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2011).

1.5.4. İşyeri Şiddeti

Şiddet, hayatın birçok alanında olduğu gibi iş yaşamında da karşılaştığımız bir gerçeklik haline gelmiştir. Son yıllarda işyerinde şiddetin artış göstermesi, bunu dünya çapında öncelikli bir konu haline getirmiştir. Bu durum hem insan haklarını etkileyen hem de kuruluşların başarı ve verimliliğini düşüren önemli bir sorundur. İşyerinde şiddet, personelin görevini yerine getirme veya işe gidip gelme süreçlerinde maruz kaldığı, sağlık ve refahlarını tehlikeye atan istismar, tehdit ve saldırı içeren olaylar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002).

İşyerinde şiddet, birçok kaynağı olan karmaşık bir durumdur. Nedenlerini daha iyi anlayabilmek ve muhtemel çözüm önerileri sunabilmek amacıyla işyeri şiddeti dört kategoriye ayrılarak incelenmiştir (Loveless, 2001).

Tip 1: (Kriminal Şiddet) İşyerindeki cinayetlerin %85'i bu şiddet tipinde yer almaktadır ve işçi cinayetlerinin en yaygın sebebidir. Bu tür şiddet, suç işlemeyi planlayarak şiddete başvurma şekli olarak tanımlanırken, çoğunlukla hırsızlık olaylarıyla ilişkilidir. Nakit alışverişlerin yapıldığı ve gece saatlerine kadar hizmet veren işletmeler, ayrıca tek çalışanlar bu tür şiddete maruz kalma riski taşımaktadır. Örneğin, taksi şoförleri, market çalışanları ve güvenlik görevlileri bu risk grubundadır.

Tip 2: Müşteri veya hizmet alan tarafın, çalışana görevini yerine getirdiği sırada uyguladığı şiddet bu kategoriye girmektedir. Sağlık personeli, öğretmenler, polis memurları ve gardiyanlar gibi insanlarla birebir ve yoğun etkileşimde bulunan meslekler, bu tür şiddete maruz kalma riski açısından daha yüksek bir tehlike altındadır.

Tip 3: İşyeri cinayetlerinin %7'si bu kategoride yer almaktadır ve bu, çalışanın bir diğer çalışana uyguladığı şiddet türüdür. Şiddet uygulayan taraf, şiddete maruz kalan çalışanın iş arkadaşı olabileceği gibi, işletmede daha önce çalışmış bir kişi de olabilir. Bu kategorideki şiddetin nedenleri genellikle kişiler arası ilişkiler veya iş konusunda yaşanan anlaşmazlıklardır.

Tip 4: Bu kategoride yer alan şiddet olayları, işyeri ile bağlantılı olmayıp, şiddet mağduru ile kişisel bir ilişkisi bulunan failer tarafından uygulanan şiddet türleridir. Aile içi şiddetin işyerine taşınması, bu şiddet kategorisine bir örnek olarak verilebilir.

Yaşanan işyeri şiddetleri hem bireyde hem de işletmede ağır tahribatlara sebep olabilmektedir. Bireylerde fizyolojik hastalıklara, psikolojik rahatsızlıklara, alkol ve sigara kullanımı gibi sağlığı daha da olumsuz bir noktaya getirecek davranışlara yönlendirebilmektedir. Bunların sonucunda da işten ayrılma, intihar, verimsiz çalışma, iş kazaları gibi daha da olumsuz sonuçlar doğabilmektedir. Bu nedenle yaşanan işyeri şiddetleri önemsenmeli, şiddeti ortaya çıkaran nedenler iyi analiz edilmelidir (Pınar, T. ve Pınar, G. 2013).

İşyeri şiddeti bireylerde ve kuruluşlarda yarattığı olumsuz sonuçlardan dolayı günümüz dünyasında ulusal düzeyde ele alınan bir problem olarak ön plana çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda işyeri şiddeti konulu çalışmalar farklı ülkelerde, ulusal dil düzeyinde ve çeşitlikte olduğu görülmüştür. Bu durum, bu sorunun küresel yaygınlığına

kanıtlar niteliktedir. Ayrıca işyeri şiddeti konulu çalışmaların %75'inin sağlık alanı ile ilgili dergilerde olması, işyeri şiddeti oranının artmasında sağlık sektörünün temel bir etken olduğunu düşündürmektedir (Seyran, 2021).

1.5.4.1. Sağlık İşyerlerinde Şiddet

Sağlık işyerlerinde meydana gelen şiddeti tanımlamaya, sağlık işyeri kavramının hangi mekanları kapsadığını açıklamakla başlamak doğru olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı Programı (PCI) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (NCI) kurumları, ülkelere rehberlik etmek amacı ile sağlık işyerinin tanımını yapmışlardır. Bu tanıma göre; sağlanan hizmetin türüne ve yerleşim konumuna bakılmaksızın sağlık hizmeti verilen her tesisi; bütün hastaneleri, sağlık ocaklarını, klinikleri, rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği merkezleri, aile hekimliklerini, bağımsız sağlık hizmeti veren kuruluşları ve ambulans veya evde bakım gibi sağlık kurumu dışında sağlık hizmeti veren her yeri, işyeri olarak kabul etmişlerdir (ILO ve WHO, 2002).

Sağlık işyerini şiddeti tanımlamasında farklı yaklaşım ve açıklamalar olabilmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumlardaki işyeri şiddeti; hasta veya diğer kişiler tarafından sağlık çalışanına yöneltilen sözlü taciz, tehdit edici davranış veya saldırılarla sağlık çalışanını tehlikeye atan olayların bütünüdür (Saines, 1999).

Sağlık işyerinde şiddet, küresel düzeyde görülen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de son yıllarda gerek medya üzerinden gerekse yapılan akademik çalışmalarla, sağlık hizmetinin sunulduğu işyeri ortamlarında şiddetin arttığı gözlemlenmektedir. İşyeri şiddeti üzerine yapılan çalışmaların genel kanısı, bu sorunun birçok sektörde görüldüğü; ancak hizmet sektörlerinde daha yoğun yaşandığıdır. Hizmetin üretildiği ve topluma sunulduğu alanların, yoğun etkileşim ve iletişim gerektirmesi, sağlık işyerlerini diğer kuruluşlara oranla daha fazla risk altında bırakmaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2012). Nordin (1995) yaptığı çalışmada, sağlık işyerlerinde yaşanan şiddetin toplam işyeri şiddet vakalarının dörtte birini oluşturduğunu belirtmiştir. Sağlık sektöründe çalışanların yaklaşık olarak %50'si şiddete uğradığını bildirmektedir. Şiddetin insanlar ve kuruluşlar üzerinde birçok olumsuz sonucu vardır. Verilen hizmetin kalitesinin düşmesine, mesleki risklerin artmasına ve maliyetin yükselmesine sebep olmaktadır (ILO ve WHO, 2002).

2. BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Sağlık çalışanı, bireye veya topluma sağlık hizmeti sunan ve bu hizmette bulunma yetkinliğine sahip kişilerdir. 06.04.2011 tarihli 27897 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin 4/b maddesinde sağlık çalışanı “*Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslek mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine destek sağlayan kimseler*” olarak tanımlanmıştır. Bu yönetmelikte sağlık çalışanı kavramı geniş kapsamlı ele alınmış ve sağlık hizmetine destek sağlayan kişilerde sağlık çalışanı olarak tanımlanmıştır. Ancak sağlık çalışanının görevi başında şiddete maruz kalması durumunda Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Genelgesinde destek sağlayan personelin (stajyer, intörnler) kapsam dışında tutulduğu görülmektedir.

2.1. SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDETİN TÜRLERİ

Literatürde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin farklı türleri bulunduğu belirtilmektedir. En sık karşılaşılan şiddet türleri ise sözlü, fiziksel ve psikolojik şiddettir (Mento ve diğerleri, 2020; Rehan ve diğerleri, 2023; Shaikh ve diğerleri, 2020; Vento ve diğerleri, 2020). Cinsel şiddet ise daha nadir görülmekle birlikte, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bir diğer şiddet türü olarak rapor edilmektedir (Patrício ve diğerleri 2022).

Şiddet türleri genel bir çerçevede incelendiğinde, sağlık çalışanlarının işyerlerinde maruz kaldıkları şiddet, kaynaklarına göre farklı biçimlerde sınıflandırılabilir. Bu bağlamda, sağlık işyerlerinde şiddetin tarafları dikkate alındığında, temel olarak yedi farklı biçimde ortaya çıktığı ifade edilebilir.

1. Sağlık Çalışanı- Sağlık Çalışanı: Bu tür şiddet, sağlık personeli arasında meydana gelmekte olup; eğer belirli bir süre boyunca, kasıtlı ve sistematik bir şekilde devam ediyorsa, mobbing (işyerinde psikolojik taciz) olarak değerlendirilmektedir.

2. Sağlık Çalışanı- Hasta veya Hasta Yakınları: Sağlık personelinin, hasta veya hasta yakınları tarafından maruz kaldığı şiddeti kapsar.

3. Sağlık Çalışanı- Üçüncü Şahıslar: Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetleri ile doğrudan ilişkisi olmayan kişiler tarafından maruz kaldığı şiddeti içerir.

4. Sağlık Çalışanı- Hasta veya Hasta Yakınları- Üçüncü Şahıslar: Bu kategori, sağlık çalışanları, hastalar, hasta yakınları ve üçüncü şahıslar arasındaki karmaşık şiddet olaylarını içerir.

*ikinci, üçüncü ve dördüncü sıradaki şiddet kategorileri, genel olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kapsamında değerlendirilir.

5. Üçüncü Şahıslar- Üçüncü Şahıslar: Sağlık işyerinde sağlık çalışanları ile doğrudan ilişkisi olmayan kişilerin birbirine uyguladığı şiddeti kapsar.

6. Hasta veya Hasta Yakınları- Hasta ve Hasta Yakınları: Hastalar ve onların yakınları arasında meydana gelen şiddeti içerir.

7. Hasta veya Hasta Yakınları- Üçüncü Şahıslar: Hastalar veya onların yakınları ile sağlık hizmetleri ile doğrudan ilişkisi olmayan üçüncü şahıslar arasındaki şiddeti kapsar.

Son üç sıradaki şiddet kategorileri, sağlık çalışanları ile doğrudan bağlantısı olmayan ancak sağlık işyerlerinde gerçekleşen üçüncü grup şiddet olayları olarak nitelendirilir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013)

Uğurlu ve Şantaş (2023)'ın yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarına şiddeti uygulayanların çoğunlukla hasta yakınları olduğu, daha sonra hasta, iş arkadaşları, yöneticiler ve diğer şahıslar olduklarını bildirmişlerdir.

2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN BOYUTU

Sağlık hizmetleri, diğer hizmet gruplarına göre 16 kat daha yüksek risk altındadır (Elliot, 1997). Finlandiya'da gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, şiddete maruz kalma riski en yüksek meslekler arasında gardiyan ve polis memurlarının ardından psikiyatri hemşireleri ile doktorlar yer almaktadır (Salminen, 1997).

Cooper (2002) tarafından gerçekleştirilen bir araştırma, sağlık sektöründe yaşanan şiddetin, rapor edilen vakaların çok ötesinde bir boyut taşıdığını göstermektedir. Bildirilen vakalar, büyük bir buzdağının yalnızca suyun üstündeki kısmını yansıtmaktadır. Sağlık çalışanları, ağır yaralanmalara yol açan saldırıları genellikle şiddet

olarak nitelendirmekte; ancak sözlü ve psikolojik şiddet gibi daha az somut olan olaylar, resmi kayıtlara çok az rapor edilmektedir. Bu durum, sağlık sektöründeki şiddet olaylarının gerçek sıklığını belirlemede zorluklar yaratmaktadır (Annagür, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri İşgücü İstatistikleri Bürosu (The Bureau of Labor Statistics), işyeri şiddeti kaynaklı yaralanmaların, en yüksek olduğu iş kolunun sağlık hizmetleri olduğunu ve diğer çalışanlara kıyasla sağlık personellerinin 5 kat daha yüksek risk altında olduğunu bildirmiştir. 2022 yılında toplam 2.809.686 kişinin işyeri şiddetine maruz kaldığı, bunların 5.486'sının ölümlü, 2.804.200 kişinin ise ölümcül olmayan yaralanmalarla sonuçlandığı rapor edilmiştir. Ölümcül olmayan yaralama ve hastalık vaka oranlarının meslek bazında sıralanmasında hemşirelik ilk sırada yer almaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Kamu Hizmetleri Federasyonu (PSI), sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti önlemeye yönelik bir program başlatmıştır. Programın amacı, sağlık işyerlerinde meydana gelen şiddetin genel çerçevesini ortaya koymak ve bu sorunun çözümüne yönelik yönergeler sunmaktır. Bu kapsamda, Brezilya, Bulgaristan, Lübnan, Portekiz, Güney Afrika ve Tayland gibi ülkelerde anket çalışmaları yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre, Bulgaristan'da sağlık çalışanlarının %75,8'i, Avustralya'da %67,2'si, Güney Afrika'da %61'i, Portekiz'de %60'ı, Tayland'da %54'ü ve Brezilya'da %46,7'si bir yıllık süre içinde en az bir kez psikolojik veya sözel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Di Martino, 2002). Sağlık personeline yönelik şiddetin, hem düşük ve orta gelirli ülkelerde hem de yüksek gelirli ülkelerde görüldüğü, dolayısıyla bu sorunun küresel bir nitelik taşıdığı da vurgulanmıştır. Liu ve diğerleri (2019), sağlık çalışanının maruz kaldığı işyeri şiddeti hakkında yapılan akademik çalışmaların sistematik bir derlemesini yapmışlardır. Ele alınan çalışmalarda ki toplam katılımcı sayısı 331.544'dir. Çalışmanın sonucunda sağlık personeline şiddeti etkileyen faktörler ve bu faktörlerin arasında varyasyonlar hakkında çıkarımda bulunmuşlardır. Araştırmaya ilişkin bilgiler şu şekildedir;

- Katılımcıların %61,9'u işyerinde şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.
- Hekim ve hemşirelerin diğer meslek gruplarına oranla daha fazla şiddete maruz kaldığı
- Sözlü şiddetin daha sık yaşandığı
- Şiddetin en sık yaşandığı birimler acil servisler ve psikiyatri klinikleri olduğu

- Kuzey Amerika ve Asya ülkelerinde daha sık görülmekte olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Kıtalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin 12 Aylık Görülme Sıklığı (12 Aylık Prevelans)

	Rapor Sayısı	Örneklem Büyüklüğü	Şiddete Uğrayan Kişi Sayısı	Oran (%)
Asya	113	69416	130158	45,5
Avrupa	41	10935	54163	31,6
Kuzey Amerika	24	15827	35324	58,7
Avusturalya	29	8515	21008	38,7
Afrika	16	3532	10222	32,7
Latin Amerika	6	2544	7138	36,8

Kaynak: Liu ve diğerleri (2019)

Dünya geneline baktığımız zaman Asya ülkelerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet Avrupa ülkelerine göre daha yüksektir. Bunun nedeni ülkelerin sağlık sistem yapısı, politikaları ve sosyokültürel farklılıklarından (işyeri kültürü, iletişim yönelimleri, sağlık çalışanlarına kültürel yaklaşımlar, kolektif eğitim çalışmaları) kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca Asya ülkeleri ve Avrupa ülkelerinin sağlık sistemi yapıları karşılaştırıldığında, Asya ülkelerinde sağlık harcamaları daha düşüktür. Nüfus başına düşen personel sayısının daha düşük olduğu görülmektedir. Personel, fazla iş yükü altında ezilmekte ve sağlıklı iletişim kurmakta güçlük çekmektedir. Özellikle Çin, Hindistan, Tayland gibi ülkelerde randevu sistemi uygulanmamakta ve bu durum sağlık kuruluşlarında uzun bekleme sürelerine sebep olmaktadır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir problemdir. Ankara Tabip Odasının paylaştığı verilere göre Mayıs 2012 ile Mart 2013 tarihleri arasında, Alo 113 Sağlık Çalışanlarına şiddet ihbar hattına toplamda 7.773 şiddet vakası bildirilmiştir. Bildirimlerin çoğunluğu sözel şiddettir. Bildirimde bulunan meslek grubu çoğunlukla hekimler olmakla birlikte hekim dışı sağlık personeli sayısı da yüksektir (Sert, 2014).

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, Aralık 2015- Eylül 2020 tarihleri arasında yapılan 18.358 beyaz kod bildirimini açıklamıştır (Hürriyet, 2021). Sağlık-Sen tarafından, 2021 yılında 190 vaka, 2022 yılında 249 vaka, 2023 yılında 457 vaka bildirilmiştir (İmdat, 2023).

Tablo 2. Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Yaşanan Şiddetin Türü

Yazar	Çalışma Amacı	Örneklem Büyüklüğü ve Kapsam	Sonuç	Sıklık %	Sözel Şiddet %	Fiziksel Şiddet %
Kıdak ve diğerleri (2009)	Son bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarını şiddet maruziyeti ve ilişkili faktörleri tespit etmek	188 sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire)	Çoğunlukla şiddeti hasta yakınları uygulamıştır. Hekimler, hemşirelerden daha sık şiddete maruz kalmıştır.	56 (1 yıl)	92.5	18.9
Durak ve diğerleri (2014)	Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde şiddete maruziyeti incelemek	300 Sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire)	Şiddet çoğunlukla acil servislerde yaşanmıştır.	73 (1 yıl)	69.7 (1 yıl)	13 (1 yıl)
Akbaş ve diğerleri (2016)	112 Acil Servis Hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumları ve davranışlarını incelemek	300 112 sağlık çalışanı (ATT, Paramedik, Şoför, hekim, hemşire)	Çalışmaya katılanların %64,2’si hem söze hem fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir. En sık hasta yakınları şiddet uygulamıştır.	82,3 (1yıl)	99.3	64.5
Türkmenoğlu ve Sümer (2017)	Sivas merkezde görev yapan sağlık personelinin yaşadığı şiddet sıklığını anlamak	468 sağlık çalışanı (Hekim, Hemşire, tekniker, ebe,	En sık hasta+ hasta yakınları şiddet uygulamıştır. Şiddet en sık acil servislerde yaşanmıştır.	49,79 (1yıl)	43	1,07

Tablo 2. (Devam) Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Yaşanan Şiddetin Türü

Karabulut ve Yazıcı (2021)	Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma hastanesinde görev yapan çalışanların yaşadığı şiddet ve ilişkili faktörleri incelemek	152 sağlık çalışanı	Şiddet en sık polikliniklerde yaşanmıştır. En fazla hasta yakınlar tarafından şiddet uygulanmıştır. Hekimler, diğer meslek gruplarına göre daha fazla şiddete maruz kalmıştır.	39.5	66.6	6.7
Mutlu ve diğerleri (2021)	2017 Ocak-2020 Aralık tarihleri arasında Aksaray eğitim ve Araştırma Hastanesinden bildirilen beyaz kod verilerinin retrospektif olarak incelenmesi	Sağlık çalışanlarının bildirdiği 133 beyaz kod girdisi	Şiddetin en sık yaşandığı birim polikliniklerdir. En fazla bildirim hekimler tarafından bildirilmiştir.	86.5	13.5	

2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN NEDENLERİ

Sağlık işyerlerinde meydana gelen şiddetin kökenlerini ve kaynaklarını belirlemek oldukça zordur. Bunun temel sebeplerinden biri, sağlık hizmetlerinin geniş ve karmaşık bir organizasyon yapısına sahip olmasıdır; bu yapı içerisinde farklı görevlerde çalışan çok sayıda personel yer almaktadır. İkinci olarak, bu işyerlerinde şiddet yalnızca hastalardan değil, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve diğer üçüncü kişiler gibi birçok farklı kaynaktan gelebilmektedir. Üçüncü bir neden ise sağlık kuruluşlarında yaşanan şiddetin niyet ve uygulanış bakımından çeşitlilik göstermesidir. Örneğin, bazı şiddet olayları kasıtlı olarak gerçekleşirken, bazıları alkol etkisinde ya da psikiyatrik rahatsızlıklardan kaynaklanan kasıtsız davranışlar sonucunda ortaya çıkmaktadır (Cooper ve Swanson, 2002).

Curbow (2002), sağlık çalışanının maruz kaldığı şiddetin nedenlerini dört boyutta ele almıştır.

1. Çalışanlar ve hastalara arasındaki etkileşim
2. Örgütsel faktörler
3. Çevresel faktörler
4. Toplumsal faktörler

Curbow (2002), sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin nedensel faktörlerinin basit doğrusal bir ilişki içermediğini, aksine birbirine karışan ve etkileşen faktörler olduğunu savunmaktadır. Bir etkileşimi anlamak için yalnız bireylerin özelliklerine değil, kurum, çevre ve toplumsal faktörleri de göz önüne bulundurmak gereklidir.

2.3.1. Çalışan ve Hasta Arasındaki Etkileşim ve İletişim

Sağlık çalışanları ile hastalar ve hasta yakınları arasında karmaşık bir etkileşim ve iletişim süreci bulunmaktadır. Bu birebir etkileşimde yaşanan iletişim problemleri ve yanlış anlamalar, şiddetin potansiyel kaynakları arasında yer alabilir. İletişim problemlerinin temel nedenleri 4 başlık altında sınıflandırılmıştır (TBMM, 2013).

1. Ortam kaynaklı problemler,
2. Taraflarının kişisel özellikleri
3. Hasta psikolojisi
4. Sağlık çalışanlarının mesleki dil kullanımı

Sağlık kurumlarında iletişimin önemli bir işlevi bulunmaktadır. Sağlık çalışanları, mesleklerinin gereği olarak, sosyal ve kültürel düzeyleri farklı olan bireylerle sık sık etkileşimde bulunmaktadır. Bu iletişim süreci, yalnızca sağlıkla ilgili bilgilerin aktarımını değil; aynı zamanda empati ve karşılıklı anlayışı da içermektedir. Bu unsurlar sağlıklı bir şekilde kurulduğunda, sağlık alanında yaşanan olumsuzlukların önlenmesine katkıda bulunabilir. Dolayısıyla, iletişimin taraflarından biri olan sağlık personelinin iletişim becerileri, bu süreçte kritik bir role sahiptir (Solmaz ve Duğan, 2018). Sağlık hizmetlerinde iletişim sorunları yaygın olarak görülmektedir. Toplumda hekimlere ilişkin şikayetlerin çoğunluğu tıbbi yeterlilikle ilgili değil, iletişim problemleri ile ilgilidir. Ayrıca yanlış tedavi iddialarının büyük bir kısmı, iletişim eksikliklerinden kaynaklanmaktadır (Simpson, 1991). Yağbasan ve Çakar (2006)'ın yaptığı çalışmaya göre hekimlerin büyük bir kısmı hastalar ve yakınları ile iletişim kurarken tıbbi

terminolojiyi içeren mesleki bir dil kullandıklarını belirlemişlerdir. Denekler, hekimlerin mesleki terimleri kullandığı hallerde hekimleri anlamadıklarını ifade etmişlerdir.

Kişilerin bireysel özellikleri (daha önce de şiddet suçu işlemiş kişiler, psikolojik rahatsızlığı olanlar, alkol ve madde kullanımı olanlar, iletişim bilgi ve pratiğinde eksiklikler, baskıcı tutum, toplumsal normlar, sabırsızlık, empati yoksunluğu) de şiddete sebep olabilmektedir (Cooper ve Swanson, 2002). Sarcan'ın (2013) 1.600 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, alkol kullanım alışkanlığı olan insanların şiddeti sorun çözme yöntemi olarak gördükleri tespit edilmiştir. Tarafların bireysel özelliklerine yönelik eklenebilecek bir durum da yaş olabilir. İletişimin temeli olan işitme, konuşma gibi unsurlarda yaş almayla birlikte meydana gelen değişiklikler hasta ve çalışan arasında iletişim problemleri yaratabilmektedir (Akgün, 2012).

Ayrıca, sağlık çalışanlarına yöneltilen şiddetin bir nedeni de hasta ve hasta yakınlarının kendileri ile yeterince ilgilenilmediğini düşünmeleridir. Hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarından beklentilerinin çok yüksek olması ve bu beklentilerinin karşılanmadığı durumlarda şiddete başvurmayı bir hak olarak görmeleri şiddeti artıran faktörlerdendir (İlhan ve diğerleri, 2013).

Hasta ve sağlık çalışanı arasındaki etkileşimi etkileyen durumlardan biri zaman algısı ve hasta ile yakınlarının yasal prosedürleri yeterince bilmemeleridir. Hayati tehlike arz eden hastalıklar, yaralanmalar ve kazalarla karşı karşıya kalan bireyler, genellikle ilk başvurdukları sağlık hizmeti noktası olarak hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini tercih etmektedir (Özkan ve Daşbaş, 2023). Bu tür acil durumlarda, bireylerin duygu durumu zaman algısını etkileyebilmektedir. Güncel araştırmalar, özellikle olumsuz ve yüksek uyarıcı duyguların, olayın süresinin gerçekte olduğundan daha uzun algılanmasına sebep olabileceğini ortaya koymaktadır (Karaaslan ve Amado, 2021). Bu algı, ambulansın geç kaldığı düşüncesini besleyerek şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Hasta yakınları, yasal prosedürle belirlenen refakatçi alma durumları ve sayısı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarından, ambulansla hastaneye gitmek istemekte; bu da sağlık personeli ile olumsuz etkileşimlere yol açmaktadır (Durmuş, 2019).

Yasadışı ve meslek etiğine uymayan talepler şiddet kaynaklarından birisidir. Tıbbi gereklilik olmadan ilaç ve rapor talepleri hekim tarafından karşılanmadığı zaman kişiler şiddete başvurabilmektedir (Güvercin, 2019; Esen ve Aykal, 2020; Şantaş ve Erdoğan, 2021). Avcı ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışma da benzer sonuçlar içermektedir.

Şiddet nedenlerinin %35'ini randevusu/muayene sırasından önce muayene olma isteği, kimliksiz veya başka kişinin kimliği ile muayene olmak isteği, kurumsal prosedürlere uymamak gibi yasadışı isteklerden kaynaklandığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan şiddet nedenlerinden birisi de hasta ve hasta yakınlarının sabırsız olmasıdır (Özişli, 2022). Hastaneye başvuran kişiler kendi durumlarının daha acil müdahale gerektirdiğini düşünmekte ve bir an önce ilgilenilmesini talep edebilmektedir (Avcı ve diğerleri, 2015).

Sağlık çalışanlarının olumsuz iletişim tutumu ve davranışları da hasta algılarını etkileyerek şiddete sebep olabilmektedir (Uludağ, 2016).

Son olarak, şiddete neden olan durumlardan biri de hasta ve hasta yakınlarının kendi yükümlülükleri hakkında bilgi sahibi olmamalarıdır. Sağlıkla ilgili endişe ettikleri durumlarda mağdur bir pozisyonda olduklarını düşünmekte ve bu mağduriyetin onlara öncelik tanıdığına inanmaktadırlar. Hasta ve yakınlarının bu öncelikli olma düşüncesi, sağlık çalışanlarının insan olmaktan kaynaklanan haklarını ve görevlerinden doğan haklarını göz ardı etmelerine yol açabilmektedir. Oysa hasta ve hasta yakınlarının da yerine getirmeleri gereken yükümlülükler bulunmaktadır. Bu yükümlülükler şunlardır; sağlık personelinin temel haklarına saygı gösterme, şiddetten kaçınma, sağlık çalışanları ile iş birliği yapma, alınan hizmet karşılığında ücret ödeme, ayrımcılık talebinde bulunmama ve baskı uygulamama (Metin, 2022).

2.3.2. Örgütsel Faktörler

Örgüt içinde şiddeti belirleyen faktörler arasında insan kaynakları yönetimi, kurumsal kültür, fiziksel çevre ve altyapı önemli rol oynamaktadır.

Sağlık kurumlarında tesis ve ekipman yetersizliği, personel sayısında ve yönetiminde yapılan hatalar, hasta randevularının zamanında gerçekleştirilememesi, bekleme sürelerinin uzun olması, personelin yoğun çalışma temposu, kötü çalışma şartları, yoğunluk kaynaklı hastaların boş yatak bulamaması, güvenliğin sağlanması noktasında ki boşluklar, hizmet sunumunda adaletin olmaması gibi etkenler şiddete kaynaklık etmektedir (Aydın, 2008).

Sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda şiddete neden olan faktörler arasında sıra beklememe isteği ön plana çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin toplum gözünden nedenlerini görmek üzerine yapılan çalışmalarda en büyük sebep olarak

muayene sırası beklemenin olduğu görülmüştür (İlhan ve diğeri, 2013). İsrail’de 177 hekimin katılımı ile yapılan araştırma bunu doğrular niteliktedir. Hekimlerin % 46’sı bekleme süreleri nedeni ile şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Carmi-Iluz ve diğeri 2005).

Şiddetin ortaya çıkması ve görülme sıklığının artmasının nedeni politika ve yasal düzenlemelerin yetersizliği görülmektedir (İkışık ve diğeri, 2021).

Özcan ve Bilgin (2011), 1999-2010 yılları arasında sağlık çalışanlarına şiddet konulu 29 ulusal ve uluslararası yayını inceleyerek yaptıkları çalışmada en sık karşılaşılan şiddet nedeni olarak organizasyonel sorunlardan kaynaklı olduğunu bildirmişlerdir. Sağlık kurumlarında iş süreçlerinin tam olarak tanımlanmamasının, bir işin ne zaman, nerede kim ve hangi birim tarafından gerçekleştirileceğinin netlik kazandırılmaması ve kriz durumunda uygulanacak eylem planlarının yapılmamış olması şiddetin temel nedenlerindedir (Elbek, 2012).

Sağlıkta Dönüşüm Programının şiddetin görülme sıklığını artırdığı görüşü yaygındır. Sağlıkta dönüşüm programı; yüksek beklenti, artan hasta talepleri, sevk basamaklarının kaldırılması, hizmetin niteliği ve nicliğinde düşme, hastaya müşteri bakış açısı ile memnuniyeti artırma çabası, sağlık personelinin itibarını kaybetmesi, katkı/katılım ve fark ücretlerinin alınması, performans sistemi, yeterli akademik personel olmadan sağlık eğitim kurumlarının açılmasının sonucunda eğitim ve hizmet kalitesinin düşmesine ortam hazırlamış ve sağıktaki şiddet vakalarının artmasına zemin hazırlamıştır (Türk Tabipler Birliği, 2024).

2.3.3. Toplumsal Faktörler

Medya, toplumun duygu ve davranışlarını yönlendiren güçlü bir araçtır. Medya aracılığı ile iletilen haberler, görsel içerikler ve bilgiler toplumun bakış açısını etkileyebilmektedir. Medyanın bu güçlü etkisi ve şiddetin öğrenilebilir davranış olmasından yola çıkarak medya ve şiddet arasında ki etkileşimi araştıran çalışmalar yapılmıştır. Haber başlıkları ve içeriklerinin incelendiği çalışmalarda medyanın, dikkat çekmek ve reyting almak amacı ile sağıktaki şiddet vakalarını bir üçüncü sayfa haberi niteliğinde verdiği görülmektedir. Bu durum birçok olumsuzluğa sebep olmaktadır.

1. Sağlık Çalışanını Değersizleştirme: Medyada “Kırık kol için girdikleri hastanede cansız bedeniyle çıktılar” şeklinde duygusal etki yaratarak dikkat çekme, tıbbi bilgilerden

uzak, tek taraflı bakış açısıyla sunulan haberler hekimlere ve sağlık çalışanlarına olan güveni zedeleyebilecek niteliktedir.

2. Hekime Duyulan Güveni Zedeleme: Uygulanan tıbbi işlemlerin kabul edilebilir komplikasyonlarını, bir malpraktis durumu gibi yansıtılması hekime duyulan güveni zedeleyebilmekte, doktorları hedef göstermektedir.

3. Şiddeti Meşrulaştırma: “Yanlış teşhis ettin dedi doktorun kolunu kırdı” ve “Bana bakmak zorundasınız dedi, sağlıkçıları darp etti” şeklinde atılan başlıklar şiddeti haklı bir tarafa dayandırmaya çalışmakta ve halkın gözünde şiddeti meşrulaştırmaktadır.

4. Şiddeti Olağanlaştırma: “Doktora şiddete devam” ve “Yine doktora saldırı” gibi sürekliliğine vurgu yapan başlıklar, bu durumun olağan görülmesine ve toplumda duyarsızlığa sebep olabilmektedir (Kaya ve Tok, 2021).

Sağlık personeli medyanın, sağlıkta şiddet olaylarını haberleştirilmesinde eksik ve hatalı davrandığını ve bu durumunda şiddeti etkilediği görüşündedir. Medyanın şiddet olaylarının sadece magazinsel kısmı ile ilgilendiğini, şiddet faillerinin hangi cezaları aldığına yer vermediğini, bununda halkın bilinçlendirilmesi konusuna da olumsuz bir durum olduğu görüşü hakimdir (Dağ ve Baysal, 2017).

Medya aracılığı ile sağlık çalışanına uygulanan şiddet sonrası ceza alınmadığı veya hafif cezalar alındığının görülmesi şiddete meyli artırmaktadır (Uğurlu ve Şantaş, 2023).

Sağlık kurumlarında görülen şiddet sadece mesleki bir problem değil toplumdaki eğitim eksikliğinin kurumlara yansması olarak görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının eksik olması, temel sağlık prosedürleri ve sevk işleyişi hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması anlaşmazlıklara sebep olabilmekte ve şiddete kaynaklık edebilmektedir (Uğurlu ve Şantaş, 2023). Özişli'nin (2022) yaptığı çalışmaya göre de hasta ve hasta yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğü, sağlık kurumlarındaki şiddetin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır.

2.4. SAĞLIKTA ŞİDDETİN ETKİLERİ

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet, personeli olumsuz yönde etkileyerek çok yönlü sorunlara yol açar. Bu durum, kamu hizmetinin kesintiye uğramasına ve bu hizmetten yararlanma hakkı olan diğer kişilerin de olumsuz etkilenmesine neden olur (Hinsenkamp, 2013).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları, personelin iş performansında düşmeye yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarının görev performansları, personel ve idare tarafından uygulanan şiddetten daha fazla etkilenmektedir. Hasta yakını kaynaklı şiddeti hastalık sürecini iyi yönetememe durumu olarak değerlendirilmekte ve nispeten daha hoşgörü ile karşılanmaktadır (Çabuk, 2020).

Sağlık işyerlerinde yaşanan şiddet birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalarda şiddet sonrası ortaya çıkan etkiler yedi ayrı kategoride incelenmiştir. Bu kategoriler şunlardır; duygusal, psikolojik, fiziksel, işte ki fonksiyonellik, hasta ile ilişki/ bakım kalitesi, sosyal ve mali sonuçlar (Lancôt ve Guay, 2014).

Şiddetin yaygınlığı hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hekimlerin rolü büyüktür çünkü sağlık hizmetinin arzını belirleme gücüne sahiptirler. Toplum sağlığının korunması, hastalıkların iyileştirilmesi süreçlerini belirleyen etken hekimlerdir. Yaşanılan şiddet olayları, hekimleri kendini korumaya itmekte ve defansif tıp uygulamalarına kapı açmaktadır. Defansif tıp şöyle tanımlanmaktadır; hekimlerin hizmet sunumu sırasında sağlık sistemi ve hastalara duydukları güvensizlik, korku ve endişe nedeni ile riskli hastalardan ve davranışlardan kaçmaları veya hastaların gereksiz isteklerini yerine getirmektir. Defansif tıp, pozitif ve negatif olmak üzere iki şekilde gerçekleşebilmektedir. Pozitif defansif tıp, özellikle malpraktis davalarından kaçınmak, savunmasını daha güçlü hale getirmek amacı ile yaptığı uygulamalar (gereksiz ilaç, gereksiz tahlil vb.) olarak ifade edilmektedir. Negatif defansif tıp ise, riskli hastalardan kaçınma durumudur. Defansif tıp uygulamaları; ekonomik zarara, iş yükünün artmasına, meslek seçiminde hekimliğin tercih edilmemesine, uzmanlık alanında riskli branşların tercih edilmeyerek boş kalmasına, hekimlerin erken emekli olmak istemesine, hastaların geç tedaviye ulaşmalarına, tıbbi hata riskinin artmasına, mesleki endişelere, memnuniyetsizliğin artmasına, hekimlere etiket yapıştırılmasına sebep olabilmektedir (Yeşiltaş, 2018).

Yaşanılan şiddet sonrası hekimler görevden ayrılmak istemektedir. Görev yaptığı sırada hastası tarafından bıçaklı saldırıya uğrayan hekim, istifa ederek meslekten ayrılmıştır. İstifa dilekçesinde “Uğradığım bıçaklı saldırı sonrası hastanenin güvenlik ve çalışma şartlarında iyileştirme sağlanmadığından ve olayın devam eden psikolojik

etkisinden dolayı hastanede çalışmakta, hastalarımın tedavisini uygulamakta güçlük çekmekteyim” cümleleri yer almıştır (Sağlık Sen, 2021).

Şiddet ile hekim göçü arasında bir bağlantı olup olmadığı da akıllara gelmektedir. Sağlık çalışanlarını göçe yönlendiren başlıca etkenler arasında düşük ücret, güvenlik sorunları, kariyer fırsatları ve iş tatmini bulunmaktadır (Toyin ve diğerleri, 2023). Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) açıkladığı verilere göre, hekimlerin her yıl sicil belgesi başvurularının arttığı gözlemlenmektedir. Bu başvuruların temel nedeni, Türkiye vatandaşları olan hekimlerin yurtdışında başvurdukları ilgili kurumlara, mesleki faaliyetleriyle ilgili olumsuz kayıt bulunup bulunmadığını gösteren bir belgenin sunulması gerekliliğidir (Türk Tabipler Birliği, 2017a). 2012 yılında başvuru sayısı 52 iken 2023 yılında 2.785'e ulaşmıştır (Muğla Tabip Odası, 2023). Aydan (2023)'ın çalışmasına göre, Türkiye'de hekimleri göçe yönlendirebilecek çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler arasında yüksek hasta yoğunluğu, iş yükünün fazla olması, ücretlerin yeterli ve adil bulunmaması, kariyer imkanlarının kısıtlı olması, şiddet olayları ve yetersiz güvenlik tedbirleri ile yasal önlemler yer almaktadır.

Hekimlerin göçü birçok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, ilk olarak hekimlerin eğitim masrafları, yetersiz hekim sayısı ve bu durumun sağlık sorunları ile erken ölümlerin artışına yol açması gibi durumlar öne çıkmaktadır (Saluja ve diğerleri, 2020).

Türkiye'den göç eden sağlık çalışanları arasında en çok dikkat çeken grup doktorlar olmakla birlikte, diğer sağlık personelinin de yurt dışına göç etme eğiliminde olduğu bilinmektedir. Türk Hemşireler Derneği'nin 8274 katılımcı ile gerçekleştirdiği araştırmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin %76'sı yurt dışında görev yapmayı istemektedir. Hemşirelerin göç etme nedenleri arasında ekonomik zorluklar, mesleki sorunlar ve sosyal etkenler öne çıkarken, şiddet de önemli bir faktör olarak %25 oranında belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %18,7'si gerekli şartları sağlarken, %1,8'i aktif olarak geçiş sürecindedir. Ayrıca, hemşirelerin %21'i dil engelini aşmak amacıyla dil kurslarına devam etmektedir (Taşkın, 2023). Bu bulgular, mesleki tatminsizlik ve şiddet gibi unsurların, sağlık çalışanlarının yurt dışına göç etme eğiliminde ne denli etkili olduğunu göstermektedir.

2.5. ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE ÜLKE ÖRNEKLERİ

Sağlık personeline yöneltilen şiddeti önlemede farklı ülkelerin benimsediği stratejiler, bu problemin küresel boyutlarını ve efektif çözüm yollarını anlamamız açısından büyük önem taşır. Bu bakımdan, İngiltere, Norveç ve İsveç gibi ülkelerin şiddet yönetiminde izlediği yol, politika ve uygulamalar hem gelişmiş sağlık sistemleri hem de kapsayıcı yaklaşımları ile dikkat çekmektedir.

2.5.1. İngiltere

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı yönetiminde, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından "Sıfır Tolerans Kampanyası" başlatılmıştır. Kampanyanın iki ana teması bulunmaktadır:

1. Sağlık çalışanlarının şiddeti bildirme konusunda farkındalıklarını artırmak, bu konunun çözüleceğine dair güvenceler vermek, topluma sağlık çalışanlarına şiddetin kabul edilebilir bir durum olmadığını farkındalığı aşılama

2. Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların raporlama sistemleri oluşturmaları ve şiddeti azaltmak amaçlı stratejiler belirlemeleri gerektiği ve iş birliği içinde hareket edilmesi üzerinde durulmuştur (Wiskow, 2003).

Bakanlık şiddeti en aza indirmek amacı ile spesifik adımlar belirlemiştir. Bu kapsamda

- Risklerin değerlendirilmesi, sorunları anlamak, analizini yapmak ve düzeltmek için eylem planları,
- Personele danışılarak yerel politikaların belirlenmesi,
- Personele şiddeti nasıl önleyecekleri, karşılaşmaları durumunda nasıl hareket edecekleri konularında eğitim verilmesi
- Şiddet mağduru personele destek ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi
- Personelin şiddet durumunda yardım isteyebileceği alarm sistemi gibi teknolojiler ve uygulamalar hazırlanması,
- Fiziki çevrenin şiddeti etkileyen güçlü bir yapısı olduğu, bu anlamda daha iyi dekore edilmiş bekleme alanlarının oluşturulması,
- Şiddet uygulayan ve saldırgan hastalara yazılı uyarılar verilmesi (sarı kart) ve tedavinin durdurulması hakkında kılavuz yayınlanması,

- Yerel suç ve asayiş stratejileri belirleme ve uygulama sürecinde polis ile iş birliği yapmak (National Audit Office, 2003).

- NHS, sağlık kuruluşlarına şiddeti azaltma konusundaki çalışmalarına destek olmak amaçlı 2020 yılında “şiddeti önleme ve azaltma standardını, 2022 yılında standarda rehberlik notları yayınlamıştır. Bu çalışmalarda kuruluşlara önerilen yöntemin uygulama adımları şöyle özetlenebilir;



İngiltere’de 2018 yılında, acil durum çalışanlarına yönelik saldırıları konu alan yasa yayımlanmıştır. Bu yasa acil durumlarda görev yapan polis, itfaiye, sağlık personeli ve diğer acil durum çalışanlarını kapsamaktadır. Çalışanın çalışma saati dışında da olsa görevi ile ilgili bir saldırı olması durumunda da bu yasa kapsamında ele alınacağı belirtilmiştir. 6 ile 12 ay arasında hapis cezaları uygulanacağını hükmetmiştir.

İngiltere sağlık hizmeti sunumunda ön saflarda çalışan ambulans personelini şiddete karşı korumak için vücuda takılan kamera uygulamasının pilot çalışmalarını yapmaya başlamıştır. Bu kameralar ses ve video kayıtlarını tutan giyilebilir özellikte kayıt cihazlarıdır. Çalışanın kendini daha güvende hissetmesini sağlamayı ve yaşanan olayla ilgili soruşturmalarda polise yardımcı olmak için kayıtları tutmaktadır (NHS England ; RAND Europe, 2023).

2.5.2. İsveç

İşyerinde psikolojik şiddet (mobbing) kavramı, ilk olarak İsveç’te 1984 yılında yayımlanan bir raporda ortaya konulmuştur (Karcıoğlu ve Akbaş, 2011). İsveç, işyeri şiddetini ve mobbingi önleme konusundaki düzenlemeleriyle öne çıkan bir ülke olmuştur. 1993 yılında işyeri şiddeti yönetmeliği yürürlüğe girmiş ve sağlık sektörü dâhil birçok sektörde şiddet olayları bu yönetmelik kapsamında ele alınmaya başlanmıştır. 2016 yılında İsveç, iş sağlığı ve güvenliği yönetmeliğini revize etmiş, özellikle mobbing ve psikolojik şiddete karşı önlemleri daha da güçlendirmiştir. Bu yeni düzenlemeler, işverenlerin çalışanlarını şiddet ve tacizden koruma yükümlülüklerini daha fazla vurgulamaktadır (Swedish Work Environment Authority, 2016).

İsveç, işyeri şiddetine ilişkin iki büyük farkındalık kampanyası yürütmüştür. İlk kampanya perakende satış sektöründe, ikinci kampanya ise okullar ve sağlık sektöründe gerçekleştirilmiştir. Kampanyaların temel amacı, işyeri şiddetine dikkat çekmek ve farkındalık oluşturmaktır. Kampanya kapsamında 18.000 işverene yazılı bilgilendirme yapılmış, 1.500 işyeri denetlenmiştir. Denetimlerde, işyerlerinin %19'unda güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğu, %16'sında şiddetle ilgili eğitimlerin ve bilgilendirmenin eksik olduğu, %12'sinde yaralanmaların bildirilmesi ve takiplerinin yetersiz olduğu, %11'inde ise şiddet sonrası tıbbi yardım sağlanmasında eksiklikler olduğu tespit edilmiştir (Wiskow, 2003).

İsveç İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (Swedish Work Environment Authority), 50'den fazla çalışanın bulunduğu işyerlerinde güvenlik komitelerinin oluşturulmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir. Bu komitelerin, işveren, çalışan, güvenlik temsilcisi ve diğer paydaşların ortak çalışmasıyla tehdit ve şiddetten uzak, sağlıklı bir çalışma ortamı sağlama yönünde sorumluluk taşıdıkları ifade edilmektedir. Ayrıca, çalışanların işyerinde fark ettikleri güvenlik açıklarını ve riskleri bildirmeleri gerektiği, bu konuda teşvik edilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Kurum, işyerlerinde risk tespiti ve değerlendirmesinin önemine dikkat çekmekte ve psikososyal desteğin de kritik bir unsur olduğunu belirtmektedir. Şiddete maruz kalan çalışanın her zaman doğrudan sosyal ve psikolojik destek talep etmeyebileceği, bu durumda yöneticinin aktif bir şekilde destek talebinde bulunmasının gerekli olduğu ifade edilmektedir. Bu sayede çalışanın kendi destek ihtiyacını daha iyi değerlendirebileceği belirtilmektedir (Swedish Work Environment Authority, t.y.).

2.5.3. Norveç

Norveç çalışma hayatı ve sosyal hayat arasında ki dengenin sağlanmasını önemseyen bir yaklaşıma sahiptir. Norveç'te insanların çalışma süresi diğer gelişmiş ülkelere oranla daha düşüktür. Norveç iş kültüründe iş-yaşam dengesi büyük önem taşır. Çalışanlar genellikle haftada 37,5 saat çalışmakta ve yılda beş hafta ücretli izin hakkına sahip olmaktadır. Çoğu şirket, esnek çalışma saatleri ve uzaktan çalışma imkânları sunarken, ebeveyn izinleri de oldukça geniştir. Anneler ve babalar, 49 haftaya kadar ücretli ebeveyn izni kullanabilmektedirler. Bu uygulamalar, çalışanların iş ve özel

hayatlarını daha iyi dengelemelerine olanak tanır ve iş ortamında verimlilik ve memnuniyeti artırır (Life in Norway, 2023; Working with Norwegians, 2023).

Özellikle İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası (Arbeidsmiljøloven), çalışanların şiddet ve tacizden korunması için oluşturulmuştur. Bu yasa, işverenlerin çalışanların güvenliğini sağlama yükümlülüğünü öne çıkararak, şiddeti önleme adına gerekli tedbirlerin alınmasını zorunlu kılar. Ayrıca, iş yerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal şiddetin önlenmesi için işverenlerin sorumluluklarını net bir şekilde tanımlar (Norwegian Labour Inspection Authority [Arbeidstilsynet], 2017).

2.6. ŞİDDETİ ÖNLEMELİK İÇİN YASAL DÜZENLEME VE UYGULAMALAR

Çalışan güvenliğini sağlamak amacı ile mevzuat çalışmaları ve uygulamalar gerçekleştirmiştir.

1) 16.10.2009 tarihinde yürürlüğe giren “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*”i yayınlanmıştır. Bu tebliğde güvenlik önlemleri kısmında yer alan konular şu şekildedir;

- Yeterli sayıda güvenlik kamerası ve güvenlik görevlisinin sağlanması,
- Kritik alanlara girişte ilgisine açılma özeliği olan kapıların konulmasıdır (Yataklı Sağlık tesislerinde, 2009)

2) 06.04. 2011 tarihinde Resmî Gazete’de yayınlanan “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*”te çalışanların fiziksel saldırılara karşı korunmasına yönelik tedbirler alınması ve düzenlemeler yapılması istenmiştir. 2011 yılında “*663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname*” yayınlanmıştır. Kararnamenin 54. Maddesi sağlık çalışanının görev yaptığı veya görevi ile ilgi bir durumdan ötürü saldırıya uğradığında personelin talebi üzerine hukuki yardım yapılacağı belirtilmiştir.

3) 26.04.2012 “*Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması genelgesi*”

- Görevlerini yerine getirdikleri süreçte sağlık personeline “Yaralama, Tehdit, Hakaret” suçlarının işlenmesi halinde şiddete uğrayan kişinin şikâyeti aranmaksızın kolluk kuvvetleri ve hastane polisleri tarafından doğrudan işlem başlatılması

4) 28.04. 2012 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları*

Hakkında Yönetmelik” Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında görev yapmakta olan personele, sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında yahut görevlerinden ötürü, kanunlara göre suç sayılan bir eylemin personele uygulanması halinde personele ya da kanuni mirasçılarına yapılacak hukuki desteğin içeriği tanımlanmıştır.

5) 14. 05. 2012 tarihinde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına “*Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi*” gönderilmiştir. Genelgede;

- “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ve “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” kapsamında ki çalışmalar hatırlatılmış

- “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi” kurulması ve “Beyaz Kod “uygulaması hakkında detaylar verilmiş,

- Risk analizi ve güvenlik önlemleri (yeterli personel, riskli birimlerde güvenlik personelinin sayısının artırılması, sürekli kamera takibi, fiziki koşullar, eğitim ve bilgilendirme)

- Hizmetten çekilme hakkı

- Şiddetin bildirim ve hukuki destek süreci

6) 16.03.2016 tarihinde “*Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi*” yayımlanmıştır. Genelge kapsamında;

- Beyaz kod başvurusu hangi yollarla yapılacağı

- Hukuki yardımda bulunulacak personelin kapsamı

- Hukuki yardım yardım kapsamına girmeyen kişiler ve durumlar

- 113 Beyaz kod çağrı merkezinin çalışma esasları

- Beyaz Kodun işleyiş süreci

- Beyaz Kod Koordinatörlüğü hakkında bilgileri içermektedir.

7) 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı “*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda*”, 2 Ocak 2014, 15 Kasım 2018 ve 15 Nisan 2020 tarihlerinde yapılan değişikliklerle birlikte:

- Kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın tüm sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeline karşı görevleri nedeniyle işlenen kasten yaralama, tehdit, hakaret ve görevi yaptırmamak için direnme suçlarında uygulanacak cezalar yarı oranında artırılır.

- Bu suçlar için verilen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanamaz.

- Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarına karşı görevleri nedeniyle işlenen suçlar kapsamında yürütülen soruşturmalarda, müşteki, tanık ya da mağdur sağlık personelinin ifadeleri işyerlerinde alınır.

- Fail veya yakınının aynı hizmeti sağlayabilecek başka bir personel bulunması durumunda, mağdur personel hizmetten çekilebilir.

9) Yasal düzenlemeler kapsamında ele alınan bir diğer önemli konu, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin iş kazası olarak bildirilmesidir. Türk Tabipler Birliğine, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (ÇSGB İSGGM) tarafından 16/11/2017 tarihli ve E.94958 sayılı yazıda 6631 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” uyarınca sağlık meslek mensuplarının uğradığı şiddetin iş kazası olarak bildirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Türk Tabipler Birliği, 2017b).

10) Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında “Şifa Veren Ele Vefa Ekibi” kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) aracılığıyla yapılan görüşmelerde, sağlık çalışanları hakkında tehdit ve şiddet içerikli ifadeler kullanılması durumunda, gerekli tedbirlerin alınabilmesi amacıyla bu bilgiler, ilgili sağlık personelinin görev yaptığı kurum ve kuruluşa iletilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.6.1. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması

Beyaz kod, sağlık hizmeti sunumu sırasında görevli personelin şiddet riski altında olduğu veya şiddete maruz kaldığı durumlarda, olaya en hızlı ve etkili bir şekilde müdahale edilmek amacı ile oluşturulmuş bir uyarı sistemidir. Hastanelerde beyaz kod bildirimini, 1111 numarası kullanılarak yapılırken (Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane, 2020), 112 acil sağlık hizmetlerinde beyaz kod bildirimini telsiz aracılığıyla gerçekleştirilebilmektedir.

Beyaz Kod Başvurusu: Sağlık personeli, görevi sırasında veya görevleri nedeniyle maruz kaldığı şiddet durumlarında, kamu ve özel sektörde görev yapma ayrımı gözetmeksizin Beyaz Kod sistemine başvuruda bulunabilir. Bu başvurular, 113 numaralı çağrı merkezi aranarak (bu çağrı merkezi 7/24 hizmet vermektedir), www.beyazkod.saglik.gov.tr adresine giriş yapılarak, Çalışan Hakları ve Güvenliği birimine veya bu amaçla yetkilendirilmiş kişilere müracaat edilerek gerçekleştirilebilir.

Beyaz Kod Kapsam Dışında Olan Haller:

- Başvuruda bulunan personelin, Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi'nin 2. maddesinde yer alan personellerden olmaması.
- Genelgenin 2. maddesinde yer alan personeller arasında bulunmasına rağmen hukuki yardım talep etmemesi.
- Hizmet satın alma yoluyla görevlendirilen çalışanlar.
- Stajyer ve intörnlr.
- Hizmet alma ve verme ilişkisinden kaynaklanmayan, sağlık çalışanları arasında yaşanan durumlar.
- Mobbing vakalarından kaynaklı eylemler.
- Sağlık çalışanın görev süresi içinde gerçekleşen, ancak verdiği hizmetle ilişkisi olmayan kişisel meselelerden kaynaklanan durumlar.
- Ölüm dışında herhangi bir nedenle görevi sona eren veya erdirilen kişiler.
- Hukuki yardım talebinde bulunmasına rağmen, gerçekleşen olaya ilişkin bilgi ve belgeleri sunmayanlar.
- Özel bir vekil tayin ederek hukuki yardımdan yararlanmayı istemediğini beyan edenler.
- Şikâyetten vazgeçme veya kovuşturma aşamasında davaya katılmak istenmediğinin beyan edilmesi.

Tüm illerde, sağlık müdürlükleri bünyesinde Beyaz Kod koordinatörlüğü kurulmuştur ve bir avukat, Beyaz Kod koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Koordinatör, Beyaz Kod başvurularını inceleyerek başvurunun Beyaz Kod kapsamında olup olmadığını değerlendirir.

3. BÖLÜM

TUNCELİ İLİ: DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNE İLİŞKİN İSTATİSTİKLER

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının analizinde, bölgenin kültürel ve çevresel özellikleri, sağlık kaynakları, demografik yapısı ve sağlık hizmetlerinin kullanım biçimi gibi faktörlerin dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, Tunceli ilinin çevresel ve kültürel özellikleri, demografik yapısı, insan kaynakları ve sağlık hizmetlerinin kullanım biçimi ele alınmıştır. Bu inceleme sayesinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri daha iyi anlaşılacak ve bu vakaların bağlamı daha net bir şekilde ortaya konulabilecektir.

Tunceli ilinde, nüfusun büyük bir bölümü alevi inancına bağlıdır. Bölgedeki halkının çoğunluğu Türkçe konuşmakta olup, günlük hayatta Zazaca ve Kürtçe dillerinin de yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir (Tunceli Valiliği, 2024). Alevilik inancının temelinde hoşgörü bulunmaktadır (Özcan, 2007). Bu inanç toplumun kültürel ve sosyal yaşamında önemli bir rol oynamaktadır.

2017-2022 yılları arasında Tunceli'nin demografik yapısına baktığımızda, 2018 yılında toplam nüfusun en yüksek olduğunu görmekteyiz. Yıllar içinde kırsal nüfus oranı azalırken, kentsel nüfus oranı artmıştır. Ancak, kırsal nüfus oranı günümüzde de kentsel nüfus oranından daha yüksektir. 0-14 yaş aralığındaki nüfus oranı düşerken, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı artmıştır.

Tablo 3. Tunceli'nin Demografik Yapısı

Yıl	Toplam Nüfus	Kırsal Nüfus Oranı (%)	Kentsel Nüfus Oranı (%)	0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	65 Yaş ve üzeri Nüfus Oranı (%)
2017	82.498	59,9	40,1	14,4	13,1
2018	88.198	62	38	14,1	13,7
2019	84.660	60,1	39,9	14,3	14,4
2020	83.443	59,4	40,6	15	15,3
2021	83.645	58	42	14,9	15,9
2022	84.366	57	43	14,6	15,9

2017-2022 yılları arasında Tunceli'nin insan kaynaklarına baktığımızda, tüm sağlık personeli kategorilerinde (uzman hekim, pratisyen hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli) artış olduğunu görmekteyiz.

Tablo 4. Tunceli'de Sağlıkta İnsan Kaynakları

Yıl	Uzman Hekim sayısı	Pratisyen Hekim Sayısı	Asistan Hekim	Toplam Hekim Sayısı	Toplam Diş Hekimi Sayısı	Hemşire	Ebe	Diğer sağlık Personeli sayısı
2017	62	74	0	136	31	198	127	321
2018	59	87	1	147	32	207	148	350
2019	67	99	1	167	31	210	149	356
2020	69	109	1	179	34	324	142	413
2021	70	112	0	182	45	237	144	403
2022	73	108	0	181	42	252	148	399

2017-2022 yılları arasında Tunceli'deki sağlık hizmetlerine başvuru sayısına baktığımızda sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı genel olarak artış halindeyken, Covid-19'un olduğu 2020 ve 2021 yıllarında düşmüştür.

Tablo 5. Tunceli'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Yıl	Birinci Basamak Müracaat Sayısı	İkinci ve Üçüncü Basamak Müracaat Sayısı	Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı	Diş Hekimine Müracaat Sayısı	Kişi Başı Diş Hekimine Müracaat Sayısı
2017	273597	380512	7,9	75235	0,91
2018	308229	409722	8,1	77065	0,87
2019	343606	364279	8,4	78666	0,93
2020	307384	199398	6,1	37359	0,45
2021	303396	258799	6,7	44697	0,53
2022	373298	362306	8,7	60597	0,72

4. BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

4.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, kapsamı ve yöntemi ele alınmıştır.

4.1.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma retrospektif, tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipine uygun planlanmıştır.

4.1.2. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, 01 Ocak 2017 ile 01 Ekim 2022 tarihleri arasında Tunceli'de görev yapan sağlık çalışanlarının bildirdiği Beyaz Kod olaylarını kapsamaktadır. Araştırmaya dahil edilme kriteri: Beyaz Kod başvurusunda kullanılan evraklar ile ilgili belgelerde eksiklik olmaması.

4.1.3. Araştırmanın Yöntemi

Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod Koordinatörlüğünden alınan verilerin analizi için IBM SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkiler Ki-Kare (X^2) testi ile değerlendirilmiş olup, anlamlılık düzeyi $p > 0.05$ olduğunda anlamlı bulunmamış, $p < 0.05$ olduğunda ise anlamlı olarak kabul edilmiştir. Analizlerde elde edilen p değerlerinin 0,001'den küçük olduğu durumlarda, tam değerler yerine ' $p < 0,001$ ' ifadesi kullanılmıştır. Bu tercih, çok küçük p değerlerinin raporlanmasında, sonuçların daha anlaşılır ve özlü bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablolar halinde sunulmuş ve tartışılmıştır. Ayrıca, analiz edilen Beyaz Kod tutanaklarından bazı ifadeler, araştırmanın bulgularını desteklemek amacıyla çalışmaya dahil edilmiştir.

4.2. BULGULAR

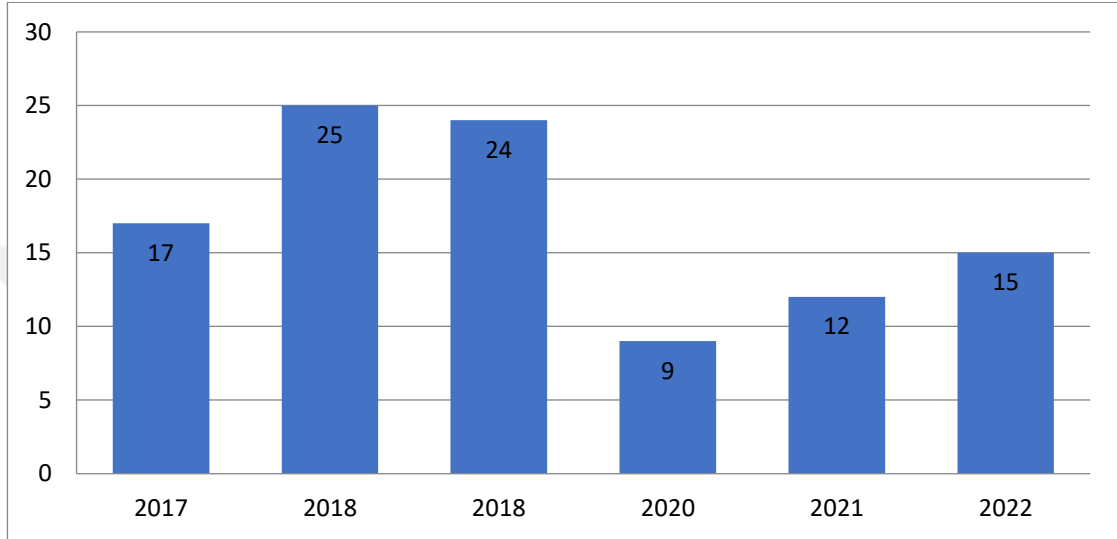
Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod Koordinatörlüğü'nden elde edilen veriler kullanılarak; şiddetin meydana geldiği kurum, yıl, ay, birim, şiddet uygulayanın cinsiyeti ve tarafı (hasta, hasta yakını, diğer), şiddet mağdurunun unvanı ve cinsiyeti, maruz kalınan şiddet türü ile şiddet nedenleri detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu bağlamda, şiddet vakalarının ortaya çıkmasında birim, unvan ve taraflar arasındaki ilişkiler kapsamlı bir şekilde analiz edilerek tablo ve şekillerle sunulmuştur.

Tablo 6. Yıllara ve Aylara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı ve Sayıları

		n	%
Yıl	2017	17	16,7
	2018	25	24,5
	2019	24	23,5
	2020	9	8,8
	2021	12	11,8
	2022	15	14,7
	Toplam	102	100
	Ay	Kasım	14
Ağustos		12	11,8
Aralık		12	11,8
Mart		9	8,8
Ekim		8	7,8
Haziran		8	7,8
Mayıs		8	7,8
Şubat		8	7,8
Temmuz		7	6,9
Eylül		6	5,9
Nisan		4	3,9
Ocak		4	3,9
Mart		2	2
Toplam		102	100

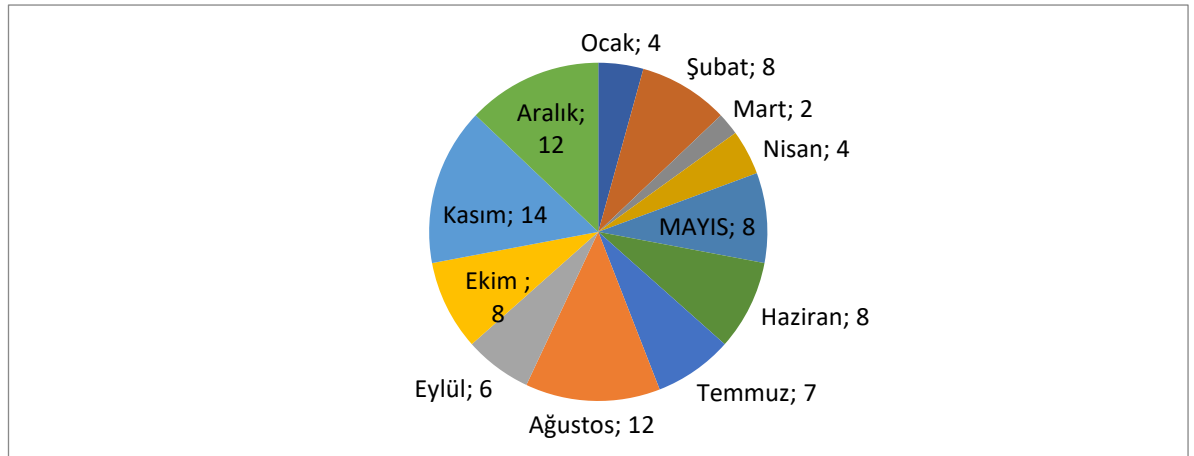
Tabloda görüldüğü üzere şiddet olaylarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde yoğunluklu olarak %24,5 oranında 2018, %23,5 oranında 2019 yılında gerçekleşmiştir. 2020 yılında %8,8, 2021 yılında %11,8, 2022 yılında %14,7 oranındadır.

Olayların gerçekleştiği ay dağılımı incelendiğinde en sık %13,7 oranında kasım ayında, %11,8'er oranda ise ağustos ve aralık aylarında gerçekleşmiştir.



Şekil 4. Yıllara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Sayıları

Araştırmanın bulgularına detaylı bir şekilde bakılacak olursa 2017 yılında 17, 2018 yılında 25, 2019 yılında 24, 2020 yılında 9, 2021 yılında 12, 2022 yılında ise 15 beyaz kod bildirimini olmuştur.



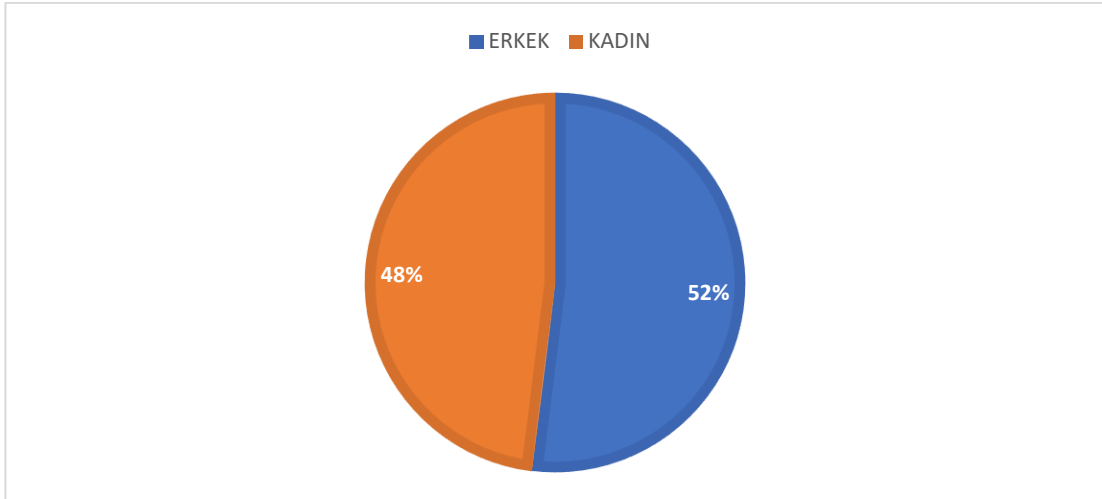
Şekil 5. Aylara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Sayıları

Beyaz kod bildiriminin aylara göre sayısına bakıldığında ise Ocak ayında 4, Şubat ayında 8, Mart ayında 2, Nisan ayında 4, Mayıs ayında 8, Haziran ayında 8, Temmuz ayında 7, Ağustos ayında 12, Eylül ayında 6, Ekim ayında 8, Kasım ayında 14, Aralık ayında 12 beyaz kod bildirimi olmuştur.

Tablo 7. Mağdurun Cinsiyeti ve Unvanına Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı ve Sayıları

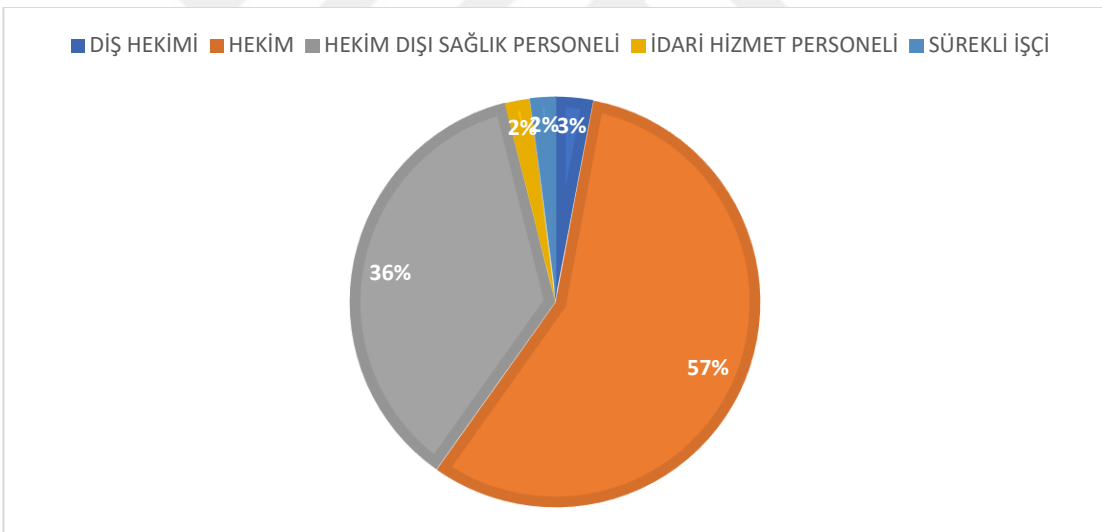
	n	%	
Mağdurun Cinsiyeti	Erkek	53	52,0
	Kadın	49	48,0
	Toplam	102	100,0
Mağdurun Unvanı	Diş Hekimi	3	2,9
	Hekim	58	56,9
	Hekim Dışı Sağlık Personeli	37	36,3
	İdari Hizmet Personeli	2	2,0
	Sürekli İşçi	2	2,0
	Toplam	102	100,0

Mağdurun cinsiyetine göre dağılım incelendiğinde; erkeklerin daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Erkeklerin oranı %52, kadınların oranı ise %48'dir.



Şekil 6. Cinsiyete Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı

Şiddet mağdurlarına cinsiyet bazında bakıldığında zaman 53 erkek, 49 kadın çalışanın şiddet mağduru olduğu görülmektedir.



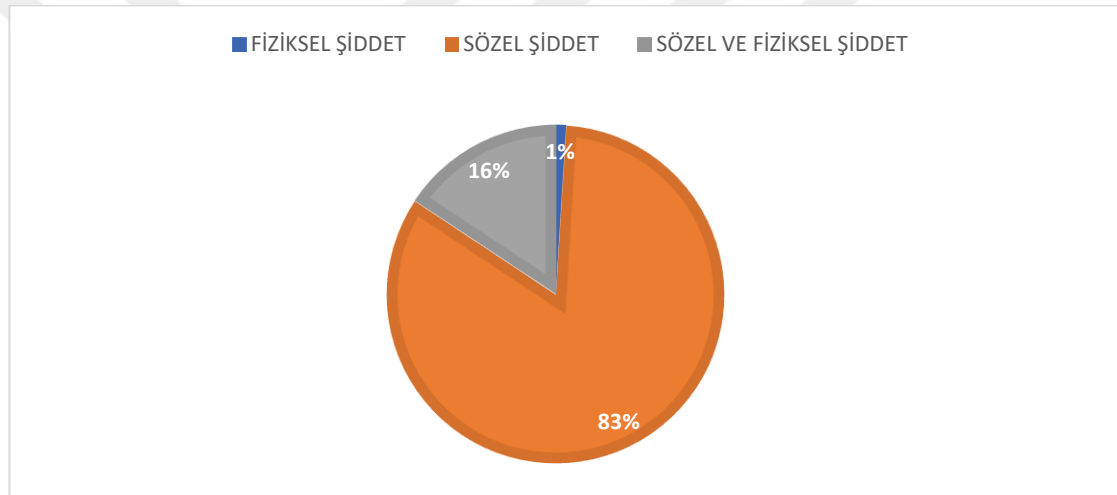
Şekil 7. Unvana Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Dağılımı

Unvan bazında incelendiğinde; toplamda 102 şiddet mağduru içerisinde 58'inin hekim, 37'sinin hekim dışı sağlık personeli, 3'ünün diğ. hekim olduğu, 2'sinin idari hizmet personeli, 2'sinin de sürekli işçi olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Şiddetin Türü

Şiddetin Türü	n	%
Fiziksel Şiddet	1	1
Sözel Şiddet	85	83,3
Hem Sözel Hem Fiziksel Şiddet	16	15,7
Toplam	102	100

Tunceli’ de en fazla sözel şiddet yaşanmıştır. 85 sözel şiddet, 16 sözel ve fiziksel şiddet, 1 fiziksel şiddet yaşanmıştır.



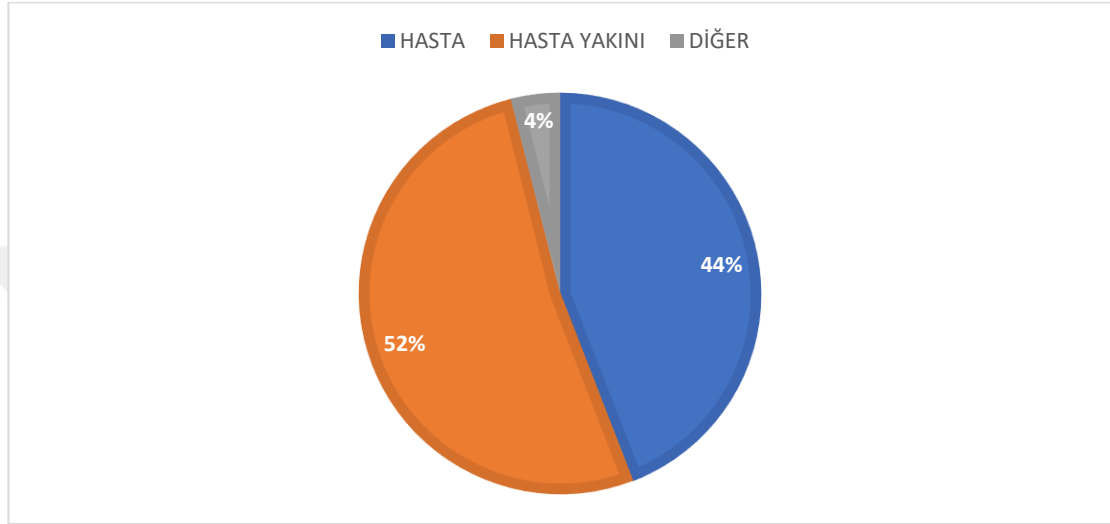
Şekil 8. Şiddet Türünün Dağılımı

Şiddetin türüne göre dağılım incelendiğinde sözel şiddet oranı %83,3, sözel ve fiziksel şiddet oranı %15,7 fiziksel şiddet oranı %1 ‘dir.

Tablo 9. Şiddeti Uygulayan Taraf

Şiddeti Uygulayan	n	%
Hasta	45	44,1
Hasta Yakını	53	52
Diğer	4	3,9
Toplam	102	100

Şiddet uygulayanlar çoğunlukla hasta yakınlarıdır. Beyaz kod bildirimleri içerisinde 53 şiddet vakasının hasta yakınları, 45'i hasta, 4'ü diğer şahıslar tarafından gerçekleştirildiği görülmüştür.



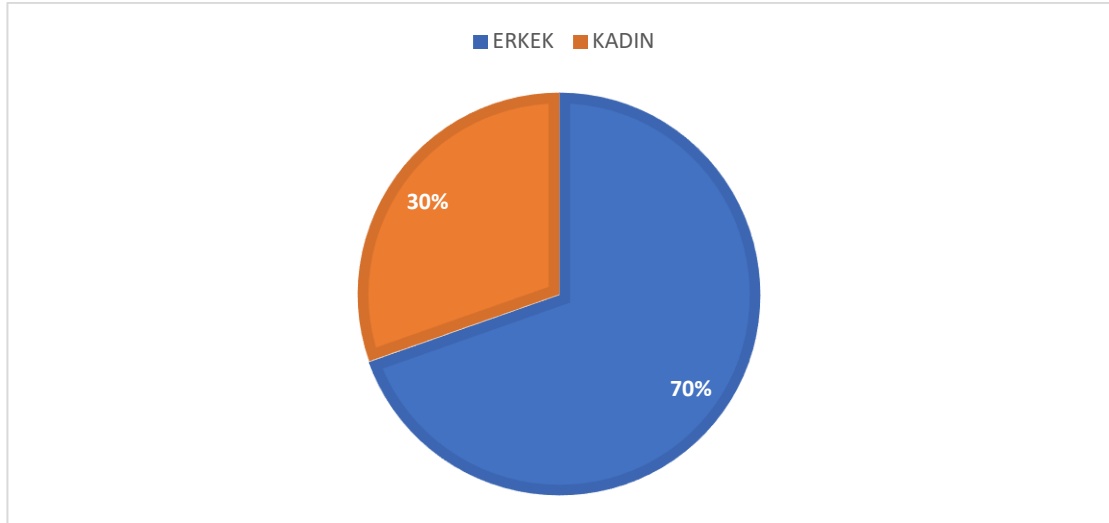
Şekil 9. Şiddet Uygulayan Tarafın Dağılımı

Şiddeti uygulayanların dağılımı incelendiğinde %44,1 oranında hasta, %52 oranında hasta yakını, %3,9 oranında ise diğerdir.

Tablo 10. Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti

Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti	n	%
Erkek	71	69,6
Kadın	31	30,4
Toplam	102	100

Şiddet uygulayan kişiler cinsiyet bazında incelendiğinde erkeklerin daha fazla şiddet uyguladığı görülmüştür. Şiddet uygulayanlardan erkeklerin sayısı 71 kadınların sayısı 31'dir.



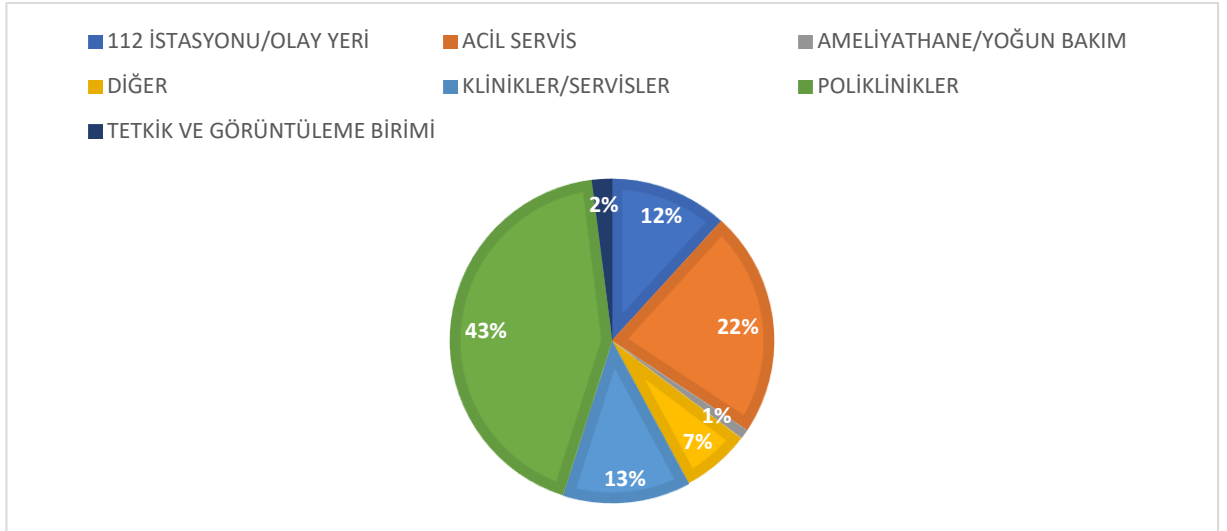
Şekil 10. Şiddet Uygulayanların Cinsiyet Bazında Dağılımı

Şiddet uygulayanların %69,6'sı erkek, %30,4'ü ise kadındır.

Tablo 11. Şiddetin Gerçekleştiği Birim

Şiddetin Gerçekleştiği Birim	n	%
Poliklinikler	44	43,1
Acil Servis	23	22,5
Klinikler/ Servisler	13	12,7
112 İstasyonu/ Olay Yeri	12	11,8
Diğer	7	6,9
Tetkik ve Görüntüleme Birimi	2	2
Ameliyathane/ Yoğun Bakım	1	1
Toplam	102	100

Şiddetin gerçekleştiği birim dağılımı incelendiğinde; poliklinikler %43,1, acil servis %22,5, klinikler/servisler %12,7, 112 istasyonu/olay yeri %11,8, diğer birimler %6,9, tetkik ve görüntüleme birimi %2, ameliyathane/yoğun bakım %1 oranında yer almaktadır.



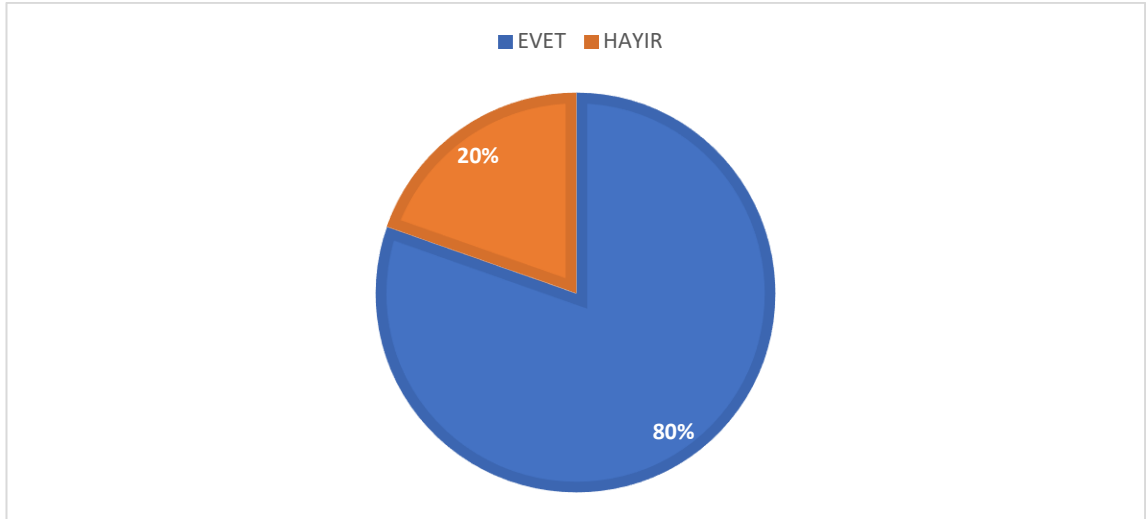
Şekil 11. Şiddetin Gerçekleştiği Birim Dağılımı

Şiddetin en sık yaşandığı birimler arasında ilk sırayı poliklinikler almaktadır, bunu ikinci sırada acil servis izlemektedir. Bu birimleri sırasıyla klinikler ve 112 istasyonu/olay yeri takip etmektedir.

Tablo 12. Beyaz Kod Kapsamı

Beyaz Kod Kapsamında Olma	n	%
Evet	82	80,4
Hayır	20	19,6
Toplam	102	100

Şiddet olaylarının 82'si beyaz kod kapsamında iken 20'si beyaz kod kapsamında değildir.



Şekil 12. Başvuruların Beyaz Kod Kapsamına Olma Durumuna Göre Dağılımı

Olayların %80,4'ü beyaz kod kapsamında iken %19,6'sı beyaz kod kapsamında değildir.

Tablo 13. Kurum Bazlı Şiddet Sayıları

Kuruluş	n	Yüzde (%)
Tunceli Devlet Hastanesi	76	74,5
Tunceli Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları	11	10,78
Tunceli Aile Sağlığı Merkezleri	4	3,92
Çemişgezek İlçe Devlet Hastanesi	3	2,94
Tunceli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	2	1,96
Hozat İlçe Devlet Hastanesi	2	1,96
Mazgirt İlçe Devlet Hastanesi	2	1,96
Pertek 70. Yıl Cumhuriyet İlçe Devlet Hastanesi	2	1,96
Toplam	102	100,0

Tunceli Devlet Hastanesi'nde beyaz kod vaka sayısı 76 olup, toplam başvuruların %74,5'ini oluşturmuştur. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda 11 başvuru (%10,78) gerçekleşirken, Aile Sağlığı Merkezi'nde 4 başvuru (%3,92) kaydedilmiştir. Diğer kurumlar arasında Çemişgezek İlçe Devlet Hastanesi 3 başvuru (%2,94), Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 2 başvuru (%1,96) Hozat İlçe Devlet Hastanesi 2 başvuru (%1,96),

Mazgirt İlçe Devlet Hastanesi 2 başvuru (%1.96) ve Pertek 70. Yıl Cumhuriyet İlçe Devlet Hastanesi 2 başvuru (%1.96) ile yer almaktadır. Toplamda 102 beyaz kod başvurusu yapılmıştır.

Tablo 14. Şiddeti Uygulayanın Cinsiyeti ile Mağdurun Cinsiyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Şiddetin Türü			
		Fiziksel Şiddet	Sözel Şiddet	Sözel ve Fiziksel Şiddet	Toplam
Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti	Erkek	n 1	55	15	71
		% 1,40	77,50	21,10	100,00
Cinsiyeti	Kadın	n 0	30	1	31
		% 0,00	96,80	3,20	100,00
Toplam		n 1	85	16	102
		% 1,00	83,30	15,70	100,00

p=0,060

Şiddeti uygulayanın cinsiyeti ile mağdurun cinsiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde şiddet uygulayan erkeklerin %57,7'si erkeklere, %42,3'ü ise kadınlara şiddet uygulamıştır. Şiddet uygulayan kadınların %38,7'si erkeklere, %61,3'ü ise kadınlara şiddet uygulamıştır. Şiddeti uygulayanın cinsiyeti ile mağdurun cinsiyeti arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 15. Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti ile Şiddetin Türü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Şiddetin Türü			
		Fiziksel Şiddet	Sözel Şiddet	Sözel ve Fiziksel Şiddet	Toplam
Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti	Erkek	n 1	55	15	71
		% 1,40	77,50	21,10	100,00
Cinsiyeti	Kadın	n 0	30	1	31
		% 0,00	96,80	3,20	100,00
Toplam		n 1	85	16	102
		% 1,00	83,30	15,70	100,00

p=0,055

Şiddet uygulayanın cinsiyeti ile şiddetin türü arasındaki ilişki incelendiğinde erkek şiddet uygulayanların %1,4'ü fiziksel şiddet, %77,5'i sözel şiddet, %21,1'i ise sözel ve fiziksel şiddet uygulamıştır. Kadın şiddet uygulayanların %96,8'i sözel şiddet, %3,2'si ise sözel ve fiziksel şiddet uygulamıştır. Şiddet uygulayanın cinsiyeti ile şiddetin türü arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 16. Şiddeti Uygulayan ile Mağdurun Unvanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Mağdur Unvanı					Toplam	
	Diş Hekimi	Hekim	Hekim Dışı Sağlık Personeli	İdari Hizmet Personeli	Sürekli İşçi		
Şiddeti Uygulayan	Hasta (n)	2	25	16	0	2	45
	(%)	4.4%	55.6%	35.6%	0.0%	4.4%	100.0%
	Hasta Yakını (n)	1	32	19	1	0	53
	(%)	1.9%	60.4%	35.8%	1.9%	0.0%	100.0%
	Diğer (n)	0	1	2	1	0	4
(%)	0.0%	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	100.0%	
Toplam (n)	3	58	37	2	2	102	
(%)	2.9%	56.9%	36.3%	2.0%	2.0%	100.0%	

$p=0,043$

Şiddeti uygulayan ile mağdurun unvanı arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddet uygulayan hastaların %55,6'sı hekime, %35,6'sı hekim dışı sağlık personeline, %4,4'ü diş hekimine ve %4,4'ü sürekli işçiye şiddet uygulamıştır. Şiddet uygulayan hasta yakınlarının %60,4'ü hekime, %35,8'i hekim dışı sağlık personeline, %1,9'u diş hekimine ve %1,9'u idari hizmet personeline şiddet uygulamıştır. Şiddeti uygulayan ile mağdurun unvanı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Hastalar ve yakınları tarafından uygulanan şiddetin büyük oranda hekimleri hedef aldığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, hekim dışı sağlık personeli de hem hastalar hem de hasta yakınları tarafından belirli oranlarda şiddete maruz kalmaktadır. Bu bulgular, mağdurun unvanının şiddet olaylarında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Tablo 17. Şiddetin Gerçekleştiği Birim ile Şiddeti Uygulayan Kişi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Şiddet Uygulayan				
	Hasta	Hasta Yakını	Diğer	Toplam	
112 İstasyonu / Olay Yeri (n)	3	7	2	12	
(%)	25,0	58,3	16,7	100,0	
Acil Servis (n)	9	14	0	23	
(%)	39,1	60,9	0,0	100,0	
Ameliyathane / Yoğun Bakım (n)	0	1	0	1	
(%)	0,0	100,0	0,0	100,0	
Diğer (n)	0	5	2	7	
(%)	0,0	71,4	28,6	100,0	
Klinikler / Servisler (n)	5	8	0	13	
(%)	38,5	61,5	0,0	100,0	
Poliklinikler (n)	26	18	0	44	
(%)	59,1	40,9	0,0	100,0	
Tetkik ve Görüntüleme Birimi (n)	2	0	0	2	
(%)	100,0	0,0	0,0	100,0	
Toplam (n)		53	4	102	
(%)	45	44,1	(2,0	3,9	100,0

*p<0,001

Şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti yapan kişi arasındaki ilişki incelendiğinde, 112 istasyonu/olay yerinde şiddeti uygulayanların %58,3'ü hasta yakını, %25'i hasta, %16,7'si ise diğer kısımdandır. Acil serviste şiddeti uygulayanların %60,9'u hasta yakını, %39,1'i hasta, %0'ı ise diğer kısımdandır. Ameliyathane/yoğun bakımda şiddete uğrayan 1 kişi hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmıştır. Klinikler/servislerde ise şiddeti uygulayanların %61,5'i hasta yakını, %38,5'i hasta, %0'ı ise diğer kısımdandır. Polikliniklerde %59,1 hasta, %40,9'u hasta yakınıdır. Teknik ve görüntüleme birimindeki 2 kişi hasta tarafından şiddete uğramıştır. Şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti yapan kişi arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti uygulayan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Özellikle 112 istasyonu/olay yeri, klinikler/servisler ve tetkik/görüntüleme birimlerinde şiddet vakalarının büyük çoğunluğunun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği gözlemlenirken, acil servis ve polikliniklerde ise şiddet eylemlerinin daha çok hastalar tarafından yapıldığı belirlenmiştir.

Tablo 18. Şiddetin Gerçekleştiği Birim ile Mağdurun Unvanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Mağdur Unvanı					Toplam
	Diş Hekimi	Hekim	Hekim Dışı Sağlık Personeli	İdari Hizmet Personeli	Sürekli İşçi	
112 İstasyonu / Olay Yeri (n)	0	2	10	0	0	12
(%)	0,0	16,7	83,3%	0,0	0,0	100,0
Acil Servis (n)	0	12	9	0	2	23
(%)	0,0	52,2	39,1	0,0	8,7	100,0
Ameliyathane / Yoğun Bakım (n)	0	0	1	0	0	1
(%)	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Klinikler / Servisler (n)	0	4	9	0	0	13
(%)	0,0	30,8	69,2	0,0	0,0	100,0
Poliklinikler (n)	3	35	6	0	0	44
(%)	6,8	79,5	13,6	0,0%	0,0	100,0
Tetkik ve Görüntüleme Birimi (n)	0	0	2	0	0	2
(%)	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Diğer (n)	0	5	0	2	0	7
(%)	0,0	71,4	0,0	28,6	0,0	100,0
Toplam (n)	3	58	37	2	2	102
(%)	2,9	56,9	36,3%	2,0	2,0	100,0

*p<0,001

Şiddetin gerçekleştiği birim ile mağdurun unvanı arasındaki ilişki incelendiğinde; 112 istasyonu/olay yerinde %83,3 oranında hekim dışı sağlık personeli, acil serviste %52,2 oranında hekim, ameliyathane/yoğun bakımda olan 1 kişi hekim dışı sağlık personeli, klinikler/servislerde %69,2 oranında hekim dışı sağlık personeli, polikliniklerde %79,5 oranında hekim, tetkik ve görüntüleme biriminde olan iki kişi hekim dışı sağlık personeli, diğer birimlerde olanlarda ise %71,4 oranında hekimdir. Şiddetin gerçekleştiği birim ile mağdurun unvanı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin şiddetle karşılaşma oranları, görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Özellikle 112 istasyonu/olay yeri, klinikler/servisler ve tetkik/görüntüleme birimleri gibi belirli çalışma

ortamlarında hekim dışı sağlık personelinin şiddete daha yüksek oranda maruz kaldığı gözlemlenmiştir. Buna karşılık, acil servis ve polikliniklerde hekimlerin daha fazla şiddetle karşılaştığı görülmektedir.

Tablo 19. Şiddet Nedenleri

	n	%	
Hasta/Hasta Yakını Özelliklerine Yönelik Sebepler	Alkollü	4	3,9
	Psikiyatrik tanısı olan	2	1,9
	Travma durumu yaşayan (kaza, ölüm, intihar, silahlı saldırı vb.)	3	2,9
Personele ve Tıbbi Cihaz/Donanıma Yönelik Sebepler	Bilgi sistem/otomasyon arızası	1	1,0
	Tedaviden memnun kalmama	17	16,5
Sağlık Hizmeti Alan/Veren İletişimine Yönelik Sebepler	Hasta/hasta yakınının kullandığı dil ve terminolojisi	16	15,5
Hekimin Tıbbi Gereklere Uygun Tedavi/Muayene/Tetkik/Tahlil Taleplerinin Reddine Yönelik Sebepler	Tedavi/muayeneyi reddetme	3	2,9
Hastanın Tıbbi Gereklilik Olmadan Tedavi/Muayene/Tetkik/Tahlil Taleplerine Yönelik Sebepler	Tedaviden memnun kalmama	1	1,0
	İlaç/ilaç raporu/rapor talebi	7	6,8
Kurumsal Kurallar ve Prosedüre Yönelik Sebepler	Eksik belge ile işlem talebi (kimlik, barkod, dosya ...)	1	1,0
	Hasta/hasta yakının mahremiyet ihlali	1	1,0
	Hastanın kendisi olmadan işlem talebi	2	1,9
	Öncelikli hastanın sırasına itiraz	2	1,9
	Yasak alanda kamera kaydı/fotoğraf çekimi	1	1,0
Randevu Kurallarının İhlaline Yönelik Sebepler	Öncelikli hastanın sırasına itiraz	1	1,0
	Randevu almadan randevu talebi	1	1,0
	Randevu saatini/sırasını geçirme	2	1,9
	Randevu süresinin uzunluğu	3	2,9
	Randevusundan önce muayene/işlem talebi	16	15,5
Hasta Şikâyet Başvurusu ve Sosyal Medya Paylaşımına Yönelik Sebepler	Hasta/hasta yakınının sosyal medya paylaşımları (Twitter, Facebook vb.)	2	1,9
	Hasta/hasta yakınının yaptığı yazılı şikâyetler (SABİM, CİMER vb.)	4	3,9

Tablo 19. (Devam) Şiddet Nedenleri

Ambulans Hizmetlerine Yönelik Sebepler	Ambulansa refakatçi talebi	1	1,0
	Ambulansın geç geldiği iddiası	5	4,9
	Ambulansla usulsüz sevk talebi	1	1,0
	Trafikte yaşanan problemler (Yol vermeme, uygun park etmeme)	1	1,0
Kişisel Sebepler	Hizmete yönelik olmayan kişisel sorunlar	3	2,9

Şiddet nedenlerine göre dağılım incelendiğinde; en fazla tedaviden memnun kalmama, hasta ve hasta yakınının kullandığı dil ve terminolojisi, randevudan önce muayene/işlem talebi, ilaç/ilaç raporu/rapor talebi, ambulansın geç geldiği iddiası ve alkollü olma durumu olmuştur.



Şekil 13. Şiddet Nedenlerinin Sıralanması

Beyaz kod tutanaklarından elde edilen veriler, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının doğası hakkında çeşitli bilgiler sunmaktadır. Aşağıda, bu tutanaklarda yer alan bazı ifadeler ve olaylar özetlenmiş olup, sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet biçimlerine dair somut örnekler sunulmuştur:

1. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde, doktora yönelik olarak “Hayvan gibi bakacaksın, doktor değil misin” şeklindeki ifade, beyaz kod tutanaklarında bir hasta söylemi olarak kaydedilmiştir.
2. Randevu kuralları nedeniyle doktorla tartışan bir kişinin, “Sizi boşuna gebertmiyorlar” şeklinde bir ifade kullandığı görülmüştür.
3. “İlla dövelim mi, sonra da sağlıkta şiddet diyorsunuz” ifadesi, bir hasta yakını tarafından beyaz kod tutanaklarına yansıyan başka bir söylem olarak görülmüştür.
4. İncelenen beyaz kod tutanağında, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın yakınları tarafından doktora “İşiniz bu, tabii ki bakacaksınız. Hastamızı yatırıp hemen serum bağlayın” şeklinde ifadeler kullanıldığı görülmüştür.



5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Yıllara Göre Şiddetin Dağılımı İncelendiğinde: Tunceli ilinde görev yapan sağlık çalışanları, 01 Ocak 2017- 01 Ekim 2022 tarihleri arasında toplam 102 sağlıkta şiddet vakasını Beyaz Kod Birimine bildirmiştir. Başvuru sayıları yıllara göre incelendiğinde 2017 yılında 17, 2018 yılında 25, 2019 yılında 24, 2020 yılında 9, 2021 yılında 12, 2022 yılında 15 beyaz kod başvurusu olduğu görülmüştür. Diğer yıllara nispeten, 2020 ve 2021 yıllarında sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet sayısında ciddi bir azalma görülmektedir. Bu azalmayı, Covid-19 pandemisinin etkisi ile ilişkilendirebiliriz.

Covid-19 pandemisinin yaşandığı 2020 ve 2021 yıllarında, kişi başı hekime müracaat sayıları Türkiye’de ve Tunceli’de önemli bir oranda düşmüştür. Müracaat sayılarının düşmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının azalmasına etki etmiştir. Pandeminin başlangıcıyla birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen kısıtlayıcı önlemler, hastanelerdeki hasta yoğunluğunu azaltarak başvuruların sayısını düşürmüştür. Bu önlemler, hastaneye girişlerin kontrol altına alınması, refakatçilerin sınırlandırılması ve randevusuz hasta kabul edilmemesi gibi uygulamaları içermekte olup sağlık hizmetlerine erişimi sınırlamış ve bu sayede şiddet olaylarının azalmasına katkı sağlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021; Tavukcu ve Eke, 2021). Ayrıca, bu önlemlerin yanı sıra insanlar hastalığa yakalanma korkusu ile sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınmıştır (Kızıldaş ve diğerleri, 2021; Lovrenčić-Huzjan ve diğerleri, 2021). Bu durumda hasta sayısının düşmesine katkı sağlamıştır.

Türkiye’deki, şiddet olaylarının arttığını belirten ampirik çalışmalar (Akca ve diğerleri, 2022) mevcut olsa da çalışmalar genel olarak pandemi döneminin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını azalttığını ortaya koymaktadır. Aygün ve Metin (2022), Erkek ve Gökçek (2022) tarafından yapılan araştırmalar, pandemi sürecinde şiddet vakalarının varlığını koruduğunu ancak oranlarının önemli ölçüde azaldığını vurgulamaktadır. Bu bulgular, Türkiye’nin Covid-19 sürecini yönetme biçimiyle açıklanabilir.

Ancak yabancı literatürde, Covid-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının arttığı bildirilmiştir. Chirico ve arkadaşlarının (2022) Covid-19 döneminde sağlık çalışanlarının işyerinde maruz kaldıkları şiddeti inceledikleri çalışmada, pandemi süresince sağlık çalışanlarının yüksek oranlarda şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Covid-19 döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (McGuire ve diğerleri, 2021; Bhatti ve diğerleri, 2021; Lafta ve diğerleri, 2021; Arafa ve diğerleri, 2021). Van Stekelenburg ve diğerleri, (2021) tarafından yapılan çalışma, pandeminin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını artıran faktörler arasında devlet politikaları, aşı karşıtı hareketler ve karantina uygulamaları gibi etkenleri belirtmektedir.

Pandemi sürecinde şiddeti azaltan başka bir etken ise, sağlık çalışanlarına karşı artan minnettarlık duygusu olabilir. COVID-19, ölümcül sonuçlara yol açan bir salgındı ve bu süreçte sağlık çalışanları ön saflarda görev yapmaya devam etti. Önceki yıllarda da hayatlarını riske atarak görev yapan sağlık çalışanları, COVID-19 döneminde bu fedakarlıklarını yeniden sergilemişlerdir (Berger ve Ghadimi, 2020). Sağlık çalışanları, işlerinin doğası gereği birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır; ancak tıbbi kriz dönemlerinde bu riskler daha da ağırlaşmaktadır (Jazieh, 2020). Sağlık çalışanlarının bu özverili çalışmaları, devlet yetkilileri, medya ve halk tarafından minnettarlıkla karşılanmış ve bu durum, sağlık çalışanları ile halk arasındaki etkileşimi ve iletişimi değiştirerek daha olumlu bir ortam yaratmıştır (Basis ve diğerleri, 2021). TÜİK verilerine göre, pandeminin en ağır yaşandığı 2020 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı en yüksek seviyede olmuştur (TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2022). Bu durum, şiddet olaylarını azalmasına da etki etmiş olabilir. Türkiye'nin sosyokültürel yapısının ve toplumsal empati yeteneğinin bu süreçte önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

Şiddetin Aylara Göre Dağılımı İncelendiğinde: Beyaz kod başvurularının aylara göre dağılımı incelendiğinde, şiddetin en yüksek oranda Kasım ayında gerçekleştiği, bunu ise eşit sayıda şiddet olayının yaşandığı aralık ve ağustos aylarının takip ettiği tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular, literatürdeki bazı çalışmalarla örtüşmekte, bazılarıyla ise farklılık göstermektedir. Örneğin, Kanada'da yapılan bir çalışmada, hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının kış mevsiminde artış gösterdiği belirlenmiştir (Peloua ve diğerleri, 2013). Bu bulgu, özellikle kasım ve aralık aylarında yoğunlaşan şiddet olaylarıyla örtüşmektedir. Ancak, başka bir çalışmada Beyaz Kod başvurularının en çok

şubat-nisan aralığında ve ağustos ayında olduğu tespit edilmiştir (Öner, 2018). Bu durum, araştırmamızda şiddet olaylarının en yüksek olduğu kasım ve aralık aylarının dışında, ağustos ayındaki artışla paralellik göstermektedir. Farklı çalışmalar arasındaki bu değişiklikler, mevsimsel ve coğrafi farklılıklar, sağlık sistemindeki yapısal ve organizasyonel faktörler ile açıklanabilir.

Tunceli özelinde kasım ve aralık aylarında beyaz kod vakalarının artış göstermesinin nedeni, değişen mevsim koşullarıyla hastanelere yapılan başvuru sayısındaki artış olabilir. Zinke'nin (2020) araştırmasına göre, sonbaharın sonlarında yaşanan hızlı hava değişiklikleri, bağışıklık sistemini zayıflatarak gribal enfeksiyonların ve salgınların yayılmasına zemin hazırlamaktadır. Soğuk hava, solunum yolu hastalıklarının artmasına yol açarak özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde acil hastane başvurularını artırmaktadır (Chen ve diğerleri, 2019). Tablo 2'de gösterildiği üzere Tunceli'nin yaşlı nüfus oranının yüksek olması göz önüne alındığında, hastane başvurularında artış olması muhtemeldir. Bu artış, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sıkışıklık ve gecikmelerin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Ağustos ayında yaşanan artış ise Tunceli'nin yaz aylarında yerli ve yabancı turistler tarafından sıkça ziyaret edilmesiyle ilişkili olabilir. Yaz mevsiminde Tunceli'nin doğal güzellikleri, kültürel etkinlikleri ve turistik mekanları yerli ve yabancı turistler tarafından ziyaret edilmektedir (İhlas Haber Ajansı, 2022). Turist ziyaretleri, sağlık hizmetlerine olan başvuruyu artırarak hastanelerdeki yoğunluğu yükseltebilir ve bu da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının artmasına yol açmış olabilir.

Mağdurun Cinsiyeti İncelendiğinde: Beyaz kod başvurusunda bulunan şiddet mağdurlarının cinsiyet bazında incelendiğinde şiddet mağdurlarının %52'sinin erkek, %48'inin kadın çalışanlar olduğu görülmüştür. Kadın ve erkek sağlık personelinin şiddet mağduru olma oranları birbirine çok yakındır. Bu oran, şiddet olaylarında cinsiyet farkının belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Ancak, az bir farkla da olsa erkeklerin daha fazla şiddete uğradığı görülmüştür. Cheung ve Yip (2017) tarafından yapılan araştırmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır. 850 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada, erkek hemşirelerin kadın hemşirelere oranla daha fazla işyeri şiddetine maruz kaldığı sonucuna varılmıştır. Sun ve diğerlerinin (2023) yaptığı çalışmada da sağlık işyerlerinde erkek çalışanlarının daha fazla şiddet mağduru olduklarını ve bunu Çin'in

kültürel yapısından kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde, çalışmamızın sonucu ile farklı olarak, genel olarak kadın çalışanların daha fazla mağdur olduğuna ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Chakraborty ve diğerleri (2022), 2010 ve 2020 yılları arasında hemşire ve doktorların maruz kaldığı şiddeti inceleyen literatür taraması çalışmalarında, kadın çalışanların daha fazla şiddet mağduru oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonucu destekleyen başka bir çalışma ise George vd (2020) tarafından yapılmıştır; kadınların erkek sağlık çalışanlarına oranla daha fazla şiddet mağduru olduklarını ortaya koymuşlardır. Bunun temel nedeni olarak ise cinsiyet temelli ayrımcılığı gösterilmiştir.

Araştırmamızda erkek sağlık çalışanlarının daha yüksek sayıda mağdur olarak görülmesinin nedeni erkek personelin şiddeti bildirmek konusundaki eğiliminin daha yüksek olmasından kaynaklıda olabilir. Maran ve diğerleri (2019), tarafından yapılan çalışmada erkek doktorların, kadın doktora oranla şiddeti rapor etme konusunda daha yatkın oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Mağdur Unvanına göre Dağılım İncelendiğinde: Şiddet mağdurları unvan bazında incelendiğinde, hekimlerin diğer personele göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Ulusal ve uluslararası literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur. Örneğin, Ataman ve Aba (2016) bir hastanenin 2011 yılının aralık ayı ve 2015 yılının nisan ayı arasındaki zaman diliminde kalite yönetim birimine bildirdikleri şiddet vakalarını incelemiş ve şiddet mağdurlarının %43,4 ünün doktorlar olduğu, diğer meslek gruplarına göre doktorların daha fazla şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşmışlardır. Bu bulgu, çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Benzer şekilde, Hinsenkamp (2013), yaptığı çalışmada, sağlık kurumlarında en fazla şiddete maruz kalan meslek grubunun hekimler olduğunu, en az şiddete maruz kalanların ise diş hekimleri, hemşireler ve eczacılar olduğunu tespit etmiştir. Baykan vd, (2015)'ın araştırmasında ulaştığı sonuca göre 597 hekimin %86,4'ü çalışma hayatları süresinde en az bir şiddet türüne maruz kalmışlardır. Çevik vd. (2020)'nin yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. 948 hekimin katılımı ile yapılan anket çalışmasında, hekimlerin %83,3'ünün en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Ankara Tabip Odası'nın aktardığı verilere göre, Mayıs 2012 ile Mart 2013 tarihleri arasındaki on dört aylık süre içinde, sağlık çalışanına yönelik şiddet ihbar hattı Alo 113'e toplam 7773 şiddet bildirimleri yapılmıştır. Bu başvuruların çoğunluğu hekimler (n=4403) tarafından yapılmış olup, bunu hekim dışı sağlık çalışanlarının (n=2428) başvuruları takip etmiştir.

Bu sonuçlar, araştırmamızda hekimlerin en çok şiddete uğrayan meslek gurubu olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Hasta ve hasta yakınları gözünde doktorlar, sağlık kurumlarında karar verme yetkisini elinde bulunduran, karşılaşılan birçok problemi çözebilecek otoriter bir güç olarak görmektedir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının sağlık sistem yapısından, örgütsel yapıdan kaynaklı sorunları göz önünde bulundurmadan sorunu hekime atfettiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Araştırmamızın sonucunda doktorların en fazla şiddete uğrama nedenlerinden birisi hastaların randevu problemleri olduğu görülmüştür. Esasından da bu problemin altta yatan birçok sebebi vardır. Düzenli işleyen bir randevu sistemlerinin olmaması, yetersiz sayıda doktor bulunması, toplumun sağlık okuryazarlığının eksik olması nedeni ile tedavi gerektirmeyecek her durumda hastaneye başvurması gibi nedenler bulunmaktayken insanlar yaşadığı problemlerin müsebbibi olarak doktorları suçlayabilmektedir. Başka bir deyişle kolektif sorunların doktorluk mesleğine yüklenmesi durumudur. Nevo ve diğerlerinin (2019) de yaptığı çalışmada hekimlerin uzun bekleme süreleri nedeni ile şiddete maruz kaldığını bunun altında ise hekim sayısının az hasta sayısının çok olmasının kaynaklık ettiğini ifade etmiştir. Grover ve diğerlerinin (2020), yaptığı çalışmada da sağlık kurumlarında ki uzun bekleme sürelerinin doktorlara atfedilmesi sonucunda şiddetin ortaya çıktığı ifade edilmiştir.

Şiddetin yaşanmasında eğitim ve sosyokültürel düzeyinde etkisi büyüktür. Genellikle sağlıklı iletişim için eğitimin yüksek olması hastanın kendini durumunu anlatabilme becerisine katkı sağlayacağından bir avantaj olarak görülür. Ama bu durum sağlık alanında zaman zaman tam tersi bir etki de yapabilmektedir. Eğitim düzeyi ve sosyokültürel seviyesi yüksek olan hastalar hekimden bilgi ve iş birliği talepleri daha fazla olabilmektedir. Bu talepleri yeterince karşılanamadığı durumlarda çatışma yaşanabilmektedir. Atilla ve diğerlerinin (2012), hasta ve hekim ilişkilerini analiz etmek üzerine yaptıkları çalışmada hekimler, hasta eğitim düzeyinin yüksek olmasını iletişim sorunlarına yol açan nedenler arasında sıralamışlardır. Sosyokültürel düzeyi ve eğitimi yüksek kişilerle iletişim kurmakta zorlandıklarını, sosyokültürel seviyesi düşük hastaların hekimleri dinlemeye daha kabul içinde olduklarını ifade etmişlerdir.

Mevcut sağlık sistemlerinde ki aksaklıklarda iletişimi olumsuz etkileyebilmektedir. Hekimlerin aşırı iş yükü de iletişimi baltalayan sebeplerdendir. Hekimin hastaya ayıracağı yeterli bir zaman yoktur.

Tunceli özelinde doktora yönelik şiddet nedenleri incelendiğinde beyaz kod tutanaklarında karşımıza çıkan bazı ifadeler bize şiddetin nedenleri hakkında bir kapı aralamaktadır. İncelenen vakalardan birinde, bir hastanın doktora "hayvan gibi bakacaksınız, doktor değil misiniz" şeklinde bir ifade kullandığı tespit edilmiştir. Bu tür söylemler, doktorların maruz kaldığı sözel şiddetin belirgin bir örneği olarak ortaya çıkmaktadır. Böyle ifadeler, doktorlara toplumda yeterli saygı gösterilmemesi ve sağlık hizmeti sunumuyla ilgili yanlış beklentiler sonucu hastaların doktorlara karşı saygısız ve saldırgan bir üslup kullanmasına sebep olabilmektedir.

Başka bir beyaz kod tutanağında ise bir doktorun "sizi boşuna gebertmiyorlar" şeklinde bir ifadeye maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu tür söylemler, şiddetin ne kadar ciddi bir boyuta ulaştığını ve toplumda şiddetin meşrulaştırıldığını gözler önüne sermektedir.

Hasta yakınının doktora "illa dövelim mi, sonra da sağlıkta şiddet diyorsunuz" şeklinde bir ifade kullandığı tespit edilmiştir. Bu ifade, şiddetin bir sorun çözme aracı olarak algılandığını ve meşrulaştırıldığını göstermektedir.

İncelenen vakalardan birinde, bir hastanın veya hasta yakınının doktora "doktor işiniz bu tabii ki bakacaksınız. Hastamızı yatırıp serum bağlayın" şeklinde bir ifade kullandığı tespit edilmiştir. Bu tür ifadeler, hasta ve yakınlarının doktorun profesyonel yetki alanına müdahale etmeye çalıştığını ve tıbbi kararlarına güvensiz yaklaştığını göstermektedir.

Şiddet Türüne Göre Dağılımı İncelendiğinde: Yaşanılan şiddet türleri incelendiğinde mağdurların %83,3'ü sözel şiddete, %15,7' sinin sözel ve fiziksel şiddete, %1'nin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Bu durum, sağlık personeline yönelik şiddetin en yaygın biçiminin sözel olduğunu gösterir. Araştırma sonucu literatür ile uyumludur. Sağlık işyerlerinde şiddet türleri arasında sözel şiddet daha sık yaşanmaktadır (Demirci ve Uğurluoğlu, 2020; Sun ve diğerleri, 2017; Rosenthal ve diğerleri, 2018).

Sözel şiddetin bu yaygınlığı hasta ve hasta yakınlarının duygusal tepkilerini kontrol edemeyerek sağlık personelinin hedef almasının bir sonucu olabilir.

Şiddet Uygulayan Taraf İncelendiğinde: Şiddet vakalarının %52'si hasta yakınları tarafından, %44'ü hastalar tarafından, %3,9'u ise diğer kategorisinde yer alan kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir. Davey ve diğerleri (2020) tarafından yapılan

çalışmada acil servislerde görev yapan sağlık personelinin çoğunlukla hasta yakınları tarafından şiddete uğradığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, çalışmamızdaki hasta yakınlarının şiddet olaylarındaki yüksek oranı benzer niteliktedir. Sağlık-Sen (2022) tarafından sağlık personelinin maruz kaldığı işyeri şiddetini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada ise 2.124 kişinin katılımıyla elde edilen sonuçlara göre, şiddet vakalarının %48,4'ünde hasta ve hasta yakını birlikte, %34'ünde yalnızca hasta yakını ve %12,2'sinde ise hastalar tarafından şiddet uygulanmıştır. Bununla birlikte literatürde, şiddet olaylarının büyük bir kısmının hastalar tarafından gerçekleştirildiğine dair bulgular da bulunmaktadır. Berger ve arkadaşları (2024) ile Esen ve Aykal'ın (2020) çalışmaları, hastaların sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önemli bir kaynağı olduğunu göstermiştir.

Ayrıca, insan davranışlarının, özellikle yakın ilişki kurdukları kişilerin acıları karşısında empatik stres yaşamalarının bir sonucu olarak değişebileceği gözlemlenmiştir. Bingöl ve İnce (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının %40'tan fazlası, hasta yakını olmanın getirdiği kaygı, gerginlik, üzüntü ve stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu duygusal durumların, hasta yakınlarını şiddet davranışlarına yönlendirebileceği ifade edilmiştir.

Bu bulgular, sağlık hizmetlerinde şiddetin çeşitli kaynaklardan geldiğini ve hasta yakınlarının şiddet olaylarında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Ancak, hastaların da şiddet uygulama oranının göz ardı edilmemesi gerektiği ve empatik stres gibi duygusal faktörlerin, hasta yakınlarının şiddet davranışlarını etkileyebileceği sonucuna varılabilir.

Şiddet Uygulayanların Cinsiyet Dağılımı İncelendiğinde: Araştırma sonuçlarına göre, sağlık personeline yönelik şiddeti uygulayanların %69,6'sı erkekler ve %30,4'ü kadınlardır. Erkeklerin, kadınlara göre sağlık personeline şiddet uygulama oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulgu, şiddeti uygulayan kişiler arasında cinsiyet farklılıklarının belirgin olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde de sağlık işyerlerinde meydana gelen şiddet vakalarında saldırganların çoğunlukla erkek olduğu belirtilmektedir (Duğan, 2015; Ferri ve diğerleri, 2016).

Bu durum, mevcut araştırma bulguları ile uyumludur ve çeşitli etkenlerle açıklanabilir. Erkeklerde yüksek testosteron seviyeleri ile saldırganlık davranışları arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Archer, 2006; Book ve diğerleri, 2001). Testosteronun, saldırganlık davranışlarını artıran bir etken olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca, erkeklerin duygusal düzenleme konusunda daha fazla zorluk yaşadıkları ve stresli durumlarla karşılaştıklarında şiddete yönelme eğilimlerinin arttığı gözlemlenmiştir (Berke ve diğerleri, 2019; Davidson ve diğerleri, 2000). Duygusal düzenlemede yaşanan zorluklar, bireylerin şiddet ve saldırganlık davranışlarına yönelmesine neden olabilmektedir. Bu durumu etkileyen diğer bir önemli durumda kültürel yapı olabilir.

Şiddetin Yaşandığı Birim İncelendiğinde: Şiddetin gerçekleştiği birim dağılımı incelendiğinde; poliklinikler %43,1, acil servis %22,5, klinikler/servisler %12,7, 112 istasyonu/olay yeri %11,8, diğer birimler %6,9, tetkik ve görüntüleme birimi %2 ve ameliyathane/yoğun bakım %1 oranında yer almaktadır.

Chakraborty ve arkadaşlarının (2022) hekimler ve hemşirelerin maruz kaldığı şiddet vakalarını araştırdıkları sistematik çalışmada, şiddetin en sık acil servislerde ve psikiyatri servislerinde meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Torun'un (2020) Beyaz Kod verilerine dayanan araştırmasında, sağlık sektöründe şiddetin en yoğun olarak yaşandığı üç birimin sırasıyla acil servisler (%37,88), poliklinikler (%29,82) ve servisler (%14,53) olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Er ve arkadaşlarının (2021) Zonguldak'ta 876 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada da, en fazla şiddetin acil servislerde meydana geldiği belirtilmiştir.

TBMM (2013) tarafından sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarını araştırmak ve gerekli önlemleri belirlemek amacıyla kurulan Meclis Araştırma Komisyonu raporuna göre, şiddet olaylarının en sık yaşandığı birimler acil servisler (%33) olarak belirlenmiştir. Bunu takiben, poliklinikler %31 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır. Servislerde yaşanan şiddet olayları %16 oranında gerçekleşirken, 112 istasyonları ve olay yerlerinde bu oran %6 olarak gözlemlenmiştir. Diğer alanlar %8, tetkik birimleri %3 ve ameliyathane/yoğun bakım birimleri ise %2 oranında şiddet olaylarına ev sahipliği yapmaktadır.

Literatür taramaları, acil servislerde şiddet olaylarının daha sık yaşandığını göstermektedir. Ancak, Tunceli'de gerçekleştirilen araştırma bulguları, şiddet olaylarının en çok polikliniklerde meydana geldiğini ortaya koymuştur. Bu farklılık, polikliniklerin yüksek hasta yükü ile ilişkilendirilebilir. Tunceli'nin demografik verileri ve toplam doktor sayısına baktığımız zaman 2022 yılında toplam nüfus 84.366, toplam hekim sayısı ise 181'dir. Yani, kişi başına yaklaşık 0,00214 hekim düşüyor. Başka bir deyişle, her 1 hekim için yaklaşık 467 kişi düşmektedir. Hekim sayısının yetersizliği, polikliniklerdeki

bekleme sürelerini uzatarak hekim ve hasta arasındaki etkileşimi olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum, şiddet olaylarının artmasına zemin hazırlayan bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bu farklılığın nedenlerinden birisi de çalışmanın yapıldığı şehrin demografik yapısı ve sağlık hizmetine erişim imkânları ve yaşam temposu gibi faktörlerle açıklanabilir. Büyük şehirlerde hayatın yoğun temposu ve işe yetişme çabaları gibi etkenler, bireylerin mesai saatleri içinde sağlık hizmetine başvurmasını zorlaştırmakta; bu durum acil servislerde yoğunluğa ve dolayısıyla şiddet olaylarının artmasına yol açabilmektedir. Tunceli gibi daha küçük ve daha az yoğun şehirlerde hastalar genellikle poliklinik hizmetlerinden faydalanmayı tercih edebilmektedir. Bu durum, şiddet olaylarının hangi birimlerde daha fazla yaşandığını da doğrudan etkileyebilmektedir.

Acil servislerde şiddet oranı %22,5 gibi azımsanmayacak kadar yüksek bir seviyede olduğu dikkat çekmektedir. Acil servisler, doğası gereği acil müdahale gerektiren, yaşam mücadelesinin yaşandığı birimlerdir. Bu sebeple, burada görev yapan sağlık çalışanları sürekli ve yüksek düzeyde strese maruz kalmaktadır. Ayrıca, hasta ve hasta yakınları bekleme sürelerine ve hizmet kalitesine karşı daha hassas olabilmekte, bu da şiddet olaylarının yaşanmasına yol açabilmektedir.

112 istasyonu/ olay yerinde gerçekleşen şiddet olaylarının oranı %11,8'dir. 112 acil sağlık hizmetleri olay yerinde müdahale gerektiren sağlık hizmetleri birimidir. Bu durum; sağlık çalışanlarının olay yerinde güvenlik risklerine daha açık hale getirmektedir.

En düşük şiddet oranının ameliyathane ve yoğun bakım birimlerinde olduğu görülmüştür. Hasta ve hasta yakınlarının alımının sınırlandırıldığı bu alanlarda şiddetin daha az yaşandığını söyleyebiliriz.

Başvuruların Beyaz Kod Kapsamına Alınma Durumu İncelendiğinde:

Olayların %80,4'ü beyaz kod kapsamında iken %19,6'sı beyaz kod kapsamında değildir. Araştırma bulguları, sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının önemli bir kısmının Beyaz Kod kapsamına alındığını ortaya koymaktadır. Ancak, çalışmanın bulgularına göre, başvuru yapılan olayların %19,6'sının Beyaz Kod kapsamında değerlendirilmemesi, "Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi"nde belirtilen "hukuki yardım kapsamına girmeyen kişiler ve durumlar" kapsamında değerlendirilmeleri ile açıklanabilir.

Kurum Bazlı Beyaz Kod Başvurusu Olan Sağlık Kuruluşlar İncelendiğinde:

Tunceli Devlet Hastanesi'nde beyaz kod başvurusunda bulunan vaka sayısı 76 olup,

toplam başvuruların %74,5'ini oluşturmuştur. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında 11 başvuru (%10,78) gerçekleşirken, Aile Sağlığı Merkezilerinden 4 başvuru (%3,92) kaydedilmiştir. Diğer kurumlar arasında Çemişgezek İlçe Devlet Hastanesi 3 başvuru (%2,94), Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 2 başvuru (%1,96), Hozat İlçe Devlet Hastanesi 2 başvuru (%1,96), Mazgirt İlçe Devlet Hastanesi 2 başvuru (%1,96) ve Pertek 70. Yıl Cumhuriyet İlçe Devlet Hastanesi 2 başvuru (%1,96) ile yer almaktadır. Toplamda 102 beyaz kod başvurusu yapılmıştır.

Toplamda 102 beyaz kod başvurusu yapılmış olup, bu başvuruların büyük bir çoğunluğu Tunceli Devlet Hastanesi'nden (%74,5) gelmiştir. Tunceli'de toplam 6 hastane bulunmaktadır. Yalnız bu hastaneler içerisinde en büyük ve kapsamlı sağlık hizmeti sunma kapasitesi olan hastane Tunceli Devlet Hastanesidir. Bu durum, başvurudaki yüksek oranı açıklayabilecek faktördür.

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarından gerçekleşen 11 başvuru (%10,78), 112 personelinin yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Acil durumlarda yaşanan yüksek stres ve 112 çalışanlarının olay yerine giderek hastaya müdahale ediyor olması, onları saldırılara karşı daha savunmasız hale getirmektedir. Bu durumlar, şiddet oranlarının yüksek olmasının olası nedenlerinden biri olarak değerlendirilebilir.

Diğer sağlık kurumlarında kaydedilen başvuruların oranları daha düşüktür. Aile Sağlığı Merkezinden 4 başvuru (%3,92), Çemişgezek İlçe Devlet Hastanesi'nde 3 başvuru (%2,94) ve diğer küçük sağlık kuruluşlarında her biri 2 başvuru (%1,96) kaydedilmiştir.

Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri İncelendiğinde: Çalışmamızda şiddet nedenlerinin dağılımına bakıldığında %16,5 ile ilk sırada 'Personele ve tıbbi cihaz/donanıma yönelik sebepler' başlığında yer alan 'tedaviden memnun kalmama' görülmektedir. Bunu %15,5 ile 'sağlık hizmeti alan/veren iletişimine yönelik sebepler' başlığında hasta yakınının kullandığı dil ve terminolojiden kaynaklanan sebepler izlemektedir. Aynı oranda (%15,5) 'randevu kuralları ihlaline yönelik sebepler' başlığında yer alan sebeplerden randevusundan önce muayene/işlem talebi yer almaktadır. Ardından %6,8 ile 'hastanın tıbbi gereklilik olmadan tedavi/muayene/tetkik/tahlil taleplerine yönelik sebepler başlığında yer alan ilaç/ilaç raporu/rapor talebi gelmektedir. %4,9 'ambulans hizmetlerine yönelik sebepler' başlığında 'ambulansın geç geldiği iddiası', %3,9 ile 'hasta hasta yakını özelliklerine yönelik sebepler başlığına ait 'alkollü şahıs' görülmektedir.

Şiddetin en yüksek oranda görülen nedeni, personel tarafından uygulanan tedaviden hastaların memnun kalmaması olduğu görülmüştür. Bu durum, hastaların beklentileri ile sağlık personelinin sunduğu hizmet arasındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde, Deniz ve Yüksel (2020), şiddetin en önemli nedenleri arasında hasta ve yakınlarının sabırsızlığı, yetersiz bilgilendirilme ve uzun bekleme sürelerini belirtmiştir. Mento ve diğerleri (2020) ise bilgi eksikliği, yetersiz personel/ekipman ve iletişim problemlerine vurgu yapmıştır. Khan vd. (2021) araştırmasında, iletişim eksikliği, gerçekçi olmayan beklentiler ve yetersiz bakım algısı gibi nedenler öne çıkmıştır. Tokgöz (2019), Tekirdağ'daki çalışmasında hasta ve hasta yakınlarının hatalı tutumları, tedaviden memnun kalmama ve ambulans hizmet süreçlerindeki problemleri vurgulamıştır. Cai vd. (2011) ise sağlık kurumlarında şiddetin nedenleri arasında yetersiz iletişim, düşük tıbbi hizmet kalitesi, tedavi memnuniyetsizliği, yoğun iş yükü ve yüksek tıbbi harcamalar gibi faktörleri sıralamıştır.

Bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlarla örtüşmektedir. Özellikle iletişim eksikliği, tedavi memnuniyetsizliği ve hasta beklentilerinin karşılanmaması gibi nedenler, literatürde ve çalışmamızda benzer şekilde şiddet olaylarının başlıca sebepleri arasında yer almaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan aksaklıklar ve hasta taleplerinin yönetimi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını tetikleyen önemli faktörler olarak dikkat çekmektedir.

Şiddeti uygulayanın cinsiyeti ile mağdurun cinsiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde: Şiddetin cinsiyete dayalı olarak farklılık göstermediğini, yani erkeklerin ve kadınların şiddeti hem kendi cinslerinden hem de diğer cinsiyetten bireylere uygulama eğilimlerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Literatürde, şiddet uygulayanın cinsiyeti ile mağdurun cinsiyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Güven ve Kurt'un (2023) çalışmasında, şiddet uygulayanların büyük çoğunluğunun (%71,9) erkek olduğu ve mağdurların ise %51'inin kadın olduğu belirtilmiştir. Ancak bu çalışmada da doğrudan şiddet uygulayan ile mağdurun cinsiyeti arasındaki ilişki incelenmemiştir.

Şiddet uygulayanın cinsiyeti ile şiddetin türü arasındaki ilişki incelendiğinde;

Çalışmamızda şiddet uygulayanın cinsiyeti ile şiddetin türü arasındaki ilişki incelendiğinde, erkek şiddet uygulayanların %1,4'ünün fiziksel şiddet, %77,5'inin sözel

şiddet, %21,1'inin ise sözel ve fiziksel şiddet uyguladığı; kadın şiddet uygulayanların ise %96,8'inin sözel şiddet, %3,2'sinin ise sözel ve fiziksel şiddet uyguladığı bulunmuştur. Ancak, şiddet uygulayanın cinsiyeti ile şiddetin türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, şiddetin türü ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer bazı çalışmalarla uyumlu ve uyumsuz yönler taşımaktadır. Örneğin, Aytaç ve Dursun'un (2013) çalışmasında, kadın sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırılmış ve fiziksel şiddetin %55,3 ile en çok erkekler tarafından uygulandığı, sözel şiddetin de %38,6 oranında erkekler tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Ayrıca, duygusal baskı ve yıldırma türündeki şiddetin daha çok kadınlar tarafından (%38,9) uygulandığı, cinsel tacizin ise %82,4 oranında erkekler tarafından gerçekleştirildiği rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Dursun (2012) tarafından yapılan bir başka çalışmada da fiziksel şiddet uygulayanların %64,1'inin erkekler olduğu, sözel şiddet uygulayanların ise her ikisi birden uyguladığı (%50) olduğu görülmüştür. Cinsel tacizde ise %87,5 oranında erkeklerin yer aldığı belirtilmiştir.

Hem bu çalışmada hem de Aytaç ve Dursun (2013) ve Dursun (2012) çalışmalarında, fiziksel şiddetin büyük oranda erkekler tarafından uygulandığı görülmektedir. Bu çalışmada, şiddet uygulayan kadınların %96,8'inin sadece sözel şiddet uyguladığı görülmüştür. Bu bulgu Aytaç ve Dursun'un (2013) çalışmasındaki bulgularla kısmen örtüşmektedir; çünkü bu çalışmada da kadınların daha çok duygusal baskı ve yıldırma türündeki şiddet uyguladığı belirtilmiştir.

Öte yandan diğer iki çalışmada cinsel taciz ve duygusal şiddet gibi farklı şiddet türleri de incelenmiştir. Bu da şiddet uygulayan cinsiyetin şiddet türü üzerindeki etkisinin daha geniş bir yelpazede değerlendirilebilmesine olanak tanımıştır. Bu araştırma verilerini Beyaz Kod başvurularından elde etmiş olmamız ve şiddet türlerinin sözel, fiziksel ve sözel ve fiziksel şiddet olarak sınıflandırılmasından ötürü cinsiyetler arası şiddet türü dağılımını daha dar bir perspektiften incelememize neden olmuştur.

Şiddeti uygulayan ile mağdurun unvanı arasındaki ilişki incelendiğinde: Elde edilen bulgular, şiddeti uygulayan grupların hedef aldıkları sağlık personeli türüne göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Şiddet uygulayan hastaların büyük bir kısmı (%55,6) hekimlere yönelirken, %35,6'sı hekim dışı sağlık personeline, %4,4'ü diğ hekimine ve %4,4'ü sürekli işçiye şiddet uygulamıştır.

Benzer şekilde, şiddeti uygulayan hasta yakınlarının %60,4'ü hekime, %35,8'i hekim dışı sağlık personeline, %1,9'u diş hekimine ve %1,9'u idari hizmet personeline şiddet uygulamıştır. Hasta yakınlarının da genellikle hekimlere şiddet uyguladığı görülmektedir. Bu bulgular, şiddeti uygulayan kişilerin genellikle doğrudan hizmet sağlayan sağlık profesyonellerini hedef aldığını ve bu durumun şiddet eğilimlerinin belirli unvanlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Anand ve diğerlerinin (2016), Jawaid (2014), Kaur ve diğerlerinin (2020), Kitenahan ve Hamdan (2012) çalışmalarında da benzer bir eğilim gözlemlenmiştir.

Şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti yapan kişi arasındaki ilişki incelendiğinde: Araştırmamızda, şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti uygulayan kişi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle 112 istasyonu/olay yerinde ve acil serviste hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. 112 istasyonlarında şiddeti uygulayanların %58,3'ünün ve acil serviste %60,9'unun hasta yakınları olduğu görülmüştür. Bu sonuç, Asadi ve diğerlerinin (2023) tarafından yapılan çalışmayla paralellik göstermektedir; bu çalışmada, İran'daki hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin en çok hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Schablon ve diğerlerinin (2022) ise Almanya'daki acil servislerde hastaların daha sık şiddet uyguladığını ancak hasta yakınlarının önemli bir şiddet kaynağı olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada dikkat çeken bir bulgu da hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin personelin algıladığı stres üzerinde olumsuz etkiler yarattığıdır. Benzer şekilde Pınar ve Uçmak'ın (2011) çalışmasında da acil serviste görev yapan hemşirelerin %74,9'unun son 12 ay içinde fiziksel şiddet yaşadığı, başlıca faillerin hasta yakınları olduğu vurgulanmıştır. Shkatula ve diğerlerinin (2019) ise acil servislerde hasta yakınlarının şiddet davranışlarının bekleme süreleri ve personele duyulan güvensizlik nedeniyle arttığını bildirmiştir. Bu bulgular, çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olup, hasta yakınlarının acil servislerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerinin diğer çalışmalarda da benzer şekilde ortaya konduğunu göstermektedir. Polikliniklerde ise hasta tarafından uygulanan şiddetin (%59,1) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, polikliniklere başvurunun yoğun olması, yaşanan uzun bekleme süreleri, randevu süreçleri gibi faktörlerin hasta kaynaklı şiddeti artırabileceğini düşündürmektedir.

Yoğun bakım ve ameliyathane gibi daha izole ve kapalı birimlerde şiddetin daha az az olması ve tek bir vakanın da hasta yakını tarafından uygulanmış olması bu birimlerde sağlık çalışanları ile hasta yakınlarının etkileşimlerinin sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte, tetkik ve görüntüleme birimlerinde hasta kaynaklı şiddet vakalarının olması, bu birimlerde hasta memnuniyetsizliği veya anlaşma zorluğu gibi faktörlerin rol oynayabileceğine düşündürmektedir.

Bu bulgular, sağlık hizmeti sunulan farklı birimlerde şiddetin kaynağının farklılık gösterebileceğini ve bu nedenle her birime özgü önleyici stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti mağdur unvanı arasındaki ilişki incelendiğinde: Şiddetin gerçekleştiği birim ile mağdurun unvanı arasındaki ilişki incelendiğinde; istasyonu/olay yerinde %83,3 oranında hekim dışı sağlık personeli, acil serviste %52,2 oranında hekim, ameliyathane/yoğun bakımda olan 1 kişi hekim dışı sağlık personeli, klinikler/servislerde %69,2 oranında hekim dışı sağlık personeli, polikliniklerde %79,5 oranında hekim, tetkik ve görüntüleme biriminde olan iki kişi hekim dışı sağlık personeli, diğer birimlerde olanlarda ise %71,4 oranında hekimdir. Şiddetin gerçekleştiği birim ile mağdurun unvanı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır.

112 istasyonu/olay yerinde hekim dışı sağlık personelinin %83,3 oranında şiddete maruz kalması, bu tür ortamlarda hekimlerden ziyade daha çok hekim dışı sağlık personellerinin görev yapmasından kaynaklı olabilir.

Acil servislerde hekimlerin %52,2 oranında şiddet mağduru olması, acil durumlarda hastaların ve yakınlarının beklenti ve stres düzeyinin yüksek olmasının, hekimleri doğrudan hedef haline getirdiğini düşündürmektedir. Aljohani ve diğerleri (2021) tarafından yapılan sistematik ve meta-analiz çalışmasında, en çok doktorların şiddete maruz kalığı sonucuna ulaşılmıştır.

Polikliniklerde hekimlerin %79,5 oranında şiddete maruz kalması ise, polikliniklerde hasta-hekim etkileşiminin yoğunluğunu ve bu etkileşimlerde yaşanan gerginliklerin şiddete dönüşme potansiyelini ortaya koymaktadır. Tüm bu bulgular, sağlık hizmetlerinin farklı birimlerinde çalışan personelin, görev aldıkları ortama ve unvanlarına göre değişen risklerle karşı karşıya olduğunu ve bu risklerin şiddetin önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesinde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

SONUÇ

Tunceli ili özelinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının incelendiği bu çalışmada çalışılan tarih aralığında toplam 102 beyaz kod başvurusuna ulaşılmıştır. Öncelikle Tunceli ilindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının 2017-2022 yılları arasındaki dağılımı incelemiştir. Bulgular, pandemi yıllarında (2020 ve 2021) sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarında belirgin bir azalma yaşandığını göstermektedir. Pandeminin başlangıcıyla birlikte alınan kısıtlayıcı önlemler ve azalan hasta yoğunluğu, bu düşüşü desteklemiştir.

Türkiye'deki yerli literatür, pandemi döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin oranlarının önemli ölçüde azaldığını vurgulamaktadır. Bu durum, Türkiye'nin etkili sağlık politikaları ve pandemide sağlık çalışanına karşı toplumda oluşan olumlu tutum ile açıklanabilir. Ancak, uluslararası literatürde pandeminin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artırdığına dair bulgular mevcuttur.

Bu bulgular, sağlık personelinin güvenliğinin sağlanmasında sağlık politikalarının ve toplumsal desteğin etkisinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir.

Tunceli'deki sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin aylara göre değişimi incelendiğinde, şiddetin en yüksek oranda kasım ayında gerçekleştiği, bunu eşit sayıda şiddet olaylarının yaşandığı aralık ve ağustos aylarının takip ettiği tespit edilmiştir. Kış aylarında artan şiddet vakalarının, mevsimsel değişiklikler ve soğuk hava koşulları nedeniyle hastane başvurularındaki artışla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu artış, özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu Tunceli için daha belirgin hale gelebilmektedir. Ağustos ayındaki artış ise turist sayısının artmasından dolayı sağlık kurumlarına başvuru sayısını artabileceği ve yoğunluğun şiddeti tetikleyebileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, sağlık personeline yönelik şiddeti önlemek amacıyla mevsimsel ve bölgesel faktörlerin dikkate alındığı planlamaların yapılmasının önem taşıdığı sonucuna varılmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin cinsiyet bazında dağılımı incelenmiştir. Sonuçlar, şiddet mağdurlarının %52'sinin erkek ve %48'inin kadın olduğunu göstermektedir. Kadın ve erkek sağlık personelinin şiddet mağduru olma oranları birbirine yakın olup, erkeklerin az da olsa daha fazla şiddet mağduru olduğu görülmüştür. Bu fark, erkeklerin şiddeti raporlama eğilimlerinin daha yüksek olabileceğini

düşündürmektedir. Literatürde kadınların daha fazla şiddet mağduru olduğuna dair bulgular bulunmakla birlikte, erkeklerin raporlama eğilimleri bu farklılığı etkileyebilir.

Şiddet mağdurları unvan bazında incelendiğinde, hekimlerin şiddet mağduru olma oranının diğer mesleklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hem ulusal hem de uluslararası literatür bunu doğrulamaktadır. Hekimlerin, hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık sistemindeki sorunların sorumlusu olarak görülmeleri, iletişim eksiklikleri ve aşırı iş yükü de hekimlere yönelik şiddeti tetikleyen önemli unsurlardır. Tunceli örneğinde beyaz kod tutanakları, şiddetin boyutlarını ve nedenlerini daha net bir şekilde ortaya koymaktadır. Hastaların ve yakınlarının doktorlara karşı kullandıkları saldırgan ve saygısız ifadeler, doktorlara duyulan güvensizlik ve sağlık hizmetlerine yönelik yanlış beklentilerle birleşerek şiddeti meşrulaştırmaktadır. Bu bulgular, hekimlerin maruz kaldığı şiddetin hem bireysel hem de sistemik sorunların bir sonucu olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulguları, mağdurların %83,3'ünün sözel şiddete maruz kaldığını göstermektedir; bu, sağlık işyerlerinde en yaygın şiddet türünün sözel şiddet olduğunu vurgulamaktadır

Araştırma sonuçlarına göre, şiddet vakalarının %52'si hasta yakınları, %44'ü hastalar ve %3,9'u diğer kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir. Literatürde genellikle hasta yakınlarının şiddet faili olarak öne çıkmasına rağmen, bazı çalışmalar hastaların da önemli bir oranda şiddet uyguladığını göstermektedir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının güvenli ve destekleyici bir çalışma ortamında hizmet sunmalarını sağlamak için hasta ve hasta yakınlarına yönelik daha fazla desteğin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Sağlık personeline yönelik şiddeti uygulayanların %69,6'sı erkekler ve %30,4'ü kadınlardır. Erkeklerin, kadınlara göre sağlık personeline şiddet uygulama oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulgu, şiddeti uygulayan kişiler arasında cinsiyet farklılıklarının belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık personeline yönelik şiddetin birimlere göre dağılımında belirgin farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Şiddet olaylarının en yüksek oranda polikliniklerde (%43,1) yaşandığı tespit edilmiştir. Bu, polikliniklerin yüksek hasta yükü ve hekim sayısının yetersizliği ile ilişkili olabilir. Tunceli'deki demografik veriler, her hekim için yaklaşık 467 kişinin düştüğünü göstermekte ve bu durum, polikliniklerdeki bekleme sürelerini uzatarak şiddet olaylarını artıran bir faktör olabilir. Sağlık kurumlarında şiddeti

azaltmak için, polikliniklerde hasta yükünün ve hekim sayısının dengelenmesi, acil servislerde stres yönetimi stratejilerinin uygulanması ve 112 acil sağlık hizmetlerinde güvenlik önlemlerinin artırılması gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Şiddet olaylarının %80,4'ü Beyaz Kod kapsamında değerlendirilirken, %19,6'sı Beyaz Kod kapsamında değerlendirilmemiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, sağlık personeline yönelik şiddetin en yaygın nedeni, %16,5 oranında tedaviden memnuniyetsizliktir. Bu, hasta beklentileri ile sunulan hizmet arasındaki farklardan kaynaklanabilir. İkinci sırada %15,5 oranıyla iletişim eksiklikleri ve randevu kuralları ihlali gibi sebepler yer almaktadır. Literatürle uyumlu olarak, iletişim eksiklikleri ve hasta memnuniyetsizliği, şiddet olaylarının başlıca nedenleri arasında öne çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu aksaklıkların giderilmesi ve hasta ve yakınlarının beklentilerinin yönetilmesi, şiddet olaylarını önlemek için önemlidir.

Araştırmamız, şiddetin gerçekleştiği birim ile şiddeti uygulayan kişi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen bulgular, farklı sağlık hizmeti birimlerinde şiddetin kaynaklarının çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymuştur.

Öneriler

- Sağlık kurumlarına yapılan başvuruların azalmasını, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin de azalmasına katkı sağladığı göz önüne alındığında, toplumun sağlık okuryazarlığını artıracak eğitim programları düzenlenmelidir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve bu bilgileri doğru kararlar almak için kullanma yeteneğidir. Bu yeteneğin geliştirilmesi, toplumun hangi durumlarda sağlık hizmetlerine başvurması gerektiğini daha iyi anlamasına yardımcı olabilir ve gereksiz başvuruları azaltarak sağlık sisteminin yükünü hafifletebilir. Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programlar, halkın ihtiyaçlarına göre tasarlanmalı, hedef kitleye uygun içeriklerle sunulmalı ve sağlık çalışanlarının da katılımıyla geniş kitlelere ulaşmalıdır.

- Hasta yoğunluğunu azaltmanın etkili yollarından biri, tele-tıp ve çevrimiçi danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve yaygınlaştırılmasıdır. 31746 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "*Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik*" bu doğrultuda önemli bir adım teşkil etse de, uygulamanın yaygınlığı henüz istenen seviyeye ulaşmamıştır. Bu yönetmeliğin etkin bir şekilde uygulanması, sağlık hizmetlerine erişimi

kolaylaştırarak hastanelerdeki yoğunluğu azaltabilir ve sağlık çalışanlarının üzerindeki baskıyı hafifletebilir.

- Hasta ve sağlık çalışanı arasındaki güven ve olumlu ortamın sağlanmasında basın rolü oldukça kritiktir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan kamu spotları, toplum tarafından tek taraflı bir koruma yöntemi olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle, diğer basın yayın kuruluşlarının da bu sürece destek vermesi önem arz etmektedir. Ayrıca, sağlık personeliyle ilgili haberlerin gerçekliği araştırılmadan yayımlanmasının engellenmesi, şiddeti önlemede önemli bir adım olabilir. Bu tür önlemler hem sağlık çalışanlarının itibarını koruyacak hem de toplumun sağlık çalışanlarına olan güvenini pekiştirecektir.

- Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, bölgesel ve mevsimsel faktörler dikkate alınarak insan kaynakları stratejileri oluşturulmalıdır. Hasta yoğunluğunun arttığı dönemlerde ek personel istihdam edilmesi, hizmet kalitesinin korunmasına ve sağlık çalışanlarının yükünün hafifletilmesine katkı sağlayacaktır. Bu yaklaşım, sağlık sisteminin esnekliğini artırarak hasta memnuniyetini ve çalışan verimliliğini destekleyecektir.

- 14 Mayıs 2012 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi"nde belirtilen, sağlık kuruluşlarındaki bekleme alanlarında sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimi sağlamak ve sorunları çözmek üzere "sorun çözücü" personel görevlendirilmesi uygulamada hayata geçirilmelidir. Bu uygulama hem sağlık çalışanlarının güvenliğini artıracak hem de hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini yükseltecektir

- Sağlık çalışanlarına, hasta iletişimi konusunda eğitim verilmelidir. Bu eğitimler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hasta memnuniyetini sağlamak ve olası iletişim kaynaklı sorunların önüne geçmek için kritik öneme sahiptir.

- Randevu sürelerinin uzunluğu, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti tetikleyen önemli faktörlerden biridir. Bu durumun temel nedeni, hekim sayısının yetersizliğidir. Hekimlerin mesleklerini bırakmalarını veya başka ülkelere göç etmelerini önleyecek önlemler alınmalı ve güvenlik açıkları kapatılmalıdır. Bu kapsamda, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları iyileştirilmeli, mesleki memnuniyet artırılmalı ve gerekli güvenlik tedbirleri sağlanmalıdır.

- 112 istasyonları ve olay yerlerinde sıklıkla karşılaşılan şiddet olayları, koruyucu önlemlere olan ihtiyacı artırmaktadır. Bu kapsamda, Komuta Kontrol Merkezinin sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin kayıtlarını tutarak, bu kişilerin ambulans talep etmeleri durumunda saldırı ihtimallerini değerlendirmesi ve güvenlik güçleriyle koordineli bir şekilde olay yerine intikalini sağlaması önemlidir.

- Amerika ve Kanada'da kullanılan PulsePoint benzeri uygulamaların Türkiye'de de uygulanması teşvik edilmelidir. Bu uygulamalar, ambulans olay yerine ulaşana kadar ilk yardım eğitimi almış ve yakın bölgede bulunan kişilerin hastaya yönlendirilmesini sağlayarak, hasta sağlığını korur ve 112 ekiplerinin olay yerine ulaşana kadar destek vererek şiddetin dolaylı yoldan önlenmesine katkıda bulunabilir. Türkiye'de yaygınlaştırılması için kamu kurumları, sağlık bakanlığı ve özel sektör iş birliği yaparak bir uygulama geliştirilebilir.

- Ambulans bekleyen hastaların zaman algısının bozulduğu ve ambulans olay yerine en hızlı şekilde ulaşsa bile gecikmiş gibi hissedilebileceği gözlemlenmiştir. Bu durumu yönetmek amacıyla, çağrı merkezlerindeki mevcut GPS verileri kullanılarak, ambulansın canlı konum bilgisi ve tahmini varış süresi, ambulans talebinde bulunan kişinin cep telefonuna yönlendirilerek iletilebilir. Bu tür teknolojik çözümler, zaman algısını iyileştirerek, olası şiddet olaylarının önlenmesine katkı sağlayabilir.

- Araştırmamızda, hekimlerin sağlık çalışanları arasında şiddete en sık maruz kalan meslek grubu olduğu tespit edilmiştir. TTB'nin çalışmalarında son yıllarda hekim göçünün arttığı ve diğer araştırmalarda bu göçün sebeplerinden birinin güvenlik sorunları olduğu belirtilmektedir. Uzun süreli eğitimle yetiştirilen hekimlerin mesleklerini yapmak için yurt dışına göç etmesi, ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık sektöründe şiddeti önlemeye yönelik etkin politikaların geliştirilmesi ve uygulanması, hekimlerin güvenlik endişelerini azaltarak göç oranlarını düşürebilir ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlanmasına katkı sağlayabilir.

- Tunceli gibi küçük şehirlerde, hastanın aciliyeti bulunmadığı durumlarda sevk sistemi uygulanarak başvuruların 1. basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi, polikliniklerdeki yoğunluğu azaltmada etkili bir çözüm olabilir.

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunun daha derinlemesine anlaşılması ve etkili çözümler üretilmesi için, nitel araştırmaların sayısının artırılması önemli bir katkı sağlayabilir.

- Kadın sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet vakalarını raporlamaya teşvik edilmesi, şiddetin tespiti ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesi açısından önemli katkılar sunabilir.

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde etkili olabilecek stratejilerden biri, hasta ve hasta yakınlarının hak ve sorumlulukları konusunda farkındalık oluşturulmasıdır. Bu bağlamda, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) zerinden randevu alırken, hastalar ve yakınlarının uyması gereken kurallar ile sağlık personelinin yasal haklarını içeren bilgilendirici bir metin yayınlanması önerilmektedir. Bu tür bilgilendirme, hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti sunum sürecine daha bilinçli katılımını teşvik edebilir ve karşılıklı saygı anlayışını güçlendirebilir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin azaltılmasında toplumsal farkındalığın artırılmasının önemli bir adım olabilir.

KAYNAKÇA

- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011, Resmî Gazete (No: 28103).
- Ailenin Korunması ve Kadına Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. (2012, 20 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 28239). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm>
- Akbaş, M., Boz, A., Dursun, A., Çetin, S., & Others. (2016). 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(3), 93-100.
- Akca, N., Kaya, M., & Sönmez, S. (2022). Pandemi döneminin sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarına etkisi: Yazılı basın üzerine bir araştırma. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 12(24), 178-191.
- Akgün, M. (2012). Hastanede yatan yaşlı hastalarda iletişim güçlükleri ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(2), 51-56.
- Alexander, C., Fraser, J., & Hoeth, R. (2004). Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *Journal of Healthcare Management*, 49(6), 377.
- Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q. K., Chen, C., Beisenova, K., & Pourmand, A. (2021). Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public health*, 196, 186-197.
- Anand, T., Grover, S., Kumar, R., Kumar, M., & Ingle, G. K. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *National medical journal of India*, 29(6).
- Angheluță, M. V. (2021). Characteristics and typology of mental violence. *Актуальные научные исследования в современном мире*, (7-3), 87-94.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Arafa, A., Shehata, A., Youssef, M., & Senosy, S. (2021). Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Egypt. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 77, 621-627.

- Archer, J. (2006). Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 319-345.
- Arendt, H. (2016). On violence. In *Democracy: A Reader* (pp. 566-574). Columbia University Press.
- Asadi, P., Esmaeili, M., Noori Roodsari, N., Gheysvandi, E., & Homaie Rad, E. (2023). Violence Against Pre-hospital Emergency Medical Service Personnel in Guilan Province, Iran: A Cross-Sectional Study. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 33(2), 87-94.
- Ataman, H., & Aba, G. (2016). Violence against health care workers: A retrospective study. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 1(1), 20-27. <https://doi.org/10.23884/IJHSRP.2016.1.1.03>
- Ateşoğlu, S. (2023). Domestic violence. *Social Science Development Journal*. <https://doi.org/10.31567/ssd.898>
- Atilla, G., Oksay, A., & Erdem, R. (2012). Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul University Faculty of Communication Journal*, (43), 23-37.
- Avcı, N., Arslan, M. K., Timlioğlu, S. İ., Tay, S., Meriç, K., Ertenü, M., & Yekeler, İ. (2015). 2012-2015 Yılları arasında haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi'ndeki beyaz kod bildirimleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 211-214.
- Avina, C., & O'Donohue, W. (2002). Sexual harassment and PTSD: Is sexual harassment diagnosable trauma? *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(1), 69-75.
- Aydan, S. (2023). Hekim göçü açısından Türkiye'nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895-920.
- Aydemir, M. (2014). Medyada şiddetin dönüşümüne bilinçaltı etki yöntemleri ve "mutlu şiddet" ilişkisi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2014(3), 166-170.
- Aydın, M. (2008). Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet Algısı. Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı. Erişim: 19.08. 2014.
- Aygün, H., & Metin, S. (2022). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pandemi ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 7-12.

- Aytaç, S., & Dursun, S. (2013). Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 71(1), 67-78.
- Basis, F., Moskovitz, K., & Tzafir, S. (2021). Did the events following the COVID-19 outbreak influence the incidents of violence against hospital staff?. *Israel Journal of Health Policy Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00471-z>
- Baykan, Z., Öktem, İ., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2015). Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21, 291-297.
- BBC. (2012). Mısır'da futbol faciası: Ölü sayısı 74. BBC Türkçe. Retrieved from https://www.bbc.com/turkce/haberler/2012/02/120202_egypt_football
- BBC. (2022). Suudi Arabistan'da futbol maçında olay çıktı. BBC Türkçe. Retrieved from <https://www.bbc.com/turkce/articles/crgxgx4e4n2o>
- Berger, M., & Ghadimi, K. (2020). Necessary heroes and ethos, from fighting Nazis to COVID-19. *Anesthesiology*.
- Berger, S., Grzonka, P., Frei, A. I., Hunziker, S., Baumann, S. M., Amacher, S. A., ... & Sutter, R. (2024). Violence against healthcare professionals in intensive care units: a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures. *Critical Care*, 28(1), 61.
- Berke, D. S., Reidy, D. E., Gentile, B., & Zeichner, A. (2019). Masculine discrepancy stress, emotion-regulation difficulties, and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(6), 1163-1182.
- Bhatti, O., Rauf, H., Aziz, N., Martins, R., & Khan, J. (2021). Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A review of incidents from a lower-middle-income country. *Annals of Global Health*, 87.
- Bingöl, S., & İnce, S. (2021). Factors influencing violence at emergency departments: Patients' relatives' perspectives. *International Emergency Nursing*, 54, 100942.
- Birliği, T. T. (2015). Şiddetle başa çıkmak. *Hermes Tanıtım Ofset*, 2, 4-7.
- Blomström, Å., Kosidou, K., Kristiansson, M., & Masterman, T. (2020). Infection during childhood and the risk of violent criminal behavior in adulthood. *Brain, behavior, and immunity*, 86, 63-71.

- Book, A. S., Starzyk, K. B., & Quinsey, V. L. (2001). The relationship between testosterone and aggression: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 6*(6), 579-599.
- Bourdieu, P., & turhan Ilgaz. (1997). *Televizyon üzerine*. Yapı Kredi.
- Bulut, M. (2010). Fiziksel şiddet kullanmaya ve insan öldürmeye ilişkin görüşler. *Antropoloji, 23*, 127-154.
- Bulut, S. (2008). Okullarda görülen öğrenciden öğrenciye yönelik şiddet olaylarının bazı değişkenler açısından arşiv araştırması yöntemiyle incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8*(2), 23-38.
- Butchart, A. (2008). New manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. *Injury Prevention, 14*(2), 143-143.
- Cai, W., Deng, L., Liu, M. ve Yu, M. (2011). Güney Çin'de tıbbi işyeri şiddetinin öncülleri. *Kişilerarası Şiddet Dergisi , 26* (2), 312-327.
- Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T., & Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Services Research, 5*, 1-6.
- Chakraborty, S., Mashreky, S. R., & Dalal, K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health, 30*(8), 1837-1855.
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L., & Combs, S. (2010). Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *Journal of Clinical Nursing, 19*(3-4), 479-488.
- Charney, D., & Russell, R. (1995). An overview of sexual harassment. *The American Journal of Psychiatry, 151*(1), 10-17. [https://doi.org/10.1016/1353-1131\(95\)90048-9](https://doi.org/10.1016/1353-1131(95)90048-9)
- Chen, T., Du, X., Chan, W., & Zhang, K. (2019). Teksas'ta soğuk havanın acil hastaneye kabul üzerindeki etkileri, 2004–2013. *Environmental Research, 169*, 139-146.
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health, 17*, 1-10.
- Chirico, F., Afolabi, A. A., Ilesanmi, O. S., Nucera, G., Ferrari, G., Szarpak, L., ... & Magnavita, N. (2022). COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddeti: sistematik bir inceleme. *Sağlık ve Sosyal Bilimler Dergisi, 7*(1), 14-35.

- Cooper, C., & Swanson, N. (2002). Workplace violence in the health sector. State of the art. Geneva: International Labour Organization, World Health Organization, International Council of Nurses, Public Services International.
- Curbow, B. (2002). Origins of violence at work. In C. L. Cooper & N. Swanson (Eds.), Workplace violence in the health sector – State of the art. World Health Organization.
- Çabuk, Y. (2020). İşyerinde şiddetin iş performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: Tekirdağ ili sağlık sektöründe uygulama.
- Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi, 14 Mayıs 2012, Sağlık Bakanlığı.
- Çevik, M., Gümüştakım, R., Bilgili, P., Başer, D., Doğaner, A., & Saper, S. (2020). Violence in healthcare at a glance: The example of the Turkish physician. The International Journal of Health Planning and Management. <https://doi.org/10.1002/hpm.3056>
- Davey, K., Ravishankar, V., Mehta, N., Ahluwalia, T., Blanchard, J., Smith, J., & Douglass, K. (2020). A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. International Journal of Emergency Medicine, 13, 1-9.
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. Science, 289(5479), 591-594.
- De la Roche, R. S. (1996, March). Collective violence as social control. In *Sociological forum* (Vol. 11, pp. 97-128). Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers., 11, 97-128. <https://doi.org/10.1007/BF02408303>
- Demirci, Ş., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). An evaluation of verbal, physical, and sexual violence against healthcare workers in Ankara, Turkey. Journal of Forensic Nursing, 16(4), E33-E41.
- Deniz, S., & Yüksel, O. (2020). A Study on the Determination of the Reasons for Violence against Healthcare Workers. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 483-487.
- Dhungel, S., Dhungel, P., Dhital, S. R., & Stock, C. (2017). Is economic dependence on the husband a risk factor for intimate partner violence against female factory workers in Nepal?. *BMC women's health*, 17, 1-9.

- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies, Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study: synthesis report. ILO.
- Duğan, Ö. (2015). Sağlıkta Şiddet haberlerinin basına yansımaları.
- Durak, T., Yolcu, S., Akay, S., Demir, Y., Kılıçaslan, R., & Değerli, V. (2014). Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan Şiddetin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 24(4), 130-137.
- Durmuş, M. (2019). Sağlık çalışanlarına yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde bir uygulama (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University (Turkey)).
- Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin alışanların Tükenmişlik Düzeyi zerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi, 3(1), 105-115.
- Dursun, Y. (2011). Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir? Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi, (12), 1-18.
- EG, K. (2002). World Report on Violence and Health, World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
- Elbek, O., Adaş, E. B., & Şiddete Sıfır Tolerans alışma Grubu. (2012). Şiddetin gölgesinde hekimlik. Türk Tabipleri Birliği Aydın Tabip Odası Yayını, Mayıs, 28, 39.
- Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. Nursing Management, 28(12), 38-42.
- Er, T., Ayoğlu, F., & Açıkgöz, B. (2021). Sağlık çalışanına yönelik Şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve nlenmesi. Turkish Journal of Public Health, 19(1), 69-78.
- Ergil, D. (2001). Şiddetin kültürel kökenleri. *Bilim ve Teknik*, 399(2), 40-41
- Erkek, Z. Y., & Gökçek, S. (2022). Pandemi sürecinde sağlık alışanlarının Şiddet eğiliminin incelenmesi. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 260-274
- Esen, H., & Aykal, G. (2020). Sağlık kurumlarında yaşanan Şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi rneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7(1), 1-9.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134-140.

- Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z., & Geddes, J. R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 609-614.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 263-275.
- Football Spectators Act 1989. (1989). Erişim adresi: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/37/contents>
- Fribourg, O., Emaus, N., Rosenvinge, J., Bilden, U., Olsen, J., & Pettersen, G. (2015). Physical and mental health effects of different types of violence: The Tromsø study. *PLoS ONE*, 10(4), e0125009.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305
- Genç, Y. (2016). Gençleri fiziksel şiddete iten sebepler, öğrenme yolları ve şiddet eğilimleri. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 3(44), 51-62.
- Geniş, B., Sahin, F., & Gürhan, N. (2022). Alkol/Madde Kullanım Bozukluklarında Şiddet ve İntiharın Nörobiyolojik Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 264-275.
- George, A. S., McConville, F. E., de Vries, S., Nigenda, G., Sarfraz, S., & McIsaac, M. (2020). Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. *BMJ*, m3546.
- Global Peace Index. (2024). *Global Peace Index 2024: Measuring peace in a complex world*. Institute for Economics & Peace. Retrieved from <https://www.economicsandpeace.org>
- Golijan, D. (2021). Violence in sport and hooliganism. *Bezbednost*, 63, 167-186. <https://doi.org/10.5937/BEZBEDNOST2101167G>
- Gonçalves, J., & Lima, C. (2017). The reality of domestic violence in the US. *European Psychiatry*, 41, S691-S692. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1213>
- Grossman, D. C., & Choucair, B. (2019). Violence and the US health care sector: burden and response. *Health Affairs*, 38(10), 1638-1645.

- Grover, S., Dalton, N., & Avasthi, A. (2020). Workplace violence against doctors in a tertiary care hospital. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(1), 38-46. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_79_20
- Güleç, H., Topaloğlu, M., Ünsal, D., & Altıntaş, M. (2012). Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 4(1), 112-137.
- Gürhan, N., Erdoğan, G., & Seyran, F. (2020). Cinsel şiddet. *Meyad Akademi*, 1(1), 59-65.
- Güven, O., & Kurt, B. F. (2023). Sağlıkta şiddetin beyaz kod verileri ile değerlendirilmesi: Kırklareli ili örneği. *Karya Journal of Health Science*, 4(1), 47-50.
- Güvercin, C. H. (2019). Sağlık Çalışanlarına Şiddet Haberleri: Basının Kritik Rolü (The news of violence against healthcare workers: Critical role of the press). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 327-333.
- Hamby, S. (2017). On defining violence, and why it matters.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 6 Nisan 2011, Resmî Gazete (No: 27897).
- Hegarty, K., Hindmarsh, E., & Gilles, M. (2000). Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 173. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2000.tb125688.x>
- Hinsenkamp, M. (2013). Violence against healthcare workers. *International Orthopaedics*, 37, 2321-2322.
- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi, 16 Mart 2016, Sağlık Bakanlığı.
- ILO ve WHO (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: ILO.
- International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>
- İhlas Haber Ajansı. (2022). Tunceli 10 Ayda 2 Milyon Turist Ağırladı. Erişim adresi: <https://www.ih.com.tr/tunceli-haberleri/-4001941>
- İkişik, H., Yılmaz, F. K., Karacanoğlu, A., Kadayif, A., Güven, İ., Özdemir, G. M., ... & Maral, I. (2021). Araştırma görevlisi hekimlerin sağlıkta şiddete maruz kalma

- durumları ve sağlıkta şiddet konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal*, 10(1), 55-64.
- İkiişık, H., Yılmaz, F. K., Karacanoğlu, A., Kadayıf, A., Güven, İ., Özdemir, G. M., ... & Maral, İ. (2021). Araştırma görevlisi hekimlerin sağlıkta şiddete maruz kalma durumları ve sağlıkta şiddet konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi*, 10(1), 55-64.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., ... & Bumin, M. A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24(1).
- Jawaid, S. A. (2015). Patient satisfaction, patient safety and increasing violence against healthcare professionals. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(1), 1.
- Jazieh, A. (2020). Managing healthcare workers during the COVID-19 pandemic and beyond. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 3(2), 33-35.
- Johnson, H. C. (1996). Violence and biology: A review of the literature. *Families in Society*, 77(1), 3-18.
- Karaaslan, A., & Amado, S. (2021). Zaman algısında duygunun rolünün incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 41(3), 855-897.
- Karabulut, E., & Gezgin Yazıcı, H. (2021). Toplumsal bir sorun: Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(1), 1-12.
- Karcıoğlu, F., & Akbaş, S. (2011). İşyeri psikolojik şiddet ve iş tatmini ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3), 139-161.
- Karlı, N. (2016). Psiko-Sosyal Açıdan Şiddet ve Çözüm Yolları. *Dinbilimleri Journal*, 16(3).
- Kaur, A., Ahamed, F., Sengupta, P., Majhi, J., & Ghosh, T. (2020). Pattern of workplace violence against doctors practising modern medicine and the subsequent impact on patient care, in India. *Plos one*, 15(9), e0239193.
- Kaur, H. (2017). Violence in educational school. *International Journal of Advance Research and Innovative Ideas in Education*, 3, 279-283.
- Kaya, K., & Tok, Ö. K. (2021). Sağlıkta şiddetin bir başka yüzü: Medya etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 217-220.

- Kesici, M. R. (2007). Yoksulluk şiddet döngüsünün sosyal politika açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2(13), 121-158. *rsitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 247-267.
- Khan, M., Haq, Z., Khan, M., Wali, S., Baddia, F., Rasul, S., Khan, S., Polkowski, M., & Ramirez-Mendoza, J. (2021). Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10243-8>
- Kıdak, L., İnal, C., & Aksaraylı, M. (2009). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Eğitim ve araştırma hastanesi deneyimi. *Adli Bilimler Dergisi*, 8(3), 52-62.
- Kızıltaş, G., Tümer, B., Güler, O., & Özaslan, C. (2021). Effects of COVID-19 pandemic in a breast unit: Is it possible to avoid delays in surgical treatment? *International Journal of Clinical Practice*, 75.
- Kızmaz, Z. (2006). Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi*
- Kitaneh, M., & Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 12, 1-9.
- Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Koçöz, R. (2011). 'Şiddet Üzerine!'. *Ankara Barosu Dergisi*, (1).
- Krook, M. (2020). Physical violence. *Violence against Women in Politics*.
- Krook, M. L. (2020). *Violence against women in politics* (pp. 57-64). Springer International Publishing.
- Kurumu, B. A. A. (1995). Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları.
- Lafta, R., Qusay, N., Mary, M., & Burnham, G. (2021). Violence against doctors in Iraq during the time of COVID-19. *PLoS One*, 16(8), e0254401.
- 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.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.

- Life in Norway. (2023). *Working hours in Norway explained*. Life in Norway. <https://www.lifeinnorway.net>
- Littman, R., & Paluck, E. (2015). The cycle of violence: Understanding individual participation in collective violence. *Political Psychology*, 36, 79-99. <https://doi.org/10.1111/pops.12239>
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., ... & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937.
- Lombardo, M. (2012). On the evolution of sport. *Evolutionary Psychology*, 10. <https://doi.org/10.1177/147470491201000101>
- Loveless L. Workplace Violence a Report to the Nation (report). Iowa City: The University of Iowa, Injury Prevention Research Center; 2001, p1-12. Erişim Adresi: <https://iprc.public-health.uiowa.edu/wp-content/uploads/2015/09/workplace-violence-report-1.pdf>
- Lovrenčić-Huzjan, A., & Roje-Bedeković, M. (2021). The impact of patient's fear of COVID-19 infection on neurology service in University Hospital Center Sestre Milosrdnice during COVID-19 epidemic outbreak. *Archives of Psychiatry Research*.
- Maner, F., Kayatekin, Z. E., Abay, E., Saygili, S., & Sener, A. I. (1991). Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 4, 6-13.
- Maran, D. A., Cortese, C. G., Pavanelli, P., Fornero, G., & Gianino, M. M. (2019). Gender differences in reporting workplace violence: A qualitative analysis of administrative records of violent episodes experienced by healthcare workers in a large public Italian hospital. *BMJ Open*, 9(11), e031546.
- Matzopoulos, R., Bowman, B., Butchart, A., & Mercy, J. (2008). The impact of violence on health in low- to middle-income countries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15, 177-187.
- McGuire, S., Gazley, B., Majerus, A., Mullan, A., & Clements, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on workplace violence at an academic emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 53, 285.e1-285.e5.

- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior, 51*, 101381.
- Menuck, M., & Voineskos, G. (1981). The etiology of violent behavior: An overview. *General Hospital Psychiatry, 3*(1), 37-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(81\)90021-9](https://doi.org/10.1016/0163-8343(81)90021-9)
- Metin, İ.H. (2022). Sağlık Çalışanlarının Hakları ile Hasta ve Hasta Yakınlarının Yükümlülükleri. *Seçkin Yayınevi. Sayfa (77-81)*.
- Muğla Tabipler Odası. (2023, 1 Aralık). *TTB'ye "İyi Hal Belgesi" başvuru sayısı Kasım ayında 244, 2023'ün ilk 11 ayında 2785 oldu.* <https://www.muglatabip.org.tr/ttbye-iyi-hal-belgesi-basvuru-sayisi-kasim-ayinda-244-2023un-ilk-11-ayinda-2785-oldu/>
- Mutlu, H., Bahadır Yılmaz, E., & Yüksel, A. (2021). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yaşanan Şiddete İlişkin Beyaz Kod Verilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences, 18*(3).
- National Audit Office. (2003). A safer place to work: protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. National Audit Office.
- Nevo, T., Peleg, R., Kaplan, D. M., & Freud, T. (2019). Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors. *BMC health services research, 19*, 1-7.
- NHS England. Violence prevention and reduction. Erişim adresi: <https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/health-and-wellbeing-programmes/violence-prevention-and-safety/>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363.
- Nordin, H. (2002). Fakta om våld och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health 1995.
- Norwegian Labour Inspection Authority (Arbeidstilsynet). (2017). *Arbeidsmiljøloven: The Working Environment Act*. Retrieved from <https://www.arbeidstilsynet.no>
- Okulate, G. T. (2005). Interpersonal violence cases reported to the police: A Nigerian study. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(12), 1598-1610.

- Orbay, İ. (2022). Görünmeyene Işık Tutmak: Psikolojik Şiddet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(1), 267-290. <https://doi.org/10.33417/tsh.975139>
- Ovacık, A.C. (2008). *Aile İçi Şiddetin Erkek Çocuğun Şiddet İçeren Suç İşleme Davranışına Etkileri*. Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Öner, R (2018). *Üçüncü Basamak Bir Hastanede Yapılan Beyaz Kod Başvurularının ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi*. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- Özcan, H. (2007). Sosyo-kültürel boyutlarıyla Alevilik.
- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1442-1456.
- Özen, S. (2007). İşyerinde psikolojik şiddet ve nedenleri. *İş, Güç: The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 9(3), 1-24.
- Özen, S. (2007). İşyerinde psikolojik şiddet ve nedenleri. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 9(3), 1-24.
- Özerkmen, N., & Gölbaşı, H. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*, 28, 1-19.
- Özişli, Ö. (2022). Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(1), 62-68.
- Özkan, E. U., & Daşbaş, S. (2023). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet: Türkiye'ye Yönelik Bir Model Önerisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1434-1447.
- Palabıyıkoglu, R. (1997). Medya ve şiddet. *Kriz Dergisi*, 5(2).
- Patrício, S. R., Ferrinho, P., & Sidat, M. (2022). Violence against health care workers in the workplace in Mozambique—An unrecognised managerial priority. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(5), 2822-2835.
- Peluola, A., Mela, M., & Adelugba, O. O. (2013). A review of violent incidents in a multilevel secure forensic psychiatric hospital: is there a seasonal variation?. *Medicine, Science and the Law*, 53(2), 72-79.

[20Vefa%22%20Ekibi,ve%20kurulu%C5%9Flara%20iletilmesi%20amac%C4%B1yla%20kurulmu%C5%9Ftur.](#)

- Sağlık Bakanlığı. (2021). Covid-19 Pandemisinde Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Sağlık istatistikleri yillığı 2022*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>
- Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi, 26 Nisan 2012, Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* (Kanun No. 3359, Kabul Tarihi: 7 Mayıs 1987). Resmî Gazete, 19461. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Eklenen 12. Madde, 2 Ocak 2014, Resmî Gazete (No: 28871).
- Saines, J. C. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12.
- Salminen, S. (1997). Violence in the workplaces in Finland. *Journal of Safety Research*, 28(3), 123-131.
- Saluja, S., Rudolfson, N., Massenburg, B., Meara, J., & Shrime, M. (2020). The impact of physician migration on mortality in low and middle-income countries: An economic modelling study. *BMJ Global Health*, 5. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001535>
- Sarcan, E. (2013). Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı. *Tıp Uzmanlık Tezi*, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1-122.
- Saz, İ. (2013). Spor-şiddet ilişkisi, nedenleri ve çözüm önerileri. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, 2, 137-157.
- Schablon, A., Kersten, J. F., Nienhaus, A., Kottkamp, H. W., Schnieder, W., Ullrich, G., ... & Wirth, T. (2022). Risk of burnout among emergency department staff as a result of violence and aggression from patients and their relatives. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 4945.
- Schubiner, H., Scott, R., & Tzelepis, A. (1990). Şehir içi gençler arasında şiddete maruz kalma. *Ergen Sağlığı Dergisi: Ergen Tıp Derneği'nin Resmi Yayını*, 14(3), 214-219. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90008-D](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90008-D)

- Schwartz, A. M. (2011). *Workplace Violence Screening and Prevention* (Master's thesis, The College of St. Scholastica).
- Sert, İ (2014). Sağlıkta Şiddet, Nedenleri ve Çözüm Önerileri. Erişim Adresi: <https://sahipkiran.org/2014/03/14/saglikta-siddet/>
- Seyran, F. (2021). İşyeri Şiddeti Çalışmalarının Bibliyometrik Analizi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(36), 2868-2889. <https://doi.org/10.26466/opus.885707>
- Shaikh, S., Baig, L. A., Hashmi, I., Khan, M., Jamali, S., Khan, M. N., ... & Zaib, S. (2020). The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. *BMJ global health*, 5(4), e002112.
- Shkatula, Y. V., Badion, Y. O., & Khyzhnia, Y. V. (2019). Emergency medicine: problems of violence and safety at work.
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American journal of psychiatry*, 165(4), 429-442.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ: British Medical Journal*, 303(6814), 1385.
- Solmaz, B., & Dugan, Ö. (2018). Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Sørensen, J., Kruse, M., Gudex, C., Helweg-Larsen, K., & Brønnum-Hansen, H. (2012). Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-9.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz dergisi*, 11(2).
- Subaşı, N., & Akın, A. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları.
- Sumarno, S., & Syahrannuddin, S. (2023). State responsibility for victims of domestic violence. *Randwick International of Social Science Journal*, 4(1), 111-117.
- Sun, L., Zhang, W., Qi, F., & Wang, Y. (2022). Gender differences for the prevalence and risk factors of workplace violence among healthcare professionals in Shandong, China. *Frontiers in public health*, 10, 873936.
- Swedish Work Environment Authority. (2016). Work Environment Act and Regulations. Retrieved from

- Swedish Work Environment Authority. (t.y.). *Threats and violence*. Retrieved from <https://www.av.se/en/health-and-safety/mental-ill-health-stress-threats-and-violence/threats-and-violence/>
- Şantaş, G., & Erdoğan, B. (2021). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Haberlerinin İçerik Analizi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(2), 308-317.
- Talas, M. S., Savran, M. B., Irmak, Z., Talas, M., & Savran, M. (2012). Adli Tıp Şube Müdürlüğüne Başvuran Fiziksel ve Cinsel Şiddet Mağduru Kadın Olgularının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 214-219.
- Taşkın, S. (2023). Hemşire Göç Eğilim Çalışması Raporu.
- Tavukcu, M., & Eke, E. (2021). Covid-19 Pandemi Yönetim Süreci: Türkiye Perspektifi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 116-133.
- Tezcan, M. (1996). Bir şiddet ortamı olarak okul.
- Tinaz, P. (2006). İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). *Çalışma ve Toplum*, 4(11), 13-28.
- Tompkinson, J. (2024). *Spoken Threats from Production to Perception*. Cambridge University Press.
- Torun, N. (2020). Şiddete yönelik beyaz kod verilerin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 977-984.
- Toyin-Thomas, P., Ikhurionan, P., Omoyibo, E., Iwegim, C., Ukueku, A., Okpere, J., ... & Wariri, O. (2023). Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: A systematic review. *BMJ Global Health*, 8. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012338>
- Tunceli Valiliği. (2024). Erişim Adresi: <http://www.tunceli.gov.tr/kultur-ve-yasam>
- Tutar, H. (2004). İşyerinde Psikolojik Şiddet Sarmalı: Nedenleri ve Sonuçları. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(2), 85-108.
- Türk Dil Kurumu. (t.y.). Şiddet. *Güncel Türkçe Sözlük*. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
- Türk Tabipleri Birliği. (2017a, 17 Şubat). Hekimlere sicil belgesi (goodstanding) verilmesi. https://www.ttb.org.tr/yazisma_goster.php?Guid=f2e81634-8840-11e7-8318-948af52f0cac

- Türk Tabipleri Birliği. (2017b, 21 Kasım). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları iş kazası olarak bildirilmelidir*. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/csgb-saglikta-siddet-is-kazasi.pdf>
- Türkiye Büyük Millet Meclisi 2011). *Spor kulüplerinin sorunları ile sporda şiddet sorununun araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. Erişim adresi: <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/items/eea90c94-460a-42f7-af3c-62065b022ca2>
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sağlık alışanlarına Yönelik Artan şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken nlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu*. Erişim Adresi: <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/items/38cb5ac6-aeb6-4bff-bdda-8e198e9dc2c8>
- Türkmenoğlu, B., & Sümer, E. (2017). Sivas İl Merkezi Sağlık alışanlarında şiddete Maruziyet Sıklığı. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 216-225.
- Uğurlu, H., & şantaş, F. (2023). Sağlıkta şiddete ilişkin bir alışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 305-334.
- Uludağ, A., & Zengin, N. (2016). Sağlıkta şiddete hasta şikayetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: Konya rneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3), 71-86.
- UNESCO. (2017). *A guide for ensuring inclusion and equity in education*. Erişim adresi: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246970>
- van Stekelenburg, B. C., De Cauwer, H., Barten, D. G., & Mortelmans, L. J. (2023). Attacks on health care workers in historical pandemics and COVID-19. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, e309.
- Vargün, B. (2009). *Batman ve şanlıurfa'da tre cinayetlerine Bakış Aısının Sosyal Antropolojik Aıdan İncelenmesi*. Antropoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in public health*, 8, 570459.
- Vung, N., & Krantz, G. (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: A population-based study from northern

- Vietnam. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 708-714.
<https://doi.org/10.1136/jech.2008.076968>
- Wang, X. (1995). Domestic violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 51, 315-320. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(95\)90348-8](https://doi.org/10.1016/0020-7292(95)90348-8)
- Willness, C., Steel, P., & Lee, K. (2007). A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*, 60, 127-162.
<https://doi.org/10.1111/J.1744-6570.2007.00067.x>.
- Wilson, C. M., Douglas, K. S., & Lyon, D. R. (2011). Violence against teachers: Prevalence and consequences. *Journal of interpersonal violence*, 26(12), 2353-2371.
- Wiskow, C. (2003). Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector-Comparison of Major Known National Guidelines and Strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/WHO/ICN/PSI.
- Working with Norwegians. (2023). *Work-life balance in Norway*. Working with Norwegians. <https://www.workingwithnorwegians.com>
- World Health Organization. (2002). World Report on Violence and Health, Geneva. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
- World Health Organization. (2014). Global Status Report On Violence Prevention. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- World Health Organization. (2019). *Suicide worldwide in 2019*. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Yağbasan, M., & Çakar, F. (2006). Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (15), 609-629.
- Yalch, M. M., & Levendosky, A. A. (2016). The influence of interpersonal style on the appraisal of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(14), 2430-2444.
- Yaldiz, Ç. (2023). Yargıtay Kararları Işığında Cinsel Taciz Suçu ve İncelemesi. *The Journal of Social Science*, 7(14), 213-226.

- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 81-88.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 16 Ekim 2009, Resmî Gazete (No: 27378).
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e Eklenen 10. Madde, 20 Şubat 2018, Resmî Gazete (No: 30339).
- Yeşiltaş, A. (2018). Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma.
- Yıldırım, H. H., Kalem, M., Seyran, F., & Demiray, F. N. (2012). Sağlık işyeri ortamında şiddet: Halkın şiddet algısı ve değerlendirmeleri. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 17 Nisan 2020, Resmî Gazete (No: 31102).
- Zinke, L. (2020). Kararsız düşünüş gribi öngörüyor. *Doğa İncelemeleri Dünya ve Çevre*, 1, 138-138.
- Ziyagil, M. A., Bilir, P., Çekin, R., & Temur, C. S. (2014). Sporda şiddetin sebepleri ve çözüm önerileri. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-14.
- Zorlu, Y. (2016). Medyadaki şiddet ve etkileri. *Humanities Sciences*, 11(1), 13-32.

EKLER

EK 1. ORJİNALLİK RAPORU FORMU

	ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA	
Tarih: 26/08/24	
Tez Başlığı: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tunceli İl Örneği	
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 80 sayfalık kısmına ilişkin, 26/08/2024 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %8'dir.	
Uygulanan filtrelemeler:	
1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç	
2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç	
3- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil	
4- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Ardaahan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nde belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
26.08.2024	
Adı Soyadı:	Melihat ZENGİN
Öğrenci No:	21408500007
Anabilim Dalı:	Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Programı:	Sağlık Yönetimi
Statüsü:	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
<u>DANIŞMAN ONAYI</u>	
UYGUNDUR.	
Doç. Dr. Erdiç ÜNAL	

EK 2. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-67796128-000-2200037473
Konu : Bilimsel Yayın ve Etik Kurul Kararı
(Doç.Dr. Erdinç ÜNAL))

04.11.2022

Sayın Doç. Dr. Erdinç ÜNAL

Danışmanı olduğunuz Yüksek Lisans Öğrencisi Melahat ZENGİN'in "**Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet:Tunceli İl Örneği**" başlıklı tez çalışması ve bu çalışma kapsamında yapılacak araştırmalarda uygulayacağınız yöntem Üniversitemiz Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup, yapılan değerlendirme sonucu söz konusu tez çalışmanızın Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kriterlerine uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Komisyon Başkanı

Belge Doğrulama Kodu: 3FFA4FP

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi:
<http://ubys.ardahan.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: Ardaahan Üniversitesi Yenisey Kampüsü Rektörlük Hizmet Binası , Çamlıçatak Mevkii, Ardaahan
75002
Telefon No: (0 478) 2117575
e-Posta: bayek@ardahan.edu.tr
Kep Adresi: ardahanuni@hs01.kep.tr

Faks No: (0 478) 2117509
İnternet Adresi: www.ardahan.edu.tr

Bilgi için :
Kubilay Aras
Etik Kurulu Komisyon
Raportörü
Telefon No: (0 478) 2117575



EK 3. ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

T.C.
TUNCELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-99148291-605.99-206344417
Konu : Araştırma İzin Başvurunuz.
(Melahat ZENGİN)

05.01.2023

Sn.Melahat ZENGİN
Tunceli İl Ambulans Servisi Başhekimliği

İlgi : 20.12.2022 tarihli ve E-51778576-000-3733 sayılı dilekçeniz.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tunceli İl Örneği konulu yüksek lisans tez çalışmanız Müdürlüğümüz Araştırma Başvuruları Değerlendirme Komisyonun 04/ 01/ 2023 tarihli toplantısında uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

Uzm. Dr. Hakkı AKTAŞ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Dilekçe, Toplantı Karar Tutanağı, Taahhütname, Etik Kurul Kararı, Başvuru Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 16D42E60-5A01-476A-B18A-B9093DA706B4

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

Moğultay Mah. Nupelda-Ayaz GÜLOĞLU Cad.No:28 62000 TUNCELİ 62000
Telefon No: 04282121035 Faks No : 04282122055
e-Posta: tunceli@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.tuncelism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: tuncelisaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma DOĞAN
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 04282121035



ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Melahat ZENGİN

Doğum Yeri ve Tarihi

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :

Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık
Yönetimi Bölümü

Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Edebiyat
Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi :

Ardahan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık
Yönetimi Ana bilim Dalı

Bildiği Yabancı Diller :

Bilimsel Faaliyetleri

İş Deneyimi

Stajlar :

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar

: Erzurum İl Ambulans Servisi Başhekimliği

Tunceli İl Ambulans Servisi Başhekimliği

İletişim

E-Posta Adresi :

Tarih

Jüri Tarihi

: 10.09.2024