

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK
ŞİDDET: ANKARA İLİNDE ARAŞTIRMA**

Mustafa Said YILDIZ *

ÖZ

Bu çalışma, Türkiye'de şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şiddetin nedenleri ve önleme yolları üzerine düşüncelerinin ve şiddete maruz kalma düzeyini belirleyen faktörlerin araştırılmasına odaklanmıştır. Ankara'da birer kamu, özel ve üniversite hastanesi ile bir 112 istasyonunda görev yapmakta olan sağlık çalışanlarına gönderilen 600 anket formundan 429'u (%71,5) tam olarak cevaplandırılmıştır. Yaşı 30'dan az bulunanların diğer yaş gruplarından daha az şiddete maruz kaldığı; öğrenim durumları arasında ise şiddete maruz kalma bakımından farklılık bulunmadığı görülmüştür. Acil, dâhili ve cerrahi servislerin yoğun bakım, ameliyathane, radyoloji ve laboratuvarlar bölümlerinden daha fazla şiddete maruz kalınan bölümler olduğu, özel hastanelerde daha az şiddete maruz kalındığı görülmüştür. Ayrıca çalışma kapsamında şiddet olayı sonrası raporlama davranışları, şiddetin olası nedenleri ve önlemleri konusunda çalışanların görüşlerine başvurulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Sağlık Çalışanları, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, İşyerinde Şiddet

MAKALE HAKKINDA

* İç Denetçi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, msaid@email.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7423-1408>

Gönderim Tarihi: 05.10.2018

Kabul Tarihi: 08.01.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 135-156

RESEARCH ARTICLE

VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE PROFESSIONALS IN TURKEY: A RESEARCH IN ANKARA

Mustafa Said YILDIZ *

ABSTRACT

This study focuses on opinions of healthcare workers about ways of preventions and causes of violence and factors which determine exposure levels. Survey was sent to healthcare professionals of a public, a private, a university hospital and an emergency unit (429 of 600 survey were responded - %71,5). Health workers with age less than 30 was exposed to violence less frequently than the other age groups. There was no difference between education backgrounds regarding violence level. Emergency, internal and external diseases services were the units exposed to violence more than intensive care, surgery room, radiology and laboratory units. Private hospital healthcare workers were exposed to violence less than other ownership types' workers. Additionally, reporting behavior after violence and healthcare workers' opinions for possible causes and precautions of violence were reported.

Keywords: Turkey, Healthcare Workers, Violence Against Healthcare Workers, Workplace Violence

ARTICLE INFO

* Ministry of Health, Ankara, msaid@email.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7423-1408>

Received: 05.10.2018

Accepted: 08.01.2019

Cite This Paper:

Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 135-156

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genel olarak şiddeti: “*Tehdit veya faaliyet düzeyinde; kendisine, başka bir kimseye, bir gruba veya topluluğa kasti olarak yönelmiş fiziki gücün; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, körelme veya mahrumiyet ile sonuçlanmış veya yüksek sonuçlanma ihtimali oluşturması*” şeklinde tanımlamış, tanımın amaca göre değişkenlik göstereceği vurgusu yapmıştır. Farklı alanlar ve bağlamlar için tanımın farklılaşması doğaldır. Sosyal çalışma bağlamında şiddetin tanımı doğal olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin tanımı ile farklılık gösterecektir (WHO 1998). Bununla beraber kime yönelmiş ve ne ile sonuçlanmış olursa olsun şiddetin bir önlenabilir halk sağlığı sorunu olduğu açıktır (Wen, Goodwin 2016). Şiddetin kurbanları arasında en önde gelen meslek gruplarından olan sağlık çalışanları aynı zamanda şiddete karşı insanlara yardım etmek konusunda eşsiz bir yere sahiptirler (WHO 1996). Bu üstünlükleri nedeniyle öncelikle kendilerine yönelme potansiyeli taşıyan şiddetin nedenleri ve önleme yolları konularında sağlık çalışanlarının görüşleri önem taşımaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ’nün katkıları ile oluşturulan çerçeve rehber işyerinde şiddet tanımını: “*Çalışanların işe gidiş gelişini de kapsayacak şekilde işleriyle ilgili uğradıkları; sağlık, güvenlik ve refahlarına doğrudan veya dolaylı şekilde yönelen suiistimal, tehdit ve saldırı*” şeklinde paylaşmıştır (ILO 2002). Hasta ve hasta yakınları için çoğu zaman stres kaynağı olan hastane ortamında şiddet tüm sağlık sistemlerinin sorunu ve halk sağlığı alanının giderek daha fazla ilgi çeken alanlarından olmuştur. Sağlık çalışanlarının işyerinde ölüm nedenleri arasında ilklerde olan şiddet aynı zamanda bir çalışan güvenliği sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Kowalenko et al. 2012). Çoğu ülkede salgın halini alarak yaygınlaşan bu tehdit karşısında en fazla oranda şiddete maruz kalan hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanları daha belirleyici rol oynamalıdır (Kingma 2001; Gates 2004).

Stres ve depresyon oranını artıran, iş tatmini düzeyinde azalmaya neden olan (Aytaç, Dursun 2013) ve böylelikle işleyişte ciddi aksamalara sebep olan bu sorun gerek gelişmekte olan ve gerekse gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin en başta gelen sorun kaynaklarından görülmekte, engellemek yönünde çaba gösterilmektedirler (Groenewold et al. 2017). Bu soruna odaklanan çalışmalar giderek artış göstermekte, bu konu giderek halk sağlığı alanının ilgi çeken başlıklarından biri haline gelmektedir (Franz et al. 2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine yapılan araştırmalar; şiddetin türleri (Ryan, Maguire 2006), özellikleri ve sonuçları (Knott et al. 2005), önleme yönündeki eğitim faaliyetlerinin etkililiği (Deans 2004) gibi çok çeşitli konular üzerine odaklanmıştır. Bir sistematik literatür taraması araştırmaların çoğunluğunun tanımlayıcı, az bir kısmının ilişkisel veri kullandığını göstermiştir (Taylor, Rew 2010).

Türkiye’de sağlıkta şiddet konusuna odaklanan pek çok çalışma bulunmakla beraber farklı hastane türlerinde gerçekleştirilen ve bu hastane türleri arasında karşılaşmalara yer verilen çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Söz konusu boşluğu doldurmak çalışmanın öncelikli amacını oluşturmuştur. Uluslararası literatürde son dönemde üzerinde daha yoğun olarak durulan sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin artırılması, şiddet konusunda bilinç ve farkındalıklarının artırılması gibi konularda sağlık çalışanlarının yaklaşımlarının değerlendirilmesi de diğer bir amacı oluşturmuştur. Çalışanların şiddetin nedeni ve önleme yolları konusunda düşüncelerinin hangi odalarda merkezileştiğinin uluslararası literatürün belirtilen yönelimi doğrultusunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada Ankara’da bulunan birer kamu, özel ve üniversite hastanesi ve bir 112 Acil istasyonunda uygulanan anketle şiddete maruz kalanlar ve uygulayanların özellikleri, şiddet sonrası çalışanların başvurdukları merciler ile sağlık çalışanlarının şiddeti artıran nedenler ve şiddeti önleme yolları konusunda düşünceleri ortaya konulmuştur.

II. SAĞLIKTA ŞİDDETE İLİŞKİN LİTERATÜRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık tesislerinde şiddetin giderek yaygınlaşması ve ciddi bir halk sağlığı ve iş güvenliği sorunu haline gelmesi bu alana odaklanan çalışmalarda artışa neden olmuştur. Şiddet türleri ve özellikleri, şiddete maruz kalanlar ve uygulayanlar, şiddet sonrası raporlama alışkanlıkları, şiddetin nedenleri ve diğer pek çok konu gerek hastaneler genelinde ve gerekse belli birimler özelinde araştırılmıştır (Taylor, Rew 2010). Diğer ülkelerde ve ülkemizde gerçekleştirilen söz konusu araştırmalardan aynı bağlamda bulunanların saha çalışması sonuçlarına bu bölümde yer verilmiştir.

2.1. Şiddete Maruz Kalanlar

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları çalıştıkları servis ve bölüme; cinsiyetlerine, mesleklerine göre farklılık göstermektedirler. Uluslararası ve ulusal literatürde bu durum sıklıkla konu edilmiştir.

Çalışılan hastane bölümü şiddet olayının yaygınlığı bakımından belirleyici faktörlerden biridir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalanların %36’sının cerrahi alanlarda, %30’unun acil servislerde, %42’sinin diğer servislerde görev aldığı göstermiştir. Kalabalık olması ve bekleme sürelerinin uzunluğu; diğer taraftan hastaların acil durumları nedeniyle daha agresif olabilmeleri nedeniyle acil servisler çoğunlukla tüm ülkelerde şiddetin yaygın görüldüğü bölümlerendir (Winstanley, Whittington 2004). Diğer bir şiddet yaygınlığı farklılığı hasta ile temasın daha yoğun ve daha seyrek yaşandığı bölümler arasındadır. Laboratuvar ve görüntüleme gibi alanlarda şiddet daha az görülmektedir. Şiddetle karşılaşma durumunun bizzat hasta bakımı yapan çalışanlarda hastadan daha uzak çalışanlara göre daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Groenewold et al. 2017). Acil yanında psikiyatri kliniklerinde de şiddet özel olarak ele alınmıştır (Zampieron 2011). Almanya’da yapılan bir araştırmada psikiyatri kliniğinde çalışanların %96,7’si sözlü şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Franz et al. 2010). Türkiye’de yapılan bir çalışma da fiziksel şiddete maruz kalanların %82’si psikiyatri kliniklerinde çalışırken şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir (Coşkun, Öztürk 2010). Bir diğer çalışmada ise acil servis yanında dâhiliye servisleri, anestezi klinikleri, yoğun bakımlar da şiddet için riskli alanlar olarak sıralanmıştır (Al ve diğerleri 2012).

Şiddetin daha çok hangi sağlık meslek mensuplarına yöneldiği bir diğer araştırma alanıdır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise şiddet görenlerin çoğunluğunu hemşirelerin (%43,4) ve daha azını hekimlerin (%13,8) oluşturduğu gösterilmiştir (Winstanley, Whittington 2004). Şiddete uğrayanların görev dağılımının araştırıldığı bir diğer çalışmada; şiddete uğrayanların %66,67’sinin hemşire, %22,99’unun sağlık memuru ve %10,34’unun acil tıp teknisyeni olduğu belirlenmiştir (Şahin ve diğerleri 2011). Zampieron ve arkadaşlarının (2011) İtalya’da gerçekleştirdikleri çalışmada bir yıl içinde hemşirelerin %49’u şiddetle karşılaştıklarını (%82’si sözlü şiddet) belirtmişlerdir. Bu durum Avustralya’da yapılan bir diğer çalışma ile teyit edilmiş, ancak hemşireliğin farklı disiplin ve alanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır (Alexander, Fraser 2004). Hekime şiddet de azımsanmayacak boyuttadır. Carmi-Iluz ve arkadaşları (2005), İsrail’de gerçekleştirdikleri çalışmada bir önceki yılda hekimlerin %56’sının en az bir sözlü şiddet, %9’unun en az bir fiziksel şiddetle karşılaştığını göstermişlerdir. Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan hekimlerden %60,9’unun çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddetle karşılaştığı gözlemlenmiştir (İlhan ve diğerleri 2009).

Şiddete maruz kalmanın sağlık çalışanının cinsiyeti ile ilişkisi de çalışmaların odaklandığı bir diğer konu olarak öne çıkmıştır. Çalışma sonuçları bu konuda değişkenlik göstermektedir. Gerberich ve arkadaşlarının Minnesota –ABD çalışmasında erkek

çalışanların kadın çalışanlardan daha fazla şiddet gördükleri (% 19,4 ve % 12,9) bulgusu paylaşılırken (Gerberich ve diğerleri 2004), Zampieron ve arkadaşlarının (2011) İtalya çalışması ile Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye çalışmasında şiddete maruz kalanların % 39.6’unun erkek % 60.4’ünün kadın olduğuna yer verilmiştir (Ayrancı ve diğerleri 2006).

Söz konusu bilgilerin edinilmesi ile politika yapıcılar ve yöneticilerin bu yönde çalışma yürütmeleri önem taşımaktadır. Şiddetin daha sıklıkla görüldüğü hastane türleri, departmanlar ve şiddetin daha çok yöneldiği meslek grupları belirlenerek bu alanlar özelinde çözümler geliştirilmesi için çalışılmalıdır.

2.2. Şiddeti Artıran Nedenler ve Önleme Yolları

Şiddeti artıran nedenler ve önleme yolları konusunda sağlık çalışanlarının algıları ve görüşleri büyük önem taşımaktadır. Şiddetin kaynağının başlıcaları hasta ve yakınlarının özellikleri ve tutumları, sağlık çalışanlarının bu yönde eğitiminde eksiklikler, sistem ve yapı sorunları ile yönetiminin destek konusunda isteksizliği olarak değerlendirilmiştir.

Şiddet riskinin hasta ve yakınlarının uyuşturucu ve alkol kullanımı ile ruhsal sorunları; silah taşımaları, sağlık sorunları karşısında çaresiz duygu durumları, uzun bekleme süreleri ile beraber arttığı iletilmiştir. Hastanın tedavi konusunda tatmin düzeyinde genel düşüklük ve hekim ile teşhis ve tedavi konusunda iletişim sorunu yaşamaması da şiddetin nedenleri arasında gösterilmiştir (Alexander, Fraser 2004).

Çalışanların şiddete sebep olmamak, şiddeti öncesinde anlamak ve uygun davranış geliştirmek konularında eğitim almamış olması da gerek şiddetin yaygınlığının artması ve gerekse şiddetin olumsuz etkisinin büyümesine sebep olmaktadır. Gates ve arkadaşları (2004) acil servislerde yaptıkları çalışmada son 12 ayda çalışanların yüzde 65’i şiddet önleme eğitimi almadıklarını belirlemiştir. Yine Gates ve arkadaşlarının bir çalışmasında sağlık çalışanlarının hasta veya yakınlarının agresifleşebileceklerini nasıl anlayabilecekleri ve bu durumu nasıl yönetecekleri konusunda kendilerine güveninin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Gates et al. 2004).

Şiddetin hasta ve yakınları ile ilgili başlıca nedenleri arasında tıbbi gereklilikle çatışan istekleri, düşük eğitim düzeyleri, çalışanlara karşı güvensizlikleri (Şahin ve diğerleri 2011), stresli duygu durumları ve medyadan etkilenmeleri gösterilmiştir. Yapısal sorunlar da şiddeti beslemektedir (Özcan, Bilgin 2011). Kalabalık ve gürültülü ortamlar, hastaneye uygun olmayan mimari, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri (Vural ve diğerleri 2013) ile yetersiz güvenlik ve polis desteği yapısal sorunlar arasında sayılmıştır. Çalışanların iletişim problemleri ve kişisel sorunları ve yorgunluğu, krizleri yönetmede yetersizlikleri (Şengül ve diğerleri 2009) de sebepler arasında görülmüştür (Al ve diğerleri 2012).

Hastane yönetiminin yetersizlikleri ve destekçi tutum içinde olmamaları da sebepler arasında gösterilmiştir. Hastane yönetimi seviyesinde şiddeti önleme adanmışlığı, bireysel ve kurumsal düzeyde yapılacak analizler ve müdahalelerin sürekli şekilde yapılmıyor olması şiddetin önlenmesinin önündeki engellerdendir (Kowalenko et al. 2012).

2.3. Şiddet Olayı Sonrası Davranış ve Bildirim

Şiddet olayı sonrasında yaşananlar ve raporlama konusu diğer bir literatür odağı haline gelmiştir. Raporlamanın az olması nedeniyle şiddetin ve sağlık çalışanına saldırı yaygınlığının belirtilenden çok yukarıda olduğu değerlendirilmesi yapılmakta, sebepleri hakkında saptamalara yer verilmektedir. Hastanelerin bildirim için çalışanları cesaretlendirmek yerine engellemesi (Nelson 2014), sağlık çalışanlarının misilleme görme ve

hastane yönetiminden destek alamama korkusu (Gacki-Smith et al. 2009), sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanması, diğerlerinin mesleğin bir doğası olarak algılanmaması da raporlama oranlarının düşük kalmasına gerekçe olarak gösterilmiştir (Al ve diğerleri 2012). Türkiye’de sağlık çalışanlarının şiddeti rapor etme oranları oldukça düşüktür. Bir çalışmada şiddeti rapor etme oranı %26.8 (Vural ve diğerleri 2013) ve diğer bir çalışmada %24 olarak belirtilmiştir (Sönmez ve diğerleri 2013).

Şiddet olayının sonrasında şiddete maruz kalan çalışanın çoğunlukla sessiz kaldığı ve raporlamayı dahi gerçekleştirmediği görülmüştür. Bir çalışmada çalışanların fiziksel ve duygusal iyilik durumuna ciddi anlamda zarar veren (Franz et al. 2010) şiddet olayına uğrayan hemşirelerin %53’ünün olay sonrası yardım çağırmadığı görülmüştür (Zampieron et al. 2011). Çalışanların %70.11’inin hastaya bakmaya devam ettikleri, yalnızca %29.66’nın ise hastayı başka arkadaşına devrettikleri belirtilmiştir (Şahin ve diğerleri 2011). Diğer bir çalışmada sağlık çalışanlarının %50’sinin şiddet olayını sözel olarak yöneticilerine bildirmekle yetindiği, yalnızca %16’sının resmi olay raporu düzenlediği (Gates 2004), bir diğer çalışmada %65’inin şiddeti hastane yönetimine bildirmediği (Chapman et al. 2010) gösterilmiştir. Şiddet bildirim konusunda daha genç çalışanların daha istekli oldukları da görülmüştür (Riopelle et al. 2000; Ayrancı ve diğerleri 2010).

Şiddete maruz kalma sonrasında oluşturdukları tepkiler bakımından da sağlık çalışanları farklılık göstermiştir. Acil serviste görev yapan doktorların kendini korumak için silah (%18) bıçak (%20) bulundurmanın da aralarında olduğu yollar aradığı bir çalışmada gösterilmiştir (Kowalenko et al. 2012). Diğer bir çalışmada şiddet sonrası çalışanların yalnızca dörtte biri kadarının izin aldığı, %18’i şiddet sonrasında bir daha şiddet gördüğü birimde çalışmama kararı aldığı ifade edilmiştir (Fernandes et al. 1999).

III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Kamu, özel ve üniversite hastaneleri ve bir 112 Acil istasyonunda görev yapan sağlık çalışanlarına uygulanan bir anket ile:

- Sağlık personelinin şiddete maruz kalma sıklıkları ile özellikleri (yaş, eğitim durumu, görev yaptıkları sağlık kuruluşu birimleri, görev yaptıkları kurumlar) arasında ilişki;
- Şiddete maruz kalmış olanların şiddet olayı sonrası geliştirdikleri davranışlar (tedavi olma, rapor alma, bildirim yapma),
- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şiddetin nedenleri ve önleme yolları üzerine düşüncelerinin İncelenmesi; araştırma sonuçları ışığında sağlıkta şiddetin azaltılmasına yönelik bulgu ve önerilere ulaşılması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örnekleme ve Sınırlılıkları

Araştırmada olabildiğince çok sayıda sağlık çalışanına ulaşılmaya çalışılmakla beraber gerek çalışmanın süresi ve gerekse maliyeti göz önünde bulundurularak çalışma Ankara ili ile sınırlı tutulmuştur. Araştırma sonuçlarının öncelikle bu sebeple Türkiye’ye genellenmesi mümkün olamamaktadır. Araştırmanın evrenini Ankara ilinde faaliyet gösteren hastaneler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise Ankara’da faaliyet gösteren birer kamu, özel ve üniversite hastanesi ile bir 112 istasyonunda görev yapmakta olan çalışanlardan kolayda örnekleme ile oluşturulmuştur. Araştırmanın karşılaştırmaları mümkün kılabilmesi amacıyla her bir gruptan yeterli sayıda sağlık çalışanının araştırmaya dâhil edilebilmesine çalışılmıştır. Ancak örneklemin belirtilen nedenlerle çok fazla genişletilememesi nedeniyle bu durum her

alt grup için istenildiği ölçüde sağlanamamıştır. Araştırma sonuçlarının bu sınırlılık göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Her ne kadar anket sorularının yöneltildiği sağlık çalışanlarına sonuçların bireysel olarak değerlendirilmeyeceği belirtilmiş ve isim belirtilmemesi istenmiş ise de ankete katılanların sorulara tam bir içtenlikle cevap verdikleri konusunda tereddütün giderilmesi güçtür. Bu durum da diğer bir sınırlılık olarak belirlenmelidir.

3.3. Verilerin Analizi

Veri toplama aracının oluşturulmasında gerçekleştirilen ve sonuçları önceki bölümde paylaşılan literatür taraması öncelikle belirleyici olmuştur. Araştırma soruları hastanelerde farklı görevlerden bulunan katılımcılarla yapılan odak grup görüşmeleri sonunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Anket, 7 adet demografik soru, 13 adet birden fazla seçeneğin seçilebildiği soru ile artış nedenleri ve önleme yollarına ilişkin 22 adet 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanan sorudan oluşmaktadır. Karşılaştırmanın mümkün olabilmesi için öncelikle uluslararası ve ulusal literatüründe paylaşılan sorular ve sonuçlar derlenmiştir. Söz konusu çalışma ile oluşturulan çerçeve farklı sağlık mesleği gruplarından oluşan 15 kişilik sağlık çalışanı alt kümesi ile değerlendirilmiş; bu süreçte bazı başlıkların soru setinden çıkarılması yoluna gidilmiştir.

Birer devlet hastanesi, özel hastane, eğitim ve araştırma hastanesi, tıp fakültesi hastanesi ve 112 ambulans biriminden farklı sayılarda çalışanlara 2017 yılı Nisan ve Mayıs aylarında yöneltilen 600 anket formunun 429’u (%71,5) tam olarak cevaplandırılmış ve analize dâhil edilmiştir.

Araştırma sorularına cevap aramak amacıyla ortalamalar arasında karşılaştırmalar yapmak üzere tanımlayıcı istatistik ve ANOVA analizi uygulanmış; SPSS v.20 paket programı kullanılmıştır.

IV. BULGULAR VE SONUÇLAR

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının özelliklerinin neler olduğuna ilişkin bulgulara yaşları, eğitim durumları, çalıştıkları hastane bölümleri, hangi tür hastanelerde görev yaptıkları gibi çeşitli yönlerden cevap aranmaya çalışılmıştır. Şiddeti artıran nedenler konusunda şiddet görenlerin düşünceleri, şiddeti önleme yolları konusunda şiddet görenlerin düşünceleri araştırmaya konu edilmiş, şiddet görenlerin olay sonrasında davranışlarının neler olduğu ayrıca araştırılmıştır.

Maruz kalma sıklığının değerlendirilmesi için son 3 yıl içinde her hangi tür şiddete hiç maruz kalmayan, en çok iki kere maruz kalan ve 2’den fazla kere maruz kalan sağlık çalışanlarına sırasıyla 1, 2 ve 3 değerleri verilmiştir. Böylelikle en az 1 ve en fazla 3 değerleri arasında bir ortalama değerlere her bir özellik için ulaşılabilmiş, ortalamaların arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi mümkün olabilmektedir. Son 3 yıl içinde şiddete maruz kalma sıklıkları hiç maruz kalmayan 197 (%37,2), en çok iki kere maruz kalan 81 (%15,3) ve 2’den fazla kere maruz kalan 251 (47,4) olarak gerçekleşmiştir. Sonraki aşamada şiddeti artıran nedenler ve şiddeti önleme yolları konusunda şiddete maruz kalanların cevapları (332 katılımcı, Örneklemin %62,7’si değerlendirmeye alınmıştır).

4.1. Şiddete Maruz Kalanların Özellikleri

Şiddete maruz kalma ile yaşlar arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığı sorusu pek çok bakımdan önem taşımaktadır. Analiz sonucunda 30-40 arası ve 40 yaş üzeri gibi yakın

ortalamalarda şiddete maruz kalmış iken 30 yaş altı kişilerin daha az şiddet gördükleri anlaşılmıştır. Levene Değeri'nin 0,972 olarak belirlenmesi sonrasında gerçekleştirilebilen ANOVA Tukey testinde 30 yaş altı ile 30-40 yaş aralığında bulunanlar ve 40 yaş üzeri katılımcılar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Yaşlara göre şiddete maruz kalma		n	Ort.	S. Sapma		
	30 yaş altı	138	1,9538	0,9152		
	30-40 arası	193	2,2124	0,9022		
	40+	98	2,2449	0,8974		
	Toplam	429	2,1021	0,9155		
		Ortalama Farklılığı	p			
	30 yaş altı / 30-40 arası	-0,2587	0,009			
	30-40 arası / 40+	-0,0325	0,955			
	30 yaş altı / 40+	-0,2911	0,021			
		Levene Değeri		p		
Levene	0,029		0,972			
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	
Gruplar Arası	9,584	2	4,792	5,822	0,003	
Gruplar İçi	432,904	526	0,823			
Toplam	442,488					

Şiddete maruz kalma ile sağlık çalışanlarının tamamladıkları öğrenim derecesi arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Levene Değeri'nin 0,581 olarak belirlenmesi sonrasında gerçekleştirilebilen ANOVA Tukey testinde öğrenim durumları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Test sonuçlarına aşağıdaki gibi ulaşılmıştır ($p < 0,05$).

Şiddete maruz kalanların yaşları bakımından yapılan analizde son 3 yıl içinde 30-40 arası ve 40'dan fazla yaşı bulunanların yakın ortalamalarda şiddete maruz kaldığı, yaşı 30'dan az bulunanların istatistik bakımından anlamlı olarak daha az şiddet gördükleri gözlemlenmiştir. Söz konusu farklılaşmanın nedeninin belirlenmesi şiddetin önlenmesi ve engellenmesi bakımından önem taşımakta, ayrıntılı daha ileri analizlere ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitim durumlarının şiddete maruz kalma ortalamalarında istatistiksel bakımdan farklılığa neden olmaması yaşlar arasında şiddete maruz olma farklılığının sebebinin eğitim düzeyi farklılığı olmadığı konusunda fikir vermektedir.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumlarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Eğitim durumuna göre şiddete maruz kalma		n	Ort.	S. Sapma		
	Lise	108	2,1102	0,9225		
	Ön Lisans	74	2,2031	0,9458		
	Üniversite	203	2,0667	0,9093		
	Y.Lisans	44	2,2188	0,9064		
	Toplam	429	2,1021	0,9155		
		Ortalama Farklılığı	p			
	Lise / Ön Lisans	-0,0929	0,914			
	Lise / Üniversite	0,0435	0,972			
	Lise / Y.Lisans	-0,1086	0,934			
	Ön Lisans / Üniversite	0,1365	0,698			
	Ön Lisans / Yüksek Lisans	-0,0156	1,000			
	Üniversite / Y.Lisans	-0,1521	0,808			
		Levene Değeri	p			
Levene	0,654	0,581				
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	
Gruplar Arası	1,492	3	0,497	0,592	0,620	
Gruplar İçi	440,996	525	0,840			
Toplam	442,488					

Şiddete maruz kalma ile çalışanların görev aldıkları bölümler arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Şiddete en fazla maruz kalınan alanlar sırasıyla Acil, Cerrahi ve Dâhili servisler ve Kan Alma-Enjeksiyon bölümleri iken, en düşük oranda şiddete maruz kalınan bölümler sırasıyla Y.Bakım ve Ameliyathane, Radyoloji ve Laboratuvarlar olarak belirlenmiştir. Levene Değeri’nin 0,946 olarak belirlenmesi sonrasında ANOVA Tukey testi yapılabilmektedir. Test sonucunda Dahili Servisler ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında ($p=0,001$), Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında ($p=0,000$), Acil ile Radyoloji/Laboratuvarlar ortalamaları arasında ($p=0,006$), Acil ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında ($p=0,000$) istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Bölümlere Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

	n	Ort.	S. Sapma		
Dâhili	94	2,1736	0,9032		
Cerrahi	64	2,2281	0,8928		
Acil	96	2,3542	0,8703		
Radyoloji ve Lab.	82	1,8780	0,8943		
Y.Bakım Ameliyathane	74	1,6622	0,8802		
Kan Alma, Enjeksiyon	19	2,2105	0,9177		
Toplam	429	2,1021	0,9155		
	Ortalama Farklılığı	p			
Dâhili/Cerrahi	-0,0544	0,997			
Dâhili/Acil	-0,1806	0,640			
Dâhili/Radyoloji ve Lab.	0,2956	0,159			
Dâhili/Y.Bakım Ameliyat.	0,5115	0,001			
Dâhili/Kan Alma, Enjeks.	-0,0369	1,000			
Cerrahi/Acil	-0,1261	0,911			
Cerrahi/Radyoloji ve Lab.	0,3500	0,074			
Cerrahi/Y.Bakım Ameliy.	0,5659	0,000			
Cerrahi/Kan Alma, Enjeks.	0,0175	1,000			
Acil/Radyoloji ve Lab	0,4761	0,006			
Acil/Y.Bakım Ameliyat	0,6920	0,000			
Acil/Kan Alma, Enjeks.	0,1436	0,988			
Rad. ve Lab./YB Amel	0,2159	0,657			
Rad. ve Lab./Kan AL., Enj	-0,3325	0,686			
Y.Bakım Ameliyat / Kan Alma, Enjeksiyon	-0,5484	0,160			
	Levene Değeri	p			
Levene	0,237	0,946			
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar Arası	27,307	5	5,461	6,880	0,000
Gruplar İçi	415,181	523	0,794		
Toplam	432,488				

Şiddet sıklığının araştırıldığı bir diğer başlık ise farklı sahipliklerde bulunan sağlık tesisleri arasındadır. En sık şekilde 112 Ambulanslarında şiddete maruz kalındığı ve hastane türleri arasında Tıp Fakültesi Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin Özel hastanelerden daha yüksek oranda şiddet riskine sahip buldukları görülmüştür.

112 Ambulansları, tıp fakültesi hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinde özel hastanelere göre daha yüksek ve birbirlerine yakın düzeyde şiddete maruz kalındığı ifade edilmiştir. Levene Değeri'nin 0,660 olarak belirlenmesi sonrasında gerçekleştirilebilen ANOVA Tukey testi ile ortalamalar arasında farklılıklar araştırılmıştır. Devlet hastaneleriyle özel hastaneler ortalamaları arasında ($p=0,005$), eğitim araştırma hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında ($p=0,041$), tıp fakültesi hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında ($0,014$), 112 Ambulans istasyonu ile özel hastaneler ortalamaları arasında ($0,012$) istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Özel hastane çalışanlarının daha az şiddete maruz kalmış olmasının iş yükünün ve hasta yoğunluğunun nispeten az olması dışındaki nedenleri (yapı ve organizasyon, hasta kitlesi ve çalışan karakteristikleri) ayrıca araştırılmalıdır.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Hastane Türlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

		n	Ort.	S. Sapma		
Hastane türüne göre şiddete maruz kalma	Devlet Hastanesi	175	2,1396	0,9078		
	Özel Hastaneler	45	1,5333	0,8604		
	Eğitim Araştırma Hastanesi	89	2,0562	0,9215		
	Tıp Fakültesi Hastanesi	64	2,1618	0,9079		
	112 Ambulans	56	2,2647	0,8981		
	Toplam	429	2,1021	0,9155		
		Ortalama Farklılığı		p		
		Devlet/Özel	0,6063	0,005		
		Devlet/ Eğitim Araştırma	0,0834	0,941		
		Devlet/Tıp Fakültesi	-0,0222	1,000		
		Devlet/112 Ambulans	-0,1251	0,941		
		Özel/Eğitim Araştırma	-0,5229	0,041		
		Özel/Tıp Fakültesi	-0,6284	0,014		
		Özel/112 Ambulans	-0,7314	0,012		
		Eğitim Araştırma/Tıp	-0,1055	0,951		
		Eğitim Araştırma/112 Ambulans	-0,2085	0,785		
		Tıp Fakültesi/112 Ambulans	-0,1029	0,983		
			Levene Değeri	p		
		Levene	0,604	0,660		
		Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F
	Gruplar Arası	11,467	4	2,867	3,485	0,008
	Gruplar İçi	431,021	524	0,823		
	Toplam	442,488				

4.2. Şiddeti Artıran Nedenler Konusunda Şiddet Görenlerin Düşünceleri

Son üç yıl içinde şiddete en az bir kere maruz kaldığımı ifade eden katılımcılara şiddeti artıran nedenler konusunda görüşleri sorulmuştur. İfadelerin belirlenmesi için öncelikle bir devlet hastanesinde görev yapan 12 sağlık çalışanı ile odak grup görüşmesi yapılmış, ardından üzerinde daha fazla önemle durulan konuların katılımcılara sorulması kararlaştırılmıştır. Çalışanlara her bir ifade için görüşleri sorulmuş, Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevaplarından biri ile ifadelerin değerlendirilmesi istenmiştir. İfadeler sırasıyla 1’den 5’e kadar puanlanarak ortalamaları değerlendirilmiştir. Bulgulara ilişkin ortalama ve standart sapma değerlerine Tablo 5’de ortalama değer sırasıyla yer verilmiştir.

Şiddeti artıran nedenlerle ilgili sağlık çalışanlarının görüşlerinin derlenmesinde öncelikle toplumun özelliklerine odaklanan cevaplar göze çarpmaktadır. Toplum bakımından nedenler; toplumun genel eğitim düzeyindeki düşüklük (4,2169), toplumun sağlık çalışanlarına yönelik medyada yer alan yayınlardan etkilenmesi (4,3976), toplumda diğer nedenlerle şiddet eğiliminin giderek artması (4,6355), sistemden kaynaklanan hata ve aksaklıkları toplum tarafından çalışan kaynaklı algılanması (4,3825), toplumun hasta hakları konusuna yapılan vurgudan etkilenmesi (4,6175) olarak sıralanmıştır.

Yönetimsel ve sistemselsel sorunlar da şiddet olgusunun nedenleri arasında gösterilmiştir. Sağlık insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması (3,8825), çalışma ortamı ve mimari yapının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması (4,0452), sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar (4,4880) bu nedenlerin

başlıcaları olarak öne çıkmaktadır. Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması hususu üzerinde en çok durulan neden olarak göze çarpmaktadır (4,6837)

Sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen aşağılayıcı yaklaşımlarının şiddetin nisbi olarak daha düşük düzeyde de olsa bir nedeni olduğu sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir (3,0482). Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği nedeniyle tükenmişliği de nedenlerden biri olarak gösterilmiştir (4,2771).

Tablo 5. Şiddeti Artıran Nedenlere İlişkin Sağlık Çalışanlarının Görüşleri: Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

	n	Ort.	Standart Sapma
Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması	332	4,6837	0,7120
Genel toplumsal nedenlerle şiddete eğilimin artması	332	4,6355	0,7830
Hizmet alanların hasta haklarına yapılan vurgudan etkilenmeleri	332	4,6175	0,8836
Sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar	332	4,4880	0,9599
Sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz haber ve yorumlar	332	4,3976	0,9917
Sistemden kaynaklanan problemlerin sağlık çalışanından kaynaklandığının algılanması	332	4,3825	1,1665
Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği nedeniyle tükenmişliği	332	4,2771	1,1588
Toplum genel eğitim düzeyinin düşük olması	332	4,2169	1,2221
Çalışma ortamı ve mimari yapının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması	332	4,0452	1,2514
Sağlık insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması	332	3,8825	1,3242
Sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen aşağılayıcı yaklaşımları	332	3,0482	1,5999

4.3. Şiddeti Önleme Yolları Konusunda Şiddet Görenlerin Düşünceleri

Şiddete son üç yıl içinde en az bir kere maruz kaldığımı ifade eden katılımcılara şiddeti önleme yolları konusunda görüşleri sorulmuştur. İfadelerin belirlenmesi için öncelikle bir devlet hastanesinde görev yapan 12 sağlık çalışanı ile odak grup görüşmesi yapılmış, ardından üzerinde daha fazla önemle durulan konuların katılımcılara sorulması kararlaştırılmıştır. Çalışanlara bu bölümde de bir önceki bölüme benzer şekilde çalışanlardan ifadeleri kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevaplarından biri ile değerlendirilmeleri istenmiş, cevaplar sırasıyla 1'den 5'e kadar puanlanarak ortalamaları değerlendirilmiştir.

Hizmet sunumunun iyileştirilmesi, kaynakların daha doğru şekilde tahsis ve planlanması ilk üzerinde durulan husus olarak göze çarpmaktadır. Hizmet sunumunun talebi karşılayacak düzeye getirilmesi (4,4488), hasta yoğunluklarının yönetilebilir seviyelerde tutulması (4,7259) ve iş yükü ile orantılı personel istihdamı (4,7229) bu kapsamda öne çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yeterli sayıda istihdamının ötesinde yönlendirme elemanı ve hasta danışmanlarının istihdamı (4,6175) üzerinde durulmuştur.

Çalışanların şiddete karşı desteklenmesi ve daha korunaklı hale getirilmesi için çalışılması gerektiği üzerinde ayrıca durulmuştur. Çalışanlara iletişim becerileri (4,2417) ile şiddetle başa çıkma, krizleri yönetme yöntemleri (4,3133) gibi konularda eğitim verilmesi, önleyici güvenlik önlemlerinin artırılması (4,7289) ve çalışanlara hukuki destek verilmesi (4,7229) konuları bu kapsamda ele alınabilir.

Şiddet olgusunun toplumsal boyutunun ayrıca ele alınması gerektiği de sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu bir diğer husus olmuştur. Kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi (4,7922), daha caydırıcı önlemlere başvurulması (4,7470) ve medya yayınlarının şiddeti önleme amaçlı kullanılması (4,8494) bu kapsamda önemli görülen hususlardandır.

Tablo 6. Şiddeti Önleme Yolları Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşleri: Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

	n	Ort.	S.S.
Yazılı ve sözlü medyada yapılan haberler ve programların şiddet önleme amaçlı kullanılması	332	4,8494	1,61045
Kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi	332	4,7922	0,64723
Şiddete karşı daha caydırıcı yasal önlemlerin alınması	332	4,7470	0,98745
Hastanelerde güvenlik önlemlerinin etkinleştirilmesi	332	4,7289	0,72421
Hastanede hasta yoğunluklarının önlenmesi	332	4,7259	0,77354
İş yüküyle orantılı personel çalıştırılması	332	4,7229	0,72609
Çalışana hukuki destek verilmesi	332	4,7229	0,75064
Hastanın tedavi öncesi ve tedavi sırasında yeterince ve doğru şekilde yönlendirilmesi ve yönlendirmeyi sağlayacak hasta danışmanlarının görevlendirilmesi	332	4,6175	0,81973
Hizmet sunumu kapasitesinin erişim düzeyi ve talebi karşılayacak düzeye getirilmesi	332	4,4488	0,97728
Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına şiddetle başa çıkma, krizleri yönetme yöntemleri konusunda eğitim verilmesi	332	4,3133	1,05071
Çalışanlara iletişim becerileri eğitimi verilmesi	331	4,2417	1,05409

4.4. Şiddet Görenin Olay Sonrası Davranışı ve Bildirimler

Sağlık çalışanlarından şiddet gördüğünü belirtenlere şiddet olayı sonrasında davranışları sorulmuş, çoğunluğunun tedavi görme ve istirahat raporu alma yoluna gitmediği çalışmalarına devam ettikleri görülmüştür.

Tablo 7. Şiddet Sonrasında Davranış ve Bildirime İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Şiddet Sonrasında		n	%
Sağlık Bakanlığına Bildirim	Yapmayanlar	304	91,6
	Yapanlar	28	8,4
Meslek Odasına Bildirim	Yapmayanlar	328	98,8
	Yapanlar	4	1,2
Polise bildirim	Yapmayanlar	312	94,0
	Yapanlar	20	6,0
Hastane Güvenliğine Bildirim	Yapmayanlar	303	91,3
	Yapanlar	29	8,7
TOPLAM		332	100,0

Bildirimlerin de oldukça düşük seviyelerde kaldığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığına bildirim %8,4 oranı ile meslek odasına bildirim ise %1,2 oranıyla oldukça düşük seviyelerdedir. Polise ve hastane güvenliğine bildirim de sırasıyla %6 ve %8,7 oranlarında görülmüştür.

V. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlıkta şiddet giderek yaygınlaşmakta ve güç kazanmakta iken nedenleri ve önleme yollarının sorunun muhatapları ile tartışılması büyük önem taşımaktadır. Şiddetten etkilenenlerin sağlık kuruluşlarının hangi birimlerinde görev yaptıkları, sağlık kuruluşlarının tür ve sahiplik durumuna göre şiddet olaylarının görülmesi bakımından ne şekilde farklılaştığı gibi sorular sorunun nedenleri ve önleme yollarının tartışılması öncesinde cevaplandırılmalıdır. Ancak bu yolla şiddetin nedeni ve önleme yolları konusunda teşhisler doğrulukla paylaşılabilir. Söz konusu gerçeklikler göz önünde bulundurularak çalışmada öncelikle şiddetin nedenleri ve önleme yolları ile ilişkili oluşturulan sorularla bağlantılı konularda (yaş, eğitim, birim ve hastane türü) şiddete maruz kalma durumunun farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Ardından şiddete son üç yıl içinde en az bir kere maruz kaldığını belirten katılımcılara şiddet nedenleri ve önleme yolları ile şiddet sonrası davranış ve raporlama alışkanlıkları sorulmuştur.

Gerçekleştirilen ANOVA analizinde 30'dan az yaşta bulunanlar ile 30-40 yaş aralığında bulunanlar ve 40'dan fazla yaşı bulunanlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür. 30'dan az yaşta bulunanların daha düşük şiddete maruz kalma ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür. Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılığın olmadığını belirten çalışmalar da bulunmakla beraber (Ayrancı ve diğerleri 2006) orta ve ileri yaştakilerin şiddete maruz kalma durumunun daha fazla olduğunu belirleyen çalışmalar şaşırtıcı şekilde yoğunluktadır. Daha ileri yaştaki sağlık çalışanlarının şiddete daha sıklıkla uğradığı sonucu acil yardımcı sağlık hizmetler çalışanları (Şahin ve diğerleri 2011) için yapılan çalışmada saptanmış, 32 yaş ve üzerindeki diğer gruplardakine göre daha sıklıkla şiddete maruz kaldıkları paylaşılmıştır. Şiddete maruz kalmanın 31-35 ve 36 yaş ve üstü çalışanlarda anlamlı olarak yüksek şekilde görüldüğü Sönmez ve arkadaşlarının Malatya örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmada da ifade edilmiştir (Sönmez ve diğerleri 2013). Wang ve diğerleri (2006) 30-44 yaş grubundakilerin daha fazla oranda şiddete maruz kaldıklarını paylaşmıştır. Şiddete uğramada en riskli yaş grubunu 35-40 yaş aralığı olarak belirleyen bir diğer çalışma da mevcuttur (Hahn et al. 2012). Ulaşılan sonuç söz konusu çalışmaların sonucuyla uygunluk göstermektedir. Yaş farklılığının neden bu tür bir sonuç verdiğine odaklanan daha ayrıntılı ve ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Gerçekleştirilen ANOVA analizinde öğrenim durumları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Çamcı ve Şahin çalışmalarında eğitim durumu için anlamlı bir farklılığa ulaşamamıştır (Çamcı, Şahin 2011). Bir diğer çalışmada ise eğitim düzeylerine göre şiddete uğramanın oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, eğitim düzeyi arttıkça şiddete maruz kalma durumunun azaldığı gözlenmiştir (Şahin ve diğerleri 2011). Örnekleme yer alan farklı mesleki geçmişlerin eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma yapmayı güçleştirdiği ve sonuca etki ettiği düşünülmektedir. Örnekleme büyüklüğünün artması ve mesleki anlamda daha homojen bir grup ile çalışmanın yapılması halinde eğitim düzeyi karşılaştırmasında daha sağlıklı sonuçlara ulaşılabilir.

ANOVA testi sonucunda Dahili Servisler ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında, Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında, Acil ile Radyoloji/Laboratuvarlar ortalamaları arasında, Acil ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Hastane

bölmeleri bakımından acil, cerrahi ve dahili servisler ve kan alma-enjeksiyon bölümleri çalışanları daha yüksek; yoğun bakım ve ameliyathane, radyoloji ve laboratuvar çalışanları daha düşük şiddete maruz kalma ortalaması göstermişlerdir. Psikiyatri departmanlarının şiddet riskinin yüksekliği konusunda da pek çok araştırma bulunmaktadır (Yassi 1994; Zampieron et al. 2011; Coşkun, Öztürk 2010). Acil departmanları da en fazla yoğunlukta şiddetin gözlemlendiği departmanlar olarak sıkça bildirilmiştir (Barlow, Rizzo 1997; Ayrancı ve diğerleri 2006; Lavoie et al., 1988; Winstanley, Whittington 2004). Şiddetle karşılaşma durumunun bizzat hasta bakımı yapan çalışanlarda hastadan daha uzak çalışanlara göre daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Groenewold et al. 2017). Gerberich bizzat sağlık hizmeti sunulan departmanların ve özellikle yoğun bakım departmanlarının şiddet bakımından yüksek oranlara sahip olduğunu (Gerberich et al. 2004) belirtmiştir. Bir diğer çalışmada dahiliye ve cerrahi bilimleri uzmanlık öğrencilerinin şiddete maruz kalma oranının temel birimlerde çalışan meslektaşlarına kıyasla anlamlı oranda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ağkoç 2005). Çalışmada sınıflandırma servisler düzeyinde yapılmadığı; cerrahi, dahili servisler ve görüntüleme alanları olarak yapıldığından departman düzeyinde tartışma mümkün olmamıştır. Bununla beraber; şiddet ortalamasının hasta-çalışan etkileşiminin, kalabalığın, stres düzeyinin ve iş yoğunluğunun fazla olduğu bölümlerde daha yüksek olduğu sonucu literatürdeki sonuçlarla paralellik oluşturmaktadır.

Çalışma ile devlet hastaneleriyle özel hastaneler ortalamaları arasında, eğitim araştırma hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında, tıp fakültesi hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında, 112 Ambulans istasyonu ile özel hastaneler ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Özel hastanede şiddete maruz kalma ortalaması diğer tür hastaneler ve 112 istasyonundan önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Uluslararası literatürde hastane türleri arasında karşılaştırma yapan çalışmalara rastlanabilmektedir. Örneğin ABD’de gerçekleştirilen bir çalışmada özel hastane çalışanlarının daha sık şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (Gerberich et al. 2004). Ancak diğer ülke sağlık sistemlerinin ve hastane türü kombinasyonunun farklılığı nedeniyle bu konuda bir değerlendirme yapmanın güç olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada devlet hastanelerinde çalışanların şiddete anlamlı şekilde daha fazla maruz kaldıkları belirtilmiştir (Ayrancı ve diğerleri 2006). Bir diğer çalışmada devlet ve SSK hastanelerinde çalışanların şiddete maruz kalma oranının üniversite hastanelerinden daha yüksek olduğu (Avşar ve diğerleri 2003) bildirilmişse de 2003 yılı sonrası hastanelerin yapı, hasta kitlesi ve işleyişlerinde köklü değişiklikler sonrasında durumun farklılaşmış olabileceği değerlendirilmesi yapılmıştır. Zira bu çalışmada üniversite ve devlet hastanesi arasında bu anlamda farklılık görülmemiştir. Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmaların çoğunlukla birden çok hastane için gerçekleştirilmediği, birden çok hastanede gerçekleştirilen çalışmaların ise bu konuya odaklanmadığı görülmüştür. Şiddetin nedenleri ile önemli ölçüde neden-sonuç ilişkisi bulunması beklenen söz konusu çalışmaların ülkemiz özelinde daha kapsamlı ve farklı türde hastaneleri kapsayacak şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Şiddetin nedenleri konusunda şiddete maruz kalanların görüşleri değerlendirildiğinde toplum yapı ve özelliklerine vurgu yapılan ifadelerin daha fazla öne çıktığı görülmüştür. Toplumun eğitim düzeyindeki düşüklük, medyada yer alan yayınlardan etkilenmesi, toplumda şiddet eğiliminin giderek artması, sistemden kaynaklanan hata ve aksaklıkları toplum tarafından çalışan kaynaklı algılanması ve toplumun hasta hakları konusuna yapılan vurgudan etkilenmesi başlıkları bu kapsamda sıralanabilir. Yönetimsel ve sistemselsel sorunlar da şiddet olgusunun nedenleri arasında gösterilmiştir. Sağlık insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması, çalışma ortamının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması, sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar bu nedenlerin başlıcaları olarak öne çıkmaktadır. Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması hususu üzerinde en çok durulan neden olarak göze çarpmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen

aşağılayıcı yaklaşımlarının şiddetin nisbi olarak daha düşük düzeyde de olsa bir nedeni olduğu sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir. Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği nedeniyle tükenmişliği de nedenlerden biri olarak gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddetin nedeni olarak gördüğü hususlara genel olarak bakıldığında birbirini destekleyen nedenlerin bulunduğu görülebilecektir. Sağlık insan kaynaklarının doğru şekilde planlanmamış olması ve yetersizliği aşırı iş yükünü ve bu durum ise çalışmada tükenmişliği beraberinde getirmekte diğer hususlarında destekleri ile şiddet olgusunun yaygınlaşarak arttığı anlaşılmaktadır. Eğitim seviyesinin düşüklüğü Şahin ve arkadaşları çalışmasında da şiddetin nedeni olarak gösterilmiş, hasta yakınlarının çalışanlara karşı güvensizliği de ayrıca öne çıkmıştır (Şahin ve diğerleri 2011). Uzun hasta bekleme süresi belirlenen bir diğer şiddet nedeni olarak öne çıkmaktadır (Boz ve diğerleri 2006). Hastaların çalışanlara karşı güvensizlikleri, stresli duygu durumları ve medyadan etkilenmeleri (Şahin ve diğerleri 2011); yapısal sorunlar (Özcan, Bilgin 2011), kalabalık ve gürültülü ortamlar, hastaneye uygun olmayan mimari, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri (Vural ve diğerleri 2013) diğer sebepler olarak görülebilmektedir. Çalışanların iletişim problemleri ve kişisel sorunları ve yorgunluğu, krizleri yönetmede yetersizlikleri (Şengül ve diğerleri 2009) de sebepler arasında görülmüştür (Al ve diğerleri 2012). Şiddetin sebeplerine ilişkin değerlendirmelerin çalışmalarda ve çalışmamızda belirli başlıklar altında toplanabildiği ve paralellik gösterdiği görülmektedir. Tüm hastane türlerinde daha fazla sayıda şiddete maruz kalan katılımcı ile çalışmaların gerçekleştirilerek hangi hastane türünde hangi şiddet nedeninin öne çıktığı araştırılmalıdır.

Şiddetin önlenmesi yolları konusunda şiddete maruz kalan katılımcıların düşüncelerinin değerlendirilmesinde hizmet sunumunun iyileştirilmesi, kaynakların daha doğru şekilde tahsis ve planlanması, ilk üzerinde durulan husus olarak göze çarpmaktadır. Hizmet sunumunun talebi karşılayacak düzeye getirilmesi, hasta yoğunluklarının yönetilebilir seviyelerde tutulması ve iş yükü ile orantılı personel, yönlendirme elemanı ve hasta danışmanı istihdamı bu kapsamda öne çıkmaktadır. Çalışanların şiddete karşı daha korunaklı hale getirilmesi için çalışılması gerektiği üzerinde ayrıca durulmuştur. Çalışanlara iletişim becerileri ile şiddetle başa çıkma, krizleri yönetme yöntemleri gibi konularda eğitim verilmesi, önleyici güvenlik önlemlerinin artırılması ve çalışanlara hukuki destek verilmesi konuları bu kapsamda ele alınabilir. Şiddet olgusunun toplumsal boyutunun ayrıca ele alınması gerektiği de sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu bir diğer husus olmuştur. Kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, daha caydırıcı önlemlere başvurulması ve medya yayınlarının şiddeti önleme amaçlı kullanılması bu kapsamda önemli görülen hususlardandır. Literatürde üzerinde sıklıkla durulan hususların çalışanlar tarafından da vurgulandığı söylenebilir (Keely 2002). İletişim becerilerinin geliştirilmesi, hastaya kendisi için kaygılanıldığının hissettirilmesi ve yeterli ve kapsamlı bilgi verilmesi önleme yolları arasında sayılmıştır (Nelson 2014). Şiddetin azaltılmasına yönelik planlı stratejik önleme programlarının geliştirilmesi ve yıllara yaygın olarak uygulanması önerilmektedir (Kowalenko et al. 2012). Ajite ve agresif hasta ve hasta yakını tanımak, yatıştırma yollarını öğrenmek ve saldırıya uğramaktan kendini korumak konusunda çalışanların bilinçlendirilmesi ve özgüvenlerinin artırılması gerektiği de diğer bir öneri olarak değerlendirilmelidir (Gates et al. 2004).

Şiddet nedenleri konusunda düşünceler ile şiddetin önleme yolları konusundaki düşüncelerin aynı eksende ilerlediği görülmektedir. Çalışanlar yapı ve mimari sorunlarını, yapısal ve sistemsel sorunları, iş yoğunluğu ve hasta talebine karşılık veremeyen istihdam düzeyini sebepler olarak saymakta; bu durumların giderilmesinin şiddeti azaltacağına inanmaktadırlar. Diğer taraftan şiddetin daha çok toplum kaynaklığı olduğu algısı nedeniyle toplum eğitim ve yönlendirmesine ilişkin önlemler öne çıkmaktadır. Uluslararası literatürde şiddetin nedeni olarak öne çıkan iletişim problemleri ve şiddet konusunda çalışanların

hazırlıklı olmamaları konuları ve şiddetin önlenmesi için bu alanlarda çalışma yapılması gerekliliği yeterli ilgiyi görmemektedir.

Son olarak bildirimlerin de oldukça düşük seviyelerde kaldığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığına bildirim %8,4 oranı ile meslek odasına bildirim ise %1,2 oranıyla oldukça düşük seviyelerdedir. Polise ve hastane güvenliğine bildirim de sırasıyla %6 ve %8,7 oranlarında görülmüştür. Uluslararası literatürde de raporlama konusu bir problem olarak ortaya konulmuştur. Şiddet sonrası ciddi anlamda zarar gören çalışanların dahi %53’ünün bildirim yaptığı (Franz et al. 2010), bir diğer çalışmada yalnızca %16’sının resmi rapor düzenlediği (Gates 2004), bir diğer çalışmada %65’inin şiddeti hastane yönetimine bildirmedeğini (Chapman et al. 2010) gösterilmiştir. Ülkemizde en yoğun şekilde benimsenen ve kullanılan sistemin Sağlık Bakanlığının beyaz kod sistemi olduğu görülmekle, bu sistemin işlerliğinin artırılmasının şiddeti nedeni, şiddet uygulayanların özellikleri, şiddetin daha yaygın şekilde gerçekleştiği alanlar gibi bilgilerin toplulaştırılmasıyla politika yapımı ve uygulaması kolaylaşabileceği ifade edilebilecektir.

Yapılan literatür taraması ve anket çalışması ışığında aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

1. Veri toplama sistematığının geliştirilmesi hastanelerde şiddetin önlenmesi için gerekliliklerin başında gelmektedir. Şiddet olayı bildirimini gerekli ayrıntı ve düzende gerçekleştirilmesi ilk adım olarak önem taşımaktadır. Ülkemizde beyaz kod uygulamaları ile başlayan çabaların çalışanların bilinçlendirilmesi, güçlendirilmesi ve hastane yönetimlerince desteklenmesi ile sürdürülmesi fayda sağlayacaktır.
2. Literatür, araştırmalar ve toplanan veriler ışığında daha sıklıkla şiddet eyleminin gözlemlendiği bölümler için eylem planları oluşturulmalı, bu bölümlerin tasarımı, organizasyonu ve yönetimi üzerinde daha hassasiyetle durulmalıdır.
3. Kamu hastanelerinde özel hastanelerden daha sıklıkla şiddet olayının gerçekleştiği bulgusu ışığında söz konusu farklılığın sebepleri araştırılmalı, şiddetin azaltılması amaçlı söz konusu bilgidен yararlanılmalıdır.
4. Sağlıkta şiddet konusunun sağlık tesisi akreditasyonunda konu edilmesi uluslararası akreditasyon setlerinde sıkça görülen bir olgudur (Ecri Institute 2017). Bu başlığa bileşenlerde yer verilmesi şiddetin azaltılması yönünde üst yönetim desteğini güçlendirebilir.
5. Çalışanların sağlık hizmeti sunumunda sayıca yetersiz kalmaları iş yüklerinde artışa, tükenmişliğe ve yorgunluğa sebep olabilmektedir. Bu durumun ise memnuniyetsizlik ve şiddet yaygınlığının artmasında rol oynayabildiği görülmüştür (Zampieron et al. 2011). Çalışan planlaması ve tahsisinin gerek merkezi devlet otoritesi ve gerekse sağlık kuruluşları tarafından etkin şekilde gerçekleştirilmesi dolaylı olarak şiddeti azaltabilecektir.
6. Şiddetin oluşabileceğini önceden öngörebilme, şiddet anında reaksiyonun ne olması gerektiği konusunda bilgi ve şiddet sonucu zarar görme riskinin en aza indirgenmesi gibi şiddet yönetimi ve önleme eğitimlerinin özellikle daha sık şekilde şiddetle karşılaştıkları belirlenen personele yönelik olarak sıklaştırılması şiddeti ve etkilerini hafifletebilecektir.
7. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişim konusunda bilgilendirilmesi, eğitilmesi şiddetin ortaya çıkma hızını düşürebilir. Literatürde iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hastaya kendisi için kaygılanıldığının hissettirilmesi ve yeterli ve kapsamlı bilgi verilmesi önleme yolları arasında sayılmıştır.
8. Hastane mimarisinin şiddetin oluşmasına ve etkisinin artmasına engel olacak şekilde tasarlanması fayda sağlayabilecektir. Bir taraftan hasta ve yakınları ile çalışanları daha az yoran ve yıpratın, diğer taraftan iki tarafı daha az karşı karşıya getiren ve şiddete karşı çalışanları daha korunaklı kılan hastane fiziki yapısı hedeflenmelidir.

9. Güvenlik tedbirinin yeterli ve etkin olması sağlık çalışanlarının üzerindeki baskıyı hafifletecek, caydırıcı ceza ve yaptırımlar şiddete meyilli hasta ve yakınları üzerinde engelleyici rol oynayacaktır.
10. Sağlık sisteminin yoğunlukların dengelenmesi, kırtasiyeciliğin azaltılması, bekleme sürelerinin uygun seviyelerde olmasını sağlayacak şekilde topyekün ve hastane boyutunda iyileştirilmesi şiddeti azaltabilecektir.
11. Şiddet konusunda çalışanların algı ve tepkisi sistem sorunlarına, hizmeti alanların özelliklerine ve yetersizliklere haklı olarak yönelmektedir. Ancak yasa koyucu ve düzenleyicilerin konuyu aynı algı yönelimiyle değerlendirmek yerine bir taraftan çalışanlarca ortaya konan sorunları çözmeye gayret ederken; diğer taraftan çalışanlara eğitim ve rehberlik konusunda yapılabilecekler ve stratejik şiddet önleme programları üzerine yoğunlaşmalıdırlar.

Sağlık çalışanları üzerinde ilave bir psikolojik yük oluşturan ve memnuniyetsizlik, tatminsizlik kaynağı haline gelen şiddet konusunun taraflarıyla ve sonuçlarıyla beraber ciddi şekilde değerlendirilmesi ve önleme yönünde tedbirlerin planlanarak uygulanması gerekmektedir. Hangi alanlarda hangi tür ve hangi nedenlerle şiddetin gerçekleştiğinin belirlenerek bu alanlara özel ve bu nedenlere özgü çalışma yürütülmesi gerekmektedir. Şiddetin azaltılması için hangi aksiyonların alınması gerektiği konusunda sürekli bir gözlem ve değerlendirme, politika alternatiflerinin karşılaştırılması, performans denetimleri ve değerlendirmeleri yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ağkoç S. (2005) Hekimlerde Mesleki Riskler: İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma. **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi** İstanbul.
2. Al B., Zengin S., Deryal Y., Gökçen C., Yılmaz D.A. and Yıldırım C. (2012) Increased Violence Towards Health Care Staff. **The Journal of Academic Emergency Medicine** 11: 115-24.
3. Alexander C. and Fraser J. (2004) Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers. **Journal of Healthcare Management** 49(6): 377-90.
4. Avşar A. F., Bedir R. ve Vuruşkan G. (2003) Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimine Karşı Şiddet. **MN Klinik Bilimler ve Doktor** 9(6): 766-770.
5. Ayrancı U., Yenilmez Ç., Balcı Y. and Kaptanoğlu C. (2006) Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. **Journal of Interpersonal Violence** 21(2): 276-296.
6. Aytaç A. ve Dursun S. (2013) Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası** 71(1): 68-78.
7. Barlow C. B. and Rizzo A. G. (1997) Violence against surgical residents. **The Western Journal of Medicine** 167(2): 74-87.
8. Boz B., Acar K., Ergin A., Erdur B., Kurtuluş A. and Ergin N. (2006) Violence toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. **Advances in Therapy** 23(2): 364-369.

9. Carmi-Iluz T., Peleg R., Freud T. and 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):54.
10. Chapman R., Styles I., Perry L. and Combs S. (2010) Examining the Characteristics of Workplace Violence in One Non-Tertiary Hospital. **Journal of Clinical Nursing** 19(3-4): 479-88.
11. Coşkun S. ve Öztürk A. T. (2010) Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 3(3): 16-23.
12. Çamcı O., Kutlu Y. (2011) Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(1):9-16.
13. Deans C. (2004) The Effectiveness of a Training Program for Emergency Department Nurses in Managing Violent Situations. **Australian Journal of Advanced Nursing** 21(4): 17–22.
14. Ecri Institute (2017) Healthcare Risk, Quality and Safety Guidance. **Violence in Healthcare Facilities** <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/SafSec3.aspx?tab=2>. (Erişim Tarihi: 16.02.2018).
15. Fernandes C. M. B., Bouthillette F., Raboud J. M., Bullock L., Moore C. F., Christenson J. M., Grafstein E., Rae S., Ouellet L., Gillrie C. and Way M. (1999) Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. **Canadian Medical Association Journal** 161(10): 1245-1248.
16. Franz S., Annett Z., Schablon A., Kuhnert S. and Nienhaus A. (2010) Aggression and Violence against Health Care Workers in Germany - A Cross Sectional Retrospective Survey. **BMC Health Services Research** 10(1): 51.
17. Gacki-Smith J., Juarez A. M., Boyett L. B., Homeyer C., Robinson L. and MacLean S. L. (2009) Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. **Journal of Nursing Administration** 39(7): 340-349.
18. Gates D. M. (2004) The Epidemic of Violence against Healthcare Workers. **Occupational and Environmental Medicine** 61(8): 649-50.
19. Gates D., Fitzwater E., Telintelo S., Succop P. and Sommers M. S. (2004) Preventing Assaults by Nursing Home Residents: Nursing Assistants’ Knowledge and Confidence—A Pilot Study. **Journal of American Medical Directors Association** 5(2): 17-21.
20. Gerberich S. G., Church T. R., McGovern P. M., Hansen H. E., Nachreiner N. M., Geisser M. S., Ryan A. D., Mongin S. J. and Watt G.D. (2004) An Epidemiological Study of the Magnitude and Consequences of Work Related Violence: The Minnesota Nurses’ Study. **Occupational Environmental Medicine** 61(6): 495–503.
21. Groenewold M. R., Sarmiento R. F. R., Vanoli K., Raudabaugh W., Nowlin S. and Gomaa A. (2017) Workplace Violence Injury in 106 US Hospitals Participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. **American Journal of Industrial Medicine** 61(2): 157-166.

22. Hahn S., Hantikainen V., Needham I., Kok G., Dassen T. and Halfens R. J. (2012) Patient and Visitor Violence in the General Hospital, Occurrence, Staff Interventions and Consequences: A Cross-Sectional Survey. **Journal of Advanced Nursing** 68(12): 2685-2699.
23. ILO (2002) International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services, **International Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector** Geneva, International Labour Office, s.3.
24. İlhan M. N., Özkan S., Kurtcebe Z. Ö., ve Aksakal F. N. (2009) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddet Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. **Toplum Hekimliği Bülteni** 28(3): 15-23.
25. Keely B. R. (2002) Recognition and Prevention of Hospital Violence. **Dimensions of Critical Care Nursing** 21(6): 236-241.
26. Kingma M. (2001) Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion. **International Nursing Review** 48(3): 129–130.
27. Knott J. C. Bennett D. Rawet J. and Taylor D. M. (2005) Epidemiology of Unarmed Threats in the Emergency Department. **Emergency Medicine Australia** 17(4): 351–358.
28. Kowalenko T., Cunningham R., Sachs C. J., Gore R., Barata I. A., Gates D., Hargarten S. W., Josephson E. B., Kamat S., Kerr H. D. and McClain A. (2012) Workplace Violence In Emergency Medicine: Current Knowledge and Future Directions, Violence: Recognition, Management, and Prevention. **The Journal of Emergency Medicine** 43(3): 523–531.
29. Lavoie F. W., Carter G. L., Danzl D. F. ve Berg R. L. (1988) Emergency Department Violence in United States Teaching Hospitals. **Annals of Emergency Medicine** 17(11): 1227-1233.
30. Nelson R. (2014) Tackling Violence Against Health-Care Workers. **Lancet** 383(9926): 1373-1374.
31. Özcan N. K. ve Bilgin H. (2011) Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science** 31(6):1442-1456.
32. Riopelle D. D., Bourque L. B., Robbins M., Shoaf K. I. and Kraus J. (2000) Prevalence of Assault and Perception of Risk of Assault in Urban Public Service Employment Settings. **International Journal of Occupational and Environmental Health** 6(1): 9-17.
33. Ryan D. and Maguire J. (2006) Aggression and Violence-A Problem in Irish Accident and Emergency Departments? **Journal of Nursing Management** 14(2): 105–116.
34. Sönmez M., Karaoğlu L., Egri M., Genç M. F. Güneş G. and Pehlivan E. (2013) Prevalence of Workplace Violence Against Health Staff in Malatya. **Bitlis Eren University Journal of Science and Technology** 3(1): 26-31.

35. Şahin B., Gaygısız Ş., Balcı F. M., Öztürk D., Sönmez M. B. ve Kavalcı C. (2011) Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. **Türkiye Acil Tıp Dergisi** 11(3):110-114.
36. Şengül C. Şimşek D. ve Serinken M. (2009) Acil Serviste Şiddet Yönetimi. **Türkiye Acil Tıp Dergisi** 9(3): 139-143.
37. Taylor J. L. and Rew L. (2010) A Systematic Review of the Literature: Workplace Violence in the Emergency Department. **Journal of Clinical Nursing** 20(7-8): 1072–1085.
38. Vural F., Çiftçi S., Fil Ş., Dura A. ve Vural B. (2013) Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı. **Türk Aile Hekimliği Dergisi** 17(4):147-152.
39. Wang P. X., Wang M. Z., Hu G. X. and Wang Z. M. (2006) Study on the Relationship between Workplace Violence and Work Ability among Health Care Professionals in Shangqiu City. **Wei Sheng Yan Jiu** (35)4: 472-474.
40. Wen L. S. and Goodwin, K. E. (2016) Violence Is a Public Health Issue. **Journal of Public Health Management and Practice** 22(6): 503–505.
41. Winstanley S. and Whittington R. (2004) Aggression towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation among Professions and Departments. **Journal of Clinical Nursing** 13(1): 3-10.
42. World Health Organization (1996) **Prevention of Violence: A Public Health Priority.** 20-25 May 1996, 2. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf. (Erişim Tarihi: 10.03.2018)
43. World Health Organization (1998) **Violence and Health: Task Force on Violence and Health.** Geneva: World Health Organization.
44. Yassi A. (1994) Assault and Abuse of Health Care Workers in a Large Teaching Hospital. **Canad Med Assoc J** 151(9): 1273–1279.
45. Zampieron A., Galeazzo M., Turra S. and Buja A. (2011) Perceived Aggression towards Nurses: Study in Two Italian Health Institutions. **Erratum** 19(15-16): 11-12.

