



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİNDE GÖREV YAPAN DOKTORLAR,
İNTÖRN DOKTORLAR VE HEMŞİRELERİN İŞ YERİ
ŞİDDETİ MARUZİYETİNİN ADLİ TIBBİ AÇIDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE İŞ DOYUMU İLE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ceren ŞİBKA SAYAR

Antalya, 2021



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİNDE GÖREV YAPAN DOKTORLAR,
İNTÖRN DOKTORLAR VE HEMŞİRELERİN İŞ YERİ
ŞİDDETİ MARUZİYETİNİN ADLİ TIBBİ AÇIDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE İŞ DOYUMU İLE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ceren ŞİBKA SAYAR

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sema DEMİRÇİN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana çok şey katan ve tez sırasında önemli yardım ve önerileriyle bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sema DEMİRÇİN Hoca, yine eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Sayın Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ATILGAN ve Sayın Dr.Öğr.Üyesi Y.Mustafa KARAGÖZ Hocalarıma, birlikte bilimsel ve sosyal anlamda çok şey paylaştığım ve dayanıştığım sevgili asistan doktor arkadaşlarıma, kendileriyle birlikte çalışmaktan keyif aldığım, her daim yardımlarıyla yanımda olan Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanlarına, adli tıp eğitimimin ilk yıllarında yanımda olan ve eğitimime çok katkı sağlayan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı öğretim üyeleri, asistanları ve çalışanlarına, büyük bir emek, sabır ve sevgiyle hep yanımda olan, zor günlerimde beni yalnız bırakmayan ve her zaman pozitif ve yapıcı önerilerle desteklerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili annem Nejla ŞİBKA ve sevgili babam Hayati ŞİBKA'ya ve bu süreçte ne zaman ihtiyacım olsa yanımda olan, sevgisi ve neşesiyle her düştüğümde beni tekrar ayağa kaldıran sevgili kardeşim Deniz ŞİBKA'ya teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şiddet.....	3
2.1.1. Şiddet Tanımı.....	3
2.1.2. Şiddet Sınıflaması.....	5
2.2. İş Kazası ve İş Yeri Şiddeti	6
2.2.1. İş Yeri Şiddeti Tipleri	7
2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Kurumlarında İş Yeri Şiddeti	8
2.3. Sağlıkta Şiddet Yönetimi.....	9
2.3.1 Beyaz Kod Uygulaması	10
2.3.2 Yasal Mevzuat	12
2.4. Tükenmişlik.....	20
2.4.1. Tükenmişlik Modelleri	21
2.4.1.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	30
2.4.1.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	31
2.4.1.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli.....	31
2.4.1.4. Pines Tükenmişlik Modeli.....	32
2.4.1.5. Meier Tükenmişlik Modeli.....	32
2.4.1.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli.....	33

2.4.1.7. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	33
2.4.2. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler.....	26
2.4.3. Tükenmişliğin Kişisel ve Örgütsel Sonuçları	28
2.4.4. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik.....	29
2.5. İş Doyumu	30
2.5.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	30
2.5.2. İş Doyumunun Çalışanlar Üzerine Etkileri ve Sonuçları.....	32
2.5.3. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu	32
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	34
3.1. Araştırma İzinleri ve Etik Boyut	34
3.2. Araştırmanın Modeli	35
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.4. Araştırmanın Kapsamı ve Amacı	35
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	36
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Zorluklar	37
3.7. Verilerin Toplanması.....	37
3.8. Veri Toplama Araçları.....	38
3.9. Veri Analizi	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı ile İlgili Veriler	42
4.2. Ev İçi Şiddet-Partner Şiddeti Verileri.....	56
4.3. İş Yerinde Şiddet Maruziyetine Ait Veriler	59
4.3.1. İş Yeri Şiddeti Maruziyeti Konusunda Endişe Düzeyi.....	59
4.3.2. Son 12 Ayda Maruz Kalınan ve Tanık Olunan Şiddet Türleri	60
4.3.3. Meslek Hayatı Boyunca Maruz Kalınan Şiddet Türleri	65

4.3.4. İş Yerinde En Çok Etkilenilen Sözel, Fiziksel veya Cinsel Şiddet Olayının Özellikleri	70
4.3.5. İş Yerinde Şiddet Maruziyeti ve Şiddet Maruziyetinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi	116
4.4. Ölçekler ile İlgili Veriler	124
4.4.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri, Betimleyici İstatistikleri	124
4.4.2. Ölçek Puanları ve Puanların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi	126
5. TARTIŞMA	140
5.1. Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı ile İlgili Verilerin Tartışılması	140
5.2. Ev İçi Şiddet-Partner Şiddeti Verilerinin Tartışılması	145
5.3. İş Yerinde Şiddet Verileri.....	147
5.3.1. Son 12 Ayda İş Yerinde Şiddet Maruziyeti ve Tanıklığı Verilerinin Tartışılması	147
5.3.2. Meslek Hayatı Boyunca İş Yerinde Şiddet Maruziyeti Verilerinin Tartışılması	150
5.3.3. İş Yerinde En Çok Etkilenilen Sözel, Fiziksel veya Cinsel Şiddet Olayının Özelliklerinin Tartışılması	152
5.3.4. İş Yerinde Şiddet Maruziyeti ve Şiddet Maruziyetinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması	172
5.4. Ölçekler ile İlgili Verilerin Tartışılması	178
5.4.1. Güvenirlik Analizleri ve Betimleyici İstatistiklerin Tartışılması	178
5.4.2. Ölçek Puanlarının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması	180
6. SONUÇ	190
7. ÖZET.....	198
8. ABSTRACT	201
9. KAYNAKLAR	205
10. EKLER (EK-1).....	228

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri (ABD)
BİMER	Başbakanlık İletişim Merkezi
CİMER	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DT	Duygusal Tükenme
Duy	Duyarsızlaşma
GSA-28	Genel Sağlık Anketi
ICD-11	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
KB	Kişisel başarı hissi
MİDÖ	Minnesota İş Doyum Ölçeği
MT	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 4.1.1. Medeni durum.....	42
Şekil 4.1.2. Doktor ve hemşirelerin yaş dağılımı.....	44
Şekil 4.1.3. Hemşirelerin çalışma alanlarına göre dağılımı	45
Şekil 4.1.4. Dahili branşlara göre hekim ve hemşirelerin genel dağılımı	48
Şekil 4.1.5. Doktor ve hemşirelerin dahili branşlara göre dağılımları	49
Şekil 4.1.6. Cerrahi branşlara göre hekim ve hemşirelerin genel dağılımı	50
Şekil 4.1.7. Doktor ve hemşirelerin cerrahi branşlara göre dağılım	51

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 3.8.1. Maslach tükenmişlik ölçeğinin sağlık personeli normları	40
Çizelge 4.1.1. Katılımcıların yaş dağılımı	43
Çizelge 4.1.2. Unvanlara göre dağılım.....	44
Çizelge 4.1.3. Hekim ve hemşirelerin çalışma süresi dağılımı	46
Çizelge 4.1.4. Çalışılan ana bölümler	47
Çizelge 4.1.5. Nöbet tutulup tutulmadığı hakkındaki veriler.....	52
Çizelge 4.1.6. Hasta ile yüz yüze etkileşim varlığı	52
Çizelge 4.1.7. Çalışanların hasta ile iletişim tipleri	53
Çizelge 4.1.8. Şiddet durumunda uygulanacak prosedür hakkında bilgi.....	53
Çizelge 4.1.9. Şiddet konusunda alınmış önlem, bildirim teşvik ve şiddet ile ilgili eğitim durumları hakkında katılımcıların verdiği cevapların dağılımı	54
Çizelge 4.1.10. Katılımcıların, haklarında yapılmış CİMER, BİMER, SABİM ya da Hasta Hakları Birimi şikayeti varlığına göre dağılımları	55
Çizelge 4.1.11. Haklarında Hasta Hakları Birimi, BİMER, CİMER ya da SABİM şikayeti olanlarda idari inceleme ya da adli inceleme varlığı	56
Çizelge 4.2.1 Ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirten kişilerin maruz kaldığı şiddet tipi.....	57
Çizelge 4.2.2. Cinsiyete göre şiddet uygulayan kişilerin dağılımı.....	58

Çizelge 4.2.3. Katılımcıların ev içi-partner şiddetine maruz kalma sıklığı	58
Çizelge 4.2.4. Ev içi-partner şiddeti süresinin dağılımı	59
Çizelge 4.3.1.1. İş yerinde şiddete uğrama konusunda endişe düzeyleri	59
Çizelge 4.3.2.1. Son 12 ay içerisinde iş yerinde şiddet maruziyeti bulunanların, maruz kaldıkları şiddet tiplerine göre dağılımı	60
Çizelge 4.3.2.2. Son 12 ayda sözel şiddet maruziyeti	61
Çizelge 4.3.2.3. Son 12 ayda sözel şiddete uğradığını belirtenlerde maruz kalınan sözel şiddet sıklığı	61
Çizelge 4.3.2.4. Son 12 ayda sözel şiddete tanık olma	62
Çizelge 4.3.2.5. Son 12 ayda fiziksel şiddet maruziyeti	62
Çizelge 4.3.2.6. Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddet maruziyeti sıklığı	63
Çizelge 4.3.2.7. Son 12 ayda fiziksel şiddete tanık olma	63
Çizelge 4.3.2.8. Son 12 ayda cinsel şiddet maruziyeti	64
Çizelge 4.3.2.9. Son 12 ayda cinsel şiddete uğradığını belirten kişilerde maruz kalınan cinsel şiddet sıklığı	64
Çizelge 4.3.2.10. Son 12 ayda cinsel şiddete tanık olma	65
Çizelge 4.3.2.11. Son 12 ayda tanık olunan ya da bizzat maruz kalınan “iş yerinde şiddet olayını raporlama” sıklığı	65
Çizelge 4.3.3.1. Meslek hayatı boyunca şiddet tiplerine göre iş yerinde şiddet maruziyeti	66
Çizelge 4.3.3.2. Meslek hayatı boyunca sözel şiddet maruziyeti	67
Çizelge 4.3.3.3. Meslek hayatı boyunca sözel şiddete uğradığını belirten kişilerde maruz kalınan sözel şiddet sıklığı	67

Çizelge 4.3.3.4. Meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet maruziyeti	68
Çizelge 4.3.3.5. Meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet maruziyeti sıklığı	68
Çizelge 4.3.3.6. Meslek hayatı boyunca cinsel şiddet maruziyeti	69
Çizelge 4.3.3.7. Meslek hayatı boyunca cinsel şiddete uğradığını belirten kişilerde maruz kalınan cinsel şiddet sıklığı	69
Çizelge 4.3.4.1. Şiddet türlerinin dağılımı	70
Çizelge 4.3.4.2. İş yerinde maruz kalınan sözel şiddet türlerinin sözel şiddete maruz kalan kişilerdeki dağılımı	71
Çizelge 4.3.4.3. İş yerinde maruz kalınan fiziksel şiddet türleri	72
Çizelge 4.3.4.4. İş yerinde maruz kalınan cinsel şiddet türleri	72
Çizelge 4.3.4.5. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde sözel şiddete uğradığını belirten kişilere şiddet uygulayan grupların dağılımı	73
Çizelge 4.3.4.6. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde fiziksel şiddete uğradığını belirten kişilerde şiddet uygulayan grupların dağılımı	74
Çizelge 4.3.4.7. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde cinsel şiddete uğradığını belirten kişilere şiddet uygulayan grupların sıklığı	75
Çizelge 4.3.4.8. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalan kişilerde, şiddet uygulayan grupların dağılımı	76
Çizelge 4.3.4.9. Meslek hayatı boyunca şiddet uygulayan gruplar ile ana branşlar arasındaki ilişki	77
Çizelge 4.3.4.10. İş yerinde sözel şiddet uygulayan saldırganın cinsiyeti	77
Çizelge 4.3.4.11. İş yerinde fiziksel şiddet uygulayan saldırganların cinsiyet dağılımı	78

Çizelge 4.3.4.12. İş yerinde cinsel şiddet uygulayan saldırganların cinsiyet dağılımı	78
Çizelge 4.3.4.13. İş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış katılımcılarda şiddet uygulayıcısının cinsiyeti	79
Çizelge 4.3.4.14. İş yerinde sözel şiddet uygulayan saldırganın yaş grubu	79
Çizelge 4.3.4.15. İş yerinde fiziksel şiddet uygulayan kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı	80
Çizelge 4.3.4.16. İş yerinde cinsel şiddet uygulayan saldırganların yaş grubu dağılımı	81
Çizelge 4.3.4.17. En az bir defa herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalmış kişilere, şiddet uygulamış kişilerin yaş grubu dağılımı	81
Çizelge 4.3.4.18. İş yerinde sözel şiddete maruz kalınan yer	82
Çizelge 4.3.4.19. İş yerinde fiziksel şiddete maruz kalınan yerlerin dağılımı	83
Çizelge 4.3.4.20. İş yerinde cinsel şiddete maruz kalınan yer	84
Çizelge 4.3.4.21. Tüm şiddet türleri genelinde iş yerinde şiddete maruz kalınan yerlerin dağılımı	85
Çizelge 4.3.4.22. İş yerinde sözel şiddet sırasında yapılmakta olunan işlem	86
Çizelge 4.3.4.23. İş yerinde fiziksel şiddet sırasında yapılan işlem	87
Çizelge 4.3.4.24. İş yerinde cinsel şiddet sırasında yapılmakta olunan işlem	88
Çizelge 4.3.4.25. İş yerinde herhangi bir şiddet eylemine maruz kalındığında yapılmakta olan işlem	89
Çizelge 4.3.4.26. Şiddete maruz kalınan zaman dilimi	90
Çizelge 4.3.4.27. İş yerinde sözel şiddet esnasında yalnız çalışma	91

Çizelge 4.3.4.28. İş yerinde sözel şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi	91
Çizelge 4.3.4.29. İş yerinde sözel şiddet olayının engellenebilirliği hakkındaki düşünceler	92
Çizelge 4.3.4.30. İş yerinde fiziksel şiddet esnasında yalnız çalışma.....	92
Çizelge 4.3.4.31. İş yerinde fiziksel şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi	93
Çizelge 4.3.4.32. İş yerinde fiziksel şiddet olayının engellenebilirliği hakkındaki düşünceler	93
Çizelge 4.3.4.33. İş yerinde cinsel şiddet esnasında yalnız çalışma	93
Çizelge 4.3.4.34. İş yerinde cinsel şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi	94
Çizelge 4.3.4.35. İş yerinde cinsel şiddetin engellenebilirliğiyle ilgili düşünce...	94
Çizelge 4.3.4.36. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti esnasında yalnız çalışma.....	95
Çizelge 4.3.4.37. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti sonrası işten ayrılma düşüncesi	95
Çizelge 4.3.4.38. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddetinin engellenebilirliği hakkındaki düşünceler.....	95
Çizelge 4.3.4.39. İş yerinde sözel şiddet karşısında alınan tavır.....	96
Çizelge 4.3.4.40. İş yerinde fiziksel şiddet karşısında alınan tavır	97
Çizelge 4.3.4.41. İş yerinde cinsel şiddet karşısında alınan tavır	98
Çizelge 4.3.4.42. Herhangi bir iş yeri şiddeti olayı karşısında alınan tavır	99
Çizelge 4.3.4.43. İş yerinde fiziksel şiddet sonucu yaralanma	100
Çizelge 4.3.4.44. İş yerinde fiziksel şiddet sonrası izin kullanımı.....	101

Çizelge 4.3.4.45. Sözel şiddet olayının nedenleri konusunda inceleme	101
Çizelge 4.3.4.46. Fiziksel şiddet olayının nedenleri konusunda inceleme.....	102
Çizelge 4.3.4.47. Cinsel şiddet olayının nedenleri konusunda inceleme	102
Çizelge 4.3.4.48. Herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalınması halinde olayının nedenleri konusunda inceleme	103
Çizelge 4.3.4.49. İş yerinde sözel şiddet sonrası saldırganın durumu	104
Çizelge 4.3.4.50. İş yerinde fiziksel şiddet sonrası saldırganın durumu.....	105
Çizelge 4.3.4.51. İş yerinde cinsel şiddet sonrası saldırganın durumu	106
Çizelge 4.3.4.52. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti sonrası saldırganın durumu	107
Çizelge 4.3.4.53. İş yerinde sözel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi.....	108
Çizelge 4.3.4.54. İş yerinde fiziksel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi.....	109
Çizelge 4.3.4.55. İş yerinde cinsel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi.....	109
Çizelge 4.3.4.56. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi.....	110
Çizelge 4.3.4.57. İş yerinde sözel şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebepleri	111
Çizelge 4.3.4.58. İş yerinde fiziksel şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebebi.....	112
Çizelge 4.3.4.59. İş yerinde cinsel şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebebi.....	113

Çizelge 4.3.4.60. Tüm şiddet tipleri genelinde iş yeri şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebebi	114
Çizelge 4.3.4.61. Şiddetten etkilenim ve bunun hasta etkileşimine etkisi	115
Çizelge 4.3.5.1. Cinsiyet ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi ..	116
Çizelge 4.3.5.2. Medeni durum ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi	116
Çizelge 4.3.5.3. Yaş grubu ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi	117
Çizelge 4.3.5.4. Hekim ve hemşirelerde yaş grubu ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi	118
Çizelge 4.3.5.5. Meslek grubu ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi	118
Çizelge 4.3.5.6. Doktorlarda mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi	119
Çizelge 4.3.5.7. Hemşirelerde mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi	120
Çizelge 4.3.5.8. Klinik alanda çalışılan hemşireler (poliklinik-servis hemşireleri) ve şiddet maruziyeti ilişkisi	120
Çizelge 4.3.5.9. Doktor ve hemşirelerde branş ve şiddet maruziyeti ilişkisi	121
Çizelge 4.3.5.10. Çalışma süresi ve şiddet maruziyeti ilişkisi	122
Çizelge 4.3.5.11. Nöbet usulü çalışma ve şiddet maruziyeti ilişkisi	122
Çizelge 4.3.5.12. Hasta etkileşimi ve şiddet maruziyeti ilişkisi	123
Çizelge 4.3.5.13. Hasta ile iletişim şekli ve şiddet maruziyeti ilişkisi	123
Çizelge 4.4.1.1. Ölçeklerin güvenirlik katsayıları	125
Çizelge 4.4.1.2. Ölçeklerin betimleyici istatistikleri	126

Çizelge 4.4.2.1. Son 12 ayda herhangi bir iş yeri şiddeti maruziyeti ile ölçek puanlarının ilişkisi.....	128
Çizelge 4.4.2.2. Meslek hayatı boyunca herhangi bir iş yeri şiddeti maruziyeti ile ölçek puanlarının ilişkisi	129
Çizelge 4.4.2.3. Uygulanan ölçeklerin birbiriyle ilişkisi	131
Çizelge 4.4.2.4. Medeni durumları ile ölçek puanlarının ilişkisi	132
Çizelge 4.4.2.5. Cinsiyet ile ölçek puanlarının ilişkisi.....	133
Çizelge 4.4.2.6. Meslek grupları ile ölçek puanlarının ilişkisi	135
Çizelge 4.4.2.7. Ev içi-partner şiddeti maruziyetinin ölçeklerle ilişkisi	138
Çizelge 4.4.2.8 CİMER, BİMER, SABİM veya hasta hakları birimi şikayeti varlığının ölçeklerle ilişkisi.....	139

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şiddet: “Kişinin fiziksel gücü ya da nüfuzu/iktidarını doğrudan veya tehdit yoluyla kendisine, başka birine, bir gruba ya da topluma karşı istemli olarak kullanması ve bunların sonucunda kişinin kendisinde, başka bir kişide, bir grupta ya da toplumda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunluk oluşması ya da oluşma olasılığının yüksek olmasıdır.”[1]. DSÖ son yıllarda Dünya genelinde sağlıkta şiddet olaylarının artış gösterdiğini bildirmektedir [2, 3].

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve insanlar ile yüz yüze çalışılan mesleklerde daha sık görüldüğü vurgulanmıştır [4, 5]. Bu sebeple sağlık çalışanları tükenmişlik açısından en riskli gruplardan birini oluşturmaktadır. Tükenmişlik konusundaki araştırmaları ile literatüre büyük katkı yapmış olan Maslach tükenmişliği; “iş yerinde kronik stres kaynaklarına verilen tepki sonucunda oluşan psikolojik sendrom” olarak tanımlamıştır. Bu modele göre kişilerin tepkileri; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalma olarak üç boyutta sınıflandırılmaktadır [6, 7].

İş doyumu, çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır. İş doyumu ve üretkenlik arasında direkt bir bağlantı olmamakla birlikte, dolaylı etkiler (stres, grup uyumu, ruhsal problemler vb.) konuyu önemli kılmaktadır. İş yaşamının kalitesi, çalışma koşulları, çalışanların ruhsal, ekonomik ve toplumsal gereksinmelerinin karşılanıp karşılanmadığı gibi etmenler iş doyumu düzeylerine etkili olabilmektedir [8].

Yapılan araştırmalar, iş yerinde şiddete maruz kalmanın çalışanlarda psikolojik problemlere, iş doyumunda azalmaya, kurumdan ayrılma ya da işi bırakma düşüncelerinin artmasına neden olduğunu göstermektedir [9, 10]. İş yeri şiddeti, yarattığı fiziksel-ruhsal hasarlar ile önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olup, Adli Tıp da dahil olmak üzere tüm tıbbi birimlerin üzerinde çalışması ve fikir üretmesi gereken bir alan haline gelmiştir.

Bu çalışma ile tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma yöntemi kullanılarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan doktorlar, intörn doktorlar ve hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini, iş yeri şiddetine maruz kalmanın bu düzeyler ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerini, iş yeri şiddeti ile karşılaşma sıklığını, karşılaştıkları şiddet türünü, şiddetin nerede ve ne zaman görüldüğünü, etki eden kişisel ve mesleki özellikleri belirlemek, adli tıbbi açıdan değerlendirmek ve sağlıkta şiddetin önlenmesi konusunda yapılabilecekleri gözden geçirmek hedeflenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

Dünyada her yıl yaklaşık 1.3 milyon insan şiddetin çeşitli tiplerine (kendi kendisine, kişiler arası ya da toplumsal şiddet) maruz kalarak ölmektedir ve bu sayı dünya çapındaki ölümlerin %2,5'ini oluşturmaktadır. 15-44 yaş grubunda Dünya çapında ölüm sebepleri arasında şiddet dördüncü sıradadır [11]. İnsanlar-kişiler arası şiddet olayları ise; yılda yaklaşık 520.000 kişinin, günde 1400 kişinin ölümünden sorumludur [12]. Fiziksel yaralanmaların dışında şiddet; engellilik, depresyon, reproduktif ve fiziksel sağlık problemleri, sigara bağımlılığı, yüksek riskli cinsel ilişki, alkol - madde kullanımı, şiddet tanıklığı ile ilişkili davranış problemleri, kalp hastalıkları vb. gibi çok sayıda hastalıkla ve erken ölümle ilişkilendirilmektedir [11].

Şiddet hem tıbbın, hem de sosyal bilimlerin bir çok alanında irdelenmiş bir konudur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet de son yıllarda sıklığının ve görünürlüğünün artması ile sıkça çalışılır, araştırılır hale gelmiştir. Şiddet kavramının Birleşmiş Milletler kayıtlarına girişi 1986 yılına dayanmaktadır. Dünya Sağlık Asamblesinin, 1996 yılında şiddetin önde gelen bir halk sağlığı sorunu olduğunu bildirmesi sonrasında şiddet, uluslararası sağlık gündeminde daha sık tartışılır hale gelmiştir. Dünya Sağlık Asamblesinin şiddete dikkat çekmesi sonrasında DSÖ, Şiddet ve Sağlık Hakkında Dünya Raporunu (World Report on Violence and Health) yayımlayarak küresel bir halk sağlığı sorunu olan şiddetin ilk kapsamlı incelemesini sunmuştur [11, 12].

2.1.1. Şiddet Tanımı

Kelime anlamına bakıldığında şiddet (violence); Latince “violentia”dan gelmektedir. Violentia; şiddet, sert ya da acımasız kişilik, güç demektir. “violare” fiili ise; “şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, (kurallara) karşı gelmek”

anlamını taşımaktadır. Bu sözcükler “güç, erk, yetke, şiddet, bedensel güç kullanımı” anlamına gelen “vis” ile bağlantılıdır [13]. Etimolojik yönden dilimize Arapçadan geçen şiddet sözcüğü Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde;

- “1.Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğinlik, sertlik,
- 2.Hız,
- 3.Bir hareketten doğan güç,
- 4.Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma,
- 5.Kaba güç,

6.Duygu veya davranışta aşırılık” olarak tanımlanmaktadır [14]. Bu tanımlara göre; “güç” anlamındaki değil, bir başkasına karşı tehdit oluşturan, fiziksel ve ruhsal zarar veren her eylemi içeren “kaba kuvvet kullanma” anlamındaki şiddet tanımı, çalışmamızın alanını oluşturmaktadır.

DSÖ’nün tanımlamasına göre şiddet; “Kişinin fiziksel gücü ya da nüfuzu/iktidarını doğrudan veya tehdit yoluyla kendisine, başka birine, bir gruba ya da topluma karşı istemli olarak kullanması ve bunların sonucunda kişinin kendisinde, başka bir kişide, bir grupta ya da toplumda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunluk oluşması ya da oluşma olasılığının yüksek olmasıdır.” [1]. Bu tanıma göre; bir kişinin kendisine bir başka kişiye ya da bir gruba veya topluma karşı gerçekleştirdiği kasıtlı eylemlerden bahsedilmekte, taksirle ya da yanlışlıkla gerçekleşen eylemler tanımlama dışında bırakılmaktadır. Ayrıca fiilin sadece yaralanma, ölüm, psikolojik zarar vb. ile sonuçlanması değil, sonlanması olasılığı yüksek olan durumlara yol açması da tanım içerisinde yer almaktadır. Tanımlamaya sadece fiziksel yaralanmalar değil, psikolojik zarar ile sonuçlanan ya da sonuçlanması yüksek olan durumlar da dahil edilmiştir. DSÖ’nün raporunda; “fiziksel güç” ve “nüfuz/iktidar“ kelimelerinin, geleneksel şiddet tanımlamasını genişletmek, tehdit ve yıldırma da dahil olmak üzere güç ilişkisinden kaynaklanan tüm şiddet türlerini tanıma dahil etmek amacıyla kullanıldığı vurgulanmıştır. “Yoksunluk, gelişme bozukluğu veya gelişmede gerileme” ifadelerinin tek seferlik ya da (sıklıkla) yıllara yayılmış, ölümle sonuçlanmayan, ancak sağlığa ciddi zararlar verebilen şiddet türlerinin de kapsanması amacıyla tanıma dahil edildiği belirtilmiştir [1].

17.03.2016 tarih 29656 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelikte şiddet; “Kişinin, fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik 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, ekonomik, psikolojik veya sözlü her türlü tutum ve davranışı” olarak, şiddet mağduru ise; “Kanunda şiddet olarak tanımlanan tutum ve davranışlara doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalan veya kalma tehlikesi bulunan kişi ve şiddetten etkilenen veya etkilenme tehlikesi bulunan kişi” olarak tanımlanmıştır [15]. Tanımlamaya tehdit, baskı gibi unsurların dahil edilmesi, şiddet tiplerine fiziksel, sözel ve cinsel şiddet ile birlikte ekonomik ve psikolojik şiddetin eklenmesi, sadece zarar görme ile sonuçlanan eylemlerin değil, aynı zamanda zarar görme ile sonuçlanması muhtemel eylemlerin de dahil edilmesi, tanımı daha kapsayıcı hale getirmiştir.

2.1.2. Şiddet Sınıflaması

Şiddetle ilgili çok çeşitli sınıflamalar yapılmıştır. Çeşitli çalışmacılar tarafından; fiziksel, psikolojik ve/veya cinsel şiddet şeklinde; sözel, fiziksel, cinsel ve davranışsal şiddet olarak; kişinin kendisine uyguladığı, kişilerarası ve toplumsal - topluma yönelik şiddet şeklinde; fiziksel ve psikolojik şiddet olarak yapılmış sınıflamalar vardır [16].

Dünya Sağlık Örgütü’nün sınıflaması daha ayrıntılı değerlendirildiğinde; DSÖ şiddeti kişinin kendisine uyguladığı şiddet, kişiler arası şiddet, toplumsal - topluma yönelik şiddet olmak üzere üç gruba ayırmıştır: [1]

1. Kişinin kendisine uyguladığı şiddet
 - 1.1. İntihar
 - 1.2. Kendine zarar verme
2. Kişiler arası şiddet
 - 2.1. Ev içi şiddet
 - 2.1.1. Çocuğa yönelik
 - 2.1.2. Eş şiddeti

- 2.1.3. Üstsoya yönelik şiddet
- 2.2. Toplum içi şiddet
 - 2.2.1. Tanıdık
 - 2.2.2. Yabancı
- 3. Toplumsal- topluma yönelik şiddet
 - 3.1. Sosyal
 - 3.2. Politik
 - 3.3. Ekonomik

2.2. İş Kazası ve İş Yeri Şiddeti

İş yeri şiddetine (şiddet ya da tacizin en azından bir formu) maruz kalan işçilerin oranı Avrupa Birliği ülkelerinde %14 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl iki milyon çalışanın iş yeri şiddeti ile karşılaştığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de iş yeri şiddetinin (yalnızca fiziksel şiddet, şiddet eğilimi, rahatsız edici veya tehdit edici davranışlar) görülme sıklığı 2013 yılında %2 olarak bulunmuştur [17].

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından iş kazası; işin kendisinden kaynaklanan veya çalışma esnasında ortaya çıkan ölümcül veya ölümcül olmayan yaralanmalar olarak tariflenmiştir [18]. Başka bir tanımlamada; iş kazası beklenmeyen ve önceden planlanmamış şekilde gerçekleşen, şiddet eylemleri de dahil olmak üzere, işin kendisinden kaynaklanan, bir ya da daha fazla işçinin yaralanmasına, hastalanmasına veya ölümüne sebep olan olay olarak tanımlanmıştır [19]. Bu bağlamda iş yerinde yaşanan şiddet olaylarının da iş kazası tanımına dahil edilmiş olduğu görülmektedir.

Avrupa Komisyonu tarafından iş yeri şiddeti; işçilerin (işe gelip-giderken geçen zamanlar da dahil olmak üzere) iş yeri koşullarında güvenlik, iyilik hali ve sağlığını tehlikeye sokabilecek; istismar, tehdit ya da saldırı olayları olarak tanımlanmaktadır. [16, 20]. Yani, çalışanların işe geliş gidişleri esnasında maruz kaldıkları şiddet olayları da iş yeri şiddeti tanımına dahildir.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda iş kazası; “İş yerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenlen engelli hâle getiren olay” şeklinde tanımlanmıştır

[21]. Bu tanıma göre; sadece bedenen yaralanmaya sebep olan olaylar değil, aynı zamanda işçilerin ruhsal bütünlüğünü zedeleyen durumlar da iş kazası olarak kabul edilmektedir.

2.2.1. İş Yeri Şiddeti Tipleri

ILO iş yeri şiddetini iş yerinin kendinden kaynaklanan (internal) ve iş yerinin dışından kaynaklanan (eksternal) iş yeri şiddeti olarak iki gruba ayırmaktadır. İş yerinin kendinden kaynaklanan (internal) iş yeri şiddeti yöneticiler ve sorumlular da dahil çalışanlar arasında gerçekleşen şiddet iken; iş yerinin dışından kaynaklanan (eksternal) iş yeri şiddeti, çalışanlar ile iş yeri dışındaki kişiler (örn: hastalar ve hasta yakınları) arasında gerçekleşen şiddet olayları olarak tanımlanmaktadır [16].

İş yeri şiddeti hakkında Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından da kabul edilen bir başka sınıflama sistemi şiddeti kaynağına göre dört alt gruba ayırmaktadır:

Tip I: İş yeri dışından ve iş yeri ile ilişkisiz kişiler tarafından uygulanan şiddet eylemleri, kasıtlı suç eylemleri bu gruptadır. (Para gaspı vs.)

Tip II: İş yerinde şiddetin en yaygın türüdür. Saldırgan, hizmet alan konumundaki kişiler ya da bu kişilerin yakınlarıdır. (Hasta, hasta yakını vb.)

Tip III: (Eski ya da mevcut) Çalışanlar arası şiddet eylemleri bu grupta yer alır.

Tip IV: İşçinin yakınlarının gösterdiği şiddet türleri bu grupta yer alır. Bu tip iş yeri şiddeti direkt işten kaynaklanmasa da iş yaşamına etki eder. (Ev içi şiddet, partner şiddeti vb.) [22-24].

ILO 2013 yılında yayımlanan “İşle ilgili Şiddet ve Mevcut Anketlere Entegrasyonu” (Work-related Violence and its Integration into Existing Surveys) isimli raporunda iş yeri şiddetini uygulanış şekillerine göre üç ana başlık altında (fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet) incelenmiştir [16].

1.Fiziksel şiddet : Bir kişiye veya bir grup insana yönelik, fiziksel, cinsel ya da psikolojik hasara yol açan fiziksel güç kullanımıdır. Dayak, tekme, tokat, kesici-delici alet ya da ateşli silah kullanımı, çekme, itme, ısırma, çimdikleme vb. eylemler bu grupta değerlendirilir [16, 25].

Fiziksel şiddetle ilgili taciz (abuse) ve saldırı (assault) kavramları da kullanılmaktadır. Saldırı (assault) genellikle birine karşı fiziksel zarar verme girişimi ya da kişide fiziksel yaralanmayla sonuçlanan eylemler olarak tanımlanırken; taciz (abuse) sıklıkla fiziksel veya psikolojik gücün kötüye kullanılmasını içeren tüm davranışları belirtmek için kullanılır [16]

Duygusal şiddet: Bir kişi veya gruba karşı, kişinin fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek nitelikte (fiziksel güç tehdidi de dahil olmak üzere) kasıtlı güç kullanımudur. Sözlü taciz, zorbalık/mobbing ve tehdit eylemleri bu şiddet tipi içerisinde değerlendirilir [25].

Psikolojik şiddet zaman zaman tekrar eden eylemler şeklinde görülebilir. Bu eylemler oldukça önemsiz görünen, tespit edilmesi güç, küçük küçük olaylar şeklinde gerçekleşebilir, ancak bu eylemler kümülatif etkiyle oldukça büyük psikolojik yıkımlarla sonuçlanabilir. Sözel şiddet/taciz, bağırma, azarlama, küçümseme, isim takma, iğneleme, etnik köken, cinsel yönelim, dini inanç ya da cinsel kimliği ile alay etme vb. psikolojik şiddet başlığı altında değerlendirilir [16].

Cinsel şiddet: Cinsel taciz, istenmeyen cinsel yorumlar veya girişimler, istenmeyen cinsel hareketler ya da ilgi, cinsel eyleme zorlama ve tecavüzü içermek üzere her türlü istenmeyen cinsel davranış olarak tanımlanmaktadır [16].

2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Kurumlarında İş Yeri Şiddeti

Sağlıkta şiddet, “hasta/hasta yakınları ya da diğer herhangi bir birey (diğer sağlık çalışanları veya üçüncü şahıslar) ile sağlık çalışanları arasında gerçekleşen ve taraflar açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmaktadır [26]. Yapılan çalışmalar sonucunda sağlık çalışanlarının iş yeri şiddeti riskinin, diğer meslek kollarına göre 16 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir [27]. Uluslararası Çalışma Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kamu Hizmetleri ve Uluslararası Hemşireler Konseyi tarafından yapılan çalışmada çeşitli ülkelerde sağlık çalışanlarının son 12 ayda psikolojik veya fiziksel şiddet maruziyeti değerlendirilmiş ve bu oranın; Bulgaristan’da %75,8; Avustralya’da %67,2; Güney Afrika’da %61, Portekiz’de %37-60, Tayland’da %54, Brezilya’da %46,7 olduğu bildirilmiştir [28]. Ülkemizde yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının %50-85’inin meslek hayatları boyunca en

az bir defa şiddete maruz kaldığını göstermektedir [29-31]. Ülkemizde yapılmış çok merkezli bir çalışmada; sağlık çalışanlarının neredeyse yarısının (%44,7) son 12 ay içerisinde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu kişilerin maruz kaldığı şiddet tipleri; %6,8 fiziksel şiddet, %43,2 sözel şiddet, %2,4 mobbing, %1 cinsel şiddet şeklinde belirtilmiştir [32].

2.3. Sağlıkta Şiddet Yönetimi

Sağlık alanında şiddetin önlenmesi için; şiddet olayı gelişmeden önce, olay sırasında ve olay sonrasında alınabilecek önlemler, yapılabilecek müdahaleler ve konu ile ilgili politikalar belirlenerek bir yol haritası oluşturulmalıdır. Belirlenecek politikalar bütüncül ve multidisipliner olmalı, ilgili tüm taraflar konuya dahil edilmeli, gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı, raporlama aşaması zorunlu hale getirilmeli ve bu konuda çalışanlar teşvik edilmeli, sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının eğitildiği bir program oluşturulmalıdır [26, 33].

Sağlıkta şiddetin önlenmesi ve yönetimi hususunda çeşitli ülkeler farklı yöntemler izlemektedir. İngiltere’de 1999 yılında “Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personele Yönelik Şiddeti Durdurma Kampanyası: Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Şiddete Sıfır Tolerans” isimli bir kampanya başlatılmış ve bu kampanya ile halka ve sağlık personeline sağlıkta şiddetin kabul edilemez olduğu anlatılmış, sağlık kurumlarının koşulları şiddetin önlenmesi yönünde geliştirilmiş, sağlık çalışanları şiddet olaylarını raporlamak konusunda teşvik edilmiştir. İsveç’te de iş yeri şiddeti ile ilgili kampanyalar yapılarak iş yeri şiddetinin etkileri anlaşılmasına çalışılmış ve çözüm yolları aranmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde ülkemizdekine benzer bir beyaz kod uygulamasının yanında silahlı saldırganlara karşı tüm sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınlarının uyarıldığı gümüş kod sistemi kullanılmaktadır. Belçika, Fransa, Danimarka, Finlandiya gibi diğer pek çok ülkede iş yerinde fiziksel ve psikolojik şiddet ile ilgili yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Ayrıca Almanya, Avusturya, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hırvatistan, İngiltere, İspanya, İsrail, İsviçre, Kanada, Letonya, Litvanya, Macaristan, Polonya ve Yunanistan gibi ülkelerde ve ülkemizde acil durumlar haricinde, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının, saldırıda bulunan

hastaya sağlık hizmeti vermeyi reddetme hakkı tanımlanmıştır. Ülkemizde de diğler ölkelerdeki örneklere benzer şekilde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve bazı sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla “Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası başlatılmış, yine 2011 yılında beyaz kod uygulaması başlatılmış, 2020 yılında sağlıkta şiddet olayları ile ilgili Türk Ceza Kanununda çeşitli maddelerde düzenlemeye gidilmiştir [26, 34].

2.3.1 Beyaz Kod Uygulaması

Ülkemizde 2011 tarihinde ilgili yönetmelik ve Çalışan Güvenliğı Genelgesi ile beyaz kod uygulaması başlatılmış, 2013 yılında yönetmelik revize edilmiştir [35-37]. Beyaz kod uygulaması; sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları halinde harekete geçirebilecekleri bir erken uyarı sistemidir. Beyaz Kod talimatı şiddet olayının Beyaz Kod çağrısı (1111) ile bildirilmesini takiben olaya müdahale edilmesi ve olayla ilgili tutanak ve formların düzenlenmesi süreçlerini içermektedir. Seksenbir İl Sağlık Müdürlüğünde, Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri, Bakanlık merkezinde Bakanlık Beyaz Kod Birimi bulunmaktadır [26, 38]. Beyaz Kod Birimi “kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarını izlemek, sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak, hukuki süreçlerin başlatılması ve takibi ile veri toplanma ve analizi” ile görevlidir [26].

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Beyaz Kod Kullanıcı Kılavuzuna göre; “Telefonla 113 numaralı çağrı merkezi aranarak, <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> adresine giriş yapılarak, Çalışan Hakları ve Güvenliğı Birimi veya bu amaçla kurulmuş birime ya da görevlendirilen personele müracaat edilerek” beyaz kod talimatı verilmesi neticesinde süreç başlatılmaktadır. Beyaz kod talimatı üzerine, ilgili birimde görevli personel tarafından, talimatı veren sağlık çalışanı ile iletişime geçilerek başvuru ile ilgili bilgi ve belgelerin (olay tutanağı, hukuki yardım talep formu, ihbar dilekçesi, onam formu, olayı doğrulayan diğler kanıtlar) temin edilmesi sonrasında, yine ilgili personel tarafından bilgiler beyaz kod sistemine kaydedilir ve belgelerin asılları İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne iletilir. Beyaz Kod Kullanıcı Kılavuzunda başvuru sürecinde hazırlanması gereken belgeler ayrıntılı olarak tanımlanmıştır:

- a) Olay tutanağı; “Şiddet olayı sonrasında tutulan ve hadiseyi izah eden tutanaktır. Şiddete maruz kalan çalışan, adli süreçlerde kanıt teşkil etmesi açısından olaya tanık olan diğer personel ile birlikte, olayı anlatan ve belgeleyen bir tutanak düzenlemelidir. Tutanakta, olayın tarih ve saat bilgileri ile failin kimlik bilgilerine (eğer bilinmiyorsa açık eşkaline), olayın gelişim seyrine ve mağdur çalışana yönelik saldırının ayrıntılarına yer verilmesinin yanı sıra, mutlaka olaya tanık olan personelin adları ve imzaları, ayrıca tutanağın düzenlendiği tarih de yer almalıdır. Düzenlenen olay tutanağının Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine teslim edilmesi gerekmektedir.”[39]
- b) Hukuki yardım talep formu; Sağlık çalışanının beyaz kod kapsamında hukuki yardım isteyip istemediğini belirten formdur. Talep edilmesi halinde, ceza yargılaması aşamasında Sağlık Bakanlığı avukatları tarafından sağlık çalışanına hukuki yardım verilmektedir[39].
- c) İhbar dilekçesi; Beyaz kod kapsamında işlenen suçlar genel itibariyle takibi şikayete bağlı olmayan suçlardır [38]. “Bu tür suçtan haberdar olan yöneticinin, suçu adli mercilere intikal ettirmesi yasal bir zorunluluktur. Bu nedenle görevli birim/personel tarafından hazırlanarak yöneticiye imzalatılır.”[39]
- d) Onam formu; Beyaz kod kapsamında yapılan başvuru ve yürütülen adli süreçte elde edilen bilgi ve belgelerin, sağlık çalışanının kişisel bilgilerinden arındırılarak, sağlık personeline karşı gerçekleşen şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla kullanılmasına izin veren onam formu ilgili birim tarafından şiddet sonucu başvuran sağlık çalışanına imzalatılır[39].
- e) Olayı doğrulayan diğer kanıtlar; “Şiddet uygulayanın kimlik bilgileri, kamera kayıtları, tanıklar, olaya ilişkin diğer tutanaklar ve benzeri tüm bilgi ve belgeler görevli birim/personel tarafından toplanarak sisteme kaydedilir.”[39]

İlgili birimde tüm gerekli formlar oluşturulup, kanıtlar toplandıktan sonra dosya İl Beyaz Kod Koordinatörüne iletilir. Başvurunun beyaz kod kapsamında olmadığına karar verilmesi halinde, ilgili sağlık çalışanına gerekli bilgilendirme yapılmakta ve başvuru yapan kişinin bilgilendirme tarihinden itibaren yedi gün içerisinde İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne bir dilekçe ile itiraz etme hakkı

bulunmakta olup, başvurunun beyaz kod kapsamında değerlendirilmesi halinde ise; İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü tarafından adli süreç başlatılmaktadır [38, 39].

2.3.2 Yasal Mevzuat

İş yerinde şiddet ve iş kazalarını da içerecek şekilde, sağlık çalışanları ile birlikte tüm çalışanların sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkı hem uluslararası sözleşmeler, hem de ulusal hukuki düzenlemeler ile güvence altına alınmıştır.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 23. maddesinde “*herkesin adil ve elverişli çalışma şartlarına*” hakkı olduğu belirtilmiştir [40]. Ülkemiz tarafından onaylanan Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmenin 7. maddesinde taraf devletlerce çalışanların “*adil ve elverişli çalışma koşullarından yararlanma*” ve “*güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarının*” sağlanması hakları güvence altına alınmıştır [41]. Türkiye Cumhuriyeti tarafından onaylanan Avrupa Sosyal Şartının 2. bölümünün “*Güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı*” başlıklı 3. maddesinde: Tarafların, güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, işverenlerin ve çalışanların;

“(1) İş güvenliği, iş sağlığı ve çalışma ortamı hakkında tutarlı bir ulusal politika oluşturmak, uygulamak ve bunu belli aralıklarla gözden geçirmeyi, bu politikanın temel hedefi olan, iş güvenliği ve iş sağlığını iyileştirmeyi ve özellikle çalışma ortamının doğasından kaynaklanan tehlike sebeplerini en aza indirmek yoluyla, çalışma sırasında ortaya çıkan ya da bununla bağlantılı olan hastalıkları ve kazaları önlemeyi,

(2) Güvenlik ve sağlık alanlarında yönetmelikler hazırlamayı,

(3) Denetim yoluyla bu yönetmeliklerin uygulanmasını sağlamayı,

(4) Tüm çalışanlar için, aslen koruma ve danışmanlık işlevlerine sahip iş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesini desteklemeyi” taahhüt ettiği ifade edilmektedir [42].

İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 sayılı Sözleşmenin 4. maddesinde: “*Her üye, ... iş güvenliği, iş sağlığı ve çalışma ortamına ilişkin tutarlı bir ulusal politika geliştirecek, uygulayacak ve periyodik olarak gözden*

geçirecektir.” denilmiş ve “... işle bağlantılı olan veya işin yürütümü sırasında ortaya çıkan kaza ve yaralanmaları, çalışma ortamında bulunan tehlike nedenlerini mümkün olduğu ölçüde asgariye indirerek önlemek” doğrultusunda politika geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiş [43], 161 sayılı İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Sözleşme ile de devletlerin bu politikaların uygulanmasını sağlamakla yükümlü olduğu tekrar vurgulanmıştır [44].

Dolayısıyla Türkiye’nin de dahil olduğu taraf devletler çalışanlarına hem güvenli, sağlıklı, adil ve elverişli bir çalışma alanı oluşturmakla, hem de bu alanda yasal düzenlemeler oluşturmak, denetimi sağlamak, korumak ve danışmanlık vermekle yükümlüdür.

Ülkemizde uluslararası sözleşmelerde ifade edilen hususlar ve sözleşmelerin getirdiği yükümlülükler göz önünde bulundurularak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çeşitli hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Anayasanın 49. maddesinde: “Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır.” denilmekte, ayrıca 56. maddede ülke sınırları içinde yaşayan “herkesin, dengeli ve sağlıklı bir çevrede yaşayabilme hakkına” sahip olduğu ifade edilmektedir [45]. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile “iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülükleri” ayrıntılı olarak düzenlenmiştir [46].

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun (TCK) ilgili maddeleri ve bu kanunu düzenleyen yasa maddeleri incelendiğinde; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 17.04.2020 tarihinde Resmi Gazetede Yayımlanan Yükseköğretim Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 28. maddesi ile düzenlenmiş [47] ve bu düzenleme neticesinde kanunun ek 12. maddesiyle:

“Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 04.12.2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100. maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardandır.

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

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

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

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi sayılır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanlar, kolluk görevlilerince yakalanır ve gerekli işlemleri yapılarak Cumhuriyet Başsavcılığına sevk edilir. Cumhuriyet savcısı adli işlemleri tekemmül ettirir. Bu suların soruşturmasında, kolluk tarafından müşteki, mağdur veya tanık olan sağlık personelinin ifadeleri iş yerlerinde alınır. Bu fıkra hükmü, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlar hakkında da uygulanır.

şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir.” şeklinde değiştirilmiştir [48].

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda bahsi geçen sağlık çalışanlarına yönelik olduğu takdirde cezanın yarı oranında arttırıldığı Türk Ceza Kanunu maddelerine bakıldığında;

*86. madde:

“ (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek lde hafıf olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silahla,
- f) Canavarca hisle, işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında, (f) bendi bakımından ise bir kat artırılır.”

*87. madde:

“(1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onsekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.”

***106. madde:**

“(1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikayeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(2) Tehdidin;

a) Silahla,

b) Kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle, imzasız mektupla veya özel işaretlerle,

c) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

d) Var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak, işlenmesi halinde, fail hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Tehdit amacıyla kasten öldürme, kasten yaralama veya malvarlığına zarar verme suçunun işlenmesi halinde, ayrıca bu suçlardan dolayı ceza verilir.”

***125. madde:**

“(1) Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilat ederek işlenmesi gerekir.

(2) Fiilin, mağduru muhatap alan sesli, yazılı veya görüntülü bir iletiyle işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkra da belirtilen cezaya hükmolunur.

(3) Hakaret suçunun;

a) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı,

b)Dini, siyasi, sosyal, felsefi inanç, düşünce ve kanaatlerini açıklamasından, değiştirmesinden, yaymaya çalışmasından, mensup olduğu dinin emir ve yasaklarına uygun davranmasından dolayı,

c) Kişinin mensup bulunduğu dine göre kutsal sayılan değerlerden bahisle, işlenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

(4) Hakaretin alenen işlenmesi halinde ceza altıda biri oranında artırılır.

(5) Kurul hâlinde çalışan kamu görevlilerine görevlerinden dolayı hakaret edilmesi halinde suç, kurulu oluşturan üyelere karşı işlenmiş sayılır. Ancak, bu durumda zincirleme suça ilişkin madde hükümleri uygulanır.”

*265. madde:

“(1) Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun yargı görevi yapan kişilere karşı işlenmesi halinde, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Suçun, kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte biri oranında artırılır.

(4) Suçun, silahla ya da var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Bu suçun işlenmesi sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış hallerinin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.”[49] şeklindedir.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda bahsedilmeyen ancak Türk Ceza Kanunu kapsamında sağlıkta şiddet ile ilişkilendirilebilecek diğer yasa maddeleri ise:

*105. madde:

“(1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikayeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkisinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

e) Teşhir suretiyle işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkra göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz.”

*108. madde: “Bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar artırılarak hükmolunur.”

*131. madde:

“(1) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenen hırs; hakaret suçunun soruşturulması ve kovuşturulması, mağdurun şikayetine bağlıdır.” olarak sıralanabilir [49]. Bu madde doğrultusunda kamu görevlilerine işlenen hakaret suçunun şikayete bağlı olmadığı, kişinin şikayeti olmasa dahi soruşturulması gerektiği anlaşılmaktadır.

Çalışan Güvenliğine Yönelik Mevzuat değerlendirildiğinde; Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin “Acil servislerde güvenlik önlemleri” başlıklı 10. maddesinde; “Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtasıyla ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteğiyle sağlanır. Güvenlik kameraları, hastaların muayene edilmeleri veya girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerini ihlal edecek şekilde konumlandırılmaz. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunamaz. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içerir ve en az 2 ay süre ile saklanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi

kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi, ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servislerin ana giriş ve hastane içi geçiş kapıları acil servis hastaları ve buralarda görevli personeller haricinde hiçbir şekilde kullanılamaz. Acil servislerin hastane içi geçiş kapıları kontrollü kapı olmalı ve acil serviste görev alabilecek tanıma sahip yetkili geçiş şartları tanımlanarak sağlanmak zorundadır. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.” denilmektedir [50].

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin 5. maddesinde; *“Sağlık kurumları; (...) uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmi internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.”*, 7. maddesinde sağlık kurumlarının; *“Çalışan güvenliği programının hazırlanması”* ve *“Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması”* hususlarında gerekli tedbirleri almakla ve düzenleme yapmakla yükümlü olduğu, 8. maddesinde sağlık kurumlarının: *“Beyaz kod uygulamasının yapılması”* *“Güvenlik raporlama sisteminin kurulması”*, *“Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması”*, *“Sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi”*, *“Çalışan güvenliği komitesi kurulması”* hususlarında gerekli tedbirleri almak ve düzenleme yapmak konusunda sorumlu olduğu ifade edilmektedir [36].

Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikle *“Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının*

talebi üzerine Bakanlık ve bağılı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esaslar” düzenlenmektedir [51].

Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesinde; “yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı işlenen yaralama (TCK Madde 86-87), tehdit (TCK Madde 106) ve hakaret (TCK Madde 125) suçlarında (...) mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili Cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması” yükümlülüğü tanımlanmıştır [52].

Yukarıda bahsedilen yasa maddelerinde de görüldüğü üzere; çalışanların iş sağlığı, iş güvenliğinin sağlanması ve iş kazalarının önlenmesi hakkında uluslararası sözleşmeler ve ulusal mevzutta çok sayıda hukuki düzenleme bulunmaktadır. Sağlık çalışanları ile ilgili olarak 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda, 17.04.2020 tarihinde Resmi Gazetede Yayımlanan Yükseköğretim Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 28. maddesi ile düzenleme yapılmış ve sağlıkta iş yeri şiddeti olaylarının önlenmesi konusunda önemli bir adım atılmıştır. Bu noktada yasaların uygun şekilde, mümkün olan en ideal haliyle oluşturulması ve uygulanması sağlıkta iş yeri şiddeti olaylarının önlenmesi, iş yeri şiddetine uğrayan sağlık çalışanlarının bu konudaki adalet ve güven duygusunun tahsis edilmesi açısından önem taşımaktadır.

2.4. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından tanımlanmış ve genellikle insanlar ile yüz yüze çalışan mesleklerde görüldüğünü vurgulamıştır [4, 5]. Bu sebeple sağlık çalışanları tükenmişlik yönünden en riskli gruplardandır. Maslach tükenmişliği, iş yerinde kronik stresöre verilen tepki sonucunda oluşan psikolojik sendrom olarak tanımlamıştır [6, 7].

DSÖ son yıllarda iş yerinde rusal sağlık üzerine çalışmalarını arttırmıştır. 25 Mayıs 2019’da onaylanarak kullanıma açılan ICD-11’de (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11) “QD85” ICD kodu ile işsizlik ya da çalışma hayatı ile ilişkili problemler başlığı altında, daha önceleri kullanılan “tıbbi bir durum” ifadesi yerine

tanımlamada revizyona gidilerek, “iyi yönetilemeyen kronik iş yeri stresinden kaynaklanan bir sendrom”[53] “iş yeri ile ilişkili bir fenomen”[54] olarak nitelenmiş ve tanım ayrıntılandırılmıştır. Bu tanıma göre tükenmişlik; enerji azlığı veya tükenmişlik duyguları; kişinin zihnen işinden uzaklaşması veya işi ile ilgili negatif hisler ya da duyarsızlaşma; azalmış mesleki etkinlik, verimlilik olmak üzere üç alt boyut ile karakterizedir: [53, 54]. DSÖ’nün tanımlamasından da anlaşılaçağı üzere tükenmişlik, iş yeri ile ilişkili bir sendrom olarak nitelenmiştir, ancak tükenmişlik sendromunun bir meslek hastalığı olup olmadığı konusu halen tartışmalıdır.

Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin en önemli sonucunun, sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmalar olduğı belirtilmekle birlikte, bireyler üzerinde ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara da yol açtığı bildirilmiştir. Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışı veya var olan rahatsızlığın artışı, depresif yakınmalarda artış, işten ayrılma, iş doyumunun azalması, uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu, gastrointestinal problemler, sosyal izolasyon, yorgunluk, libido azalması, alkol ve madde kullanımında artış bu sorunlardan bazılarıdır [55].

2.4.1. Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik kavramının Freudenberger tarafından literatüre kazandırılmasının ardından, tükenmişliğin oluşumu ve etkilen faktörler ile ilgili çok sayıda model ortaya atılmıştır. Kuramcılar; yıllar içerisinde konunun farklı boyutlarına dikkati çekmiş, zaman zaman kimi noktalarda birbiriyle kesişen ya da benzeşen çeşitli modeller oluşturmuştur. Cherniss, Edelwich ve Brodsky, Perlman ve Hartman, Pines, Meier, Golembiewski, Leiter ve Maslach gibi isimler yaptıkları çalışmalar ve geliştirdikleri çeşitli modeller ile bu alanda literatüre katkı sağlamıştır. Çalışmamızda literatür ışığında çeşitli tükenmişlik modelleri değerlendirilerek, üç boyutlu tükenmişlik modeli ile kaynaklara büyük katkı sağlamış olan Maslach’ın tükenmişlik modeli ayrıntılı aktarılacaktır.

2.4.1.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cherniss, tükenmişliği zamanla gelişen bir süreç olarak değerlendirerek kapsamlı bir model geliştirmiştir. Tükenmişlik neticesinde kişilerin; iş ile ilgili hedeflerinin azalması, daha az kişisel sorumluluk alma, düşük idealizm, hizmet sunulan kişilere yabancılaşma, işe yabancılaşma gibi olumsuz tutumlar geliştirdiğini belirtmiştir. Bu olumsuz tutumların, bir başa çıkma biçimi olduğu veya aktif problem çözme ile yetersiz başa çıkmanın sonucu olduğunu ortaya koymuştur. Bu modele göre tükenmişlik ile ilişkili özellikler üç gruba ayrılmıştır [56, 57]. Bunlardan birincisi, kişinin çalışma ortamının özellikleri (donanım yetersizliği, iş yükü, uyaran fazlalığı, hizmet verilenle kurulan temasın düzeyi, özerklik, kurumsal amaçların belirsizliği, liderlik/yönetim özellikleri, sosyal izolasyon) olarak belirlenmiştir. İkinci olarak tükenmişlik ile doğrudan ve dolaylı olarak ilişkilendirilen bir diğer özellik stres kaynaklarıdır (yeterlilik ile ilgili şüpheler, hizmet verilenle yaşanan problemler, müdahaleci-bürokratik sistem, doyum eksikliği, iş arkadaşlarıyla olan yetersiz ilişki vb.). Üçüncü etken ise bireyin kendisi ve sosyal destek ortamı olarak belirlenmiştir [58].

2.4.1.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik, Edelwich ve Brodsky tarafından “çalışma koşullarının bir sonucu olarak, özellikle hizmet sektörü ya da insanlarla direkt temas içeren mesleklerde çalışan kişilerde görülen idealizm, enerjinin azalması ve amaçların belirsizleşmesi ya da azalması” olarak tanımlanmış, tükenmişlik süreci dört aşamaya ayrılmıştır: “idealistik coşku”, “durgunluk”, “engellenme” ve “apati-duyarsızlaşma” [59]. İdealistik coşku dönemi, mesleğin kişinin hayatına hem anlam kattığı, hem de hayatına yön vermesini sağladığı; yüksek ideallerin, yüksek enerjinin ve beklentilerin olduğu bir balayı dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada sık rastlanan tutum, müşterilerle aşırı özdeşleşme ile birlikte gönüllü uzun çalışma süreleri, enerjinin fazlaca ve verimsiz şekilde kullanılmasıdır. Durgunluk dönemi, mesleğin artık heyecan getirmediği veya varoluş amacı olma halinden çıktığı evreyi ifade etmektedir. Bu dönemde daha fazla para, boş zaman vb. gibi kişisel hedeflerin ön plana alınması gerektiği fikri baskındır. Engellenme (frustrasyon) aşamasında işçi, hem kendisinin işteki etkinliğini, hem de işin kendi

değerini sorgular. Bu süreçte bazı davranışsal veya psikolojik sorunlar görülmeye başlar. Edelvich ve Brodsky'e göre son aşamada, kronik engellenme halinin yanında ekonomik açıdan işe bağımlı olma durumu apati-duyarsızlaşma aşamasıyla sonuçlanmaktadır. Bu dönemde çalışan işe mümkün olan en az vakti ayırmakta, fırsatlardan inatla kaçınmakta ve güvenli pozisyonunu koruyarak “psikolojik uyuşma/hissizleşme” dönemine girmektedir [59].

2.4.1.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Pearlman ve Hartman'a göre tükenmişlik üç ana bulgu-semptom grubu ile görünür hale gelir: fiziksel tükenme, duygusal tükenme ve azalmış üretkenlik, aşırı depersonalizasyon. Bu modele göre kişisel özellikler, iş ve sosyal çevrenin özellikleri, stres algısı, yeterli ya da yetersiz baş etme yöntemleri sonucunda oluşan davranış kalıpları, iş yeri stresinin ortaya çıkaracağı sonuçlar ve tükenmişlik gelişip gelişmeyeceği konusunda en önemli etmendir [60].

Model, tükenmişliği dört aşamaya ayırmaktadır. Birinci aşama stresi oluşturan durumları iki şekilde tanımlar: kişinin sahip olduğu yeteneklerin işin gereklerine yeterli gelmemesi ya da yapılan işin kişinin beklenti, ihtiyaç ya da değerinin altında olması. İkinci aşama; algılanan stres düzeyidir. Stres oluşturabilecek her etken her kişide aynı şekilde tezahür etmez. Birinci aşamadan ikinci aşamaya geçiş hem kişinin alt yapısı ve kişilik özellikleri, hem de iş yerinin özellikleri ile yakından ilişkilidir. Üçüncü aşama strese verilen yanıtlardan oluşur. Dördüncü aşama stresin doğurduğu sonuçları içerir. Pearlman ve Hartman tarafından, çok katmanlı kronik duygusal bir stres deneyimi olarak tanımlanan tükenmişlik bu evrede bütünüyle yerleşir [60].

2.4.1.4. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines'in modeline göre tükenmişlik; “Bireyleri duygusal olarak sürekli tüketen ortamların; bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik” durumudur [61, 62]. Tanımda da belirtildiği üzere bu modele göre; iş ortamının koşulları, baskıcı niteliği tükenmişlik gelişiminde önemli unsurlardır. Kişileri sürekli duygusal baskı altında tutan, stresli iş ortamı; destek-ödül mekanizmalarının yetersizliği; iş yerinde başarılı olabilecek, motivasyonu yüksek

olan kişilerin mesleğinden uzaklaşmasına ve tükenmişlik yaşamasına neden olabilmektedir [62].

2.4.1.5. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier'e göre tükenmişlik; bireyin işle ilgili olumlu pekiştireç beklentisinin (ödül mekanizması) çok düşük, olumsuz pekiştireç (ceza) beklentisinin çok yüksek, var olan pekiştireçleri kontrol edebilme imkanlarının kısıtlı ve bu konudaki kişisel yeterlilik hissinin düşük olduğu hallerde, iş yeri stresörlerine tekrarlayıcı maruziyet sonucu gelişen bir durumdur [62, 63].

Meier'in tükenmişlik modeli dört ana unsurdan oluşmaktadır [64];

1. Pekiştirme Beklentileri (Reinforcement Expectencies): Bu kavram kişilerin iş ile ilgili beklentilerinin karşılanıp karşılanmamamış olması ile ilgilidir. Beklentiler kişiden kişiye değiştiği için sonuçlar da kişilere göre değişebilir.

2. Sonuç Beklentileri (Outcome Expectencies): Beklenen sonuçlara hangi davranışların götüreceği ile ilgili tanımlamalar bu kavramı oluşturur.

3. Yeterli Olma Beklentileri (Efficacy Expectencies): Kişilerin elde etmeyi istedikleri sonuçlar konusundaki yeterliliği ya da yeterlilik algısını ifade eder. Bireylerin istedikleri sonuçlar konusunda yetersiz hissetmesi tükenmişlikle sonuçlanabilir.

4. Davranışları Anlamlandırma Süreci (Contextual Processing): Dahil olunan sosyal ve örgütsel yapılar, kişisel inanışlar gibi etmenlerle pozitif ya da negatif anlamlandırma olarak sonuçlanabilen bir süreçtir. Bu kavramla birlikte Meier kişilere ait bilişsel özelliklerin (öğrenme şekilleri, inanışları) tükenmişliğe etkisini vurgulamaktadır [62, 64, 65].

2.4.1.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Suran ve Sheridan'a göre tükenmişlik; rol belirginliği-karmaşası, yeterlilik-yetersizlik, verimlilik-durgunluk ve yeniden oluşturma-hayal kırıklığı şeklinde özetlenen aşamalardan "her birinde yer alan çatışmaların tatmin edici şekilde çözümlenememesinin bir sonucudur." [62, 66].

2.4.1.7. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach, tükenmişliği iş yerinde kronik stresöre verilen tepki sonucunda oluşan psikolojik sendrom olarak tanımlamış ve kişilerin tepkilerini; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalma olmak üzere üç alt boyutta sınıflandırmıştır [6, 7].

Maslach'a göre; duygusal tükenme, tükenmişliğin ana unsuru, bu karmaşık sendromun en belirgin tezahürü olup, kişinin duygusal rezervinin tükenmesi, psikolojik olarak vereceği bir şey kalmadığını hissetmesi ve enerjisinin azalması durumunu ifade etmektedir [67]. Maslach çalışmaları neticesinde insanların tükenmişliği tanımlarken çoğunlukla duygusal tükenme deneyiminden söz ettiğini belirlemiştir. Tükenmişlik sendromu ile duygusal tükenme alt boyutu arasındaki bu güçlü ilişki, bazı teorisyenlerin sendromun diğer iki boyutunun (duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi eksikliği) tesadüfi veya gereksiz olduğunu iddia etmesine neden olmuştur [68]. Ancak Maslach; duygusal tükenmenin tükenmişlik için gerekli bir kriter olmasının, yeterli olduğu anlamına gelmediğini ifade etmiştir. Ayrıca duygusal tükenme tükenmişliğin stres boyutunu yansıtmaya rağmen, insanların iş yaşamı ile ilişkilerinin kritik yönlerini yakalayamamaktadır. Duygusal tükenme, iş yükü vb. etmenlerle başa çıkmanın bir yolu olarak benimsendiğinde, kişinin işinden duygusal ve bilişsel olarak uzaklaşmasına neden olmaktadır [6].

Duyarsızlaşma, kendisinin ve diğer insanların niteliklerini aktif olarak göz ardı ederek, kendisi ve hizmet alıcıları arasına mesafe koyma girişimi olarak tanımlanmaktadır. Hizmet alan kişiler (örn. hastalar) işçi tarafından insan-dışı birer obje olarak kodlandığında, bu kişilerin talepleri çalışan açısından daha başa çıkılabilir hale gelmektedir. İnsanlar bitkin-tükenmiş ve yılgın hissettiklerinde; aldırılmaz veya alaycı bir tutum geliştirmek suretiyle, bilişsel ayrışma ya da uzaklaşma mekanizmasına başvurabilirler. Bu uzaklaşma hali, duygusal tükenmeye verilen hızlı bir reaksiyondur ve duygusal tükenmeden duyarsızlaşmaya uzanan bu ilişki yumağı birçok araştırmada gözlemlenmektedir [6].

Maslach, kişisel başarıda azalma alt boyutunun, tükenmişliğin diğer iki boyutuyla olan ilişkisinin biraz daha karmaşık olduğunu ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ya da bu ikisinin kombinasyonu gibi bir işlev görebildiğini belirtmiştir. Maslach'a göre; duygusal tükenme veya duyarsızlaşmaya neden olabilecek, talepkar bir çalışma ortamının, kişinin verimlilik ya da etkili hissetme

duygusunu da yıpratması muhtemeldir. Ayrıca, duygusal açıdan tükenmiş hissedildiğinde veya kayıtsız hissedilen kişilere hizmet verirken, bir başarı duygusu kazanmak oldukça zordur. Tüm bu sebeplerle aslında bu üç boyut girift bir yapıyla, birbirlerini de etkileyerek tükenmişlik sonucunu doğurmaktadır [6].

2.4.2. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler

Literatürde tükenmişlikle ilişkili çok sayıda faktörden bahsedilmekle birlikte, bu etmenler kişisel ve örgütsel faktörler olarak iki ana grupta toparlanabilir. Maslach ve Leiter'e göre; örgütsel faktörler tükenmişlik gelişiminde kişisel faktörlere göre daha etkin bir rol almaktadır [69]. Ancak, olumsuz örgütsel faktörler kimi çalışanlarda tükenmişlikle sonuçlanırken, kimi çalışanlarda tükenmişliğe neden olmamaktadır, bu noktada kişisel faktörlerin devreye girdiği söylenebilmektedir. Kişisel faktörler içerisinde sosyodemografik özellikler ve kişilik yapısı sayılabilir [62].

Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi gibi sosyodemografik özelliklerin, tükenmişlik gelişimine etkisi pek çok çalışmada irdelenmiştir. Çalışmalarda; yaş ve meslekte çalışma süresi ile tükenmişlik mevcudiyeti arasında ters bir ilişki olduğu, yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı bildirilmiştir. Özellikle deneyimsiz ve genç çalışanlar, mesleklerine idealist düşünceler ve yüksek beklentilerle atılırlar; mesleklerine anlam yüklemek, faydalı olduğunu düşünmek isterler. Zaman içerisinde bu yüksek beklentilerin karşılanmaması, mesleğe yüklenen anlamın yitirilmesine ve bunun sonucunda genç ve deneyimsiz çalışanda tükenmişlik gelişmesine sebep olabilmektedir [70, 71]. Kaynaklarda; evli olmamanın muhtemelen sosyal destek mekanizmalarının azlığı nedeniyle tükenmişlik açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir [6]. Cinsiyet ve eğitim düzeyine bakıldığında; bu konu ile ilgili verilerin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Kimi çalışmalarda kadınlar, kimi çalışmalarda erkeklerin daha çok tükenmişlik belirtisi gösterdiği; bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça stres ve tükenmişliğin arttığı, bazılarında ise azaldığı ifade edilmektedir [6, 7].

Çeşitli kişilik özellikleri de tükenmişlikle ilişkilendirilmiştir. “Dış kontrol odaklı olma; kendine yeterlilikten, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyi” ile tanımlanan A tipi kişilik, pek çok çalışmada tükenmişlikle ilişkilendirilmiş bir kişilik yapısıdır [62]. Tükenmişlik

için bir risk faktörü olarak görülen A tipi kişilik yapısına sahip kişiler; zamanla yarışan, başarı odaklı, birden fazla işi aynı anda yapmaya çalışan, sabırsız, agresif, beklemeye tahammülsüz, denetlemeci, rekabetçi, işine adanmış, kaygı düzeyi yüksek, aşırı çalışma çabalama halinde ve başarılarından tatmin olmayan kişiler olarak tanımlanmaktadır [62, 72, 73]. Tükenmişliğe yatkın olan dış kontrol odaklı kişiler; bir olayın sonucunu kendi içsel kaynakları, davranışlarına değil; şans, kader, diğer insanlar gibi dış etmenlere bağlamaya eğilimlidir. Bu sebeple olayların kendilerinin değil dışsal bazı odakların kontrolünde olduğunu düşünmektedirler [74, 75]. Kendine yeterlilik duygusu daha az olan kişiler, var olan niteliklerini görmekte zorlanırlar, kendilerine olan güvenleri azdır ve bu sebeple iş yaşamında karşılaşılan sıkıntılar ve stresle baş etmekte zorlanırlar. Diğer insanlarla iletişim kurma becerileri daha yüksek olan empati yeteneği gelişkin insanların sosyal destekleri daha kuvvetlidir. Ayrıca, empati yeteneği diğer insanlara yardım etme duygusunu beslemekte ve duyarsızlaşmanın azalmasına, kişisel başarı duygusunun artmasına yol açabilmektedir [62].

Maslach, Schaufeli ve Leiter bireylerde tükenmişliğe neden olan örgütsel faktörleri; iş yükü, kontrol, ödül mekanizması, aidiyet duygusu, adalet ve değerler başlıkları altında incelemiştir [6, 62].

İş yükü, kişinin belirli bir zamanda bir edimi elde etmek için yapması gereken iş miktarı olarak tanımlanmaktadır [76]. İş yükü uyumsuzluğu-dengesizliği (az ya da aşırı iş yükü) tükenmişlikle sonuçlanabilmektedir. Aşırı iş yükü sebebiyle gerilim yaşayan kişiler, kendilerine ya da yakınlarına yeterli zaman ayıramamaları sebebiyle sosyal desteklerini de yitirebilirken; az iş yükü, kişiye yeteneğinin altında iş verilmesi ise değersizlik duygusuyla sonuçlanabilmektedir [62].

İş ile ilgili kontrolün olmaması ya da azalması; kişinin işini yapması için erişmesi gereken kaynaklar üzerindeki kontrolünün yetersiz olması ya da etkin bir şekilde çalışabilmesi için kendisi açısından gerekli gördüğü unsurlar hakkında yetkilerinin yetersiz olması anlamına gelmektedir. Aşırı iş yükü ve kişinin yetkisini aşan bir sorumluluk altında ezilmesi, karar aşamalarına dahil edilmemesinin tükenmişlik için zemin oluşturabileceği bildirilmiştir [6]. Rol çatışması ve rol belirsizliği de tükenmişlikle sıklıkla ilişkilendirilen ve işle ilgili kontrol hissinin yitirilmesine neden olan durumlar olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kontrol

eksikliği gibi, iş yeri koşullarının aşırı kontrolcü olması da kişinin kendi işi üzerinde kontrolü olmadığına dair inançlar geliştirmesine ve tükenmişliğe neden olabilmektedir [62].

Kişinin yaptığı iş ile orantısız, yetersiz bir gelirin olması veya kişinin sıkı çalışmalarının görmezden gelinmesi, takdir edilmemesi, sosyal ödüllerin eksikliğinin tükenmişlikle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, içsel ödüllerin eksikliği de (kişinin kendi yaptığı işle gurur duyması vs.) bu örüntünün bir parçası olabilmekte ve yapılan işe hak ettiği değerin verilmemesi; kişi açısından hem işin, hem kendisinin değersizleştirilmesiyle sonuçlanabilmektedir [6].

Kişilerin iş yaşamına uyum sağlayıp aidiyet duygusu geliştirmesi, iş doyumu ve iş verimini arttırmakta; aksine çalışma arkadaşları ile yaşanan çatışmalar ise bireyin meslektaşları ve işi ile ilgili olumlu duygular hissetmesine ve aidiyet duygusu geliştirilmesine engel olabilmektedir [6, 77, 78]. Bireyler zaman zaman çalışma hayatlarında kendi değerlerine aykırı olduğunu düşündükleri tavırlar sergilemek zorunda kalabilir. Kişinin kendi değerleri, idealleri ile yaptığı iş arasında uyum olması, iş motivasyonunu ve aidiyet duygusunu arttıran bir etki yaratırken, değer çatışması durumunda işçiler arada kalmış hissedebilmekte ve bu durum duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği hissiyle sonuçlanabilmektedir [6, 62].

Adalet duygusu yaşamın her alanında olduğu gibi iş yaşamında da önemli yer tutmaktadır. Yapılan haksızlıklar, dengeli dağıtılmayan iş yükü, gelir eşitsizliği kişilerin iş ile ilgili adalet duygusunu zedeleyebilir. Adalet duygusunun yitirilmesi iş yerine ve yöneticilere olan güven duygusunun yitirilmesine yol açarken, kişinin duygusal olarak tükenmiş ve işine duyarsızlaşmış hissetmesi sonucunu doğurabilmektedir [6, 62].

2.4.3. Tükenmişliğin Kişisel ve Örgütsel Sonuçları

Tükenmişliğin hem bireyler üzerine etkileri, hem de örgütsel sonuçları oldukça yıkıcıdır. Tükenmişlik neticesinde genel olarak; “iş savaşı, aksatma, çalışılan ortamdan ortamdaki işin fazlalığını ve ağırlığını bilerek ortamdan uzaklaşma eğilimi, çalma ve hırsızlık eğilimleri, hastalıktan kaynaklı işe gelmemelerde ve işe geç gelmelerde artış, işi bırakma eğilimi ya da niyetinde artış, işten ayrılma, hizmetin niteliğinde bozulma, işe zaman zaman izinsiz gelmeme ya

da izin sonunda izni uzatma eğilimi, evraklarla ilgili sahtekarlıklar, işte ve iş dışında insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluklar, evlilik ve aile yaşantısında sorunlar, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma, cinsel isteksizlik, düşük iş performansı, iş doyumsuzluğu, yeni bir meslek eğitimi alma eğilimi, azalmış verim ve düşük performans, örgütsel bağlılıkta azalma, hizmet verilen kişilere hatalı müdahaleler ve hizmet verilenlerin şikayet sayısında artış, sağlık problemleri, ani öfke, paranoya, adet düzensizlikleri, cilt hastalıkları, nefes almada güçlükler, baş dönmesi, alerji, sırt ve göğüs ağrıları, depresyon, öz saygıda azalma, işe karşı gittikçe büyüyen hoşnutsuzluk, iş gücü devrinde yükselme, aşırı risk alma eğilimi, psikosomatik rahatsızlıklar, uykusuzluk, alkol ve ilaç kullanımında artış” görülebilmektedir [62]. Ayrıca tükenmişliğin tıbbi uygulama hatalarına, iş doyumunda azalmaya ve nihayetinde erken emekliliğe sebep olabileceği de bildirilmiştir [5, 79].

2.4.4. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Tükenmişlik genellikle insanlar ile yüz yüze çalışan mesleklerde (sosyal çalışmacılar, sağlık çalışanları, öğretmenler vb.) görülmektedir ve bu sebeple de sağlık çalışanları tükenmişlik yönünden en riskli gruplardandır [4, 5] Sağlık çalışanları ile toplumun genelini karşılaştıran çalışmalarda, toplum geneline göre sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir [79-81].

1991-2018 yılları arasında yayımlanmış 182 makalenin sistematik derlemesinin yapıldığı bir çalışmada; 45 farklı ülkeden 109.628 doktordan elde edilen verilere göre; hekimler arasında tükenmişlik düzeylerinin kimi ülkelerde %80,5'e kadar yükselebildiği ve tükenmişlik düzeylerinin çalışmanın yapıldığı kuruma ya da ülkeye göre oldukça değişkenlik gösterdiği saptanmıştır [82].

Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı tıp fakülterinde ortak yürütülen bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %52,8'inin tükenmişlik düzeylerinin sınırın üzerinde olduğu gösterilmiştir [83]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin tükenmişlik düzeyinin 1. sınıf öğrencilerine göre yüksek olduğu tespit edilmiştir [84]. Benzer şekilde tıpta uzmanlık eğitiminin ilerleyen yıllarında tükenmişlik düzeylerinin arttığı saptanmıştır [85].

Farklı ülkelerde çalışan hemşirelerle yapılmış 21 çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde; tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin oranının % 52 olduğu [86], 38 çalışmanın değerlendirildiği başka bir metaanalizde ise; hemşirelerin %31'inin duygusal tükenmişlik, %24'ünün duyarsızlaşma, %38'inin kişisel başarı eksikliği alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir [87].

Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde yapılmış çalışmalar üzerinden yapılan bir literatür incelemesinde; genç yaş, deneyimsizlik, eğitim düzeyi yüksekliği, mesleğinden memnun olmamak, gelir düzeyi düşüklüğü, hemşire olmak, pratisyen hekim olmak, mükemmeliyetçi kişilik yapısı, çalışma saatlerinin fazla olması, nöbet usulü çalışma, ağır iş yükü, çalışma koşullarından memnun olmama ve hasta sayısının fazla olmasının tükenmişliği arttıran en önemli faktörler olduğu bildirilmiştir [7].

2.5. İş Doyumu

İş doyumu; çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu, iş deneyimi sonrası ortaya çıkan olumlu ruh hali olarak tanımlanmaktadır. İş yaşamının kalitesi, çalışma koşulları, çalışanların ruhsal, ekonomik ve toplumsal gereksinmelerinin karşılanıp karşılanmadığı vb. etmenler iş doyumu düzeylerine etkili olabilmektedir [8, 88]. İş doyumsuzluğu; iş devamsızlığı, üretkenlikte azalma, beden ve ruh sağlığında bozulma gibi hem bireysel, hem örgütsel düzeyde negatif sonuçlar doğurabilmektedir [89].

2.5.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

İş doyumuna etki eden faktörler genel olarak bireysel ve örgütsel/çevresel etmenler olarak iki ana başlıkta değerlendirilmektedir.

Bireysel faktörler: Yaş, meslek deneyimi, çalışılan süre, kişilik özellikleri, eğitim düzeyi, kişinin değer yargıları, işle ilgili beklentiler ve beklentilerin karşılanma düzeyi ile sosyokültürel çevre gibi özellikler kişilerinin iş doyumuna etki etmektedir [88].

Kişilerin değer yargıları işle ilgili tutumlarında etkilidir. Bu değer yargılarıyla çatışan bir işte çalışmak ya da kişinin iş arkadaşlarıyla değer yargılarının uyuşmaması, kişinin izole kalmasına, rol çatışması ve belirsizliği yaşamasına neden olarak iş doyumunda azalmaya neden olabilmektedir. Bu bağlamda, kişilerin değer yargılarının oluşmasında etkili olan sosyokültürel çevrenin de iş doyumunu etkilen bir faktör olduğu kabul edilmektedir [8].

Yapılan çalışmalarda ileri yaştaki kişilerin, eğer mesleki deneyimleri de fazla ise iş doyumlarının arttığını göstermektedir. Bunun, kişilerin mesleki deneyimleri ve bilgileri arttıkça daha uygun baş etme yöntemleri geliştirmesi, işe uyum sağlaması ile alakalı olduğu, ayrıca genç ve deneyimsiz çalışanların işle ilgili kimi zaman gerçekte uyumsuz beklentilerinin olduğu, işle ilgili yüksek beklentilerin karşılanamaması sonucu oluşan hayal kırıklıklarının gençlerde iş doyumunun daha düşük olmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak, kimi çalışmalar eğitim ve entelektüel düzeyin artmasının da tam tersi bir etkiyle iş doyumunda azalmaya neden olduğunu belirtmiş, bunun entelektüel düzeyi yüksek kişilerin iş ile ilgili beklentilerinin artmasına bağlı olduğu bildirilmiştir [90].

Kişilik özellikleri de iş doyumunu konusunda oldukça belirleyicidir. Daha sinirli, etrafla uyum sorunu yaşayan, gerçekçi hedeflere sahip olmayan, katı ve başa çıkma mekanizmaları zayıf kişiler iş ilişkilerinde de zorluk yaşamakta, sosyal desteğini yitirmekte ve bu sebeple bu tarz kişilik özelliklerine sahip kişilerde iş doyumunu düzeyleri daha düşük olmaktadır [8, 90].

Örgütsel faktörler: Çalışma koşulları, iş yerinin fiziki şartları, işin içeriği ve niteliği, çalışma şekli, işin kendisinin kişi için ifade ettikleri, iş güvenliği, ücret, kişinin yaptığı görev, çalışanların kararlara katılma düzeyi, yetki ve sorumluluklar, işte terfi olanağı, işe olan ilgi düzeyi, iş arkadaşlarıyla ve yöneticilerle olan ilişkiler örgütsel faktörler arasında sayılabilir [88].

Güvenli çalışma ortamı, iş yerinin fiziki koşullarının elverişli olması, temizliği vs. yükselmiş iş doyumunu ile ilişkilendirilmiştir. İş yerinin koşullarının uygun olmaması ruhsal zorluklar yaratabileceği gibi, organik sağlık sorunlarına da yol açarak iş doyumunu etkileyebilmektedir [88].

Gelir ve iş doyumunu arasında olumlu bir ilişki olduğu bildirilmiştir [91]. Gelir düzeyi kişinin kendini yeniden üretebilmesi, günlük ihtiyaçlarını ve sosyal

ihyaçlarını giderebilmesi için önemlidir. Aynı zamanda kişinin yaptığı iş karşılığında hak ettiği ücreti kazanmasının; kişinin adalet duygusu, yaptığı işe değer verme ve başarı/saygınlık hissi açısından da pozitif bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir [88, 89].

İşin kendisi iş doyumunu konusunda oldukça önemli bir belirleyendir. İş yerindeki karar mekanizmalarının işleyişi ve kişilerin karar alma özgürlüğü, işin toplumda algılanışı, işin yenilikçi ve kişi açısından ilginç olması, bireye gelişme şansı vermesi gibi nitelikler iş doyumunu etkileyen iş ile ilgili faktörler olarak ifade edilmektedir [8, 88, 89].

Kişinin benzer idealleri paylaştığı, iş konusunda kendisiyle benzer yaklaşımlara sahip ve uyumlu çalışma arkadaşlarının olması, hem iş verimliliğini hem de iş doyumunu arttırmaktadır. Çalışma arkadaşları ile geliştirilen sosyal ilişkilerin iyi olması, iş yerinin kişinin gününün büyük bir kısmını geçirdiği bir alan olması itibarıyla, ruh sağlığı üzerine de etki yaparak iş doyumuna etki etmektedir [89].

2.5.2. İş Doyumunun Çalışanlar Üzerine Etkileri ve Sonuçları

İş doyumunda azalma, işçilerde fiziksel ve ruhsal hastalıklara neden olabilmekte, iş yavaşlatma ya da durdurma, işe geç kalma ve devamsızlıklar, işçinin devir hızında, kendini yenileyerek işe hazır hale gelme süresinde artma, işe yabancılaşma, işçilerin birbiriyle olan uyumunda azalma ve anlaşmazlıklar, kurallara uyumda azalma gibi sonuçlar doğurabilmekte ve tüm bunların etkisiyle iş doyumundaki azalma iş verimliliğini de düşüren bir etmen olabilmektedir. Verimliliğin azalması, iş aksatma ya da işten ayrılma gibi durumların da etkisiyle, iş yerine ekonomik bir yük de getirmektedir. Ayrıca, iş hayatından memnun olmayan, işine ilgi duymayan çalışanlar iş kazalarına da daha açık hale gelmekte, bu bağlamda iş doyumsuzluğu işçilerin sağlığını tehdit edebilecek bir noktaya ulaşabilmektedir [8, 88, 89].

2.5.3. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu

Erzurum'daki sağlık kurumlarında çalışan 454 hekimle gerçekleştirilen bir çalışmada hekimlerin %7,5'inin iş doyumunun düşük, %57'sinin orta, %35,5'inin

ise iş doyum düzeyinin yüksek olduğu, iş doyumunu ile yaş ve hizmet süresi arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir [8].

Muğla ilinde çalışmakta olan hemşire, ebe ve sağlık memurları ile yapılan bir başka çalışmada ise; katılımcıların %22,4'ünün yüksek, %73,3'ünün orta, %2,3'ünün düşük iş tatmini düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir [92].

Çok merkezli olarak 98.116 hemşirenin değerlendirildiği bir çalışmada ülkelere göre iş doyumunu düşük olan katılımcıların düzeyleri; ABD'de %22, Çin'de %46, Güney Kore'de %36, Tayland'da %27, Japonya'da %60, Yeni Zelanda'da %33, İngiltere'de %37, Kanada'da %33, Almanya'da %17 olarak bildirilmiştir [93].

Pratisyen hekimlerle yapılmış çalışmaların derlendiği bir malakede hekimlerin iş doyumunu arttıran faktörler: işte çeşitlilik, meslektaşlarla ilişkilerin ve iletişimin iyi olması, öğrencilere ders vermek olarak belirlenmişken; iş doyumunu azaltan durumlar: gelir azlığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, idari yük fazlalığı, çok fazla çalışma, yeterli zamana sahip olmama ve yeterli düzeyde takdir görememe olarak tanımlanmıştır [94].

Türk Silahlı Kuvvetlerinde çalışan 1.497 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada; genç yaştaki çalışanların, meslekteki çalışma süreleri daha az olan sağlık çalışanlarının, kadınların, çocuğu olmayan kişilerin, sağlık alanında çalışan tüm meslek grupları içerisinde hemşirelerin, hekimler arasında pratisyen hekimlerin iş tatminlerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir [95].

Sağlık çalışanlarının iş doyum düzeyleri, çalıştıkları kurumun koşulları, çalışılan şehir ya da ülke, gelir düzeyi, çalışanın kendi kişilik özellikleri vs. gibi pek çok faktörden etkilenmekte olsa da şimdiye kadar yapılmış olan tüm çalışmalar, sağlık kuruluşlarının çalışanların iş doyumunu açısından riskli alanlar olduğunu göstermektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırma İzinleri ve Etik Boyut

Araştırmanın yürütülmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kurulunun E.154062 sayılı kararıyla tez onayı alınmış, anket uygulaması için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden alınan izinle Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kuruluna başvurulmuş ve kurulun 779 ve 1154 sayılı kararlarıyla araştırma izni alınmıştır.

Genel Sağlık Anketinin (GSA-28) kullanımı hakkında, anketin geçerlik, güvenirlik ve Türkçeye uyarlama çalışmasını gerçekleştiren Prof. Dr. Cengiz Kılıç'tan, Minnesota iş doyum ölçeğinin (MİDÖ) kullanımı hakkında ölçeğin geçerlik, güvenirlik ve Türkçeye uyarlama çalışmasını gerçekleştiren Aslı Baycan Binark'tan, Maslach tükenmişlik ölçeğinin (MTÖ) kullanımı hakkında ölçeğin geçerlik, güvenirlik ve Türkçeye uyarlama çalışmasını gerçekleştiren Prof. Dr. Canan Ergin'den e-mail yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan hekim, intörn doktor ve hemşirelere, araştırmanın amacı, içeriği, yararları ve süresi hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya onam verilmesi ve anketin yanıtlanması çalışmaya dahil edilmeleri için yeterli görülmüştür. Beş alt bölümden oluşan anket formu (Ek-1), genel sağlık anketi, Minnesota iş doyum ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği uygulayıcı tarafından çalışmaya katılmaya rıza gösteren kişilere hiçbir yönlendirme yapılmadan uygulanmıştır. Uygulama ortalama 20 dakika sürmüştür.

Katılımcıların çalışma hakkında aydınlatılması amacıyla hazırlanmış olan onam formu, anket formu ile birlikte tüm katılımcılara verilmiştir. Onam formu; araştırmanın amacı, içeriği, uygulayıcı ve uygulayıcının iletişim bilgileri, elde edilecek verilerin kullanım amacı ve kullanılacağı husus, kişisel veriler ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı bilgilerini içermektedir.

3.2. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın konusu “Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan doktorlar, intörn doktorlar ve hemşirelerin iş yerinde şiddet maruziyetinin adli tıbbi açıdan değerlendirilmesi ve iş doyumu ile tükenmişlik düzeylerine etkisinin belirlenmesi” olarak kararlaştırılmış, sağlık çalışanlarında tükenmişlik, iş doyumu ve sağlıkta şiddet ile ilgili kaynaklar incelenerek varsayımlar oluşturulmuştur.

Araştırmada kullanılacak veri formları intörn doktor, doktor ve hemşirelere yönelik olarak hazırlanmış, veri toplama aracı olarak; Dünya Sağlık Örgütü’nün “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ülke Vaka Çalışmaları Anketi” (Workplace Violence in Health Sector Country Case Studies Questionnaire) isimli anket formu ve literatür taraması sonucu elde edilen verilerden yararlanılarak oluşturulan kapalı ve açık uçlu sorular içeren bir anket formu, katılımcıların ruhsal etkileniminin değerlendirilebilmesi için “Genel Sağlık Anketi-28”, tükenmişlik düzeyinin değerlendirilebilmesi için “Maslash Tükenmişlik Ölçeği” ve iş tatmininin değerlendirilebilmesi için “Minnesota İş Doyum Ölçeği” kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Eylül 2019 - Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gören intörn doktorlarla görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Kapsamı ve Amacı

Çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan görev yapan doktorlar, intörn doktorlar ve hemşirelerin;

*İş yeri şiddeti ile karşılaşma sıklığını, karşılaştıkları şiddet türünü, şiddeti uygulayan kişinin özelliklerini, şiddetin nerede ve ne zaman görüldüğünü, etki eden kişisel ve mesleki özellikleri belirlemek,

*Ruhsal durumu (GSA-28), iş doyumu (Minnesota iş doyum ölçeği) ve tükenmişlik düzeylerini (Maslach tükenmişlik ölçeği) tespit etmek,

*İş yeri şiddetine maruz kalma öyküsünün ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ve iş yeri şiddetine maruz kalma öyküsüyle iş doyumu düzeyi, tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek,

*Sağlıkta şiddetin sonuçları, oluşturduğu fiziksel ve psikolojik hasarlar ile bu konunun adli tıbbi yansımalarının ortaya konulması, sağlıkta şiddetin önlenmesi konusunda yapılabileceklerin gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Personel İşleri, Hemşirelik İşleri Müdürlüğü ve Öğrenci İşleri birimlerinden alınan bilgiye göre) yaklaşık 900 doktor, 900 hemşire ve 300 intörn doktor oluşturmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalından görüş alınması sonrasında hata payı $d=0,05$; (evren oranı bilinmediği için) olayın görülme sıklığı %50 alınmış ve yapılan güç analizinde örneklem genişliği en az, hekimler için 269, hemşireler için 269, intörnler için 169 olarak hesaplanmış ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile anket ve ölçekler uygulanmıştır.

Anket ve ölçeklerin uygulama süreci boyunca 279 hekim, 272 hemşire ve 225 intörn doktor çalışmaya katılmış olup, 16 intörn doktor 1 hemşireye ait toplam 17 adet veri formunun eksik doldurulduğu belirlenmiş ve çalışmadan çıkartılmıştır. Sonuç olarak; yeterli ve uygun şekilde yanıtlanmış 279 doktor, 271 hemşire ve 209 intörn doktora ait veri formu çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan doktorlar, hemşireler ile halen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim görmekte olan intörn doktorlar içerisinde çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllüler araştırmamıza dahil edilmiştir.

Hariç edilme kriterleri: Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, veri formunu eksik, yetersiz yanıtlayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Zorluklar

Anketin zaman alıcı bir iş olduğu ve mevcut koşullarda iş yükünün oldukça fazla olduğu, kendilerine daha önce başka araştırmacılar tarafından farklı içeriklerde çok sayıda anket uygulandığı, zamanı olmadığı ifade edilerek veri formunu doldurmayı reddeden olgulara rastlanmıştır. Özellikle hasta sayısının fazla, çalışan sayısının az olduğu ya da daha yoğun koşullarda çalışan ve hem diğer sağlık çalışanları, hem de hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete uğrama ihtimali daha yüksek olan, mevcut iş yükü ve diğer etkenlerle bağlantılı olarak tükenmişlik düzeyleri yüksek, iş doyumlarının düşük olması öngörülen kimi olgulara ulaşmakta güçlük çekilse de, mümkün olan en geniş katılıma erişilmeye çalışılmıştır. Araştırma sonucunda cerrahi, dahili, temel bilimler alanında çalışan yeterli sayıda kişiye ulaşılmıştır.

Kimi hekim ve hemşirelerin özellikle; ev içi şiddeti ya da partner şiddetini, sağlık alanındaki cinsel şiddeti veya Üniversitemiz Hastanesinde çalışan başka bir sağlık çalışanı tarafından uygulanan şiddeti ifade etmek konusunda çekince yaşayabileceği ön görülerek, çalışmanın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı, kişisel bilgilerin gizli tutulacağı özellikle belirtilmiştir. Uygulayıcının çalıştığı hastane ile seçilen evrenin aynı hastane olmasının bu açıdan çalışmanın sınırlılıklarından biri olabileceği söylenebilir.

Veri formunda “kendilerini en çok etkileyen şiddet olayı” düşünülerek yanıt verilmesi istenmişse de, gönüllülerden bazılarının farklı kişiler tarafından birden çok şiddet öyküsü olduğu ve anket sorularını tüm şiddet olaylarını içerecek şekilde yanıtladığı görülmüş, bu konuda herhangi bir müdahalede bulunulmamış, katılımcılar yanıtlarında özgür bırakılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Hazırlanan anket soruları ile saha çalışması yapılmadan önce toplam 10 kişiden oluşan bir grup ile pilot bir anket uygulaması gerçekleştirilmiş ve pilot gruptan alınan geri bildirimlere göre veri formuna son hali verilmiştir.

Anket verileri toplanırken Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki ilgili birimler (poliklinikler, servisler, yoğun bakımlar ve anabilim dalları) ziyaret

edilerek veri formları dağıtılmış, çoğunda randevu alınarak belirlenen saatlerde gönüllülere veri formu uygulanmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde gerçekleştirilen çeşitli eğitim saatleri sırasında sorumlu öğretim üyelerinden gerekli izinler alınarak eğitim saatlerinin öncesi ya da sonrasında veri formları dağıtılmış, veri formları doldurulmadan önce gönüllülere verilerin yalnızca bilimsel çalışma için kullanılacağı, kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı bilgisi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere anket formları uygulanmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak; “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ülke Vaka Çalışmaları Anketi” (Workplace Violence in Health Sector Country Case Studies-Questionnaire) isimli anket formu ve literatür taraması sonucu elde edilen verilerden yararlanılarak oluşturulan kapalı ve açık uçlu sorular içeren bir anket formu kullanılmıştır.

Anket formu beş bölümden oluşmaktadır:

1. Kişisel bilgiler ve çalışma alanı bilgisi: Yaş, cinsiyet, mesleki bilgiler, çalışma koşulları, iş yerinde şiddete uğrama endişesi, prosedürlerin işleyişi hakkındaki bilgilerin yer aldığı 28 sorudan oluşan kısımdır.

2. Sözel şiddet: İş yerinde sözel şiddet maruziyeti ve sıklığı, şiddet uygulayan kişinin özellikleri, şiddet türleri hakkında bilgi almak amacıyla oluşturulmuş 23 sorudan oluşan kısımdır.

3. Fiziksel şiddet: İş yerinde fiziksel şiddet maruziyeti ve sıklığı, şiddet uygulayan kişinin özellikleri, şiddet türleri hakkında bilgi almak amacıyla oluşturulmuş 28 sorudan oluşan kısımdır.

4. Cinsel şiddet: İş yerinde cinsel şiddet maruziyeti ve sıklığı, şiddet uygulayan kişinin özellikleri, şiddet türleri hakkında bilgi almak amacıyla oluşturulmuş 23 sorudan oluşan kısımdır.

5. Sağlıkta şiddetin önlenilebilirliği: Sağlıkta şiddetin önlenmesi için yapılabilecekler konusunda anket katılımcısının fikirlerinin alınmasını amaçlayan 4 sorudan oluşan kısımdır.

Çalışmada ruhsal etkilenimin değerlendirilebilmesi için “Genel Sağlık Anketi-28”, tükenmişlik düzeyinin değerlendirilebilmesi için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve iş tatmininin değerlendirilebilmesi için “Minnesota İş Doyum Ölçeği” kullanılmıştır.

1. Minnesota İş Doyum Ölçeği: Weiss, Dawis, England ve Lofquist tarafından geliştirilmiş olan ve Türkçe’ye çevirisi Deniz ve Güliz Gökçora tarafından yapılmış, sonrasında Baycan tarafından, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirilmiş olan [96] (Cronbach Alpha = 0,77), 20 sorudan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Her bir soru iş doyumunu değerlendiren beş seçenekten oluşmakta olup; “hiç memnun değilim”, “memnun değilim”, “kararsızım”, “memnunum” ve “çok memnunum” şeklindedir. Bu seçeneklerin değerlendirilmesinde sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 puanları verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan 20 olup, 60 puan ise nötr doyumunu ifade etmektedir. Ölçek puanlarının 100’e yaklaşması doyumunun artışı, 20’ye yaklaşması ise iş doyumunun azaldığını ifade etmektedir.

Ölçekte içsel doyum olarak tanımlanan maddeler: işinde başarı elde etme, kabul görme, onaylanma ya da beğenilme, işin kendi yapısı ve yükledikleri, yükselme imkanı gibi işin içsel niteliğiyle alakalı doyumunu ifade ederken; dışsal doyum olarak tanımlanan maddeler: işletme politikası ve yönetimi, denetim şekli, idaresi diğer meslektaşlar ve çalışanlarla ilişkiler, çalışma koşulları, maaş gibi işin çevresi ile ilgili unsurlardan oluşmaktadır.

2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin tarafından yapılmış olan [97] “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, toplam 22 maddeden oluşmakta ve 5 dereceli likert tipi cevaplanmaktadır. “Duygusal Tükenme (DT)”, “Kişisel başarı hissi (KB)” ve “Duyarsızlaşma (Duy)” olmak üzere üç boyutu vardır. Ergin tarafından belirlenen Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları şu şekildedir [98]:

Çizelge 3.8.1. Maslach tükenmişlik ölçeğinin sağlık personeli normları

		Alt	Orta	Üst
Uzman doktor	DT	20 ve altı	21-27	28 ve üzeri
	Duy	8 ve altı	9-12	13 ve üzeri
	KB	23 ve altı	24-27	28 ve üzeri
Pratisyen doktor	DT	21 ve altı	22-29	30 ve üzeri
	Duy	9 ve altı	10-12	13 ve üzeri
	KB	23 ve altı	24-26	27 ve üzeri
Hemşire	DT	20 ve altı	21-25	26 ve üzeri
	Duy	8 ve altı	9-12	13 ve üzeri
	KB	21 ve altı	22-27	28 ve üzeri

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı hissi boyutu olumlu yanıtları içermektedir. Tükenmişlik yaşamakta olan bireylerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı hissi puanlarının düşük olması beklenmektedir. Yani; Çizelge 3.8.1’de belirtilen sınırlar değerlendirilirken duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma için üst sınırın üzerinde olması, kişisel başarı hissi puanının ise alt sınırın altında olması tükenmişliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Değerlendirme yapılırken; asistan ve uzman doktorlar için çizelgede belirtilen uzman doktor puanları, hemşireler için çizelgede belirtilen hemşire puanları, intörn doktorlar için ise pratisyen puanları baz alınmıştır.

3. Genel Sağlık Anketi-28: Genel Sağlık Anketi-28, Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup, anketin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Kılıç tarafından yapılmıştır [99]. Genel Sağlık Anketi’nin 12, 28, 30, 60 soru içeren formları mevcut olup çalışmamızda 28 soru içeren formunun kullanılması planlanmıştır. Kılıç’ın yaptığı çalışmada GSA-28’in güvenirliği (Cronbach’s alpha) 0,94; kesme noktası “5” için duyarlılığı %73,7 olarak bulunmuştur [99]. GSA-28 toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruh sağlığı sorunlarını saptamak amacıyla oluşturulmuş bir tarama testidir. Kişilerin son zamanlardaki

yakınmasının olup olmadığına dair “her zamankinden az” ile “her zamankinden çok daha fazla” arasında uzanan dört maddeli cevaplardan oluşmaktadır. Dört maddeli cevap skalası, “GSA tipi puanlama” ile (ilk iki madde negatif, son iki madde pozitif olarak) değerlendirilir. Buna göre a, b maddelerine verilen “evet” yanıtı “0” (sıfır) puan, c, d maddelerine verilen “evet” yanıtı “1” (bir) puan olarak değerlendirilmektedir. Anketten en az 0, en çok 28 puan alınabilmektedir.

3.9. Veri Analizi

Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics (versiyon 20.0) ve The Jamovi Project (versiyon 1.2.17) istatistik programları ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcılara ait sosyodemografik veriler, iş yaşamına ilişkin veriler, sağlık alanında şiddet maruziyeti verileri, bağımlı değişkenleri; şiddete uğrama öyküsü, GSA-28 anket verileri, Minnesota iş doyum ölçek (içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum) verileri ve Maslach tükenmişlik ölçek (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi) verileridir.

İstatistiksel analizde sıklık dağılımı; bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında anlamlılık açısından Ki-Kare Testi (χ^2) kullanılmıştır. Ölçümsel verilerde normal dağılım histogramlar ile görsel, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden veriye uygun olanı ile analitik olarak incelenmiştir. Tek değişkenli analizlerde Ki-Kare (χ^2) ve Fisher testlerinden veri tipine uygun olanı ile gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerden normal dağılım gösteren ikili grupların karşılaştırılmasında t testi, normal dağılım göstermeyen ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, normal dağılım gösteren ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (Anova), normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi ve anlamlı farklılaşma olduğunda ikili gruplamalarla Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında %95 anlamlılık düzeyi ($\alpha=0,05$ hata payı) ölçüt alınmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve ilişki katsayısı Spearman korelasyon katsayısı olarak gösterilmiştir.

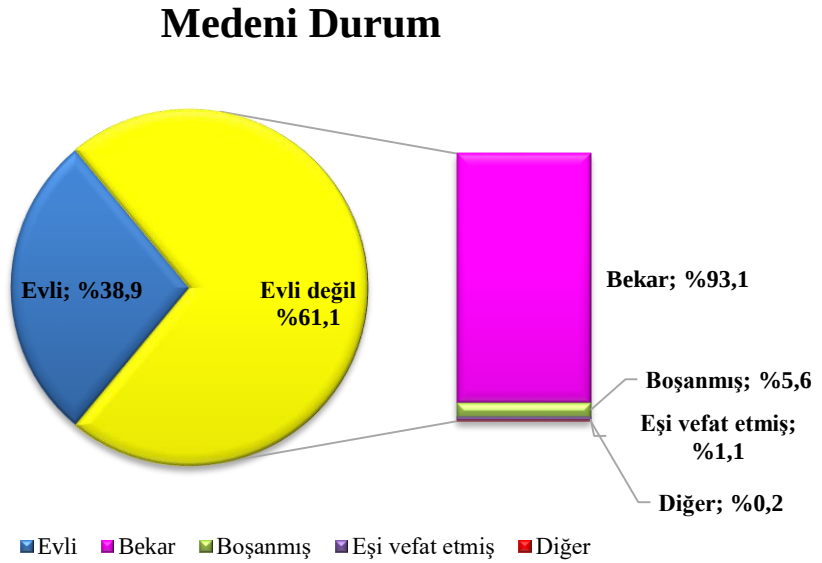
4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı ile İlgili Veriler

Çalışmamıza katılan toplam 759 gönüllüden % 36,8'i (n=279) doktor, %35,7'si (n=271) hemşire ve %27,5'i (n=209) intörn doktordur. Çalışmaya katılanların %69'u (n=524) kadın, %31'i (n=235) erkektir. Meslek gruplarına göre incelendiğinde; doktorların %54,1'i (n=151) kadın, %45,9 (n=128) erkek; hemşirelerin %92,3'ü (n=250) kadın, %7,7'si (n=21) erkek; intörn doktorların %58,9'u (n=123) kadın, %41,1'i erkek (n=86)'tir

Medeni durum değerlendirildiğinde; katılımcıların %38,9'unun evli olduğu (n=295) olduğu, %61,1'inin (n=464) evli olmadığı; evli olmayanların %93,1'inin (n=432) bekar, %5,6'sının (n=26) boşanmış, %1,1'inin (n=5) eşi vefat etmiş, %0,2'sinin (n=1) diğer grubunda olduğu (halen resmi olarak evli olduğu ancak eşiyle ayrı yaşadığı) belirtilmiştir (Şekil 4.1.1)

Şekil 4.1.1. Medeni durum



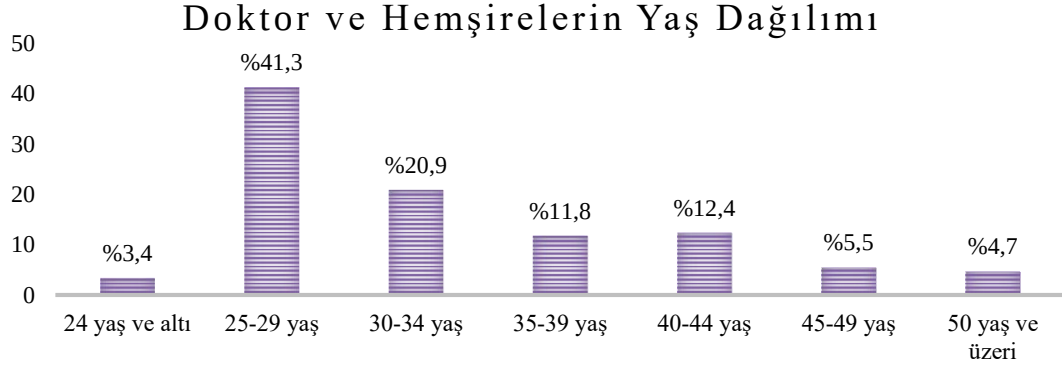
Tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde; yaşlarının 20 ile 64 arasında değiştiği ve ortalama yaşın $30,6 \pm 7,9$ olduğu hesaplanmıştır. Meslek gruplarına göre incelendiğinde; doktorların yaşları 24 ile 64 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $30,5 \pm 6,8$, hemşirelerin yaşları 20 ile 60 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $35,8 \pm 8,4$, intörn doktorların yaşları 22 ile 28 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $24 \pm 1,2$ olarak hesaplanmıştır. Yaş dağılımı incelendiğinde ankete katılan gönüllülerin %24'ünün (n=182) 24 yaş ve altı, %36'sının (n=273) 25-29 yaş, %15,1'inin (n=115) 30-34 yaş, %8,5'inin (n=65) 35-39 yaş, %9'unun (n=68) 40-44 yaş, %4'ünün (n=30) 45-49 yaş aralığında, %3,4'ünün (n=26) 50 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. (Çizelge 4.1.1)

Çizelge 4.1.1. Katılımcıların yaş dağılımı

		Sayı (n=759)	Yüzde (%)
Yaş	24 yaş ve altı	182	24,0
	25-29 yaş	273	36,0
	30-34 yaş	115	15,1
	35-39 yaş	65	8,5
	40-44 yaş	68	9,0
	45-49 yaş	30	4,0
	50 yaş ve üzeri	26	3,4

İntörn doktorlar daha homojen bir yaş dağılımına sahip olduğu için intörn doktorlar çıkarılarak doktor ve hemşirelerin (n=550) yaş dağılımı değerlendirildiğinde; %3,4'ünün (n=19) 24 yaş ve altı, %41,3'ünün (n=227) 25-29 yaş, %20,9'unun (n=115) 30-34 yaş, %11,8'inin (n=65) 35-39 yaş, %12,4'ünün (n=68) 40-44 yaş, %5,5'inin (n=30) 45-49 yaş aralığında, %4,7'sinin (n=26) 50 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1.2).

Şekil 4.1.2. Doktor ve hemşirelerin yaş dağılımı



Çizelge 4.1.2. Unvanlara göre dağılım

			Sayı (n=759)	Meslek grubu içerisindeki yüzde (%)	Toplam katılımcı içerisinde yüzde(%)
Doktor	Araştırma görevlisi		243	87,1	32,0
	Uzman doktor		5	1,8	0,7
	Öğretim görevlisi		7	2,5	0,9
	Doktor öğretim üyesi		11	3,9	1,5
	Doçent doktor		6	2,2	0,8
	Profesör doktor		7	2,5	0,9
	Toplam		279	100	36,8
Hemşire	Klinik hemşire n=238 (%87,9)	Servis	159	58,7	31,4
		Poliklinik	43	15,9	
		Diğer*	36	13,3	
	Yönetici hemşire		22	8,1	2,9
	Eğitim hemşiresi		11	4,0	1,4
	Toplam		271	100	35,7
	İntörn doktor		209	100	27,5

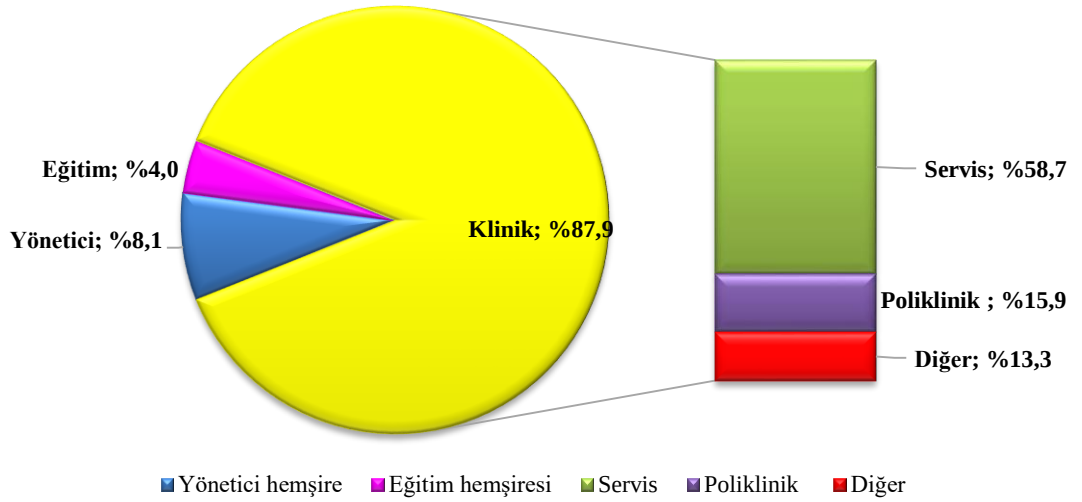
*Poliklinik ya da servis şeklinde gruplanamayan (ameliyathane, koroner anjiyo, endoskopi, hemodiyaliz, aferez, brankoskopi, kemik iliği transplantasyonu birimlerinde çalışan hemşireler)

Hekimlerin unvanlarına göre dağılımına bakıldığında; çalışmaya katılan hekimlerin %87,1'inin (n=243) araştırma görevlisi, %1,8'inin (n=5) uzman doktor, %2,5'inin (n=7) öğretim görevlisi, %3,9'unun (n=11) doktor öğretim üyesi, %2,2'sinin (n=6) doçent doktor, %2,5'inin (n=7) profesör doktor olduğu görülmüştür (Çizelge 4.1.2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %87,9'inin (n=238) klinik hemşire [servis %58,7 (n=159); poliklinik: %15,9 (n=43); diğer: %13,3 (n=36)], %8,1'inin yönetici hemşire (n=22), %4'ünün eğitim hemşiresi (n=11) olduğu tespit edilmiştir. (Çizelge 4.1.2; Şekil 4.1.3)

Şekil 4.1.3. Hemşirelerin çalışma alanlarına göre dağılımı

Hemşirelerin çalışma alanlarına göre dağılımı



İntörn doktorların çalışma alanlarının stajlara göre değişmesi (nöbet gibi özelliklerinin de bu stajlara göre değişmesi), çalıştıkları belirli bir hasta grubu olmaması, hepsinin çalışma süresinin bir yıldan az olması sebebiyle çalışma hayatı ile ilgili diğer veriler hekim ve hemşireler üzerinden (n=550) değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine bakıldığında; %3,3'ünün (n=9) lise mezunu olduğu, %0,4'ünün (n=1) halen üniversite eğitimine devam ettiği, %9,6'sının (n=26) yüksekokul ya da ön lisans mezunu, %77,5'inin (n=210) lisans, %9,2'sinin

(n=25) yüksek lisans mezunu olduğu bilgisi alınmıştır. Hekim grubunda katılımcıların %87,5'inin (n=244) halen tıpta uzmanlık eğitime devam ettiği, %12,5'inin (n=35) uzman doktor olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında; büyük bir kısmının (n=223, %40,6) 1-5 yıldır çalışmakta olduğu, bunu 6-10 yıl çalışmakta olan grubun izlediği (n=106, %19,3), bu grupları sıklığa göre sırasıyla; 20 yıl üzeri (n=75, %13,6), 16-20 yıl (n=55, %10), 11-15 yıl (n=53, %9,6), 1 yıldan az (n=36, %6,5) süredir çalışanların izlediği saptanmıştır. Çalışma sürelerinin genel ve meslek gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.1.3'de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.1.3. Hekim ve hemşirelerin çalışma süresi dağılımı

		Hekim (n=279)		Hemşire (n=271)		Toplam (n=550)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Çalışma süresi	1 yıldan az	30	10,7	6	2,2	36	6,5
	1-5 yıl	166	59,5	57	21	223	40,6
	6-10 yıl	46	16,5	60	22,1	106	19,3
	11-15 yıl	11	3,9	42	15,5	53	9,6
	16-20 yıl	12	4,3	43	15,9	55	10,0
	20 yıl üzeri	13	4,7	62	22,9	75	13,6
	Yanıtlanmamış	1	0,4	1	0,4	2	0,4

Çalışılan bölümlere bakıldığında; katılımcıların (doktor ve hemşirelerin) %65,8'i (n=362; doktor n=209; hemşire n=153) dahili, %28,2'si (n=155; doktor n=63; hemşire n=92) cerrahi, %1,1'i (n=6; doktor n=6; hemşire n=0) temel bilimler alanında görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Diğer olarak gruplanan 14 kişi (hemşire) (%2,5) idari birimler, iş güvenliği vb. alanlarda çalışan, branş gruplarına dahil edilemeyen kişilerden oluşmaktadır. Branşlara göre dağılım doktor ve hemşireler olarak gruplanarak Çizelge 4.1.4'te ayrıntılı incelenmiştir.

Çizelge 4.1.4. Çalışılan ana bölümler

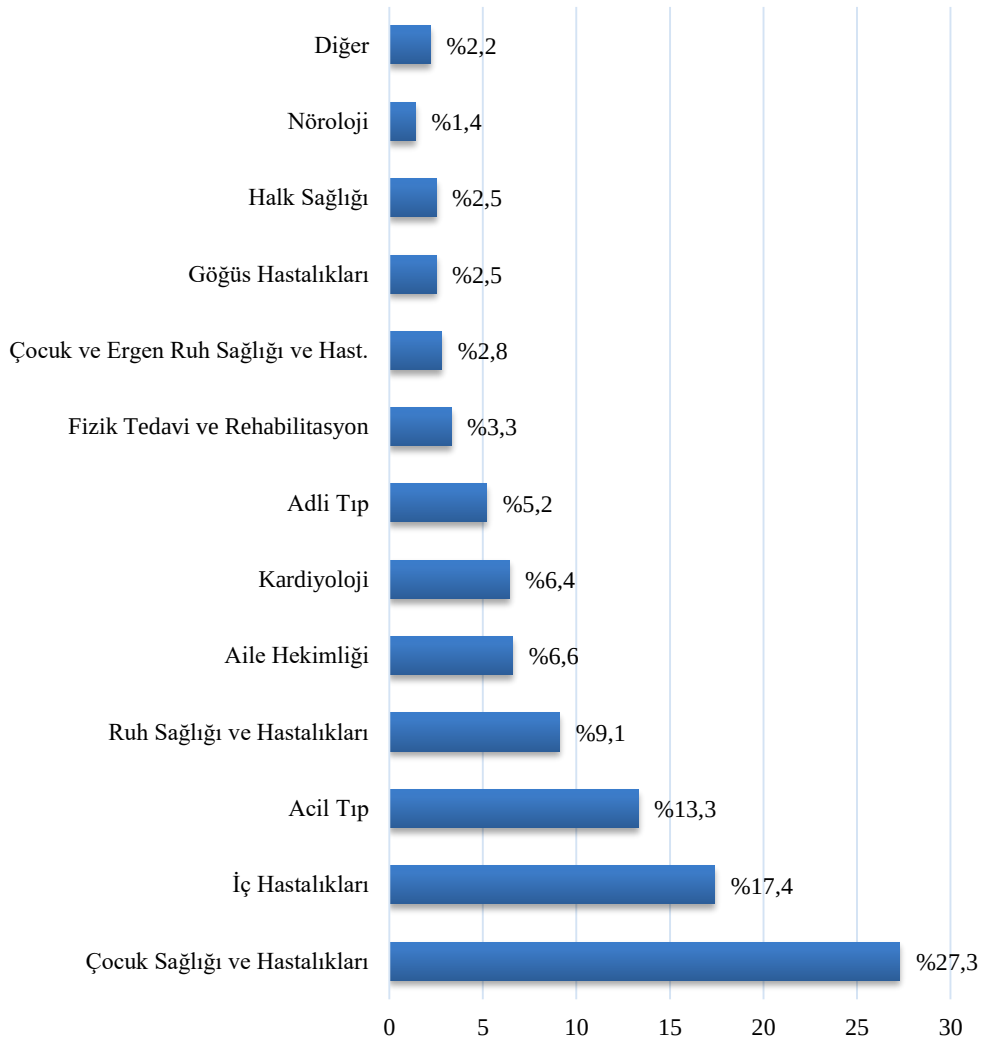
Meslek		Doktor		Hemşire		Toplam	
		(n=279)	(%)	(n=271)	(%)	(n=550)	(%)
Ana branşlar	Dahili	209	74,9	153	56,5	362	65,8
	Cerrahi	63	22,6	92	33,9	155	28,2
	Temel	6	2,1	0	-	6	1,1
	Diğer	0	-	14	5,2	14	2,5
	Yanıtlanmamış	1	0,4	12	4,4	13	2,4

Çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin dahili branşlara göre dağılımına bakıldığında; dahili branşlarda görev yapan doktor (n=209) ve hemşirelerin (n=153) %27,3'ü (n=99; doktor n=65; hemşire n=34) çocuk sağlığı ve hastalıkları, %17,4'ü (n=63; doktor n=13; hemşire n=50) iç hastalıkları, %13,3'ü (n=48; doktor n=26; hemşire n=22) acil tıp, %9,1'i (n=33; doktor n=21; hemşire n=12) ruh sağlığı ve hastalıkları, %6,6'sı (n=24; doktor n=23; hemşire n=1) aile hekimliği, %6,4'ü (n=23; doktor n=7; hemşire n=16) kardiyoloji, %5,2'si (n=19; doktor n=18; hemşire n=1) adli tıp, %3,3'ü (n=12; doktor n=7; hemşire n=5) fizik tedavi ve rehabilitasyon, %2,8'i (n=10; doktor n=10; hemşire n=0) çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, %2,5'i (n=9; doktor n=1; hemşire n=8) göğüs hastalıkları, %2,5'i (n=9; doktor n=9; hemşire n=0) halk sağlığı, %1,4'ü (n=5; doktor n=3; hemşire n=2) nöroloji ve %2,2'si (n=8; doktor n=6; hemşire n=2) diğer birimlerde (dermatoloji: n=2, doktor n=1, hemşire n=1; tıbbi farmakoloji: n=3; doktor n=3, hemşire n=0; radyasyon onkolojisi: n=3; doktor n=2, hemşire n=1;) görev yapmaktadır. Dahili branşlarda görev yapan katılımcıların genel dağılımı Şekil 4.1.4'te, hekim ve hemşirelere göre dağılımı Şekil 4.1.5'te ayrıntılandırılmıştır.

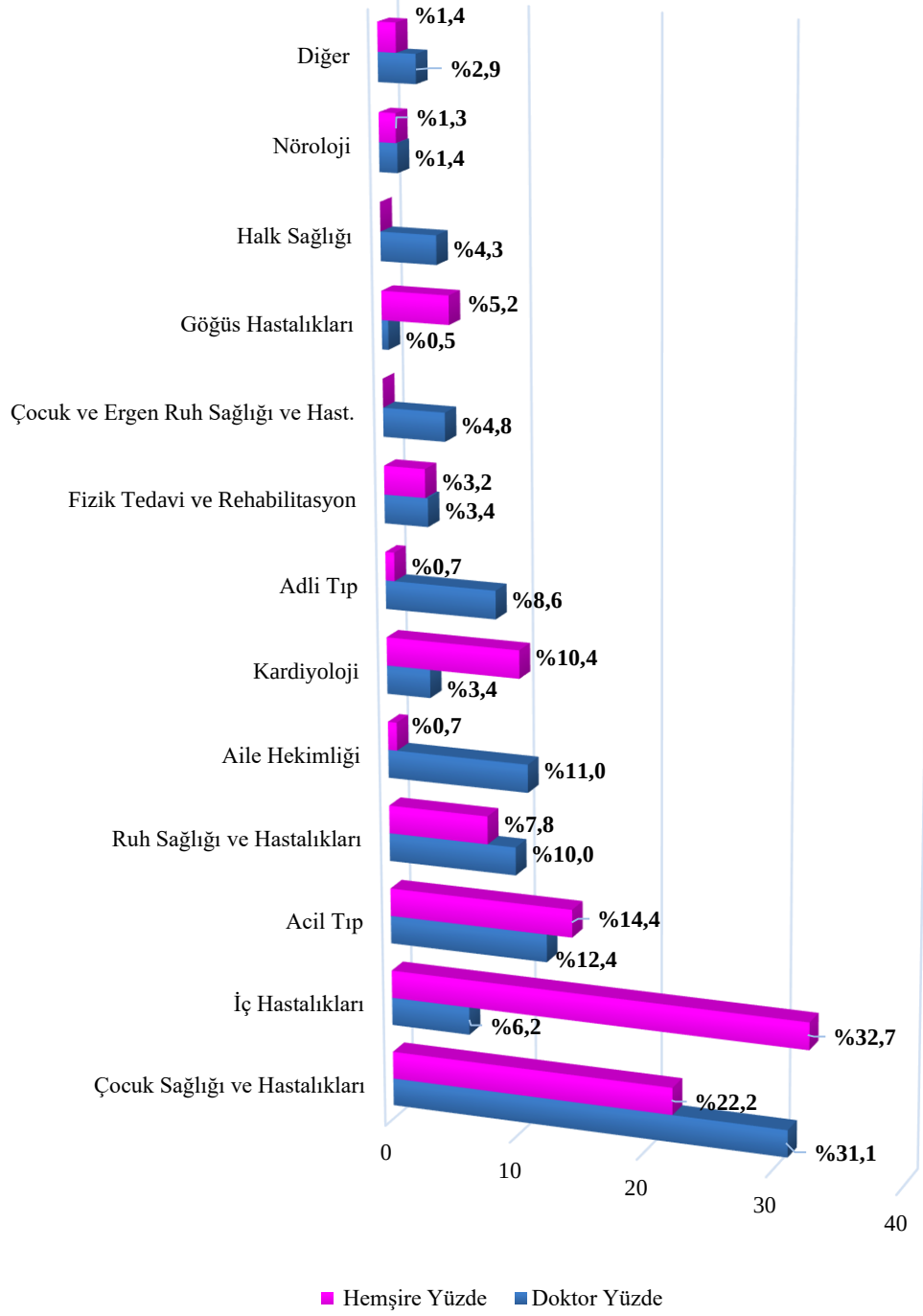
Cerrahi branşlarda görev yapan doktor (n=63) ve hemşirelerin (n=92) %18,7'si (n=29; doktor n=11; hemşire n=18) anestezi ve reanimasyon, %17,4'ü (n=27; doktor n=10; hemşire n=17) kadın hastalıkları ve doğum, %11'i (n=17; doktor n=7; hemşire n=10) genel cerrahi, %11'i (n=17; doktor n=11; hemşire n=6) ortopedi ve travmatoloji, %11'i (n=17; doktor n=0; hemşire n=17) ameliyathane-günübirlik cerrahi birimi, %6,4'ü (n=10; doktor n=6; hemşire n=4) çocuk cerrahisi, %5,2'si (n=8; doktor n=4; hemşire n=4) beyin ve sinir cerrahisi, %3,9'u (n=6; doktor n=1; hemşire n=5) kalp ve damar cerrahisi, %3,9'u (n=6; doktor n=2;

hemşire n=4) organ nakli merkezi, %3,2'si (n=5; doktor n=5; hemşire n=0) tıbbi patoloji, %3,2'si (n=5; doktor n=2; hemşire n=3) üroloji, %3,2'si (n=5; doktor n=2; hemşire n=3) göz-kulak burun boğaz, %1,3'ü (n=2; doktor n=1; hemşire n=1) plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve %0,6'sı (n=1; doktor n=1; hemşire n=0) göğüs cerrahisi birimlerinde görev yapmaktadır (Şekil 4.1.6). Cerrahi branşlarda görev yapan katılımcıların genel dağılımı Şekil 4.1.6'da, hekim ve hemşirelere göre dağılım Şekil 4.1.7'de ayrıntılandırılmıştır.

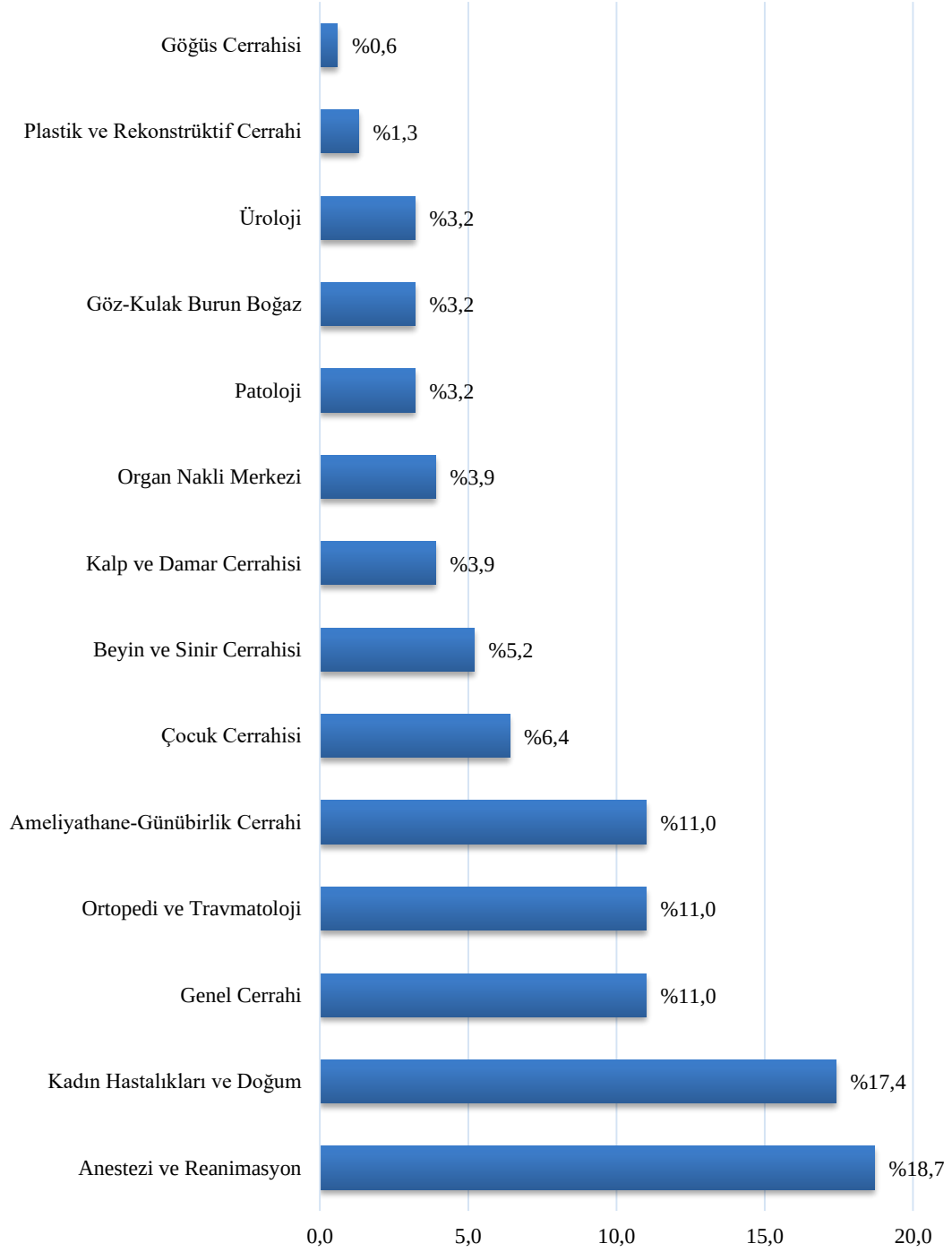
Şekil 4.1.4. Dahili branşlara göre katılımcıların (hekim ve hemşire) genel dağılımı (n=362)



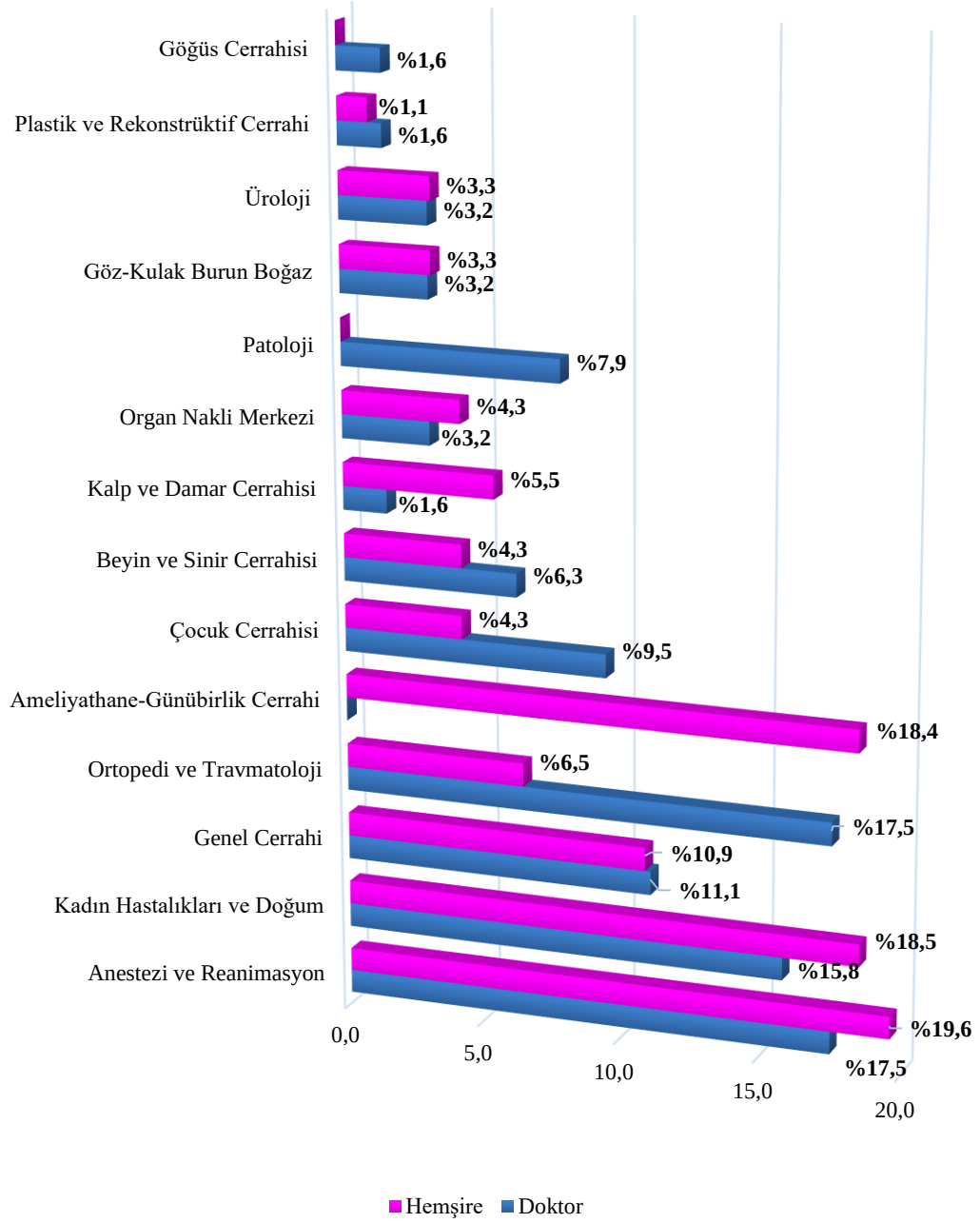
Şekil 4.1.5. Doktor (n=209) ve hemşirelerin (n=153) dahili branşlara göre dağılımları



Şekil 4.1.6. Cerrahi branşlara göre katılımcıların (hekim ve hemşire) genel dağılımı (n=155)



Şekil 4.1.7. Doktor (n=63) ve hemşirelerin (n=92) cerrahi branşlara göre dağılım



Hekim ve hemşirelerin yarısından fazlasının (n=355, %64,6) çalıştığı birimde nöbet tuttuğu saptanmıştır. Nöbet tutup tutmama ile ilgili anket sorularına verilen yanıtlar Çizelge 4.1.5'te özetlenmiştir.

Çizelge 4.1.5. Nöbet tutulup tutulmadığı hakkındaki veriler

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		Toplam (n=550)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Nöbet	Nöbet var	193	69,2	162	59,8	355	64,6
	Nöbet yok	85	30,4	106	39,1	191	34,7
	Belirtilmemiş	1	0,4	3	1,1	4	0,7

Hasta ile yüz yüze etkileşim varlığı konusunda verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; katılımcıların %94,5'inin (n=520) hasta ile etkileşim içinde olduğu, %5,5'inin (n=30) hasta etkileşimi olmayan birimlerde çalıştığı bildirilmiştir (Çizelge 4.1.6).

Çizelge 4.1.6. Hasta ile yüz yüze etkileşim varlığı

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		Toplam (n=550)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Hasta etkileşimi	Etkileşimi var	256	91,8	264	97,4	520	94,5
	Etkileşimi yok	23	8,2	7	2,6	30	5,5

Hasta ile yüz yüze teması olduğunu belirten 256 doktor, 264 hemşire olmak üzere toplam 520 katılımcının %59'unun (n=307) konuşma ve muayene etme, %19'unun (n=99) hasta bakım hizmeti, %21,2'sinin (n=110) her ikisi de yanıtını verdiği saptanmıştır (Çizelge 4.1.7)

Doktorların %16,5'i (n=46), hemşirelerin %8,9'u (n=24), intörn doktorların %12,4'ü (n=26) ve genel olarak katılımcıların %12,7'si (n=96) hastanede şiddet konusunda uygulanan bir prosedür bulunmadığını belirtmiştir. Yerleşik bir prosedür olduğunu belirtenlerin (n=96; %12,7) prosedür hakkındaki bilgilerinin olup olmadığı sorgulandığında; doktorların %41,1'i (n=95), hemşirelerin %11,2'si (n=27), intörn doktorların %81,1'i (n=146) ve genel olarak katılımcıların %41'i (n=268) hastanede uygulanan bir prosedür olduğunu, ancak kendilerinin bu prosedürün uygulanışı konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.8)

Çizelge 4.1.7. Çalışanların hasta ile iletişim tipleri

		Doktor (n=256)		Hemşire (n=264)		Toplam (n=520)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
İletişim tipi	Konuşma ve muayene	233	91,0	74	28,0	307	59,0
	Hasta bakım hizmeti	1	0,4	98	37,1	99	19,0
	Her ikisi de	20	7,8	90	34,1	110	21,2
	Yanıtlanmamış	2	0,8	2	0,8	4	0,8

Çizelge 4.1.8. Şiddet durumunda uygulanacak prosedür hakkında bilgi düzeyleri

			Evet		Hayır	Yanıt yok
			Toplam	Prosedüre ait bilgisi		
Hastanenede şiddet bildirimi için bir prosedür var mı?	Doktor (n=279)	Sayı (n)	231	Bilgisi var	46	2
				Bilgisi yok		
		Yüzde (%)	%82,8	Bilgisi var	%16,5	%0,7
				Bilgisi yok		
	Hemşire (n=271)	Sayı (n)	242	Bilgisi var	24	5
				Bilgisi yok		
		Yüzde (%)	%89,3	Bilgisi var	%8,9	%1,8
				Bilgisi yok		
	İntörn doktor (n=209)	Sayı (n)	180	Bilgisi var	26	3
				Bilgisi yok		
		Yüzde (%)	%86,2	Bilgisi var	%12,4	%1,4
				Bilgisi yok		
	Toplam (n=759)	Sayı (n)	653	Bilgisi var	96	10
				Bilgisi yok		
		Yüzde (%)	%86,0	Bilgisi var	%12,7	%1,3
				Bilgisi yok		

Genel olarak katılımcıların %55,5'i (n=421) hastanede çalışanların şiddetten korunması için alınmış bir önlem olmadığını, %46,9'u (n=356) bildirim konusunda teşvik edilmediklerini ve %68,1'i (n=517) şiddet konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Şiddetten korunma konusunda alınmış önlem varlığı, bildirime teşvik ve şiddet ile ilgili eğitim hakkında kişilerin verdiği cevapların dağılımı Çizelge 4.1.9'da ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.1.9. Şiddet konusunda alınmış önlem, bildirime teşvik ve şiddet ile ilgili eğitim durumları hakkında katılımcıların verdiği cevapların dağılımı

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddet için alınmış önlem	Evet	103	36,9	119	43,9	96	45,9	318	41,9
	Hayır	170	60,9	142	52,4	109	52,2	421	55,5
	Yanıtlanmamış	6	2,2	10	3,7	4	1,9	20	2,6
Bildirime teşvik	Evet	102	36,6	186	68,6	104	49,8	392	51,6
	Hayır	173	62,0	80	29,5	103	49,3	356	46,9
	Yanıtlanmamış	4	1,4	5	1,9	2	0,9	11	1,5
Şiddet ile ilgili eğitim	Evet	53	19,0	118	43,5	64	30,6	235	31,0
	Hayır	224	80,3	149	55,0	144	68,9	517	68,1
	Yanıtlanmamış	2	0,7	4	1,5	1	0,5	7	0,9

Tüm katılımcıların %19,2'si (n=146) Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER), Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ya da Hasta Hakları Biriminden en az birine kendileri hakkında yapılmış bir şikayet bulunduğunu belirtmiştir. İntörn doktorların hiçbiri hakkında yapılmış bir şikayet bulunmamaktadır. Doktor ve hemşire grubu (n=550) kendi içinde değerlendirildiğinde; haklarında şikayette bulunulmuş olma oranı %26,5 (n=146) olup sadece doktorların %42,3 (n=118) oranında, sadece hemşirelerin ise %10,3 (n=28) oranında şikayet edilmiş olduğu belirtilmiştir (Çizelge 4.1.10).

Çizelge 4.1.10. Katılımcıların, haklarında yapılmış CİMER, BİMER, SABİM ya da Hasta Hakları Birimi şikayeti varlığına göre dağılımları

	Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Doktor Hemşire (n=550)		Toplam (n=759)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şikayet var	118	42,3	28	10,3	-	-	146	26,5	146	19,2
Şikayet yok	161	57,7	241	88,9	209	100	402	73,1	611	80,5
Yanıtlanmamış	-	-	2	0,8	-	-	2	0,4	2	0,3

Haklarında yapılmış en az bir şikayet bulunan katılımcıların %15,8'i (n=23) hakkında idari inceleme yapıldığı, bu inceleme neticesinde %2,7'sinin (n=4) disiplin cezası aldığı, şikayet ile ilgili adli sürecin başladığı olgularda katılımcılardan hiçbirinin adli süreç sonucunda ceza almadığı bilgisi alınmıştır (Çizelge 4.1.11).

Katılımcıların %4,6'sı (n=35) bilinen bir psikiyatrik hastalığı olduğunu, %86,4'ü (n=656) psikiyatrik hastalığı olmadığını belirtmiş, %9'u (n=68) bu soruya yanıt vermemiştir. Psikiyatrik hastalığı olduğunu belirten kişilerin %37,5'i (n=15) anksiyete-panik bozukluk, %27,5'i depresyon (n=11), %10'u (n=4) obsesif kompulsif bozukluk, %10'u (n=4) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %5'i (n=2) bipolar bozukluk tanısı olduğunu belirtmiş, %5'i (n=2) diğer psikiyatrik hastalıklar başlığında gruplandırılmıştır [1 kişi (%2,5) serotonin eksikliği olduğunu belirtmiş, 1 kişi (%2,5) psikiyatrik hastalık belirtmemiş ancak stres sebebiyle psikiyatrik ilaç kullandığını ifade etmiştir.]. Psikiyatrik hastalığı olduğunu belirtenlerin %5'i (n=2) ise; var olan psikiyatrik hastalığının ne olduğunu belirtmemiştir (Birden fazla psikiyatrik hastalık belirtilebildiğinden toplam sayı, psikiyatrik hastalığı olduğunu belirten kişi sayısından fazladır.). Gruplar özelinde değerlendirildiğinde; doktorların %6,8'inin (n=19) psikiyatrik hastalığı olduğu, %88,9'unun (n=248) olmadığı, %4,3'ünün (n=12) soruyu yanıtlamadığı; hemşirelerin %3,3'ünün (n=9) psikiyatrik hastalığı olduğu, %88,2'inin (n=239) olmadığı, %8,5'inin (n=23) soruyu yanıtlamadığı; intörn doktorların %3,3'ünün

(n=7) psikiyatrik hastalığı olduğu, %80,9'unun (n=169) olmadığı, %15,8'inin (n=33) soruyu yanıtlamadığı saptanmıştır.

Çizelge 4.1.11. Haklarında Hasta Hakları Birimi, BİMER, CİMER ya da SABİM şikayeti olanlarda idari inceleme ya da adli inceleme varlığı*

		Doktor (n=118)		Hemşire (n=28)		Toplam (n=146)	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İdari inceleme	Evet	16	13,6	7	25,0	23	15,8
	Hayır	100	84,7	20	71,4	120	82,2
	Yanıtlanmamış	2	1,7	1	3,6	3	2,1
Disiplin cezası	Evet	3	2,5	1	3,7	4	2,7
	Hayır	114	96,7	26	92,6	140	95,9
	Yanıtlanmamış	1	0,8	1	3,7	2	1,4
Adli sürece taşındı mı?	Adli sürece gidilmedi	46	39,0	11	39,2	57	39,0
	Soruşturma aşamasında	5	4,2	-	-	5	3,4
	Kovuşturma aşamasında	-	-	1	3,6	1	0,7
	Dava aşamasında	2	1,7	-	-	2	1,4
	Ceza aldım	-	-	-	-	-	-
	Ceza almadım	64	54,3	15	53,6	79	54,1
	Yanıtlanmamış	1	0,8	1	3,6	2	1,4

*İntörn doktorın hiçbirinin hakkında yapılmış şikayet bulunmadığından tabloda yer verilmemiştir.

4.2. Ev İçi Şiddet-Partner Şiddeti Verileri

Çalışmaya katılan gönüllülerin %10,5'i (n=80) ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir. Doktorlarda bu oran %12,2 (n=34), hemşirelerde %13,3 (n=36) iken, intörn doktorlarda %4,8'dir (n=10). Tüm katılımcılar içerisinde kadınların %11,6'sı (n=61), erkeklerin %8,1'i (n=19) ev içi

şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir. Ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirten kişilerin en sık duygusal-sözel şiddete maruz kaldığı (n=71, %88,8), ardından sırasıyla; orta düzey fiziksel şiddet (n=41, %51,3), ağır düzey fiziksel şiddet (n=10, %12,5) ve cinsel şiddete (n=5, %6,3) maruz kaldığı ifade edilmiştir (Çizelge 4.2.1).

Çizelge 4.2.1 Ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirten kişilerin maruz kaldığı şiddet tipi*

	Doktor (n=34)			Hemşire (n=36)			İntörn doktor (n=10)			Toplam (n=80)		
	Sayı (n)	(%)***	Genel **** (%)	Sayı (n)	(%)***	Genel **** (%)	Sayı (n)	(%)***	Genel **** (%)	Sayı (n)	(%)***	Genel **** (%)
Duygusal-sözel şiddet	30	88,2	10,8	33	91,7	12,2	8	80,0	3,8	71	88,8	9,4
Orta düzeyde fiziksel şiddet**	21	61,8	7,5	14	38,9	5,2	6	60,0	2,9	41	51,3	5,4
Ağır düzeyde fiziksel şiddet**	3	8,8	1,1	6	16,7	2,2	1	10,0	0,5	10	12,5	1,3
Cinsel şiddet	1	2,9	0,4	3	8,3	1,1	1	10,0	0,5	5	6,3	0,7
Yanıtlanmamış	2	5,9	0,7	4	11,1	1,5	3	30,0	1,4	9	11,3	1,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı, şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

**Fiziksel orta düzey ve ağır düzey gruplaması için DSÖ'nün önerdiği sınıflamadan yararlanılmıştır [100].

***Şiddete maruz kalanlar içinde yüzde

****Meslek grubu içinde veya tüm katılımcılarda yüzde

Katılımcıların geneline bakıldığında; en sık şiddet uygulayan grubun ebeveynler olduğu (n=27, %33,8) görülmüştür. Şiddete maruz kalan kadınlarda en sık şiddet uygulayan ilk üç grubun sırasıyla; ebeveyn (n=20, %32,8), partner (n=19, %31,1), eş-eski eş (n=18, %29,5), erkeklerde ise; ebeveyn (n=7, %36,8), baba (n=5, %26,3) ve partner (n=3, %15,8) olduğu görülmektedir. Diğer seçeneğini işaretleyen 8 kişinin (%10) 5 tanesi (%6,3) kardeşi tarafından, 1'er (%1,3) kişi ise; üvey baba,

kayın valide ve arkadaşı tarafından şiddet gördüğünü belirtmiştir. Şiddet uygulayan kişilerin dağılımı Çizelge 4.2.2’de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.2.2. Cinsiyete göre şiddet uygulayan kişilerin dağılımı

	Şiddet uygulayan kişi*											
	Ebeveyn		Anne		Baba		Eş-eski eş		Partner		Diğer	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Kadın (n=61)	20	32,8	3	4,9	9	14,8	18	29,5	19	31,1	6	9,8
Erkek (n=19)	7	36,8	1	5,3	5	26,3	1	5,3	3	15,8	2	10,5
Toplam (n=80)	27	33,8	4	5,0	14	17,5	19	23,8	22	27,5	8	10,0

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır.

Ev içi şiddete uğrayan kişiler en çok toplamda 2-4 defa (n=29, %36,2) şiddet gördüklerini, uygulanan bu şiddetin yıllara yayılmış olduğunu (n=30, %37,5) belirtmişlerdir. Ev içi-partner şiddeti sıklığı ve süresi Çizelge 4.2.3 ve Çizelge 4.2.4’te ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.2.3. Katılımcıların ev içi-partner şiddetine maruz kalma sıklığı

		Kadın (n=61)		Erkek (n=19)		Toplam (n=80)	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kaç defa?	1 defa	10	16,4	5	26,3	15	18,8
	2-4 defa	23	37,7	6	31,6	29	36,2
	5-10 defa	13	21,3	3	15,8	16	20,0
	Ayda birkaç kez	11	18,0	5	26,3	16	20,0
	Neredeyse her hafta	3	4,9	-	-	3	3,8
	Neredeyse her gün	1	1,7	-	-	1	1,2

Çizelge 4.2.4. Ev içi-partner şiddeti süresinin dağılımı

		Kadın (n=61)		Erkek (n=19)		Toplam (n=80)	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Süre	Tek sefer	11	18,0	4	21,1	15	18,8
	Günler boyunca	1	1,6	-	-	1	1,2
	Haftalar boyunca	4	6,6	-	-	4	5,0
	Yıllar boyunca	25	41,0	5	26,3	30	37,5
	Yanıtlanmamış	20	32,8	10	52,6	30	37,5

4.3. İş Yerinde Şiddet Maruziyetine Ait Veriler

4.3.1. İş Yeri Şiddeti Maruziyeti Konusunda Endişe Düzeyi

Doktorların %72,8'inin (n=203), hemşirelerin %78,7'sinin (n=213), intörn doktorların %67'sinin (n=140) ve genel olarak katılımcıların %73,3'ünün (n=556) iş yerinde şiddete uğramak konusunda endişe düzeylerinin orta, oldukça fazla veya çok fazla olduğu, saptanmıştır. Katılımcıların iş yerinde şiddet görme endişe düzeyleri konusunda verilen cevapları, endişe seviyelerine ait sıklıkları ve bu oranların mesleğe göre dağılımı Çizelge 4.3.1.1'de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.1.1. İş yerinde şiddete uğrama konusunda endişe düzeyleri

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddet konusunda endişe düzeyi	Hiç değil (1)	32	11,4	12	4,4	20	9,6	64	8,4
	Hafif (2)	44	15,8	41	15,1	47	22,5	132	17,4
	Orta (3)	87	31,2	114	42,1	62	29,7	263	34,7
	Oldukça (4)	72	25,8	59	21,8	50	23,9	181	23,8
	Çok (5)	44	15,8	40	14,8	28	13,4	112	14,8
	Yanıt yok	-	-	5	1,8	2	0,9	7	0,9

4.3.2. Son 12 Ayda Maruz Kalınan ve Tanık Olunan Şiddet Türleri

Katılımcıların %49,3'ü (n=374) son 12 ay süresince hiçbir şiddet türüne maruz kalmadığını, %50,7'si (n=385) son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir. Doktorların %56,3'ü (n=157), hemşirelerin %55,7'si (n=151), intörn doktorların %36,8'i (n=77) son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir. Son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten kişilerden %88,1'i (n=339) sadece sözel şiddete, %0,5'i (n=2) sadece fiziksel şiddete, %0,3'ü (n=1) sadece cinsel şiddete, %8,8'i (n=34) sözel ve fiziksel şiddete, %1,3'ü (n=5) sözel ve cinsel şiddete, %1'i (n=4) sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.2.1).

Çizelge 4.3.2.1. Son 12 ay içerisinde iş yerinde şiddet maruziyeti bulunanların, maruz kaldıkları şiddet tiplerine göre dağılımı*

		Doktor		Hemşire		İntörn doktor		Toplam	
		%** (n=157)	Genel %*** (n=279)	%** (n=151)	Genel %*** (n=271)	%** (n=77)	Genel %*** (n=209)	%** (n=385)	Genel %*** (n=759)
	Sadece sözel	87,9 n=138	49,5 n=138	85,4 n=129	47,6 n=129	93,5 n=72	34,4 n=72	88,1 n=339	44,7 n=339
	Sadece fiziksel	n=0	n=0	0,7 n=1	0,4 n=1	1,3 n=1	0,5 n=1	0,5 n=2	0,3 n=2
	Sadece cinsel	n=0	n=0	n=0	n=0	1,3 n=1	0,5 n=1	0,3 n=1	0,1 n=1
	Sözel fiziksel	10,2 n=16	5,7 n=16	9,9 n=15	5,5 n=15	3,9 n=3	1,4 n=3	8,8 n=34	4,5 n=34
	Sözel cinsel	1,3 n=2	0,7 n=2	2,0 n=3	1,1 n=3	n=0	n=0	1,3 n=5	0,7 n=5
	Sözel fiziksel cinsel	0,6 n=1	0,4 n=1	2,0 n=3	1,1 n=3	n=0	n=0	1,0 n=4	0,5 n=4

*Katılımcıların %49,3'ü (n=374) son 12 ayda hiç şiddete maruz kalmadığını (Doktorların %43,7'si (n=122), hemşirelerin %44,3'ü (n=120), intörn doktorların %63,2'si (n=132) belirtmiştir. **Şiddete maruz kalanlar içindeki yüzde

***Tüm katılımcılar/meslek grubu içindeki tüm katılımcılar içinde yüzde

Tek tek şiddet türlerinin frekanslarına bakıldığında; katılımcılarda son 12 ay içerisinde iş yerinde sözel şiddet maruziyeti %50,3 (n=382) olarak belirlenmiş olup, bu oran doktorlarda %56,3 (n=157), hemşirelerde %55,4 (n=150), intörn doktorlarda %35,9'dur (n=75) (Çizelge 4.3.2.2).

Çizelge 4.3.2.2. Son 12 ayda sözel şiddet maruziyeti

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
12 ayda sözel şiddet	Evet	157	56,3	150	55,4	75	35,9	382	50,3
	Hayır	121	43,4	121	44,6	133	63,6	375	49,4
	Yanıtlanmamış	1	0,3	-	-	1	0,5	2	0,3

Son 12 ay içerisinde kaç defa sözel şiddet görüldüğüne dair soruya katılımcıların yaklaşık yarısı (n=192, %50,3) 2-4 defa şiddete maruz kaldıkları yanıtını vermiş, bunu 1 defa şiddet maruziyeti (n=84, %22) izlemiştir. Dolayısı ile sözel şiddete maruz kalan grubun %78'i (n=298) son 12 ayda birden fazla kez sözel şiddete uğramıştır (Çizelge 4.3.2.3).

Çizelge 4.3.2.3. Son 12 ayda sözel şiddete uğradığını belirtenlerde maruz kalınan sözel şiddet sıklığı

		Doktor (n=157)		Hemşire (n=150)		İntörn doktor (n=75)		Toplam (n=382)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda sözel şiddet sıklığı	1 defa	30	19,1	32	21,3	22	29,3	84	22,0
	2-4 defa	72	45,9	82	54,7	38	50,7	192	50,3
	5-10 defa	27	17,2	12	8,0	8	10,6	47	12,3
	Ayda birkaç kez	17	10,8	9	6,0	3	4,0	29	7,6
	Neredeyse her hafta	8	5,1	11	7,3	2	2,7	21	5,5
	Neredeyse her gün	3	1,9	4	2,7	2	2,7	9	2,3

Katılımcıların %62,6'sı (n=475) son 12 ayda en az bir kere sözel şiddete tanık olduklarını belirtmişlerdir. Doktorlarda şiddet tanıklığı %69,9 (n=195); hemşirelerde %62 (n=168); intörn doktorlarda %53,6 (n=112) olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.3.2.4).

Çizelge 4.3.2.4. Son 12 ayda sözel şiddete tanık olma

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda sözel şiddete tanık oldum	Evet	195	69,9	168	62,0	112	53,6	475	62,6
	Hayır	81	29,0	102	37,6	92	44,0	275	36,2
	Yanıtlanmamış	3	1,1	1	0,4	5	2,4	9	1,2

Tüm katılımcılarda son 12 ay içerisinde iş yerinde fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı %5,3 (n=40) olarak belirlenmiş olup, bu oran doktorlarda %6,1 (n=17); hemşirelerde %7 (n=19); intörn doktorlarda %1,9'dur (n=4) (Çizelge 4.3.2.5).

Çizelge 4.3.2.5. Son 12 ayda fiziksel şiddet maruziyeti

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda fiziksel şiddet maruziyeti	Evet	17	6,1	19	7,0	4	1,9	40	5,3
	Hayır	259	92,8	250	92,3	201	96,2	710	93,5
	Yanıtlanmamış	3	1,1	2	0,7	4	1,9	9	1,2

Son 12 ay içerisinde kaç defa fiziksel şiddet görüldüğüne dair soruya katılımcıların yarısından fazlası (n=24, %60) 1 defa şiddete maruz kaldığı yanıtını vermiş, bunu 2-4 defa şiddete maruz kaldığını belirtenler (n=14, %35) izlemiştir

(Çizelge 4.3.2.6). Genel olarak fiziksel şiddete uğramış grubun %40'ında (n=16) fiziksel şiddet birden çok defa yaşanmıştır.

Çizelge 4.3.2.6. Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddet maruziyeti sıklığı*

		Doktor (n=17)		Hemşire (n=19)		İntörn doktor (n=4)		Toplam (n=40)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda fiziksel şiddet sıklığı	1 defa	10	58,8	11	57,9	3	75,0	24	60,0
	2-4 defa	6	35,3	7	36,8	1	25,0	14	35,0
	5-10 defa	1	5,9	0	-	0	-	1	2,5
	Yanıtlanmamış	0	-	1	5,3	0	-	1	2,5

*Anket formunda bulunan “Ayda birkaç kez”, “Neredeyse her hafta”, ve “Neredeyse her gün” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiş, bu sebeple tabloda yer verilmemiştir.

Katılımcıların %18,7'si (n=142) son 12 ayda en az bir kere fiziksel şiddete tanık olduklarını belirtmişlerdir. Doktorların %22,2'si (n=62); hemşirelerin %21,8'i (n=59); intörn doktorların %10'u (n=21) son 12 ayda iş yerinde fiziksel şiddete tanık olmuştur (Çizelge 4.3.2.7).

Çizelge 4.3.2.7. Son 12 ayda fiziksel şiddete tanık olma

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda fiziksel şiddet tanıklığı	Evet	62	22,2	59	21,8	21	10,0	142	18,7
	Hayır	207	74,2	206	76,0	181	86,6	594	78,3
	Yanıtlanmamış	10	3,6	6	2,2	7	3,4	23	3,0

Tüm katılımcıların %1,3'ü (n=10) son 12 ay içerisinde iş yerinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiş olup, bu oran doktorlarda %1,1 (n=3), hemşirelerde %2,2 (n=6), intörn doktorlarda ise; %0,5'dir (n=1) (Çizelge 4.3.2.8).

Çizelge 4.3.2.8. Son 12 ayda cinsel şiddet maruziyeti

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda cinsel şiddet maruziyeti	Evet	3	1,1	6	2,2	1	0,5	10	1,3
	Hayır	270	96,8	262	96,7	205	98,1	737	97,1
	Yanıtlanmamış	6	2,1	3	1,1	3	1,4	12	1,6

Son 12 ay içerisinde kaç defa cinsel şiddet görüldüğüne dair soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (n=7, %70) 1 defa şiddete maruz kaldıkları yanıtını vermiş, bunu 2 defa şiddet maruziyeti (n=2, %20) izlemiştir (Çizelge 4.3.2.9). Cinsel şiddete maruz kalan grubun %30'u (n=3) son 12 ayda birden çok defa cinsel şiddete uğramıştır.

Çizelge 4.3.2.9. Son 12 ayda cinsel şiddete uğradığını belirten kişilerde maruz kalınan cinsel şiddet sıklığı

		Doktor (n=3)		Hemşire (n=6)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=10)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda cinsel şiddet sıklığı	1 defa	3	100,0	3	50,0	1	100,0	7	70,0
	2-4 defa	0	-	2	33,3	0	-	2	20,0
	Ayda birkaç kere	0	-	1	16,7	0	-	1	10,0

Katılımcıların %3,4'ü (n=26) son 12 ayda en az bir kere cinsel şiddete tanık olduklarını belirtmiş olup, bu oran doktorlarda %2,5 (n=7); hemşirelerde %6,3 (n=17); intörn doktorlarda ise; %0,9'dur (n=2) (Çizelge 4.3.2.10).

Çizelge 4.3.2.10. Son 12 ayda cinsel şiddete tanık olma

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda cinsel şiddet tanıklığı	Evet	7	2,5	17	6,3	2	0,9	26	3,4
	Hayır	264	94,6	246	90,8	201	96,2	711	93,7
	Yanıtlanmamış	8	2,9	8	2,9	6	2,9	22	2,9

Tüm katılımcıların %6,2'si (n=47) son 12 ayda (tanık olunan ya da bizzat maruz kalınan) “iş yerinde şiddet olayını raporladıklarını” belirtmişlerdir. Doktorlarda bu oran %9,3 (n=26); hemşirelerde %6,7 (n=18) ve intörn doktorlarda %1,4 (n=3) olarak saptanmıştır (Çizelge 4.3.2.11).

Çizelge 4.3.2.11. Son 12 ayda tanık olunan ya da bizzat maruz kalınan “iş yerinde şiddet olayını raporlama” sıklığı

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 12 ayda şiddet raporlama	Evet	26	9,3	18	6,7	3	1,4	47	6,2
	Hayır	235	84,2	244	90,0	199	95,2	678	89,3
	Yanıtlanmamış	18	6,5	9	3,3	7	3,4	34	4,5

4.3.3. Meslek Hayatı Boyunca Maruz Kalınan Şiddet Türleri

Katılımcıların %28,6'sı (n=217) meslek hayatları boyunca hiçbir şiddet türüne maruz kalmadığını, %71,4'si (n=542) meslek hayatları boyunca en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir [Doktorlarda meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti: %84,9 (n=237); hemşirelerde: %81,2 (n=220); intörn doktorlarda: %40,7 (n=85)]. Meslek hayatları boyunca en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten kişilerden %76,9'i (n=417) sadece sözel şiddete, %0,6'sı (n=3)

sadece fiziksel şiddete, %0,4'ü (n=2) sadece cinsel şiddete, %18,1'i (n=98) sözel ve fiziksel şiddete, %1,8'i (n=10) sözel ve cinsel şiddete, %2,2'si (n=12) sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.3.1).

Çizelge 4.3.3.1. Meslek hayatı boyunca şiddet tiplerine göre iş yerinde şiddet maruziyeti*

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		%** (n=237)	Genel %*** (n=279)	%** (n=220)	Genel %*** (n=271)	%** (n=85)	Genel %*** (n=209)	%** (n=542)	Genel %*** (n=759)
	Sadece sözel	73,8 n=175	62,7 n=175	74,1 n=163	60,1 n=163	92,9 n=79	37,8 n=79	76,9 n=417	54,9 n=417
	Sadece fiziksel	n=0	n=0	0,9 n=2	0,7 n=2	1,2 n=1	0,5 n=1	0,6 n=3	0,4 n=3
	Sadece cinsel	n=0	n=0	0,5 n=1	0,4 n=1	1,2 n=1	0,5 n=1	0,4 n=2	0,3 n=2
	Sözel fiziksel	23,2 n=55	19,7 n=55	17,7 n=39	14,4 n=39	4,7 n=4	1,9 n=4	18,1 n=98	12,9 n=98
	Sözel cinsel	1,3 n=3	1,1 n=3	3,2 n=7	2,6 n=7	n=0	n=0	1,8 n=10	1,3 n=10
	Sözel fiziksel cinsel	1,7 n=4	1,4 n=4	3,6 n=8	3,0 n=8	n=0	n=0	2,2 n=12	1,6 n=12

*Katılımcıların %28,6'sı (n=217) meslek hayatı boyunca hiç şiddete maruz kalmadığını (Doktorların %15,1'i (n=42), hemşirelerin %18,8'i (n=51), intörn doktorların %59,3'ü (n=124) belirtmiştir.

**Şiddete maruz kalanlar içindeki yüzde

*** Tüm katılımcılar/meslek grubu içindeki tüm katılımcılar içinde yüzde

Tek tek şiddet türlerine bakıldığında; katılımcıların meslek hayatı boyunca iş yerinde sözel şiddet maruziyeti %70,8 (n=537) olarak belirlenmiş olup, bu oran doktorlarda %84,9 (n=237); hemşirelerde %80,1 (n=217); intörn doktorlarda %39,7'dir (n=83) (Çizelge 4.3.3.2).

Çizelge 4.3.3.2. Meslek hayatı boyunca sözel şiddet maruziyeti

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Meslek hayatında sözel şiddet	Evet	237	84,9	217	80,1	83	39,7	537	70,8
	Hayır	42	15,1	54	19,9	125	59,8	221	29,1
	Yanıtlanmamış	-	-	-	-	1	0,5	1	0,1

Meslek hayatı boyunca maruz kalınan sözel şiddet sayısının en sık 2-4 defa (n=205, %38,2) ve 5-10 defa (n=160, %29,8) olduğu belirlenmiş, katılımcıların %11,4'ü (n=61) 1 defa sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiş, diğer katılımcıların (n=476, %88,6) meslek hayatları boyunca birden fazla defa sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu husustaki veriler Çizelge 4.3.3.3'de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.3.3. Meslek hayatı boyunca sözel şiddete uğradığını belirten kişilerde maruz kalınan sözel şiddet sıklığı

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Meslek hayatı boyunca sözel şiddet sıklığı	1 defa	20	8,4	14	6,5	27	32,5	61	11,4
	2-4 defa	97	40,9	73	33,6	35	42,2	205	38,2
	5-10 defa	72	30,4	76	35,0	12	14,5	160	29,8
	Ayda birkaç kez	32	13,5	34	15,7	3	3,6	69	12,8
	Neredeyse her hafta	11	4,7	15	6,9	3	3,6	29	5,4
	Neredeyse her gün	4	1,7	5	2,3	3	3,6	12	2,2
	Yanıtlanmamış	1	0,4	-	-	-	-	1	0,2

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca iş yerinde fiziksel şiddet maruziyeti sıklığı %14,9 (n=113) olarak belirlenmiş olup, bu oran doktorlarda %21,1 (n=59), hemşirelerde %18,1 (n=49), intörn doktorlarda %2,4'tür (n=5) (Çizelge 4.3.3.4).

Çizelge 4.3.3.4. Meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet maruziyeti

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet maruziyeti	Evet	59	21,1	49	18,1	5	2,4	113	14,9
	Hayır	217	77,8	220	81,2	200	95,7	637	83,9
	Yanıtlanmamış	3	1,1	2	0,7	4	1,9	9	1,2

İş yerinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerde; meslek hayatı boyunca maruz kalınan fiziksel şiddet sıklığı, katılanların %56,6'sında (n=64) 1 kez, %30,1'inde (n=34) 2-4 kez olup, fiziksel şiddet yaşayanların %43,4'ü (n=49) şiddete birden çok defa maruz kaldığını bildirmiştir. Bu husustaki veriler Çizelge 4.3.3.5'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çizelge 4.3.3.5. Meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet maruziyeti sıklığı*

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor(n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Meslek hayatı boyunca fiziksel şiddet sıklığı	1 defa	34	57,6	26	53,1	4	80,0	64	56,6
	2-4 defa	18	30,5	15	30,6	1	20,0	34	30,1
	5-10 defa	5	8,5	4	8,2	0	-	9	8,0
	Ayda birkaç kez	2	3,4	2	4,1	0	-	4	3,5
	Neredeyse her hafta	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	Yanıtlanmamış	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9

*Anket formunda bulunan "Neredeyse her gün" seçeneği hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiş olduğundan tabloda yer verilmemiştir.

Katılımcıların meslek hayatı boyunca iş yerinde cinsel şiddet maruziyeti %3,2 (n=24) olarak belirlenmiş olup, bu oran doktorlarda %2,5 (n=7), hemşirelerde %5,9 (n=16), intörn doktorlarda %0,5'tir (n=1) (Çizelge 4.3.3.6).

Çizelge 4.3.3.6. Meslek hayatı boyunca cinsel şiddet maruziyeti

		Doktor (n=279)		Hemşire (n=271)		İntörn doktor (n=209)		Toplam (n=759)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Meslek hayatı boyunca cinsel şiddet	Evet	7	2,5	16	5,9	1	0,5	24	3,2
	Hayır	264	94,6	253	93,4	205	98,1	722	95,1
	Yanıtlanmamış	8	2,9	2	0,7	3	1,4	13	1,7

İş yerinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirten kişilerde meslek hayatı boyunca maruz kalınan cinsel şiddet sayısının en sık 1 defa (n=11, %45,8) ve ikinci sırada 2-4 defa (n=9, %37,5) olduğu tespit edilmiş olup, cinsel şiddete uğrayanların %54,2'sinin (n=13) cinsel şiddete birden çok kere uğradığı belirlenmiştir. Bu husustaki veriler Çizelge 4.3.3.7'de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.3.7. Meslek hayatı boyunca cinsel şiddete uğradığını belirten kişilerde maruz kalınan cinsel şiddet sıklığı

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Meslek hayatı boyunca cinsel şiddet sıklığı	1 defa	4	57,1	6	37,5	1	100,0	11	45,8
	2-4 defa	3	42,9	6	37,5	0	-	9	37,5
	5-10 defa	0	-	2	12,6	0	-	2	8,3
	Ayda birkaç kez	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Yanıtlanmamış	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2

4.3.4. İş Yerinde En Çok Etkilenilen Sözel, Fiziksel veya Cinsel Şiddet Olayının Özellikleri

Şiddet türünden bağımsız olarak meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet sayısı değerlendirildiğinde; doktorlar 303, hemşireler 282, intörn doktorlar 89, toplamda tüm katılımcılar 674 farklı şiddet olayı tanımlamış ve genel şiddet değerlendirmeleri bu sayılar üzerinden yapılmıştır (Çizelge 4.3.4.1).

Çizelge 4.3.4.1. Şiddet türlerinin dağılımı

		Doktor* (n=303)		Hemşire* (n=282)		İntörn doktor* (n=89)		Toplam* (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddet türlerinin dağılımı	Sözel şiddet	237	78,3	217	76,9	83	93,3	537	79,7
	Fiziksel şiddet	59	19,4	49	17,4	5	5,6	113	16,8
	Cinsel şiddet	7	2,3	16	5,7	1	1,1	24	3,5

*Katılımcılar birden çok şiddet olayı tanımlayabildiğinden “n” değeri toplam kişi sayısından fazladır.

Katılımcıların tamamında en sık maruz kalınan sözel şiddet türünün yüksek sesle bağırma (n=381, %70,9) olduğu belirtilmiş olup, bunu hakaret (n=302, %56,2), tehdit (n=240, %44,7), küfür (n=127, %23,6) ve diğer sözel şiddet türleri (n=12, %2,2) izlemektedir (Çizelge 4.3.4.2). Diğer yanıtını işaretleyen 12 kişinin (%2,2) 8’i (%1,5) küçümseme-aşağılama, 2’si (%0,4) haksız uyarı-eleştiri, 1’i (%0,2) iğneleme, 1’i (%0,2) mobbing şeklinde sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiş, 1 kişi (%0,2) uygulanan sözel şiddet türü hakkında bilgi vermemiştir.

Katılımcıların tamamında en sık maruz kalınan fiziksel şiddet türünün saldırıya yeltenme, üzerine yürüme (n=90, %79,6) olduğu tespit edilmiş olup, bunu itme (n=18, %15,9), cisim fırlatma (n=15, %13,3), vurma-tokat atma (n=14, %12,4) izlemektedir. Diğer yanıtını işaretleyen 2 kişinin (%1,8); 1’i (%0,9) kolundan sürükleyip odadan atma, 1’i ise (%0,9); omuz atma şeklinde fiziksel şiddete maruz

kaldığını belirtmiştir. Cisim fırlatma seçeneğini işaretleyen 15 (%13,3) kişiden 9'u fırlatılan cisim hakkında bilgi vermemiş olup, fırlatılan cismi belirten 6 katılımcı kullanılan cisimlerin; telefon, ilaç kutusu ve para, dosya, kalem ve kağıt, ilaç şişesi, çanta olduğunu belirtmiştir. Alet kullanılarak fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten 3 kişiden 2'si kullanılan aletin tabanca (ateşli silah) olduğunu, 1'i kullanılan aletin bıçak (kesici delici alet) olduğunu belirtmiştir. Diğer şiddet türleri ve şiddet türlerinin meslek gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.3.4.3'te ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Katılımcıların tümünde en sık maruz kalınan cinsel şiddet türünün jest, mimik ve bakışlar (n=13, %54,2) olduğu tespit edilmiş olup, bunu cinsel içerikli sözler (n=12, %50) ve elleme ya da okşama, elle taciz (n=5, %20,8) izlemektedir. Meslek gruplarına göre ve tüm katılımcılara ait cinsel şiddet türlerine ait veriler Çizelge 4.3.4.4'te ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.2. İş yerinde maruz kalınan sözel şiddet türlerinin sözel şiddete maruz kalan kişilerdeki dağılımı*

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Uygulanan sözel şiddet türü	Bağırma	159	67,1	174	80,2	48	57,8	381	70,9
	Küfür	58	24,5	59	27,2	10	12,0	127	23,6
	Hakaret	136	57,4	126	58,1	40	48,2	302	56,2
	Tehdit	125	52,7	92	42,4	23	27,7	240	44,7
	Diğer	2	0,8	8	3,7	3	3,6	12	2,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı sözel şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Çizelge 4.3.4.3. İş yerinde maruz kalınan fiziksel şiddet türleri*

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor(n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Uygulanan fiziksel şiddet tipi	Saldırıya yeltenme	51	86,4	35	71,4	4	80,0	90	79,6
	İtme	10	16,9	6	12,2	2	40,0	18	15,9
	Isırma, tükürme	0	-	2	4,1	0	-	2	1,8
	Vurma, tokat	7	11,9	7	14,3	0	-	14	12,4
	Yumruk	7	11,9	4	8,2	0	-	11	9,7
	Tırnaklama, çimdikleme	0	-	2	4,1	0	-	2	1,8
	Saç çekme	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	Boğmaya çalışma	1	1,7	2	4,1	0	-	3	2,7
	Tekmeleme	1	1,7	4	8,2	0	-	5	4,4
	Cisim fırlatma	9	15,3	6	12,2	0	-	15	13,3
	Aletli saldırı	3	5,1	0	-	0	-	3	2,7
	Diğer	0	-	1	2,0	1	20,0	2	1,8

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Çizelge 4.3.4.4. İş yerinde maruz kalınan cinsel şiddet türleri*

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Uygulanan cinsel şiddet tipi	Cinsel içerikli sözler	4	57,1	8	50,0	0	-	12	50,0
	Jest, mimik ve bakışlar	5	71,4	7	43,8	1	100,0	13	54,2
	Elle taciz	0	-	5	31,2	0	-	5	20,8

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Cinsel şiddet türleri ile ilgili anket metninde bulunan “Tecavüz” yanıtı hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiş, bu sebeple tabloda yer verilmemiştir.

Cinsel şiddet türlerinin şiddet uygulayıcılarına göre dağılımına bakıldığında; cinsel içerikli sözler şeklindeki şiddetin %83,3'ünün (n=10) hasta ve hasta yakını grubu tarafından, %16,7'sinin (n=2) aynı hastanede çalışan bir sağlık çalışanı tarafından; jest, mimik ve bakışlar şeklindeki şiddetin %69,2'sinin (n=9) hasta ve hasta yakını grubu tarafından, %30,8'inin (n=4) aynı hastanede çalışan bir sağlık çalışanı tarafından; elleme ya da okşama, elle taciz şeklindeki şiddetin %60'ının (n=3) hasta ve hasta yakını grubu tarafından, %40'ının (n=2) aynı hastanede çalışan bir sağlık çalışanı tarafından uygulandığı saptanmıştır.

Katılımcılarda en sık sözel şiddet uygulayan gruplar sırasıyla; hasta yakınları (n=374, %69,6), hastalar (n=195, %36,3) ve aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanıdır (n=181, %33,7). Sözel şiddet uygulayan kişiler ve meslek gruplarına göre dağılım Çizelge 4.3.4.5'te ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.5. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde sözel şiddete uğradığını belirten kişilere şiddet uygulayan grupların dağılımı*

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor(n=83)		Toplam (n=537)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddet uygulayan grupların dağılımı	Hasta	83	35,0	83	38,2	29	34,9	195	36,3
	Hasta yakını	172	72,6	165	76,0	37	44,6	374	69,6
	Hasta yakını dışı halk	3	1,3	4	1,8	1	1,2	8	1,5
	Resmi görevli	2	0,8	4	1,8	0	-	6	1,1
	Aynı hastane, aynı unvandaki çalışan	20	8,4	37	17,1	2	2,4	59	11,0
	Aynı hastane, amir	29	12,2	44	20,3	31	37,3	104	19,4
	Aynı hastane, alt unvan	5	2,1	6	2,8	7	8,4	18	3,4
	Aynı hastanede çalışan toplam	54	22,8	87	40,1	40	48,2	181	33,7
	Başka yerde çalışan	0	-	2	0,9	0	-	2	0,4
	Diğer	0	-	1	0,4	0	-	1	0,2
	Yanıtlanmamış	0	-	1	0,4	2	2,4	3	0,6

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Katılımcıların tamamında fiziksel şiddet uygulayan grupların dağılımı değerlendirildiğinde; en sık fiziksel şiddet uygulayan ilk üç grubun sırasıyla; %80,5 (n=91) oranında hasta yakınları, %24,8 (n=28) oranında hastalar ve %6,2 (n=7) oranında aynı hastanede çalışan bir sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir. Fiziksel şiddet uygulayan kişiler ve meslek gruplarına göre elde edilen veriler Çizelge 4.3.4.6’da ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.6. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde fiziksel şiddete uğradığını belirten kişilerde şiddet uygulayan grupların dağılımı*

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddet uygulayan grupların dağılımı	Hasta	10	16,9	15	30,6	3	60,0	28	24,8
	Hasta yakını	49	83,1	39	79,6	3	60,0	91	80,5
	Hasta yakını dışı halk	0	-	1	2,0	1	20,0	2	1,8
	Resmi görevli	1	1,7	0	-	0	-	1	0,9
	Aynı hastane, aynı unvandaki çalışan	1	2,0	2	3,4	0	-	3	2,7
	Aynı hastane, amir	1	1,7	3	6,1	0	-	4	3,5
	Aynı hastane, alt unvan	0	-	0	-	0	-	0	-
	Aynı hastanede çalışan toplam	2	3,4	5	10,2	0	-	7	6,2
	Başka yerde çalışan	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	Diğer	1	1,7	0	-	0	-	1	0,9

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır.

Cinsel şiddet uygulayan grupların dağılımı değerlendirildiğinde; en sık cinsel şiddet uygulayan gruplar sırasıyla; hasta (n=11, %45,8), hasta yakını (n=10, %41,7) ve aynı hastanede çalışan bir sağlık çalışanı (n=7, %29,2) olarak tespit edilmiştir.

Cinsel şiddet uygulayan kişiler ve meslek gruplarına göre dağılım Çizelge 4.3.4.7’de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.7. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde cinsel şiddete uğradığını belirten kişilere şiddet uygulayan grupların sıklığı*

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddet uygulayan grupların dağılımı	Hasta	6	85,7	5	31,2	0	-	11	45,8
	Hasta yakını	3	42,9	7	43,7	0	-	10	41,7
	Hasta yakını dışı halk	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Aynı hastane, amir	0	-	4	25,0	1	100,0	5	20,8
	Aynı hastane, alt unvan	0	-	2	12,5	0	-	2	8,3
	Aynı hastanede çalışan toplam	0	-	6	37,5	1	100,0	7	29,2
	Başka yerde çalışan	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır.

Tüm şiddet türleri bir arada değerlendirildiğinde en sık şiddet uygulayan gruplar; hasta yakınları (n=475, %70,5), hastalar (n=234, %34,7) ve aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanı (n=195, %29) şeklinde sıralanmaktadır. Şiddet uygulayan kişiler; doktor, hemşire ve intörn doktorlara ait veriler Çizelge 4.3.4.8’da ayrıntılandırılmıştır.

Meslek hayatı boyunca şiddet uygulayan gruplar ile ana branşlar arasındaki ilişki incelendiğinde; dahili ve cerrahi bilimler alanında çalışan kişilerin en sık hasta hasta - hasta yakını - resmi görevli grubundan şiddet gördüğü görülmektedir. Bu husustaki veriler Çizelge 4.3.4.9’da ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.8. Meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalan kişilerde, şiddet uygulayan grupların dağılımı*

		Doktor** (n=303)		Hemşire** (n=282)		İntörn doktor** (n=89)		Toplam** (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddet uygulayan grupların dağılımı	Hasta	99	32,7	103	36,5	32	36,0	234	34,7
	Hasta yakını	224	73,9	211	74,8	40	44,9	475	70,5
	Hasta yakını dışı halk	3	1,0	6	2,1	2	2,2	11	1,6
	Resmi görevli	3	1,0	4	1,4	0	-	7	1,0
	Aynı hastane, aynı unvandaki çalışan	21	6,9	39	13,8	2	2,2	62	9,2
	Aynı hastane, amir	30	9,9	51	18,1	32	36,0	113	16,8
	Aynı hastane, alt unvan	5	1,7	8	2,8	7	7,9	20	3,0
	Aynı hastanede çalışan toplam	56	18,5	98	34,8	41	46,1	195	29,0
	Başka yerde çalışan	0	-	4	1,4	0	-	4	0,6
	Diğer	0	-	1	0,4	2	2,2	3	0,4
	Yanıtlanmamış	1	0,3	1	0,4	0	-	2	0,3

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

**Katılımcılar birden çok şiddet olayı tanımlayabildiğinden “n” değeri toplam kişi sayısından fazladır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları gruplarının tamamı değerlendirildiğinde; sözel şiddet uygulayıcısının cinsiyeti %22,9 (n=123) oranında kadın, %62,6 (n=336) oranında erkek, %11,2 (n=60) oranında hem kadın hem de erkek olduğu belirtilmiştir (Çizelge 4.3.4.10).

Çizelge 4.3.4.9. Meslek hayatı boyunca şiddet uygulayan gruplar ile ana branşlar arasındaki ilişki**

		Dahili bilimler (n=362)		Cerrahi bilimler (n=155)		Temel bilimler (n=6)		Toplam* (n=523)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	Şiddet maruziyeti yok-yanıtlanmamış	56	15,5	24	15,5	4	66,6	84	16,1
	Hasta-hasta yakını- resmi görevli	242	66,8	78	50,3	1	16,7	321	61,4
	Aynı hastane ya da dışarıdan sağlık görevlisi	25	6,9	17	11,0	1	16,7	43	8,2
	İkisi de	39	10,8	36	23,2	0	-	75	14,3

*Herhangi bir ana branşta gruplandırılmayan intörn doktorlar (n=209) , hekim ve hemşire grubunda çalıştıkları birimle ilgili soruya yanıt vermeyen kişiler (n=13) ve idari birimler vs gibi bu başlıkta gruplandırılmayan katılımcılar (diğer n=14) değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

** Şiddet uygulayan gruplara ile ilgili veriler hem tüm şiddet türleri birleştirilerek vsm de her iki saldırgan grubu tarafından da şiddete uğrayanlar şeklinde gruplandırıldığından; şiddet uygulayan gruplara ait n değerleri Çizelge 4.3.3.8’de belirtilen herhangi bir şiddet türüne maruz kalan kişilerin n değerlerinden farklıdır.

Çizelge 4.3.4.10. İş yerinde sözel şiddet uygulayan saldırganın cinsiyeti

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saldırganın cinsiyeti	Kadın	45	19,0	48	22,1	30	36,1	123	22,9
	Erkek	166	70,1	131	60,4	39	47,0	336	62,6
	Kadın ve erkek	20	8,4	30	13,8	10	12,1	60	11,2
	Yanıtlanmamış	6	2,5	8	3,7	4	4,8	18	3,3

Çalışmaya katılanların tamamında; fiziksel şiddet uygulayıcısının cinsiyeti %15,9 (n=18) oranında kadın, %70,8 (n=80) oranında erkek ve %7,1 (n=8) oranında kadın ve erkek olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.11).

Çizelge 4.3.4.11. İş yerinde fiziksel şiddet uygulayan saldırganların cinsiyet dağılımı

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saldırganın cinsiyeti	Kadın	11	18,6	7	14,3	0	-	18	15,9
	Erkek	42	71,2	33	67,3	5	100,0	80	70,8
	Kadın ve erkek	1	1,7	7	14,3	0	-	8	7,1
	Yanıtlanmamış	5	8,5	2	4,1	0	-	7	6,2

Çalışmaya katılan tüm kişilerde; cinsel şiddet uygulayıcısının cinsiyeti %12,5 (n=3) oranında kadın, %87,5 (n=21) oranında erkek olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.12).

Çizelge 4.3.4.12. İş yerinde cinsel şiddet uygulayan saldırıların cinsiyet dağılımı

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Saldırganın cinsiyeti	Kadın	1	14,3	2	12,5	0	-	3	12,5
	Erkek	6	85,7	14	87,5	1	100,0	21	87,5

Herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış katılımcılarda şiddet uygulayıcısının cinsiyeti %21,4 (n=144) oranında kadın, %64,8 (n=437) oranında erkek ve %10,1 (n=68) oranında kadın ve erkek olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.13).

Çizelge 4.3.4.13. İş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış katılımcılarda şiddet uygulayıcısının cinsiyeti

		Doktor* (n=303)		Hemşire* (n=282)		İntörn doktor* (n=89)		Toplam* (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saldırganın cinsiyeti	Kadın	57	18,8	57	20,2	30	33,7	144	21,4
	Erkek	214	70,6	178	63,1	45	50,6	437	64,8
	Kadın ve erkek	21	7,0	37	13,1	10	11,2	68	10,1
	Yanıtlanmamış	11	3,6	10	3,6	4	4,5	25	3,7

*Katılımcılar birden çok şiddet olayı tanımlayabildiğinden “n” değeri toplam kişi sayısından fazladır.

Sözel şiddet uygulayan kişilerin yaş grupları incelendiğinde; ilk üç sıradaki gruplar sırasıyla; 35-39 yaş grubu (n=94, %17,5), 40-44 yaş grubu (n=91, %16,9) ve 30-34 yaş grubudur (n=81, %15,1) (Çizelge 4.3.4.14).

Çizelge 4.3.4.14. İş yerinde sözel şiddet uygulayan saldırganın yaş grubu

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor(n=83)		Toplam (n=537)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Saldırganın yaş grubu	24 yaş ve altı	7	3,0	2	1,0	3	3,6	12	2,2
	25-29 yaş	14	5,9	11	5,1	15	18,1	40	7,5
	30-34 yaş	49	20,7	19	8,7	13	15,7	81	15,1
	35-39 yaş	50	21,1	39	18,0	5	6,0	94	17,5
	40-44 yaş	38	16,0	45	20,7	8	9,6	91	16,9
	45-49 yaş	15	6,3	27	12,4	8	9,6	50	9,3
	50-54 yaş	32	13,5	27	12,4	14	16,9	73	13,6
	55-59 yaş	6	2,5	7	3,2	3	3,6	16	3,0
	60-64 yaş	5	2,1	6	2,8	2	2,4	13	2,4
	65 yaş ve üzeri	4	1,7	5	2,3	2	2,4	11	2,1
	Yanıtlanmamış	17	7,2	29	13,4	10	12,1	56	10,4

Fiziksel şiddet uygulayan kişilerin yaş grupları incelendiğinde; ilk üç sıradaki gruplar sırasıyla; 40-44 yaş grubu (n=19, %16,8), 30-34 yaş grubu (n=18, %15,9) ve 35-39 yaş grubundadır (n=16, %14,2) (Çizelge 4.3.4.15).

Çizelge 4.3.4.15. İş yerinde fiziksel şiddet uygulayan kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Saldırganın yaş grubu	24 yaş ve altı	2	3,4	1	2,0	1	20,0	4	3,5
	25-29 yaş	8	13,6	2	4,1	0	-	10	8,8
	30-34 yaş	12	20,3	6	12,3	0	-	18	15,9
	35-39 yaş	9	15,2	7	14,3	0	-	16	14,2
	40-44 yaş	9	15,2	8	16,3	2	40,0	19	16,8
	45-49 yaş	2	3,4	4	8,2	0	-	6	5,3
	50-54 yaş	6	10,2	7	14,3	2	40,0	15	13,3
	55-59 yaş	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	60-64 yaş	4	6,8	1	2,0	0	-	5	4,4
	65 yaş ve üzeri	1	1,7	2	4,1	0	-	3	2,7
	Yanıtlanmamış	6	10,2	10	20,4	0	-	16	14,2

Cinsel şiddete maruz kalanlarda; saldırganların eşit sıklıkla, en sık 25-29 yaş grubu (n=5, %20,8), 40-44 yaş grubu (n=5, %20,8) ve 50-54 yaş grubunda (n=5, %20,8) olduğu belirtilmiştir. Bunlara ait meslek gruplarının ve tüm katılımcıların verileri Çizelge 4.3.4.16'da ayrıntılandırılmıştır.

En az bir defa herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalmış kişilerin genelinde; şiddet uygulayan kişilerin yaş grupları incelendiğinde, ilk üç sırada 40-44 yaş grubu (n=115, %17,1), 35-39 yaş grubu (n=112, %16,6) ve 30-34 yaş grubu (n=101, %15) yer almaktadır. Genel olarak sağlık çalışanı katılımcılarımıza şiddet uygulayan kişilerin neredeyse yarısının 30-44 yaş grubunda (n=328, %48,7) olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda meslek gruplarına göre dağılım ve yaş gruplarının dağılımı Çizelge 4.3.4.17'de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.16. İş yerinde cinsel şiddet uygulayan saldırganların yaş grubu dağılımı

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Saldırganın yaş grubu	25-29 yaş	4	57,1	1	6,2	0	-	5	20,8
	30-34 yaş	0	-	1	6,2	1	100,0	2	8,3
	35-39 yaş	1	14,3	1	6,2	0	-	2	8,3
	40-44 yaş	2	28,6	3	18,9	0	-	5	20,8
	45-49 yaş	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	50-54 yaş	0	-	5	31,3	0	-	5	20,8
	55-59 yaş	0	-	0	-	0	-	0	-
	60-64 yaş	0	-	2	12,6	0	-	2	8,3
	65 yaş ve üzeri	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Yanıtlanmamış	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2

Çizelge 4.3.4.17. En az bir defa herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalmış kişilere, şiddet uygulamış kişilerin yaş grubu dağılımı

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor(n=89)		Toplam (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saldırganın yaş grubu	24 yaş ve altı	9	3,0	3	1,1	4	4,5	16	2,4
	25-29 yaş	26	8,6	14	5,0	15	16,9	55	8,2
	30-34 yaş	61	20,1	26	9,2	14	15,8	101	15,0
	35-39 yaş	60	19,8	47	16,7	5	5,6	112	16,6
	40-44 yaş	49	16,2	56	19,9	10	11,2	115	17,1
	45-49 yaş	17	5,6	32	11,3	8	9,0	57	8,4
	50-54 yaş	38	12,5	39	13,8	16	18,0	93	13,8
	55-59 yaş	6	2,0	8	2,8	3	3,4	17	2,5
	60-64 yaş	9	3,0	9	3,2	2	2,2	20	3,0
	65 yaş ve üzeri	5	1,6	8	2,8	2	2,2	15	2,2
	Yanıtlanmamış	23	7,6	40	14,2	10	11,2	73	10,8

İş yerinde şiddete maruz kalan yerler değerlendirildiğinde; sözel şiddete maruz kalan yerler en sık hasta odasıdır (n=174, %32,4), bunu muayene-tedavi-poliklinik odası (n=161, %30), hastane koridoru (n=140, %26,1) ve acil servis (n=136, %25,3) izlemektedir. Sözel şiddete maruz kalan yerler Çizelge 4.3.4.18’de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.18. İş yerinde sözel şiddete maruz kalan yer*

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor(n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sözel şiddetin gerçekleştiği yer	Bekleme odası	5	2,1	10	4,6	4	4,8	19	3,5
	Hasta odası	46	19,4	92	42,4	36	43,4	174	32,4
	Acil servis	97	40,9	23	10,6	16	19,3	136	25,3
	Koridor	38	16,0	89	41,0	13	15,7	140	26,1
	Muayene- tedavi- poliklinik odası	106	44,7	27	12,4	28	33,7	161	30,0
	Doktor- asistan- hemşire odası	33	13,9	22	10,1	25	30,1	80	14,9
	Kayıt sırası	3	1,3	6	2,8	0	-	9	1,7
	Kayıt sekreterliği	5	2,1	3	1,4	0	-	8	1,5
	Yoğun bakım birimi	10	4,2	33	15,2	3	3,6	46	8,6
	Ameliyathane	7	3,0	11	5,1	5	6,0	23	4,3
	Bina içi diğer	3	1,3	5	2,3	0	-	8	1,5
	İşe giderken	0	-	0	-	1	1,2	1	0,2
	İş çıkışı	4	1,7	4	1,8	2	2,4	10	1,9
	Hastane otoparkı	3	1,3	1	0,5	0	-	4	0,7
	Kampüs içi	1	0,4	0	-	0	-	1	0,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır. Anket formunda bulunan “Kantin, yemekhane vb.” ve “Hasta evi” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda bu maddelere yer verilmemiştir.

Fiziksel şiddete maruz kalınan yerler değerlendirildiğinde; en sık acil servis (n=40, %35,4) olup, bunu izleyerek muayene-tedavi-poliklinik odası (n=31, %27,4), hastane koridoru (n=26, %23) ve hasta odasının (n=22, %19,5) en sık şiddet uygulanan yerler olduğu belirlenmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalınan yerler ve meslek gruplarına göre dağılım Çizelge 4.3.4.19’da ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.19. İş yerinde fiziksel şiddete maruz kalınan yerlerin dağılımı*

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Fiziksel şiddetin gerçekleştiği yer	Bekleme odası	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	Hasta odası	9	15,3	13	26,5	0	-	22	19,5
	Acil servis	28	47,5	11	22,4	1	20,0	40	35,4
	Koridor	7	11,9	18	36,7	1	20,0	26	23,0
	Muayene-tedavi-poliklinik odası	24	40,7	5	10,2	2	40,0	31	27,4
	Doktor-hemşire odası	2	3,4	3	6,1	0	-	5	4,4
	Yoğun bakım birimi	1	1,7	7	14,3	0	-	8	7,1
	Ameliyathane	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	İş çıkışı	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
	Kampüs içi	0	-	0	-	1	20,0	1	0,9

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır. Anket formunda bulunan “Kantin, yemekhane vb.”, “Hasta evi”, “Kayıt sırası”, “Kayıt sekreterliği”, “Bina içi diğer”, “İşe giderken” ve “Hastane otoparkı” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Cinsel şiddete maruz kalınan yerler değerlendirildiğinde; en sık cinsel şiddete maruz kalınan yerin hasta odası (n=13, %54,2) olduğu, bunu acil servisin (n=3,

%12,5) izlediği anlaşılmaktadır. Cinsel şiddete maruz kalınan yerler ve bu alanların meslek gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.3.4.20’de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.20. İş yerinde cinsel şiddete maruz kalınan yer*

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsel şiddetin gerçekleştiği yer	Bekleme odası	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Hasta odası	2	28,6	10	62,5	1	100,0	13	54,2
	Acil servis	2	28,6	1	6,2	0	-	3	12,5
	Koridor	0	-	2	12,5	0	-	2	8,3
	Muayene-tedavi- poliklinik odası	2	28,6	0	-	0	-	2	8,3
	Doktor-hemşire odası	0	-	2	12,5	0	-	2	8,3
	Kayıt sırası	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2
	Kayıt sekreterliği	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Yoğun bakım birimi	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Ameliyathane	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır. Anket formunda bulunan “Kantin, yemekhane vb.”, “Hasta evi”, “İşe giderken”, “İş çıkışı”, “Hastane otoparkı” ve “Kampüs içi” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde; iş yerinde en sık şiddete maruz kalınan yerlerin sıklık sıralamasına göre; en sık hasta odası (n=209, %31) olduğu, bunu muayene-tedavi-poliklinik odası (n=194, %28,8), acil servis (n=179, %26,6) ve hastane koridorunun (n=168, %24,9) izlediği belirlenmiş olup, şiddete maruz kalınan yerler ve meslek gruplarına göre dağılım Çizelge 4.2.4.21’de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.21. Tüm şiddet türleri genelinde iş yerinde şiddete maruz kalan yerlerin dağılımı*

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddetin gerçekleştiği yer	Bekleme odası	5	1,7	12	4,3	4	4,5	21	3,1
	Hasta odası	57	18,8	115	40,8	37	41,6	209	31,0
	Acil servis	127	41,9	35	12,4	17	19,1	179	26,6
	Koridor	45	14,9	109	38,7	14	15,7	168	24,9
	Muayene- tedavi- poliklinik odası	132	43,6	32	11,3	30	33,7	194	28,8
	Doktor- asistan- hemşire odası	35	11,6	27	9,6	25	28,1	87	12,9
	Kayıt sırası	4	1,3	6	2,1	0	-	10	1,5
	Kayıt sekreterliği	5	1,7	4	1,4	0	-	9	1,3
	Yoğun bakım birimi	11	3,6	41	14,5	3	3,4	55	8,2
	Ameliyathane	8	2,6	12	4,3	5	5,6	25	3,7
	Bina içi diğer	3	1,0	5	1,8	0	-	8	1,2
	İşe giderken	0	-	0	-	1	1,1	1	0,1
	İş çıkışı	4	1,3	5	1,8	2	2,2	11	1,6
	Hastane otoparkı	3	1,0	1	0,4	0	-	4	0,6
	Kampüs içi	1	0,3	0	-	1	1,1	2	0,3

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Anket formunda bulunan “Kantin, yemekhane vb.” ve “Hasta evi” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda bu maddelere yer verilmemiştir.

Sözel şiddet uygulandığında yapılmakta olan mesleksel işlemler değerlendirildiğinde, verilen ilk üç cevap sırasıyla; muayene-tedavi işlemi sırasında (n=201, %37,4), hasta yakınlarına açıklama yapılırken (n=131, %24,4), başka hasta ile ilgilenirken (n=117, %21,8) şeklinde verilen cevaplardır. Sözel şiddet uygulandığında yapılmakta olunan işlemlerle ilgili veriler, meslek gruplarına göre ve tüm katılımcılarda ayrı ayrı değerlendirilerek Çizelge 4.3.4.22’de ayrıntılı incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.22. İş yerinde sözel şiddet sırasında yapılmakta olunan işlem*

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sözel şiddet gerçekleştiği sırada yapılan işlem	Anamnez alınırken	37	15,6	16	7,4	14	16,9	67	12,5
	Muayene/tedavi işlemi sırasında	86	36,3	82	37,8	33	39,8	201	37,4
	Hasta yakınlarına açıklama yapılırken	71	30,0	47	21,7	13	15,7	131	24,4
	Acil girişim sırasında	18	7,6	19	8,8	2	2,4	39	7,3
	Sevk işlemi esnasında	10	4,2	4	1,8	2	2,4	16	3,0
	Reçetesi yazılırken	4	1,8	8	3,4	2	2,4	14	2,6
	Dinlenme/yemek molasında	5	2,1	11	5,1	2	2,4	18	3,4
	Başka hasta ile ilgilenirken	51	21,5	54	24,9	12	14,5	117	21,8
	Yatış işlemleri sırasında	7	3,0	8	3,7	1	1,2	16	3,0
	Giriş/kayıt işlemleri sırasında	7	3,0	13	6,0	4	4,8	24	4,5
	Ameliyat esnasında	1	0,4	1	0,5	0	-	2	0,4
	Triaj yapılırken	0	-	5	2,3	0	-	5	0,9
	Diğer	5	2,1	8	3,7	2	2,4	15	2,8

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır.

Fiziksel şiddet uygulandığı sırada yapılmakta olan mesleki işlem değerlendirildiğinde; verilen ilk üç cevap sırasıyla muayene-tedavi işlemi sırasında (n=47, %41,6), hasta yakınlarına açıklama yapılırken (n=24, %21,2), başka hasta ile ilgilenirken (n=21, %18,6) cevaplarıdır. Fiziksel şiddet uygulandığında yapılmakta olunan işlemlerle ilgili veriler meslek gruplarına göre ve tüm katılımcılarda ayrı ayrı değerlendirilerek Çizelge 4.3.4.23'te ayrıntılı incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.23. İş yerinde fiziksel şiddet sırasında yapılan işlem*

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörndan 1 doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Fiziksel şiddet gerçekleştiği sırada yapılan işlem	Anamnez alınırken	11	18,6	2	4,1	2	40,0	15	13,3
	Muayene/tedavi işlemi sırasında	26	44,1	20	40,8	1	20,0	47	41,6
	Hasta yakınlarına açıklama yapılırken	14	23,7	10	20,4	0	-	24	21,2
	Acil girişim sırasında	5	8,5	5	10,2	0	-	10	8,8
	Sevk işlemi esnasında	2	3,4	1	2,0	0	-	3	2,7
	Reçetesi yazılırken	2	3,4	1	2,0	0	-	3	2,7
	Dinlenme/yemek molasında	0	-	1	2,0	1	20,0	2	1,8
	Başka hasta ile ilgilenirken	12	20,3	8	16,3	1	20,0	21	18,6
	Yatış işlemleri sırasında	1	1,7	0	-	1	20,0	2	1,8
	Giriş/kayıt işlemleri sırasında	2	3,4	2	4,1	1	20,0	5	4,4
	Triaj yapılırken	0	-	3	6,1	0	-	3	2,7
	Diğer	0	-	5	10,2	0	-	5	4,4
	Yanıtlanmamış	3	5,1	3	6,1	0	-	6	5,3

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Cinsel şiddet uygulandığında yapılmakta olan mesleki işlem değerlendirildiğinde, verilen ilk üç cevap sırasıyla; muayene-tedavi işlemi sırasında (n=12, %50), anamnez alınırken (n=4, %16,7), hasta yakınlarına açıklama yapılırken (n=3, %12,5) yanıtlardır. Cinsel şiddet uygulandığında yapılmakta olunan işlemlerle ilgili veriler meslek gruplarına göre ve tüm katılımcılarda ayrı ayrı değerlendirilerek Çizelge 4.3.4.24'te ayrıntılı incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.24. İş yerinde cinsel şiddet uygulandığında yapılmakta olunan işlem*

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsel şiddet gerçekleştiği sırada yapılan işlem	Anamnez alınırken	3	42,9	1	6,2	0	-	4	16,7
	Muayene/tedavi işlemi sırasında	4	57,1	8	50,0	0	-	12	50,0
	Hasta yakınlarına açıklama yapılırken	0	-	3	18,8	0	-	3	12,5
	Acil girişim sırasında	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Giriş/kayıt işlemleri sırasında	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2
	Diğer	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Yanıtlanmamış	0	-	5	31,2	1	100,0	6	25,0

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Anket formunda bulunan "Sevk işlemi esnasında", "Reçetesi yazılırken", "Dinlenme ya da yemek molasında", "Başka hasta ile ilgilenirken" "Yatış işlemleri esnasında" seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Herhangi bir şiddet eylemine maruz kalındığında yapılmakta olan işlem değerlendirildiğinde, verilen ilk üç cevap sırasıyla; muayene-tedavi işlemi sırasında (n=260, %38,6), hasta yakınlarına açıklama yapılırken (n=158, %23,4), başka hasta ile ilgilenirken (n=138, %20,5) yanıtlardır. Herhangi bir şiddet eylemine

maruz kalındığında yapılmakta olan işlem ile ilgili veriler, meslek gruplarına göre ve tüm katılımcılarda ayrı ayrı değerlendirilerek Çizelge 4.3.4.25'te ayrıntılı incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.25. İş yerinde herhangi bir şiddet eylemine maruz kalındığında yapılmakta olan işlem*

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddet gerçekleştiği sırada yapılan işlem	Anamnez alınırken	51	16,8	19	6,7	16	18,0	86	12,8
	Muayene/tevavi işlemi sırasında	116	38,3	110	39,0	34	38,2	260	38,6
	Hasta yakınlarına açıklama yapılırken	85	28,1	60	21,3	13	14,6	158	23,4
	Acil girişim sırasında	23	7,6	25	8,9	2	2,2	50	7,4
	Sevk işlemi esnasında	12	4,0	5	1,8	2	2,2	19	2,8
	Reçetesi yazılırken	6	2,0	9	3,2	2	2,2	17	2,5
	Dinlenme/yemek molasında	5	1,7	12	4,3	3	3,4	20	3,0
	Başka hasta ile ilgilenirken	63	20,8	62	22,0	13	14,6	138	20,5
	Yatış işlemleri sırasında	8	2,6	8	2,8	2	2,2	18	2,7
	Giriş/kayıt işlemleri sırasında	10	3,3	15	5,4	5	5,6	30	4,5
	Ameliyat esnasında	1	0,3	1	0,4	0	-	2	0,3
	Triaj yapılırken	0	-	8	2,8	0	-	8	1,2
	Diğer	5	1,7	14	5,0	2	2,2	21	3,1
	Yanıtlanmamış	3	1,0	8	2,8	1	1,1	12	1,8

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

İş yerinde sözel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların en sık 10.00-11.59 saatleri arası %17,9 (n=96) şiddete maruz kaldığı, bu saatleri sırasıyla; 14.00-15.59 (n=78, %14,5) ve 16.00-17.59 saatleri arasının (n=66, %12,3) izlediği; fiziksel şiddet uygulanan saatler açısından katılımcıların geneline bakıldığında; en sık 22.00-23.59 saatleri arası (n=24; %21,2) şiddet uygulandığı, bu saatleri 20.00-21.59 (n=21; %18,6), 00.00-05.59 (n=19; %16,8) ve 16.00-17.59 saatleri arasının (n=18; %15,9) takip ettiği; cinsel şiddete maruz kalan katılımcılara en sık 10.00-11.59 saatlerinde (n=5, %20,8) şiddet uygulandığı, bu saatleri 20.00-21.59 (n=3, %12,5), 22.00-23.59 (n=3, %12,5) saatlerinin izlediği; herhangi bir iş yeri şiddeti eyleminin uygulandığı saatler üzerinden katılımcıların geneline bakıldığında; en sık 10.00-11.59 saatlerinde (n=118, %17,5) şiddet uygulandığı, bu saatleri sırasıyla 14.00-15.59 (n=94, %13,9), 16.00-17.59 (n=85, %12,6) ve 20.00-21.59 (n=84, %12,5) saatlerinin takip ettiği tespit edilmiştir (Çizelge 4.3.4.26).

Çizelge 4.3.4.26. Şiddete maruz kalınan zaman dilimi

		Sözel şiddet* (n=537)		Fiziksel şiddet* (n=113)		Cinsel şiddet* (n=24)		Toplam* (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddete maruz kalınan zaman dilimi	06.00-07.59	13	2,4	2	1,8	1	4,2	16	2,4
	08.00-09.59	32	6,0	6	5,3	1	4,2	39	5,8
	10.00-11.59	96	17,9	17	15,0	5	20,8	118	17,5
	12.00-13.59	58	10,8	7	6,2	1	4,2	66	9,8
	14.00-15.59	78	14,5	15	13,3	1	4,2	94	13,9
	16.00-17.59	66	12,3	18	15,9	1	4,2	85	12,6
	18.00-19.59	49	9,1	14	12,4	0	-	63	9,3
	20.00-21.59	60	11,2	21	18,6	3	12,5	84	12,5
	22.00-23.59	51	9,5	24	21,2	3	12,5	78	11,6
	00.00-05.59	48	8,9	19	16,8	4	16,7	71	10,5
	Hatırlamıyor	200	37,2	30	26,5	7	29,2	237	35,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Doktorların %40,5'i (n=96), hemşirelerin %29'u (n=63), intörn doktorların %41'i (n=34) ve tüm katılımcıların %35,9'u (n=193) sözel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalıştıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.4.27).

Çizelge 4.3.4.27. İş yerinde sözel şiddet esnasında yalnız çalışma

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	96	40,5	63	29,0	34	41,0	193	35,9
	Hayır	140	59,1	149	68,7	48	57,8	337	62,8
	Yanıtlanmamış	1	0,4	5	2,3	1	1,2	7	1,3

Sözel şiddet sonrası işi bırakma düşüncesi değerlendirildiğinde; doktorların %37,1'i (n=88), hemşirelerin %40,6'sı (n=88), intörn doktorların %16,9'u (n=14) ve tüm katılımcıların %35,4'ü (n=190) sözel şiddet sonrası işten ayrılmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.3.4.28).

Çizelge 4.3.4.28. İş yerinde sözel şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	88	37,1	88	40,6	14	16,9	190	35,4
	Hayır	147	62,0	122	56,2	68	81,9	337	62,7
	Yanıtlanmamış	2	0,9	7	3,2	1	1,2	10	1,9

Maruz kalınan sözel şiddetin engellenebilirliği ile ilgili; doktorların %27,4'ünün (n=65), hemşirelerin %38,7'sinin (n=84), intörn doktorların %22,9'unun (n=19) ve tüm katılımcıların %31,3'ünün (n=168) bu olayın gerçekleşmesinin engellenemeyeceğini belirttiği görülmüştür (Çizelge 4.3.4.29).

Çizelge 4.3.4.29. İş yerinde sözel şiddet olayının engellenebilirliği hakkındaki düşünceler

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	171	72,2	126	58,1	62	74,7	359	66,8
	Hayır	65	27,4	84	38,7	19	22,9	168	31,3
	Yanıtlanmamış	1	0,4	7	3,2	2	2,4	10	1,9

Doktorların %32,2'si (n=19), hemşirelerin %24,5'i (n=12), intörn doktorların %60'ı (n=3) ve tüm katılımcıların %30,1'i (n=34) fiziksel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalıştıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.4.30).

Çizelge 4.3.4.30. İş yerinde fiziksel şiddet esnasında yalnız çalışma

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	19	32,2	12	24,5	3	60,0	34	30,1
	Hayır	40	67,8	37	75,5	2	40,0	79	69,9

Fiziksel şiddet sonrası işi bırakma düşüncesi değerlendirildiğinde; doktorların %52,5'i (n=31), hemşirelerin %49'u (n=24), intörn doktorların %20'si (n=1) ve tüm katılımcıların %49,6'sı (n=56) fiziksel şiddet sonrası işten ayrılmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.3.4.31).

Maruz kalınan fiziksel şiddetin engellenebilirliği ile ilgili; doktorların %28,8'inin (n=17), hemşirelerin %32,7'sinin (n=16), intörn doktorların %20'sinin (n=1) ve tüm katılımcıların %30,1'inin (n=34) bu olayın gerçekleşmesinin engellenemeyeceğini belirttiği görülmüştür (Çizelge 4.3.4.32).

Çizelge 4.3.4.31. İş yerinde fiziksel şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	31	52,5	24	49,0	1	20,0	56	49,6
	Hayır	28	47,5	24	49,0	4	80,0	56	49,6
	Yanıtlanmamış	0	-	1	2,0	0	-	1	0,8

Çizelge 4.3.4.32. İş yerinde fiziksel şiddet olayının engellenebilirliği hakkındaki düşünceler

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	42	71,2	33	67,3	4	80,0	79	69,9
	Hayır	17	28,8	16	32,7	1	20,0	34	30,1

Doktorların %71,4'ü (n=5), hemşirelerin %75'i (n=12) ve tüm katılımcıların %70,8'i (n=17) cinsel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalıştıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.4.33).

Çizelge 4.3.4.33. İş yerinde cinsel şiddet esnasında yalnız çalışma

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	5	71,4	12	75,0	0	-	17	70,8
	Hayır	2	28,6	3	18,8	1	100,0	6	25,0
	Yanıtlanmamış	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2

Cinsel şiddet sonrası işi bırakma düşüncesi değerlendirildiğinde; hemşirelerin %31,2'si (n=5), tüm katılımcıların %20,8'i (n=5) cinsel şiddet sonrası işten

ayrılmayı düşündüklerini ifade etmiş, doktor ve intörn doktorların hiçbiri bu olay sonrası işten ayrılmayı düşündüğünü belirtmemiştir (Çizelge 4.3.4.34).

Çizelge 4.3.4.34. İş yerinde cinsel şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	0	-	5	31,2	0	-	5	20,8
	Hayır	7	100,0	11	68,8	1	100	19	79,2

Maruz kalman cinsel şiddetin engellenebilirliği ile ilgili; cinsel şiddete maruz kalan doktorların %42,9'unun (n=3), hemşirelerin %31,2'sinin (n=5) tüm katılımcıların %33,3'ünün (n=8) bu olayın gerçekleşmesinin engellenemeyeceğini belirttiği görülmüştür (Çizelge 4.3.4.35).

Çizelge 4.3.4.35. İş yerinde cinsel şiddetin engellenebilirliği hakkındaki düşünceler

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	4	57,1	11	68,8	1	100,0	16	66,7
	Hayır	3	42,9	5	31,2	0	-	8	33,3

Tüm şiddet türleri genel olarak değerlendirildiğinde; doktorların %39,6'sının (n=120), hemşirelerin %30,9'unun (n=87), intörn doktorların %41,6'sının (n=37) ve tüm katılımcıların %36,2'si (n=244) şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalıştıkları (Çizelge 4.3.4.36); doktorların %39,3'ünün (n=119), hemşirelerin %41,5'inin (n=117), intörn doktorların %16,9'unun (n=15) ve tüm katılımcıların %37,3'ünün (n=251) iş yeri şiddeti sonrası işten ayrılmayı düşündükleri (Çizelge 4.3.4.37); doktorların %28,1'inin (n=85), hemşirelerin %37,2'sinin (n=105), intörn doktorların %22,5'inin (n=20) ve tüm katılımcıların %31,1'inin (n=210) şiddet olayın gerçekleşmesinin engellenemeyeceğini belirttiği görülmüştür (Çizelge 4.3.4.38).

Çizelge 4.3.4.36. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti esnasında yalnız çalışma

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	120	39,6	87	30,9	37	41,6	244	36,2
	Hayır	182	60,1	189	67,0	51	57,3	422	62,6
	Yanıtlanmamış	1	0,3	6	2,1	1	1,1	8	1,2

Çizelge 4.3.4.37. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti sonrası işten ayrılma düşüncesi

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	119	39,3	117	41,5	15	16,9	251	37,3
	Hayır	182	60,1	157	55,7	73	82,0	412	61,1
	Yanıtlanmamış	2	0,6	8	2,8	1	1,1	11	1,6

Çizelge 4.3.4.38. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddetinin engellenebilirliği hakkındaki düşünceler

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	Evet	217	71,6	170	60,3	67	75,3	454	67,4
	Hayır	85	28,1	105	37,2	20	22,5	210	31,1
	Yanıtlanmamış	1	0,3	7	2,5	2	2,2	10	1,5

Sözel şiddet sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların verdiği yanıtlar sıklık sıralamasına göre incelendiğinde: %35 (n=188) oranında güvenlik çağırma, %30,7 (n=165) oranında herhangi bir eylemde bulunmama ve %29,1 (n=156) oranında saldırgana durmasını söyleme tavırları gösterilmiştir (Çizelge

4.3.4.39). Katılımcılardan %2,8'i (n=15) diğer seçeneğini işaretlemiştir. Bu kişilerden 5'i (%0,9) saldırganı yapılan işlem hakkında bilgilendirip açıklama yaptığını, karşı tarafa haksızlığını anlatmaya çalıştığını, 4'ü (%0,7) saldırganla karşılıklı sözel atışma yaşadığını, 2'si (%0,4) şikayetçi olup sonradan şikayetini geri aldığını, 1'er (%0,2) kişi ise; saldırganla iletişimini kestiğini, işten ayrıldığını, saldırganı dövdüğünü, kendisini sakinleştirip polikliniğe devam ettiğini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3.4.39. İş yerinde sözel şiddet karşısında alınan tavır

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor(n=83)		Toplam (n=537)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sözel şiddete karşı nasıl tavır sergilediniz?	Eylemde bulunmadım	66	27,8	60	27,6	39	47,0	165	30,7
	Olmamış gibi davrandım	34	14,3	19	8,8	20	24,1	73	13,6
	Saldırgana durmasını döyledim	64	27,0	66	30,4	26	31,3	156	29,1
	Kendimi savunmaya çalıştım	14	5,9	15	6,9	2	2,4	31	5,8
	Saldırganın yakınlarına durumu söyledim	10	4,2	5	2,3	3	3,6	18	3,4
	Güvenlik çağırdım	104	43,9	81	37,3	3	3,6	188	35,0
	Sonrasında olay hakkında danışmanlık aldım	1	0,4	3	1,4	2	2,4	6	1,1
	Üst düzey bir personele bildirdim	29	12,2	60	27,6	17	20,5	106	19,7
	Saldırgan başka bir yere transfer edildi	8	3,4	12	5,5	4	4,8	24	4,5
	Meslek odasından yardım istedim	1	0,4	0	-	0	-	1	0,2
	Sendikadan yardım istedim	0	-	1	0,5	0	-	1	0,2
	Beyaz kod çağırısı yaptım	52	21,9	28	12,9	2	2,4	82	15,3
	Adli sürece taşındı	42	17,7	18	8,3	0	-	60	11,2
	Diğer	7	3,0	8	3,7	1	1,2	15	2,8
	Yanıtlanmamış	0	-	3	1,4	1	1,2	4	0,7

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Fiziksel saldırı sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların verdiği yanıtlar sıklık sıralamasına göre incelendiğinde: %47,8 (n=54) oranında güvenlik çağırma, %39,8 (n=45) oranında saldırganın durmasını söyleme ve %29,2 (n=33) oranında kendini savunmaya çalışma tavırları gösterilmiştir (Çizelge 4.3.4.40). Katılımcılardan 2'si (%1,8) diğer seçeneğini işaretlemiştir. Bu kişilerden 1'i (%0,9) “Şikayetimi geri aldım.”, 1'i (%0,9) ise; “Saldırganı dövüp elindeki tabancayı polise teslim ettim.” şeklinde tavır sergilediklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3.4.40. İş yerinde fiziksel şiddet karşısında alınan tavır

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Fiziksel şiddete karşı nasıl tavır sergilediniz?	Eylemde bulunmadım	7	11,9	14	28,6	2	40,0	23	20,4
	Olmamış gibi davrandım	5	8,5	1	2,0	2	40,0	8	7,1
	Saldırganın durmasını söyledim	23	39,0	20	40,8	2	40,0	45	39,8
	Kendimi savunmaya çalıştım	18	30,5	15	30,6	0	-	33	29,2
	Saldırganın yakınlarına durumu söyledim	2	3,4	2	4,1	0	-	4	3,5
	Güvenlik çağırdım	35	59,3	19	38,8	0	-	54	47,8
	Sonrasında olay hakkında danışmanlık aldım	0	-	2	4,1	1	20,0	3	2,7
	Üst düzey bir personele bildirdim	5	8,5	8	16,3	1	20,0	14	12,4
	Saldırgan başka bir yere transfer edildi	5	8,5	3	6,1	0	-	8	7,1
	Meslek odasından yardım istedim	0	-	2	4,1	1	20,0	3	2,7
	Beyaz kod çağırısı yaptım	21	35,6	8	16,3	0	-	29	25,7
	Adli sürece taşındı	19	32,2	9	18,4	0	-	28	24,8
	Diğer	1	1,7	1	2,0	0	-	2	1,8

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Anket formunda bulunan “Sendikadan yardım istedim” seçeneği hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Cinsel şiddet sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların verdiği yanıtlar sıklık sıralamasına göre incelendiğinde ilk üç yanıt: %37,5 (n=9) oranında saldırgana durmasını söyleme, %29,2 (n=7) oranında olmamış gibi davranma ve %25 (n=6) oranında herhangi bir eylemde bulunmama şeklinde sıralanmıştır. Beyaz kod çağrısı yapan 1 kişi (%4,2) başlangıçta çağrı yaptığını, ancak saldırgan psikiyatri hastası olduğu için şikayette bulunmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.3.4.41).

Çizelge 4.3.4.41. İş yerinde cinsel şiddet karşısında alınan tavır

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor(n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsel şiddete karşı nasıl tavır sergilediniz?	Eylemde bulunmadım	2	28,6	3	18,8	1	100,0	6	25,0
	Olmamış gibi davrandım	3	42,9	4	25,0	0	-	7	29,2
	Saldırgana durmasını söyledim	2	28,6	7	43,8	0	-	9	37,5
	Kendimi savunmaya çalıştım	0	-	3	18,8	0	-	3	12,5
	Güvenlik çağırdım	2	28,6	1	6,2	0	-	3	12,5
	Üst düzey bir personele bildirdim	0	-	4	25,0	0	-	4	16,7
	Beyaz kod çağrısı yaptım	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2
	Diğer	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Anket formunda bulunan “Saldırganın yakınlarına durumu söyledim”, “Sonrasında olay hakkında danışmanlık aldım”, “Saldırgan başka bir yere transfer edildi”, “Meslek odasından yardım istedim”, “Sendikadan yardım istedim”, , seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Herhangi bir iş yeri şiddetine maruz kalınması sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların verdiği yanıtlar sıklık sıralamasına göre incelendiğinde: %36,4 (n=245) oranında güvenlik çağırma, %31,2 oranında (n=210) saldırgana durmasını söyleme ve %28,8 (n=194) oranında herhangi bir eylemde bulunmama tavırları gösterilmiştir. Katılımcıların %16,6'sı (n=112) beyaz kod çağrısı yaptığını

ifade ederken, şiddet olayının adli makamlara taşınma sıklığı %13,1 (n=88) olarak belirlenmiştir. Diğer tutumların frekansları ve meslek gruplarına göre dağılım Çizelge 4.3.4.42’de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.42. Herhangi bir iş yeri şiddeti olayı karşısında alınan tavır

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor(n=89)		Toplam (n=674)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddete karşı nasıl tavır sergilediniz?	Eylemde bulunmadım	75	24,8	77	27,3	42	47,2	194	28,8
	Olmamış gibi davrandım	42	13,9	24	8,5	22	24,7	88	13,1
	Saldırgana durmasını döyledim	89	29,4	93	33,0	28	31,5	210	31,2
	Kendimi savunmaya çalıştım	32	10,6	33	11,7	2	2,2	67	9,9
	Saldırganın yakınlarına durumu söyledim	12	4,0	7	2,5	3	3,4	22	3,3
	Güvenlik çağırdım	141	46,5	101	35,8	3	3,4	245	36,4
	Sonrasında olay hakkında danışmanlık aldım	1	0,3	5	1,8	3	3,4	9	1,3
	Üst düzey bir personele bildirdim	34	11,2	72	25,5	18	20,2	124	18,4
	Saldırgan başka bir yere transfer edildi	13	4,3	15	5,3	4	4,5	32	4,7
	Meslek odasından yardım istedim	1	0,3	2	0,7	1	1,1	4	0,6
	Sendikadan yardım istedim	0	-	1	0,4	0	-	1	0,1
	Beyaz kod çağırısı yaptım	74	24,4	36	12,8	2	2,2	112	16,6
	Adli sürece taşındı	61	20,1	27	9,6	0	-	88	13,1
	Diğer	9	3,0	9	3,2	1	1,1	19	2,8
	Yanıtlanmamış	0	-	3	1,1	1	1,1	4	0,6

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100’den fazladır.

Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %9,7'si (n=11) saldırı sonrası yaralandığını belirtmiştir (Çizelge 4.3.4.43). Saldırı sonrası yaralandığını ifade eden 5 doktordan 2'si (%18,2) yaralanmanın niteliği konusunda bilgi vermemiş, 1'i (%9,1) hafif düzeyde yaralandığını, 1'i (%9,1) orbita tavan kırığı geliştiği ve konservatif tedavi gördüğünü, 1'i (%9,1) kafasına aldığı darbe sonrası buz tedavisi uyguladığını ayrıca bu olay nedeniyle psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Saldırı sonrası yaralandığını ifade eden 6 hemşireden 2'si (%18,2) yaralanmanın niteliği konusunda bilgi vermemiş, bu hususta bilgi veren hemşirelerden 2'si (%18,2) yüzlerinde maruz kaldıkları travmaya bağlı kızarıklık oluştuğunu ancak tedavi görmediklerini, 1'i (%9,1) yaralanmanın niteliğinden bahsetmemiş ancak analjezik tedavi gördüğünü, 1'i (%9,1) göğsüne travma aldığını ancak tedavi görmediğini belirtmiştir. Ayrıca saldırı sonrası fiziksel olarak yaralanmadığını belirten 2 kişi maruz kaldıkları fiziksel şiddet olayından psikolojik olarak etkilendiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3.4.43. İş yerinde fiziksel şiddet sonucu yaralanma

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Yaralanma	Evet	5	8,5	6	12,3	0	-	11	9,7
	Hayır	54	91,5	42	85,7	5	100,0	101	89,4
	Yanıtlanmamış	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9

Fiziksel şiddet sonrası 4 doktor ve 6 hemşire (%8,8, n=10) izin kullandıklarını belirtmiştir (Çizelge 4.3.4.44). Doktorların 1'i (%10) izin süresi hakkında bilgi vermemiş, 2'si (%20) 7 gün, 1'i (%10) ise 1 gün izin kullandığını belirtmiş; hemşirelerin 1'i (%10) izin süresi hakkında bilgi vermemiş, 2'si (%20) 15 gün, 1'i (%10) 10 gün, 1'i (%10) 7 gün ve 1'i (%10) 3 gün izin kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca fiziksel şiddete maruz kalan 3 hemşire, 2 doktor izin kullanmak istediklerini ancak izin verilmediğini, 1 hemşire ise; izin kullanmadığını, fakat çalışma gün ve saatinin değiştirildiğini belirtmiştir.

Çizelge 4.3.4.44. İş yerinde fiziksel şiddet sonrası izin kullanımı

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Saldırı sonrası izin	Evet	4	6,8	6	12,3	0	-	10	8,8
	Hayır	55	93,2	42	85,7	5	100,0	102	90,3
	Yanıtlanmamış	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9

Çalışmaya katılanlardan sözel şiddete uğrayanların %75,4'ü (n=405) maruz kalınan sözel şiddetin neden gerçekleştiği konusunda ilgili birimler tarafından herhangi bir inceleme yapılmadığını belirtmiştir. Tüm katılımcılar ve meslek gruplarına göre verilen yanıtların dağılımı Çizelge 4.3.4.45'te ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.4.45. Sözel şiddet olayının nedenleri konusunda inceleme

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Nedenleri araştırmak için bir şey yapıldı mı?	Evet	17	7,2	15	6,9	2	2,4	34	6,3
	Hayır	183	77,2	160	73,7	62	74,7	405	75,4
	Bilmiyorum	35	14,8	37	17,1	18	21,7	90	16,8
	Yanıtlanmamış	2	0,8	5	2,3	1	1,2	8	1,5

Çalışmaya katılanlardan iş yerinde fiziksel şiddet yaşayanların %72,6'sı (n=82) maruz kalınan fiziksel şiddetin neden gerçekleştiği konusunda ilgili birimler tarafından herhangi bir inceleme yapılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.3.4.46).

Çizelge 4.3.4.46. Fiziksel şiddet olayının nedenleri konusunda inceleme

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Nedenleri araştırmak için bir şey yapıldı mı?	Evet	5	8,5	2	4,1	0	-	7	6,2
	Hayır	41	69,5	38	77,6	3	60,0	82	72,6
	Bilmiyorum	11	18,6	8	16,3	2	40,0	21	18,6
	Yanıtlanmamış	2	3,4	1	2,0	0	-	3	2,6

Çalışmaya katılanlardan cinsel şiddete maruz kalanların %91,6'sı (n=22) maruz kalınan cinsel şiddetin neden gerçekleştiği konusunda ilgili birimler tarafından herhangi bir inceleme yapılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.3.4.47).

Çizelge 4.3.4.47. Cinsel şiddet olayının nedenleri konusunda inceleme

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Nedenleri araştırmak için bir şey yapıldı mı?	Evet	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Hayır	6	85,7	15	93,8	1	100,0	22	91,6
	Bilmiyorum	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2

Herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalan katılımcıların %75,5'i (n=509) maruz kalınan şiddetin neden gerçekleştiği, sebepleri konusunda ilgili birimlerce herhangi bir inceleme yapılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.3.4.48)

Çizelge 4.3.4.48. Herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalınması halinde olayının nedenleri konusunda inceleme

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Nedenleri araştırmak için bir şey yapıldı mı?	Evet	22	7,3	18	6,4	2	2,2	42	6,3
	Hayır	230	75,9	213	75,5	66	74,2	509	75,5
	Bilmiyorum	47	15,5	45	16,0	20	22,5	112	16,6
	Yanıtlanmamış	4	1,3	6	2,1	1	1,1	11	1,6

Sözel şiddet olayı sonrası saldırganın durumu ile ilgili soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (n=382, %71,1) “Saldırgana hiçbir şey olmadı” yanıtını vermiştir. Bu cevabı “Saldırgan sözlü olarak uyarıldı” (n=112, %20,9) ve “Adli sürece taşındı” (n=60, %11,2) yanıtı izlemektedir. Bu hususta verilen cevaplar ve cevapların meslek gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.3.4.49’da özetlenmiştir.

Fiziksel şiddet olayı sonrası saldırganın durumu ile ilgili soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (n=75, %66,4) “Hiçbir şey olmadı” yanıtını vermiştir. Bu cevabı “Adli sürece taşındı” (n=28, %24,8) ve “Saldırgan sözlü olarak uyarıldı” (n=23, %20,4) yanıtları izlemektedir (Çizelge 4.3.4.50).

Cinsel şiddet olayı sonrası saldırganın durumu ile ilgili soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (n=19, %79,2) “Hiçbir şey olmadı” yanıtını vermiştir. Bu cevabı “Saldırgan sözlü olarak uyarıldı” (n=2, %8,3) yanıtı izlemektedir (Çizelge 4.3.4.51).

Çizelge 4.3.4.49. İş yerinde sözel şiddet sonrası saldırganın durumu

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sözel şiddete uygulayan saldırgan olay sonrası ne oldu?	Hiçbir şey olmadı		167	70,5	144	66,4	71	85,5	382	71,1
	Sözlü olarak uyarıldı		32	13,5	65	30,0	15	18,1	112	20,9
	Saldırgan hasta-hasta yakını ise; bakıma son verildi ya da nakil edildi		10	4,2	12	5,5	0	-	22	4,1
	Dava süreci devam ediyor		20	8,4	7	3,2	0	-	27	5,0
	Dava sonuçlandı, kişi ceza aldı		15	6,3	2	0,9	0	-	17	3,2
	Dava sonuçlandı, kişi ceza almadı		7	3,0	9	4,1	0	-	16	3,0
	Adli sürece taşınan toplam		42	17,7	18	8,3	0	-	60	11,2
	Bilmiyorum		6	2,5	6	2,8	3	3,6	15	2,8
	Saldırgan meslektaş ise:	Çalıştığı birim değiştirildi	0	-	3	1,4	0	-	3	0,6
		İdari soruşturma: ceza almadı	1	0,4	3	1,4	0	-	4	0,7
	Diğer		6	2,5	9	4,1	0	-	15	2,8
	Yanıtlanmamış		1	0,4	3	1,4	1	1,2	5	0,9

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Saldırgan ne olduğu ile ilgili kısımda anket metninde bulunan “Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; görevine son verildi.” ve “Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı.” yanıtları hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiş olup, bu sebeple tabloda yer verilmemiştir.

Çizelge 4.3.4.50. İş yerinde fiziksel şiddet sonrası saldırganın durumu

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Fiziksel şiddete uygulayan saldırgana olay sonrası ne oldu?	Hiçbir şey olmadı	36	61,0	34	69,4	5	100,0	75	66,4
	Sözlü olarak uyarıldı	9	15,3	13	26,5	1	20,0	23	20,4
	Saldırgan hasta hasta yakını ise; bakıma son verildi ya da nakil edildi	6	10,2	4	8,2	0	-	10	8,8
	Dava süreci devam ediyor	6	10,2	3	6,1	0	-	9	8,0
	Dava sonuçlandı, kişi ceza aldı	7	11,9	3	6,1	0	-	10	8,8
	Dava sonuçlandı, kişi ceza almadı	6	10,2	3	6,1	0	-	9	8,0
	Adli sürece taşınan toplam	19	32,2	9	18,4	0	-	28	24,8
	Bilmiyorum	2	3,4	3	6,1	0	-	5	4,4
	Saldırgan meslektaşınız ise; Çalıştığı birim değiştirildi İdari soruşturma: ceza almadı	0	-	1	2,0	0	-	1	0,9
		0	-	1	1,7	0	-	1	0,9
	Diğer	1	1,7	4	8,2	0	-	5	4,4

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Saldırgana ne olduğu ile ilgili kısımda anket metninde bulunan “Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; görevine son verildi.” ve “Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı.” yanıtları hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiş olup, bu sebeple tabloda yer verilmemiştir.

Çizelge 4.3.4.51. İş yerinde cinsel şiddet sonrası saldırganın durumu

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsel şiddet uygulayan saldırgana olay sonrası ne oldu?	Hiçbir şey olmadı	5	71,4	13	81,2	1	100,0	19	79,2
	Sözlü olarak uyarıldı	1	14,3	1	6,2	0	-	2	8,3
	Saldırgan hasta hasta yakını ise; bakıma son verildi ya da nakil edildi	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2
	Bilmiyorum	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2
	Saldırgan meslektaşınız ise; Görevine son verildi	0	-	1	6,2	0	-	1	4,2

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Anket formunda bulunan “Dava süreci devam ediyor.”, “Dava sonuçlandı, kişi ceza aldı.”, “Dava sonuçlandı, kişi ceza almadı.”, “Adli sürece taşınan toplam.” “Saldırgan meslektaşınız ise; çalıştığı birim değiştirildi”, “Saldırgan meslektaşınız ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı.” ve “Saldırgan meslektaşınız ise; idari soruşturma açıldı, ceza almadı.” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde; iş yeri şiddeti olayı sonrası saldırganın durumu ile ilgili soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (n=476, %70,6) “Saldırgana hiçbir şey olmadı” yanıtını vermiştir. Bu cevabı “Saldırgan sözlü olarak uyarıldı” (n=137, %20,3) ve “Adli sürece taşındı” (n=88, %13,1) yanıtları izlemektedir. Adli sürece taşınan vakalara bakıldığında; %5,3’ünde (n=36) davanın devam ettiği (adli sürece taşınanlar içinde %40,9), saldırganların %4’ünün (n=27) dava sonucunda ceza aldığı (adli sürece taşınanlar içinde %30,7), %3,7’sinin (n=25) ceza almadığı (adli sürece taşınanlar içinde %28,4) bilgisi alınmıştır. Bu hususta verilen cevaplar ve cevapların meslek gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.3.4.52’de özetlenmiştir.

Çizelge 4.3.4.52. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti sonrası saldırganın durumu

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Şiddete uygulayan saldırganın olay sonrası ne oldu?	Hiçbir şey olmadı	208	68,6	191	67,7	77	86,5	476	70,6	
	Sözlü olarak uyarıldı	42	13,9	79	28,0	16	18,0	137	20,3	
	Saldırgan hasta ya da hasta yakını ise; bakıma son verildi ya da nakil edildi	16	5,3	17	6,0	0	1,1	33	4,9	
	Dava süreci devam ediyor	26	8,6	10	3,5	0	-	36	5,3	
	Dava sonuçlandı, kişi ceza aldı	22	7,3	5	1,8	0	-	27	4,0	
	Dava sonuçlandı, kişi ceza almadı	13	4,3	12	4,3	0	-	25	3,7	
	Adli sürece taşınan toplam	61	20,1	27	9,6	0	-	88	13,1	
	Bilmiyorum	9	3,0	9	3,2	3	3,4	21	3,1	
	Saldırgan meslektaşınız ise;	Görevine son verildi	0	-	1	0,4	0	-	1	0,1
		Çalıştığı birim değiştirildi	0	-	4	1,4	0	-	4	0,6
		İdari soruşturma açıldı, ceza almadı	1	0,3	4	1,4	0	-	5	0,7
Diğer		7	2,3	13	4,6	0	-	20	3,0	
Yanıtlanmamış		1	0,3	3	1,1	1	1,1	5	0,7	

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Saldırganın ne olduğu ile ilgili anket metninde bulunan "Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı." yanıtı hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

Sözel şiddet olayının ele alınışından duyulan memnuniyet ile ilgili katılımcıların yarısına yakını (n=220, %41) süreçten hiç memnun olmadığını belirtmiş, ardından sırasıyla %27,4'ü (n=147) çok az düzeyde, %20,1'i (n=108) orta

düzeyde memnun olduğunu ifade etmiş olup, sözel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %87,6'sı (n=475) memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak belirtmiştir. Sözel şiddet olayının ele alınış sürecinden çok memnun olanlar %2,6, oldukça memnun olduğunu belirtenler ise %5'tir (Çizelge 4.3.4.53).

Çizelge 4.3.4.53. İş yerinde sözel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi

		Doktor (n=237)		Hemşire (n=217)		İntörn doktor (n=83)		Toplam (n=537)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Sözel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi	Hiç memnun değilim	112	47,3	75	34,6	33	39,8	220	41,0
	Çok az düzeyde memnunum	64	27,0	62	28,6	21	25,3	147	27,4
	Orta düzeyde memnunum	42	17,7	50	23,0	16	19,3	108	20,1
	Oldukça memnunum	9	3,8	16	7,4	2	2,4	27	5,0
	Çok memnunum	5	2,1	4	1,8	5	6,0	14	2,6
	Yanıtlanmamış	5	2,1	10	4,6	6	7,2	21	3,9

Fiziksel şiddet olayının ele alınış süresinden duyulan memnuniyet ile ilgili katılımcıların yarısından fazlası (n=60, %53,1) süreçten hiç memnun olmadığını belirtmiş, ardından sırasıyla %24,8'i (n=28) çok az düzeyde, %16,8'i (n=19) orta düzeyde memnun olduğunu ifade etmiş, fiziksel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %94,7'si (n=107) memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade etmiştir (Çizelge 4.3.4.54).

Cinsel şiddet olayının ele alınışından duyulan memnuniyet ile ilgili katılımcıların büyük çoğunluğu (n=18, %75) süreçten hiç memnun olmadığını belirtmiş olup, cinsel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %83,4'ü (n=20) memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade etmiştir (Çizelge 4.3.4.55).

Çizelge 4.3.4.54. İş yerinde fiziksel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi

		Doktor (n=59)		Hemşire (n=49)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=113)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Fiziksel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi	Hiç memnun değilim	34	57,6	22	44,9	4	80,0	60	53,1
	Çok az düzeyde memnunum	13	22,0	14	28,6	1	20,0	28	24,8
	Orta düzeyde memnunum	8	13,6	11	22,5	0	-	19	16,8
	Oldukça memnunum	1	1,7	0	-	0	-	1	0,9
	Çok memnunum	2	3,4	1	2,0	0	-	3	2,6
	Yanıtlanmamış	1	1,7	1	2,0	0	-	2	1,8

Çizelge 4.3.4.55. İş yerinde cinsel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=16)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=24)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi	Hiç memnun değilim	5	71,4	13	81,2	0	-	18	75,0
	Çok az düzeyde memnunum	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2
	Orta düzeyde memnunum	0	-	0	-	1	100,0	1	4,2
	Oldukça memnunum	0	-	2	12,5	0	-	2	8,3
	Çok memnunum	0	-	0	-	0	-	0	-
	Yanıtlanmamış	1	14,3	1	6,3	0	-	2	8,3

Tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde, iş yeri şiddeti olayının ele alınışından duyulan memnuniyet ile ilgili katılımcıların yarısına yakını (n=298, %44,2) süreçten hiç memnun olmadığını belirtmiş, ardından sırasıyla; %26,1'i (n=176) çok az düzeyde, %19'u (n=128) orta düzeyde memnun olduğunu ifade etmiş olup, katılımcıların toplamda %89,3'ü (n=602) memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade etmiştir. Söz konusu süreçten oldukça memnun olanlar %4,5, çok memnun olanlar ise %2,5'tir (Çizelge 4.3.4.56).

Çizelge 4.3.4.56. Tüm şiddet türleri genelinde iş yeri şiddeti olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi

		Doktor (n=303)		Hemşire (n=282)		İntörn doktor (n=89)		Toplam (n=674)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyet düzeyi	Hiç memnun değilim	151	49,8	110	39,0	37	41,6	298	44,2
	Çok az düzeyde memnunum	78	25,8	76	26,9	22	24,7	176	26,1
	Orta düzeyde memnunum	50	16,5	61	21,6	17	19,1	128	19,0
	Oldukça memnunum	10	3,3	18	6,4	2	2,2	30	4,5
	Çok memnunum	7	2,3	5	1,8	5	5,6	17	2,5
	Yanıtlanmamış	7	2,3	12	4,3	6	6,8	25	3,7

İş yerinde sözel şiddet maruziyeti sonrası bildirimde bulunulmamış ise bunun sebebinin ne olduğu sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sıklığa göre ilk üç neden; “İşe yaramayacağını düşündüm” (n=241, %54,6), “Önemli olduğunu düşünmedim” (n=158, %35,8) ve “Zamanım yoktu” (n=106, %24) olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.57).

Çizelge 4.3.4.57. İş yerinde sözel şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebepleri

		Doktor* (n=186)		Hemşire* (n=175)		İntörn doktor* (n=80)		Toplam* (n=441)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sözel şiddet sonrası bildirim yapılmadıysa sebebi	Önemli olduğunu düşünmedim	50	26,9	67	38,3	41	51,3	158	35,8
	Utandım	2	1,0	3	1,7	4	5,0	9	2,0
	Suçlu hissettim	1	0,5	5	2,9	5	6,3	11	2,5
	Negatif sonuçlarından korktum	18	9,7	17	9,7	11	13,8	46	10,4
	İşe yaramayacağını düşündüm	113	60,8	90	51,4	38	47,5	241	54,6
	Bildirim nasıl yapılacağını bilmeme	8	4,3	6	3,4	8	10,0	22	5,0
	Zamanım yoktu	66	35,5	25	14,3	15	18,8	106	24,0
	Şikayet sonrası çok sayıda ifade verme	29	15,6	17	9,7	6	7,5	52	11,8
	Adli işlerin yükünü tek başına üstlenme	14	7,5	10	5,7	5	6,3	29	6,6
	Diğer	6	3,2	10	5,7	2	2,5	18	4,1

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Bildirim yapılmama sebebini sorgulayan anket sorusunda bildirim yapmayanların yanıtlaması istendiğinden “n” toplam katılımcı sayısından azdır.

İş yerinde fiziksel şiddet maruziyeti sonrası bildirimde bulunulmamış ise bunun sebebinin ne olduğu sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sıklığa göre ilk üç neden; “İşe yaramayacağını düşündüm” (n=57, %69,5), “Zamanım yoktu” (n=25, %30,5) ve “Önemli olduğunu düşünmedim” (n=14, %17,1) olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.58).

Çizelge 4.3.4.58. İş yerinde fiziksel şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebebi

		Doktor (n=41)		Hemşire (n=36)		İntörn doktor (n=5)		Toplam (n=82)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Fiziksel şiddet sonrası bildirim yapılmıyorsa sebebi	Önemli olduğunu düşünmedim	7	17,1	5	13,9	2	40,0	14	17,1
	Utandım	2	5,3	2	5,6	1	20,0	5	6,1
	Suçlu hissettim	1	2,4	2	5,6	1	20,0	4	4,9
	Negatif sonuçlarından korktum	4	9,8	5	13,9	0	-	9	11,0
	İşe yaramayacağını düşündüm	29	70,7	26	72,2	2	40,0	57	69,5
	Bildirim nasıl ve kime yapılacağını bilmiyordum	1	2,4	0	-	1	20,0	2	2,4
	Zamanım yoktu	16	39,0	8	22,2	1	20,0	25	30,5
	Şikayet sonrası çok sayıda ifade verme ihtimali yüzünden	10	24,4	2	5,6	1	20,0	13	15,9
	Avukat masrafı, adli süreç takibi vb. işlerin yükünü tek başına üstlenme ihtimali	6	14,6	2	5,6	1	20,0	9	11,0
	Diğer	3	7,3	2	5,6	0	-	5	6,1

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Bildirim yapılmama sebebini sorgulayan soruda bildirim yapmayanların yanıtlanması istendiğinden “n” toplam katılımcı sayısından azdır.

İş yerinde cinsel şiddet maruziyeti sonrası bildirimde bulunulmamış ise bunun sebebinin ne olduğu sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sıklığa göre ilk üç neden; “Utandım” (n=11, %45,8), “İşe yaramayacağını düşündüm” (n=8, %33,3) ve “Negatif sonuçlarından korktum” (n=7, %29,2) olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.59).

Çizelge 4.3.4.59. İş yerinde cinsel şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebebi*

		Doktor (n=7)		Hemşire (n=13)		İntörn doktor (n=1)		Toplam (n=21)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsel şiddet sonrası bildirim yapılmadıysa sebebi	Önemli olduğunu düşünmedim	2	28,6	3	23,1	0	-	5	20,8
	Utandım	3	42,9	7	53,8	1	100,0	11	45,8
	Suçlu hissettim	0	-	3	23,1	0	-	3	12,5
	Negatif sonuçlarından korktum	1	14,3	5	38,5	1	100,0	7	29,2
	İşe yaramayacağını düşündüm	3	42,9	5	38,5	0	-	8	33,3
	Bildirim nasıl ve kime yapılacağını bilmiyordum	0	-	2	15,4	0	-	2	8,3
	Zamanım yoktu	1	14,3	0	-	0	-	1	4,2
	Diğer	1	14,3	1	7,7	0	-	2	8,3

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır. Bildirim yapılmama sebebini sorgulayan anket sorusunda bildirim yapmayan kişilerin yanıtlaması istendiğinden “n” toplam katılımcı sayısından azdır. Anket formunda bulunan “Şikayet sonrası çok sayıda ifade verme ihtimali yüzünden” ve “Avukat masrafı, adli süreç takibi vb. işlerin yükünü tek başına üstlenme ihtimali” seçenekleri hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmediği için tabloda yer verilmemiştir.

İş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruziyet sonrası bildirimde bulunulmamış ise, bunun sebebinin ne olduğu sorusuna verilen yanıtlar tüm gruplar için birlikte incelendiğinde; sıklığa göre ilk üç neden; “İşe yaramayacağını düşündüm” (n=306, %56,3), “Önemli olduğunu düşünmedim” (n=177, %32,5) ve “Zamanım yoktu” (n=132, %24,3) olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3.4.60).

Çizelge 4.3.4.60. Tüm şiddet tipleri genelinde iş yeri şiddet olayı sonrasında bildirimde bulunmama sebebi

		Doktor (n=234)		Hemşire (n=224)		İntörn doktor (n=86)		Toplam (n=544)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddet sonrası bildirim yapılmadıysa sebebi	Önemli olduğunu düşünmedim	59	25,2	75	33,5	43	50,0	177	32,5
	Utandım	7	3,0	12	5,4	6	7,0	25	4,6
	Suçlu hissettim	2	0,9	10	4,5	6	7,0	18	3,3
	Negatif sonuçlarından korktum	23	9,8	27	12,1	12	13,9	62	11,4
	İşe yaramayacağını düşündüm	145	62,0	121	54,0	40	46,5	306	56,3
	Bildirim nasıl yapılacağını bilmeme	9	3,8	8	3,6	9	10,5	26	4,8
	Zamanım yoktu	83	35,5	33	14,7	16	18,6	132	24,3
	Şikayet sonrası çok sayıda ifade verme	39	16,7	19	8,5	7	8,1	65	11,9
	Adli işlerin yükünü tek başına üstlenme	20	8,5	12	5,4	6	7,0	38	7,0
	Diğer	10	4,3	13	5,8	2	2,3	25	4,6

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden verilen yanıt sayısı şiddete maruz kalan olgu sayısından, toplam yüzde %100'den fazladır.

Sağlıkta şiddet olaylarından etkilenim düzeyi incelendiğinde; katılımcıların %23,8'inin (n=127) bu tip olayların kendisini etkilemediğini belirtmiştir, bir başka deyişle katılımcıların %76,2'si (n=406) az ya da çok yaşadığı şiddet olayından etkilendiğini ifade etmiştir. Etkilenimi olan katılımcılar tarafından sıklık sıralamasına göre en çok yaşanan tepkiler; iş-çalışma motivasyonunun azalması (n=208, %39), hastalar ya da iş arkadaşları ile iletişiminin azalması (n=172, %32,3) çalışırken daha dikkatli davranma ve kendini korumaya çalışma (n=166, %31,1),

işini eskisi kadar sevmeme (n=147, %27,6), iş performansında azalma (n=78, %14,6) ve iletişim esnasında korku duyma (n=67, %12,6) olarak bildirilmiştir. Verilen yanıtların meslek gruplarına göre dağılımı Çizelge 4.3.4.61’de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çizelge 4.3.4.61. Şiddetten etkilenim ve bunun hasta etkileşimine etkisi*

		Doktor (n=229)		Hemşire (n=193)		İntörn doktor (n=111)		Toplam (n=533)	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Şiddetten etkilenim düzeyi ve hasta etkileşimi	Etkilemedi	50	21,8	49	25,4	28	25,2	127	23,8
	İletişimimin azalmasına neden oldu	80	34,9	55	28,5	37	33,3	172	32,3
	İletişim esnasında korku duyuyorum	28	12,2	19	9,8	20	18,0	67	12,6
	Daha dikkatliyim ve kendimi koruyorum	68	29,7	63	32,6	35	31,5	166	31,1
	İşimi eskisi kadar sevmiyorum	63	27,5	54	28,0	30	27,0	147	27,6
	Kurum ya da bölüm değiştirdim	15	6,6	10	5,2	0	-	25	4,7
	İş performansım azaldı	30	13,1	27	14,0	21	19,0	78	14,6
	İş motivasyonum azaldı	88	38,4	72	37,3	48	43,2	208	39,0
	Profesyonel yardım aldım	5	2,2	2	1,0	1	0,9	8	1,5
	İşi bırakmayı düşündüm	21	9,2	24	12,4	6	5,4	51	9,6
	İşi bıraktım	4	1,7	3	1,6	0	-	7	1,3

*Birden çok seçenek işaretlenebildiğinden toplam yüzde %100’den fazladır. Etkilenim düzeyi ve hasta iletişimini sorgulayan anket sorusunu sadece tanıklık ya da bizzat şiddet maruziyeti olan kişilerin yanıtlaması beklenmiş olup, kimi katılımcılar şiddete maruz kalmış olmasına ya da tanık olmasına rağmen soruyu yanıtlamamış, kimilerinin ise bir maruziyetleri olmamasına rağmen soruyu yanıtlamış olduğu görülmüş, medyadaki vakalara tanıklık gibi tanıklıklar düşünülerek yanıt veren tüm katılımcıların cevapları değerlendirmeye alınmıştır.

**Etkilenim düzeyi ve hasta iletişimi ile ilgili oranlar soruya yanıt vermeyen katılımcılar çıkarılarak sadece soruyu yanıtlayanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

4.3.5. İş Yerinde Şiddet Maruziyeti ve Şiddet Maruziyetinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kadınların %75,4'ü (n=395), erkeklerin %62,6'si (n=147) meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Cinsiyet ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=13,07$; $p= 0,0002$) (Çizelge 4.3.5.1).

Çizelge 4.3.5.1. Cinsiyet ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=542)		Şiddet yok (n=217)		Toplam (n=759)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Cinsiyet	Kadın	395	75,4	129	24,6	524	13,07	0,00
	Erkek	147	62,6	88	37,4	235		

*Pearson chi-square testi [İlişki (Phi) katsayısı: -0,131; $p= 0,00$]

Çalışmaya katılan evli kişilerin %82,4'ü (n=243), evli olmayanların %64,4'ü (n=299) meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiş olup, medeni durum ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=28,4$; $p= 0,00$) (Çizelge 4.3.5.2).

Çizelge 4.3.5.2. Medeni durum ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=542)		Şiddet yok (n=217)		Toplam (n=759)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Medeni durum	Evli	243	82,4	52	17,6	295	28,4	0,00
	Evli değil	299	64,4	165	35,6	464		

*Pearson chi-square testi, [İlişki (Phi) katsayısı: -0,193; $p= 0,00$]

Yaş gruplarına göre şiddet maruziyeti değerlendirildiğinde; en yüksek oranda şiddete maruz kalan grubun 30-34 yaş aralığındaki çalışanlar olduğu (n=100, %87,0) en az şiddete maruz kalan grubun 24 yaş ve altı olduğu (n=83; %45,6), anlaşılmakta olup, yaş grubu ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=82,79$; p= 0,00) (Çizelge 4.3.5.3). Post hoc analizde bonferroni düzeltmesi ile yapılan çoklu karşılaştırmalarda; 24 yaş ve altındaki katılımcı grubunda şiddet sıklığının diğer gruplara oranla az olması anlamlı farklılık olarak yorumlanmıştır (Z=8,8).

Çizelge 4.3.5.3. Yaş grubu ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=542)		Şiddet yok (n=217)		Toplam (n=759)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Yaş grubu	24 yaş ve altı	83	45,6	99	54,4	182	82,79	0,00
	25-29 yaş	213	78,0	60	22,0	273		
	30-34 yaş	100	87,0	15	13,0	115		
	35-39 yaş	52	80,0	13	20,0	65		
	40-44 yaş	50	73,5	18	26,5	68		
	45-49 yaş	24	80,0	6	20,0	30		
	50 yaş ve üzeri	20	76,9	6	23,1	26		

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,314, p=0,00]

İntörnlerin homojen bir yaş dağılımına sahip olduğu göz önünde bulundurularak, sadece hekim ve hemşirelerin yaş gruplarına göre şiddet maruziyeti değerlendirildiğinde; 25-29 yaş aralığındaki katılımcıların %86,3'ünün (n=196) şiddete maruz kaldığı ve en yüksek oranda şiddet gören grup olduğu, 40-44 yaş aralığındaki katılımcıların %73,5'inin (n=50) şiddete maruz kaldığı ve en düşük oranda şiddet gören grup olduğu tespit edilmiş olup, hekimlerde ve hemşirelerde yaş grubu ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. ($\chi^2=8,939$; p= 0,18) (Çizelge 4.3.5.4).

Çizelge 4.3.5.4. Hekim ve hemşirelerde yaş grubu ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=457)		Şiddet yok (n=93)		Toplam (n=550)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Yaş grubu	24 yaş ve altı	15	78,9	4	21,1	19	8,939	0,18
	25-29 yaş	196	86,3	31	13,7	227		
	30-34 yaş	100	87,0	15	13,0	115		
	35-39 yaş	52	80,0	13	20,0	65		
	40-44 yaş	50	73,5	18	26,5	68		
	45-49 yaş	24	80,0	6	20,0	30		
	50 yaş ve üzeri	20	76,9	6	23,1	26		

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır.

Meslek grubu ile şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; doktorların %84,9'u (n=237), hemşirelerin %81,2'si (n=220), intörn doktorların %40,7'si (n=85) meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Meslek grupları ile şiddet maruziyeti açısından anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=134,44$; $p=0,00$). Post hoc analizde bonferroni düzeltmesi ile yapılan çoklu karşılaştırmalarda; intörn doktorların şiddet maruziyeti sıklığının diğer gruplara göre az olması anlamlı bulunmuştur ($Z=11,6$). Çizelge 4.3.5.5'te meslek grubu ve şiddet maruziyeti ilişkisi ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.3.5.5. Meslek grubu ve meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=542)		Şiddet yok (n=217)		Toplam (n=759)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Meslek grubu	Doktor	237	84,9	42	15,1	279	134,44	0,00
	Hemşire	220	81,2	51	18,8	271		
	İntörn doktor	85	40,7	124	59,3	209		

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,421, $p=0,00$]

Doktorlarda ve hemşirelerde mesleki unvan ve şiddet maruziyeti arasındaki ilişki ile hemşirelerin çalıştıkları alan (poliklinik-servis) ve şiddet maruziyeti arasındaki ilişki, hemşirelerin çalıştığı birimlerde ve çalışma alanlarında ara ara rotasyona gidilmesi ve bu sebeple unvanlarının değişkenlik göstermesi, doktorlarda özellikle araştırma görevlilerinin daha önceki yıllardaki çalışma birimlerin ve unvanlarının (pratisyen hekim) değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurularak, diğer parametrelerden farklı olarak son 12 aydaki şiddet maruziyeti üzerinden değerlendirilmiştir. Doktorlarda mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; araştırma görevlisi doktorların %59,7'sinin (n=145), uzman doktor ve öğretim üyelerinin %33,3'ünün (n=12) son 12 ayda en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Yapılan değerlendirmede doktorlarda mesleki unvan ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($\chi^2=8,83$; $p=0,003$) (Çizelge 4.3.5.6).

Çizelge 4.3.5.6. Doktorlarda mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=157)		Şiddet yok (n=122)		Toplam (n=279)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Doktor (n=279)	Araştırma görevlisi	145	59,7	98	40,3	243	8,83	0,003
	Uzman doktor ve öğretim üyesi	12	33,3	24	66,7	36		

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,170, $p=0,00$]

Hemşirelerde mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; klinik hemşirelerin %57,1'inin (n=136), yönetici hemşirelerin %45,5'inin (n=10) ve eğitim hemşirelerinin %45,5'inin (n=5) son 12 ayda en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Hemşirelerde mesleki unvan ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($\chi^2=1,61$; $p=0,45$) (Çizelge 4.3.5.7).

Çizelge 4.3.5.7. Hemşirelerde mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=151)		Şiddet yok (n=120)		Toplam (n=271)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
Hemşire (n=271)	Eğitim hemşiresi	5	45,5	6	54,5	11	1,61	0,45
	Yönetici hemşire	10	45,5	12	54,5	22		
	Klinik hemşire	136	57,1	102	42,9	238		

*Pearson chi-square testi.

Klinik alanda çalışılan hemşireler (poliklinik-servis hemşireleri n=202) ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; serviste çalışan hemşirelerin %63,5'inin (n=101), poliklinikte çalışan hemşirelerin %46,5'inin (n=20) son 12 ayda en az bir kere iş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı saptanmış olup, yapılan değerlendirmede hemşirelerde çalışılan alan ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=4,08$; p=0,04) (Çizelge 4.3.5.8).

Çizelge 4.3.5.8. Klinik alanda çalışılan hemşireler (poliklinik-servis hemşireleri n=202) ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=121)		Şiddet yok (n=81)		Toplam (n=202)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
	Servis hemşiresi	101	63,5	58	36,5	159	4,08	0,04
	Poliklinik hemşiresi	20	46,5	23	53,5	43		

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,14; p=0,04]

İntörn doktorların çalışma alanlarının değişken olması, çalıştıkları hasta gruplarının belirgin bir özellik göstermemesi sebebiyle çalışma hayatı ile ilgili veriler incelenirken intörn doktorlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Doktor ve hemşirelerde meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ile ana branş ilişkisi incelendiğinde; temel bilimler alanında çalışan katılımcılarda şiddet sıklığının en az olduğu (n=2; %33,3), bu oranın dahili branşlarda %84,8 (n=307)

cerrahi branşlarda %84,5 (n=131) olduğu saptanmış olup, şiddet maruziyeti ve çalışan ana branş arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=11,737$; p=0,003) (Çizelge 4.3.5.9). Post hoc analizde bonferroni düzeltmesi ile yapılan çoklu karşılaştırmalarda; temel bilimlerde şiddet maruziyeti düzeyinin düşük olması anlamlı bulunmuştur (Z=3,4).

Çizelge 4.3.5.9. Doktor ve hemşirelerde branş ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var* (n=440)		Şiddet yok* (n=83)		Toplam* (n=523)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P**
	Dahili branşlar	307	84,8	55	15,2	362	11,737	0,003
	Cerrahi branşlar	131	84,5	24	15,5	155		
	Temel bilimler	2	33,3	4	66,7	6		

*Soruya yanıt vermeyen 13 kişi ve herhangi bir branş altında gruplandırılmayan 14 kişi olmak üzere toplam 27 kişi incelemeye dahil edilmemiştir.

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,148, p=0,00]

Çalışma süresi ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; en yüksek oranda şiddete maruz kalan grubu 6-10 yıl çalışma süresi olan grubun oluşturduğu (n=97; %91,5), en az şiddete maruz kalan grubun ise 1 yıldan az çalışma süresi olan grup olduğu (n=24; %66,7) gözlenmiştir. Çalışma süresi ve şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=20,52$; p= 0,001) (Çizelge 4.3.5.10). Ancak bu gruplar arasında lineer bir artış ya da azalış trendi olmadığı saptanmıştır (linear by linear association; p=0,29).

Çalıştıkları birimde nöbet tutan kişilerin %87'sinin (n=309), nöbet tutmayan kişilerin %76,4'ünün (n=146) meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiş olup, nöbet ve şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=10,05$; p=0,002) (Çizelge 4.3.5.11).

Çizelge 4.3.5.10. Çalışma süresi ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=455)		Şiddet yok (n=93)		Toplam* (n=548)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P**
Çalışma süresi	1 yıldan az	24	66,7	12	33,3	36	20,52	0,001
	1-5 yıl	193	86,5	30	13,5	223		
	6-10 yıl	97	91,5	9	8,5	106		
	11-15 yıl	39	73,6	14	26,4	53		
	16-20 yıl	41	74,5	14	25,5	55		
	20 yıl üzeri	61	81,3	14	18,7	75		

*Katılımcılarda 2'si bu soruya yanıt vermediği için incelemeye dahil edilmemiştir.

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,190, p=0,00]

Çizelge 4.3.5.11. Nöbet usulü çalışma ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=455)		Şiddet yok (n=91)		Toplam* (n=564)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P**
	Nöbet var	309	87,0	46	13,0	355	10,05	0,002
	Nöbet yok	146	76,4	45	23,6	191		

*Bu soruya yanıt vermeyen 4 kişi incelemeye dahil edilmemiştir.

**Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Phi) katsayısı: -0,136, p=0,00]

Hasta etkileşimi olan birimlerde çalışan katılımcıların %84'ü (n=437), hasta etkileşimi olmayan birimlerde çalışan katılımcıların %66,7'si (n=20) meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmişlerdir. Yapılan değerlendirmelerde hasta etkileşimli ortamda çalışma ve şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($\chi^2=6,09$; p=0,014) (Çizelge 4.3.5.12).

Çizelge 4.3.5.12. Hasta etkileşimi ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=457)		Şiddet yok (n=93)		Toplam (n=550)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P*
	Hasta etkileşimi var	437	84,0	83	16,0	520	6,09	0,014
	Hasta etkileşimi yok	20	66,7	10	33,3	30		

*Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Phi) katsayısı: -0,105, p=0,01]

Hasta ile etkileşimi olan katılımcıların (n=520) iletişim tipi incelendiğinde; sadece hasta bakım hizmeti veren grubun en az (n=74, %74,7), hem konuşma ve muayene, hem hasta bakım hizmeti şeklinde iletişimi olan grubun en çok şiddete maruz kalan (n=101, %91,8) grup olduğu görülmüş olup, hastayla iletişim şekli ile şiddet arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=11,39$; p=0,003) (Çizelge 4.3.5.13).

Çizelge 4.3.5.13. Hasta ile iletişim şekli ve şiddet maruziyeti ilişkisi

		Şiddet var (n=434)		Şiddet yok (n=82)		Toplam* (n=516)	Chi-square	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	χ^2	P**
Etkileşim tipi	Konuşma ve muayene	259	84,4	48	15,6	307	11,39	0,003
	Hasta bakım hizmeti	74	74,7	25	25,3	99		
	Her ikisi de	101	91,8	9	8,2	110		

*Hasta etkileşimi olduğunu belirten 520 kişi üzerinden değerlendirilen bu soruya yanıt vermeyen 4 kişi incelemeye dahil edilmemiştir.

**Pearson chi-square testi uygulanmıştır. [İlişki (Contingency) katsayısı: 0,147, p=0,00]

4.4. Ölçekler ile İlgili Veriler

4.4.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri, Betimleyici İstatistikleri

Çalışmalarda ölçeklerin güvenirliliği değerlendirilirken sıklıkla Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı kullanılmaktadır. Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı her bir madde için tek tek ya da anketin toplam güvenilirliğini göstermek adına ölçekteki tüm maddeler için hesaplanabilir. “ α ” değeri 0-1 arasında değişir. Genel olarak bu değerin 0,7’ye eşit ya da 0,7’den büyük olması güvenirliliğin yüksek olduğu lehine değerlendirilir. Literatürde kabul gören sınıflamaya göre;

- α değeri $\geq 0,9$ ise; mükemmel,
- $0,7 \leq \alpha < 0,9$ ise; iyi
- $0,6 \leq \alpha < 0,7$ ise; kabul edilebilir
- $0,5 \leq \alpha < 0,6$ ise; zayıf
- $\alpha < 0,5$ ise; kabul edilemez olarak değerlendirilir [101].

Katılımcıların 674’ünün Minnesota İş Doyum Ölçeğini, 681’inin Maslach Tükenmişlik Ölçeğini, 693’ünün Genel Sağlık Anketini eksiksiz ve özenli doldurmuş olduğu tespit edilmiş olup, ölçekler ile ilgili değerlendirmeler bu kişilerin doldurduğu formlar üzerinden yapılmıştır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Genel Sağlık Anketi-28’in (GSA-28) genel ve alt boyut güvenirlilik katsayıları Çizelge 4.4.1.1’de özetlenmiş olup, tüm ölçekler ve alt boyutların Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0,7 değerinin üzerinde bulunmuştur. Bu bağlamda uygulanan ölçeklerin güvenirliliklerinin yüksek ve kabul edilebilir aralıkta olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.4.1.1. Ölçeklerin güvenirlik katsayıları

		Cronbach alfa katsayısı	Madde sayısı
Minnesota İş Doyum Ölçeği	Genel doyum	0,92	20
	İçsel doyum	0,90	12
	Dışsal doyum	0,84	8
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Duygusal tükenmişlik	0,88	9
	Duyarsızlaşma	0,76	5
	Kişisel başarı	0,78	8
Genel Sağlık Anketi-28	Genel	0,94	28
	Somatik semptomlar	0,86	7
	Anksiyete ve uyku bozuklukları	0,89	7
	Sosyal disfonksiyon	0,83	7
	Depresyon	0,87	7

MİDÖ genel iş doyumu, içsel doyum ve dışsal doyum ölçek puan ortalamaları, minimum-maksimum değerler ve standart sapmaları; MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ölçek puan ortalamaları, minimum-maksimum değerler ve standart sapmaları ile GSA-28 genel puan ortalaması ile alt boyutlarının (somatik semptomlar, anksiyete ve uyku bozuklukları, sosyal disfonksiyon ve depresyon) ölçek puan ortalamaları, minimum-maksimum değerler ve standart sapmaları Çizelge 4.4.1.2’de ayrıntılandırılmıştır.

Çizelge 4.4.1.2. Ölçeklerin betimleyici istatistikleri

Betimleyici istatistikler			Ortalama	Minimum maksimum değer	Std. sapma
	Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,18 (63,69)	1-5 (20-100)	0,69 (13,76)
		İçsel doyum	3,40 (40,85)	1-5 (12-60)	0,71 (8,48)
		Dışsal doyum	2,86 (22,84)	1-5 (8-40)	0,79 (6,32)
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	18,17	0-36	7,55
		Duyarsızlaşma	6,59	0-19	4,31
		Kişisel başarı	20,95	4-32	5,46
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	6,86	0-28	6,49
		Somatik semptomlar	2,11	0-7	2,23
		Anksiyete ve uyku bozuklukları	2,33	0-7	2,36
		Sosyal fonksiyonda bozulma	1,55	0-7	1,82
		Depresyon	0,89	0-7	1,52

4.4.2. Ölçek Puanları ve Puanların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi

MİDÖ'ye verilen yanıtlar incelenirken 60 puan nötr iş doyum olarak alındığında; tüm katılımcıların %39,4'ü (n=266) 60'ın altında, %60,6'sı (n=409) 60 ve üzeri puan almıştır. İş doyumunu ölçeğine eksiksiz ve özenli şekilde yanıt veren katılımcıların (n=675) %25,8'inin (n=174) iş doyumunu düşük, %49,9'unun iş doyumunu (n=337) orta ve %24,3'ünün (n=164) iş doyumunu yüksek olarak bulunmuştur. MTÖ'den alınan puanlar değerlendirildiğinde; çalışanların kendi meslek grupları için önerilen puanlara göre değerlendirilmiş olup (Bkz. Çizelge 3.8.1); tüm katılımcıların %64'ünde (n=436) duygusal tükenmişlik düzeyi düşük,

%22,3'ünde (n=152) orta, %13,7'sinde (n=93) yüksek; duyarsızlaşma düzeyi katılımcıların %70,2'sinde (n=478) düşük, %18,9'unda (n=129) orta, %10,9'unda (n=74) yüksek ve kişisel başarı hissi katılımcıların %13,8'inde (n=94) düşük, %25,6'sında (n=174) orta, %60,6'sında (n=413) yüksek olarak tespit edilmiştir. GSA-28'i yanıtlayan kişilerin aldıkları puanlar kesme noktasına göre (5 puan ve üzeri alan kişiler ruhsal açıdan riskli grup) değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların %45,7'si (n=317) 5'ten az, %54,3'ü (n=376) 5 ve üzeri puan almıştır.

Son 12 ayda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının, uğramayanlara göre MİDÖ genel iş doyumunu, içsel iş doyumunu ve dışsal iş doyumunu ölçek puan ortalamaları daha düşük, MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları daha yüksek, kişisel başarı hissi alt boyut puan ortalamaları daha düşük ve GSA-28 genel puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup, tüm bu ikili grup karşılaştırmalarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.4.2.1)

Meslek hayatı boyunca en az bir kere şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının, uğramayanlara göre MİDÖ (genel iş doyumunu, içsel doyum ve dışsal doyum) ölçek puan ortalamaları daha düşük, MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları daha yüksek ve bu ikili grup karşılaştırmalarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Meslek hayatı boyunca en az bir kere şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının, uğramayanlara göre MTÖ kişisel başarı hissi alt boyut ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). GSA-28 genel ve alt boyutlarının puan ortalamaları meslek hayatı boyunca en az bir kere şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında, uğramayanlara göre daha yüksek bulunmuş olup, tüm bu ikili grup karşılaştırmalarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.4.2.2)

Çizelge 4.4.2.1. Son 12 ayda herhangi bir iş yeri şiddeti maruziyeti ile ölçek puanlarının ilişkisi

Şiddet maruziyetinin ölçek puanları ile ilişkisi	SON 12 AY		Şiddet var		Şiddet yok		
			Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	P*
	Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	2,98	0,68	3,38	0,63	0,00
		İçsel doyum	3,23	0,73	3,57	0,65	0,00
		Dışsal doyum	2,60	0,76	3,10	0,74	0,00
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	20,27	7,38	16,11	7,15	0,00
		Duyarsızlaşma	7,63	4,46	5,56	3,89	0,00
		Kişisel başarı	20,49	5,19	21,40	5,65	0,01
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	2,57	2,28	1,66	2,09	0,00
		Somatik semptomlar	2,81	2,37	1,86	2,27	0,00
		Anksiyete ve uyku bozuklukları	1,87	1,95	1,23	1,62	0,00
		Sosyal disfonksiyon	1,07	1,60	0,71	1,43	0,00
		Depresyon	8,29	6,63	5,45	6,03	0,00

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Çizelge 4.4.2.2. Meslek hayatı boyunca herhangi bir iş yeri şiddeti maruziyeti ile ölçek puanlarının ilişkisi

Şiddet maruziyetinin ölçek puanları ile ilişkisi	MESLEK HAYATI BOYUNCA		Şiddet var		Şiddet yok		P*
			Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	
	Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,09	0,70	3,42	0,58	0,00
		İçsel doyum	3,32	0,73	3,60	0,59	0,00
		Dışsal doyum	2,74	0,79	3,15	0,71	0,00
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	19,16	7,63	15,76	6,80	0,00
		Duyarsızlaşma	6,94	4,40	5,72	3,96	0,89
		Kişisel başarı	20,99	5,39	20,86	5,59	0,00
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	7,64	6,62	4,93	5,71	0,00
		Somatik semptomlar	2,37	2,27	1,49	1,99	0,00
		Anksiyete ve uyku bozuklukları	2,63	2,40	1,59	2,11	0,00
		Sosyal fonksiyonda bozulma	1,70	1,88	1,17	1,60	0,00
		Depresyon	0,97	1,56	0,68	1,42	0,00

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Şiddet tiplerine maruziyet (hiçbir şiddet türüne maruz kalmamış - her üç şiddet tipine de maruz kalmış) ile ölçekler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; son 12 aydaki şiddet tipi ve sayısıyla MİDÖ genel iş doyumunu ($p=0,00$; $r=-0,311$) ve alt boyutları olan içsel doyum ($p=0,00$; $r=-0,257$), dışsal doyum ($p=0,00$; $r=-0,332$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; son 12 aydaki şiddet tipi ve sayısıyla MTÖ tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenmişlik ($p=0,00$;

$r=0,287$) ve duyarsızlaşma puanları ($p=0,00$; $r=0,218$) arasında pozitif yönde, kişisel başarı hissi puanları ($p=0,00$; $r=-0,116$) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, GSA-28 genel puanı ($p=0,00$; $r=0,248$) ve bu anketin alt boyutları olan somatik semptomlar ($p=0,00$; $r=0,234$), anksiyete ve uyku bozukluğu ($p=0,00$; $r=0,234$), sosyal disfonksiyon ($p=0,00$; $r=0,179$), depresyon ($p=0,00$; $r=0,164$) alt boyut puanları ile son 12 ayda maruz kalınan şiddet tipi ve sayısının arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi sayısı ile (hiçbir şiddet türüne maruz kalmamış - her üç şiddet tipine de maruz kalmış) MİDÖ genel iş doyumunu ($p=0,00$; $r=-0,272$) ve iş doyumunu alt boyutları olan içsel doyum ($p=0,00$; $r=-0,232$), dışsal doyum ($p=0,00$; $r=-0,280$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi sayısı ile MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik ($p=0,00$; $r=0,241$) ve duyarsızlaşma puanları ($p=0,00$; $r=0,143$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup, kişisel başarı hissi boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,52$). GSA-28 genel puanları ($p=0,00$; $r=0,210$) ve anketin alt boyutlarını oluşturan somatik semptomlar ($p=0,00$; $r=0,215$), anksiyete ve uyku bozukluğu ($p=0,00$; $r=0,225$), sosyal fonksiyonlarda bozulma ($p=0,002$; $r=0,122$), depresyon puanları ($p=0,001$; $r=0,125$) ile meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Ölçekler ve alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkisi değerlendirildiğinde; MİDÖ genel iş doyumunu, içsel doyum ve dışsal doyum puanları ile GSA-28 genel ve alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki; MİDÖ genel iş doyumunu, içsel doyum ve dışsal doyum puanları ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönde, kişisel başarı hissi puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). GSA-28 genel ve alt boyut puan ortalamaları ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, kişisel başarı hissi puanları ile negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçeklerin birbiriyle olan korelasyon ilişkisi ve Spearman korelasyon katsayıları Çizelge 4.4.2.3'te ayrıntılı irdelenmiştir.

Çizelge 4.4.2.3. Uygulanan ölçeklerin birbiriyle ilişkisi *

Maruz kalanın şiddet tipi sayısının ölçek puanları ile ilişkisi															
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)			Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)										
		Depresyon	Sosyal fonksiyonlar	Anksiyete	Somatik semptomlar	Genel	Kişisel başarı hissi	Duyarsızlaşma	Duygusal tükenmişlik	Dışsal doyum	İçsel doyum	Genel doyum	Minnesota İş Doyum Ölçeği	Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Genel Sağlık Anketi-28
		r=-0,330	r=-0,359	r=-0,394	r=-0,395	r=-0,444	r=0,510	r=-0,431	r=-0,584	r=1,00	r=0,899	r=0,936	r=1,00	r=-0,584	r=-0,395
		r=-0,346	r=-0,370	r=-0,362	r=-0,375	r=-0,429	r=0,510	r=-0,437	r=-0,560	r=1,00	r=0,698	r=1,00	r=0,936	r=-0,437	r=-0,394
		r=-0,266	r=-0,297	r=-0,373	r=-0,357	r=-0,396	r=0,392	r=-0,351	r=-0,513	r=0,600	r=1,00	r=0,698	r=0,899	r=-0,431	r=-0,359
		r=0,448	r=0,476	r=0,548	r=0,540	r=0,606	r=-0,389	r=0,600	r=1,00	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=-0,330
		r=0,301	r=0,314	r=0,315	r=0,299	r=0,369	r=-0,440	r=1,00	r=0,600	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=-0,301
		r=-0,279	r=-0,309	r=-0,251	r=-0,217	r=-0,300	r=1,00	r=-0,440	r=-0,389	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=-0,279
		r=0,726	r=0,794	r=0,893	r=0,849	r=1,00	r=-0,300	r=0,369	r=0,606	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=0,726
		r=0,516	r=0,530	r=0,691	r=1,00	r=0,849	r=-0,217	r=0,299	r=0,540	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=0,516
		r=0,579	r=0,621	r=1,00	r=0,691	r=0,893	r=-0,251	r=0,315	r=0,548	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=0,579
		r=0,579	r=1,00	r=0,621	r=0,530	r=0,794	r=-0,309	r=0,314	r=0,476	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=0,579
		r=1,00	r=0,579	r=0,579	r=0,516	r=0,726	r=-0,279	r=0,301	r=0,448	r=-0,389	r=-0,513	r=-0,560	r=-0,584	r=-0,431	r=1,00

*Tüm verileri için p=0,000 olarak tespit edilmiş ve Spearman korelasyon katsayısına göre değerlendirme yapılmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; evli olanların MTÖ duyarsızlaşma puan ortalamalarının, evli olmayanlara göre düşük olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; evli olanların kişisel başarı hissi puan ortalamalarının, evli olmayanlara göre yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; ayrıca GSA-28 sosyal fonksiyonlarda bozulma alt boyut puan ortalamalarının evli olmayanlarda daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Evli olan ve olmayanlar arasında diğer ölçekler ve alt boyutları için anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ölçek ve alt boyutları ve bunlara ait “p” değerleri Çizelge 4.4.2.4’te irdelenmiştir.

Çizelge 4.4.2.4. Medeni durumları ile ölçek puanlarının ilişkisi

			Evli		Evli değil		P
			Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	
Medeni durum ölçek puanları ilişkisi	Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,19	0,72	3,18	0,67	0,99*
		İşsel doyum	3,41	0,73	3,40	0,69	0,99*
		Dışsal doyum	2,85	0,84	3,86	0,76	0,92*
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	17,67	7,85	18,47	7,36	0,13*
		Duyarsızlaşma	5,96	4,38	6,97	4,22	0,00*
		Kişisel başarı hissi	22,31	5,53	20,13	5,23	0,00*
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	6,47	6,37	7,10	6,56	0,25*
		Somatik semptomlar	2,21	2,32	2,05	2,18	0,47*
		Anksiyete	2,19	2,33	2,41	2,38	0,21*
		Sosyal fonksiyon	1,37	1,77	1,66	1,84	0,02*
		Depresyon	0,74	1,33	0,98	1,63	0,17*

*Mann whitney U testi uygulanmıştır.

Kişilerin cinsiyetlerine göre ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadınların MTÖ duyarsızlaşma puan ortalamalarının erkeklere göre düşük olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kadınların kişisel başarı hissi puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; ayrıca GSA-28 somatik semptomlar alt boyut puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar ve erkekler arasında diğer ölçekler ve alt boyutları için anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ölçekler ve bunlara ait “p” değerleri Çizelge 4.4.2.5’te irdelenmiştir.

Çizelge 4.4.2.5. Cinsiyet ile ölçek puanlarının ilişkisi

Cinsiyet ölçek puanları ilişkisi			Kadın		Erkek		
			Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	P*
	Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,15	0,69	3,26	0,68	0,07*
		İçsel doyum	3,37	0,71	3,47	0,70	0,12*
		Dışsal doyum	2,82	0,79	2,93	0,79	0,12*
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	18,44	7,42	17,58	7,81	0,17*
		Duyarsızlaşma	6,18	4,24	7,47	4,33	0,00*
		Kişisel başarı	21,37	5,37	20,04	5,52	0,00*
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	7,15	6,61	6,23	6,20	0,14*
		Somatik semptomlar	2,37	2,31	1,57	1,94	0,00*
Anksiyete uyku bozuklukları		2,40	2,42	2,18	2,25	0,38*	
Sosyal disfonksiyon		1,51	1,78	1,62	1,92	0,61*	
Depresyon		0,90	1,51	0,87	1,57	0,50*	

*Mann whitney U testi uygulanmıştır.

Meslek gruplarına bakıldığında; MİDÖ genel iş doyumu ve içsel doyum puan ortalamaları, MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puan ortalamaları ile GSA-28 somatik semptomlar ile sosyal fonksiyonlarda bozulma alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4.2.6). Post hoc analizde bonferroni düzeltmesi ile yapılan çoklu karşılaştırmalarda ($p < 0,025$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.); Hemşirelerin MİDÖ genel iş doyumu ve içsel doyum puan ortalamalarının doktor ve intörn doktorlardan düşük olduğu, hemşire-doktor grupları arasında (genel doyum $p=0,008$; içsel doyum $p=0,001$) ve hemşire-intörn doktor grupları arasında (genel doyum $p=0,002$; içsel doyum $p=0,004$) MİDÖ genel iş doyumu ve içsel doyum puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları doktor ve intörn doktora göre düşük, kişisel başarı hissi puan ortalamalarının ise diğer iki gruba göre yüksek olduğu saptanmış, hemşire-doktor gruplarının (duyarsızlaşma $p=0,000$; kişisel başarı hissi $p=0,000$) ve hemşire-intörn doktor gruplarının (duyarsızlaşma $p=0,000$; kişisel başarı hissi $p=0,000$) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. GSA-28 somatik semptomlar alt boyutunda hemşirelerin puan ortalamasının doktora göre yüksek olduğu görülmüş ve doktor-hemşire gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ($p=0,009$), sosyal disfonksiyon alt boyutunda intörn doktorların puan ortalamasının hemşirelere göre yüksek olduğu tespit edilmiş ve hemşire-intörn doktor gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,000$) saptanmıştır.

Doktor ve hemşirelerin ölçek puan ortalamaları ile yaş arasındaki korelasyon incelendiğinde; MİDÖ toplam iş doyum puanları ile yaş değişkeni arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,015$; $r=0,111^*$), MİDÖ alt boyutları olan içsel doyum ve yaş arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,013$; $r=0,114^*$), dışsal doyum ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ($p=0,058$); yaş değişkeni ile MTÖ duygusal tükenmişlik ($p=0,000$; $r=-0,202^*$) ve duyarsızlaşma ($p=0,000$; $r=-0,224^*$) alt boyutları arasında negatif yönlü bir anlamlı ilişki olduğu, kişisel başarı hissi alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000$; $r=0,272^*$);

GSA-28 genel ölçek puanları ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,003$, $r=-0,135^*$) saptanmıştır (*Spearman korelasyon katsayısı). [İntörn doktorlar homojen bir dağılım gösterdikleri ve incelemede ön yargıya (bias) neden oldukları için, bu incelemeye dahil edilmemiştir.]

Çizelge 4.4.2.6. Meslek grupları ile ölçek puanlarının ilişkisi

		Doktor		Hemşire		İntörn doktor		
		Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	P
Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,25	0,69	3,06	0,70	3,24	0,65	0,00 *
	İçsel doyum	3,50	0,70	3,27	0,72	3,45	0,68	0,00 *
	Dışsal doyum	2,88	0,82	3,76	0,80	2,94	0,73	0,05 *
Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	18,57	8,19	18,12	7,31	17,73	7,01	0,58 *
	Duyarsızlaşma	7,28	4,73	5,30	3,90	7,23	3,88	0,00 *
	Kişisel başarı	20,47	5,00	23,06	5,38	19,10	5,24	0,00 *
Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	6,63	6,49	6,56	6,52	7,52	6,44	0,14 *
	Somatik semptomlar	1,86	2,16	2,39	2,29	2,09	2,21	0,03 *
	Anksiyete	2,38	2,38	2,17	2,38	2,46	2,34	0,25 *
	Sosyal fonksiyon	1,61	1,95	1,24	1,63	1,86	1,81	0,00 *
	Depresyon	0,79	1,43	0,81	1,46	1,12	1,70	0,05 *

* Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Doktor ve hemşirelerin ölçek puanları ile eğitim düzeyi arasındaki korelasyon ilişkisi incelendiğinde; MİDÖ genel iş doyum puanları ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,001$; $r=0,146^*$), MİDÖ alt boyutları olan işsel doyum ve eğitim düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000$; $r=0,168^*$), dışsal doyum ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ($p=0,058$); eğitim düzeyi değişkeni ile MTÖ duygusal tükenmişlik alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ($p=0,874$), eğitim düzeyi değişkeni ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,001$; $r=0,156^*$), kişisel başarı hissi alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000$; $r=-0,207^*$); GSA-28 lek puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p=0,777$) saptanmıştır (*Spearman korelasyon katsayısı). [İntörn doktorlar homojen bir dağılım gösterdikleri ve incelemede n yargıya (bias) neden oldukları için, bu incelemeye dahil edilmemiştir.]

Doktor ve hemşirelerin ölçek puanları ile meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; meslekte çalışma süresi ile MİDÖ genel iş doyum puanı ($p=0,202$), işsel doyum puanı ($p=0,184$) ve dışsal doyum puanı ($p=0,371$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı; meslekte çalışma süresi değişkeni ile MTÖ duygusal tükenmişlik ($p=0,000$; $r=-0,173^*$) ve duyarsızlaşma ($p=0,000$; $r=-0,258$) alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, kişisel başarı hissi alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000$; $r=0,295^*$); GSA-28 lek puanları ile meslekte çalışma süresi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,027$, $r=-0,099^*$) tespit edilmiştir. (*Spearman korelasyon katsayısı). [İntörn doktorlar homojen bir dağılım gösterdikleri ve incelemede n yargıya (bias) neden oldukları için, bu incelemeye dahil edilmemiştir.]

şiddete uğrama konusundaki endişe düzeyi ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; MİDÖ genel iş doyum puanları ($p=0,000$; $r=-0,295^*$) ile ölçeğin alt boyutları olan işsel doyum ($p=0,000$; $r=-0,249^*$) ve dışsal doyum puanları ($p=0,000$; $r=-0,300$) ile iş yerinde şiddete uğrama konusundaki endişe düzeyi

arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu; iş yerinde şiddete uğrama konusundaki endişe düzeyi ile MTÖ duygusal tükenmişlik ($p=0,000$; $r=0,350^*$) ve duyarsızlaşma ($p=0,000$; $r=0,231^*$) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu; MTÖ kişisel başarı hissi alt boyut puanları arasında ($p=0,001$; $r=-0,118^*$) negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu; iş yerinde şiddete uğrama konusundaki endişe düzeyi ile GSA-28 puanları arasında ($p=0,00$; $r=0,234^*$) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (*Spearman korelasyon katsayısı).

Ev içi-partner şiddeti maruziyetinin ölçeklerle ilişkisi incelendiğinde; MİDÖ genel iş doyumunu ve alt boyutlarının puan ortalamaları; MTÖ tükenmişlik alt boyutlarının puan ortalamaları açısından ev içi-partner şiddeti olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı; ancak ev içi şiddet-partner şiddetine maruz kalan grubun, maruz kalmayan gruba göre GSA-28 genel puan ortalaması, somatik semptomlar, sosyal fonksiyonda bozulma ve depresyon alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4.2.7)

CİMER, BİMER, SABİM veya hasta hakları birimine hakkında yapılmış şikayeti varlığının ölçeklerle ilişkisi değerlendirildiğinde; MİDÖ genel iş doyumunu ve alt boyutlarının puan ortalamaları; GSA-28 genel ve alt boyut puan ortalamaları; MTÖ kişisel başarı hissi alt boyut puan ortalamaları açısından hakkında şikayet bulunan ve bulunmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. MTÖ alt boyutlarından duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının ise hakkında şikayet bulunan grupta, hakkında şikayet bulunmayan gruba göre daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4.2.8)

Çizelge 4.4.2.7. Ev içi-partner şiddeti maruziyetinin ölçeklerle ilişkisi

		Ev içi/partner şiddeti var		Ev içi/partner şiddeti yok		
		Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	P*
Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,07	0,78	3,20	0,68	0,29
	İçsel doyum	3,28	0,79	3,41	0,70	0,14
	Dışsal doyum	2,75	0,88	2,87	0,78	0,40
Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	18,94	8,14	18,09	7,55	0,35
	Duyarsızlaşma	6,79	3,99	6,51	4,31	0,50
	Kişisel başarı	20,71	5,23	20,98	5,44	0,74
Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	9,50	7,25	6,49	6,30	0,00
	Somatik semptomlar	2,87	2,47	2,00	2,18	0,00
	Anksiyete ve uyku bozuklukları	2,94	2,49	2,22	2,33	0,02
	Sosyal fonksiyonlarda bozulma	2,08	2,08	1,47	1,75	0,01
	Depresyon	1,60	2,04	0,82	1,45	0,00

*Mann whitney U testi uygulanmıştır.

Çizelge 4.4.2.8 CİMER, BİMER, SABİM veya hasta hakları birimi şikayeti varlığının ölçeklerle ilişkisi

Şikayet edilme ile ölçek puanları ile ilişkisi			Şikayet var (n=117)		Şikayet yok (n=357)		
			Ort.	Std. sapma	Ort.	Std. sapma	P*
	Minnesota İş Doyum Ölçeği (n=675)	Genel doyum	3,16	0,71	3,19	0,69	0,66
		İçsel doyum	3,40	0,73	3,40	0,71	0,87
		Dışsal doyum	2,79	0,82	2,87	0,79	0,29
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=681)	Duygusal tükenmişlik	19,82	7,91	17,84	7,48	0,01
		Duyarsızlaşma	8,02	4,78	6,28	4,12	0,00
		Kişisel başarı	20,63	5,05	21,07	5,49	0,34
	Genel Sağlık Anketi-28 (n=693)	Genel	7,36	6,61	6,74	6,46	0,28
		Somatik semptomlar	2,15	2,21	2,10	2,24	0,74
		Anksiyete ve uyku bozuklukları	2,56	2,41	2,26	2,35	0,19
		Sosyal disfonksiyon	1,72	2,02	1,51	1,76	0,53
		Depresyon	0,93	1,47	0,90	1,56	0,63

*Mann whitney U testi uygulanmıştır.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı ile İlgili Verilerin Tartışılması

Evren olarak belirlenen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin genelini yansıtmaması açısından katılımcıların dağılımı, çalışma planlamasına uygun şekilde toplam 759 gönüllüden oluşmaktadır. Bunların % 36,8'i (n=279) doktor, %35,7'si (n=271) hemşire ve %27,5'i (n=209) intörn doktor olup, %69'u kadın, %31'i erkektir. Ülkemizde hekim ve hemşirelerle yapılmış diğer çalışmalarda da benzer şekilde kadın katılımcıların oranı erkek katılımcılara göre daha yüksektir. Bunun sebebinin özellikle hemşirelerde daha belirgin olmak üzere sağlık alanında kadın çalışan oranının erkeklere göre fazla olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür [102, 103].

Katılımcıların %38,9'u evli (n=295), %61,1'i evli değildir (n=464). Çalışmalarda katılımcıların medeni durumu ile ilgili veriler yapılan araştırmanın evrenine göre değişkenlik göstermektedir [90, 102, 104, 105]. Benzer evrenlerde yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmektedir [106]. Çalışmamızda evli kişilerin oranının düşük olması, halen eğitim hayatları devam eden intörn doktorlar ve genç asistan hekimler arasında evli olanların oranının düşük olmasına bağlıdır.

Katılımcıların yaşları 20 ile 64 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $30,6 \pm 7,9$ olarak hesaplanmıştır. Meslek gruplarına göre yaş grupları incelendiğinde; doktorların yaşları 24 ile 64 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $30,5 \pm 6,8$, hemşirelerin yaşları 20 ile 60 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $35,8 \pm 8,4$, intörn doktorların yaşları 22 ile 28 arasında değişmekte olup; ortalama yaş $24 \pm 1,2$ olarak hesaplanmıştır. Tüm katılımcılarda en sık rastlanan grup 25-29 yaş grubu (%36) olup, bunu 24 yaş ve altı (%24) ile 30-34 yaş grubu (%15,1) izlemektedir. Hekim ve hemşireler özelinde bakıldığında; en sık 25-29 yaş grubuna (%41,3) rastlanmış olup, bunu 30-34 yaş grubu (%20,9) ile 40-44 yaş grubu

(%12,4) izlemektedir. Çalışılan evrene göre yaş ortalaması değişmekle birlikte, çalışmamızda doktor ve hemşirelerin birlikte değerlendirildiği kimi çalışmalarla benzer bulgular saptanmıştır [107].

Çalışmaya katılan hemşirelerin %87,9'nin klinik hemşire %8,1'inin yönetici hemşire, %4'ünün eğitim hemşiresi olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da klinik hemşirelerin katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturduğu görülmüştür. Bu açıdan çalışmamızda elde edilen veriler diğer çalışmalarla uyumludur [108-110]. Çalışmamıza dahil olan doktorların %87,1'i araştırma görevlisi, %1,8'i uzman doktor, %2,5'i öğretim görevlisi, %3,9'u, doktor öğretim üyesi, %2,2'si doçent doktor, %2,5'i profesör doktor olup, kaynaklarla benzer şekilde katılımcılarımızın çoğunluğunu araştırma görevlileri oluşturmuştur [111].

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %3,3'ü lise mezunu olup, %0,4'ü halen üniversite eğitimine devam etmektedir, %9,6'sı yüksekokul ya da ön lisans mezunu, %77,5'i lisans, %9,2'si yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerle ilgili yapılan çalışmalar lisans mezunu olan grubun çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir [112-116].

Çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin büyük bir kısmının (%40,6) 1-5 yıldır çalışmakta olduğu kayıtlıdır. Doktorların yarısından fazlasının (%59,5) 1-5 yıldır çalışmakta olduğu, bunu 6-10 yıldır çalışan grubun (%16,5) izlediği tespit edilmiştir. Hemşirelerin daha dengeli bir dağılım gösterdiği ve en sık görülen grupların 20 yıl ve üzeri (%22,9), 6-10 yıl arası (%22,1) ve 1-5 yıl arası (%21) çalışan gruplardan oluştuğu saptanmıştır. Kaynaklarda; çalışma süresi ile ilgili veriler evren ve örnekleme göre oldukça değişkenlik göstermektedir [90, 110, 114, 117].

Çalışılan bölümlere bakıldığında; katılımcı doktor ve hemşirelerin %65,8'i dahili, %28,2'si cerrahi, %1,1'i temel bilimlerde görevlidir. Üniversite hastanelerinde gerçekleştirilen çalışmalarda benzer bir dağılım söz konusudur [89].

Doktorların %72,8'inin, hemşirelerin %78,7'sinin, intörn doktorların %67'sinin ve toplamda katılımcıların %73,3'ünün şiddete uğramak konusunda orta, oldukça fazla veya çok fazla düzeyde endişe duyduğu saptanmıştır. Türkiye çapında 1.712 tıpta uzmanlık öğrencisinin değerlendirildiği bir çalışmada;

katılımcıların %60'ının şiddet konusunda endişeli olduğu [118], Ankara'daki bir tıp fakültesinde yapılan çalışmada hekimlerin %93,4'ünün çalıştığı ortamda şiddete maruz kalmak konusunda endişeli olduğu [104], Denizli'de tıp fakültesinde görev yapan asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada ise; meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalmış olan hekimlerin %84,1'inin görevi esnasında şiddete uğramaktan korktuğu [119] bildirilmiş olup, çalışmamızda elde edilen veriler kaynaklarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda doktorların %16,5'i, hemşirelerin %8,9'u, intörn doktorların %12,4'ü ve toplamda katılımcıların %12,7'si çalıştıkları hastanede şiddet konusunda uygulanan bir prosedür olmadığını belirtmiştir. Prosedür hakkındaki bilgilerinin olup olmadığı sorgulandığında ise; çalışılan hastanede bir iş yeri şiddeti prosedürü olduğunu, ancak kendilerinin işleyişi bilmediğini belirten doktorların oranı %41,1; hemşirelerin oranı %11,2; intörn doktorların oranı %81,1 ve toplamda bu oranın %41 olduğu belirlenmiştir. Türkiye genelinde acil tıp asistanlarıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların %29,4'ü kurumlarında şiddet konusunda uygulanan bir prosedür olmadığını, prosedür olduğunu belirtenlerin %30,7'sinin prosedürün uygulanışı konusunda bilgisi olmadığını belirttiği [120], Kocaeli ilinde çalışmakta olan doktorlarla yapılan bir çalışmada; katılımcıların %42'sinin çalıştıkları hastanede şiddet konusunda uygulanan bir prosedür olmadığını ifade ettiği [121], Ankara'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada; katılımcıların %37,7'sinin bildirim yapma olanakları olmadığını, %54,9'unun prosedürün uygulanışı konusunda bilgisi olmadığını belirttiği [102] bildirilmektedir. DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda; Bulgaristan'da sağlık çalışanlarının %23'ünün, Avustralya'da %79'unun, Brezilya'da ise; %37'sinin çalıştıkları kurumda şiddeti raporlamak için bir sistem olduğunu belirttiği, yine Brezilya'da şiddeti raporlamak için bir sistem olduğunu belirten çalışanların %71'inin sistemi nasıl kullanacağını bildiğini ifade ettiği fakat bu grubun %72,4'ünün kurumlarında iş yeri şiddeti olaylarını bildirmek konusunda destekleyici bir yaklaşım olmadığını da belirttiği bildirilmiştir [28]. Görüldüğü üzere bu konudaki veriler oldukça değişkenlik göstermektedir. Kaynaklarda intörn doktorların şiddet durumunda uygulanması gereken prosedürlerle ilgili bilgisi konusunda herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.

Çalışmamızdaki sonuçlara göre; sadece intörn doktorların değil tüm grupların şiddet durumundaki uygulanması gereken işleyişle ilgili daha fazla bilgi ve eğitime ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır. Benzer şekilde katılımcıların %55,5'i hastanede şiddet konusunda alınmış bir önlem olmadığını, %46,9'u bildirim konusunda teşvik edilmediklerini ve %68,1'i şiddet konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddetten korunması için uygulanan önlemlerin yetersiz olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının oranı çalışmalarda %72,6-%82 [102, 122] arasında değişmektedir. Şiddet maruziyeti durumunda bildirim konusunda teşvik edilmediklerini düşünen sağlık çalışanlarının oranı %65,6-%69,9 arasındadır [102, 120]. Şiddet konusunda herhangi bir eğitim almadığını belirten sağlık çalışanlarının oranı çalışmalara göre değişmekte olup; 112 çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada %69,3 [123], İstanbul'da görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada; %77,3 [90], Türkiye genelinde acil tıp asistanlarıyla yapılan bir çalışmada; %95,2 [120] şeklinde verilmektedir. Çalışmamızda şiddet maruziyeti durumunda uygulanacak prosedür olmadığını, prosedüre ait bilgisi olmadığını, şiddete yönelik önlemler ve bildirim açısından teşvik olmadığını ve eğitim almadığını söyleyen kişi sayısı kimi diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuş olup, bu durum çalışmanın yapıldığı hastanenin güncel standartlar ve iş güvenliği tedbirlerine uyum süreçlerinin işlevsel hale geldiği bir üniversite hastanesi olmasına bağlanmıştır.

Çalışmamıza dahil olan doktor ve hemşireler arasında; haklarında CİMER, BİMER, SABİM ya da Hasta Hakları Biriminden en az birine yapılmış şikayet başvurusu olduğunu belirten kişilerin oranı %26,5'dir (doktor: %42,3; hemşire: %10,3). Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şube Müdürlüğünün 2006-2009 yılları arasındaki verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; 2006 yılının son altı ayında 7.287, 2007 yılında 12.932, 2008 yılında 14.014 ve 2009 yılının ilk altı ayında 9.126 hastanın şikayet başvurusunda bulunduğu, yıllar içerisinde şikayetlerde belirgin bir artış olduğu bildirilmiştir [124]. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarıyla (doktor, hemşire ve idari personel) yapılan bir çalışmada, katılımcıların %19'u haklarında hastalar veya hasta yakınları tarafından yapılmış en az bir şikayet bulunduğunu bildirmiş [125], Ankara Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde doktor, hemşire ve ebelerle yapılan bir çalışmada ise hastalar

tarafından hakkında şikayette bulunulan kişilerin oranının %40,8 olduğu belirtilmiştir [126]. Bursa’da görev yapmakta olan doktorlarla yapılan bir çalışmada bu oranın %23,8 olduğu bildirilmiş olup [127], çalışmamıza katılan doktor-hemşire grubu hakkındaki şikayet oranının genel olarak kaynaklarda bildirilen aralıkta olduğu görülmüştür. Ayrıca, çalışmamızda hakkında en çok şikayette bulunulan grubun doktorlar olduğu da görülmüş olup, İzmir’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları içerisinde doktorların en sık şikayet edilen grup olduğu bildirilmiştir [128].

Çalışmamızda en az bir kez şikayet edildiğini belirten katılımcılardan, %15,8’i hakkında idari inceleme yapıldığı, bu inceleme neticesinde %2,7’sinin disiplin cezası aldığı, katılımcılardan hiçbirinin adli süreç sonucunda ceza almadığı saptanmıştır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan idari incelemelerin değerlendirildiği bir çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde, incelenen soruşturma dosyalarının %14,3’üne soruşturma izni verildiği, ön inceleme yapılan sağlık personelinin %2,9’unun ise disiplin cezasıyla cezalandırıldığı bildirilmiştir [129]. Bu tip şikayetlerin sağlık çalışanlarında defansif davranmaya neden olduğu, doğru yaptıkları işler yüzünden şikayet edildikleri için işlerinden uzaklaştıklarını belirttikleri [130]; özellikle şikayet hatları üzerinden yapılan başvuruların, gerçeklik, mantıksallık ya da yasal kurallar ve prosedürün gerekleri gibi bir süzgeçten geçirilmeden, çalışanların önüne gelmesinin kişileri olumsuz etkilediği, sağlık çalışanlarında insanların “olur olmaz şeyler için” şikayette bulundukları fikrinin hakim olduğu, bu sebeple de yaptıkları işe emek vermenin anlamsız gelmeye başladığını ifade ettikleri [131] bildirilmiştir. Ayrıca Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporunda; SABİM uygulamasının sağlık personelinin şikayet hattı olarak algılanması ve yapılan amaç dışı başvuruların sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında şiddete eğilimini arttırdığı; SABİM konusunda bilgi ve farkındalığın yeterli olmaması, şikayetlerin SABİM tarafından yeterince süzülmemesi ve SABİM incelemesi yapan kişilerin yapıcı olmayan yaklaşımlarının olumsuz sonuçlar doğurduğu vurgulanmıştır [26]. Görüldüğü üzere; bu şikayetlerin gerçeklik, mantıksallık, yasal ve idari prosedürlerin gereklilikleri gibi süzgeçlerden geçirilerek sağlık çalışanlarına

ulaştırılması halinde asılsız veya yersiz şikayetlerin kısmen de olsa önüne geçilebileceği ve şikayet hatlarının hem sağlık çalışanları, hem de hastalar açısından daha işler hale geleceği, sağlık çalışanlarının uygunsuz şikayetlerin etkisiyle yaşadığı olumsuz etkilerin azalacağı düşünülmektedir. Olumlu etkiyi desteklemek için bu hatlarda ilk iletişimden itibaren örneğin “sağlık personelinize teşekkür ve olumlu geri bildirim“ basmağı gibi kısımların da bulunması uygun olacaktır.

Katılımcıların %4,6’sı bilinen bir psikiyatrik hastalığı olduğunu belirtmiştir (doktor: %6,8; hemşire: %3,3; intörn doktor: %3,3). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının %3,6’sının ruhsal, %3’ünün ruhsal ve bedensel bir hastalığa sahip oldukları [132], Kırıkkale’de üniversite ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının %6’sının depresyon, %5,5’inin anksiyete tanıları olduğu [133], İstanbul’daki yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada; daha önce psikolojik sorun yaşadığını belirten kişilerin oranının %8,6 olduğu bildirilmiştir [134]. Çalışmamızda elde edilen veriler genel olarak kaynaklarla uyumlu olup bilgilerin gizliliği katılımcılara özellikle açıklanmış olmakla birlikte, psikiyatrik hastalıkların getirebileceği damgalamadan duyulan endişe ile cevabın farklı verilebileceği veya oranların az da olsa değişken olabileceği de hatırlanmalıdır.

5.2. Ev İçi Şiddet-Partner Şiddeti Verilerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan gönüllülerin %10,5’i ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirtmiştir. Doktorlarda bu oran %12,2; hemşirelerde %13,3 iken intörn doktorlarda %4,8’dir. Kaynaklarda; sağlık çalışanlarının ev içi ya da partner şiddetine maruziyeti ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamakla birlikte, hemşire ve ebelerle yapılan iki çalışmada ev içi şiddet maruziyeti %27,7 [135] ve %28,8 [136], olarak bildirilmiş, genel olarak sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise bu oran %17 [137] olarak belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde kadın hemşirelerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların %5,3’ünün psikolojik partner şiddetine, %1,6’sının fiziksel partner şiddetine, %0,3’ünün cinsel partner şiddetine, %2,2’sinin partner dışı kişilerin fiziksel ya da cinsel şiddetine maruz kaldığı bildirilmiştir [138]. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; kadınların %20–75’i

duygusal şiddete, %13–61'i fiziksel şiddete, %4–49'u ağır düzeyde fiziksel şiddete, %6–59'u ise cinsel şiddete maruz kalmaktadır [139]. Türkiye genelinde kadına yönelik şiddetin değerlendirildiği çalışmada; kadınların %44'ünün yaşamlarının herhangi bir döneminde eşleri ya da birlikte oldukları erkekler tarafından duygusal şiddete, %36'sının fiziksel şiddete, %12'sinin cinsel şiddete maruz bırakıldıkları; katılımcıların %22'sinin eş/birlikte olunan erkek dışındaki kişilerin duygusal şiddetine, %14'ünün eş/birlikte olunan erkek dışındaki kişilerin fiziksel şiddetine, %3'ünün eş/birlikte olunan erkek dışındaki kişilerin cinsel şiddetine maruz kaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada yapılan bölgeler arası karşılaştırmalarda; duygusal şiddet sıklığı en düşük olan bölge Doğu Marmara (%35,2), en yüksek bölge Batı Anadolu (%54,3) olarak belirlenmiş olup, Akdeniz bölgesinde kadınların duygusal şiddet maruziyeti sıklığı %42,2 olarak belirlenmiştir. Fiziksel şiddetin en sık görüldüğü bölge Orta Anadolu (%42,8) iken, en düşük olduğu bölge Doğu Karadeniz (%26,8) olarak bildirilmiş olup, Akdeniz bölgesinde kadına yönelik fiziksel şiddet sıklığı %36,5 olarak bulunmuştur. Cinsel şiddetin en az görüldüğü bölgeler Orta Anadolu, Batı Karadeniz ve Doğu Karadeniz (her biri %9,9) iken, en yüksek bölge Kuzeydoğu Anadolu (%16,2) olarak belirlenmiş olup, Akdeniz bölgesinde kadınların cinsel şiddet maruziyeti sıklığı %11,8 olarak bildirilmiştir. [140]. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda ev içi ya da partner şiddeti sıklığı genel şiddet sıklığından düşük olmakla birlikte, çalışmamızda ev içi şiddet/partner şiddeti sıklığı Türkiye'de sağlık çalışanları ile yapılmış diğer çalışmalar ya da genel olarak kadınlarla yapılan çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durumun anket uygulayıcısının kendi çalıştığı hastanede çalışmayı gerçekleştirmiş olması ve bu sebeple bazı katılımcıların soruları yanıtlamaktan çekinmiş olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kaldığını belirten kişilerin en sık duygusal-sözel şiddete maruz kaldığı, ardından sırasıyla orta düzey fiziksel şiddet, ağır düzey fiziksel şiddet ve cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiş olup kaynaklarla uyumlu bulunmuştur [135-137].

Katılımcıların genelinde; en sık şiddet uygulayanların grubun ebeveynler olduğu (%33,8) görülmüştür. Kadın katılımcılarda şiddet uygulayan ilk üç grubun sırasıyla; ebeveyn (%32,8), partner (%31,1), eş-eski eş (%29,5); erkeklerde ise

ebeveyn (%36,8), baba (%26,3) ve partner (%15,8) olduğu görülmektedir. Kaynaklarda şiddet uygulayan kişilerin yakınlık derecesi ile ilgili bulgular çalışmamızdakine benzerdir [136, 137].

Ev içi şiddet ya da partner şiddetine uğrayan kişilerin en sık toplamda 2-4 defa (%36,2) şiddet gördükleri, uygulanan bu şiddetin sıklıkla yıllara yayılmış olduğu (%37,5) tespit edilmiştir. Kaynaklarda; sağlık çalışanlarının maruz kaldığı ev içi ya da partner şiddetinin sıklığı ve yaygınlığı hakkında veriye rastlanmamış olmakla birlikte; genel olarak ev içi şiddet ve partner şiddetinin çoğu vakada kronik ve tekrarlayıcı bir karakteri olduğu bilinen bir gerçektir [141].

5.3. İş Yerinde Şiddet Verileri

5.3.1. Son 12 Ayda İş Yerinde Şiddet Maruziyeti ve Tanıklığı Verilerinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların %50,7'sinin son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kaldığı belirlenmiştir (doktor: %56,3; hemşire: %55,7; intörn doktor: %36,8). DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda çok sayıda ülkede sağlık çalışanlarının son 12 ayda psikolojik veya fiziksel şiddet maruziyeti değerlendirilmiş ve şiddet maruziyetinin; Bulgaristan'da %75,8; Avustralya'da %67,2; Güney Afrika'da %61; Portekiz'de %37-60; Tayland'da %54, Brezilya'da %46,7 olduğu bildirilmiştir [28]. Yurtdışında çok sayıda çalışma derlenerek yapılan bir metaanalizde; son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kalan sağlık çalışanlarının oranının %61,9 (%56,1- %67,6) olduğu yazılıdır [142]. Ülkemizde yapılan sistematik derlemede; son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kalan sağlık çalışanlarının oranının %50,8-95,4 arasında değiştiği [143]; İstanbul'da görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %58,4'ünün son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kaldığı [90]; Ankara'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %62,5'inin son 12 ayda en az bir defa iş yeri şiddetine maruz kaldığı [102] bildirilmiştir.

Çalışmamızda son 12 ayda en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten kişilerden %88,1'i (tüm katılımcılar içinde: %44,7) sadece sözel şiddete, %0,5'i (tüm katılımcılar içinde: %0,3) sadece fiziksel şiddete, %0,3'ü (tüm katılımcılar

içinde: %0,1) sadece cinsel şiddete, %8,8'i (tüm katılımcılar içinde: %4,5) sözel ve fiziksel şiddete, %1,3'ü (tüm katılımcılar içinde: %0,7) sözel ve cinsel şiddete, %1'i (tüm katılımcılar içinde: %0,5) sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Tek tek şiddet türlerine bakıldığında; katılımcıların %50,3'ünün (doktor: %56,3; hemşire: %55,4; intörn doktor: %35,9) son 12 ayda en az bir defa sözel şiddete maruz kaldığı; katılımcıların %5,3'ünün (doktor: %6,1; hemşire: %7; intörn doktor: %1,9) son 12 ayda en az bir defa fiziksel şiddete maruz kaldığı; katılımcıların %1,3'ünün (doktor: %1,1; hemşire: %2,2; intörn doktor: %0,5) son 12 ayda en az bir defa cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda; sağlık çalışanlarının Brezilya'da %39,5'i, Bulgaristan'da %32,2'si, Güney Afrika'da %52'si, Tayland'da 47,7'si, Portekiz'de %27,4-51'i, Lübnan'da %40,9'u, Avustralya'da %67'sinin son 12 ay içerisinde en az bir kere sözel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Brezilya'da katılımcıların %6,4'ünün, Bulgaristan'da %7,5'inin, Güney Afrika'da %9-17'sinin, Tayland'da 10,5'inin, Portekiz'de %3'ünün, Lübnan'da %5,8'inin son 12 ay içerisinde en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldıkları kayıtlıdır. Aynı raporun cinsel şiddet ile ilgili kısmında ise; Bulgaristan'da katılımcıların %0,8'i, Lübnan'da %2,3'ü, Tayland'ta %1,9'u, Portekiz' %1-2,7'sinin son 12 ay içerisinde en az bir kere cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir [28]. Yurtdışında çok sayıda çalışma derlenerek yapılan bir metaanalizde; son 12 ayda sözel şiddet maruziyeti %57,6 (%51,8-63,4), fiziksel şiddet maruziyeti %24,4 (%22,4-26,4) ve cinsel şiddet maruziyeti %12,4 (%10,6-14,2) olarak tespit edilmiştir [142]. Ülkemizde yapılan sistematik derlemede; çalışmalarda sözel şiddet sıklığının %46,7-100 aralığında, fiziksel şiddet sıklığının %1,8-52,5 aralığında, cinsel şiddet sıklığının %1,1-%73 aralığında değiştiği saptanmış [143], İstanbul'da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada, hekimlerin %56,2'sinin psikolojik-sözel şiddete, %12,2'sinin fiziksel şiddete, %10'unun ise her iki şiddet türüne de uğradıkları belirlenmiştir [90]. Görüldüğü üzere son 12 ayda şiddet sıklığı kaynaklara göre değişken olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının şiddetin her türüne maruz kalma sıklığının küçümsenemeyecek oranda fazla olduğu ve yıldan yıla giderek arttığı anlaşılmaktadır [2, 3].

Çalışmamızda katılımcıların %78'inin son 12 ayda birden çok kere sözel şiddete, %40'ının birden çok defa fiziksel şiddete, %30'unun son 12 ayda birden çok defa cinsel şiddete uğradığı da tespit edilmiştir. Türkiye genelinde acil tıp uzmanlık öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; son 12 ayda katılımcıların %42,7'sinin 1-4 kez, %24,4'ünün 5-9 kez, %9,2'sinin 10-14 kez, %23,7'sinin 15 ve üzeri sayıda sözel şiddete uğradığı; son 12 ayda katılımcıların %87,3'ünün 1-4 kez, %12,7'sinin 5-9 kez fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir [120]. Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; son 12 ayda katılımcıların %16,9'unun 1 defa, %38,7'sinin 2-4 defa, %19,4'ünün 5-10 defa, %11,3'ünün ayda birkaç defa, %8,9'unun haftada bir, %4,8'inin her gün herhangi bir iş yerinde şiddet olayına tanıklık ettiği bildirilmiştir [102]. Bu veriler, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin münferit olaylar olmadığı, yüksek sıklıkla ve birden çok defa değişik şiddet türlerine maruz kalındığını göstermektedir. Ayrıca kaynakların değerlendirilmesinde; sağlık çalışanlarında cinsel şiddet olaylarının sıklığı ve alınabilecek önlemlerin ve yardımların tanımlanması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu da anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %62,6'sı son 12 ayda en az bir kere iş yerinde çalışanların maruz kaldığı sözel şiddete tanık olduklarını (doktor: %69,9; hemşire: %62; intörn doktor: %53,6); katılımcıların %18,7'si son 12 ayda en az bir kere iş yerinde çalışanların maruz kaldığı fiziksel şiddete tanık olduklarını (doktor: %22,2; hemşire: %21,8; intörn doktor: %10); katılımcıların %3,4'ü son 12 ayda en az bir kere iş yerinde çalışanların maruz kaldığı cinsel şiddete tanık olduklarını (doktor: %2,5; hemşire: %6,3; intörn doktor: %0,9) belirtmişlerdir. Kaynaklarda sağlık çalışanlarının şiddet türlerine tanıklığı ile ilgili veriler incelendiğinde; Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının %56,8'inin son 12 ayda herhangi bir şiddet olayına tanık olduğu [102], İzmir'de birinci basamakta hizmet veren hekimlerin incelendiği bir çalışmada herhangi bir iş yeri şiddetine tanık olma oranının %85,5 olduğu; şiddete tanık olanların %96,1'inin sözel; %12,4'ünün fiziksel; %1,2'sinin cinsel şiddete tanık olduğu [144], acil tıp uzmanlık öğrencilerinde son 12 ayda fiziksel şiddet tanıklığının %69,2 olduğu [120], Muğla'da görev yapan sağlık çalışanlarında son 12 ayda psikolojik şiddete

tanık olma sıklığının %21,8 [145], Ankara'daki sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada ise; bu oranın %42,4 olduğu [146] bildirmiştir

Tüm katılımcıların %6,2'si son 12 ayda (tanık olunan ya da bizzat maruz kalınan) bir iş yerinde şiddet olayını raporladıklarını belirtmişlerdir. Doktorlarda bu oranın %9,3; hemşirelerde %6,7 ve intörn doktorlarda %1,4 olduğu saptanmıştır. Ankara'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği çalışmada, katılımcıların %20,1'inin [102]; Türkiye genelinde çeşitli kurumlarda eğitim gören acil tıp uzmanlık öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %31,5'inin son 12 ayda bir iş yeri şiddeti olayını rapor ettiği [120] bildirilmiştir. DSÖ'nün sağlıkta şiddetle ilgili raporunda Bulgaristan'da iş yerinde fiziksel şiddet vakalarının üçte ikisinin raporlanmadığı, iş yeri şiddeti olaylarının gerçekleşme nedenlerinin araştırıldığı vakaların ise %1-6,5 aralığında olduğu kayıtlıdır. Tayland'daki iş yeri şiddeti vakalarının %37'sinin raporlandığı ve bu olaylarla ilgilenen özel bir kurum olmadığı; Güney Afrika'da çoğu sözel-psikolojik şiddet olayının bildirilmediği, bildirildiği durumlarda da sıklıkla saldırganlarla ilgili bir işlem yapılmadığı, Portekiz'de çalışılan kurumlara göre iş yeri şiddeti olaylarının yazılı olarak bildiriminin %7-17 aralığında değiştiği, Avustralya'da ise bu oranın %8-12 olduğu bildirilmiştir [28]. Çalışmamızda ülkemizdeki diğer çalışmalara göre, şiddet olaylarını raporlama sıklığı düşük bulunmuştur. Bunun çalışmamızda da sözü geçen prosedür hakkındaki bilgi eksikleri veya çalışanların bildirim mekanizmalarına ve adli süreçlere olan güvensizliğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarına şiddet olayları hakkındaki yeni yasal düzenlemelerin yürürlüğe girmesiyle sağlık çalışanlarının bu konudaki tecrübelerinde, bildirim oranı ve şiddetin sıklığında değişiklik olup olmayacağı ileride yapılacak çalışmalarla aydınlatılabilecektir.

5.3.2. Meslek Hayatı Boyunca İş Yerinde Şiddet Maruziyeti Verilerinin Tartışılması

Katılımcıların %71,4'si meslek hayatları boyunca en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir (doktor: %84,9; hemşire: %81,2; intörn doktor: %40,7).

Meslek hayatları boyunca en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten kişilerden %76,9'i sözel şiddete, %0,6'sı fiziksel şiddete, %0,4'ü cinsel şiddete, %18,1'i sözel ve fiziksel şiddete, %1,8'i sözel ve cinsel şiddete, %2,2'si sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Tek tek şiddet türlerine bakıldığında; katılımcıların %70,8'inin (doktor: %84,9; hemşire: %80,1; intörn doktor: %39,7) meslek hayatı boyunca en az bir kere sözel şiddete maruz kaldığı; katılımcıların %14,9'unun (doktor: %21,1; hemşire: %18,1; intörn doktor: %2,4) meslek hayatı boyunca en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldığı; katılımcıların %3,2'sinin (doktor: %2,5; hemşire: %5,9; intörn doktor: %0,5) meslek hayatı boyunca en az bir kere cinsel şiddete maruz tespit edilmiştir. Kaynaklarda; Türkiye genelinde tıpta uzmanlık eğitimi gören doktorlarla yapılan çalışmada; katılımcıların %68'inin meslek hayatı boyunca en az bir şiddet türüne maruz kaldığı, şiddete maruz kalanların %67'sinin sözel şiddete, %16'sının fiziksel şiddete, %3'ünün cinsel şiddete uğradığı [118], Antalya'da eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada; hekimlerin %73,9'unun en az bir kez şiddete uğradığı, şiddete uğrayan hekimlerin %62'sinin sözlü şiddete, %17,3'ünün sözlü ve duygusal şiddete, %10,6'sının sözlü ve fiziksel şiddete, %3,3'ünün sadece fiziksel şiddete, %2,6'sının sadece duygusal şiddete maruz kaldığı [147], İstanbul'da görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan hekimlerin %82,7'sinin çalışma yaşamı süresince en az bir kez iş yerinde şiddete uğradığı, hekimlerin psikolojik şiddete uğrama sıklığının %82,7; fiziksel şiddete uğrama sıklığının ise %22,5 olduğu [90], Ankara'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada; katılımcıların %65,8'inin çalışma hayatı boyunca en az bir defa şiddete maruz kaldığı, şiddete uğrayanların %91'inin sözel şiddete, %15,4'ünün fiziksel şiddete %2,6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı [102], Samsun'da hizmet veren hekimlerin %67,8'inin çalışma yaşamı boyunca en az bir kez iş yeri şiddetine uğradığı [122] bildirilmiştir.

Çalışmamızda iş yerinde sözel şiddete maruz kalan katılımcıların %88,6'sı, fiziksel şiddete maruz kalanların %43,4'ü ve cinsel şiddete maruz kalanların %54,2'si birden çok defa şiddete uğradıklarını belirtmiştir. Antalya'da eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada; hekimlerin

%53,2'sinin 1-3 kez herhangi bir iş yeri şiddetine maruz kaldığı [147], İstanbul'da görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada ise; katılımcıların %41,8'inin 1-3 kez şiddete uğramış olduğu [90], Ankara'da sekiz farklı hastanede çalışan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun meslek hayatında birden çok defa iş yerinde cinsel şiddete maruz kaldığı [148] bildirilmiştir. Çalışmalar, bir üst bölümde son 12 ayda maruz kalınan şiddet sıklığı verilerinde de açıklandığı üzere, sağlıkta iş yeri şiddet olaylarının tekil vakalar olmadığını, sağlıkta şiddetin çoklu ve süregelen bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

5.3.3. İş Yerinde En Çok Etkilenilen Sözel, Fiziksel veya Cinsel Şiddet Olayının Özelliklerinin Tartışılması

Katılımcıların tamamında en sık maruz kalınan sözel şiddet türünün bağırma (%70,9) olduğu tespit edilmiş olup, bunu hakaret (%56,2) tehdit (%44,7), küfür (%23,6) ve diğer sözel şiddet türlerinin (%2,2) izlediği belirlenmiştir. Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada; sıklığa göre sözel şiddet türleri bağırma (%96,5), küçük düşürme, aşağılama (%64), küfür ve hakaret (%47,8) olarak sıralanmıştır [146]. Meslek gruplarının her birinde oranlar değişkenlik göstermekle birlikte çalışmamızda saptanan sıklık sıralaması kaynaklara benzerdir.

Çalışmamızda en sık maruz kalınan fiziksel şiddet türünün saldırıya yeltenme, üzerine yürüme (%79,6) olduğu tespit edilmiş olup, bunu itme (%15,9), cisim fırlatma (%13,3), vurma-tokat atma (%12,4) şeklinde eylemler izlemektedir. Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada; en sık görülen fiziksel şiddet türünün fiziksel şiddet uygulamakla tehdit etme (%89,3) olduğu bildirilmiş olup [146], bu bulgular çalışmamızla uyumludur.

Katılımcıların tümünde en sık maruz kalınan cinsel şiddet türlerinin jest, mimik ve bakışlar (%54,2) ile cinsel içerikli sözler (%50) olduğu, elleme ya da okşama, elle taciz oranının ise; %20,8 olduğu saptanmıştır. Ankara'da sekiz farklı hastanede çalışan hemşirelerin değerlendirildiği çalışmada; en sık karşılaşılan cinsel şiddet türünün istenmeyen cinsel içerikli şakalar (%83,5) olduğu bildirilmiş [148], Ankara'da eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerle yapılan

başka bir çalışmada ise; en sık cinsel şiddet tipinin cinsel içerikli sözler, şakalar (%72), jest ve mimikler (%65) olduğu, elle sarkıntılık oranının ise %25 olduğu bildirilmiştir [149].

Cinsel şiddet türlerinin şiddet uygulayıcılarına göre dağılımına bakıldığında; cinsel içerikli sözler (%83,3); jest, mimik ve bakışlar (%69,2) ile elleme ya da okşama, elle taciz (%60) şeklindeki şiddetlerin hepsinde şiddet kaynağının sıklıkla hasta ve hasta grubu olduğu saptanmıştır. Türkiye’de hemşirelerin iş yerinde cinsel şiddet maruziyetini değerlendiren çalışmada; cinsel içerikli şakalar, ifadeler, sorular şeklindeki şiddetin daha sık olarak doktorlar tarafından gerçekleştirildiği, ancak cinsel içerikli bakış, mimik ve jestler ile elleme-okşama, elle taciz şeklindeki şiddetin daha sık olarak hasta ve hasta yakını grubu tarafından uygulandığı bildirilmiştir [150]. Çalışmamızda cinsel şiddet uygulayan sağlık çalışanı sıklığının daha düşük bulunması sebebiyle şiddet türleri içerisinde de bu grubun ön plana çıkmadığı düşünülmüştür.

Şiddet uygulayıcılarının dağılımı frekansa göre; hasta yakınları (%70,5), hastalar (%34,7) ve aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanı (%29) şeklinde sıralanmaktadır. Şiddet türleri özelinde sözel şiddet uygulayıcıları ve fiziksel şiddet uygulayan grupların yüzdelerinde değişiklikler olmakla birlikte benzer sıralamayı gösterdiği görülmüştür. Kaynaklara göre; sağlıkta genel şiddet verilerinde ve sözel-fiziksel şiddet özelinde en sık şiddet uygulayan grubun çalışmamızla uyumlu şekilde, hasta yakını grubu olduğu anlaşılmaktadır [90, 102, 122, 147]. Fiziksel şiddet olaylarının uygulayıcıları açısından meslek gruplarına göre sıklık sıralamasında değişiklik görülmezken, sözel şiddet uygulayıcılarının dağılımı meslek gruplarına göre değişkenlik göstermektedir. Doktorlarda en sık sözel şiddet uygulayan gruplar; hasta yakınları (%72,6), hastalar (%35) ve aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanı (%22,8); hemşirelerde; hasta yakını (%76), aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanı (%40,1) ve hastalardır (%38,2). Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarından sözel şiddet görme sıklığı ve hastalardan sözel şiddet görme sıklığı doktorlara oranla daha fazla bulunmuştur. İntörn doktorlar ise, aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanından (%48,2), hasta yakınlarından (%44,6) ve hastalardan (%34,9) sözel şiddet gördüğünü belirtmiştir. Hemşireler arasında psikolojik-sözel şiddet sıklığını irdeleyen bir çalışmada katılan

hemşirelerin %47'si iş arkadaşları tarafından psikolojik şiddet gördüğünü belirtmektedir [151]. Hemşirelere yönelik şiddetin değerlendirildiği 53 farklı çalışmadan oluşan bir sistematik derlemede de, hemşirelere sözel ya da fiziksel şiddet uygulayan kişilerin sıklıkla hasta-hasta yakını grubu olduğu, bunu sağlık çalışanlarının izlediği [152] bildirilmiştir. Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği çalışmada, sözel şiddet vakalarının %80,6'sında failin meslektaş, %76,9'unda hastalar, %73'ünde doktorlar olduğu, fiziksel şiddet uygulayıcılarının ise %70,2 hasta yakını, %61,5 oranında hastalar olduğu [146] bildirilmiştir. Ülkemizde intörn doktorların şiddet maruziyetini değerlendiren çalışmalarda, en sık şiddet uygulayan grubun hasta-hasta yakınları olduğu bildirilen çalışmalar bulunmakla birlikte [153, 154], en çok şiddet uygulayan grubun üst kıdemli kişi olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur [106].

DSÖ'nün sağlıkta şiddet ile ilgili hazırladığı raporda; farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda en sık psikolojik şiddet uygulayan grup meslektaşlar, en sık fiziksel şiddet uygulayan grubun hasta-hasta yakını grubu olduğu bildirilmektedir. Bulgaristan'da, iş yerinde fiziksel şiddet olaylarının %65,8'inden hastaların, sözel şiddet olaylarının %55'inden çalışma arkadaşlarının (amirler ya da diğer çalışanlar) sorumlu olduğu; Güney Afrika'da sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddet olaylarının %45'inin hastalar tarafından gerçekleştirildiği, psikolojik şiddet olaylarında ise diğer sağlık çalışanlarının öne çıktığı; benzer şekilde Tayland'da da fiziksel şiddet en sık hastalar tarafından gerçekleştirilirken (%72), sözel şiddetin çalışanlar tarafından gerçekleştirildiği (%36,5); Portekiz'de hem psikolojik hem de fiziksel şiddeti en sık uygulayan grup hastalar olmakla birlikte, iş arkadaşlarının sözel şiddet olaylarının %17'sinden sorumlu olduğu, ancak hastanelerde iş arkadaşlarının, sadece psikolojik şiddet konusunda değil, cinsel şiddet (%42,9) ve fiziksel şiddet (%20) ile ilgili olarak da öne çıktığı bildirilmiş olup, Avustralya'da en sık sözel şiddet uygulayan grup hasta ve hasta yakınları iken; Brezilya'da iş yerinde şiddetin genel olarak faili %56,3 oranında hasta ve hasta yakınları, sözel şiddet özelinde de benzer şekilde en sık şiddet uygulayan grubun hasta ve hasta yakınları (%60,4) olduğu belirlenmiştir [28]. Hastalar ve hasta yakınları sağlıkta iş yeri şiddetinin ciddi bir kaynağıdır. Buna ek olarak, sağlıkta şiddet uygulayıcılarının sadece hasta ve hasta yakınları ile sınırlı olmadığı, sağlık

alışanlarının birbirlerine şiddet uygulama sıklığının, özellikle de sözel şiddet uygulama sıklığının önemli derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarına yönelik iş yerinde cinsel şiddet olaylarında, sözel ve fiziksel şiddet uygulayıcılarından farklı olarak, en sık şiddet uygulayan grubun hastalar (%45,8) olduğu belirtilmiştir. Bunu, hasta yakınları (%41,7) ve aynı hastanede çalışan diğer sağlık çalışanlarının (%29,2) izlediği belirlenmiştir. Cinsel şiddetin, daha izole ve işin doğası gereği hasta ile yalnız kalınması gereken ya da o anda yalnız bulunulan ortamlarda gerçekleştiği, sıklıkla iş yoğunluğu ve personel yetersizliği sebebiyle muayene, girişim, bakım sırasında sağlık çalışanlarının hastalarla baş başa kalmak durumunda olması sebebiyle, çalışanın suistimal edilmesinin kolaylaştığı ve riskin arttığı dşnlmektedir. Çalışmamızda, cinsel şiddet uygulayıcıları açısından meslek grupları arasında da farklılık olduğu görülmektedir. Doktorlara en sık cinsel şiddet uygulayan gruplar sırasıyla; hastalar (%85,7) ve hasta yakınları (%42,9); hemşirelere; hasta yakınları (%43,7), aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanı (%37,5) ve hastalar (%31,2); intörn doktorlara ise aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanıdır (%100). Çalışmanın örnekleminin büyük oranını oluşturan araştırma görevlilerinin, hekimler arasındaki mesleki hiyerarşiden (uzman doktor, kıdemli vs.) doğabilecek negatif sonuçlardan endişe duyarak başka bir sağlık çalışanı tarafından uygulanan cinsel şiddet olaylarını ifade etmekten çekinmiş olabilecekleri ve bildirimden de bu nedenle çekinebilecekleri düşünülmüştür. Kaynaklar, hemşirelere en sık cinsel şiddet uygulayan grupların sıklık sıralamasına göre diğer sağlık çalışanları (doktorlar ve diğer hemşireler), hastalar ve hasta yakınları olduğunu [148, 149], DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda; Lübnan'da; fiziksel şiddet uygulayan grup sıklıkla hasta (%62,9) ve hasta yakınları (%25,9) iken, sözel şiddet ve cinsel şiddet konusunda çalışma arkadaşlarının ne çıktığını, Portekiz'de yrlen çalışmada ise; iş arkadaşlarının cinsel şiddet olaylarının %42,9'undan sorumlu olduğunu bildirmektedir [28]. Çalışmamızda diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanan cinsel şiddet sıklığı, diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında sıralamada daha düşüktür. Gerçekten sıklığı az olabileceği gibi, cinsel şiddetin tanımlanmasındaki toplumlar arası farklılıklar, katılımcıların cinsel şiddetin kapsamı konusundaki bilgi eksikliği ve araştırmacının görev yaptığı hastanede çalışmayı yürütmüş olması

nedeniyle, bazı katılımcıların verilerin gizliliği konusundaki kaygılarının, cinsel şiddet maruziyetlerini ifade etmekten çekinmesine yol açması sonucu, daha düşük sıklıkla karşılaşılmış olması da mümkündür.

Çalışmamızda; sözel (%62,6), fiziksel (%70,8) cinsel (%87,5) şiddet ve tüm şiddet türleri birlikte ele alındığında (%64,8); hem tüm katılımcılar hem de meslek grupları özelinde, şiddeti uygulayanın sıklıkla erkekler olduğu belirtilmiştir. Kaynaklarda da, özellikle iş yerinde cinsel şiddet vakalarında daha fazla olmak üzere iş yeri şiddeti uygulayan kişilerin sıklıkla erkekler olduğu bildirilmektedir [155-158].

Çalışmamızda sözel şiddet uygulayıcılarının cinsiyeti %22,9 oranında kadın, %62,6 oranında erkek ve %11,2 oranında hem kadın ve hem erkek olarak tespit edilmiş olup, fiziksel ve cinsel şiddetten farklı olarak, sözel şiddet uygulayan kişilerin cinsiyet dağılımının meslek grupları bazında bazı farklılıklar gösterdiği gözlenmiştir. Doktor ve hemşirelerde sözel şiddet uygulayıcısı büyük oranda erkeklerdir, ancak hemşirelerde kadın sözel şiddet uygulayıcı sıklığının doktorlardakine göre daha fazla olduğu görülmektedir. İntörn doktorlara sözel şiddet uygulayan kadın ve erkeklerin oranları arasında fark daha az bulunmuştur. Sözel şiddet uygulayanın cinsiyeti ve grubu (hasta, hasta yakını, sağlık çalışanı) karşılaştırıldığında; doktorlara nazaran, intörn doktorlar ve hemşirelerde, sözel şiddet uygulayanın kadın olma sıklığındaki artışın, hemşire ve intörn doktor grubunda şiddet uygulayan gruplar içerisinde sağlık çalışanlarının daha baskın olması ve sağlık çalışanları arasında kadın çalışanların oranının daha yüksek bulunmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Kaynaklarda; çalışanlar arası şiddet (tip III şiddet) söz konusu olduğunda; en sık şiddet tipinin sözel-psikolojik şiddet olduğu ve şiddet uygulayanların sıklıkla kadınlar olduğu, hemşirelerin bu tip şiddetin hem en önemli hedefi, hem de uygulayıcısı konumunda olduğu bildirilmektedir [159]. Çalışmamızın sonuçları da; hasta-hasta yakını grubunda sözel şiddet uygulayıcılarının sıklıkla erkekler olmasına rağmen, sağlık çalışanları arasındaki şiddette (sağlık alanında çalışan kadın iş gücü yoğunluğu ile orantılı bir şekilde) kadınların şiddet uygulama sıklığının arttığını destekler niteliktedir. Türkiye’de sağlık kurumlarında tip III iş yeri şiddetinin özellikleri ile ilgili yapılacak ileri araştırmalar bu konuda daha fazla bilgi edinilmesini sağlayacaktır.

En az bir defa herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kalmış çalışanlara şiddet uygulayan kişilerin yaş grupları incelendiğinde; şiddet uygulayan ilk üç grup sıklığa göre; 40-44 yaş (%17,1), 35-39 yaş (%16,6) ve 30-34 yaş (%15) şeklinde sıralanmaktadır. Genel olarak en sık şiddet uygulayan 30-44 yaş arası grup (%48,7) olarak hesaplanmış ve kaynaklarla uyumlu bulunmuştur [122]. Çalışmamızda sözel ve fiziksel şiddet uygulayan saldırganların yaş gruplarının benzer şekilde 30-44 yaş aralığında olduğu, ancak cinsel şiddet uygulayan kişilerin 25-29 yaş (%20,8), 40-44 yaş (%20,8) ve 50-54 yaş (%20,8) grupları arasında dağıldığı görülmüştür. Hem sağlık çalışanlarına yönelik cinsel şiddet olgularının değerlendirildiği çalışmalarda hem de genel olarak cinsel şiddet vakalarının değerlendirildiği çalışmalarda saldırganlarla ilgili belirgin bir yaş dağılımı bulunmadığı [160, 161]; ancak iş yeri şiddeti vakalarında genellikle saldırganların cinsel şiddete maruz kalan kişiden yaşça büyük olduğu bildirilmektedir [162, 163].

Çalışmamızda sözel şiddete maruz kalınan yerler sıklık sıralamasına göre; hasta odası (%32,4), muayene-tedavi-poliklinik odası (%30), hastane koridoru (%26,1) ve acil servis alanıdır (%25,3). İstanbul'da çeşitli kurumlarda çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada; psikolojik şiddete en sık maruz kalınan yerler; poliklinik (%60,9), acil servis (%36,2) ve yataklı servis (%27,7) olarak bildirilmiştir [90]. Çalışmamızda en sık fiziksel şiddete maruz kalınan yerlerin, acil servis (%35,4), muayene-tedavi-poliklinik odası (%27,4), hastane koridoru (%23) ve hasta odası (%19,5) olduğu belirlenmiştir. İstanbul'da yapılmış yukarıda bahsi geçen çalışmada bu alanlar; acil servis (%51), poliklinik (%41,2) ve (%11,8) yataklı servis olarak sıralanmıştır [90]. Çalışmamızla diğer çalışmalar arasında sözel ya da fiziksel şiddet uygulanan alanlarla ilgili benzeşme olsa da, sıklık sıralamasındaki değişikliklerin, kullanılan anket formlarındaki yer tanımlamalarının farklı olması ve çalışmamızda hastane alanlarının daha ayrıntılı tanımlanmış olması ile alakalı olabileceği düşünülmüştür.

Cinsel şiddete maruz kalınan yer değerlendirildiğinde; çalışmamızda en sık cinsel şiddete maruz kalınan yerin hasta odası (%54,2) olduğu gözlenmiştir. Hemşirelerle yapılan çalışmalar, benzer şekilde en sık cinsel şiddete maruz kalınan yerin hasta odası olduğunu bildirmektedir [149, 150].

Tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde; en sık şiddete maruz kalınan yerler; hasta odaları (%31), muayene-tedavi-poliklinik odaları (%28,8), acil servis (%26,6) ve hastane koridorudur (%24,9). Doktorların en sık şiddet gördüğü alanlar muayene-tedavi-poliklinik odaları (%43,6) ve acil servistir (%41,9). Hemşirelerin en sık şiddet gördüğü alanlar hasta odaları (%40,8) ve koridor (%38,7) iken, intörn doktorların en sık şiddet gördüğü alanlar hasta odaları (%41,6) ve muayene-tedavi-poliklinik odalarıdır (%33,7). Samsun’da çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan doktorlarla yapılan bir çalışmada en sık şiddet görülen alanlar; poliklinik (%51,6), acil servis (%21,1) ve sevis (%13,6) olarak belirlenmiştir [122]. Edirne’de doktorlar ile yapılan bir çalışmada, şiddete en fazla poliklinik (%38), yataklı servis (%25) ve acil serviste (%19) maruz kalındığı [164]; Ankara’da yer alan özel bir tıp merkezindeki sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, en sık şiddet görülen alanların muayene odası (%45,5) ve koridor (%22,7) olduğu belirtilmiştir [158].

Herhangi bir şiddet eylemine maruz kalındığında yapılmakta olan iş ile ilgili verilen ilk üç cevap sırasıyla; muayene-tedavi işlemi (%38,6), hasta yakınlarına açıklama yaparken (%23,4), başka hasta ile ilgilenirken (%20,5) cevaplarıdır. Sözel ve fiziksel şiddet uygulandığı sırada yapılan işlemler, yukarıda bahsedilen genel şiddet verileri ile aynı sıklık sıralamasına sahiptir. Cinsel şiddet uygulandığı sırada yapılan işlemler ise sıklık sırasıyla muayene-tedavi işlemi anında (%50), anamnez alınırken (%16,7), hasta yakınlarına açıklama yapılırken (%12,5) şeklinde yanıtlanmıştır. Sağlıkta şiddeti inceleyen benzer çalışmalarda, hem tüm şiddet türleri, hem de sözel ya da fiziksel şiddet eylemlerinin en sık muayene-tedavi işlemleri, ikinci sıklıkta hasta-hasta yakınları ile konuşma veya açıklamada bulunurken gerçekleştiği belirtilmektedir [122, 158]. Bizim çalışmada, diğer çalışmalarda bahsedilmeyen bir veri olarak, başka hasta ile ilgilenirken şiddete uğradığını belirten katılımcı oranının küçümsenmeyecek yükseklikte olduğu görülmektedir.

Sözel şiddete maruz kaldığını belirten tüm katılımcılar, en sık (%17,9) 10.00-11.59 saatleri arasında şiddet uygulandığını ifade etmiştir. Bu saatleri sırasıyla; 14.00-15.59 (%14,5) ve 16.00-17.59 saatleri arası (%12,3) saatler izlemektedir. Fiziksel şiddet uygulanan saatler en sık 22.00-23.59 saatleri arası (%21,2) olup, bu saatleri 20.00-21.59 (%18,6), 00.00-05.59 (%16,8) ve 16.00-17.59 saatleri (%15,9)

izlemektedir. Çalışmamızda cinsel şiddet olaylarının en sık 10.00-11.59 (%20,8) saatleri arasında görüldüğü saptanmış olup, bu saatleri 20.00-21.59 (%12,5), 22.00-23.59 (%12,5) saatleri izlemektedir. Tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde; şiddet eyleminin uygulandığı saatler en sık 10.00-11.59 (%17,5) saatleri arasındadır. Bu saatleri sırasıyla 14.00-15.59 (%13,9), 16.00-17.59 (%12,6), 20.00-21.59 (%12,5) saatleri izlemektedir. Yukarıda bahsedilen verilerden de anlaşılacağı üzere; çalışmamızda sözel şiddet olaylarının sıklıkla gündüz saatlerinde görüldüğü, fiziksel şiddet olaylarının ise akşam-gece saatlerinde meydana geldiği saptanmış olup, kaynaklarda çalışmamıza benzer sonuçlar elde eden çalışmalar [90, 165] yanında, fiziksel şiddet olaylarının gündüz daha sık yaşandığını belirten çalışmalar da mevcuttur [166]. Ankara’da bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin değerlendirildiği çalışmada şiddete maruz kalınan saat için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte, cinsel şiddet olaylarının en sık 16.00-00.00 saatleri arasında gerçekleştiği [149], benzer başka bir çalışmada ise cinsel şiddet olaylarının %37,1’inin gündüz, %38,4’ünün akşam vardiyasında, %24,6’sının ise gece vardiyasında gerçekleştiği [150], Adana ilinde farklı statülere sahip hastanelerde çalışan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada; gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin sözel taciz, sözel ve cinsel taciz, sözel korkutma ve fiziksel saldırılara daha fazla maruz kaldıkları [166] bildirilmiştir. Çalışmamızda genel şiddet verilerine bakıldığında, iş yeri şiddeti olaylarının en sık gündüz saatlerinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Kaynaklarda; şiddet olaylarının gündüz mesaisinde [166, 167] daha sık yaşandığını ya da gece mesaisinde daha sık görüldüğünü bildiren [168, 169] farklı çalışmalar mevcuttur.

Çalışmamızda katılımcıların %35,9’unun sözel şiddet gerçekleştiği sırada, %30,1’inin fiziksel şiddet gerçekleştiği sırada, %70,8’inin cinsel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalışmakta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %36,2’sinin herhangi bir şiddet olayı sırasında yalnız çalıştığı tespit edilmiştir. İstanbul’da görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların %50,6’sının sözel şiddet esnasında; %39,2’sinin fiziksel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalıştıkları [90], özel bir hastanede yapılan bir çalışmada ise; çalışanların yarısının (%50) şiddet olayı gerçekleştiği sırada yalnız çalıştığı bildirilmiş olup [158], çalışmamızda bu oranın daha düşük olması, anket çalışmasının personel

sayısı fazla olan bir üniversite hastanesinde yapılmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarında cinsel şiddet olaylarının kişilerin yalnız olması ile ilişkisini inceleyen veriye rastlanılmamış olmakla birlikte, yalnız çalışan kadın işçilerin daha sık cinsel şiddete maruz kaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur [170].

Sözel şiddet sonrası katılımcıların %35,4'ünün (doktorlar %37,1; hemşireler %40,6; intörn doktorlar %16,9), fiziksel şiddet sonrası katılımcıların %49,6'sının (doktorlar %52,5; hemşireler %49; intörn doktorlar: %20), cinsel şiddet sonrası katılımcıların %20,8'inin (hemşireler %31,2; doktor ve intörn doktorlar %0) ve tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde katılımcıların %37,3'ünün (doktorlar %39,3; hemşireler %41,5; intörn doktorlar %16,9), yaşadıkları şiddet olayları sonrası işten ayrılmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Türkiye'de acil tıp uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %41,1'inin çalıştıkları üniversitede en az bir acil tıp uzmanlık öğrencisinin şiddet sebebiyle istifa ettiğini belirttikleri, sözel şiddete maruz kalanların %50'sinin, fiziksel şiddete maruz kalanların %63,3'ünün saldırıdan sonra istifa etmeyi düşündüğünü belirttiği [120], Türkiye'de tıpta uzmanlık eğitimi alan doktorların değerlendirildiği bir başka çalışmada ise; şiddet sonrası işi bırakmayı düşünen kişilerin oranının %5 olduğu [118], Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin cinsel şiddet maruziyetini değerlendiren bir çalışmada; cinsel şiddet sonrası katılımcıların %37,2'sinin işi bırakmayı düşündüğü [148], benzer bir evrende hemşirelerin sözel fiziksel şiddet maruziyetinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise; sözel şiddet sonrası işi bırakma düşüncesinin %50,6, fiziksel şiddet sonrası işi bırakma düşüncesinin %54,1 olduğu [146] bildirilmiştir. Kaynaklarda şiddet sonrası işten ayrılma düşüncesi sıklığı ile ilgili veriler oldukça değişkenlik göstermektedir. Bunun hem yaşanan şiddet olayının içeriğindeki farklılıklar, hem de başa çıkma yöntemleri ve sosyal destekler gibi kişisel özellikler sebebiyle duruma verilen tepkilerin değişken olabilmesine bağlı olabileceği düşünülmüştür. Kaynaklarda cinsel şiddetin işten ayrılma düşüncelerini arttırdığı bildirilmektedir [171]. Çalışmamızda bu konuda sıklığın az olmasının, cinsel şiddete maruz kalan ve ciddi düzeyde etkilenmiş kişilerin zaten işten ayrılmış ya da çalıştıkları kurumu değiştirmiş olma ihtimalinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Türkiye’deki hemşirelerle yapılan bir çalışmada; iş yerinde cinsel şiddet ile ilgili fikirler sorgulanmış ve hemşirelerin ciddi bir kısmının cinsel tacizlerin hemşireliğe özgü bir durum olmadığı, başka meslek gruplarından kadınların da bu tip şiddet olayları yaşadıklarını düşündüklerini ifade ettikleri bildirilmiştir [150]. Bu bilgiler ışığında çalışanlarda; pek çok meslek grubundaki kadının da cinsel şiddete maruz kaldığı ve cinsel şiddetin meslekten bağımsız genel bir sorun olduğu, toplumun her alanında cinsel şiddetle karşılaşılabilceği fikrinin, iş bırakılsa ya da değiştirilse bile durumun değişmeyeceği inancını doğurmuş olabileceği düşüncesini doğurmuş olabileceği düşünülmüştür. Kaynaklarda; intörn doktorların şiddet sonrası işten ayrılma düşünce ile ilgili veri bulunmamaktadır. Ancak henüz mesleğinin başında olan bu grupta saptanan, işten ayrılma düşüncesinin yüksekliği oldukça düşündürücüdür.

Maruz kalınan iş yeri şiddetinin engellenebilirliği ile ilgili; iş yeri şiddeti deneyimi olan katılımcıların %31,3’ü sözel şiddetin, %30,1’i fiziksel şiddetin, %33,3’ü cinsel şiddetin ve toplamda tüm katılımcıların %31,1’inin, iş yeri şiddetinin gerçekleşmesinin engellenemeyeceğini belirttiği görülmüştür. İzmir’de görev yapan aile hekimleriyle gerçekleştirilen bir çalışmada hekimlerin %36,7’sinin [144], Ankara’da bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %28,3’ünün [102] şiddet olayının engellenemeyeceğini belirttiği ve çalışmamızda elde edilen verilerle benzer olduğu görülmektedir.

Sözel şiddet sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların verdiği yanıtlar sıklık sıralamasına göre incelendiğinde; %35 oranında güvenlik çağırma, %30,7 oranında herhangi bir eylemde bulunmama ve %29,1 oranında saldırgana durmasını söyleme tavırları gösterildiği kayıtlıdır. Doktor ve hemşirelerin sözel şiddet sonrası sergiledikleri tavırların benzer olduğu saptanmıştır. Doktorlarda en sık sergilenen tavrın güvenlik çağırma (%43,9) olduğu, bunu herhangi bir eylemde bulunmama (%27,8) ve saldırgana durmasını söyleme tavrının (%27) izlediği; hemşirelerde de en sık sergilenen tavrın güvenlik çağırma (%37,3) olduğu, bunu saldırgana durmasını söyleme (%30,4), herhangi bir eylemde bulunmama (%27,6) ve üst düzey bir personele bildirme (%27,6) tavrının izlediği saptanmıştır. İntörn doktorların diğer iki grupta karşılaştırıldığında sıklıkla eylemsizlik içeren tavırların

sergilediği (herhangi bir eylemde bulunmama %47; saldırgan durmasını söyleme %31,3; olmamış gibi davranma %24,1) görülmüş olup; bu durumun, başka sağlık çalışanı tarafından şiddete uğrama sıklığı oldukça yüksek olan intörn doktorların mesleki hiyerarşi veya saldırganın sağlık çalışanı-amir pozisyonunda olmasına bağlı kaygılardan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Sağlık kurumlarında iş yerinde sözel-psikolojik şiddet olayı sonrası alınan tavırlarla ilgili kaynaklar incelendiğinde; İstanbul’da hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların %50,2’sinin sözlü karşılık verdiği, %32,3’ünün güvenlik çağırdığı, %25,5’inin kişiyi odadan kovduğu belirtilmiş [90], Türkiye’de acil tıp uzmanlık eğitimi alan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada ise; katılımcıların %28,1’inin “yapmamasını söyledim”, %26’sının “hiçbir şey yapmadım”, %21,2’sinin “bir üst yöneticiye bildirdim”, %17,8’inin “kendini fiziksel olarak savundum” yanıtlarını verdiği [120], Ankara’da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların %70,5’inin hiçbir şey yapmadığı, %40,7’sinin saldırganla arasına mesafe koyduğu, %39,9’unun olayı amire bildirdiği [146] bildirilmiştir. Kaynaklarda aynı evrendeki doktor, hemşire ve intörn doktorları iş yerinde sözel şiddet sonrası gerçekleştirilen eylem açısından karşılaştıran bir çalışma bulunamamıştır. Genel olarak hem diğer çalışmalarda, hem de bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının sözel şiddet sonrası önemli oranda eylemsiz kaldığı-olmamış gibi davrandığı görülmektedir.

Fiziksel saldırı sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların tümünün verdiği yanıtlar sıklık sıralamasına göre incelendiğinde: %47,8 oranında güvenlik çağırma, %39,8 oranında saldırgan durmasını söyleme ve %29,2 oranında kendini savunmaya çalışma tavırlarıdır. Doktorlarda, fiziksel saldırı sonrası en sık sergilenen tavrın güvenlik çağırma (%59,3) olduğu, bunu saldırgan durmasını söyleme (%39) ve beyaz kod çağırısı yapmanın (%35,6) izlediği, hemşirelerde en sık sergilenen tavrın saldırgan durmasını söyleme (%40,8) olduğu, bunu güvenlik çağırma (%38,8) ve kendini savunmaya çalışma (%30,6) tavrının izlediği saptanmıştır. İstanbul’da görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin %56,9’unun güvenlik görevlisi çağırdığı, %43,1’inin beyaz kod verdiği, %39,2’sinin ise olay yerinden uzaklaştığı [90], Türkiye’de acil tıp uzmanlık eğitimi alan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada ise

katılımcıların; %13'ünün yasal işlem başlattığı, %11'inin kendini fiziksel olarak savunduğu, %11'inin olayı bir üst yöneticiye bildirdiği, %9,6'sının hiçbir şey yapmadığı [120], Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %50,2'sinin olayı amirine bildirdiği, %39,5'inin saldırganla arasına mesafe koyduğunu, %21,5'inin saldırı olmamış gibi davrandığını belirttiği [146] bildirilmiştir. Hem bizim çalışmamız, hem de diğer çalışmalarda görülebildiği üzere; sözel şiddet olaylarına oranla, fiziksel şiddet olaylarında beyaz kod çağırısı yapma, güvenlik çağırma gibi tavırların daha yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsel şiddet sonrası sergilenen tavır ile ilgili soruya katılımcıların verdiği ilk üç yanıtın %37,5 oranında saldırgana durmasını söyleme, %29,2 oranında olmamış gibi davranma ve %25 oranında herhangi bir eylemde bulunmama olduğu görülmüştür. Doktorların en sık olay olmamış gibi davranma (%42,9), saldırgana durmasını söyleme (%28,6) ve güvenlik çağırma (%28,6); hemşirelerin en sık saldırgana durmasını söyleme (%43,8), olmamış gibi davranma (%25) ve üst düzey bir personele bildirme (%25) yolunu seçtiği, cinsel şiddete uğradığını belirten tek intörn doktorun ise eylemde bulunmama (%100) yolunu seçtiği görülmektedir. Kaynaklarda Türkiye'de sağlık iş kolunda hem cinsel şiddet sonrası alınan tutumla ilgili ve hem de bu tavırların meslek grupları (doktor, hemşire, intörn doktor) açısından karşılaştırmasını değerlendiren bir veriye rastlanılmamıştır. Ankara'da bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin incelendiği bir çalışmada en sık sergilenen tavırlar sırasıyla; olmamış gibi davranma (%29), saldırgana durmasını söyleme (%26), şakayla geçiştirme (%18), saldırganı görmezden gelme (%18), olayı rapor etme (%6) şeklindedir [149]. Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada ise; katılımcıların %59,3'ü hiçbir şey yapmadığını, %43,3'ü saldırganla arasına mesafe koyduğunu, %30,7'si olmamış gibi davrandığını belirtmiş, %21,6'sı ise olayı amire bildirdiğini belirtmiştir [148]. Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda cinsel şiddet sonrası sergilenen tavır ile ilgili sıralamalarda bazı değişiklikler olsa da sağlık çalışanlarının sıklıkla olayı adli makamlara taşımadığı, güvenlik çağırma, amire bildirme, saldırgana durmasını söyleme gibi yöntemlerle olayı o anda çözecek ama

saldırgana herhangi bir yaptırım içermeyen yöntemlere başvurulduğu görülmektedir.

Herhangi bir iş yeri şiddetine maruz kalma sonrası sergilenen tavır %36,4 sıklıkla güvenlik çağırma, %31,2 sıklıkla saldırgana durmasını söyleme ve %28,8 sıklıkla herhangi bir eylemde bulunmama tavrıdır. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev hekimlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların şiddet olayı sonrası güvenlik çağırma (%60,7), eylemde bulunmama (%43,3), tutanak tutma (%42,7) tavırlarını sergilediği [147]; Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların yarıya yakınının (%43,7) saldırgana durmasını söylemeyi tercih ettiği [102]; Samsun'da çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerle gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların şiddet olayı sonrası hiçbir şey yapmama (%25), polis (güvenlik) çağırma (%13,3) ve olay yerinden uzaklaşma (%12,2) tutumlarını gösterdiği [122]; İzmir'de birinci basamak sağlık hizmeti yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada en sık gözlenen tavırların, sözlü cevap verme (%35,7) ve polis (güvenlik) çağırma (%31) olduğu [144] görülmekte olup, anketlerde yer alan seçeneklere göre bazı farklılıklar bulunabildiği görülmektedir.

Meslek gruplarına göre bakıldığında; sözel şiddet olaylarını doktorların adli makamlara taşıma sıklığının hemşirelere göre daha fazla olduğu (doktorlar %17,7; hemşireler %8,3), hemşirelerin olayı üst düzey bir personele bildirme sıklıklarının doktorlara göre daha fazla olduğu (doktorlar %12,2; hemşireler %27,6) gözlenmiştir. Yine fiziksel şiddet olaylarında da doktorların hemşirelere göre olayı adli makamlara taşıma sıklığının daha fazla olduğu (doktorlar %32,2; hemşireler %18,4), doktorların beyaz kod çağırısı yapma sıklığının hemşirelerden fazla olduğu (doktorlar %35,6; hemşireler %16,3), doktorların güvenlik çağırma sıklığının hemşirelerden fazla olduğu (doktorlar %59,3; hemşireler %38,8), hemşirelerin olayı üst düzey bir personele bildirme sıklıklarının doktorlara göre daha fazla olduğu (doktorlar %8,5; hemşireler %16,3), hemşirelerin fiziksel şiddet sonrası herhangi bir eylemde bulunmama davranışını gösterme oranının doktorlara göre daha fazla olduğu (doktorlar %11,9; hemşireler %28,6) gözlenmiştir. Benzer şekilde cinsel şiddet olaylarında da doktorların güvenlik çağırma (doktorlar %28,6;

hemşireler%6,2) beyaz kod çağrısı yapma (doktorlar %14,3; hemşireler %0) sıklığının daha fazla, hemşirelerin ise olayı üst düzey bir personele bildirme sıklığının (doktorlar %0; hemşireler %25) daha fazla olduğu görülmektedir. Hemşirelerin incelendiği bir sistematik derlemede; hemşirelerin kişisel ya da organizasyonel bariyerler (şiddetle ilgili mekanizmaların olmaması, damgalanma korkusu vs.) sebebiyle iş yeri şiddeti olaylarını bildirmeme eğiliminde olduğu, resmi makamlar tarafından yeterince desteklenmeyeceklerini düşünerek bildirim yapmak yerine resmi olmayan yöntemleri tercih ettiği, diğer meslektaşlarından destek alma yolunu seçtiği [152] belirtilmektedir. Beyaz kod başvurularının değerlendiren çalışmalarda doktorların bildirim oranlarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu [165, 172] bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hemşirelerin şiddet olaylarını bildirme oranı doktorlara göre düşük çıkmış, çalışmamızdan elde edilen bulgular literatürle uyumlu bulunmuştur.

İntörn doktorların diğer iki grupta karşılaştırıldığında bildirim mekanizmasını neredeyse hiç kullanmadığı, çok küçük bir kısmının (%2,2) beyaz kod çağrısı yaptığı, hiçbir intörn doktorun yaşanan şiddet olayını adli sürece taşımadığı, daha çok durumu üst düzey bir personele bildirme (%20,2) yolunu seçtiği, güvenlik birimlerini çağırma oranının da oldukça düşük olduğu (%3,4) anlaşılmaktadır. İntörn doktorların hiçbirinin özellikle fiziksel ya da cinsel şiddet olayı sonrası beyaz kod çağrısı yapmamış, olayı adli sürece taşımamış, güvenlik birimlerini çağırmamış olması oldukça dikkat çekmektedir. Kaynaklarda aynı evrendeki doktor, hemşire ve intörn doktorları iş yerinde şiddet sonrası gerçekleştirilen eylem açısından karşılaştıran bir çalışmaya ya da intörn doktorların iş yeri şiddeti sonrası sergilediği tavırla ilgili bir veriye rastlanılmamıştır, ancak çalışmamızda intörn doktorların %86'sının çalıştıkları kurumda şiddetle ilgili prosedür olduğunu belirtirken, çok büyük bir kısmının (%81,1) prosedürün işleyişini bilmediği, %68,9'unun şiddet konusunda eğitim almadıklarını belirttiği göz önünde bulundurulduğunda elde edilen sonuçlar, bu durumun intörn doktorların eğitim eksikliğinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, sözel şiddet sonrası çalışanların %15,3'ünün beyaz kod çağrısı yaptığı, sözel şiddet olayının adli makamlara taşınma sıklığının %11,2 olduğu belirlenmiştir. Fiziksel şiddet sonrası katılımcıların %25,7'sinin beyaz kod

çağrısı yaptığı, fiziksel şiddet olayının adli makamlara taşınma sıklığının %24,8 olduğu saptanmıştır. Cinsel şiddete maruz kalan kişilerin hiçbirinin olayı adli makamlara taşımadığı tespit edilmiş olup, beyaz kod çağrısı yapan 1 kişi (%4,2) başlangıçta çağrı yaptığını ancak sonradan şikayetini geri aldığını belirtmiştir. Genel olarak iş yeri şiddeti sonrası beyaz kod çağrısı yapma sıklığının %16,6; olayı adli makamlara taşıma sıklığının ise %13,1 olduğu belirlenmiştir. DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda; Tayland'da şiddet olaylarının %37'sinin bildirildiği ya da adli olarak soruşturulduğu; Güney Afrika'da özellikle psikolojik şiddet olaylarında bildirim oranının çok düşük olduğu, bildirim yapıldığıdaysa sıklıkla fail hakkında herhangi bir işlem yapılmadığı ve saldırıya maruz kalan sağlık çalışanlarının sürecin yönetiminden tatmin olmadığı, saldırıya maruz kalan sağlık çalışanlarının sıklıkla şiddet olayını amir ya da diğer sağlık çalışanlarına aktardığı, ayrıca sağlık çalışanlarının cinsel şiddet olaylarını bildirmek konusunda daha az imkanının olduğu; Portekiz'de iş yeri şiddeti vakalarının %1-14'ünün yazılı olarak bildirdiği, çalışanların sıklıkla olayı amirlere, meslektaşlarına anlattığı ya da hiçbir şey olmamış gibi davrandığı; Avustralya'da tüm sağlıkta şiddet olaylarının yalnızca %8-12'sinin rapor edildiği bildirilmiştir [28]. İstanbul'da görev yapan hekimlerin incelendiği bir çalışmada; fiziksel şiddet sonrası %43,1'lik kesimin, sözel şiddet sonrası %16,6'lık kesimin beyaz kod çağrısı yaptığı; fiziksel şiddete uğrayanların %39,2'si, psikolojik şiddete uğrayanların ise %16,6'sının adli bildirim yaptıkları bildirilmiştir [90]. Erzurum'da görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada ise; iş yeri şiddetinin adli makamlara bildirme oranının %4,6 olduğu [173] saptanmıştır. Hem bizim çalışmamızda, hem de diğer çalışmalarda sağlıkta şiddet olaylarının bildirim oranlarının oldukça düşük olduğu, sözel ve özellikle de cinsel şiddet olaylarının fiziksel şiddet olaylarına göre çok daha az bildirildiği görülmektedir.

Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %9,7'si saldırı sonrası yaralandığını ve ayaktan tedavi gördüğünü belirtmiştir. İstanbul'da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği çalışmada şiddete maruz kalan hekimlerin %13,7'sinin ayaktan, %7,8'inin ise yatarak tedavi gördükleri [90]; İstanbul'daki bir eğitim araştırma hastanesindeki sağlık personelinin yaptığı beyaz kod çağrılarında olguların %6,5'inin ayaktan, %0,9'unun yatarak tedavi ihtiyacı olacak düzeyde

yaralandığı [172]; Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %2'sinde şiddet olayı sonrası fiziksel yaralanma olduğu [102], Erzurum'da görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada ise bu oranın %4,3 olduğu [173] bildirilmiştir.

Çalışmamızda fiziksel şiddet gören katılımcıların %8,8'inin izin kullandığı görülmektedir. İstanbul'da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği çalışmada şiddete maruz kalan hekimlerin hekimlerin %5,2'sinin sağlık raporu aldığı [90]; Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %7,1'inin şiddet olayı sonrası izin kullandığı [102]; Samsun'da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %11,9'unda şiddet sonrası çalışma kaybı olduğu [122]; Erzurum'da görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada ise; çalışanların %1,8'inin rapor kullandığı [173] bildirilmiştir. Doğal olarak şiddet mağduru olan kişinin hem fiziken hem de psikolojik olarak yaşadığı şiddeten olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır. Hem fiziken iş gücü kaybı hemde işe geri dönme isteği, iş verimi ve konsantrasyonunda kayba yol açması beklenebilir bir sonuçtur. Bu nedenle aslında şiddet uygulayanlar, diğer hizmet alıcısı konumunda olan hastaların bakımları ve hakları açısından da riskli ve sakıncalı sonuçlara yol açabilmektedirler.

Çalışmamızdaki katılımcıların %75,4'ü yaşadığı sözel şiddet sonrası, %72,6'sı fiziksel şiddet sonrası, %91,6'sı cinsel şiddet sonrası ve toplamda katılımcıların %75,5'i, iş yerinde şiddet sonrası şiddetin neden gerçekleştiği, sebepleri konusunda herhangi bir inceleme yapılmadığını belirtmiştir. 2014 yılında Ankara'da eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada da katılımcıların %86,5'inin şiddet olayının nedenleri konusunda araştırma yapılmadığını belirttiği bildirilmiştir [102]. Bu veriler sağlık çalışanlarının, yüksek şiddet maruziyeti riski karşısında çalışmasına rağmen, şiddet olaylarının yönetiminde konunun, beklenen düzeyde önemle ele alınmadığını hissettiklerini göstermektedir.

Katılımcıların iş yerinde sözel-fiziksel-cinsel şiddet olay sonrası saldırgan ne olduğu ile ilgili soruya her üç şiddet türünde de benzer yanıtları verdiği görülmüş olup, tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde iş yeri şiddeti olayı sonrası saldırganın durumu ile ilgili soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (%70,6)

“saldırgana hiçbir şey olmadı” yanıtını vermiştir. Bu cevabı “saldırgan sözlü olarak uyarıldı” (%20,3) ve ancak %13,1 sıklıkla “adli sürece taşındı” yanıtları izlemektedir. Sağlıkta şiddet ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında; Ankara’da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği çalışmada, katılımcıların en sık “hiçbir şey yapılmadı” (%56,4) yanıtını verdiği [102]; İzmir’de birinci basamak sağlık hizmeti yapan hekimlerle yapılan çalışmada, olayların %61,1’inde dava veya soruşturma açıldığını belirttiği, %23,1’inde hastanın özür dilediği ve hasta ile ilişkinin kesildiği, %15,7’sinde hiçbir işlem yapılmadığını ifade ettiği [144]; Türkiye’de uzmanlık eğitimi gören acil tıp araştırma görevlileri ile yapılan bir çalışmada, sözel şiddet görenlerin %39,7’sinin, fiziksel şiddet görenlerin %14,4’ünün saldırıya hiçbir şey olmadığını belirttiği [120] tespit edilmiştir. Çalışmalarda genel olarak şiddet uygulayan saldırıya bir şey olmadığı düşüncesi hakimdir. Çalışmamızda diğer çalışmalara göre daha yüksek oranda “saldırgana hiçbir şey olmadı” yanıtının verildiği görülmektedir. Çalışmamızda, diğer çalışmalardan farklı olarak en son şiddet olayı değil, en çok etkilenilen şiddet olayı sorgulanmış olup, katılımcıların bahsi geçen şiddet olayı ile ilgili beklentilerinin diğer şiddet olaylarına göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Konya ilindeki bir devlet hastanesinde 2012-2016 yılları arasındaki yapılan beyaz kod başvurularının incelendiği bir çalışmada; toplam 68 olgunun 24’ünde dava ceza ile sonuçlanmasına rağmen hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verildiği, 7’sinde sağlık personelinin şikayetinden vazgeçtiği, 6 başvuruda delil yetersizliğinden takipsizlik kararı verildiği, 12 davadan beraat kararı çıktığı, 7 vakada hukuki yardım alınamadığı ve çalışmanın yayımlandığı tarih olan 2018 yılı itibarıyla 2016 yılında açılan 25 başvurudan 12’sinin halen savcılık aşamasında olduğu bildirilmiştir [174]. Çalışmamızda sorgulanan “en çok etkilenilen sağlıkta şiddet olayı” ile ilgili dava süreci başlatılmış olsa bile, soruşturma-dava sonucunda çıkabilecek takipsizlik, adli para cezası, hükmün açıklanmasının geri bırakılması veya denetimli serbestlik gibi kararların ya da saldırıya meslektaş ise; idari düzeyde bir yaptırım geçekleşmemiş olması gibi durumların saldırıya hiçbir şey olmadığı şeklinde yorumlamaya yol açabileceği de düşünülmüştür. Bu sonuç çalışmamızdan elde edilen şiddet olayının ele alınışı ile ilgili memnuniyetsizlik düzeyi ile ilgili verilerle de uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda, adli sürece taşınan olayların %40,9’unda davanın halen devam ettiği, %30,7’sinde saldırganların dava sonucunda ceza aldığı, %28,4’sinin ise ceza almadığı bilgisi edinilmiştir. Erzurum’da görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada saldırganların %37,5’inin ceza almadığı, %29,2’sinde davanın devam ettiği, %4,2’sinde ise saldırgana adli para cezası verildiği [173]; İstanbul’da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği çalışmada şikayetçi olunan şiddet olaylarının %38,5’inde davanın devam ettiği, %26,2’sinde takipsizlik kararı, %16,9’unda para cezası kararı alındığı, %16,9’unda cezanın ertelendiği, %1,5’inde hapis cezası verildiği [90] bildirmiştir. DSÖ’nün sağlıkta şiddet raporunda; Tayland’da vakaların %63,4’ünde soruşturma sonucunda hiçbir şey olmadığı, %44,4’ünde failler hakkında herhangi bir işlem yapılmadığı [28] kayıtlıdır. Konya’da devlet hastanesindeki beyaz kod vakalarının incelendiği çalışmada ise; toplam 68 olgunun 24’ünde hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verildiği, 6 başvuruda delil yetersizliğinden takipsizlik kararı verildiği, 12 davadan beraat kararı çıktığı [174] bildirilmiştir. Çalışmamızda adli süreç sonucunda ceza aldığı bildirilen saldırganların ne tip cezalar aldığı sorgulanmamıştır, bu durumun çalışmanın bir kısıtlılığı olduğu söylenebilir, ancak genel itibarıyla araştırmamızdan elde edilen bulguların kaynaklarla uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Sözel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %87,6’sının memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade ettiği; fiziksel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %94,7’sinin memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak belirttiği; cinsel şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %83,4’ünün memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade ettiği; tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde de katılımcıların toplamda %89,3’ünün memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Ankara’da eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmada; katılımcıların %86,5’inin olayın ele alınışından memnun olmadığı [102], Türkiye’deki acil tıp uzmanlık öğrencileri ile yapılan çalışmada ise; fiziksel saldırıya uğrayanların %65,3’ünün, sözel saldırıya uğrayanların %68,3’sinin olayın ele alınma tarzından hiç memnun olmadıklarını belirttiği [120] bildirilmiştir. Çalışmamız ve diğer çalışmalarda işleyişle ilgili memnuniyetsizliğin bu derece yüksek olması sağlık

kurumlarında beyaz kod uygulaması, iş yeri güvenliği gibi sistemlerin yeni yeni tanınır ve yeni uygulanmaya başlanan sistemler olması ile açıklanabilir.

İş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruziyet sonrası bildirimde bulunulmamış ise, sebebinin ne olduğu sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ilk üç cevabın; işe yaramayacağını düşünme (%56,3), olayın önemli olmadığını düşünme (%32,5) ve zaman darlığı (%24,3) olduğu saptanmıştır. İş yerinde sözel ve fiziksel şiddet ile ilgili olarak verilen ilk üç yanıtın genel şiddet sorusuna verilen yanıtlarla aynı olduğu tespit edilmiştir. Bu alanda yapılmış diğer çalışmalara bakıldığında; İstanbul'da çeşitli hastanelerde görev yapan doktorların değerlendirildiği çalışmada, katılımcıların %37,3'ünün adli süreçten bir sonuç çıkacağını düşünmediğini, %27,7'sinin adli süreç çok uzun süreceği için şikayette bulunmadığını belirttiği [90]; Samsun'da görev yapan hekimlerin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %33,6'sının süreçten bir şey çıkacağına inanmadığını, %25,2'sinin olumsuz sonuçlardan çekindiğini, %23'ünün olayı önemsemediğini ifade ettiği [122]; Ankara'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %30,8'inin olayı kime rapor edeceğini bilmediği için bildirimde bulunmadığını, %17,1'inin bu tip olayların mesleğin bir parçası olduğunu düşündüğü, %15,4'ünün olayı rapor etmeyi gereksiz bulduğunu ifade ettiği [102]; İzmir'de görev yapan birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise gönüllülerin %40,1'nin olayı önemsemediği için, %21,6'sının olumsuz sonuçlardan çekindiği için şikayetçi olmadığını belirttiği [144] görülmektedir. DSÖ'nün sağlıkta şiddet ile ilgili hazırladığı raporda; Bulgaristan'da fiziksel şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %57'sinin raporlamanın işe yaramayacağını düşündüğü için, %14'ünün ise sürecin negatif sonuçlarından çekindiği için bildirim yapmadığı, sözel şiddete maruz kalanların %61'inin işe yaramayacağını düşündüğü için, %30'unun sürecin negatif sonuçlarından çekindiği için, %15'inin olayın önemsiz olduğunu düşündüğü için, %10'unun ise bildirimin kime yapılacağını bilmediği için bildirim yapmadığını belirttiği kayıtlıdır [28]. Çalışmamızda da, sağlıkta genel şiddet olaylarının değerlendirildiği diğer çalışmalara benzer şekilde katılımcıların, sıklıkla bildirim mekanizmalarının sonuç vermeyeceğine inandıkları ya da olayın önemsiz olduğunu düşündükleri için olayı adli makamlara taşımadığı görülmektedir.

Çalışmamızda cinsel şiddetin neden bildirilmediği ile ilgili soruya verilen ilk üç cevap; utanma (%45,8), işe yaramayacağını düşünme (%33,3) ve negatif sonuçlarından korkma (%29,2) olarak belirlenmiş olup, bu yanıtların genel şiddet, sözel ve fiziksel şiddet verilerinden bir miktar ayrıştığı görülmektedir. Türkiye’de hemşirelere yönelik iş yerinde cinsel şiddet olaylarının değerlendirildiği çalışmada katılımcılar; kendilerinden bu tip olayların tolere edilmesi beklendiğini düşündükleri için, daha geri göreve ya da maaşı düşük işlere çekilmek gibi negatif sonuçlardan korktukları için, yapılacak bildirimin ciddiye alınmayacağını düşündükleri için ve maruz kaldıkları cinsel şiddetle ilgili kendilerinin suçlanmasından çekindikleri için bildirmediklerini belirtmiş olup [150], bizim çalışmamız niceliksel bir anket çalışması olduğu için bu düzeyde ayrıntılı bir sonuç elde edilememiş olsa da utanma, negatif sonuçlardan korkma gibi cevapların öne çıktığı göz önünde bulundurulduğunda, kaynaklarla uyumlu bulunmuş, bu durumun cinsel şiddetin özel karakterinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Sağlıkta şiddet olaylarının çalışma yaşamına etkisi incelendiğinde; katılımcıların %23,8’i bu tip olayların kendilerini etkilemediğini belirttiği (dolayısı ile %76,2’sinin az ya da çok bu olaylardan etkilenmiş olduğunu belirttiği), etkilenimi olan katılımcılar tarafından sıklık sıralamasına göre en çok verilen cevapların; iş-çalışma motivasyonunun azalması (%39), hastalar ya da iş arkadaşları ile iletişiminin azalması (%32,3) çalışırken daha dikkatli davranma ve kendini korumaya çalışmak (%31,1) ve işini eskisi kadar sevmeme (%27,6) olduğu görülmüştür. İstanbul’da görev yapan hekimlerle yapılmış çalışmada, yaşanan şiddet olayının hasta ilişkisini nasıl etkilediği sorusuna katılımcıların %43,4’ü etkilenmediğini belirtmiş, %31,1’i daha az hasta görmeye çalıştığını, %30,4’ü hasta ve hasta yakınlarıyla konuşmamaya çalıştığını ifade etmiştir [90]. Samsun’da görev yapan hekimlerle yapılan çalışmada, katılımcıların %11’inin herhangi bir olumsuz etki yaşamadığını belirttiği, hekimlerin en sık verdiği cevabın (%69) çalışma motivasyonda azalma olduğu [122]; Ankara’da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği çalışmada, katılımcıların %95,1’inin sağlıkta şiddet olaylarından etkilendiği yanıtını verdiği [102]; Edirne’de görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada, şiddet olayları sebebiyle katılımcıların %34,3’ünün yaptığı işten keyif almadığını,

%28,8'inin daha endişeli olduğunu, %23'ünün olaylardan etkilenmediğini belirttiği [164]; Ankara'da sekiz farklı hastanede görev yapan hemşilerin cinsel şiddet maruziyetini değerlendiren çalışmada, katılımcıların %45'inin iş veriminde düşme yaşadığını, %37,2'sinin hemşireliği bırakmayı düşündüğünü ifade ettiği [148]; benzer bir evrende sözel ve fiziksel şiddet olaylarını inceleyen başka bir çalışmada katılımcıların %63'ünün sözel şiddet sonrası, %62'sinin fiziksel şiddet sonrası iş verimliliğinin düştüğünü ifade ettiği [146]; Ankara'da bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin cinsel şiddet maruziyetini değerlendiren çalışmada ise katılımcıların %47'sinin cinsel şiddet olayı sonrası iş verimliliğinde azalma olduğunu belirttiği [149] bildirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı evren ve yaşanan şiddet olayının ciddiyetine göre etkilenecek şekilde birlikte, çalışmamızda elde edilen sonuçlar kaynaklarla uyumlu bulunmuştur.

5.3.4. İş Yerinde Şiddet Maruziyeti ve Şiddet Maruziyetinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan kadınların %75,4'ü, erkeklerin %62,6'si meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Çalışmamızda cinsiyet ile şiddet maruziyeti arasında saptanan istatistiksel olarak anlamlı olan ilişki kaynaklarla da uyumludur [32, 90, 122, 144, 164, 165]. Bu durum sağlık alanında kadın çalışan oranının yüksek olması ile daha da önemlisi kadınların toplum genelinde ya da gündelik hayatta da şiddet maruziyetinin daha fazla olması ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda, iş yerinde hasta-hasta yakını ya da bir meslektaşla bir agresyon yaşandığında kadın sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet kodlarının etkisiyle şiddetin açık hedefi haline geldiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan evli kişilerin %82,4'ü, evli olmayanların %64,4'ü meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Kaynaklarda evli olmayan kişilerin iş yeri şiddetine daha sık maruz kaldığı bildirilmiş olup, çalışmamızda elde edilen sonuçlar diğer çalışmalardan farklıdır [28, 147]. Evli olmayan kişilerin sıklıkla daha genç, meslekte çalışma süreleri daha az olan kişiler olması ve çalışmamızda meslek hayatı

boyunca şiddet maruziyetinin değerlendirilmiş olması nedeniyle evli olan grupta şiddet sıklığının daha yüksek çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Yaş gruplarına göre şiddet maruziyeti değerlendirildiğinde; 24 yaş ve altı katılımcıların en az sıklıkla şiddete maruz kaldıkları (%45,6), en çok şiddete maruz kalan grubun ise; 30-34 yaş aralığındaki çalışanlar olduğu (%87) anlaşılmakta olup, tüm katılımcılar genelinde yaş grubu ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Post-hoc incelemede bonferroni düzeltmesi ile yapılan karşılaştırmalarda saptanan, 24 yaş ve altındaki katılımcı grubunda şiddet sıklığına diğer gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az rastlanması, daha genç yaşlarda meslekte geçen yılın daha az oluşu ve daha büyük yaşlardaki meslektaşlarına oranla toplamda daha kısa süre çalışma ortamında bulunmuş olmalarına bağlanmıştır. Çalışmamızda 24 yaş ve altı katılımcıların iş yeri şiddetine maruz kalma sıklığının düşük olmasının bir nedeni de intörn doktorların bu yaş grubunda kümelenmiş olması ve diğer gruplara oranla bu grubun şiddet maruziyetinin düşük bulunması olarak düşünülmüştür. Sadece hekim ve hemşirelerin yaş gruplarına göre şiddet maruziyeti değerlendirildiğinde; 25-29 yaş aralığındaki katılımcıların %86,3'ünün şiddete maruz kaldığı ve bu yaş grubunun en sık şiddet gören grup olduğu ortaya çıkmaktadır. 40-44 yaş aralığındaki katılımcıların ise %73,5'inin şiddete maruz kaldığı ve en az şiddet gören grup olduğu tespit edilmiştir. Bazı kaynaklarda, yaşı küçük çalışanların şiddete maruz kalma sıklığının daha yüksek olduğu ve yaş ile şiddet maruziyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir [32, 164]. İstanbul'da çalışan hekimlerle ilgili bir çalışmada 29 yaş altı hekimlerin en sık şiddete maruz kalan grup olduğu (%62,7) [90], Türkiye'nin batısındaki sağlık kuruluşlarında görev yapan 1209 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada ise; 39 yaş ve altı sağlık çalışanların en sık şiddete maruz kalan yaş grubu olduğu belirtilmiştir [29]. DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda; yaş değişkeninin kendi başına çok belirleyici olmadığı ancak, mesleki deneyim ve kıdemlenmek gibi faktörlerin etkili olabileceği bildirilmektedir [28]. Çalışmamızdaki hekim ve hemşireler değerlendirildiğinde; yaş grubu ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiş olması da bu durumu doğrulamaktadır.

Meslek grubuna göre şiddet maruziyeti sıklığı değerlendirildiğinde çalışmamızda; doktorların %84,9'unun, hemşirelerin %81,2'sinin, intörn doktorların %40,7'sinin meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. İntörn doktorların şiddet maruziyeti sıklığının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde az oluşu; mesleki tecrübe yılının az oluşu, çoğu durumda direkt hasta ve yakınları ile yüz yüze kalmalarının gerekmemesi, hastanın direkt sorumlu doktoru ya da karar verici kişi olmamaları gibi nedenlere bağlıdır. Kaynaklarda, ülkemizde intörn doktorlara yönelik iş yeri şiddeti sıklığını %43,2 [154] ve %55 [153] olarak bildiren çalışmalar mevcuttur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde eğitim gören asistan doktorlarla intörn doktorların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise farklı olarak; intörn doktorlarda şiddet sıklığı %65,5 iken; asistan hekimlerde şiddet sıklığı %59,5 olarak bildirilmiştir [106]. Doktorlar ile intörn doktorların iş yeri şiddeti maruziyeti sıklığını karşılaştıran az sayıda çalışma olduğundan yorumlamak güç olmakla birlikte, çalışmamız ile Gazi Üniversitesinde gerçekleştirilmiş olan çalışma arasında saptanan farkın, eğitim ve uygulama işlemlerindeki farklılıklar yanında, çalışmamıza dahil edilenlerin bazısının intörnlüğe yeni başlamış olması nedeniyle çoğu stajı henüz almamış/tamamlamamış olmasından da kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporuna göre; Brezilya'da hemşirelerin sağlıkta şiddete maruz kalan grubun çoğunluğunu oluşturduğu (%62), bunların yarısına yakınının son 12 ayda sözel şiddet ve zorbalığa maruz kaldığı; Güney Afrika'da hemşirelerin %58'inin; Portekiz'de %54-74'ünün son 12 ayda en az bir iş yer şiddeti olayına maruz kaldığı, Avustralya'da ise; %61,5'inin sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Aynı raporda Bulgaristan'da doktorların %50'sinin, Güney Afrika'da %40,6'sının son 12 ayda sözel şiddete maruz kaldığı; Brezilya'da doktorların %45,6'sının sözel, %5,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı; Portekiz'deki doktorların %52-58'inin herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını bildirmiştir [28]. Türkiye genelinde çok merkezli olarak 12.944 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir çalışmada; son 12 ayda tıp hekimi ve diş hekimlerinin %58,2; hemşire ve ebelerin %51 oranında bir iş yeri şiddeti türüne maruz kaldığı tespit edilmiş [32], Türkiye'nin batı şehirlerinde görev yapan 1.209 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada ise; pratisyen hekimlerde şiddet maruziyetinin %69,6; asistan

hekimlerde %57,6; hemşirelerde %57,2 olduğu belirlenmiş [29], Eskişehir, Kütahya ve Bilecik'te görev yapan 1.071 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir çalışmada ise; pratisyen hekimlerin şiddet sıklığının %67,6; hemşirelerin şiddet sıklığının %58,4 olarak belirlendiği bildirilmiştir [175]. Dünya genelinde 253 çalışmanın değerlendirildiği bir sistematik derlemede ise; doktorların %56,8; hemşirelerin %59,2 oranında şiddete maruz kaldığı [142] bildirilmiştir. Çalışmaların bir kısmında hekimler, bir kısmında hemşirelerin şiddet maruziyeti fazla olmakla birlikte; çalışmamızla da ortaya konulduğu üzere, hemşireler ve hekimlerin ihmal edilemeyecek sıklıkta şiddet maruziyeti yaşadığı görülmektedir.

Doktorlarda mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; araştırma görevlisi doktorların %59,7'sinin, uzman doktor ve öğretim üyelerinin %33,3'ünün son 12 ayda en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Hekimlerde mesleki unvan ile şiddet maruziyeti sıklığı arasında istatistiksel anlamlı fark oluşmasının nedeni hem asistan hekimlerin nöbetler gibi çalışma düzenlerine bağlı olarak hastalarla daha fazla zaman geçirmek zorunda kalması hem de uzman ve öğretim üyelerinin daha kıdemli ve daha büyük yaşta olmaları nedeniyle kısmen de olsa hasta ve yakınlarının daha yetkili olduğunu düşündükleri bu kişilerden çekinmesi olabilir [29, 164].

Hemşirelerde mesleki unvan ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; klinik hemşirelerin %57,1'inin, yönetici hemşirelerin %45,5'inin ve eğitim hemşirelerinin %45,5'inin son 12 ayda en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Hemşirelerde yönetici ve eğitim hemşireler daha az şiddete maruz kalsa da istatistiksel açıdan anlamlı fark olmaması yönetici pozisyonundaki ya da daha kalifiye-uzmanlaşmış hemşirelerin iş yerinde yüz yüze hasta ve hasta yakınları ile çalışmaktan çok idari pozisyonları gereği daha korunaklı alanlarda olmaları ile açıklanabilir [176].

Klinik alanda çalışılan hemşireler ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; serviste çalışan hemşirelerin %63,5'inin, poliklinikte çalışan hemşirelerin %46,5'inin son 12 ayda en az bir kere iş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı saptanmış olup, hemşirelerde çalışılan alan ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kütahya'daki bir Eğitim

ve Araştırma hastanesinde çalışan sağlık personelinin değerlendirildiği çalışmada; katılımcıların % 26,6'sının poliklinikte, % 16,7'sinin klinik birimlerde çalıştığı sırada şiddete maruz kaldığı [177], İzmir'deki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan sağlık personelinin değerlendirildiği çalışmada ise çalışanların; %11,7'sinin poliklinikte, %37,3'sinin serviste çalıştığı sırada şiddete maruz kaldığı [178] bildirilmiştir. Görülüşü üzere, sağlıkta şiddet olaylarına zemin hazırlayan koşullar çok faktörlü olduğundan çalışmanın yapıldığı kurumun yapısına göre şiddet açısından daha riskli olabilecek alanlar değişkenlik göstermektedir.

Doktor ve hemşirelerde meslek hayatı boyunca şiddet maruziyeti ile ana branş ilişkisi incelendiğinde; diğer bölümlere göre, temel bilimler alanında çalışan katılımcıların şiddet maruziyeti sıklığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde az olup %33,3'tür. Bu oranın dahili branşlarda %84,8 cerrahi branşlarda %84,5 olduğu saptanmıştır. İstanbul'da görev yapan hekimlerin incelendiği bir çalışmada; dahili branşlardaki hekimlerin %81,6'sının, cerrahi branşlarda görev yapan hekimlerin %79,8'inin, temel bilimlerde çalışan hekimlerin %44'ünün hayatlarında en az bir kere şiddete maruz kaldığı [90], Türkiye genelinde tıpta uzmanlık öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; temel bilimler alanında çalışan doktorların %43, dahili bilimler alanında çalışanların %68, cerrahi bilimler alanında çalışanların ise; %75 oranında iş yeri şiddetine maruz kaldığı ve ana branşlar ile şiddet maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir [118]. Sağlık çalışanlarında; hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan iş yeri şiddeti, yüz yüze hasta muayenesi ve değerlendirmesi yapılmayan temel bilimlerde doğal olarak az rastlanan bir durum iken diğer sağlık çalışanlarından kaynaklanan iş yeri şiddetinin temel bilimlerde dahili ya da cerrahi bilimlerden daha fazla rastlandığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin çalışma süresi ve şiddet maruziyeti ilişkisi değerlendirildiğinde; en çok şiddete maruz kalan grubun 6-10 yıl çalışma süresi olanlar (%91,5), en az şiddete maruz kalanlar ise 1 yıldan az çalışma süresi olanlardır (%66,7). Çalışma süresi ve şiddet maruziyeti sıklığı arasında anlamlı istatistiksel ilişki olduğu saptansa da gruplar arasında lineer bir artış ya da azalış trendi saptanmamıştır. Edirne'de görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada; doktorluk hayatının ilk 10 yılında olanların şiddet görme sıklığı daha fazla olduğunun saptandığı [164], İstanbul'da görev yapan hekimlerin incelendiği

bir çalışmada; en çok şiddete maruz kalan grubun 6-10 yıl meslekte çalışma süresi olan grup (%88,9) olduğu [90] bildirilmiş olup, çalışmamız bu açıdan kaynaklarla uyumludur. Ancak; Türkiye genelinde 12.944 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada; iş yeri deneyimi arttıkça şiddet sıklığının azaldığının belirlendiği belirtilmiştir [32], DSÖ'nün sağlıkta şiddet raporunda; mesleki deneyimi daha az olan çalışanların iş yeri şiddetine maruz kalma ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmiştir [28].

Çalıştıkları birimde nöbet tutan kişilerin %87'sinin, nöbet tutmayan kişilerin %76,4'ünün meslek hayatları boyunca en az 1 kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiş olup, nöbet tutma ve şiddet maruziyeti sıklığında artış arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Türkiye genelinde 12.944 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada da; nöbet usulü çalışanların daha sık şiddete maruz kaldığı (nöbet tutanlarda oran: %53,1, nöbet tutmayanlarda oran: %36,4) ve nöbet usulü çalışmakla iş yeri şiddeti maruziyeti arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildiği bildirilmiştir [32].

Hasta etkileşimi olan birimlerde çalışan katılımcıların %84'ünün, hasta etkileşimi olmayan birimlerde çalışan katılımcıların %66,7'sinin meslek hayatları boyunca en az bir kere iş yerinde sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Hasta etkileşimli alanda çalışma ile şiddet maruziyeti sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Sadece hasta bakım hizmeti veren kişilerin en az (%74,7), hem konuşma ve muayene, hem hasta bakım hizmeti şeklinde iletişimi olan grubun en çok şiddete maruz kalan (%91,8) grup olduğu saptanmış olup, hastaya verilen hizmet türü ile şiddet sıklığı arasında da anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde; hemşirelere yönelik şiddetin değerlendirildiği 53 farklı çalışmadan oluşan bir sistematik derlemede hasta ile direkt muhatap olan hemşirelerin daha sık şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir [152].

5.4. Ölçekler ile İlgili Verilerin Tartışılması

5.4.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri ve Betimleyici İstatistiklerin Tartışılması

Araştırmamızda uygulanan Minnesota İş Doyum Ölçeğinin (MİDÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Baycan tarafından yapılan güvenilirlik analizi neticesinde ölçeğin Cronbach alfa katsayısının $\alpha=0,77$ olarak saptandığı bildirilmiştir [96]. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı genel iş doyumu için $\alpha=0,92$; içsel iş doyumu alt boyutu için $\alpha=0,90$; dışsal iş doyumu alt boyutu için $\alpha=0,84$ olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza dahil olan katımcıların MİDÖ genel iş doyumu puan ortalaması $3,18\pm0,69$ (puan toplamalarının ortalaması: $63,69\pm13,76$); içsel iş doyumu puan ortalaması $3,40\pm0,71$ (puan toplamalarının ortalaması: $40,85\pm8,48$) ve dışsal iş doyumu puan ortalaması ise $2,86\pm0,79$ (puan toplamalarının ortalaması: $22,84\pm6,32$) olarak bulunmuştur). Bu sonuçlar; genel iş doyumunun “nötr” doyuma yakın olduğu, içsel ve dışsal doyumun ise düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir. İstanbul’da görev yapan hekimler arasında yürütülen bir çalışmada; MİDÖ genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları sırasıyla; 3,35; 3,50 ve 3,15 olarak [90], İstanbul’da görev yapan hekimler arasında yürütülen başka bir çalışmada hekimlerin ortalama ölçek puanı $70,0\pm11,5$ olarak [88], silahlı kuvvetlerde çalışan 1.274 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir çalışmada; genel iş doyumu puan ortalaması 2,85 olarak [95], Hatay ilinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmada genel iş doyumu puan ortalaması $64,24\pm11,00$ olarak [179], Ordu’daki çeşitli hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise; genel iş doyumu puan ortalaması $3,24\pm0,67$, içsel doyum puan ortalaması $3,44\pm0,70$ ve dışsal doyum puan ortalaması $2,94\pm0,74$ olarak [180], Ankara ilinde bir tıp fakültesi hastanesinde eğitim görmekte olan araştırma görevlilerinin değerlendirdiği bir çalışmada; genel iş doyum puan ortalaması $60,80\pm12,31$, içsel doyum puanı ortalaması $37,61\pm7,53$, dışsal doyum ortalaması $17,33\pm4,58$ olarak saptanmıştır [105]. Çalışmamızda tespit edilen iş doyum puan ortalamalarının kaynaklarla uyumlu olduğu, sağlık çalışanlarında genel iş doyumunun yüksek olmadığı, bunun maruz kalınan şiddet olaylarından

olumsuz etkilene ve iş yerinden kaynaklanan diğ er bazı olumsuz nedenlerden dolayı olabileceğ i düşünölmüştür. İş doyumunun yüksek olması ve iş veriminin artırılması için sağıık çalışanlarının şiddet maruziyetinin önlenmesi başta olmak üzere sağıık çalışanları ile ilgili atılacak olumlu adımlara ihtiyaç olduğı düşünölmüştür.

Geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin tarafından yapılmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin (MTÖ) üç alt boyutu olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi ile ilgili güvenirlik analizi sonucunda ölçeğ in Cronbach alfa katsayılarının sırasıyla $\alpha=0,83$, $\alpha=0,65$ ve $\alpha=0,72$ olarak bulunduğı bildirilmiştir [97]. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı duygusal tükenme için $\alpha=0,88$; duyarsızlaşma için $\alpha=0,76$; kişisel başarı hissi için $\alpha=0,78$ olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik puan ortalaması $18,17\pm7,55$; duyarsızlaşma puan ortalaması $6,59\pm4,31$; kişisel başarı hissi puan ortalaması $20,95\pm5,46$ olarak saptanmıştır. İstanbul'da görev yapan hekimler arasında yürütölen bir çalışmada duygusal tükenmişlik puan ortalaması 18,30; duyarsızlaşma puan ortalaması 7,55 ve kişisel başarı hissi puan ortalaması 21,0 olarak bulunmuştur [90]. Ankara'da Üniversite Hastanelerinde görev yapan sağıık çalışanlarının değerlendirildiğı bir çalışmada duygusal tükenmişlik puan ortalaması 18,01; duyarsızlaşma puan ortalaması 5,48 ve kişisel başarı hissi puan ortalaması 20,30 olarak saptanmıştır [132]. Ankara'da bir Üniversite Hastanesinde görev yapan asistan hekimlerin değerlendirildiğı bir çalışmada; duygusal tükenmişlik puan ortalamasının 19,35; duyarsızlaşma puan ortalamasının 8,71 ve kişisel başarı hissi puan ortalamasının 13,75 olduğı tespit edilmiştir [105]. Kütahya'da bir tıp faköltesi hastanesinde görev yapan hekim ve tıp faköltesi son sınıf öğrencileri ile gerç ekleşirilen bir çalışmada; duygusal tükenmişlik puan ortalaması 18,60; duyarsızlaşma puan ortalaması 8,30 ve kişisel başarı hissi puan ortalaması 15,60 olarak bulunmuştur [181]. Çalışmaların örneklemlerine göre ölçek puanlarının değişkenlik gösterebildiğı bilinmektedir ve kaynaklarda doktor, hemşire ve intörn doktorların birlikte değerlendirildiğı bir çalışmaya rastlanılmamıştır, yine de çalışmamızın genel olarak kaynaklarla uyumlu olduğı, katılımcıların duyarsızlaşma puan ortalamasının diğ er çalışmalarla uyumlu şekilde alt grupta kaldığı, ancak kişisel başarı hissini ise yine alt grupta olmasına rağmen az da olsa

bazı kaynaklara göre daha yüksek olduğu [105] görülmüştür. Ne yazık ki çalışmamızda dahil tüm sayılan araştırmalar, sağlık çalışanı katılımcıların duygusal tükenmişlik puan ortalamasının alt grupta olduğunu ve sağlık çalışanlarının duygusal açıdan meslekte tükenmişliğinin önlenmesi için desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Genel Sağlık Anketinin (GSA-28) geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Kılıç tarafından yapılan güvenirlik analizi sonucunda anketin Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,94$ olarak bulunmuştur [99]. Çalışmamızda yapılan güvenirlik analizi sonucunda $\alpha=0,94$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda kullanılan her üç ölçek için de elde edilen α değerlerinin kaynaklara uygun olduğu görülmüştür, elde edilen değerler güvenirliğin yüksek ve kabul edilebilir aralıkta olduğunu göstermektedir [101].

Çalışmamızda katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $6,86\pm6,49$ olarak saptanmıştır. İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $4,73\pm5,37$ olarak saptanmış [182], İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $6,03\pm4,79$ olarak tespit edilmiş [183]; İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $6,48\pm5,98$ olarak saptanmıştır [184]. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar genel olarak kaynaklarla benzerlik göstermektedir.

5.4.2. Ölçek Puanlarının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin Tatışılması

Katılımcıların MİDÖ ölçek puanlarına göre (60 puan nötr iş doyum olarak alındığında); tüm katılımcıların %39,4'ünün ölçek puanlarının 60'ın altında olduğu görülmektedir. Dokuz farklı ülkedeki hemşirelerin iş doyumlarını değerlendiren bir çalışmada; ABD'de %30,4; Çin'de %55,1; Güney Kore'de %50,5; Tayland'da %27,2; Japonya'da %66,3, Yeni Zelanda'da %35,8, Kanada'da %39,2; Almanya'da %22,4 oranında hemşirelerin iş doyumunun düşük olduğu [93], İstanbul'da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %0,2'sinin alt; %12,9'unun alt-orta düzeyde iş doyumunun olduğu [88], Erzurum

ilinde görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada ise; katılımcıların iş doyumunun %7,5'inde düşük olarak saptandığı [8], Bursa'da çalışmakta olan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %68,4'ünün düşük, mesleki doyuma sahip olduğu [185] bildirilmiştir. İş doyumunun hem kişisel, hem kurumsal pek çok faktörden etkilenebilen bir parametre olduğu göz önünde bulundurulduğunda, çalışmalardaki bazı farklılıkların anlaşılabilir olacağı düşünülmektedir.

MTÖ puanları çalışanların kendi meslek grupları için önerilen puanlara göre değerlendirilmiş olup; duygusal tükenmişlik düzeyi katılımcıların %13,7'sinde yüksek; duyarsızlaşma düzeyi %10,9'unda yüksek, kişisel başarı hissi %60,6'sında yüksek olarak tespit edilmiştir. İstanbul'da görev yapan hekimlerin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %2,3'ünde duygusal tükenmişliğin yüksek; duyarsızlaşma düzeyinin katılımcıların %10,9'unda yüksek ve kişisel başarı hissini %55,2'sında yüksek olduğu bildirilmiştir [88]. ABD'de eğitim gören tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %24,4'ünün yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik, %8'inin yüksek düzeyde duyarsızlaşma, %36'sının yüksek düzeyde kişisel başarı hissi yaşadığı [83], hemşirelerdeki tükenmişlik düzeylerini inceleyen bir metaanalizde; duygusal tükenmişlik düzeyinin ortalama %31, duyarsızlaşma düzeyinin ortalama %24, kişisel başarı hissi düzeyinin ortalama %38 olarak belirlendiği [87], doktorlarda tükenmişlik düzeylerini inceleyen 182 çalışmanın değerlendirildiği bir sistematik derlemede ise; duygusal tükenmişliğin %0-86,2; duyarsızlaşmanın %0-89,9 ve kişisel başarı hissi %0-87,1 aralıklarında değiştiği [82] bildirilmiştir.

Katılımcıların GSA-28 puanlara göre dağılımı değerlendirildiğinde; %54,3'ü 5 ve üzeri puan almıştır. İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %41,2'sinin 5 ve üzeri puan aldığı [182], İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların %54,9'unun GSA-28'den 5 ve üzerinde puan alarak ruh sağlığı açısından riskli grubu oluşturduğu [183], İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerle yapılan bir çalışmada ise;

GSA-28'ya göre öğrencilerin %52,4'ünün ruhsal belirtiler gösterdiğinin belirlendiği [184] bildirilmiştir.

Son 12 ayda iş yerinde şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının, şiddete maruz kalmayanlara göre MİDÖ genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu ölçek puan ortalamaları daha düşük, MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları daha yüksek, kişisel başarı hissinin alt boyut puan ortalamaları daha düşük ve GSA-28 genel puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup, tüm bu ikili grup karşılaştırmalarında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Meslek hayatı boyunca en az bir kere şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının, uğramayanlara göre MİDÖ (genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu) ölçek puan ortalamaları daha düşük, MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olup, bu ikili grup karşılaştırmalarında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. GSA-28 genel puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamaları açısından meslek hayatı boyunca en az bir kere şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının, uğramayanlara göre puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup, ikili grup karşılaştırmalarında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kaynaklarda iş yeri şiddetine maruz kalan kişilerin şiddete uğramamış olanlara göre iş doyumlarının daha düşük olduğu [90, 186], tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu [90, 176, 186], şiddete uğrayan grubun psikiyatrik morbiditeler açısından daha riskli olduğu bildirilmekte olup [186-189], çalışmamızda elde edilen veriler bu bilgileri doğrular niteliktedir.

Çalışmamızda şiddet tiplerine maruziyet (hiçbir şiddet türüne maruz kalmamış - her üç şiddet tipine de maruz kalmış) ile ölçekler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; son 12 aydaki şiddet tipi ve sayısı ile MİDÖ genel iş doyumu ve iş doyumu alt boyutları olan içsel doyum, dışsal doyum arasında negatif yönde bir ilişki olduğu dolayısı ile; maruz kalınan şiddet tipi ve sayısı arttıkça iş doyumunun azaldığı; son 12 aydaki şiddet tipi ve sayısı ile MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönde kişisel başarı hissi ile negatif yönde bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Yani; maruz kalınan şiddet tipi ve sayısı arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarı

hissinin azaldığı, GSA-28 genel skoru ile son 12 ayda maruz kalınan şiddet tipi ve sayısının arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve maruz kalınan şiddet tipi ve sayısı arttıkça ruhsal etkilenimin arttığı belirlenmiştir. Meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi ve sayısıyla MİDÖ genel iş doyum ve iş doyum alt boyutları olan içsel doyum, dışsal doyum arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi ve sayısıyla MTÖ tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi ve sayısıyla kişisel başarı hissi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı, GSA-28 genel skoru ile meslek hayatı boyunca maruz kalınan şiddet tipi ve sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kaynaklarda da daha sık ve fazla iş yeri şiddetine maruz kalan kişilerin iş doyumunun azaldığı [186, 190], bu durumun tükenmişlik düzeylerinde artışa neden olduğu [176, 186, 191] ve ruhsal açıdan kişileri daha riskli hale getirdiği [186, 192] bildirilmektedir.

Ölçekler ve alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkisi değerlendirildiğinde; MİDÖ genel iş doyum, içsel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları ile GSA-28 genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ilişki; MİDÖ genel iş doyum, içsel doyum ve dışsal doyum puan ortalamaları ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında negatif yönde, kişisel başarı hissi puan ortalamaları ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. GSA-28 genel ve alt boyut puan ortalamaları ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, kişisel başarı hissi puan ortalamaları ile negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kaynaklarda da, iş doyumsuzluğu, tükenmişlik ve psikolojik stres-ruhsal belirtiler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir [88, 97, 193-195].

Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçek puanları değerlendirildiğinde; evli olanların MTÖ duyarsızlaşma puan ortalamalarının evli olmayanlara göre düşük olduğu ve ortalamalar arasında anlamlı farklılık olduğu, evli olanların kişisel başarı hissi puan ortalamalarının evli olmayanlara göre yüksek olduğu ve ortalamalar arasında anlamlı farklılık olduğu, ayrıca GSA-28 sosyal fonksiyonlarda bozulma alt boyut puan ortalamalarının evli olmayanlarda daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişliği

değerlendiren çalışmalarda evli kişilerin tükenmişlik düzeylerinin sosyal destek mekanizmalarının daha fazla olması sebebiyle daha düşük olduğu belirtilmektedir [6, 196]. Genel olarak toplumdaki ruhsal bozuklukların tarandığı çalışmalarda evli olmayan kişilerin evli olanlara göre ruhsal açıdan daha riskli konumda olduğu bildirilmektedir [97, 197-199]. Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

Kişilerin cinsiyetlerine göre ölçek puanları değerlendirildiğinde; kadınların MTÖ duyarsızlaşma puan ortalamalarının erkeklerle göre düşük olduğu ve ortalamalar arasında anlamlı farklılık olduğu, kadınların kişisel başarı hissi puan ortalamalarının erkeklerle göre daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasında anlamlı farklılık olduğu, ayrıca GSA-28 somatik semptomlar alt boyut puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişlik ile cinsiyet ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda sonuçlar değişkenlik göstermekte ve sıklıkla yanlış bir şekilde kadınların iş yerinde daha sık tükenmişlik yaşadığı düşünülmektedir. Aksine cinsiyet, sıklıkla tükenmişlik açısından güçlü bir prediktör faktör olarak kabul edilmemektedir [6, 90, 200]. Bununla birlikte, kaynaklarda alt boyutlarda cinsiyetlere göre bazı farklılaşmalar olduğundan bahsedilmektedir, buna göre; erkeklerin sıklıkla duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir [6, 88, 196, 200]. Bu açıdan çalışmamız literatürle uyumludur. Çalışmalarda kadınların duygusal tükenmişlik düzeylerinin erkeklerle göre sıklıkla yüksek olduğu bildirilmiş ise de [6, 97, 200] çalışmamızda böyle bir sonuç elde edilmemiştir. Ayrıca çalışmamızda; kadınların kişisel başarı hissini daha yüksek olduğu da tespit edilmiştir. Bazı kaynaklarda erkeklerde sıklıkla kişisel başarı hissini daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur [97]. Bazı çalışmalarda, çalışmamıza benzer şekilde kadın sağlık çalışanlarında psikosomatik semptomların daha sık gözlemlendiği de bildirilmektedir [197, 201, 202].

Meslek gruplarına bakıldığında; MİDÖ genel doyum ve içsel doyum puan ortalamaları, MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puan ortalamaları ile GSA-28 somatik semptomlar ile sosyal fonksiyonlarda bozulma alt boyut puan ortalamaları arasında meslek gruplarına göre anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Post hoc çoklu karşılaştırmalarda; hemşirelerin MİDÖ genel iş doyum ve içsel doyum puan ortalamalarının doktor ve intörn doktorlardan düşük olduğu,

hemşireler ile diğer iki grubun puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları doktor ve intörn doktorlara göre düşük, kişisel başarı hissi puanının ise doktor ve intörn doktorlara göre yüksek olduğu saptanmış, hemşireler ile diğer iki grubun puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. GSA-28 somatik semptomlar alt boyutunda hemşirelerin puan ortalamasının doktorlara göre yüksek olduğu görülmüş ve doktor-hemşire grupları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Sosyal fonksiyonlarda bozulma alt boyutunda intörn doktorların puan ortalamasının hemşirelere göre yüksek olduğu saptanmış ve hemşire-intörn doktor grupları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre ruhsal açıdan daha riskli olduğu bildirilmektedir [203, 204]. Çalışmamızda da hemşirelerin somatik semptomlarının diğer gruplara göre fazla olduğu tespit edilmiş, kadınlarda somatik semptomların yüksek çıkmış olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun hemşirelerdeki kadın çalışan oranının daha fazla olmasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda hemşirelerin diğer iki gruba göre iş doyumlarının düşük olduğu saptanmış olup kaynaklarda hemşirelerin iş doyumlarının hekimlere göre daha düşük [89, 95, 205, 206] ya da daha yüksek olduğunu belirten [207] çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda hemşirelerin doktorlara göre duyarsızlaşma düzeylerinin daha düşük, kişisel başarı hissini daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kaynaklarda hekimlerin tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu [208], ya da hemşire olmanın tükenmişlik açısından bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur [7]. Tükenmişlik alt boyutlarına bakıldığında; Ergin tarafından MTÖ sağlık personeli normlarının belirlendiği çalışmada; duyarsızlaşma düzeyi en yüksek olan grubun pratisyen hekimler, ardından ise hemşireler olduğu, uzman doktorlarda kişisel başarı hissini daha yüksek olduğu bildirilmiştir [98]. Duyarsızlaşma alt boyutu açısından çalışmamız kaynaklarla uyumlu, kişisel başarı hissi alt boyutu açısından farklıdır. Kaynaklarda yaş ve deneyim arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir [98]. Çalışmamızda ortalama yaşı en yüksek olan grup hemşirelerdir. Ayrıca yine çalışmamızda kişisel başarı hissi düzeyi yüksek olarak saptanan kadınların frekansı

da hemşire grubunda diğer gruplara göre oldukça en yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hemşire grubunun yaşı daha büyük ve kadın yoğunluklu bir grup olması itibariyle tespit edilen bu farklılığının cinsiyet ve yaş değişkenleriyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Hekim ve hemşirelerin ölçek puanları ile yaş, eğitim düzeyi, ve meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; MİDÖ genel iş doyum ölçeğinin alt boyutları olan içsel doyum puanları ile yaş değişkeni arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, dışsal doyum ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadığı; yaş değişkeni ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, kişisel başarı hissi alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu; GSA-28 ölçek puanları ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kaynaklarda; yaş arttıkça iş doyumunun arttığı [8, 88, 95], tükenmişliğin azaldığı [6, 88, 97, 98, 209], ruhsal problemlerin azaldığı [199, 210] bildirilmekte olup, çalışmamız yaş değişkeni açısından kaynaklarla uyumludur.

MİDÖ genel iş doyum ve bu ölçeğin alt boyutu olan içsel doyum puanları ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, dışsal doyum ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı; eğitim düzeyi değişkeni ile MTÖ duygusal tükenmişlik alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı, eğitim düzeyi değişkeni ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, kişisel başarı hissi alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; GSA-28 puanları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça iş doyumunun arttığı görülmüş olup bu bulgu kaynaklarla uyumludur [89]. Çalışmamızda tükenmişlik alt boyutlarından duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarı hissini azaldığı, yani tükenmişlik belirtilerinin arttığı tespit edilmiş olup, kaynaklarda bu konuda net bir eğilim bildirilmemektedir. Bazı çalışmalar eğitim düzeyi arttıkça stres ve tükenmişliğin arttığını ifade etmekte iken, diğer bazı çalışmalar tükenmişliği, düşük eğitim düzeyi ile ilişkilendirmektedir [6, 7].

Hekim ve hemşirelerin ölçek puanları ile meslekte çalışma süresi arasındaki korelasyon incelendiğinde; meslekte çalışma süresi ile MİDÖ genel iş doyum puanı, içsel doyum puanı ve dışsal doyum puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadığı

tespit edilmiştir. Meslekte çalışma süresi değişkeni ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, kişisel başarı hissi alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. GSA-28 ölçek puanları ile meslekte çalışma süresi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda kaynaklarla uyumlu olarak meslekte çalışma süresi ve deneyim arttıkça tükenmişlik düzeyinin azaldığı [6, 90, 97, 98, 209] tespit edilmiştir. Kaynaklarda meslekte çalışma süresi arttıkça iş doyumunun arttığını belirten çalışmalar da bulunmakla birlikte [95], çalışmamızda böyle bir ilişki saptanmamıştır. Kaynaklarda meslekte deneyim ve ruhsal durumu karşılaştıran çalışmalarda bu iki grup arasında anlamlı ilişki saptanmamış olup [182, 183, 211], çalışmamızda ruhsal belirtiler ile mesleki deneyim arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu durumun mesleki deneyim ve yaş arttıkça baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi ve daha etkin kullanılabilmesine bağlı olduğu düşünülmüştür.

İş yerinde şiddete uğrama konusundaki endişe düzeyi ile tüm ölçekler ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmış olup; endişe düzeyi ile MİDÖ genel iş doyum ve ölçeğin alt boyutları olan içsel doyum ile dışsal doyum puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu; endişe düzeyi ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu; MTÖ kişisel başarı hissi alt boyut puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu; endişe düzeyi ile GSA-28 puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Kaynaklarda bu konuda yapılmış az sayıda çalışma bulunmata olup, hemşirelerle yapılan bir çalışmada, çalışmamızda elde edilen sonuçlara benzer şekilde şiddete uğrama konusundaki endişelerin ruh sağlığı, tükenmişlik ve iş doyumunu üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir [212].

Ev içi-partner şiddeti maruziyetinin ölçeklerle ilişkisi incelendiğinde; iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ruhsal durum belirtileri açısından ise; ev içi-partner şiddetine maruz kalanların genel sağlık anketi genel puan ortalaması, somatik semptomlar, sosyal fonksiyonda bozulma ve depresyon alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu açıdan ev içi-partner şiddetine maruz kalan ve kalmayan grupların puan

ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Amerika Birleşik devletlerinde longitudinal olarak 1.044 kadın hemşirenin iş yeri şiddeti, çocuk istismarı ve partner şiddeti maruziyeti konusunda değerlendirildiği bir çalışmada; bu gibi şiddet maruziyetlerinin kişileri travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon açısından daha riskli hale getirdiği bildirilmiştir [138]. Ayrıca kaynaklarda ev içi şiddet-partner şiddeti tip IV iş yeri şiddeti olarak sınıflandırılmış ve bu şiddet tipinin direkt iş yerinden kaynaklanmasa bile çalışanların iş yaşamını olumsuz etkilediği ifade edilmiştir [22-24, 213].

CİMER, BİMER, SABİM veya hasta hakları birimine şikayet edilmiş olmanın ölçeklerle ilişkisi değerlendirildiğinde; iş doyumu ve ruhsal belirtiler, tükenmişlik alt boyutlarından kişisel başarı hissi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak şikayet edilmiş olan çalışanların, şikayet edilmemiş olanlara göre, MTÖ alt boyutlarından duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Kaynaklarda CİMER, BİMER, SABİM veya hasta hakları birimi gibi kurumlara şikayet edilmiş çalışanlarda şikayetlerin çalışanlar üzerine olumlu ya da olumsuz etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak tekrarlayan haksız şikayetlerin ya da sağlık çalışanının etkilenmeyeceği ve sadece sağlık kurumunun ya da sigorta şirketlerinin etkileneceğine inanarak ya da gelir elde etmek için haksız yere geliştiren sürekli şikayet etme alışkanlıklarının sonucu olarak sağlık çalışanlarının defansif davranması, işlerinden uzaklaşması, soğuması, empati yeteneklerinin olumsuz etkilenmesi ve hoş görülerinin de azalması gibi istenmeyen sonuçlarının olabileceği düşünülmektedir [130, 214] Örneğin okul yöneticilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; benzer yapıdaki şikayet hatlarının çalışanlar tarafından tükenmişlik nedeni olarak nitelendirildiği [215] bildirilmiştir. Ayrıca tükenmişliğin duygusal tükenmişlik alt boyutunun, kişinin duygusal rezervinin tükenmesi, psikolojik olarak vereceği bir şey kalmadığını hissetmesi; duyarsızlaşma alt boyutunun ise, çalışanın hizmet verilen kişilere yabancılaşma, kendisi ve hizmet alıcıları arasına mesafe koyma girişimi olarak tanımlandığı [6] göz önünde bulundurulduğunda, haksız olarak suçlandığını düşünen çalışanların bu tip baş etme mekanizmalarını kullanması beklenebilecek

durumlardır. Bu konuda yapılacak daha ayrıntılı çalışmalarla konunun farklı boyutlarının araştırılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir

Sağlık çalışanları; hem iş yeri şiddeti açısından, hem de yaptıkları işin doğası gereği zor şartlarda ve insanlarla yüz yüze çalıştıkları için tükenmişlik açısından riskli gruptur. Bu bağlamda çalışmamıza dahil olan sağlık çalışanlarının da çok büyük bir kısmının iş yeri şiddetine maruz kaldığı, ciddi düzeyde tükenmişlik, iş doyumsuzluğu ve psikolojik stress yaşadıkları görülmektedir. Çalışmamızdan elde edilen veriler, küçümsenemeyecek sıklıkla şiddete maruz kaldığı belirlenen sağlık çalışanları açısından, daha ciddi ve kapsamlı önlemlerin alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda bazı önlemler alınmaya çalışılmış olsa da sahada yetersiz kalabilmektedir. Örneğin; Sağlık Bakanlığının 2012 tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesinde SABİM'e ve hasta hakları birimine yapılan şikayetlerin ön değerlendirmeye tabi tutulması gerektiği, genel ve soyut nitelikte olan, şikayet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülen ihbar ve şikayetlerin değerlendirmeye alınmayacağı vurgulanmıştır [35]. Ancak uygulamada halen sıkıntılar yaşanmaktadır. Uygulamadaki sorunların neler olduğu, olası kaynakları ve alınan önlemlerin hangi basamaklarda yetersiz kaldığının ayrıntılı değerlendirilerek her tür şiddetin önlenmesine yönelik çözüm getirilmesi, ihtiyaç duyulan alanlarda yeni yasal düzenlemelerle sorunların giderilmesi, güvenli, sağlıklı, huzurlu ve verimli çalışma ortamı sağlanması tüm meslek gruplarında olduğu gibi sağlık çalışanları açısından da en temel ihtiyaç ve haktır.

6. SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şiddet: “Kişinin fiziksel gücü ya da nüfuzu/iktidarını doğrudan veya tehdit yoluyla kendisine, başka birine, bir gruba ya da topluma karşı istemli olarak kullanması ve bunların sonucunda kişinin kendisinde, başka bir kişide, bir grupta ya da toplumda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunluk oluşması ya da oluşma olasılığının yüksek olmasıdır.”[1]. DSÖ son yıllarda Dünya genelinde sağlıkta şiddet olaylarının artış gösterdiğini bildirmektedir [2, 3]. Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve insanlar ile yüz yüze çalışılan mesleklerde daha sık görüldüğü vurgulanmıştır [4, 5]. Bu sebeple sağlık çalışanları tükenmişlik açısından en riskli gruplardan birini oluşturmaktadır. İş doyumu, çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır. [8]. Yapılan araştırmalar iş yerinde şiddete maruz kalmanın çalışanlarda psikolojik problemlere, iş doyumunda azalmaya, kurumdan ayrılma ya da işi bırakma düşüncelerinin artmasına neden olduğunu göstermektedir [9, 10]. İş yeri şiddeti yarattığı fiziksel-ruhsal hasarlar ile önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olup, adli tıp da dahil olmak üzere tıp tüm tıbbi birimlerin üzerine çalışması ve önlenmesi için çaba gösterilmesi gereken ciddi bir sorun alanı olmuştur.

Çalışmamızda tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma yöntemi kullanılarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan doktorlar, intörn doktorlar ve hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini, iş yeri şiddetine maruz kalmanın bu düzeyler ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerini, iş yeri şiddeti ile karşılaşma sıklığını, sık karşılaşılan şiddet türlerini, şiddetin nerede ve ne zaman daha sık görüldüğünü, etki eden kişisel ve mesleki özellikleri belirlemek, adli tıbbi açıdan değerlendirmek ve sağlıkta şiddetin önlenmesi konusunda yapılabileceklerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda kaynaklardaki diğer pek çok çalışmadan farklı olarak doktor, hemşire ve intörn doktor gruplarının her birinde ayrı ayrı olmak üzere; iş yerinde sözel, fiziksel, cinsel ve genel şiddet olaylarının özellikleri incelenmiş; sağlıkta iş

yeri şiddetinin çalışanların iş doyumuna, tükenmişliğe ve ruhsal duruma olan etkileri ve iş doyumunu, tükenmişlik ve ruhsal durumda bozulma ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.

En çok karşılaşılan şiddet tipi sözel şiddet (%70,8) olup, genel olarak şiddetin en fazla hasta yakınları (%70,5), 30-44 yaş grubu kişiler (%48,7), erkekler (%64,8) tarafından uygulandığı, sağlık çalışanının en sık hasta odasında iken (%31), muayene tedavi işlemi yaparken (%38,6) şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda; doktorların %84,9'unun, hemşirelerin %81,2'sinin, intörn doktorların %40,7'sinin ve genel olarak katılımcıların %71,4'ünün meslek hayatları boyunca en az bir defa herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kaldığı; sözel şiddete maruz kalan katılımcıların %88,6'sının, fiziksel şiddete maruz kalanların %43,4'ünün ve cinsel şiddete maruz kalanların %54,2'sinin birden çok defa şiddete uğradıkları saptanmıştır. Bu sonuçlara göre; sağlıkta iş yeri şiddeti hem çok yaygın, hem de her türlü şiddet maruziyetinde olduğu gibi ruhsal olarak yıpratıcı bir karaktere sahiptir ve belki de bu yapısının da etkisiyle meslek hayatı boyunca en az bir defa iş yeri şiddetine uğrayanlarda tükenmişlik, iş doyumsuzluğu düzeyleri ve ruhsal şikayetlerinin, şiddete uğramayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca şiddet tipi ve sayısı (hiç şiddete uğramamış- her üç şiddet türüne de maruz kalmış) ile tükenmişlik, iş doyumsuzluğu düzeyleri ve ruhsal şikayetleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak sağlıkta şiddet bu derecede sık, tekrarlayıcı karakterde olmasına ve sağlık çalışanları üzerinde yıkıcı etkileri olmasına rağmen katılımcıların meslek hayatı boyunca karşılaşılan iş yeri şiddeti sonrası beyaz kod çağrısı yapma sıklığının %16,6; olayı adli makamlara taşıma sıklığının ise %13,1 olduğu, son 12 ayda (tanık olunan ya da bizzat maruz kalınan) bir iş yerinde şiddet olayını raporladıkları-bildirdiklerini belirten kişilerin sıklığının sadece %6,2 olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin belirgin sıklığına rağmen, bildirim ve olayı adli makamlara taşıma sıklığının bu kadar düşük olması oldukça düşündürücüdür. Ancak, çalışmamızda katılımcıların %55,5'inin hastanede şiddet konusunda alınmış bir önlem olmadığını, %46,9'u bildirim konusunda teşvik edilmediklerini ve %68,1'i şiddet konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmesi ve sonucunda süreçte yapılacaklar konusunda yeterince bilgili olmamaları ve yalnız

baş etmek zorunda kalmalarının, bildirimin yapılmamasında etkili olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, katılımcılarımızın %75,4'ü yaşadığı sözel şiddet sonrası, %72,6'sı fiziksel şiddet sonrası, %91,6'sı cinsel şiddet sonrası ve toplamda katılımcıların %75,5'i, iş yerinde şiddet sonrası şiddetin neden gerçekleştiği, sebepleri konusunda herhangi bir inceleme yapılmadığını belirtmiştir. Bu veriler sağlık çalışanlarına, yüksek şiddet maruziyeti riski karşısında çalışmalarına rağmen, beklenen düzeyde önemle mağduriyetlerinin ele alınmadığını hissettirmektedir. İş yeri şiddeti olayı sonrası saldırganın durumu ile ilgili soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (%70,6) “saldırgana hiçbir şey olmadı” yanıtını verdiği; şiddet olayının ele alınışı ile ilgili katılımcıların toplamda %89,3'ünün memnuniyet düzeyini “orta”, “çok az” ve “hiç” olarak ifade ettiği; iş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruziyet sonrası bildirimde bulunulmamış ise, sebebinin ne olduğu sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ilk üç cevabın; işe yaramayacağını düşünme (%56,3), olayın önemli olmadığını düşünme (%32,5) ve zaman darlığı (%24,3) olduğu da saptanmıştır. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde; sağlık çalışanlarının bildirim sonrası prosedür konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmaması yanında, iş yeri şiddeti olgularının yönetiminden tatmin olmadığı, sıklıkla saldırganlara yaptırım uygulanmadığını düşündüğü ve bu sebeple bildirim yapmadığı da anlaşılmaktadır. Hem sağlık kurumlarının işleyişi, hem de yargı-soruşturma-kovuşturma aşamasında, sağlık çalışanlarının yasal haklarının korunması ile mağduriyetlerinin önlenmesi ve saldırganların etkili ceza alması yönünde beklentisinin olduğu, bu doğrultuda gerekenlerin yapılması ve acil önlemler alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, adli sürece taşınan olayların %40,9'unda davanın halen devam ettiği, %30,7'sinde saldırganların dava sonucunda ceza aldığı, %28,4'sinin ise ceza almadığı bilgisi edinilmiştir. Çalışmamızda adli süreç sonucunda ceza aldığı bildirilen saldırganların ne tip cezalar aldığı sorgulanmamıştır, cezaların niteliğinin belirlenmemesinin çalışmanın bir kısıtlılığı olduğu söylenebilir.

Hekim, hemşire ve intörn doktorların maruz kaldıkları şiddet karşısında aldıkları tavırlarda ve onlara şiddet uygulamış kişiler konusunda bazı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak şiddet uygulayıcılarının dağılımı sıklığa göre;

hasta yakınları (%70,5), hastalar (%34,7) ve aynı hastanede çalışan başka bir sağlık çalışanı (%29) şeklinde sıralanmaktadır, ancak intörn doktorlar ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarından sözel şiddet görme sıklığı doktorlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. Ayrıca genel olarak şiddet olaylarını doktorların adli makamlara taşıma, beyaz kod çağırısı yapma, güvenlik çağırma sıklığının hemşirelere göre daha fazla olduğu, hemşirelerin olayı üst düzey bir personele bildirme ve herhangi bir eylemde bulunmama davranışını gösterme sıklığının doktorlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir. İntörn doktorların diğer iki grupla karşılaştırıldığında bildirim mekanizması ya da adli süreç mekanizmasını, beyaz kod çağırısını neredeyse hiç kullanmadığı tespit edilmiştir. Meslek grupları arasında iş yeri şiddetinin özellikleri ve verilen tepkiler açısından ortaya çıkan farklılıklar nedeniyle, iş yeri şiddeti konusunda her meslek grubunun çalışma alanı ve kendine özgü yapısına uygun yol haritaları geliştirilmesi, şiddetin önlenmesine yönelik çalışma alanları, meslek gruplarının özellikleri ve kendi grup dinamikleri göz önünde bulundurularak ayrı ayrı eğitim programları oluşturulması önem kazanmaktadır. Ayrıca katılımcıların %37,3'ü (doktorlar %39,3; hemşireler %41,5; intörn doktorlar %16,9) yaşadıkları şiddet olayları sonrası işten ayrılmayı düşündüğünü ifade etmiş olup, şiddet mağduru sağlık çalışanları için ruhsal ve sosyal destek mekanizmaları da geliştirilmelidir. Daha mesleğinin başında olan intörn doktorlar arasında bile işten ayrılma düşüncesinin bu derece yüksek olması, güvenli çalışma ortamı ihtiyacının önemini ortaya koyması açısından dikkate değerdir.

Çalışmamızda; sözel (%62,6), fiziksel (%70,8) cinsel (%87,5) şiddet ve tüm şiddet türleri birlikte ele alındığında (%64,8); hem tüm katılımcılar hem de meslek grupları özelinde, şiddeti uygulayanın büyük oranda -toplumdaki diğer şiddet olaylarında da olduğu gibi- erkekler olduğu, saptanmıştır. Sözel şiddet özelinde bakıldığında; çalışmamızdan elde edilen veriler, hasta-hasta yakını grubunda şiddet uygulayan kişiler sıklıkla yine erkekler olmasına rağmen, sağlık çalışanları arasındaki şiddette (sağlık alanında çalışan kadın iş gücü yoğunluğu ile orantılı bir şekilde) kadınların şiddet uygulama sıklığının arttığını destekler niteliktedir. Türkiye'de sağlık kurumlarında sağlık çalışanları arasındaki (tip III) iş yeri şiddetinin özellikleri ile ilgili yapılacak ileri araştırmalar bu konuda daha fazla bilgi edinilmesini sağlayacaktır.

Tek tek şiddet türlerine maruziyet değerlendirildiğinde; katılımcıların %70,8'inin (doktor: %84,9; hemşire: %80,1; intörn doktor: %39,7) meslek hayatı boyunca en az bir kere sözel şiddete maruz kaldığı; katılımcıların %14,9'unun (doktor: %21,1; hemşire: %18,1; intörn doktor: %2,4) meslek hayatı boyunca en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldığı; katılımcıların %3,2'sinin (doktor: %2,5; hemşire: %5,9; intörn doktor: %0,5) meslek hayatı boyunca en az bir kere cinsel şiddete maruz tespit edilmiştir. Çalışmamızda şiddet tiplerine göre bazı farklılıklar saptanmıştır. İş yerinde sözel ve fiziksel şiddet uygulayıcıları sıklıkla hasta yakınları iken, cinsel şiddet olaylarında en sık şiddet uygulayan grubun hastalar olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %35,9'unun sözel şiddet gerçekleştiği sırada, %30,1'inin fiziksel şiddet gerçekleştiği sırada, %70,8'inin cinsel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere cinsel şiddet olgularında yalnız çalışma sıklığı oldukça yüksektir ve cinsel şiddetin daha izole alanlarda ve hasta ile yalnız kaldığı sırada gerçekleştiği söylenebilir. Bu doğrultuda sağlık personeli sayılarının ihtiyacı karşılayacak düzeyde artırılması ve çalışanların yalnız çalıştıkları sürelerin asgari düzeye çekilmesi, hasta odalarında yalnız kalmamaları için önlem alınması şiddet olaylarının önlenmesi konusunda katkı sağlayacaktır.

Sözel şiddet sonrası çalışanların %15,3'ünün beyaz kod çağrısı yaptığı, sözel şiddet olayının adli makamlara taşınma sıklığının %11,2 olduğu belirlenmiştir. Fiziksel şiddet sonrası katılımcıların %25,7'sinin beyaz kod çağrısı yaptığı, fiziksel şiddet olayının adli makamlara taşınma sıklığının %24,8 olduğu saptanmıştır. Cinsel şiddete maruz kalan kişilerin hiçbirinin olayı adli makamlara taşımadığı tespit edilmiş olup, beyaz kod çağrısı yapan 1 kişi (%4,2) başlangıçta çağrı yaptığını ancak sonradan şikayetini geri aldığını belirtmiştir. Fiziksel şiddet olaylarında diğer iki şiddet türüne göre güvenlik çağırmak, adli makamlara taşımak gibi daha aktif yöntemler seçilirken, sözel şiddet ve özellikle de cinsel şiddet konusunda bir eylemde bulunmama gibi daha pasif ve toplumda ayıplanma, damgalanma gibi kaygılarla olabilecek nitelikte duyulmasını önlemeye yönelik tavırlar sergindiği, bildirim mekanizmalarının kullanılmadığı görülmektedir. Gerçekten de şiddet türleri açısından bildirim mekanizmalarının neden kullanılmadığı ile ilgili ayrışma söz konusudur. Sözel ve fiziksel şiddet olgularında ilk üç cevap işe yaramayacağını

düşünme, olayın önemli olmadığını düşünme ve zaman darlığı iken; cinsel şiddetin neden bildirilmediği ile ilgili soruya verilen ilk üç cevap utanma, işe yaramayacağını düşünme ve negatif sonuçlarından korkma olarak belirlenmiştir. Cinsel şiddet konusunda toplumsal cinsiyet kodları etkinken, sözel şiddet konusunda sürecin sonuçsuz kalacağına olan inanç ya da sağlık alanının hiyerarşik yapısı devreye girebilmektedir. Bu sebeple sağlıkta iş yeri şiddetinin önlenmesi açısından yukarıda bahsedildiği üzere farklı şiddet türlerinin dinamiklerine özgü yöntemler de geliştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların MİDÖ genel iş doyumu puan ortalaması $3,18 \pm 0,69$ (puan toplamalarının ortalaması: $63,69 \pm 13,76$); içsel iş doyumu puan ortalaması $3,40 \pm 0,71$ (puan toplamalarının ortalaması: $40,85 \pm 8,48$) ve dışsal iş doyumu puan ortalaması ise $2,86 \pm 0,79$ (puan toplamalarının ortalaması: $22,84 \pm 6,32$) olarak; MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik puan ortalaması $18,17 \pm 7,55$; duyarsızlaşma puan ortalaması $6,59 \pm 4,31$; kişisel başarı hissi puan ortalaması $20,95 \pm 5,46$ olarak; katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $6,86 \pm 6,49$ olarak saptanmıştır. Bu değerler; genel olarak çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının iş doyum düzeylerinin oldukça düşük, tükenmişlik düzeylerinin yüksek, ruhsal açıdan örselenmiş olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda şiddet öyküsü, şiddet tipi ve sayısı ile iş doyumsuzluğu, tükenmişlik ve psikolojik stres-ruhsal belirtiler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ölçeklerin birbiriyle ilişkisi değerlendirildiğinde; iş doyumsuzluğu, tükenmişlik ve psikolojik stres-ruhsal belirtiler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda iş yerinde şiddete maruz kalmak, iş doyumsuzluğu, tükenmişlik ve ruhsal belirtilerin bir döngüsel şekilde birbirini negatif yönde besleyen etkenler olduğu, sağlık çalışanlarının iş yaşamı ve günlük hayatlarını olumsuz etkilediği, bu hususta bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamız sonucunda; kadınların erkeklere göre MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin daha düşük, GSA-28 alt boyutlarından somatik semptom düzeylerinin daha yüksek olduğu; evli olmayan kişilerin evli olanlara göre MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu; hemşirelerin GSA-28 alt boyutlarından somatik semptom düzeylerinin daha yüksek olduğu, diğer iki gruba

göre iş doyumlarının daha düşük olduğu; yaş ve meslekte çalışma süresi arttıkça tükenmişlik ve ruhsal belirti düzeyinin azaldığı saptanmış olup; bu verilerin, iş doyumсуuzluğu, tükenmişlik ve ruhsal açıdan riskli grupların belirlenerek bu doğrultuda destek programları oluşturulması açısından anlamlı ve faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının şiddete uğrama endişesinin de iş doyumunu azalttığı, tükenmişliği ve ruhsal belirtileri arttırdığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda; bizzat maruz kalınan şiddet olayları ile birlikte, tanık olunan ya da basın yoluyla haberdar olunan sağlıkta şiddet olaylarının da sağlık çalışanları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu düşünülmüştür. Bu etkilenimin azaltılabilmesi için de hem kurumlarda, hem de medyada pozitif etkilenme sağlayacak şekilde konunun ele alınmasına özen gösterilmesi, şiddet mağdurlarının ve ailelerin konunun sunumundan nasıl etkileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Hekim ve hemşirelerden haklarında CİMER, BİMER, SABİM ya da Hasta Hakları Biriminden en az birine yapılmış şikayet başvurusu olduğunu belirten kişilerin oranı %26,5 (doktor: %42,3; hemşire: %10,3) olarak tespit edilmiş; şikayet edilmiş olan çalışanların, şikayet edilmemiş olanlara göre, MTÖ alt boyutlarından duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır. Özellikle doktorlara yönelik şikayetlerin sıklığı oldukça düşündürücüdür. Bu yüksek oranların da işaret ettiği üzere; bu gibi şikayetlerin gerçeklik, mantıksallık, yasal ve idari prosedülerin gereklilikleri gibi süzgeçlerden geçirilerek sağlık çalışanlarına ulaştırılmasının asılsız veya haksız şikayetlerin kısmen de olsa önüne geçilebileceği ve şikayet hatlarının hem sağlık çalışanları, hem de hastalar açısından daha işler hale geleceği, sağlık çalışanlarının uygunsuz şikayetlerin etkisiyle yaşadığı olumsuz etkilerin bir miktar da olsa azalacağı düşünülmektedir.

Adli Tıp yapısı gereği şiddete maruz kalan kişilerle sıkça çalışan, aynı zamanda hekim ve hemşirelerin birlikte çalıştığı bir disiplindir. Bu noktada hem kendileri sağlık çalışanı olarak mesleklerini yerine getirirken her türlü şiddete maruz kalabilmekte, hem de tüm diğer şiddet mağdurlarına olduğu gibi, sağlık çalışanlarına da yaşadıkları şiddet sonrasında muayene ve rapor hizmeti veren bir sağlık çalışanı konumundadır. Böylece; sağlıkta şiddet konusunu yorumlamak ve

konuya farklı boyutlar getirmek adli tıbbi açıdan büyük önem kazanmaktadır. Çalışmamızda ve kaynaklarda görüldüğü üzere; sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddet maruziyeti, az rastlanan ya da ihmal edilebilecek düzeyde bir risk değildir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet; tüm sağlık çalışanlarının günlük iş yaşantısının neredeyse bir parçası halini alan, hemen hemen tüm sağlık çalışanlarının maruz kaldığı, bazılarının tüm meslek yaşamı boyunca unutamayacakları derecede ciddi, bazılarının sakatlığı veya ölümüyle sonuçlanabilen ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz etkileyen bir iş yeri ortamı yaratan önemli bir sorundur. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının herhangi bir fiziksel yaralanmaları olmasa dahi yaşanan olayla ilgili ruhsal etkilenimlerinin olması, hatta bunların uzun dönem sonuçlarının olabileceğinin de akılda tutulması gerekmektedir. Bu sebeple iş yeri şiddetine maruz kalan kişilerde adli rapor düzenlenirken ruhsal muayenenin atlanmaması, yaşanan şiddetin psikolojik etkilerinin de belirlenerek rapora aktarılması oldukça önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanları açısından şiddet, tükenmişlik, iş doyumsuzluğu ve ruhsal problemler bizim çalışmamızın da, diğer çalışmaların da gösterdiği üzere, mesleki verimliliği olumsuz etkileyen yaygın bir sorundur. Sağlık çalışanları için daha sağlıklı ve güvenli iş ortamı sağlanması; iş yerinde şiddete, iş ile ilişkili ruhsal problemlere, tükenmişliğe ve iş doyumsuzluğuna karşı gereken önlemlerin alınması; iş gücünde daha az kayıp yaşanmasını sağlayarak sağlık çalışanlarını daha verimli hale getirecek ve hastalara sunulan hizmeti de geliştirecektir.

7. ÖZET

Yapılan çalışmalar dünyada sağlıkta şiddet olaylarının her geçen yıl arttığını ve iş yerinde şiddete maruz kalan çalışanlarda psikolojik problemlere, iş doyumunda azalmaya, kurumdan ayrılmaya, hatta işi bırakmaya kadar giden olumsuz sonuçlara neden olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma yöntemi kullanılarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan doktorlar, intörn doktorlar ve hemşirelerin iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, iş yeri şiddetine maruz kalmanın bu düzeyler ve ruh sağlığı üzerinde oluşturduğu etkilerin ve iş yeri şiddetinin özelliklerinin saptanması hedeflenmiştir.

Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev toplam 759 gönüllüye (279 doktor, 271 hemşire, 209 intörn doktor) ulaşılmış, veriler anket yoluyla toplanılmıştır. Katılımcılara dağıtılan anketler; sosyodemografik bilgiler, maruz kalınan şiddetin türü, sıklığı, özellikleri ile ilgili ve çalışma koşullarına yönelik sorulardan oluşmuştur. Katılımcılara Genel Sağlık Anketi (GSA-28), Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) uygulanmıştır.

Çalışmaya katılanların % 36,8'i (n=279) doktor, %35,7'si (n=271) hemşire ve %27,5'i (n=209) intörn doktor; %69'u (n=524) kadın, %31'i (n=235) erkek ve ortalama yaş $30,6 \pm 7,9$ 'dur.

Çalışmamızda doktorların %84,9'unun (n=237), hemşirelerin %81,2'sinin (n=220), intörn doktorların %40,7'sinin (n=85) ve genel olarak katılımcıların %71,4'ünün (n=542) meslek hayatları boyunca en az bir defa herhangi bir iş yeri şiddeti türüne maruz kaldığı; doktorların %56,3'ünün (n=157), hemşirelerin %55,7'sinin (n=151), intörn doktorların %36,8'inin (n=77) ve genel olarak katılımcıların %50,7'sinin (n=385) son 12 ayda en az bir iş yeri şiddetine maruz kaldığı tespit edilmiş olup şiddete uğrayan grubun tükenmişlik, iş doyumsuzluğu ve ruhsal etkileniminin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %70,8'inin (n=537) meslek hayatı boyunca iş yerinde sözel şiddete, %14,9'unun (n=113) fiziksel şiddete, %3,2'sinin (n=24) cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik iş yeri şiddetinin en fazla hasta yakınları (n=475; %70,5), 30-44 yaş grubu kişiler (n=328, %48,7) ve erkekler (n=437; %64,8) tarafından uygulandığı saptanmıştır. En sık muayene tedavi işlemi yapılırken (n=260; %38,6) ve hasta odasında çalışırken (n=209; %31) şiddete maruz kalındığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan gruplar arasında (doktor, hemşire ve intörn doktor) ve maruz kalınan şiddet türleri (sözel, fiziksel ve cinsel) açısından bazı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. İntörn doktorlar ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarından sözel şiddet görme sıklığının, doktorlara kıyasla daha fazla olduğu; doktorların şiddet olaylarını adli makamlara taşıma, beyaz kod çağrısında bulunma ve güvenlik çağırma sıklığının hemşirelere göre daha fazla olduğu, intörn doktorların çok küçük bir kısmının bildirim, beyaz kod gibi mekanizmaları kullandığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarına iş yerinde sözel ve fiziksel şiddet uygulayanların kişilerin sıklıkla hasta yakınları, cinsel şiddet uygulayanların ise daha çok hastalar olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel şiddet olaylarında diğer iki şiddet türüne göre güvenlik çağırarak, adli makamlara taşımak gibi yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, sözel şiddet ve özellikle de cinsel şiddet konusunda bir bildirimde ya da eylemde bulunmama gibi tavırların daha sık tercih edildiği saptanmıştır.

Katılımcıların %70,6'sı (n=476) sağlık çalışanı olarak yaşadıkları iş yeri şiddeti sonrasında saldırgana hiçbir şey olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların, meslek hayatları boyunca iş yerinde maruz kaldıkları şiddet olaylarının sadece %13,1'ini (n=88) adli sürece taşındığı, beyaz kod çağrısı yapma sıklığının %16,6 (n=112) olduğu; son 12 ayda (tanık olunan ya da bizzat maruz kalınan) bir iş yerinde şiddet olayını raporlandığını/bildirildiğini belirten kişilerin sıklığının %6,2 (n=47) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının (n=306; %56,3) sürecin işe yaramayacağını düşündüğü için bildirim yapmadığını ifade ettiği tespit edilmiştir.

Tükenmişlikle iş doyumu arasında negatif, tükenmişlikle ruhsal yakınmalar arasında pozitif, iş doyumu ile ruhsal etkilenim arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu; şiddet tipi ve sayısı (hiç şiddete uğramamış- her üç şiddet türüne de maruz

kalmış) arttııkça iş doyumunun azaldığı, tükenmişliğin ve ruhsal etkilenimin arttığı; kadınların erkeklere göre MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin daha düşük, GSA-28 alt boyutlarından somatik semptom düzeylerinin daha yüksek olduğu; evli olmayan kişilerin evli olanlara göre MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu; hemşirelerin GSA-28 alt boyutlarından somatik semptom düzeylerinin daha yüksek olduğu, diğer iki gruba göre iş doyumlarının daha düşük olduğu; yaş ve meslekte çalışma süresi arttııkça tükenmişlik ve ruhsal etkilenim düzeyinin azaldığı; iş yerinde şiddete uğrama endişesi arttııkça iş doyumunun azaldığı, tükenmişliğin ve ruhsal yakınmaların arttığı; geçmişte ev içi şiddet ya da partner şiddetine maruz kalan kişilerde ruhsal yakınmaların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doktorların %42,3'ü (n=118) genel olarak katılımcıların %19,2'si (n=146) hakkında BİMER, CİMER, SABİM vb. birimlere yapılmış bir şikayet bulunduğu; hakkında hiç şikayete rastlanmayanlara oranla bu grupta, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamız sonuçlarına göre; doktor, hemşire ve intörn doktorların maruz kaldıkları şiddetin türleri, yeri ve koşulları başta olmak üzere bazı özelliklerinin meslek grubuna göre farklılıkları olduğu saptanmış olup, tüm sağlık çalışanlarına şiddet olaylarının önlenmesi ve kendilerini koruyabilmeleri açısından verilmesi gereken eğitimler yanında; her bir gruba yönelik olarak, özgül eğitimler de verilmesinin uygun olacağı ortaya çıkmıştır. şiddet olaylarının bildirim düzeyi oldukça düşük bulunduğundan, çalışanların yasal hakları, bildirim ve prosedürler konusunda da eğitimi gereklidir. Sağlık alışanlarının şiddet maruziyetleriyle ilgili hukuksal mücadelelerinin desteklenmesi ve kolaylaştırılması, saldırganların suçlarına uygun cezaları alması ve bu sonuçların yaygın olarak bilinir hale gelmesinin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının azaltılmasında/önlenmesinde önemli rol oynayacağı düşünölmektedir. İş yeri şiddeti mağduru olguların adli rapor sürecinde, adli tıbbi muayenelerde, şiddetin tanısı ve mağduriyetin tazmini açısından önemli olan, ruhsal etkilenimlerin değerlendirmesi de unutulmamalıdır.

8. ABSTRACT

Studies shown that violence against healthcare workers is increasing year by year in the world, and exposure to violence at work causes psychological problems, decreased job satisfaction, and increased thoughts of leaving the institution or quitting the job.

In our study, it was aimed to determine the job satisfaction and burnout levels of doctors, intern doctors and nurses working in Akdeniz University Faculty of Medicine Hospital, the effects of exposure to workplace violence on these parameters and mental health, and the characteristics of workplace violence by using a descriptive cross-sectional research method.

For this purpose, a total of 759 volunteers (279 doctors, 271 nurses, 209 intern doctors) working at Akdeniz University Faculty of Medicine Hospital were reached and the data were collected through the questionnaire. The questionnaire included questions about sociodemographic information, exposed violence, working conditions, General Health Questionnaire (GHQ-28), Minnesota Job Satisfaction Questionnaire (MSQ), Maslach Burnout Inventory (MBI).

Doctors comprises 36.8% (n=279) of the participants, 35.7% (n=271) of participants were nurses and the rest were intern doctors (27.5%; n=209). Sixty-nine percent (n=524) of all participants were female, 31% (n=235) were male, and the mean age was 30.6 ± 7.9 years.

In our study, 84.9% of the doctors (n=237), 81.2% of the nurses (n=220), 40.7% of the intern doctors (n=85), and 71.4% of all participants (n=542) were exposed to any type of workplace violence at least once in their professional life. Additionally, 56.3% of the doctors (n=157), 55.7% of the nurses (n=151), 36.8% of the intern doctors (n=77) and 50.7% of all participants (n=385) were exposed to workplace violence at least once in the last 12 months, and it was determined that the burnout, job dissatisfaction, and mental complaints of the group subjected to workplace violence were statistically significantly higher.

In general, the frequency of encountering workplace violence according to the type of violence was found 70.8% for verbal violence (n=537), 14.9% for physical violence (n=113), and 3.2% for sexual violence (n=24). Although it was determined that perpetrator of the any type of workplace violence was mostly 30 to 44 year-old (n=328, 48.7%) male (n=437; 64.8%), a relative of patient (n=475; 70.5%), the most common place of violence was inpatient room (n=209; 31%), and healthcare workers were mostly violated by patients' relatives while examining and treating their cases (n=260; 38.6%). The characteristics of the perpetrators such as type of violence (verbal, physical and sexual) were varried among the doctor, nurse and intern doctor groups. When compared with the doctors, interns and nurses were more likely exposed to verbal violation by other healthcare workers in addition to patient and their relatives. It was determined that the frequency of taking violent incidents to the judicial authorities, calling "code white" and calling security was higher in doctor group, and a very small part of the intern doctors was using these mechanisms. It was noted that those who use verbal and physical violence against healthcare professionals in the workplace were mostly the relatives of the patients, and those who use sexual violence were mostly the patients. It was also determined that in cases of physical violence, measures such as calling security and taking these incidents to the judicial authorities are used more compared to the other two types of violence, and attitudes such as not reporting or not taking any legal accusation or action were preferred more frequently for verbal violence and especially for sexual violence.

While 70.6% (n=476) of the participants stated that nothing happened to the perpetrator after the workplace violence incident, only 13.1% (n=88) of the workplace violence incidents were taken to the judicial process, in 16.6% (n=112) of the incidents "code white" were called, the frequency of people who reported an incident of violence in the workplace (witnessed or personally exposed) in the last 12 months was 6.2% (n=47), and more than half of the participants (n=306, 56.3%) stated that they did not report the incident, as they thought that the process would not work.

There is a negative relationship between burnout levels and job satisfaction, a positive relationship between burnout levels and psychological complaints, and a

negative relationship between job satisfaction and psychological symptoms. As the type and number (not exposed to any type of violence vs exposed to all three types of violence) of violence increased, job satisfaction decreased, burnout levels and mental complaints increased. Compared with the men, women had lower levels of burnout in the MBI depersonalization and personal accomplishment sub-dimension, higher somatic symptom levels from the GHQ-28 sub-dimension, unmarried people had higher burnout levels in the MBI depersonalization and personal accomplishment sub-dimensions than the married ones, and nurses had higher somatic symptom levels in GSA-28 sub-dimensions, but job satisfaction was lower than the other two groups, and the level of burnout and psychological symptoms decreased as age and duration of employment increased. As the anxiety about being exposed to violence increases, job satisfaction decreases, burnout levels and mental complaints increase. It was determined that people who were exposed to domestic violence or partner violence in their past have higher mental complaints. About 42.3% (n=18) of the doctors and 19.2% (n=146) of the all participants had received at least once complaint through BIMER, CIMER, SABIM units or the management of the health institution etc., and compared with the noncomplained healthcare workers, emotional burnout and depersonalization levels were found to be statistically significantly higher in these previously complained groups.

As a result of this study, it was determined that some characteristics of the violence, especially the types, places and conditions of the violence which the participants exposed, had differences according to the occupational group. It has been revealed that it would be appropriate to provide specific trainings for each group in addition to the trainings that should be given to all health workers in order to prevent violence and protect themselves. Since the reporting level of violent incidents was quite low, training of employees on their legal rights and incident reporting procedures is also required. It is thought that supporting and facilitating the legal struggles of healthcare professionals regarding exposure to violence, punishing at the highest limit of perpetrators of these crimes, and making the widely known of these effective penalties will play an important role in reducing/preventing violence against healthcare professionals. For the diagnosis

and proof of violence and the compensation of the victimization, it should not be forgotten that the determination of psychological effects of the workplace violence are important in the forensic report process as much as the physical findings.



9. KAYNAKLAR

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (ed.). World report on violence and health [Online]. World Health Organization publications, Geneva. 2002, posting date. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=B79F4D57BA937CF83953B32D20E1DAB0?sequence=1
2. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. J Interpers Violence 2009; 24(12): 1980-95.
3. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (ed.). Framework guidelines for addressing workplace violence in health sector [Online]. International Labour Office publications, Geneva. 2002, posting date. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1
4. Freudenberger HJ. Staff burn-out. Journal of Social Issues 1974; 30(1):159-165.
5. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med 2014; 9:1-6.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52:397-422.
7. Günüşen Partlak N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3(1):40-51.
8. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Ege Akademik Bakış Dergisi 2005; 5(1):55-64.

9. Dursun S. İş yeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi 2012; 3(1):105-115.
10. Bahar A, Şahin S, Akkaya Z, Alkayış M. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireleri Dergisi 2015; 6(2):57-64.
11. WHO. Global status report on violence prevention 2014 [Online]. World Health Organization publications, Geneva. 2014, posting date. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
12. WHO. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health [Online]. World Health Organization publications, Geneva. 2004, posting date. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43014/9241592079.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Michaud Y. Şiddetin Anlamı ve Etimolojisi. In: Şiddet. 1st ed. İstanbul: İletişim Yayınları; 1991.p.5-6.
14. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük, “Şiddet” sözcüğü kelime anlamı. 16 Temmuz 2020, erişim tarihi. <https://sozluk.gov.tr/>.
15. T.C. Resmi Gazete, 17.03.2016 tarihli, 29656 sayılı, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-8.htm>
16. ILO. Work-related violence and its integration into existing surveys [Online]. ILO 19th International Conference of Labour Statisticians International Labour Office publications, Geneva. 2-11 October 2013, posting date. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_222231.pdf
17. Pala K. İşyerinde Şiddet. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı 2016;2(1):30-36.
18. ILO. A practical guide for labour inspectors: investigation of occupational accidents and diseases [Online]. International Labour Office publications, Geneva. 2015, posting date.

https://www.ilo.org/labadmin/info/pubs/WCMS_346714/lang--en/index.htm

19. ILOSTAT. Indicator description: Occupational injuries [Online]. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://ilostat.ilo.org/resources/concepts-and-definitions/description-occupational-injuries/>
20. WHO. Violence and Injury Prevention, What is workplace violence? 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/background/en/
21. 20.06.2012 tarih, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf> (*)
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Types of Workplace Violence [Online]. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit1_5
23. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med 2016; 374(17):1661-1669.
24. Yeşilbaş H. Sağlıkta şiddete genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016; 3(1):44-54.
25. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (ed.). Workplace violence in the health sector country case studies research instruments: Survey questionnaire english [Online]. ILO/ICN/WHO/PSI. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvquestionnaire.pdf?sfvrsn=9f6810a5_2&download=true
26. TBMM, Meclis Araştırması Komisyonu. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/s454.pdf

27. Elliott PP. Violence in health care. *Nursing Management* 1997; 28(12):38-42.
28. Di Martino V (ed.). Workplace violence in the health sector, Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study Synthesis report [Online]. WHO, Switzerland, Geneva. 2002, posting date. https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
29. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21(2):276-96.
30. Kaya S, Demir İB, Karsavuran S, Ürek D, İlgün G. Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *J Forensic Nurs* 2016; 12(1)26-34.
31. Baykan Z, Öktem İS, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *Int J Occup Saf Ergon* 2015; 21(3):291-297.
32. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E ve ark. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *Journal of Interpersonal Violence* 2017; 32(15):2345-2365.
33. Cooper C, Swanson N (ed.). Workplace violence in the health sector. State of the art [Online]. WHO, Switzerland, Geneva. 2002, posting date. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVstateart.pdf
34. 35. Sağlık Bakanlığı'ndan 'Şiddete Sıfır Tolerans'. *Cumhuriyet Gazetesi*, 7 Ağustos 2011, posting date. <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/saglik-bakanligindan-siddete-sifir-tolerans-272236>.
35. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Çalışan Güvenliğinin Sağlanması konulu 14.05.2012 tarih, 2012/23 sayılı Genelge. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>

36. T.C. Resmi Gazete, 06.04.2011 tarih, 27897 sayılı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>.
37. T.C. Resmi Gazete, 06.08.2013 tarih, 28730 sayılı Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130806-8.htm>.
38. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması konulu 16.03.2016 tarih, 2016/3 sayılı Genelge. 20 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/439,hybupdf.pdf?0>.
39. Sağlık Bakanlığı, Beyaz Kod Kullanıcı Kılavuzu Versiyon 2.0. 05 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://beyazkod.saglik.gov.tr/KullanimKilavuzu.pdf>.
40. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>.
41. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/08/20030811.htm#4>.
42. Avrupa Sosyal Şartı. 8 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>.
43. İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme. 8 Ekim 2020, erişim tarihi. https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377299/lang--tr/index.htm.
44. İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Sözleşme. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377304/lang--tr/index.htm.
45. 18.10.1982 tarih, 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>.
46. 20.06.2012 tarih, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. 08 Ekim 2020, erişim tarihi.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>.

47. 15.04.2020 tarih, 7243 sayılı Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm>.
48. 07.05.1987 tarih, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>.
49. 26.09.2004 tarih, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>.
50. T.C. Resmi Gazete 16.10.2009 tarih, 27378 sayılı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>.
51. T.C. Resmi Gazete 28.04.2012 tarih, 28277 sayılı Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>.
52. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması konulu 26.04.2012 tarih, 2012/39 sayılı Genelge. 08 Ekim 2020, erişim tarihi. <http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/001.pdf>.
53. WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics: QD85 Burn-out. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>.
54. WHO. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.
55. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:100-108.

56. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Social Science and Medicine* 1995; 40(10):1357-1363.
57. Cherniss C. Natural recovery from burnout: Results from a 10-year follow-up study. *Journal of health and human resources administration* 1990; 13(2):132-154.
58. Çam O. Tükenmişlik üzerine bir değerlendirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 1999; 14(1):81-93.
59. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. Vol. 1. 1980: Human Sciences Press New York.
60. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and future research. *Human relations* 1982; 35(4):283-305.
61. Pines A, Maslach C. Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. *Hospital and Community Psychiatry* 1978; 29(4):233-237.
62. Sürgevil Dalkılıç O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu. 2nd ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.p.37-144.
63. Meier ST. The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology* 1984; 57(3):211-219.
64. Meier ST. Toward a theory of burnout. *Human relations* 1983; 36(10):899-910.
65. Baysal A. Lise ve dengi okul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğe etki eden faktörler. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, İzmir, 1995.
66. Suran BG, Sheridan EP. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice* 1985; 16(6):741-752.
67. Maslach C, Leiter MP, Jackson SE. Maslach burnout inventory manual. 3th ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.p.191-218.
68. Shirom, A. Job-Related Burnout: A Review. In: Quick JC, Tetrick LE, editors. *Handbook of Occupational Health Psychology*. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association; 2003.p.245-264.

69. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. 1st ed. San Francisco, California: John Wiley and Sons;1997.p.38-61
70. Bahar E. Tükenmişlik sendromu, otel işletmelerinde ön büro çalışanlarında bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Aydın, 2006.
71. Sarıkaya P. Tükenmişlik sendromunun kişilik özelliklerinden denetim odağı ile ilişkisi ve bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, 2007.
72. Batıgün AD, Şahin NH. İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumu. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(1):32-45.
73. Durna U. A tipi ve B tipi kişilik yapıları ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2005;19(1):275-290.
74. Basım HN, Şeşen H. Kontrol odağının çalışanların nezaket ve yardım etme davranışlarına etkisi: Kamu sektöründe bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006; 16:159-168.
75. Tümkaya S. İlkokul öğretmenlerindeki denetim odağı ve tükenmişlikle ilişkisi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2000; 8:61-68.
76. Çakıcı A, Özkan C, Akyüz BH. İş Yüğü Yoğunluğunun, İş ve Yaşam Doyumuna Etkisi Üzerine Otomotiv İşletmelerinde Bir Araştırma. Cag University Journal of Social Sciences, 2013; 10(2):1-26.
77. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL, Ganster DC editors. Research in occupational stress and well being. 1st ed. Oxford: Elsevier;2003.p.91-134.
78. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009; 32:21-46.

79. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D ve ark. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General U.S. Population. *Archives of Internal Medicine* 2012; 172(18):1377-1385.
80. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J.ve ark. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine* 2014;89(3):443-451.
81. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L ve ark. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Network Open* 2020; 3(7):e209385.
82. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guile C, Sen S ve ark. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA* 2018; 320(11):1131-1150.
83. Dyrbye LN, Massie SF, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ ve ark. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among U.S. Medical Students. *JAMA* 2010; 304(11):1173-1180.
84. Topak OZ, Karan CB, Toktaş SN, Gündoğmuş SZ, Özdel O. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Öğrenim Sürecinde Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması: Tıp Eğitim Süreci Tükenmişlik Düzeylerini Değiştiriyor mu? *Klinik Psikiyatri* 2015; 18(3):90-96.
85. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon ST ve ark. Burnout Syndrome During Residency. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2016; 44(5):258-264.
86. Zhang YY, Han WL, Qin W, Yin HX, Zhang CF, Kong C ve ark. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *J Nurs Manag* 2018; 26(7):810-819.
87. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gomez-Uquiza JL, Canadas GR, De la Fuente EI, Canadas-De la Fuerte GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(12).

88. Özyurt A. İstanbul hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004.
89. Mertoğlu S. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
90. Usluoğulları FH. İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, 2019.
91. Dağdeviren N, Musaoğlu Z, Kurt Ömürlü İ, Öztora S. Akademisyenlerde iş doyumunu etkileyen faktörler. Balkan Medical Journal 2011; 28(4):69-74.
92. Birgili F, Salış F, Özdemir S. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(2):27-37.
93. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L ve ark. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. International Journal for Quality in Health Care 2011; 23(4):357-364.
94. Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. European Journal of General Practice 2006; 12(4):174-180.
95. Çimen M, Şahin İ. Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2001:53-67.
96. Baycan, A. Analysis of Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1985.
97. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22-25 Eylül 1992 Ankara, sayfa 143-154.

98. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(1):28-33.
99. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1):3-9.
100. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C (ed.). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Online]. World Health Organization publications, Geneva. 2005, posting date. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>
101. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Psychiatry and Behavioral Sciences* 2016;6(1):47-48.
102. Eravcı DB. Şiddet; sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, risk faktörleri "Bir kamu hastanesi örneği". Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Ankara, 2014.
103. Üzümcü F, Oksay A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner dergisi* 2019; 10(25):584-598.
104. Turhan Ö, Ahmed F, Aslan D, Erişgen G, Çakır B, Şengelen M ve ark. Önlenebilir bir sorun: Hekime yönelik şiddet. 1st ed. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2014.p.8-24.
105. Topel M. Dahili ve cerrahi bilimler araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu oranlarının karşılaştırılması ve işyeri doyumuyla olan ilişkisinin gösterilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2019.
106. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009; 28(3):15-23.

107. Öztürk H, Babacan E. Hastanede çalışan sağlık personeline hasta/yakınları tarafından uygulanan şiddet: nedenleri ve ilgili faktörler. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014; 1(2):70-80.
108. Ergün E, Çelik S. Yöneticilerin görev ve çalışan odaklı liderlik davranışları ve hemşirelerin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi arasındaki ilişki. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; 23(3):203-214.
109. Mollaoğlu M, Kars Fertelli T, Özkan Tuncay F. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(15):17-30.
110. Yavaş M. Kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin Tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Çanakkale, 2018.
111. Kırmızıgül Y. Tıp fakültesinde çalışan tıp doktorları ve tıp öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli, 2018.
112. Yenyol ZD. Sağlık çalışanlarının iş doyumu, kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2018.
113. Koç İ. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun iş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2019.
114. Aslan Aydın Ö. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu ve iş doyumu ilişkisine yönelik bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Antalya, 2019.
115. Kodaman N. Büyükşehir belediyesinde çalışan sağlık profesyonellerinde iş doyumu ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2018.

116. But O. Hastane çalışanlarında iş doyumu ve tükenmişlik. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2019.
117. Tosun Y. Hekimlerde mesleki tükenmişlik düzeyi ile iş doyumu arasındaki ilişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2019.
118. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G ve ark. Experience of workplace violence during medical speciality training in turkey. *Occup Med* 2008; 58(5):361-366.
119. Altınok R. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin şiddete maruziyet sıklığı ve ilişkili etmenler. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli, 2018.
120. Alioğlu M. Acil tıp uzmanlık öğrencilerine karşı şiddet düzeyi, nedenleri ve sonuçları. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin, 2014.
121. Bayraktar T, Özkan Y. Doktorlara uygulanan şiddetin sağlık kurumu türü açısından değerlendirilmesi. In: Erdoğan E. editors. Sakarya Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Seçme Yazılar-II. 1st ed. Sakarya: Sakarya Yayıncılık; 2018.p.203-176.
122. Karaca BK. Samsun ilinde hekimlerin şiddete uğrama sıklığı, uğradıkları şiddetin özellikleri ve şiddet konusundaki düşünceleri. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Samsun, 2014.
123. Akbaş M, Boz A, Dursun A, Çetin S, Kılıçaslan A. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2016; 9(3):93-100.
124. Kırgın Toprak D, Şahin B. Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2012; 3(1):1-28.

125. Aydemir İ, Özhan A. Hasta hakları uygulamalarının Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi çalışanları tarafından değerlendirilmesi. *Journal of Society and Social Work* 2012; 23(1):83-99.
126. Ocaktan E, Yıldız A, Özdemir O. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2004; 57(3):129-137.
127. Aydın AH. Bursa'daki hekimlerin hasta haklarına yaklaşımı. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bursa, 2006.*
128. Kıdak LB, Keskinoglu P. İzmir ilinde devlet hastanelerine hasta hakları başvurularının değerlendirilmesi. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 2008; 18(3):140-146.
129. Dizlek G, Akbulut Y. Sağlık çalışanlarının görev kusurlarına yönelik idari ve adli soruşturmaların analizi. *Legal Hukuk Dergisi* 2017; 15(172):1605-1622.
130. Toraman A, Çarıkçı İH. Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 2018; 10(23):40-51.
131. Ünal Ö. Defansif Tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları. *Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sakarya, 2020.*
132. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Devrimci Özgüven H. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi* 1997; 5(2):71-77.
133. Kandemir A. Hastane çalışanları arasında sağlık sorunları nedeniyle yaşanan işte var olamama ve işe devamsızlık davranışı ile maliyetini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara, 2014.*
134. Çavuş E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2006.

135. Elmalı F, Kaya Erten Z, Zincir H, Özen B, Balcı E. Hemşire ve ebelerin aile içi fiziksel şiddete bakış açıları, maruziyetleri. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 20(1):39-47.
136. Hotun Şahin N, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H. Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008; 10(2):17-31.
137. Uysal C, Kır MZ, Korkmaz M, Bozkurt İ, Sivri S, Bez Y. Bir üniversite hastanesinde görevli sağlık çalışanlarının aile içi şiddete maruziyetleri. Adli Tıp Dergisi 2014; 28(3):245-55.
138. Cavanaugh C, Campbell J, Messing JT. A longitudinal study of the impact of cumulative violence victimization on comorbid posttraumatic stress and depression among female nurses and nursing personnel. Workplace Health and Safety 2014; 62(6):224-232.
139. WHO. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence [Online]. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;sequence=1
140. Kaptanoğlu Y, Çavlin İ, Ergöçmen AA (ed.). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması, 2015 [Online]. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/23338/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
141. Jordan CE. Domestic violence. In: Byard R, Payne-James J. editors. Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine. 1st ed. Oxford: Elsevier; 2005.p.223-229.
142. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K ve ark. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine 2019;76(12):927-937.
143. Keser Özcan N, Bilgin H. Violence towards healthcare workers in Turkey: A systematic review. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011; 31(6):1442-56.

144. Çolak M. Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik şiddetin farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, 2016.
145. Özen Çöl S. İş yerinde psikolojik şiddet: hastane çalışanları üzerine bir araştırma. Çalışma ve Toplum 2008; 4:107-134.
146. Çelik SŞ, Çelik Y, Ağırbaş İ, Uğurluoğlu Ö. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. International Nursing Review 2007; 54(4):359-366.
147. Cücel A. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimlerin şiddete maruz kalma durumları ve şiddete uğrayan hekimlerin verdiği tepkilerin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Antalya, 2013.
148. Çelik Y, Çelik SŞ. Sexual harassment against nurses in Turkey. Journal of Nursing Scholarship 2007; 39(2):200-206.
149. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual Harassment of Female Nurses in a Hospital in Turkey. Health Services Management Research 1996;9(4):243-253.
150. Kisa A, Dziegielewski SF, Ates M. Sexual harassment and its consequences: a study within Turkish hospitals. Journal of Health and Social Policy 2002; 15(1):77-94.
151. Ayakdaş D. Hemşireler arası psikolojik şiddet ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, 2014.
152. Edward K, Ousey K, Warelou P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. British Journal of Nursing 2014; 23(12):653-659.
153. Demiray G, Güneş M, Ekuklu G. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine yönelik şiddet ve nedenleri. 3. International 21. National Public Health Congress, 26-30 November 2019 Edirne.
154. Turla A, Aydın B, Ünlü B. İntern Hekimlerin Hekime Yönelik Şiddet Konusunda Yaşanmışlıkları ve Düşünceleri. The Bulletin of Legal Medicine 2012; 17(1):5-11.

155. Lippel K. Conceptualising violence at work through a gender lens: regulation and strategies for prevention and redress. *Oxford Hum Rts Hub J* 2018; 1:143-166.
156. Kaphle HP, Adhikari A, Neupane N, Yadav DK, Subedi S, Hamal M. Gender based violence at workplace: Are women safe? *International Journal of Health Sciences and Research* 2015; 4(12):302-308.
157. Lanthier S, A. Bielecky A, Smith PM. Examining risk of workplace violence in Canada: A sex/gender-based analysis. *Annals of Work Exposures and Health* 2018; 62(8):1012-1020.
158. Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2014; 13(1):1-11.
159. Hamblin LE, Essenmacher L, Ager L, Upfal M, Luborsky M, Russell J ve ark. Worker-to-Worker Violence in Hospitals: Perpetrator characteristics and common dyads. *Workplace Health Saf* 2016; 64(2):51-56.
160. Dan AJ, Pinsof DA, Riggs LL. Sexual harassment as an occupational hazard in nursing. *Basic and Applied Social Psychology* 1995; 17(4):563-580.
161. Pina A, Gannon TA, Saunders B. An overview of the literature on sexual harassment: Perpetrator, theory, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior* 2009; 14(2):126-138.
162. Wayne JH. Disentangling the power bases of sexual harassment: Comparing gender, age, and position power. *Journal of Vocational Behavior* 2000; 57(3):301-325.
163. Tangri SS, Burt MR, Johnson LB. Sexual harassment at work: Three explanatory models. *Journal of Social Issues* 1982; 38(4):33-54.
164. Erten R. Edirne il merkezinde sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2016.*
165. Bilişli Y, Hizay D. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği. *The Journal of Academic Social Science*, 2016; 52:473-486.

166. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(1):1-9.
167. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(1):9-16.
168. Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: a literature review. Australian Emergency Nursing Journal 2004; 7(2):27-37.
169. Şenuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. International Nursing Review 2005; 52(2):154-160.
170. Shaw E, Hegewisch A, Hess C (ed.). Sexual harassment and assault at work: Understanding the costs [Online]. Institute for Women’s Policy Research Publication, October 2018. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi. https://iwpr.org/wp-content/uploads/2020/09/IWPR-sexual-harassment-brief_FINAL.pdf
171. Laband DN, Lentz BF. The effects of sexual harassment on job satisfaction, earnings, and turnover among female lawyers. Industrial and Labor Relations Review 1998; 51(4):594-607.
172. Kaya O. 2014-2015 Şubat-Ağustos dönemleri Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde verilen beyaz kod vakalarının ve şiddete maruz kalan sağlık personeline olan etkisinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul, 2017.
173. Beder C. Erzurum ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Erzurum, 2009.
174. Rufen O, Günaydın H, Mazı Mİ. Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği). Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2018; 5(2):142-153.

175. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(3):147-154.
176. Estryn-Behar M, Van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM ve ark. Violence risks in nursing - results from the European "NEXT" Study. Occupational Medicine 2008; 58(2):107-114.
177. Karabulut E, Gezgin Yazıcı H. Toplumsal Bir Sorun: Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2021; 13(1):130-138.
178. Durak TÇ, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V ve ark. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2014; 24(4):130-137.
179. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumu üzerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 2015; 11:143-149.
180. Türkeri O. Sağlık çalışanlarında iş doyumu ve benlik saygısının incelenmesi: Ordu ili örneği. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin, 2019.
181. Köylü E. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesindeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kütahya , 2020.
182. Yetim M. Sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu, fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2017.
183. Tarhan M, Dalar L. Hemşirelerin Ruh Sağlığı Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(2):25-39.
184. İlhan N, Bahadır S, Toptaner NE. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(4):207-215.

185. Akgöz S, Özçakır A, Kan İ, Tombul K, Altınsoy Y, Sivrioğlu Y. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Doyumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005; 13(2):86-96.
186. Merecz D, Rymaszewska J, Mościcka A, Kiejna A, Jarosz-Nowak J. Violence at the workplace - A questionnaire survey of nurses. *European psychiatry* 2006; 21(7):442-450.
187. Seun-Fadipe CT, Akinsulore AA, Oginni OA. Workplace violence and risk for psychiatric morbidity among health workers in a tertiary health care setting in Nigeria: prevalence and correlates. *Psychiatry research* 2019; 272:730-736.
188. Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24(2):326-333.
189. Tonso MA, Prematunga RK, Norris SJ, Williams L, Sands N, Elsom SJ. Workplace violence in mental health: a Victorian mental health workforce survey. *International Journal of Mental Health Nursing* 2016; 25(5):444-451.
190. Arnetz JE, Arnetz BB, Petterson IL. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work & Stress* 1996; 10(2):119-127.
191. Pai DD, Lautert L, Cocaro de Souza SB, Marziale MHP, Tavares JP. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Journal of School of Nursing* 2015; 49(3):457-464.
192. Mayhew C, Chappell D (ed.). Workplace violence in the health sector - a case study in Australia [Online]. World Health Organization publications, Geneva. 2003, posting date. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudyaustralia.pdf
193. Kalliath T, Morris R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *The Journal of Nursing Administration* 2002; 32(12):648-654.

194. Ogresta J, Rusac S, Zorec L. Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croatian Medical Journal* 2008; 49(3):364-374.
195. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22(17-18):2614-2624.
196. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15(10):2102. (Ç?)
197. Kadioğlu H, Ergün A, Yıldız A. Screening of mental health problems with GHQ-28 in a sample of Turkish community dwelling adult people. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences* 2013; 3(3):115-120.
198. Belek İ. Mental disorders measured by general health questionnaire and sociodemographic inequalities. *Turk. J. Psychiatry* 1999; 10(3):163-172.
199. Verhaak PFM, Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP. Mental health in the Dutch population and in general practice: 1987–2001. *British Journal of General Practice* 2005; 55(519):770-775.
200. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* 2010; 77:168-185.
201. Burke R, Koyuncu M, Fiksenbaum L. Gender differences in work experiences, satisfactions and wellbeing among physicians in Turkey. *Gender in Management: An International Journal* 2009; 24(2):70-91.
202. Buxrud EG. Community health services-more stressing for female than male physicians? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990; 110(25):3260-3264.
203. Su JA, Weng HH, Tsang HY, Wu JL. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2009; 25(5):423-430.

204. Ito S, Fujita S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work* 2014; 49(2):225-234.
205. Labiris G, Gitona K, Drosou V, Niakas D. A proposed instrument for the assessment of job satisfaction in Greek mental NHS hospitals. *J Med Syst* 2008; 32(4):333-41.
206. Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O. Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice* 2013; 2013:1-6.
207. Blaauw D, Ditlopo P, Maseko F, Chirwa M, Mwisongo A, Bidwell P ve ark. Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. *Glob Health Action* 2013; 6:127-137.
208. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13(5):482-488.
209. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine* 2016; 95(50):1-12.
210. Tzeng DS, Chung WC, Fan PL, Lung FW, Yang CY. Psychological morbidity, quality of life and their correlations among military health care workers in Taiwan. *Industrial health* 2009; 47(6):626-634.
211. Turna E. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durum Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, 2019.
212. Portoghese I, Galletta M, Leiterb MP, Coccoa P, D'Alojaa E, Campagna M. Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Burnout Research* 2017; 7:36-46.
213. United Nations, Virtual Knowledge Centre to End Violence against Women and girls. World of Work: Domestic violence and its impact on the world of work [Online]. 25 Mayıs 2021, erişim tarihi.

<https://www.endvawnow.org/en/articles/1937-domestic-violence-and-its-impact-on-the-world-of-work-.html>

214. Mutlu HH, Mutlu HH, Ankaralı H. Hasta şikayetlerinin defansif tıp uygulamalarına etkisi: İkincil mağdur aile hekimleri mi? Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi 2019; 24(3):237-243.
215. Tunç HS, Gökçe AT. Okul yöneticilerinin alo 147 hakkındaki görüşlerinin bilgi uçurma açısından değerlendirilmesi. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2018; 6(4):477-487.



10. EKLER

EK-1-Anket Formu

Sağlık çalışanlarının iş doyumu, tükenmişlik düzeyi ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet hakkında yapılacak olan çalışmamızı destekleyeceğinizi umuyoruz. Mevcut anket ile, bu konu hakkında farkındalığı arttırmak, etkili politikaların belirlenmesini sağlamak ve şiddetin sağlık çalışanlarının iş doyumu ve ruh sağlığı üzerine olan etkileri araştırılmak istenmektedir.

Anket gönüllük esasına dayanmaktadır. **Yaklaşık 15-20 dk içerisinde cevaplanabilecek** şekilde planlanmış olup, çoğu soru kutucuklar işaretleyerek hızlıca yanıtlanabilecek niteliktedir. Belirli sorulara “hayır” cevabını vermeniz halinde, zaman kazanmak için bir sonraki bölüme geçmeniz istenecektir. Herhangi bir noktada anketi sonlandırabilirsiniz. Anlamadığınız sorularda, soruyu yanıtsız bırakıp bir sonrakine geçin. Anket bitiminde tükenmişlik, iş doyumu ve ruhsal etkilenimi değerlendiren ölçekleri yanıtlamanız beklenmektedir. **Yanıtlarınız ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.**

SAĞLIKTA ŞİDDET ANKETİ:

A.KİŞİSEL BİLGİLER VE ÇALIŞMA ALANI BİLGİSİ:

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
3. Medeni haliniz: Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐
Eşi vefat etmiş ☐ Diğer; belirtiniz:.....
4. Uyruğunuz:.....
5. Eğitim düzeyiniz:.....
6. Çocuğunuz var ise kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz:.....
7. Profesyonel meslek grubunuz: Hemşire ☐ Doktor ☐ İntörn doktor ☐
8. Lütfen halihazırdaki unvanınızı en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz.
İntörn Doktor ☐ Araştırma Görevlisi ☐ Uzman Doktor ☐
Öğretim görevlisi ☐
Doktor Öğretim Üyesi ☐ Doçent Doktor ☐ Profesör ☐
Doktor ☐
Eğitim Hemşiresi ☐ Klinik Hemşire ☐ Yönetici Hemşire ☐
Diğer; belirtiniz:.....
9. Sağlık alanında ne kadar süredir çalışıyorsunuz? (Öğrenim gördüğünüz süre dahil edilmemelidir.)
1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 16-20 yıl ☐ 20 yıl ve üzeri ☐

10. Hangi bölümde çalışıyorsunuz? (**YOĞUN BAKIM** ya da **ACİLDE** çalışıyorsanız lütfen ayrıca belirtiniz.).....

11. Çalıştığınız kurumda çalışma durumunuz: Tam zamanlı ☐ Yarı zamanlı ☐ Geçici ☐

12. Vardiyalı (shift) olarak mı çalışıyorsunuz? Evet ☐ Hayır ☐

13. Saat 18: 00'dan ve 07: 00'a kadar olan saatlerde çalışıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐

14. Çalışmanız sırasında hastalarla etkileşime giriyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ (Lütfen 15. Soruya geçiniz.)

14.1 Eğer yanıtınız evet ise; hasta ile olan iletişiminizi tanımlar mısınız?

Hasta ile konuşma ve muayene ☐ Hasta bakım hizmeti ☐

Diğer, belirtiniz:.....

14.2 En sık çalıştığınız hastalar şunlardır (Birden fazla işaretlenebilir.):

Yenidoğan (ilk 28 gün) ☐ İnfant (ilk 1 yaş) ☐ Çocuk ☐

Adolesan (10-18 yaş) ☐ Erişkin ☐ Yaşlı ☐

14.3 En sık çalıştığınız hastaların cinsiyeti:

Kadın ☐ Erkek ☐ Kadın ve erkek ☐

15. Lütfen zamanınızın %50'sinden fazlasını aşağıdaki hasta gruplarından biriyle çalışarak geçirip geçirmediğinizi (en sık çalıştığınız hasta grubunu) belirtiniz: (Birden fazla işaretlenebilir. Eğer hasta grubunuz belirli bir özellik göstermiyorsa lütfen boş bırakınız.)

Fiziksel engelli ☐ Zihinsel engelli ☐ Evde bakım ☐

Terminal dönem ☐ HIV/AIDS ☐ Psikiyatrik ☐

Anne/çocuk bakımı ☐ Geriatrik ☐ İş sağlığı ve güvenliği ☐

Okul sağlığı ☐ Adli ☐

Diğer, belirtiniz:.....

16. Çalışma sürenizin çoğunda (% 50'den fazla) sizinle aynı ortamda bulunan sağlık personeli (hemşire, doktor, yardımcı sağlık personeli vs.) sayısı:

0 ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 15 ve üzeri ☐

17. Mevcut iş yerinizdeki şiddetten ne kadar endişelisiniz? (1 = hiç endişeli değil; 5 = çok endişeli)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

18. Çalıştığınız kurumda şiddetin bildirilmesi için prosedürler var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

18.1 Eğer yanıtınız evet ise; Mevcut prosedürün nasıl işlediğini biliyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

19. Çalıştığınız kurumda şiddeti önlemek için alınmış önlemler var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

20. Çalıştığınız kurumda şiddeti bildirmeniz için teşvik ediliyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

21. Sağlıkta sözel-fiziksel-cinsel şiddet ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

22. Meslek hayatınız boyunca hiç hasta hakları birimi, SABİM, BİMER veya CİMER'e hakkınızda şikayet yapıldı mı? Evet ☐ Hayır ☐ (Yanıtınız hayır ise; 23. soruya geçiniz.)

22.1 Eğer yanıtınız evet ise; şikayetin konusunu ve bu konuda neler hissettiğinizi kısaca belirtebilir misiniz?.....

(22.2-22.4 arasındaki soruları hakkınızda yapılan hasta hakları birimi, SABİM, BİMER veya CİMER şikayetlerine göre yanıtlayınız.)

22.2 Hakkınızda disiplin yönünden idari inceleme yapıldı mı? Evet ☐ Hayır ☐

22.3 Disiplin cezası aldınız mı?

☐ Evet,

belirtiniz:.....

☐ Hayır

22.4 Bu şikayet ile ilgili hakkınızda adli yargı sürecine taşınmış bir şikayet var mı? **Eğer var ise; hangi aşamada?**

☐ Soruşturma aşamasında

☐ Kovuşturma aşamasında

☐ Dava aşamasında

☐ Ceza aldım, belirtiniz: (Para cezası, hapis cezası, ceza aldım ancak ertelendi vs.).....

☐ Ceza almadım

23. Sizce sağlıkta şiddet son yıllarda artış ya da azalış gösterdi mi? Sebepleri konusunda ne düşünüyorsunuz?

Halihazırda tedavi gördüğünüz bilinen bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? Var ise nedir?.....

24. Hiç ev içi, aile içi şiddete ya da partner şiddetine maruz kaldınız mı?

Evet ☐

Hayır ☐

(Yanıtınız hayır ise; 26. soruya geçebilirsiniz. **Eğer yanıtınız evet ise; 25.1-25.4 arasındaki soruları maruz kaldığınız ev içi/aile içi/partner şiddetine göre cevaplayınız.**)

25.1 Şiddetin şeklini kutucukları işaretleyerek tanımlayınız (Birden fazla işaretlenebilir.)

* ☐ Duygusal şiddet (hakaret, küçük düşürme, zarar verme çocukları götürme tehditleri)

* ☐ Fiziksel şiddet: (Lütfen şiddet düzeyini işaretleyiniz)

* ☐ Orta düzey (tokat atma, itirme)

* ☐ Ağır düzey (yumruklamak, tekmelemek, sürüklemek, bir silahla tehdit etmek)

* ☐ Cinsel şiddet

25.2 Şiddet kim tarafından uygulandı? (ebeveynler, anne, baba, eş, partner vs.).....

25.3 Kaç defa şiddete maruz kaldınız?

1 defa ☐

2-4 defa ☐

5-10 defa ☐

Ayda birkaç kere ☐

Neredeyse haftada bir ☐

Neredeyse her gün ☐

25.4 Ne kadar süre boyunca şiddete maruz kaldınız?.....

25. Lütfen aylık gelirinizi yaklaşık olarak belirtiniz:.....

26. Lütfen evinizde kaç kişi yaşadığını belirtiniz:.....

27. Kendinize ait eviniz ya da arabanız varsa belirtiniz:.....

(BUNDAN SONRAKİ KISIMLARDA MARUZ KALDIĞINIZ SÖZEL-FİZİKSEL-CİNSEL ŞİDDET OLAYLARI İLE İLGİLİ SORULARI YANITLAMANIZ İSTENECEKTİR. **EĞER BİRDEN FAZLA ŞİDDET TÜRÜNE MARUZ KALDIYANIZ LÜTFEN HER BİR BÖLÜMÜ AYRI AYRI DOLDURUNUZ.**)

B.İŞ YERİNDE SÖZEL ŞİDDET:

Kişinin sözel olarak aşağılanması, tehdit edilmesi, korkutulması, küfür edilmesi, kişinin kendini kötü hissetmesine neden olacak cümleler kurulmasını içermektedir.

1. **Son 12 ayda iş yerinde**, sözel şiddete maruz kaldınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐
2. **Eğer yanıtınız evet ise; son 12 ay içerisinde iş yerinde**, kaç defa sözel şiddete maruz kaldınız?
1 defa ☐ 2-4 defa ☐ 5-10 defa ☐ Ayda birkaç kere ☐
Neredeyse haftada bir ☐ Neredeyse her gün ☐
3. **Meslek hayatınız boyunca iş yerinde**, sözel şiddete maruz kaldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐
4. **Yanıtınız evet ise; meslek hayatınız boyunca** toplamda kaç defa **iş yerinde** sözel şiddete maruz kaldınız?
1 defa ☐ 2-4 defa ☐ 5-10 defa ☐ Ayda birkaç kere ☐
Neredeyse haftada bir ☐ Neredeyse her gün ☐

(EĞER İŞ YERİNDE SÖZEL ŞİDDETE MARUZ KALDIYANIZ; 5-23. SORULARA **ŞİZİ EN ÇOK ETKİLEYEN SÖZEL ŞİDDET OLAYINI DÜŞÜNEREK** YANITLAYINIZ. EĞER YANITINIZ HAYIR İSE; **KUTU İÇERİSİNE ALINARAK BELİRGİNLEŞTİRİLMİŞ OLAN 23. SORUYA GEÇEBİLİRSİNİZ.**)

5. **Sizi en çok etkileyen** sözel şiddet (**iş yerinde**) kim tarafından uygulanmıştı?
☐ Hasta ☐ Hasta yakını ☐ Hasta yakını dışı halk ☐
Resmi Görevli (Belirtiniz.....)
☐ Aynı hastanede çalışan bir çalışan: ☐ Aynı unvandaki kişi ☐ Amir ☐ Alt unvandaki çalışan
☐ Başka bir yerde çalışan bir sağlık çalışanı (Belirtiniz.....)
☐ Diğer, belirtiniz;.....
6. Saldırganın cinsiyeti:
7. Saldırganın yaklaşık yaşı:
8. Sözel şiddetin **iş yerinizde** sıradan/tipik bir şiddet olayı olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet ☐ Hayır ☐
9. **Sizi en çok etkileyen iş yerinde** sözel şiddet olayını nasıl tanımlarsınız? Hangi şiddet türü kullanıldı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
Yüksek sesle bağırma ☐ Küfür ☐ Hakaret ☐ Tehdit ☐
Diğer, belirtiniz:.....

10. Sizi en çok etkileyen iş yerinde sözel şiddet olayı nerede gerçekleşti?

*Çalıştığınız kurum binası içinde; (Kutucukları işaretleyiniz.)

Bekleme odası ☐ Hasta odası ☐ Acil servis ☐ Koridor ☐
Muayene/tedavi/poliklinik odası ☐ Doktor/asistan/ hemşire odası ☐
Kayıt sırası ☐ Kayıt sekreterliği ☐ Yoğun bakım birimi ☐
Ameliyathane ☐ Kantin, yemekhane vb. ☐ Diğer, belirtiniz; ☐
..... ☐ *Hastanın evinde

*Dışarıda; (Kutucukları işaretleyiniz.)

İşe giderken ☐ İş çıkışı ☐ Hastane otoparkı ☐ Kampüs içi ☐

11. Saldırgan eğer hasta-hasta yakını ise; saldırı gerçekleştiği sıraya yapılan işlem neydi?

Anamnez alınıyordu ☐
Muayene/tedavi işlemi yapılıyordu. ☐
Hasta yakınlarına açıklama yapılıyordu. ☐
Acil girişimde bulunuluyordu. ☐
Sevk işlemi yapılıyordu. ☐
Reçetesi yazılıyordu. ☐
Dinlenme/yemek yeme esnasında ☐
Başka hasta ile ilgilenilirken ☐
Yatış işlemleri sırasında ☐
Giriş/kayıt işlemleri sırasında ☐
Diğer, belirtiniz..... ☐

12. Sözel şiddet gerçekleştiği sırada yalnız mı çalışıyordunuz? Evet ☐

Hayır ☐

13. Saldırı saat kaçta gerçekleşti? (Birden çok defa şiddete maruz kaldıysanız, lütfen 1, 2 şeklinde numaralandırarak saatleri belirtiniz.)

☐ Hatırlamıyorum				
☐ 06.00-06.59	☐ 07.00-07.59	☐ 08.00-08.29	☐ 08.30-08.59	☐ 09.00-09.59
☐ 10.00-10.59	☐ 11.00-11.59	☐ 12.00-12.29	☐ 12.30-12.59	☐ 13.00-13.29
☐ 13.30-13.59	☐ 14.00-14.59	☐ 15.00-15.59	☐ 16.00-16.29	☐ 16.30-16.59
☐ 17.00-17.29	☐ 17.30-17.59	☐ 18.00-18.59	☐ 19.00-19.59	☐ 20.00-20.59
☐ 21.00-21.59	☐ 22.00-22.59	☐ 23.00-23.59	☐ 24.00-02.59	☐ 03.00-05.59

14. Bu saldırı sebebiyle işinizi bırakmayı/çalıştığınız bölümü değiştirmeyi düşündünüz mü?

Evet ☐

Hayır ☐

15. Saldırı sonrası nasıl bir tavır sergilediniz? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Herhangi bir eylemde bulunmadım. ☐
Hiç olmamış gibi davrandım. ☐
Saldırgana durmasını söyledim. ☐
Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım. ☐
Saldırganın yakınlarına söyledim. ☐
Güvenlik birimlerini çağırdım. ☐
Danışmanlık aldım. ☐

Üst düzey bir personele bildirdim. ☐

Saldırgan başka bir yere transfer edildi. ☐

Meslek odasından yardım istedim. ☐

Sendikadan yardım istedim. ☐

Kaza/olay bildirim formu doldurdum. ☐

Beyaz kod çağırısı yaptım. ☐

Yargıya taşıdım, kovuşturma aşamasında. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza aldı. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza almadı. ☐

Diğer, belirtiniz:.....

16. Sizce bu olay engellenebilir miydi? Evet ☐ Hayır ☐

17. Aşağıda, insanların sizin deneyimlediğinize benzer bir olay sonrası yaşayabilecekleri sorunların ve şikayetlerin bir listesi verilmiştir. Lütfen her madde için, saldırıya uğradığınızdan beri bu deneyimlerden ne kadar rahatsız olduğunuzu belirtin. Lütfen soru başına bir seçeneği işaretleyin.

Saldırıya maruz kaldığınızdan beri ne düzeyde rahatsızlık hissediyorsunuz	Neredeyse hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Çok fazla
(a)Saldırı/şiddet ile ilgili rahatsız eden anıların, düşünce ve görüntülerin tekrarlaması					
(b)Saldırı hakkında konuşmaktan, düşünmekten ve saldırı ile ilgili hislerden kaçınma					
(c)Aşırı alert/uyarılmış, tetikte ve savunma halinde olma					
Saldırıya maruz kaldığınızdan beri ne düzeyde rahatsızlık hissediyorsunuz	Neredeyse hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Çok fazla
(d)İşlerimi yapmakta güçlük çekiyorum, işimi yapmak için ciddi bir efor harcamam gerekiyor					

18. Saldırının nedenlerini araştırmak için iş yerinizde herhangi bir işlem yapıldı mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

19. Sonuçta saldırgana ne oldu?

Hiçbir şey olmadı. ☐

Sözlü olarak uyarıldı. ☐

Saldırgan hasta ya da hasta yakını ise; bakıma son verildi./ Başka bir birime nakil edildi. ☐

Polise/savcılığa bildirildi. ☐

Dava süreci devam ediyor. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza aldı. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza almadı. ☐

Bilmiyorum. ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; ise; görevine son verildi. ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; çalıştığı birim değiştirildi. ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı. ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza almadı. ☐

Diğer.....

20. İşvereniniz veya amiriniz size şunları sağlamayı teklif etti:

	Evet	Hayır
Danışmanlık (İdari, hukuki vs.)		
Olay hakkında konuşma, sebeplerinin araştırılması		
Olayı raporlama-bildirme fırsatı		
Destek sağlama (psikolojik vs.)		

Diğer;.....

21. Olayın ele alınış şeklinden ne kadar memnunsunuz?

(1 = hiç memnun değilim, 5 = çok memnunum)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

22. Eğer saldırıyı bildirmediyse, bunun sebepleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Önemli olduğunu düşünmedim. ☐

Utanmış hissettim. ☐

Suçlu hissettim. ☐

Negatif sonuçlardan korktum. ☐

İşe yaramayacağını düşündüm. ☐

Bildirim işleminin nasıl ya da kime yapılacağını bilmiyordum. ☐

Zamanım yoktu. ☐

Şikayet sonrası adli makamlara çok sayıda ifade verme ihtimali yüzünden ☐

Avukat masrafı, adli sürecin takibi vb. işlerin yükünü tek başıma üstleneceğimi düşündüğüm için ☐

Diğer, belirtiniz:.....

23. Son 12 ay içerisinde iş yerinizde, birine sözel şiddet uygulandığına tanık oldunuz mu?

Evet ☐

Hayır ☐

23.1 Yanıtınız evet ise; son 12 ay içerisinde kaç defa şahit oldunuz?

1 defa ☐

2-4 defa ☐

5-10 defa ☐

Ayda birkaç kere ☐

Neredeyse haftada bir ☐

Neredeyse her gün ☐

C.İŞ YERİNDE FİZİKSEL ŞİDDET:

Doğrudan temasla, bir eşya veya araç ile ya da fiziksel üstünlüğün kullanılması ile, korkutucu, tehdit edici bir beden dili, tahakküm edici jest ve mimiklerle sergilenen her tür tutum ve davranış fiziksel şiddettir. (Kişinin üzerine yürünmesi, kişiye tokat atılması, tekmelenmesi, yumruklanması, kolunun bükülmesi, boğazının sıkılması, bağlanması, saçının çekilmesi, kesici-delici aletlerle ya da ateşli silah ile yaralanması, itilmesi, sarsılması vb.)

LÜTFEN TARAFINIZA FİZİKSEL SALDIRI GİRİŞİMİNDE (ÜZERİNE YÜRÜME, SALDIRIYA YELTENME) BULUNULDUYSA BU BÖLÜMÜ DOLDURUNUZ.

1. Son 12 ay içerisinde iş yerinde fiziksel olarak saldırıya uğradınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐
2. Bir önceki soruya yanıtınız evet ise; son 12 ay içerisinde kaç defa iş yerinde fiziksel şiddete maruz kaldınız?
1 defa ☐ 2-4 defa ☐ 5-10 defa ☐ Ayda birkaç kere ☐
Neredeyse haftada bir ☐ Neredeyse her gün ☐
3. Meslek hayatınız boyunca iş yerinde fiziksel olarak saldırıya uğradınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐
4. Eğer yanıtınız evet ise; meslek hayatınız boyunca toplamda kaç defa iş yerinde fiziksel şiddete maruz kaldınız?
1 defa ☐ 2-4 defa ☐ 5-10 defa ☐ Ayda birkaç kere ☐
Neredeyse haftada bir ☐ Neredeyse her gün ☐
- (EĞER İŞ YERİNDE FİZİKSEL ŞİDDETE MARUZ KALDIYSANIZ; 5-27. SORULARA **SİZİ EN ÇOK ETKİLEYEN FİZİKSEL ŞİDDET OLAYINI DÜŞÜNEREK** YANITLAYINIZ. EĞER YANITINIZ HAYIR İSE KUTU İÇERİSİNE ALINARAK BELİRGİNLEŞTİRİLMİŞ OLAN; 27. SORUYA GEÇEBİLİRSİNİZ.)

5. **Sizi en çok etkileyen iş yerinde** fiziksel şiddet olayını nasıl tanımlarsınız? Hangi şiddet türü kullanıldı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
Üzerine yürüme/fiziksel saldırıya yeltenme ☐ İtme ☐ Isırma/Tükürme ☐
Vurma/Tokat ☐ Yumruk atma ☐ Tırnaklama/Çimdikleme ☐
Saç çekme ☐ Boğmaya çalışma ☐ Tekmeleme ☐
Cisim fırlatma ☐ (Lütfen fırlatılan cismi belirtiniz;.....)
Alet kullanılara ☐ [Lütfen kullanılan aleti (bıçak, sopa, enjektör vs.) belirtiniz;.....]
Diğer, Lütfen belirtiniz;.....
6. Bunun **iş yerinizde** sıradan/tipik bir şiddet olayı olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet ☐ Hayır ☐
7. Size saldırıda bulunan kişi:
☐ Hasta ☐ Hasta yakını ☐ Hasta yakını dışı halk ☐
Resmi Görevli (Belirtiniz.....)
☐ Aynı hastanede çalışan bir çalışan: ☐ Aynı unvandaki kişi ☐ Amir ☐ Alt unvandaki çalışan
☐ Başka bir yerde çalışan bir sağlık çalışanı (Belirtiniz.....)
☐ Diğer, belirtiniz;.....
8. Saldırganın cinsiyeti:
9. Saldırganın yaklaşık yaşı:
10. **Sizi en çok etkileyen iş yerinde** fiziksel saldırı olayı nerede gerçekleşti?
*Çalıştığınız kurum binası içinde; (Kutucukları işaretleyiniz.)
Bekleme odası ☐ Hasta odası ☐ Acil servis ☐ Koridor ☐
Muayene/televizyon/poliklinik odası ☐ Doktor/asistan/ hemşire odası ☐
Kayıt sırası ☐ Kayıt sekreterliği ☐ Yoğun bakım birimi ☐

Ameliyathane ☐ Kantin, yemekhane vb. ☐ Diğer, belirtiniz;
*Hastanın evinde ☐
*Dışarıda; (Kutucukları işaretleyiniz.)
İşe giderken ☐ İş çıkışı ☐ Hastane otoparkı ☐ Kampüs içi ☐

11. Saldırı hangi saatler arasında gerçekleşti? (Birden çok defa şiddete maruz kaldıysanız, lütfen 1, 2 şeklinde numaralandırarak saatleri belirtiniz.)

☐ Hatırlamıyorum
☐ 06.00-06.59 ☐ 07.00-07.59 ☐ 08.00-08.29 ☐ 08.30-08.59 ☐ 09.00-09.59
☐ 10.00-10.59 ☐ 11.00-11.59 ☐ 12.00-12.29 ☐ 12.30-12.59 ☐ 13.00-13.29
☐ 13.30-13.59 ☐ 14.00-14.59 ☐ 15.00-15.59 ☐ 16.00-16.29 ☐ 16.30-16.59
☐ 17.00-17.29 ☐ 17.30-17.59 ☐ 18.00-18.59 ☐ 19.00-19.59 ☐ 20.00-20.59
☐ 21.00-21.59 ☐ 22.00-22.59 ☐ 23.00-23.59 ☐ 24.00-02.59 ☐ 03.00-05.59

12. Saldırı hangi gün gerçekleşti?

Pazartesi ☐ Salı ☐ Çarşamba ☐ Perşembe ☐
Cuma ☐ Cumartesi ☐ Pazar ☐ Hatırlamıyorum ☐

13. Saldırgan eğer hasta-hasta yakını ise; saldırı gerçekleştiği sırada yapılan işlem neydi?

Anamnez alınıyordu ☐
Muayene/tedavi işlemi yapılıyordu. ☐
Hasta yakınlarına açıklama yapılıyordu. ☐
Acil girişimde bulunuluyordu. ☐
Sevk işlemi yapılıyordu. ☐
Reçetesi yazılıyordu. ☐
Dinlenme/yemek yeme esnasında ☐
Başka hasta ile ilgilenilirken ☐
Yatış işlemleri sırasında ☐
Giriş/kayıt işlemleri sırasında ☐
Diğer, ☐

belirtiniz;.....

14. Saldırı gerçekleştiği sırada yalnız mı çalışıyordunuz? Evet ☐ Hayır ☐

15. Bu saldırı sebebiyle işinizi bırakmayı/çalıştığınız bölümü değiştirmeyi düşündünüz mü?

Evet ☐ Hayır ☐

16. Saldırı sonrası nasıl bir tavır sergilediniz? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Herhangi bir eylemde bulunmadım. ☐
Hiç olmamış gibi davrandım. ☐
Saldırgana durmasını söyledim. ☐
Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım. ☐
Saldırganın yakınlarına söyledim, yakınlarına şikayet ettim. ☐
Danışmanlık aldım. ☐
Güvenlik birimlerini çağırdım. ☐
Üst düzey bir personele bildirdim. ☐
Saldırgan başka bir yere transfer edildi. ☐
Meslek odasından yardım istedim. ☐
Sendikadan yardım istedim. ☐

Kaza/olay bildirim formu doldurdum. ☐

Beyaz kod çağırısı yaptım. ☐

Yargıya taşıdım, kovuşturma aşamasında. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza aldı. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza almadı. ☐

Diğer, belirtiniz:.....

17. Sizce bu olay engellenebilir miydi? Evet ☐ Hayır ☐

18. Bu saldırı sonrasında yaralandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

18.1 Yanıtınız evet ise; bu yaralanma neticesinde fiziksel tedavi gördünüz mü?

Evet ☐

Hayır ☐

19. Lütfen yaralanma şiddetiniz, **yaralandığınız bölge** ve (eğer tedavi gördüyseniz) **gördüğünüz tedaviyi** kısaca anlatınız.

20. Aşağıda, insanların sizin deneyimlediğinize benzer bir olay sonrası yaşayabilecekleri sorunların ve şikayetlerin bir listesi verilmiştir. Lütfen her madde için, saldırıya uğradığınızdan beri bu deneyimlerden ne kadar rahatsız olduğunuzu belirtin. Lütfen soru başına bir seçeneği işaretleyin.

Saldırıya maruz kaldığınızdan beri ne düzeyde rahatsızlık hissediyorsunuz	Neredeyse hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Çok fazla
(a)Saldırı/şiddet ile ilgili rahatsız eden anıların, düşünce Ve görüntülerin tekrarlaması					
(b)Saldırı hakkında konuşmaktan, düşünmekten ve saldırı ile ilgili hislerden kaçınma					
(c)Aşırı alert/uyarılmış, tetikte ve savunma halinde olma					
(d)İşlerimi yapmakta güçlük çekiyorum, işimi yapmak için ciddi bir efor harcamam gerekiyor					

21. Saldırıya uğradıktan sonra işten izin almak zorunda kaldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

21.1 Yanıtınız evet ise; ne kadar süre izin aldınız?.....

22. Saldırının nedenlerini araştırmak için **iş yerinizde** herhangi bir işlem yapıldı mı?

Evet ☐

Hayır ☐

Bilmiyorum ☐

23. Saldırganın akıbeti ne oldu? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Hiçbir şey olmadı. ☐

Sözlü olarak uyarıldı. ☐

Saldırgan hasta ya da hasta yakını ise; bakıma son verildi/ Başka bir birime nakil edildi. ☐

Polise/savcılığa bildirildi. ☐

Dava süreci devam ediyor. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza aldı. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza almadı. ☐

Bilmiyorum. ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; görevine son verildi ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; çalıştığı birim değiştirildi ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza almadı ☐

Diğer.....

24. İşvereniniz veya amiriniz size şunları sağlamayı teklif etti:

	Evet	Hayır
Danışmanlık (İdari, hukuki vs.)		
Olay hakkında konuşma, sebeplerinin araştırılması		
Olayı raporlama-bildirme fırsatı		
Destek sağlama (psikolojik vs.)		

Diğer;.....

25. Olayın ele alınış şekli ne kadar memnunsunuz?

(1 = hiç memnun değilim, 5 = çok memnunuz)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

26. Eğer saldırıyı bildirdiyseniz, bunun sebepleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Önemli olduğunu düşünmedim. ☐

Utanmış hissettim. ☐

Suçlu hissettim. ☐

Negatif sonuçlardan korktum. ☐

İşe yaramayacağını düşündüm. ☐

Bildirim işleminin nasıl ya da kime yapılacağını bilmiyordum. ☐

Şiddet olaylarının mesleğimin bir parçası olduğunu düşündüğüm için ☐

Zamanım yoktu. ☐

Şikayet sonrası çok sayıda ifade verme ihtimali yüzünden ☐

Avukat masrafı, adli sürecin takibi vb. işlerin yükünü tek başıma üstleneceğimi düşündüğüm için ☐

Diğer, belirtiniz:.....

27. Son 12 ay içerisinde iş yerinizde, birine fiziksel şiddet uygulandığına tanık oldunuz mu?

Evet ☐

Hayır ☐

27.1 Yanıtınız evet ise; son 12 ay içerisinde kaç defa şahit oldunuz?

1 defa ☐

2-4 defa ☐

5-10 defa ☐

Ayda birkaç kere ☐

Neredeyse haftada bir ☐

Neredeyse her gün ☐

28. Son 12 ay içerisinde iş yerinde şiddet olayı rapor ettiniz mi/bildirdiniz mi? (tanık olduğunuz veya kendiniz deneyimlediğiniz)

Evet ☐

Hayır ☐

D.İŞ YERİNDE CİNSEL ŞİDDET:

Cinselliğin kontrol etmek, denetlemek, küçük düşürmek, aşağılamak ve cezalandırmak amacıyla bir şiddet aracı olarak kullanılmasına “cinsel şiddet” denir. **Cinsel şiddet maruz kalanın rızası olmadan gerçekleşen her türlü cinsel davranışı içeren eylemdir.**

1. Son 12 ayda iş yerinde, cinsel şiddete maruz kaldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

2. Eğer yanıtınız evet ise; son 12 ay içerisinde kaç defa iş yerinde cinsel şiddete maruz kaldınız?

1 defa ☐

2-4 defa ☐

5-10 defa ☐

Ayda birkaç kere ☐

Neredeyse haftada bir ☐

Neredeyse her gün ☐

3. Meslek hayatınız boyunca iş yerinde, cinsel şiddete maruz kaldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

4. Eğer yanıtınız evet ise; meslek hayatınız boyunca kaç defa iş yerinde cinsel şiddete maruz kaldınız?

1 defa ☐ 2-4 defa ☐ 5-10 defa ☐ Ayda birkaç kere ☐
Neredeyse haftada bir ☐ Neredeyse her gün ☐

(EĞER İŞ YERİNDE CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALDIYSANIZ; 5-22. SORULARA **SİZİ EN ÇOK ETKİLEYEN CİNSEL ŞİDDET OLAYINI DÜŞÜNEREK** YANITLAYINIZ. EĞER YANITINIZ HAYIR İSE; **KUTU İÇERİSİNE ALINARAK BELİRGİNLEŞTİRİLMİŞ OLAN 23. SORUYA** GEÇEBİLİRSİNİZ)

5. **Sizi en çok etkileyen (iş yerinde)** cinsel şiddet kim tarafından uygulanmıştı?

☐ Hasta ☐ Hasta yakını ☐ Hasta yakını dışı halk ☐

Resmi Görevli (Belirtiniz.....)

☐ Aynı hastanede çalışan bir çalışan: ☐ Aynı unvandaki kişi ☐ Amir ☐ Alt unvandaki çalışan

☐ Başka bir yerde çalışan bir sağlık çalışanı (Belirtiniz.....)

☐ Diğer, belirtiniz;.....

6. **Sizi en çok etkileyen iş yerinde** cinsel şiddet olayını nasıl tanımlarsınız? Hangi şiddet türü kullanıldı?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Cinsel içerikli sözler ☐ Jest, mimik ve bakışlar ☐ Elleme-okşama ☐
Tecavüz ☐ Diğer, belirtiniz;.....

7. Saldırganın cinsiyeti:

8. Saldırganın yaklaşık yaşı:

9. Cinsel şiddetin **iş yerinizde** sıradan/tipik bir şiddet olayı olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

10. **Sizi en çok etkileyen iş yerinde** cinsel şiddet olayı nerede gerçekleşti?

*Çalıştığınız kurum binası içinde; (Kutucukları işaretleyiniz.)

Bekleme odası ☐ Hasta odası ☐ Acil servis ☐ Koridor ☐

Muayene/tedavi/poliklinik odası ☐ Doktor/asistan/ hemşire odası ☐

Kayıt sırası ☐ Kayıt sekreterliği ☐ Yoğun bakım birimi ☐

Ameliyathane ☐ Kantin, yemekhane vb. ☐ Diğer, belirtiniz;

*Hastanın evinde ☐

*Dışarıda; (Kutucukları işaretleyiniz.)

İşe giderken ☐ İş çıkışı ☐ Hastane otoparkı ☐ Kampüs içi ☐

11. Saldırı hangi saatler arasında gerçekleşti? (Birden çok defa şiddete maruz kaldıysanız, lütfen 1, 2 şeklinde numaralandırarak saatleri belirtiniz.)

☐ Hatırlamıyorum

☐ 06.00-06.59 ☐ 07.00-07.59 ☐ 08.00-08.29 ☐ 08.30-08.59 ☐ 09.00-09.59

☐ 10.00-10.59 ☐ 11.00-11.59 ☐ 12.00-12.29 ☐ 12.30-12.59 ☐ 13.00-13.29

☐ 13.30-13.59 ☐ 14.00-14.59 ☐ 15.00-15.59 ☐ 16.00-16.29 ☐ 16.30-16.59

☐ 17.00-17.29 ☐ 17.30-17.59 ☐ 18.00-18.59 ☐ 19.00-19.59 ☐ 20.00-20.59

☐ 21.00-21.59 ☐ 22.00-22.59 ☐ 23.00-23.59 ☐ 24.00-02.59 ☐ 03.00-05.59

12. Saldırgan eğer hasta-hasta yakını ise; saldırı gerçekleştiği sıraya yapılan işlem neydi?

Anamnez alınıyordu ☐

Muayene/tedavi işlemi yapılıyordu. ☐

Hasta yakınlarına açıklama yapılıyordu. ☐

Acil girişimde bulunuluyordu. ☐

Sevk işlemi yapılıyordu. ☐
Reçetesi yazılıyordu. ☐
Dinlenme/yemek yeme esnasında ☐
Başka hasta ile ilgilenilirken ☐
Yatış işlemleri sırasında ☐
Giriş/kayıt işlemleri sırasında ☐
Diğer, belirtiniz;.....

13. Saldırı gerçekleştiği sırada yalnız mı çalışıyordunuz? Evet ☐ Hayır ☐

14. Bu saldırı sebebiyle işinizi bırakmayı/çalıştığınız bölümü değiştirmeyi düşündünüz mü?
Evet ☐ Hayır ☐

15. Saldırı sonrası nasıl bir tavır sergilediniz? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Herhangi bir eylemde bulunmadım. ☐
Hiç olmamış gibi davrandım. ☐
Saldırgana durmasını söyledim. ☐
Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım. ☐
Saldırganın yakınlarına söyledim. ☐
Güvenlik birimlerini çağırdım. ☐
Danışmanlık aldım. ☐
Üst düzey bir personele bildirdim. ☐
Başka bir birime transfer edildim. ☐
Meslek odasından yardım istedim. ☐
Sendikadan yardım istedim. ☐
Kaza/olay bildirim formu doldurdum. ☐
Beyaz kod çağırısı yaptım. ☐
Yargıya taşındım, kovuşturma aşamasında. ☐
Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza aldı. ☐
Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza almadı. ☐
Diğer, belirtiniz;.....

16. Sizce bu olay engellenebilir miydi? Evet ☐ Hayır ☐

17. Aşağıda, insanların sizin deneyimlediğinize benzer bir olay sonrası yaşayabilecekleri sorunların ve şikayetlerin bir listesi verilmiştir. Lütfen her madde için, saldırıya uğradığınızdan beri bu deneyimlerden ne kadar rahatsız olduğunuzu belirtin. Lütfen soru başına bir seçeneği işaretleyin.

Saldırıya maruz kaldığınızdan beri ne düzeyde rahatsızlık hissediyorsunuz	Neredeyse hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Çok fazla
(a)Saldırı/şiddet ile ilgili rahatsız eden anıların düşünce ve görüntülerin tekrarlaması					
(b)Saldırı hakkında konuşmaktan, düşünmekten ve saldırı ile ilgili hislerden kaçınma					
Saldırıya maruz kaldığınızdan beri ne düzeyde rahatsızlık hissediyorsunuz	Neredeyse hiç	Çok az	Orta	Oldukça fazla	Çok fazla

(c)Aşırı alert/uyarılmış, tetikte ve savunma halinde olma					
(d)İşlerimi yapmakta güçlük çekiyorum, işimi yapmak için ciddi bir efor harcamam gerekiyor					

18. Saldırının nedenlerini araştırmak için **iş yerinizde** herhangi bir işlem yapıldı mı?

Evet ☐

Hayır ☐

Bilmiyorum ☐

19. Sonuçta saldırgana ne oldu?

Hiçbir şey olmadı. ☐

Sözlü olarak uyarıldı. ☐

Saldırgan hasta ya da hasta yakını ise; bakıma son verildi./ Başka bir birime nakil edildi. ☐

Polise/savcılığa bildirildi. ☐

Dava süreci devam ediyor. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza aldı. ☐

Dava süreci sonuçlandı, kişi ceza almadı. ☐

Bilmiyorum. ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; ise; görevine son verildi ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; çalıştığı birim değiştirildi ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza aldı ☐

Saldırgan meslektaşınız ya da sağlık çalışanı ise; idari soruşturma açıldı, ceza almadı ☐

Diğer.....

20. İşvereniniz veya amiriniz size şunları sağlamayı teklif etti:

	Evet	Hayır
Danışmanlık (idari, hukuki vs.)		
Olay hakkında konuşma, sebeplerinin araştırılması		
Olayı raporlama-bildirme fırsatı		
Destek sağlama (psikolojik vs.)		

Diğer;.....

21. Olayın ele alınış şekline ne kadar memnunsunuz?

(1 = hiç memnun değilim, 5 = çok memnunuz)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

22. Eğer saldırıyı bildirmediyseniz, bunun sebepleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Önemli olduğunu düşünmedim. ☐

Utanmış hissettim. ☐

Suçlu hissettim. ☐

Negatif sonuçlardan korktum. ☐

İşe yaramayacağını düşündüm. ☐

Bildirim işleminin nasıl ya da kime yapılacağını bilmiyordum. ☐

Şiddet olaylarının mesleğimin bir parçası olduğunu düşündüğüm için ☐

Zamanım yoktu. ☐

Şikayet sonrası adli makamlara çok sayıda ifade verme ihtimali yüzünden ☐

Avukat masrafı, adli sürecin takibi vb. işlerin yükünü tek başıma üstleneceğimi düşündüğüm için ☐
Diğer, belirtiniz:.....

23. Son 12 ay içerisinde iş yerinizde, birine cinsel şiddet uygulandığına tanık oldunuz mu?

Evet ☐

Hayır ☐

23.1 Yanıtınız evet ise; son 12 ay içerisinde kaç defa şahit oldunuz?

1 defa ☐

2-4 defa ☐

5-10 defa ☐

Ayda birkaç kere ☐

Neredeyse haftada bir ☐

Neredeyse her gün ☐

E. SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENİLEBİLİRLİĞİ:

1. Sizce çalıştığınız kurumda aşağıda belirtilen başlıklar hakkında alınmış herhangi bir önlem mevcut mu?

Sağlık ve güvenlik Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

İş yerinde fiziksel şiddet..... Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

İş yerinde sözel şiddet..... Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

İş yerinde cinsel şiddet..... Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

2. Size göre sağlıkta şiddete sebep olan **EN ÖNEMLİ 3 sebebi** işaretleyiniz.

*Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ☐

*Güvenlik önlemlerinin yetersizliği ☐

*Toplumda şiddete eğilimin artması ☐

*Genel olarak izlenen sağlık politikaları ☐

*Sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar, insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması ☐

*Sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz haber ve yorumlar ☐

*Sistemden kaynaklanan problemlerin sağlık çalışanlarına mal edilmesi ☐

*Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği ☐

*Toplum genel eğitim düzeyinin düşük olması ☐

*Çalışma ortamının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması ☐

*Çalışanların hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz yaklaşımları, kötü iletişim ☐

*Hasta psikolojisi, ihmal edildiğini düşünme ☐

*Tedaviden memnuniyetsizlik ☐

*Tetkik ve tedavi ücreti ☐

*Uzun bekleme süreleri, hastanelerdeki yoğunluk ☐

*Alkol-madde etkisi ☐

*Kötü haber alma ☐

*Haksız isteklerin reddedilmesi (rapor, reçete vs.) ☐

Diğer,

belirtiniz:.....

.....

.....

3. Size göre sağlıkta şiddete karşı alınabilecek **EN MÜHİM 3 önlem**i işaretleyiniz.

- *Güvenlik önlemleri (güvenlik elemanları, alarm sistemi vs.) ☐
 - *Koşulların iyileştirilmesi (aydınlatma, gürültü, yiyeceğ e erişim, temizlik, mahremiyet vs.) ☐
 - *Hastane içerisine girişlerin kısıtlanması vs. gibi katı erişim kısıtlamaları ☐
 - *Saldırgan hasta veritabanı (önceki saldırgan davranışları kaydedilmesi vb.) ☐
 - *Hasta protokolleri (nakil, ilaç, faaliyetlerin programlanması, hastanın bilgiye erişiminin artırılması) ☐
 - *Hastane ücretleri konusunda düzenleme ☐
 - *İş yükü ile orantılı personel çalıştırılması ve iş yoğunluğ unun azaltılması ☐
 - *Çalışma saatlerinin düzenlenmesi ☐
 - *Tek başına çalışılan hasta ile baş başa kalınan sürenin azaltılması ☐
 - *Eğitim (işyerinde şiddet, başa çıkma stratejileri, iletişim becerileri, çatışma çözme, kendini savunma vs.) ☐
 - *Çalışanlara mesleki, idari, hukuki destek verilmesi ☐
 - *Sağlık politikaları belirlenirken sağlık çalışanlarına söz hakkı verilmesi ☐
 - *Şiddete karşı caydırıcı yasal düzenlemeler yapılması ☐
 - *Medyada sağlık çalışanları ile ilgili yapılan haberlerdeki saldırgan dilin düzeltilmesi ☐
 - *Kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi ☐
- Diğ er, belirtiniz:.....

4. **İş yerinde** yaşadığınız fiziksel/sözel/cinsel şiddet olayı sonrası etkilenim düzeyi, hastalarla olan iletişim:

- *Hastalarla/meslektaşlarımla olan iletişimimi, iş motivasyonumu etkilemedi. ☐
- *Hastalarla/meslektaşlarımla olan iletişimimin azalmasına neden oldu. ☐
- *Hastalarla/meslektaşlarımla olan iletişimim esnasında korku duyuyorum. ☐
- *Artık daha dikkatliyim ve kendimi koruyorum. ☐
- *İşimi eskisi kadar sevmiyorum. ☐
- *Kurum/bölüm değıştirdim. ☐
- *İş performansımı azalttı. ☐
- *Motivasyonumu azalttı. ☐
- *Profesyonel yardım aldım. ☐
- *İş i bırakmayı düşündüm. ☐
- *İş imi bıraktım ☐