

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIKTA ŞİDDETİN GELİŞİMİNE NEDEN OLAN
RİSK FAKTÖRLERİ: META ANALİZ ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emrah ÖZ

İstanbul
Aralık-2020

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIKTA ŞİDDETİN GELİŞİMİNE NEDEN OLAN
RİSK FAKTÖRLERİ: META ANALİZ ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emrah ÖZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Halil ŞENGÜL

İstanbul
Aralık-2020

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Halil ŞENGÜL

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÇINAR

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Metin SAYGILI

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Sağlıkta Şiddetin Gelişimine Neden Olan Risk Faktörleri: Meta Analiz Çalışması**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Emrah ÖZ

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın yazımında yol gösterici fikirleri, yapıcı önerileri ve eleştirileri ile değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli hocam Dr. Öğr.Üyesi Halil ŞENGÜL'e, üniversite hayatım boyunca ufkumu aydınlatan, yol gösteren ve her zaman olumlu fikirleriyle destek veren çok değerli hocam, Prof. Dr. Ebubekir SOFUOĞLU'na, insanı olduğu gibi kabul eden, derdiyle dertlenen, her şeyine katlanan, bütün sıkıntılara göğüs geren ve bunu sadece sevgi için yapan dünyanın en çilekeş varlıklarından olan, ama her şeye rağmen sizden asla vazgeçmeyen kıymetli ANNEM'e, dünyanın en merhametli, en sevgi dolu, beni bir an kendi başıma bırakmayan, benden vazgeçmeyen, umudunu yitirmeyen ve her zaman özlemimi yüreğimde yaşayacağım Canım BABAM'a, sırlarımızla sırlandığımız, dertlerimizle dertlendiğimiz, babanın yerine koyabildiğin yegane varlıklarım olan abilerim Hüseyin ve Hasan Selim ÖZ'e, sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim, varlığıyla güç bulduğum hayat arkadaşım Şeyma ÖZ'e, bana dünyanın en güzel mutluluğunu yaşatan biricik kızım Havvanur'a sonsuz teşekkür ederim.

Emrah ÖZ
İstanbul-2020

ÖZET
SAĞLIKTA ŞİDDETİN GELİŞİMİNE NEDEN OLAN RİSK
FAKTÖRLERİ: META ANALİZ ÇALIŞMASI

Emrah ÖZ

Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Halil ŞENGÜL

Aralık-2020, 123 Sayfa

Toplumsal sorunların başında gelen ve neredeyse her alanda kendini gösteren şiddete, sağlık sektöründe de rastlanmaktadır. Sağlık çalışanları görevlerini sağlıklı bir şekilde yapabilmeleri için, güvenli bir çalışma ortamına ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hangi tür şiddete maruz kaldığını belirlemeye ve karşılaştıkları şiddeti önlemek için gerçekleştirilen çabalar devam etmektedir. Bu araştırmada gerçekleştirilen meta analiz, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin gelişmesinde etkili olan risk faktörlerini, nedenlerini ve türlerini inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmaların sistematik bir şekilde gözden geçirilmesine dayanmaktadır.

Bu bağlamda, bu araştırmada elde edilen verilerin meta analiz yöntemiyle değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Sağlıkta şiddet konusuyla ilgili 2010-2020 tarihleri arasında yayımlanmış olan bilimsel makaleler değerlendirme kapsamına alınmıştır. Google Scholar, Web of Science, Scopus, Science Direct, ULAKBİM veri tabanlarında hem İngilizce hem de Türkçe, “sağlık-health”, “şiddet-violence”, “sağlıkta şiddet-violence in health”, “sağlıkta şiddet türleri-types of violence in health”, “hastane-hospital”, “sağlık çalışanı- health staff” anahtar kelimeleri kullanılarak farklı kombinasyonlarla tarama yapılmıştır. Yapılan taramada ilk aşamada 16,800 çalışmaya ulaşılmıştır. Söz konusu çalışmalar arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 52 çalışma incelemeye alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilen çalışmaların, 14’ü kesitsel, 30’u kesitsel tanımlayıcı, 6’sı tanımlayıcı, 2’si retrospektif çalışmadır.

Çalışmaların büyük çoğunluğunda fiziksel şiddetin ortaya çıktığı, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama açısından ise kadınların daha yüksek risk altında olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

İncelenen çalışmalarda ortak olarak ele alınan değişkenler değerlendirilmiş, sağlık çalışanlarında şiddete maruz kalma cinsiyet, meslek, şiddeti uygulayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu, eğitim açısından ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalma daha çok kadınlarda, doktor ve hemşirelerde, kamu hastanelerinde hasta yakınları tarafından ortaya çıktığı görülmüştür.

Sağlıkta şiddetin gelişimine neden olan risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik meta analiz kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar, ileriki çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Sağlıkta Şiddet Türleri, Meta Analiz

ABSTRACT
RISK FACTORS CAUSING VIOLENCE IN HEALTH: META
ANALYSIS STUDY

Emrah ÖZ

Master, Healthcare Management

Thesis Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Halil ŞENGÜL

December-2020, 123 Pages

Violence, one of the leading social problems seen in almost every field is also observed in health sector. Healthcare staff need a secure working environment in order to do their duties properly. Therefore, studies are being carried out in order to identify the type of violence healthcare staff are exposed to and to prevent this violence. Meta-analysis in this study is based on a systematic review of local and international studies that deal with the causes and types of violence against healthcare staff and risk factors that influence the development of violence. In this context, the goal of this study is to evaluate the data obtained with meta analysis method.

Scientific papers on violence against healthcare staff published between 2010 and 2020 were evaluated. Keywords “health”, “violence”, “violence in health”, “types of violence in health”, “hospital”, “health staff” were searched in various combinations both in English and Turkish on Google Scholar, Web of Science, Scopus, Science Direct, ULAKBİM databases. The first search yielded 16800 studies. 52 studies that met inclusion criteria were involved in the study.

Of the 52 studies involved in the study, 14 are cross-sectional, 30 are cross-sectional descriptive, 4 are descriptive and 2 are retrospective. Physical violence is mentioned in vast majority of the studies and female healthcare staff are under a greater risk of being exposed to violence.

Common variables of the studies were evaluated and it was found that there was a significant difference between variables such as gender, occupation and actors of violence in the context of exposure to violence but no significant difference in the context of educational status. It was observed that women, doctors and nurses were more likely to be exposed to violence by patient relatives in state hospitals.

It is considered that the results obtained in this meta analysis study carried out to identify the risk factors causing violence in health will shed light on future studies.

Keywords: Health, Violence, Violence in Health, Types of Violence in Health, Meta Analysis



İÇİNDEKİLER

| | |
|-------------------------------|------|
| TEZ ONAYI..... | i |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ | ii |
| ÖNSÖZ | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| İÇİNDEKİLER..... | viii |
| TABLolar..... | xi |
| ŞEKİLLER..... | xii |
| KISALTMALAR | xiii |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|----|
| GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Sağlık Kavramı..... | 4 |
| 1.2. Sağlık Hakkı | 5 |
| 1.3. Hasta Hakları..... | 8 |
| 1.4. Çalışan Güvenliği Genelgesi | 9 |
| 1.5. Sağlık Kurumları ve Sağlık Çalışanları..... | 10 |
| 1.5.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumu..... | 10 |
| 1.5.2. İkinci Basamak Sağlık Kurumu..... | 10 |
| 1.5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu | 11 |
| 1.6. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik | 13 |

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|---------------------------------------|----|
| ŞİDDET KAVRAMI VE ŞİDDET TÜRLERİ..... | 15 |
| 2.1. Şiddet Kavramı..... | 15 |
| 2.2. Şiddet Oluşumu | 17 |
| 2.3. Şiddet Türleri..... | 18 |
| 2.3.1. Fiziksel Şiddet | 18 |
| 2.3.1.1.Saldırı..... | 18 |

| | |
|--|----|
| 2.3.2. Psikolojik Şiddet..... | 19 |
| 2.3.2.1.Sözel Şiddet | 19 |
| 2.3.2.2.Tehdit..... | 19 |
| 2.3.2.3.Mobbing/Yıldırma | 19 |
| 2.3.2.4.Cinsel Taciz | 20 |
| 2.3.2.4.1. Cinsel Taciz Tipleri..... | 20 |
| 2.3.2.4.1.1. Fiziksel Taciz | 20 |
| 2.3.2.4.1.2. Sözlü Taciz..... | 20 |
| 2.3.2.4.1.3. Jestlerle Taciz..... | 21 |
| 2.3.2.4.1.4. Yazıyla/ Resimle Taciz | 21 |
| 2.3.2.4.1.5. Psikolojik/Duygusal Taciz | 21 |
| 2.3.2.4.1.6. Taciz | 21 |
| 2.3.3. Cinsel Şiddet..... | 21 |
| 2.3.4. Ekonomik Şiddet | 21 |
| 2.3.5. Siber Şiddet | 21 |
| 2.4. Şiddete Etki Eden Faktörler | 25 |
| 2.4.1. Biyolojik Faktörler | 25 |
| 2.4.2. Psikolojik Faktörler | 26 |
| 2.4.3. Sosyolojik Faktörler | 26 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET..... | 27 |
| 3.1. Sağlık Kurumlarında Mesleki Riskler ve Şiddet İlişkisi..... | 28 |
| 3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddeti Ortaya Çıkaran Faktörler..... | 28 |
| 3.3. Dünya’da Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri..... | 33 |
| 3.4. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri..... | 34 |
| 3.5. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Bildirimi | 34 |
| 3.6. Şiddetin Sağlık Çalışanları Üzerine Etkisi | 34 |
| 3.7. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesi ve Şiddet Yönetimi | 35 |
| 3.8. Şiddetin Önlenmesinde Beyaz Kod Uygulaması | 37 |
| 3.9. Şiddete Uğramış Personelle Yapılacak Hukuki Yardım | 37 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| YÖNTEM | 39 |
| 4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi | 40 |
| 4.2. Evren ve Örneklem..... | 40 |
| 4.3. Kullanılan Veri Tabanları..... | 40 |
| 4.4. Veri Toplama Aracı..... | 40 |
| 4.5. Meta-Analiz..... | 40 |
| 4.6. Meta Analiz Yönteminin Avantajları..... | 41 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| BULGULAR | 42 |
| 5.1. Analize Dahil Edilen Değişkenler ve Etkileri (Çıktılar) | 42 |
| 5.2. Kodlama Yöntemi | 43 |
| 5.3. Verilerin Analizi..... | 44 |
| 5.4. Etki Büyüklüğü | 45 |
| 5.5. Heterojenite | 45 |
| 5.6. Etki Modelleri | 46 |
| 5.7. Yayın Yanlılığı..... | 46 |
| 5.8. Raporlama | 46 |
| 5.9. Bulgular..... | 47 |
| 5.10. Çalışma Karakteristikleri | 49 |
| 5.11. Metodolojik Kalitenin Değerlendirmesi | 50 |
| 5.12. Analitik Bulgular | 50 |
| 5.12.1. Genel Etki Büyüklükleri ve Heterojenite..... | 50 |
| 5.13. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri..... | 51 |
| 5.14. Yayın Yanlılığının Analizi..... | 54 |
| 5.15. Şiddetin Ortaya Çıktığı Ortamın Özelliği | 55 |
| 5.16. Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetin Türü..... | 56 |
| 5.17. Şiddete Maruz Kalınan Vardiya..... | 58 |
| 5.18. Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetin Nedenleri..... | 60 |
| 5.19. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Özellikleri..... | 62 |
| 5.20. Şiddeti Uygulayanların Özellikleri | 66 |
| 5.21. Şiddeti Uygulayanlar | 67 |

| | |
|---|----|
| 5.22. Çalışmada Ele Alınan Moderatörlere Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite | 69 |
| 5.22.1. Yaş Grubuna Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite | 69 |
| 5.22.2. Eğitim Düzeyine Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite | 73 |
| 5.23. Sağlık Profesyonellerinin Çalıştıkları Kurumların Mülkiyet Düzeyine Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite..... | 75 |

ALTINCI BÖLÜM

| | |
|--|------------|
| TARTIŞMA VE SONUÇ | 77 |
| 6.1. Tartışma..... | 77 |
| 6.2. Sonuç..... | 80 |
| KAYNAKÇA | 83 |
| EKLER | 93 |
| EK-1. Meta Analize Dahil Edilen Çalışmalar | 93 |
| EK-2. Kalite Değerlendirme Puan Tablosu..... | 98 |
| ÖZGEÇMİŞ | 109 |

TABLÖLÄR LİSTESİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Tablo 1.1: Sağlık Personeli ile İlgili Veriler (2007-2018)..... 11

Tablo 1.2: Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı (2007-2018)..... 12

Tablo 1.3: 2009-2018 Yılları Arasında Hekim ile İlgili Veriler 13

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tablo 5.1: Çalışmada incelenen moderatörler..... 43



ŞEKİLLER LİSTESİ

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|--|----|
| Şekil 5.1: PRISMA 2 Akış şeması | 48 |
| Şekil 5.2: Şiddete Maruz Kalma Değişkeni İçin Heterojenlik Testi Sonuçları | 51 |
| Şekil 5.3: Şiddete Maruz Kalma Değişkeni İçin Etkisine Ait Forest Grafiği | 53 |
| Şekil 5.4: Huni Saçılım Grafiği (Funnel Pilot) | 54 |
| Şekil 5.5: Şiddete Maruz Kalınan Ortam Değişkeni için heterojenlik Testi Sonuçları | 55 |
| Şekil 5.6: Şiddete Maruz Kalınan Ortam Değişkenin Etkisine Ait Forest Grafiği ... | 56 |
| Şekil 5.7: Şiddet Türü Değişkeni İçin Heterojenlik Testi Sonuçları | 57 |
| Şekil 5.8: Şiddet Türünün Etkisine Ait Forest Grafiği | 58 |
| Şekil 5.9: Şiddetin Yaşandığı Vardiya Değişkeni İçin Heterojenlik Testi Sonuçları | 59 |
| Şekil 5.10: Şiddet Yaşandığı Vardiyanın Etkisine Ait Forest Grafiği | 60 |
| Şekil 5.11: Şiddetin Nedenleri İçin Heterojenlik Testi Sonuçları | 61 |
| Şekil 5.12: Şiddetin Nedenlerinin Etkisine Ait Forest Grafiği | 62 |
| Şekil 5.13: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının cinsiyeti için heterojenik testi sonuçları | 63 |
| Şekil 5.14: Şiddete Maruz kalan sağlık çalışanının cinsiyetinin etkisine ait forest grafiği . | 64 |
| Şekil 5.15: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerinin Şiddetin Gelişimindeki Etkisi | 65 |
| Şekil 5.16: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının melek etkisine ait forest grafiği. | 66 |
| Şekil 5.17: Şiddeti Uygulayanların Cinsiyeti İçin Heterojenlik Testi Sonuçları | 67 |
| Şekil 5.18: Şiddeti Uygulayanların Cinsiyetinin Etkisine Ait Forest Grafiği | 67 |
| Şekil 5.19: Şiddeti Uygulayanların Cinsiyetlerinin Heterojenlik Testi Sonuçları | 68 |
| Şekil 5.20: Şiddeti Uygulayanların Hasta Yakını/Hasta Ve Diğer Olmasının Etkisine Ait Forest Grafiği | 69 |
| Şekil 5.21: Yaş Gruplarına Göre Etki Büyüklüklerinin Dağılımını Gösteren Orman Grafiği (Forest Plot) | 73 |
| Şekil 5.22: Eğitim Düzeyine Göre Etki Büyüklükleri Ve Heterojenlik Sonuçları | 73 |
| Şekil 5.23: Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Etki Büyüklüklerinin Dağılımını Gösteren Orman Grafiği (Forest Plot) | 74 |
| Şekil 5.24: Sağlık Profesyonellerinin Çalıştıkları Kurumların Mülkiyet Düzeyine Göre Etki Büyüklükleri Ve Heterojenlik Sonuçları | 75 |
| Şekil 5.25: Hastanelerin Mülkiyet Gruplarına Göre Etki Büyüklüklerinin Dağılımını Gösteren Orman Grafiği (Forest Plot) | 76 |

KISALTMALAR LİSTESİ

| | |
|--------|--|
| ABD | :Amerika Birleşik Devletleri |
| ASM | :Aile Sağlık Merkezi |
| BLS | :Amerika İşgücü İstatistikleri Bürosu (Bureau of Labor Statistics) |
| DSÖ | :Dünya Sağlık Örgütü |
| ICN | :Uluslararası Hemşireler Birliği |
| ICS | :Uluslararası Hemşireler Konseyi |
| ILO | :Uluslararası Çalışma Örgütü |
| İSG | :İş Sağlığı Güvenliği |
| NIOSH | :Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü |
| OSHA | :Amerika Birleşik Devletleri Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumu |
| PSI | :Uluslararası Halk Hizmetleri |
| SB | :Sağlık Bakanlığı |
| SKS | :Sağlıkta Kalite Standartları |
| SPSS | :Statistical Package for the Social Sciences |
| TDK | :Türk Dil Kurumu |
| TS | :Türk Standardı |
| TSM | :Toplum Sağlığı Merkezi |
| TÜİK | :Türkiye İstatistik Kurumu |
| UNDP | :Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı |
| UNİCEF | :Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu |
| WHA | :Dünya Sağlık Asamblesi |
| CMA | :Comprehensive Meta Analysis |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık, sadece sağlığın bozulmaması değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. İyilik hali, bireyin öznel algısına da yer veren “rahatsızlık”ın olmayışıdır. Bu, başka bir ifadeyle, biyomedikal modelin (Vücudumuz ile ruhumuzun birbirinden farklı çalıştığını ve hastalığın, vücudumuzda fonksiyon bozukluğuna sebep olduğunu ortaya koyan bir sağlık modeli) sağlık anlayışını muhafaza ederek içine alan, ancak sağlığın bununla sınırlı olmayacağını ifade ettikten sonra bu görüşü yaygın halde kullanılan bir ifadedir (DSÖ, 1998).

Sağlık; “Bedenin sağlığının bozulmaması durumu, beden sağlığı anlamında ifade edilmektedir (Maclachlan, 2006: 3). Hastalığı, hekim yaklaşımı ile “doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin ortaya çıktığı hal olarak tanımlanabilir (Fişek, 1985: 1). Tıbbi açıdan hastalık ise, “ bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması “ şeklinde tanımlanmaktadır (Gerek, 2000: 172). Biyolojik açıdan sıhhatli olmanın belirtisi “vücuttaki her hücrenin vazifesini mükemmel bir şekilde yerine getirmesidir “(Sabuncu vd., 1991: 5)

Sağlık, bireyin cenin durumundan ölüncüye kadar sahip olduğu ve bu nedenle genel olarak toplumun, özel olarak her bireyin sağlık haklarını kollamak ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasını sağlamak devletin, öncelikli görevleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri toplumsal asayiş görev ve yükümlülüklerinin en önemli hizmetlerinden birisi olarak ifade edilmektedir (Yeğınboy, 1993).

Sıhhatli olmak ya da olmamak hali ile iyi olmak veya hasta olmak durumlarını ifade eden temelde iki ayrı kapsamı olduğunu belirtir. Tanımların ayrıntılı bir biçimde ifade edilmesinde bu incelikli metod ile bir taraftan sağlık bahsinin geçtiği tıbbi sahalarla kısıtlandırılmayacağı ifade edilirken diğer taraftan da tıbbi alanın vazgeçilmez ve mühim olduğunu göstermektedir (Erbaydar, 2003: 45).

Sağlık veya hastalıklarla ilgili faaliyetlerin, ilerleyen aşamalarında ruhsal ve toplumsal durumlarının oluştuğunu göstermektedir. Şayet sağlığın öznesi bundan sonra tabipler ya da başka sağlıkçılar değil de topluluk ve fertler ise, sağlığın esas kaynağı tıp değil de insanların hareketleri ise, sağlıkla ilgili tercihleri bireyler kendileri gerçekleştireceklerse ve ayrıca sağlıktaki düşüncelerinin toplumun daha fazla kontrolünde olması icap ediyorsa artık sağlıkçıları topluluklar ve kişilerle duygu, düşünce, bilgi ve haber alışverişinin aktarılması her zamankinden daha farklı olduğu anlamına gelmektedir (Erbaydar, 2003: 45).

Bu belirtilen ifadelerden de anlaşılacağı gibi, sağlık alanındaki hizmetlerden faydalanan kişiler artık daha kıymetli duruma gelmiş ve sağlığın odak noktasına yerleştirilmiştir. Bütün bu bilgiler ışığında, hasta hoşnutluğunun sağlık müesseselerinin mekanizmaları, sağlık personelinin iş ortamındaki verimi ve hizmet niteliği gibi pek çok değişkenler karşısında reaksiyon gösterdiğini ifade etmek muhtemeldir (Solmaz ve Duğan, 2018: 185).

Değişkenlerin sayısı çok olsa da hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişim bunların başında gelmektedir. Sağlık sektöründe bilgi, duygu, düşünce ve haber alışverişinin karşılıklı olarak aktarılması her zaman mühim bir mesele olmuştur. Fakat sağlık iletişimi meselesinde halk sağlığı bakımından bugün elde edilen mana yenidir. Halk sağlığında biyo-psiko-sosyal sorunu ele alış, inceleyiş ve bütünsel olarak bakışı açısından sağlığın desteklenmesi yaklaşımına intikalin bir neticesidir. Sağlık hizmetleri anlamında bu kısma kadar izah edilen ve anlatılmak istenen değişim süreci dikkatle incelendiğinde iletişimin önlenemez biçimde ehemmiyet kazanmasının sebepleri de görülmektedir (Erbaydar, 2003: 45).

İletişimde karşılaşılan sorunların (Hastanın doktorlar tarafından kullanılan tıbbi terimleri anlamaması; hastaların, sağlık personeliyle sosyokültürel farklıları açısından dile getirilmeye çalışılan ifadelerin anlaşılabilmesi.) birçok kaynağı olabilir.

- Uzun çalışma saatleri.
- Eksik sayıda personel çalıştırılması
- Yeterli güvenlik önlemlerinin olmaması.
- Yoğunluk oranlarının çalışan ve hastaları olumsuz etkilemektedir.

Bu ve benzeri nedenlerden kaynaklanan şiddet unsurlarının önüne geçilmesi veya azaltılması için şiddetin ortaya çıkmasına sebep olabilecek eylemlere yönelik çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır (Doğanay, 2014: 137)

Sağlık iletişimini öğrenmenin sınırlı bir kurumsal iletişim örneği hakkında değil, bütünlük bir örneğe göre yerleşmiş olması daha yerinde olacaktır. İletişim akışını sadece iletilmek istenen bilginin ilişkisi olarak değil aynı vakitte etkileşimli belli bir sonuca ulaşılan düşünce akışını, inceleyerek ve araştırarak, örneklerle geliştirmiştir. Bu örnekler, iletişimi karşılıklı bilgi akışından da ötede bir “bağlantı” ve “etkileşim” süreci olarak ele almaktadır (Erbaydar, 2003: 45).

“Sağlık iletişimi” ile ilgili bugün yapılan tanımda ifade edildiği gibi, iletişim bir bütün olarak, Sağlıkın Desteklenmesi fikri kapsamında biçimlendirilmektedir. Bu kapsamda olmaksızın sağlık iletişiminden ortaya çıkarılabilecek fikir ancak hekimin hastasına sunacağı hizmeti, bilgilendirmeyi ve tedaviyi anlaşılabilir ve kolay bir şekilde izah etmesi, hastalığı ile ilgili faydalı bilgilerin aktarılması; halk sağlıkçılarının da çevreye bilgi akışını tam, kusursuz ve hatasız ifadeyle uygun yollarla aktarması olacaktır (Erbaydar, 2003: 45).

Sağlık İletişimi tanımının daha uygun ve yaygın bir alana taşınması için, iki amaçlı bir süreç olarak tarif edilmesi ve aynı zamanda bir etkileşim aşaması olduğunun anlaşılması iletişimin kurulması açısından daha verimli olacaktır (Erbaydar, 2003: 45).

Hizmet sektöründe faaliyet gösteren, bireylerin sağlığında görev alan, çok sayıda sağlık personelinin çalıştığı ve büyük çaba gerektiren bir hizmet kolu olarak ifade edilebilir. Sağlık personeli vazifelerini yaparken ortaya koydukları verimli çalışma seviyeleriyle, sağlık hizmeti vasfını tanımlamakta ve hizmetin verimiyle dengeli olarak hastanın hoşnutluğu veya hoşnutsuzluğunu ortaya koyulduğu görülmektedir. Bu husus hasta hoşnutluğu kadar sağlık personelinin de hoşnutluğunun ehemmiyetli olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Fakat sağlık hizmetleri alanında olabildiğince fazla sorunlara maruz kalmak, sağlık personelinin verimini ve gönül rahatlığıyla çalışma performansını azaltmaktadır (Solmaz ve Duğan, 2018: 185).

Sağlık hizmetinin ortaya konulmasında meydana gelen problemlerin önde gelenlerinden olan sağlık hizmetlerinden faydalanan topluluğun yoğun bir şekilde çoğalması, sağlığa aktarılan kaynağın bu yükselişe göstermiş olduğu tutarlılığın başarılmaması, sağlığa yapılan yatırımların ve ülke seviyesindeki paylaştırılmanın, sağlık yardımından faydalanan kişi sayısı ile orantılı olmamasından kaynaklanmaktadır (Yücel, 1990: 137).

Yeterli miktarda sağlık çalışanlarının bulunmaması, sağlık çalışanlarının dengeli bir şekilde paylaşımının sağlık desteğinden faydalanan nüfus ile orantılı olmaması sağlık kuruluşlarında modern yönetime uyum sağlayamamış olması, merkezi teşkilatlanmanın sınırlı ve yaptırım yetersizliği gelmektedir (Yücel, 1990: 137).

1.1. Sağlık Kavramı

Kelime anlamı açısından sağlık bedenini hasta olamaması diğer bir ifadeyle bedenin iyi ve sıhhatli olması, iyiliği anlamında yorumlanmaktadır (TDK, 1988: 549). Birçok bireyin sağlığı veya hastalığının olmaması olarak değerlendirilmektedir (MacLachan, 2006: 3). Tıbbi olarak hastalık, “bireyin bedensel veya psikolojik sağlığının bozulması” şeklinde ifade edilmektedir (Gerek, 2000: 172). Sağlık kavramı birçok yazara göre farklı tanımlanmakla beraber günümüzde en çok kabul gören tanımlardan birisi de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yapmış olduğu sağlık tanımıdır. Sağlık kavramına ait tanımı açıklamak amacıyla DSÖ'nün tanımladığı “Sağlık” kavramına değinmek gerekmektedir. Buradan hareketle DSÖ açısından sağlık, sadece iyi olmak ya da hastalığa sahip olmamak değildir. Ayrıca kişinin bütünsel olarak, psikolojik ve toplumsal açıdan tam bir iyilik durumu olarak ifade edilmektedir (Wilkinson, 2001: 7). Sağlık ve hastalık tanımları kişisel, sosyal ve çevresel değişikliklerle anlaşılan bir husustur (Sabuncu vd., 1991: 5). Örnek olarak sağlığın psikolojik açıdan göstergesi, memnuniyeti, rahatlığı veya problemlerin üstesinden gelme yeteneği olarak ele alınmaktadır. Biyolojik yönden tam iyilik halinin belirtisi ise “vücuttaki her hücrenin vazifesini eksiksiz yapmasıdır”. Ayrıca sosyolojik açıdan ele alındığında sağlık, kişinin toplumsal standartlara uygunluğuna dikkati çekerken, toplumsal standartlardan ayrılmayı ifade eder (Sabuncu vd, 1991: 5). DSÖ'nün kuruluş sözleşmesinde ulaşılabilir üst düzey sağlık normlarına erişmenin, ırk, din, siyasi düşünce, iktisadi veya sosyal olayların ayrımını imkân vermemeksizin bireyin doğal hak ve özgürlüklerinden birisi olduğu ifadesine yer verilmektedir (DSÖ, 1998).

Bu nedenle en temel sağlık hizmetleri milli olarak sağlık yönteminin insanların yaşadığı ve çalıştığı ortamların mümkün olduğu kadar çevresinde ve ilk müracaat yeri olan sağlık hizmeti ile ilişkisinin bağlantısını meydana getirir. Kaynaklarda sürekli karşılaştığımız sağlığın tarifinde ifade edilen tam iyilik halinin temin edilmesi ve kontrol edilmesi oldukça meşakkatlidir (Schultz & Johnson, 1976: 4).

Bu sebeple bazı yazarlar DSÖ'nün yapmış olduğu tarifi hayali ve idealist olarak ifade ederken (Wilkinson, 2001: 7), yapılan çalışmalarda sağlık tanımına ilişkin bahsi geçen psikolojik ve bedensel olarak iyilik durumunun temin edilmesinin bir "sağlık yönetim sistemi" ile gerçekleştirilebileceğini ne sürmektedir. Sağlık yönetişim sistemi; sağlığı savunacak ve ilerletecek bireylerden başlayarak, sistemin en üst noktasından çalışan personelini kapsayan önemli bir yöntemdir. Bu nedenle sağlık açısından güvenliğin sağlanması ile söz konusu güvenliğin arttırılması, yalnızca sağlık hizmetlerine ait bir vazife değildir. Sabuncu (2002) tarafından ortaya konulan önerilere göre bireyin, bedensel, psikolojik ve toplumsal olarak iyilik durumunun temin edilmesi bütün meslek gruplarını ilgilendirmektedir (Sabuncu, 2002: 319).

1.2. Sağlık Hakkı

Türk dil kurumuna göre; "*Hak "adalet" ya da "hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı Şey kazanç" , yahut "dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk" veya "verilmiş emekten doğan manevi yetki"* olarak tanımlanmaktadır (TDK, 1988).

Sağlık hakkının ise "yaşama" temel hakkının ayrılmaz bir parçası ve tamamlayıcısı olduğu görülmektedir. Günümüzün ağdaş, sosyal devlet anlayışının en yaygın hizmetlerinden birini oluşturan sağlık hizmetleri, sağlık hakkının herkes tarafından kullanılmasını sağlayan bir eylem olarak kabul edilmektedir (Demir vd., 2016: 26).

Ulaşılabilir en üst düzeyde sağlık hizmeti almak, insan olmanın gerektirdiği haklardan birisidir ve bu nedenle hiçbir ayırım gözetmeden herkese eşit biçimde sunulmasını gerektirir (İnanđı, 1999: 357).

Sağlık, kişinin cenin durumundan, hayatı sonlanıncaya kadar sahip olduğu en doğal bir haktır. Bu sebeple genel olarak, sosyal yönüyle, her kişinin Şahsi olarak sağlık haklarını güvence altına almak ve sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmasını sağlamak devletin, dolayısıyla da devleti temsil eden hkmetlerin öncelikli vazifeleri arasında yer almaktadır.

Bireyler için hak olan sağlık hakkı, devletler açısından da görev olup, bu görev uluslararası hukuk belgeleri ile de desteklenmektedir (Yeğınboy, 1993).

19. yüzyılla birlikte muhtaç kişilerin insani hak ve özgürlüklerden yararlanması için devlet tarafından arz edilecek olan hizmetler temel haklar olarak tanzim edilmiştir. Bu bağlamda ele alındığında söz konusu haklar “ikinci kuşak haklar” veya “toplumsal haklar” olarak ifade edilmiştir (Uygun, 2000:23).

Sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik faaliyetler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Buradan hareketle “sağlık hakkı” Türkiye Cumhuriyeti anayasasında bulunan en doğal haklar arasındadır. DSÖ “Kuruluş Sözleşmesi” nde, “sağlık hakkı”, ulaşılabilir en yüksek sağlık ölçülerine erişmek, herhangi bir ırk, din, politik görüş, maddi ya da sosyal durum farklarını gözetmeyerek her bireyin en doğal haklarından birisidir” biçiminde ifade edilmiştir (DSÖ, 1998).

Dayanıklı ve kuvvetli bir topluluk, sıhhatli ve iyi yetiştirilmiş bireylerden meydana geldiğinden, sağlık, kişinin anne karnından ölüncüye kadar sahip olduğu en doğal bir hak olarak kabul edilmektedir. Yaygın bir şekilde çevrenin, kişisel açıdan kişinin sağlık hakkını gözetmenin yanında sunulan sağlık hizmetlerinden yeterli derecede faydalanmasını temin etmek, devletin başlıca vazifesidir (İnanđı, 1999: 357).

Kişiler bakımından temel bir hak olarak ele alınan sağlık, devletin gerçekleştirmesi gereken bir vazifedir. Söz konusu vazife ister hukuksal seviyede isterse de milletlerarası hukuki dokümanları ile doğrulamaktadır (İnanđı, 1999: 357).

20. yüzyıl temel alındığında sağlık ya da sağlık hizmetlerinde yararlanma hakkı meselesinde diğeri dünya devletlerinin de çeşitli tedbirleri vardır. Türkiye’de sağlık hakkının hukuksal seviyede garanti altına alındığı anayasada görülmektedir. 1961 Anayasası’nda yer alan ilgili maddeye göre sağlık faaliyetlerinden faydalanma hakkı devlet tarafından vatandaşına sağlanan bir görev mahiyetindedir. Anayasanın ilgili maddesinde; “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesine ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir” ifadesi yer almaktadır. Öncelikle dikkat edilmesi ve önem verilmesi gereken sosyal devlet esaslarına dayanan “1961 Anayasasında Devlet”, her bireyin hem psikolojik hem de fizyolojik sağlığını koruyarak yaşamasını sağlamak, tıbbi hizmet alması için gerekli hizmetin alınmasını temin etmekle vazifeli kılınmıştır. Sağlık faaliyetlerinden faydalanma hakkı, “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” içerisinde temel bir hak şeklinde ifade edilmiştir.

Bahsedilen meselenin, hakkın toplumsal eşitliliğe elverişli şekilde takdim edilmesini karşılamak maksadıyla düzenlenen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun temelinde sağlıkla birlikte sosyal faaliyetler tek bir yapıda birleştirilmiştir. Sağlık birden fazla konuyu ve olayları içinde bulunduran bir sistem olduğundan bireylerin hayatlarını sıhhatli olarak devam ettirmelerini temin etmek için yapılacak hizmetlerin ve alınacak siyasi kararların birden fazla konuyu kapsamaması gerekmektedir (Fişek, 1991: 2).

Soyer'e göre 1982 Anayasası ile sosyal devletin düzenleyici ve denetleyici işleri yürütmesi gerektiğini, sağlığın ise bir birey hakkı olduğu düşüncesinin olması gerektiği ortaya koyulmaktadır (Soyer, 2000:259).

1982 Anayasası'nın 56'ncı maddesi gözden geçirildiğinde, 1961 yılında yayınlanan anayasadan farklı bir şekilde devlet açısından sağlık faaliyetlerini bir görev olarak görmek yerine devlet tarafından yerine getirilecek fonksiyonu düzenlemek ve kontrol edilmesiyle sınırlandırıldığı görülmektedir (Devebakan, 2018: 6).

1982 Anayasasının 56'ncı maddesinde; *"herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir"* denilerek sağlık hakkı tanımlanmış fakat sosyal haklardan bahsedilmemiştir. Bireyler, çevre sağlığını korumak temiz bir ortamda hayatlarını sürdürme hakkına sahiptir. Çevreyi şekillendirmek çevrenin korunması ve temizliğinin sağlanması hem devlet hem de bireylerin temel görevleri arasında yer almaktadır. Devletin temel görevi, tüm vatandaşlarının hayatını hem vücut hem de psikolojik sıhhatini iyilik hali içerisinde devam ettirebilmesini sağlamaktadır. Bireyin gücünü verimli şekilde kullanarak, istenilen sonucu, iş birliğiyle birlikte, sağlık işletmelerini tek bir merkezden organize edip verilecek olan hizmeti düzenler. Bir vazife olarak devletin bütün sektörlerdeki hem sağlık hem de toplumsal hizmet veren kuruluşlardan yararlanarak, bu kuruluşların kontrolünü yaparak yerine getirir. Devlet sağlık faaliyetlerini kapsamlı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için çıkarılan kanunlarda "genel sağlık sigortası" birimi oluşturulabilir ibaresine yer verilmiştir.

1982 anayasasının 17'inci ve 50'inci maddelerinde sağlık hakkı en net biçimde tanımlanmıştır. Anayasanın 17'inci maddesinde, *"Herkes yaşama, maddi ve manevi arlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir"* ve *"Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabii tutulamaz"* ibarelerine yer verilmiştir.

Anayasanın 50'inci maddesinde ise *“kimsenin yaşına, cinsiyetine ve gücüne uygun olmayan işlerde çalıştırılmayacağı, küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanların çalışma şartları bakımından özel olarak korunacağı, dinlenmenin çalışanların hakkı olduğu ve ücretli hafta ve bayram tatili ile ücretli yıllık izin haklarının yasa ile düzenleneceği”* hükmüne yer verilmiştir. Toplumsal devlet bakışı açısından günümüzde kabul edilmiş tanımıyla sağlık hakkı, gelişmiş bütün ülkelerde, vatandaşların hayatlarını sürdürebilme ve sağlık hakkı, şahsi olarak da personellerin sağlıklı bir alanda çalışma hakkı olarak tanımlanmaktadır.

Yaşam hakkı, sağlık hakkı ve sağlıklı olarak tanımlanan çalışma hakkını kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlık açısından uygun bir zeminde çalışma hakkı temel bir haktır. Endüstrileşme aşamalarıyla beraber iş kazalarının çoğaldığı dikkate alındığında personellerin sağlıklarının güvence altına alınması mecburi bir durumdur. Bu durum *“kamu düzenini”* diğer bir ifadeyle *“halk sağlığını”* ilgilendirmektedir. Sosyal devlet, milletin verimliliğin kuvvetli taraflarını azaltan negatif iş gücü durumlarına seyirci kalmayacaktır (Devebakan, 2018: 5).

1.3. Hasta Hakları

Amsterdam ve Bali Bildirgeleri hasta hakları konusundaki çalışmaların, temelini oluşturmaktadır. Amsterdam ve Bali Bildirgelerinde vurgulanmak istenen en temel ayrımın hastaya yüklenen anlam olduğunu söyleyebiliriz. Genel anlamda Amsterdam Bildirgesi hastanın haklarının genişletilmesi, sağlık personelinin ise yükümlülüklerinin arttırması gerektiğini ortaya koyan bir metindir. Bali Bildirgesi'nde ise hastanın haklarının daha sınırlı olduğu ve bu bildirgenin daha gerçekçi ve uygulanabilir ilkeler söylenebilir (Oğuz, 1997: 50).

Hasta hakları ile ilgili yapılan çalışmalar neticesinde gerek Amsterdam Bildirgesi, gerekse "Bali Bildirgesi" hastaların hakları konusunda önemli katkılar sağlamaktadır (Oğuz, 1997: 50).

Türkiye'de 1961 yılında çıkarılan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" hasta hakları konusunda ilkeleri dolaylı olarak ortaya çıkarmaktadır. Hasta haklarına yönelik bazı yasaların içeriğinde kimi ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkelerin başında, Türk Standartları Enstitüsü'nün hazırladığı ve hasta hakları ile yükümlülüklerine ilişkin Türk standardını belirlemeyi amaçlayan çalışmalar ortaya konmuştur (Oğuz, 1997: 50).

1.4. Çalışan Güvenliği Genelgesi

Sağlık çalışanlarının emniyetli mekanlarda ve yüksek istekle çalışmasını temin etmek, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın esas amaçlarından biridir. Sağlık Bakanlığı bu kapsamda, sağlık personelinin emniyetine özgü aşağıdaki hazırlıkları yaparak sağlık kurumlarına gerekli direktifleri vermişlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

a) Bütün sağlık işletmelerinde, hizmet alanlar ve sağlık personelleri için emniyetli bir ortam oluşturulması maksadıyla neşredilen “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” istikametinde;

1. Personel güvenliği komisyonu oluşturulması,
2. Personel güvenliği planlamasının oluşturulması,
3. Personellere özgü sağlık düzenlemelerinin oluşturulması,
4. Personellerin bireysel tedbirlerin alınması,
5. Personellere karşı şiddetin engellenmesi için gerekli çalışmaların yapılması,
6. Bulaşıcı hastalık vakalarının denetlenmesi ve engellenmesine karşı program hazırlanması,
7. Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
8. Personellere, çalışan güvenliği ile ilgili eğitimlerin verilmesi.

b) Kuruluşlarımızda yürürlüğe giren “*Hizmet Kalite Standartları*” içerisinde; çalışma alanından dolayı ortaya çıkabilecek tehlikelerin giderilmesi maksadıyla, şiddet ve iletişim ile alakalı çalışmaları da içine alacak şekilde tehlikeleri analiz ederek gereken önlemlerin alınması.

c) “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*” ile acil servisler başta olmak üzere şiddet ortaya çıkma olasılığının bulunduğu bölgelerde güvenlik önlemlerinin arttırılarak, polis ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması.

Başka bir açıdan şiddetin önlenmesine veya en az seviyeye düşürülmesine ait faaliyetlerin medya mensupları, iletişim uzmanları, yöneticiler ve sağlık personelleriyle beraber yapılan çalışmaların gözden geçirilerek seminerler düzenleyerek yerel seviyede süreklilik arz eden “*Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans*” çalışmaları başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bu çalışmalar çerçevesinde vatandaşın bilgi sahibi olması ve sosyal bir akıl ortaya koymak maksadı ile faaliyetler sürmektedir. Kişinin hem fizyolojik hem de psikolojik bakımdan hasara uğramasıyla neticelenen ve neticelenme ihtimali tüm davranışları kapsayan “şiddet” vakalarının engellenmesi maksadıyla, halihazırdaki çalışmaların tekrar kontrol edilmesi, olası durumların önüne geçilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çerçevede görevini yerine getiren sağlık çalışanlarının, emniyetinin temin edilmesinde idarecilerimize büyük vazife ve mesuliyet düşmekte olup, aşağıda belirtilen talimatlar titizlikle yerine getirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Beyaz Kod Uygulaması

Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi

Risk Değerlendirmesi ve Güvenlik Tedbirleri

Çalışanların Eğitimi

Hasta ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi

Hizmetten Çekilme

Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım

1.5. Sağlık Kurumları ve Sağlık Çalışanları

Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri, eczane gibi kurumlardır. 31.05.2019 tarihli tebliğ ile Sağlık Bakanlığınca yayımlanan 31.05.2019 tarihli genelge ve yine Sağlık Bakanlığınca 31.05.2019 tarihinde yayımlanan genelgeye göre sağlık kurumlarının basamakları belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

1.5.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumları

Birinci basamak olarak sınıflandırılan, resmî kurumlardaki tabiplikler, Aile ve Toplum Sağlığı Merkezleri, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, özel sağlık kuruluşları, poliklinikler veya tıp merkezleri olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

1.5.2. İkinci Basamak Sağlık Kurumları

İkinci basamak sağlık kurumları olarak eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, yan dal hastaneleri, Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri, özel hastaneler yönetmeliği 'ne göre ruhsat almış özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve yan dal merkezleri olarak sınıflandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

1.5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları

Üçüncü basamak sağlık kurumları ise yan dalları olan eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri olarak sınıflandırılmıştır. Sağlık sektörü bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hizmet sektörü içinde önemli bir yeri tutmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Bu çalışma esasen sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti ele almak istediğinden, çalışmanın bu kısmında ise Türkiye’de sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarına yönelik veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 1.1. Sağlık Personeli ile İlgili Veriler (2007-2018)

| Yıllar | Hekim | Diş Hekim | Hemşire | Diğer Sağlık Personeli | Ebe | Eczacı | Diğer Sağlık Personeli ve Hizmet Alımı |
|--------|---------|-----------|---------|------------------------|--------|--------|--|
| 2007 | 108 402 | 19 278 | 94 661 | 79 441 | 47 175 | 23 977 | - |
| 2008 | 113 151 | 19 959 | 99 910 | 89 540 | 47 673 | 24 778 | - |
| 2009 | 118 641 | 20 589 | 105 176 | 93 550 | 49 357 | 25 201 | - |
| 2010 | 123 447 | 21 432 | 114 772 | 99 302 | 50 343 | 26 506 | - |
| 2011 | 126 029 | 21 099 | 124 982 | 110 862 | 51 905 | 26 089 | 260 693 |
| 2012 | 129 772 | 21 404 | 134 906 | 122 663 | 53 466 | 26 571 | 273 616 |
| 2013 | 133 775 | 22 295 | 139 544 | 131 652 | 53 427 | 27 012 | 290 363 |
| 2014 | 135 616 | 22 996 | 142 432 | 138 878 | 52 838 | 27 199 | 303 110 |
| 2015 | 141 259 | 24 834 | 152 803 | 145 943 | 53 086 | 27 530 | 311 337 |
| 2016 | 144 827 | 26 674 | 152 952 | 144 609 | 52 456 | 27 864 | 321 952 |
| 2017 | 149 997 | 27 889 | 166 142 | 155 417 | 53 741 | 28 512 | 339 241 |
| 2018 | 153 128 | 30 615 | 190 499 | 177 409 | 56 351 | 32 032 | 376 367 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2018)

Türkiye’de 2018 yılı verilerine göre 153.128 hekim, 30.615 dış hekimi, 190.499 hemşire, 177.409 diğer sağlık personeli, 56.351 ebe, 32.032 eczacı, 376.367 diğer sağlık personeli ve hizmet alımı şeklinde istihdam edilen personel bulunmaktadır.

Tablo 1.2. Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayıları (2007-2018)

| Yıllar | Hekim | Dış Hekim | Hemşire | Diğer Sağlık Personeli | Ebe | Eczacı |
|--------|-------|-----------|---------|------------------------|-------|--------|
| 2007 | 651 | 3661 | 746 | 889 | 1496 | 2944 |
| 2008 | 632 | 3583 | 716 | 799 | 1500 | 2886 |
| 2009 | 612 | 3524 | 690 | 776 | 1470 | 2879 |
| 2010 | 597 | 3440 | 642 | 742 | 1464 | 2781 |
| 2011 | 593 | 3542 | 598 | 674 | 1440 | 2864 |
| 2012 | 583 | 3533 | 561 | 617 | 1414 | 2846 |
| 2013 | 573 | 3439 | 549 | 582 | 1435 | 2838 |
| 2014 | 573 | 3379 | 545 | 559 | 1470 | 2857 |
| 2015 | 557 | 3171 | 515 | 540 | 1483 | 2860 |
| 2016 | 551 | 2992 | 522 | 552 | 1522 | 2864 |
| 2017 | 539 | 2898 | 486 | 520 | 1504 | 2834 |
| 2018 | 536 | 2 679 | 430 | 462 | 1 455 | 2 560 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2018)

Türkiye’de 2018 yılı verilerine göre bir hekime 536, bir dış hekime 2679, bir hemşireye 430, bir diğer sağlık personeline 462, bir ebeye 1455, bir eczacıya 2560, kişi düşmektedir.

Tablo 1.3. 2009-2018 Yıllarında Hekim Başına Düşen Kişi ve Müracaat Sayıları

| Yıllar | Hekim Sayısı | Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı | Hekim Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı |
|--------|--------------|--------------------------------|--|
| 2009 | 118 641 | 612 | 4 447 |
| 2010 | 123 447 | 597 | 4 367 |
| 2011 | 126 029 | 593 | 4 850 |
| 2012 | 129 772 | 583 | 4 791 |
| 2013 | 133 775 | 573 | 4 712 |
| 2014 | 135 616 | 573 | 4 749 |
| 2015 | 141.259 | 557 | 4 673 |
| 2016 | 144 827 | 551 | 4 735 |
| 2017 | 149 997 | 539 | 4 793 |
| 2018 | 153 128 | 536 | 5 110 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2018)

Türkiye’de 2018 yılı verilerine göre 153.128 hekim istihdam edilmekte olup, hekim başına düşen kişi sayısı 536 iken, hekim başına düşen hasta müracaat sayısı 5.110 kişi bulunmaktadır.

1.6. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik

Sağlık bakanlığı, tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hata ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasında yönelik usul ve esasları düzenlemek amacıyla “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır.

Kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsayan bu yönetmeliğin 7'inci maddesinin doğrudan çalışan güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Bu madde ile yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumlarından aşağıda sıralanan yükümlülüklerin yerine getirilmesi hükme bağlanmış olup, sağlık kurumlarının gerekli tedbirleri alması ve aşağıdaki düzenlemeleri yapması istenmiştir (Devebakan, 2018:93-94).

- Çalışan güvenliği programının hazırlanması
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması
- Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması

İKİNCİ BÖLÜM

ŞİDDET KAVRAMI VE ŞİDDET TÜRLERİ

Şiddetin tarihi insanlığın kökenine kadar gitmekte, yaşamın her alanında kendine bir şekilde yer bulmaktadır. Şiddeti ortaya çıkaran birey veya bireyler açısından baktığımızda karşımıza birden fazla gerekçeyi çıkarabilmektedir. Bazen ortaya koymuş oldukları gerekçeler çoğu zaman önemli anlamda haklı ve geçerli görülebilme eğilimi bilinmektedir. Şiddet alanında birçok bilimsel çalışmaların yapıldığı ve şiddetin en aza indirilmesi için azami gayret gösterilen önemli bir sorun olduğu görülmektedir (Uludağ ve Zengin, 2016:71).

Şiddet, bireyin kendisine, başka bir kişiye, zümre veya topluluğa ait öldürme, yaralama, psikolojik zedelenme, gelişimsel deformasyona sebep olabilecek durumda bedensel baskı, şiddet uygulanması veya gözdağının maksatlı olarak tatbik edilmesidir (Annagür, 2010: 161).

Şiddet, özellikle toplum bilimi gibi Felsefe, Hukuk, Siyaset Bilimi, Suç bilimi gibi toplumsal bilimlerin birden fazla alanını ilgilendirmesinin yanında temel bilimlerden Biyoloji tarafından açıklanmaya çalışılan bir olgudur (Afşar, 2015: 716).

Şiddet insanların farklı şekilde (bedensel/fiziki, sözlü, sembolik, cinsel vb.) deneyimledikleri bir olgu olup, disiplinler arası boyutları olan bir sorundur. Bu olgu hayat deneyimlerinin ve toplumsal değişimin sosyolojik analizinde gittikçe daha çok öne çıkmaktadır (Attar, 2017: 157).

2.1. Şiddet Kavramı

Şiddet olayları, insanları yıldırma, tehditler savurma için meydana çıkarılan olay ya da teşebbüslerdir (Ünsal, 1996: 19).

Şiddet; personele fiziksel, psikolojik ve sözel davranışları kapsayan direkt olarak eylem ya da eylemleri ifade eder. İşyerinde görülen şiddet olayları, bütün dünyada ortaya çıkan mesleki bir tehdit unsurudur (Tee vd., 2016).

Sağlık sektöründe görülen şiddet vakalarının toplam iş ile ilgili şiddet vakalarının çeyreğini oluşturduğu düşünülmektedir (Di Martino, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü şiddetin günümüzde mühim bir halk sağlığı problemi olduğunu beyan etmektedir (DSÖ, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından şiddet “kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi” olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2002).

Dünya sağlık asamblesi de 1996 yılında Cenova’da yaptığı 49’uncu toplantısında (WHA49.25) şiddetin bir halk sağlığı problemi olduğu deklere edilmiştir (WHA, 1996).

ILO işyeri şiddetini, işletmelerde yaşanan hareket veya hadisenin personelde doğrudan veya dolaylı olarak ortaya çıkardığı hasar ya da gözdağı şeklinde ifade etmiştir (Chappell & Di Martino, 2006).

Avrupa Komisyonu iyilik halinin bozulmasını, kurum ve kuruluşlarda kişilerin işleriyle alakalı veya herhangi bir görevi yerine getirirken saldırıya uğraması, tehdit edilmesi, herhangi bir şekilde zarar görmesi ve güvenliğinin ortadan kalkması olarak ifade etmiştir. Sağlık alanında hizmet veren personellerin günümüzde görev yaptıkları alanlarda şiddet olasılığı ile karşı karşıya kalma durumu ciddi derecede artış göstermiştir. Amerika’da faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında görülen şiddet vakaları açısından, şiddet ulusal bir mesele haline gelmiş ve gerekli araştırmaların yapılması önem arz ettiği ve dikkati çekilmesi gerektiğine işaret edilmektedir (Hobson, 1996).

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki hastanelerde şiddet suçlarının 2012 yılında her 100 yatak başına 2 vakadan, 2015 yılında 2,8 vakaya çıktığı rapor edilmektedir. Söz konusu vakaların önemli bir kısmı (%44), ağır cezayı gerektiren müessir fiil vakaları olarak sınıflandırılabilir. Bu vakaların %46’sı hastanelerin acil servislerinde meydana gelmektedir (The Joint Commission, 2016).

DSÖ istatistiklerine göre tüm dünyada her yıl 16 milyondan fazla kişi şiddet nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Şiddet olayları neticesi hayatını kaybedenlerin, 15-44 yaş gurubu arasında olanların, erkeklerde ölümle sonuçlanan tüm vakaların %14’ünü kadınlarda ise % 7 sini oluşturduğu bildirilmektedir. (DSÖ, 2002).

Avrupa Birliği ülkeleri içinde çalışma şartlarının 10 yıllık bir periyodun incelenmesi ile ilgili, “*Avrupa Yaşama ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı*” açısından yapılan araştırma neticesinde 2000 yılında (21.500 çalışan üzerinde) yapılan bir çalışmada; üye ülkelerdeki personellerin %2’sinin mesai arkadaşları tarafından, %4’ünün kurum dışındaki bireyler tarafından şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır.

Yapılan araştırmanın devamında ise, personellerin %2'sinin cinsel tacize, %9'unun da korkutma ve tehdide maruz kaldığını belirtmektedir (Efil Wc, 2006).

İş yerindeki şiddetle ilgili Chappell ve Martino'nun birlikte yaptıkları uluslararası araştırmalarda kurum ve kuruluşlarda şiddetin sanayileşmiş ülkeler (Almanya, Rusya) ile Latin Amerika'da en yüksek seviyede olduğu anlaşılmaktadır (Chappell & Di Martino, 2006).

Avrupa Birliği'ne üye 15 ülkede yapılan araştırmalarda, çalışanların %4'ünün (6 milyon çalışan) fiziksel şiddete, %2'sinin cinsel tacize (3 milyon çalışan) ve %8'inin (12 milyon çalışan) tehdit ve şiddete uğradığını göstermektedir. Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Kurumu (National Institute for Occupational Safety and Health) iş yerinde şiddetin tanımını, "İş yerinde vazifesi esnasında bulunan direkt personele karşı yapılan fiziksel veya sözel olarak ortaya koymuş oldukları fiil" olarak ifade edilmektedir (NIOSH, 2002: 1).

2.2. Şiddetin Oluşumu

Uygulanan şiddetin tiplerine göre, fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik ve siber şiddet olarak sınıflandırmak mümkündür (Polat, 2016: 15).

Avrupa Komisyonunun tanımında "İşletmelerdeki şiddet, personelin görevi nedeniyle karşılaştığı, güvenliğini veya sağlığını hedef alan tehdit ya da saldırı olaylarıdır (Pınar, ve Pınar, 2013: 315)

A. Kaynağına göre şiddet oluşumu:

Şiddeti kaynağını veya tehdidi oluşturan kişi veya kişilere göre sınıflandırılmasında, Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin düzenlemiş olduğu dört tip sınıflama tercih edilmekte ve incelenmektedir (Pınar, ve Pınar, 2013: 315-326).

Tip I : Bu tip şiddet türlerinde kurum ve kuruluşla ilişkisi bulunmayan kişi veya kişilerin gerçekleştirdikleri suç faaliyetlerini temel alır. Bu bağlamda şiddet türünde temel amaç nakit para ve bunun yanı sıra kıymetli eşyalardır.

Tip II : İşyerlerinde görülen şiddet, en yaygın görülen şiddet türlerinden olup, müşteri, hasta veya hasta yakınları tarafından maruz kalınan fiziksel veya psikolojik şiddeti kapsamaktadır.

Tip III : Kurum içerisinde çalışan, idarecilerin diğer personellere, amirlerin meslektaşlarına ve astlarına uyguladığı, astlarında üstlerine uyguladığı şiddeti ifade eder.

Tip IV: Bu şiddet türünde aile bireyleri veya arkadaşlarının uyguladığı ve şiddetin kaynağının ev olmasına karşın, şiddeti işyerine taşınması gözlemlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türü daha çok Tip II olmasıyla birlikte, farklı seviyelerde diğer şiddet türlerine maruz kalmaktadır (Pınar, ve Pınar, 2013: 315).

2.3. Şiddetin Türleri

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açan ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2017).

Şiddet sınıflaması pek çok yönden değişebilmesine rağmen şiddet türleri şu şekilde sınıflandırılabilir (Polat, 2016)

- Fiziksel şiddet
- Psikolojik şiddet
- Cinsel şiddet
- Ekonomik şiddet
- Siber şiddet

2.3.1. Fiziksel Şiddet

“Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasıdır. Bu şiddet türü, diğerlerinin yanı sıra, dayak atma, tekmeleme, tokatlama, çekme, itme gibi davranışları kapsamaktadır” (WHO, 2013).

2.3.1.1. Saldırı

Bir başka kişiye kasıtlı olarak, fiziksel olarak zarar verilmesi veya tacizde bulunulması.

2.3.2. Psikolojik Şiddet

Duygusal Şiddet türü olarak ta bilinen psikolojik şiddet olarak karşısındaki bireylere bedensel kuvvet uygulanabileceğinin hissettirilerek, korkutmak dahil, bir grup veya bir kişi üzerindeki fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine kalıcı olarak zarar verebilmesi ihtimali olacak şekilde, bilerek baskı oluşturmak şeklinde ele alınmaktadır (Pınar, ve Pınar, 2013: 315)

Duygusal şiddet, yalnız şiddete uğrayan bir personel için değil, aynı zamanda daha üstün konumda ya da güçlü olanın karşısındakini istediklerini yaptırmak amacıyla ezmesi ve korkutması ile şiddetin oluşması için, münasip şartların sağlanmasına veya sürmesine izin veren/duymazdan gelen kurum için de farklı problemleri ortaya çıkarmaktadır. Duygusal şiddetin uygulandığı iş yerlerindeki sosyal ilişkilerin de olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Direk duygusal şiddete uğramasalar bile diğer personellerde şahit oldukları şiddet vakalarıyla iş yaşamında tedirginlik ortaya çıkar. Yaşanan sorunun, şiddetle karşılaşabilme tedirginliği, personeller arasındaki uyumu bozması ile birlikte çalışma alanlarında bir güvensizlik ortamının ortaya çıktığı görülür (Tınaz, 2006).

2.3.2.1. Sözel Şiddet

Kişiyi küçük düşüren, aşağılayan veya kişinin değerlerine ve itibarına saygı gösterilmeyen hakaret, sövme, bağırma, aşağılama, korkutma ve tehdit gibi sözlü anlatımları içermektedir (ILO, 2003).

2.3.2.2. Tehdit

Bireyin veya herhangi bir topluluk üzerinde, fiziksel, cinsel, psikolojik veya her hangi bir şekilde zarara uğrama korkusu oluşturması, fiziksel veya zor kullanacağına dair ifade edilen sözlerdir (Di Martino, 2002).

2.3.2.3. Mobbing/Yıldırma

Leymann (1990) İsveç'te yapılan araştırmalarda mobbing terimini ilk kullanan kişi olarak görünmektedir.

Terim büyük ölçüde, çalışma gruplarının bir meslektaşına veya meslektaşlarına karşı agresif eylemleri ve psikolojik saldırıları tanımlamak olarak kabul edilir (Cusack, 2000; Di Martino, Hoel ve Cooper, 2003; Leymann, 1996). Terim Amerika Birleşik Devletleri'nde (Davenport, Schwartz ve Elliott, 1999) ve Kanada'da (Westhues, 2004) benzer şekilde kullanılmasına rağmen, bu özellikle Avrupa ve İskandinav literatürlerinde geçerlidir. Genel olarak, yıldırıcı başka bir çalışana zarar vermek için kasıtlı bir strateji olarak kullanılan ve bu işçinin istihdamından vazgeçme niyetiyle pasif-agresif grup davranışlarına odaklanma eğilimindedir (Shallcross, 2003). Ayrıca, yıldırma, tükenmişliğin şiddetini göstermek için kullanılanlara benzer derecelerle temsil edilir, yani birinci, ikinci ve üçüncü derece yıldırma gibi (Sheehan, 2004:1). Yöneticilerin personellerine veya herhangi bir personelin başka bir çalışma arkadaşına acımasızca veya kötü niyetli davranışlar ile aşağılamak, haksız gerekçelerle, işten çıkarılmasını veya istifa ettirilmesine sebep olan belirli aralıklarla uzun süreli devam eden kötü davranışlarla yıldırılmasıdır (Chappell & Di Martino, 2006).

2.3.2.4. Cinsel Taciz

İşyerindeki çalışan personele, saldırı niteliği taşıyan, korkmasına, aşağılanmasına, utanmasına ve rencide olmasına neden olan, karşılık verilmediği halde zorla hoş olmayan cinsel nitelikteki, fiziksel, psikolojik, sözlü, mimikler veya beden diliyle, yazılı veya yazılı olmayan araç gereçlerle yapılan davranışlardır (Pınar, ve Pınar, 2013: 315-326).

2.3.2.4.1. Cinsel Taciz Tipleri

2.3.2.4.1.1. Fiziksel taciz: Fiziksel taciz; öpme, okşama, sıkma, bakış atma, şehvetle gözünü dikerek bakma gibi istenmeyen, cinsellik kastı ile yapılan temas kurma davranışlarını içerirken, sözlü taciz; kişinin özel yaşamı, vücudunun bazı bölgeleri ya da görüntüsü ile ilgili istenmeyen müstehcen şakalar ve yorumlar yapılmasıdır. Bazen de jestlerle taciz; göz kırpmalar, el-parmaklarla jestler yapma, dudak yalama gibi cinsellik çağrıştıran vücut hareketlerini, beden dili ve/veya jestleri içermektedir. Yazıyla ya da resimlerle taciz; pornografik materyaller, müstehcen resimler, posterler, müstehcen bilgisayar ekran resimleri, e-mail ya da diğer elektronik iletişim araçları ile yapılan fiziksel tacizi kapsamaktadır (Yeşilbaş, 2016).

2.3.2.4.1.2. Sözlü taciz: Kişinin özel hayatıyla ilgili, vücudunun bazı bölgeleri ya da görüntüsü ile ilgili istenmeyen müstehcen şakalar ve yorumlar yapmayı içerir.

2.3.2.4.1.3. Jestlerle taciz: Göz kırpmalar ve el hareketleri ile cinsellik çağrıştıran vücut hareketlerini içerir.

2.3.2.4.1.4. Yazıyla ya da resimlerle taciz: Elektronik iletişim araçları, posterler, e-mail ve pornografik materyaller ile müstehcen resimlerle yapılan cinsel tacizi içerir (Pınar, 2013: 315).

2.3.2.4.1.5. Psikolojik / Duygusal taciz: *“İstenmeyen flört tekliflerini, ısrarlı ve hoş karşılanmayan istekleri, cinsel nitelikli küçümsemeleri, sataşmaları ya da imaları içerir. Herhangi bir davranışın cinsel taciz olarak kabul edilmesi için, o davranışa maruz kalan kişi tarafından istenmeyen, hoş karşılanmayan, rahatsız edici bir davranış olması gerekir. Karşılıklı rızaya dayalı ilişkiler cinsel taciz değildir”* (Pınar, 2013: 315).

2.3.2.4.1.6. Taciz: *“İşyerinde çalışan kadın ve erkeklerin, yaş, engellilik, HIV durumu, ailevi durum, cinsiyet, cinsel tercih, cinsiyet değiştirme, ırk, renk, dil, dinsel, politik, sendikal ya da diğer görüş-inanırlar, milli ya da sosyal köken, bir azınlığa mensup olmak, ekonomik durum, soy ya da diğer statüleriyle ilgili olarak aynı şekilde karşılık verilmeyen ya da istenmeyen ve onur kırıcı davranışlardır”* (Pınar, 2013: 315).

2.3.3. Cinsel Şiddet

Zorlayıcı ve yıkıcı cinsel davranışlar yoluyla işlenen, bir şiddet suçudur. Saldırganın amacı sadece mağdurun cinselliğinden yararlanmak değil mağduru kontrol etmek, utandırmak, zorlamak, zarar vermek ve boyun eğdirmektir (WHO, 2002).

2.3.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, kadının birey olarak ekonomik açıdan özgürlüğünün elinden alınmasıdır. Ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır (Oğuz, 2016).

2.3.5. Siber Şiddet

Siber şiddet, gerçekleştirildiği teknolojik ortama göre sınıflandırılmaya çalışıldığında (örneğin cep telefonu mesajı ya da araması, e-posta, sohbet odası, anlık mesajlaşma, web siteleri vb) teknolojideki hızla ilerleyen gelişmeler nedeniyle yapılan bu sınıflandırmaların karmaşık bir hal alması ve güncellenmesi sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle siber şiddet türlerinin gerçekleştirildikleri ortamdaki ziyade eylemin türüne göre sınıflandırılması daha kolay ve işlevseldir (Ortega vd., 2007).

Yapılan bu kötü davranışların neticesinde kişi rahatsız edilerek, çaresizlik ve umutsuzluğa itilerek, kişilik haklarına saldırılması sonucu, kişi kendine olan güvenini ve sabrını kaybederek, kendi isteği veya yapılan davranışlarla işinden ayrılmaya zorlanır (Pranjić, 2006: 750).

Şiddetli ve birden ortaya çıkan sorunlar gibi art niyetle yapılmayan, sürekli olmayan ve idareye tanınan yasal bir hak olarak, performansı, kaliteyi ve çalışma düzeninin sağlanmasına yönelik ikazlar ve çalışmalar, mobbing olarak değerlendirilemez (Pranjić, 2006: 750).

Fiziksel Saldırı aşağıdaki şekillerde gerçekleşebilir.

- *Tokat atmak*
- *Tekme atmak*
- *Yumruk atmak*
- *Kafa atmak*
- *Boğazını sıkmak*
- *Ağzını kapatarak boğmaya teşebbüs etmek*
- *Birisine bir şey fırlatmak*
- *Çimdiklemek*
- *Sertçe itip kakmak, sarsmak*
- *Birini bağlamak*
- *Yakmak*
- *Bir cisim ile vurmak*
- *Saç çekmek, saç yolmak, saçından tutup sürüklemek*
- *Bir odaya kapatmak*
- *Kesici, delici alet ve ateşli silah kullanmak*
- *Isırmak, tükürmek*
- *El, kol bükme*
- *Yere ya da duvara fırlatmak*

Son yıllarda yapılan çalışmalar işyerinde, “psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha tehlikeli” seviyelere çıktığını göstermektedir. Ayrıca personeller tarafından çalıştıkları ortamlarda meslek hastalığının yanında güvenlik sorununa sebep olduğunu göstermektedir (Chappell ve Di Martino, 2006).

Psikolojik şiddet, çalışanın iş doyumunun azalmasına, moral ve motivasyonunun düşmesine, yüksek düzeyde stres yaşamasına, psikosomatik ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasına ve işgücü piyasasından dışlanmasına neden olmaktadır (Salin, 2003).

Psikolojik şiddet olarak sağlık kurumları ve sağlık kurumlarında çalışan personellerin şiddet olayları açısından riskli kurumlar ve meslekler grubunda yer almaktadır (Vartia, 2003).

Sağlık hizmetlerinde ilaç, cihaz, yatak vs. gibi kurum yetersizlikleri nedeni ile hasta ile hekim arasında gerilim yaşanmakta ve bu durum da şiddete yol açmaktadır (Özcan, 2011).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından desteklenerek “İşyerinde Şiddet ve Stresten Korunma Rehberi” yayınlanmıştır. Bu rehber göre işyerinde şiddet, “çalışanların işle ilgili ortamlarda saldırı, istismar, tehdit ve diğer şiddet davranışlarına maruz kalmaları” olarak tanımlanmıştır (Martino ve Musri, 2001).

Fiziksel ve sözel şiddet meydana geldiğinde çoğu zaman bu eylemlere gözdağı, tehdit, zorbalık, taciz vb. eşlik etmektedir. Kavramsal olarak, şiddete yönelik sıklıkla yapılan tanımlamalar aşağıda sunulmuştur (Taylor, 2000).

Saldırı/Atak (Assault/Attack): Bir kişiye fiziksel olarak yaralamaya kalkışmak veya saldırmak veya kişiye zarar vermek (Dövmek, tekmelemek, tokat atmak, bıçaklamak, birini silah ile vurmak, cinsel saldırı bu kapsamda değerlendirilir)

Tehdit (Threat): Gözdağı vermek veya korku salmak suretiyle fiziksel, cinsel, psikolojik açılardan olumsuz sonuçlara neden olmak.

İstismar (Abuse): Davranışın makul düzeyden ayrılması ve fiziksel ya da psikolojik gücün kötüye kullanılmasıdır. Taciz etmek, zorbalık yapmak ve psikolojik şiddet uygulamak bu kapsamda değerlendirilir.

Taciz (Harassment): Irk, din, coğrafi bölge, politik görüş, inanç, azınlık grubundan olma gibi unsurlara yönelik istenmeyen davranış veya tavır takınma (sözel veya sözel olmayan, psikolojik veya fiziksel); işyerinde erkek veya kadın çalışanların saygınlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Cinsel Taciz (Sexual Harassment): Genel olarak istenmeyen cinsel mağduriyet söz konusudur. Cinsel tacize uğrayan kurbanların sessiz kalması veya sakinleşmesi için genelde tehdit söz konusudur.

Cinsel taciz, istenmeyen, hoş karşılanmayan, karşılandığında kişiyi zor durumda bırakabilecek, kişiye kendisini aşağılanmış hissettiren seksüel saldırı olarak tanımlanabilir.

Kurum ve kuruluşlarda Psikolojik Taciz (Bullying/Mobbing): Psikolojik taciz olarak, acımasızca ve art niyetli bir şekilde bir kişiyi hakir görmeye çalışmak, mağduru devamlı negatif bir şekilde doğru olmayan bilgileri duyurmak sureti ile bireyi toplumsal ilişki ve yakınlıklardan tecrit etmeye çalışmak bu kapsamda değerlendirilebilir. Psikolojik taciz, kişiye yönelik, kişinin yaşı, ırkı, cinsiyeti, dini, uyruğu, sakatlığı veya hamileliği gibi herhangi bir nedene dayalı belirgin ve ayrımcılık olmaktan çok, taciz, rahatsız etme ve kötü davranış yoluyla herhangi bir kişiye yönelen saldırganlıktır.

Mob sözcüğü, İngilizcede kanun dışı şiddet uygulayan düzensiz kalabalık veya “çete” anlamına gelmektedir ve Latince “kararsız kalabalık” anlamına gelen “mobile vulgus” sözcüklerinden türetilmiştir (Martino, 2003).

Field, yıldırma veya iş yerinde psikolojik terör olarak ifade edilen mobbing kavramı, mağdurların kendi güvenlerine karşı devamlı ve gaddarca uygulanan bir şiddet ve mağdurun kişiliğine zarar verme gayreti olarak ifade edilmektedir (Field, 1996).

Grunau yaptığı araştırmada mobbing ile tükenmişlik boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Grunau, mobbing düzeyinin tükenmişlik boyutlarındaki toplam varyansın %25’ini açıkladığı sonucuna işaret etmektedir (Grunau, 2007).

Dikmetaş tarafından yapılan araştırmada da tükenmişlik algılamaları ve mobbing (yıldırma) arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur. Bu alanda hastanelerde çalışan başta hekimlerin tükenmişlik ve yıldırma algılamalarının alt düzeylere çekilmesi noktasında, hekimlerin tükenmişlik ve yıldırma algılamaları arasındaki bu yüksek ilişkilerin göz önünde bulundurulmasının önemli olabileceği düşünülebilir. Bu noktada çalışanlar üzerinde psikolojik ve psikiyatrik sorunlara neden olabilen tükenmişlik ve yıldırma gibi iş psikolojisi konularına ülkemiz sağlık sektöründe gereken önemin verilmesi kaçınılmazdır (Dikmetaş, Top ve Ergin, 2001:1).

Teknolojide yaşanan baş döndürücü gelişmeler hayatı kolaylaştırmakla beraber bazen bu gelişmeler çeşitli zorluklara da neden olabilmektedir. Bu kolaylaştırıcı olumlu yönlerinin yanında, teknolojinin insanlığın doğasında var olan kin, nefret, intikam vb. gibi zorbalık içeren olumsuz davranışların yansıtılması şeklinde de kullanıldığı da görülmektedir. Bunlardan biri de siber zorbalıktır (Dikmen, ve Tuncer, 2017:675).

Kullanıcılara birçok fırsat sunan internet teknolojileri ve yeni medya ortamları aynı zamanda anonim kimliklerle karşılaşma ve mahremiyet kaybı gibi güvenlik sorunlarına neden olmuş ve bazı riskleri beraberinde getirmiştir. Bu risklerin başında da siber zorbalık gelmektedir (Akça, ve Sayımer, 2017).

Siber şiddet eylemi ciddi boyutlarda olabilecek, psikolojik, sosyal ve duygusal zararlar yaratmaktadır (Polat, 2016: 15).

2.4. Şiddete Etki Eden Faktörler

Şiddet olayları veya suçları; biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından analiz edilmektedir. Şiddet veya saldırganlığın bu disiplinlerin her biri tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi, şiddet davranışının çok boyutlu ve kompleks bir karakteristiğe sahip olduğunu göstermektedir (Kızmaz, 2006: 67).

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Şiddet eğilimli davranışlara sahip olan kişilerde, limbik sistem ile beynin temporal ve frontal lobları gibi mekanizmaların, saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Tedeschi, 1994).

Serotonin metabolizması, intihar yanında şiddet davranışının ortaya çıkmasında da benzer yollardan etkili olmaktadır.

Beklenmedik bir biçimde cinayet işleyen suçluların beyin omurilik sıvılarında 5hidroksiindolasetikasit düzeylerinin normal popülasyona göre daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Gama aminobutirik asitin saldırganlığı önleyici etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca norepinefrin ve L-dopa düzeylerindeki artış saldırgan davranışları artırmaktadır (Önde, 2011).

Şiddete başvuran kişilerin davranışlarının bir kısmı madde ve alkol kullanımına bağlı olarak gelişebilir. Alkol etkisi altındaki kişilerin şiddet içerikli davranışlarda bulunabileceği ve mutlaka erken uyarı işareti olarak alınmalıdır. (Kızmaz, 2006)

2.4.2.Psikolojik Faktörler

Şiddet davranışının ortaya çıkmasını oluşturan etkenlerden bir diğeri de psikolojik kökenli kaynaklardır. Şiddet gösteren kişinin içgüdüsel olarak her bir bireyin bünyesinde var olduğu savunulan görüşe göre, dış çevreden gelen tetikleyici güç veya unsurların etkisine veya süresine göre kişide var olan şiddet duygusu ortaya çıkmaktadır (Göka, 2000).

Dollard'a göre, şiddet davranışına sebep olan en etkili faktör kişinin engellenmesidir. Bireyin çevresinde veya kendisinden kaynaklanan sebeplerden dolayı, ihtiyaç ve amaçları yerine getirilmeyen kişi, engellenmişliğini şiddet yoluyla açığa vurmaktadır (Türkmenoğlu, 2014).

2.4.3. Sosyolojik Faktörler

Kültürel, ekonomik ve yapısal nedenlerin şiddetin ortaya çıkmasına etki eden sosyolojik faktör olarak yer almaktadır. Şiddetin toplumsal olarak bazı kültürlerde kabul gören bir davranış biçimi olması, saldırganlığı ve de şiddeti nesilden nesile aktarılmasına zemin hazırlamıştır. Ekonomik sorunlar ve göç olayları gibi sosyoekonomik dinamikler de şiddet oluşumunu tetiklemektedir. (Polat, 2001).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET

Yapılan çalışmalarda, sağlık personellerinin şiddete maruz kalma tehlikesinin diğer hizmet faaliyeti yürüten alanlarda çalışan personellere oranla 16 kat daha fazla olduğunu, hemşirelerin ise diğer sağlık personelleri arasında 3 kat daha fazla risk altında olduğunu sonucuna varılmaktadır (Kingma, 2001: 129).

Diğer bir taraftan sağlık yalnızca strese ve şiddete açık çalışma koşulları sebebiyle değil, aynı zamanda kadın personellerin yoğun olarak bulunması nedeniyle de şiddetin en yaygın olduğu sektörlerden biridir. Özellikle istikrarsız, belirsiz, düşük ücretli ve düşük statülü işlerde kadınların daha çok çalışması, erkeklere oranla daha çok şiddet riski doğurmaktadır (Di Martino, 2003: 15).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Kamu Hizmetleri Kurumu (PSI) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICS) tarafından düzenlenen 'Workplace Violence in the Health Sector' raporuna göre sağlık çalışanlarının %50'den fazlası, son bir yılda psikolojik veya fiziksel şiddete uğradığını belirtmiştir. Bu oran, Bulgaristan'da %75,8, Güney Afrika'da %60, Avustralya'da %67,2 ve Brezilya'da ise %46,7'dir. İngiltere ve İrlanda'da kaza yeri ve acil serviste şiddetin sıklığının incelendiği bir çalışmada, acil servis çalışanlarının sadece %9-17'si hiç fiziksel saldırıya uğramadığını belirtmiştir (Ferns, 2005: 180).

Avustralya'da, Güney Doğu Queensland'da acil serviste görev yapan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, şiddet vakalarının en fazla görüldüğü saatlerin 1523 saatleri (%41) olduğu ve vakaların genellikle uyuşturucu ve alkol etkisindeki hastalar tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (Crilly, Chaboyer ve Creedy, 2004: 67).

Sağlık kuruluşlarında çalışan personel açısından, tehdit davranışlarında bulunan hasta ve hasta yakınları, fiziksel ve cinsel saldırı riski oluşturmaktadır (Saines, 1999:8).

3.1. Sağlık Kurumlarında Mesleki Riskler ve Şiddet İlişkisi

Amerika Birleşik Devletleri Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumu'na (OSHA) göre sağlık işletmelerinde çalışma ortamında karşılaşılan temel riskler; biyolojik, kimyasal, psikolojik, fiziksel veya çevresel/meکانik/biyomeکانik olmak üzere 5 sınıfta incelenmektedir. Risk grupları incelendiğinde şiddetin bir risk etmeni olarak hem psikolojik hem de fiziksel risk sınıfında tanımlandığı görülmektedir (OSHA, 2006).

3.2. Sağlık Kurumlarında Şiddeti Ortaya Çıkaran Faktörler

Sağlık işletmelerinde şiddeti ortaya çıkaran etkenler, çevresel faktörler (zaman kaybı, yoğunluk, güvenlik ve triyaj ile ilgili konular) ve iletişim faktörleri olarak iki başlıkta sınıflandırmak mümkündür (Angland, Dowling & Casey, 2014:134).

Sağlık personeline karşı ortaya çıkan şiddete etki eden faktörleri hekim, hasta, medya, hukuk, ekonomik ve toplumsal sebeplerden dolayı sınırlamak muhtemeldir (Mittal, Garg, 2017: 2748).

• Hekim kaynaklı nedenler

- Tabip ile hasta arasındaki bağın istenilen şekilde olmaması, hasta ve hasta yakınları ile eksik ve etkileyici bir iletişim kurulması
- Tabibin nezaketsiz hareketlerde bulunması
- Hastanın durumu ile ilgili daha az yapılan ev aramaları
- Tanı için anlaşılması zor işlemler ile uygulanacak tedavi, sakatlık veya ölümle sonlanması

• Hasta kaynaklı nedenler

- Çarelere dair gerçeğe uygun olmayan beklentiler
- Uygulanan tıbbi önerilere gereğince özen göstermeme
- Hastaların kendine zarar verici davranışları (çok sigara içmek, uyuşturucu kullanmak ve düşük diyet yönetimi)
- Yapılacak tedavinin semptom gibi belgelerin eksik veya yetersizliği
- Bir problem olduğunda ikinci bir görüşü almamak ve hasta kötüleştiğinde hasta yakınlarına bunu bildirmemek.

- Basın kaynaklı sebepler

Yazılı basın ve sosyal medya da sağlık personeli ve hekimlerle ilgili ortaya atılan yanlış veya eksik bilgilerin, kendi haber kaynaklarında yayınlayarak, toplumun hekimlere karşı olumsuz bir algı oluşturuluyor. Bu tür olumsuz algının oluşması neticesinde, hekime ve sağlık personeline yaklaşımı olumsuz yönde etkileyip, şiddetin ortaya çıkmasını sağlamaktadırlar. Bunun neticesinde hem sağlık çalışanlarımız hem de vatandaşlarımız çok ciddi mağduriyetler yaşamaktadırlar (Devebakan, 2018: 35).

- Adli- Hukuki kaynaklı

Hukukun işleyişine olan güvensizlik, emniyet güçlerinin müdahale etmeyeceği algısı, rüşvet verme-alma konusunda rahat hareket edilmesi, doktorlara/sağlık personellerine şiddet göstermeleri, toplumda şiddeti ortaya çıkaran etkenlerin vurgulanmaması. Başka bir ifade ile şiddeti uygulayanların şiddet vakasından sonra elini kolunu sallayarak uzaklaşabileceğini bilmesi, şiddetin uygulanması şaşırtmayacaktır (Devebakan, 2018: 35).

- Maddi ve toplumsal sebepler

- Sağlık hizmetinin yüksek maliyeti
- Garantör firmalar tarafından masrafların karşılanması
- Gezici toplum
- Müşterilerin hakları

Ankara Tabip Odası'nın sağlıkta şiddet üzerine 2008 yılında düzenlediği bildiriye, şiddeti arttıran sebeplerden sağlık işletmelerine de dikkat çekmiştir. Raporda; sağlık politikalarından ve hastane yöneticilerinden dolayı ortaya çıkan sebepler aşağıda sıralanmıştır (Devebakan, 2018: 36).

Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksikliği

- Personel yetersizliği veya kötü işletmecilikten kaynaklanan beklentiler
- Uzayan kuyruklar, geciken randevular, boş yatak bulunamaması
- Hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanamaması (örneğin ağırlı, bitkin, endişeli hastaların saatlerce poliklinik kapılarında oturacak bir sandalyeden mahrum halde beklentileri)
- İlaç, alkol ve madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü veren, psikiyatrik hastalık tanısı almış personelle çalışma

- Yemek ve ziyaret saatlerinde personel sayısının iyice azalması
- Hastanede sağlık personellerinin tek başına çalışması
- Hastane güvenliğinin yetersizliği
- Hastanede sınırsız dolaşma özgürlüğünün olması
- Hastane koridor ve ünitelerinin aydınlatılmasındaki yetersizlik
- Hasta bekleme alanlarının konforsuz olması
- Farklı karakterde hastalarda iletişim sürdürebilmek için personelin eğitimsizliği
- Personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikasının eksikliği

Sağlık kurumlarında şiddetle ilgili risk faktörleri genel olarak aşağıda açıklanmıştır (NIOSH, OSHA, 2006: 6).

- Reaksiyon göstermeye eğilimli nitelikte alkol veya uyuşturucu madde tesiri altında olan, sicilinde şiddet olan son zamanlarda ruhsal problemleri olan kişilerle doğrudan çalışmak
- Yemek saatleri ve ziyaretlerde kısıtlı sayıda çalışanların bulunduğu vakitler
- Tedavi için hastaların servisler arasında taşınması
- Alınacak hizmet sırasında beklenen sürenin uzun olması
- Aşırı yoğun, dinlenme odalarının rahatsız olması
- Yeterli miktarda güvenlik hizmetinin olmayışı
- Gerekli çevrelerin tertibatının eksik yapılması
- Çabuk etkilenip aniden değişebilen hastalara engel olmak ve oluşacak krizi yönetebilmek için personelde bulunması gereken özelliklerin ve eğitimin yetersizliği
- Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı
- Ateşli silahları edinme hakkı
- Sağlık hizmetlerinin herkese açık olması

Sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili yapılan bazı çalışmalar, şiddete uğrama zamanının sağlık çalışanının cinsiyeti açısından farklılaştığını ortaya koymaktadır.

Konu ile ilgili yapılan araştırmada fiziksel veya sözel Şiddetin gerçekleştiği saat ile fiziksel+sözel Şiddeti gören sağlık personelinin cinsiyetlerinin farklılıklar gösterip göstermediğine bakıldığında; fizikse veya sözel Şiddetin gerçekleştiği saat ile sağlık personelinin cinsiyetinin farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Sonuçlara göre 00.00-08.00 diliminde kadın ve erkek personelin benzer oranda, 08.00 17.00 dilimi arasında ise kadın personellerin erkeklere oranla daha yüksek orana Şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Diğer taraftan 17:00-24:00 zaman dilimleri arasında ise erkek personelin daha çok Şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Bilişli ve Hizay, 2016: 473).

Hasta yakınlarının kendi hastalarının daha acil olduğu düşüncesi ile bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemeleri, çalışan hastaların gündüz mesaisi sonrasında acil servise başvurmaları ve aslında poliklinik hizmeti alabilecek halde olanların acil müracaatında işlemlerin daha hızlı ve kolay olabileceği düşüncesi ile acil servise yönelmeleri, özellikle hasta yakınlarının mevcut ajitasyonunu yükseltmekte ve doğrudan yakın temasta bulunduğu hekim veya hemşireye yönelik saldırganlık olarak yansımaktadır (Avcı vd., 2015: 211).

Hastaneye başvuran hasta veya hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden faydalanmak için talepte buldukları ve gayri yasal istekleri yerine getirilmediği takdirde Şiddete başvurabilmektedirler (Dağ ve Baysal, 2017: 95).

Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde 179 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılar toplumda Şiddetin arttığı görüşüne katıldıklarını, ancak Şiddetin nlenmesi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Söz konusu çalışmada Şiddetin nedenleri katılımcılar tarafından aşağıdaki Şekillerde değerlendirilmiştir (Yaşar vd., 2016: 143).

- Tedavide memnuniyetsizlik
- Bekleme sresinin uzunluğu
- Hasta ile ilgili kötü haber alma
- İhmal edilme düşüncesi
- Alkol ve ilaç etkisinde olma
- Medyada hekim karşıtı yayınlar

Şiddetin önüne geçilmesi ve ortaya çıkmasını önlemek için alınması gereken hususlar, kurum ve kuruluşlara müracaat eden hasta ile birlikte en az bir kişi, hasta yakınlarının servislerde hasta ile birlikte bulunması, hasta yakınlarının kendilerince tanı ve tedavi süreçlerine müdahale etmesi ve yönlendirmeye çalışması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu neticelerden ötürü hekim ile hastanın yanı sıra diğer hasta ve hasta yakınları ile karşı karşıya gelmesi ile neticelenmektedir. Şiddet önüne geçilmesi, düzenlenmesi gereken ve göz ardı edilmemesi gereken bir konu olarak değerlendirilmelidir. Bu ve benzeri sorunların giderilmesi veya en aza indirilmesi hususunda, yeterli sayıda hasta bakıcı ve yönlendirme personelinin istihdamı bir başlangıç noktası olabilir (Sert, 2014).

Sağlık kurumlarında şiddete neden olabilecek faillerin belirlenmesinde geçmişin analizi ve bazı uyarı sinyalleri önem arz etmektedir (ILO vd., 2002: 11).

- Geçmiş

- Şiddet davranışının öyküsü
- Zor çocukluk
- Psikotrop maddenin kötüye kullanımı ile ilgili sorunlar,
- Ağır akıl sağlığı sorunları
- Silah olarak kullanılabilen objelere ve ateşli silahlara erişim

- Uyarı sinyalleri

- Agresif ve düşmanca görünen vücut duruşları ve tutumlar
- Hoşnutsuzluğun tekrarlanan belirtileri
- Sinirlenme
- Hayal kırıklığı
- Ses tonunda değişiklikler
- Gözbebeğinin büyümesi
- Kas gerginliği - Terleme
- Sinyallerin artması ve gergin durumların oluşması

Sağlık alanındaki bütün meslekler iş yerinde şiddet tehlikesi altında çalışmasına karşın, bazıları ayrıcalıklı tehlike grubu altında bulunmaktadır. İfade edilen sağlık ile ilgili meslek grupları aşağıda belirtilmiştir (ILO vd., 2002: 11).

- Hemşire ve ambulans çalışanları; çok yüksek risk altındadır.
- Doktorlar, destek personelleri ve teknik personel; yüksek risk altındadır.
- Diğer sağlık personelleri; risk altındadır.

Gerçek veya algılanan güvenlik açığı nedeniyle aşağıdaki gruplar risk altında olacaktır.

- Azınlık mensupları
- Güvencesiz iş durumlarında çalışan işçiler
- Eğitim aşamasındaki kişiler
- Gençler
- Kadınlar
- Deneyim, tutumlar ve görünüm
- Tecrübesiz olmak
- Tatsız görüntü ve rahatız edici tutumlar
- Başa çıkma becerisinin olmaması
- Üniforma giymek veya isim etiketleri takmak

3.3. Dünya’da Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri

Şiddet ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, şiddetin uluslararası sağlık işletmelerinde de global bir sorun olduğu ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar şiddetin uluslararası sağlık sisteminin türü, ülkenin genel olarak ilerlemişlik düzeyini veya idare şekillerine göre değişiklik göstermektedir. NIOSH’a göre sağlık işletmelerinin bütün birimlerinde şiddete uğrama olasılığıyla birlikte; psikiyatri servisi, acil servis, bekleme odaları ve yaşlı bakım servislerinde bu fiiller devamlı yinelenmekte ve kurumlarda şiddet basit veya önemli fiziksel yaralanmalara, psikolojik travmalara veya ölüm gibi sonuçlara neden olmaktadır (NIOSH, 2002).

3.4. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri

Türkiye özelinde sağlıkta şiddet istatistiklerini incelediğimizde, %62-90 oranıyla pratisyen hekimler, sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan grubu oluşturmaktadır. 522 pratisyen hekimin katılımıyla yapılan çalışmada; hekimlerin %83’ü şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Sözel saldırı, en fazla karşılaşılan şiddet formu olarak çalışmada öne çıkmaktadır (Aydın vd., 2009).

3.5. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Bildirimi

Sağlık alanında hizmet veren iş kollarında, kazaların ve şiddetin bildirimimin yapılması hususunda eksik ve yetersiz olduğu görülmektedir (Yeşildal, 2005). Ayrancı ve arkadaşları örneğinde sağlık personeline karşı şiddetle ilgili yapılan çalışmada, sağlık personelinin kurumlarda uğradıkları şiddeti çalışma akışı içerisinde doğal kaçınılmaz bir parçası olarak düşünmeleri sebebiyle, yaşadıkları bir çok olayı resmi olarak gerekli birimlere bildiriminin yapılmadığı ortaya çıkmaktadır (Ayrancı vd., 2006: 276).

Kanada’da acil servislerde çalışan personellerin şiddete uğramaları ile ilgili yapılan çalışmalara katılan kişilerin %66’sı kurumlarda ortaya çıkan sözlü saldırının, %54,3’ü fiziksel saldırı sonucunda yaralanmalara sebebiyet vermeyen saldırıların, %44’ü fiziksel saldırı neticesinde yaralanma ile sonuçlanmasına sebep olan saldırıların gerekli işlemlerin yapılması hususunda bildirimlerin yapılmadığı veya bildirimlerin nadiren yapıldığı görülmektedir (Devebakan, 2018: 82).

Sağlık Bakanlığı tarafından, personel güvenliği açısından acil durum kodu olarak oluşturulan “Beyaz Kod” uygulamasıyla ilgili sağlık personelinin %98,1’inin bilgi sahibi olduğu ve yine Bakanlığın kurmuş olduğu 113 numaralı irtibat hattı ile ilgili personelin %76,9’nun bilgi sahibi olduğu anlaşılmıştır (Bıçıkçı, 2013: 43).

3.6. Şiddetin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Sağlık personelinin, kurum ve kuruluşlardan dolayı şiddete uğramaları sağlık ve güvenlikleri için mühim bir konudur. Şiddete uğrayan sağlık personelleri açısından yüksek risk taşıyıp genellikle hasta ve hasta yakınları tarafından en çok şiddetin görüldüğü gruplardır. Şiddetin en çok ortaya çıktığı yerler veya birimler arasında acil servisler ve psikiyatri klinikleri yer almaktadır (Coşkun, Öztürk, 2010: 16).

Hemşireler sağlık personelleri içerisinde kurumlarda en çok şiddete uğrayan çalışma grubu olup, şiddetin sonucu kendileri açısından yıkıcı olabilmektedir (Roche vd., 2010: 13).

Hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda katılımcıların %92'sinin sözel şiddetin motivasyonlarını olumsuz anlamda etkilendiğini göstermiştir (Uzun, 2003:81). Şiddetin mağdurlar ve meslektaşları üzerindeki olumsuz etkisi; refah düzeyinde azalma, düşük öz saygı, depresyon, korku, güçsüzlük duygusu, düşük iş doyumunu ve hatta intihar düşüncesini tetiklemektedir (Applbaum, Semerjian ve Mohan, 2012:203).

Sağlık personelinin uğradığı herhangi bir şiddetle ilgili yapılan faaliyetlere göre mesleki şiddet; sağlık personelinin uzun sürelerde motivasyon, eksiklik, çalışan devir hızının artması, işi aksatması, kurum değişikliği ve inanç kaybı gibi olumsuz neticelere sebep olmaktadır (Mahoney, 1999:282).

3.7. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Önlenmesi ve Şiddet Yönetimi

Sağlık kuruluşlarının idarecilerinin, şiddetin engellenmesinde liderlik etmeleri gerekmektedir. Personellerin şiddetin önlenmesi programlarına iştirak etmelerinin sağlanması ve ilk olarak tehlike oluşturulabilecek durumların tarif edilmesi ve denetlenmesi, emniyet ve sağlık eğitimi, tehlike oluşturabilecek durumların engellenmesi, denetimin yapılması ve raporunu ilgili bir güvenlik ve sağlık planlamasının ortaya koymak ve yapılan planlama doğrultusunda disiplinli ve tertipli bir şekilde değerlendirilmelidir. Şiddetin ortaya çıkmasını sağlayan değişkenleri her sağlık kurumu ve her sağlık kurumunun hizmet gayesine göre farklılıklar göstermekle birlikte sağlık kurumlarında aşağıda belirtilen “*şiddet önleme stratejileri*” sunulabilir (NIOSH, 2002).

- *Acil sinyal, alarm ve izleme sistemlerinin geliştirilmesi*
- *Metal dedektör gibi güvenlik aygıtlarının kullanılması, silahlı kişilerin kuruma girmesinin engellenmesi*
- *Koridorların iyi aydınlatılması ve kameralar gibi güvenlik aygıtlarının kurulması*
- *Geceleri park alanlarında güvenlik görevlisi desteğinin sağlanması*
- *Bekleme alanlarını hasta ve ziyaretçilerin bekleme durumuna göre düzenlemek*

- *Triyaj (hastaların sağlık önceliklerine göre yönlendirilmesi) ve diğer bölümlerde personellere karşı şiddetin minimum seviyeye düşürülmesi içi; personellere tuvalet ve acil durum çıkışlarının karşılanması, hemşire terminallerini sarmalayan yöntemin oluşturulması, danışma birimlerini kurşungeçirmez cam ile çevrelenmesi, alanlarda kullanılan döşeme ve diğer ekipmanların ihtiyaç duyulması halinde silah olarak kullanılmasına imkân verilmemesine karşı tedbirlerin alınması*

Sağlık kurumlarında şiddetin engellenmesine karşı üst kısımda açıklanan yaygın tedbirlerin tesirli olması ancak yönetsel seviyede bir denetim sistemi ile muhtemel olacaktır. Sağlık kurumları idarecilerinin işletmelerde şiddetin engellenmesine yönelik aşağıda belirtilen yönetsel denetimlerin yapılması, şiddetin engellenmesinde tesirli olacaktır (NIOSH, 2002);

- Hastaların bekleme mühletlerinin en az seviyeye düşürmek için çalışanların yardımının sağlanması
- Sağlık kurumlarına işletmesine girişin sınırlandırılması maksadına yönelik (iş olamayanların) kart sisteminin uygulanması
- Çalışanlara karşı bir tehlike oluşturulması durumunda güvenlik çalışanını bilgilendiren bir sistemin iyileştirilmesi

Sağlık kurumlarında bütün çalışanlara çatışma yönetimi ve işletmelerdeki temel şiddet etkenleri hususunda eğitimin sunulması, personelleri konu ile ilgili bilinçlendirilmesi için seviyelerinin artırılması davranışlarındaki değişikliklere sebep olacaktır. Bu sebeple sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili risk değişkenleri hususunda eğitim verilmesi, idarenin öncelikleri arasında yer almalıdır. İşyerinde şiddetin ve özellikle de fiziksel şiddetin önlenmesine yardım etmede birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu riskleri yaratma potansiyeli olan kişiler bazen toplumun veya organizasyonun bir bireyi, bir hasta ya da sağlık kurumlarının bir müşterisi olabilmektedir (Devebakan, 2018: 91-92).

Amerika'da sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesine yönelik programların etkili uygulanmasının önündeki bariyerlerin tespit edilmesine yönelik yapılan kalitatif araştırmada (odak grup görüşmesi-daha çok hemşire ve teknisyenden oluşan) saptanan 7 ilgili bariyerler aşağıda sıralanmıştır (Blando vd., 2015: 1-16).

Raporlamadan kaynaklanan eylem eksikliği, raporlamanın yeterince yapılamaması

- Şiddeti oluşturan faktörlere yönelik değişken algılamalar
- Zorbalık
- Para ve kar odaklı yönetim modellemelerinin etkisi
- Yönetim hesap verilebilirliğindeki eksiklik
- Sağlık kuruluşlarının müşteri hizmetlerine yoğun odaklanması
- Zayıf sosyal hizmetler ve zihinsel hastalara kolluk kuvveti yaklaşımı

3.8. Şiddetin Önlenmesinde Beyaz Kod Uygulaması

Sağlık Bakanlığı, 16.03.2016 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” istikametinde sağlık personelinin emniyetine ilişkin bir kısım çalışmalar yapılması hususunda (Beyaz Kod Uygulaması, Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım Alınması, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine Başvurulması, Çalışanların Hizmetten Çekilmesi, Hasta ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi, Çalışanların Eğitimi, Risk Değerlendirilmesi ve Güvenlik Tedbirlerinin Arttırılması) faaliyetler uygulamaya geçirilmiştir. Sağlık Bakanlığı renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesi ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodları ile ilgili eğitimlerin verilmesi gerektiğini, hastaneye ilgisi bulunan herkesin konu hakkında haberdar edilmesi ve ortak bir dil oluşturulmasına öncülük etmiştir. Türkiye’de Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılı temmuz ayında ise beyaz kod sisteminin uygulanmaya başlaması ile 3 farklı renkli kod uygulaması başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

3.9. Şiddete Uğramış Personele Yapılacak Hukuki Yardım

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararnamenin 54’üncü maddesine dayanılarak çıkartılan, Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle yapılacak hukuki yardımın usul ve esasları hakkındaki yönetmelik;

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlilerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine Bakanlık ve bazı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usu ve esasları belirlemek amacıyla çıkarılmıştır.

Bakanlık yönetmeliğın kapsamını; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında kadrolu veya sözleşmeli görev yapan personel ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararnamenin 52'nci maddesi çerçevesinde Bakanlık ve bağlı gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler ve Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanlara karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütölmekte olan işlemler ve davalar olarak belirlenmiştir (Devebakan, 2018:93-94).

Sağlık Bakanlığı çalışanlarına mukabil yapılan kabahatler sebebiyle yapılacak hukuki desteğin metotları ve nitelikleri hakkındaki yönetmeliğin ilan edilmesinden sonra beyaz kod uygulamasına başlanmış ve hukuki destek beyaz kod uygulamasının muhtevasına ilişkin 2016/3 sayılı bakanlık genelgesi ilan edilmiştir. Sağlık personelinin uğrayabileceği şiddet vakalarının 7 gün 24 saat izlemek maksadıyla 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuş ve www.beyazkod.saglik.gov.tr adresi oluşturulmuştur. Sağlık hizmetlerinin arz edilmesi aşamasında çalışanlara mukabil ifa edilen kabahatlerden dolayı yapılacak olay bildirimlerinde kamu veya özel bütünüyle sağlık müesseselerinde vuku bulan olayların tamamı beyaz kod sistemine işlenecektir. Bahsedilen meselelerin bildirimlerinin aşağıda belirtilen yollardan bir tanesi ile uygulanmasının lüzumlu olduğu kararına varılmıştır (Devebakan, 2018:93-94).

<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> adresine giriş yapılarak

- 113 numaralı çağrı merkezini arayarak
- Sağlık çalışanının yaşamış olduğu sözel veya fiziksel şiddet başvurularının Beyaz Kod web sitesine kaydını gerçekleştirir
- Bakanlığın ilgili birimlerine aylık ve yıllık olarak toplam verilerini gönderir
- Çalışan hakları birimine veya bu amaçla kurulmuş birimde görevli personele müracaat edilerek.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde yapılan çalışmanın amacı ve önemi, örneklem, veri toplama araçları ve istatistik bulgularına yer verilmiştir.

4.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada sağlıkta şiddet algısını konu alan çalışmalar incelenmiştir. Sağlık kuruluşlarında yirmi dört saat kesintisiz hizmet verilmesi ve bu hizmetin getirmiş olduğu bekleme sürelerinin uzun olması ve yoğunluğun olması, kalabalık bekleme salonları, hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı travma, psikolojik veya davranışsal bozukluklarının ortaya çıkması, sağlık personellerinden çok fazla ya da gayri yasal olan talep ve beklentiler, iletişimde yaşanan sıkıntılar, karşılıklı güven eksikliği ve eğitim seviyesinin düşük olması şiddeti ortaya çıkarabilmektedir.

Sağlık personellerinin tek başına ya da yoğun çalışması, personel eksikliği sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve sunumunda aksamalara sebebiyet vermekte ve bu durum neticesinde şiddet ile karşılaşılabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının, sağlık hizmetinin sunulduğu her aşamada yapıldığı, bu sebeple sağlık hizmetlerini etkili ve yararlı bir şekilde sunmak daha zor bir hale dönüşmektedir.

Sağlık personelinin emniyetini sağlamak, sağlık kurumlarında sağlık personeline karşı şiddetin oluşmasına karşı olası durumları en aza indirmek amacıyla, çalışmada Sağlıkta Şiddetin Gelişimine Neden Olan Risk Faktörlerini ortaya koyan çalışmalar birleştirilerek, yapılan çalışmaları inceleyip şiddeti ortaya çıkaran sebeplerin neler olduğu konusunda araştırma yapmak. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının şiddeti önleme konusundaki önerilerini sunmaları hedeflenmiştir. Sağlıkta şiddeti ortaya çıkaran sebeplerin ve bunların çözümüne yönelik bilgilere değinilmiştir. Genel bir tablo oluşturmak için meta-analiz yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın yönteminin daha iyi anlaşılabilmesi için, bu bölümde meta-analiz hakkında bilgiler yer almaktadır.

4.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini 2010-2020 yılları arasında Sağlıkta Şiddet üzerine yapılan 52 ulusal ve uluslararası çalışma oluşturmaktadır.

Dünya’da yapılan ve sağlıkta şiddet konusundaki çalışmalar incelendiğinde ülkemizde ve diğer ülkelerde şiddet vakaları ile bu vakalarla sıkça karşılaşıldığı görülmektedir.

Meta analizini yaptığım çalışmaların % 42’si yurtiçi, % 58’i yurtdışı çalışmalardan ortaya çıkmıştır. Araştırmaya dahil edilen çalışmalardaki örneklem gruplarının, % 46’sını hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, % 30’unu hekimler, % 24’ünü tüm sağlık personeli oluşturmaktadır.

4.3. Kullanılan Veri Tabanları

Yedi veri tabanında gerçekleştirilen aramalarda, toplamda 16,800 makaleye ulaşıldı. Tekrarları olan çalışmalar çıkarıldıktan sonra, başlık ve özet okumaları yapıp tam metin okumasına dahil edilecek makaleler belirlendi. Konu ile ilgisiz bulunan makaleler detaylı olarak sınıflandırıldı ve çalışma dışında bırakıldı.

Araştırmaya dahil edilen çalışmalar, Google Scholar, Web of Sciences, Science Direct, Scopus, ULAKBİM veri tabanları taranarak elde edilmiştir. Çalışmaları kapsayan araştırmalar, yazar, yayın yılı, başlık ve yayın türü ile ilgili her bir çalışmaya ait bilgilere yer verilmiştir.

4.4. Veri Toplama Araçları

Meta analiz araştırmasına dahil edilen çalışmalar aşağıdaki ölçütlere göre belirlenmiştir.

Sağlıkta şiddet üzerine 2014-2020 yılları arasında yapılmış çalışmalar olması,

1. Ulusal ve Uluslararası makale olması,
2. Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılmış çalışmalar olması,

4.5. Meta Analiz

Birbirinden bağımsız olarak yapılmış belirli konularda, birden çok sayıdaki araştırmanın neticelerinin toplanıp birleştirilmesi ve ortaya çıkan sonuçların istatistikî yöntemlerle tahlil edilmesi yöntemidir.

Meta analiz özetle, araştırma dizelerindeki neticelerin istatistiksel olarak birleştirilmesini ifade etmektedir. Meta analizin asıl kavramı göstermiş olduğu etki büyüklüğüdür.

Etki büyüklüğünün yanı sıra varsayımda görülen titizlikle yapılan araştırmanın alanı ile ilgili genel etki büyüklüğü ve kavramlar olarak bilinmektedir.

Meta analizi, çalışmasının temel kavramlarından biri de etki büyüklüğüdür. Değişkenler arasındaki ilişkinin büyüklüğünü ve yönünü ifade eden bir ölçüm olarak tanımlanabilir.

4.6. Meta-Analiz Yönteminin Avantajları

Diğer tarama yöntemlerinden farklı olarak sayısal verilere ve istatistiksel tekniklere dayalıdır ve Literatürün kapsamlı ve sistemli bir özettir (Kaşaracı, 2013).

- Araştırmacılara, incelenen fazla sayıda araştırma bulgusunun organize bir şekilde üstesinden gelme becerisi kazandırır (Kaya, 2016).
- Meta-analiz sayesinde unutulmuş, küçük ölçekli, raporlar işe yarar bir hale gelir (Kaşaracı, 2013).
- Araştırmaları özetlemekte kullanılan diğer yöntemlerde belirgin olmayan etki ve büyüklükleri bulabilme potansiyeli sağlar (Kaya, 2016).

Meta-analizde kullanılacak olan araştırmaların düzenlenmesi ve analizde kullanılacak verilere kolay ve güvenilir bir şekilde ulaşılabilmesi için araştırmaya ait bilgiler tablo olarak verilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. Analize Dahil Edilen Değişkenler ve Etkileri (Çıktılar)

Bu araştırmadaki temel çıktıları etkileyen ana bağımsız değişkenler; sağlık çalışanlarına sağlık kurumlarında gerçekleştirilen her türlü şiddet girişimi ve bu şiddet girişimlerinin nedenleridir.

Ayrıca taramaya dahil edilen çalışmaların ilgilenilen çıktıları etkileyebilecek bazı özellikleri moderatör olarak ele alınmıştır. Bu moderatörler sürekli değişkenler olarak gruplandırılmıştır (bu değişkenlere alt gruplar da denilmektedir). Bu çalışmadaki modöratör değişkenler: Sağlık çalışanlarının yaşı, eğitim düzeyleri, çalıştıkları kurumların mülkiyet durumudur. Seçilen çalışmaların bazıları sonuç çıktılarından bir tanesini içerirken, bazıları birden çok sonuç çıktısını kapsar niteliktedir.

Sonuç çıktılarından sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin sıklığı ve şiddetin türleri (hasta ,hasta yakınları yada diğer her hangi bir kişiden gelen ,sağlık çalışanı için risk oluşturan tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırı durumu, şiddetin ortamı, şiddetin yaşandığı vardiya durumu); şiddeti uygulayanların özellikleri(hasta ve hasta yakınları, şiddeti uygulayanların cinsiyeti ve şiddeti uygulayanların şiddeti uygulama nedenleri); şiddet uygulanan sağlık çalışanlarının özellikleri (şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının cinsiyeti, meslek durumu, şiddete maruz kaldıkları ortam(klinik-klinik dışı ortam), şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına göre şiddetin nedenleri) oluşturmuştur.

Bu çalışmada incelenen moderatörler ise Tablo 5.1’de verilmiştir.

| Değişkenler | Katagorik/ Sürekli Değişkenler |
|-----------------|--------------------------------|
| Yaş | 20-29 |
| | 30 ve üzeri |
| Eğitim | Lise ve önlisans |
| | Lisans ve üstü |
| Çalışılan kurum | Kamu |
| | Özel |

Tablo 5.1: Çalışmada incelenen moderatörler.

5.2. Kodlama Yöntemi

Bu çalışmada araştırma soruları doğrultusunda geliştirilmiş olan ve içeriğinde yazarlar, çalışma yılı, çalışmanın yapıldığı ülke, çalışma tasarımı, örnek büyüklüğü, şiddete maruz kalma, şiddetin ortaya çıktığı ortamın özelliği(klinikler, klinik dışı alanlar, acil servis vb) şiddet gören sağlık çalışanlarının özellikleri (cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi), şiddet için risk faktörleri(şiddetin nedenleri; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışılması, ilaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerle çalışma, vardiya halinde veya tek çalışma) bilgilerini içeren bir kodlama formu kullanılmıştır. Başlangıçta dahil etme ve dışlama kriterlerine göre saptanan tüm çalışmaların başlık ve özetleri incelenmiş, seçilen makalelerin tam metni değerlendirilmiştir. Seçilen makaleler iki bağımsız değerlendirici tarafından detaylı incelenmiş ve ardından farklı görüşte olunan makaleler hakkında ortak bir karara varılarak kodlama protokolüne aktarılmıştır. Tanımlayıcı özelliklerine göre kodlanan makalelerin tanımlayıcı özellikler;

- i. Çalışmanın adı ve tarihi
- ii. Çalışmanın türü ve amacı
- iii. Çalışmanın örneklem büyüklüğü
- iv. Çalışmada kullanılan veri toplama yöntemi
- v. Kalite değerlendirme puanı
- vi. Çalışmanın ana çıktısı

Makalelerin incelenmesi sonucunda, kalan 52 yayın için Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme ölçütlerinden 12 tanesi kullanıldı (Polit ve Beck,2009).

Bu ölçütler çalışmaların amaçları, örneklem özellikleri, bulguları ve sonuç üzerinden genel bir değerlendirme yapmaya olanak sağlamaktadır. Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacılar tarafından ayrı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi tam karşılaması durumunda “ bir puan” karşılamadığı durumda “ sıfır puan” değeri verilmiştir. Çalışmanın kriterlere göre alabileceği puanlar sıfır ila 12 arasında değişmektedir. Çalışmada bütün alt gruplara ait makaleler iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelendi ve kalite değerlendirmesinde 7 ve üzeri puan alan makaleler kaliteli olarak değerlendirildi. Güçlü ve orta kalitede değerlendirilen çalışmalar meta analize dâhil edileceği için toplamda 52 çalışma bu kriteri sağladı ve meta analize dâhil edildi. Çalışmaların kalite değerlendirmesi sonrasında uyum için kappalı analizi yapılmıştır.

5.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde araştırma sonuçlarını birleştirme yöntemlerinden veri tipine uygun yöntemler seçilmiştir. Çalışmada meta analizi tekniğinin uygulanması için Comprehensive Meta Analysis 3 (CMA 3) programı ve değerlendiriciler arası uyum için Kappa istatistiği kullanılmıştır. CMA istatistik paket programının lisanslı CMA 3 (CMA3264) versiyonu kullanılmıştır. Dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve çalışmaya dâhil edilmeye karar verilen tüm makalelerin verileri CMA yazılımına girildi, makalelerin heterojenite durumları değerlendirildi. Heterojenite testinde $p < 0.05$ olan grup analizlerinde rastgele etkiler modeli, $p > 0.05$ olan grup analizlerinde ise sabit etkiler modeli altında tüm çalışmaların etki büyüklükleri, çalışma ağırlıkları, %95 güven aralıkları ve genel etki büyüklüğü hesaplandı. Genel etkinin değerlendirilmesinde istatistiki anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Yayın yanlılığını test etmek amacı ile Huni grafiği (Funnel Plot) incelemesi yapıldı, Classic Fail Safe N ve Tau katsayısı hesaplaması sonuçları kullanıldı. Etki büyüklüğünün hesaplamasında Odds oranı kullanıldı. Etki modelinin belirlenmesinde Cochran'ın Q istatistiğinden faydalanıldı. Q istatistiğinin sonucuna göre verilerimiz heterojen dağılım gösterdiği için rastgele etki modeli seçildi.

Dâhil edilen çalışmalar iki ayrı değerlendirici tarafından Polit ve Beck tarafından önerilen kalite değerlendirme ölçütleri kullanılarak değerlendirildi ve SPSS 25 programında kappa uyum oranı hesaplandı.

5.4. Etki büyüklüğü

Meta analizinde çalışmaya dahil edilen her bir çalışma sayısal olarak birleştirilmeden önce çalışmaların her biri için sonuç değişkenine ait ölçümlerin (etki büyüklüklerinin) hesaplanması gerekmektedir.

Bu çalışmada etki büyüklüğü hesaplamasında ikili veriler için yapılan analizlerde genel etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde “RR ve OR” değerleri esas alındı. Genel etkinin değerlendirilmesinde istatistiki anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edildi” kullanılmıştır. İki olasılık farkından hesaplanan “risk farkı” (Risk Difference, RD), bu iki olasılığın oranından elde edilen “relatif risk” (Relative Risk, RR), bir olayın olma olasılığının, olmama olasılığına oranlanmasıyla bulunan “odds oranı” (Odds Ratio, OR)’dır. Eğer tedavi grubunda ilgilenilen olayın görülme olasılığı küçük ise hem OR hem de RR değeri 1’den küçük olacaktır, fakat OR değeri RR değerinden daha küçük olacaktır. İlgilenilen olayın görülme olasılığı kontrol ve tedavi grubunda aynı ise böyle bir durumda hem OR hem de RR değeri 1’e eşit olacaktır. $RR = 1$, maruziyetin sonucu etkilemediği anlamına gelir, $RR < 1$, sonuç riskinin maruziyetle azaldığı anlamına gelir, $RR > 1$, sonuç riskinin maruziyetle arttığı anlamına gelir (Deeks 2002, Schechtman 2002, Dincer 2014). Etki değerlerinin başındaki eksi (-) işareti çalışmalarda etkisi ölçülen sağlık çalışanına gerçekleştirilen şiddetin etkisinin negatif yönde /kontrol grubu lehine; artı (+) işareti ise etkinin pozitif yönde/ deney grubu lehine olduğunu belirtmektedir. Etki büyüklüğü sıfır (0) değerinde ise veya sıfıra yakın ise kontrol ve deney grubu lehine veya aleyhine bir sonuç olmadığı, sonucu çıkarılmaktadır.

5.5. Heterojenite

Bu araştırmada çalışmalar arası heterojenliği test etmek için Cochran’ın Q istatistiği kullanılmıştır. Bu test tüm çalışmaların aynı etkiyi değerlendirdiği sıfır hipotezini test etmektedir. Bu analiz ile istatistiksel olarak anlamlı bir varyans olup olmadığı belirlenir (Higgins ve Green 2011). Cochran’ın Q istatistiği dışında heterojenlik ölçümü hesaplanmasında " p, T², T, I²" katsayıları sıklıkla kullanılmaktadır. Tüm bu katsayılar Q’ya bağlıdır. Q istatistiği ve p değeri anlamlılık testi için kullanılır.

T^2 tahmini analizdeki çalışmalar arasındaki varyansı, T gerçek etkilerdeki standart sapmayı temsil eder. I^2 ise; gözlenen etkideki toplam değişimin heterojenlik oranıdır. Heterojenite mevcut araştırmaların varyansı açıklama yüzdesi ile ilgilidir. Açıklama yüzdesi arttıkça heterojenite artar (Borenstein ve ark 2013). Heterojenite değerlendirmesinde heterojenlik oranı (I^2) %25' in altındaysa yok; %25-50 ise düşük; %51- 75 ise orta ve %75'in üstündeyse yüksek olarak değerlendirilmektedir (Dincer 2014).

5.6. Etki modelleri

Meta analiz çalışmalarında heterojeniteye göre sabit etkiler ya da rastgele etkiler modeli kullanılmaktadır. Sabit ve rastgele etki modelleri, meta analitik araştırmalarda tartışılan iki önemli kavramdır (Dincer 2014). Sabit etki modeline göre evren etki büyüklüklerinin değişmediği varsayılmaktadır. Rastgele etki modeline göre ise; evren etki büyüklüklerinin araştırmadan araştırmaya değiştiği varsayılmaktadır. Meta analiz çalışmasında bu iki modelden hangisinin kullanılacağı ile ilgili karar verilirken etki büyüklüklerinin homojen bir dağılım gösterip göstermediğine bakılmaktadır. Homojen dağılım gösteriyor ise sabit etki modeli; dağılım homojen değil ise rastgele etki modeli kullanılmaktadır (Ellis 2010).

5.7. Yayın yanlılığı

Meta-analizde bu yanlılığı test etmek için kullanılan farklı testler vardır. Bunlardan en önemlisi "Funnel Plot" diyagramıdır. Yayın yanlılığı ile ilgili yapılan bir diğer test de hata koruma sayısı testidir (Fail Safe N). Sağlık çalışanlarının yaşadığı şiddet ve nedenleri meta analizde bulunan istatistiksel olarak anlamlı etkisini sıfırlamak için kaç tane çalışmanın analize dahil edilmesi gerektiğini hesaplamak için hata koruma sayısı (Fail Safe N) analizi yapılmıştır. Benzer şekilde Orwin sayısına bakılmış ve Egger regresyon analizlerinden yararlanılarak sonuçlar yorumlanmıştır.

5.8. Raporlama

Meta analiz çalışmalarının nasıl rapor edileceği konusunda birçok protokol geliştirilmiştir. Bu protokollerden bazıları "Quality of Reports of Meta-analysis" [QUOROM]; "Observational Studies in Epidemiology" [MOOSE] ; Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses [PRISMA]' dır.

Bu çalışmanın raporlamasında PRISMA'nın sistematik derleme ve meta analizler için 2009 yılında yayınladığı "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses (PRISMA)" yazım rehberi kullanılmıştır (Moher ve ark 2015).

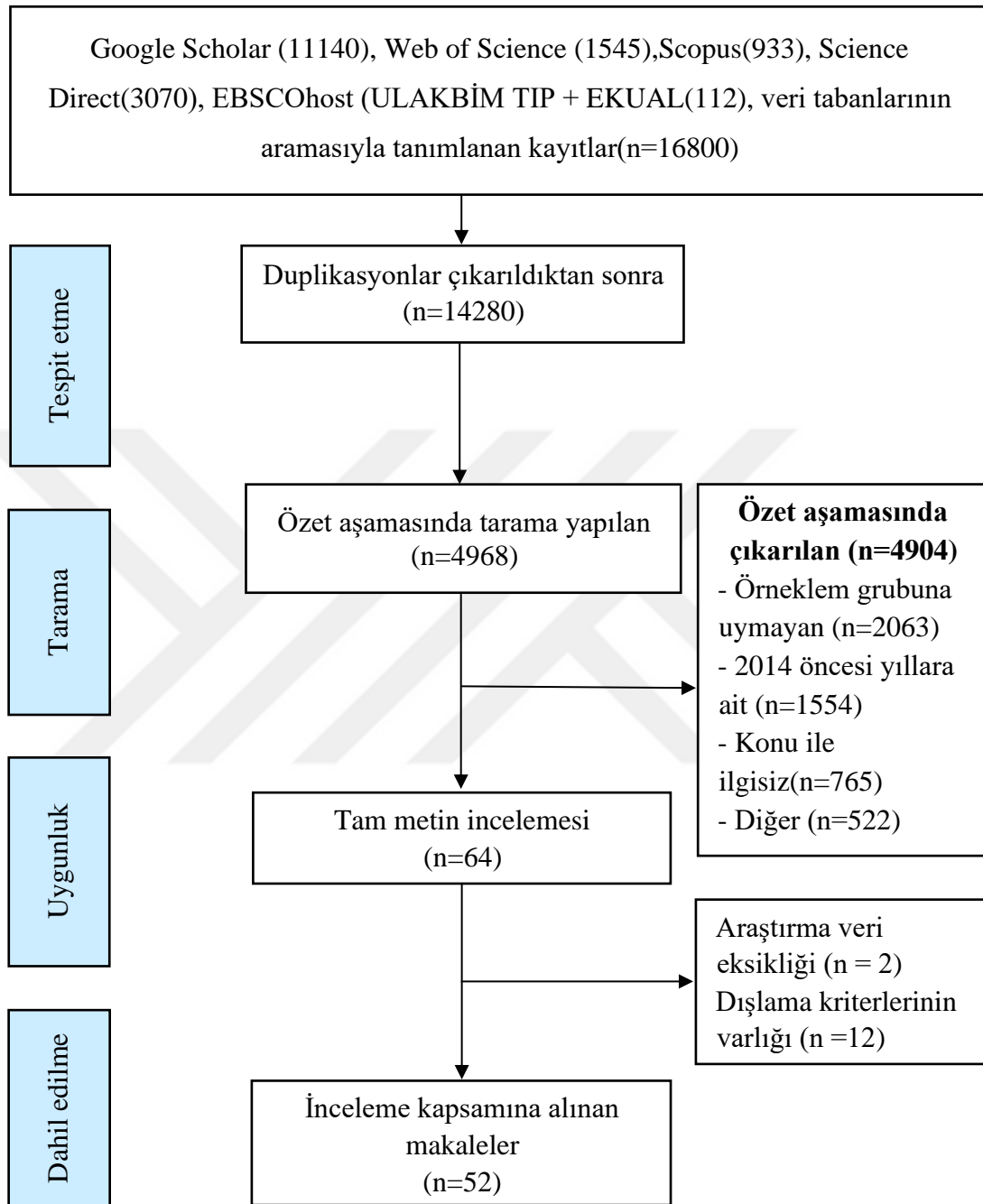
5.9. Bulgular

Yapılan taramada toplamda 16800 çalışmaya ulaşılmıştır, 2520 tanesi dublikasyon nedeniyle elenmiş, 14280 çalışma incelenmiş ve 14216 çalışma şiddet içermemesi, nitel çalışma olması, çalışma popülasyonun farklılığı gibi nedenlerden başlıklara dayalı olarak elenmiştir.

Kalan 64 çalışmanın özeti iki araştırmacı tarafından dahil edilme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirilmiş, gerek duyulduğunda tam metin incelemesi yapılmış, dahil edilme kriterlerine uymayan 12 çalışma elenmiştir. Eleme nedenleri arasında dublikasyon (2); dil sorunu (İspanyolca)(2); çalışmanın derleme olması (2); ana konunun dışında verilerin olması (4); ve şiddetin uygulanması sonrasındaki alınan önlemler üzerine odaklanmamış olması (2) yer almaktadır. Eleme sonucu kalan 52 çalışmanın tam metni iki bağımsız araştırmacı tarafından incelenmiş, dahil edilme kriterlerine uyan çalışmalar kalite değerlendirmesi yapılmıştır. Bu değerlendirmeye göre orta (n=41) ve güçlü (n=11) puan alan 52 çalışma meta analize dahil edilmiştir. Makalelerin aranma ve meta analize dâhil edilme kriterleri;

- i. Orijinal makale (nitel çalışmalar, tez, kitap, derleme, mektup, vaka ve raporları hariç) olan çalışmalar,
- ii. İlgili konuda dil taraflılığını önlemek adına yalnızca İngilizce ve Türkçe olarak yazılmış randomize kontrollü çalışmalar, deneysel ve tanımlayıcı, tam metin araştırma makaleleri
- i. Üniversite bünyesinde ulaşılabilir ve konu ile ilgili olarak Ulusal/Uluslararası hakemli bir dergide yayınlanmış makaleler
- ii. Sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti sunumunda yaşadıkları şiddete yönelik verileri (sağlık personeli dışındaki çalışanlara yönelik yapılan şiddet çalışmaları hariç) içeren tam metin makaleler,
- i. 2010-2020 yıllarına ait makaleler değerlendirilmeye alındı.

Çalışmaların seçimindeki akış şeması (Flow Diyagram) Şekil 5.1'de verilmiştir.



Şekil 5.1: PRISMA 2 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement) Akış şeması

5.10. Çalışma Karakteristikleri

Meta analize dahil edilen 52 makalenin tamamı araştırma makalesidir ve tezler çalışmada yer almamıştır. Çalışma popülasyonundaki sağlık profesyonellerinin 20-29 yaş ve üzerinde olduğu, %72'sinin, hemşirelerin ve hekimlerden oluştuğu, %82'sinin işyerinde şiddeti yaşadığı belirlenmiştir.

Bu profesyonel meslek gruplarının en çok hasta yakınları tarafından, daha az oranda ise hastalar tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddet türü olarak büyük çoğunluğu sözel şiddetten söz etmiş, sözel şiddeti fiziksel şiddet, tehditkâr davranışlar izlemiştir.

Şiddetin gerçekleştiği yerle ilgili veriler incelendiğinde hastane içinde kliniklerde ve özellikle en sık acil servislerde ve ikinci sıklıkta psikiyatri kliniklerinde şiddetin olduğu belirtilmiştir. Dahili ve cerrahi branşlar incelendiğinde; Türkiye'de ve yurt dışında yapılan çoğu çalışmalar cerrahi branşlarda şiddetin daha fazla olduğunu gösterirken, yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda dâhili branşlarda şiddetin daha fazla olduğuna değinilmiştir.

Hastane ortamında en sık acil odalarında şiddet oluşmakla birlikte servisler ve poliklinikler de güvenli ortamlar değildir. Bunun yanında sırasıyla azalan oranlarda bekleme salonları, park yerleri, koridorlar ve kafeteryalar da riskli alanlar olarak belirtilmiştir.

Şiddetin en sık olduğu saati 16.00-20.00 olarak göstermektedir. Yine çalışmalar özellikle gece mesailerinde şiddetin gündüz mesailerinden daha fazla olduğunu göstermektedir. Şiddetin nedenleri olarak; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışılması, ilaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerle çalışma, vardiya halinde veya tek çalışma, sağlık bakım endüstrisinde maliyeti azaltma girişimleri nedeniyle hizmete sunumuna yansıyan eksiklikler, saldırgan davranışla baş etme konularında sağlık bakım personeline eğitim ve deneyim yetersizliği, çevresel ortamın kötü olması(koridor/odalar/park yerleri/servisler/diğer ilgili alanların kötü ışıklandırılmış olması), toplumun şiddet içeren davranışlarının yasalarla sınırlanmamış olması vb. şiddet riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır.

Analize dahil edilen çalışmaların örneklem büyüklüğü 39,556'dur. Örneklem sayıları 61 ile 4891 arasında değişmektedir. Ortalama örneklem sayısı 760 (± 692)'dir.

Çalışmaya dahil edilen 30 kesitsel tanımlayıcı, 2 retrospektif, 2 betimleyici, 14 kesitsel, 4 tanımlayıcı çalışmalardır. Bu çalışmalar Türkiye (n=22), Lübnan (n=1), İran (1), Yunan (n=1), İtalya (n=1), Sırbistan (n=1), Slovenya (n=1), Güney Afrika (n=1), Hindistan (n=1), Yeni Zelanda (n=1), Tayvan (n=1), Etiyopya (n=1), İngiltere'de (n=1), Mısır (n=2), Çin (n=5), Amerika (n=6) ve Avustralya (n=5) örnekleminde yürütülmüştür.

5.11. Metodolojik Kalitenin Değerlendirmesi

Bu çalışmada kalite değerlendirme puanına göre kodlayıcılar arası uyumun % 83 olduğu bulunmuştur. Güvenirlilik analizinde Cohen's kappa 0,84 %95 güven aralığındadır [Güven Aralığı (GA) (GA: 0,767- 0,873)]. Kappa değeri < 0 şansa bağlı uyumdan daha kötü uyum; 0,01 — 0,20 önemsiz düzeyde uyum olması; 0,21 — 0,40 zayıf düzeyde uyum; 0,41 — 0,60 Orta düzeyde uyum; 0,61 — 0,80 iyi düzeyde uyum ve 0,81 — 1,00 çok iyi düzeyde uyum olması ya da 0,75 ve üzeri mükemmel, 0,40-0,75 arası orta-iyi ve 0,40'ın altı zayıf uyum olarak değerlendirilmektedir (Dincer,2014). Bu çalışmadaki kappa değeri (0,83) kodlayıcılar arası çok iyi düzeyde uyum olduğunu göstermektedir. Her bir çalışma için araştırmacıların verdiği puan ortalamaları EK-2'de gösterilmiştir.

5.12. Analitik Bulgular

5.12.1. Genel Etki Büyüklükleri ve Heterojenite

Meta analize dahil edilen 52 çalışmanın bazıları tek bir araştırma sorusuna yanıt verirken, bazıları birden çok araştırma sorusuna yanıt veren çıktılarını kapsadığından, aynı çalışma her bir farklı değişken için yeniden analize alınmış ve böylelikle meta analize dahil edilen çalışmaların sayısı artmıştır. Örneğin; Fafliora ve diğ. (2015)'nin yaptığı çalışmada şiddete maruz kalmanın yanında, şiddetin ortamı, türü, şiddeti uygulayan ve uygulananın demografik özellikleri, şiddetin nedenleri altı ayrı çıktı olarak ele alındığından altı ayrı değerlendirme yapılmıştır.

Sonuç çıktıklarından;

- i. Sağlık çalışanlara yönelik şiddetin oluşumunu etkileyen etmenler (şiddeti uygulayanların özellikleri)
- ii. Sağlık çalışanlara yönelik şiddetin oluşumunu etkileyen etmenler (şiddet uygulanan sağlık çalışanlarının özellikleri)
- iii. Şiddetin ortaya çıktığı ortamın özellikleri (klinikler, acil birimleri, yoğun bakımlar, kamu veya özel hastane olma durumu, şiddetin gerçekleştiği vardiya) oluşturmuştur.

İncelemeye alınan çalışmalarda; demografik özellikler, şiddet görme/ tanık olma durumu, şiddetin kim tarafından uygulandığı, tipi, nedenleri, gerçekleştiği vardiya şiddeti uygulayan kişinin cinsiyeti, şiddetin nerede uygulandığı ve şiddet uygulananın cinsiyeti, meslek değişkenlerinin incelendiği belirlendi ve ortak bu faktörlere ait verilerin analizi yapıldı. Sağlık çalışanlarında şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 1,778 (G.A; 1,725-1,832; p >0.00), şiddetin yaşandığı ortamın durumu(klinik-klinik dışı olma; özellikle acil servisler, psikiyatri klinikleri, yoğun bakım ünitelerinde) genel etki büyüklüğünün 1,964 (G.A; 1,885-2,048; p >0.00), şiddetin türü(sözel şiddet ve fiziksel şiddet) genel etki büyüklüğünün 2,921 (G.A; 2,402-3,508; p >0.00) şiddete maruz kalınan çalışma saatler/vardiya (gece ve gündüz vardiyası) genel etki büyüklüğünün 0,874 (G.A; 0,503-1,520; p>0.00), şiddete neden olan risk faktörlerinden sağlık profesyonellerinin cinsiyetinin şiddet gelişimi üzerindeki genel etki büyüklüğünün (şiddet uygulanan için) 0,565 (G.A; 0,385- 0,830; p >0.05), meslek için genel etki büyüklüğünün 1,684 (G.A; 1,215- 2,336 p <0.05), şiddeti uygulayanın cinsiyeti için; genel etki büyüklüğünün 1,967 (G.A; 1,239- 3,121 p <0.05), değerleri ile pozitif yönlü olduğu belirlendi.

5.13. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05'ten küçük ve Q (1608,141) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma durumlarına göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi.

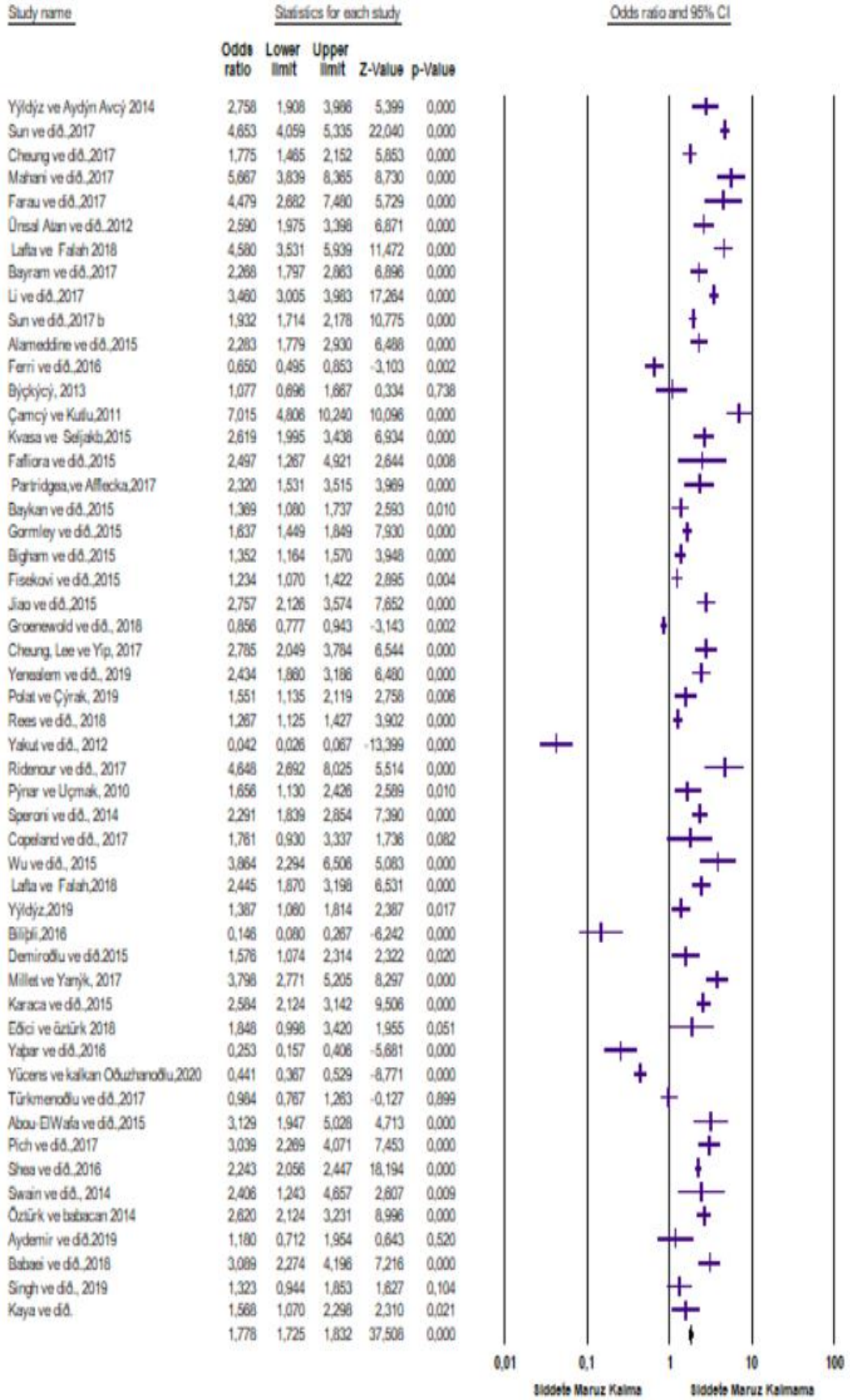
I^2 istatistik değeri 96,829 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | | | |
|--------------|------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|---------|---------|---------------|---------|-------------|-------------|----------------|----------|-------|-------|
| Model Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau | |
| Fixed | 52 | 1,778 | 1,725 | 1,832 | 37,508 | 0,000 | 1608,141 | 51 | 0,000 | 96,829 | 0,386 | 0,122 | 0,015 | 0,621 |
| Random | 52 | 1,807 | 1,516 | 2,154 | 3,603 | 0,000 | | | | | | | | |

Şekil 5.2: Şiddete maruz kalma değişkeni için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.2’de sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 52 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 1,778 (G.A; 1,725-1,832; $p > 0.00$) değeri ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05’ten küçük ya da Q değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük ise analize dahil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta-analiz uygulamasının heterojen bir yapıda olduğu anlaşılır (Dinçer, 2014). Ayrıca heterojenliğin seviyesini belirlemek için I^2 istatistiği değeri (96,829) olarak hesaplanmıştır. (Higgins, Thompson, Deeks ve Altman (2003), I^2 için referans noktaları belirtmişler ve bu değerleri %25, %50 ve %75 olmak üzere düşük, orta ve yüksek şeklinde ifade etmişlerdir. Buna göre $I^2 = 96,829$ değeri ile etki büyüklükleri dağılımı yüksek düzeyde heterojenlik göstermektedir.

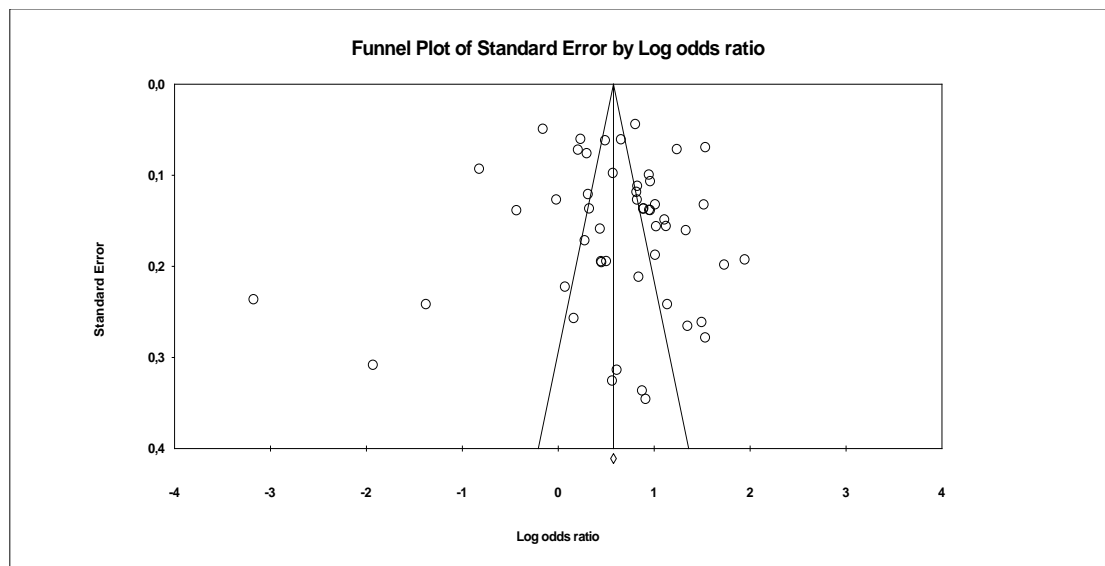


Şekil 5.3: Şiddete maruz kalma değişkeni için etkisine ait forest grafiği

5.14. Yayın Yanlılığının Analizi

Meta analiz veri setinin görsel bir özeti olarak da değerlendirilen ve yayın yanlılığının olasılığını gösteren huni saçılım grafiğinin sonuçları Şekil 3’de gösterilmektedir. Şekil 3’te görüldüğü gibi, araştırmaya dâhil edilen 52 çalışmanın büyük bir çoğunluğu birleştirilmiş etki büyüklüğüne çok yakın bir konumda ve üst kısımlarda yer almaktadır. Belirli bir düzeyin üzerindeki yayın yanlılığı hesaplanacak ortalama etki büyüklüğünü etkiler ve olması gerekenden daha yüksek gösterir (Borenstein vd., 2013). Şekil 3’e göre yayın yanlılığına ilişkin bir görüntü olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada yayın yanlılığı; huni saçılım grafiği, Classic fail-safe N, Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiği yöntemleriyle test edilmiştir. Classic fail-safe N istatistiğinde çalışmanın gücü ve p değerinin alfa değerinden büyük olması için analize dahil edilmesi gereken çalışma sayısı öğrenilebilir (Dinçer, 2014). Yapılan analiz de p değerinin 0,05’den büyük olması için gerekli çalışma sayısı 4250 adettir. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma ve nedenlerini inceleyen 4198 çalışmaya daha ulaşılması olası olmadığından dolayı, bu sonuç yayın yanlılığı olmadığını göstergesi olabilir. Yayın yanlılığını belirlemenin diğer bir yolu ise Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiğidir. Buna istatistikte, Kendall’ın tau b katsayısı hesaplanır. Yayın yanlılığının olmaması durumunda bu katsayının 1’e yakın olması ve çift kuyruklu p değerinin anlamlı bir fark yaratmaması yani p değerinin 0.05’den büyük olması beklenmektedir (Dinçer, 2014). Bu istatistikte hesaplanan değerlere göre meta analize dahil edilen çalışmalarda yayın yanlılığı görülmemiştir.



Şekil 5.4: Huni Saçılım Grafiği (Funnel Pilot)

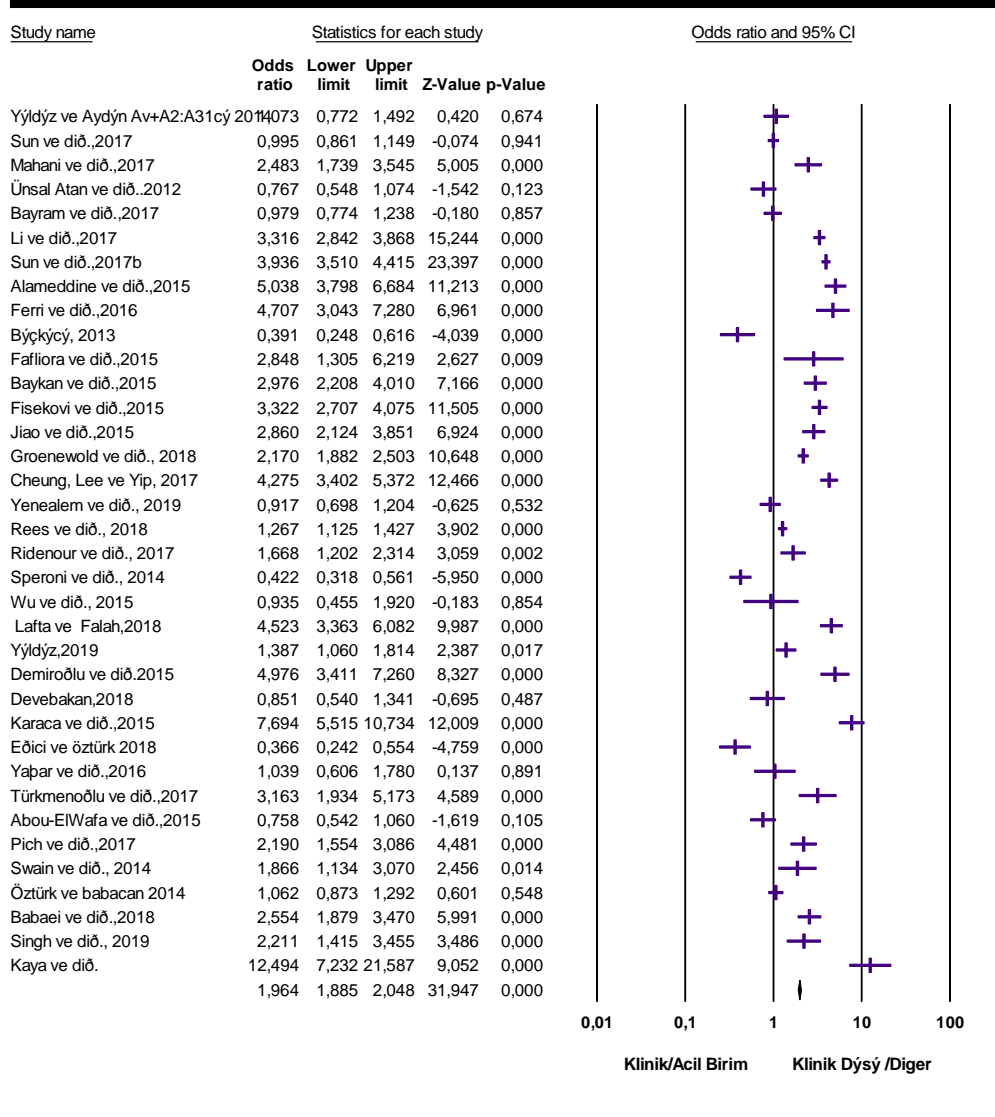
5.15. Şiddetin Ortaya Çıktığı Ortamın Özelliği

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldıkları ortamın etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05'ten küçük ve Q (1607,342) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma durumlarına göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 96,721 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | | Heterogeneity | | | Tau-squared | | | |
|--------|------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|---------|---------|----------|---------------|---------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | Number Studies | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 36 | 1,964 | 1,885 | 2,048 | 31,947 | 0,000 | 1067,342 | 35 | 0,000 | 96,721 | 0,492 | 0,176 | 0,031 | 0,701 |
| Random | 36 | 1,884 | 1,486 | 2,387 | 5,235 | 0,000 | | | | | | | | |

Şekil 5.5: Şiddete maruz kalınan ortam değişkeni için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.5'de sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldıkları ortamın etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 36 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 1,964 (G.A; 1,885-2,048; $p > 0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, araştırmalarda şiddetin yaşandığı ortamların sağlık çalışanlarında şiddet gelişimi üzerindeki etkisinin, birlikte bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05'ten küçük ya da Q değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük ise analize dahil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta-analiz uygulamasının heterojen bir yapıda olduğu anlaşılır (Dinçer, 2014). Ayrıca heterojenliğin seviyesini belirlemek için I^2 istatistiği değeri (96,721) olarak hesaplanmıştır. (Higgins, Thompson, Deeks ve Altman (2003), I^2 için referans noktaları belirtmişler ve bu değerleri %25, %50 ve %75 olmak üzere düşük, orta ve yüksek şeklinde ifade etmişlerdir. Buna göre $I^2 = 96,829$ değeri ile etki büyüklükleri dağılımı yüksek düzeyde heterojenlik göstermektedir.



Şekil 5.6: Şiddete maruz kalınan ortam değişkeninin etkisine ait forest grafiği

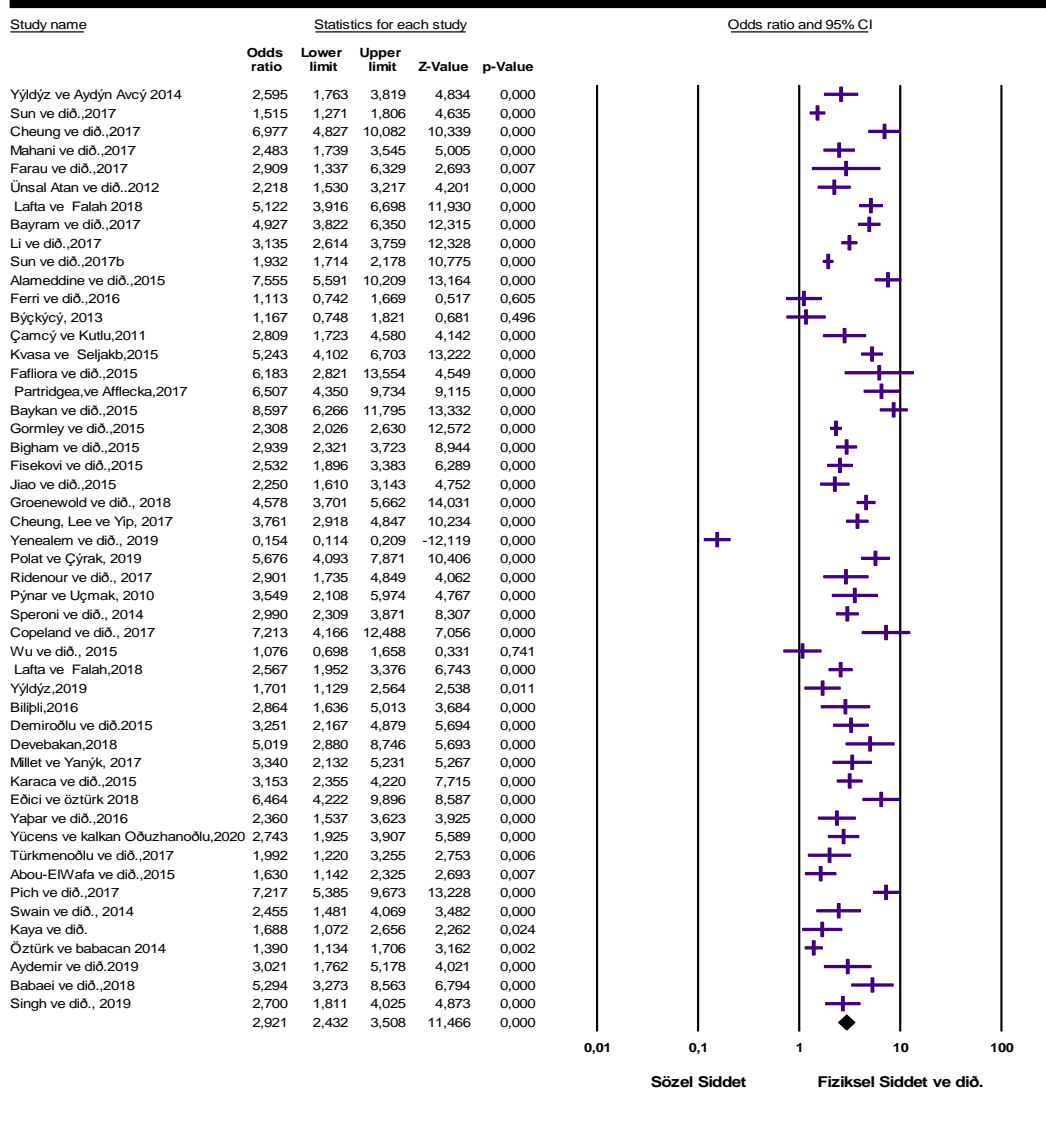
5.16. Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetin Türü

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddetin türünün etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05'ten küçük ve Q (890,922) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin maruz kaldıkları şiddetin türüne göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 94,500 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | | | |
|--------|------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|---------|---------|---------------|-------|-------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | Model Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 50 | 2,691 | 2,582 | 2,806 | 46,653 | 0,000 | 890,922 | 49 | 0,000 | 94,500 | 0,397 | 0,120 | 0,014 | 0,630 |
| Random | 50 | 2,921 | 2,432 | 3,508 | 11,466 | 0,000 | | | | | | | | |

Şekil 5.7: Şiddet türü değişkeni için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.7’de sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin türünün etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 50 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 2,921 (G.A; 2,402-3,508; $p > 0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, araştırmalarda maruz kalınan şiddetin türüne yönelik etkinin, istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05’ten küçük ya da Q değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük ise analize dahil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta-analiz uygulamasının heterojen bir yapıda olduğu anlaşılır (Dinçer, 2014). Ayrıca heterojenliğin seviyesini belirlemek için I^2 istatistiği değeri (94,500) olarak hesaplanmıştır. (Higgins, Thompson, Deeks ve Altman (2003), I^2 için referans noktaları belirtmişler ve bu değerleri %25, %50 ve %75 olmak üzere düşük, orta ve yüksek şeklinde ifade etmişlerdir. Buna göre $I^2 = 94,500$ değeri ile etki büyüklükleri dağılımı yüksek düzeyde heterojenlik göstermektedir.



Şekil 5.8: Şiddet türünün etkisine ait forest grafiği

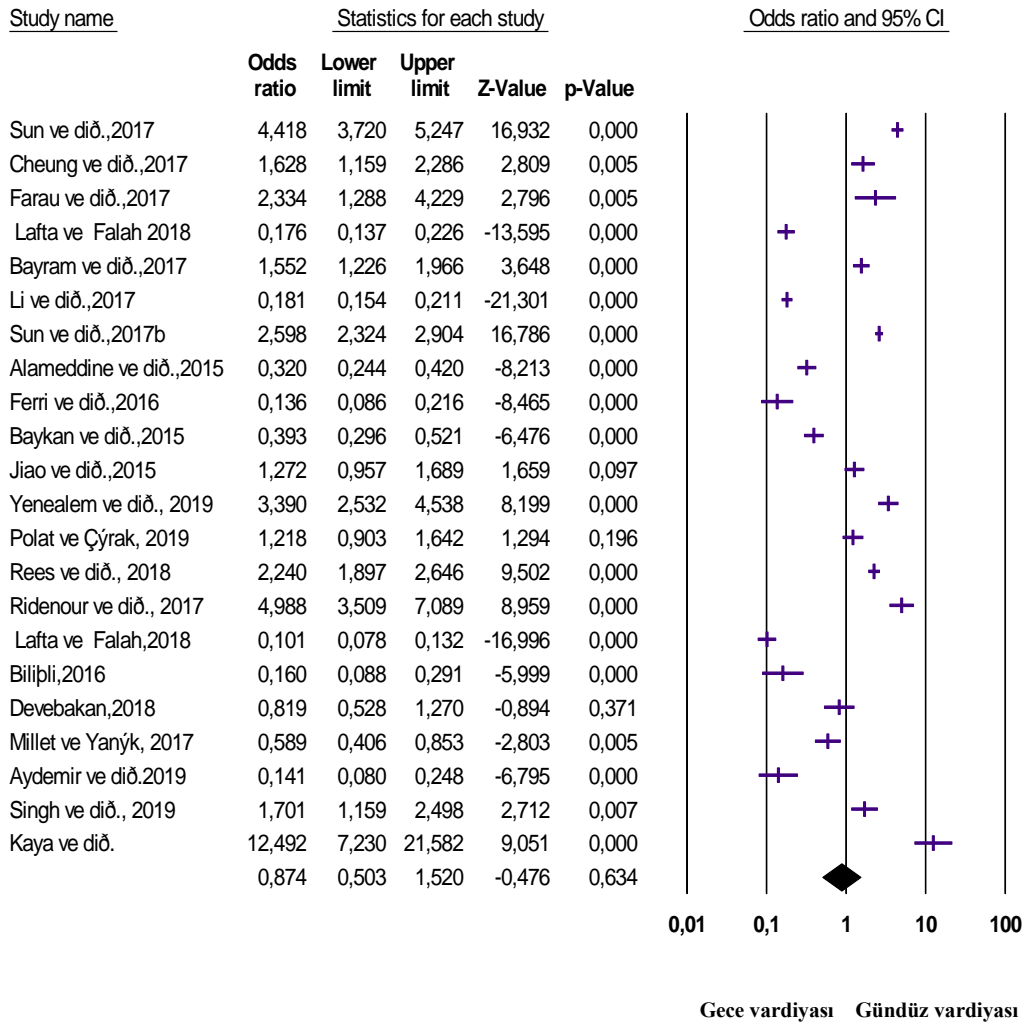
5.17. Şiddete Maruz Kalınan Vardiya

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddetin zamanın etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı. Heterojenlik testi sonucunda p değer 0.05'ten küçük ve Q (2116,278) değer χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kaldıkları vardiyaya göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değer 99,008 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Model Number | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | |
|--------|--------------|------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|---------|----------|-------|---------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 22 | 1,099 | 1,042 | 1,159 | 3,461 | 0,001 | 2116,278 | 21 | 0,000 | 99,008 | 1,716 | 0,755 | 0,571 | 1,310 |
| Random | 22 | 0,874 | 0,503 | 1,520 | -0,476 | 0,634 | | | | | | | | |

Şekil 5.9: Şiddetin yaşandığı vardiya değişkeni için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.9’da sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin zamanına yönelik etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 22 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 0,874 (G.A; 0,503-1,520; $p>0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, araştırmalarda maruz kalınan şiddetin zamanın yönelik etkinin, etkisinin kendi aralarında tek başına anlamlı iken, birlikte bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05’ten küçük ya da Q değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük ise analize dahil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta-analiz uygulamasının heterojen bir yapıda olduğu anlaşılır (Dinçer, 2014). Ayrıca heterojenliğin seviyesini belirlemek için I^2 istatistiği değeri (99,008) olarak hesaplanmıştır. (Higgins, Thompson, Deeks ve Altman (2003), I^2 için referans noktaları belirtmişler ve bu değerleri %25, %50 ve %75 olmak üzere düşük, orta ve yüksek şeklinde ifade etmişlerdir. Buna göre $I^2 = 99,008$ değeri ile etki büyüklükleri dağılımı yüksek düzeyde heterojenlik göstermektedir.



Şekil 5.10: Şiddet yaşandığı vardiyanın etkisine ait forest grafiği

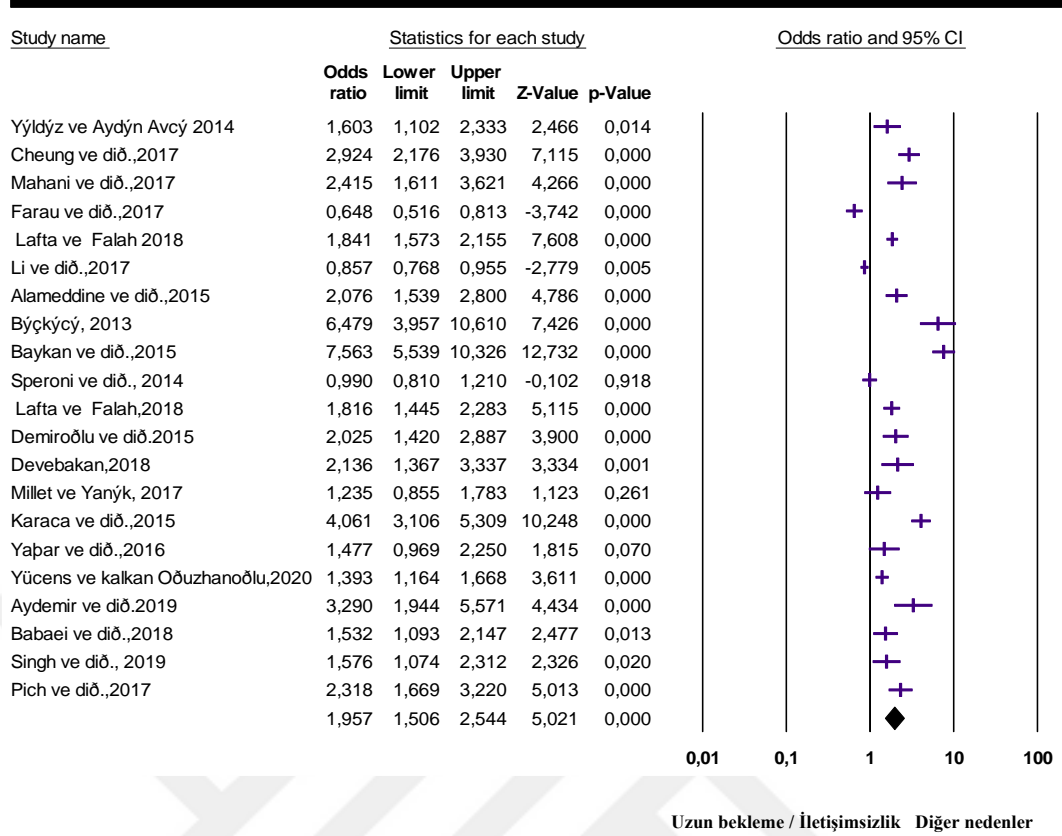
5.18. Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddetin Nedenleri

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddetin nedenlerinin etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05'ten küçük ve Q (1236,019) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma nedenlerine göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 97,492 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | | | |
|--------|------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|---------|---------|---------------|-------|-------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | Model Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 32 | 1,200 | 1,149 | 1,253 | 8,252 | 0,000 | 1236,019 | 31 | 0,000 | 97,492 | 0,630 | 0,237 | 0,056 | 0,794 |
| Random | 32 | 1,556 | 1,173 | 2,065 | 3,065 | 0,002 | | | | | | | | |

Şekil 5.11: Şiddetin nedenleri için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.11’de sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin nedenlerine yönelik etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 22 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 1,957 (G.A; 1,506-2,544; $p>0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, birlikte bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Heterojenlik testi sonucunda p değeri 0.05’ten küçük ya da Q değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük ise analize dahil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta-analiz uygulamasının heterojen bir yapıda olduğu anlaşılır (Dinçer, 2014). Ayrıca heterojenliğin seviyesini belirlemek için I^2 istatistiği değeri (97,492) olarak hesaplanmıştır. (Higgins, Thompson, Deeks ve Altman (2003), I^2 için referans noktaları belirtmişler ve bu değerleri %25, %50 ve %75 olmak üzere düşük, orta ve yüksek şeklinde ifade etmişlerdir. Buna göre $I^2 = 97,492$ değeri ile etki büyüklükleri dağılımı yüksek düzeyde heterojenlik göstermektedir.



Şekil 5.12: Şiddetin nedenlerinin etkisine ait forest grafiği

5.19. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki sağlık çalışanlarının cinsiyeti ve meslek özelliklerinin şiddete neden olan etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı.

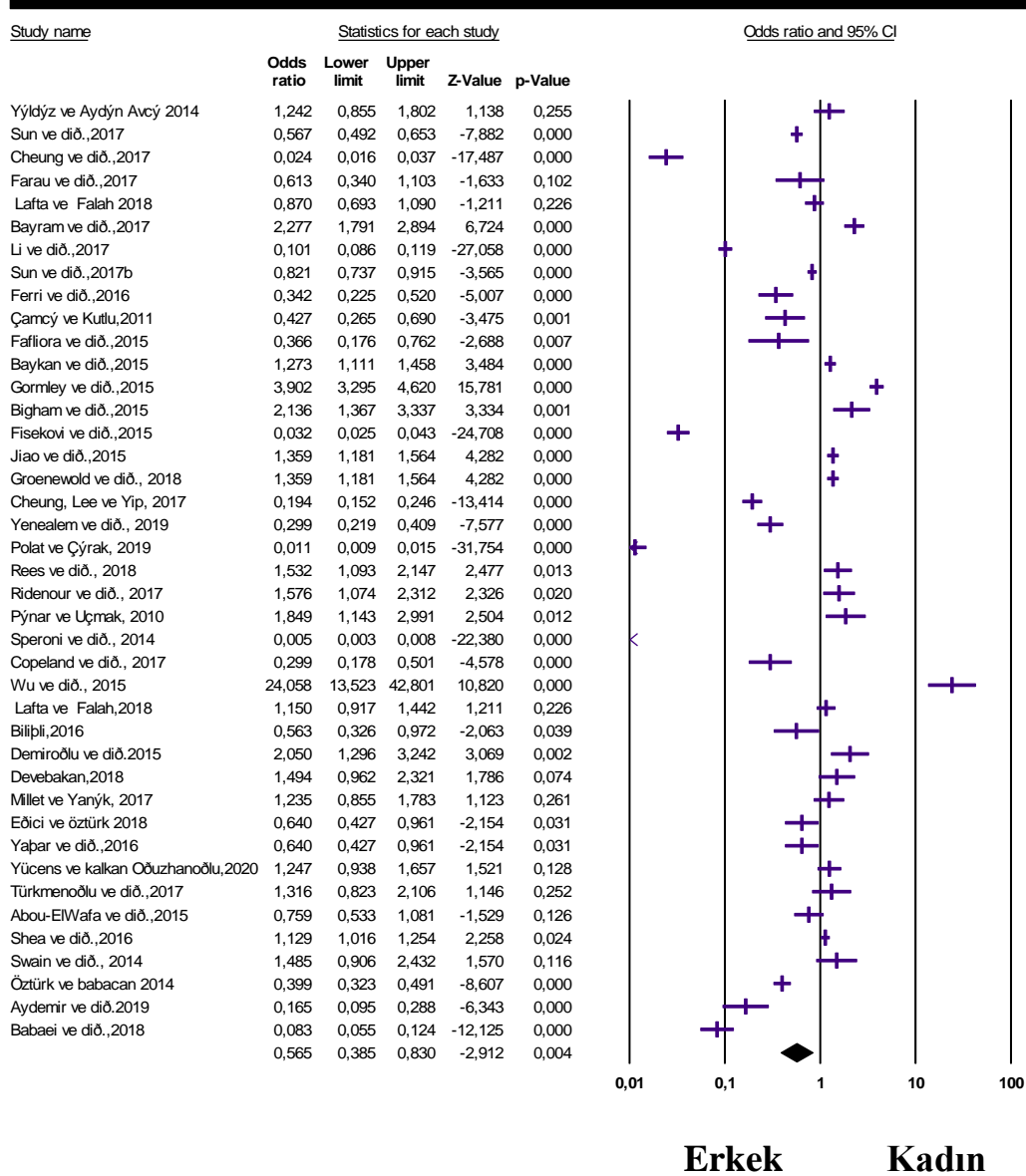
Cinsiyet

Heterojenlik testi sonucunda cinsiyet için p değeri 0.05'ten küçük ve Q (4038,380) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin cinsiyetine göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 999,010 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Model Number | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | |
|--------|--------------|------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|---------|----------|-------|---------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 41 | 0,722 | 0,695 | 0,749 | -17,174 | 0,000 | 4038,380 | 40 | 0,000 | 99,010 | 1,537 | 0,539 | 0,291 | 1,240 |
| Random | 41 | 0,565 | 0,385 | 0,830 | -2,912 | 0,004 | | | | | | | | |

Şekil 5.13: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanınin cinsiyeti için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.13’de sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinin şiddetin gelişimindeki etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 41 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 0,565 (G.A; 0,385-835; $p>0.00$) değeri ile düşük düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, çalışmaların tek başına değerlendirilmesi yönünde istatistiksel olarak anlamlı olmayan yani erkek cinsiyetin şiddetin gelişiminde bir fark yaratmadığı ancak birlikte bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.



Şekil 5.14: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının cinsiyetinin etkisine ait forest grafiği

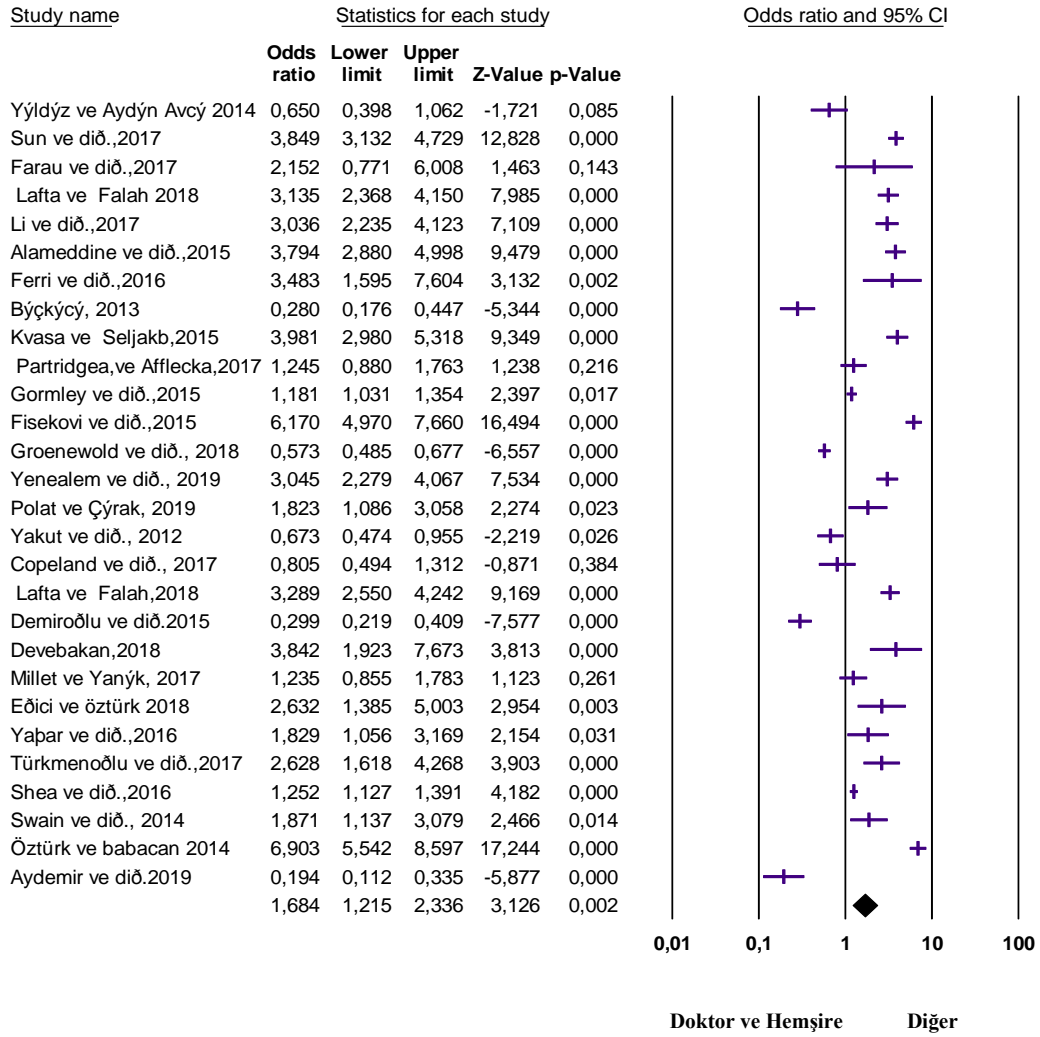
Meslek

Heterojenlik testi sonucunda meslek için p değeri 0.05'ten küçük ve Q (1023,405) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerinin mesleklerine göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 99,010 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | | | |
|--------------|------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|---------|---------|---------------|---------|-------------|-------------|----------------|----------|-------|-------|
| Model Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau | |
| Fixed | 28 | 1,680 | 1,597 | 1,767 | 20,186 | 0,000 | 1023,405 | 27 | 0,000 | 97,362 | 0,729 | 0,316 | 0,100 | 0,854 |
| Random | 28 | 1,684 | 1,215 | 2,336 | 3,126 | 0,002 | | | | | | | | |

Şekil 5.15: Sağlık çalışanlarının mesleklerinin şiddetin gelişimindeki etkisi

Şekil 5.15’de sağlık çalışanlarının mesleklerinin şiddetin gelişimindeki etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 28 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile mesleğe göre şiddete maruz kalma genel etki büyüklüğünün 1,684 (G.A; 1,215-2,336; $p>0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, istatistiksel olarak anlamlı yani hekim ve hemşire olmanın şiddetin gelişiminde istatistiksel olarak anlamlı etki yarattığı ve en fazla hekimler ile hemşirelerin şiddete maruz kaldığı saptandı.



Şekil 5.16: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının melek etkisine ait forest grafiği

5.20. Şiddeti Uygulayanların Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen makalelerdeki şiddeti uygulayanların cinsiyeti ve hasta/hasta yakını olma özelliklerinin şiddete neden olan etkisini belirlemek için heterojenlik testi uygulandı.

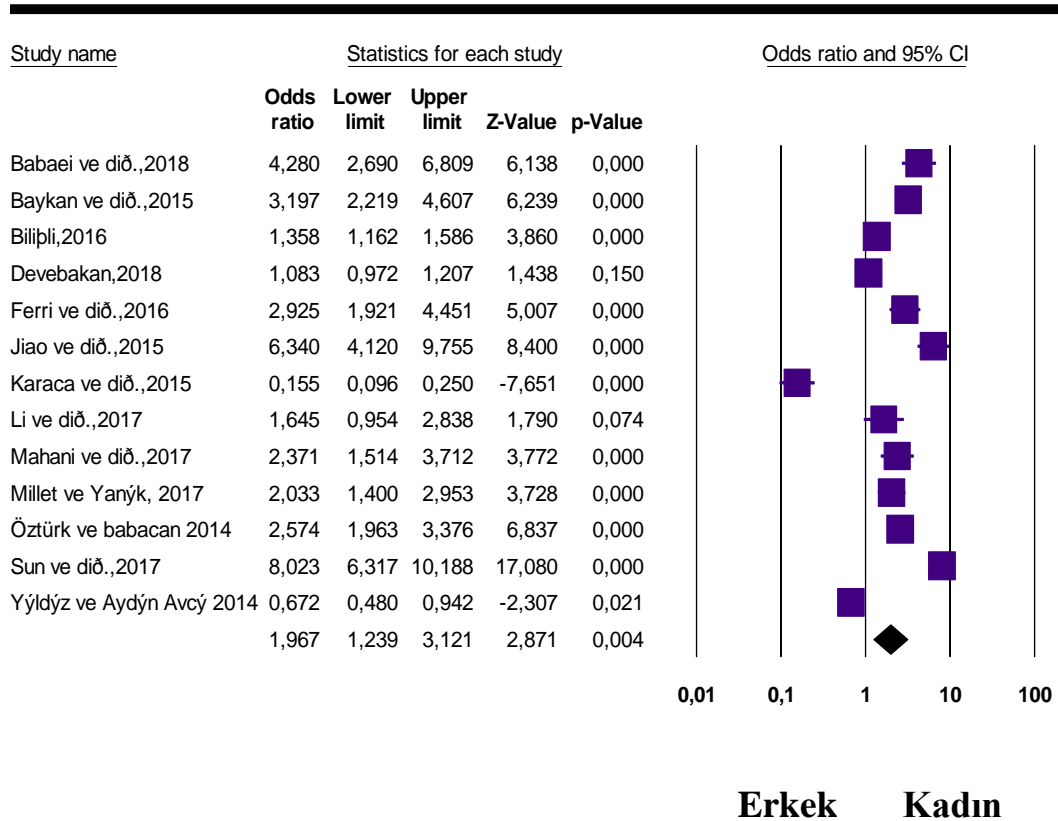
Cinsiyet

Heterojenlik testi sonucunda cinsiyet için p değeri 0.05'ten küçük ve Q (440,738) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında sağlık profesyonellerine şiddet uygulayanların cinsiyetine göre incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 97,277 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | Test of null (2-Tail) | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | | | |
|--------|------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|---------|---------|---------------|-------|-------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | Model Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 13 | 1,609 | 1,502 | 1,724 | 13,496 | 0,000 | 440,738 | 12 | 0,000 | 97,277 | 0,685 | 0,438 | 0,192 | 0,828 |
| Random | 13 | 1,967 | 1,239 | 3,121 | 2,871 | 0,004 | | | | | | | | |

Şekil 5.17: Şiddeti uygulayanların cinsiyeti için heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.17’de sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların cinsiyetinin şiddetin gelişimindeki etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 13 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile cinsiyetin şiddeti uygulama üzerindeki genel etki büyüklüğünün 1,967 (G.A; 1,239-3,121; $p>0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, yani erkeklerin şiddetin gelişiminde istatistiksel olarak anlamlı etki yarattığı saptandı.



Şekil 5.18: Şiddeti uygulayanların cinsiyetinin etkisine ait forest grafiği

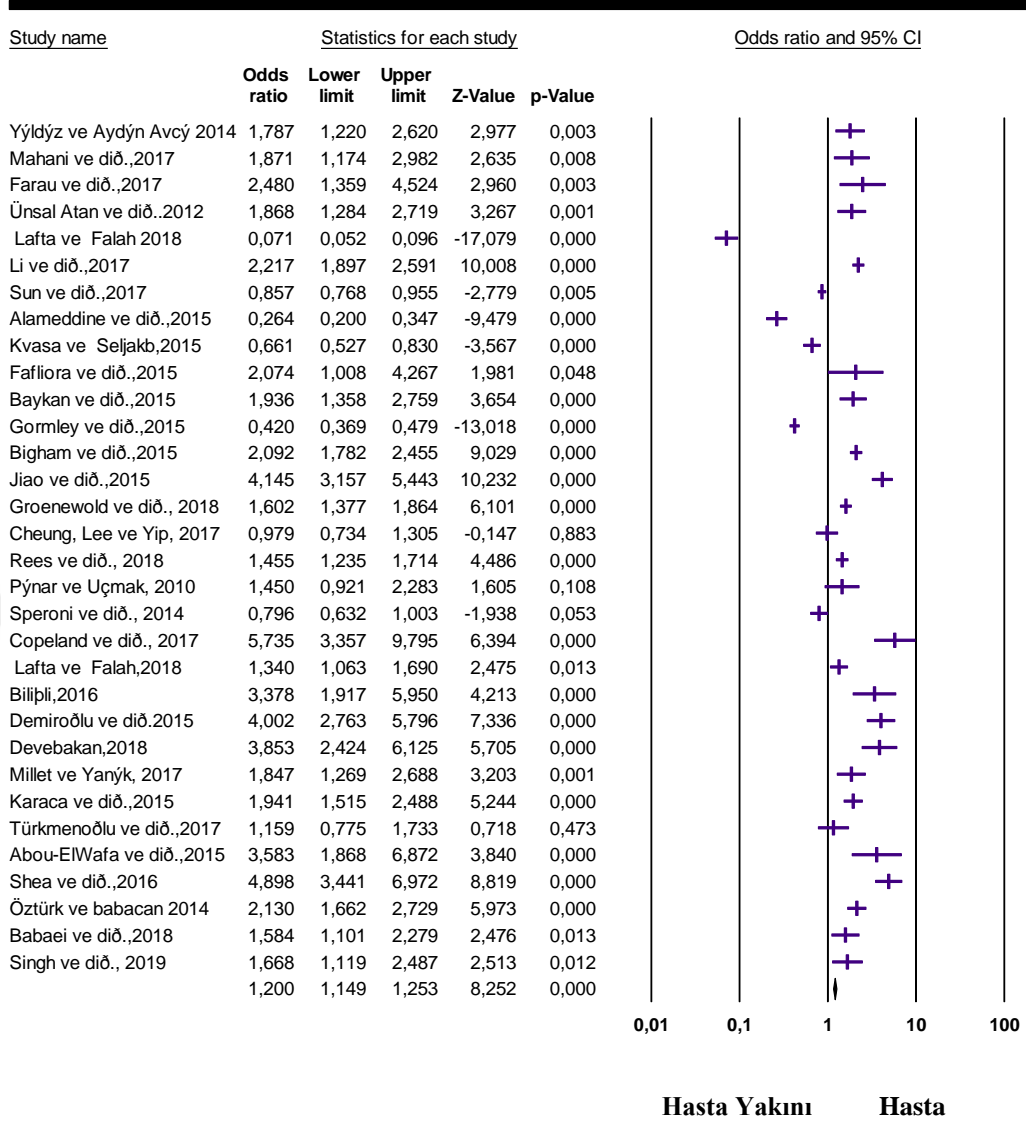
5.21. Şiddeti Uygulayanlar

Heterojenlik testi sonucunda cinsiyet için p değeri 0.05'ten küçük ve Q (1236,019) değeri χ^2 tablosunda df değerine karşılık gelen değerden büyük bulundu ve analize dâhil edilen bireysel çalışmalar sonucunda meta analiz uygulamasında şiddeti uygulayanların hasta/hasta yakını olma durumlarını incelenen araştırmaların heterojen bir yapıda olduğu belirlendi. I^2 istatistik değeri 97,942 olarak hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda etki büyüklükleri dağılımının rastgele etkiler modeline göre değerlendirildi.

| Model | Effect size and 95% interval | | | | Test of null (2-Tail) | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | | |
|--------|------------------------------|----------------|-------------|-------------|-----------------------|---------|----------|---------------|---------|-------------|-------------|----------------|----------|-------|
| | Model Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 32 | 1,200 | 1,149 | 1,253 | 8,252 | 0,000 | 1236,019 | 31 | 0,000 | 97,492 | 0,630 | 0,237 | 0,056 | 0,794 |
| Random | 32 | 1,556 | 1,173 | 2,065 | 3,065 | 0,002 | | | | | | | | |

Şekil 5.19: Şiddeti uygulayanların cinsiyetlerinin heterojenlik testi sonuçları

Şekil 5.19'da sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların hasta ya da hasta yakını ve diğer olma durumlarının şiddetin gelişimindeki etkisini inceleyen ve araştırmaya dâhil edilen 32 çalışmanın meta analiz sonuçları forest plot ile gösterildi. Rastgele etkiler modeline göre yapılan analiz ile şiddeti uygulayanların genel etki büyüklüğünün 1,200 (G.A; 1,149-1,253; $p>0.00$) değeri ile yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olduğu, yani hasta yakını olmanın şiddetin gelişiminde istatistiksel olarak anlamlı etki yarattığı ve en fazla hasta yakınlarının şiddet uyguladığı saptandı.



Şekil 5.20: Şiddeti uygulayanların hasta yakını/hasta ve diğer olmasının etkisine ait forest grafiği

5.22. Çalışmada Ele Alınan Moderatörlere göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite

5.22.1. Yaş Grubuna Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite

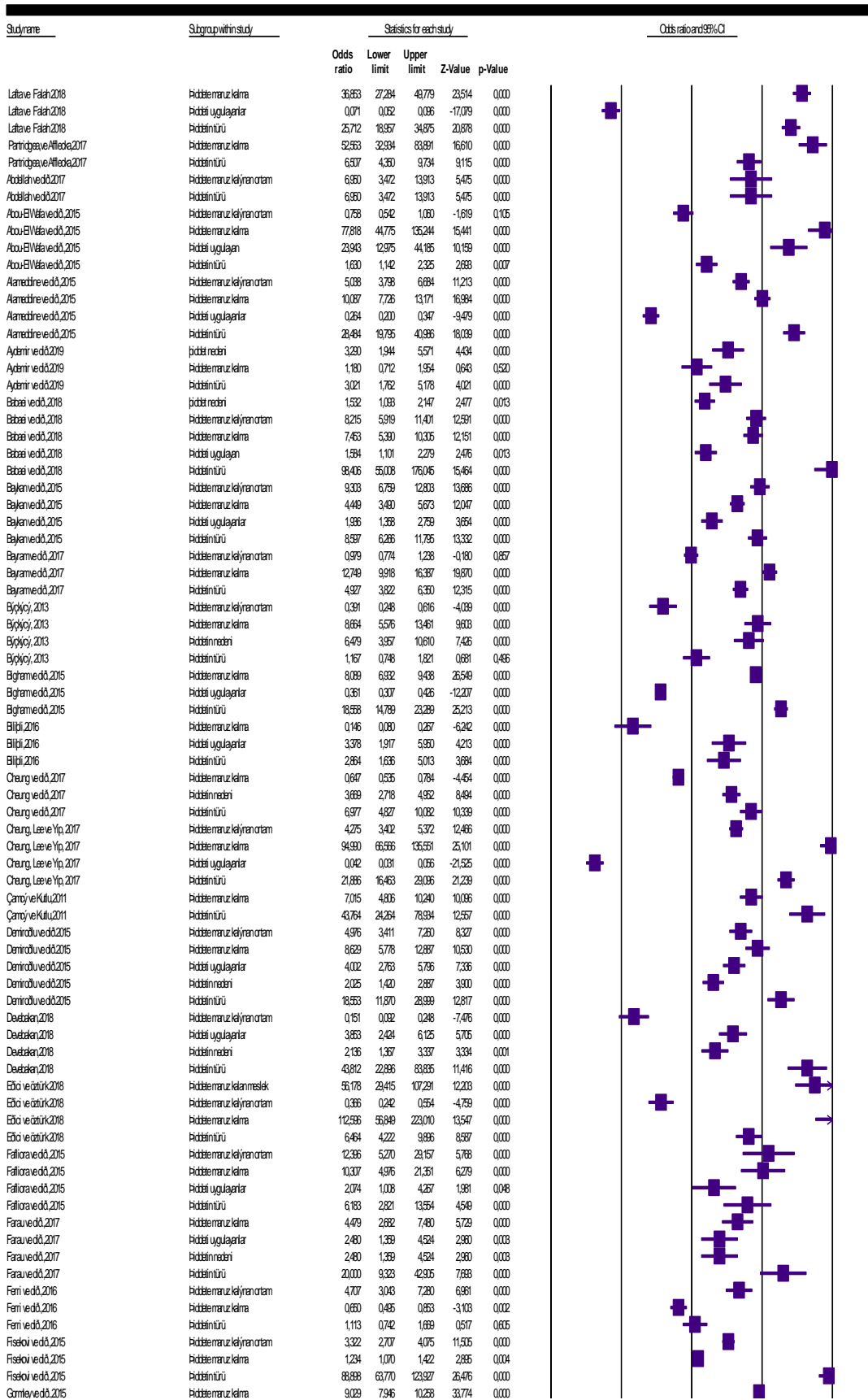
Araştırmaya dahil edilen çalışmalardaki sağlık profesyonellerinin yaş grupları incelendiğinde 30 yaş altı ile 30 -50 yaş aralığından oluştuğu belirlenmiştir. Yaş grubunun şiddete maruz kalma etkinliğinde bir moderatör olup olmadığı değerlendirildiğinde ($Q_b=21068,592$, $p<0,00$) önemli bir moderatör olduğu görülmüştür.

Bunun yanında her bir yaş grubunun kendi içinde etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir ($Q=21156,12$ $p=0,076$). Yaş grubuna göre çalışmaların heterojenlik düzeyi değerlendirildiğinde 30 yaş ve altı yaş grubunun ($Q=2,136$, $I^2=0,000$, $p=0,004$) ve 30 ve üstü yaş grubunun ($Q=13063$, $I^2=0,001$, $p=0,443$) etki büyüklükleri yönünden homojen yapıya sahip olduğu; belirlenmiştir.

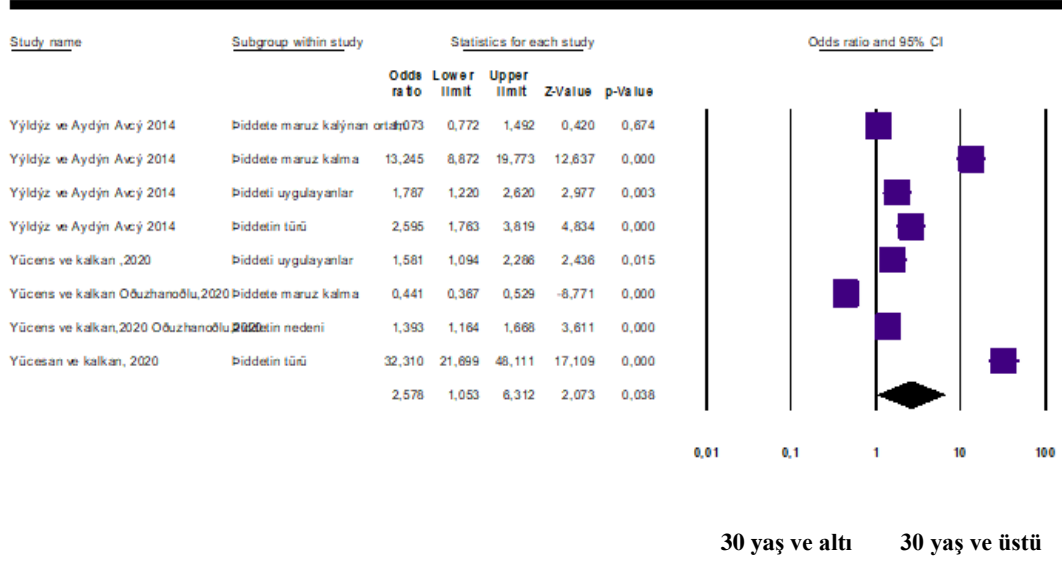
Yaş grubuna göre orman grafiği incelendiğinde 30 yaş ve altı yaş grubunun etki büyüklüğü güçlü f ve pozitif yönde ($g=2,578$, $p<0,038$); 30 yaş ve üstü yaş grubu için etki büyüklüğü ise yine zayıf ve pozitif yöndedir.

Yaş gruplarına göre etki büyüklüklerinin dağılımını gösteren orman grafiği (Forest Plot) Şekil 5.21’de verilmiştir.





| Study name | Subgroup within study | Statistics for each study | | | | | Odds ratio and 95% CI |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|---------|---------|-----------------------|
| | | Odds ratio | Lower limit | Upper limit | Z-Value | p-Value | |
| Gomleyed,2015 | biðblemrenz kılma | 9,029 | 7,946 | 10,228 | 33,774 | 0,000 | |
| Gomleyed,2015 | biðbbi ugulajlar | 0,420 | 0,339 | 0,479 | -13,018 | 0,000 | |
| Gomleyed,2015 | biðbmnr | 2,308 | 2,026 | 2,630 | 12,572 | 0,000 | |
| Gorenwıdved,2018 | biðblemrenz kıljrn ortem | 2,170 | 1,882 | 2,528 | 10,648 | 0,000 | |
| Gorenwıdved,2018 | biðblemrenz kılma | 0,866 | 0,777 | 0,943 | -3,143 | 0,002 | |
| Gorenwıdved,2018 | biðbbi ugulajlar | 7,327 | 6,238 | 8,579 | 24,730 | 0,000 | |
| Gorenwıdved,2018 | biðbmnr | 0,000 | 0,000 | 0,001 | -30,076 | 0,000 | |
| Jaoved,2015 | biðblemrenz kıljrn ortem | 19,279 | 13,870 | 26,737 | 17,613 | 0,000 | |
| Jaoved,2015 | biðblemrenz kılma | 15,533 | 11,687 | 20,645 | 18,936 | 0,000 | |
| Jaoved,2015 | biðbbi ugulajlar | 4,145 | 3,157 | 5,443 | 10,222 | 0,000 | |
| Jaoved,2015 | biðbmnr | 39,191 | 38,935 | 87,038 | 19,783 | 0,000 | |
| Karazaved,2015 | biðblemrenz kıljrn ortem | 139,364 | 9,912 | 213,638 | 22,651 | 0,000 | |
| Karazaved,2015 | biðblemrenz kılma | 4,468 | 3,644 | 5,455 | 14,518 | 0,000 | |
| Karazaved,2015 | biðbbi ugulajlar | 8,337 | 6,417 | 10,831 | 15,881 | 0,000 | |
| Karazaved,2015 | biðbmnr | 20,538 | 15,255 | 27,811 | 19,747 | 0,000 | |
| Karazaved,2015 | biðbmnr | 40,164 | 28,775 | 56,060 | 21,707 | 0,000 | |
| Kgeved,2016 | biðbmnr | 1,231 | 0,785 | 1,929 | 0,916 | 0,365 | |
| Kgeved,2016 | biðblemrenz kıljrn ortem | 12,494 | 7,232 | 21,537 | 9,032 | 0,000 | |
| Kgeved,2016 | biðblemrenz kılma | 8,455 | 5,676 | 12,535 | 10,488 | 0,000 | |
| Kza ve Sjab,2015 | biðblemrenz kılma | 40,014 | 31,160 | 55,775 | 23,680 | 0,000 | |
| Kza ve Sjab,2015 | biðbbi ugulajlar | 0,681 | 0,527 | 0,830 | -3,557 | 0,000 | |
| Kza ve Sjab,2015 | biðbmnr | 5,243 | 4,102 | 6,703 | 13,222 | 0,000 | |
| Li ved,2017 | biðblemrenz kıljrn ortem | 9,489 | 8,044 | 11,133 | 26,689 | 0,000 | |
| Li ved,2017 | biðblemrenz kılma | 13,780 | 11,811 | 16,078 | 33,336 | 0,000 | |
| Li ved,2017 | biðbbi ugulajlar | 10,121 | 8,538 | 11,955 | 27,237 | 0,000 | |
| Li ved,2017 | biðbmnr | 10,121 | 8,538 | 11,955 | 27,237 | 0,000 | |
| Li ved,2017 | biðbmnr | 40,811 | 33,157 | 50,231 | 35,002 | 0,000 | |
| Mhri ved,2017 | biðblemrenz kıljrn ortem | 2,483 | 1,739 | 3,545 | 5,015 | 0,000 | |
| Mhri ved,2017 | biðblemrenz kılma | 32,111 | 20,512 | 50,238 | 15,172 | 0,000 | |
| Mhri ved,2017 | biðbbi ugulajlar | 33,237 | 23,187 | 63,236 | 14,238 | 0,000 | |
| Mhri ved,2017 | biðbmnr | 22,826 | 13,992 | 37,236 | 12,527 | 0,000 | |
| Millet ve Yarık,2017 | biðblemrenz kılma | 3,738 | 2,771 | 5,235 | 8,237 | 0,000 | |
| Millet ve Yarık,2017 | biðbbi ugulajlar | 1,847 | 1,239 | 2,688 | 3,203 | 0,001 | |
| Millet ve Yarık,2017 | biðbmnr | 1,235 | 0,855 | 1,783 | 1,123 | 0,261 | |
| znkvetbazan,2014 | biðbmnr | 1,247 | 1,025 | 1,518 | 2,202 | 0,028 | |
| znkvetbazan,2014 | biðblemrenz kıljrn ortem | 1,062 | 0,873 | 1,232 | 0,601 | 0,546 | |
| znkvetbazan,2014 | biðblemrenz kılma | 7,739 | 6,195 | 9,668 | 18,027 | 0,000 | |
| znkvetbazan,2014 | biðbbi Ugulajan | 31,304 | 23,812 | 41,155 | 24,672 | 0,000 | |
| znkvetbazan,2014 | biðbmnr | 1,300 | 1,134 | 1,706 | 3,162 | 0,002 | |
| Pıched,2017 | biðblemrenz kıljrn ortem | 2,113 | 1,524 | 2,931 | 4,455 | 0,000 | |
| Pıched,2017 | biðblemrenz kılma | 36,745 | 26,353 | 51,234 | 21,250 | 0,000 | |
| Pıched,2017 | biðbmnr | 20,442 | 14,745 | 28,229 | 18,202 | 0,000 | |
| Rees ved,2018 | biðblemrenz kıljrn ortem | 5,191 | 4,334 | 6,219 | 17,877 | 0,000 | |
| Rees ved,2018 | biðblemrenz kılma | 1,287 | 1,125 | 1,427 | 3,902 | 0,000 | |
| Rees ved,2018 | biðbbi ugulajlar | 1,455 | 1,235 | 1,714 | 4,486 | 0,000 | |
| Rees ved,2016 | biðblemrenz kılma meslek | 2,318 | 1,689 | 3,220 | 5,013 | 0,000 | |
| Rees ved,2016 | biðblemrenz kılma | 10,229 | 9,320 | 11,226 | 48,992 | 0,000 | |
| Rees ved,2016 | biðbbi ugulajan | 105,185 | 75,932 | 145,735 | 27,938 | 0,000 | |
| Rees ved,2019 | biðbmnr | 1,576 | 1,074 | 2,312 | 2,335 | 0,020 | |
| Rees ved,2019 | biðblemrenz kıljrn ortem | 18,480 | 11,336 | 30,078 | 11,751 | 0,000 | |
| Rees ved,2019 | biðblemrenz kılma | 5,185 | 3,681 | 7,335 | 9,369 | 0,000 | |
| Rees ved,2019 | biðbbi ugulajan | 19,531 | 11,535 | 33,156 | 11,007 | 0,000 | |
| Rees ved,2019 | biðbmnr | 2,700 | 1,811 | 4,025 | 4,873 | 0,000 | |
| Sronı ved,2014 | biðblemrenz kıljrn ortem | 0,036 | 0,026 | 0,049 | -20,732 | 0,000 | |
| Sronı ved,2014 | biðblemrenz kılma | 10,010 | 7,914 | 12,653 | 19,208 | 0,000 | |
| Sronı ved,2014 | biðbbi ugulajlar | 0,736 | 0,632 | 1,003 | -1,938 | 0,053 | |
| Sronı ved,2014 | biðbmnr | 14,032 | 10,579 | 18,612 | 18,328 | 0,000 | |
| Sınevd,2017 | biðblemrenz kıljrn ortem | 0,347 | 0,300 | 0,400 | -14,366 | 0,000 | |
| Sınevd,2017 | biðblemrenz kılma | 23,807 | 20,039 | 28,139 | 36,689 | 0,000 | |
| Sınevd,2017 | biðbmnr | 23,236 | 19,338 | 28,036 | 33,321 | 0,000 | |
| Trkmnlnevd,2017 | biðblemrenz kıljrnrsıyet | 0,984 | 0,767 | 1,263 | -0,127 | 0,899 | |
| Trkmnlnevd,2017 | biðblemrenz kıljrn ortem | 45,788 | 26,625 | 78,743 | 13,824 | 0,000 | |
| Trkmnlnevd,2017 | biðblemrenz kılma | 0,984 | 0,767 | 1,263 | -0,127 | 0,899 | |
| Trkmnlnevd,2017 | biðbbi ugulajlar | 7,281 | 4,838 | 10,939 | 9,518 | 0,000 | |
| Trkmnlnevd,2017 | biðbmnr | 45,788 | 26,625 | 78,743 | 13,824 | 0,000 | |
| Yqar ved,2016 | biðblemrenz kıljrn ortem | 14,151 | 8,439 | 23,730 | 10,046 | 0,000 | |
| Yqar ved,2016 | biðblemrenz kılma | 0,263 | 0,157 | 0,406 | -5,681 | 0,000 | |
| Yqar ved,2016 | biðbmnr | 1,477 | 0,939 | 2,250 | 1,815 | 0,070 | |
| Yqar ved,2016 | biðbmnr | 2,360 | 1,537 | 3,623 | 3,925 | 0,000 | |
| Yezlnevd,2019 | biðblemrenz kıljrn ortem | 0,917 | 0,638 | 1,204 | -0,625 | 0,532 | |
| Yezlnevd,2019 | biðblemrenz kılma | 12,739 | 9,936 | 17,124 | 17,164 | 0,000 | |
| Yezlnevd,2019 | biðbmnr | 0,154 | 0,114 | 0,229 | -12,119 | 0,000 | |
| Yıdjız ve Ağjn Aıo,2014 | biðblemrenz kıljrn ortem | 1,073 | 0,772 | 1,432 | 0,420 | 0,674 | |
| Yıdjız ve Ağjn Aıo,2014 | biðblemrenz kılma | 13,245 | 8,872 | 19,773 | 12,637 | 0,000 | |
| Yıdjız ve Ağjn Aıo,2014 | biðbbi ugulajlar | 1,787 | 1,220 | 2,620 | 2,977 | 0,003 | |
| Yıdjız ve Ağjn Aıo,2014 | biðbmnr | 2,835 | 1,733 | 3,980 | 4,024 | 0,000 | |



Şekil 5.21: Yaş gruplarına göre etki büyüklüklerinin dağılımını gösteren orman grafiği (Forest Plot)

5.22.2. Eğitim Düzeyine Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite

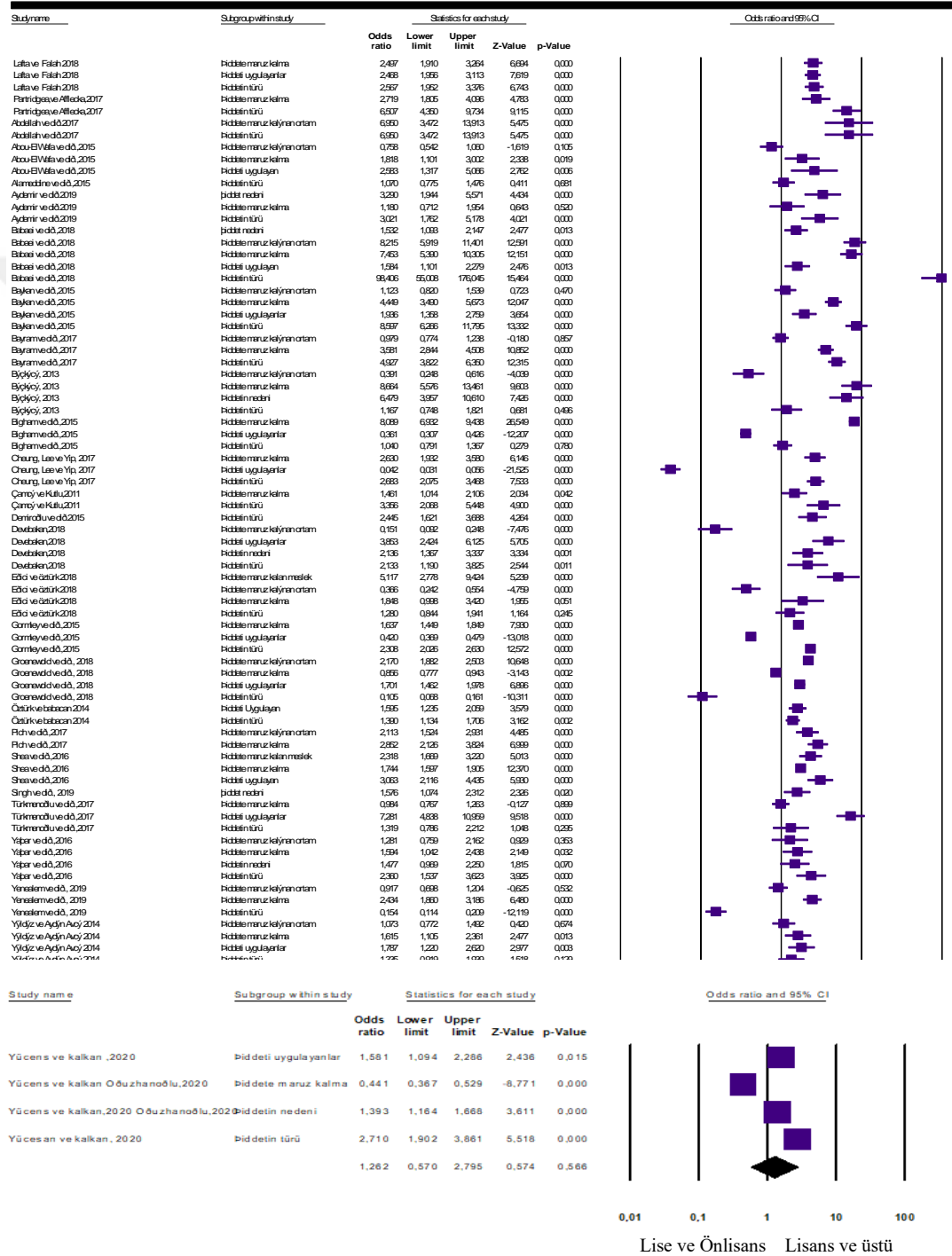
Araştırmaya dahil edilen çalışmalardaki sağlık profesyonellerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde ağırlıklı olarak lise ve önlisans ile lisans ve üstü eğitim aralığından oluştuğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyinin şiddete maruz kalma etkinliğinde bir moderatör olup olmadığı değerlendirildiğinde ($Q_b=3887,703$, $p<0,00$) önemli bir moderatör olmadığı görülmüştür. Bunun yanında her öğrenim düzeylerinin grubunun kendi içinde etki büyüklüklerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir ($Q=11,1879$, $p=0,084$). Eğitim düzeyi grubuna göre çalışmaların heterojenlik düzeyi değerlendirildiğinde lise ve önlisans grubunun ($Q=1,136$, $I^2=0,000$, $p=0,078$) ve lisans ve üstü grubunun ($Q=13063$, $I^2=0,001$, $p=0,063$) etki büyüklükleri yönünden hemojen yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.

| Model | Effect size and 95% interval | | | | Test of null (2-Tail) | | | | Heterogeneity | | Tau-squared | | | |
|--------|------------------------------|----------------|-------------|-------------|-----------------------|---------|----------|-------|---------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| | Number | Point estimate | Lower limit | Upper limit | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| Fixed | 80 | 1,530 | 1,487 | 1,575 | 29,209 | 0,000 | 3887,403 | 79 | 0,000 | 97,968 | 0,839 | 0,225 | 0,051 | 0,916 |
| Random | 80 | 1,822 | 1,484 | 2,237 | 5,731 | 0,000 | | | | | | | | |

Şekil 5.22: Eğitim düzeyine göre etki büyüklükleri ve heterojenlik sonuçları

Eğitim düzeylerine göre orman grafiği incelendiğinde lisans ve üstü eğitim grubunun etki büyüklüğü zayıf ve pozitif yönde ($g=2,578$, $p<0,038$); lise ve ön lisans grubu için etki büyüklüğü ise yine zayıf ve pozitif yöndedir.

Eğitim düzeyi gruplarına göre etki büyüklüklerinin dağılımını gösteren orman grafiği (Forest Plot) Şekil 5.23’de verilmiştir.



Şekil 5.23: Eğitim düzeyi gruplarına göre etki büyüklüklerinin dağılımını gösteren orman grafiği (Forest Plot)

5.23. Sağlık Profesyonellerinin Çalıştıkları Kurumların Mülkiyet Düzeyine Göre Etki Büyüklükleri ve Heterojenite

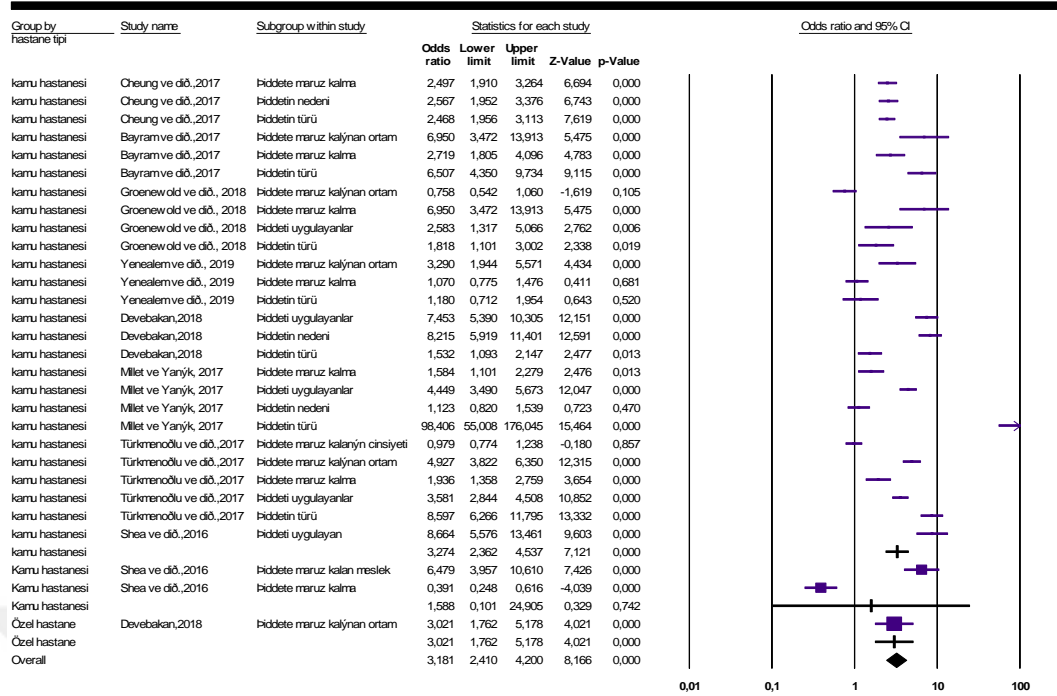
Araştırmaya dahil edilen çalışmalardaki sağlık profesyonellerinin çalıştıkları hastanelerin mülkiyet düzeyleri incelendiğinde ağırlıklı olarak kamu ve özel hastanelerden oluştuğu belirlenmiştir. Hastane tipinin kamu ya da özel olmasının şiddete maruz kalma etkinliğinde bir moderatör olup olmadığı değerlendirildiğinde ($Q_b=21068,592$, $p<0,00$) önemli bir moderatör olduğu görülmüştür.

Kurumların mülkiyet durumlarına göre orman grafiği incelendiğinde kamu hastanesi etki büyüklüğü güçlü ve pozitif yönde ($g=3,81$ $p<0,038$); 30 yaş ve üstü yaş grubu için etki büyüklüğü ise yine zayıf ve pozitif yöndedir.

Hastanelerin mülkiyet gruplarına göre etki büyüklüklerinin dağılımını gösteren orman grafiği (Forest Plot) Şekil’de verilmiştir.

| Model | Effect size and 95% interval | | | | Test of null (2-Tail) | | | | Heterogeneity | | | Tau-squared | | |
|--------|------------------------------|----------|-------|-------|-----------------------|---------|---------|-------|---------------|-----------|-------------|----------------|----------|-------|
| Model | Number | Point | Lower | Upper | Z-value | P-value | Q-value | Df(Q) | P-value | I-squared | Tau Squared | Standart Error | Variance | Tau |
| | Studies | estimate | limit | limit | | | | | | | | | | |
| Fixed | 7 | 2,792 | 2,503 | 3,116 | 18,370 | 0,000 | 201,788 | 6 | 0,000 | 97,027 | 0,736 | 0,472 | 0,223 | 0,858 |
| Random | 7 | 3,706 | 1,938 | 7,087 | 3,960 | 0,000 | | | | | | | | |

Şekil 5.24: Sağlık Profesyonellerinin çalıştıkları kurumların mülkiyet düzeyine göre etki büyüklükleri ve heterojenlik sonuçları



Kamu Hastanesi Özel

Şekil 5.25: Hastanelerin mülkiyet gruplarına göre etki büyüklüklerinin dağılımını gösteren orman grafiği (Forest Plot)

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

6.1.Tartışma

Sağlık, bireyin toplumsal hayat içerisinde yaşamını düzenli ve/veya gerektiği gibi sürdürebilmesi, günlük aktivitelerini kendi başına gerçekleştirebilmesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık problemleri ile karşı karşıya kalan birey, toplum, aile ve iş yaşamında kendine biçilen rolü yerine getiremediği gibi yaşamını da idame ettirmede sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir.

Söz konusu sağlık problemleri ortaya çıktığında ise birey, şikayetini ortadan kaldırmak amacıyla en uygun sağlık kurumuna başvurmaktadır. Sağlık kurumuna başvuran birey, hasta haklarını da gözeterek hizmet almayı amaçlamaktadır. Bu nedenle birey başvurduğu sağlık kurumuna ait çalışanların kendisine karşı anlayışlı, iletişim kurmada sorun yaşamamış ve sağlık problemine ilişkin sorunlarının giderilmesi beklentisinin karşılanmasını istemektedir.

Sağlık problemine yönelik çözüm ortaya konmadığında ya da ağrı, acı, üzüntü vb. duygu durumları nedeniyle gergin olmakta ve kendine karşı daha hassas bir tavır sergilenmesi beklentisi içine girebilmektedir.

Bu beklentiler çeşitli nedenlerle karşılanmayabilmekte ya da hasta çok yüksek ve farklı beklentiler içerisinde sağlık kurumuna başvurduğundan kendisine önerilen teşhis ve tedaviyi reddedebilmektedir. Bu süreç içerisinde de hastanın gerginliği şiddete dönüşmektedir.

Kurumların çalışma kapasite ve sistemleri, hasta yoğunluğu, sağlık personeli yetersizliği, çevresel ve toplumsal koşullar gerginliğin şiddete dönüşmesinde itici faktörler olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alanlar ya da sağlık hizmeti alanların yakınları arasında ortaya çıkan iletişim problemlerinin doğurduğu yanlış anlaşılmalarda sağlık kurumlarında şiddetin görülmesine zemin oluşturmaktadır (Duğan, 2015).

Şiddet vakaları en sık karşılaşılan ve toplumsal sorunların başında gelen olaylar arasında yer almaktadır. Bireyler, farklı meslek, cinsiyet, gelir düzeyi vb. özelliklere sahip olsalar da yaşamlarının çeşitli zaman ve bölümlerinde farklı türde ve yoğunluklarda şiddetle karşı karşıya kalabilmektedirler.

Farklı pozisyon ve çalışma koşullarında da kendini gösteren şiddet olayları çalışma hayatı ya da diğer bir ifade ile iş yaşamında da oldukça öne çıkmaktadır. İş hayatı açısından değerlendirildiğinde ise bazı meslek grupları şiddetle karşılaşma açısından risk durumunda bulunmaktadır.

Sağlık kurumları çalışma mekânı olarak şiddetin görüldüğü yerler arasında yer alırken sağlık çalışanları da zaman zaman şiddetin farklı türlerine maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının, çalışma koşulları dikkate alındığında uzun çalışma süreleri ve çalışma koşullarının zaman zaman stresli oluşu onları daha hassas bir durumu sokmaktadır. Bu hassas durumda da iletişim ile ilgili bazı olumsuzluklarda yaşanmaktadır. Hem hasta hem de sağlık çalışanları arasındaki iletişim kopukluğu ve yukarıda sayılan bazı sebepler nedeniyle sağlık kurumları çalışanları şiddete daha fazla maruz kalan iş kolu ya da sektör olarak görülmektedir (Tokgöz, 2019).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı durumlar sağlıkta şiddet açısından incelenmekte ve bu tür şiddet ile ilgili hem yerli hem de yabancı bir çalışma yapılmaya devam etmektedir. Genel bir değerlendirme ile ele alındığında sağlık kurumları ya da sağlık sektöründe ortaya çıkan şiddet ve şiddet türleri diğer sektörlerle karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde iken karşılaşılan şiddetin daha azının bildirildiğinden sağlıkta karşılaşılan şiddeti hususunda gerçek verilere ulaşmak zor bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Annagür, 2010).

Bu bağlamda ele alındığından sağlıkta şiddet konusunun daha derinlemesine incelenmesi önem arz ettiğinden bu konu ile ilgili sağlıklı ve bilimsel bilgilere ulaşılarak analiz edilmesi gerekli bir durum haline gelmiştir. Bu nedenle bu çalışma sağlıkta şiddetin öncüllerin belirlenmesi ve çözüm önerileri amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada 2010-2020 yılları arasında sağlıkta şiddet kavramı üzerine yapılan 52 ulusal ve uluslararası çalışma incelenmiştir. Araştırmaya dahil edilen çalışmalar, Google Scholar, Web of Science, Scopus, Science Direct, ULAKBİM verileri taranarak elde edilmiştir. Çalışmaya konu olan ulusal ve uluslararası çalışmalar, %86 yurtiçi, %14 yurtdışı makale ve hakemli çalışmalar kapsamında ele alınmıştır. Söz konusu çalışmaların veri toplama yöntemi dikkate alındığında %82'si anket araştırması, %18'i kayıtlardan oluşmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen kapsamında yer alan çalışmaların örneklem grubu dağılımı, %46'sının hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, %30'unun hemşireler, %24'ünün tüm sağlık personelini kapsadığı görülmüştür.

Bu çalışmada sağlıkta şiddet kavramı üzerine yapılan çalışmaların incelenmesinde *“belirli bir konuda birbirinden bağımsız olarak yapılmış, çok sayıdaki çalışmanın sonuçlarının birleştirilmesi ve elde edilen bulguların istatistiki tekniklerle analiz edilmesine imkân tanıdığından”* Meta Analiz Yöntemi kullanılmıştır.

Meta analiz yöntemi, diğer tarama yöntemlerinden farklı olarak sayısal verilere ve istatistiksel tekniklere dayalı olduğundan ve araştırılan kavrama ilişkin alan yazının kapsamlı ve sistemli bir özetini ortaya koymaktadır (Kaşarcı, 2013).

Bu nedenle bu araştırma meta analiz yöntemi temelinde yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, çalışmalarda şiddet kaynağı olarak daha fazla hastaların kendisinin (%70) olduğunu göstermemiştir.

Çalışmalarda sağlık çalışanları içerisinde farklı meslek grupları yer almakla birlikte hemşireler (%76) hem kendi başlarına hem de diğer meslek gruplarıyla birlikte daha yüksek bir düzeyde incelenen sağlık çalışanları arasında yer almıştır.

Diğer taraftan sağlıkta şiddet algısına etki eden faktörler incelenmiş, sağlık personelinin demografik özellikleri, mesleki özellikleri ve sağlık kuruluşu ile ilgili özellikler olarak üç ana başlıkta ortaya çıkmıştır.

Sağlık personelinin demografik özellikleri %30 ile cinsiyet, %54 ile yaş, %38 ile kıdem yılı, %6 ile eğitim düzeyi olarak ortaya çıkmıştır.

Çalışmalarda %56 ile meslek, %8 ile vardiya, %30 sağlık kuruluşunun tipi ve %16 ile çalışan tıbbi bölümün tipi gibi sağlık kuruluşuna ait özellikler sağlıkta şiddet algısına etki eden faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca yapılan meta analiz sonucunda elde edilen bulgular vardiya tiplerine göre gündüz vardiyasının, mesleklere göre hemşirelerin, sağlık çalışanının cinsiyetine göre kadın çalışanların, yaşa göre genç çalışanların, eğitim düzeyine göre lisans ve üzerinde olan çalışanların, dahili birim çalışanlarının, ileri basamak sağlık kuruluşu çalışanlarının daha yüksek düzeyde şiddet olgusunu hissettiğini orta koymuştur.

6.2. Sonuç

Araştırma kapsamına dahil edilen çalışmalarda gerçekleştirilen ölçümler temelinde değerlendirilen sonuçlar, çalışmaların örneklem büyüklüğü düzeyleri ile fiziksel şiddet görme düzeyleri; çalışmaların örneklem büyüklüğü düzeyleri ile sözel şiddet görme düzeyleri; çalışmaların örneklem büyüklüğü düzeyleri ile cinsel içerikli şiddet görme düzeyleri arasında anlamlı şekilde ilişki olmadığını ortaya koymuştur ($p > 0,05$).

Bu durum örneklem sayısının büyük ve küçük olmasının sağlık çalışanlarının fiziksel, sözel ve cinsel içerikli şiddet görme düzeylerini anlamlı şekilde etkilemediğine işaret etmektedir. Diğer taraftan çalışmaların cinsel içerikli şiddet görme düzeyleri ile fiziksel şiddet görme düzeyleri istatistiki açıdan anlamlı orta derecede ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($r=0,43$, $p < 0,05$). Çalışmalarda cinsel içerikli şiddet göre düzeylerinin ile benzer düzeyde fiziksel olarak şiddete maruz kalma durumunu da birlikte hareket edeceğine diğer bir ifade ile doğrusal bir ilişkinin ortaya çıktığına işaret etmektedir. Çalışmaların sözel olarak şiddet görme düzeyleri ile fiziksel şiddet görme düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise anlamlı bir ilişkinin ortaya tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

İncelenen çalışmalar bağlamında elde edilen sonuçlar, çalışanların sağlıkta fiziksel şiddetle karşılaşma oranı (%) ölçümlerinin yurtiçi yayınlarda, yurt dışı yayınlara göre daha yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymuştur ($p=0,01$).

Şiddet türleri açısından değerlendirildiğinde, sağlıkta sözel şiddetle karşılaşma oranı (%) yayınların yurtiçi veya yurt dışı olması durumuna göre farklılıklar göstermediği belirlenmiştir. ($p > 0,05$).

Bu bağlamda yurt içi veya yurt dışındaki çalışmalarda sözel şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğunu ifade etmek mümkündür.

Benzer şekilde sağlıkta cinsel şiddetle karşılaşma oranının (%) da yayınların yurtiçi veya yurt dışı olması durumuna göre farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Yine yurt içi veya yurt dışındaki çalışmalarda cinsel şiddete maruz kalma durumlarının benzer seviyelerde olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca, sağlıkta fiziksel şiddetle karşılaşma oranı (%) yayınların hastane tiplerine göre farklılıklar göstermezken ($p > 0,05$) sadece hastane ve tüm sağlık kuruluşlarını içeren çalışmalarda fiziksel şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu belirlenmiştir.

Sağlıkta fiziksel şiddet, sözel şiddet ve cinsel içerikli şiddeti ile karşılaşma oranı (%) yayınların hastane tiplerine göre farklılıklar göstermemektedir ($p > 0,05$). Sadece kamu ve özel/kamu kuruluşlarını içeren çalışmalarda fiziksel, sözel ve cinsel içerikli şiddete maruz kalma durumlarının benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Sağlıkta fiziksel şiddet karşılaşma oranı (%) yayınların hedef kitlesine (şiddet kaynağı olarak) göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Sadece hastalar ve hasta-hasta yakınları ile yapılan çalışmalarda fiziksel şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Ayrıca çalışanları sağlıkta sözel ve cinsel içerikli şiddet ile karşılaşma oranı (%) yayınların hedef kitlesine (şiddet kaynağı olarak) göre farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Sadece hastaların şiddet kaynağı olduğu çalışmalarda sözel ve cinsel içerikli şiddet görme durumların daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Sağlıkta fiziksel şiddetle karşılaşma oranı (%) meslek grubuna göre incelendiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık ortaya çıkmazken ($p > 0,05$).

Sadece hemşire, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ve tüm sağlık çalışan gruplarının olduğu çalışmalarda fiziksel şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Sağlıkta sözel ve cinsel içerikli şiddetle karşılaşma oranının (%) ise meslek grubuna göre farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sadece hemşire ve tüm sağlık çalışanlarının örneklem olduğu çalışmalarda sözel şiddete maruz kalma durumların, sadece hemşirelerin olduğu çalışmalarda ise cinsel şiddetle karşılaşma durumlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, çalışmada sağlıkta fiziksel şiddetle karşılaşma oranı (%) ölçümlerinin anketli yayınlarda, kayıtlar üzerindeki yayınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p = 0,03$).

Sağlıkta sözel şiddetle karşılaşma oranı (%) yayınların yayında kullanılan araştırma yöntemine göre farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir. Anket çalışması ve ikinci veriler kullanılan çalışmalarda sözel şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p > 0,05$). Sağlıkta cinsel şiddetle karşılaşma oranı (%) yayınların yurtiçi veya yurt dışı olması durumuna göre farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir. Anket çalışması ve ikinci veriler kullanılan çalışmalarda cinsel şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p > 0,05$).

Çalışmada sağlıkta fiziksel şiddetle karşılaşma oranı (%) ölçümlerinin 2015 yılındaki yayınlarda daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,03). 2014 yılı ve sonrasındaki yayınlarda ise bu oranın azaldığı görülmüştür. Sağlıkta sözel şiddet ve cinsel içerikli şiddetle karşılaşma oranının (%) yayınların yılına göre farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05).

Bu çalışmada Meta Analiz Yöntemi temel alınarak ortaya çıkan sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde sağlıkta şiddet kavramı, çalışmalarda genellikle Sağlıkta Fiziksel Şiddet, Sözel Şiddet ve Cinsel Şiddet olarak ortaya çıktığı belirlenmiştir.

İncelenen 52 çalışma üzerinde fiziksel olarak şiddet görme oranlarının ortalama %17, sözel olarak şiddet görme oranlarının ortalama %55 ve cinsel içerikli şiddet görme oranlarının ortalama %6 civarında olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu çalışmalarda hemşirelerin sözel şiddete daha yüksek düzeyde maruz kaldıkları, fiziksel şiddet ve cinsel şiddete maruz kalma oranlarının mesleklere göre farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir.

Sağlıkta fiziksel, sözel ve cinsel şiddetle karşılaşma oranı (%) yayınların hastane tiplerine göre farklılıklar göstermediği kamu veya özel+kamu kuruluşlarını içeren çalışmalarda şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Sağlıkta fiziksel, sözel ve cinsel şiddetle karşılaşma oranı (%) yayınların hastane tiplerine göre farklılıklar göstermediği, sadece hastane (gelişmiş sağlık hizmeti sunun 2. ve 3. basamak hastaneler) veya tüm sağlık (birinci basamak, poliklinik, sağlık kabini ve diğer komplike olmayan tesisler) kuruluşlarını içeren çalışmalarda şiddete maruz kalma durumların benzer seviyelerde olduğu görülmüştür.

Dünya’da yapılan ve sağlıkta şiddet konusundaki çalışmalar incelendiğinde hem ülkemizde hem de diğer ülkelerinde bu vakalarla karşılaştığı görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların sağlıkta şiddetin önüne geçilmesinde alınacak önlemler açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdellah, R. F., & Salama, K. M. (2017). Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*, 26(1): 1-8.
- Abou-ElWafa, H. S., El-Gilany, A. H., Abd-El-Raouf, S. E., Abd-Elmouty, S. M., & El-Sayed Hassan El-Sayed, R. (2015). Workplace violence against emergency versus non-emergency nurses in Mansoura university hospitals, Egypt. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(5): 857-872.
- Alameddine, M., Mourad, Y., & Dimassi, H. (2015). A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *PloS One*, 10(9): 1-15.
- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing*, 22(3): 134-139.
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2): 161-173.
- Aydin, B., Kartal, M., Midik, O., & Buyukakkus, A. (2009). Violence against general practitioners in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(12): 1980-1995.
- Babaei, N., Rahmani, A., Avazeh, M., Mohajjelaghdam, A. R., Zamanzadeh, V., & Dadashzadeh, A. (2018). Determine and compare the viewpoints of nurses, patients and their relatives to workplace violence against nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(5): 1-8.
- Baykan, Z., Öktem, İ. S., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2015). Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(3): 291-297.
- Bayram, B., Çetin, M., Oray, N. Ç., & Can, İ. Ö. (2017). Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(6), e013568.

- Bigham, B. L., Jensen, J. L., Tavares, W., Drennan, I. R., Saleem, H., Dainty, K. N., & Munro, G. (2014). Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods crosssectional survey. *Prehospital Emergency Care, 18*(4): 489-494.
- Bilişli, Y., & Hizay, D. (2016). Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği. *The Journal of Academic Social Science, Winter, 52*, 473-486.
- Borenstein B, Hedges LV, Higgins JP, Rothstein HR, 2013. Meta-analize giriş. Çev. S. Dinçer). Ankara: Anı Yayıncılık, 15-20.
- Bowling, N. A., & Beehr, T. A. (2006). Workplace Harassment From The Victim's Perspective: A Theoretical Model And Meta-Analysis. *Journal of applied psychology, 91*(5): 998.
- Brousse, G., Fontana, L., Ouchchane, L., Boisson, C., Gerbaud, L., Bourguet, D., ... & Chamoux, A. (2008). Psychopathological Features Of A Patient Population Of Targets Of Workplace Bullying. *Occupational medicine, 58*(2): 122-128.
- Celik, A. K., Oktay, E., & Çebi, K. (2017). Analysing workplace violence towards health care staff in public hospitals using alternative ordered response models: the case of north-eastern Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 23*(3): 328-339.
- Chan, A. O., Chan, Y. H., & Kee, J. P. (2013). Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore. *Occupational Medicine, 63*(2): 141-144.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Organization
- Cheung, T., Lee, P. H. & Yip, P. S. F. (2017). Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *International Journal of Environmental Res and Public Health, 14*(8): 1-15.
- Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting and recommendations. *Journal of Trauma Nursing, 24*(2): 65-77.

- Crawshaw, L. (2009). Workplace bullying? Mobbing? Harassment? Distraction by a thousand definitions. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3): 263.
- Cruz, A., & Klinger, S. (2011). *Gender-based violence in the world of work: Overview and selected annotated bibliography*. Geneva: International Labour Office.
- Das, G., & Avci, I. A. (2015). The effect of anger management levels and communication skills of Emergency Department staff on being exposed to violence. *Med Glas (Zenica)*, 12(1): 99-104.
- Deeks JJ. Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes. *Statistics in Medicine* 2002; 21: 1575-1600.
- Demir, Ü. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1).
- Devebakan, N. (2018). *Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector. *Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 3-42.
- Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO.
- Dinçer S. Eğitim Bilimlerinde Uygulamalı Meta-Analiz. Ankara, Turkey: Pagem Yayıncılık; 2014.
- Doğanay, İ. (2014). Alo 113-Beyaz Kod: Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Şiddet Olgusu ve Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2): 136-140.
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration And Aggression*. American Psychological Association.
- Duğan, Ö. (2015). *Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.

- El-Gilany, A. H., El-Wehady, A., & Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of interpersonal violence, 25*(4): 716-734.
- Ellis PD, 2010. The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results, Cambridge University Press, p.
- Erbaydar, T. (2003). Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25*(4): 45-51.
- Fafliora, E., Bampalis, V. G., Zarlas, G., Sturaitis, P., Lianas, D., & Mantzouranis, G. (2016). Workplace Violence Against Nurses İn Three Different Greek Healthcare Settings. *Work, 53*(3): 551-560.
- Fisekovic, M. B., Trajkovic, G. Z., Bjegovic-Mikanovic, V. M., & Terzic-Supic, Z. J. (2015). Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *The European Journal of Public Health, 25*(4): 693-698.
- Gimeno, D., Barrientos-Gutierrez, T., Burau, K. D., & Felknor, S. A. (2012). Safety Climate And Verbal Abuse Among Public Hospital-Based Workers İn Costa Rica. *Work, 42*(1): 29-38.
- Giriş, F. N. H. S. (1985). *Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını*.
- Gormley, M. A., Crowe, R. P., Bentley, M. A., & Levine, R. (2016). A National Description Of Violence Toward Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care, 20*(4): 439-447.
- Groenewold, M. R., Sarmiento, R. F., Vanoli, K., Raudabaugh, W., Nowlin, S., & Gomaa, A. (2018). Workplace Violence Injury in 106 US Hospitals Participating İn The Occupational Health Safety Network (OHSN), 20122015. *American Journal of Industrial Medicine, 61*(2): 157-166.
- Guidelines on Sexual Harssment Prevention at the Workplace, ILO. Indonesia, April 2011.
- Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG, 2003. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ: British Medical Journal, 327, 7414, 557*.
- Higgins JP., Green S. (2011). *Cochrane hand book for systematic reviews of interventions, John Wiley&Sons*.

- ICN, I. (2003). WHO. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments. *ILO/ICN/WHO/PSI*.
- ILO, I., & WHO, P. (2003). Joint programme on workplace violence in the health sector. *Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study–Questionnaire. Geneva2003*, 14.
- İnandı, T. (1999). Sağlık hakkı ve eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 14(5), 357-361.
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., ... & Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 5(3): 1-10.
- Johansen, I. H., Baste, V., Rosta, J., Aasland, O. G., & Morken, T. (2017). Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open*, 7(8): 1-7.
- Kaya, S., vd. (2016). Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *International Association of Forensic Nurses*, 12(1):26-34.
- Kızmaz, Z. (2006). Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2): 247-267.
- Klijn, T. P. & Moreno, M. B. (2018). Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. *Rev Med Chile*, 146: 727-736
- Kvas, A., & Seljak, J. (2015). Sources Of Workplace Violence Against Nurses. *Work*, 52(1): 177-184.
- La Torre, G., Sestili, C., Iavazzo, E., & Mannocci, A. (2017). Workplace Violence in the health sector: validation of the Italian version of the WHO questionnaire. *La Clinica Terapeutica*, 168(3), e199-e202.
- Lafta, R. K., & Falah, N. (2019). Violence Against Health-Care Workers in A Conflict Affected City. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(1): 1-15.

- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of work and organizational psychology*, 5(2): 251-275.
- Li, Z., Yan, C. M., Shi, L., Mu, H. T., Li, X., Li, A. Q., ... & Mu, Y. (2017). Workplace violence against medical staff of Chinese children's hospitals: a cross-sectional study. *PloS one*, 12(6): 1-19.
- Lök, N., Başoğul, C., & Öncel, S. (2016). Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkileri ve psikososyal desteğin önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2): 155-161.
- MacLachlan, M. (2006). *Culture and health: A critical perspective towards global health*. John Wiley & Sons.
- Madzhadzhi, L. P., Akinsola, H. A., Mabunda, J., & Oni, H. T. (2017). Workplace Violence Against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa. *Research and theory for nursing practice*, 31(1): 28-38.
- Maguire, B. J. (2018). Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia. *Public Health Research & Practice*, 28(1):1-8.
- Maguire, B. J., & O'Neill, B. J. (2017). Emergency medical service personnel's risk from violence while serving the community. *American Journal of Public Health*, 107(11): 1-6.
- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British journal of guidance & counselling*, 32(3): 335-356.
- Metin, B., Akın, A., & Güngör, İ. (1998). DSÖ sağlık raporu. 21 yy.'da yaşam herkes için bir vizyon. *TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara*.
- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA, 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4, 1, 1.

- Oğuz, N. Y. (1997), Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler, *T Klin Tıbbi Etik*, 5: 50-55
- Oneal, G., Graves, J. M., Diede, T., Postma, J., Barbosa-Leiker, C., & Butterfield, P. (2019). Balance, health, and workplace safety: experiences of new nurses in the context of total worker health. *Workplace Health & Safety*, 67(10).
- Organisation, I. N. (2003). Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI).
- Ortega, R., Mora-Merchán, J. A., & Jäger, T. (2007). Acting against school bullying and violence. *The role of media, local authorities and the Internet. Landau, Germany: Empirische Paedagogik.*
- Ögel, K., Tarı, I., & Eke, C. Y. (2006). Okullarda suç ve şiddeti önleme. *İstanbul: Yeniden Yayınları*, 17, 9-23.
- Partridge, B., & Affleck, J. (2017). Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3): 1-7.
- Peek-Asa, C., Howard, J., Vargas, L., & Kraus, J. F. (1997). Incidence of non-fatal workplace assault injuries determined from employer's reports in California. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 39(1): 44-50.
- Pınar, T. & Pınar, G. (2013). Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3): 315-326.
- Pich, J. V., Kable, A. & Hazelton, M. (2017). Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*, AENJ-384; 1-7.
- Pihl-Thingvad, J., Brandt, L. P., & Andersen, L. L. (2018). Consistent use of assistive devices for patient transfer is associated with less patient-initiated violence: cross-sectional study among health care workers at general hospitals. *Workplace health & Safety*, 66(9): 1-9.

- Pinar, R., & Ucmak, F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing, 20*(3-4): 510-517.
- Polat, O. (2016). MÜHF - HAD, C.22, S.1
- Polit D.F., Beck C.T. (2009). Literature reviews: finding and reviewing research evidence. In: Polit D.F., Tatano B.C., Eds. *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p.169- 93.
- Ransford, C., & Slutkin, G. (2017). Seeing and treating violence as a health issue. *The Handbook of Homicide. Chichester, West Sussex, England: Wiley-Blackwell*, 601-625.
- Rees, C., vd (2018). The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. *The Journal Of Nursing Administratio, 48*(9): 452-458.
- Ridenour, M. L., Hendricks, S., Hartley, D., & Blando, J. D. (2017). Workplace violence and training required by new legislation among NJ nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 59*(4), e35e40.
- Schechtman E. Odds Ratio, Relative Risk, Absolute Risk Reduction and the Number Needed to Treat Which of These Should We Use? *Value in Health, 2002; 5*(5): 431-436.
- Shea, T., Cooper, B., De Cieri, H., Sheehan, C., Donohue, R., & Lindsay, S. (2018). Postincident support for healthcare workers experiencing occupational violence and aggression. *Journal of nursing scholarship, 50*(4): 344-352.
- Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B., & De Cieri, H. (2017). Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *Journal of Nursing Scholarship, 49*(2): 1-8.
- Singh, G., Singh, A., Chaturvedi, S., & Khan, S. (2019). Workplace violence against resident doctors: A multicentric study from government medical colleges of Uttar Pradesh. *Indian Journal of Public Health, 63*(2): 143-146.

- Sjić, N., Maleš-Bilić, L., Beganlić, A., & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Croatian medical journal*, 47(5): 750-758.
- Soyer, A. (2000). 1980 Sonrası sağlıkta neler oldu. *Toplum ve Hekim*, 15(4), 259-264.
- Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., & Atherton, M. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3): 218-228.
- Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., ... & Yin, M. (2017). Workplace violence against health care workers in North Chinese hospitals: a cross sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1): 1-10.
- Sun, S., Gerberich, S. G., & Ryan, A. D. (2017). The relationship between shiftwork and violence against nurses: a case control study. *Workplace Health & Safety*, 65(12): 603-611.
- Sun, T., Gao, L., Li, F., Shi, Y., Xie, F., Wang, J., ... & Liu, X. (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(12): 1-8.
- Sümer, N. (1997). Kültür, Yasa ve Aile İçi Şiddet.
- Swain, N., INNZNAGale, C., & INNZNAGreenwood, R. (2014). Patient aggression experienced by staff in a public hospital setting. *New Zealand Medical Journal*, 127(1394): 10-18.
- Szigety, T. (2012). Early predictors of workplace mobbing. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33: 418-422.
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. American Psychological Association.
- Tokgöz, H. (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.

- Ünsal Atan, Ş., Baysan Arabaci, L., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Unsal Guler, M., & Yazar Tasbasi, F. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10): 882-889.
- Weyand, J. S., Junck, E., Kang, C. S., & Heiner, J. D. (2017). Security, violent events, and anticipated surge capabilities of emergency departments in washington state. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(3): 466-473.
- Wilkinson, C. (2001). *Fundamentals of health at work*. CRC Press.
- Wu, J. C., Tung, T. H., Chen, P. Y., Chen, Y. L., Lin, Y. W., & Chen, F. L. (2015). Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of Occupational Health*, 15-0111: 540-547.
- Yeğınboy, E. Y. (1993). *Ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi*. EY Yeğınboy.
- Yenealem, D. G., vd. (2019). Violence At Work: Determinants & Prevalence Among Health Care Workers, Northwest Ethiopia: An İstitutional Based Cross Sectional Study. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 31:8

EKLER

EK-1 Meta Analize Dahil Edilen Çalışmalar

| Çalışmanın Adı | Yayın Yılı | Yayın Türü | Yazar Adı |
|---|------------|------------|--|
| <i>“Violence at work: determinants & among health care workers, northwest Ethiopia:an institutional based cross sectional study”</i> | 2019 | Dergi | Yenealem, D. G. Woldegebriel, M. Olana, A. T. Mekonnen, T. H. |
| <i>“Prevalencia de violencia física, abuso verbaly factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados”</i> | 2018 | Dergi | Klijna, T. P. Moreno, M. B. |
| <i>“Postincident Support for Healthcare Workers Experiencing Occupational Violence and Aggression”</i> | 2018 | Dergi | Shea, T. Cooper, B. De Cieri, H. Vd. |
| <i>“The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses”</i> | 2018 | Dergi | Rees, C. Wirihana, L. Eley, R. Vd. |
| <i>“Antecedents and precipitants of patient related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and)”</i> | 2017 | Dergi | Pich, J. Kable, A. Hazelton, M. |
| <i>“Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau”</i> | 2017 | Dergi | Cheung, T. Lee, P. Yip, P. |
| <i>“Emergency Medical Service Personnel’s Risk From Violence While Serving the Community”</i> | 2017 | Dergi | Maguire, B. J. Barbara J. O’Neill, B. J. |
| <i>“Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network”</i> | 2017 | Dergi | Groenewold, M.R. Vanoli, K. Nowlin, S. |
| <i>“Consistent Use of Assistive Devices for Patient Transfer Is Associated With Less Patient-Initiated Violence”</i> | 2018 | Dergi | Pihlthingvad, J. Brandt, L. P. A. Andersen, L |

| | | | |
|--|------|-------|--|
| <i>“Determine and compare the viewpoints of nurses, patients and their relatives to workplace violence against nurses”</i> | 2017 | Dergi | Babaei, N. Rahmani, A. Avazeh, M. Vd. |
| <i>“Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia”</i> | 2018 | Dergi | Brian J Maguire |
| <i>“Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey”</i> | 2016 | Dergi | Kaya, S. Ürek, D. Gülnur Ilgün Vd. |
| <i>“Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals”</i> | 2016 | Dergi | Tracey Shea Cathy Sheehan Ross Donohue Vd |
| <i>“Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A CrossSectional Survey”</i> | 2017 | Dergi | Peihang Sun Xue Zhang Yihua Sun, Vd. |
| <i>“Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates”</i> | 2017 | Dergi | Teris Cheung Paul S. F. Yip |
| <i>“Workplace Violence Against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa”</i> | 2017 | Dergi | Oni, H. T. Mabunda, J. Akinsola, H. A. |
| <i>“Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations”</i> | 2017 | Dergi | Darcy Copeland Melissa Henry |
| <i>“Security, Violent Events, and Anticipated Surge Capabilities of Emergency Departments in Washington State “</i> | 2017 | Dergi | Weyand, J. S. Junck, E. Kang, C. S. |
| <i>“Analysing workplace violence towards health care staff in public hospitals using alternative ordered response models: The case of North eastern Turkey”</i> | 2017 | Dergi | Ali Kemal Çelik, Erkan Oktay, Kübranur Çebi |
| <i>“Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt”</i> | 2017 | Dergi | Abdellah1, R. F. Salama, K. M. |

| | | | |
|--|------|-------|--|
| <i>"The Relationship Between Shiftwork and Violence Against Nurses"</i> | 2017 | Dergi | Sun, S. Gerberich, S. G. Ryan, A. D. |
| <i>"Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security"</i> | 2017 | Dergi | Bradley Partridge Julia Affleck |
| <i>"Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses"</i> | 2017 | Dergi | Ridenour, M. L. Hendricks, S. Hartley, D. Vd. |
| <i>"Physician exposure to violence: a study performed in Turkey"</i> | 2016 | Dergi | Baykan, Z. Öktem, İ. S. Çetinkaya, F. |
| <i>"A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors"</i> | 2015 | Dergi | Alameddine, M. Mourad, Y. Dimassi, H. |
| <i>"Sources of workplace violence against nurses"</i> | 2015 | Dergi | Andreja Kvasa Janko Seljak |
| <i>"Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals"</i> | 2015 | Dergi | Wu, J. C. Tung, T. Chen, P. Y. |
| <i>"Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings"</i> | 2016 | Dergi | Faflioraa, E. Bampalisa, V. G. Zarlas, G. |
| <i>"A National Description of Violence toward Emergency Medical Services Personnel"</i> | 2016 | Dergi | Gormley, M. A. Crowe, R. P. Bentley, M. A. Vd |
| <i>"Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore"</i> | 2012 | Dergi | A. O. M. Chan Y. H. Chan J. P. C. Kee |
| <i>"Incidence And Cost Of Nurse Workplace Violence Perpetrated By Hospital Patients Or Patient Visitors"</i> | 2014 | Dergi | Speroni, K. G. Fitch, T. Dawson, E. |
| <i>"Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Crosssectional Survey"</i> | 2014 | Dergi | Blair L. Bigham, Jan L. Jensen, Walter Tavares |

| | | | |
|--|------|-------|---|
| <i>“Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt”</i> | 2015 | Dergi | Abou-ElWafa, H. Abdel-Hady, S. El-Gilany |
| <i>“Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia”</i> | 2015 | Dergi | Fisekovic, M. B. Trajkovic, G. Z. Terzic-Supic, Z. J. |
| <i>“Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross sectional survey”</i> | 2015 | Dergi | Jiao, M. Ning, N. Gao, L. |
| <i>“Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey”</i> | 2013 | Dergi | Atan, Ü. Arabacı, B. Güler, Ü. Vd. |
| <i>“Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey”</i> | 2010 | Dergi | Rukiye Pinar Firdevs Ucmak |
| <i>“Safety climate and verbal abuse among public hospital-based workers in Costa Rica”</i> | 2012 | Dergi | Gimeno, D. Bureau, K. D. Felknor, S. A. Vd. |
| <i>“Violence against health-care workers in a conflict affected city”</i> | 2018 | Dergi | Riyadh K. Lafta Nadia Falah |
| <i>“Workplace violence against physicians in Turkey’s emergency departments: a crosssectional survey”</i> | 2017 | Dergi | Bayram, B. Çetin, M. Oray, N. Ç. Vd. |
| <i>“Workplace violence against medical staff of Chinese children’s hospitals: A cross-sectional study”</i> | 2017 | Dergi | Li, Z. Yan, C. Shi, L. Vd. |
| <i>“Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large crosssectional study”</i> | 2017 | Dergi | Tao Sun, Lei Gao, Fujun Li |
| <i>“Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey”</i> | 2017 | Dergi | Johansen, I. H. Baste, V. Rosta, J. Vd. |

| | | | |
|--|------|-------|---|
| <i>“A National Study on Nurses’ Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors”</i> | 2015 | Dergi | Alameddine, M. Mourad, Y. Dimassi, H. |
| <i>“The effect of anger management levels and communication skills of Emergency Department staff on being exposed to violence”</i> | 2015 | Dergi | Gozde Yildiz Ilknur Aydin Avci |
| <i>“Patient aggression experienced by staff in a public hospital setting”</i> | 2014 | Dergi | Swain, N. Gale, C. Greenwood, R. |
| <i>“Workplace Violence against Resident Doctors: A Multicentric Study from Government Medical Colleges of Uttar Pradesh”</i> | 2019 | Dergi | Singh, G. Singh, A. Chaturvedi, S. Vd. |
| <i>“Balance, Health, and Workplace Safety”</i> | 2019 | Dergi | Oneal, G. Graves, J. M. Diede, T. Vd. |

EK-2 Kalite Değerlendirme Puan Tablosu

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 1 | Çalışma 2 | Çalışma 3 | Çalışma 4 | Çalışma 5 |
|--|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Abdellah ve diğ. 2017 | About-EI Wafa ve diğ 2015 | Alameddine ve diğ., 2015 | Aydemir ve diğ. 2019 | Babaei ve diğ., 2018 |
| | Değerlendirme 1 | Değerlendirme 2 | Değerlendirme 3 | Değerlendirme 4 | Değerlendirme 5 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | | | | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Toplam puan | 8 | 10 | 6 | 11 | 10 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından ayrı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 6 | Çalışma 7 | Çalışma 8 | Çalışma 9 | Çalışma 10 |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| | Baykan ve diğ., 2015 | Bayram ve diğ., 2017 | Büçükcü, 2013 | Bigham ve diğ., 2015 | Bilişi, 2016 |
| | Değerlendirme 6 | Değerlendirme 7 | Değerlendirme 8 | Değerlendirme 9 | Değerlendirme 10 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | | | | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Toplam puan | 8 | 9 | 6 | 8 | 8 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından aynı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda “ 1 puan” ,karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 11 | Çalışma 12 | Çalışma 13 | Çalışma 14 | Çalışma 15 |
|--|----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Cheung ve diğ., 2017 | Cheung, Lee ve Yip, 2017 | Copeland ve diğ., 2017 | Çamcı ve Kutlu, 2011 | Demiroğlu ve diğ., 2015 |
| | Değerlendirme 11 | Değerlendirme 12 | Değerlendirme 13 | Değerlendirme 14 | Değerlendirme 15 |
| Politik ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | | | | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklerin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örneklem sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Toplam puan | 10 | 9 | 8 | 6 | 8 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından ayrı ayrı karşılamadığı durumda " 1 puan" , karşılamadığı durumda " 0 puan" değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 16 | Çalışma 17 | Çalışma 18 | Çalışma 19 | Çalışma 20 |
|--|--------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | Devebakan, 2018 | Eğici ve öztürk 2018 | Faflora ve diğ., 2015 | Farau ve diğ., 2017 | Ferri ve diğ., 2016 |
| | Değerlendirme 16 | Değerlendirme 17 | Değerlendirme 18 | Değerlendirme 19 | Değerlendirme 20 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | | | | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Toplam puan | 11 | 9 | 9 | 8 | 10 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından ayrı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda " 1 puan" , karşılamadığı durumda " 0 puan" değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 21 | Çalışma 22 | Çalışma 23 | Çalışma 24 | Çalışma 25 |
|--|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | Fisekovi ve diğ., 2015 | Gormley ve diğ., 2015 | Groenewold ve diğ., 2018 | Jiao ve diğ., 2015 | Karaca ve diğ., 2015 |
| Değerlendirme 21 | Değerlendirme 22 | Değerlendirme 23 | Değerlendirme 24 | Değerlendirme 25 | Değerlendirme 25 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | | | | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Toplam puan | 10 | 10 | 11 | 11 | 10 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından aynı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddesi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 26 | Çalışma 27 | Çalışma 28 | Çalışma 29 | Çalışma 30 |
|--|----------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| | Kaya ve diğ. 2016 | Kvasa ve Seljakk, 2015 | Lafta ve Falah, 2018 | Li ve diğ., 2017 | Mahani ve diğ., 2017 |
| | Değerlendirme 26 | Değerlendirme 27 | Değerlendirme 28 | Değerlendirme 29 | Değerlendirme 30 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | | | | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Toplam puan | 7 | 6 | 10 | 8 | 8 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından aynı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 31 | Çalışma 32 | Çalışma 33 | Çalışma 34 | Çalışma 35 |
|--|-----------------------|------------------------|----------------------------|----------------------|--------------------|
| | Millîet ve Yank, 2017 | Öztürk ve babacan 2014 | Partridge,ve Affleck, 2017 | Pınar ve Uçnak, 2010 | Pich ve diğ., 2017 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | Değerlendirme 31 | Değerlendirme 32 | Değerlendirme 33 | Değerlendirme 34 | Değerlendirme 35 |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Toplam puan | 10 | 8 | 8 | 5 | 10 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından aynı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 36 | Çalışma 37 | Çalışma 38 | Çalışma 39 | Çalışma 40 |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Polat ve Çırak, 2019 | Rees ve diğ., 2018 | Ridenour ve diğ., 2017 | Shea ve diğ., 2016 | Singh ve diğ., 2019 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | Değerlendirme 36 | Değerlendirme 37 | Değerlendirme 38 | Değerlendirme 39 | Değerlendirme 40 |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklerin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örneklem sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Toplam puan | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından ayrı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda " 1 puan" , karşılamadığı durumda " 0 puan" değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 41 | Çalışma 42 | Çalışma 43 | Çalışma 44 | Çalışma 45 |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Speroni ve diğ., 2014 | Sun ve diğ., 2017 | Swain ve diğ., 2014 | Türkmenoğlu ve diğ., 2017 | Ünsal Atan ve diğ., 2012 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | Değerlendirme 41 | Değerlendirme 42 | Değerlendirme 43 | Değerlendirme 44 | Değerlendirme 45 |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Toplam puan | 8 | 10 | 10 | 10 | 6 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından ayrı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 46 | Çalışma 47 | Çalışma 48 | Çalışma 49 | Çalışma 50 |
|--|------------------|---------------------|---------------------|------------------------|----------------------------|
| | Wu ve diğ., 2015 | Yakut ve diğ., 2012 | Yaşar ve diğ., 2016 | Yenealem ve diğ., 2019 | Yıldız ve Aydın Avcı, 2014 |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | Değerlendirme 46 | Değerlendirme 47 | Değerlendirme 48 | Değerlendirme 49 | Değerlendirme 50 |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| 4. Örneklemin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| 5. Örnekleme sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 1 | 0 | | 0 | 1 |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 0 | 1 | | 1 | 0 |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 0 | | 0 | 1 |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 1 | 0 | | 0 | 1 |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 0 | | 0 | 1 |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 0 | | 0 | 1 |
| Toplam puan | 10 | 6 | | 6 | 10 |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından aynı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddesi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | | |

| Değerlendirme kriterleri | Çalışma 51 | Çalışma 52 | | |
|--|-------------------------|-----------------------------------|--|--|
| | Yıldız, 2019 | Yücens ve Kalkan Oğuzhanoğlu,2020 | | |
| Polit ve Beck tarafından önerilen, araştırma kalitesini değerlendirme | | | | |
| Çalışmaların kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçütler şunları içermektedir: | Değerlendirme 51 | Değerlendirme 52 | | |
| 1. Araştırmanın amacı ve araştırma soruları uygun biçimde verilmiş mi? | 1 | 1 | | |
| 2. Araştırma soruları uygun biçimde yanıtlanmış mı? | 1 | 0 | | |
| 3. Çalışmada geçen kavramlar açıkça tanımlanmış mı? | 1 | 1 | | |
| 4. Örneklerin özellikleri yeterince açıklanmış mı? | 1 | 1 | | |
| 5. Örneklem sayısı yeterli mi? | 1 | 1 | | |
| 6. Kullanılan gereç ve yöntem konuya uygun mu? | 0 | 1 | | |
| 7. Kullanılan gereç geçerli ve güvenilir mi? | 1 | 0 | | |
| 8. Bulgular açık ve uygun biçimde organize edilmiş mi? | 1 | 1 | | |
| 9. Bütün önemli sonuçlar tartışılmış mı? | 0 | 1 | | |
| 10. Tartışma bulgularla uyumlu mu? | 1 | 1 | | |
| 11. Sonuçlar özet olarak bildirilmiş mi? | 1 | 1 | | |
| 12. Sınırlılıklar bildirilmiş mi? | 1 | 1 | | |
| Toplam puan | 10 | 10 | | |
| Her bir çalışma bütün ölçütler üzerinden ve araştırmacıların her biri tarafından ayrı olarak değerlendirilmiş ve her bir maddeyi karşıladığı durumda “ 1 puan” , karşılamadığı durumda “ 0 puan” değeri verilmiştir. | | | | |

ÖZGEÇMİŞ

Emrah ÖZ

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi – Sağlık Yönetimi A.D.

Yüksek Lisans: İstanbul Esenyurt Ünivrsitesi – Hastane ve Sağlık Kurumları Yön.

Lisans : Anadolu Üniversitesi – İşletme Fakültesi – İşletme

B. MESLEKİ DENEYİM

2010-2011 : Başakşehir Belediyesi (Arşiv ve Dokümantasyon)

2012-2013 : A 101 Mağazacılık (Mağaza Sorumlusu)

2013-2015 : İstanbul Kanuni Sultan Süleyman E.A.H (Acil Sekreter Sorumlusu)

2016-2017 : Güçlü Sosyal Gelişim Gençlik ve Spor Kulübü Derneği (Proje K.)

2017-2018 : İstanbul Üniversitesi – Personel Daire Başkanlığı (Memur)

2018-2019 : İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa -Sağlık Hizmetleri M.Y.O. (Memur)

2019-2020 : Konya-Bozkır Devlet Hastanesi (Sivil Savunma Sorumlusu) (Ek-25)

2020-.... : İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa -Sağlık Hizmetleri M.Y.O. (Öğr.İşl.Sor.)

C. PROJELER

2016-2017: GÜÇLÜDER; Proje Koordinatörü:

“Tanışalım Yarışalım Kafelerde Bilek Güreşi Tanıtım Projesi “Gençlik ve Spor Bakanlığı tarafından, sunulan proje onaylanarak, bütçe desteklenmesi uygun görülmüştür.