

**BEYAZ KOD VAKALARINDA ŞİDDET DÜZEYİNİ ARTIRAN
SEBEPLERİN İNCELENMESİ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Burak OYMAK

**EKİM 2024
DENİZLİ**

**BEYAZ KOD VAKALARINDA ŞİDDET DÜZEYİNİ ARTIRAN
SEBEPLERİN İNCELENMESİ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
İktisat Ana Bilim Dalı
İktisat Tezli Yüksek Lisans Programı**

Burak OYMAK

Danışman: Prof. Dr. Filiz YEŞİLYURT

**Ekim 2024
DENİZLİ**

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atıfta bulunulduğunu beyan ederim.

Burak OYMAK

ÖN SÖZ

Tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Filiz YEŞİLYURT'a tez sürecinin her aşamasında gösterdiği sabrı ve anlayışı; çalışmaya yaptığı katkılar ve rehberlik için teşekkürlerimi sunarım.

Tez, sağlık kuruluşunun arşiv taramalarına dayanan retrospektif bir çalışma olması sebebiyle Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve tıbbi etik kuruldan onay alınarak veriler elde edilmiştir. Beyaz kod vaka formlarının veri haline getirilmesindeki destekleri ve şeffaflıkları için Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri İş Yeri Sağlık ve Güvenlik Birimi amirleri ve çalışanlarına teşekkür ederim.

2021 yılında Türkiye genelinde pek çok noktada başlayan orman yangınları yangın sezonları boyunca büyük çapta alanda hasara sebep olmuş ve bu tezin son dönemlerinde de Denizli Karcı Dağı'nda günlerce söndürülemeyen orman yangını büyük tahribata yol açmıştır. Tez danışmanım Prof. Dr. Filiz YEŞİLYURT'un önerisiyle bu çalışma karşılığında Pamukkale Üniversitesi kampüsüne 1 (bir) ağaç dikilecektir.

ÖZET

BEYAZ KOD VAKALARINDA ŞİDDET DÜZEYİNİ ARTIRAN SEBEPLERİN İNCELENMESİ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ

Oymak, Burak
Yüksek Lisans Tezi
İktisat ABD
İktisat Tezli Yüksek Lisans Programı
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Filiz YEŞİLYURT

Ekim 2024, VII+40 sayfa

Hayatın her alanında kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit eden şiddet davranışı, işyerlerinde de yaşanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde verilmesi için faaliyet gösteren sağlık kuruluşları da işyeri şiddetinin yaşandığı alanlardan biri haline gelmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün verilerine göre, işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının %25'i sağlık sektöründe yaşanmakta ve bu durum sağlık çalışanlarının yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Sözel veya fiziksel şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına yönetilen şiddetin en aza indirilmesi için politika önerileri sunmayı amaçlayan bu çalışma, beyaz kod vakalarında şiddet düzeyini artıran sebepleri incelemeyi hedeflemektedir.

Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde 2013-2023 yılları arasında gerçekleşen şiddet olaylarına ait bilgileri içeren beyaz kod formlarından veri setini oluşturan bu çalışmada bağımlı değişken sözlü ve fiziksel şiddet ile sınıflandırılmaktadır. Çalışmadaki bağımsız değişkenler ise olayın gerçekleştiği yer, saat, şiddete maruz kalan sağlık çalışanına ve şiddeti uygulayan şüpheliye ait bilgilerden oluşmaktadır.

Çalışma Bayesyen çok düzeyli logit modelleme analizi ile şiddet düzeyini artıran sebepleri incelemektedir. Bu sayede herhangi bir şiddet olayını fiziksel şiddet uygulama boyutuna getiren sebepler çok düzeyli şekilde farklı gruplarda gerçekleşen olaylar da dikkate alınarak ortaya konabilmektedir. Çalışmada ilgili dönemde doktorların %75'inin sözel, güvenlik personelinin ise %75'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, sağlık sektöründe şiddetin önlenmesine yönelik stratejilerin acil olarak güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Şiddet, İşyeri Şiddeti, Beyaz Kod, Bayesyen Çok Düzeyli Logit Modelleme

ABSTRACT**ANALYZING THE CAUSES INCREASING THE LEVEL OF VIOLENCE IN
WHITE CODE CASES: AN EXAMPLE OF PAMUKKALE UNIVERSITY
HOSPITAL**

Oymak, Burak

Master Thesis

Department of Economics

Economics Programme with Thesis

Advisor of the Thesis: Prof. Filiz YEŞİLYURT

October 2024, VII+40 pages

Violence, which threatens people's physical and mental health in all areas of life, may occur in workplaces. Health institutions that operate to provide health services are also areas where workplace violence happens. According to data from the International Labour Organization, 25% of workplace violence incidents occur in the healthcare sector, highlighting the high risk faced by healthcare workers. This study, which aims to provide policy recommendations for minimizing violence directed at healthcare workers exposed to verbal or physical violence, targets to examine the reasons that increase the level of violence in code white cases.

In this study, which creates a data set from white code forms containing information about violence incidents that took place at Pamukkale University Hospital between 2013 and 2023, the dependent variable is classified by verbal and physical violence. The independent variables in the study consist of information on the location of the incidents, the time, and information about the healthcare worker exposed to violence and the suspect who committed violence.

The reasons for the increase in violence level are examined with the Bayesian Multilevel logit analysis. In this way, the reasons that cause any violent incident turn into physical violence are occurred by monitoring the incidents varying in different groups in a multi-level manner. The study revealed that 75% of doctors were exposed to verbal violence, while 75% of security personnel faced physical violence during the observed period. These findings underscore the urgent need to bolster strategies for preventing violence in the healthcare sector.

Keywords: Violence in Healthcare, Workplace Violence, White Code, Bayesian Multilevel Logit Modelling

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ŞİDDET KAVRAMI VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA ŞİDDET

1.1. Şiddet	4
1.2. Şiddetin Türleri	5
1.3. İşyeri Şiddeti	5
1.3.1. İşyeri Şiddetinin Türleri	6
1.3.1.1. Şiddetin Kaynağına Göre	6
1.3.1.2. Şiddetin Oluş Şekline Göre	6
1.3.1.2.1. Fiziksel Şiddet.....	7
1.3.1.2.2. Psikolojik Şiddet	7
1.4. İşyeri Olarak Sağlık Kuruluşlarında Şiddet	7
1.5. Beyaz Kod Uygulaması.....	9

İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET

2.1. Sağlık Sektöründe Şiddet	11
2.2. Dünyada Sağlık Sektöründe Şiddet.....	12
2.3. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Şiddet ve Beyaz Kod Vakaları.....	13

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

VERİ

3.1. Veri Seti	16
3.2. Tanımlayıcı İstatistikler	17
3.3. Şiddetin Sebebine Yönelik Frekans Analizi	20

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

METODOLOJİ

4.1. Bayesyen Çok Düzeyli Modelleme.....	23
4.2. Bayesyen Çok Düzeyli Logit Modelleme	25

BULGULAR.....	28
SONUÇ	32
KAYNAKLAR	34
EK	38
ÖZ GEÇMİŞ	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1: Şiddet Tipleri	5
Şekil 2: Yıllara Göre Beyaz Kod Vaka Sayıları.....	18
Şekil 3: Mağdur Sağlık Çalışanının Yaşına Göre Beyaz Kod Vaka Sayısı Dağılımı	18

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Türüne, Sağlık Çalışanı Ünvanına ve Olayın Gerçekleştiği Yere Göre Şiddet Vakası Sayıları ve Yüzdeleri	17
Tablo 2: Sağlık Çalışanının Unvanı ve Olayın Gerçekleştiği Yere Göre Şiddet Tipleri	20
Tablo 3: Şiddet Sebebine Yönelik Frekans Analizi Tablosu	20
Tablo 4: Bayesian Çok Düzeyli Logit Modelleme Sonuçları	29

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ILO	International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
OSHA	Occupational Safety and Health Administration (Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi)
PSI	Public Services International (Uluslararası Kamusal Hizmetler Sendikası)
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
USBLS	United States The Bureau of Labor Statistics (Amerika Birleşik Devletleri İşçi İstatistikleri Bürosu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Şiddet; maruz kalanların ölümüne, fiziksel yaralanmasına ve zihinsel sağlıklarının zarar görmesine yol açan bir davranış şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2002) göre şiddet; bir kişinin kendisine, başkalarına ya da bir gruba karşı kasıtlı olarak güç kullanması veya tehditle korkutulması olarak tanımlanmaktadır. Bu tür eylemler fiziksel, zihinsel ve ekonomik açıdan ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Şiddet, toplumun önemli bir sorunu olarak bireylerin sadece fiziksel güvenliğini tehdit etmekte kalmayıp, aynı zamanda zihinsel sağlıklarını ve toplumsal refahını da olumsuz yönde etkileyen davranış biçimidir. Şiddetin önemi ise bireysel ve toplumsal düzeyde ortaya çıkardığı önemli sonuçlardan kaynaklanmaktadır. Toplumun her bölümünde görülen şiddet, özellikle sağlık sektöründe, sağlık çalışanlarının iş performansını, psikolojik dayanıklılığını ve hizmet kalitesini etkileyen bir tehdit olarak ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak şiddet mağdurlarının yaşadıkları travmanın fiziksel ve psikolojik etkilerini hafifletmek amacıyla başvurduğu ilk alan olması sebebiyle de sağlık kuruluşları önemli hale gelmesine rağmen bu kuruluşlar işyeri şiddeti açısından yüksek risk barındıran yerlerden olmaktadır. Literatürde şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri geniş bir yer tutmakta ve bu alandaki araştırmalar, sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalma riskinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Lancet & Guay, 2014). Sağlık çalışanları, işin doğası gereği şiddetin sözlü ve fiziksel boyutlarına sık sık maruz kalmaktadır. Bu durum sadece çalışanların refahını tehdit etmekte kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve kalitesini de düşürmektedir (Phillips, 2016).

Şiddet literatüründe sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, işyeri şiddeti kategorisinde ele alınmakta ve özellikle hastalar, hasta yakınları ve hatta meslektaşlar tarafından gerçekleştirilen şiddet vakalarının sıklığına dikkat çekilmektedir (Gacki-Smith vd., 2009). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri arasında, hasta memnuniyetsizliği, uzun bekleme süreleri, yetersiz iletişim ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar önemli bir yer tutmaktadır (Edward vd., 2014). ABD'de yapılan araştırmalara göre, işyeri şiddeti vakalarının %70'inden fazlası sağlık sektöründe gerçekleşmekte olup, bu durum sağlık çalışanlarını ciddi risk altına sokmaktadır (Phillips, 2016).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaygınlığı ve etkileri üzerine yapılan çalışmalar, bu konunun halk sağlığı açısından ne denli önemli olduğunu ortaya

koymaktadır. Literatür, şiddetin sadece sağlık çalışanlarının fiziksel güvenliğini değil, aynı zamanda psikolojik sağlıklarını da olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Lanctôt & Guay, 2014). Özellikle hemşireler ve acil servislerde görev yapan sağlık çalışanları; uzun çalışma saatleri, yüksek stres seviyeleri ve zor hasta profilleri nedeniyle şiddete daha fazla maruz kalmaktadır (Gacki-Smith vd., 2009).

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması, kamu sağlığının korunması ve toplumsal refahın artırılması açısından büyük bir öneme sahiptir. Ancak, bu hizmetleri sağlayan sağlık çalışanları sıklıkla sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu durum onların hem iş performanslarını hem de verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Clements vd. (2005) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, hastane personelinin çoğu kariyerlerinde en az bir kez şiddetle karşı karşıya kalmaktadır. Şiddet olgusunu sadece işyeri ile sınırlandırmak da yeterli değildir; toplumsal bağlamda şiddete uğrayan veya uygulayan bireyler, bu davranışları işyerine de yansıtabilmektedir. Örneğin, kişisel yaşamlarında şiddete maruz kalan bireylerin, işyerinde de benzer olaylarla karşılaşma olasılığı daha yüksek olarak görülmektedir (Edward vd., 2014). Bu nedenle, hastalar ve hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına yönetilen şiddetin azaltılması için çeşitli rehberler geliştirilmiş ve bu tür vakaların en aza indirilmesi hedeflenmiştir. Bu rehberlerden en önemlisi acil durum kodlarıdır.

Acil durumlara daha hızlı ve etkili müdahale edilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen renkli kod sistemi, yaşanan olayları renklerle sınıflandırarak etkin bir çözüm sağlamayı hedeflemektedir. Dünya genelinde de yaygın olarak kullanılan renkli kod sistemi Türkiye’de de uygulanmaktadır. Her renk kodu, hastanede meydana gelebilecek farklı acil durumlara yönelik belirli bir hareket planını temsil etmekte olup, ilgili kurumlar tarafından bu kodlara dair belirlenen standartlara uyularak, sağlık çalışanlarının bu konuda bilgilendirilmesi sağlanmıştır. Sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığı ya da bu riskin yüksek olduğu durumlarda başlattığı beyaz kod uygulaması şiddet vakasının en kısa sürede sona erdirilmesini içeren uygulamaları içinde barındırmaktadır. Bu sayede hem sağlık çalışanları hem de hastalar korunmakta ve hastane ortamında güvenli bir çalışma düzeni sağlanmaktadır.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığı olayları anlamak ve bu olayların dinamiklerini incelemek açısından önemli bir adım atmaktadır. Özellikle beyaz kod uygulaması gibi acil durum müdahaleleri, sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlama

açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, araştırma Denizli’de faaliyet gösteren Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nde meydana gelen beyaz kod vakalarını 2013-2023 arası dönem içinde detaylı bir şekilde ele almaktadır. Beyaz kod vakaları sonrasında olaya ilişkin bilgilerin yer aldığı formlardan alınan verilerden hareketle bu çalışma, hangi sebeplerle şiddetin sözel boyuttan fiziksel boyuta geçişine neden olduğunu belirlemeyi hedeflemektedir. Bu tür olayların daha iyi anlaşılması, sağlık sisteminde şiddete karşı alınacak önlemlerin geliştirilmesi için önemli bir zemin sağlayacaktır. Araştırmanın bulgularının, sağlık sistemi yöneticilerine, şiddetin nedenlerini ve dinamiklerini daha iyi kavramalarına yardımcı olacağı ve çalışan güvenliğini artırmaya yönelik politikaların geliştirilmesine ışık tutacağı düşünülmektedir. Böylece, şiddetin azaltılmasına yönelik daha etkili önlemlerin alınmasına katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

İlk bölümde şiddet ve ilişkili kavramların tanımı yapılarak sağlık kuruluşlarında şiddeti konu edinen ulusal ve uluslararası standartları belirleyen uygulamalara değinilmektedir. İkinci bölümde Türkiye’de ve dünyada sağlık sektöründe şiddeti ele alan çalışmalara yer verilirken, üçüncü bölümde çalışmanın verisine ilişkin detaylı bilgiler verilmektedir. Dördüncü ve son bölümde ise kullanılan yöntemler açıklanmakta ve elde edilen bulgular doğrultusunda geliştirilen politika önerileri tartışılmaktadır. Bu çalışma, ilgili dönemde elde edilen sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarının arka planındaki nedenleri daha derinlemesine anlamayı hedeflemektedir. Elde edilen bulguların, sağlık sistemi yöneticilerine bu tür olayların dinamiklerini daha iyi kavramalarına yardımcı olacağı ve çalışan güvenliğini artırmaya yönelik politikaların geliştirilmesine ışık tutacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ŞİDDET KAVRAMI VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA ŞİDDET

1.1. Şiddet

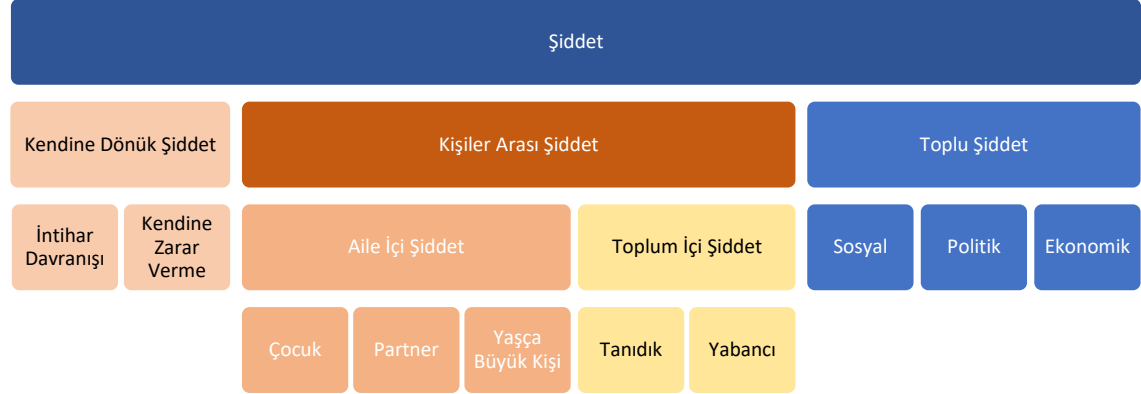
Şiddet; Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2002) tarafından “yaralanma, ölüm, psikolojik hasar, gelişme geriliği ve yoksunlukla sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanma ihtimali bulunan ve kişinin kendisine, bir başkasına, bir grup insana karşı kasıtlı olarak fiziksel gücünü veya statüsünü tehdit edici ya da fiili olarak kullanması” şeklinde tanımlanmaktadır. DSÖ, hazırladığı raporda her yıl 1 milyondan fazla insanın şiddet sonucunda hayatını kaybettiğini ya da ölümcül olmayan yaralar aldığını belirtmektedir. Bununla birlikte özellikle 15-44 yaş arası insanların ölüm sebebine bakıldığında şiddet, başlıca sebeplerden biri olmaktadır. Şiddetin sebep olduğu maliyet konusunda kesin bir sonuca varmak mümkün olmasa da şiddet sebebiyle ortaya çıkan başta sağlık harcamalarındaki artış, iş kaybı, yatırımlar ve beşeri sermayenin zararı, hukuki uygulamaların maliyetleri dikkate alındığında her yıl milyarlarca dolar zararın ortaya çıktığı düşünülmektedir. Görünür bu zararların yanı sıra manevi tazminatlara da konu olabilen şiddet sonucunda meydana gelen keder ve acının maliyetinin hesaplanması mümkün olmamaktadır.

Yalnız fiziksel yaralanmalarla sonuçlanmayan şiddet, uzun vadede psikolojik travmalara, stres bozukluklarına yol açmaktadır. Bu tür etkiler hem kişisel yaşamları hem de iş gücüne katılımı olumsuz yönde etkilerken, toplumsal huzur üzerinde de olumsuz etkiler bırakmaktadır. Şiddet, toplumda güvenlik algısını zedeleyerek, korku ve güvensizliğin yayılmasına neden olur. Özellikle iş yerlerinde, eğitim kurumlarında ve diğer kamusal alanlarda şiddet genellikle sessiz ve görünmez bir şekilde yaşanmakta ve rapor edilmediği sürece de önlenmesi güçleşmektedir. Sağlık sektöründe beyaz kod uygulaması, sağlık çalışanlarının şiddet olaylarına maruz kaldığı durumlarda bu vakaların hızlıca rapor edilmesini ve önleyici tedbirlerin zamanında yapılmasını sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Bu uygulama, şiddet olaylarının daha görünür hale gelmesine katkıda bulunarak, sağlık çalışanlarının güvenliğini korumada önemli bir rol oynamaktadır.

1.2. Şiddetin Türleri

Geniş anlamda şiddet kendine dönük şiddet, kişiler arası şiddet ve toplu şiddet olmak üzere üç kategoride incelenmektedir (WHO, 2002). İntihar davranışı ve kendine

Şekil 1: Şiddet Tipleri



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2002)

zarar verme davranışları ilk grupta değerlendirilmektedir. Buradaki eylemler yapılması planlanan ve gerçekleşen olaylar üzerinden değerlendirilir. Geniş gruplar tarafından gerçekleştirilen ya da geniş gruplara karşı yöneltilen illegal eylemler, suçlar, politik ve ekonomik güç kullanımları toplu şiddet altında değerlendirilmektedir. Birbirini tanıyan ya da tanımayan insanların karşılaşmasına olanak veren okul, hapisane, işyeri gibi kurumsal alanlarda gerçekleşen şiddet eylemleri ise aile içi şiddet ve toplum içi şiddet olarak kişiler arası şiddet kapsamında incelenmektedir. Günümüzde en yaygın şekilde görülen ve çoğu zaman raporlanmayan bu şiddet türü, fiziksel ve duygusal manipülasyonla ortaya çıkmaktadır. Bu çerçevede ortaya çıkan toplum içi şiddet, bireylerin sosyal etkileşim ağı içinde meydana gelerek kendini okullarda zorbalık, işyerlerinde mobbing ve fiziksel saldırılar ile kendini göstermektedir. Bunun sonucu olarak bireylerin güven duyguları zedelenecek toplumsal bağları zayıflamaktadır.

1.3. İşyeri Şiddeti

Amerika Birleşik Devletleri Çalışma Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (OSHA, 2015) tarafından işyeri şiddeti; işyerinde meydana gelen herhangi bir fiziksel şiddet, taciz, yıldırma veya diğer tehdit edici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda ise işyeri şiddetini kapsayan olaylar; çalışanların işe gidip gelmeleri de dahil olmak üzere işleri ile ilgili durumlarda istismara uğradığı, tehdit

edildiği ya da saldırıya uğradığı ve bu sebeple kendi güvenliklerini, refahlarını ve sağlıklarını tehdit eden olaylar olarak tanımlanmaktadır (Wynne R. vd., 1997). Bu tanımlar ve işyeri şiddetinin iş yaşamına olan etkileri dikkate alındığında, şiddet sadece bireysel değil, kurumsal ve toplumsal düzeyde de önemli bir sorun haline gelmiştir. Çok farklı alanlarda toplumun her kesiminden insanı etkileyebilen şiddetin net bir şekilde tanımlanamaması ve karmaşık bir sorun olması sebebiyle şiddet, kamu sağlığı problemi olarak yakın zamana kadar göz ardı edilen bir konu olmaktadır (Liu vd., 2019). Özellikle son yıllarda birey ve toplum üzerinde sebep olduğu maddi ve manevi kayıplar dikkate alındığında kamu sağlığı üzerinde doğrudan etkili olan şiddetin yaygın şekilde gerçekleştiği alanlardan biri de çalışma alanları olmaktadır. Çalışanların maruz kalması; bireysel olarak yaralanma, ölüm, zihinsel sağlığın bozulması gibi sorunları yol açarken aynı zamanda iş performansının düşmesine, hizmet kalitesinin azalmasına ve iş hayatının aksamına neden olarak mevcut zararı daha da artırmaktadır. Bunun yanında işyeri kültürüne de zarar vermektedir. İşyerinde şiddet nedeniyle güvenlik kaygıları, motivasyonu düşürerek kurum içi ilişkilerin ve görevlerin aksamasına neden olur.

1.3.1. İşyeri Şiddetinin Türleri

1.3.1.1. Şiddetin Kaynağına Göre

İşyeri şiddetinin sınıflandırmasında Kaliforniya Eyaleti Endüstriyel İlişkiler Bölümü İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Cal/OSHA (1995) tarafından kabul edilen üç tip esas alınmaktadır. Tip 1, herhangi bir iş ilişkisine sahip olunmayan bir kişinin genellikle işyerine gelerek sebep olduğu hırsızlığa teşebbüs veya diğer suç niteliği taşıyan eylemleri içermektedir. Tip 2, işyeri ya da o işyerinde çalışan kişi tarafından verilen hizmeti alan kişi tarafından gerçekleştirilen şiddet eylemlerini kapsamaktadır. Bu kişiler mevcut durumda hizmet ilişkisi devam eden ya da daha önce bu ilişki kurulmuş olan bir müşteri, tedavi almaya devam eden ya da daha önce tedavi almış bir hasta olabilmektedir. Tip 3 türü işyeri şiddet eylemleri ise aynı işyerinde çalışan aralarında iş ilişkisi kurulmuş kişiler arasında gerçekleşmektedir. Bu mevcut veya eski bir çalışanın, amir veya yöneticinin uyguladığı şiddeti içine almaktadır.

1.3.1.2. Şiddetin Oluş Şekline Göre

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), Uluslararası Kamusal Hizmetler Sendikası (PSI) tarafından ortak yürütülen bir çalışma kapsamında işyeri şiddeti iki ana başlıkta sınıflandırılmaktadır

(WHO, 2003). Şiddetin oluş şekli esas alan bu sınıflandırma fiziksel gücün kullanıldığı fiziksel şiddet ve fiziksel güç kullanımı tehdidi ile birlikte zihinsel ve ruhsal zarar görmeyle sonuçlanabilen psikolojik şiddet şeklinde yapılmaktadır.

1.3.1.2.1. Fiziksel Şiddet

Başka bir bireye ya da bir gruba karşı sonucu o kişiye fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar verme olacak her türlü fiziksel güç kullanımları fiziksel şiddetin içine girmektedir. Bu şiddet türü vurma, tartaklama, tokat atma, silahla ateş etme, itirme, ısırma, fiziksel olarak gerçekleşen cinsel taciz eylemlerini içermektedir.

1.3.1.2.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet ya da duygusal istismar ise güç kullanımının fiziksel güç kullanılmadan fiziksel gücün tehdidiyle ya da farklı yollarla gerçekleştiği şiddet türüdür. Bireyin ya da bir grup insanın fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ya da sosyal gelişimine zarar veren davranışları içermektedir. Aşağılama, bir kişinin haysiyetine ve değerine karşı yapılan saygısızlık istismar kapsamında değerlendirilirken, çalışanlara yönelmiş olan ve belirli bir zaman içinde sürekli tekrar ederek zarar verici hale gelen davranışlar mobbing kapsamında ele alınmaktadır. Bunlara ek olarak kişilerin cinsiyetlerine ya da ırklarına karşı yapılan fiziksel güç içermeyen tacizler de psikolojik şiddet kapsamında incelenmektedir. Son olarak hedef alınan kişi ya da grupta fiziksel, cinsel, psikolojik veya benzeri bir zararı yaratacağı korkusu oluşturan fiziksel güç kullanımının tehdidini içeren sözlü olarak gerçekleştirilen sözel şiddet de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

1.4. İşyeri Olarak Sağlık Kuruluşlarında Şiddet

İşyeri şiddeti tüm sektörlerde ve her türlü çalışan grubunda yaşanabilen bir olgu olmakla birlikte sağlık sektöründe meydana geldiğinde kamu sağlığı için çok daha ciddi bir tehdit haline gelmektedir. Kendi başına şiddet kamu sağlığını tehdit eden bir unsur olmakta iken bu şiddetin sağlık sektöründe yaşanması kamu sağlığı açısından daha derin ve geniş çaplı sorunlara yol açmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (2002) verilerine göre, işyerinde meydana gelen tüm şiddet vakalarının %25'i sağlık sektöründe yaşanmaktadır. Bu oran, sağlık çalışanlarının şiddet açısından ne kadar büyük bir risk altında olduklarını ve bu alanın işyeri şiddeti kapsamında ana risk grubunda yer aldığını net bir şekilde ortaya koymaktadır. Birleşik Devletler İşçi İstatistikleri Bürosu (USBLS, 2018) tarafından yayınlanan rapora göre, şiddete bağlı tüm ölümcül olmayan iş yeri

yaralanmalarının ve hastalıklarının %73'ünü sağlık çalışanlarının oluşturduğu belirtilmiştir. Bu oranlar, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma riskinin ne kadar yüksek olduğunu net bir şekilde ortaya koymakta ve şiddetin sağlık sektöründe sistemik bir sorun olduğunu göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı bu yüksek şiddet riski, işin doğasından kaynaklanan pek çok faktörle ilişkilidir. Sağlık sektöründe çalışanlar, genellikle mesai saatleri dışında yalnız çalışmak zorunda kalmakta ve hasta veya hasta yakınları ile doğrudan temas halinde bulunmaktadır. Bu temas, birçok durumda hastaların acı, öfke ve stres altında olması nedeniyle daha riskli hale gelmektedir. Acil servisler gibi yüksek stres ve yoğunluğa sahip alanlar, şiddet olaylarının meydana gelme olasılığını artıran ortamlardır. Ayrıca, sağlık çalışanları, yalnızca hastaların sorunlarıyla değil, aynı zamanda ilaç gibi maddi ve bağımlılık yapıcı değeri yüksek tıbbi malzemelerle çalışmakta ve bu da onları hedef haline getirmektedir. Tüm bu faktörler, sağlık sektöründeki işyeri şiddetinin riskini üst düzeye çıkarmaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO, 2002), sağlık sektöründeki riskleri sağlık çalışanlarının risk seviyelerine göre sınıflandırmıştır. Hemşireler ve ambulans ekipleri, en yüksek risk grubunda yer alırken; doktorlar ve diğer destekleyici sağlık personeli yüksek risk grubunda, diğer sağlık profesyonelleri ise riskli grup olarak değerlendirilmiştir. Bu sınıflandırma, sağlık çalışanlarının her an karşı karşıya oldukları tehlikenin boyutlarını gözler önüne sermektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaygınlığı ve ciddi sonuçları, bu alanda çalışanların korunmasına yönelik ulusal ve uluslararası düzeyde pek çok adımın atılmasını sağlamıştır. Çalışan güvenliği ve şiddetin önlenmesi amacıyla geliştirilen rehberler, sağlık kuruluşlarında şiddetin kontrol altına alınmasını sağlamaya yönelik önemli bir araç haline gelmiştir. Dünya genelinde kullanılan renkli kodlar sistemi, özellikle sağlık sektöründe işyeri şiddeti gibi riskli durumlara karşı etkin bir çözüm mekanizması sunmaktadır. Türkiye'de de T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan "Sağlıkta Kalite Standartları Hastane" seti, sağlık çalışanlarının güvenliği için renkli kod uygulamalarını zorunlu kılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu sistem, sağlık kuruluşlarında afet ve acil durum yönetimi kapsamında, çalışanların olası tehditlere karşı nasıl hareket edeceklerini planlı ve organize bir şekilde yönetmeyi amaçlamaktadır.

Renkli kod sistemi, sağlık sektöründe Şiddetin ve diğer acil durumların hızlı bir Şekilde kontrol altına alınmasını sağlamakta kilit bir rol oynamaktadır. Mavi kod, solunum veya kalp durması gibi hayati tehlike arz eden acil durumlar için uygulanırken; pembe kod, bebek veya çocuk kaçıırma riski ya da olaylarında kullanılır. Kırmızı kod, yangın veya yangın tehlikesi durumlarını içerirken; beyaz kod, sağlık çalışanlarına yönelik Şiddet olaylarında devreye girer. Beyaz kod uygulaması, Şiddet vakalarının hızlıca rapor edilmesini ve Şiddetin daha fazla yayılmadan kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Bu sayede, sağlık çalışanlarının güvenliğinin korunması ve işyerindeki huzurun yeniden tesis edilmesi mümkün hale gelmektedir.

Sağlık sektöründe işyeri Şiddetinin yaygınlığı, sadece çalışanların değil, hizmet verilen hastaların ve genel sağlık sisteminin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Şiddet vakalarının önüne geçilmesi, kamu sağlığının korunmasında önemli bir rol oynar. Bu tür olayların sağlık çalışanları üzerinde yarattığı fiziksel ve psikolojik etkilerin yanı sıra, hizmet kalitesinin düşmesi, işyerindeki verimliliğin azalması ve sağlık hizmetlerinin aksaması gibi sonuçlar doğurması da bu sorunun önemini daha da artırmaktadır. Bu nedenle, sağlık sektöründe Şiddetin önlenmesine yönelik etkili stratejiler geliştirilmesi ve uygulanması hem çalışanların hem de toplumun genel sağlığının korunması açısından kritik bir gerekliliktir.

1.5. Beyaz Kod Uygulaması

Türkiye’de Sağlık Bakanlığının 2010 yılından itibaren sağlık kuruluşlarında meydana gelen acil durumlara karşı geliştirdiği kod uygulamaları uygulamaya çalışılsa da beyaz kod uygulaması T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğinin 2016/3 sayılı genelgesi ile usul ve esaslarının belirlendiği bir uygulama olmuştur. Bu genelge ile; beyaz kod başvurularının nasıl yapılacağı, hukuki yardım alacak personelin niteliği, farklı sağlık kuruluşlarında beyaz kod işleyişinin nasıl gerçekleşeceği ve beyaz kod koordinatörlüklerine ilişkin bilgilere yer verilmektedir. Ayrıca yine T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından beyaz kod sisteminin kullanılmasını sağlayan “beyazkod.saglik.gov.tr” internet sitesinde de sistemin farklı sağlık çalışanları tarafından nasıl kullanılacağına dair bilgileri içeren Beyaz Kod Kullanıcı Kılavuzu yer almaktadır.

Farklı sağlık kuruluşlarında küçük farklılıklarla işleyiş değişiyor olsa da bu çalışmayı da içine alan üniversite hastanelerinde sağlık çalışanının Şiddete maruz kalması sonrasında Şiddete maruz kalan ya da Şiddete tanıklık eden sağlık çalışanı tarafından

hastanelerde dahili hatta bağı herhangi bir telefonda 1111 numarası aranarak beyaz kod uygulamasının başlatılması gerekmektedir. Beyaz kod uygulaması başlatıldıktan sonra olayın gerçekleştiği yerde sorumlu güvenlik personelleri ve idari personellerle şiddetin önlenmesi sağlanmaktadır. Çalışanların katılımı sağlanarak yılda en az bir kere tatbikatı yapılması istenen beyaz kod vakalarında şiddet olayının sona ermesinin ardından hastane işyeri sağlık ve güvenlik birimi veya kalite direktörlüğü tarafından olaya ilişkin bilgiler kayıtlarda tutulmaktadır. Beyaz kod olay bildirim formu, beyaz kod vaka kayıt formu gibi isimlerle adlandırılan formda olayın gerçekleştiği tarih ve saat, olayın gerçekleştiği yer, olayın oluş şekli, şiddete maruz kalan çalışan veya çalışanlara ait bilgiler ve varsa şiddeti gerçekleştiren kişiye ait bilgiler bulunmaktadır.

Denizli’de hizmet veren kamu/üniversite hastanelerinden biri olan Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde 2013-2023 yılları arasında gerçekleşen beyaz kod vakalarını inceleyen bu araştırma; sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin düzeyini artıran sebeplerinin bulunmasını amaçlamaktadır. Beyaz kod vakalarının ardından yaşanan şiddet olayı ile ilgili olarak sözel, fiziksel, sözel ve fiziksel şeklinde üç kategoride şiddet eylemlerinin sınıflandırıldığı bu hastanedeki formlar araştırmanın niteliği gereği sözel ve fiziksel şeklinde iki grupta değerlendirilmektedir. Çalışma; yaşanan beyaz kod olayları sonrasında doldurulmuş olan beyaz kod formlarından elde edilen veriler doğrultusunda olaya, şiddete maruz kalan çalışana veya çalışanlara ve şiddeti gerçekleştiren kişi veya kişilere ait özelliklere göre şiddetin sözlü şiddetten fiziksel şiddete dönmesine sebep olan etkenleri bulmaya odaklanmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET

2.1. Sağlık Sektöründe Şiddet

Sağlık alanındaki şiddet bugüne kadar birçok araştırmamanın konusu olmuş ve bu araştırmaların sayısı günden güne artmaktadır (Hahn vd., 2010; Gacki-Smith vd., 2009). Rossi vd. (2023) tarafından yapılan bir çalışmada hem kamu sağlığını tehdit etmesi hem de sağlık sektörü çalışanlarını tehdit etmesi sebebiyle sağlık sektöründe şiddetin farklı bir nitelik taşıdığı belirtilmektedir. Aynı çalışma yapılan işin doğası gereği ve hizmet verilen insan topluluğu sebebiyle başta doktorlar ve hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının tamamının işyeri şiddetine maruz kalmasının söz konusu olduğunu göstermektedir. Sağlık sektöründeki şiddeti konu edinen çalışmalara bakıldığında sağlıkta şiddetin temel sebepleri olarak uzun bekleme saatleri, karşılanmayan tedavi talepleri, sağlık kuruluşlarının niceliksel eksiklikleri, alkol ve uyuşturucu kullanımı, kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar görülmektedir (Joa ve Morken, 2012; Boafu, 2016).

Son yıllarda sağlık sektöründeki şiddeti ele alan çalışmaların sayısının artmasında bu vakaların daha sık yaşanması da etkili olmaktadır. Bununla birlikte vakaların sıklığının artmasının sebepleri de ele alınmaktadır. Özellikle Covid-19 dönemi sonrası yayınlanan çalışmalarda Covid-19 Pandemi döneminin sağlık sektöründe şiddetin artmasında etkili olduğuna dair hâkim bir görüş bulunmaktadır (Arnetz, 2022). ABD verilerini esas alan çalışmada Pandemi dönemi öncesinde bile 2011 ile 2018 yılları karşılaştırıldığında sağlık sektöründeki şiddet vakalarının iki kat artış gösterdiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte pek çok şiddet vakasının işin doğası gereği yaşandığının düşünülmesi başta olmak üzere farklı sebeplerle raporlanmasında yaşanan eksiklikler nedeniyle şiddet görülme sıklığının çok daha fazla olduğu da tahmin edilmektedir.

Sağlık sektöründeki şiddetin temel sebepleri olarak görülen etkenler bu alandaki şiddet vakalarının daha çok tip 2 türünde gerçekleştiğini de doğrulamaktadır (ILO, 2002). Literatürde sayıca az olsa da tip 1 ve tip 3 türünde sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddet vakalarını veya bir suç mahalli olarak sağlık kuruluşlarının içine dahil olduğu şiddeti konu edinen çalışmalar da bulunmaktadır (Wassell, 2009; Menendez vd., 2013). Tüm tiplerde sağlık çalışanlarının şiddet olayından olumsuz yönde etkilenmesi söz konusu olmaktadır. Bireysel olarak şiddete maruz kalan kişide ortaya çıkan işe bağlılığın azalması, verimlilik ve tatmin kaybı, uyku bozuklukları, artan stres, düşük yaşam kalitesi

en sık görülen sonuçlardan olurken bunlar sağlık kuruluşunda düşük iş performansına, yüksek personel devir oranına ve hasta bakımı üzerinde olumsuz bir etkiye yol açmaktadır (Zhao vd., 2018; Hacer ve Ali, 2020). Bununla birlikte Arnetz (2022) tarafından yapılan çalışma ABD'deki verileri dikkate alarak sağlık sektöründeki işyeri şiddetinin maliyetini de ortaya koymaktadır. Araştırma, ölüme sebep olmamış sağlıkta şiddet vakalarında sadece sağlık çalışanının tedavi ve rehabilitasyonundaki maliyet tahminini ele alan çalışma yıllık 109 bin dolardan 330 bin doların üzerine çıkacak kadar değişiklik gösterdiğini tespit etmektedir. Tüm bu sebeplerle hem mesleki anlamda hem de kamu sağlığı açısından sağlık sektöründe şiddetin araştırılmaya devam edilmesi ve kapsamının genişletilmesi büyük önem taşımaktadır. Farklı insan toplulukları, sağlık kuruluşları ve şiddet olayına ilişkin verilerle yapılacak çalışmalarla sağlık sektöründeki şiddeti önleyici tedbirlerin neler olabileceği konusunda doğru tespitler yapmak da mümkün olacaktır.

2.2. Dünyada Sağlık Sektöründe Şiddet

Gelişmişlik düzeylerinden bağımsız olarak farklı ülkelerde yapılan çalışmalar sağlık sektöründeki şiddetin her ülkede var olduğunu göstermektedir. Elliot (1997) tarafından yapılan eski tarihli bir çalışma bile diğer mesleklerle kıyaslandığında sağlık alanında çalışan kişilerin 16 kat daha fazla şiddet olayına maruz kaldığını tespit etmektedir. İsrail'deki bir sağlık merkezinde yapılan çalışma (Itzhaki vd., 2018) sağlık çalışanlarının yaklaşık %90'ının şiddete maruz kaldığını bulmaktadır. Günden güne sağlık sektöründeki şiddetin artmaya devam ettiği konusunda farklı ülkeleri konu edinen literatür hemfikir olmaktadır (Wyatt, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından organize edilen ya da desteklenen, sağlık sektöründeki şiddeti konu edinen pek çok çalışma bulunmaktadır. Bunlardan Avrupa'daki 10 ülkeyi ele alan anket verileri üzerinden yapılan bir çalışmada hemşirelerin %22'sinin çalışma ortamlarında şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (Estryn-Behar vd., 2008). Buna ek olarak Avrupa ülkelerini ele alan başka çalışmalarda da sağlık çalışanlarının bir yılda Almanya'da %56'sının, İngiltere'de %27'sinin ve İspanya'da %11'inin sadece fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Winstanley ve Whittington, 2004; Gascon vd., 2009). Farklı sınıflandırmalarla şiddet olayları ele alınsa da sözel şiddet ve raporlanmamış şiddet vakaları da ele alındığında sağlık çalışanlarının Avrupa ülkelerinde de diğer ülkelerde olduğu gibi şiddete maruz kalma oranları oldukça yüksektir. Covid-19 döneminin şiddet vakalarının sayısını artırmada etkili olduğu konusunda fikir birliğine

varan literatür dikkate alındığında bu rakamların sayıca arttığı da tahmin edilmektedir.

Amerika ve Kanada’da yapılan çalışmalara bakıldığında da benzer oranlarla karşılaşılmaktadır. ABD’de ülke genelinde 150’ye yakın sağlık kuruluşunun verileri ile yapılan bir çalışmada fiziksel şiddete maruz kalma oranı %13 olarak bulunmuştur (Hodgson vd., 2004). 6 binden fazla hemşirenin katıldığı bir çalışmada ise hemşirelerin %13,2’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Gerberich, 2004). Şiddet olayının gerçekleştiği yer açısından sınıflandırıldığında acil servislerin en sık şiddet olayı yaşanan yerlerden olması sebebiyle sadece acil servisleri ele alan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda tüm sağlık kuruluşları ya da sağlık kuruluşunun tüm alanlarını kapsayan çalışmalardan farklı olarak çok daha yüksek şiddete maruz kalma oranları ile karşılaşılmaktadır (Kowalenko vd., 2005).

Bununla birlikte sağlık çalışanlarının unvanındaki farklılıklar; hastayla olan teması, hastanın sağlık çalışanına bakışı değiştirdiği için şiddet olayında önemli bir etken olmaktadır. Literatürde unvan farklılıklarının etkisini ortaya koyarak diğer çalışmalara da yol açan bir çalışmada hemşirelerin diğer çalışanlara yaklaşık 4 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Sibbald, 1998). Yine hemşireler üzerinde Mısır’da yapılan bir çalışmada ise bir yıllık sürede herhangi bir şiddet olayıyla karşılaşma sıklığı %27’nin üzerinde bulunmuştur (Abbas vd., 2010).

2.3. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Şiddet ve Beyaz Kod Vakaları

1 Ocak 2013 tarihinde yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu kapsamında “Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği” yayınlanmış ve tüm işyerleri tehlike sınıflarına göre gruplandırılmıştır. Az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olarak yapılan bu sınıflandırmada işyeri güvenliğini ve çalışan sağlığını temel alan bir puanlama sistemi üzerinden hesaplama yapılarak işyerinin tehlike sınıfı belirlenmektedir. Bu değerlendirmelere göre hastaneler; maden işletmeleri, radyasyon alanlarında faaliyet gösteren işyerleri, ağır metaller ve patlayıcı maddelerin bulunduğu alanlar gibi çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinden olmaktadır. Bu sebeple dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık kuruluşları yapısı itibarıyla yüksek risk barındıran çalışma alanlarındandır. Hastaneler, yapılan işin doğası gereği ortaya çıkan bu duruma ek olarak Tip 2 türünde meydana gelen şiddet olayları ile çalışan sağlığı açısından yüksek hassasiyet gösterilmesi gereken çalışma alanlarından olmaktadır. Bu olayları en aza indirmek için çeşitli önlemler alınırken sağlık çalışanlarının güvenliğinin en hızlı şekilde sağlanabilmesi için de beyaz kod uygulaması 2012 yılından itibaren ülke genelinde aktif

bir şekilde uygulanmaya devam edilmektedir. Pek çok çalışma Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında meydana gelen şiddet vakalarının zamanla artış gösterdiğini ortaya koymuştur (Taşhan ve Çelik, 2014; Özcan ve Bilgin, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü tanımı gereği fiziksel veya psikolojik hasarlara yol açabilen şiddet olayı ağır yaralanma ve hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir. 2023 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yayınlanan Sağlıkta Şiddet Raporu'nda 2022 yılında Türkiye'de yaşanan sağlıkta şiddet vakalarında 1'i doktor 1'i güvenlik görevlisi olmak üzere iki sağlık çalışanının hayatını kaybettiği raporlanmıştır. Dünya genelindeki literatürde sıklıkla karşılaşılan sorunlardan biri olan yaşanan şiddetin normal olduğu, işin doğası gereği meydana geldiği yanlıgısı ve bu sebeplerle şiddetin raporlanmaması hususu Türkiye'de yapılan araştırmalarda da karşılaşılan bir durum olmaktadır (Ayrancı vd., 2002). Bildirimlerdeki eksiklikleri de bulgu olarak sunan bu çalışma aynı zamanda hemşirelerin ve pratisyen hekimlerin diğer unvanlardaki sağlık çalışanlarına kıyasla çok daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığını da tespit etmiştir. Ankara'daki bir kamu hastanesinde yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Bıçkıcı, 2013).

Sağlık çalışanlarının ILO tarafından şiddete maruz kalma açısından riskli grupta değerlendirilmesinde önemli bir faktör de mesai saatleri dışında sağlık sektöründe hizmetin devam etmesi olmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında mesai saatlerinin de şiddet üzerinde etkisi olduğunu bulan çalışmalar bulunmaktadır. Oral vd. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada şiddetin en çok mesai saatleri içinde meydana geldiğini bulunmuştur. Unvanlara göre çalışma saatlerinde maruz kalınan şiddeti sınıflandırarak inceleyen bir başka çalışmada ise mesai saatleri içinde doktorların, mesai saatleri dışında kalan akşam ve gece saatlerinde ise hemşirelerin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Kaya vd., 2016).

Kayseri'de acil sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanlar arasında yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %70'inden fazlası Covid-19 döneminde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin arttığını belirtmiştir (Doğan, 2021). Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddete algısı hakkında bilgi veren bu çalışmada aynı süreçte şiddete maruz kaldığını belirten sağlık çalışanlarının oranı ise %63,7 olarak bulunmuştur. Bu da sağlık çalışanlarının şiddet algısı ile gerçekleşen şiddet vakaları arasında ne kadar doğru bir ilişki kurabildiğini göstermektedir.

Şiddetin gerçekleştiği yerler bakımından literatür incelendiğinde hastanelerin bazı bölümlerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Acil servislere ek olarak çocuk hastalıkları ile ilişkili bölümler de şiddet vakaları için riski artıran alanlardan olmaktadır. Oğuz vd. (2020) tarafından yapılan üçüncü basamak bir hastaneyi ele alan çalışmada şiddete en fazla maruz kalan birimin çocuk acil servis olduğu bulunmuştur. Aynı çalışma şiddete en çok maruz kalan sağlık çalışanı grubun doktorlar olduğunu tespit ederken şiddete uğrayanların sadece yaklaşık %37'sinin bildirimde bulunduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye'de sağlık çalışanlarına uygulanan şiddeti ele alan 29 çalışmayı inceleyen bir meta analiz araştırmasında sağlık çalışanlarının sözel şiddete maruz kalma oranı %46,7 ile %100 arasında değişirken fiziksel şiddete maruz kalma oranlarının ise %1,8 ile %52,5 arasında değiştiğini göstermektedir (Karaoğlu ve Demirbağ, 2021).

Bu araştırmanın da gerçekleştiği il olan Denizli'de daha önce acil servisleri konu edinen bir çalışma yapılmıştır. Boz vd. (2006) tarafından 2003 yılında Denizli'de faaliyet gösteren üç hastanenin acil servis çalışanları ile yapılan çalışmada; çalışanların bir yıllık sürede %49,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı ya da tanık olduğu, %88,6'sının ise herhangi bir şiddet olayına maruz kaldığı veya tanık olduğu bulunmuştur.

Şiddet olayına maruz kalan ya da buna tanık olan sağlık çalışanlarında fiziksel sorunların yanı sıra ruhsal da pek çok sorun ortaya çıkabilmektedir. Sahip vd. (2021) tarafından Düzce'deki bir hastanede yapılan çalışma, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma davranışlarının şiddete maruz kalmayan çalışanlara göre çok daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

VERİ

3.1. Veri Seti

Bu tez çalışması Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde 2013 ile 2023 yılları arasında yaşanmış beyaz vaka olaylarını konu edinmektedir. Çalışmanın verisi, söz konusu beyaz vakalar sonrasında doldurulan beyaz kod formlarında yer alan bilgilerden oluşturulmuştur. Beyaz kod olayına ilişkin, şiddete maruz kalan sağlık çalışanına ve şiddeti uygulayan kişi veya kişilere ait bilgilerin eksik kaldığı vakalar veri setinden çıkartılmıştır. Beyaz kod formunda bulunan alanlardan hareketle veri setinde beyaz kod vakasına ilişkin; şiddetin türü (sözel veya fiziksel), olayın gerçekleştiği yer, olayın gerçekleştiği yıl/ay/gün/saat, olayın mesai saatleri içinde gerçekleşip gerçekleşmediği, mağdur sağlık çalışanının cinsiyeti/yaşı/unvanı, şiddet eyleminde bulunan şüphelinin kim olduğu (hasta, hasta yakını, her ikisi), şüphelinin cinsiyeti ve şiddetin sebebi bilgileri bulunmaktadır.

Beyaz kod vakalarında şiddet düzeyini artıran sebepleri inceleyen bu çalışmada şiddet vakaları sözel ve fiziksel olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Sözel şiddet, tehdit, hakaret ve diğer sözlü taciz biçimlerini içerirken; fiziksel şiddet ise doğrudan bedensel zarar verme ya da hem sözel hem de fiziksel şiddetin bir arada yaşandığı vakaları kapsamaktadır. Bu sınıflandırma, şiddetin farklı formlarının dinamiklerini daha net bir şekilde anlamamıza olanak tanımakla birlikte veri seti üzerinde hangi koşullarda sözel şiddetin fiziksel şiddete dönüştüğünü ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Sözel şiddetin fiziksel şiddete evrilme sürecini anlamak, sağlık çalışanlarını korumaya yönelik önleyici tedbirlerin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Şiddetin meydana geldiği yerlerin analize dahil edilmesi, şiddetin farklı ortamlarda nasıl geliştiğini anlamak adına önemli bir rol oynamaktadır. Bu sebeple, olayın gerçekleştiği yerler sağlık kuruluşlarındaki en yaygın şiddet alanları göz önünde bulundurularak poliklinikler, servis/yoğun bakım alanları, acil bölümleri, çocuk bölümleri ve hastanenin diğer bölümleri olarak beş ana grupta sınıflandırılmıştır. Bu yerlerin sınıflandırılması, şiddetin yoğun olarak yaşandığı alanlarda güvenlik önlemleri geliştirilmesine yardımcı olabilir. Özellikle acil servisler ve yoğun bakım üniteleri gibi yüksek stresin yaşandığı alanlarda şiddet riskinin artması, bu tür ortamların analiz edilmesini önemli kılmaktadır.

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının unvanları da hasta ile temas sıklığına göre gruplandırılmıştır. Bu gruplama, sağlık çalışanlarının mesleki rolleri doğrultusunda şiddet olaylarına daha fazla maruz kalma riskini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Doktorlar, asistan doktorlar ve intörn doktorlar, hasta ile doğrudan ve sürekli temas halinde oldukları için daha yüksek risk grubunda yer almaktadır. Hemşireler ve yardımcı destek personelleri ise doğrudan hasta bakımı ile ilgili görev aldıkları için şiddet olaylarına sıkça maruz kalabilmektedir. Tıbbi sekreterler ve memurlar, hasta ile dolaylı etkileşimde bulduklarından, daha düşük bir risk altında olurken yine de sözlü taciz ve sözel şiddet vakalarına maruz kalabilmektedirler. Güvenlik personelleri ise genellikle doğrudan hasta bakımı yapmadıkları için daha az risk altında kabul edilse de şiddet olaylarına veya anlaşmazlıklara müdahale etmeleri sebebiyle riskle karşı karşıya kalmaktadır.

Bu şekilde, şiddetin türleri, gerçekleştiği ortam ve çalışanların mesleki rolleri arasında kurulan bağlantılar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet riskini daha iyi anlamamıza olanak tanır. Bu kategoriler, çalışmanın ana amacına, yani sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti daha iyi tanımlamak ve hangi koşullarda şiddetin arttığını ve ortaya çıktığını belirlemek hedefine katkı sağlar. Ayrıca, bu bulgular, sağlık kuruluşlarında şiddeti azaltmaya yönelik stratejik ve hedeflenmiş müdahaleler geliştirilmesine önemli bir temel sunmaktadır.

3.2. Tanımlayıcı İstatistikler

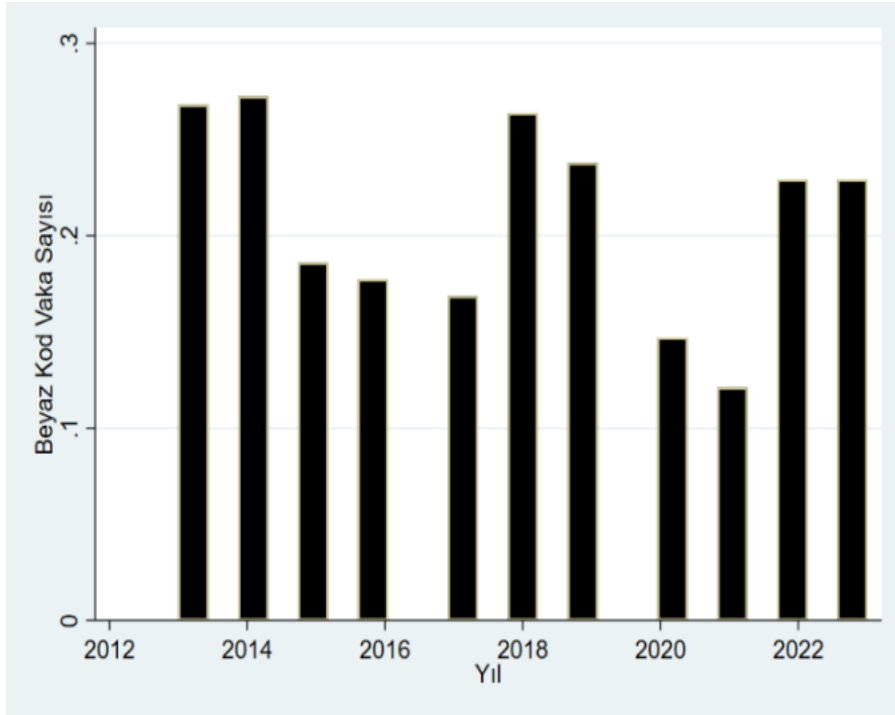
2013-2023 yılları arasındaki 532 vakaya odaklanan bu çalışmada, 344 olayda sözel şiddet, 188 olayda ise fiziksel şiddet yaşanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Türüne, Sağlık Çalışanı Ünvanına ve Olayın Gerçekleştiği Yere Göre Şiddet Vakası Sayıları ve Yüzdeleri

Değişkenler	Sıklığı	Yüzdesi
Şiddet	-	-
Sözel Şiddet	344	64,66
Fiziksel Şiddet	188	35,34
Mağdurun Unvanı	-	-
Güvenlik Personeli	48	9,02
Tıbbi Sekreter/Memur	67	12,59
Hemşire/Yardımcı Personel	148	27,82
Doktor	269	50,56
Olayın Gerçekleştiği Yer	-	-
Diğer	33	6,20
Çocuk Bölümleri	92	17,29
Poliklinikler	176	33,08
Yataklı Servis/Yoğun Bakım	110	20,68
Acil Servis	121	22,74

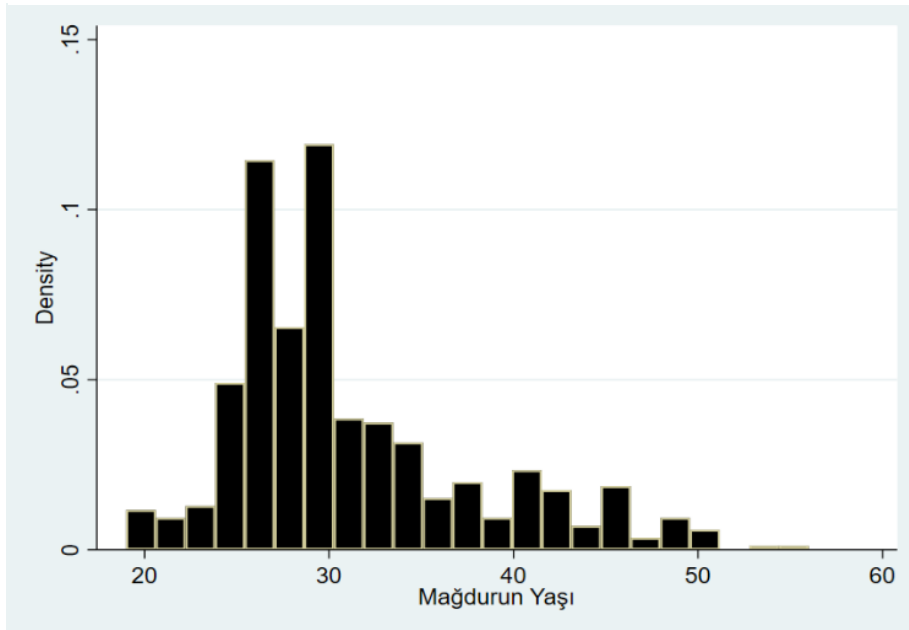
Bu 11 yıllık dönemde en fazla şiddet vakası 63 olay ile 2014 yılında meydana gelmiş olup en az vaka ise Covid-19 pandemisinin etkilerinin yaşandığı 2021 yılında, 28 olayla kaydedilmiştir. Bu düşüşte, pandemiyle beraber sosyal mesafe önlemleri ve hastanelerdeki ziyaretçi kısıtlamaları etkili olmuştur.

Şekil 2: Yıllara Göre Beyaz Kod Vaka Sayıları



Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaşlarına bakıldığında, en çok beyaz kod başvurusunun 25-30 yaş arasındaki genç sağlık çalışanları tarafından yapıldığı

Şekil 3: Mağdur Sağlık Çalışanının Yaşına Göre Beyaz Kod Vaka Sayısı Dağılımı



görülmektedir. Bu yaş grubunun, meslekte deneyim kazandıkları dönemde daha fazla

hasta teması ve zor durumları yönetme konusunda daha az tecrübeli olmaları etkili olmaktadır (Şekil 3).

Sağlık çalışanları arasında en fazla şiddet maruz kalan grup 269 vaka ile doktorlar olurken, en az şiddete uğrayan grup ise 48 vaka ile güvenlik personelleri olmuştur. Ancak burada dikkat çekici bir durum ortaya çıkmaktadır: Güvenlik personeline yönelik şiddet vakalarının %75'inin fiziksel şiddet olarak gerçekleştiği, doktorlara uygulanan şiddetin ise %75'inin sözel şiddet olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Güvenlik personellerinin olay anında doğrudan müdahale eden kişiler olmaları, fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmalarına neden olabilirken, doktorların hastalarla sürekli iletişimde olması, sözel şiddetin daha yaygın olmasına yol açmaktadır. Bu fark, sağlık kuruluşlarında meslek gruplarının karşılaştığı farklı riskleri ortaya koymaktadır.

Olayın gerçekleştiği yer itibariyle bakıldığında, şiddet olaylarının en çok yaşandığı yerler poliklinikler olurken, en az yaşandığı yerler hastanenin idari ve diğer birimleri olmuştur. Polikliniklerin hastalarla sürekli etkileşimi gerektirmesi, uzun bekleme sürelerinin ve hizmet taleplerinin stresi artırdığı ortamlardan biri olması bu durumda etkili olmaktadır. Ancak, acil servislerde yaşanan 121 şiddet olayının 53'ü fiziksel şiddet olarak gerçekleşmiştir. Acil servislerin stresli, yoğun ve zaman baskısının olduğu ortamlar olması, bu tür vakaların daha yüksek olmasına neden olabilmektedir. %43,8 oranında fiziksel şiddetle sonuçlanan acil servis vakalarını, hasta sağlığının kritik olduğu servisler ve yoğun bakımlar %43,6 ile takip etmektedir. Bu alanlardaki yoğun duygusal gerilim, hasta yakınlarının çaresizlik hissi ve tedavi süreçlerindeki belirsizlikler şiddetin artmasına neden olabilmektedir.

Şiddet olaylarında şüphelilerin cisim kullanımı yalnızca 22 olayda görülmüş olmasına rağmen bu olayların tamamı fiziksel şiddetle sonuçlanmıştır. Cisim kullanımının şiddet olaylarının tehlike seviyesini artıran bir unsur olması, sağlık çalışanları için daha ciddi yaralanmalara yol açabilmektedir. Bu bulgu, cisim kullanımının fiziksel şiddeti daha tehlikeli ve yıkıcı hale dönüştürdüğünü göstermektedir. Bu durum, özellikle hasta ve sağlık çalışanı arasındaki etkileşimin yüksek olduğu alanlarda çevredeki cisimlerin mümkün olduğu kadar en aza indirilmesini gerekli hale getirmektedir.

Tablo 2: Sağlık Çalışanının Unvanı ve Olayın Gerçekleştiği Yere Göre Şiddet Tipleri

Değişkenler ve Alt Kategorileri	Şiddet Türü		
	Sözel	Fiziksel	Toplam
Mağdurun Unvanı			
Güvenlik Personeli	12	36	48
Tıbbi Sekreter/Memur	47	20	67
Hemşire/Yrd. Sağlık Personeli	87	61	148
Doktor	198	71	269
Toplam	344	188	532
Olayın Gerçekleştiği Yer			
Diğer	20	13	33
Çocuk Bölümleri	68	24	92
Poliklinikler	126	50	176
Yataklı Servis/Yoğun Bakım	62	48	110
Acil Servisler	68	53	121
Toplam	344	188	532

Sonuç olarak, şiddetin meydana geldiği yerler ve şiddete maruz kalan meslek grupları üzerinde yapılan bu detaylı analiz, hastanelerdeki farklı alanlarda şiddetin ortaya çıkış nedenlerini anlamamıza yardımcı olmakta ve hangi ortamların daha riskli olduğunu göstermektedir. Stresli, yoğun ve hasta beklentilerinin yüksek olduğu alanlar, şiddet vakalarının tırmanmasına neden olabilmekte, bu da güvenlik ve müdahale stratejilerinin bu alanlarda daha etkin uygulanması gerektiğini bize göstermektedir.

3.3. Şiddetin Sebebine Yönelik Frekans Analizi

Beyaz kod vaka formlarında kayıt altına alınan şiddete olayına ilişkin bilgiler şiddetin sebebine dair bilgiler içermektedir. Veri setine dahil edilen 532 beyaz kod vakasının formlarında toplamda 619 farklı sebep açıkça belirtilmiştir (Şekil 6).

Tablo 3: Şiddet Sebebine Yönelik Frekans Analizi Tablosu

Şiddet Sebebi	Şiddet Sebebinin Tekrarlanma Sayısı
Tedaviye müdahale	132
Sıra hakkındaki şikayetler	118
Uyarılma	108
İletişim sorunları	107
Ayrıcalık bekleme	90
İşleme tepki	25
Ölüm Haberi	9
Kimliksiz ya da hasta olmadan kayıt talebi	8
Alkol veya uyuşturucu kullanan şahıs	7
Adli vaka	5
Tartışma ve yüksek ses	5
Cinsel taciz veya cinsel saldırı	5
Toplam	619

Bazı vakalarda şiddetin kaynağı açık bir şekilde tespit edilemezken, bazı vakalarda ise üç farklı sebebin bir araya gelmesi sonucu şiddet olaylarının yaşandığı görülmektedir. Toplamda 12 farklı kategoriye ayrılan bu şiddet sebeplerine bakıldığında, en yaygın olarak karşılaşılan sebep, hasta ve/veya hasta yakınının tedaviye müdahale etmesi olmuştur. Sağlık çalışanı tarafından uygun görülen tedaviye itiraz edilerek alternatif bir tedavi talep edilmesi, uygulanan tedavi şekline yönelik şikayetler ve tedavinin başka bir sağlık çalışanı tarafından yapılması talepleri bu kategoride yer almaktadır.

Sağlık hizmetinin alınacağı alanlarda uzun süre beklemek en sık tekrarlanan ikinci şiddet sebebi olarak öne çıkmaktadır. Uzun bekleme sürelerine ek olarak, sıra beklemeden hizmet alma talepleri ya da teknik aksaklıklardan dolayı geciken işlemlere verilen tepkiler de bu grupta değerlendirilmektedir. Üçüncü sırada yer alan şiddet sebepleri ise hastane kurallarına uyulmaması ile ilişkilidir. Girişi kısıtlanmış alanlara izinsiz giriş yapılması, izinsiz fotoğraf veya video çekimi, acil servislerdeki kalabalığın dağılması gibi durumlarda sağlık çalışanlarının yaptıkları uyarılar, üçüncü en sık yaşanan şiddet sebeplerindedir.

İletişim sorunları da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önemli sebeplerinden biridir. Hasta ve/veya hasta yakını ile sağlık çalışanı arasındaki konuşmalardan kaynaklanan yanlış anlaşılmalara, rahatsız edici düzeyde telefon aramaları veya mesajlar, bilgilendirmede yaşanan iletişim problemleri ve hastaların doğru şekilde yönlendirilmemesi bu grupta değerlendirilmektedir. Beşinci en sık tekrarlanan şiddet sebebi ise hasta ve/veya hasta yakınlarının nüfuz kullanarak ya da böyle bir olasılığı dile getirerek işlem sırasında öncelik talep etmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır.

Bunun dışında, ameliyatların ertelenmesi ya da huzursuz ve ajite durumdaki yaşlı hastalar ve onların yakınlarının sebep olduğu şiddet olayları, işleme tepki kategorisinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, doktorların ölüm haberini verdikleri sırada meydana gelen şiddet vakalarına da veri setinde 9 örnekte rastlanmıştır. Bu vakalar, genellikle sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşmasının en zorlayıcılarından biridir. Bunun yanında, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının dışında, özellikle tıbbi sekreterler ve memurlar, hasta olmadan veya kimliksiz işlem yapılması talepleriyle karşılaştıklarında, bu taleplerin reddedilmesi sonucu şiddet olayları ile karşılaşmaktadır. Veri setinde bu tür şiddet vakalarına 8 kez rastlanmıştır.

Doğrudan hastalardan kaynaklanan şiddet olaylarına bakıldığında, alkol ve/veya uyuşturucu etkisindeki hastaların sağlık kuruluşlarına başvurdukları durumlarda veya adli vaka kaydı yapılması gereken olaylarda hasta ya da hasta yakınlarının bunu istememesi sonucu şiddet olaylarının meydana geldiği görülmektedir. Ayrıca, mevcut bir tartışmaya dahil olma, en az tekrarlanan üç şiddet sebebinden biri olarak kaydedilmiştir. T.C. Adalet Bakanlığı Mağdur Bilgilendirme internet sayfasına göre, bedensel temas olmadan bir kişinin rahatsız edilmesi şeklinde tanımlanan cinsel taciz veya bedensel temasta bulunarak bir kişinin rahatsız edilmesi olarak tanımlanan cinsel saldırı sebebiyle yaşanan şiddet olayları da veri setinde 5 örnekte görülerek toplam şiddet vakalarının 0.008'ini (binde sekizini) oluşturmaktadır.

Bu analizler, sağlık sektöründe yaşanan şiddetin çok çeşitli nedenlere dayandığını ve şiddetin önlenmesine yönelik stratejik müdahalelerin bu çoklu faktörler göz önünde bulundurularak geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

METODOLOJİ

4.1. Bayesyen Çok Düzeyli Modelleme

Modelleme, istatistiksel analizde anlamsız ya da gürültüye sebep olan verileri arındırarak anlamlı sonuçlara ulaşmak için kullanılan bir yoldur. Ancak, verinin doğası gereği karmaşık bir yapıya sahip olması ya da kendine has özellikler taşıması sebebiyle çelişkili sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bayesyen yaklaşım, bir parametre tahmin yöntemi olarak modellemede çok düzeyli bir çalışma yapılabilmesine olanak tanımaktadır. Bayesyen modelleme, gözlemlerden ve önsel bilgiden yararlanarak parametre tahminleri yapılmasını sağlayan istatistiksel yaklaşımdır. Bayes teoremi, bir veri seti için parametrelerin olasılık dağılımlarını ifade etmek için öncül bilgiyi güncel gözlemlerle birleştirir. Bu yaklaşımla, veri seti daha güçlü bir şekilde modellenerek güvenilir tahminler yapılabilir. Bu yöntemin üç önemli bileşeni bulunmaktadır. İlki önsel bir dağılım(prior distribution) bu da daha önceki bilgiler ile oluşturulur , Örneğin, parametre β için önsel dağılım aşağıdaki gibidir:

$$\beta \sim normal(\mu, \sigma^2)$$

ikincisi veri dağılımıdır (likelihood) böylece modelin parametreleri ve gözlemler arasındaki ilişki tanımlanır ve Bayesyen modelde veri dağılımı, gözlemler ile parametrelerin nasıl bir değer alabileceğini gösteren bir fonksiyonla ifade edilir. Bu fonksiyon Bernoulli dağılıma dayandığı durumda olabilirlik aşağıdaki gibi ifade edilir.

$$p(y|\beta) = \prod_{i=1}^n \pi_i^{y_i} (1 - \pi_i)^{1-y_i}$$

son olarak sonsal dağılımdır (posterior distribution). İlk ikisi birleştirilerek model parametreleri daha güvenli tahmin edilir. Bu dağılım parametrelerin olasılık dağılımını güncel gözlemler ve önceki bilgiler ile günceller. İlgili önsel dağılım aşağıdaki gibi dağılır:

$$p(\beta|y) \propto p(y|\beta) \cdot p(\beta)$$

Daha genel haliyle ifade edersek, Bayes tahmininde koşullu olasılıklarla ifade edilen formül aşağıdaki gibidir.

$$p(\beta | y) = \frac{p(y | \beta) \cdot p(\beta)}{\int p(y | \beta) \cdot p(\beta) d\beta}$$

Formülde $p(y | \beta)$: β verildiğinde verinin olasılığını, $p(\beta)$: önsel dağılımı, payda da yeralan tüm ifade ise normalizasyon sabitini gösterir.

Standart örnekleme yöntemlerine dayanan modellemeler basit rastgele örnekleme yolunu tercih etmektedir. Bu, her bir değişken ya da gözlem için bunların birbirinden bağımsız olarak seçildiği varsayımına dayanmaktadır (Snijders ve Bosker, 2012). Başta sağlık alanında yapılan çalışmalar olmak üzere verinin elde edildiği anketin karmaşık olduğu ya da değişkenlerin analizinde karmaşık bir yapının bulunduğu çalışmalarda basit rastgele örneklemenin kullanılması mümkün olmamaktadır. Özellikle farklı gruplar altında incelenebilecek gözlemlere sahip verilerde o grupta bulunan bireylere ait benzer özellikler bağımlı gözlemler ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Snijders ve Bosker (2012) çalışmasında, bu tür bir bağımlılığı göz ardı eden istatistiksel modellerin standart hataları olduğundan daha düşük tahmin edeceğini ve bu sebeple hatalı çıkarımlarda bulunabileceğini ortaya koymaktadır.

Bireylerin gruplandığı veri yapıları; yuvalanmış, çok düzeyli veya hiyerarşik olarak adlandırılarak modellemelerde analiz edilmektedir (Finch vd., 2014). Bu çalışma da çok düzeyli verileri modellemeye dahil etmektedir. Grupların ortaya çıkardığı kalıntılar, birey düzeyindeki çıktıları etkileyen grupların gözlemlenmeyen değişkenlerini temsil etmektedir. Bu sayede aynı gruptaki bireyler arasında sonuçlarda ortaya çıkan korelasyon gözlemlenmeyen değişkenlerle karşılık bulmaktadır.

Bu çalışmada sadece istatistiksel olarak doğru sonuçlara ulaşmak amacıyla değil aynı zamanda araştırma verisinin hiyerarşik bir yapıya sahip olması sebebiyle de çok düzeyli modellemeyi tercih edilmektedir. Şiddet olayının meydana geldiği yere bağlı olarak bir gruplama oluşmaktadır. Şiddetin gerçekleştiği yerin şiddete uğrama sıklığı üzerinde belirgin bir şekilde daha acil sağlık hizmeti talep edilen yerlerden sağlık hizmeti talebinde öncelikli olmayan alanlara doğru sınıflandırılması grup etkilerini de dikkate alarak analiz yapılmasını gerektirmektedir. Böylece hem bireysel olarak sağlık çalışanının hem de kategorik olarak şiddetin meydana geldiği yerin dikkate alınması ile iki seviyede daha doğru sonuçlara ulaşılması hedeflenmektedir.

4.2. Bayesyen Çok Düzeyli Logit Modelleme

Dyke ve Patterson (1952) çalışmasıyla birlikte bağımlı değişkenin iki olasılıkla birlikte kullanıldığı lojistik modeller olasılığın logaritmik dönüşümünü kullanarak bağımsız değişkenlerin etkilerini analiz etmektedir ve maksimum olabilirlik veya Bayesyen yöntemler kullanılarak tahmin edilmektedir. Ancak klasik logit yöntemi gözlemlerin gruplar içinde hiyerarşik bir yapıda organize olduğu durumu dikkate almayıp, gözlemleri birbirinden bağımsız olarak ele alır. Bu da parametrelerin güvenilirliği üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Bunun yanı sıra tüm gözlemler için aynı etkiyi varsaydığı için gruplara arası ortaya çıkan farklılıkları modelleyemez.

Çalışmada kullanılan Bayesyen çok düzeyli logit model, özellikle modeldeki belirsizlikleri daha iyi yöneterek, karmaşık veri setleri için güvenilir tahminler sunar (Gelman vd., 2013). Bayesyen yaklaşımla, gözlemlerle birlikte öncül bilgiler de kullanılarak daha hassas tahminler elde edilir. Şiddet olayları gibi karmaşık sosyal olayların modellenmesinde daha güvenilir sonuçlar sunar. Çok düzeyli modeller ise, gözlemlerin hiyerarşik yapısı nedeniyle tercih edilmiştir. Veriler hastaneler, bölümler ve mağdurun unvanı gibi farklı düzeylerde bulunmaktadır. Çok seviyeli modeller, bu hiyerarşik yapıyı doğal olarak ele alır ve her düzeydeki varyasyonları modelleyerek daha doğru tahminler yapar (Gelman ve Hill, 2007; Gelman vd., 2014). Bu modeller verideki her bir grup hakkında bilgi edinerek, varyasyona bakarak bilgi havuzuna atarak tahmin üzerinde iyileştirmeler yapar.

Bu modellerdeki varsayım Y_{ij} 'nin bernoulli dağılıma sahip olduğudur. Bireysel açıdan ve grup farklılıklarını sabit ve rastgele etkiler açısından inceleyen model ise aşağıdaki gibidir:

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = \log\left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}}\right) = \beta_{0j} + \sum_{m=1}^M \beta_{mj}X_{ijm} + u_{ij} + v_k$$

π_{ij} : i bireyin j. gruptaki fiziksel şiddet olayına maruz kalma olasılığı,

β_{0j} : j. grup için sabit terim,

β_{mj} : bağımsız değişkenlerin katsayılarını temsil etmektedir.

Burada π_{ij} değişkeni sağlık çalışanı olan j grubundaki i bireyinin şiddet olayına maruz kaldığında bunun fiziksel şiddet olma olasılığını göstermektedir. x_{ijm} değişkeni

ise bağımsız değişkenlerin birey ve grup düzeyindeki vektörünü ifade etmektedir. u_{ij} , σ_u^2 varyansıyla normal dağılım gösterirken ($u_{ij} \sim normal(0, \sigma_u^2)$) v_k , σ_v^2 varyansıyla normal dağılım ($v_j \sim normal(0, \sigma_v^2)$) göstermektedir. $\text{logit}(\pi_{ij})$ log-odds dönüşümünü ifade etmektedir.

Çok düzeyli modellemenin dezavantajlarından birinin parametre sayısı ile kıyaslandığında küçük örneklem büyüklüğü ile çalışılması olduğu bilinmektedir. Özellikle çok ülkeli çalışmalarda ortaya çıkan bu sorunun grup etkileri ile ilgili dirençli sonuç alınmasını sınırladığı belirtilmektedir (Bryan ve Jenkins, 2016).

Kategori sayısı ile çeşitlenen çok düzeyli tahmin edicilerin analizi için Monte Carlo simülasyonları kullanılır. Bu çalışmada da model parametreleri için olasılık dağılımı oluşturulması amacıyla toplamda 50 bin örnek oluşturacak şekilde Markov chain Monte Carlo (MCMC) yöntemi kullanılmaktadır. Böylece sonuçların doğruluğunun ve tutarlılığının artırılması hedeflenmektedir. Yöntem, bilgisayar tarafından üretilen yinelemeli bir zincir kurularak bunun uzun süre çalıştırılması sonucu çıktıların özetlenerek tahmin edilmesi şeklinde işlemektedir (Gill, 2002). Bu çalışmada söz konusu işlem yapılırken modelin dengeye gelmesi için simüle edilen ilk 5 bin örnek bu çalışmanın analizinden çıkarılmıştır. Bu sayede mevcut literatürle de uyumlu şekilde daha yüksek düzeydeki gruplarda ortaya çıkan örneklem büyüklüğünün küçük olması sorunu da Bayesyen yaklaşımla giderilmektedir (Stegmueller, 2013; Maas ve Hox, 2004). Çalışmada, MCMC algoritması olarak Metropolis-Hastings kullanılmıştır. Bu algoritma, olasılık dağılımlarını doğrudan hesaplayamadığımız durumlarda örnekleme yaparak önsel dağılımları tahmin eder. Bu algoritma, bir öneri dağılımı (proposal distribution) kullanarak rastgele örnekler üretir ve bu örnekleri kabul/red kurallarına göre seçerek hedef posterior dağılıma yakınsama sağlar. Metropolis-Hastings algoritmasının iki ana bileşeni bulunmaktadır: Markov chain kısmı, bir önceki örneğe dayalı olarak yeni örneklerin seçilmesini ifade ederken; Monte Carlo kısmı ise rastgele simülasyon sürecini temsil etmektedir (Lynch, 2007).

Bu çalışmada kullanılan sabit ve rastgele etkiler önsel dağılımlar normal dağılım olarak tanımlanmıştır. Bu sayede, model parametrelerinin önsel dağılımını elde etmek amacıyla bir olasılık yapısı kurulmuştur. Bu yapıyı ifade eden önsel dağılım denklemi şu şekildedir:

$$p(\beta | \Omega_u, u_{oj}, y_{ij}) \propto \alpha \prod \pi_{ij}^{y_{ij}} (1 - \pi_{ij})^{1-y_{ij}}$$

π_{ij} , j. gruptaki i. birey için olayın gerçekleşme olasılığı temsil ederken, y_{ij} bağımlı değişkenin gözlenen değerini ifade eder. Bu denklem ile olabirlik fonksiyonun nasıl oluşturulduğu yer almaktadır. Bu fonksiyon, her gözlem için gerçekleşen olayın olasılıkları üzerinden hesaplanır. Metropolis-Hastings algoritması, hedef posterior dağılımı elde etmek için iteratif bir süreç izler. Önerilen her yeni örnek, kabul edilip edilmeyeceğine karar vermek için bir kabul oranı ile değerlendirilir:

$$r = \frac{p(\theta^*|y) J(\theta^{(t-1)}|\theta^*)}{p(\theta^*|y) J(\theta^*|\theta^{(t-1)})}$$

$p(\theta^*|y)$ hedef önsel dağılımı, $J(\theta^*|\theta^{(t-1)})$, ise öneri dağılımıdır. $r \geq 1$ olduğu durumda yeni örnek kabul edilir ve model parametrelerinin olasılık dağılımlarına uygun şekilde örnekler zincire eklenir. Böylece hedef dağılıma daha doğru bir yakınsama sağlanır.

Çalışmamızda, bağımlı değişkenin (fiziksel şiddet olayına maruz kalma olasılığı) logaritmik oranı, modeldeki bağımsız değişkenlerin doğrusal bir kombinasyonu olarak ifade edilir. “şiddet” değişkeni fiziksel şiddetin söz konusu olmadığı durumlarda 0 değerini alırken fiziksel şiddetin gerçekleştiği vakalarda 1 değerini almaktadır. x vektörü içinde yer alan değişkenler ise mağdur sağlık çalışanının unvanı, saldırıda bulunan şüpheli şahsın cinsiyeti, şiddetin mesai saatleri içinde gerçekleşip gerçekleşmediği, mağdur sağlık çalışanının yaşından oluşmaktadır. Sağlık çalışanının ünvanını belirten “munvan” değişkeni 4 farklı kategoriye içinde barındırmaktadır. Hastayla en çok temas edenden en az temas edene doğru yapılan bu sıralamada doktorlar 3, hemşire ve yardımcı destek personelleri 2, sekreter ve memurlar 1, güvenlik personelleri ise 0 ile kategorize edilmektedir. Mağdur sağlık çalışanının yaşına ilişkin yaş değişkeni kategorileştirilerek 19-29 yaş arası 0, 30-39 yaş arası 1, 40-49 yaş arası 2, 50-59 yaş arası 3 ile temsil edilmektedir. Çok düzeyli modellemeyi gerekli hale getiren “yer” değişkeni olayın gerçekleştiği yere ait bilgiyi beş kategoride içerirken, bunlardan acil servisler 4, diğer servis ve yoğun bakımlar 3, ayakta tedavi için poliklinik hizmetlerinin verildiği alanlar 2, çocuk hastalıkları ile ilişkili bölümler 1 ve hastanenin diğer alanları 0 ile temsil edilmektedir. Sonuçların anlamlı şekilde yorumlanabilmesi için baz kategoriler; mağdurun unvanı değişkeni için hemşire ve yardımcı destek personelleri, şüphelinin cinsiyeti için kadınlar ve mağdur sağlık çalışanının yaşını belirten kategoride de 40-49 yaş arası olarak alınmaktadır.

BULGULAR

Bayesyen çok düzeyli logit modelleme ile yapılan analizlerde grup değişkeni olarak şiddetin gerçekleştiği yer değişkeni ve olayın gerçekleştiği mesai saati kullanılmıştır. Yer ve mesai durumu gibi grup değişkenleri, şiddet olaylarının farklı ortamlarda (örneğin; acil servis, poliklinik) ve farklı mesai zamanlarında nasıl değiştiğini incelemek için kullanılmıştır. Baz kategorilerle kıyaslama yapılarak daha anlamlı sonuçlar elde etmek adına odds ratio değerleri hesaplanarak yaşanan şiddet olayının fiziksel şiddet şeklinde gerçekleşme olasılıkları da ortaya konabilmektedir. Bağımsız değişken olarak şiddetin gerçekleştiği yer değişkeni alınırken bu modelleme ile her bir grubun (yerin) fiziksel şiddete maruz kalma durumu üzerindeki sabit etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede fiziksel şiddete uğrama olasılığı bakımından hangi yerlerin daha büyük risk taşıdığı ve yaşanan şiddet olaylarının yere göre nasıl farklılık gösterdiğinin görülmesi amaçlanmaktadır. Grup değişkeni olarak şiddetin gerçekleştiği yerin kullanılmasında da amaç farklı birimler arasındaki rassallığın yakalanması ve bu yerlerin şiddet olayları üzerindeki etkilerinin ne kadar rastgele dağıldığının anlaşılması olmaktadır. Böylece yerler arasında öngörülemeyen farklılıkların modele nasıl etki ettiği de gözlemlenebilmektedir. Mesai durumu ise, şiddetin mesai saatleri içinde mi yoksa dışında mı gerçekleştiğini anlamak için modele dahil edilmiştir. Mesai saatleri dışında meydana gelen şiddet olaylarının fiziksel şiddete dönüşme eğiliminin daha yüksek olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sonuçlar, doktorlar ile güvenlik personelleri arasındaki fiziksel şiddete maruz kalma farkının önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Güvenlik personelleri, doktorlara kıyasla 7,8 kat daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu sonuç, güvenlik personelinin hastane ortamında özellikle şiddet vakalarında yatıştırıcı ve hukuki sorumluluk sahibi olmasının, onların en riskli gruplar arasında yer almasına etki ettiğini göstermektedir. Sekreterler ve memurlar için fiziksel şiddete maruz kalma olasılığı açısından doktorlarla yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte, hemşireler ve yardımcı sağlık personelleri, doktorlara kıyasla 2,3 kat daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu bulgu, literatürde de sıklıkla rastlanan, hemşirelerin sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete maruz kalan grup olduğu sonucunu desteklemektedir.

Tablo 4: Bayesian Çok Düzeyli Logit Modelleme Sonuçları

	Ortalama	Odds Ratio	[95% cred. interval]	
Bağımlı Değişken: Şiddet				
Şiddet				
Doktor				
Güvenlik personeli	2.061804	7.8601367	1.389518	2.76167
Sekreter	.4267501	1.5322697	-.2348927	1.055122
Hemşire	.8382552	2.3123289	.4192856	1.238827
Kadın şüpheli				
Erkek şüpheli	1.031537	2.8053744	.5526293	1.524509
Kadın ve erkek şüpheli	.7259132	2.0666175	.0613362	1.366174
Mesai saati içinde				
Mesai saati dışında	.2698637	1.3097859	-.2579986	.8977004
40-49 yaş çalışan				
19-29 yaş çalışan	.7033454	2.0205008	.1945858	1.233977
30-39 yaş çalışan	1.229086	3.418104	.8353801	1.594635
50-59 yaş çalışan	.5480207	1.7298258	-.3865909	1.55649
Poliklinik				
Diğer birimler	-.460421	.6310179	-1.369732	.407935
Çocuk bölümleri	.3880068	1.4740398	-.1492242	1.0136
Servisler/Yoğun bakımlar	.3718429	1.4504051	.0603394	.6791933
Acil servis	.3357251	1.3989544	-.1945671	.8527919
_cons	-3.04942	0.0473864	-3.815146	-2.271727
yer				
U0:sigma2	.0928434		.0049009	.5316706
yer>Mesai saati				
UU:sigma2	.0977949		.0051231	.4588413

Şiddeti uygulayan kişinin cinsiyeti açısından yapılan analizler, erkeklerin fiziksel şiddet uygulama olasılığının kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre şiddeti uygulayan kişinin kadın olmasına kıyasla erkek olması halinde fiziksel şiddetin yaşanması olasılığı 2,8 kat daha fazla olmaktadır. Bu sonuç, erkeklerin fiziksel şiddet eğilimlerinin daha belirgin olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanına aynı anda şiddet uygulayan kişilerin hem kadın hem erkek bireylerden oluştuğu vakalarda, şüpheli kişinin sadece kadın olması durumuna göre daha fazla fiziksel şiddet yaşanma olasılığı ortaya çıkmaktadır. Ancak, bu durum yalnızca erkeklerin bulunduğu vakalardan daha düşük bir şiddet olasılığına işaret etmektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, erkeklerin şiddet olaylarına daha yoğun katkıda bulunduğu ve şiddetin düzeyini artırma eğiliminde olduğu açıkça görülmektedir. Bu bulgu, şiddetle mücadele politikalarının cinsiyet faktörünü daha derinlemesine ele alması gerektiğini işaret etmektedir.

Mesai saatleri içinde ve dışında gerçekleşen şiddet olayları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, mesai saatleri dışında meydana gelen şiddet olaylarının fiziksel şiddete dönüşme olasılığı pozitif işaretli olsa da bu fark anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, mesai saatleri dışındaki şiddet olaylarının fiziksel boyut kazanma eğiliminde olduğunu gösterse de örneklem büyüklüğünün bu durumu desteklemek için yeterli olmadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla, gelecekte yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalar bu ilişkiyi daha iyi açıklayabilir.

Sağlık çalışanlarının yaş grupları açısından yapılan analizlerde, 30-39 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının, 40-49 yaş grubuna kıyasla fiziksel şiddete maruz kalma olasılıklarının 3,4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 19-29 yaş grubu sağlık çalışanları için ise bu rakam 2,02 kat şeklinde gerçekleşmektedir. Bu bulgu, orta yaş grubundaki sağlık çalışanlarının şiddet riski altında olduğunu göstermektedir. 50-59 yaş arası sağlık çalışanları açısından ise anlamlı bir fark gözlenmemektedir. Bu sonuç, özellikle 30-39 yaş arası sağlık çalışanlarına yönelik daha fazla önlem alınması gerektiğini göstermekte ve bu yaş grubundaki çalışanların şiddet olaylarıyla karşılaşma olasılığının nedenlerini daha derinlemesine araştırma ihtiyacını ortaya koymaktadır. Ayrıca 19-29 yaş aralığında daha çok mesleğe yeni başlamış olan sağlık çalışanlarının da şiddete karşı yoğun bir şekilde eğitilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Şiddetin gerçekleştiği yer değişkenine göre yapılan değerlendirmelerde ise polikliniklere kıyasla servis ve yoğun bakımlarda meydana gelen şiddet olaylarında fiziksel şiddetin gerçekleşme olasılığı 1,45 kat daha fazla bulunmaktadır. Acil servisler ve çocuk hastalıkları ile ilgili bölümlerde fiziksel şiddetin daha sık yaşandığı tespit edilse de istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Özellikle acil servisler konusunda literatürden farklı sonuçlarla karşılaşılmasında verinin sınırlılıkları kesin sonuçlara ulaşılmasında engel teşkil etmektedir. Bununla birlikte, çok seviyeli model kullanımı, yer değişkeninin şiddet olaylarına etkisini daha derinlemesine analiz etme imkânı sunmuş ve yerler arasındaki rastgele varyasyonların modele nasıl katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Bu, şiddet olaylarının yer bazında farklılık gösterdiğini ve her bir yerin kendine özgü risk faktörlerinin olabileceğini göstermektedir. Bu tür sonuçlar, sağlık kuruluşlarında farklı bölümlerdeki güvenlik önlemlerinin yeniden değerlendirilmesi gerektiğine işaret eder.

Bu bulgular, sağlık sektöründe özellikle Şiddet olaylarının daha yaygın olduğu risk gruplarının belirlenmesi ve bu doğrultuda politikalar geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Güvenlik personelleri ve hemşireler gibi yüksek risk altındaki gruplara yönelik daha kapsamlı koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu önlemler, yalnızca Şiddet olaylarını azaltmaya yönelik değil, aynı zamanda bu grupların Şiddetle mücadelede daha etkili ve güvenli bir Şekilde desteklenmesi yönünde olmalıdır. Şiddetin sıkça yaşandığı acil servisler ve yoğun bakım üniteleri gibi alanlarda güvenlik artırılmalı, sağlık çalışanlarının bu tür ortamlarda daha korunaklı çalışabilmesi sağlanmalıdır.

Ayrıca, Şiddet olaylarının cinsiyet temelli farklılıklarına dikkat çekilmelidir. Erkeklerin Şiddete eğilimlerinin daha fazla olduğu göz önünde bulundurularak, erkek Şiddet eğilimlerini azaltmaya yönelik eğitim programları ve farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir. Bu sayede, Şiddet olaylarının azaltılması ve toplumsal farkındalığın artırılması hedeflenebilir. Bu tür önlemler, sağlık sektöründe daha güvenli ve Őiddetsiz bir çalışma ortamı oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Bu çalışmada elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarının hem bireysel hem de çevresel faktörlerden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarının unvanı, şiddeti uygulayan kişinin cinsiyeti ve çalışılan yer gibi değişkenler, fiziksel şiddet riskini anlamlı şekilde etkilemektedir. Bu durum, sağlık sektöründe şiddetin önlenmesi için alınacak önlemlerin, çalışanların pozisyonlarına, cinsiyet farklılıklarına ve çalışılan yere göre şekillendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Gerberich (2004) tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi sağlık çalışanları arasında hemşireler ve güvenlik personellerinin yüksek risk altında olduğu, bu grupların daha fazla korunma ve destek ihtiyacı duyduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmada , Zampieron vd. (2010) tarafından yapılan çalışmalarda olduğu gibi, acil servislerin şiddet olaylarının en sık yaşandığı yerlerden biri olmasıdır. Ancak bu çalışmada, acil servislerin diğer hastane birimlerine kıyasla fiziksel şiddete dönüşme riskinde anlamlı bir fark yaratmadığı ortaya konmuştur. Bu sonuç, şiddet olaylarının yalnızca acil servisle sınırlı kalmadığını ve farklı hastane birimlerinde de yaygın olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, tüm hastane birimlerinde, özellikle yoğun bakım ve polikliniklerde, güvenlik önlemlerinin gözden geçirilmesi ve şiddet riskine karşı daha kapsamlı bir yaklaşım geliştirilmesi gerekmektedir.

Şiddeti uygulayan kişinin cinsiyeti ise önemli bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Erkeklerin şiddet olaylarında daha yüksek risk taşıdığı görülmüş, bu da erkeklerin şiddet eğilimlerinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Şiddet olaylarının yoğun olarak erkekler tarafından gerçekleştirildiği göz önünde bulundurularak, bu eğilimi azaltmaya yönelik farkındalık kampanyaları ve eğitim programları geliştirilmelidir. Bu tür programlar, yalnızca sağlık sektöründe değil, toplumsal düzeyde de şiddet eğilimlerini azaltmaya katkı sağlayabilir.

Oral vd. (2016), Kaya vd. (2018) gibi çalışmalar mesai saatlerinin sağlık kuruluşlarında şiddet üzerinde etkili olduğunu gösterse de bu çalışmada mesai saatleri dışında meydana gelen şiddet olaylarının fiziksel şiddete dönüşme olasılığının yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, mesai saatleri dışındaki şiddet olaylarının daha fazla incelemeye tabi tutulması gerektiğini göstermektedir. Mesai dışı saatlerde personelin daha az koruma altında olması, bu tür saatlerde güvenlik önlemlerinin artırılması gerektiğine işaret etmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda politika önerileri geliştirildiğinde, şiddet riskinin yüksek olduğu gruplara yönelik spesifik tedbirlerin alınması elzemdir. Güvenlik personelleri, hemşireler ve diğer yüksek riskli gruplar için şiddet olaylarına karşı müdahale kapasiteleri artırılmalı, bu gruplara yönelik koruyucu programlar uygulanmalıdır. Ayrıca, tüm hastane birimlerinde, yalnızca acil servisler değil, poliklinikler ve yoğun bakım üniteleri gibi diğer kritik alanlarda da şiddete karşı güvenlik önlemleri artırılmalıdır. Şiddetle mücadelede cinsiyet faktörü dikkate alınarak erkeklerin şiddet eğilimlerini azaltacak programlar geliştirilmelidir. Özellikle mesai dışı saatlerde çalışan sağlık personeli için güvenlik tedbirlerinin gözden geçirilmesi ve artırılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sektöründe şiddetle mücadele etmek ve sağlık çalışanlarını daha güvenli bir çalışma ortamına kavuşturmak için kapsamlı, çok yönlü ve risk gruplarına odaklanan politikalar geliştirilmelidir. Bu çalışmanın bulguları, sağlık kuruluşlarında şiddeti önlemeye yönelik atılacak adımlar için somut bir temel sunmakta, hangi grupların daha fazla risk altında olduğunu ve hangi önlemlerin alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- Abbas, M. A., Fiala, L. A., Abdel Rahman, A. G., & Fahim, A. E. (2010). Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*, 85(1-2), 29-43.
- Arnetz, J. E. (2022). The Joint Commission's new and revised workplace violence prevention standards for hospitals: a major step forward toward improved quality and safety. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 48(4), 241-245.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı/the frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 147.
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), 43-56.
- Boafo, I. M. (2016). "... they think we are conversing, so we don't care about them..." Examining the causes of workplace violence against nurses in Ghana. *BMC nursing*, 15, 1-8.
- Boz, B., Acar, K., Dr Ergin, A., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcuer, I., & Ergin, N. (2006). Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in therapy*, 23, 364-369.
- Bryan, M. L., & Jenkins, S. P. (2016). Multilevel modelling of country effects: A cautionary tale. *European sociological review*, 32(1), 3-22.
- Cal/OSHA (California Occupational Safety and Health Administration). (1995). *Guidelines for workplace security*. San Francisco, CA: State of California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health.
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S., & Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing Economics*, 23(3), 119-124.
- Demirhan, M., & Behdioğlu, S. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin sıralı lojistik regresyon analizi ile incelenmesi. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*, 4(1), 1-23.
- Doğan, M. (2021). Physical, psychosocial, occupational problems and protection behaviors experienced by pre-hospital emergency healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(2), 174-179.
- Dyke, G. V., & Patterson, H. D. (1952). Analysis of factorial arrangements when the data are proportions. *Biometrics*, 8(1), 1-12.
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*, 23(12), 653-659.
- Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. *Nursing management*, 28(12), 38-42.
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occupational medicine*, 58(2), 107-114.
- Finch, W. H., Bolin, J. E., and Kelley, K. (2014). Multilevel modelling using R. *Boca Raton: CRC Press*.
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(7/8), 340-349.
- Gascon, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J. F., Santed, M. Á., Casalod, Y., & Rueda, M. Á. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among

- professionals, health facilities and departments. *International journal of occupational and environmental health*, 15(1), 29-35.
- Gelman, A. (2007). *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Cambridge university press.
- Gelman, A., Carlin, J. B., Stern, H. S., Dunson, D. B., Vehtari, A., & Rubin, D. B. (2013). *Bayesian Data Analysis*.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., ... & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), 495-503.
- Gill, J. (2002). *Bayesian methods: A social and behavioral sciences approach*. Chapman and Hall/CRC.
- Hacer, T. Y., & Ali, A. (2020). Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *Journal of forensic and legal medicine*, 69, 101874.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3535-3546.
- Hodgson, M. J., Reed, R., Craig, T., Murphy, F., Lehmann, L., Belton, L., & Warren, N. (2004). Violence in healthcare facilities: lessons from the Veterans Health Administration. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(11), 1158-1165.
- ILO. (2002). "Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector.", <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42617/9221134466.pdf> (25.10.2024)
- Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles Bortz, A., Kostistky, H., Bar Noy, D., Filshinsky, V., & Theilla, M. (2018). Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in psychiatry*, 9, 59.
- Joa, T. S., & Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian journal of primary health care*, 30(1), 55-60.
- Karaoğlu, N., & Demirbağ, N. (2021). Hekim ve hekim adaylarının hekime yönelik şiddet algıları: bir ön çalışma. *Genel tıp dergisi*, 30, 130-4.
- Kaya, S., Demir, I. B., Karsavuran, S., Ürek, D., & Ilgün, G. (2016). Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. *Journal of forensic nursing*, 12(1), 26-34.
- Kowalenko, T., Walters, B. L., Khare, R. K., Compton, S., & Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. (2005). Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of emergency medicine*, 46(2), 142-147.
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501.
- Liu J, Gan Y, Jiang H, et al., (2019). "Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis." *Occupational and Environmental Medicine*, 76:927-937.
- Lynch, S. M. (2007). Introduction to applied Bayesian statistics and estimation for social scientists (Vol. 1). *New York: Springer*.
- Maas, C. J., & Hox, J. J. (2004). Robustness issues in multilevel regression

- analysis. *Statistica Neerlandica*, 58(2), 127-137.
- Menendez, C. C., Konda, S., Hendricks, S., & Amandus, H. (2013). Disparities in work-related homicide rates in selected retail industries in the United States, 2003–2008. *Journal of safety research*, 44, 25-29.
- Oğuz, M., Sayın, E., & Gürses, D. (2020). Violence against health employees in a child health and diseases clinic: A tertiary-level hospital example. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 55(2), 117.
- Oral, R., Günaydın, H., & Mazı, M. İ. (2018). Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 142-153.
- OSHA. Occupational Safety and Health Administration. (2015). Preventing workplace violence: A road map for healthcare facilities. *Occupational Safety and Health Administration*.
- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Violence towards healthcare workers in Turkey: a systematic review. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(6).
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England journal of medicine*, 374(17), 1661-1669.
- Rossi, M. F., Beccia, F., Cittadini, F., Amantea, C., Aulino, G., Santoro, P. E., ... & Gualano, M. R. (2023). Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public health*, 221, 50-59.
- Sağlık Bakanlığı, (2020). “Sağlıkta kalite standartları hastane.”, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html> (25.10.2024).
- Sahip, T., Gamsızkan, Z., & Cangür, Ş. (2021). Exposure of violence and its effects on health care workers. *Konuralp Medical Journal*, 13(2), 327-333.
- Sibbald, B. (1998). “Physician, protect thyself.” *CMAJ*, 159(8), 987-989.
- Snijders, T. A. ve Bosker, R. (2011). Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling. *London: Sage Publications*.
- Stegmueller, D. (2013). How many countries for multilevel modeling? A comparison of frequentist and Bayesyen approaches. *American journal of political science*, 57(3), 748-761.
- Taşhan, S. T., & Çelik, H. (2014). Bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düşüncesiyle ilişkisinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 89-98.
- U.S. Bureau of Labour Statistics (USBLS) 2018. “Workplace Violence In Healthcare.”, <https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm> (25.10.2024)
- Wassell, J. T. (2009). Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*, 47(8), 1049-1055.
- WHO. (2002). World report on violence and health. Geneva.
- WHO. (2003). “Workplace violence in the health sector country case studies research instruments – survey questionnaire.” Geneva.
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 3-10.
- Wyatt, R., Anderson-Dreves, K., & Van Male, L. M. (2016). Workplace violence in health care: a critical issue with a promising solution. *Jama*, 316(10), 1037-1038.
- Wynne R, Clarkin N, Cox T, et al. Guidance on the prevention of violence at work. Luxembourg: European Commissions, DG-V, 1997.

- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). "Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions." *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2329-2341.
- Zhao, S., Xie, F., Wang, J., Shi, Y. U., Zhang, S., Han, X., ... & Fan, L. (2018). Prevalence of workplace violence against Chinese nurses and its association with mental health: a cross-sectional survey. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 242-247.

EK

Ek 1: Tıbbi Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.02.2024-E.484650



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-60116787-020-484650
Konu : Başvurunuz Hk.

02.02.2024

Sayın Prof. Dr. Filiz YEŞİLYURT

İlgi : 18.01.2024 tarihli dilekçeniz. 31.143.82.226
721
6.02.2024

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Beyaz Kod Vakalarında Şiddet Düzeyini Artıran Sebeplerin İncelenmesi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği**" konulu çalışmanız **23.01.2024 tarih ve 02 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, çalışma ile ilgili yapılacak değişiklikler hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Hülya ÇETİN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFZT0YB78 Pin Kodu :84062

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Km10/Denizli

Bilgi için: Hüsnüye ERDOĞAN YAŞAR

Telefon: 0 (258) 296 16 04 Faks: 0 (258) 296 17 65

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

e-Posta: tibbietik@pau.edu.tr Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr>

Keş Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.