Sağlık İş Yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ

TÜSPE ANALİZ 2018/1

Sağlık İş Yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ

Birinci Baskı
Ocak 2018, Ankara

© 2018 TÜSPE. Bu çalışmanın her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilmeden hiçbir şekilde kullanılamaz.

Sertifika no: 40139
ISBN: 978-605-67412-3-4
Birinci Baskı, TÜSPE Yayınları, Ocak 2018, Ankara

Baskıya Hazırlık: TÜSPE
Grafik Tasarım: Sercan KOCA
Baskı: Göktuğ Ofset İstanbul Cad. Sedef Sok. No: 1 İskitler-Ankara
0.312 341 38 08 Sertifika No: 33830

Atıf
Yıldırım HH. (2018). *Sağlık İş yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve*. TÜSPE Analiz: 2018/1, TÜSPE Yayınları, Ankara.

TÜSPE Yayınları
TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
Mithatpaşa Cad. No: 3 Sıhhiye 06434 Çankaya/ANKARA
tuspe@tuseb.gov.tr | www.www.tuseb.gov.tr/tuspe
T: 0 (312) 585 12 37 | @TusebTuspe

Yazar Hakkında

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Malatyalı olan Hasan Hüseyin Yıldırım, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'ndan 1996 yılında dönem birincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl Sağlık İdaresi Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak akademik hayata başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora derecelerini Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'ndan alan Yıldırım; British Council'ın Chevening Bursu ile London School of Economics and Political Science, LSE Health Araştırma Merkezi'nde Visiting Research Associate (2005-2006) olarak çalışmıştır. Yıldırım bu ziyaret esnasında ağırlıklı olarak; sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı ve Avrupa Birliği sağlık politikalarının Türkiye sağlık politikaları ve sistemi üzerine etkileri konularında çalışmalar yapmıştır. Yıldırım Temmuz 2017'ye kadar Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde sağlık politikaları konusunda öğretim üyesi olarak görev yapmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde sağlık politikaları profesörü olan Yıldırım aynı zamanda TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü Başkanıdır. Yıldırım ek olarak, Aralık 2017'den bu yana TÜSEB Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü başkanlığına da vekalet etmektedir.

Yıldırım geçmişte; ABSAM Sağlık Araştırmaları Merkezi kuruculuğu ve direktörlüğü (2013-2017), Avrupa Sağlık Yönetimi Derneği (European Health Management Association/EHMA, Belçika) Yönetim Kurulu Üyeliği (2015-2016), TOBB Türkiye Sağlık Kurumları Meclisi Danışmanlığı (2015-2017), Uluslararası Sağlık Araştırmaları Merkezi (International Healthcare Research Center, ABD) Danışma Kurulu Üyeliği (2013-2016) ve Sağlık-Sen Danışmanlığı (2008-2015) gibi görevlerde bulunmuştur. Ek olarak Yıldırım, TBMM'de kurulan "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu"nda (2012-2013) Komisyon Uzmanı sıfatı ile de görev yapmıştır.

Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı kapsamında finanse edilen "Health PROMeTHEUS: Health Professional Mobility in European Union Study" (2009-2012) adlı uluslararası projede Türkiye'yi temsilen yer alan Yıldırım aynı zamanda, Sağlık-Sen adına yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması"nı gerçekleştiren ekipte ve Sağlık Bakanlığı adına kaleme alınan "Türkiye Medikal Turizmi Raporu 2013"ü ve "Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016"yı hazırlayan ekipte yer almıştır.

10 kitabı ve 25 kitap bölümü olan Yıldırım'ın bölüm yazarları arasında yer aldığı "Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama" (2013, Yıldız M ve Sobacı MZ, editörler) adlı kitap, Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) 2014 Yılı Bilimsel Telif ve Çeviri Eser Ödülleri (TEÇEP) Kayda Değer Telif Eser Ödülü almıştır. Diğerlerine ek olarak; Hacettepe Öğrenci Bilim Teşvik Ödülü, İhsan Doğramacı Üstün Başarı Ödülü ve SİODER Yılın Lider Kamu Yöneticisi Ödülü sahibi olan Yıldırım'ın ilgi alanına giren konularda 130'u aşkın ulusal ve uluslararası yayını ve bildirisi bulunmaktadır.

Sağlık politikaları konusunda uzmanlaşan Yıldırım'ın çalışmaları; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri ile ilgili politika, yönetim ve ekonomi konularına yoğunlaşmaktadır. Yıldırım'ın; sağlık politikaları ve planlaması, küresel sağlık diplomasisi politikaları, sağlık turizmi politikaları, AB sağlık politikaları ve sistemleri, sağlık sigortacılığı ve ödeme sistemleri, sağlık endüstrisi politikaları, halk sağlığı politikaları, sağlık sosyolojisi, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, sağlık reformları, sosyal politikalar, tıbbi nebevi, sağlık okuryazarlığı, sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi alanlarında çalışmaları bulunmaktadır.

TÜSPE Analiz

Sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacını güden TÜSPE'nin temel ürünlerinden birisi de Analiz çalışmalarıdır. TÜSPE Analiz; müstakil sağlık politikası konularını büyük bir yetkinlikle analiz ederek; kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamaya, Türkiye'nin sağlık politikaları bakımından kurumsal Ar-Ge kapasitesini geliştirmeye ve Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmaya hizmet eder.

Yayınlanmış Analizler

☞Yıldırım HH.(2018). *Sağlık İş yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve*. TÜSPE Analiz: 2018/1, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ www.tuseb.gov.tr/tuspe
☞@TusebTuspe

Sunuş

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla 2014 yılında kurulmuştur. Bilim ve teknoloji alanında, serbest rekabete dayalı, şeffaf ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde, bilimsel araştırmaların yapılması ve desteklenmesi öngörülmektedir. Üniversite ve sanayi işbirliği modeli ile bilginin ürüne dönüştürülerek, planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlanması amaçlanmaktadır.

TÜSEB'in enstitülerinden birisi olan Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE); sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insangücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık politikaları ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini gerçekleştirmek üzere Ankara merkezli olarak kurulmuştur.

TÜSPE'nin temel faaliyet alanlarından birisi olan yayın faaliyeti kapsamındaki temel çıktılarından birisi de Analizlerdir. Analizlerin amacı, müstakil sağlık politikası konularını büyük bir yetkinlikle analiz ederek kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamaya, Türkiye'nin sağlık politikaları bakımından kurumsal Ar-Ge kapasitesini geliştirmeye ve Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmaya hizmet etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlar maalesef şiddet olaylarının yaygın olarak yaşandığı alanlardan birisidir. Sağlık iş yerinde şiddet bir halk sağlığı sorunu ve de iş yeri sağlığı ve güvenliği sorunu olması hasebiyle, sağlık iş yerinde vuku bulan şiddetin kuramsal çerçevesinin anlaşılması oldukça önem arz etmektedir.

Bu önemine binaen, TÜSPE Başkanı Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım'ın kaleme aldığı "*Sağlık İş Yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve*" isimli Analiz çalışmamızı sizlerle paylaşmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

Analizimizin, ilgilenen herkes için faydalı olması dileğiyle…

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
TÜSPE Başkanı
1. Baskı, Ocak 2018, Ankara

İçindekiler

YAZAR HAKKINDA ..... **İii**

TÜSPE ANALİZ ..... **V**

SUNUŞ ..... **Vii**

İÇİNDEKİLER ..... **İX**

KISALTMALAR ..... **Xİ**

ŞEKİLLER ..... **Xiii**

1. GİRİŞ **1**

2. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDET KAVRAMI **1**

3. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDETİN BOYUTU **2**

4. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDETİN KÖK NEDENLERİ **3**

5. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDETİN TÜRLERİ **4**

6. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDETİN OLASI ETKİLERİ **5**

7. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDETİN YÖNETİMİ **6**

8. KAYNAKLAR **7**

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devetleri
Ar-Ge	Araştırma ve Geliştirme
EHMA	European Health Management Association
et al.	Et alii/ve diğerleri
ICN	International Council of Nurses
ILO	International Labour Organisation
LSE	London School of Economics
PSI	Population Services International
SİODER	Sağlık, İnovasyon ve Organizasyon Derneği
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEÇEP	TÜBA Bilimsel Telif ve Çeviri Eser Ödülleri Programı
TOBB	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜBA	Türkiye Bilimler Akademisi
TÜSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSPE	Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
vd.	ve diğerleri
WHO	World Health Organisation
%	Yüzde

Şekiller

ŞEKİL 1. SAĞLIK İŞ YERİ ORTAMINDA ŞİDDETİN NEDENLERİNE/KAYNAĞINA YÖNELİK KAVRAMSAL BİR MODEL 3
ŞEKİL 2. SAĞLIK İŞ YERİNDE ŞİDDET YÖNETİM KÜMELERİ 6

1. Giriş[1]

Gün geçmiyor ki medyaya, sağlık iş yerinde şiddet ile ilgili bir haber düşmesin. Bu düşmeler giderek artan bir şekilde devam etmektedir. Bu artan yansımaların iki temel açıklaması olabilir: Birincisi, şiddet gerçekten gittikçe artış eğilimi göstermektedir. İkincisi ise, şiddet her zaman yaygın olan bir olgudur, ancak medyaya yansımasının insidansı artmıştır. Ne olursa olsun ortada sorgulanması gereken şiddetli bir şiddet olgusu var demektir.

Kâinatın var oluşundan beri var olan ve kâinattaki doğal dengeyi sağlamanın da bir aracı olan, bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde her ortamda vuku bulabilen, bütün varlıkların doğasında olan, bazen fiziksel bazen de psikolojik olarak ortaya çıkan, türlü araçlarla sergilenen, maruz kalanı ve de farkında olmasa da uygulayanı negatif yönde etkileyebilen, bazen bir atom bombasında, bazen bir nefeste ve bazen de bir bakışta ifade bulabilen şiddet, anlaşılması ve de bilinçli bir şekilde yönetilmesi gereken ve şiddetle istenmeyen bir olgudur. Ancak, bu istenmeyişe karşın şiddet olgusunun varlığı ve gerçekliği bütün şiddetiyle orta yerde durmaktadır. Görünen o ki, şiddet olgusu tümden ortadan kaldırılamayacak bir gerçekliktir. Dolayısıyla ortaya çıkmasını mümkün olduğu kadar önlemek, geciktirmek ve/veya etkilerini hafifletmek için şiddetin yönetilmesi mümkündür ve de kaçınılmazdır.

İnsanların yoğun olarak bir arada olduğu örgütsel ortamlarda iletişimsizlik, deneyimler, amaçlar, beklentiler, ortam şartları, tutumlar, kişilik özellikleri, bireysel ihtiyaçlar, stres veya empati kuramama gibi nedenlerden dolayı şiddetin olması kaçınılmazdır. Ancak bu şiddetin düzeyi ve sıklığı önem arz etmektedir. Doğası ve yapısı gereği şiddetin sıklıkla yaşandığı örgütsel ortamlardan birisi de sağlık iş yerleri olmaktadır. Sağlık iş yerlerinde şiddetin temelde iki kulvarda[2] meydana geldiği belirtilebilir: Birincisi, sağlık çalışanı ile diğer bir sağlık çalışanı arasında meydana gelen şiddet. Bu kulvardaki şiddet ağırlıklı olarak mobbing (iş yerinde psikolojik şiddet) eksenli olarak araştırmalara konu olmaktadır. İkincisi ise, hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında meydana gelen şiddettir.

Son yıllarda gerek küresel ölçekte ve gerekse de Türkiye sağlık ortamında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddet olaylarında bir artış gözlendiği belirtilmektedir. Şiddet, bir halk sağlığı ve de iş yeri sağlığı ve güvenliği sorunu olduğundan, sağlık iş yerinde yaşanan şiddetin nedenlerinin ve dinamiklerinin anlaşılması, şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması ve de rasyonel bir şekilde yönetilebilmesi için oldukça önem arz etmektedir. Bütün bunlar için de sağlık iş yerinde şiddete ilişkin kuramsal bir çerçeve ortaya koymak büyük önem arz etmektedir.

Bu bağlamda bu analiz ile sağlık iş yerinde şiddet kuramsal bir çerçevede ele alınmaktadır. İzleyen başlıklarda; sağlık iş yerinde şiddet kavramı, sağlık iş yerinde şiddetin boyutu, sağlık iş yerinde şiddetin kök nedenleri, sağlık iş yerinde şiddetin türleri, sağlık iş yerinde şiddetin etkileri ve sağlık iş yerinde şiddetin yönetimi kısaca ortaya konulmaya çalışılmaktadır.

2. Sağlık İş Yerinde Şiddet Kavramı

Son yıllarda giderek artan bir şekilde ilgi odağı haline gelen şiddet olgusu farklı sosyo-kültürel çevrelerde ve ortamlarda farklı şekillerde tanımlanabilmektedir (Cooper 2002). Ancak çok genel olarak belirtmek gerekirse *şiddet*; kendisine, bir başkasına, grup ya da bir topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya

[1] Bu çalışma, yazarın 2012 yılında hazırlamış olduğu bir rapora (Yıldırım 2012) dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu rapor daha sonra yazarın TBMM Araştırma Komisyonu Uzmanı sıfatı ile görev ve katkı yaptığı Meclis Araştırma Komisyonu Raporunun (TBMM 2013) ilgili bölümüne de önemli ölçüde kaynaklık etmiş ve temel teşkil etmiştir.

[2] Bu kulvarlar çoğaltılabilir. Sağlık iş yerinde meydana gelen şiddetin taraflarının kim olduğu konusunda en az altılı bir tasnif yapılabilir. Bunlar; 1) sağlık çalışanı - sağlık çalışanı, 2) sağlık çalışanı – hasta/hasta yakınları, 3) hasta/hasta yakınları – hasta/hasta yakınları, 4) sağlık çalışanları – üçüncü şahıslar, 5) hasta/hasta yakınları – üçüncü sahıslar, 6) sağlık çalışanları – hasta/hasta yakınları – üçüncü sahıslar.

da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehditin amaçlı olarak uygulanmasıdır (WHO 1998, 2002; Ayrancı vd. 2002; Aydın 2008).

İş yerinde şiddet[3] ise; bir veya birden fazla işgören, müşteri veya üçüncü şahıslar ile diğer işgörenler arasında cereyan eden ve fiziksel veya ruhsal olumsuz sonuç yaratan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Sadullah 2009). Diğer taraftan *sağlık iş yerinde şiddet* ise, hasta/hasta yakınları ya da diğer herhangi bir birey (diğer sağlık çalışanları gibi) ile sağlık çalışanları arasında vuku bulan ve taraflar açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmaktadır (Saines 1999; Ayrancı vd. 2002; Aydın 2008).

3. Sağlık İş Yerinde Şiddetin Boyutu

Son yıllarda, gerek küresel ölçekte gerekse de Türkiye ölçeğinde iş yerinde yaşanan şiddet olaylarında bir artış olduğu ve iş yerinde şiddetin yaygın bir sorun haline geldiği belirtilmektedir (Adaş, Elbek ve Bakır 2008). Problemin gerçek boyutunun bilinmediği ve eldeki bilgi ve verinin ise buzdağının sadece görünen kısmını teşkil ettiği belirtilmektedir (Cooper 2002). İş yeri şiddeti her sektör ve iş yerinde görülen bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların iş yeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (Özen 2007; Özen Çöl 2008).

Nitekim literatürde, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı (Cooper 2002; Ayrancı vd. 2002), sağlık alanındaki iş yeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği (Feldmann, Holt and Hellard 1997; Ayrancı vd. 2002), sağlık kurumlarında çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmektedir (Elliott 1997; Kingma 2001; Ayrancı vd. 2002; Adaş, Elbek ve Bakır 2008; Aydın 2008; Annagür 2010). Finlandiya'da 1988 yılında ulusal ölçekte örnekleme giren 13.762 kişinin verisi kullanılarak yapılan bir araştırmada; psikiyatri hemşirelerinin, hapishane gardiyanları ve polislerin ardından en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır (Salminen 1997; Adaş, Elbek ve Bakır 2008). Benzer biçimde acil servis çalışanlarının da sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan grup olduğu dikkati çekmektedir (Fernandes et al. 1999; Adaş, Elbek ve Bakır 2008). Ancak, farklı kurum ve kuruluşlarca benimsenen farklı iş yeri şiddeti tanımlarından, farklı şiddet türleri için farklı veri toplama sistemlerinden ve sağlık çalışanları tarafından şiddet olaylarının yeterli bir şekilde raporlanmamasından dolayı sağlık iş yerinde şiddetin gerçek boyutunu ortaya koymak oldukça zordur (Warshaw 1996; Cooper and Swanson 2002). Sağlık iş yeri ortamındaki şiddetin az oranda bildirilmesinin nedeni ise, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı ve diğerlerinin önemsenmediği olarak belirtilmektedir (Barrett 1997; Gates 1995; Ayrancı vd. 2002). Örneğin yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %40'ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları tespit edilmiştir (Bechman 1994; Ayrancı vd. 2002; Aydın 2008).

Daha önce de ifade edildiği üzere, Türkiye sağlık ortamında şiddetin boyutu, nedenleri, türleri, etkileri ve yönetimi konusunda şu ana kadar ortaya konulmuş kapsamlı bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Konuya ilişkin bilgiler daha ziyade basın yayın kuruluşlarına yansıyan haberler ve birkaç araştırmanın (bir veya birkaç ili ve/veya birkaç hastaneyi kapsayacak şekilde) bulguları ile sınırlı kalmıştır. Bu sınırlı araştırmalar da tümüyle sağlık çalışanlarının şiddet algısını ortaya koymaya dönük ça-

[3] Literatürde iş yerinde şiddet tanımlanırken genellikle çalışanlara yönelik şiddet boyutu baz alınarak bir tanımlama yapılmaktadır. Bize göre bu tanımlama eksik bir tanımlama olmaktadır. Her ne kadar yaygın kanı şiddetin ilk başlatıcısının "müşteri" olduğu yönünde ise de, şiddeti çalışanların başlatıcı olduğu olgular/durumlar da sözkonusu olabilmektedir. Başka bir ifade ile, çalışanlardan müşterilere yönelik şiddet de olabilmektedir. Yani şiddet çift taraflıdır. Bundan dolayı burada şiddet tanımı için atıf yapılan yazarların tanımları kısmen değiştirilmiştir.

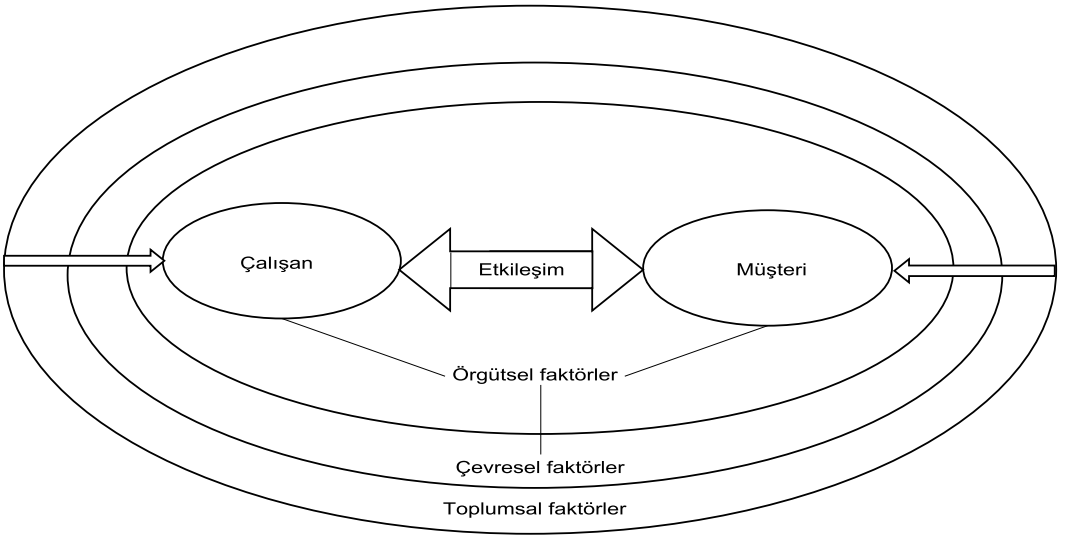
lışmalardır. Bu araştırmaların sınırlı bulgularına göre ise sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranları yaklaşık olarak %35 ile %100 gibi yüksek oranlar arasında değişmektedir (Ayrıntılar için bakınız: Ayrancı vd. 2002; Ergün and Karadakovan 2005; Ayrancı et al. 2006; Boz et al. 2006; Erkol et al. 2007; Terzi vd. 2009; Gökçek ve Dündar 2008; Özen Çöl 2008; Adaş vd. 2008; Aydın 2008; Gülalp et al. 2009; Annagür 2010). Yukarıda da ifade edildiği gibi, bütün bu çalışmalar sağlık çalışanlarının "şiddet algısı"nı ortaya koymaya yönelik çalışmalardır. Şiddetin taraflarından birisi olan hasta/hasta yakınlarının şiddet algısını ortaya koymaya dönük araştırmalar ise yapılmamıştır. Bize göre bu durum "şiddetin yönetilmesi" noktasında önemli bir eksiklik teşkil etmektedir. İşte bu çalışma literatürdeki bu bilgi açığını bir nebze de olsa gidermeyi amaçlamaktadır.

4. Sağlık İş Yerinde Şiddetin Kök Nedenleri

Sağlık iş yerinde şidetin kök nedenlerini ortaya koymadan önce bir hususu dikkatlere sunmakta yarar vardır. Sağlık iş yeri ortamında şiddetin kökenlerini anlamak üç nedenden dolayı oldukça zordur. *Birincisi*, karmaşık örgütsel yapılar içinde istihdam edilen sağlık çalışanları, çok farklı görevleri ve sorumlulukları yerine getirerek çalışırlar. *İkincisi*, sağlık iş yerindeki şiddet çoklu kaynaklardan (hasta/hasta yakınları, diğer çalışanlar ve dış saldırganlar) gelebilmektedir. *Üçüncüsü*, sağlık iş yeri ortamında şiddet çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu biçimlerin kimi kasıtlı (örneğin hırsızlık ilişkili saldırı), kimi kasıtsız (örneğin bilişsel bozukluğu olan bir hastaya bakım esnasında), kimi fiziksel (örneğin itme, ateş etme, ısırma) ya da sözel veya duygusal (örneğin küfretmek gibi) olabilmektedir (Curbow 2002).

Sağlık iş yeri ortamında meydana gelen şiddetin nedenlerini ortaya koymada ki zorluğu/karmaşıklığı bu şekilde belirttikten sonra, sağlık iş yeri ortamında şiddetin kök nedenlerini; taraflar arasındaki etkileşim, örgütsel faktörler, çevresel faktörler ve toplumsal faktörler (Curbow 2002) olmak üzere dört ana grupta ele almak mümkündür. Başka bir ifade sağlık iş yerinde şiddet; taraflar arasındaki etkileşimin, örgütsel faktörlerin, çevresel faktörlerin ve toplumsal değişkenlerin karmaşık etkileşiminin bir fonksiyonu olmaktadır (Şekil 1).

Şekil 1. Sağlık İş Yeri Ortamında Şiddetin Nedenlerine/Kaynağına Yönelik Kavramsal Bir Model



Kaynak: Curbow (2002)

Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları karmaşık ilişkiler yumağı içeren bir *etkileşim* süreci içerisindedirler. Bu etkileşimi sağlıklı bir zeminde sürdürmek ve karşılıklı anlayış sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları, bir başka deyişle duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasını ifade eden *iletişim* sürecini gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Cüceloğlu 2000). Ancak, sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasında genellikle açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişimsel sorunların yaşandığı bilinmektedir (Yağbasan ve Çakar 2006). Bunun dört temel nedeni belirtilebilir: Ortamsal özellikler (fiziksel ortam ve gürültü gibi); tarafların bireysel özellikleri (sicilinde şiddet davranışı olan, ruhsal rahatsızlık öyküsü olan, alkol veya uyuşturucu kullanma öyküsü olan hasta/hasta yakınları ve/veya sağlık çalışanları, toplumsal cinsiyet, buyurgan tutum, iletişim becerisindeki yetersizlikler, sabırsızlık, empati becerisinden yoksunluk, aktif dinlemeyi uygulayamama gibi); hasta ve hastalık psikolojisi (maruz kalınan hastalık, sakatlanma veya ölüm olayı ya da tehditi nedeniyle hasta/hasta yakınları genellikle kederli, isyankâr, gergin, paniklemiş, endişeli, ağrılı ve bitkin haldedirler) ve sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminloji ve dil (Cooper and Swanson 2002; Yağbasan ve Çakar 2006; Aydın 2008).

Fiziksel çevre ve altyapı, insan kaynakları ve iş yeri iklimi gibi faktörler şiddeti belirleyen *örgütsel faktörler* arasında yer almaktadır (Curbow 2002). Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği veya kötü yönetimden kaynaklanan beklemeler, uzayan kuyruklar, geciken randevular, aşırı işyükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince zaman ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık gibi örgütsel faktörler şiddete zemin hazırlayabilmektedir (Aydın 2008).

Bir sağlık iş yerinin içinde faaliyet gösterdiği *çevresel ortamdaki* istikrarsızlığa yol açan kültürel yapı ve işleyiş faktörleri (suç düzeyi, yoksulluk düzeyi, uyuşturucu kullanım seviyesi, ateşli silahların kullanımı, nüfus yoğunluğu, barınma olanakları ve çete olayları gibi) (Curbow 2002; Cooper and Swanson 2002), başka bir ifade ile örgütsel yapıyı çevreleyen toplumdaki fertlerinin olumsuz davranışları sağlık iş yeri ortamına sirayet edebilmektedir.

Sağlık iş yeri ortamında gözlenen şiddetin toplumdaki profilin bir yansıması olduğu unutulmamalı ve şiddet *toplumsal faktörlerden* bağımsız olarak değerlendirilmemelidir (Aydın 2008). Sağlık iş yerindeki şiddet, sosyal yaşamın çeşitli alanlarındaki şiddetin artan fenomeni ve genel şiddetin bir yansıması olarak ele alınmalıdır (Cooper 2002). Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal psikolojik ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi olasıdır (Adaş, Elbek ve Bakır 2008). Ayrıca toplumdaki hakim medya kültürü ve sağlık alanına ilişkin bilgilerin/olguların medyada yer alma biçimi de (media coverage) şiddeti körükleyebilmektedir.

5. Sağlık İş Yerinde Şiddetin Türleri

Doğuştan veya sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüsü olarak bilinen şiddet (Aslan vd. 2005), fiziksel ve fiziksel olmayan (psikolojik) şiddeti içermektedir (Cooper 2002). Her ne kadar iş yerinde şiddet denildiğinde genellikle ilk izlenim/algı, kolay tanımlanabildiği ve gözlenebildiği için fiziksel güç kullanımını içeren fiziksel şiddete ilişkin oluyorsa da (Chappell and Di Martino 2006; Özen Çöl 2008) iş yerinde şiddet, fiziksel şiddet kadar fiziksel olmayan şiddeti de içermektedir. Fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba karşı yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararla sonuçlanan fiziksel güç kullanımıdır (Chappell and Di Martino 2006; Özen Çöl 2008). Başka bir ifade ile fiziksel şiddet; dayak, itme, ısırma, ateş etme, yumruk, aletle saldırı gibi kişinin bedenine yönelen saldırı ve fiilleri içermektedir (Cooper 2002; Aslan vd. 2005; Aydın 2008).

İş yeri ortamında gerçekleşen her türlü duygusal taciz, korkutma, bağırma, küfür, tükürme, hakaret, zorbalık, tehdit, gözdağı, alay, başkalarının önünde küçük düşürücü veya aşağılayıcı söz söyleme gibi çeşitli psikolojik saldırı türlerini içeren pek çok davranış iş yerinde fiziksel olmayan (psikolojik) şiddet kapsamında yer alan başlıca fiillerdir (Aslan vd. 2005; Aydın 2008; Chappell and Di Martino 2006; Özen Çöl 2008). Ölçülmesindeki, tanımlanmasındaki ve algılanmasındaki zorluk nedeniyle ön plana çıkamayan psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha fazla yaşandığı belirtilebilir.

6. Sağlık İş Yerinde Şiddetin Olası Etkileri

Ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkan şiddetin (Ayrancı vd. 2002; Aydın 2008; Adaş, Elbek ve Bakır 2008) birey, iş yeri ve toplum için gerçek maliyeti giderek daha da belirgin hale gelmektedir (Cooper 2002). Sağlık iş yerinde vuku bulan şiddetin; sağlık çalışanları, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık kurum ve kuruluşları ve sağlık sektörü ve toplum (Stanko 2002) üzerinde ciddi sosyo-ekonomik etkileri olabilmektedir.

Şiddet, *çalışanlar* bakımından iş yerinde önemli bir mesleki sağlık ve güvenlik sorunu haline gelmiştir (Chappell and Di Martino 2006; Özen Çöl 2008). Bu bağlamda şiddetin sağlık çalışanları üzerinde psikolojik, fiziksel, finansal ve kariyer anlamında etkileri olabilmektedir (Stanko 2002). Örneğin, İngiltere'de iş yerindeki tüm saldırıların yaklaşık yarısı morluklardan tutun da kemik kırıklarına kadar uzanan bir yelpazede bir dizi *fiziksel* yaralanma ile sonuçlanmıştır. İş yeri şiddetine maruz kalan çoğu mağdur aynı zamanda şiddet olayından *duygusal* anlamda olumsuz olarak etkilendiklerini rapor etmişlerdir. Fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalan kişilerin yaşadığı duygusal deneyimleri arasında; öfke, şok, korku, şaşkınlık, tükenmişlik, güven kaybı, depresyon, anksiyete, öğrenme güçlükleri, sosyal ilişkilerden çekilme ve uyku bozukluğu yer alabilmektedir. Ayrıca, iş yerinde şiddet çalışanların *kariyerini* etkileyebilmektedir ve iş yerinde şiddetle karşılaşanların kurumlarından ayrılması çok daha muhtemeldir (Cooper and Swanson 2002; Stanko 2002). Nitekim Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikler, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir (Fernandes et al. 1999; Annagür 2010). İş yerinde şiddetin bireylerin *finansal* durumları üzerindeki etkisi konusunda ise kayda değer bir bilgi bulunmamaktadır (Cooper and Swanson 2002; Stanko 2002).

Şiddet olgusu sağlık çalışanları kadar *hasta/hasta yakınları* için de ciddi bir sorun teşkil edebilmektedir ve *sunulan sağlık hizmetlerini* de olumsuz etkileyebilmektedir (Aktuğlu ve Hancı 1999; Ayrancı vd. 2002; Aydın 2008). Nitekim şiddete uğrayan sağlık çalışanının sunduğu hizmetlerin kalitesinde dolaylı da olsa düşmeler meydana geldiği belirtilmektedir (Fernandes 1999; Arnetz and Arnetz 2001; Cooper and Swanson 2002; Annagür 2010). Sağlık çalışanları ile, hasta/hasta yakınları arasında şiddet olayının yaşanması, hastaların hastalık durumunun daha da kötüleşmesine sebep olabilir, hatta tedavi sürecinin yarıda kesilmesi ile de sonuçlanabilir. Nitekim literatürde uzun süreli bakım gören agresif hastaların personel tarafından güç kullanılarak tedavi edilebildiği veya bakım verenler tarafından istismar edilebildiği belirtilmektedir (Cooper and Swanson 2002).

Sağlık iş yerinde şiddetin *sağlık kurum ve kuruluşları* açısından doğrudan ve dolaylı maliyet etkileri olabilmektedir. Doğrudan maliyetler; yüksek personel devir hızı, azalan iş verimi ve azalan ekip verimi (Kısa and Dziegielewski 1996; Stanko 2002; Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010), sağlık problemlerinden dolayı personelin işe gelememesi, anti-şiddet eğitim maliyetleri, güvenlik teknolojilerinin bulundurulması ve sigorta ettirme (Stanko 2002) şeklinde ortaya çıkmaktadır. Dolaylı maliyetler ise, şiddet problemi ile karşılaşan sağlık çalışanlarının işten ayrılmaları durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, ABD'de Federal Hükümet taciz problemi ile karşılaşan kişilerin, yüksek personel devir hızı, hastalık izinleri, verim kaybı ve duygusal stres nedenleriyle 1987 yılı itibariyle 267 milyon dolar ekonomik kayba neden olduğunu belirlemiştir. Üçüncü

etki ise şiddet olayının ortaya çıkması sonucu açılabilecek tazminat davalarıdır. Bu tazminat davaları, sağlık kurumunu mali yönden olumsuz etkileyecektir (Kısa and Dziegielewski 1996; Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Sağlık ortamında şiddet nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, sağlık çalışanlarının kurumdan veya mesleklerinden ayrılmaları ve/veya göç etmeleri, sağlık çalışanlarının fiziksel veya psikolojik açıdan zarar görmeleri nedeniyle *topluma* sunulan genel sağlık hizmetlerinde bir daralma ve genel maliyetlerin artması ile sonuçlanabilir. Bütün bunlar sağlık sektörünün verimliliğini ve etkiliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Cooper 2002).

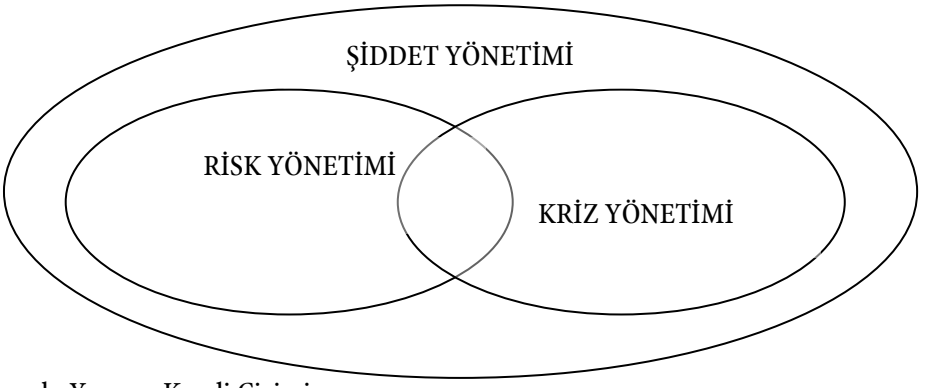
7. Sağlık İş Yerinde Şiddetin Yönetimi

Giriş kısmında da belirtildiği üzere sağlık iş yerinde şiddet tümden ortadan kaldırılamayacak bir olgudur. Dolayısıyla ortaya çıkmasını mümkün olduğunca azaltmak, geciktirmek ve/veya ortaya çıktığında da etkilerini en aza indirmek için bütün paydaşların katılımı ile yönetilmesi gereken karmaşık ve dinamik bir süreçtir (Cooper and Swanson 2002). İş yerinde şiddetin yönetimi sürecindeki paydaşlar; hükümetler, işverenler, çalışanlar, meslek kuruluşları ve genel olarak halktır. Şiddetin yönetimi sürecinde bu paydaşların birbirini tamamlayan, destekleyen ve içiçeleşen nitelikteki sorumlulukları çok genel olarak aşağıdaki gibi belirtilebilir (ILO/ICN/WHO/PSI 2002):

1. Hükümetler ve yetkili makamları, sağlık iş yerinde şiddetin azaltılması ve ortadan kaldırılması için gerekli çerçeveyi sağlamalıdır.
2. İşveren ve işveren kuruluşları, şiddetten arınmış bir çalışma ortamı sağlamalı ve teşvik etmelidir.
3. Çalışanlar, iş yerinde şiddet ile ilişkili riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için gerekli makul özeni göstermelidirler.
4. Sendikalar, birlikler ve dernekler, iş yerinde şiddet ile ilişkili riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için girişimler ve mekanizmalar başlatmalı, bunlara katılmalı ve katkıda bulunmalıdırlar.
5. Medya, araştırma ve eğitim kurumları, iş yerinde şiddet uzmanları, tüketici/hasta destek grupları, polis ve diğer suç ve adalet uzmanları, iş yerinde şiddet, sağlık ve güvenlik, insan hakları ve toplumsal cinsiyet geliştirme alanında faaliyet gösteren sivil toplum örgütleri iş yerinde şiddet ile mücadele için girişimlere aktif bir şekilde destek vermeli ve bu girişimlere katılmalıdırlar.

İş yerinde şiddetin yönetimine dair paydaşların sorumluluklarını çok genel olarak bu şekilde belirttikten sonra, risk yönetimi ve kriz yönetimi olmak üzere iki kümeli olan şiddet yönetimine dair önlem ve eylemlerin belli başlıları aşağıda ele alınmaktadır (Şekil 2).

Şekil 2. Sağlık İş Yerinde Şiddet Yönetim Kümeleri



Kaynak: Yazarın Kendi Çizimi

Şiddet olayında *risk yönetimi,* şiddet olayı öncesi alınan önlemleri kapsamakta olup proaktif bir yaklaşımı ve davranışı gerektirmektedir. Sağlık iş yerinde şiddetin önlenmesine dair gerek makro ölçekte gerekse de kurumsal ölçekte güçlü bir *yönetim taahhüdü/desteği* olması gerekmektedir. Bu taahhüd; yasal düzenlemeler, güvenlik ve risk değerlendirme ve izleme, çalışan ve yönetim eğitimi ve şiddete maruz kalanların bakımı için bir çerçeve ve yeterli kaynakların tahsisini içermelidir (Swanson et al. 2002). Yönetsel sahiplenme olmadan sağlık iş yerinde şiddetin yönetilmesi mümkün gözükmemektedir.

İş yeri sağlığı ve güvenliği için tüm personelin bilgisi dahilinde olan *yazılı bir program/politika* belirlenmelidir. Bu program/politika; iş yerinde şiddetin tanımını içermeli, iş yerinde şiddete sıfır tolerans duruşunu açıkça ortaya koymalı, yönetimin çalışanların sağlığı ve güvenliği konusundaki güçlü taahhüdünü içermeli, şiddetin anında rapor edilmesini teşvik etmeli, iş yerinde güvenliği sağlama ve sürdürme için bir plan içermeli ve şiddete maruz kalındığında yapılması gerekenleri içermelidir (Swanson et al. 2002).

Bölümlerarası ve çok disiplinli yapıya sahip şiddet karşıtı bir ekip oluşturulmalı (Swanson et al. 2002) ve başta çalışanlar, denetçiler, yöneticiler ve güvenlik personeli olmak üzere tüm paydaşlar için *eğitim ve öğretim programlarının* planlanması ve uygulanması gerekmektedir (Swanson et al. 2002). Bu programlar iletişim becerilerini, stresle baş etme yollarını ve güvenlik önlemlerini içermelidir (Ericsson and Westrin 1995; Annagür 2010; Swanson et al. 2002).

Şiddetin ortaya çıkmasını minimize edecek şekilde *yeniden örgütsel tasarıma* gidilmesi gerekmektedir. Şiddet için fiziksel risk faktörlerini belirlemek ve düzeltmek (örneğin, saldırı aracı olarak kullanılabilecek öğeleri ortadan kaldırmak, doğru aydınlatma, güvenlik kameraları, alarm düğmeleri vb), idari ve iş uygulamalarını kontrol etmek ve stres kaynaklarını azaltmak için işlerin yeniden tasarlanması gerekmektedir (Cooper and Swanson 2002; Swanson et al. 2002).

Uygun *raporlama* sistemleri kurulmalıdır. Önleme tedbirlerinin etkililiğini değerlendirmede kullanılabilecek, bir kurumdaki yaralanmaların ve şiddetin sayılarını, türlerini ve ciddiyetini değerlendirebilecek *izleme ve değerlendirme* sisteminin de kurulması gerekir (Cooper and Swanson 2002).

Şiddet riskini azaltmanın en önemli yolu çalışma ortamında yeterli *güvenlik önlemlerinin* alınmasıdır (Annagür 2010). Bunlar arasında; 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenlikli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları belirtilebilir (Khun 1999; Annagür 2010).

Şiddet olayında *kriz yönetimi* ise olay sonrası reaktif davranış içeren süreçleri içermektedir. Can'a (2002) göre kriz yönetimi; olası kriz durumuna karşılık, kriz sinyallerinin alınarak, değerlendirilmesi ve örgütün kriz durumunu en az kayıpla atlatabilmesi icin gerekli önlemlerin alınması ve uygulanması sürecidir. Şiddet olayı yaşandıktan sonra da kriz yönetimi kapsamında bir taraftan mağdura tıbbi bakım ve psikolojik destek sağlanırken, diğer taraftan olay hakkında kritik bilgi alınmalı ve bütün yönleri ile belgelenmelidir. Multidisipliner yapıda bir ekip olayı soruşturarak rapor haline getirmeli ve ilgili otoritelere sunmalıdır. Şiddet mağduru kişi saldırgan hakkında şikâyette bulunmak isterse gerekli işlemler için lojistik destek sağlanmalıdır (Swanson et al. 2002).

8. Kaynaklar

Adaş EB, Elbek O ve Bakır K. (2008). *Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I.* TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası.

Aktuğlu K ve Hancı H. (1999). *Acil Servislerde Şiddet Tehditi.* (www.ttb.org.tr/TD59/5911.htm).

Annagür B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2): 161-173.

Arnetz JE and Arnetz BB. (2001). Violence Towards Health Care Staff and Possible Effects on the Quality of Patient Care. *Social Science and Medicine,* 52: 417-427.

Aslan Ö vd. (2005). Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(1): 18-23.

Aydın M. (2008). *Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve şiddet Algısı*. TTB Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta.

Ayrancı Ü vd. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 147-154.

Barrett S. (1997). Protecting Against Workplace. *Public Management*, 79: 9-12.

Can H. (2002). *Organizasyon ve Yönetim*. 6. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.

Cooper CL. (2002). Introduction. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds). *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art.* (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, erişim: 22.8.2011).

Cooper CL. and Swanson N. (2002). Executive Summary. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds*). Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art*. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, erişim: 22.8.2011).

Curbow B. (2002). Origins of Violence at Work. In: Cooper CL and Swanson N. (eds). *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art.* (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, erişim: 22.8.2011).

Elliott PP. (1997). Violence in Health Care. What Nurse Mmanagers Need to Know. *Nursing Management*, 28: 38- 41.

Ergün FS and Karadakovan A (2005). Violence Towards Nursing Staff in Emergency Departments in one Turkish City. *International Nursing Review*, 52: 154-160.

Erkol H et al. (2007). Aggression and Violence Towards Health Care Providers – A Problem in Turkey. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14: 423-428.

Feldmann TB, Holt J and Hellard S. (1997). Violence in Medical Facilities: A Review of 40 Incidents. *Journal of Kentukcy Medical Association*, 95: 183-189.

Fernandes C et al. (1999). Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. *CMAJ*, 16: 161-170.

Gates DM. (1995). Workplace Violence. *AAOHN Journal*, 43: 536-543.

Gökçe T ve Dündar C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 15: 25-28.

Gülalp B et al. (2009). Dangers Faced by Emergency Staff: Experience in Urban Centers in Southern Turkey. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery,* 15: 239-242.

ILO/ICN/WHO/PSI. (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. ILO, Geneva.

Kavuncubaşı Ş ve Yıldırım S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kingma M. (2001). Workplace Violence in the Health Sector: a Problem of Epidemic Proportion. *International Nursing Review,* 48: 129-30.

Kisa A and Dziegielewski SF. (1996). Sexual Harassment of Female Nurses in a Hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 9(4): 243-53.

Özen Çöl S. (2008). İş Yerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 4: 107-134.

Özen S. (2007). İş Yerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. *İŞ Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9(3) (http://www.isgucdergi.org, DOI: 10.4026/1303-2860.2007.0047.x).

Sadullah Ö. (2009). İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İşgören Sağlığı). İçinde: Uyargil C vd. *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş, İstanbul. Bölüm 9: 447-490.

Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi*,01/03/2011 Tarihli ve 9489 Sayılı Makam Onayı.

Saines JC. (1999). Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accident and Emergency Nursing,* 7: 8-12.

Salminen S. (1997). Violence in the Workplaces in Finland. *Journal of Safety Research,* 3: 123-131.

Stanko EA. (2002). Knowledge about the Impact of Violence at Work in the Health Sector. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds). *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art* (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, erişim: 22.8.2011).

Swanso NG et al. (2002). Approaches to Anti-Violence Action and Achieved Impact in the Health Sector. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds). *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art* (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf, erişim: 22.8.2011).

TBMM. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Arastırması Komisyonu Raporu,* TBMM, Ankara.

Warshaw LJ. (1996). Workplace Violence: Preventive and Interventive Strategies. *JOEM* , 38: 993-1005.

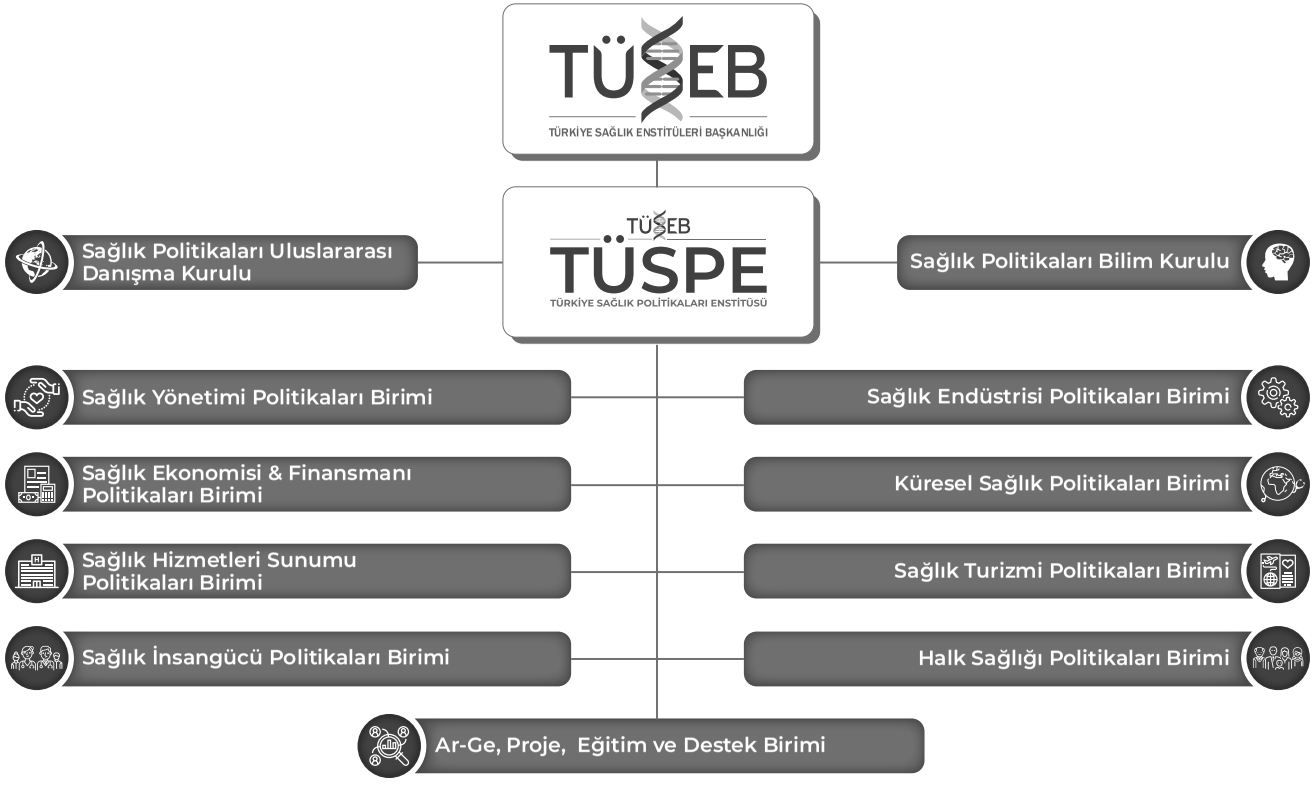
WHO. (1998). *Violence and Health: Task Force on Violence and Health*. Geneva, WHO.

WHO. (2002). World Report on Violence and Health. Geneva, WHO.

Yağbasan M ve Çakar F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunlarını Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergis*i, 15: 609-629.

Yıldırım HH. (2012). *Sağlık İş Yeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri,* Sağlık-Sen, Ankara (yayınlanmamış çalışma).

Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2018). *Türkiye Sağlık Sistemi İncelemeleri,* Birinci Baskı, ABSAM Yayınları, Ankara.


TÜSEB
TÜRKİYE SAĞLIK ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI
TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ
Sağlık Politikaları Uluslararası Danışma Kurulu
Sağlık Politikaları Bilim Kurulu
Sağlık Yönetimi Politikaları Birimi
Sağlık Endüstrisi Politikaları Birimi
Sağlık Ekonomisi & Finansmanı Politikaları Birimi
Küresel Sağlık Politikaları Birimi
Sağlık Hizmetleri Sunumu Politikaları Birimi
Sağlık Turizmi Politikaları Birimi
Sağlık İnsangücü Politikaları Birimi
Halk Sağlığı Politikaları Birimi
Ar-Ge, Proje, Eğitim ve Destek Birimi

TÜSEB

TÜSPE

TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ

İstişare, kanıt, araştırma ve bilgi temelli sağlık politikaları

TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü

TÜSPE; sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık politikaları ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini yürütür.

www.tuseb.gov.tr/tuspe /TusebTuspe

ISBN: 978-605-67412-3-4

9 786056 741234