



Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 11

Sayı / Issue: 21

Sayfalar / Pages: 227-253

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi: 22.03.2021

Kabul Tarihi: 21.05.2021

## SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MARUZ KALDIKLARI FİZİKSEL ŞİDDETİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İTİBARIYLA DAĞILIMINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR<sup>1</sup>

Zübeyir ÖZÇELİK<sup>2</sup>

### Öz

Sağlık hizmetlerinin zaman olarak ertelenmesinin mümkün olmaması, acil olarak karşılanma zorunluluğu ve başarısızlığın insan hayatına mal olması gibi son derece önemli ve kendine has özelliği sağlık çalışanlarını şiddete uğrama açısından daha riskli hale getirmektedir. Nitekim sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti; “şiddetin en vahşi şekli” yani bir nevi “bireysel terör” olarak gören yasama organı 15.04.2020 tarihinde TBMM’de 7243 sayılı yasayı kabul etmiştir. Konuya ilişkin bilgi stokundan hareketle “Diyarbakır ili, merkez kamu hastanelerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin maruz kaldıkları fiziksel şiddet türlerinin demografik faktörler itibarıyla dağılımını irdelemek” amacıyla bu çalışma tasarlanmıştır. Araştırma sonucunda ulaşılan bulgulara göre; çalışanların yarısından fazlasının fiziksel şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Terör, Bireysel Terör, Fiziksel Şiddet, Sağlıkta Şiddet.

**Jel Kodu:** M10.

<sup>1</sup> Dr., Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı, E-posta: gulfermegalit@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5064-0549.

<sup>2</sup> Dr., Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, E-posta: zubeyir\_ozcelik@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7027-7396.

### Atıf/Citation

Büyüктаş Gayır, G. ve Özçelik, Z. (2021), “Sağlık Profesyonellerinin Maruz Kaldıkları Fiziksel Şiddetin Demografik Değişkenler İtibarıyla Dağılımına Yönelik Bir Araştırma”, Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 11(21), s.227-251.

## A RESEARCH ON THE DISTRIBUTION OF PHYSICAL VIOLENCE BY HEALTH PROFESSIONALS BY DEMOGRAPHIC VARIABLES

### **Abstract**

Its extremely important and peculiar characteristics such as the inability to delay health services in time, the necessity to be met urgently, and the cost of failure to human life make healthcare workers more risky in terms of being exposed to violence. As a matter of fact, violence against healthcare workers; Considering "the most brutal form of violence", that is, as a kind of "individual terror", the legislature adopted the law numbered 7243 in the Turkish Grand National Assembly on 15.04.2020. Based on the information stock on the subject, this study has been designed in order to "examine the distribution of the types of physical violence that health professionals working in the central public hospitals in Diyarbakır province are subjected to in terms of demographic factors". According to the findings obtained at the end of the research; It has been found that more than half of the employees have been subjected to any form of physical violence.

**Key Words:** Terror, Individual Terror, Physical Violence, Violence in Health

**Jel Code:** M10

### **GİRİŞ**

Yüzyılın salgını olarak da adlandırılan COVID-19 pandemisinde bile sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin hız kesmemesi konunun ne kadar önemli boyutlara ulaştığını gözler önüne sermektedir. "*Şiddetin çok vahşi bir şekli*" (Solak ve Kızmaz, 2018: 1-2) olan terör; "kontROLSÜZ kitlelerin çok kez gayri iradi olarak yani ani bir şekilde yarattığı, sistemsiz, örgüte gerek duymayan, çoğu kez de anlık veya kısa süreli aşırı şiddeti" ifade etmektedir (TBB Raporu, 2006: 3). Çok kısa bir tanıma göre ise terör, sembolik bir aksiyon/aktivitedir (Schmid ve Jongman, 1988:1). Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre "*korkutma, yıldırma, tehdit*" olarak kabul edilen terör, Latince "*korkudan sarsıntı geçirme, korkudan dehşete düşmeye sebep olma*" anlamlarını taşıyan "terrere" sözcüğünden gelmektedir (TBB Raporu, 2006:3). Biraz daha geniş bir tanıma göre terör, "*cebiri, baskı ve şiddet unsurlarını içeren eylemlerin belirli siyasi ve politik amaçlara ulaşmak hedefiyle işlenmesi*" olarak ifade edilmektedir (Uğurlu, 2019: 6). Sayılan tüm bu tanımlara rağmen uluslararası sistemde devletler terör tanımı noktasında bir uzlaşmaya varamamışlardır.

Kendini her toplumda farklı, ancak sürekli bir biçimde gündelik yaşamda hissettiren şiddet; *baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, tehdit ve fiziksel saldırı* gibi farklı formlarda görülebilmektedir (Doğan, 2015: 8). Şiddet, insanlık tarihi kadar eskidir. Böylesi geniş yelpazeye sahip olan şiddet olgusu özgürlüklerin ve hakların kısıtlanmasına da sebebiyet veren bir davranış şekli olarak algılanmaktadır (Akpınar, 2011: 1).

Çağımızın başlıca sorunları arasında yer alan şiddetin görüldüğü ortamlardan birisi de işyerleridir. Çalışma hayatında sıklıkla karşılaşılan şiddet, işyerinde fiziksel ve sözlü şiddet, cinsel taciz veya psikolojik taciz şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (Yardımcıoğlu, 2018: 146).

Diğer yandan bazı meslekleri yerine getirenler mesleğin kendine has özellikleri nedeniyle diğerlerine oranla şiddetle karşılaşma açısından daha fazla risk taşımaktadır. Bu grubun başında sağlık çalışanları gelmektedir. Sağlık kurumlarında insan hayatı gibi değerli bir unsurun ön planda olması hizmet alanlarla verenlerin kaygı yaşamalarına, dolayısıyla fiziksel ve/veya ruhsal yıpranmalara neden olmaktadır. Hizmet verilen kesimin içerisinde ruhsal problemlili, akıl hastaları, madde bağımlısı gibi hastaların var olması sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma oranını da arttırmaktadır (Cinoğlu, 2015: 2).

Sağlık çalışanına yönelik şiddetin terör bağlamında ele alınarak hazırlanan bu çalışmanın amacı terörün; “şiddetin çok vahşi bir şekli” olduğuna ilişkin tanımdan hareketle, Diyarbakır ili merkez kamu hastanelerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri ile şiddet algıları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Giriş ile başlayan çalışma üç kısımdan oluşmaktadır. “Kuramsal Çerçeve” başlıklı kısımda; literatürdeki bilgi stokuna yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci kısmı; “Araştırmanın metodolojisi” başlıklıdır. Çalışma “sonuç ve öneriler” ile tamamlanmaktadır.

## **1. KURAMSAL ÇERÇEVE**

Kuramsal çerçeve; “terör kavramının tanımı, nedenleri ve sonuçları, terörizm kavramı, şiddet kavramı, işyerinde şiddet, sağlık kurumlarında şiddet, demografik özellikler ile şiddet ilişkisi” başlıklarından oluşmaktadır.

### **1.1. Şiddeti İçeren Bir Kavram Olarak Terör**

Şiddeti bir araç olarak kullanan terör, öleceklerine ilişkin kaygı taşıyan insanlarda kendisini koruma içgüdüsünün duygusal bir gösterimi olarak da ortaya çıkabilmektedir. Çünkü öleceklerine dair kaygı taşıyan insanlar varoluşsal kaygılarını kontrol altına alabilmeye ihtiyaç duyarlar. Ölüme dair bu içgüdüsel kaygı diğer insanların hayatlarını dağıtma potansiyeli içermektedir (Fitri, Asih, Takwin, 2020: 1). Ani olarak meydana gelen terör, aynı zamanda çok travmatik olan ve ardından etkisini devam ettiren olgulardır. Öyle ki sadece travmaya maruz kalanın değil aynı zamanda ailelerinin, yakınlarının, onlara yardım edenlerin, gönüllülerin ve hatta söz konusu olayı medyadan takip eden bireylerin bile travmaya dolaylı olarak maruz kaldıkları söylenebilir (Aktaş, Bulduk, Orakçı, 2017: 8). Terör olaylarından sonraki bu

travmaya bağlı olarak görülebilen psikiyatrik bozukluklar aşağıda verilmiştir (Şar, 2017: 115-116):

*Akut Travma (Tip I):* Akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu olarak üç sendrom kümesi içinde değerlendirilen akut travma, travmatik ve stres verici yaşantılar sonucunda kişide görülebilmektedir.

*Birikimli, Erken, Kronik Travma (Tip II):* Depresyon, dissosiyatif bozukluk (kişide kimlik, bellek, algı ve çevre ile ilgili duyular gibi normalde bir bütün halinde çalışan işlevlerin bütünlüğünün bozulması), davranış bozuklukları ve yeme bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik görünümlere yol açarak kendini göstermektedir.

*Kitlesel Travma (Tip III):* Kişinin dünya görüşü ve yaşam amaçlarını, sosyal ilişkilerini etkileyebilen tip III (kitlesel) travma diğer psikiyatrik tabloları da tetikleyebilmekle birlikte, dar anlamda psikiyatrik sendromlarla belirtilemeyecek sonuçlara da yol açabilmektedir.

Terörün refah ve mutluluk üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada terörün insanın hayat kalitesini düşürdüğü; refah ve mutluluk düzeyini azalttığı saptanmıştır (Akay, Bargain ve Elsayed, 2020: 1). Diğer yandan terörün hâkim olduğu ortamlarda bulaşıcı hastalıkların daha fazla yayıldığı saptanmıştır. Çünkü çatışma ve şiddetin egemen olduğu ortamlarda sağlık sistemi bozulmakta ve sağlık programları uygulanamamaktadır. Diğer bir ifadeyle terör ve şiddet kamu sağlık sisteminin dengesini bozmaktadır (Bery ve Ford, 2016: 141).

## 1.2. Şiddet Kavramı

Çalışmanın bu bölümünde; öncelikle şiddetin tanımı ve çeşitleri irdelenmekte daha sonra fiziksel şiddet ve sağlık kurumlarında yaşanan fiziksel şiddet kavramları açıklanmaktadır. Toplumsal hayatın tüm alanlarında, bütün dünyada ve farklı kültürlerde sıklıkla görülen şiddetin kelime anlamı, kaba kuvvet, kendinden olmayan görüşe zor kullanma, duygusal ve fiziksel yönden aşırı uç noktada olmak olarak tanımlanmaktadır (Oktay, 2015: 58). Diğer bir ifadeyle şiddet; bireye kendi isteği dışında bir şey yapmak veya yaptırmak için baskı ve zor kullanarak, zarar vermek, hakaret etmek, psikolojik ve fiziksel acı vermek, yok etmek maksadıyla yapılan her türlü fiildir (Koştu, 2018: 7).

Araştırmacılar evrensel bir fenomen olan şiddet olgusunu açıklamaya çalışırken doğal olarak kişisel şiddet teorilerinden yararlanmaktadır. Büyük bir sadakat ile bağlanılan bu yaklaşımlar üç başlık altında toplanmaktadır: Biyolojik yaklaşımı benimseyen araştırmacılar şiddet uygulayan kadın ve erkeklerin şiddeti tetikleyen hormonal yapılarına, beyinlerindeki kimyasal

bileşimlere ve genetik yapılarına dayanarak bu kavramı açıklamaktadırlar (Stanko, 2003: 1). Öyle ki bu yaklaşımı benimseyenler şiddeti biyolojik bir bozuklukla açıklamanın gerekli olduğuna inanmaktadırlar (Annagür, 2010: 163). Psikolojik yaklaşımı benimseyen araştırmacılar ise, şiddet uygulayanların evhamdan etkilenmelerindeki farklılıklara veya tutarsızlıktan kaynaklanan saldırganlıklarına, ergenlik ya da çocukluk dönemindeki fiziksel ya da cinsel tacizlere ilişkin anılarına odaklanmaktadır. Sosyolojik yaklaşımı benimseyen araştırmacılar da şiddet uygulayanların sosyal ilişkilerine odaklanmaktadır (Stanko, 2003: 2).

Şiddet olgusunun açıklanmasında şiddeti doğuran faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Şiddeti doğuran faktörlerin çeşitliliği alan yazındaki araştırmalar sonucunda tespit edilmiştir. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir (Erkoç, Öksüz, 2020: 1181):

- Bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet),
- Çalışılan ortamın yapısı (kalabalık, gürültülü gibi),
- Bireylerin geçmiş yaşamında şiddet öyküsünün varlığı,
- Madde bağımlılığı (alkol, uyuşturucu gibi),
- Psikiyatrik rahatsızlıklar, kişilik bozuklukları,
- Gelir dağılımındaki dengesizlikler, adalet ve yargılama sürecinin uzunluğu,
- Bireylerin kendilerince soruna çözüm getirme ve hak arama düşünceleri,
- Sosyal medya, bilgisayar oyunları, tv yayınları gibi örnekler gösterilebilir.

### 1.3. Şiddet Çeşitleri

Şiddetin çeşitleri farklı kriterlere göre sınıflandırılabilir. Örneğin “şiddete maruz kalan, şiddeti yaşayan gruplara” göre bir sınıflama yapıldığında temel olarak şu alt başlıklar karşımıza çıkmaktadır: kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet, yaşlıya yönelik şiddet, akralar arası şiddet, kardeşler arası şiddet, flört şiddeti, engelliye yönelik şiddet, lgbt şiddeti, mülteci şiddeti ve kişinin kendine yönelik şiddeti. Ayrıca “uygulanan şiddet tipine” göre yapılan sınıflamada ise şu alt başlıklar karşımıza çıkmaktadır: fiziksel şiddet, cinsel şiddet, duygusal şiddet, ekonomik şiddet ve siber şiddet (Polat, 2016: 16-17). Bu kısımda şiddetin çeşitlerinden olan psikolojik, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddete yer verilmiştir. Makalenin konusunu oluşturan fiziksel şiddet türü ise ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

#### 1.3.1. Psikolojik Şiddet

Sözel şiddet, mobbing, ve tehdit şeklinde sınıflandırılan (WHO, 2002) psikolojik şiddet; “duyguların ve duygusal ihtiyaçların, zorlama, aşağılama, cezalandırma, öfke, gerginlik boşaltma amacıyla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde bir yaptırım ve

tehdit aracı olarak kullanılmasıdır” (Akpınar, 2011: 24). Bu şiddet türünde amaç, bireyin özsaygısını ve özgüvenini yitirmesini sağlamak, bir nevi kendine bağımlı hale getirtmektir (Gökalp, 2014: 9). Özellikle işyerinde önemli bir mesleki sağlık ve güvenlik sorunu haline gelen psikolojik şiddetle ilgili yapılan çalışmalar, psikolojik-duygusal şiddetin günümüzde fiziksel şiddetten daha tehlikeli boyutlara ulaştığını göstermektedir (Chappell, 2006: 16-22). Psikolojik şiddet olayları açısından en riskli ve en çok yaşanan işyerleri ve meslek grubunu sağlık kurumları ve onların çalışanlarının oluşturduğu yapılan çalışmalarda da görülmektedir (Vartia, 2003: 168-185). 2016’da Kurugöz’ün yaptığı bir araştırmada, katılımcıların %32,7’si sağlık çalışanına uygulanan psikolojik şiddete şahit olduğunu belirtmiştir (Kuruöz, 2016: 5). Ayrıca psikolojik şiddet, çalışanların iş gücü piyasasından dışlanmasına da sebebiyet vermektedir (Salin, 2003: 1213-1214).

### 1.3.2. Cinsel Şiddet

Değerler, inanışlar, duygular, kişilikler, sevilen-sevilmeyen şeyler, tutumlar, fiziksel görünüşler ve içinde yaşanılan topluma göre şekillenen bir kavram olan cinsellik, doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden bir süreçtir. Cinsel sağlık da “sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir”. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde, zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış hem keyifli hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir (Bozdemir ve Özcan, 2011: 37-38).

Buna karşılık cinsel şiddet ise, cinsel ilişkilerde, zorlama, sindirme, tehdit gibi olumsuz davranışları içermektedir Dolayısıyla her cinsel aktivitede cinsel şiddet söz konusu olabilmektedir. Örneğin karşı tarafı isteği dışında cinsel fantezilere zorlamak da cinsel şiddettir (Ahinkorah vd.,2020:1). Cinsel şiddet kaba kuvvet uygulayarak ortaya çıkabileceği gibi karşı tarafı isteği dışında cinsel fantezilere zorlamak şeklinde de gerçekleşebilmektedir (Ahinkorah vd.,2020:1).

### 1.3.3. Duygusal Şiddet

Şiddet tipleri içerisinde gündelik yaşamda en sık rastlanan tiplerden birisi de duygusal şiddettir. Duygusal şiddet, duyguların ve duygusal gereksinimlerin; zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (Yetimve Şahin, 2008: 49).

Duygusal şiddetin temelinde insanın yaşadığı psikolojik hasar bulunmaktadır. Kadınlarda, yaşlılarda ve özellikle çocuklarda büyük yıkımlara yol açabilmektedir. Duygusal şiddet iki özelliği ile diğer şiddet türlerinden ayrılmaktadır. Bunlar;

- Fiziksel ve cinsel şiddette olduğu gibi somut fiziksel bulguların bulunmayışı,
- Tek başına bulunabileceği gibi çoğu olguda diğer şiddet tipleriyle birlikte bulunduğu tespit edilmiştir. Cinsel ya da fiziksel saldırıya maruz kalan kişi aynı zamanda duygusal şiddete de maruz kalmaktadır (Polat, 2016: 31).

Duygusal şiddet algısı farklı sosyokültürel bölgelerde değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin Vietnam'da yapılmış olan bir çalışmada eşini zorla cinsel ilişkiye zorlayan bir kocanın davranışları duygusal şiddet olarak kategorize edilirken; Afrika'da yapılmış başka bir çalışmada ise kadının evden çıkmasına izin vermemek ya da cinsel istekte bulunmak gibi eylemler, fiziksel şiddetten ziyade daha çok duygusal şiddet olarak tanımlanmaktadır (Gencer, Ağırman, Arıca, 2019: 23).

#### **1.3.4. Ekonomik Şiddet**

Ekonomik şiddet, kadının birey olarak ekonomik açıdan özgürlüğünün elinden alınmasıdır. Ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır. Ekonomik şiddet davranışları; kadının çalışmasına, düzenli bir iş tutmasına engel olmak, ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılamamak, kadının iş yaşantısında ilerlemesine yardımcı olabilecek fırsatları değerlendirmesine engel olmak, çok kısıtlı harçlık verip bununla yapılması mümkün olmayan şeyler istemek ve gerçekleşmediğinde olay çıkarmak, çalışmasını reddedip kadının gelirini harcamak, evi zaman zaman terk ederek giderlerle hiç ilgilenmemek gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır (Polat, 2016: 33).

Ekonomik şiddet algısı da duygusal şiddet algısı gibi farklı sosyokültürel bölgelerde değişkenlik gösterebilmektedir. DSÖ, kadına yönelen şiddetin sadece fiziksel olmayıp fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve hepsini içerir tarzda olabileceğini beyan etmektedir (Gencer Ağırman, Arıca, 2019: 19).

#### **1.3.5. Fiziksel Şiddet**

Şiddet türleri içerisinde en sık karşılaşılan, gözlenen ve saptanan fiziksel şiddet, karşıdakini hırpalamak, dövmek şeklinde başlayıp ölüme bile neden olabilecek olaylarla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle fiziksel şiddet daha dramatik sonuçlara sebep olabilecek, dayaktan çok daha fazlasını içeren bir davranış şeklidir. Kısaca fiziksel şiddet; “*şiddete uğrayan mağdurun genel sağlığını etkileyen ve vücut bütünlüğünün bozularak, vücutta iz bırakan*

*lezyonların ve yaralanmanın olması” şeklinde tanımlanabilir (Polat, 2016: 25). Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engellemek, eziyet etmek ve hatta kişinin canına kast etmeyi de içeren fiziksel şiddet başka bir tanıma göre ise; bedene yönelik her türlü güç kullanımı ve saldıdır (Çilli vd., 2019: 6). “Fiziksel Şiddet Anketine (NISVS)” ilişkin olarak yayınlanan 2011 yılı raporun göre; ABD’de yılda 10 milyonun üzerinde kişinin fiziksel şiddete maruz kaldığı, dünya çapında yapılan farklı kırk sekiz çalışma incelendiğinde ise; kadınların %69’unun eşleri veya partnerleri tarafından hayatlarında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Hinds ve Giardino, 2017: 3). Tüm sağlık sistemi üzerinde de global bir yük olan ve mağdurları tarafından genellikle gizlenen ya da aile içi bir problem olarak algılanan kadına yönelik şiddet de şiddetin ayrı ve önemli bir yanını teşkil etmektedir (Gencer vd., 2019: 19). Öyle ki Türkiye’ de yapılan bir çalışmaya göre gebelikte dahi kadınların %36’ya varan oranda fiziksel şiddete maruz kaldıkları ve bu kadınların % 47’sinin şiddet nedeniyle fiziksel zarar gördükleri; bunun sonucunda %25’inin bir hastane veya sağlık profesyoneline başvurdukları saptanmıştır (Çilli, vd., 2019: 5). Ayrıca bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılan fiziksel şiddet, hafif yaralanmalardan cinayete varan durumlara yol açabilmektedir (Gümüş, vd., 2020: 79).*

Tepkisini fiziksel şiddet uygulayarak ortaya koyan bireylerin sürekli ve ani öfke düzeyleri ile bu öfkeyi ortaya koyuş şekillerinin ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öfke duygusunu kontrol edemeyenler öfkelenedikleri zaman tepkilerini fiziksel güç uygulayarak ortaya koyarlar. Dolayısıyla bu iki duygu ve davranışın genellikle bir arada sergilendiği görülür. Engellenme, tehdit edilme, kısıtlanma, yoksun bırakılma gibi durumlarda hissedilen ve genelde bu duruma sebebiyet veren kişi ya da duruma yönelik olumsuz davranışlarla sonuçlanabilen yoğun olumsuz bir duygu olarak öfke kavramı tanımlanmaktadır (Aygen ve Açık, 2014: 8). Başka bir nesne ve canlıya yönelik incitici, huzursuz edici davranışlar ise saldırganlık olarak tanımlanmaktadır (Aygen ve Açık, 2014: 9). Fiziksel şiddetin iki temel derecesi bulunmaktadır (Straus ve Gelles, 1988:4). Bunlar:

*Küçük Dereceli Şiddet:* Bir şey fırlatmak, hafifçe iteklemek, yakasından-kolundan-omuzundan tutup-çekmek, hafifçe tekme ya da tokat atmak şeklindedir.

*Daha Sert Şiddet:* Yumruk atmak, yerlerde tekmelemek, sert bir cisimle yakından vurmak, delici-kesici aletle yaralamak, yakıcı aletle yakmak, tabanca ile vurmak şeklindedir.



#### 1.4. Sağlık Kurumlarında Fiziksel Şiddet

Bazı sektörlerde (hizmet gruplarında) çalışan iş görenlerin şiddete yani bireysel teröre uğrama riskleri diğer sektörlerle kıyasla daha fazladır. Bu sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışan sağlık profesyonelleri hem kişisel risk faktörleri yönünden hem de iş ve iş yeri özellikleri yönünden büyük risk grubunu teşkil etmektedir. İnsan hayatı gibi büyük bir unsurun ön planda olması yapılan işi çok önemli kılmaktadır. Bu durum gerek hizmet sunanlarda gerekse hizmeti alanlarda fiziksel ve ruhsal yıpranmalara sebebiyet vermektedir. Ayrıca hizmet sunulan bireylerin bazen akıl hastaları veya alkol-madde kullanan kişilerden oluşması da şiddetle karşı karşıya kalma ihtimalini arttırmaktadır (Cinoğlu, 2015: 2).

Bu nedenle insan hayatının ön planda olduğu sağlık hizmeti sunan alanlar birçok riski bünyesinde barındırmaktadır. Risk skalasına bakıldığında da hastanelerin çok riskli alanlar olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarının 7 gün 24 saat hizmet sunması, iş yükünün fazla olması bununla birlikte sağlık personeli sayısının yeterli olmaması, hasta kişilerin ve ailelerinin stresli olması, iş yükünün fazlalığına bağlı olarak hastaların bekleme sürelerinin uzaması ve sağlık bakım hizmetlerinden istenilen düzeyde yararlanılamaması gibi birçok faktörün bir araya gelmesi sağlık kurumlarında yaşanan şiddeti arttıran nedenlerin başında gelmektedir. Ayrıca aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle başa çıkma konusunda çalışanın eğitiminin yetersiz oluşu ve güvenlik personelinin ya olmayışı ya da sayısının yetersiz oluşu, hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikeri, hasta bakıcı gibi çok geniş çalışan grubunun varlığı gibi birçok faktör sağlık kurumlarında yaşanan şiddet riskini arttıran unsurlar arasında sayılabilir (Çamlı ve Kutlu, 2011: 10).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının giderek yaygınlaşması iş güvenliği sorunu yanında ciddi bir halk sorunu haline gelmiştir. Bu sebeple alana odaklanan şiddet konusundaki çalışmalarda artış yaşanmıştır. Şiddet olaylarının %25'inin sağlık çalışanlarına yönelik olduğu Sağlık Sektöründe Mesleksi Şiddet 2002 Raporuyla ortaya konmuştur (Çamcı ve Kutlu, 2011: 10). Araştırmalarda şiddetin özellikleri ile türleri, şiddeti uygulayanlar ve şiddete maruz kalanlar, şiddetin sebepleri, şiddet sonrası raporlama davranışları gibi birçok konu tüm hastane bazında ve hastanelerin belli birimlerinde yapılmıştır. Birimler düzeyinde ele alındığında genelde (dünya genelinde) acil servislerin kalabalık oluşu, bekleme sürelerinin uzunluğu, hastaların hayati risk taşımaları neticesinde daha gergin olmaları şiddet olaylarının daha fazla yaşandığı birimler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız, 2019: 138).

Sağlık çalışanına yönelik fiziksel şiddetle ilgili olarak Türkiye'de yapılan bir çalışmada, katılımcıların %19'u sağlık çalışanına yönelik fiziksel şiddete şahit olduklarını belirtmişlerdir

(Kuruöz, 2016: 5). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası AR-GE Birimi tarafından hazırlanan Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması'nda, sağlık çalışanları ile yüz yüze anket metodu kullanılarak yapılan araştırmanın bulgularına göre; Katılımcılara, "Göreviniz yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor musunuz?" sorusu yöneltilmiş ve %81,9 oranında katılımcı "Evet" cevabını vermiştir. Araştırma sonucundan da görüldüğü gibi sağlık çalışanları sürekli bir tehdidin varlığından endişe etmektedir (Cinoğlu, 2015: 51-52).

Acil servislerde yaşanan şiddet olayları ile ilgili 1996 yılında Kanada'da yapılan bir araştırma sonucunda; sağlık profesyonellerinin %57'sinin yani yarısından fazlasının fiziksel şiddete uğradığı, %25'inin yaşanan şiddet olayından sonraki ilk mesai günlerinde, %24'ünün ise ilk haftada çalışma performanslarının düştüğü, ilerleyen dönemlerde de %19'unun çalışma verimliliğinin olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Ayrıca şiddet mağduru acil servis çalışanlarının %73'ünün hastalardan korktuğu, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin ise hastaları "potansiyel şiddet uygulayan" bireyler olarak gördükleri tespit edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada fiziksel şiddet mağduru sağlık çalışanlarının olay sonucu; %18'inin artık acil serviste çalışmak istemediği, %38'inin sağlık sektörü dışında başka bir işe geçmek istediklerini ve %67'si gibi büyük bir oranın ise işten ayrıldıkları görülmüştür (Demiroğlu, Kılınç, Atay, 2015: 50).

Japonya'da 11.095 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmada, katılımcıların %15,9'unun fiziksel şiddete maruz kaldığı, ABD'de 142 hastanenin çalışanıyla yapılan bir araştırmada ise, son bir yıl içinde fiziksel saldırıya uğrama oranının %13 olduğu saptanmıştır. İran'da da yapılan benzer çalışmalarda acil servis çalışanlarının %38'nin fiziksel saldırıya uğradığı görülmüştür (Arıkan, 2019: 16).

### **1.5. Demografik Özellikler ile Şiddet İlişkisi**

Demografik özelliklerin şiddet oluşumundaki etkileri incelendiğinde; örneğin cinsiyet faktörünün tek başına şiddet için önemli bir risk faktörü olduğu ve erkeklerin kadınlara nispeten şiddete daha meyilli olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Aygen ve Açık, 2014: 9). Kişinin yaşı ile şiddete uğrama arasında bir ilişkinin olup olmadığı da birçok açıdan önem taşıyan başka demografik bir unsuru teşkil etmektedir (Yıldız, 2019: 141).

Yapılan çalışmaların bir kısmında "şiddeti uygulayanlar" açısından demografik nitelikler ile şiddet arasındaki ilişkiler incelenirken diğer bir kısmında da "şiddete maruz kalanlar" açısından demografik nitelikler ile şiddet arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Büyükbayram ve Okçay

(2013) tarafından yapılan ve “şiddeti uygulayanlar” açısından demografik nitelikler ile şiddet arasındaki ilişkileri ele alan bir çalışmada; Hemşirelere yönelik yıldırma davranışı uygulayan kişilerin çoğunlukla doktorlardan ve yönetici hemşirelerden oluştuğu saptanmıştır. Cinsiyet açısından ele alındığında, şiddet uygulayanların çoğunlukla (%64’ünün) erkekler olduğu görülmüştür (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 48-49).

Demografik nitelikler ile şiddet arasındaki ilişkileri ele alan bir çalışmada 30-40 ve 40+ yaş gruplarındaki katılımcıların biri birine yakın düzeyde, 30 yaşın altındaki kişilerin ise daha az sıklıkta şiddete maruz kaldıkları yapılan analizler sonucunda görülmüştür. Yine aynı çalışmada şiddete maruz kalma ile çalışanların görev aldıkları bölümler arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Şiddete en fazla maruz kalınan alanlar sırasıyla acil, cerrahi ve dâhili servisler ve kan alma-enjeksiyon bölümleri iken, en düşük oranda şiddete maruz kalınan bölümler sırasıyla yoğun bakım ve ameliyathane, radyoloji ve laboratuvarlar olarak belirlenmiştir (Yıldız, 2019: 141-144). Büyükbayram ve Okçay (2013) tarafından yapılan çalışmada “şiddete maruz kalanlar” açısından demografik nitelikler ile şiddet arasındaki ilişkiler de ele alınmıştır. Bu bağlamdaki bulgulara göre hasta ve hasta yakınları ile daha yakın temas içinde oldukları için, hemşirelerin şiddete maruz kalma olasılığının diğer sağlık personeline göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Şiddete uğrayanlar ile ilgili olarak cinsiyet açısından bakıldığında ise, sağlık çalışanlarından şiddete uğrayanların sıklıkla kadınlar olduğu belirlenmiştir. Eğitim açısından ele alındığında da, özellikle hemşirelerin eğitim durumu ile şiddete uğrama oranı arasında ters orantı olduğu saptanmıştır. Nitekim 10 Avrupa ülkesinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin ve hemşire yardımcılarının daha çok şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 48-49).

## 2. METODOLOJİ

Çalışmanın bu bölümünde çalışmanın amacına, araştırmanın evreni ve örnekleme, veri toplama, değerlendirme tekniği ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı ile verilerin analizine yer verilmiştir.

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, “*Diyarbakır ili merkez kamu hastanelerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin maruz kaldıkları fiziksel şiddet türlerinin demografik faktörler itibariyle dağılımını*” irdelemektir.

### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Diyarbakır il merkezinde bulunan kamu hastanelerinde görev yapan 2810 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Çalışma evreninin zaman, para ve çaba açısından

ulaşılacak kadar büyük olması nedeniyle tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 280 örnekleme anket uygulanmıştır. Örneklemin belirlenmesinde öncelikle araştırmanın amacı ve sınırları çerçevesinde ana kütlelerin tereddüt uyandırmayacak şekilde tanımı yapılmıştır. İkinci adımda evreni oluşturan sağlık çalışanlarının isim, adres, telefon numaraları belirlenmiştir. Son olarak da bu listelerden “doğruluğu yüksek olan ve evrensel kabul özelliği bulunan” tesadüfi örnekleme yöntemiyle evreni temsil yeteneği olan bir örnek büyüklüğü seçilmiştir.

### 2.3. Veri Toplama ve Değerleme Tekniği

Çalışmanın veri seti *sorumlu yazar* tarafından hazırlanan; “*Sağlık Çalışanlarına Yönelik Sosyal Şiddet Olgusunun Kamu Yönetimi ve Meslek Etiği Açısından İncelenmesi*” başlıklı anket formu aracılığıyla toplanan verilerden üretilmiştir. Anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda demografik niteliklere ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci kısımda ise 5’li Likert Ölçeği’ne göre hazırlanmış olan ve 18 sorudan oluşan “*şiddet*” ile ilgili ölçek yer almaktadır. Bu ölçeğin hazırlanmasında “*Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*” başlıklı çalışmada kullanılan ölçekten yararlanılmıştır (Demiray Ready, 2013; 49-144).

Ölçeğin güvenilirlik değeri (Crombach’s Alfa Değeri) 0.850’dir. Bu ölçekte katılımcılara; “*kurumlarındaki sağlık çalışanlarının ne kadarının ne tür şiddete, ne oranda maruz kaldığını düşündükleri*” ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

### 2.4. Verilerin Analizi

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik nitelikleri ile şiddet algılarına ilişkin çapraz tablo analizlerine yer verilmiştir. Anketi cevaplayanların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; %15’inin 18-24, %45’inin 25-35, %31’inin 36-45 ve %9’unun ise 46 ve üzeri yaş grubunda oldukları görülmektedir. Ankete cevap veren katılımcıların %60’ı kadınlardan oluşurken; %40’ı erkeklerden oluşmaktadır. Ankete cevap veren katılımcıların %71’i bekâr, %29 ise evlidir. Anketi cevaplayanların eğitim düzeylerine göre dağılımına bakıldığında; %20’sinin lise, %17,5’inin ön lisans, %52,5’inin lisans ve %10’unun lisansüstü mezunudur. Anketi cevaplayanların mesleki pozisyonlarına göre dağılımına bakıldığında ise; % 8,6’sının doktorlardan, % 60,7’sinin ebe-hemşirelerden, % 14,6’sının sağlık elemanlarından ve %16,1’inin ise diğer personelden oldukları görülmektedir. Ateşli silahla fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 1.** Ateşli Silahla Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-24	23	54.7	09	21.4	05	11.9	01	2.4	04	9.6	042
25-35	81	63.8	35	27.6	08	6.3	02	1.5	01	0.8	127
36-45	67	75.3	17	19.2	03	0.3	01	0.1	01	0.1	089
46 +	16	72.8	05	22.7	00	0.0	00	0.0	01	0.4	022
<b>TOPLAM</b>	187	66.8	66	23.6	16	5.7	04	1.4	07	2.5	280

Tablo 1’de görüldüğü üzere katılımcıların “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısının en yüksek oranda görüldüğü yaş grubu 18-24 yaş dilimidir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünen katılımcı oranı %12’dir. Buna karşılık 36-45 yaş grubunda “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünen katılımcı oranı %2’dir. Delici/Kesici aletle fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 2’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 2.** Delici/Kesici Aletle Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-24	18	42.8	10	23.8	04	9.6	06	14.2	04	9.6	042
25-35	39	30.8	59	46.5	09	7.0	13	10.2	07	5.5	127
36-45	26	29.3	47	52.8	08	8.9	04	4.5	04	4.5	089
46 +	12	5.4	03	13.7	03	13.7	02	9.1	02	9.1	022
<b>TOPLAM</b>	95	33.9	119	42.6	24	8.5	25	8.9	17	6.1	280

Tablo 2’den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısının en yüksek oranda görüldüğü yaş grubu yine 18-24 yaş dilimidir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı %23,8’dir. Buna karşılık “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısının en düşük oranda görüldüğü yaş grubu ise 36-45 dilimidir. Bu yaş grubunda “delici/kesici aletle fiziksel şiddetin yarıdan fazla olduğunu” düşünenlerin oranı %9’dur. Yumruk/Tekme/Kafa ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 3’te gösterildiği şekildedir.

**Tablo 3.** Yumruk/Tekme/Kafa ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam N
	Hiç		Yarısyndan Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-24	13	30.7	06	14.4	03	7.2	06	14.4	14	33.3	042
25-35	21	16.5	36	28.4	21	16.5	23	18.1	26	20.5	127
36-45	11	12.3	27	30.4	17	19.1	13	14.6	21	23.6	089
46 +	05	22.8	08	36.5	01	4.5	04	18.1	04	18.1	022
<b>TOPLAM</b>	50	17.9	77	27.5	42	15.0	46	16.4	65	23.2	280

Tablo 3’den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısının en yüksek oranda görüldüğü yaş grubu da 18-24 dilimidir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı % 47,7’dir. Buna karşılık “delici/kesici aletle fiziksel şiddet algısının” en düşük oranda görüldüğü yaş grubu ise 46+ dilimidir. Bu yaş grubunda “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı %36,2’dir. Nesne/Eşya Fırlatma ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 4.** Nesne/Eşya Fırlatma ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam N
	Hiç		Yarısyndan Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-24	11	26.1	06	14.4	04	9.6	08	19.2	13	3.7	042
25-35	16	12.6	38	30.0	27	21.2	25	19.7	21	16.5	127
36-45	14	15.7	22	24.8	14	15.7	16	18.0	23	25.8	089
46 +	05	22.8	07	31.7	02	9.1	03	13.7	05	22.7	022
<b>TOPLAM</b>	46	16.4	73	26.1	47	16.8	52	15.6	62	22.1	280

Tablo 4’de görüldüğü gibi “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısının en yüksek oranda görüldüğü yaş grubu 36-45 dilimidir. Bu yaş grubunda “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddetin yarıdan fazla olduğunu” düşünenlerin oranı % 43,8’dir. Buna karşılık “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısının en düşük oranda görüldüğü yaş grubu ise 18-24 dilimidir. Bu yaş grubunda “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı %22,9’dur. Ateşli Silahla fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 5’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 5.** Ateşli Silahla Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarisından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
<b>Kadın</b>	115	68.4	40	23.8	07	4.2	03	1.8	03	1.8	168
<b>Erkek</b>	072	64.3	26	23.2	09	8.0	01	0.9	04	3.6	112
<b>Toplam</b>	187	66.8	66	23.6	16	5.7	04	1.4	07	2.5	280

Tablo 5’de görüleceği üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda erkeklerde görülmektedir. Erkeklerde bu oran %4,5, kadınlarda ise %2,1’dir. Delici/Kesici aletle fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 6’da gösterildiği şekildedir.

**Tablo 6.** Delici/Kesici Aletle Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarisından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
<b>Kadın</b>	66	29.4	59	35.1	14	8.3	15	8.9	14	8.3	168
<b>Erkek</b>	29	25.9	60	53.6	10	8.9	10	8.9	03	2.7	112
<b>Toplam</b>	95	33.9	119	42.6	24	8.6	25	8.9	17	6.0	280

Tablo 6’dan anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda kadınlarda görülmektedir. Kadınlarda bu oran %16,9; erkeklerde ise %11,6’dır. Yumruk/Tekme/Kafa ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 7’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 7.** Yumruk/Tekme/Kafa ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarisından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Kadın</b>	38	22.7	47	27.9	23	13.7	27	16.1	33	19.6	168
<b>Erkek</b>	12	10.7	30	26.9	19	16.9	19	16.9	32	28.6	112
<b>Toplam</b>	50	17.8	77	27.6	42	15.0	46	16.4	65	23.2	280

Tablo 7’den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda erkeklerde görülmektedir. Erkeklerde bu oran %45,5; kadınlarda ise %35,7’dir. Nesne/Eşya Fırlatma ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 8’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 8.** Nesne/Eşya Fırlatma ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Kadın</b>	37	22.0	43	25.6	27	16.1	29	17.3	32	19.0	168
<b>Erkek</b>	09	08.0	30	26.8	20	17.9	23	20.5	30	26.8	112
<b>Toplam</b>	46	16.5	73	26.0	47	16.8	52	18.6	62	22.1	280

Tablo 8’den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda erkeklerde görülmektedir. Erkeklerde bu oran %47,3; kadınlarda ise %36,3’dir. Ateşli Silahla fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 9’da gösterildiği şekildedir.

**Tablo 9.** Ateşli Silahla Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Evli</b>	138	69.7	44	22.3	08	4.0	04	2.0	04	2.0	198
<b>Bekâr</b>	049	59.8	22	26.9	08	9.7	00	0.0	03	3.6	082
<b>Toplam</b>	187	66.8	66	23.6	16	5.7	04	1.4	07	2.5	280

Tablo 9’dan da anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda evlilerde görülmektedir. Evlilerde bu oran %4; bekârlarda ise %3,6’dır. Delici/Kesici Aletle fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 10’da gösterildiği şekildedir.

**Tablo 10.** Delici/Kesici Aletle Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Evli</b>	71	35.9	82	41.5	18	9.0	15	7.5	12	6.1	198
<b>Bekâr</b>	24	29.3	37	45.1	06	7.3	10	12.2	05	6.1	082
<b>Toplam</b>	95	34.0	119	42.5	24	8.5	25	9.0	17	6.0	280

Tablo 10’dan anlaşılacağı gibi “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda bekârlarda görülmektedir. Bekârlarda bu oran %18,3; evlilerde ise %13,6’dır. Yumruk/Tekme/Kafa ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 11’de gösterildiği şekildedir.



**Tablo 11.** Yumruk/Tekme/Kafa ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Evli</b>	33	16.7	57	28.8	33	16.7	30	15.1	45	22.7	198
<b>Bekâr</b>	17	20.7	20	24.4	09	11.0	16	19.5	20	24.4	082
<b>Toplam</b>	50	17.8	77	27.6	42	15.0	46	16.4	65	23.2	280

Tablo 11'den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda bekârlarda görülmektedir. Bekârlarda bu oran %43,9; evlilerde ise %37,8'dir. Nesne/Eşya Fırlatma ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 12'de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 12.** Nesne/Eşya Fırlatma ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Evli</b>	31	15.6	55	27.8	37	18.7	35	17.7	40	20.2	198
<b>Bekâr</b>	15	18.4	18	21.9	10	12.2	17	20.7	22	26.8	082
<b>Toplam</b>	46	16.4	73	26.1	47	16.8	52	18.6	62	22.1	280

Tablo 12'den de izleneceği üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda bekârlarda görülmektedir. Bekârlarda bu oran %47,5; evlilerde ise %37,9'dur. Ateşli Silahla fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 13'de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 13.** Ateşli Silahla Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam
	Hiç		Yarısından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Lise</b>	37	66.1	13	23.2	05	9.0	0	0.0	1	1.7	056
<b>Ön Lisans</b>	34	69.5	08	16.3	03	6.1	3	6.1	1	2.0	049
<b>Lisans</b>	10	68.1	35	24.1	07	4.9	1	0.1	4	2.8	147
<b>L. Üstü</b>	16	57.1	10	35.7	01	3.6	0	0.0	1	3.6	028
<b>TOPLAM</b>	187	66.8	66	23.6	16	5.7	4	1.4	7	2.5	280

Tablo 13'den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda ön lisans mezunlarında olduğu görülmektedir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı % 8,1'dir. Buna karşılık

“kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının ateşli silahla fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en düşük oranda lise mezunlarında görülmektedir (%1,7). Delici/Kesici Aletle fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 14’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 14.** Delici/Kesici Aletle Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam N
	Hiç		Yarıyından Az		Yarıy		Yarıydan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
Lise	20	35.6	21	37.4	05	9.0	10	18.0	00	0.0	056
Ön Lisans	21	42.9	14	28.6	06	12.2	05	10.2	03	6.1	049
Lisans	46	31.3	70	47.7	09	6.1	09	6.1	13	8.8	147
L. Üstü	08	28.5	14	50.0	04	14.3	01	3.6	01	3.6	028
<b>TOPLAM</b>	<b>95</b>	<b>33.9</b>	<b>119</b>	<b>42.6</b>	<b>24</b>	<b>8.6</b>	<b>25</b>	<b>8.9</b>	<b>17</b>	<b>6.0</b>	<b>280</b>

Tablo 14’de görüldüğü gibi “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda lise mezunlarında görülmektedir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı %18’dir. Buna karşılık “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının delici/kesici aletle fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en düşük oranda lisansüstü mezunlarında görülmektedir. Bu gruptaki katılımcı oranı %7,2’dir. Yumruk/Tekme/Kafa ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 15’de gösterildiği şekildedir.

**Tablo 15.** Yumruk/Tekme/Kafa ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam N
	Hiç		Yarıyından Az		Yarıy		Yarıydan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	
Lise	12	21.4	15	26.8	06	10.7	08	14.3	15	26.8	056
Ön Lisans	09	18.4	14	28.6	03	6.1	13	26.5	10	20.4	049
Lisans	26	17.7	37	25.2	28	19.0	21	14.3	35	23.8	147
L. Üstü	03	10.7	11	39.4	05	17.8	04	14.3	05	17.8	028
<b>TOPLAM</b>	<b>50</b>	<b>17.8</b>	<b>77</b>	<b>27.6</b>	<b>42</b>	<b>15.0</b>	<b>46</b>	<b>16.4</b>	<b>65</b>	<b>23.2</b>	<b>280</b>

Tablo 15’den anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda ön lisans mezunlarında görülmektedir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı % 46,9’dur. Buna karşılık “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının yumruk/tekme/kafa ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en düşük oranda lisansüstü

mezunlarında görülmektedir. Bu gruptaki katılımcı oranı %32,1'dir. Nesne/Eşya Fırlatma ile fiziksel şiddet konusunda katılımcı algılarının eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 16'da gösterildiği şekildedir.

**Tablo 16.** Nesne/Eşya Fırlatma ile Fiziksel Şiddet Algısının Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Maruz Kalınma Düzeyi										Toplam N
	Hiç		Yarisından Az		Yarısı		Yarıdan Fazla		Tamamı		
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	
Lise	10	17.8	14	25.0	09	16.1	08	14.3	15	26.8	056
Ön Lisans	08	16.3	15	30.6	04	8.2	15	30.6	07	14.3	049
Lisans	25	17.0	38	25.9	26	17.7	25	17.0	33	22.4	147
L. Üstü	03	10.7	06	21.4	08	28.6	04	14.3	07	25.0	028
<b>TOPLAM</b>	46	16.4	73	26.1	47	16.8	52	18.6	62	22.1	280

Tablodan da anlaşılacağı üzere “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en yüksek oranda ön lisans mezunlarında görülmektedir. Bu grupta “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığını” düşünenlerin oranı % 44,9'dur. Buna karşılık “kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının nesne/eşya fırlatma ile fiziksel şiddete maruz kaldığı” algısı en düşük oranda lisan üstü mezunlarında görülmektedir. Bu gruptaki katılımcı oranı %39,3'dür.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19'un enfeksiyon spektrumu geniş olması nedeniyle pandemi sırasında, salgınla mücadelenin ön safını oluşturan sağlık çalışanları arasında ölümler de dahil olmak üzere ciddi sonuçlar bildirilmiştir. Diğer yandan Sağlık çalışanları, Corona virüsünden korunma amacıyla kullandıkları malzemelerin sebep olacağı yara ve tahribat riski, enfekte olmuş hastalardan kendilerine virüs bulaşma riski veya kendilerinde mevcut bulunan virüsü aile üyelerine ya da üçüncü kişilere bulaştırma riski ile karşı karşıyadırlar. Ayrıca sağlık çalışanları COVID-19 bulaşma riski nedeniyle çocuklarına yaklaşmamak, onlarla yakın temas halinde bulunamamak, hatta ev ortamında bile sürekli olarak koruyucu maske kullanmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum; çocuklarında olumsuz psikolojik etkilere neden olmaktadır. Yine aynı tehlike sebebiyle sağlık çalışanları bakıma veya desteğe ihtiyaç duyan ana, baba ya da diğer aile büyükleriyle ilgilenememektedirler.

Sağlık çalışanları “insanların bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik içerisinde olması” için çalışırken çok sayıda riskle karşı karşıya kalmaktadırlar. Araştırmamızda bu risklerden birisini oluşturan “fiziksel şiddet” ele alınmıştır. Çünkü “şiddetin vahşi bir şekli” olarak tanımlanan fiziksel şiddet, “bireysel terör” olarak da tanımlanmaktadır. Fiziksel şiddetin sağlık

kurumlarındaki yansımalarına duyarlılık gösteren yasama organı 15.04.2020 tarihinde TBMM'DE 7243 sayılı yasayı kabul etmiştir. Yasanın 28. Maddesi ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 12'nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir:

*“Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında; a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır. b) Türk Ceza Kanunu'nun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz.”*

Katılımcıların *“tamamının maruz kaldığı fiziksel şiddet türlerinin demografik faktörler itibariyle dağılımı”* konusunda ulaşılan bulgular arasında dikkat çeken sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Katılımcıların yaş gruplarıyla *“kurumlarında çalışanların fiziksel şiddete maruz kalmaları”* arasındaki ilişkiye dair görüşleri alan yazındaki çalışmalar ile büyük oranda örtüşmektedir. Örneğin araştırmamızda 35 ve daha küçük yaş grubundaki katılımcılara göre *“sağlık çalışanlarının %64'ü şiddetin herhangi bir türüne”* maruz kalmaktadır. 36 ve daha üst yaş grubundaki katılımcılara göre *“sağlık çalışanlarının %68'i şiddetin herhangi bir türüne”* maruz kalmaktadır. Bu sonuç Yıldız'ın yapmış olduğu araştırmanın bulgularıyla da örtüşmektedir. Nitekim Yıldız'ın yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre; *“30 yaş altındakiler diğer yaş grubundakilere göre daha düşük oranda şiddetin herhangi bir türüne”* maruz kaldığı tespit edilmiştir(Yıldız,2019: 142).

18-24 yaş grubundaki katılımcılara göre *“çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri”* arasında ilk sırayı *“Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet”* alırken, son sırada aynı puanla *“ateşli silahla ve Delici/Kesici aletle şiddet”* bulunmaktadır. 25-35 yaş grubundaki katılımcılara göre *“çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri”* arasında yine ilk sırayı *“Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet”* alırken, son sırada *“ateşli silahla şiddet”* bulunmaktadır. 36-45 yaş grubundaki katılımcılara göre *“çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri”* arasında aynı şekilde ilk sırayı *“Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet”* alırken, son sırada *“ateşli silahla şiddet”* bulunmaktadır. 46 ve üstü yaş grubundaki katılımcılara göre *“çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri”* arasında ilk

sırayı diğerlerinden farklı olarak “*nesne/eşya fırlatma ile şiddet*” alırken, son sırada “*ateşli silahla şiddet*” bulunmaktadır. Katılımcıların cinsiyetleriyle “*kurumlarında çalışanların fiziksel şiddete maruz kalmaları*” arasındaki ilişkiye dair görüşleri alan yazındaki çalışmalar ile büyük oranda örtüşmektedir. Örneğin araştırmamızda “*kurumlarında çalışanların şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmadığını*” düşünen erkek katılımcı oranı kadın katılımcı oranından fazladır. Nitekim Demiray Ready’nin yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre de “*sağlık çalışanların şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmadığını*” düşünen erkek katılımcı oranı kadın katılımcı oranından fazladır. (Demiray Ready, 2013: 74)

Araştırmamızda kadın katılımcılara göre “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” alırken, son sırada “*ateşli silahla şiddet*” bulunmaktadır. Erkek katılımcılara göre de “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında yine ilk sırayı “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” alırken, son sırada “*Delici/Kesici aletle şiddet*” bulunmaktadır.

Evli katılımcılara göre “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” alırken, son sırada “*ateşli silahla şiddet*” bulunmaktadır. Bekâr katılımcılara göre ise “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” alırken, son sırada “*nesne/eşya fırlatma ile şiddet*” bulunmaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleriyle “*kurumlarında çalışanların fiziksel şiddete maruz kalmaları*” arasındaki ilişkiye dair görüşleri ise alan yazındaki bazı çalışmalar ile çelişmektedir. Örneğin araştırmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe “*kurumlarında çalışanların şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmadığını*” düşünenlerin oranı artmaktadır. Oysa Demiray Ready’nin yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre “*eğitim durumu yükseldikçe, şiddetle karşılaşma durumu azalmaktadır*” ((Demiray Ready, 2013: 74).

Lise mezunu katılımcılara göre “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı aynı puana sahip olan “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” ve “*nesne/eşya fırlatma ile şiddet*” alırken, son sırada “*delici/kesici aletle şiddet*” bulunmaktadır. Ön Lisans mezunu katılımcılara göre ise; “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” alırken, son sırada “*ateşli silahla şiddet*” bulunmaktadır.

Lisans mezunu katılımcılara göre “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı “*Yumruk/Tekme/Kafa ile şiddet*” alırken, son sırada “*ateşli silahla*

*şiddet*” bulunmaktadır. Lisans Üstü mezunu katılımcılara göre ise “*çalışanların tamamının maruz kaldıkları fiziksel şiddet türleri*” arasında ilk sırayı “*nesne/eşya fırlatma ile şiddet*” alırken, son sırada eşit puana sahip “*ateşli silahla ve Delici/Kesici aletle şiddet*” bulunmaktadır. Kuramsal kısımdaki bilgilerden ve araştırma bulgularından hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

Literatürde şiddetin “*bireysel terör*” şeklindeki tanımı dikkate alınarak “*sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin*” ilgili yasalarda “*terör suçu kapsamına alınıp- alınamayacağı*” hususunun hukuk ve siyaset insanları başta olmak üzere ilgili diğer disiplinlere (psikoloji, sosyoloji gibi), sivil toplum kuruluşlarına, sektör temsilcilerine ve diğer paydaş gruplara mensup kişilerden oluşan bir kurulca tartışılması önerilebilir.

Ancak toplumsal düzeyde “*şiddetin minimum seviyede*” olduğu; “*barışın, huzurun, sükûnetin ve hoş görünün*” hâkim kılındığı bir kültürünün oluşturulmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Doğal olarak bu kültür üst yönetimin liderliğini ve desteğini; ilk kademe yönetimin taahhüdünü ve diğer bireylerin katılımını gerektirmektedir. Ancak bu şekilde şiddetin, “*sorun çözümlerinin bir aracı*” ve “*bir yaşam biçimi*” olarak görülmesi engellenebilir. “*Barış, huzur, sükûnet ve hoş görü*” kültürünün kurgulanması ile bağlantılı olarak “*bireyler arası etkili iletişim becerilerinin*” topluma kazandırılması gerekmektedir. Her iki amaca ulaşabilmenin “*olmazsa, olmazı*” eğitimidir. Hem örgün hem yaygın hem de yaşam boyu eğitim yöntemleriyle; yazılı, görsel, işitsel medya/sosyal medya aracılığıyla toplumun daha yoğun bir şekilde bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Diğer yandan sağlık çalışanlarının da “*şiddetin oluşması ve yayılmasındaki rolü*” gözden kaçırılmamalıdır. Bu nedenle hem sağlık sektörüne insan kaynağı yetiştiren okullarda hem de sağlık kurumlarındaki hizmet içi eğitim programlarında zorunlu dersler arasına “*şiddeti önlemek ve/veya yönetmek*” ile ilgili zorunlu dersler konulabilir. Sağlık sektöründe *şiddetin önlenmesi ve/veya yönetilmesinde* sağlık kurumları yöneticilerine de ağır sorumluluklar ve görevler düşmektedir. Bu kapsamda kurum yöneticilerinin yetki ve sorumluluk alanına giren yönü itibariyle sağlık personelinin “*nöbet, izin ve mesai saatleri*” gibi hususlarda daha adil düzenlemeler yapılabilir, randevulu hasta kayıt sistemine daha fazla önem verilebilir.

Sorunun temel kaynağına yönelik bir çözüm olmamakla birlikte sağlık kurumları yönetimince; güvenlik önlemlerine daha fazla önem verilerek güvenlik görevlilerinin sayıları, kaliteleri, imkân ve kabiliyetleri artırılabilir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarına “*şiddeti rapor etmeleri*”

konusunda gerekli destek ve güvence verilebilir ve böylece sağlık çalışanı yalnızlık hissiyatından kurtarılabilir. Yine bu bağlamda şiddete maruz kalmış çalışanlara danışmanlık, psikolojik destek gibi yeniden motive edici imkânlar sağlanabilir.

Bu çalışmayı sınırlayan ve gelecek çalışmalarda dikkate alınması önerilebilecek olan birtakım sınırlılıklar söz konusudur. Bu sınırlılıklardan birisi araştırmanın evrenine ilişkindir. Gelecekte planlanan bir araştırmanın evreni daha geniş bir alanı kapsayabilir. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı örneklem üzerinde çalışılmış olmasıdır. Konuyla ilgilenen araştırmacılara örneklem üzerinde değil de evren üzerinde çalışmaları önerilebilir. Araştırmanın üçüncü sınırlılığı veri toplama yöntemine ilişkindir. Araştırmada sadece niceliksel veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Gelecekte konuya ilişkin olarak planlanan bir araştırma için niteliksel veri toplama yöntemlerinin (görüşme, gözlem, doküman ve arşiv kayıtları inceleme) kullanılması önerilebilir. Araştırmanın dördüncü sınırlılığı veri değerlendirme yöntemine ilişkindir. Araştırmada sadece betimsel istatistik kullanılmıştır. Gelecekte konuya ilişkin olarak planlanan bir araştırma için çıkarımsal analiz, ilişki analizi ve farklılık analizi gibi yöntemlerin kullanılması önerilebilir.

**KAYNAKÇA**

- Ahinkorah, B.O., Seidu, A.A., Appiah, F., Oduro, J.K., Sambah, F., Baatiema, L., Budu, E., Ameyaw, E.K. (2020), "Effect Of Sexual Violence On Planned, Mistimed And Unwanted Pregnancies Among Women Of Reproductive Age In Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis Of Demographic And Health Surveys", *SSM- Population Health*, 11, s. 1-8.
- Akay, A., Oliver B., Ahmed E., (2020), "Global Terror, Well-Being and Political Attitude", *European Economic Review*, 123, s.1-12.
- Akpınar, O. (2011), "Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınların Aile İçi Şiddetle Başa Çıkma Öz Yeterliği Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre Yordanması", (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, İzmir.
- Aktaş, S., Bulduk B., ve Orakçı, H. (2017), "Terör Mağdurlarının Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar", G.O.P. Taksim E.A.H., *JAREN*, 3, (Ek sayı), s. 6-9.
- Annagür, B. (2010), "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), s. 161-173.
- Arıkan, K. (2019), "Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Durumunda Beyaz Kod Vermedeki Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Şiddeti Önleme Konusundaki Önerileri", (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Aygen M., ve Yasemin A. (2014), "Elâzığ İlinde Gençlerde Şiddete Başvurma Ya Da Maruz Kalma Sıklığı, Etkileyen Faktörler Ve Öfke İle İlişkisi", *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3, s. 8-17.
- Bery, I., and Ford, L. B. (2016), "Leishmaniasis, Conflict And Political Terror: A Spatio-Temporal Analysis", *Social Science-Medicine*, 167, s.140-149.
- Bozdemir, N., Sevgi Ö. (2011), "Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış", *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 5(4), s. 37-46.
- Büyükbayram A. ve Hale O., (2013), "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), s.46-53.



- Cinoğlu, A. (2015), “Sağlık Kurumlarında Şiddet, Dönem Projesi”, *Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Programı*.
- Çamcı, O. ve Kutlu Y. (2011), “Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), s. 9-16.
- Chappell, D., and Di Martino, V. (2006), *Violence At Work*, International Labour Organization, Third Edition, Genova.
- Çilli B., Nuran A. A., ve Gözde K. (2019), “Gebelikte Fiziksel ve Ruhsal Şiddet Durumunda Ebelik Yaklaşımı”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), s. 1-14.
- Demiray R., and Nilay, F. (2013), *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*, Sağlık-SEN, Ankara.
- Demiroğlu T., Erhan K., ve Emre A. (2015), “Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis İli Örneği”, *Araştırma Yazısı*, 24(1), s. 49-55.
- Doğan, Ö. (2015), *Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansımaları*, (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Konya.
- Erkoç B., Metin Ö. (2020), “Sağlık Çalışanlarına Karşı Uygulanan Şiddet Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(69).
- Gencer M. Z., E. Ağırman, ve S. Arıca, (2019), “İstanbul İlinde Kadına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Kadınların Şiddet”, *Ahi Evran Medical Journal*, 3(1), s. 18-25.
- Gökalp, Ö. T. (2014), *Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunda Kadın ve Şiddet*, (Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Anabilim Dalı, İstanbul.
- Gümüş A. B., S. Şıpkın, Ö. Erdem (2020), “Kadına Yönelik Eş Şiddeti Yaygınlığı Ve Kadınların Baş Etme Yöntemleri”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2), s. 79-87.
- Hinds, T. S., and Giardino, A.P. (2017), *Child Physical Abuse: Current Evidence, Clinical Practice and Policy Directions*, USA: Springer, s.3.
- Koştı, N. (2018), *Planlı Davranış Teorisine Dayalı Kadına Yönelik Eş Şiddeti Eğitim Programının Hemşirelerin/Ebelerin Şiddet Olgularına Yönelik Yaklaşımlarına Etkisi*,

Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, s.7.

Kuruöz, G., (2016), *Acil Serviste Hasta ve Hasta Yakınlarına Göre Sağlıkta Şiddet*, (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın.

Oktay E. Y. (2015), “Türkiye’nin ve Dünyanın Ortak Sorunu: Kadına Şiddet”, *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 64, s. 57-118.

Polat O. (2016), “Şiddet”, *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), s.15-34.

Salin, D. (2003), “Ways of Explaining Workplace Bullying: A review Of Enabling, Motivating and Precipiating Structures and Process In The Work Environment”, *Human Relations*, 56(10), s. 1213-1232.

Schmid, A. and Albert J. J. (1988), *Political Terrorism*, USA: Transaction Publishers.

Solak, Âdem, Zahir Kızmaz (2018), “*Terör ve Madde Bağımlılığı*”, Şiddet ve Sosyal Travmalar Uluslararası Kongre Bildiri Kitabı, Nisan 2018, Samsun, s.1-2.

Stanko E. A., (2003), *Conceptualising The Meanings of Violence*, Part-1, 2, Edited by: Stanko E. A. The Meanings of Violence, New York: Routledge.

Straus, M. A., Gelles, R. J. (1988), *Physical Violence in American Families*, USA: Routledge.

Şar, V. (2017), “Savaş ve Terör Yaşantılarında Travma Sonrası Stres”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33 (Ek sayı), s.114-120.

Türkiye Barolar Birliği, (2006), *Türkiye ve Terörizm*, Rapor, Ankara, s. 205-223.

Uğurlu, S. (2019), *Terörizmin Ekonomik Büyüme ve Sabit Sermaye Yatırımları Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği*, Doktora Tezi, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.

Vartia, M. (2003), “Workplace Bullying”, A study on the Work Environment, Wellbeingand Health. People and Work Research Reports 56, Finnish Institute of Occupational Health, 13, Helsinki.

WHO (2002), “World Report On Violence and Health”, Geneva, 2002; 5.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4295/1/9241545615\\_eng.pdf/](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4295/1/9241545615_eng.pdf/), E.T:  
15.02.2021.

Yardımcıoğlu, D. (2018), “Türk İş Hukukunda İşyerinde Şiddet ve Uygulanacak Hukuki Yaptırımlar”, *IJSHS*, 2(1), s.44-160.

Yetim, D., Şahin E. M., “Aile Hekimliğinde Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşım”, *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(2), s.48-53

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