

T.C.

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



**2016-2019 YILLARI ARASINDA YAŞANAN BEYAZ KOD VAKALARININ
İNCELENMESİ: SAKARYA İLİ ÖRNEĞİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

CEREN ŞENTÜRK

151103014

İSTANBUL, EYLÜL 2019

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



2016-2019 YILLARI ARASINDA YAŞANAN BEYAZ KOD VAKALARININ
İNCELENMESİ: SAKARYA İLİ ÖRNEĞİ

SAĞLIK YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CEREN ŞENTÜRK

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi İtir ERKAN

İSTANBUL, EYLÜL 2019

T.C.

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı 151103014 numaralı yüksek lisans öğrencisi Ceren Şentürk'ün **“2016-2019 Yılları arasında yaşanan Beyaz Kod vakalarının incelenmesi: Sakarya ili örneği”** adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 13/09/2019 tarih ve 2019/13 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09/09/2019

Öğretim Üyesi Adı ve Soyadı		İmzası
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi İtir ERKAN	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Resul İZMİRLİ	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Gülhan KALMUK	



T.C.

**İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

09/ 09/ 2019

Ceren ŞENTÜRK

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde yaşanan şiddet olayları tüm dünyada çözüme kavuşmayı bekleyen, oldukça geniş kitleleri kapsayan önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalarca ortaya konan çözüm önerileri dikkate alındığında şiddetin büyük ölçüde önleneceği görülmektedir. Şiddetin sınıflandırılma biçimi literatürde tek olsa da her toplumun kendine özgü yapısı şiddetin tanımında yerini belirlemektedir. Çalışma, yıllar içinde yaşanan şiddet vakalarının bildirilme sürecini incelemiş ve sayısal verilerle yaşanan şiddet olaylarını sınıflandırmıştır. Çalışmanın Sakarya ili için veriler sunması literatürde ilktir. Ulusal ölçekli bir sağlıkta şiddete bakışta Sakarya ili için paylaşılan veriler önem arz edecektir.

Tez sürecimde beni destekleyen, deneyimleriyle yol gösteren, tezimin her aşamasında değerli katkıları olan çok sevgili Hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi İtir Erkan'a,

Bana verdikleri manevi güç için aileme,

Tez yazdığım süre boyunca yanımdan asla ayrılmayan İrma'ya ve sevgili eşime çok teşekkür ederim.

İSTANBUL, 2019

Ceren ŞENTÜRK

KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BK: Beyaz Kod

ÇGB: Çalışan Güvenliği Birimi

IMF: International Monetary Fund

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

OHA: Ontario Hospital Association

OSHA: Occupational Safety and Health Administration

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

WHO: World Health Organization

ŞEKİLLER

Şekil 1. Şiddetin Tipolojisi (Geneva, 2002)	4
Şekil 2. Şiddet Maruziyetinin Yıllara Göre Unvan Olarak Dağılımı	21



TABLÖLAR

Tablo 1. Acil Durum Kodları (Ontario Hastaneler Birliği-OHA)	14
Tablo 2. Şiddet Türünün Yıllara Göre Dağılımı	19
Tablo 3. Şiddet Mağdurunun Unvanı	20
Tablo 4. Şiddet Vakalarının Gerçekleştiği Birimler	22
Tablo 5. Beyaz Kod Vakalarının Bildirim Şekli	23
Tablo 6. Mağdurların Hukuki Yardım Almalarına Dair Oranlar	24



ÖZ

2016-2019 Yılları Arasında Yaşanan Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi: Sakarya İli Örneği

İşyerinde şiddet dünya çapında artan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet davranışlarının arkasında çok sayıda sebep bulunmaktadır. Özellikle sağlık çalışanları işyerinde şiddet açısından risk altında olarak diğer hizmet çalışanlarından 4-16 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar.

Yaşanan şiddet olaylarının fiziksel, psikolojik, ruhsal sonuçları olmaktadır. İşyeri stresine neden olan uzun çalışma saatleri, kızgın ve huzursuz hastalar, hastanede şiddeti tetikleyen esas dikkat çekici unsurlar olarak kaydedilmektedir. Hükümetlerin, sağlık personelinin korumak ve hastalara tedavi sağlarken şiddet davranışlarına karşı önlemler almak konusunda bilinçli olmaları beklenmektedir. Bu nedenle yaşanan şiddet olayları, ülkeleri, acil durumda kullanılmak üzere oluşturulan renkli kodlar rehberini takip etmeye yönlendirmiştir. Acil durum renk kodları, sağlık çalışanlarını birçok kritik pozisyon için uyarmak amacıyla oluşturulmuştur. Beyaz renk kodu, güvenlik hizmetlerini müdahaleye yönlendirerek sağlık çalışanlarını şiddet davranışları konusunda uyarmak için kullanılmaktadır.

Çalışmaya göre, özellikle Acil Serviste sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önemli bir sorun olduğu görülmektedir. Beyaz Kod raporlarının % 42'si Acil Serviste kaydedilmiştir. En çok bildirilen (%83) şiddet türü sözlü taciz olmuştur.

Tüm sağlık çalışanları güvenli bir iş yerinde çalışma hakkına sahiptir. Sağlık çalışanlarının güvenliği, hasta güvenliği ile aynı önceliği hak etmelidir. Ülkemiz için çok önemli bir sorun olan işyerinde şiddetin oluşumunda sosyal, kültürel, çevresel, örgütsel ve kişisel unsurları içeren çeşitli risk faktörleri rol oynamaktadır. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, sağlık sektöründeki işyerinde şiddet ciddi şekilde ele alınmalı ve önleme için strateji ve politikalar geliştirilmelidir.

Ceren ŞENTÜRK, 2019

Anahtar kelimeler: İşyerinde Şiddet, Beyaz Kod, Acil Renk Kodu

ABSTRACT

Investigation of White Code Reports Between 2016-2019: The Case of Sakarya Province

Workplace violence is escalating phenomenon all over the world. There are many reasons behind the violence behaviors. Healthcare workers have under particular risk of workplace violence, and they are being exposed to violence 4-16 times more than other service workers.

Also violence has many consequences that overcome by the healthcare professionals, like physical, psychological, mental damages. Staffs' over workload, nervous and restive patients are mainly remarkable for cause of workplace stress which triggers violence in hospitals. Governments have to be cognizant about to protect healthcare personnels and to take precautions con to violence behavior while providing treatments to patients. In this manner these violent acts lead countries to follow an emergency color code standardization guide. Emergency color codes were constituted to alert healthcare workers for many forms of critical positions. White color code is used to alert healtcare workers for violence behavior by prompting security services to intervention.

Our study shows that violence against healthcare workers is a significant problem in department of emergency especially. Due to our study 42% of white code reports are experienced in emergency department. Mostly reported type of violence was verbal abuse, (83%).

All healthcare workers have right to work in a safe working place. The safety of healthcare workers should deserve the same priority as patient safety. Various risk factors including social, cultural, environmental, organizational and personal elements play a role in the formation of workplace violence that is very important for our country. Considering all those factors, the workplace violence in health sector should be seriously handled and the strategies and policies must be developed for prevention.

Ceren ŞENTÜRK, 2019

Key words: Workplace Violence, White Code, Emergency Color Code

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY BELGESİ.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER.....	vii
TABLolar.....	viii
ÖZ.....	ix
ABSTRACT.....	x
İÇİNDEKİLER.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şiddet Tanımı.....	3
2.2. Şiddet Türleri.....	4
2.2.1. Kişinin Kendisine Uyguladığı Şiddet.....	5
2.2.2. Kişilerarası Şiddet.....	5
2.2.3. Kolektif Şiddet.....	5
2.3. Şiddet Davranışları.....	6
2.3.1. Fiziksel Şiddet.....	6
2.3.2. Sözlü Şiddet.....	6
2.3.3. Cinsel Şiddet.....	6
2.3.4. Psikolojik Şiddet.....	7
2.3.5. Mobbing.....	7
2.4. İşyeri Şiddeti.....	8
2.4.1. Hastanede Şiddetin Sebepleri.....	9
2.4.1.1. Sağlık Politikalarının Hastanede Şiddet Üzerine Etkisi.....	11
2.5. Renkli Kod Uygulamaları.....	13
2.5.1. Ülkemizde Kullanılan Renkli Kodlar.....	14
2.5.1.1. Beyaz kod.....	14
2.5.1.2. Mavi kod.....	15

2.5.1.3. Pembe kod	15
2.5.1.4. Kırmızı kod	15
2.5.2. Beyaz Kod Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	25
KAYNAKLAR	29
EK.1. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	39
EK.2. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü	40
EK.3. Etik Kurul Onayı	41
ÖZGEÇMİŞ	Error! Bookmark not defined.

1. GİRİŞ

İşyeri şiddeti en sık olarak bildirilen, oldukça yaygın ve yaygınlaşmaya da devam eden bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

İnsanlığın ilk tarihinden beri varolan şiddet olgusunun bireysel ve toplumsal öğeleri barındıran kompleks bir yapısı bulunmaktadır (2). Şiddet, maddi veya manevi gücün, kişinin kendisine, başka bir bireye ya da toplumlara hasar bırakacak biçimde, fiilen ya da tehdit şeklinde uygulanmasıdır (3). İşyeri şiddeti ise, çalışanların işiyle alakalı ya da alakasız olarak çalıştıkları süre içinde bir başka kişinin saldırısı veya istismarına uğradığı durumlar olarak tanımlanmaktadır (4).

Şiddet pek çok açıdan zarar verebilen bir olgudur ve çeşitli şekillerde görülebilmektedir. Sağlıkta şiddet yalnızca ülkemiz için değil tüm Dünyada yer bulan, çözülmeye çalışılan bir sorundur. Geçtiğimiz 15 yılda sağlık çalışanları, hastanede hizmet sağlayıcılar ve hastalara karşı şiddet tehditleri ve davranışları gittikçe artmıştır (5).

İşyeri şiddeti, sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığında ciddi tehlikelere yol açan olan küresel bir halk sağlığı sorunu olmuştur (6). Bununla birlikte işyeri şiddeti, sağlık çalışanlarının davranışlarında yan etkilere sebep olmaktadır. Sağlık personeli yaşanan şiddet olayının ilk etkilerinden sonra da anksiyete, depresyon, iş doyumsuzluğu, motivasyon kaybı, artan stres duygusu gibi sorunlar yaşamaktadır (7). Çalışmalar, diğer çalışanlara göre sağlık çalışanlarının şiddet ve saldırganlığa daha fazla maruz kaldığını göstermektedir (8-10). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) işyerinde maruz kalınan şiddeti, fiziksel şiddet (Vurmak, itmek, ısırarak, bıçaklamak...) ve psikolojik şiddet (Sözlü taciz, tehdit...) olarak ikiye ayırmıştır (11).

Sağlık kurumlarında şiddeti arttıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Hastanelerin özelliklerinden biri olan 7/24 hizmet politikası bunların başında gelmektedir. Hizmet alan kişilerin yalnız olmayışı, çoğu zaman tedavi ve bakım hizmetlerinin stresli bir ortamda veriliyor oluşu, işlerin yoğun ancak personelin kısıtlı sayısı ve buna bağlı olarak artan bekleme süreleri de hastanelerde yaşanan şiddet vakalarını etkileyen faktörler içinde sayılmaktadır (12,13).

İşyeri şiddeti çalışanların devir hızını arttırıcı yönde etki etmektedir. Hastanelerin şiddeti önlemeye yönelik uyguladığı planların, çalışanların örgütsel bağlılığına ve devir hızının düşmesine etki ettiği görülmüştür (14). Çalışmalar, işyeri şiddetinin sağlık çalışanı, hastaneler ve toplum üzerinde etkisinin olduğunu göstermiştir (15,16). İşyeri şiddetine maruz kalan

doktorların çalışma performanslarının düştüğü, işten tatmin düzeylerinin azaldığı ve yaşanan şiddet olaylarından, iş devrinin yükselmesi, yaşam kalitesinin düşmesi gibi fiziksel ve ruhsal açıdan negatif olarak etkilendikleri görülmüştür (17-20).

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığı altında anayasamızın 56. maddesine göre devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek gayesiyle sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemektedir. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirmektedir (21). Sağlık Bakanlığı hastanelerdeki düzen ve güvenliği sağlamaya yönelik, sağlık personeli ve hizmet alan kişileri içeren yönetmelik, tebliğ ve genelgeler yayınlamıştır. Bu sebeple Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Konulu Genelge yürürlüğe giren örnek uygulamalar olmuştur (22-24).

Çalışmanın amacı, sağlıkta şiddete karşı oluşturulan beyaz kod sistemini Sakarya ili verileriyle değerlendirerek literatüre katkı sağlamaktır. Beyaz kod uygulamasının yürürlüğe girdiği 2012 yılından itibaren konuyla ilgili yapılan araştırmaların literatür taramasında kısıtlı olduğu görülmüştür. Sakarya ili de bu açıdan ilk kez incelenecektir. Böylelikle literatüre katkısının önemli olduğu düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Tanımı

Şiddetin günümüzde ulaşabileceğimiz pek çok tanımı bulunmaktadır. Arapça kökenli ‘Şiddet’ kelimesinin Türk Dil Kurumu sözlüklerindeki tanımı; 1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik. 2. Hız. 3. Bir hareketten doğan güç. 4. Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma. 5. (mec.) Kaba güç. 6. (mec.) Duygu veya davranışta aşırılık. şeklinde yapılmıştır (25).

Yıldırım, şiddeti, ‘Saldırgan davranışların fiziksel ve ruhsal açıdan acı vermesi ve zarara yol açması’ olarak tanımlamıştır (26).

Riches, şiddeti, maddi ve zihinsel olarak ayırarak tanımlamıştır: ‘Maddi olarak şiddet, nesneleri hasara uğratmak ya da yok etmek niyetiyle zor uygulanması; zihinsel olarak şiddet ise kimliklerin saldırıya maruz kalması, kişinin zihinsel tasarımıındaki bir unsurun tehdit edilmesidir.’ (27).

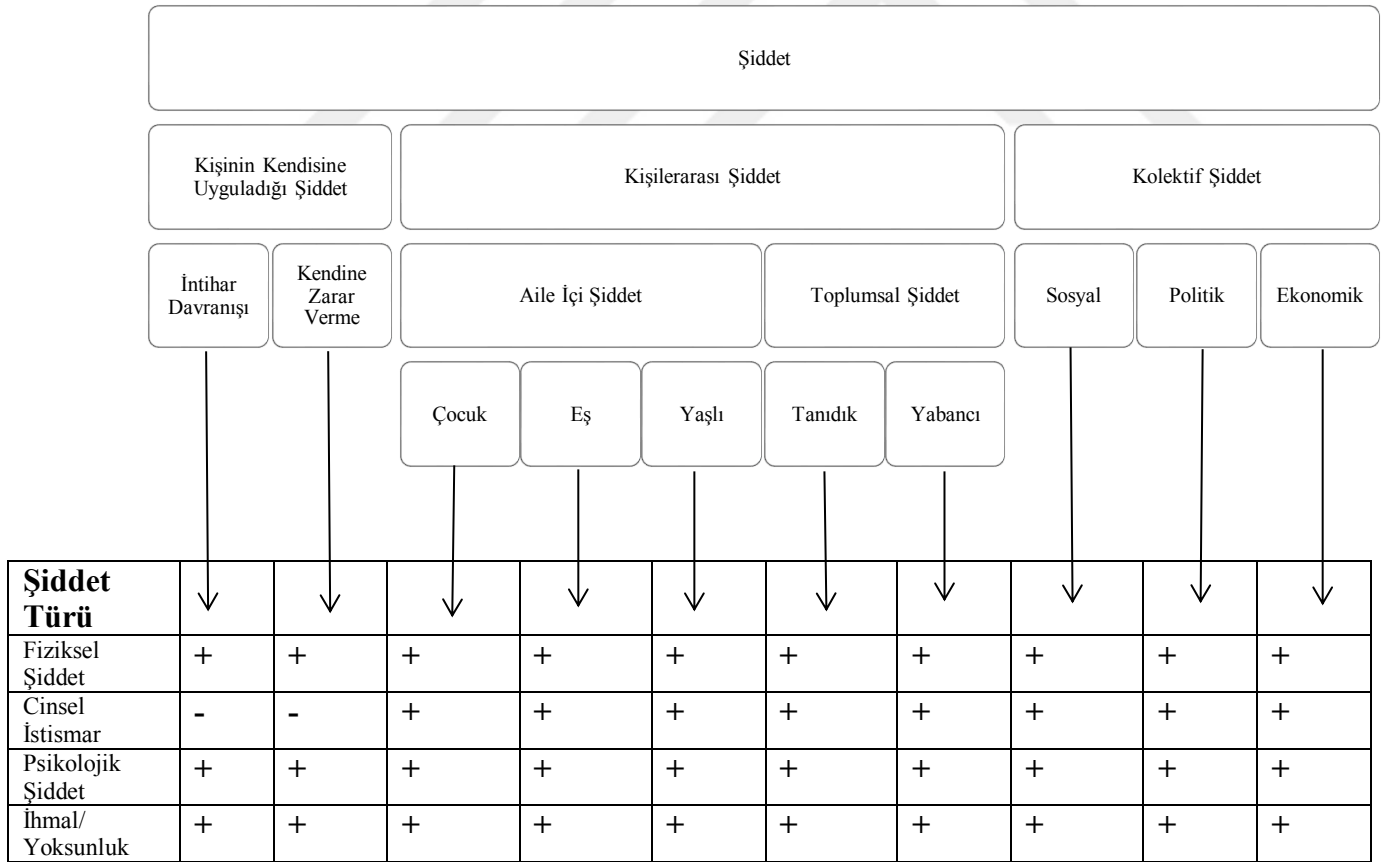
Michaux, şiddeti, ‘Karşılıklı ilişkilerin bulunduğu ortamda tarafların biri ya da birkaçı, diğerlerinden birinin ya da birkaçının bedensel veya ruhsal bütünlüğüne, mallarına, simgesel ve kültürel değerlerine, doğrudan veya dolaylı olarak, her ne ölçüde olursa olsun zarar verecek biçimde davranması orada şiddetin varlığını gösterir.’ şeklinde tanımlamıştır (27).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre şiddet; ‘Kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması durumu’ olarak tanımlanmaktadır (3).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC: Centers for Disease and Prevention) şiddeti, ‘Sahip olunan gücün, yaralanma ve ölümle sonlanan ya da sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka kişiye, kendine, topluma, bir gruba tehdit şeklinde veya bizzat uygulanması’ olarak tanımlamıştır (28).

2.2. Şiddet Türleri

Şiddetin türlerini her bilimdalı kendi alanına göre sınıflandırmıştır. Birkaç şiddet tipolojisi olsa da hiçbiri yeterince kapsamlı olmamıştır. Bu nedenle 1996 yılında WHO (World Health Organization: Dünya Sağlık Örgütü), WHA (World Health Assembly: Dünya Sağlık Meclisi) tarafından bildirilen, şiddetin toplumsal bir sağlık sorununa doğru gidişinin sonucu olarak, şiddeti ve katmanlarını tüm boyutlarıyla ele alan Şekil.1'deki gibi bir sınıflandırma geliştirmiştir (29). Bu sınıflandırmaya göre kişinin kendisine zarar vermesi ve intihar hariç; tüm şiddet davranışları fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddeti, ihmal veya yoksunluk durumlarını içermektedir. Örneğin, cinsel istismara uğramış bir çocuğa, fiziksel ve psikolojik şiddetin de uygulandığı, çocuğun ihmale dönük davranışlara da maruz kaldığı söylenebilmektedir. Buna göre Şekil.1'in dikey sırası etkileneni gösterirken; yatay sırası ise nasıl etkilendiğini göstermektedir.



Şekil 1. Şiddetin Tipolojisi (Geneva, 2002)

2.2.1. Kişinin Kendisine Uyguladığı Şiddet

Kişinin kendisine uyguladığı şiddet; intihar davranışı ve kendine zarar verme olarak ikiye ayrılmaktadır. İntihar düşünceleri, intihar teşebbüsü, kasıtlı olarak kişinin kendini yaralaması bu gruba girmektedir (29,30).

CDC verilerine göre yalnızca 2017 yılında ABD’de 19.500 kişi cinayet, 47.500 kişi intihar sonucu yaşamını yitirmiştir (31).

2.2.2. Kişilerarası Şiddet

Kişilerarası şiddet, aile içi ya da yakın arkadaş, sevgili şiddeti (çoğunlukla aile üyelerinin, yakın arkadaşların, genellikle aynı evin paylaşıldığı kişilerin birbirlerine uyguladıkları şiddet) ve toplumsal şiddet (birbiri ile ilgisi olmayan, birbirini tanıyan ya da tanımayan, ev dışındaki bir ortamı paylaşabilen ama aynı evi paylaşmayan kişilerin birbirlerine uyguladıkları şiddet) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Burada ilk grupta karşılaşılan şiddet biçimi, çocuk istismarı, eş şiddeti, yaşlının istismarı...vb. olmaktadır. İkinci gruptaki şiddet biçimleri, rastgele şiddet davranışları, gençlerin şiddet davranışları, yabancılar tarafından uygulanan tecavüz ya da cinsel saldırı davranışlarını içermekle birlikte hastaneler, bakımevleri, okullar, işyerleri ve hapishaneler gibi kamusal düzenin bulunduğu alanlarda yaşanan şiddet durumlarını da kapsamaktadır (29).

2.2.3. Kolektif Şiddet

Kolektif şiddet, sosyal, politik ve ekonomik şiddet olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Diğer iki geniş içerikli kategorilerin aksine, kolektif şiddet türünde, muhtemel şiddet davranışının motivasyonunu daha geniş gruplar ya da devletler tarafından işlenen suçlar oluşturmaktadır. Organize olmuş gruplar tarafından işlenen nefret suçları, terörizm hareketleri, çete şiddeti sosyal şiddet için örnek olarak gösterilmiştir. Politik şiddet, savaş ve savaşla ilgili olarak fikir ayrılıkları, buna bağlı çatışmalar, devlet ve büyük grupların uyguladıkları şiddet durumlarını içermektedir. Ekonomik şiddet ise geniş grupların ekonomik kazançları saldırı silahı olarak

kullanması şeklinde belirtilmektedir. Global ya da ülkeler düzeyinde ekonomik aktiviteyi bozmak, temel hizmetlere erişimi engellemek, ekonomik bölünmeye sebep olmak ekonomik şiddet için örnek sayılmaktadır (29).

Açıkça burada hedeflenen şiddet daha büyük gruplar tarafından geniş kitlelere, çeşitli yönlerden zarar verebilme potansiyeline sahip olmaktadır.

2.3. Şiddet Davranışları

2.3.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, beden bütünlüğüne karşı yapılan zarar ve acı verici davranışları içermektedir (32). Fiziksel şiddet, vurma, itme, tekmeleme, ısırma, boğma gibi doğrudan temas ile ya da bıçaklama, kesme, silahla vurma, yakma gibi başka nesneler kullanarak uygulanmaktadır (33). Fiziksel şiddete maruz kalan kişinin travması objektif olarak gözlenebildiği için bu şiddet türü ölçülebilirdir ve bu yönüyle diğer şiddet davranışlarından ayrılmaktadır. Fiziksel şiddet çoğu zaman doğrudan şiddet uygulayıcının teması ile meydana gelse de; delici-kesici alet kullanarak, eldeki herhangi bir nesneyi mağdura atarak veya yalnızca nesneyi göstererek de fiziksel şiddet uygulanmış sayılmaktadır (34).

2.3.2. Sözlü Şiddet

Sözlü şiddet, söz ve jestlerle kişinin ruhsal ve sosyal kimliğine hakaret ve aşağılayıcı ithamlarda bulunmak suretiyle uygulanan yıldırma, bastırma ve kontrol yöntemi şeklinde tanımlanmaktadır (35,36). Sözlü şiddet, azarlama, tehdit, bağırma, küfür etme, karşı tarafın hareketlerini alaylı bir biçimde taklit etme davranışlarını içermektedir (37).

2.3.3. Cinsel Şiddet

Kişinin kendi cinsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, evde ya da işyerinde, kişisel yakınlığının ne olduğu farketmeksizin, karşı tarafa cinsel içerikli konuşması, teşhir davranışlarında

bulunması ve cinsel ilişkiye zorlaması DSÖ tarafından cinsel şiddet olarak tanımlanmıştır (38). Cinsel şiddet çoğu zaman fiziksel ve psikolojik şiddeti de içinde barındırmaktadır (35).

2.3.4. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet türü; fiziksel, sözlü, cinsel şiddet türlerinin de içinde bulunduğu, kişilerin ruhsal durumlarını olumsuz etkileyen, sosyal ve etik açıdan zarar veren davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır (39). Psikolojik şiddetin yaşandığı kurumlarda yalnızca şiddet uygulayanlar değil, bu şiddetin oluşmasına ve sürmesine yol açanlar, göz yumanlar da şiddete dahil olmaktadır. Diğer çalışanların şahit olduğu bu durumlar onların da işyerlerine duydukları güveni azaltmakta, örgütsel bağlılıklarını zayıflatmaktadır (40).

2.3.5. Mobbing

Mobbing sözcüğü, kararsız kalabalık manasındaki latince *mobile vulgus* kelimelerinden gelmiştir. İngilizce'deki mob sözcüğü ise 'çete, kalabalık, izdiham, topluca saldırmak' anlamlarına gelmektedir. Mobbing kelimesi Türkçe'ye 'bezdiri' olarak çevrilmiştir (41). Mobbing, işyerlerinde güçlü tarafın, sahip olduğu gücü kullanarak kişi ya da belli bir gruba sistematik olarak psikolojik şiddet uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Mobbing kelimesi ilk olarak Avusturyalı etolog Konrad Lorenz tarafından hayvanların tehdit olarak gördükleri diğer hayvana karşı yaptıkları korkutma, kaçırma davranışları olarak tanımlanmıştır. 1972 yılında İsveçli doktor Heinemann tarafından okul çocuklarının birbirlerine uyguladıkları zorbalığı tariflemek için kullanılmıştır (42). 1980'li yılların başında ise Heinz Leymann işyerlerindeki benzer durumları mobbing kelimesi ile ifade etmiştir (43). Leymann'a göre mobbing, işyerinde bir ya da daha fazla kişinin, bir kişi ya da gruba farklılıklarından ötürü ya da savunmasız yönlerini işaret ederek sistematik bir biçimde uyguladıkları psikolojik şiddet veya psiko-terör davranışlarıyla ortaya çıkmaktadır (43).

Negatif bir davranışın mobbing olarak değerlendirilmesi için o davranışın haftada en az iki kez sıklıkla 6 ay boyunca sürmesi gerekmektedir (43).

Psikolojik şiddetin boyutu gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. Avrupa Birliği ülkelerinde 2000 yılında yapılan bir araştırmada çalışanların %8 (12 milyonu aşkın kişi sayısı)'i mobbinge maruz kaldığını belirtmiştir (44).

Hastanelerin organizasyon eksikliği, yetersiz yöneticiler, dışlanan kişinin sosyal durumu, iş yerindeki etik ve moral eksikliği mobbingin en temel nedenlerini oluşturmaktadır. Mobbingi engellemek ve durdurmak mağdurların korkmaması ve durumu erken farketmesiyle önlenabilmektedir. Mağdur kişiler olaya/olaylara dair ayrıntılı kayıtlar tutarak mobbingi kanıtlayabilmektedirler (45).

2.4. İşyeri Şiddeti

İşyerinde şiddet yaygın olarak bildirilen bir olgu olmakla birlikte her geçen gün tüm dünyada artmaya da devam etmektedir (46). İşyeri şiddetiyle ilgili genel bir bilgi edinmek zor olmaktadır çünkü bölgesel ve kültürel farklılıklar işyeri şiddetinin tanımını veya sınıflandırmasını değiştirebilmektedir. Bununla birlikte şiddeti tanımlama noktasında beş konuda mutabakata varılmıştır. Bunlar: 1. İşyeri şiddeti, fiziksel şiddet (vurma, itme, bıçaklama... vs.), sözlü şiddet (bağırma, aşağılama, hakaret etme... vs.), tehdit etme, cinsel şiddet ve zorbalık davranışlarını içermektedir (47). 2. Şiddet uygulayıcılar hastalar, hastanın bakıcıları ya da aile üyeleri, ziyaretçiler, çalışanın meslektaşları ve yöneticiler olmaktadır (48). 3. Şiddetin oluşuna iştirak eden en önemli faktörler beşeri ve çevresel faktörler olmaktadır (49). 4. İşyerinde şiddet hasta-doktor ilişkisinde gerilime yol açmakta ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (50,51). 5. Şiddet olayları fiziksel ve psikolojik zararlar sonuçlanabilmektedir. Mesleki doyumda azalma, düşük performans gösterme, hemşirelerde iş bırakma eğiliminde artış gözlemlenmektedir. Bu yönüyle işyeri şiddeti oldukça pahalıya mal olmaktadır (52-54).

Sağlık personelinin şiddet maruziyet oranları polis ya da kolluk kuvvetleri personeline göre oldukça yüksek çıkmıştır (55). ABD'de bildirilen işyerinde saldırganlık vakalarının yarısından fazlası sağlık personeline yönelik olmuştur; ki bu da diğer sosyal hizmet çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin 16 kat fazlasına denk gelmektedir (56). Avrupa ülkelerinin çoğu hastaların sağlık personeline karşı saldırganlıklarının önüne geçebilmek için çeşitli önlemler almıştır (57-60). 2002 Yılında, İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service-NHS), sağlık sektöründe artan saldırganlık düzeylerine yanıt olarak 'Sıfır Tolerans Kampanyası' nı başlatmıştır (61,62).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, Sivil Toplum Kuruluşlarının da katılımı ile sağlıkta şiddet olaylarına karşı halkta farkındalık yaratmak amacıyla 2011 yılında ‘Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans’ kampanyasını başlatmıştır. Bununla birlikte sağlıkta şiddete dikkat çekilmiş ve yazılı ve görsel basında bilgilendirmeler yapılmış, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında uyarıcı afişler asılmıştır (63)

Ülkemizde ise 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ve 28 Nisan 2012 tarih ve 28277 sayılı Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet yasal boyutta gündeme getirilmiştir (64,65).

6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile tesis edilen Beyaz Kod Uygulaması, en son 16 Mart 2016 tarih ve 11045126-010.06 sayılı Sağlık Bakanlığı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi ile düzenlenmiştir ve halen yürürlüktedir

2.4.1. Hastanede Şiddetin Sebepleri

Hastanede yaşanan şiddet olayları temelinde çok faktörlü olmaktadır. Sağlık hizmeti veren personelin sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta ve hasta yakınları ya da üçüncü şahıslarla, sağlık personellerinin meslektaşları ile aralarındaki etkileşimin, sağlık kurumunun örgütsel yapısının, coğrafik ve sosyal özelliklerin sebep olduğu kaos hastanede yaşanan şiddet olaylarının temel faktörleridir (66).

Sağlık personeli ile hastalar doğrudan etkileşim halinde bulunmaktadırlar. Bu nedenle kişiler arası iletişim bu alanda büyük önem taşımaktadır. Doğru ve sağlıklı iletişimin şiddeti önlemede etkisi güçlü olmaktadır (67).

Organizasyonel hatalar ve eksikler sağlık personelinin hizmetini olumsuz yönde etkilemektedir (68). Sağlık personelinin motivasyonunda düşüş ile birlikte gelen iş doyumunda azalma iş bırakma davranışını da tetiklemektedir. Bu durumun sonucu olarak deneyimli personel sayısında azalma, hasta memnuniyetsizliğinde artış yaşanmaktadır (69).

Hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının en önemli sebepleri arasında sağlık personelinin sayısının özellikle yemek ve hasta ziyareti saatinde yetersiz olması bulunmaktadır. Acil servis

gibi birimlerde iş yoğunluğu sebebi ile uzun bekleme süreleri vs. buradaki başlıca şiddet sebebi olmaktadır Hastane içindeki birimlerde güvenlik personelinin eksikliği, ziyaretçi ve hasta yakınlarının ya da üçüncü şahısların silah bulundurabilmelerinde yasak olmaması, koridorların ve birimlerin yetersiz ışıklandırılması, bekleme alanlarının konforlu olmaması gibi durumlar, sağlık kurumlarındaki organizasyonel eksiklikler açısından, şiddete sebep olmaktadır (70).

Sağlık kurumlarının bulunduğu coğrafya da şiddetin nedenlerine etki etmektedir. Sosyo-kültürel özellikler, yaşanan çevredeki suç oranı, uyuşturucu ve alkol bağımlılık düzeyi, çete faaliyetleri, silah kullanımı gibi değişkenler sağlık kurumlarında şiddet olayları yaşanmasına sebep olmaktadır (66).

Şiddetin toplumsal açıdan temelini, yoksulluk, eşitsizlik ve işsizlik olarak belirten kuramların yanında sosyokültürel ve ekonomik etkenlerin muhakkak birlikte değerlendirilmesini savunan araştırmalar yapılmıştır (71). Sosyo-ekonomik koşulların değişkenlik gösterdiği kentsel bölgelerde şiddet içerikli suç oranlarında artış yaşanmaktadır. 2008 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin %78'i şiddet olaylarının nedenlerinin en başında toplumun sosyokültürel, ekonomik ve eğitimsel sorunlarının olduğunu belirtmişlerdir (70).

Sağlık kurumlarına gelen her hastanın önceliğin kendisine verilmesini istemesi, hasta yakınlarının kendi hastalarının durumunun daha acil olduğunu düşünmesi, hastanelerin fiziksel olarak düzensiz ve kalabalık ortamı, hasta ve yakınlarının tedavi taleplerinin geç karşılandığı ve bekleme sürelerinin uzadığı şeklindeki kanaatleri şiddetin ortaya çıkmasına neden olan önemli risk faktörlerinden sayılmaktadır (72).

Sağlık kurumlarında hizmet alan kişilerin alkol ve madde bağımlılığı olabilmektedir. Hastanelerde narkotik ilaçlara ulaşmayı hedefleyen hastalar hizmete erişimi suiistimal edebilmektedirler. Ayrıca hastanelerde tanılı ya da tanısı konmamış psikiyatrik bozuklukları olan hastalara da hizmet verilmektedir. Pek çok riski barındıran bu durumlarda sağlık personelinin şiddete uğrama olasılığı artmaktadır. Hastanelerin kriz yönetimi ve şiddetle mücadeledeki politikalarının yetersiz olması, az sayıda personelle hizmet vermeye çalışması, hastanenin tamamının hastaların rahatça dolaşmasına fırsat verecek şekilde kullanılması ve buna rağmen güvenlik personelinin sayısının kısıtlı olması hastanelerde yaşanan şiddet olaylarında en önemli rolü oynamaktadır (73-81).

2.4.1.1. Sağlık Politikalarının Hastanede Şiddet Üzerine Etkisi

1970’lerde yaşanan Enerji Krizi ile sağlık hizmetlerine ayrılan maaliyetin azaltılmasına yönelik girilen arayışla birlikte küresel boyutta sağlık politikaları değişmeye başlamıştır. Sağlıkta yaşanan reform hareketleri, Kanada, İngiltere, Almanya gibi ülkelerle sınırlı kalmamış, gelişmekte olan ülkeleri de etkilemiştir. Dünya Bankası (The World Bank) ve Uluslararası Para Fonu (IMF-International Monetary Fund) gibi organizasyonların desteklediği reform küresel çapta bir değişimin olduğunu göstermiştir. Dünya genelindeki bu değişim sağlık hizmetinin sosyal devlet anlayışıyla verilmesinden uzaklaştırılıp kapitalist anlayışla yönetilmesi sürecini başlatmıştır (82-86). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)’nin temel hedefleri,

- Planlayan ve denetleyen bir Sağlık Bakanlığı,
- Vatandaşları tek kurumda birleştiren Genel Sağlık Sigortası (GSS),
- Ulaşılması kolay, güleryüzlü sağlık hizmeti ,
- Motivasyonu yüksek sağlık çalışanları,
- Sağlık hizmetlerini sağlayacak bilim ve eğitim kurumları,
- Sağlık hizmetinin uluslararası standartlara uygunluğunu sağlayacak akreditasyon ve toplam kalite yönetimi,
- Hastanelerde kullanılacak ilaç ve malzeme temini, kontrolü ve kullanımının kurumsallaşması,
- Hastanelerde kullanılacak olan bilgi yönetim sistemlerinin etkinliği maddelerinden oluşmaktadır (87).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2014 yılı verilerine göre SDP’nin yürürlüğe girdiği tarihten (2003) itibaren sağlık hizmeti kalitesi verileri aşağıdaki gibi olmuştur (88):

- Uzman hekim sayısı 45.457’den 738.762’ye çıkmıştır, ki bu da hizmetin uzmanlarca verilmesinin arttırılmasını sağlamıştır. Hemşire sayısı 72.393’den 139.544’e yükselmiştir. 2014 yılı verilerine göre 100.000 kişiye 174 hekim düşmektedir, dünyada ise bu sayı 141 olmuştur. Ancak Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin ortalaması 325 olduğu görülmüştür. 100.000 kişiye düşen ebe ve hemşire sayısı ise aynı yıl için 252; dünya ortalaması 292; AB için de 836 olmuştur.
- 2002 yılı 112 verileri incelendiğinde, her bir 112 Acil Yardım İstasyonuna düşen vaka sayısı 796; 2013’te ise bu sayı 1769 olmuştur.

- Bu süreçte hasta memnuniyetinde de artma görülmüş ve 2003'teki %39.5 olan memnuniyet oranı 2013'te %74.7'ye çıkmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastane sayısı ve hastanelerdeki yatak sayısının artması, acil hizmetlerinin yaygınlaşması, yoğun bakım ünitelerinin kapasitelerinin artması gibi hastanelerin teknik açıdan temeli sağlamlaştırılmıştır. Bununla birlikte artan sağlık hizmeti talebinin kaliteli sunumu için gerekli sağlık personeli sayısının artışı yetersiz kalmıştır. Teknik şartlar sağlanmış olsa da personel açığı nedeniyle hizmet kalitesi azalmış ve sağlıkta şiddet olayları yaşanmaya başlamıştır (89).

Seren'in (2014) sağlık çalışanlarının SDP'ye yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında; katılımcıların çoğunluğu SDP'nin verilen sağlık hizmetinde para kaygısı götüğünü, sağlık hizmetinin sosyal hizmetten çok ticari bir alışverişine dönüştüğünü, sağlık personelinin hizmet talebine yetişebilmesi sürecinde uzun ve yoğun çalışma sürelerine ulaştığı, koruyucu ve önleyici toplum sağlığı hizmetlerinin etkili olmadığı fikirlerini paylaşmışlardır (90).

SDP ile gündeme gelen diğer konu Sağlıkta Performans Sistemi olmuştur. Bu sistemle birlikte hastanede çalışan bütün sağlık personeline performansına göre ek ödeme ücreti verilmeye başlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme 2004 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastane ve birinci basamak hizmet sunan kuruluşlarda yapılmaya başlanmıştır (91,92). Performansa dayalı ek ödeme uygulaması, hem hasta memnuniyet oranını yükseltmeyi hem de sağlık personelinin örgütsel bağlılığını ve üretkenliğini arttırmayı hedeflemiştir. Sağlık personeline dağıtılan ek ödeme, yalnızca hekimin yaptığı işlemlerin (ameliyat, muayene, tetkik, ziyaret... vs.) kategorize edilerek puanlanmasıyla ortaya çıkan kazancın, hekime aylık puan ortalamasına göre, hekim dışı sağlık personeline (ebe, hemşire, teknisyen... vs.) ise belirli katsayılar oranında hesaplanarak, sabit bir tutar şeklinde verilmektedir. Buna göre hekim için performansına göre alacağı ek ödeme değişirken, hekim dışı sağlık personeli için artan iş yoğunluğuna rağmen bu ücret sabit kalmaktadır (93). Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, 12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayınlandığı şekliyle tüm birim, kişi ve alanların, hizmetlerin ödemede nasıl yer alacağı ayrıntıları belirtilmiştir (94).

2.5. Renkli Kod Uygulamaları

Fransızca kökenli kod (code) kelimesi Türkçe’de 1.(isim) harf. 2.(isim) şifre anlamlarına gelmektedir (95).

Acil durum kodları, hastanelerdeki kritik durumlarda ilgili sağlık çalışanını uyarmak için geliştirilmiş, hasta ve ziyaretçileri kapsamayan, semboller, uyarılar ve şifrelerden oluşmaktadır (96).

Ülkeler arası değişiklik gösteren acil durum kod sistemlerinin yanında, bazı ülkelerin ulusal düzeyde de kod birliği bulunmamaktadır. Hastanelerin kendi bünyesinde oluşturdukları acil durum kodlarını kullandıkları hastaneler bulunmaktadır (97,98). Acil durum kodlarının uygulama prosedürünün personelce doğru bilinmesi kriz anlarını yönetmede büyük önem taşımaktadır. Kodlardaki farklılık nedeniyle yaşanan karışıklıklar meydana gelmektedir. Sağlık personelinin kurum değiştirmesi, başka bir hastanede görevlendirmesi gibi yaşanması muhtemel durumlarda hem personel hem de kurum için acil durum kodlarının yanlış hatırlanması ya da önceki kurumda başka türlü kullanılıyor olması tehlikeli sonuçlar doğurmaktadır (99). Kaliforniya’da doğru acil durum kodunun kullanılmaması nedeniyle ölümle sonuçlanan bir olayın yaşanması üzerine Güney Kaliforniya Hastane Birliği (Hospital Association of Southern California), renkli kodlara standart getiren ve hastanelerin dikkate alması tavsiye edilen acil durum kodları kılavuzunun (Health Care Facility Emergency Codes: A Guide for Code Standardization) yayınlanmasına hız kazandırmıştır (100,101).

2015 yılında Suudi Arabistan’ın başkenti Riyad’daki 24 hastanede yapılan bir araştırmada hastanelerin tümünde ortak manaya gelen aynı renk acil uyarı kodunun kullanılmadığı; sıklıkla kırmızı renk kodunun yangını, pembe renk kodunun yenidoğan/çocuk kaçırılmasını, mavi renk kodunun ise kalp/solunum durmasını belirten acil uyarı kodları olduğu görülmüştür (102).

Acil durum kodlamalarına örnek olarak tablo..’teki OHA (Ontario Hospital Association-Ontario Hastaneler Birliği) verileri gösterilmiştir. Buna göre beyaz renkli kod şiddet/şiddet tehdidini gösterirken gümüş renk silahlı kişi varlığını göstermektedir. Mavi kod erişkin acil tıbbi durum, pembe kod yenidoğan/çocuk acil tıbbi durumunu bildirmektedir (103).

Tablo 1. Acil Durum Kodları (Ontario Hastaneler Birliği-OHA)

YEŞİL KOD	Tahliye
SARI KOD	Kayıp kişi
KEHRİBAR KOD	Kayıp çocuk/ Çocuk kaçırma
TURUNCU KOD	Afet
KIRMIZI KOD	Yangın
BEYAZ KOD	Şiddet/ Şiddet tehdidi
MOR KOD	Rehin alma
KAHVERENGİ KOD	Tesis içi tehlikeli sızıntı/döküntü
GÜMÜŞ KOD	Silahlı kişi
SİYAH KOD	Bomba tehdidi/ Şüpheli cisim
GRİ KOD	Altyapı sorunu/ arızası
MAVİ KOD	Yetişkin kardiyak arrest/Acil tıbbi durum
PEMBE KOD	Yenidoğan/Çocuk kardiyak arrest/ Acil tıbbi durum

2.5.1. Ülkemizde Kullanılan Renkli Kodlar

Türkiye’de ulusal düzeyde belirlenmiş acil durum kodları kullanılmaktadır. Bunlar: Beyaz kod, Mavi kod, Pembe kod, Kırmızı kod olarak belirlenmiştir (104).

2.5.1.1. Beyaz kod

Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeline yönelik şiddet tehdidi ya da şiddetin varlığında olay yerine güvenlik ekiplerinin en hızlı biçimde ulaşmasını sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Beyaz renkli uyarı kodu sağlık personelinin zarar görmesini önlemek, güvenli

hizmet ortamını sağlamak ya da korumak, şiddet sürecini kontrol altına almak için kullanılmaktadır. Hastanelerde artan şiddet olaylarıyla birlikte 28.04.2012 tarih 28277 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esaslar belirlenmiş ve bu kapsamda Beyaz Kod uygulaması yürürlüğe girmiştir. sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere 7/24 hizmet verecek şekilde 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuştur (105).

2.5.1.2. Mavi kod

Hastane içinde gelişen kardiyak arrest/ solunum arresti (kalp/solunum durması) gibi acil durumlarda, sağlık personeline verilen, olay yerine müdahale için uzman mavi kod ekibinin gelmesini sağlayan acil uyarı kodudur.

2.5.1.3. Pembe kod

Sağlık kuruluşlarında görevli personelce verilen, çocuk kaçırma tehdidi ya da varlığı durumlarında gerekli tedbirin alınması ve müdahalenin yapılabilmesini sağlayan acil uyarı kodudur. Güvenlik birimlerinin bu durumları ivedi ile bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.

2.5.1.4. Kırmızı kod

Sağlık kuruluşlarındaki yangın ihtimalinde, duman varlığında, yangın başladığında, farkedildiğinde kullanılan acil uyarı kodudur. Erken müdahale için ilgili birimin haberdar edilmesi amacıyla sağlık personellerince kullanılmaktadır (104).

Beyaz kod için 1111, Mavi kod için 2222, Pembe kod için 3333 ve Kırmızı kod için 4444 olarak belirlenmiş çağrı numaraları Türkiye’de bulunan tüm sağlık kuruluşlarında değişmeden kullanılmaktadır. Verilecek olan her bir kod için sağlık kuruluşlarında bulunan dahili hattan belirtilen numaralar tuşlanmaktadır ve bu çağrı ile ilgili birim direkt olarak uyarılmaktadır (106).

2.5.2. Beyaz Kod Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuş, 24 saat hizmet verecek 113 numaralı telefon ve ‘www.beyazkod.saglik.gov.tr’ internet sayfası oluşturulmuştur. Buna göre;

- Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından derhal 113 numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimi’ne bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecektir. Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyeteye bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yöneticiler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirecektir. Özel sağlık kuruluşları da adli bildirim konusunda gerekli hassasiyeti gösterecektir.
- Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da 113 numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilecektir.
- Ayrıca yöneticiler, ‘www.beyazkod.saglik.gov.tr’ adresinde bulunan ‘Beyaz Kod Bildirim Formu’nu dolduracaktır.
- Bildirim üzerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırarak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir.
- Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılarına bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır (107).

Beyaz Kod çağrı sistemi sağlık personeli tarafından kullanılmaktadır. Şiddet anında güvenlik birimlerinin olay yerine intikalini sağlamaktadır. Ancak Beyaz Kod yalnızca şiddet anını değil sonrasındaki yasal süreci de kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı şiddet uygulayıcıların ceza kanunu uyarınca yargılanabilmesi için mağdurlara hukuki yardım sağlamaktadır. BK birim

Çalışanları düzenli toplantılar ile yaşanan olayların önlenabilirliğı ve mağdur personelin hukuki yardımının devamı gibi konuları görüşmektedir. Sağlık Bakanlığınca takip edilen BK süreci şiddetin önlenmesini sağlayan uygulamalara da yol gösterici olmaktadır (108).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın verileri Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan olur (Ek.1) ve Sakarya Üniversitesi'nden alınan Etik Kurul Onayı (Ek.3)'nı takiben Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışan Güvenliği Birimi'nden sağlanarak çalışmaya başlanmıştır. 2016-2019 Yıllarında yaşanan Beyaz Kod vakalarının verileri incelenmiştir.

2016, 2017 ve 2018 yıllarına ait alınan veriler yıllara göre karşılaştırılarak incelenmiştir. Sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet türü, Beyaz Kod verilen birimlerin dağılımı, şiddete maruz kalan sağlık personelinin unvanı parametrelerindeki değişimler literatürle kıyaslanmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmanın verileri 01.01.2016-2017, 01.01.2017-2018 ve 01.01.2018-2019 tarih aralıklarında yaşanan beyaz kod vakalarının şiddet türü, şiddet mağdurunun unvanı, olayın gerçekleştiği birim, başvuru şekli ve hukuki yardım alınan ve alınmayan vakaların sayısı bilgilerinden oluşmaktadır. Beyaz kod vakalarının tümü Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleşmiştir. Veriler yıllara göre karşılaştırmalı olarak sunulmaktadır. Her parametre için veriler tablolar halinde sunulmuştur.

2016 yılında raporlanan toplam beyaz kod başvuru sayısı 83, 2017 yılı için bu sayı 60 ve 2018 yılı için de 79 olmuştur.

Tablo 2. Şiddet Türünün Yıllara Göre Dağılımı

Şiddet türü	2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel Şiddet	8	10	4	7	3	4
Sözel Şiddet	65	78	50	83	67	85
Fiziksel ve Sözel Şiddet	10	12	6	10	9	11
Toplam (n)	83		60		79	

Tablo 2'ye göre sağlık çalışanının maruz kaldığı fiziksel şiddet oranı 2016 yılında %10 (n=8), 2017 yılında %7 (n=4) ve 2018 yılında ise %4 (n=3) olmuştur. Zaman içinde fiziksel şiddetin azaldığı görülmektedir. Sözel şiddetin ise arttığı görülmüştür. Buna göre; 2016 yılında sözel şiddete maruz kalan sağlık personeli oranı %78 (n=65), 2017 yılında %83 (n=50), 2018 yılında da %85 (67) olarak kaydedilmiştir. Fiziksel ve sözel şiddete aynı anda maruz kalınan beyaz kod

vaka oranları 2016 yılında %12 (n=10), 2017 yılında %10 (n=6), 2018 yılında %11 (n=9) olmuştur.

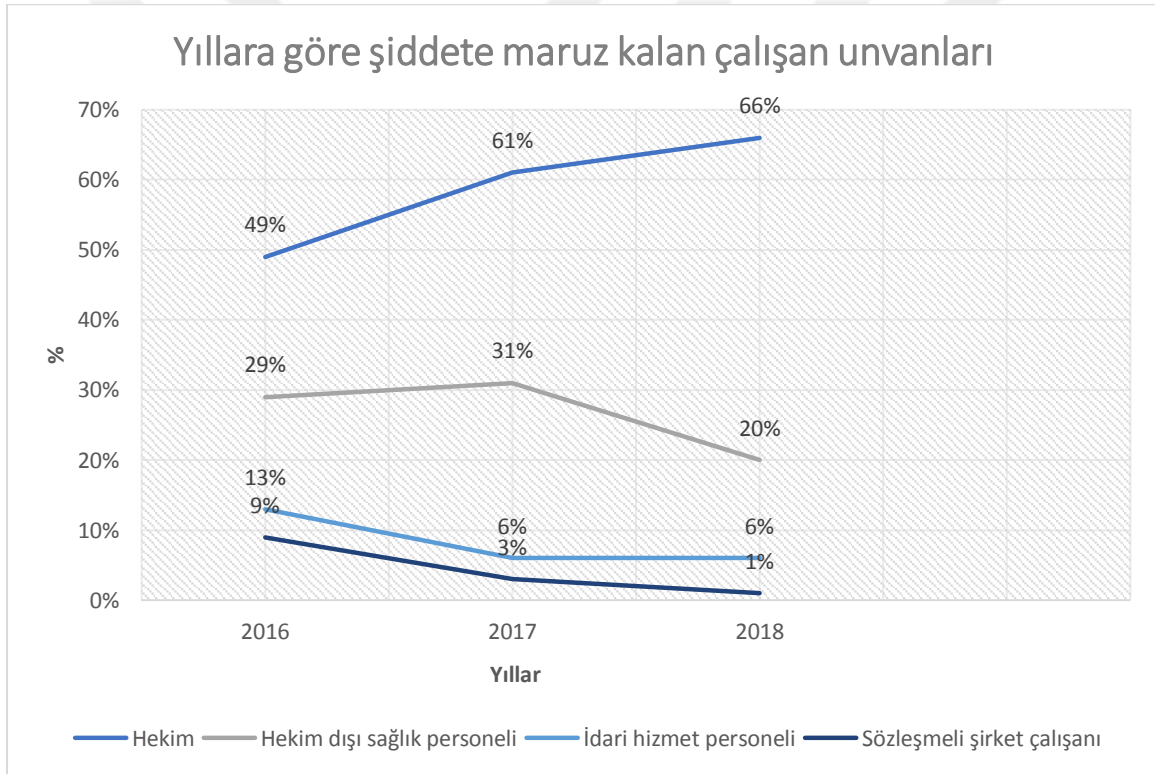
Tablo 3. Şiddet Mağdurunun Unvanı

Unvan	2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%
Hekim	48	49	44	61	57	66
Hekim Dışı Sağlık Personeli	28	29	22	31	17	20
İdari Hizmet Personeli	13	13	4	6	5	6
Sözleşmeli Şirket Çalışanı	9	9	2	3	1	1
Sürekli İşçi	-	-	-	-	7	8
Toplam (n)	98		72		87	

Tablo 3'e göre 2016 yılında yaşanan beyaz kod vakalarında şiddete maruz kalan hekimlerin oranı %49 (n=48), 2017 yılında %61 (n=44), 2018 yılında da %66 (n=57) olmuştur; hekim dışı sağlık personeli (ebe, hemşire, fizyoterapist, psikolog...vd.) ise 2016 yılında %29 (n=28), 2017 yılında %31 (n=22), 2018 yılında %20 (n=17) oranlarında şiddete maruz kalmışlardır. 2016 yılında yaşanan beyaz kod vakalarının %13 (n=13)'ü, 2017 yılında %6 (n=4)'sı ve 2018 yılında %6 (n=5)'sı idari hizmet personelinin maruz kaldığı şiddet olayları olarak kayda geçmiştir. 2016 yılında yaşanan beyaz kod vakalarının %9 (n=9)'u, 2017 yılında %3 (n=2)'ü, 2018 yılında %1 (n=1)'i sözleşmeli şirket çalışanlarının yaşadığı şiddet oranları olarak kaydedilmiştir. 2018 yılında, 2017 ve 2016 yıllarında olmayan, çalışan personel unvanı beyaz kod vakalarına eklenmiştir. Sürekli işçi olarak adlandırılmış bu grup ise 2018 yılında yaşanmış beyaz kod vakalarının %8 (n=7)'inde şiddete maruz kalan çalışanlar olarak bildirilmişlerdir.

Tablo 3’te yıllara göre toplam mağdur sayısı beyaz kod vakalarının sayısından fazla çıkmıştır. Bunun nedeni, aynı beyaz kod vakasında birden fazla çalışanın mağduriyeti olmuştur. Yaşanan şiddet olayı çoğu zaman birden fazla sağlık personeli kapsamıştır.

Şekil 2’de de görüldüğü gibi 2016 yılından 2018 yılına doğru gidildikçe şiddete maruz kalan hekim oranı artarken, hekim dışı sağlık personelinin oranı ise 2016 yılına göre 2017’de artmış 2018’de ise 2017 yılına göre oldukça azalmıştır. Hekimler ile hekim dışı sağlık personeli arasında, bildirilen beyaz kod vakaları açısından yüksek oranda fark bulunmuştur. 2016 yılında hekimler için bu oran %49, hekim dışı sağlık personeli için %29; 2018 yılında ise hekimler için %66, hekim dışı sağlık personeli için %20 olarak ölçülmüştür.



Şekil 2. Şiddet Maruziyetinin Yıllara Göre Unvan Olarak Dağılımı

Sözleşmeli şirket çalışanlarının maruz kaldığı şiddet oranının da azaldığı görülmektedir. 2016 yılındaki %9’luk oran 2018 yılında %1’e düşmüştür. Ancak 2018 yılında farklı bir kategori olan sürekli işçi grubunun eklenmesiyle sözleşmeli şirket çalışanlarının düşen beyaz kod vaka oranlarının bu yeni çalışan grubunda zuhur ettiğini görmekteyiz. Öyle ki kategorize edildiği

ilk yıl (2018) itibariyle yaşanan beyaz kod vakalarında sürekli işçilerin %8 oranında şiddet maruziyetinin kaydedildiğini görmekteyiz.

Tablo 4. Şiddet Vakalarının Gerçekleştiği Birimler

Birim	2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%
Acil Servis	34	41	29	48	29	37
Poliklinikler	20	24	16	27	15	19
Klinikler, Servisler	19	23	11	18	20	25
Ameliyathane/ Yoğun Bakım	2	2	2	3	2	3
Tetkik ve Görüntüleme Birimi	5	6	-		5	6
112 İstasyonu/ Olay Yeri	1	1	-		-	
Diğer	2	2	2	3	8	10
Toplam (n)	83		60		79	

Tablo 4’te görüldüğü üzere 2016, 2017 ve 2018 yıllarının tümünde kaydedilen beyaz kod vakalarının en çok yaşandığı yer acil servis olmuştur. 2016 yılında acil serviste yaşanan beyaz kod vakalarının oranı %41 (n=34), 2017 yılında %48 (n=29), 2018 yılında ise %37 (n=29) olduğu görülmektedir. Polikliniklerde bu oran 2016 yılında %24 (n=20), 2017 yılında %27 (n=16) ve 2018 yılında %19 (n=15); kliniklerde ise 2016 yılında %23 (n=19), 2017 yılında %18 (n=11) ve 2018 yılında %25 (n=20) olmuştur. Ameliyathane ve yoğun bakımda yaşanan beyaz kod vakalarının oranları 2016 yılında %2 (n=2), 2017 ve 2018 yıllarında da %3 (n=2) olmuştur. Tetkik ve görüntüleme birimleri (MR, röntgen, kan alma... vd.)’nde yaşanan beyaz kod vaka oranları 2016 ve 2018 yıllarında %6 (n=5) olarak bildirilmiştir. 2017 yılında ise bu birimde yaşanan beyaz kod vakası kaydedilmemiştir. 112 İstasyonu ve olay yerinde yaşanan beyaz kod vakaları 2016 yılında %1 (n=1)’lik bir orana sahipken, 2017 ve 2018 yıllarında bu alanlarda yaşanan beyaz kod vakası bildirilmemiştir. Bunların dışında kalan diğer alanlarda (kantin,

otopark, hastane bahçesi... vd.) gerçekleşen beyaz kod vakalarının yıllara göre oranı 2016 yılında %2 (n=2), 2017 yılında %3 (n=2), 2018 yılında %10 (n=8) olmuştur.

Tablo 5. Beyaz Kod Vakalarının Bildirim Şekli

Bildirim Şekli	2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%
Çalışan Güvenliği Birimi	82	99	55	92	78	99
Sağlık Personeli	-		4	7	-	
113 Personeli	1	1	1	2	1	1
Toplam	83		60		79	

Tablo 5'te gösterilen veriler yıllara göre yaşanan beyaz kod vakalarının başvuru şeklini göstermektedir. Buna göre çoğunlukla bildirim ÇGB tarafından yapılmıştır. Oranlarına bakıldığında ise 2016 yılında %99 (n=82), 2017 yılında %92 (n=55) ve 2018 yılında %99 (n=78) olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin kendisinin bildirim yaptığı tek yıl 2017 olarak kaydedilmiştir ve bildirilen beyaz kod vakalarının %7 (n=4)'sini oluşturmaktadır. 113 personelinin yaptığı bildirimlerin oranı ise 2016 yılında %1 (n=1), 2017 yılında %2 (n=1), 2018 yılında %1 (n=1) olmuştur.

Tablo 6. Mağdurların Hukuki Yardım Almalarına Dair Oranlar

Hukuki Durum	2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%
Hukuki Yardım Verilen	63	76	54	90	71	90
Hukuki Yardım Verilmeyen	20	24	6	10	8	10
Toplam (n)	83		60		79	

Tablo 6’da hukuki yardım verilen ve verilmeyen başvuruların oranları verilmiştir. 2016 yılında hukuki yardım alan başvuru oranı %76 (n=63), 2017 yılında %90 (n=54), 2018 yılında %90 (n=71) olmuştur. Hukuki yardım verilmeyen başvuru oranları ise 2016 yılında %24 (n=20), 2017 yılında %10 (n=6), 2018 yılında %10 (n=8) olmuştur. Yılların tümünde hukuki yardım verilen başvuru oranları hukuki yardım verilmeyen başvurulara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.01.2016-01.01.2019 yılları arasında yaşanan beyaz kod vakaları, mağdurların unvanları, olayın gerçekleştiği yer ve şiddet türü açısından önemli bilgiler vermiştir. Bu çalışmaya paralel olarak yapılan literatür araştırmasında karşılaşılan benzer ve farklı yönler tartışmada ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmaya göre; 2016 yılında raporlanan toplam beyaz kod başvuru sayısı 83, 2017 yılı için bu sayı 60 ve 2018 yılı için de 79 olmuştur. Sağlık çalışanlarının uğradığı fiziksel şiddet oranı 2016 yılından 2019 yılına göre bakıldığında %10'dan %4'e düşerken; maruz kalınan sözel şiddet oranı %78'den %85'e yükselmiştir.

WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporuna göre farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete uğrama sıklığı %3-17, sözel şiddete maruziyet oranı ise %27-67 olarak bildirilmiştir. Bu rapor ile yapılan çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında sözel şiddetin daha çok görüldüğü hususunda örtüşmektedirler (109).

Winstanley ve Whittington'ın 2004 yılında İngiltere'de yaptıkları çalışmada, bir yılda sağlık çalışanının maruz kaldığı fiziksel şiddet oranı %27; sözel şiddet oranı ise %68 olarak belirtilmiştir (110).

Gascón ve arkadaşlarının İspanya'da 1826 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmada, fiziksel şiddete maruz kalım oranı %11 iken sözlü taciz ve tehdite maruz kalım oranı %34 olarak bulunmuştur (111).

Fujita ve arkadaşlarının çalışmasına göre, Japonya'da 2009 yılında şiddete maruz kalan sağlık çalışanı oranı %36,4; uygulanan fiziksel şiddet oranı %15,9, sözel şiddet oranı %29,8 ve cinsel taciz oranı %9,9 olarak bildirilirken; Abbas ve arkadaşlarının Mısır'da 2010 yılında yaptıkları çalışmanın bulgularına bakıldığında, bir yıl içinde sağlık personelinin şiddete maruz kalma oranı %27,7; bu oranın da %9,3'ü fiziksel şiddet, %69,5'i sözel şiddet olmuştur (112,113).

Hills ve arkadaşlarının 2010 yılında Avustralya'da 9449 hekimin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmanın bulguları, hekimlerin %70,6'sının sözlü şiddete; %32,3'ünün de fiziksel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur (114).

Fernandes ve arkadaşlarının 1996 yılında yürüttükleri çalışmalarında, sağlık çalışanının fiziksel şiddete maruziyet oranı %86, sözlü şiddete maruziyet oranı %76 olmuştur. Bu çalışma sözlü

şiddetin bildirilmediğini göstermektedir. İtalya’da 2017’de yapılan bir araştırma sonucu da yaşanan şiddet olaylarının sağlık personeline bildirilmediğini, işin doğasında şiddetin olduğu fikrinin benimsendiğini göstermiştir (115,116). Buna göre yapılan iki çalışma birbirini desteklemiştir. Fakat Kanada’da ve İtalya’da yapılan çalışmalar ile bu çalışmanın bulguları örtüşmemektedir. Düşük bulunan sözlü şiddet oranı bu çalışmada %78-%85 oranıyla fiziksel şiddetten yüksek oranda bulunmuştur. Üstelik yıllara göre artış göstermiştir. Sözlü şiddetin bildirim oranı artmıştır. Bu çalışmaya göre şiddetin işin doğası olarak görülmediği, özellikle sözlü şiddet bildirimının artışıyla kanıtlanmıştır .

İngiltere, İspanya, Japonya, Mısır ve Avustralya’da yapılan çalışmaların bulguları, oranlar değişiklik göstermekle birlikte, sözel şiddetin fiziksel şiddete göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Birbirinden nüfus, sosyoekonomik düzey açısından oldukça farklı ülkelerin sağlıkta şiddette aynı tabloyu çizdiği görülmektedir. Yapılan çalışmada şiddet türünü gösteren bulgular diğer ülkelerdeki bu sonuçlar ile hem desteklenmekte hem de literatürü desteklemektedir.

Ülkemizde yapılan konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde; Aydın’ın 2009 yılında yaptığı çalışmaya göre bir yıl içinde, sağlık çalışanının sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma oranı %45, Adaş ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları benzer bir çalışmada ise sözlü veya fiziksel şiddete birlikte maruz kalma oranı %58, Çamcı ve Kutlu’nun 2011 yılında yaptıkları çalışmada da sağlık çalışanının iş hayatı boyunca sözlü şiddete maruz kalma sıklığı %98,5 olarak bildirilmiştir (117-119).

Şiddet mağdurlarının ünvanlarının incelendiği bir çalışmada (2013) beyaz kod bildirimini en yüksek oranda yapan meslek grubunun %28,6’lık bir oranla hemşirelerin olduğu, bu oranı %21,6 ile hekimlerin takip ettiği, diğer sağlık çalışanlarının da %8,3 oranında bildirim yaptığı görülmüştür (120). Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre ise hekimlerin ortalama %58,6’lık bir oranla en yüksek beyaz kod bildirimini yapan meslek olduğu bulunmuştur.

Fernandes ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada şiddet olaylarının en çok yaşandığı yer acil servisler olarak bulunmuştur. Buna göre acil servis çalışanlarının şiddete uğrama sıklığı %94,4 olurken diğer birimlerde çalışan sağlık personelinin %67,5’inin herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldığı görülmüştür (115). Başka bir çalışmada ise dahili servislerde çalışanların herhangi bir şiddet türüne maruziyet oranı %42, cerrahi servislerde %36, acil serviste ise %30 olarak belirtilmiştir (110). Türkiye’de ve yurtdışında yapılan, cerrahi ve dahili branşların şiddete maruziyet oranlarının incelendiği çok sayıda çalışmada cerrahi birimlerde şiddet

vakalarına daha çok rastlandığı bildirilmiştir (4,121). Altınok ise 2018 yılında yürüttüğü çalışmasında, dahili birimlerde çalışan sağlık personelinin herhangi bir şiddet türüne maruz kalma oranını %83,1, cerrahi birimlerde %93, acil serviste ise %100 olarak bildirmiştir (122). Bu çalışmada şiddetin en çok yaşandığı yer acil servis olarak bulunmuştur. Beyaz kod bildiriminin en çok yapıldığı servis yıllara göre ortalama %42 oranıyla en üst seviyede görülmüştür. Bu sonucu %23,3 ile poliklinikler, %22 ile klinikler (yataklı servisler), %4 ile kapalı birimler olan ameliyathane ve yoğun bakım servisleri takip etmiştir. Acil servislerde yaşanan şiddet olaylarının yoğunluğunun yüksek olması literatürü desteklerken bazı çalışmalardaki oranlarla zıt düşmektedir.

Sonuç olarak, Sakarya ilinin Beyaz kod vakalarının incelendiği bu çalışmada literatürü destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalışan sağlık profesyonellerinin maruz kaldığı işyeri şiddeti oranları global ölçüde yüksek olarak görülmektedir.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre;

- Sağlık personelinin beyaz kod bildirimlerini yapmakta istekli ve kararlı olması gerekmektedir.
- Beyaz kod bildirimlerinin yapıldığı ve toplandığı Çalışan Güvenliği Birimi personeli, doğru şekilde kayıt tutmalı ve bu kayıtların arşivlenmesinde dikkatli olmalıdır.
- Hastane yöneticileri beyaz kod vakalarından haberdar olmalı ve çalışan sağlık personelinin yaşanan beyaz kod vakalarının bildirimini yapmak hususunda desteklemelidir.
- İdari hizmet çalışanları, çalışan güvenliği biriminin tuttuğu kayıtları Sağlık Bakanlığı'na bildirmeli ve ulusal olarak yaşanan sağlıkta şiddet olaylarının gerçek boyutlarını belirlemeye yardımcı olmalıdır.
- Sağlık kurumu yöneticileri şiddet olaylarının yaşanmamasına yönelik tedbirleri sağlamalıdır. 7/24 hizmet veren servislerinin (acil servis, yatan hasta klinikleri...vs.) güvenlik personeli sayısını arttırmalı ve sağlık personelinin güvenli çalışacağı ortam düzenini sağlamalıdır.
- Sağlık Bakanlığı'na yürütülen sağlık politikalarının sürdürülebilirliği denetlenmelidir. Hastane yönetimlerinin bu açıdan değerlendirmelerini rapor halinde bildirmeleri gerekmektedir.
- Yaşanan şiddet vakaları ile ilgili olarak şiddete maruz kalan her sağlık personelinin psikolojik bakımdan sağaltımının gerçekleştirildiğinden emin olunmalıdır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenmesi için hukuki düzenlemeler yapılmalı, cezaların caydırıcı olması sağlanmalıdır. Sağlık alışanlarının kendilerini güvende hissedebilmeleri için gerekli tedbirlerin arttırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Zhang, L., et al. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 72: 8–14. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.002.
2. Kocacık, F. Şiddet Olgusu Üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Dergisi*. 2000; 2:1
3. WHO World Report on Violence and Health: Summary. Geneva. 2002;5. (Erişim: 20.05.2019).
4. Ayrancı, Ü., ve ark. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002; 3:147-154.
5. Jonathan S. Weyand, Emily Junck, Christopher S. Kang, and Jason D. Heiner. Security, Violent Events, and Anticipated Surge Capabilities of Emergency Departments in Washington State. *West J Emerg Med*. 2017;18(3): 466–473. doi: 10.5811/westjem.2016.10.30271.
6. Xiaojian Duan, Xin Ni, Lei Shi, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes*. 2019; 17: 93. doi: 10.1186/s12955-019-1164-3.
7. Scott, H. Violence against nurses and NHS staff is on the increase. *British Journal of Nursing*. 2003;12(7):396. doi: 10.12968/bjon.2003.12.7.11255.
8. Alkorashy HA, Al-Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *Int Nurs Rev*. 2016;63:226–232. doi: 10.1111/inr.12242.
9. Shi L, Zhang DY, Zhou CY, Yang LB, Sun T, Hao TJ, et al. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. *BMJ Open*. 2017;7(6):e013105. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013105.
10. Khoshknab MF., Oskouie, F., Ghazanfari N, Najafi F, Tmmizi Z, Afshani S, et al. The frequency, contributing and preventive factors of harassment towards health professionals in Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015;3(3):156–164.
11. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083–1088. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0.
12. Aktuğ, K., Hancı, H. Acil Serviste Şiddet Tehditi-Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). 1999;1-7. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset. İzmir.
13. Cooper CL., Swanson, N. Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art. 2002. https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf (Erişim:09.10.2019).

14. Chang., YP, et al. Influence of work excitement and workplace violence on professional commitment and turnover intention among hospital nurses. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2171-2180. doi: 10.1111/jocn.14808.
15. Nowrouzikia B. The impact of workplace violence on health care workers' quality of life. *Dev Med Child Neur*. 2017;59(7):675. doi: 10.1111/dmcn.13466.
16. Zhang B. Thinking on the phenomenon of medical violence. *Chin Hosp Manag*. 2006;26(3):21–24.
17. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med*. 2013;31(1):197–205. doi: 10.1016/j.ajem.2012.07.010.
18. Heponiemi T, Kouvonen A, Virtanen M, Jukka V, Marko E. The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1–8. doi: 10.1186/1472-6963-14-19.
19. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(7). doi: 10.1136/bmjopen-2017-016810.
20. Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J, et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(12). doi: 10.1136/bmjopen-2017-017182.
21. Yıldız A, Simsek S, Ceza-Yargılama ve Kolluk Mevzuatı, Ulus Basım Yayın, İstanbul, 2006, 147
22. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete. 6 Nisan 2011. Sayı:27897. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (Erişim: 06.07.2019)
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi : 10.9.1982, No: 8/5319, RG, 13.1.1983, No: 17927 Mük. Yayımlandığı Düsturun Tertibi:5, Cilt: 22, sf. 2889. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav> (Erişim:06.07.2019)
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Konulu Genelge. 14.05.2012. Sayı: B.10.0.SHG.0.21.00.00/951.99/6665. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1073,calisangenelgesipdf.pdf?0> (Erişim: 06.07.2019).

25. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. 1932. <https://sozluk.gov.tr> (Erişim: 06.07.2019).
26. Aysel Yıldırım. Sıradan Şiddet Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları. Boyut Kitapları, Boyut Yayın Grubu. İstanbul. 1998; sf. 9.
27. Gündelik Yaşamdan Kliniğe Şiddet ve Psikiyatri. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Psikiyatride Güncel Serisi 1. Ankara. 2017; sf.2.
28. Department of Health and Human Services- Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health. 2002.
29. WHO World Report on Violence and Health: Summary. Geneva. 2002;5-7. (Erişim: 20.05.2019).
30. World Health Organization. Resolution on “Strengthening the Role of the Health System in Addressing Violence, in Particular Against Women and Girls and Against Children” at the 67th World Health Assembly. 2014. (Erişim:21.05.2019)
31. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. The National Violent Death Reporting System (NVDRS). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html> (Erişim: 10.09.2019).
32. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med 1996; 38:993-1006.
33. Kadın Hemşirelere uygulanan Şiddet Faktörleri ve Bir Araştırma. Döne Günay. Yüksel Lisans Tezi. 2015, İstanbul. <file:///C:/Users/Dell/Desktop/şiddet%20sağlık%20sonuçları%20oku/417523.pdf> (Erişim: 10.09.2019)
34. Gillespie GL. Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. PhD Thesis, University of Cincinnati, Cincinnati, 2008.
35. Işıktaç, Y. (2002). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Toplumsal Yaşamda Kadın. Anadolu Üniversite Yayınları, Eskişehir.
36. Oral R., Günaydın H., Mazı M.İ. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin İşleyişi ile Beyaz Kod Başvurularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (Konya ili Örneği)- Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2017, s.143.
37. Elliott PP. Violence in healthcare. What nurse managers need to know. Nurs Manage 1997; 28:38-41.
38. WHO, Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women: Taking Action and Generating Evidence, WHO Press, Geneva, 2010, s.11.

39. ILO, ICN, WHO, PSI. (2003). Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, Workplace Violence in The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire. Geneva.
40. Tınaz, P. (2006). Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz. Çalışma ve Toplum. 10: 1122.
41. Çobanoğlu Ş., Mobbing/İş Yerine Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. Timaş Yayınları, İstanbul. 2005.
42. Davenport, N., Schwartz, R.D., Elliott, G.P., (Çeviri: Osman Cem ÖnerToy), “Mobbing, İşyerinde Duygusal Taciz”, Sistem Yayıncılık, (2003).
43. Leymann, H., “The Content and Development of Mobbing at Work”, European Journal of Work and Organizational Psychology, 1996, 5 (2), 165 – 184.
44. Maria Isabel S. Guerrero; (2007) The Development of Moral Harrasment (or Mobbing) Law in Sweden and France as a Stop Towards EU Legislation, http://www.bc.edu/schools/law/lawreviews/metaelements/journals/bcicl r/27_2/10_ - TXT.htm.
45. Ludwig M., D. Klingmüller. Mobbing im Krankenhaus; Psychoterror im Berufsalltag zwingt oft zur Kündigung. 1999, Der Internist 10-99.
46. Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., Fukahori, H., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. Int. J. Nurs Stud. 50 (10), 1368–1376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.011> [https:// org/](https://org/).
47. Boyle, M.J., Wallis, J., 2016. Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. Saf. Health 2 (1), 4. <http://dx.doi.org/10.1186/s40886-016- 0015-8>.
48. Spector, P.E., Zhou, Z.E., Che, X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. Int. J. Nurs. Stud. 51 (1), 72–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>.
49. Luck, L., Jackson, D., Usher, K., 2008. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. J. Clin. Nurs. 17 (8), 1071–1078. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01870.x>.
50. Lin, W.Q., Wu, J., Yuan, L.X., Zhang, S.C., Jing, M.J., Zhang, H.S., Luo, J.L., Lei, Y.X., Wang, P.X., 2015. Workplace violence and job performance among community healthcare workers in china: the mediator role of quality of life. Int. J. Environ. Res. Public Health. 12 (11), 14872–14886. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph121114872>.
51. Roche, M., Diers, D., Duffield, C., Catling-Paull, C., 2010. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. J. Nurs. Scholarsh. 42 (1), 13–22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x> <https://org/>.

52. Schat, A., Frone, M.R., 2011. Exposure to psychological aggression at work and job performance: the mediating role of job attitudes and personal health. *Work Stress* 25 (1), 23–40. <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2011.563133>.
53. Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q., Hao, Y., 2015. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 5 (3), e6719. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006719>.
54. Speroni, K.G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., Atherton, M., 2014. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *J. Emerg. Nurs.* 40 (3), 218–228. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2013.05.014>quiz 295. <https://org/>.
55. Hesketh KL, Duncan SM, Estrabrooks CA. Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. *Health Policy*. 2003;63:311-321.
56. Detis T, Duhart Ph D. Violence in the workplace, 1993-99. Bureau of Justice Statistics. Special Report. 2001. U.S. Department of Justice, 2001.
57. Björkqvist K, Österman K. Hjelt-Bäck M. Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*. 1994;20:173-184.
58. Claix A, Pham TH. Evaluation of the HCR-20 violence risk assessment scheme in a Belgian forensic population. *L'Encéphale*. 2004;30(5):447-53.
59. Maljers J. Market forces inevitable in health care. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;6;150(18):1014.
60. Paoli P, Merllié D. Third European Survey on Working Conditions 2000. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001.
61. House of Commons. A Safer place to work. Report by the comptroller and auditor general. London. 2003.
62. National Health Service. Zero Tolerance Campaign. <http://www.nhs.uk/zerotolerance/intro.htm>. 2002. (Erişim:05.12.2019).
63. Sağlık-Sen (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası). (2011). Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu, Sağlık-Sen Yayınları 11, Sağlık Sen Genel Merkezi, Ankara.
64. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 6 Nisan 2011, Sayı: 27897.
65. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Tarih: 28 Nisan 2012, Sayı: 28277.
66. Curbow, B., “Origins of Violence at Work”, In: Cary L. Cooper and Naomi Swanson. (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art*, 2002.

67. Mustafa Yağbasan, Fatih Çakar, “Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2006: 15, s. 615
68. Altıntaş, N., “Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi”, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.
69. Maggie Rew, Terry Ferns, “A balanced approach to dealing with violence and aggression at work.” British Journal of Nursing, 2005, Vol 14, No 4, s. 228.
70. Aydın, M. “Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı”, Türk Tabipleri Birliği, Isparta-burdur Tabip Odası Başkanlığı, Aralık 2008.
71. Kızmaz, Z., “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 16, Sayı: 2 Elazığ. 2006, s. 262.
72. Aktuğlu, K., Hancı H. (1999). Acil Serviste Şiddet Tehdidi. Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset, İzmir, 1-7.
73. OSHA. (2004). (Occupational Safety And Health Administration). Workplace Violence. <http://www.osha.gov/publications/OSHA3148/osha3148.html>. (Erişim: 10.11.2019).
74. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. Online J Issues Nurs, 2004;9(3);7.
75. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. N Eng JMed,2016;374(17);1661-9.
76. Dahlberg LL, Krug EG. Violence-a global public health problem. In: KrugEG, DahlbergLL, MercyJA, ZwiAB, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization;2002. 1-22.
77. Donnelly PD, Ward CL. Interpersonal violence: a global health priority. In Donnelly PD, Ward CL,eds.Oxford Textbook of Violence Prevention: Epidemiology, Evidence, and Policy. Oxford: Oxford University Press;2015.3- 8.
78. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health: Summary. Geneva:World Health Organization; 2002.
79. Galtung J. Cultural violence. J Peace Res, 1990;27:291-305.
80. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C,et al.Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. J Safety Res, 2013;44:57-64.

81. National Institute of Occupational Safety and Health. Violence: Occupational hazards in hospitals (DHHS NIOSH Publication No. 2002-101). Cincinnati, 2002.
82. Buchan, J. Health sector reform and human resources: Lessons from the United Kingdom, Health Policy and Planning. 2000. 15(3): 319-325.
83. Friedman, M. Bütçe ve Maliye Politikasına Hakettiğinden Fazla mı Değer Veriliyor? Liberalizm, Refah Devleti, Eleştiriler. Çeviren: G. Özcan. Bağlam Yayıncılık, 1993. Ankara, 110-56.
84. Belek, İ., Soyer, A. Sağlıkta Özelleştirme. Sorun Yayınları. 1995. Ankara, 10-199.
85. Homedes, N., Ugalde, A. Human resources: the cinderella of health sector reform in Latin America. Human Resources for Health. 2005. 3:1, 34-60.
86. Pala, K. Dünya Bankası'nın Türkiye için sağlık politikası ve genel sağlık sigortası. Toplum ve Hekim. 2003. 18, 115-119.
87. Eke E., Neoliberal devlet döneminde sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarına yönelik sektördeki paydaşların algısı. Doktora tezi. 2014, Isparta.
88. Kasapoğlu A., Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2016;19(2): 131-174.
89. Kasapoğlu, A. Impacts of Health Reforms in Turkey: The Case Violence Towards Physicians. Journal of Family Medicine and Community Health. 2015. <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-2-1049.pdf> (Erişim: 20.07.2019)
90. Seren A. K. Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri. Opinions of Health Employees About the Health Transformation Project. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi. 2014. doi:10.5222/SHYD.2014.019.
91. Çakır Ö. Ücret Adaletinin İş Davranışları Üzerindeki Etkileri. 2006. Ankara: Kamu-İş Yayını, Başbakanlık Basımevi.
92. Chiang F., Birtch T. Pay for Performance and Work Attitudes: The Mediating Role of Employee-Organization Service Value Congruence. 2010. International Journal of Hospitality Management, Vol: 29, 632-640.
93. Çakır Ö., Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Çalışma İlişkileri Dergisi. 2014. 5(1):1-21.
94. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10299&MevzuatIliski=0&sour>

ceXmlSearch=SA%C4%9ELIK%20BAKANLI%C4%9EINA%20BA%C4%9ELI%20SA
%C4%9ELIK%20KURUM%20VE%20KURULU%C5%9ELARINDA (Erişim:
10.07.2019).

95. Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/>.
96. Ashworth I., et al. Variability of emergency color codes for critical events between hospitals in Riyadh. 2015. DOI: 10.5144/0256-4947.2015.450.
97. Waldo D, editor. Standardization Of Emergency Code Calls In Oregon. Oregon Association of Hospitals and Health Systems. 2009. <http://www.oahhs.org>. (Erişim:15.07.2019).
98. Wallace S C. Standardized Emergency Codes May Minimize “Code Confusion”. Pennsylvania Patient Safety Advisory. 2015; 1(12):1-6.
99. Padilla-Elías N, Peña-Orellana M, RiveraGutiérrez R, Padilla-Elías N, Peña-Orellana M, Rivera-Gutiérrez R, et al. Diversity Of Emergency Codes In Hospitals. International Journal of Clinical Medicine. 2013; 4: 499-503.
100. Truesdell A. Survey reveals move toward uniformity in hospital emergency codes [Internet]. California: Hospital Association of Southern California; 2011. <http://www.hasc.org/briefs-focus/survey-reveals-move-toward-uniformity-hospital-emergency-codes>. (Erişim: 15.07.2019).
101. Overhead Emergency Codes-2014 Hospital Guidelines [Internet]. 1st ed. Florida: Florida Hospital Association; 2014. [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/EM-2014_RECOMMENDATIONS_FOR_HOSPITAL_EMERGENCY_CODES_FINAL_\(2\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/EM-2014_RECOMMENDATIONS_FOR_HOSPITAL_EMERGENCY_CODES_FINAL_(2).pdf). (Erişim: 15.07.2019).
102. Ashworth I., et al. Variability of emergency color codes for critical events between hospitals in Riyadh. 2015. DOI: 10.5144/0256-4947.2015.450.
103. Emergency Color Codes- Ontario Hospital Association <https://www.oha.com/Documents/Emergency%20Preparedness%20Colour%20Codes%20Poster.pdf> (Erişim:10.07.2019).
104. Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar (URK) <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,9028/renkli-kodlar.html> (Erişim: 05.09.2018)
105. Sağlık Bakanlığı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması konulu, 11045126-010.06-sayılı Genelge. <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf> (Erişim:15.07.2019)
106. Uzuntarla, Y., ve ark. Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. 2019. Eurasian Journal of Health Sciences. 2019;2(1):6-9.

<http://static.dergipark.org.tr/article-download/ae5f/bace/58a8/5c52be4248b4c.pdf?>

(Erişim:01.01.2020).

107. Sağlık Bakanlığının 2012/23 Sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi, s:43.
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28684,calisan-haklari-ve-guvenligi-uygulamaları-rehberipdf.pdf?0> (Erişim: 20.05.2019)
108. Eğici, MT., Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Ankara Med J, 2018;(2):224-31 doi: 1017098/amj. 436537.
109. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. J Occup Health 2008;50(3):288-93.
110. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. J Clin Nurs. 2004; 13(1): 3-10.
111. Gascón S, Martínez-Jarreta B, GonzálezAndrade JF, et al. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. Int J Occup Environ Health. 2009; 15(1): 29-35.
112. Fujita S, Ito S, Seto K, et al. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. J Hosp Med. 2012; 7: 79-84.
113. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, et al. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2010; 85(1-2): 2943.
114. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. Med J Aust. 2012; 197(6): 336-340.
115. Fernandes C. M., Bouthillette F., Raboud J. M. (1999). Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. CMAJ.161: 1245- 1248.
116. M. Cannavò., N. Fusaro., et al. Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza. Clin Ter 2017; 168 (2):e99-112. doi: 10.7417/CT.2017.1990.
117. Aydın, M., “Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı, Isparta- Burdur Tabip Odası Raporu”, Türk Tabipleri Birliği, İstanbul Tabip Odası, 2009.
118. Adaş, E. B., Elbek, O., ve Bakır, K., “Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı”, Gaziantep-Kilis Tabip Odası Şiddet Raporu I, 2008.
<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf> (Erişim:12.01.2020).

119. amcı, O., Kutlu, Y., “Sağlık alışanlarında İşyeri şiddeti”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing, 2011;2(1), s. 9-16.
120. Atik, D., “Sağlık alışanlarına Yönelik şiddet Olgusunun Bir Devlet Hastanesi rneğinde İncelenmesi”, E-Journal of New World Sciences Academy, Medical Sciences, 1B0035, 8, (2), 2013, s. 7.
121. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. Aust Emerg Nurs J 2004; 7:27-37.
122. Altınok, R. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde alışan Asistan Hekimlerin şiddete Maruziyet Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD. Uzmanlık Tezi. Denizli-2018. file:///C:/Users/Dell/Desktop/şiddet%20sağlık%20sonuları%20oku/520930.pdf (Erişim: 01.01.2020).

EK.1. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 24404279-806.01.03
Konu : 015-2017 Yılları Arasında Yaşanan
Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi
Sakarya İli Örneği Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans programı öğrencisi Ceren ULUSSEVER' in başvurusu üzerine "**2015-2017 Yılları Arasında Yaşanan Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi Sakarya İli Örneği**" konulu çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin tüm kampüslerinde yürütülmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../.../2019
e-imzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖGÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

15 Temmuz Camili Mh. Resmi Daireler Yerleşkesi C Blok Adapazarı/SAKARYA
Telefon: 0(264)2513550 Faks No: 0(264)2513564
e-Posta: esra.gungor@saglik.gov.tr İnternet Adresi: esra.gungor@saglik.gov.tr

Bilgi için: Esra GÜNGÖR
HEMŞİRE

Telefon No: 0 (264) 251 35 50 -55 Dahili : 1503

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a90a801b-12e9-478c-b1ef-1d459c806a30 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK.2. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğü ve İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:.

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın Adı: " 2015-2017 Yılları arasında yaşanan Beyaz Kod vakalarının incelenmesi. Sakarya İli örneği. "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Ceren ULUSSEVER, Adem ŞENTÜRK

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinin de yararlanılacaksa ayrıca Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğü (Ar-ge birimine) teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmede kurumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 3 Ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** Nisan 2019
/Bitiş Temmuz 2019
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Sakarya İli İl Sağlık Müdürlüğü'nce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Sakarya ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

11/04/2019
Tez Danışmanı
(İdari Birim Sorumlusu)
Dr. Öğr. Üyesi İtir ERKAN

...../...../20..
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

OLUR
...../...../2019
Doç. Dr. AZİZ ÖGÜTLÜ
İL SAĞLIK MÜDÜRÜ

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dr. Dr. C. Osman ÖZDEMİR
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

EK.3. Etik Kurul Onayı

arih ve Sayısı: 06/11/2019-E.13951



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/ 171
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Hem. Ceren ULUSSEVER

İlgi : 15.10.2019 tarihli 351 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "2015-2017 Yılları Arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yaşanan Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın isminin "2016-2019 Yılları Arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yaşanan Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi" olarak değişmesi, ve çalışma tarih aralığının 2016-2019 olarak güncellenmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.

06...11.11.2019

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENFBLCSN>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629



ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı: Ceren ŞENTÜRK

Doğum Yeri: Beyoğlu

E-Posta: senturkceren2002@gmail.com

Mezun Olduğu Lisans Programı: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu,
Hemşirelik Bölümü

Mesleki Deneyim: (31.05.2013- 03.2018) Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

(04.2018- Halen) Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi