

Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet

[Healthcare Workers and Workplace Violence]

ÖZET

İşyerinde şiddet, dünya genelinde yaygın ve endişe verici bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık çalışanları özellikle risk altındadırlar ve diğer sektörlerde çalışanlara göre şiddete maruz kalma risklerinin 4 ila 16 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Ortak kabul edilmiş şiddet tanımlarının olmayışı ve çalışmalardaki yöntem farklılıkları nedeni ile dünyada şiddete maruz kalma sıklıkları ile ilgili olarak oldukça farklı sonuçlar bildirilmiştir (herhangi bir şiddet türü: %22,0 - %88,6; fiziksel şiddet: %2,6 - %57,0; sözel şiddet: %24,3 - %82,0; cinsel taciz: %1,9 - %10,5).

Tüm sağlık çalışanları güvenli bir ortamda çalışma hakkına sahiptirler. Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin korunması, hastaların sağlık ve güvenliklerinin korunması kadar öncelikli ve önemlidir. Ülkemiz için de önemli bir sorun olan işyerinde şiddetin oluşumunda toplumsal, kültürel, çevresel, kurumsal, organizasyonel, bireysel bir çok risk faktörü rol oynar. Bütün bu faktörler gözönüne alınarak sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ciddiyetle ele alınmalı ve işyerinde şiddet olaylarını önlemeye yönelik stratejiler, politikalar geliştirilmelidir.

SUMMARY

Workplace violence is a threatening worldwide public health problem. Healthcare workers have under particular risk of workplace violence, and they are being exposed to violence 4-16 times more than other service workers.

The frequency of violence in the health sector in the world has indicated in different range of results since there is no consistent definition of workplace violence and differences in research methodology (any type of violence: 22,0% - 60,0%; physical violence: 2,6% - 57,0%; verbal violence: 24,3% - 82,0%; sexual harassment: %1,9 - 10,5%).

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.

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 10.05.2013, **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 21.05.2013, **DOI:**10.5455/pmb.1-1368188150

Tevfik Pınar¹

Gül Pınar²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Anahtar Kelimeler:

Sağlık çalışanları, İşyerinde şiddet

Key Words:

Healthcare workers, Workplace violence.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Tevfik Pınar
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye.
tevfikpinar@gmail.com

GİRİŞ

Giderek dünya çapında yaygın ve endişe verici bir olgu haline alan işyerinde şiddet, dünya için önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunudur ve sağlık çalışanları özellikle risk altındadırlar.(1-6) Hatta, işyerinde şiddeti, ulusal epidemiy şeklinde tanımlayan yaklaşımlar vardır ve sağlık çalışanları için önemli bir mesleki tehlike olarak değerlendirilmektedir.(7,8)

Sağlık hizmetleri, toplumla çok yakın iletişim içinde yürütülen çok özel bir çalışma alanıdır. Sağlık çalışanları, her yaş grubu ve cinsiyette tüm topluma, hastalık, yaşlanma ya da başka durumlar nedeni ile kendi kendine bakma gücünü yitiren, genellikle sıkıntı içinde, ihtimam ve bakıma muhtaç kimselere hizmet verirler.(1)

Sağlık çalışanlarının işyerinde şiddete maruz kalma açısından yüksek risk altında olduğu öteden beri bilinmesine rağmen, sadece son on-yirmi yılda ciddiyetle ele alınmaya başlanmış ve bu konuda bilimsel çalışmalar yapılmıştır.(9) Bu araştırmalar,

işyerindeki şiddetin ciddi bir sorun teşkil etmeyecek kadar nadir olduğu şeklindeki pek çok yanlış kanıyı ortadan kaldırmıştır. İşyerinde şiddet, birçok paydaşa pahalıya mal olmakta ve hem hizmet sunanlar hem kuruluşlar hem de hizmet alanlar için sürekli bir tehdit teşkil etmektedir.(10)

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation–WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), International Council of Nurses (ICN), işyerinde şiddeti, uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilenilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak; Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office–ILO), dünya genelinde uyuşturucu, alkol, sigara kullanımı ve HIV/AIDS ile birlikte dünya için büyük bir risk olarak; International Council of Nurses (ICN), etkili hasta bakım hizmeti verilebilmesini tehdit eden önemli bir faktör olarak değerlendirmektedir.(11)

TANIM

WHO'nun işyeri şiddet tanımı "Diğer bir kişiye ya da bir gruba işle ilişkili bir durumda hem yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan hem de yüksek derecede bu neticelerle sonuçlanma ihtimali bulunan, gerçekleştirerek ya da tehdit ederek kasten güç kullanmaktır".(12)

Avrupa Komisyonunun tanımı ise "İşyerinde şiddet, çalışanın işi nedeniyle (işine gidip gelirken olanlar da dahil) maruz kaldığı, açıkça ya da üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır." şeklindedir.(13)

İŞYERİNDE ŞİDDETİN TÜRLERİ

İşyerinde şiddet, şiddetin kaynağına ve oluş şekline göre sınıflandırılmaktadır.

A. Şiddetin Kaynağına göre:

İşyerinde şiddetin kaynağına veya saldırganına göre sınıflamasında, Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin geliştirdiği sınıflama tercih edilmekte ve dört tip şeklinde incelenmektedir.(14)

Tip I: Önceden kuruluşla ilişkisi bulunmayan bireyler tarafından gerçekleştirilen suç eylemlerini kapsar. Bu şiddet türünde ana hedef, nakit para ve değerli şeylerdir.

Tip II: Bir müşteri/hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel ve/veya psikolojik saldırıyı kapsar. Saldırganın kurumla ilişkisi bulunmaktadır. İşyerinde şiddetin en yaygın türüdür.

Tip III: Çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti ifade eder. İşyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astatlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsar.

Tip IV: Yakınların (ailenin veya arkadaşların) gösterdiği şiddet türüdür. Bu tür şiddet eylemlerinde, esas olarak evden kaynaklanmasına karşın, önemli derecede işyerine taşmalar gözlenir.

Sağlık çalışanları daha çok Tip II şiddete maruz kalmakla birlikte değişik düzeylerde bütün şiddet tiplerine maruz kalmaktadırlar.

B. Şiddetin Oluş Şekline göre:

Şiddetin oluş şekline göre, şiddet iki ana başlık altında incelenebilir:

1. Fiziksel Şiddet: Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasıdır. Bu şiddet türü, diğerlerinin yanı sıra, dayak atma, tekmeleme, tokatlama, çekme, itme, ısırma, sıkımayı kapsar.(15)

Saldırı: Bir başka kişiye, cinsel saldırı (yani tecavüz) da dahil, fiziksel olarak zarar veren kasıtlı davranıştır.

2. Psikolojik Şiddet (Duyusal Şiddet): Fiziksel güç kullanılabileceği hissettirilerek korkutmak (tehdit) da dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmaktır.(16) Bu şiddet türü, sözel şiddet, mobbing / yıldırma, cinsel taciz ve tehdit'i kapsar

A. Sözel Şiddet: Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren sözlü ifadelerdir.(17) Hakaret, sövme, azarlama, aşağılama, tehdit'i kapsar.

Tehdit: Hedef alınan birey veya grup üzerinde, fiziksel, cinsel, psikolojik ya da başka türlü zarar görme korkusu oluşturan, fiziksel güç ya da zor (yani psikolojik güç) kullanılacağına dair verilen sözdür.(18)

B. Mobbing/Yıldırma: Bireyi veya grup olarak çalışanları, kinci, acımasız veya kötü niyetli girişimler ile küçük düşürmek, ayağını kaydırmak için yapılan, tekrarlayan ve uzun süren eziyettir.(19)

C. Cinsel Taciz: İlgili kişiye saldırı niteliğinde olan, onun korkmasına, aşağılanmasına ve utanmasına, kendini rencide olmuş hissetmesine neden olan, istenmeyen, karşılık verilmeyen, hoş karşılanmayan cinsel nitelikteki fiziksel, psikolojik, sözlü, jestlerle ya da beden diliyle, yazılı ve görsel materyallerle yapılan davranıştır.(20,21)

Cinsel tacizin alt tipleri aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır (22):

Fiziksel taciz: Öpme, okşama, sıkma, bakış atma, şehvetle gözünü dikerek bakma gibi istenmeyen, cinsellik kastı ile yapılan temas kurma davranışlarını içerir.

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

Jestlerle taciz: Göz kırpmalar, el-parmaklarla jestler yapma, dudak yalama gibi cinsellik çağrıştıran vücut hareketlerini, beden dili ve/veya jestleri içerir.

Yazıyla ya da resimlerle taciz: Pornografik materyaller, müstehcen resimler, posterler, müstehcen bilgisayar ekran resimleri, e-mail ya da diğer elektronik iletişim araçları ile yapılan cinsel tacizi içerir.

Psikolojik / Duygusal taciz: Israrlı ve hoş karşılanmayan istekleri, istenmeyen flört tekliflerini, cinsel nitelikli aşağılamaları, sataşmaları ya da imaları içerir.

Bir davranışın cinsel taciz kabul edilebilmesi için o davranışın maruz kalan kişi tarafından istenmeyen, hoş karşılanmayan bir davranış olması gerekir. Karşılıklı rızaya dayalı ilişkiler cinsel taciz değildir. Sosyal ve kültürel olarak kabul edilen ve uygun görülen bazı iltifatlar, komplimanlar, cinsel taciz olarak değerlendirilemez.(21)

Taciz: İşyerindeki kadın ve erkeklerin, yaş, engellilik, HIV durumu, ailevi durum, cinsiyet, cinsel tercih, cinsiyet değiştirme, ırk, renk, dil, dinsel, politik, sendikal ya da diğer görüş-inanışlar, milli ya da sosyal köken, bir azınlığa mensup olmak, ekonomik durum, soy ya da diğer statüleriyle ilgili olarak aynı şekilde karşılık verilmeyen ya da istenmeyen ve onur kırıcı davranışlardır.(22)

Burada şiddet tanımları ile ilgili olarak bir konunun belirtilmesi özellikle önem taşımaktadır.

Diğer şiddet türlerini genel toplumun anlamasında neredeyse hiç bir sorun yokken, “mobbing/yıldırma” kavramının anlaşılmasında sorunlar yaşama ihtimali oldukça yüksektir. Özellikle ülkemizde konuyla ilgili akademik çevrelerde bile henüz tartışılan ve anlaşılmaya çalışılan bir kavramın genel toplum tarafından yanlış algılanabileceği hususu gözardı edilmemelidir.

Diğer şiddet türlerinde sadece mağduru “maruz kaldığımı” ifade etmesi yeterli iken, Mobbing kavramına yaklaşım farklı olmalıdır. Mobbing olayı bir anlamda tanı konulması gereken, uzman yaklaşımı ile değerlendirilebilecek bir kavramdır.

Ancak uzman kişilerin, ilgili tarafları yani mağduru ve zorba olduğu iddia edilen kişiyi değerlendirip karar verebileceği bir konuda insanlara mobbing’in kısa bir tanımı ve belki bazı mobbing davranışları örnekleri verilerek ve bu davranışlardaki esas niyet, süre ve sıklık güvenilir yöntemlerle irdelenmeden, kişinin algısı sorulursa, işyerinde yaşanan her türlü çatışma “mobbing” olarak değerlendirilebilir ve alınacak cevaplar bilimsellikten çok uzak sonuçlar doğurabilir. Dahası, dikkatli yaklaşılmaz ise “Mobbing” kavramının bir istismar aracı olarak kullanılması, hatta “mobbing’e maruz kalma” iddiasının kendisinin bir mobbing aracı olarak kullanılabilme ihtimali bulunmaktadır.

Bu durum gözönüne alındığında mobbing ile ilgili çalışmalarda, sorunu tam olarak gidermese ve başka unsurlarla sağlamanın yapılması gerekse de aşağıdaki tanımlamanın daha yararlı olacağı söylenebilir.

“Mobbing, iş yerinde, üstler, eşit düzeydeki iş arkadaşları ya da astlar tarafından, bireysel ya da grup halinde, bir çalışana gerçek ve geçerli bir neden olmadan ya da haksız gerekçelerle sistematik olarak, sık aralıklarla (en az haftada bir kez), uzun süre (en az 6 ay) art niyetli, esas niyet gizlenerek, kindarca, düşmanca, zalimce, insaf dışı yöntemlerle yapılan aşağılama, küçük düşürme, dışlama, yok sayma, alay etme, kaba davranma, tehdit, iftira, baskı gibi kötü davranışlarla eziyet edilmesi ve yıldırılmasıdır. (23-25).

Bu hak edilmeyen kötü muameleler sonucunda kişi huzursuz edilerek canından bezdirilir, çaresizliğe itilir, kişiliği ezilir, özgüveni, (26), özsaygısı ve dayanma gücü zayıflatılarak (27-30) kendi rızası ile ya da başka yollarla çalıştığı konumdan ya da işinden ayrılmaya zorlanır.”

Yönetime yasal hak olarak tanınan, verimi, hizmet kalitesini artırmaya, işyerinde çalışma düzeni ve ahengini sağlamaya yönelik uyarı ve düzenlemeler, sadece birkaç kez yaşanan tartışmalar, anlaşmazlıklar, azarlamalar, tarafların eşit güce sahip olduğu tartışmalar, şiddetli fakat aniden gelişen çatışmalar gibi kindarca bir niyetle yapılmayan, sürekli olmayan davranışlar mobbing olarak değerlendirilemez.

İŞYERİNDE ŞİDDET İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Toplum hizmeti sunan sektörler, işyerinde şiddete maruziyet açısından riskli sektörlerdir. Bunlar, sağlık, ulaşım, eğitim, ceza evleri, perakende ve konaklama/ikram sektörleridir. (31) Kamuya hizmet vermek, çalışanları ya kriminal hedef haline (Tip I şiddet) ya da memnuniyetsiz müşterilerin/hastaların hedefi (Tip II şiddet) haline getirerek şiddet görme konusunda büyük risk altına sokar.(31) Yalnız çalışan kişiler (gece çalışanlar, taksi şoförleri), nakit para ya da ilaç, (gece açık olan dükkanlar, eczaneler, petrol istasyonları) ile uğraşan kişiler, topluma güvenlik hizmeti verenler (polis, hukukçu, vs),(9,32,33) kamuya açık yerlerde para alış veriş yapanlar, gece geç saatlerde ya da sabahın erken saatlerinde çalışanlar, alkol servisi yapılan, kumar oynanan yerlerde, suç işleme oranı yüksek bölgede çalışanlar (34) risk altındadırlar.

Sağlık sektöründe görülen şiddet, diğer sektörlerdeki şiddetten farklılık arz eder. Sağlık çalışanları, hasta ve ailesi ile, sıklıkla zor koşullar

altında, yakın ilişki halinde olmak zorundadırlar. Hasta, tıbbi durumuna, aldığı ilaçlara bağlı olarak agresif davranabilir.(35)

Ağrı ve üzüntü içinde, kötü haber almış, kendi problemleri nedeni ile dürtü ve öfke kontrolü yapamayan, hastaneye kendi rızası olmadan getirilen kişilerle temas kurması gereken sağlık çalışanları ciddi risk altındadır.(7)

Topluma, başkalarına/insanlara bakım hizmeti (fiziksel ve duygusal/emosyonel) sunmak bir risk faktörüdür, ancak bu risk aynı zamanda sağlık hizmetinin tanımıdır. Üstelik sıkı güvenlik önlemleri, sağlık hizmeti veya sosyal hizmet sunulan ortamlarda hoş karşılanmaz.(9) Bu durum, sağlık çalışanlarını riske karşı daha da korumasız hale getirmektedir.

Başkalarına hizmet sunmak ilgili kişilerin evlerini ziyaret etmeyi de gerektirebilir.(32) Sağlık çalışanları, doğası gereği çalışanın ve hizmet alanın fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etki yapabilecek ortamlarda, savaş mültecilerine ya da savaş bölgelerinde sağlık hizmeti verebilirler. Bu gibi durumlarda işyeri, sabit bir mekân olmaktan çıkarak şiddet riskini daha da artırır.(36)

Fiziki koşulların yetersizliği, kötü aydınlatma, güvenlik zaafiyeti, hastaların fazla beklemesine neden olan iş akışının iyi düzenlenmemesi, aşırı kalabalık, personel yetersizliği gibi organizasyonel faktörler de şiddet riskini artırır.(37)

Yönetici desteğinin olmaması, aşırı iş yükü, çalışma arkadaşları arasındaki ilişkilerin zayıf olması gibi iş yeri stresörleri ya da kurumda küçülme ya da yeniden yapılanma gibi nedenlerle işten çıkarılma ihtimali, iş güvencesizliği, işyerinde saldırganlık riskini artırabilir.(38,39)

Suç oranı yüksek, çete faaliyetlerinin, uyuşturucu kullanımının, ileri düzeyde yoksulluğun olduğu bölgelerde hizmet verenler yüksek risk altındadırlar

Daha önce yaşanmış saldırgan davranışlara ait kayıtlar, uyuşturucu ya da alkol istismarı, akıl hastalığı, sosyal köken gibi hastaya ait özellikler şiddet olaylarının yaşanabilmesi açısından etkili olabilir.(1)

Çalışanın bayan olmasının sağlık çalışanları için şiddet riskini artırdığı ileri sürülse de cinsiyete-dayalı farklılıkların sağlık sektöründe bayan çalışanların oranının diğer sektörlere göre daha yüksek olması ile ilgili olduğu bildirilmektedir.(40)

Tecrübesiz ve eğitimsiz personel, hem iletişim kurmadaki beceri hem de verilen hizmetin kalitesinin yetersizliği nedeniyle hastaların memnuniyetsizliğine yol açarak şiddete uğrama riskini artırabilir.(41)

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN GÖRÜLME SIKLIĞI

İşyerinde şiddetin, farklı tanımlarının yapılması ve karşılaştırılabilir, standart ölçme yöntemleri bulunmadığı için görülme sıklığı tahminleri farklılık göstermektedir.(42) İşyerinde şiddetin sıklığını gösteren çalışmalarda, işyerinde şiddetin tanımı, işyerinin tanımı (43), şiddeti yapan kişinin kurum içi ya da kurum dışından olması (bazı çalışmalar meslektaşların uyguladığı şiddeti “işyerinde şiddet” olarak değerlendirmemektedir) gibi konularda değişik görüşler mevcuttur. Öte yandan bir çok çalışmada da, hastanın uyguladığı şiddet “işyerinde şiddet” tanımı içinde kabul edilmemekte, sadece yabancıların ve iş arkadaşlarının uyguladığı şiddet “işyerinde şiddet” olarak kabul edilmektedir.(7)

Tablo 1. Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının işyerinde şiddete maruz kalma durumlarının şiddet türlerine göre dağılımı

Ülkeler	Şiddetin Türü				
		Fiziksel şiddet (%)	Sözel şiddet (%)	Mobbing (%)	Cinsel taciz (%)
Avustralya (400 kişi)		12.0	67.0	10.5	–
Brezilya (1.569 kişi)		6.4	39.5	15.2	5.7
Bulgaristan (508 kişi)		7.5	37.2	30.9	2.2
Lübnan (1.016 kişi)		5.8	40.9	22.1	2.3
Güney Afrika (1.018 kişi)		17.0	52.0	20.6	4.6
Tayland (1.090 kişi)		10.5	47.7	10.8	1.9
Portekiz (498 kişi)		2.6	27.4	16.5	2.7

Farklı kuruluşların tanımlarından uyarlanmış farklı "işyerinde şiddet" tanımlarının verilmesi, farklı tip şiddet türleri için farklı veri toplama sistemlerinin kullanılması ve şiddet olaylarının önemli bir kısmının raporlanmaması nedeniyle, sağlık sektöründe gerçek şiddet insidansını tahmin etmek güçtür.(1) Bütün bu nedenlerle, günümüzde, resmi olarak bildirilmiş olayların, gerçek rakamların çok altında olduğu söylenebilir.(7)

Sağlık sektörü çalışanları işyerinde şiddete maruziyet açısından yüksek risk altındadırlar. İşyerlerinde görülen toplam şiddetin yaklaşık %25'i sağlık sektöründe görülmektedir. Bu sektörde şiddet bütün ülkelerde ve bütün meslek gruplarında yaygın olarak görülmektedir. Sözel şiddet gibi bazı şiddet türlerine, sağlık çalışanlarının yarından fazlası maruz kalmaktadır.(20) Bazı çalışmalarda, özellikle sağlık sektöründe çalışanların, hasta, hasta yakını ve diğer insanlardan şiddete maruz kalma risklerinin diğer sektör çalışanlarına (gardiyanlar, polisler, banka çalışanları, perakende çalışanları, ulaşım sektöründe çalışanlar) göre 4 ila 16 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.(44-47)

Dünyada Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı Çalışmaları

ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses), WHO (World Health Organisation), PSI (Public Services International)'nın 2002 yılında bazı ülkelerde sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmalarda, fiziksel şiddet, sözel şiddet, mobbing ve cinsel taciz olayları, sırasıyla, aşağıdaki gibi saptanmıştır:(18)(Tablo 1).

On Avrupa ülkesinde (Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Hollanda, Norveç, Polonya, Slovakya ve İngiltere) sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada (NEXT) 2002-2003 yılları arasında 77.681 hemşireye anket gönderilmiş, 39.894 kişiden cevap alınmış, hemşirelerin %22,0'sinin (8.778) şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(48)

İngiltere'de sağlık çalışanlarının son bir yılda %27,0'sinin fiziksel, %68,0'inin sözel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.(49) Almanya'da 39 farklı kurumdan 1973 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada, çalışanların %56,0'sının fiziksel şiddete, %78,0'inin sözel şiddete, %10,5'inin cinsel tacize maruz kaldığı saptanmıştır.(50) Finlandiya'da on sağlık çalışanından birinin son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kaldığı rapor edilmiştir.(51) İspanya'da 2008 yılında, 3 hastane ve 22 kırsal ve kentsel birinci basamak çalışanlarından 1.866 kişi ile yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının %11'inin fiziksel şiddete, %64,0'ünün tehdide, %24,3'ünün sözel

şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.(52) İtalya'da 700 hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada, bir yıl içinde hemşirelerin %49,0'unun saldırıya maruz kaldığı, bunun %82,0'sinin sözel olduğu, şiddet olaylarının sıklıkla acil, psikiyatri ve geriatri servislerinde yaşandığı belirlenmiştir.(53)

ABD'de ülke genelinde 142 hastanenin sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde fiziksel saldırıya maruz kalma hızı %13 (minimum %1, maksimum %26) olarak saptanmıştır.(54) "Minnesota Nurses' study" çalışmasında (6.300 hemşire) bir yıl içinde %13,2 fiziksel şiddet, %38,8 sözel şiddet, %7,0 cinsel taciz, %17 tehdit olayı görülmüştür. Şiddetin %97,0'si hasta, %67,0'si hasta yakını tarafından gerçekleştirilmiştir.(55) ABD'de acil servislerde çalışan hekimlerin (177 kişi) son bir yılda %28,1'inin fiziksel şiddete, %74,9'unun sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(56)

Kanada'da acil servis çalışanları (106 kişi) ile yapılan çalışmada, herhangi bir zamanda çalışanların şiddete uğrama sıklığı %60,0 olarak saptanmıştır. Son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %57,0 olarak saptanmıştır. Çalışanların %86,0'si fiziksel tehdit veya saldırıya, %76,0'si sözel şiddete tanık olmuştur.(57) İngiliz Kolombiya'sında hemşirelerin diğer mesleklere göre yaklaşık 4 kat fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(58)

Avustralya'da 9449 hekim üzerinde yapılmış ulusal çalışmada pratisyen hekimlerin son 12 ay içinde fiziksel şiddete %32,3, sözel şiddete %70,6 oranında maruz kaldıkları saptanmıştır.(59)

Japonya'da 2011 yılında 8711 (19 hastane) sağlık çalışanının katılımı ile yapılan kesitsel bir çalışmada, çalışanların %36,4'ünün son bir yıl içinde işyerinde herhangi bir şiddete maruz kaldığı, bunların %15,9'unun fiziksel şiddet, %29,8'inin sözel şiddet ve %9,9'unun cinsel taciz şeklinde olduğu saptanmıştır.(60)

Mısır'da 970 hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada son bir yıl içinde birden fazla kez herhangi bir şiddet olayı ile karşılaşma oranı %27,7 olarak (%9,3'ü fiziksel şiddet, %69,5'i sözel şiddet) saptanmıştır.(61)

Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı Çalışmaları

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ile ilgili ülkemizde de bazı çalışmalar yapılmıştır. Eskişehir-Bilecik Tabip Odası tarafından 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında 1.071 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %50,8'inin

çalıştığı bir anda şiddet türlerinden birine ya da daha fazlasına maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalma durumu Eskişehir'de %46,6, Ankarada %58,0, Kütahya'da %74,5 olarak saptanmıştır.(62) Eskişehirde 2004 yılında 195 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan çalışmada, çalışanların %72,3'ü son bir yılda şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Çalışanların %69,5'i sözel/duygusal şiddete, %8,5'i fiziksel şiddete maruz kalmışlardır.(63) Aynı şehirde 1.209 sağlık çalışanı ile 2006 yılında yapılan çalışmada son bir yıl içinde çalışanların %49,5'inin fiziksel, sözel ya da hem fiziksel hem de sözel (erkeklerde %39,5 ve kadınlarda %60,4) şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(64)

Denizli'de 2003 yılında 3 hastane acil servisinde 79 acil servis çalışanı ile yapılan çalışmada, çalışanların %88,6'sının son bir yıl içinde herhangi bir şiddet olayına maruz kaldığı ya da tanık olduğu, %49,4'ünün fiziksel şiddet olayına maruz kaldığı ya da tanık olduğu saptanmıştır.(65)

İzmir'de 2004 yılında 66 hemşire katılımı ile yapılan çalışmada, çalışanların %19,7'sinin fiziksel şiddete, %98,5'inin sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(66)

Bolu'da yapılan çalışmada, 1998-2005 yıllarını kapsayan 5 yıllık sürede, 124 sağlık çalışanının (%50 hekim, %35,8 hemşire, %14,2 diğer çalışan) %87,1'inin saldırgan davranışlara maruz kaldığı saptanmıştır.(67)

Samsun'da 2006 yılında 522 pratisyen hekim ile yapılan çalışmada, hekimlerin %82,8'i tüm meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.(68) Samsun'da 2006 yılında Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 64 sağlık çalışanı (14 hekim, 50 hemşire) ile yapılan çalışmada son bir yılda çalışanların herhangi bir şiddete maruz kalma sıklığının %85,9 olduğu, %59,4'ünün sözel şiddete, %26,5'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(69)

Ankara'da 2006 yılında yapılan çalışmada 8 hastanede çalışan 1.204 hemşire çalışmaya katılmış, 622'si anketi tamamlamıştır (cevaplama oranı %51,7). Çalışmada katılımcıların %91,1'i, çalışma hayatı boyunca en az bir kez sözel şiddete, %33,0'ü de fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.(70)

Türkiye'nin değişik bölgelerinden 7 tıp fakültesi hastanesinde 2007 yılında yapılan çalışmada 2.442 kişi çalışmaya katılmış, 1.712'si anketleri cevaplamıştır. Çalışanların, %68,0'inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı, %16,0'sının fiziksel şiddete, %3,0'ünün cinsel tacize maruz kaldığı saptanmıştır.(71)

İŞYERİNDE ŞİDDETİN MAĞDUR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

İşyerinde şiddet, mağdur/kurban üzerinde olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçların doğmasını tetikler. Bu olumsuz sonuçlar, fiziksel ve psikolojik şiddete karşı duygusal tepki, öfke, şok, korku, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları şeklinde kendini gösterir. Mağdur, yanlış başa çıkma stratejilerine başvurabilir ve sigara, alkol ve uyuşturucu bağımlılığına yakalanabilir.(72,73) Ayrıca, işyerinde şiddet çalışanın kariyerini de etkileyebilir. İşyerinde zorbalığa maruz kalan kişilerin büyük çoğunluğunun işinden ayrılmayı planladıkları rapor edilmiştir.(74) İşyerinde şiddetin neden olduğu bütün bu sağlık sorunları, sosyal sorunlar sonucunda iş kazaları, sakatlıklar ve hatta intiharlar görülebilir.(32)

İşyerinde şiddet sadece çalışan üzerinde değil, çalışanın iş arkadaşları, ailesi ve arkadaşları üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilir. (Tablo 2).(35)

Post-travmatik reaksiyonlar, fiili fiziksel yaralanmaya uğramadan da oluşabilir. Gerçekten de, bir kişinin işyerinde bir şiddet olayına sadece şahit olması bile travmatik reaksiyonların tetiklenmesine yetebilir. Bazı durumlarda sözel tehditin, fiziksel saldırıdan daha ciddi etkilerinin olduğu bildirilmiştir.(33,43,74)

İŞYERİNDE ŞİDDETİN EKONOMİK MALİYETİ

İşyerinde şiddet, ağır ekonomik maliyetlere ve işgünü kayıplarına neden olmaktadır. Ancak, işyerinde şiddetin bütün maliyetinin tam olarak tahmin edilmesi zordur. Bu maliyetin önemli bir kısmı, istihdam ve işgücünü elde tutma problemleri artmış personel korkusu, post travmatik stres bozukluğu (75) gibi moral kayıplardır. Ayrıca, uyuşturucu, alkol, sigara alımını artırma gibi negatif başa çıkma stratejilerinin finansal etkisi hakkında da gerçek bir bilgi yoktur.(1) Çünkü hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde şiddetin kültürel algılanışı/kabul edilişi, bildirim sistemi bulunmayışı, suçlanmak ya da saldırganın misilleme yapmasından korkmak, yönetimin ilgisizliği gibi nedenlerle şiddet olayları bildirilmemektedir.

İngiliz Kolombiyasında, sağlık sektörü toplam işgücünün sadece %5'ini oluşturmasına karşın, işyerinde şiddete bağlı tüm tazminatların %40'ı bu sektörden gelmektedir. Sadece bir yılda sağlık sektöründe işgünü kaybı maliyeti 35 milyon \$ dan fazladır.(35)

Tablo 2. İşyerinde şiddetin mağdur ve diğer kişiler üzerindeki etkileri (48)

ÇALIŞAN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Fiziksel etki/Psikolojik etki

Üzüntü, inkar (itiraz), kendini suçlama
Depresyon, öfke, güvensizlik/inancını yitirme
Anksiyete, şok, hissizlik/umursamazlık
Bağımlılık, çaresizlik
Travma sonrası stress bozukluğu semptomları
Gelecekte tehdit edilme ve yaralanma korkuları
Kendinden şüphe etme
Güçsüzlük
İşe dönmekten korkma
İş performansında azalma
İş arkadaşları / aile ilişkilerinde değişim
Mesai dışı saatlerin uzatılması
Fiziksel hastalıklar
Uyku düzensizlikleri
Baş ağrıları
Stres yönetiminde yetersizlik ve uyuşturucu suistimali

GÖRGÜ TANIKLARI VE DİĞERLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Psikolojik etki

Şok ve inancını yitirme/güvensizlik
Öfke, inkar
Kendi güvenliği konusunda korku duyma

MESAI ARKADAŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Psikolojik etki

İnkâr, kendini suçlama
Öfke, artmış stres
Kendi güvenliği konusunda korku duyma
İşyerinde morallerin bozulması
Mağduru suçlama, çalışma arkadaşları arasında çatışma ve güvensizliğe neden olma
Fiziksel ve/veya psikolojik olarak zarar gören personelin ayrılması nedeniyle iş programının değiştirilmesi/yeniden düzenlenmesi

AİLE VE ARKADAŞLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Psikolojik etki

Şok, güvensizlik/inancını yitirme
İnkâr, üzüntü
Çalışanın gelecekte tehdit edilmesi ve yaralanmasından korkma
Ailenin gelirinde azalma
Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma
Aile içi ve sosyal aktivitelere katılımında azalma
Olayın fiziksel ve psikolojik etkilerine bağlı olarak aile içi stres

İngiltere ve Galler'de 1997 yılında işyerinde şiddet nedeniyle 3.3 milyon iş saati kaybı yaşanmıştır.(76) Bunun sadece maaş olarak yıllık ekonomik maliyetinin 55 milyon ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Ulusal Denetleme Kurulu (NAO), şiddetin NHS'ye (Ulusal Sağlık Kurumu) yıllık doğrudan maliyetini kabaca 69 milyon sterlin (£) olarak saptamıştır. Ancak, bu hesaba çalışanın değiştirilmesi, tedavi ve tazminat maliyetleri dahil değildir. (8)

NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) verilerine göre Sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası çalışma hayatları boyunca en az bir kez hasta ve yakınlarının saldırısına maruz kalmaktadırlar. Bu da her yıl 876.000 iş günü kaybına ve 16 milyon dolar zarara neden olmaktadır.(77,78)

SONUÇ VE ÖNERİLER

İşyerinde şiddet, sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları en kompleks ve tehlikeli mesleki problemlerden biridir. Tüm çalışanlar güvenli bir çalışma ortamında çalışma hakkına sahiptir. Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin korunması, hastaların sağlık ve güvenliklerinin korunması kadar öncelikli ve önemlidir.

İşyerinde şiddet, hem bireyin sağlığının bozulmasına hem de organizasyonel zararlara neden olmaktadır. Eğer, işyerinde şiddet önemsenmez, nedenleri analiz edilmez ya da etkileri göz ardı edilirse, mağdurda fiziksel hastalıklara, psikolojik bozukluklara, mesleği bırakmaya, sigara ve alkol istismarı gibi bir çok sağlıkla ilgili ve sosyal sorunlara neden olabilir ve bunlara bağlı olarak iş kazaları, sakatlıklar ve hatta intiharlar görülebilir. Hizmet verdikleri kişilere karşı kendilerini risk altında hisseden sağlık çalışanları, korkunun işlerinin bir parçası olduğuna inanmaya başlayabilirler. Sonuçta bu durum, risk oluşturan kitlenin sağlık bakımlarının daha az güvenle, daha az adanmışlıkla yapılması ya da ihmal edilmesi, hizmet kalitesinin olumsuz etkilenmesi sonucunu doğurabilir.

Şiddetin oluşumunda toplumsal, kültürel, çevresel, kurumsal, organizasyonel, bireysel bir çok risk faktörü rol oynar. Şiddetin bu çok faktörlü etyolojisi iyi analiz edilmeden alınacak polisiye önlemler sorunun çözümüne katkıda bulunmayacaktır.

İşyerinde şiddetin büyük çoğunluğu kurum dışındaki kişiler (işyerinden hizmet alan kişiler, işyeri ile herhangi bir ilişkisi olmayan kişiler) tarafından gerçekleştirilmektedir ve bu kişilerin kurumun

geliştirdiği örgütsel politikalara tam anlamı ile uygun hareket edeceğini beklemek oldukça zordur. Bu nedenle, bazı mesleklerde işyerinde şiddeti tamamen önlemek mümkün olmasa da ülke genelinde ve kurum özelinde iyi tasarlanmış İş Sağlığı ve Güvenliği programı ve diğer organizasyonel sistemlerle entegre bir şiddet önleme programı ve politikası, şiddet olaylarının sayısını ve ciddiyetini azaltabilir, şiddet olgusu ortaya çıktığında çalışanların en iyi şekilde başa çıkabilmesini, şiddet rapor edildiğinde çalışanlara yardımcı olacak kaynakların hazır olmasını sağlayabilir.

Ülkemizde varlığını ve önemini bize hergün hatırlatan bu önemli sorunun önlenmesi, çalışanların sahiplenilmesi ya da olay sonrası mağdurların desteklenmesi konusunda yapılması gereken çok şey vardır. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ciddiyetle ele alınmalı ve risk faktörleri belirlenerek işyerinde şiddet olaylarını önlemeye yönelik stratejiler, politikalar geliştirilmelidir. Ancak, yapılacak etkili girişimler için, öncelikle problemin gerçek boyutunun ve özelliklerinin saptanması gerekmektedir. Oysa, bu konuda ülkemizde yapılmış az sayıda çalışmalar olsa da Türkiye'yi temsil edecek veriler bulunmamakta, bu büyük problemin boyutu, gerçeği tam anlamda yansıtmak şeklinde bilinmemektedir.

Bu nedenle, sağlık sektöründe şiddetin gerçek boyutlarını, yapısını ve özelliklerini, şiddetin hangi koşullarda oluştuğunu, şiddete katkıda bulunan bireysel, organizasyonel, çevresel, toplumsal, kültürel risk faktörlerini, sağlık çalışanlarının şiddet probleminin nedenleri hakkındaki görüşlerini ve her gün karşılaştıkları problemlerin çözümü ile ilgili kendi önerilerini, şiddetle mücadelede mevcut durumla gerçek ihtiyaçlar arasındaki açığı saptayabilecek ve ülkemizi temsil özelliğine sahip bilimsel çalışmalara ve bu çalışmalardan elde edilecek verilere ve analizlere ihtiyaç vardır. Aksi durumda bilimsellikten uzak, söylentilere, varsayımlara, kanaatlere, ideolojik yaklaşımlara, bilimsel yeterliliği tartışmalı, ilgili toplumu temsil etme yeteneğinden uzak metodoloji ile yapılmış çalışmalara dayalı müdahaleler konunun çözümüne hiç bir katkıda bulunmayacağı gibi durumu daha da içinden çıkılmaz hale düşürecektir.

KAYNAKLAR

1. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the art. ILO, 2002.
2. World report on violence and health: Summary. WHO, Geneva, 2002.
3. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
4. Preventing violence: A guide implementing the recommendations of the World report on violence and health. World Health Organization, Geneva, 2004.
5. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
6. Homicide in the US Workplace: a Strategy for prevention and Research. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH Publication No. 92-103). Washington, DC: United States Government Printing Office, 1992.
7. Beech B, Leather P. Workplace in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent Beh.* 2006; 11: 27-43.
8. Fletcher TA, Brackel SJ, Cavanaugh JL. Violence in the workplace: New perspectives in forensic mental health services in the USA. *Brit J Psychiat.* 2000; 176: 339-344.
9. Calnan K, Kelloway EK, E. Dupre KE. SAV-T First: Managing Workplace Violence. In: *International Handbook of Workplace Trauma Support*. Edited by Hughes R, Kinder A, Cooper LC. Malden, MA, Wiley-Blackwell, 2012, USA, 105-120.
10. Schat ACH, Kelloway EK. Workplace violence. In: Barling J, Kelloway EK, Frone M (Eds), *Handbook of work stress* (pp. 189-218). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005
11. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector- The training manual. ICN, PSI, WHO, ILO. Switzerland, 2005.
12. Violence: A public health priority. Geneva: World Health Organization, 1995.
13. Wynne R, Clarkin N, Cox T, Griffiths A. Guidance on the prevention of violence at work. Luxembourg: European Commission, DG-V, 1997.
14. California Occupational Safety and Health Administration Guidelines for Workplace Security, San Francisco, CA: State of California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health, 1995.
15. Adapted from "Definition and typology of violence"-WHO. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en> Access date: May 03, 2013.
16. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO [International Labour Office], ICN [International Council of Nurses], WHO [World Health Organisation], PSI [Public Services International]). Geneva, 2003.
17. Alberta Association of Registered Nurses. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva, 2003.
18. Di Martino V. Workplace Violence in the health sector country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand) Synthesis Report, Geneva, 2002.
19. Chappel, D, Di Martino V. Violence at Work. ILO, Geneva, 2000.
20. Irish Nurses Organisation. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva, 2003.
21. Guidelines on Sexual Harassment Prevention at the Workplace, ILO. Indonesia, April 2011.
22. Human Rights Acts, UK. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva, 2003.
23. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology.* 1996; 5(2), 165-164.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013: 12(3)

24. Crawshaw L. Workplace bullying?mobbing?harrassment? distraction by thousand definitions. *Consulting Psychology Journal : Practice and Research*. 2009; 61(3), 263-267.
25. Szigety T. Early predictors of work place mobbing. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*. 2012; 33, 418-422.
26. Pranjc N, Males-Bilic, Ljiljana, Beganlic A, et al. (2006) Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey study. *Croatian Medical Journal*, 2008; 47 (5), 720-758.
27. Brousse G, Fontana, L, Ouchchane L, Boisson C, Gerbaud L Bourguet D. Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. *Occup Med*. 2008; 58, 122-128.
28. Bowling NA, Beehr TA. Workplace harassment from the victim's perspective: a theoretical model and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2006; 91 , 998-1012.
29. Matthiesen SB, Einarsen S. Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *Br J Guid Couns*. 2004; 32, 335-356.
30. Leymann H, Gustafsson A. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders, *European Journal of Work Organisational Psychology*. 1996; 5: 251-275.
31. Kelloway EK, Catano V, Day A. Counterproductive work behaviours. In *People and work in, Canada*, Toronto, ON: Nelson, 2011.
32. Chappell D, Di Martino V. *Violence at work* (2nd ed.). Geneva, International Labour Organisation, 2000.
33. Flannery RB. Violence in the workplace, 1970-1995: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 1996; 1(1), 55-68.
34. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Editor: Jeanne Mager Stellman. Fourth Edition. Geneva, International Labour Office, 1998: Volume II, 51.4.
35. Preventing Violence in health care: Five steps to an effective program -2000. *WorkSafeBC*, British Colombia, Canada, 2005.
36. WHO (2000). Consultative meeting on management and support of relief workers www.who.int/eha/resources Access date: May 03, 2013.
37. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST. Insights of nurses about assault in hospitalbased emergency departments. *Image: J Nurs Scholarship*. 1998; 30, 249-254.
38. Cole LL, Grubb PL, Sauter SL, Swanson NG, Lawless P. Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23: 450-457.
39. Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *Eur J Work Organ Psychol*. 1996; 5 (2), 215-237.
40. Brady C, Dickson R. Violence in health care settings. In *Leather P, Brady C, Lawrence C, Beale Dand Cox T (eds.): Work-Related Violence: Assessment and Intervention*. London: Routledge, 1999.
41. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *Br J Clin Psychol*. 1996; 35: 11-20.
42. *Leather P, Brady C, Lawrence C, Beale D and Cox T (eds.). Work-Related Violence: Assessment and Intervention . London: Routledge, 1999.*
43. Budd T. Violence at work: Findings from the British crime survey. London: Health and Safety Executive, 1999.
44. Elliott P. Violence in health care: what nurse managers need to know. *Nurs Manag*. 1997; 28: 38-41.
45. Health and Safety Executive. *Violence at Work: Findings from the British Crime Survey*. Home Office information and publications group; Research, development and statistics directorate, London, October 1999.
46. Kingma M. Workplace violence in the health care sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev*. 2001; 48: 129-130.
47. Sibbald B. Physician, protect thyself. *Can Med Assoc J*. 1998; 159 (8): 987-989.

48. Estryng-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med.* 2008; 58: 107-114.
49. 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.
50. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters Cet al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2012; 2(5): 18.
51. Saarela KL, Isotalus N. Workplace Violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *A J Ind Med. Suppl.* 1999; 1: 80-81.
52. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade 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.
53. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, et al. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs.* 2010; 19: 2329-2341.
54. Hodgson MJ, Reed R, Craig T, Murphy F, Lehmann L, Belton L, Warren N: Violence in healthcare facilities: lessons from the Veterans Health Administration. *J Occup Environ Med.* 2004; 46(11): 1158-65.
55. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, ET AL. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 2004 61: 495-503.
56. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, et al. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med.* 2005; 46:142-7.
57. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. (1999) Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ.* 1999; 161: 1245-1248.
58. Sibbald, B. Physician, protect thyself. *Can Med Assoc J.* 1998; 159 (8): 987-989.
59. 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.
60. Fujita S, Ito S, Seto K, et al. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *J Hosp Med.* 2012; 7: 79-84.
61. 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): 29-43.
62. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2002; 3: 147-154.
63. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med.* 2005; 28(3): 361-365.
64. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence.* 2006; 21(2): 276-296.
65. Boz B, Acar K, Erdur B et al. Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther.* 2006; 23(2): 364-369.
66. Senuzun EF, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev.* 2005; 52: 154-160.
67. Erkol H, Gokdogan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers: A problem in Turkey? *J Forensic Leg Med.* 2007; 14: 423-428.
68. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence Against General Practitioners in Turkey. *J Interpers Violence.* 2009; 24: 1980-1995.
69. Gökçe T, DüNDAR C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008; 15: 25-28.
70. Celik SS, Celik Y, Agirbas İ, Ugurluoglu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev.* 2007; 54: 359-366.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013: 12(3)

71. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med.* 2008; 58: 361-366.
72. A safer place to work: protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. House commons committee of public accounts. Thirty-ninth report of session 2002-2003.
73. Schat ACH, Kelloway EK. The effect of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *J Occup Health Psychol.* 2000; 4: 386-402.
74. Flannery RB, Hanson MA, Penk WE. Patients' threats: Expanded definition of assault. *Gen Hosp Psychiat.* 1995; 17(6): 451-453.
75. Dickson R, Cox T, Leather P, Beale D, Farnsworth B. Violence at work. *Occupat Health Rev.* 1993; 46: 22-24.
76. Budd T. Violence at work: Findings from the British crime survey. London: Health and Safety Executive, 1999.
77. Harrell E. Workplace violence, 1993-2009. Washington, DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, National Crime Victimization Survey, 2011. Available at: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf> Access date: March 20, 2013.
78. Violence in the healthcare workplace. *CME Resource.* 2012; 26: 1-23.