



## HAS THE VIOLENCE CHANGED TOWARDS HEALTH PERSONNEL FROM PATIENT-PATIENT RELATIVES DURING THE COVID-19?: A QUALITATIVE RESEARCH

Melih EYİTMİŞ<sup>1</sup>  
Fadime SEZER<sup>2</sup>

### Abstract

Today, there are several reasons that disrupt work peace in the workplace, negatively affect performance, reduce productivity, and lead to dissatisfaction. This feeling, which develops depending on the perception of the personnel, can affect not only the business life, but also the family and social life of the individual. The phenomenon of violence emerges as an important factor in the negative development of this perception. The phenomenon of violence that disrupts the working peace in social sciences is handled with different dimensions. These are; workplace violence, occupational violence, customer violence, violence perpetrated by patients and their relatives. The Covid-19 epidemic, which determined the starting point of the research and affected the whole world starting from the last month of 2019, caused total changes in the field of health as well as in other sectors. During this period, healthcare workers were at the forefront. Health personnel faced many unfavorable situations such as overtime, unauthorized work, harsh working conditions, insufficient medical equipment, and occupancy in intensive care units. To fight against the epidemic, non-governmental organizations and governments have carried out different studies to support health workers. The study aims to determine the extent of violence applied to healthcare personnel by patients and their relatives during the Covid-19 period. In this context, qualitative research method, phenomenology design, and in-depth interview technique as data collection methods were used. The study group of the research consists of fifteen health personnel working in a state hospital in Turkey. While analyzing the data, the descriptive analysis technique, one of the data analysis strategies, was used. In the literature, types of violence are defined in many studies as verbal, physical, sexual and psychological. In this study, the security of personal data and violation of privacy, which is not seen as a type of violence in the literature, has also been revealed as another type of violence. Another finding is that while it is stated that there is a positive development in the perspectives of patients and their relatives against the healthcare personnel who fight at the forefront of the front in the event of a major epidemic, there are also participants who stated that nothing has changed. As a result of the analysis, first of all, finding and eliminating the causes of violence, providing education to citizens, supporting health personnel are among some suggestions put forward by the participants.

### Article History:

Date submitted:  
15 October 2021  
Date accepted:  
27 December 2021

### Jel Codes:

M1, M14, I12.

### Keywords:

Covid-19, Violence,  
Healthcare Sector,  
Qualitative Research.

**Suggested Citation:** Eytmiş, M. & Sezer, F. (2022). Has the Violence Changed Towards Health Personnel from Patient-Patient Relatives During the Covid-19?: A Qualitative Research. *Cumhuriyet University Journal of Economics and Administrative Sciences*, 23(1), 244-268.

<sup>1</sup> Asst. Prof. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business Administration, a\_melih@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0003-1236-7689.

<sup>2</sup> Dr. Student, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business Administration, YÖK 100/2000 Information and Document Management Scholarship, phd.fsezer@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9835-3968.



## COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Melih EYİTMİŞ<sup>1</sup>  
Fadime SEZER<sup>2</sup>

### Öz

Günümüzde iş yerinde çalışma barışını bozan, performansı olumsuz etkileyen, verimliliği düşüren, tatminsizliğe yol açan birtakım sebepler bulunmaktadır. Personelin algısına bağlı gelişen bu duygu yalnızca iş yaşamını değil, bireyin aile ve sosyal yaşantısını da etkileyebilmektedir. Şiddet olgusu bu algının olumsuz gelişmesinde önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal bilimlerde çalışma barışını bozan şiddet olgusu, farklı boyutlarla ele alınmaktadır. Bunlar; iş yeri şiddeti, mesleki şiddet, müşteri şiddeti, hasta-hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet olarak sıralanabilir. Araştırmanın çıkış noktasını belirleyen, 2019 yılının son ayından başlayarak tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında da topyekün değişikliklere sebep olmuştur. Bu dönemde sağlık çalışanları cephenin en ön safında yer almıştır. Sağlık personeli fazla mesai, izinsiz çalışma, ağır çalışma koşulları ve yetersiz tıbbi malzeme, yoğun bakım ünitelerindeki doluluk gibi birçok olumsuz durumla karşılaştılar. Salgınla mücadelede sivil toplum kuruluşları ve hükümetler sağlık çalışanlarını desteklemek için farklı çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bu çalışmanın amacı, Covid-19 döneminde hasta-hasta yakınları tarafından sağlık personeline uygulanan şiddetin boyutunu tespit etmektir. Bu kapsamda, nitel araştırma yöntemi, fenomenoloji deseni, veri toplama yöntemi olarak da derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, Türkiye’de bulunan bir devlet hastanesinde görev yapmakta olan on beş sağlık personeli oluşturmaktadır. Veriler çözümlenirken, veri analiz stratejilerinden betimsel analiz tekniğini kullanılmıştır. Literatürde şiddet türleri, sözel, fiziksel, cinsel, psikolojik olarak birçok çalışmada tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, literatürde şiddet türü olarak görülmeyen kişisel verilerin güvenliği ve mahremiyetin ihlali de bir başka şiddet türü olarak ortaya çıkarılmıştır. Diğer bir bulgu ise büyük bir salgın durumunda cephenin en ön kısmında mücadele eden sağlık personeline karşı hasta-hasta yakınlarının pandemi öncesine göre bakış açılarında olumlu yönde gelişim olduğu beyan edilirken, hiçbir şeyin değişmediğini ifade eden katılımcılar da bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucunda, öncelikle şiddetin nedenlerinin bulunması ve bertaraf edilmesi, vatandaşlara eğitim verilmesi ve sağlık personelinin desteklenmesi katılımcılar tarafından ortaya konulan bazı öneriler arasındadır.

**Önerilen Alıntı:** Eytmiş, M. & Sezer, F. (2022). Covid-19 Döneminde Sağlık Personeline Yönelik Hasta-Hasta Yakınlarının Uyguladığı Şiddet Değişti Mi?: Nitel Bir Çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(1), 244-268.

### Makale Geçmişi:

İletilen Tarih:

15 Ekim 2021

Kabul Tarihi:

27 Aralık 2021

### Jel Kodları:

M1, M14, I12.

### Anahtar Kelimeler:

Covid-19, Şiddet, Sağlık Sektörü, Nitel Araştırma.

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, a\_melih@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0003-1236-7689.

<sup>2</sup>Dr. Öğrencisi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, YÖK 100/2000 Bilgi ve Belge Yönetimi Bursiyeri, phd.fsezer@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9835-3968.

# COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre şiddet; güç veya fiziksel gücün kasıtlı kullanımı sonucu kişinin kendisine, başka birine ya da bir gruba ya da topluluğa karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ya da yoksunluğa yol açacak veya yol açma ihtimali yüksek olan tehdit veya fiiller bütünüdür (WHO, 2002).

Avrupa Komisyonu'nun tanımına göre iş yerinde şiddet; çalışanın çalıştığı ortama ilişkin işiyle ilgili durumlarda, doğrudan veya dolaylı bir şekilde güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır (Wynne vd., 1997).

Sağlıkta şiddet olayları (hasta-hasta yakını ve ziyaretçi şiddeti); sağlık çalışanları için kamusal alanda (McPhaul ve Lipscomb, 2013) özellikle hastanelerde ciddi bir sorundur ve mesleki tehlike haline gelmiştir (Hahn vd., 2008'den akt. Aydın, 2018: 2).

WHO, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı ortak raporunda Avustralya, Brezilya ve Bulgaristan gibi ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranları göz önünde bulundurulduğunda, çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %7-8'inin cinsel içerikli, %8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (Chen vd., 2008:288).

2019 yılı sonlarına doğru tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi ile bir taraftan var gücüyle mücadele eden sağlık personeli, diğer taraftan da şiddet olayları ile başa çıkmaya çalışmaktadır.

## 2. LİTERATÜR

Şiddet, bir hasta veya toplumun bir üyesi tarafından sağlık personelinin riske atan herhangi bir olay, sözlü taciz, tehdit edici davranış veya saldırı olarak tanımlanmaktadır (Saines, 1999:8). Literatürde farklı şiddet türlerine rastlamak mümkündür. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir;

*Sözel şiddet;* kişiyi aşağılamak, hakaret etmek, onurunu zedelemek, saygısızlık etmek gibi tutumların gösterilmesidir. Sözel şiddet küfretme, hakaret etme, bağırma, aşağılama, yıkıcı eleştirilerde bulunma, alay etme ve emir verme şeklinde meydana gelebilmektedir. Kişinin davranış ve tutumları sözel şiddeti meydana getiren sebeplerin başında gelmektedir (Yural, 2021: 8).

*Fiziksel şiddet;* en çok gözlenen ve tespit edilen şiddet türüdür. Bireyin fiziksel güç kullanarak karşısındakini hırpalaması, dövmesi gibi eylemleriyle başlayıp, ölümle sonlanabilecek olaylara neden olan şiddettir (Polat, 2016:25).

*Cinsel şiddet;* sözle, gözle, jest ve mimiklerle, karşı tarafın rızası olmadan cinsel konuşmalar yapmak veya cinselliği çağrıştıracak objeler göndererek sergilenen davranışlardır (www.morcatı.org.tr). Diğer bir ifadeyle, kişinin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel eyleme maruz kalması ya da kalkışılmasıdır. Cinsel şiddet Sözle, gözle jest ve mimiklerle olabileceği gibi doğrudan fiziksel etkileşiminde olduğu durumları kapsar.

*Psikolojik şiddet;* kişinin gururunu inciten, benliğine, sosyal ve ahlaki gelişimine zarar veren davranışların sergilenmesidir (Pınar ve Pınar, 2013). Başka bir ifadeyle, karşıdaki kişiyi ağır bir şekilde eleştirmek, istediği şeyi yaptırmak için tehditte bulunmak, küçümsemek, rahatsız edici derecede utandırmak, aşağılayıcı tavırlar sergileyerek mağdur kişiyi toplumdan soyutlamak şeklindeki davranışlardır.

Bugüne kadar sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları incelendiğinde hemen her gün yüzlerce sözel veya fiziksel şiddet olgusunun var olduğu görülmektedir (Özcan ve Yavuz, 2017: 68).

Yukarıda belirtilenler ışığında, hassas bir dönemde hassas bir konu olan şiddet nosyonunun sağlık personeli açısından değişip değişmediği araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

### **3. GEREKÇE VE YÖNTEM**

Bu bölümde, yukarıda belirtilen literatür taramasına ek olarak çalışmanın amacı, önemi, yöntemi, çalışma grubu, veri toplama ve analizi kısımlarına değinilecektir.

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu araştırmanın amacı, Covid-19 döneminde hasta-hasta yakınlarının sağlık personeline yönelik uyguladığı şiddet durumlarını, şiddetin sonuçlarını saptamak ve en önemlisi gelecekte böylesine önemli ve hassas bir konuya ilişkin sorunların giderilmesi ve güvenli ortamların sağlanmasına, şiddetin önlenmesine yönelik uygulamalara ışık tutmaktır. Yapılan nitel veri analizi ile böylesine zor bir dönemde sağlıkta şiddete karşı koruyucu ve önleyici faaliyetlere ilişkin detaylı ve derinlemesine bilgilerin elde edilmesi ve bu konuda gerekli birimler ile ilgili farkındalık oluşturulması sağlanmak istenilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yöntemi**

Bu çalışmada, araştırma yöntemi olarak nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, bir konunun keşfedilmesinde, kolaylıkla belirlenemeyen değişkenler üzerinde çalışıldığında, hassas konularda ve susturulmuş sesleri duyma isteği hissedildiğinde yapılır. Bu yöntem, katılımcılara konuşma, hikayelerini ve yaşanmışlıklarını anlatma olanağı sağlar (Creswell, 2015: 47–48). Bu bağlamda, katılımcıların Covid-19 döneminde hasta ve hasta yakınları tarafından maruz kaldıkları şiddete ilişkin hikayelerini anlatmalarını sağlamak ve bununla ilgili muhtemel sonuç ve önerileri ortaya çıkarabilmek amacıyla nitel araştırma yapılmasına gerek duyulmuştur. Örneklem seçiminde ise ölçüt örneklem kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme; daha önceden araştırmacılar tarafından oluşturulan ölçütleri karşılayan bütün durumların çalışılması söz konusudur (Marshall ve Rossman, 2014). Veri toplama aracı olarak, derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu tekniğin tercih edilmesinin sebebi, araştırmacılara esneklik sunmasıdır (Nakip, 2003: 74; Baş ve Akturan, 2017:113).

Görüşmeler, ses kaydı ile hastane personelinin çalışma ortamı olan hastanede yapılmıştır. Görüşme yerinin seçiminde ise, personelin doğal çalışma ortamındaki duygu ve düşüncelerini derinlemesine inceleme yapıp herhangi bir detayın gözden kaçırılmamasına özen gösterilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Deseni**

Bu çalışmada, nitel araştırma yöntemi içinde yer alan fenomenoloji (olgu bilim) deseni kullanılmıştır. Fenomonoloji, bireylerin belirli bir olguya ilişkin yaşantılarını, kişisel algılarını, bu algılara yüklediği anlamları ortaya çıkarmaya çalışan ve bu sonuçları yorumlamayı amaçlayan bir desendir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bu desenin seçilmesinin sebebi, fenomenoloji deseni araştırmalarında, veri kaynakları araştırmanın odaklandığı olguyu bizzat yaşayan ve bu deneyimi dışarıya yansıtabilecek bireyler olmasıdır.

## **COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

### **3.4. Çalışma Grubu**

Araştırmanın çalışma grubunu, Türkiye’de bir devlet hastanesinde görev yapmakta olan on beş sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilecek kişiler belirlenirken, ölçüt örneklem yönteminden yararlanılmıştır. Bunun sebebi ölçüt örneklem yönteminde, araştırılan konuyla ilgili özellikleri taşıyan kişilerle görüşmek esastır. Ek olarak, ölçüt örneklem, daha önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır. Ölçüt, araştırmacılar tarafından oluşturulur ya da daha önceden hazırlanmış ölçütler listesi kullanılabilir (Marshall ve Rossman, 2014). Dolayısıyla bu çalışmada, Covid-19 döneminde şiddete maruz kalmış farklı görev ve iş tanımları olan sağlık personeli ile görüşülmüş ve bu kişilerin olay esnasında ve olayın sonuçlarına ilişkin görüşleri, gözlemleri, hisleri üzerinde durulmuştur.

Araştırmada kaç katılımcı ile görüşüleceği belirlenirken, katılımcılardan alınan cevapların, ortaya çıkan kavram ve süreçlerin birbirini yinelenmeye başlaması önemlidir. Bu durum literatürde “veri doygunluğu” olarak geçmektedir (Patton, 2014: 246; Yıldırım ve Şimşek, 2008: 115). Veri doygunluğu, sahada geçirilen süreyi ve katılımcı sayısını belirleyen önemli bir kriterdir. Bu sebeple araştırmacılar, sahada katılımcılardan alınan cevapların birbirini tekrarladığı anda veri doygunluğuna ulaşıldığını kabul ederek veri toplamayı sonlandırmıştır. Buna ek olarak, Polkinghome (1989) yapılan görüşmelerin, yaşanan olayı bütünüyle deneyimleyen 5-25 kişi arasında değişen kişiler ile yapılması gerektiğini belirtmektedir. Bu sebeple bu çalışmada 15 katılımcı ile görüşme sağlanmıştır. Bu görüşmelerde aşağıdaki sorulara yer verilmiştir.

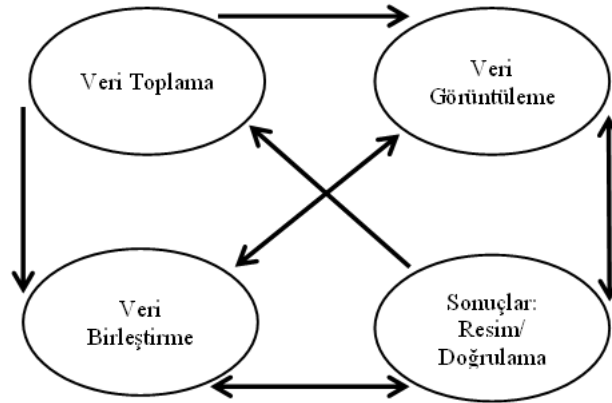
1. Hasta ve/veya hasta yakınları tarafından en çok hangi tür şiddete maruz kalıyorsunuz?
2. Hasta ve/veya hasta yakınlarını şiddete iten sebepler hakkında ne düşünüyorsunuz?
3. En çok hangi gün ve saatlerde şiddet olaylarının çoğaldığını düşünüyorsunuz? Diğer bir ifadeyle şiddet durumları gün ve saatlere göre farklılık gösteriyor? Biraz bahsedebilir misiniz?
4. Covid 19 süreci hasta ve/veya yakınlarının sağlık çalışanlarına bakış açısını nasıl değiştirdi?
5. Hasta ve/veya hasta yakınlarının yaptığı şiddet sonucunda yaşadığınız deneyimlerinizden bahsedebilir misiniz?
6. Yaşadığınız şiddet sonucunda, iş ve özel hayatınıza ne gibi etkileri oldu?
7. Yasa koyucu/yönetici/amirler tarafından şiddeti önlemek için ne tür tedbirler alındığını düşünüyorsunuz?

Araştırmanın konusu ve doğası sebebiyle böylesine hassas bir konunun çalışma grubunu oluşturan katılımcıların tamamı gönüllülük esasına göre belirlenmesine özen gösterilmiştir. Buna ek olarak çalışmanın geçerli ve güvenilir sonuçlara ulaşması için her görüşme sonucunda özellikle katılımcı teyidine başvurulmuştur. Araştırmaya katılan kişilere, çalışmaya verdikleri cevapların doğru anlaşılıp anlaşılmadığını sormaya katılımcı teyidi (member checking) denilmektedir (Başkale, 2016: 24). Bu teyidi almaktaki temel amaç, daha geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmektir. Katılımcı teyidini kullanan araştırmacılar, çalışma grubundaki kişilere yorumların ve sonuçların doğruluğunu teyit etme ve veri kaybını veya yanlış anlaşılmaların önüne geçme şansı vardır. Katılımcı isimleri gizli tutulduğundan katılımcılara K1, K2, ... K15 şeklinde kodlar verilmiştir.

### 3.5. Veri Toplama ve Analizi

Bu çalışmada, veri analizi yöntemi olarak betimsel analiz kullanılmıştır. Betimsel analizi araştırılan konunun içeriği yansıtacak şekilde kelime ya da kelime grupları ile sistematik olarak özetlenmesi, kategorilere ayrılması ve araştırmacı tarafından önceden belirlenen kurallar çerçevesinde kodlar oluşturulması tekniğidir (Büyüköztürk vd., 2008). Bu analiz sürecinde öncelikle birbirine benzeyen nitel veriler belirli tema ve kategoriler altında düzenlenir. Daha sonra neden-sonuç ilişkileri şeklinde incelenip yorumlanarak birtakım çıkarımlarda bulunulur (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu çalışmada katılımcıların görüşme sorularını samimi bir şekilde cevaplamaları ve bu cevapların derinlemesine analiz edilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda katılımcılara yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan on dört açık uçlu soru ve bazı sorulara ait sondalar yöneltilmiştir. Bu cevaplar çerçevesinde elde edilen veriler içerik analizi ile analize tabi tutulmuştur.

Bulgular bölümünde analiz sonucunda elde edilen tema ve kodlar listelenmiştir. Tablolar incelendiğinde görüşme formunda yer alan soruların yedi temaya ayrıldığı görülmektedir. Temalar kodlara ayrılırken de görüşme sorularında esas alınan amaçları özetleyen anahtar kelimeler seçilmiştir. Diğer bir ifadeyle, kod oluşturma aşamasında, sorulara verilen cevaplar doğrultusunda katılımcı ifadelerini özetleyen kelimeler araştırmacılar tarafından işaretare edilerek ortak kavramlar kod olarak belirlenmiştir.



Şekil 1: Veri Analizinin Bileşenleri: Etkileşimli Model

Kaynak: Miles vd., 2014: 3

### 3.6. Geçerlik ve Güvenilirlik

Bu araştırmada, geçerlik ve güvenilirliğe etki eden/zedeleyen faktörleri minimuma indirmek veya bertaraf etmek amacıyla araştırmacılar tarafından birtakım tedbirler alınmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu tedbirler, aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

# COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

**Tablo 1:** Geçerlik ve Güvenilirliğe İlişkin Alınan Önlemler

<b>Geçerlik</b>	İç geçerlik (İnandırıcılık)	-Uzman görüşüne başvurulması -Derinlemesine veri toplama -Uzun süreli etkileşim -Katılımcı teyidi -Doğrudan alıntılara yer verme -Uzman görüşü
	Dış geçerlik (Aktarılabirlik)	-Veri toplama aracı-süreci-analiz aşamalarının açıklanması -Araştırmanın uygulama sürecinin açıklanması -Araştırmacıların rolünün belirtilmesi -Çalışma grubunun seçimi ve gerekçesinin belirtilmesi -Araştırmanın yöntem seçimi ve gerekçesinin belirtilmesi -Amaçlı örneklem
<b>Güvenilirlik</b>	İç güvenilirlik (Tutarlık)	-Ham veriyi korumak ve kaybı önlemek için ses kayıt cihazı -Kodlayıcılar arası uzlaşma -Bulguların objektif olarak sunulması -Birden fazla araştırmacı olması -Üçgenleme
	Dış güvenilirlik (Teyit edilebilirlik)	-Sonuçları veriler ile açık bir şekilde ilişkilendirme -Araştırma bulgularının verilerle karşılaştırmak için uzman görüşü

Nitel araştırmalarda iç geçerliliği artırmak için tercih edilen birçok yöntem vardır. Bunlar arasında uzun süreli etkileşim (prolonged involvement), katılımcı teyidi (member checking) ve uzman incelemesi (peer debriefing) örnek gösterilebilir (Holloway ve Wheeler, 1996). Bu çalışmada geçerlik ve güvenilirliğin sağlanması için gerekli olan tüm önlemler alınmaya gayret edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine yer verilmiştir. Daha sonrasında araştırmadan elde edilen tema ve kodlar raporlanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formuna geçmeden önce katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla birtakım sorular yöneltilmiştir. Elde edilen bulgular tablo 2' de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Çalışma Grubuna Ait Demografik Bulgular

K. No	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Medeni durum	Covid geçirme durumu	Meslekte çalışma yılı	Pozisyon
K1	Erkek	27	Lisans	Evli	Hayır	6 yıl	İdari işler
K2	Erkek	29	Lisans	Bekar	Hayır	1.5 yıl	Diyetisyen
K3	Kadın	25	Y. Lisans	Evli	Hayır	1 yıl	Hemşire
K4	Erkek	35	Lisans	Evli	Evet	11 yıl	Hemşire
K5	Erkek	24	Lisans	Evli	Hayır	1.5 yıl	Hemşire
K6	Erkek	30	Lisans	Bekar	Hayır	6 yıl	Evde Sağlık Hizm.
K7	Kadın	27	Lisans	Evli	Hayır	5 yıl	Hemşire
K8	Kadın	24	Ön Lisans	Evli	Hayır	1.5 yıl	Tıbbi Sekreter
K9	Kadın	39	Y. Lisans	Evli	Hayır	6 yıl	Doktor
K10	Erkek	31	Lisans	Evli	Hayır	8 yıl	Hemşire
K11	Erkek	40	Lisans	Evli	Hayır	8 yıl	Hasta Kayıt
K12	Kadın	26	Lisans	Bekar	Hayır	2,5 yıl	Hemşire
K13	Kadın	28	Lisans	Bekar	Hayır	7 yıl	Hemşire
K14	Kadın	26	Lisans	Evli	Hayır	6 yıl	Tıbbi Sekreter
K15	Kadın	30	Lisans	Evli	Evet	6 yıl	Hemşire

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların 8'inin kadın, 7'sinin ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 29,4 olarak belirlenirken, meslekte çalışma süreleri de 5,13 yıl olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılanlarının çoğunluğu lisans mezunu (%80) iken covid-19 geçirenlerin sayısı ise oldukça düşüktür (2 kişi). Konuyu deneyimleyen çalışanlar homojen olurken, farklı branşlarda ve pozisyonlarda olan kişiler heterojen olarak farklılık göstermektedir.

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ışığında “maruz kalınan şiddet türü, hasta-hasta yakınlarını şiddete iten sebepler, şiddete maruz kalma zamanı, covid-19’da sağlık personeline bakış açısı, şiddetin sonuçları, şiddetin iş ve özel hayata etkisi, şiddeti önleme” olmak üzere yedi ana tema belirlenmiştir. Bu temaların altında yer alan doğrudan alıntılar da “K” katılımcı olarak belirtilmiştir.

Çalışmanın cevap aradığı sorulardan ilki, katılımcıların pandemi döneminde hasta-hasta yakınları tarafından maruz kaldığı şiddet türlerinin neler olduğunu ortaya çıkarmaktır. Bu amaçla katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular tablolatırılmıştır.

#### **4.1. Tema 1: Maruz Kalınan Şiddet Türü**

Türkiye’de ve dünyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet farklı çalışmalarda raporlanmıştır (Cooper ve Swanson, 2002; Stanko, 2002; Ogan, 2020; Er, vd., 2021). Türkiye genelinde “Sosyal Hizmetler ve Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddetinin Araştırılması ve Önlenmesi Projesi” kapsamında 8 binden fazla sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada şiddetin büyük çoğunluğunun (76,6) hasta yakınları tarafından yapıldığı bulgulanmıştır ([www.trthaber.com.tr](http://www.trthaber.com.tr)). Bu çalışmayla birlikte yapılan şiddetin çalışanlar üzerindeki etkileri ve sonuçları derinlemesine görüşme yöntemiyle “Hasta ve/veya hasta yakınları tarafından en çok hangi tür şiddete maruz



## COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

kalıyorsunuz?” ifadesi yöneltilecek belirlenmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgulardan ilk tema olarak şiddetin türleri belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türleri tablo 3’ de raporlanmıştır.

**Tablo 3:** Maruz Kalınan Şiddet Türü

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Maruz kalınan şiddet türü	-Sözel	K3, K4, K5, K11, K8, K9, K13, K14, K15
	-Fiziksel	K9, K13, K14, K15
	-Cinsel	K9
	-Psikolojik	K1, K2, K9
	-Kişisel veri güvenliği ihlali	K4

Görüşmeler sonucunda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun en az bir defa şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. K6, K7, K10, K12 olarak tanımlanan katılımcılar ise doğrudan şiddete maruz kalmadığını ancak dolaylı olarak çalışma arkadaşlarına yapılan şiddetten etkilendiklerini belirtmişlerdir. Kodlar ortaya çıkarken literatürle paralellik göstermiştir (sözel, fiziksel, cinsel ve psikolojik) (Öztürk ve Babacan, 2014:74; Özdemir vd., 2018:36;). Bununla birlikte bu araştırmada literatüre ek olarak, kişisel veri güvenliği ihlali de şiddet türleri arasında sayılmıştır.

Bu temaya yönelik görüşme yapılan bireylerin ifadelerinden bazıları aşağıdaki gibidir:

Sağlık çalışanı K3 “sözel şiddet” koduna yönelik “*Daha çok sözlü şiddete maruz kaldım. Hastalar agresif olabiliyor, argo kelimeler kullanabiliyor.*” K14 ise “*Bir dönem acil serviste çalışmıştım... Hasta yakını bağırıp, elindeki evrağı yırtıp, suratıma atmıştı*” şeklinde “fiziksel şiddet”i tanımlamıştır.

Maruz kalınan şiddet türlerinden “psikolojik şiddet” koduna yönelik K1’in görüşü “*Genel olarak biz, psikolojik şiddet görüyoruz. Hasta yakınlarını, kendilerini ve bizi düşündüğümüz için maske takımı, sosyal mesafeye dikkat etmelerini istediğimiz zaman tepkileri çok oluyor..... Hastalığa inanmıyoruz deyip bizi de saf dışı bırakmak isteyenler var. Hasta yakınları bu dönemde çok agresif oldular.*” şeklindedir.

Diğer bir şiddet türü olan “cinsel şiddet” koduna yönelik K9 kişisel veya kültürel sebeplerden ötürü tam olarak açıklamamakla birlikte “*Her türlü şiddete 6 yıl boyunca maaselef karşı karşıya geldim*” beyanında bulunmuştur.

İletişim cihazlarının yaygınlaşması ile, dünyada ve Türkiye’de kişisel verilerin güvenliği daha da önemli görülmeye başlanmıştır. Türkiye’de bu amaçla KVKK (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu:6698) kişisel verileri korumak amacıyla yasalaştırılmıştır. Buna yönelik çalışmamızda “kişisel verilerin güvenliği ihlali” koduna yönelik olarak K4 “*Bu iş ciddiye alınıyorsa, sen elinde cep telefonuyla beraber, sen o kişilerin mahremiyet duygusu veya aile yapısının nasıl olup olmadığını bilmeden sağlık personelinin açığını ararmış gibi kamera kaydını alamazsın*” şeklinde ifade etmiştir.

#### 4.2. Tema 2: Hasta-Hasta Yakınlarını Şiddete İten Sebepler

Hasta- hasta yakınlarının yaptığı şiddetin herhangi bir sebebinin olmaması gerektiğine inanılmasına rağmen, literatürde şiddete iten sebeplerden bazıları; sağlık kurumlarındaki altyapı-donanım eksiklikleri ve personel yetersizliğine bağlı uzun kuyruklar ve bekleme süreleri, çok ileri tarihli randevular verilmesi, aşırı iş yükü, hastalara yeteri kadar zaman ayırılmaması şeklinde belirlenmiştir (Zengin, vd., 2012:117; Takak ve Aslangör, 2018:105). Covid-19 döneminde hasta-hasta yakınlarının şiddet eğilimlerinde meydana gelen farklılıklar ve nedenleri de bu çalışmada tespit edilmeye çalışılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce 3 tema belirlenmesine rağmen katılımcılardan gelen ifadeler ile temalarda değişiklik yapılmıştır. Nitel çalışmaların bir özelliği olarak topluma, kültüre göre değişiklik göstermesi ve araştırmacılara sunduğu esneklik onun bilinmeyenini sorgulamak için üstün yanlarından birisini oluşturmaktadır (Silverman, 2018:25). Pandemi döneminde hasta-hasta yakınlarını şiddete iten sebepleri belirlemek amacıyla “Hasta ve/veya hasta yakınlarını şiddete iten sebepler hakkında ne düşünüyorsunuz?” ifadesine verilen cevaplar sağlık personeli gözüyle tablo 4’de belirtilmiştir.

**Tablo 4:** Hasta-Hasta Yakınlarını Şiddete İten Sebepler

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Hasta-hasta yakınlarını şiddete iten sebepler	-Yoğunluk	K15, K14, K13, K10, K9, K8, K7, K3
	-Riskli hastaların durumu	K15, K13, K7, K5
	-Acil vaka	K2, K4, K11, K8
	-Yakınını kaybetme	K12, K7, K5,
	-Beklemek	K12, K8, K2, K3,
	-Yasaklar ve tam kapanma	K1
	-Ölüm korkusu	K1
	-Memnuniyetsizlik	K6
	-Çocuk hasta durumu	K11, K5

Araştırmada literatürde covid-19 öncesi dönemde de yapılan çalışmalara paralel olarak, sağlık çalışanlarına göre hasta-hasta yakınlarının şiddet eğilimlerinin yoğunluk nedeniyle arttığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Şiddete iten sebepler temasına yönelik görüşmelerden elde edilen bazı ifadeler aşağıdaki gibidir;

Hastanede yoğunluk farklı nedenlerle meydana gelebilir. Bu çalışmada çalışma grubunun bulunduğu yerde arkadaş ve akraba ziyaretlerinin yaz aylarında yoğunlaştığı belirlenmiştir. Bu çerçevede “yoğunluk” koduna ilişkin olarak K9 “*Biliyorsunuz bu dönemde covid-19 aşısı da yapılıyor hastanemizde. Dolayısıyla özellikle yaz dönemi zaten, bu dönemde de dışardan daha çok yerli halk dışardan geldiği için de yoğun oluyor. Kalabalık dönemlerde şiddet daha çok oluyor*” ifadelerini kullanırken, K7 “*Yoğunluğun olduğu zamanlarda, riskli hastalar geldiğinde ya da arrest gibi hasta ölümleri ile sonuçlanan durumlarda tabi ki risk artıyor*” bu görüşü desteklemiştir.

# COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

## 4.3. Tema 3: Şiddete Maruz Kalma Zamanı

Sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin zamanı, günü farklılık göstermektedir. Bu durum hem mesai saatinde hem de nöbet esnasında da gerçekleşebilir. Sağlıksen'in sağlık personeli ile ilgili yaptığı bir araştırmada, mesai saatinde şiddet yaşadığını belirten katılımcıların oranı %64,5 iken, nöbet sırasında şiddete maruz kaldığını belirtenler %33,9'dur. Bu noktada dikkatten kaçırılmaması gereken durum, katılımcıların yaklaşık %40'ının nöbet tutmuyor olduğudur. Nöbet esnasında meydana gelen şiddet olayı, mesai saatinde meydana gelen şiddet olayından daha az gibi gözükse de aslında nöbet tutanların yaklaşık %60'ında şiddet olayı mesai saati ve/veya nöbet esnasında gerçekleşmektedir (saglikxen.org.tr).

Yukarıda belirtilenler dışında şiddete maruz kalma zamanları birçok araştırmanın konusu olmuştur. Ayrancı vd.,'nin (2002) yaptıkları çalışmada şiddet olaylarının %50'den fazlasının 08:00–17:00 (mesai saatleri içerisinde), Chaboyer ve Creedy (2004) ise şiddetin sıklıkla 16:00–23:00 saatlerinde, en az ise 07:00–15.00 gündüz saatlerinde görüldüğü, Bahar vd.,'nin (2015) hemşireler üzerine yaptıkları çalışmada, hemşirelerin şiddete en sık olarak gece vardiyasında maruz kaldıkları bulgulanmıştır.

Bu kapsamda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin zamanını belirlemek amacıyla “En çok hangi gün ve saatlerde şiddet olaylarının çoğaldığını düşünüyorsunuz? Diğer bir ifadeyle şiddet durumları gün ve saatlere göre farklılık gösteriyor? Biraz bahsedebilir misiniz?” ifadesi yöneltilmiş ve kodlar tablo 5’ de raporlanmıştır.

**Tablo 5:** Şiddete Maruz Kalma Zamanı

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Şiddete maruz kalma zamanı	-Haftanın ilk günü Pazartesi	K11, K6, K12, K13, K15, K9, K8, K7, K5, K4
	-Hafta sonu	K14
	-Mesai saatleri içerisinde	K1, K6, K10, K9, K7, K5, K4
	-Akşam	K4
	-Gece	K13, K14, K2
	-Semt pazarının olduğu gün	K11, K6, K12, K13, K15, K9, K8, K7, K5, K4, K3
	-Bayram tatilleri	K14
	-Yaz döneminde	K9

Şiddete maruz kalma zamanı temasına yönelik görüşmelerden elde edilen bazı ifadeler aşağıdaki gibidir;

Hastanede şiddet günün farklı zaman dilimlerinde veya haftanın farklı günlerinde meydana gelebilir. Bu çerçevede “mesai saatleri içerisinde” koduna ilişkin olarak K1 “*Genelde hastanede 08:00-16:00 arasında çünkü o zaman yoğun ya poliklinik saatlerinde şiddet olayları daha fazla oluyor...İnsanlar kalabalık ortamda ister istemez temas halinde..*” diye belirtirken haftanın ilk günü pazartesi koduna ilişkin olarak K12 “*Hafta başında çok arttığını düşünüyorum. Yoğunluk olduğu için pazartesi günü.*” Buna ek olarak “semt pazarının olduğu gün” koduna ilişkin olarak K8, K13, K15, benzer ifadeler kullanmış olup bu ifadeler aşağıdaki gibidir:

K8 “Pazartesi ve Perşembe yoğun oluyor. Yoğun olduğu zamanlar şiddet de artıyor tabii ki gergin olunuyor.”

K13 “Bizim pazartesi ve perşembe günlerimiz yoğun oluyor. O günler...”

K15 “Bizim hastanemizde en çok pazartesi ve perşembe günleri. Pazartesi, hafta sonu dönüşü olduğu için poliklinikler açık olduğu için perşembe günleri de bulunduğumuz yerde semt pazarı olduğu için köylerden gelen hastalar artıyor.”

Yoğunluk zamanı, ülkenin içerisinde bulunduğu iklim ve kültürel etkilere bağlı olarak farklılaşabilmektedir (Örn: Sıcak bir iklim olan Avustralya’da yoğunluk saatleri 16:00–23:00 arasındadır) (Chaboyer ve Creedy, 2004).

#### 4.4. Tema 4: Covid-19’da Sağlık Personeline Bakış Açısı

Covid-19 döneminde hasta-hasta yakınlarının sağlık personeline karşı bakış açılarında meydana gelen değişimleri belirlemek için “Covid 19 süreci hasta ve/veya yakınlarının sağlık çalışanlarına bakış açısını nasıl değiştirdi?” ifadesi yöneltilerek aşağıda tablo 6’ da kodlar ile birlikte sunulmuştur.

**Tablo 6:** Covid-19’da Sağlık Personeline Bakış Açısı

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Covid-19’da sağlık personeline bakış açısı	-Devlet desteği	K1, K14
	-Kurum desteği	K1, K14
	-Medya desteği	K1, K14, K4
	-Olumlu değişim	K11, K6, K12, K15, K14, K9, K3, K2, K1
	-Olumsuz değişim	K11, K13, K15, K10
	-Saygı arttı	K12, K10
	-Değişim yok	K8, K7, K5

Covid-19 döneminde hasta-hasta yakınlarının sağlık personeline bakış açılarındaki değişim temasına yönelik görüşmelerden elde edilen bazı ifadeler aşağıdaki gibidir;

Pandemi döneminde hasta-hasta yakınlarının sağlık personeline ilişkin bakış açılarına yönelik olarak farklı kodlar oluşturulmuştur. Bu çerçevede “devlet-kurum-medya desteği” koduna ilişkin olarak K1 “Önceden pek gündemde değildi sağlık personeli, şimdi mesela sağlıkta şiddet yasası, Covid-19 döneminde ek döner, fazla mesai ücretleri...Medya kesinlikle çok güçlü bir yapıya sahiptir. Sağlık personeline yapılan şiddetleri, haksızlıkları daha çok ortaya çıkardılar.” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcıların çoğunlukla pandemi döneminde olumlu değişimlerin yaşandığı tablo 6’da görülmektedir. Buna yönelik bazı katılımcı ifadeleri aşağıda sıralanmıştır:

K12 “Sağlık çalışanlarına olan saygı arttı. %60 bakış açıları olumlu yönde arttı.”

K14 “İlk zamanlarda alkışlar falan vardı bizim için yapılan bunlar hoş şeylerdi.”

K6 “Çoğunluk sağlık çalışanlarına anlayış ve destek vermiştir.”

## COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

K9 “Burada biz insanlara yardımcı olmaya çalışıyoruz. Covid dönemi, sıkıntılı. İnsanlar da bunu anlayış çerçevesinde bize yansıtmaya çalışıyorlar. Ama kesinlikle olumlu bir dönüşüm oldu.”

Olumlu görüşlerin yanında katılımcılardan bazıları ise pandemi döneminde hasta-hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değişmediğini ya da olumsuz yönde bir değişimin olduğunu beyan etmişlerdir. Sağlık-sen ağustos 2021’de yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır (sagliksen.org.tr). Bu görüşlerden bazıları aşağıdaki gibidir:

K15 “Sağlık çalışanlarına bakış açısı bence ikiye ayrılmış durumda. Yani bir kısmın sağlık çalışanlarına saygısı, hoşgörüsü artmış durumda ama diğer taraftan yeterli hizmet alamadıkları için bir kesimde olumsuz duygular yarattı.”

K10 “Bazı hasta yakınları tabiki emeğimizin karşılığı ödenmez, şeklinde bu söylentileri çok duyduk ama şiddet oranı bence hiç azalma göstermedi sanki giderek artıyor gibime geliyor hatta.”

K13 “Bir yoğunluk vardı gerçekten gözardı edilemeyecek Biz bu durumdan olumsuz etkilendik”.

### 4.5. Tema 5: Şiddetin Sonuçları

Literatürde sağlıkta şiddet olaylarına yönelik gerek nedenleri gerekse sonuçları ve etkileri üzerinde yapılmış çalışmalara rastlamak mümkündür (Stanko, 2002; Cooper ve Swanson, 2002; Özen, 2007; Akca, vd., 2014; Keser ve Bilgin, 2011; Er, vd., 2021). Bu çalışmalarda gözlenen bazı sonuçlar; moral bozukluğu, memnuniyetsizlik, iş tatmininde azalma, huzursuzluk, öfke, stres bozukluğu, kendine güvensizlik, hayal kırıklığı, korku, kaygı, özgüvende azalma, mesleğe saygı inancında azalma, kendini suçlama, çaresizlik duygusu ve kişiler arası ilişkilerde bozulmadır. (Gökçe ve Dünder, 2008; Atan ve Dönmez, 2011; Akca vd., 2014).

Bu çalışmada “Hasta ve/veya hasta yakınlarının yaptığı şiddet sonucunda yaşadığınız deneyimlerinizden bahsedebilir misiniz?” sorusuna çalışma grubunda yer alan sağlık personelinin vermiş olduğu beyanlar ışığında “psikolojik etki, performansta düşüklük, iş tatmininde azalma vb.” şeklinde kodlar oluşturulmuştur. Aşağıda tablo 7’de şiddetin sonuçları temasından elde edilen kategoriler ve katılımcılar belirtilmiştir.

**Tablo 7: Şiddetin Sonuçları**

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Şiddetin sonuçları	Psikolojik etki	K2, K4, K5, K6, K7, K9, K12, K13
	Performans	K4, K12
	İş tatmini	K1, K2, K4, K8, K11, K13, K14, K15
	Örgütsel bağlılık	K3, K4, K12, K13, K14
	Profesyonellik	K8, K13,
	Tepkisizlik	K5, K10, K14,
	Tükenmişlik	K2, K15,

Şiddetin sonuçlarına ilişkin kapsamlı ifadelerden biri olan K14 bu konuda: “En çok sözel şiddete maruz kaldım. Ama işte ne hissettiğim konusunda da yani neden bu mesleği seçtiğini bazen

sorguluyorum. Neden sağlık çalışanıyım? Hani bir eğitim bakanlığında olsaydım daha mı rahat olursun diye düşünürdüm. Çünkü bakıyoruz adamlar dört sene okudu, bizde dört sene okuduk ama işte bize tavır farklı. Onları onlar öğrenci yönetiyorlar. Bizde böyle işte, insanların acısını paylaşmaya çalışıyoruz. Tamam, hani insan anlayışlı olmaya çalışıyor. Yaklaşırken hastaya falan ama bir yere kadar... Sonra biri sana bakınca ister istemez günün rezil oluyor. Sonra ayakların geri geri geliyor. Bugün başıma ne gelecek diye düşünüyorsun.” beyanında bulunmuştur.

Organizasyonlar için önemli bir konu olan “performans” koduna ilişkin olarak K4 “Bütün gün neşeli çalıştığım halde bütün neşem bir anda yok oluyor. Dünyanın en kötü mesleğini seçmiş olduğumu düşünüyorsun. Şiddetten sonra aynı ortamda bulunmak eziyet haline geliyor. Çöküntü hali meydana geliyor. Düşünce yapısı bozulabiliyor. Ben bunun için mi bu mesleği yapıyorum. Bu insanın tedavisi için uğraşıyorum ama aldığım tepki bu. Yaptığım meslekten pişmanlık duymaya başlıyorsunuz. Performansı olumsuz yönde etkiliyor.” ifadelerini kullanmıştır. “Psikolojik etki” koduna ilişkin olarak K9 “Öncelikle psikolojik olarak bir çöküntü içine giriyorsunuz ama mecburen hastalarda bakmamız gerektiği için sonrasında toparlıyoruz kendimizi. Çünkü burada hayat kurtarmaya çalışıyoruz.” ifadelerini kullanırken “tükenmişlik” koduna ilişkin olarak K15 “En ağır basan duygu tabii ki tükenmişlik ve yetersizlik duygusu oluyor. Çünkü sen o orada bir hastanın tedavisini yapmaya çalışırken hastanın birden çıkışması insanda bir tükenmişlik ve dediğim gibi yetersizlik duygularına sebep olabiliyor. Mesleğini severek yapan biri olarak da dönem dönem meslekten soğudum ve bu durum artık mesleği yapmak istememe sebep olabiliyor.” diye belirtmiştir.

#### 4.6. Tema 6: Şiddetin İş ve Özel Hayata Etkisi

İşyerinde yaşanan olayların etkileri, salt iş hayatında değil bireylerin özel hayatlarında da kendisini göstermektedir (Eyitmiş, Sezer, 2021). Bu etkiler arasında, iş-aile, aile-iş çatışması, sosyal hayata olumsuz etki sayılabilir. Katılımcılara yöneltilen “Yaşadığınız şiddet sonucunda, iş ve özel hayatınıza ne gibi etkileri oldu?” sorusundan elde edilen veriler ışığında kodlar tablo 8’de verilmiştir.

**Tablo 8:** Şiddetin İş ve Özel Hayata Etkisi

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Şiddetin iş ve özel hayata etkisi	İş aile-Aile iş çatışması	K1, K4, K5, K8, K9, K10, K11, K12, K14, K15
	Depresyon	K2, K3
	Sosyal hayat	K1, K4, K5, K13, K15
	Hastaların etkilenmesi	K11
	Etkilenmeme	K6, K7

Literatürde iş aile çatışmasına yönelik birçok çalışmada iş yerinde yaşanan olayların aile hayatını da etkilediği vurgulanmaktadır (Frone ve Cooper, 1992; Raziq ve Maulabakhsh, 2015; Dinç, 2021).

Katılımcılardan K10 “iş-aile, aile-iş çatışması” koduna yönelik “Günün nasıl geçtiğine bağlı olarak elbette ki evime de yansıyor. Çok yoruluyorsam çok kavga gürlütlü oluyorsa tabii moralimiz bozuluyor. Moral kalmadığı için ister istemez evde çocuklara da yansıyor.” ifadelerini kullanırken yine bu koda ilişkin olarak K13 “sosyal hayat” koduna ilişkin olarak “Özel hayatında

## COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

*mutsuz olmaya başladım. Acaba başka bir iş yapabilir miyim diye düşünmeye başladım, ikinci üniversite düşünüyorum.” yorumlarında bulunmuştur.*

Yukarıdakilere ek olarak şiddet durumu yalnızca çalışanları ve ailelerini değil aynı zamanda diğer hastaları da olumsuz olarak etkilemektedir. Bu konuda “hastaların etkilenmesi” kodu ile ilgili K11 “*Aynı iş yerinde yaşadığımız stres psikolojik olarak etkiliyor işimize motive olamıyoruz. Diğer hastalara yansıyor. Evimize gittiğimiz zaman. Buradaki moral bozukluğu can sıkıntısı evde çocuklarımıza yansıyor. Olumsuz çok olumsuz etkileri var.*” demıştır.

### 4.7. Tema 7: Şiddeti Önleme

Katılımcılara yöneltilen “Yasa koyucu/yönetici/amirler tarafından şiddeti önlemek için ne tür tedbirler alındığını düşünüyorsunuz?” sorusundan elde edilen veriler ışığında çalışmanın son temasını oluşturan şiddeti önleme ifadesinden elde edilen kodlar tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9: Şiddeti Önleme**

TEMA	KODLAR	KATILIMCI
Şiddeti önleme	-Eğitim	K1, K2, K3, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K12, K13, K14, K15
	-Caydırıcı ceza	K1, K2, K4, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K14, K15
	-Hastane polisi	K2, K9, K12, K13, K14, K15
	-Güvenlik yetkisi	K2, K6, K9,
	-Sorumluluk	K4
	-Giriş güvenliği	K10, K11, K12, K15
	-Randevulu sistem	K11
	-Yasalar yetersiz	K13
	-Birinci basamak tedavi	K13
	-Kamu spotu	K14
	-Psikolojik destek	K15
	-Ekonomik yaptırım	K5

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının şiddeti önlemeye dönük tespitleri kodlaştırılarak tablo 9 ‘da verilmiştir. Şiddeti deneyimleyen bireylerin çözüm önerileri göz ardı edilemeyecek bir öneme sahiptir. Bu önerilerden “eğitim” kodu en fazla ortaya konulan kavramlardan biri olmuştur. Bu konuda görüş bildiren katılımcılar yalnızca formal eğitim değil, aileden başlayan bir eğitimden söz etmektedirler. Buna ilişkin olarak K10 “*En başta, adam mesela geçen geldi mesela çocuğun yanında 8-9 yaşında çocuk babası bize tersleniyor. Çocuk da babasının yaptığının aynısını yapıyor. Elbette en başta eğitim! Babası öyle yapıyor. Çocuk da aynısını yapıyor. O çocuk ileride nasıl bir birey olacak?*” şeklinde görüş bildirmiştir.

Üzerinde en çok durulan konulardan birisi de “caydırıcı ceza” kavramıdır. Şu ana kadar alınmış olan bütün tedbirlerin yeterli olmadığını iddia eden K4 “*Caydırıcı ceza ve uygulamalar, hastanelerdeki şiddeti %1’e düşürür.*” ifadesini kullanarak konunun önemine vurgu yapmıştır.

Türkiye’de birçok kamu ve özel kurumlara girişte farklı güvenlik tedbirlerinin alındığı gözlemlenmektedir (Ör: Şehirlerarası terminaller, üniversite girişleri, AVM’ler, belediye

girişleri...). Gelişen teknoloji ile bu durumun tüm hastanelerde uygulanabileceği görüşünde olan K10 şu ifadelerde bulunmuştur:

*“Hastanelerde, mesela en azından girişte cihaz olsa, güvenlik sayısı arttırılsa, kişilerin yaralayıcı işte bıçak olsun, farklı cisimler olsun, tabanca... bu şekilde hastaneye girmemesi lazım. Nasıl ki adliye sarayına girerken bizim kemerimize kadar çıkartıp arıyorlarsa... en azından bir bıçak taraması, bir tabanca taraması ya da yaralayıcı bir cisim var mı yok mu? şeklinde yapılabilir.”*

Araştırma kapsamında şiddeti önleme temasına ilişkin katılımcılardan elde edilen bulgular ışığında diğer kodlardan bazıları şu şekilde belirlenmiştir; hastane polisi, kamu spotu, psikolojik destek verilmelidir.



# **COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

## **5. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sağlık sektöründe hizmet veren personelin maruz kaldığı şiddetle ilgili yerli ve yabancı literatürde birçok araştırmaya rastlamak mümkündür (Alexander, Fraser, 2004; Rippon, 2000; Aydın, 2018). Dünyada ve Türkiye’de sağlıkta şiddet, her dönemde tartışılmalı konulardan biridir. Yayımlanan bir araştırmada, hemşirelere yönelik haftada en az bir şiddet oranı Fransa’da %39, Birleşik Krallık’ta %29, Almanya’da %28, Hollanda ‘da %10 Norveç’te %9 oranında belirlenmiştir (Malgorzata, 2010: 48).

Çin’ de 30 sağlık personeli ile yüz yüze yapılan görüşme sonucunda personel-hasta arasındaki yeterli olmayan iletişimin, hizmet kalitesindeki aksaklıkların, personelin ağır iş yükünün olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, şiddetin önüne geçilmesi için destekleyici ve güvenli çalışma ortamının gerekliliği vurgulanmıştır (Wenzhi vd., 2010:312).

İtalya’da farklı yıllarda üç kez yapılan bir araştırmada şiddet riskinin en fazla acil serviste ve psikiyatri servisinde olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışında hemşirelerin ve hekimlerin şiddete en çok maruz kalan kişiler olduğu da raporlanmıştır (Magnavita ve Heponiemi, 2012).

Türkiye’de altı üniversite hastanesinde 441 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, bireylerin yarısından fazlasının hasta-hasta yakını veya sağlık personeli tarafından şiddette maruz kaldığı bulunmuştur. Bunun sonucunda ise sağlık personelinin performanslarında düşüş olduğu tespit edilmiştir (Atan vd., 2013).

Şiddet, gerek bedensel gerekse ruhsal açıdan çalışanları etkilemektedir. Bu etkilerden bazıları; tükenmişlik (Winstanley ve Whittington, 2002; Nart, 2014), iş tatmini (Karcıoğlu ve Akbaş, 2010), örgütsel bağlılık (Kaya ve Özdevecioğlu: 2008), performans (Annagür, 2010), motivasyonu (Seyran vd., 2018) olarak sıralanabilir.

Bu araştırmada, Covid-19 döneminde hasta-hasta yakınları tarafından sağlık personeline yapılan şiddet ele alınmıştır. Nitel araştırma yöntemi ve derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Katılımcılar belirlenirken; “şiddet” deneyimini yaşamaları bir kriter olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak, farklı pozisyonlarda çalışan kişiler de araştırmaya dahil edilerek daha geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilmeye çalışılmıştır.

İlk olarak en çok deneyimlenen şiddet türü belirlenmiştir. Buna göre çalışanların en çok sözlü şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Literatürde diğer şiddet türleri (fiziksel, cinsel, psikolojik) sıklıkla bahsedilirken, bu çalışmada farklı olarak kişisel verilerin mahremiyetine ilişkin bir şiddet türü tanımlanmıştır.

Yapılan nitel çalışmada şiddetin nedenlerine ve en fazla olduğu gün ve saatlerine yer verilmiştir. Buna göre hasta-hasta yakınlarının şiddet eğilimlerinin artmasının sebebi olarak katılımcılar, yoğunluk olmasını öne sürmüşlerdir. Yoğunluğun olduğu zamanları ise genelde tatil dönüşleri ve özel sebeplere (semt pazarı) bağlamışlardır.

Araştırmanın da temel sorunsalı olan covid-19 döneminde hasta-hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik uyguladıkları şiddetin azaldığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bununla birlikte bazı katılımcıların pandemi öncesi döneme göre bir farklılık olmadığı yönünde beyanları bulunmaktadır.

Çalışanın hayatında önemli bir yere sahip olan iş yerinde geçirdiği süre dış etkenlere bağlı olarak olumlu veya olumsuz etkilenebilir. Bu durum çalışanın işinden tatmin olmasına veya tatminsizliğine yol açar. Bu çalışmada şiddetin sonuçlarına ilişkin katılımcıların ortak görüşü,

yapılan şiddet sonucunda iş tatminlerinin azaldığı yönündedir. Bu durumun bir başka yansıması da, çalışanın özel hayatını etkilemesidir.

Sağlıkta şiddeti önlemeye dönük yapılan tüm düzenlemelere rağmen iyileşme görülmemiştir (Oğan, 2020). Bu çalışmada da buna paralel sonuçlara ulaşılmıştır. Caydırıcı cezaların olmayışı, hastane güvenlik personelinin yetkisizliği, hastane polisinin olmayışı, girişte güvenlik tedbirlerinin alınmaması katılımcılar tarafından belirlenen önlemler arasındadır.

Bu ve benzer araştırmalarda (Yıldız, 2019; Esen ve Aykan, 2020) yoğunluğun şiddeti arttırdığına yönelik bulgulara ulaşılmıştır. Bu nedenle iklime, kültüre, ülkeye, bölgeye, sosyo-ekonomik dağılıma bağlı olarak mesai düzenlemeleri yapılabilir. Örneğin bu araştırmada bulgularan en yoğun gün perşembe olarak tespit edilmiştir (Yerleşim yerinde semt pazarı kurulduğu için). Yetkili birimlerce o güne yönelik tedbirler alınması gerektiği söylenebilir.

Bu noktada, bilimsel yaklaşım yoğunluğu azaltmak için kullanılabilir. Bu amaçla geliştirilen “bekleme teorisi (kuyruk teorisi)”ne göre (Taha, 2007: 549) belirli bir zaman diliminde gelen hasta sayısı ile verilen hizmet miktarı arasında ilişki kurarak rantable bekleme dilimleri, zamanları oluşturulabilir.

Araştırmanın sonuçlarının genelleştirilebilmesi için, bu ve buna benzer çalışmaların farklı bölgelerde ve daha fazla katılımcı ile gerçekleştirilmesi önerilebilir.

# COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

## KAYNAKÇA

- Akca, N., Yılmaz, A., & Işık, O. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., Yılmaz, D. A., & Yıldırım, C. (2012). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet. *JAEM*, 11(2), 115-124.
- Alexander, C., & Fraser, J. (2004). Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers. *Journal of Healthcare Management*, 49(6), 377–390. <https://doi.org/10.1097/00115514-200411000-00007>
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Atan S. Ü., Arabacı L. B., Şirin A., İşler Dönmez S., Güler M. U., Oflaz U., Özdemir G. Y., & Taşbaşı, F. Y. (2013). Violence Experienced by Nurses at Six University Hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (20), 882–889.
- Atan, Ş. Ü., & Dönmez, S. (2011). Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25(11), 71-80.
- Aydın, N. (2018). Sağlık Sektöründe İşyerinde Şiddet ve Toplam Kalite Yönetimi. *İmgelem*, 3, 1-20.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). The Frequency of Being Exposed to Violence in the Various Health Institutions and Health Profession Groups. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 147–54.
- Bahar, A., Şahin, S., Akkaya, Z., & Alkayış, M. (2015). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(2), 57-64.
- Baş, T., & Akturan, U. (2017). *Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri, Örnek Uygulamalı, Adım Adım Vaka Analizi*. Seçkin Yayınevi.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi, *DEUHFED*, 9(1), 23-28.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (14. Baskı). Pegem Yayınları.
- Chen, W.-C., Hwu, H.-G., Kung, S.-M., Chiu, H.-J., & Wang, J.-D. (2008). Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workers in a Psychiatric Hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50(3), 288–293. <https://doi.org/10.1539/joh.L7132>
- Cooper, C. L., & Swanson, N. (2002). Workplace Violence in the Health Sector Introduction. *State of the Art*, 1-67.
- Creswell, J. W. (2015). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. (M. Bütün, & S. B. Demir, Çev.). Siyasal Kitabevi.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence Towards Emergency Department Nurses by Patients. *Accid Emerg Nurs*, 12, 67–73.

- Dinç, M. (2021). Aşırı İş Yükünün ve Aile Gereklilerinin İş-Aile Çatışmasına Etkisi: Özel Okul Öğretmenleri Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Organizational Behaviour Review*, 3(1), 45-72.
- Er, T., Ayoğlu, F., & Açıkgöz, B. (2021). Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 69-78. <https://doi.org/10.20518/tjph.680771>
- Esen, H., & Aykal, G. (2020). Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Eyitmiş, A. M., & Sezer, F. (2020). İş Yükünün İş Aile Yaşam Çatışması Üzerindeki Etkisinde, Stresin ve Çalışma Ortamının Durumsal Etki Analizi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 45-66. <https://doi.org/10.30561/sinopusd.912276>
- Frone, M. R., & Cooper, M. L. (1992). Prevalence of Work-Family Conflict: Are Work and Family Boundaries Asymmetrically Permeable?. *Journal of Organizational Behavior*, 13(7), 728-745.
- Gökçe, T., & DüNDAR, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15, 25-28. <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2008). Patient and Visitor Violence in General Hospitals: A Systematic Review of the Literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*. Blackwell Science Ltd.
- TRT (2021). <https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-calisanlarinin-yuzde-67si-siddete-maruz-kaldi-556327.html>
- Karcioğlu, F., & Akbaş, S. (2010). İşyerinde Psikolojik Şiddet ve İş Tatmini İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3).
- Kaya, Y., & Özdevecioğlu, M. (2008). Organizasyonlarda Algılanan Mağduriyetin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(1), 19-37.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (2021). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf>
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence Towards Health Care Workers in a Public Health Care Facility in Italy: A Repeated Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>
- Malgorzata, M. (2010). *Workplace Violence and Harassment: A European Picture*, European Agency for Safety and Health at Work. EU-OSHA.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2014). *Designing Qualitative Research*. Sage.

## COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA

- McPhaul, K. M., London, M., & Lipscomb, J. (2013). A Framework for Translating Workplace Violence Intervention Research into Evidence-Based Programs. 18(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No01Man04>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Sage.
- Morçatı (2021). *Şiddet Biçimleri*. <https://morcati.org.tr/siddet-bicimleri/>
- Nakip, M. (2003). *Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar*. Seçkin Yayıncılık.
- Nart, S. (2014). İş Ortamında Şiddet, Tükenmişlik ve İş Tatmini İlişkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 23. <http://dx.doi.org/10.11611/JMER360>
- Oğan, H. (2020). Pandemi Ortamında Sağlıkta Şiddet, Türk Tabipleri Birliği, *Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor\\_6/covid19-rapor\\_6\\_Part42.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part42.pdf)
- Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3), 66-74. <http://dx.doi.org/10.15511/tjtfp.17.00366>
- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 31(6), 1442- 1456.
- Özdemir, A., Karasu, F., & Avan, H. (2018). Gaziantep 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddetin Değerlendirilmesi. *Hastane Öncesi Dergisi*, 3(1), 31-42.
- Özen, S. (2007). İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9(3), 1-24.
- Öztürk, H., & Babacan, E. (2014). Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(1), 70-80. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2014.070>
- Patton, M. Q. (2014). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*. M. Bütün & S. B. Demir (Çev.). Pegem Akademi.
- Pınar T., & Pınar, G. (2013). *Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet*. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 12(3), 315-326.
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Polkinghome, D. E. (1989). *Phenomenological Research Methods*. In R. S. Valle and S. Hailing (Eds.). *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology*, Plenum.
- Raziq, A., & Maulabakhsh, R. (2015). Impact of Working Environment on Job Satisfaction. *Procedia Economics and Finance*, 23, 717–725.
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and Violence in Health Care Professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452–460. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>
- Sağlık-Sen (2021, 10 Eylül). *Ağustos Ayı Sağlıkta Şiddet Raporu*. <http://van.saglik-sen.org.tr/haber/10327/saglik-sen-agustos-ayi-saglikta-siddet-raporu-2021>

- Saines, J. C. (1999). Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12.
- Seyran, F., Gözlü, M., & Ready, F. N. (2018). İş Yerinde Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Personelinin Şiddet Algısı ve Boyutu Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 8- 29.
- Silverman, D. (2018). *Nitel Verileri Yorumlama*. E. Dinç (Çev.). Pegem Akademi.
- Stanko, E. A. (2002). Workplace Violence in the Health Sector Section 5, *State of the Art*, 49-60.
- Taha, H. A. (2007). *Operations Research: An Introduction*. Pearson.
- Takak, S. Ö., & Artantaş, A. B. (2018). Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 18(1), 103-16. <https://doi.org/10.17098/amj.409020>
- Wenzhi, C., Deng, L., Liu, M., & Yu, M. (2010). Antecedents of Medical Workplace Violence in South China. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(2), 312-327. <https://doi.org/10.1177/0886260510362885>
- WHO (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf).
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2002). Anxiety, Burnout and Coping Styles in General Hospital Staff Exposed to Workplace Aggression: A Cyclical Model of Burnout and Vulnerability to Aggression, *Work and Stress*, 16(4), 302-315.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., & Griffiths, A. (1997). *Guidance on the Prevention of Violence at Work*. European Commission, DG-V.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, M. S. (2019). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 135-156.
- Yural, B. (2021). *Sağlık Çalışanlarının Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Algılarının İncelenmesi* [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.

# ***COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA***

## **EXTENDED ABSTRACT**

Today, there are many reasons that disrupt work peace in the workplace, negatively affect performance, reduce productivity, and lead to dissatisfaction. This feeling, which develops depending on the perception of the personnel, can affect not only the business life, but also the family and social life of the individual. The phenomenon of violence emerges as an important factor in the negative development of this perception. The phenomenon of violence that disrupts the working peace in social sciences is handled with different dimensions. These are; workplace violence, occupational violence, customer violence, violence perpetrated by patient-patient relatives.

“Violence in health” reported by many institutions and organizations, especially the World Health Organization, is common all over the world. Despite all the precautions, restrictions and legal regulations, this issue has still not been fully resolved. The main purpose of this research is to examine whether the change in society during the Covid-19 period and the violence perpetrated by the patient and their relatives have changed.

The Covid-19 epidemic, which determined the starting point of the research and affected the whole world starting from the last month of 2019, caused total changes in the field of health as well as in other sectors. During this period, healthcare workers were at the forefront. They faced many unfavorable situations such as overtime, unauthorized work, harsh working conditions and insufficient medical equipment, and occupancy in intensive care units. In the fight against the epidemic, non-governmental organizations and governments have carried out different activities to support healthcare workers (Applauding healthcare personnel at certain hours, turning off the lights, wage support...).

In such a sensitive period, the qualitative research method was preferred as a research method to investigate a sensitive subject. The main reason for using this method is to query the hidden in depth. The phenomenology design was used as the research design. The reason for choosing the phenomenology design in this study is that the data sources are selected from individuals who have personally experienced the phenomenon that the research focuses on and who can reflect this experience to the outside. In the selection of the sample, the criterion sample was used. In the criterion sample; it is possible to study all cases that meet the criteria previously established by researchers (Marshall & Rossman, 2014). In-depth interview technique was used as a data collection tool. The reason why this technique is preferred is that it offers flexibility to researchers (Nakip, 2003: 74; Baş and Akturan, 2017:113). A semi-structured interview form was used in the interviews. This form has been prepared both by being inspired by the literature and by bringing together the common ideas of the researchers. The study group of the research consists of fifteen health personnel working in a state hospital in Turkey. Data collection was terminated at the point when data saturation was reached. Health personnel with different duties and job descriptions who were exposed to violence during the Covid-19 period were interviewed and their views, observations and feelings during the event and regarding the results of the event were emphasized. The interviews were conducted with the consent of the participants by audio recording. In the selection of the meeting place, the hospital, which is the natural working environment of the personnel, was chosen. The reason for this is the desire of the participants to examine their feelings and thoughts deeply and to take care not to overlook any detail.

One of the most important issues in qualitative research is related to validity and reliability. Some measures should be taken by researchers to minimize or eliminate the factors that affect the

validity and reliability (Yıldırım & Şimşek, 2013). Some of these measures can be listed as follows: Expert opinion, triangulation, long-term interaction, reconciliation between coders, participant confirmation, direct citations.

After the data collection part of the research was completed, audio recordings were transcribed for data analysis. This process was done through a program and checked manually by the researchers to prevent the data loss. In the findings section of the research, firstly, the demographic characteristics of the individuals participating in the research are included. It was determined that 8 of the participants were women and 7 were men. While the average age of the health workers participating in the research was determined as 29.4, their working time in the profession was reported as 5.13 years. While the majority of the participants in the study are undergraduates (80%), the number of those who have covid-19 is very low (2 people). While the employees who experience the subject are homogeneous, the people in different branches and positions differ heterogeneously. After these findings, the themes and codes obtained from the research were reported.

Before starting the study, three themes were determined by the researchers using the literature. However, seven different themes were recorded with the data collected as a result of the analysis of the transcription texts of the research. These themes are "the type of violence exposed, the reasons that push the patient-patient relatives to violence, the time of exposure to violence, the perspective of health personnel in covid-19, the consequences of violence, the effect of violence on work and private life, prevention of violence". While the themes were broken down into codes, keywords were chosen to summarize the purposes taken as basis in the interview questions. Finally, in the code generation phase, the words summarizing the participant statements in line with the answers to the questions were consulted by the researchers and the common concepts were determined as codes (51 codes were created and reported in tables within the framework of the participants' views on these themes). Participant statements are included in the form of direct quotations.

First, the most experienced type of violence was determined. Accordingly, it has been determined that employees are most exposed to verbal violence. While other types of violence (physical, sexual, psychological) are frequently mentioned in the literature. A different type of violence related to the privacy of personal data is defined in this study (Personal data security breach code).

In the qualitative study, the reasons for the violence and the days and hours when it was the most were given. Accordingly, the participants suggested that the increase in violent tendencies of patients-patient relatives was intensity. They attributed the busy times to holiday returns and special reasons (neighborhood market).

In this study, it was also found that the violence perpetrated by patients and their relatives against healthcare workers during the covid-19 period decreased. However, some participants also state that there is no difference compared to the pre-pandemic period.

The time spent in the workplace, which has an important place in the life of the employees, can be affected positively or negatively depending on external factors. This situation leads to the employee's job satisfaction or dissatisfaction. The common view of the participants regarding the consequences of violence in this study is that their job satisfaction decreases as a result of violence. Another reflection of this situation is that it affects the private life of the employees.



## ***COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK HASTA-HASTA YAKINLARININ UYGULADIĞI ŞİDDET DEĞİŞTİ Mİ?: NİTEL BİR ÇALIŞMA***

Despite all the arrangements made to prevent violence in health, no improvement has been observed (Ogan, 2020). In this study, similar results were obtained. The absence of deterrent penalties, the incompetence of hospital security personnel, the absence of hospital police, and the inadequate level of security measures at the entrance are among the measures determined by the participants.

In this and similar studies (Yıldız, 2019; Esen & Aykan, 2020), it has been found that density increases violence. For this reason, overtime arrangements can be made depending on the climate, culture, country, region and socio-economic distribution. For example, the busiest day found in this study was found to be Thursday (since a street market is set up in the settlement). It can be said that measures should be taken for that day by the authorized units.

At this point, the "scientific approach" can be used to reduce the intensity. According to the "waiting theory (queuing theory)" developed for this purpose (Taha, 2007: 549), rantable waiting periods can be created by establishing a relationship between the number of patients arriving in a certain period and the amount of service provided.

To generalize the results of the research, it can be suggested that this and similar studies be carried out in different regions and with more participants.