



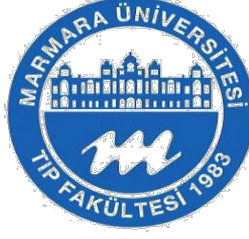
**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL PENDİK İLÇESİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN İŞ
ORTAMINDA KARŞILAŞTIKLARI ŞİDDETİN VE BU
DURUMUN HEKİMLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. FATİH HİTAMİ USLUOĞULLARI

İSTANBUL 2019



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL PENDİK İLÇESİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN İŞ
ORTAMINDA KARŞILAŞTIKLARI ŞİDDETİN VE BU
DURUMUN HEKİMLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. FATİH HİTAMİ USLUOĞULLARI
UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN: DOÇ. DR. NURŞEN TURAN YURTSEVER

İSTANBUL 2019

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Fatih Hitami USLUOĞULLARI
Baba Adı	Muhammet Asım
Doğum Yeri/tarihi	Elazığ/29.11.1990
Diploma Tarihi /Diploma no	30.06.2014/858
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı /Bilim dalı	Adli Tıp Anabilim Dalı
İhtisas süresi	Yıl: 4 Ay: 3
Tez Sınavına Giriş Tarihi	01.03.2019
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	M.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI:İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi

Jüri Kararı: BAŞARILI.

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Nürsen Tücan
Yurtseven

Üye

Prof. Dr. M. Ercüment

Başkan

Aksoy

M. E. Aksoy

✓

Üye

Dr. Öğr. Üyesi
Mukadder ERBİLİR

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dr. Fatih Hitami USLUOĞULLARI

TEŞEKKÜR

Bilgisini ve deneyimini birlikte ilerlediğimiz her bir adımda hissettiren, tez süreci boyunca düzenli çalışmamı sağlayan, zorlu dönemlerimde anlayış gösterip benimle birlikte emek veren saygıdeğer hocam, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER'e,

Asistanlığım süresince, hayat boyu edindiği tecrübelerini bizimle paylaşan babacanlığı ve şefkatiyle yanımda olan hocamız Sayın Prof. Dr. M. Ercüment AKSOY'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca akademik anlamda yardım, ilgi ve desteğini esirgemeyen; bilgi, öneri ve tecrübelerinden yararlandığım, sosyal ve akademik hayatım boyunca örnek alacağım değerli hocam Sayın Prof. Dr. M. Akif İNANICI'ya,

Kısa bir süre de olsa öğrencisi olma şansı yakaladığım için her zaman onur ve gurur duyduğum hem mesleki olarak hem de hayata dair bana çok şey kazandırdığını düşündüğüm hocam Sayın Prof. Dr. Nesime YAYCI'ya,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve birlikte bir aile ortamında çalışma fırsatı yakaladığım Çocuk Koruma Birimi'ndeki çalışma arkadaşlarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma, sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Hayatım boyunca tüm destekleriyle yanımda olan, kararlarıma saygı duyan, sevgilerini hep yanımda isteyeceğim sevgili aileme, beraber büyüdüğüm dostlarıma, teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Ve son olarak hayallerime inanç ve sabırla ortak olan, umutsuzluğa kapıldığım her zorlukta şefkatiyle ve yardımlarıyla ilerlememi sağlayan canım eşim Hazal'a gösterdiği özveri ve sevgi için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tez Onay Formu	
Beyan Formu	i
Teşekkür	ii
İçindekiler	iii
Tablolar Listesi	vi
Şekiller Listesi.	viii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	ix
Türkçe Özet	x
İngilizce Özet	xi
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	2
2.1. Şiddet	2
2.2. Şiddetin Sınıflandırılması	3
2.3. Şiddet Tipleri	6
2.3.1 Fiziksel Şiddet	7
2.3.2. Psikolojik Şiddet	7
2.4. Şiddetin Nedenleri	9
2.4.1. Biyolojik Faktörler	9
2.4.2. Psikolojik Faktörler	10
2.4.3. Sosyal Faktörler	11
2.4.4. Medya ve Şiddet	12
2.5. Sağlık Kurumlarında Şiddet	13
2.6. Hekime Yönelik Şiddet	15
2.6.1. Türkiye’de ve Dünya’da Hekime Şiddet.....	16
2.6.1.1. Dünya’da Hekime Şiddet.....	16
2.6.1.2. Türkiye’de Hekime Şiddet.....	18
2.6.2 Hekime Karşı Şiddet Uygulayanların Özellikleri	20
2.6.3 Şiddete Uğrayan Hekimlerin Özellikleri	21
2.6.4 Hekime Karşı Şiddetin Etkileri	21

2.7. Tükenmişlik	24
2.7.1. Tükenmişliğe Sebep Olan Faktörler	25
2.7.1.1 Bireysel Faktörler	25
2.7.1.2 İş İle İlgili Faktörler	26
2.7.2. Tükenmişliğin Sonuçları	27
2.7.3. Hekimlerde Tükenmişlik	28
2.8. İntihar	29
2.8.1. Risk Faktörleri	30
2.8.2. Sağlık Kurumlarında İntihar	32
2.9. İş Doyumu	33
2.9.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler	34
2.9.2. Sağlık Kurumlarında İş Doyumu	36
2.10. Sağlıkta Şiddetin Yönetimi	37
2.10.1. Şiddetten Korunma	37
2.10.2. Beyaz Kod Uygulaması	40
2.11. Yasal Mevzuat	42
3. Gereç ve Yöntemler	48
3.1. Araştırmanın İzinleri	48
3.2. Araştırmanın Tipi	48
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	48
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	48
3.5. Dahil Etme ve Hariç Etme Kriterleri	49
3.6. Verilerin Toplanması	49
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	50
3.7.1. Demografik Bilgiler ve Çalışma Koşulları	50
3.7.2. Şiddet İle İlgili Sorular	50
3.7.3. Minnesota İş Doyum Ölçeği	51
3.7.4. İntihar Olasılığı Ölçeği	52
3.7.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	53
3.8. Verilerin Analizi	54
4. Bulgular	55
4.1. Sosyodemografik Özellikler	55

4.2. Çalışma Yaşamına Ait Özellikler	56
4.3. Çalışma Yaşamı Süresince Karşılaşılan Şiddetin Özellikleri	59
4.4. Son Bir Sene İçerisinde Maruz Kalınan Şiddet Olaylarının Özellikleri	63
4.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri ve Betimleyici İstatistikleri	79
5. Tartışma	95
5.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması	95
5.2. Yaşam Boyu Maruz Kalınan Şiddet'in Tartışılması	97
5.3. Son Bir Yıl İçerisinde Maruz Kalınan Şiddet'in Tartışılması	99
5.4. Hekimlere Uygulanan Ölçeklerin Tartışılması	109
6. Sonuç ve Öneriler	116
7. Kaynaklar	120
8. Ekler	151

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler	4
Tablo 2. Çalışılan Kurumlara Göre Çalışma Yaşamına Ait Özellikler	7
Tablo 3. Hayat Boyu Maruz Kalınan Şiddet Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	7
Tablo 4. Hekimlerin Sosyodemografik ve Çalışma Hayatıyla İlgili Özelliklerine Göre Hayat Boyu Şiddete Uğrama Durumları	19
Tablo 5. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde İşyerinde Maruz Kaldıkları Şiddet Tiplerinin Dağılımı	29
Tablo 6. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Maruz Kaldıkları Şiddet Olaylarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 7. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Maruz Kaldıkları Şiddet Olaylarının Çalışma Hayatıyla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 8. Şiddet Uygulayan Kişilerin Hatırlandığı Kadarıyla Özellikleri	33
Tablo 9. Hekimlerin Şiddet Olayı Sürecinde Yaşadıklarıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar	34
Tablo 10. Psikolojik Şiddete Uğrayan Hekimlerin Kurumlara Göre Şiddet Olayıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar	35
Tablo 11. Fiziksel Şiddete Uğrayan Hekimlerin Kurumlara Göre Şiddet Olayıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar	36
Tablo 12. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlere Göre Şiddetin Nedenleri	37
Tablo 13. Hekimlerin “Yaşadığınız Şiddet Olayı Hastalarla İlişkinizi Nasıl Etkiledi?” Sorusuna Verdikleri Cevaplar	38
Tablo 14. Şiddete Uğrayan Hekimlerin Şiddet Sonrası Yaşadıklarıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar	40
Tablo 15. Şiddete Uğrayan Hekimlerin Şiddet Karşısında Verdikleri Tepkiler ...	41
Tablo 16. Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrayan Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Şiddet Karşısında Verdikleri Tepkiler	42
Tablo 17. Hekimlerin Sağlık Personeline Şiddet İle İlgili Eğitim Almaları ile Şiddete Uğrama Durumları Arasındaki İlişki	43

Tablo 18. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi	45
Tablo 19. Araştırmaya Katılanların İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamaları	46
Tablo 20. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Fiziksel Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi	48
Tablo 21. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi	49
Tablo 22. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Cinsiyete Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 23. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Medeni Durum Değişkenine Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 24. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 25. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Unvanlarına Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 26. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Tablo 27. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Çalıştıkları Bölümlere Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 28. Şiddete Uğrama Durumuna Göre Ölçekler Arası Korelasyon Analizi ...	59
Tablo 29. Hekimlerin Şiddete Uğrama Durumu İle Ölçekler Arası Korelasyon Analizi	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Şiddet Sınıflandırması	4
Şekil 2. Hekimlerin Çalıştıkları Bölümlere ve Alanlara Göre Dağılımları.....	7
Şekil 3 Çalışma Yaşamı Süresince Şiddete Uğrama Durumu	59
Şekil 4 Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Fiziksel Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi	82
Şekil 5 Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi	84

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
ABD :	Amerika Birleşik Devletleri
Ark. :	Arkadaşları
CDC :	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
D :	Duyarsızlaşma
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
DT :	Duygusal Tükenme
ICN :	Uluslararası Hemşireler Birliği
ILO :	Uluslararası Çalışma Örgütü
İÖÖ :	İntihar Olasılıkları Ölçeği
KB :	Kişisel Başarı
MİDÖ:	Minnesota İş Doyum Ölçeği
MTÖ :	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
NIOSH:	Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü
TDK :	Türk Dil Kurumu
TTB :	Türk Tabipler Birliği
TÜİK :	Türkiye İstatistik Kurumu
TV :	Televizyon

ÖZET

Hekimlerin çalışma hayatlarında karşılaştıkları sorunların başında maruz kaldıkları şiddet olayları gelmektedir. Bu çalışmanın amacı, hekimlerin işyerlerinde maruz kaldıkları şiddetin sıklığını ve özelliklerini ortaya koymak ve şiddete uğramanın hekimlerin iş doyumu, intihar olasılığı ve tükenmişlik düzeylerini nasıl etkilediğini belirlemektir.

Bu çalışma tanımlayıcı özellikte kesitsel bir araştırmadır. İstanbul Pendik ilçesinde görev yapmakta olan 418 gönüllü hekim çalışmamıza katılmıştır. Veriler anket yoluyla toplanmıştır. Katılımcılara dağıtılan anketler literatür eşliğinde hazırlanan; sosyodemografik bilgiler, maruz kalınan şiddet ile ilgili sorular, Minnesota İş Doyum Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden oluşmaktadır.

Katılımcıların %55'i kadın, %45'i erkek ve ortalama yaş $33,51 \pm 8,5$ 'dir. Araştırmada hekimlerin %82,78'inin çalışma hayatları boyunca işyerinde şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığı, psikolojik şiddete maruz kalanların daha sık kadınlar olduğu, fiziksel şiddete maruz kalanların ise daha sık erkekler olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda hekimlerin %58,4'ünün son bir sene içerisinde şiddete maruz kaldığı, şiddete en sık kadınların, 29 yaş ve altında olanların, pratisyen hekimlerin, devlet hastanelerinde çalışanların, çalışma hayatının ilk 5 senesi içerisinde olanların, acil serviste çalışanların maruz kaldıkları; şiddet uygulayanların ise en sık hasta yakını, erkek ve 31-40 yaş arasında oldukları bulunmuştur. Çalışmamızda son bir sene içerisinde iş yerinde şiddete uğrayan hekimlerin uğramayanlara göre; duygusal tükenme, duyarsızlık ve intihar olasılığı düzeylerinin daha yüksek olduğu, iş doyumu ve kişisel başarı düzeylerinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hekimlere yönelik şiddet olaylarını önlemek ve olası etkilerini azaltmak için; sağlıkta şiddetin önlenmesini hedef alan caydırıcı bir yasa çıkartılmalı, medyanın ve devletin desteği ile halkın sağlık personeline şiddet konusunda farkındalığı arttırılmalı, hekimlere şiddet esnasında yapılması gerekenler ve iletişim becerileri ile ilgili eğitimler verilmeli ve hekimlerin çalışma koşulları iyileştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hekimler, İş Yeri Şiddeti, İş Doyumu, Tükenmişlik, İntihar

ABSTRACT

EVALUATION OF WORKPLACE VIOLENCE AGAINST PHYSICIANS WHO WORK IN THE PENDİK DISTRICT OF İSTANBUL AND THE EFFECTS OF THIS SITUATION TOWARDS THE PHYSICIANS

One of the biggest problem that physicians face in their working life is the violence that they are exposed to. The aim of this study is to determine the frequency and characteristics of the violence experienced by physicians in the workplace and to determine how the exposure to violence affects physicians' job satisfaction, suicide probability and burnout levels.

This study is a cross-sectional study with descriptive characteristics. 418 volunteer physicians who work in Pendik district of Istanbul participated in our study. Data was collected by surveys. The questionnaires distributed to the participants were reviewed with the literature and consisted of sociodemographic informations, questions about violence, Minnesota Job Satisfaction Scale, Suicide Probability Scale and Maslach Burnout Scale.

55% of the participants were female and 45% were male and the mean age was 33.51 ± 8.5 . Our study shows that % 82.78 of the physicians are exposed to at least one type of violence. It is more likely for women to be subjected to psychological violence, while men are exposed to physical violence more often than women.

In our study, it was observed that 58.4% of physicians were exposed to workplace violence during the last year and the most frequent properties of doctors who faced with violence were: Female gender, age of 29 or under, working as a general practitioner, working in public hospitals, being in the first 5 years of working life and work in emergency rooms. The most common properties of attackers were: Being relatives with a patient, male gender and 31-40 years of age. In our study, physicians who suffered violence in the workplace during last one year; emotional exhaustion, insensitivity and suicide probability levels were higher, job satisfaction and personal success levels were lower than physicians who aren't suffered.

To prevent and reduce the effects of violence against physicians; a deterrent law aimed at prevention of violence against healthcare workers should be enacted, awareness of public about violence against healthcare personnel should be increased with the support of the government and media, physicians should be trained on their behaviours during an act of violence and communication skills, also working conditions of doctors should be improved.

Key Words: Physicians, Workplace Violence, Job Satisfaction, Burnout, Suicide



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet, insanlığın başlangıcından günümüze kadar insan hayatının bir parçası olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; “Fiziksel bir gücün veya baskının kasıtlı olarak bireyin kendisine, başka birine, bir gruba veya topluma yöneltilmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunluk durumunun ortaya çıkması veya ortaya çıkma olasılığının yüksek olmasına neden olacak şekilde kullanılması” şeklinde tanımlamıştır¹.

Şiddete uğrama riskinin arttığı alanlardan biri de çalışma hayatıdır. Avrupa Komisyonu işyerinde şiddeti; “Çalışanın işiyle ilgili durumlarda, açık veya üstü örtülü (gizli) şekilde, suistimali, tehdit edilmesi veya saldırıya uğraması gibi sağlık ve güvenliğini tehdit eden her türlü eylem” olarak tanımlamıştır². Yapılan işe göre maruz kalınan şiddetin ağırlığı ve sıklığı iş gruplarına göre çeşitlilik göstermektedir.

Sağlık kurumlarında şiddet; “Hasta, hasta yakınları veya başka bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır³. Yapılan çalışmalar sağlık sektöründe çalışanların şiddete maruz kalma riskinin diğer sektörlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir^{4,5}.

Şiddete uğrama durumu sağlık çalışanının fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına zarar vermekte, ilk etkilerinin yanısıra stres, depresyon ve kaygı düzeylerinin artmasına yol açmakta^{6,7}, aile problemleri, özgüven azalması, özel yaşamda izolasyon, alkol problemleri, işine konsantre olamama⁸ gibi psikolojik problemlere neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, işyerinde şiddete maruz kalmanın, çalışanların işlerinden sağladıkları doyumun azalmasına^{9,10} ve tükenmişliğe^{7,11,12} girmelerine neden olabildiğini göstermektedir. Ayrıca iş yeriyle ilişkili intiharı konu alan çalışmalar, intihar için yüksek risk altında olan birçok meslek tanımlamışlardır ve bunlar içerisinde ön plana çıkan gruplardan birisi tıp doktorlarıdır^{13,14}.

Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı, İstanbul Pendik ilçesindeki tedavi kurumlarında çalışan hekimlerin işyerinde maruz kaldıkları fiziksel ve psikolojik şiddetin sıklığını ve özelliklerini ortaya koymak ve şiddete uğramanın hekimlerin iş doyumunu, intihar olasılığı ve tükenmişlik düzeylerini nasıl etkilediğini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

Geçmişte ve günümüzde şiddetin birçok farklı tanımı yapılmıştır. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde şiddet; “1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğnlik, sertlik. 2. Karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma” olarak tanımlanmaktadır ¹⁵.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yaptığı tanımlamaya göre şiddet; kişinin fiziksel gücü ya da nüfuzunu direkt olarak veya tehdit yoluyla kendisine, başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı kasıtlı olarak kullanması neticesinde kişinin kendisinde, başka bir kişide, bir grupta ya da toplumda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu veya gelişmede gerileme ile sonlanan ya da sonlanma olasılığı yüksek olan durumdur ¹. Bu tanım, kişilerarası şiddetin yanı sıra intihar davranışı ve silahlı çatışmayı, tehditleri ve tehditleri de içerecek şekilde fiziksel eylemlerin ötesine geçen birçok eylemi de kapsamaktadır.

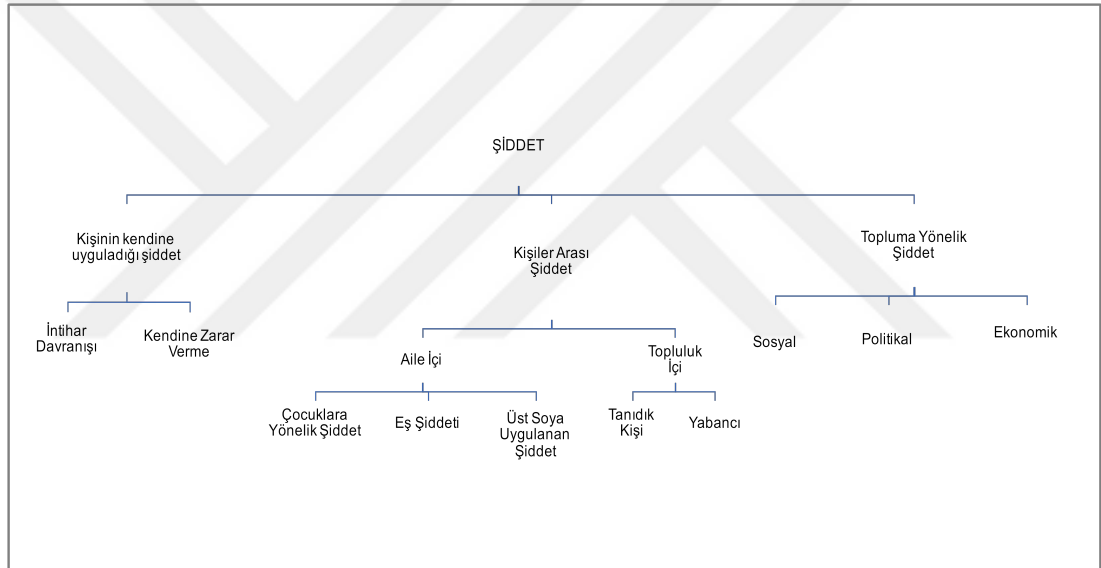
Hastalık Kontrol Merkezi’nin (Center for Disease Control; CDC) yaptığı tanımlamaya göre ise şiddet, sahip olunan gücün, yaralanma, ölüm ve kayıpla sonlanan ve sonlanma olasılığı yüksek bir şekilde başka bir insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır ¹⁶.

Avrupa Komisyonu’nun yaptığı tanım, “kişinin saldırıya uğradığı, tehdit edildiği, kişinin sağlığına, güvenliğine, iyilik haline yönelik içsel ya da dışsal değişime neden olan açık olaylardır” şeklindedir ².

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın hazırladığı Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik’te yer alan şiddet ise; “Kişinin, fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, ekonomik, psikolojik veya sözlü her türlü tutum ve davranış” olarak tanımlanmıştır ¹⁷.

2.2 Şiddetin Sınıflandırılması

Şiddet ve sağlık konusunda Dünya raporunda kullanılan tipoloji, şiddet eylemini kime karşı uygulandığına göre şiddeti üç kategoriye ayırır; kendi kendine uygulanan şiddet, kişilerarası şiddet ve kolektif (topluma yönelik) şiddet. Bu grupta bir kişinin kendisi üzerine uyguladığı şiddeti, başka bir birey tarafından ya da küçük bir grup birey tarafından uygulanan şiddeti ve devletler, örgütlü siyasi gruplar, milis grupları ve terör örgütleri gibi daha büyük gruplar tarafından uygulanan şiddetleri birbirinden ayırmaktadır¹ (Bkz. Şekil 1).



Şekil 1. Şiddet Sınıflandırması

a) Kişinin kendine uyguladığı şiddet

Kendine yönelik şiddet, intihar davranışı ve kendini yaralama gibi kendine zarar verme davranışlarını içerir. İntihar davranışı, bir kişinin hayatını sonlandırmak istemesi, bunu planlaması, bunu yapmanın yollarını araması, kendini öldürmeye çalışması ve eylemi tamamlamayı düşünmesi gibi birçok aşamaya sahiptir. İntiharı düşünen pek çok insan, her zaman harekete geçmez, hatta intihar girişiminde bulunanların her zaman ölme arzusu da bulunmamaktadır. İntihar sonucu kişi ölmüş

ise bu gruba giren olgular tamamlanmış intiharlar, ölümle sonuçlanmadan, durdurulan olgular ise intihara kalkışma veya intihar girişimi olarak isimlendirilmektedir¹⁸.

b) Kişilerarası şiddet

Ailede eşe, çocuğa ya da ailenin yaşlı bireylerine uygulanan aile içi şiddet, toplumda bir başka kişiye, bir kişi veya küçük bir grup tarafından uygulanan şiddettir.

Kadına yönelik şiddet; fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet olmak üzere dört şekilde olmaktadır. Kadınlara şiddet uygulayan kişilerin ise çoğunlukla onlarla yakın ilişkilere sahip kişiler, kocaları veya eskiden birlikte oldukları erkekler olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya çapında kadınların üçte biri fiziksel ve cinsel şiddet görmekte ve bunların çoğunluğu ise partnerleri olan kişiler tarafından uygulanmaktadır. Kadınlara uygulanan bu şiddet ise biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerden ötürü ortaya çıkabilmektedir¹⁹.

Kadına yönelik şiddetin kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını çok olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Şiddet sadece yaralanmalara neden olmayıp, kadınların uzun dönemde, kronik ağrı, fiziksel yetersizlik, uyuşturucu madde ile alkol kötüye kullanımı ve depresyon gibi birçok başka problemi yaşama riskini de arttırmaktadır. Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda ise planlanmamış gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve hamileliğin istenmeyen sonuçlarına sıklıkla rastlanmaktadır²⁰.

Çocuğa yönelik şiddet; çocukların maruz kaldığı şiddet olguları içinde en büyük zararı yaratan ve en çok gizli kalan olgulardır. Çocuğun gelişimini engellediği için çocuğa yönelik şiddet olguları genel olarak çocuk istismarı olarak isimlendirilmektedir.

Çocuk istismarı ise 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza-dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu davranışın çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzmanlar tarafından da istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir²¹.

Yaşlı şiddeti; yaşlıya yönelik şiddet “Yaşlı bireylerin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren tek ya da tekrarlayan davranış” veya “Belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde tanımlanabilmektedir²².

Akranlar arası şiddet; şiddetin çocuklar arasında yaşanmasıdır. Akranlar arası çatışma (bullying) fiziksel kuvvet ya da yaş farkı kaynaklı güç dengesizliği nedeniyle ortaya çıkan bir olaydır. Kısaca, çocukların birbirlerine şiddet uygulamasıdır. Akranlar arası çatışma temel olarak 3 kategoride değerlendirilmektedir. Bunlar, fiziksel saldırganlık (itme, vurma, tepme), sözle rahatsız etme (tehdit, alay etme, surat asma, isim takma, el-kol hareketi yapmak) ve dolaylı olarak kötü davranmadır (birini yok sayma veya birini aktivitelere sokmama dışarıda bırakma). Akranlar arası çatışma doğrudan (vurma, tekmeleme, tehdit, zorbalık, haraç alma) ve/veya dolaylı (dedikodu, dışlama) olarak olmaktadır²³.

Engelli şiddeti: Engelliliğin getirdiği kısıtlama kişilerin şiddete maruz kaldıklarında tepki vermelerini de kısıtlamaktadır. Temelde problem önemli bir veya daha fazla yaşam faaliyetini sınırlayan fiziksel veya zihinsel yetersizliği olan bir kimsenin tepki vermekte de kısıtlı kalmasıdır. Ayrıca bakımın daha çok ön planda olduğu bu grupta bakıcı şiddeti ön plana çıkmaktadır²⁴.

LGBT şiddeti: LGBT; Lezbiyen, gay, biseksüel, transgender (transseksüel veya travesti) ve interseks kelimelerin baş harflerinden oluşturulmuştur²⁵. Bu bireylere uygulanan şiddet korkutmak, sindirmek, değersiz hissettirmek amacıyla söz ve hareketler kullanılmak şeklinde olabilmektedir. Küçük düşürme, hakaret etme, manipölasyon, mobbing, aile içinden ve toplumdan dışlama, ötekileştirme, hasta olduğunu söyleme, tedaviye zorlama, ev vermeme, iş vermeme, intihara teşvik etme vb. davranışlar görülebilmektedir.

Topluluk içi şiddet; birbiriyle ilişkisi olmayan, birbirini tanıyan ya da tanımayan bireyler arasındaki şiddettir, genellikle ev dışında yaşanmaktadır. Bu grupta gençler arası şiddet, yabancılar tarafından tecavüz veya cinsel saldırı olayları, okullarda, işyerlerinde, hapisanelerde ve bakım evlerinde meydana gelen şiddet eylemleri bulunmaktadır.

2000 yılında, dünya çapında kişilerarası şiddet eylemlerinde yaklaşık 520.000 kişi hayatını kaybetmiştir, bu dünyadaki her 100 000 kişiden 8,8’inin kişilerarası

şiddetten öldüğünü göstermektedir. Fakat resmi cinayet istatistikleri tam sayıyı göstermemektedir çünkü birçok ölüm, kaza olarak gizlenmekte veya doğal ya da bilinmeyen nedenlere atfedilmektedir. Örneğin, Hindistan'da halk sağlığı yetkilileri, “ölümcül yanıklar” olarak kaydedilen kadın ölümlerinin, aslında kocaları ya da diğer aile üyeleri tarafından kasıtlı olarak öldürülen kadın cinayetleri olduğuna inanmaktadır ²⁶. Bebeklerin ve yaşlıların ölümlerinin rutin olarak araştırılmadığı ya da otopsi yapılmadığı durumlarda, bu ölümler de hastalığa veya başka doğal nedenlere bağlı olarak kayıtlarda yer almaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde, raporlanan ölüm belgelerinde ölüm nedenlerinin yanlış sınıflandırıldığı, diğer nedenlerle öldüğü belirtilen ani bebek ölümü sendromu ve kaza sonucu ölen çocukların gerçek ölüm nedenlerinin yeniden açılan cinayet soruşturması sonucu aydınlatıldığı bulunmuştur ²⁷.

c) Topluma yönelik şiddet (kolektif şiddet)

Kolektif şiddet, politik, ekonomik veya sosyal hedeflere ulaşmak için kendilerini bir grubun üyeleri olarak tanımlayan kişiler tarafından başka bir gruba ya da bireye karşı şiddetin bir araç olarak kullanılmasıdır. Devletlerin kendi içindeki veya aralarındaki silahlı çatışmalar, soykırım, baskı ve diğer insan hakları ihlalleri, terörizm ve örgütlü şiddet suçları bu gruba örnek olarak verilebilir.

Bu farklı olay türlerinin sağlık, ölüm, bedensel ve zihinsel hastalık açısından büyük etkileri bulunmaktadır. Tüm dünyada hala çeşitli kolektif şiddet biçimlerine nasıl en iyi şekilde cevap verileceği araştırılmaktadır.

2.3 Şiddet Tipleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddet türlerinin çoğu zaman birbirleriyle iç içe geçtiğini belirtmekle beraber şiddeti; psikolojik şiddet ve fiziksel şiddet olarak iki ana gruba ayırmıştır.

2.3.1 Fiziksel şiddet

Kişinin kendisine, başka bir bireye veya gruba karşı fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar verecek şekilde fiziksel güç uygulamasıdır. Bu şiddet türü, diğerlerinden farklı olarak, dayak atma, tekmeleme, tokat atma, bıçaklama, vurma, itme, ısırma ve çimdiklemeyi kapsar²⁸.

Saldırı: Farklı bir bireye, cinsel saldırı da dahil olmak üzere fiziksel olarak zarar veren isteyerek yapılmış eylemdir.

Cinsel saldırı: Şiddet ve sağlık konusundaki Dünya Raporu'nda cinsel şiddet, cinsel bir eylem gerçekleştirmeye, istenmeyen cinsel sözler söylemeye, cinsel yaklaşım ve tekliflerde bulunmaya ya da bir kişiyi ticari amaçla cinsel olarak kullanmaya yönelik eylemlerin tümünü kapsamakta olup, kurbanla fail arasındaki ilişki her ne olursa olsun, kurbanın evinde ya da işyerinde sınırlı kalmaksızın her türlü koşulda bir kişinin cinselliğine karşı dolaylı ya da direkt olarak ve zorlamayla yapılan cinsel bir eylemi içermektedir²⁹.

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

2.3.2 Psikolojik Şiddet

Başka bir kişi veya gruba karşı bireylerin fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç ile tehdit de dahil olmak üzere kasıtlı şekilde baskı oluşturulmasıdır³⁰. Sözel şiddet, zorbalık / mobbing, taciz ve tehdit de bu şiddet türü içerisinde yer alır.

a) Sözel Şiddet: Kişiyi küçük düşüren, aşağılayan veya kişinin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren sözlü ifadelerdir³¹. Hakaret, sövme, azarlama, aşağılama ve tehditi kapsar.

b) Tehdit: Hedeflenen kişiler veya gruplar üzerinde, fiziksel, cinsel, psikolojik ya da farklı olumsuz sonuçlar görme korkusu oluşturan, fiziksel veya psikolojik güç kullanılacağına dair söylenen sözlerdir³².

c) Mobbing/Yıldırma: Bir kişiyi veya bir grup çalışanı, küçük düşürmek veya zayıflatmak için uzun süre devam eden ve tekrarlanan zalim veya kötü niyetli davranışlardır³³.

d) Taciz: Kadın ve erkeklerin, yaş, engellilik, HIV durumu, ailevi durum, cinsiyet, cinsel yönelim, cinsiyet değişikliği, ırk, renk, dil, din, siyasi görüş, farklı düşünce inanışlar, ulusal veya sosyal köken, bir azınlığa mensup olmak, maddi olanaklar ya da işyeri veya toplumdaki pozisyonuyla ilgili olarak karşılıksız, istenmeyen ve onur kırıcı davranışlardır³⁴.

e) Cinsel Taciz: İlgili kişiye karşı saldırı niteliğinde olan, onun korkmasına, aşağılanmasına ve utanmasına, kendini incinmiş hissetmesine neden olan, istenmeyen, karşılık verilmeyen, iyi karşılanmayan cinsel vasıftaki fiziksel, psikolojik, sözlü, jestlerle veya beden diliyle, yazılı ve görsel materyallerle yapılan davranıştır^{35,36}. Cinsel tacizin alt tipleri ise³⁴;

Sözlü taciz: Bireyin özel hayatı, bedeninin bazı kısımları veya görüntüsü ile ilgili hoş karşılanmayan yakışsız yorumlar yapılmasıdır.

Jestlerle taciz: Göz kırpmak, parmak hareketleri yapmak, dudak yalama gibi cinsellikle ilişkilendirilebilecek vücut hareketleri yapmak gibi beden dili ve/veya jestlerdir.

Yazıyla ya da resimlerle taciz: Pornografik içerikler, cinsellik içeren görseller, posterler ve bilgisayar arka planları, e-posta ya da diğer iletişim araçları ile yapılan cinsel tacizleri içerir.

Psikolojik / Duygusal taciz: Tekrar eden ve hoş karşılanmayan istekleri, karşılıksız flört isteklerini, müstehcen içerikli aşağılamaları, laf atmaları ya da imaları içerir. Bir davranışın cinsel taciz kabul edilebilmesi için o davranışın, maruz kalan kişi için istenmeyen, hoş karşılanmayan bir davranış olması gerekir. Karşılıklı istek ile olan ilişkiler cinsel taciz olarak kabul edilmez. Sosyal ve kültürel olarak kabul görmüş ve uygun bulunan bazı iltifatlar, hoş sözler, cinsel taciz olarak değerlendirilemez³⁶.

2.4 Şiddetin Nedenleri

İnsanlarda şiddeti meydana getiren saldırganlık yöneliminin nasıl ortaya çıktığı konusunda çeşitli görüşler mevcuttur.

Psikolojide şiddet net olarak kazayla gerçekleşmeyen, kişinin kendisine, nesnelere ve diğer kişilere yönelik uygunsuz ve zarar verici uyarıları barındıran, sözel veya sözel olmayan psikomotor davranış şeklidir. Şiddetin nedeni genellikle iki ana görüşle açıklanır; davranışsallık ve niteliksellik^{37,38}. Mosses'a göre şiddet çoğu zaman ya içgüdüsel bu yüzden toplumsallaşma sürecinde çok az değişen, ya da sadece ve sadece çevre etkenlerinden kaynaklanan bir davranış olarak görülür³⁹. Beck'e göre ise, kışkırtma ve tehdit öfke duygusunun, buna bağlı olarak da şiddet davranışının ortaya çıkmasına neden olan dürtülerdir⁴⁰. Ancak bugün bilim dünyası her iki etkenin de saldırganlık ve şiddet davranışının ortaya çıkmasında belli ölçülerde önemli olduğunu kabul etmektedir⁴¹.

Şiddetin etyolojisinin daha iyi anlaşılabilmesi için 1970'lerde geliştirilen "Ekolojik Model'e göre; şiddet çok sayıda etkenin birleşmesiyle ortaya çıkan komplike bir problemdir. Şiddet; bireysel, ilişkisel, toplumsal, çevresel ve kültürel etkenlerin beraber etki etmesi neticesinde ortaya çıkmaktadır⁴².

Şiddetin nedenlerini açıklayabilmek için multidisipliner çalışmaların yapılması gerekmekte ve şiddetin biyolojik, psikolojik, sosyolojik faktörler ile şiddet üzerinde teknoloji ve medyanın etkilerini de içerecek şekilde incelenmesi gerekmektedir.

2.4.1 Biyolojik faktörler

Bugüne kadar suçu açıklamak, nedenlerini ortaya koymak ve önlemek için birçok farklı kuram ortaya çıkmıştır. Bu kuramların ana farklılıkları şiddeti analiz ederken kişinin hangi özelliğini (biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal-kültürel) inceledikleridir.

Biyolojik temelli kuramlar, kişiyi biyolojik bir organizma olarak ele almakta ve biyolojik açıdan kişinin şiddet davranışlarının nedenlerini ortaya koymaktadırlar⁴³.

Hormonlar kişinin davranışlarını yönlendiren ana etkenlerden biri olarak görülmektedir. Suç ile ilişkili kaynaklarda özellikle erkeklik hormonu olan testosteron saldırgan davranış ile ilişkilendirilmektedir. Şimdiye kadar yapılan birçok çalışmada, artmış testosteron düzeyi ile erkeklerdeki saldırganlık, cinsel şiddet olayları, erken yetişkinlik ve gençlik çağındaki şiddet olayları arasında ilişki bulunmuştur⁴⁴⁻⁵⁰.

Kadınların menstruasyon öncesi dönemde davranışlarının ve duygusal durumlarının değişmesinden yola çıkarak; kriminoloji alanında yapılan çalışmalarda kadınların hormonal değişikliklerinin suç davranışlarına yol açtığı bulunmuştur. Menstruasyon öncesi dönem ile şiddet ilişkisinin mahkemelere yansımaları, ilk defa 1845'te İngiltere'de Martha Brixey adlı hizmetçinin patronunu öldürmekle yargılandığı davada görülmüştür. Martha menstruasyon öncesi dönemde iken suçu işlediğini savunmuş ve mahkeme "davranış nedeninin geçici askıya alınması" durumuna dayandırılarak beraatine karar vermiştir⁵¹.

Şiddetin biyolojik kuramlarının belirli temel önermeleri mevcuttur. Beyin, kişiliğin merkezi ve aklın organıdır. İnsan davranışının merkezi beyindir. Suç istatistiklerinde ve suç tipi yaygınlığında görülen cinsiyete ve ırka bağlı farklılıklar biyolojik temellidir. Suç davranışını da içeren insan davranışlarının temel belirleyicileri nesilden nesile aktarılabilmektedir. Diğer bir deyişle, suça yatkınlık kalıtsaldır. Kalıtım, biyoloji ve sosyal çevrenin etkileşimi suç nedenlerini ortaya çıkarmada önemli bir yere sahiptir⁴³.

2.4.2 Psikolojik faktörler

Şiddetin psikodinamik açıklamasını yapan ve bu konudaki ilk ve en popüler kişilerden biri olan Freud, engellenmenin saldırgan davranışa yol açtığını ileri sürer. Buna göre engellenme negatif enerji oluşturur ve insanı tüketir^{37,38}. İçgüdüsel

enerjiden gelen psikolojik aşamalar ve organizmanın genetik özellikleri saldırgan davranışa neden olur.

Freud saldırganlığın altında, “yaşam (Eros: yapıcı dürtü) ve ölüm (thantos: yıkıcı dürtü) olan iki tür içgüdünün olduğunu ve bu iki içgüdünün devamlı etkileşim içinde olduklarını belirtir. Şiddet, bireyin kendisine zarar verici bu dürtülerin yönünü kendinden uzaklaştırarak başka bireylere yöneltmesinden kaynaklanır^{38,52}.

Berkowitz ise her zaman engellenme ile saldırganlığı birleştirerek ele almış, tepkisel ve enstrümental saldırganlığı birlikte kullanmıştır. Tepkisel saldırganlık, başka bir bireye zarar vermek için itici bir tepki iken enstrümental saldırganlık, öğrenilen bir davranıştır³⁸.

2.4.3 Sosyal faktörler

Sosyolojik kuramlardan bir tanesi sosyal öğrenme teorisidir¹⁸. Öğrenme aşamasında kişilik, eğitim, çevre ve aile gibi etkenler etkilidir. Sosyoekonomik seviyesi daha düşük yerlerde şiddet içeren davranışların diğer bölgelerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Şiddet içeren eylemlerle bir engelin üstesinden gelinmesi ve bunun diğer insanlarca kabul edilip, desteklenmesi ve itibar görmesi bu davranışların zaman içinde kişiliği meydana getirmesine ve bunların sonucunda kişinin her engelle karşılaştığında sorunu çözmek için bu yolu deneyerek şiddeti hayatının bir parçası haline getirmesine neden olur^{53,54}.

Bandura sosyal öğrenme teorisini, sosyal faktörler ve kişilik üzerine odaklamıştır. Sosyal faktörlerin en önemli etkisi televizyondan şiddet davranışlarını edinmede görülür³⁸.

İnsan psikolojisinde cinsellikle birlikte en güçlü iki dürtüden biri olan şiddetin çıkışındaki faktörlerden biri de ortamdaki gerilimdir¹⁸. Bir tehlikeyle ya da sınırlamayla yüz yüze geldiğinde içinde bulunduğu çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik ve yaşadığı öfke sonucu iletişim kurma becerisi zayıf olan kişilerin şiddete başvurduğu görülmektedir^{18,55}.

Şiddetin sosyo-psikolojik olarak incelenmesinde, şiddetin oluşumunda toplum yapısının, toplumun dinamiklerinin ve değişiminin de rolü bulunmaktadır. Göç olayları gibi ortam değişimlerinin yeni engellemeleri oluşturması ve bireylerin bu yeni ortama adapte olamamalarının şiddete sebep olduğu, ancak hızlı bir ekonomik gelişme ile birlikte şiddetin azaldığı gözlenmektedir ^{53,56}.

2.4.4 Medya ve şiddet

Medyanın tüm gereçleriyle yaşamımızda kapladığı yer gün geçtikçe artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada, ankete katılanların %65'i dünya görüşlerinin temel olarak televizyon (TV) aracılığıyla şekil aldığını bildirmişlerdir ⁵⁷.

Günümüzde medya, özellikle TV ve internet, sadece şiddet ve suç için değil, çocukların cinsiyet rollerini algılamada, politik görüşlerini geliştirmede, etnik ve ırka ilişkin tutumlarını ve sosyal davranışlarını oluşturma ve geliştirme hakkında bilgi sağlamak gibi birçok önemli sosyal olayda etkin olmaktadır ^{58,59}.

TV'de izlenen şiddetin, seyircileri en çok da gerçek ile gerçek dışının farkını yapamayan küçük yaşlardaki çocukları olumsuz yönde etkileyerek şiddet eğilimlerini arttırdığını belirten çalışmaların yanı sıra, arttırmadığını savunan çalışmalarda bulunmaktadır ^{57,60}. ABD'de televizyonlarla ilgili, 1993-2001 yıllarını içeren bir çalışmada, televizyonun en çok izlendiği saatlerde yayınlanan programların yaklaşık %60'ının bazı şiddet unsurlarını içerdiği bulunmuştur ^{58,61}.

Çocuklar yeterince yaşamsal deneyime sahip olmadığı için TV, toplumun gerçek bir yansıması olarak algılanmakta, TV'deki sosyal gerçeklik tasviri de çocuğun temel sosyal gerçekliliği haline gelebilmektedir. Çocukların birçok şeyi TV vasıtasıyla öğrenerek davranış haline getirmesi düşüncesinden hareketle, şiddet içeren yayınlar izlemenin görsel öğrenme ile saldırgan davranışları nasıl etkilediğinin sorgulandığı bir araştırmada, her gün çizgi filmler, polisiye filmler, yüksek seviyede şiddet içeren cinayet konulu dizi ve filmleri izleyen gençlerde TV'nin kısa dönemde şiddet davranışı üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir ^{62,63}.

Günümüzde hem medyada hem de sosyal medyada şiddetin çok yaygın olarak yer aldığı, neredeyse bütün haberlerde şiddet içeriği olduğu görülmektedir. Bu durum “Dünyada yaşananlar hep bu kadar olumsuz mu?” sorularına ve karamsar bir bakış açısına yol açarak medyanın toplumda gözlenen şiddeti artırdığı tartışmalarına neden olmaktadır ⁶⁴.

2.5 Sağlık Kurumlarında Şiddet

Tüm dünyada büyük bir sağlık problemi olan sağlık kurumlarında şiddet, günümüzde gittikçe artan bir biçimde ilgi odağı haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmakta ve hem ülkemizde hem de dünyada çeşitli politikalar geliştirilmektedir.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH), işyerinde şiddeti; iş yerinde veya görevde bulunan kişilere yönelik şiddet eylemleri (fiziksel saldırı ve saldırı tehdidi) olarak tanımlar⁶⁵.

ABD Çalışma Bakanlığı, işyerinde şiddeti, kişinin kendisi veya başkaları için ölüm veya ciddi bedensel yaralanmaya veya kişilerin mülkiyetlerine zarar verme, kontrol etme veya bunlara neden olma yeteneğine sahip olan bir eylem (sözlü, yazılı veya fiziksel saldırganlık) olarak tanımlamaktadır. İşyerinde şiddet, otoriteye, tehditlere veya taciz edici davranışlara yönelik küfürlü hakaretleri de içermektedir⁶⁶.

Sağlık kurumlarında şiddet, hasta, hasta yakınları veya başka bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır³.

TBMM’nin sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak ele alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyonu raporunda, sağlık kurumlarında şiddetin olayın taraflarına göre;

1. sağlık çalışanları ile sağlık çalışanları arasında,
2. sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasında,
3. sağlık çalışanları ile üçüncü şahıslar arasında,
4. sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları ve üçüncü şahıslar arasında,

5. hasta/hasta yakınları ile hasta/hasta yakınları arasında,
6. üçüncü şahıslar ile üçüncü şahıslar arasında,
7. hasta/hasta yakınları ile üçüncü şahıslar arasında olmak üzere yedi farklı şekilde olabileceği belirtilmektedir.

Bu ilişkiler ele alındığında, iki sağlık çalışanı arasındaki şiddet, eğer amaçlı, sistematik ve belirli bir süre uygulanıyorsa, mobbing kapsamında değerlendirilmektedir. İkinci, üçüncü ve dördüncü maddeler sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları olarak kabul edilir. Beşinci, altıncı ve yedinci maddelerdeki şiddetler ise sağlık kurumlarında üçüncü grup şiddet olayları olarak değerlendirilmektedir⁶⁷.

Sağlık kurumlarında şiddetin nedenlerinin kurumsal, toplumsal ve kişisel olmak üzere üç farklı düzeyden kaynaklandığı düşünülmektedir. ILO'nun anketine katılanların verdikleri cevaplara bakıldığında; şiddetin sebeplerinin başında ülkenin sosyoekonomik seviyesi ile sağlık kurumunun organizasyon ve çalışma şartları gelmektedir. Bireysel, kurumsal ve toplumsal nedenlerin aynı seviyede önem taşıdığı, fakat kurumsal etkinin en büyük paya sahip olduğu görülmektedir⁶⁸.

Sağlık kurumlarında şiddetin bir diğer önemli sebebi ise o bölgedeki suç oranı, yoksulluk seviyesi, yasa dışı madde kullanımı, nüfusun yoğunluğu ve barınma olanakları gibi kültürel yapı ile ilgili çevresel faktörlerdir⁶⁹.

Sağlık kurumlarındaki şiddet, toplumsal faktörlerden de etkilenmektedir. Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların içinde yaşadığı ekonomik ve toplumsal koşulların oluşturduğu olumsuz sosyal ve psikolojik ortam, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi, bu olumsuz etkileşimlerin de şiddete dönüşmesi olasılığını artırmaktadır. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaş, ülkemizde yaşanan etnik kökenli ve dinsel kaynaklı gerilim ve çatışma, istihdam problemleri, büyük şehirlerdeki suç oranları gibi çok sayıda faktöre bağlı olarak şiddet olayları meydana gelmektedir⁷⁰.

Sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili çalışmalara bakıldığında şiddetin en sık acil servislerde, ikinci sıklıkta ise psikiyatri kliniklerinde olduğu görülmüştür⁷¹⁻⁷³. Meslek gruplarına göre incelendiğinde ise şiddete en fazla hemşireler, daha sonra pratisyen hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının maruz kaldığı görülmektedir^{71,72}. Yapılan çalışmalarda şiddetin bildirilme sıklığının gerçekte maruz kalınan şiddete

oranla daha az olduğu, bunun sebebinin ise sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanması nedeniyle, diğerk olayların bildirilmemesi olarak saptanmıştır⁷⁴.

2.6 Hekime Yönelik Şiddet

Hekime yönelik şiddetle ilgili araştırmalara göre, hekimlerin üçte ikisinden fazlası işyerinde şiddete maruz kalmaktadır⁷⁵ ve hekimlerin yarısından çoğu son bir yıl içerisinde şiddete uğramıştır⁷⁶⁻⁷⁸.

Hekimlerin uğradığı şiddet türlerine bakıldığında sözel şiddet en yaygın olanıdır, yıllık % 56-75 insidansa sahiptir ve yıllık fiziksel şiddetin görülme sıklığından 3-6 kat daha fazladır⁷⁶⁻⁷⁸.

Hekimlere karşı işyeri şiddeti insidansının bölümler arasında değiştiğı ve madde bağımlılığı veya akıl hastalığı olan hastalar gibi potansiyel failleri daha sık tedavi eden acil tıp ve psikiyatri bölümlerinde önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{79,80}. ABD'de acil tıp alanında ulusal bir şiddet araştırmasının sonuçları acil tıp hekimlerinin çoğunun işyeri şiddetine maruz kaldığını, ayrıca hastane yönetimin de az sayıda şiddeti önleyici eğitim ve öz savunma eğitimi sağladığını göstermiştir⁷⁶. ABD'de acil servislerdeki şiddet olaylarındaki artışın yanı sıra İngiltere, Avrupa ve Avustralya'da da sağlık personeline yönelik şiddet olayları daha fazla bildirilmeye ve gündem olmaya başlamıştır⁸¹⁻⁸⁴.

Sağlık kurumlarında şiddet sadece doktorların fiziksel ve psikolojik refahını tehdit etmekle kalmamakta, aynı zamanda günlük pratiklerini ve hasta bakım kalitelerini etkileyerek tüm sağlık bakım sisteminin etkinliğini azaltmaktadır⁸⁵.

Hekime yönelik şiddetin etiyojisi karmaşıktır ve böyle bir şiddet tek başına önleyici ekipmanlarla etkin bir şekilde önlenemez. Son zamanlarda yapılan birkaç çalışma, hekimlerin iş yeri şiddeti deneyimiyle ilişkili özelliklerini belirlemiştir. Bu özellikler arasında sadece bunlarla sınırlı olmamakla birlikte yaş⁷⁹, cinsiyet^{79,86}, deneyim ve görev süresi bulunmaktadır^{78,87,88}.

Hekimlerin maruz kaldığı şiddet olaylarının artmasında, güncel sağlık sistemine ilişkin etmenler, ekonomik, sosyal ve politik faktörlerle birlikte şiddeti uygulayan kişinin içsel yaşantılarının, aktarım dinamiklerinin ve “hasta” rolüne ilişkin ruhsal ihtiyaçlarının da önemli olduğu belirtilmektedir^{89,90}. Psikodinamik yaklaşıma göre; hastalar önce, başvurduğu doktoru idealize eder, yüceleştirir. O doktor onun son çaresidir. Kendi hayatına yönelik tehdit ile karşılaştığı zaman hasta, ya doktora tam olarak kendini teslim eder, ya da tedirginlik içinde tedaviye uyum göstermez, “iyi bakılmadığını”, doktorun onun “hastalığını anlamadığını” ifade eder⁹¹.

Hekimlerin, şiddet davranışlarıyla başa çıkma, hastalarla iyi iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimli olamamaları ve bu konularda eğitim yetersizliklerinin olması nedeniyle de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı ifade edilmektedir⁹².

2.6.1 Türkiye’de ve Dünya’da hekime şiddet

2.6.1.1 Dünya’da hekime şiddet

Son yıllarda dünyanın her yerinde yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim seviyesi ayırt etmeksizin toplumdaki herkesi etkileyen şiddet, gittikçe hayatımızın bir parçası haline gelmekte, herkes ve her sektör için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır⁹³.

Tüm meslek grupları arasında, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık bakım sektöründe çalışanların, işyeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanları olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir⁷⁴. Yapılan çalışmalarda, iş yerleri içerisinde şiddetin sıklık olarak en fazla sağlık alanında olduğu görülmüştür^{94,95}. Sağlık hizmeti veren yerlerdeki iş yeri şiddetinin, diğerlerinden işin doğası gereği daha farklı olduğu belirtilmiştir⁹⁶. Dünyanın dört bir yanındaki çalışmalarda hemşirelerden ve diğer yardımcı sağlık personellerinden daha az maruz

kalmalarına rağmen, doktorların işyerinde şiddete maruz kalma riski taşıdığı tespit edilmiştir^{77,78,97-105}.

Bir çalışmada, sağlık kurumlarında şiddete uğrama riskinin diğer iş yerlerine oranla 16 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir¹⁰⁶. Bunun yanında sağlık kurumlarındaki şiddet olaylarının daha az bildirildiği, çünkü daha çok yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin ise önemsenmediği bildirilmiştir^{107,108}. Yine, alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığı ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğu vurgulanmıştır^{109,110}.

Sağlık sektöründe hasta ve hasta yakını tarafından başlatılan işyeri şiddeti, birçok ülkede giderek artan bir sorun haline gelmiştir^{78,111-113}. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılındaki ortak raporunda, farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27- 67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel, %0,8-2,7'sinin ise etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir¹¹⁴.

Yirmi dokuz çalışmanın meta analiziyle yapılan bir çalışmada sözel şiddet %46,7-100; fiziksel şiddet %1,8- 52,5; cinsel şiddet %1,1-73 ve psikolojik şiddetin de %33,3-86,5 oranında olduğu saptanmıştır⁸⁴

İngiltere'de özellikle de pratisyen hekimlerde olmak üzere sağlık çalışanları sürekli olarak bu tür bir şiddet riski altındadır¹¹¹. Avustralya'da aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, örneklemin % 63,7'sinin iş yerinde şiddete maruz kaldığı bulunmuştur¹¹². Bir ankette, Fas'taki acil servislerde doktorlara karşı şiddetin yaygınlığının % 70 olduğu bildirilmiştir¹¹⁵. ABD'de yapılan çalışmalarda hekim-hasta ilişkilerinin 1990'lı yıllardan bu yana kötüleştiği belirtilmiştir¹¹⁶⁻¹¹⁸.

Finlandiya'da her on sağlık çalışanından birinin son bir senede işyeri şiddetine uğradığı bildirilmiştir¹¹⁹. İspanya'da 2008 yılında, 3 hastane ve 22 kırsal ve kentsel birinci basamak sağlık merkezi çalışanlarından 1.866 kişi ile yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının %11'inin fiziksel şiddete, %64,0'ünün tehdide, %24,3'ünün sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir¹²⁰. Avustralya'da 9449 hekim ile yapılan çalışmada pratisyen hekimlerin %32,3'ünün son bir yılda fiziksel şiddete, %70,6'sının sözel şiddete uğradıkları rapor edilmiştir⁹⁷.

Japonya’da 2011 yılında 8711 (19 hastane) sağlık çalışanının katılımı ile yapılan kesitsel bir çalışmada, çalışanların %36,4’ünün son bir yıl içinde işyerinde bir şiddet türüne maruz kaldığı, bunların %15,9’unun fiziksel şiddet, %29,8’inin sözel şiddet ve %9,9’unun cinsel şiddet şeklinde olduğu saptanmıştır ¹²¹.

Çin’de, sağlık sektöründeki problemlerin ciddiyeti son yirmi yılda önemli ölçüde artış göstermiştir. Hekimlerle hastalar arasındaki güven eksikliği ile sağlık çalışanlarının ve hastalarının hak ve çıkarlarını zayıf bir şekilde koruyan kusurlu bir hukuk sistemi nedeniyle, hekime karşı başlatılan şiddet artmıştır. Hasta tarafından başlatılan şiddet, Çin’in yeni sağlık sistemi reformunda en önemli konulardan biri haline gelmiştir ^{122,123}. Kanada’da yapılan çalışmada, herhangi bir zaman diliminde şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir ¹²⁴.

2.6.1.2 Türkiye’de hekime şiddet

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin temel nedenlerinden birisi sağlık kurumlarında yaşanan organizasyonel sorunlardır. Örneğin sağlık birimlerinde acil durumlara ve kriz sorunlarına nasıl yaklaşılacağı yazılı olarak tanımlanmamış, sorumlular belirlenmemiş ve özellikle acil hizmet organizasyonları hasta yakınları üzerinden sürdürülmeye çalışılmaktadır. Tüm bu sorunların yanı sıra sağlık sisteminde her geçen gün etkisini arttıran bir evrak, bilgisayar bazlı kayıt sorunu ve sürekli değişen bürokratik uygulamaların yarattığı karmaşa ortamı mevcuttur ¹²⁵.

Türkiye’de hekime şiddet konusunda yapılmış çok merkezli çalışmalar mevcuttur. Bunlardan biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya’da bulunan birinci basamak sağlık kurumlarında, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde yapılmıştır. Bu çalışmaya katılanların erkeklerde %48’i ve kadınlarda %52,5’i şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddete uğrama sıklığı illere göre farklılık göstermiştir. Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin, en az ise öğretim

görevlilerinin uğradığı gösterilmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir⁴.

Yine 2006 yılında yapılmış çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı erkeklerde %40, kadınlarda %60 toplamda ise %49,5 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada da pratisyen hekimler ve hemşirelerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları, çalışma ortamı olarak devlet hastanelerinde ve acil servislerde şiddetle karşılaşma oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca sözel şiddetin %72,4 fiziksel şiddetin %11,7 sıklığında görüldüğü; cinsel şiddet oranının %0,025 olduğu belirtilmiştir⁷¹.

Türkiye'nin değişik bölgelerinden 7 tıp fakültesi hastanesinde 2007 yılında yapılan çalışmada 2.442 kişi çalışmaya katılmış, katılanların 1.712'si anketleri cevaplamıştır. Çalışanların, %68,0'inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı, %16,0'sının fiziksel şiddete, %3,0'ünün cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır⁷⁵.

Bolu'da bulunan devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde görev alan uzman hekim, hemşire ve diğer çalışanlar ile yapılan bir araştırmada çalışmaya katılanların %87,1'nin şiddete uğradığı; sözel şiddetin %46,9, saldırgan davranışın %33,5, fiziksel saldırının ise %19,4 olduğu, şiddetin en sık hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az sıklıkta ise hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir¹²⁶.

Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan araştırmada ise çalışanların son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %85,9 olarak saptanmıştır. Şiddete maruz kalanların %59'nun sözel şiddete uğradığı, %26,5'nin fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir¹²⁷.

Denizli'de 2003 yılında 3 hastane acil servisinde 79 acil servis çalışanı ile yapılan çalışmada, çalışanların %88,6'sının son bir yıl içinde en az bir şiddet olayına maruz kaldığı ya da tanık olduğu, şiddete maruz kalanların içinde %49,4'ünün fiziksel şiddete uğradığı ya da tanık olduğu saptanmıştır¹²⁸.

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının son bir sen içerisinde şiddete uğrama sıklığı %43,7, şiddete maruz kalanların ise %87'sinin sözel, % 6,1'inin fiziksel-sözel ve % 2,6'sının sözel, fiziksel ve cinsel şiddete/tacize maruz kaldığı, erkek sağlık çalışanlarının, hekimlerin ve acil servis çalışanlarının son bir yıl içinde şiddete daha çok maruz kaldıkları tespit edilmiştir¹²⁹.

Türkiye’de 2011’de sağlıkta şiddetle ilgili 29 farklı araştırmanın ele alındığı bir derlemede yapılan çalışmalardaki sözel şiddet oranlarının %46,7 ile %100 arasında, fiziksel şiddetin ise %1,8 ile %52,5 arasında olduğu, ayrıca en sık şiddet uygulayanların hasta yakınları olduğu belirtilmiştir¹³⁰.

2.6.2 Hekime karşı şiddet uygulayanların özellikleri

Sağlık kurumlarında şiddet uygulayanlar çoğunlukla hastalar ve hasta yakınlarıdır. Cinsiyet açısından bakıldığında, yapılan çalışmalarda şiddet davranışı gösterenlerin sıklıkla erkekler gösterilmiştir.^{92,131–134}

Şiddet uygulayanların davranış nedenleriyle ilgili daha önceki çalışmalarda öne çıkan sebepler ve bu kişilerin özellikleri şunlardır:

1. Hasta yakınlarının kendi hastalarının daha acil olduğu düşüncesiyle bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemesi,
2. Hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması,
3. İşlerin düzenli yürümediği veya öncelik sıralamasında adil davranılmadığı yönünde şüphelerinin olması,
4. Bekleme sürelerinin uzun olması,
5. Kalabalığın olması,
6. Stresli aile üyelerinin varlığı,
7. Kafa travması geçirme, metabolik hastalık varlığı, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyon şikayeti, nörolojik sorunlara sahip olma ve psikiyatrik hastalık varlığıdır^{71,92,94,130,134–138}.

Şiddete eğilimli kişilerin daha çok otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişiler olduğu belirtilmektedir¹³⁹.

2.6.3 Şiddete uğrayan hekimlerin özellikleri

Yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarında şiddete uğrayan hekimlerin özellikleri ve en sık ne zaman ve nerelerde şiddete uğradıklarına bakıldığında:

1. Acil servis, psikiyatri servisleri, yoğun bakım üniteleri, yaşlı bakım üniteleri ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldıkları ^{71,92,94,133,138,140},
2. Gece nöbetlerinde daha fazla şiddet olayları görüldüğü ¹⁴⁰,
3. Sıklıkla kadınların daha fazla şiddete uğradığı ^{7,71,133,136,137,141,142},
4. Genel bir profil çizilecek olursa genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyöz görünümlü bayanların şiddete daha fazla maruz kaldığı ¹⁴³⁻¹⁴⁶,
5. Bekar sağlık çalışanlarının daha fazla şiddete maruz kaldığı ^{135,147}
6. Bazı çalışmalarda 5-10 yıl arası çalışma deneyimi olanların daha yüksek şiddete uğrama riskine sahip olduğu ⁷¹, (144), bazı çalışmalarda ise bu riskin ilk 5 yıllık meslek hayatı süresince daha yüksek olduğu ⁴, tespit edilmiştir.

2.6.4 Hekime Karşı Şiddetin Etkileri

Sağlık kurumlarında şiddet, sağlık çalışanlarının fiziksel ve / veya psikolojik yaralanmalarıyla sonuçlanabilir. Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddetin; sağlık çalışanları, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık sektörü ve toplum üzerinde ciddi sosyoekonomik etkileri olabilmektedir ¹⁴⁸. Ayrıca, beraber çalıştıkları iş arkadaşları, aileleri ve arkadaşları üzerinde de birtakım etkiler meydana gelebilir.

Yapılan bir çalışmada şiddetin sağlık çalışanları üzerinde;

- ❖ Keder, inkâr, kendini suçlama davranışları
- ❖ Depresyon, öfke, güvensizlik duygusu
- ❖ Anksiyete, şok, apati
- ❖ Bağımlılık, çaresizlik hissi

- ❖ Travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri
- ❖ Geleceğe yönelik tehdite maruz kalma veya yaralanma korkusu
- ❖ Kendinden şüphe duyma
- ❖ Güçsüzlük hissi
- ❖ İşe geri dönme korkusu
- ❖ İş performansının azalması
- ❖ İş arkadaşlarıyla veya aile ile olan ilişkilerde değişiklikler
- ❖ Fiziksel hastalıklar
- ❖ Uyku düzensizliği
- ❖ Baş ağrısı
- ❖ Stres yönetim bozukluğu veya madde kötüye kullanımı gibi etkileri olabileceği belirtilmiştir.

Şiddet olayına şahit olan diğer hastalar üzerinde;

- ❖ Şok duygusu ve güvensizlik
- ❖ Öfke, durumu kabullenememe
- ❖ Kendi güvenlikleri için endişelenme gibi psikolojik etkiler oluşabilir.

Şiddet olayının şiddete uğrayan hekimin iş arkadaşlarındaki etkileri ise;

- ❖ Olayı kabullenememe, olaydan dolayı kendini suçlama
- ❖ Mağdurun suçlanması, iş arkadaşlarının kendi aralarında fikir ayrılığı yaşaması ve iş ortamında güvensizlik oluşması
- ❖ Öfke, stres düzeyinde artma
- ❖ Kendi güvenliğinden endişe duyma
- ❖ İşyerinde moral kaybı
- ❖ İşçinin işten çıkmasına bağlı olarak iş yükünün yeniden dağıtılmasının oluşturduğu fiziksel ve / veya psikolojik etki, gibi durumlardır.

Şiddete uğrayan hekimin ailesi ve arkadaşları üzerindeki psikolojik etkisi ise:

- ❖ Şok duygusu, güvensizlik
- ❖ Olayı kabul edememe, keder ve üzüntü duyma
- ❖ İleriye yönelik tehditlerden ve yaralanma ihtimalinden dolayı endişe duyma
- ❖ Ailenin gelir kaybına uğraması
- ❖ Günlük yaşam aktivitelerinin bozulması
- ❖ Kişinin aile aktivitelerine ve sosyal faaliyetlere katılımında azalma olması

- ❖ Ailenin, olayın fiziksel ve psikolojik etkileri nedeniyle stres yaşaması gibi durumlar meydana gelebilir ¹⁴⁹.

Yine yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık personelinin diğer hastalara sunduğu bakım ve tedavi kalitesinin düştüğü görülmektedir ^{124,133,150}. İş yerindeki gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürdüğü, iş doyumunda azalmaya neden olduğu, işe gecikme, özür uydurarak gelmeme ya da işi tamamen bırakmaya sebep olabildiği de yapılan çalışmalarda görülmektedir¹⁵¹. Bunlara ek olarak, şiddete uğrayan hekimler hastaları dinlerken, hastalara müdahale ederken konsantrasyon kaybı ve zorluklar yaşamaktadırlar ¹⁵². Ayrıca şiddetin aile hayatı ve yaşam kalitesine de olumsuz etkileri bulunmaktadır ⁷⁷.

Ülkemizde 2006 senesinde yapılan bir araştırmada şiddete uğrayan sağlık personellerinin %43,5'i herhangi bir ruhsal sorun belirtmezken, %56.2'sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri tespit edilmiştir⁷¹.

Acil serviste yapılan bir çalışmada şiddete uğrayanların %48'inin şiddetten sonraki shiftlerinde veya haftanın geri kalan günlerinde iş performanslarının bozulduğu, %74'ünün iş memnuniyetlerinin azaldığı, %73'ünün hastalardan şiddet görmekten korktuğu, %38'inin sağlık sektörü dışında bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin ise acil serviste çalışmak istemedikleri belirtilmiştir ¹²⁴.

İngiltere'de işyerlerindeki tüm saldırıların yaklaşık yarısı, morluklardan kemik kırıklarına kadar uzanan bir yelpazede bir dizi fiziksel yaralanma ile sonuçlanmıştır. İşyeri şiddetine maruz kalan çoğu mağdur aynı zamanda şiddet olayından duygusal anlamda olumsuz olarak etkilendiklerini bildirmiştir. Fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalan kişilerin yaşadığı duygusal sorunlar arasında; öfke, şok, korku, şaşkınlık, tükenmişlik, güven kaybı, depresyon, anksiyete, öğrenme güçlükleri, sosyal ilişkilerden çekilme ve uyku bozukluğu yer alabilmektedir. Ayrıca işyerinde şiddet, çalışanların kariyerini etkileyebilmekte, işyerinde şiddetle karşılaşanların kurumlarından ayrılması çok daha muhtemel olmaktadır ¹⁵³.

2.7 Tükenmişlik

Yaşam boyunca gerçekleşen bilimsel, teknolojik ve sosyal değişiklikler sebebiyle insanoğlu üzerinde fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak baskı meydana getiren stres ve onun aşırı hali olan “tükenmişlik” kavramı 70’li yıllardan itibaren araştırılan bir konu olmuştur ^{154,155}. Tükenmişlikle ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Tükenmişlikle ilgili yapılan ilk tanımlama 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından yapılmış ve “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” olarak ifade edilmiştir ¹⁵⁶. Tükenmişliğin TDK’daki karşılığı ise; gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumudur ¹⁵.

Tükenmişliğin en çok kabul edilen tanımlaması, kendi ismini verdiği Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)’ni de geliştiren Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach, tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıya ilişkin duygular olmak üzere 3 ayrı grupta incelemektedir ¹⁵⁷; Bu incelemeye göre tükenmişlik, insanlara hizmet veren alanlarda çalışan kişilerde ortaya çıkan ve belirtileri duygusal tükenme, hizmet verilen kişilere karşı duyarsızlık ve kişisel başarı duygusunun azalması olan bir durumdur. Daha kapsamlı bakıldığında Maslach’a göre tükenmişlik belirtilerine sahip olan kişiler; hizmet verdikleri insanlarla olan ilişkileri süresince kendilerini duygusal olarak aşırı yüklenmiş ve tükenmiş, bu bireylere karşı duyarsız ve kayıtsız tutumlar sergileyen ve işinde başarılı ve yeterli olma duygularını göreceli olarak kaybetmiş bireylerdir ¹⁵⁸.

İnsanların işleriyle ilgili çeşitli stresleri bulunmaktadır. Bunlar 3 madde olarak sınıflandırılabilir; a) İşten bıkkınlık b) İşe ilişkin stres c) Tükenmişlik. İşten bıkkınlık ve işe ilişkin stres çoğu meslek için geçerli olmasına karşın, tükenmişlik sendromu genellikle insanlarla çalışan meslekler için tanımlanır. Bu sendrom, hekim, hemşire, öğretmen, avukat, polis, fizyoterapistler gibi mesleklerde daha yoğun olarak görülmektedir ¹⁵⁹.

2.7.1 Tükenmişliğe sebep olan faktörler

İş hayatının en büyük problemlerinden birisi olan tükenmişliğin meydana gelmesinde, bazıları bireysel, bazıları ise iş ile ilgili olmak üzere pek çok faktör rol oynamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda tükenmişliğe etki ettiği tespit edilen bu faktörler, tükenmişliğin tanınması ve tükenmişlikle başa çıkılması açısından önemlidir ¹⁶⁰.

2.7.1.1 Bireysel faktörler

Tükenmişlikle ilgili önemli değişkenlerden biri bireysel etkenlerdir. Kişilerin kendine ait özelliklerinin olması, olaylara bakış açılarının ve olaylara verdikleri tepkilerin de farklı olmasına neden olmaktadır. Kişisel faktörler, aynı iş yerinde aynı tükenmişlik etkenleriyle karşı karşıya kaldıkları halde neden bazı kişilerin tükenmişlik yaşarken diğerlerinin yaşamadığının bir göstergesidir ¹⁶¹.

Tükenmişliği etkileyen kişisel faktörler arasında cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, işte çalışma süresi, sosyal destek, kişilik ve beklentiler sayılmaktadır ¹⁶².

Aynı işi yapan kadın ve erkekler tükenmişliğin farklı boyutlarını farklı düzeylerde yaşayabilmektedir. Araştırmalar kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıklarını, erkeklerin ise duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissini daha fazla yaşadığını ortaya koymaktadır ^{157,162}.

Kişisel faktörlerden tükenmişlikle en çok ilişkili olanı yaş değişkeni olarak bulunmuştur. Bazı çalışmalarda iş hayatına yeni atılan genç kişilerde tükenmişliğin daha çok yaşandığı ¹⁶³, bunun yanında daha ileriki yaşlarda ise kişisel başarı algısının daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir ¹⁶⁴.

Daha önce evlenmemiş kişilerin, evlenenlere göre tükenmişliğe daha eğilimli olduğu, hatta bekar bireylerin, boşanmışlardan daha fazla tükenmişlik sergileyebildiği bilinmektedir ^{157,164}.

Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça stres ve sorumluluk artacağından

ötürü tükenmişliğin de arttığı gösterilmiştir^{164,165}.

Kişinin düzensiz hayat biçimi, bireye aile ve sosyal hayatında aşırı sorumluluk yüklenmesi, stres, bir yakınının ölmesi, ev ile iş çatışması, ailesinden birinin sağlık durumunun bozulması, cinsel problemler yaşaması, maddi problemleri olması ve benzeri sosyal faktörler de tükenmişlik düzeyine etki eder¹⁶⁶.

2.7.1.2 İş ile ilgili faktörler

Yapılan çalışmalarda tükenmişliğin bireysel değişkenlerden çok, meslek ve iş ortamı ile ilgili değişkenlerden etkilenen örgütsel faktörler kaynaklı bir problem olduğu görüşü hakimdir. Bunun nedeni tükenmişliğin oluşum ve gelişiminde işin fiziksel ve yönetsel yapısının önemli etkisinin olmasıdır^{157,167}.

Stresli bir çalışma ortamında çalışanların tükenmişlikle baş edebilme yeteneklerinin azaldığı ve böylelikle sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve sosyal açılardan da tükendikleri belirtilmektedir¹⁶⁸.

Yoğun iş yükü olan kişilerde aşırı bilişsel ve duygusal yüklenme olmakta ve bunun sonucunda duyarsızlaşma gelişmektedir¹⁶⁹. Yetersiz iş yükünün de aynı şekilde strese neden olduğu bilinmektedir. Az çalışan bireyler işyerinde sıkıntı, motivasyon kaybı yaşarken, çok çalışanlar ise uykusuzluk, sinirlilik, tereddüt ve iş kazası yaşamaktadırlar¹⁷⁰.

Kişinin işiyle ilgili sahip olduğu “seçim yapma, karar verme, sorun çözme ve sorumluluklarını yerine getirme olanağı” kontrol olarak ifade edilmektedir. Kontrol konusunda sorun yaşayan bireylerde; iş uyumsuzluğu, işten uzaklaşma, iş performansında azalma ve sonuç olarak tükenme ortaya çıkmaktadır. Kontrol açısından yaşanan uyumsuzluk, tükenmişliğin kişisel başarıyı düşürmesi ile ilişkili bulunmuştur^{157,160}.

İş yerinde çalışanları ilgilendiren temel iki soruna gereken önem verilmelidir. Birincisi; harcadıkları çabayla paralel olarak kişilerin ekonomik açıdan doyuma ulaşamaması, ikincisi; çalışmalarının psikolojik açıdan ödüllendirilmemesidir. Kişinin mesleğinde elde ettiği başarılar için ödüllendirilmemesi yapılan işi ve

Çalışanların değer algısını azaltır¹⁷¹. İş ortamındaki krizler de çalışanların yeterli bir şekilde ödüllendirebilmesini olumsuz etkilemektedir. Ödüllendirme kapasitesinin yetersiz olması ise çalışanları doyum kaybına uğratmaktadır. Çalışanlardaki bu doyum kaybı işin çekiciliğini yitirmesine, takım çalışmasının bozulmasına, kutuplaşmanın artmasına, yönetimin sorunların kaynağı olarak görölmesine ve sonuç olarak da bitkinlik, alaycılık ve kişinin kendisini yetersiz hissetmesi gibi durumlara yol açmaktadır¹⁷².

2.7.2 Tükenmişliğin sonuçları

Tükenmişliğin sonuçlarını bireyin kendisi, çalışma hayatı ve aile hayatı üzerindeki olumsuz etkiler olarak üçe ayırmak mümkündür¹⁷³.

Kişinin tükenmişlik nedeniyle yaşadıkları fiziksel açıdan yorulup yıpranmasına neden olur, ancak yaşadığı yorgunluğun asıl kaynağı iş ortamındaki gerginliktir. İş ortamındaki gerginlikler, kabuslar görmeye, uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Ayrıca kronikleşen yorgunluk ve gerginlik; grip, soğuk algınlığı gibi rahatsızlıklara yakalanma olasılığını ve baş ağrılarını arttırmaktadır^{174,175}. Tükenmişliğin en önemli ve en gözle görölür sonuçlarından birisi de tüm bu yaşananlar nedeniyle kişinin enerjisinin azalmasıdır¹⁷⁶.

İş hayatındaki olumsuzluklarla meydana gelen tükenmişlik sendromu yine en çok iş hayatını etkilemektedir¹⁷⁷. Tükenmişliğin sonucu olarak hizmet kalitesinde düşme, çalışanların mesai saatlerine uymamaları ve gün içinde sık sık izin istemeleri, çalışanlar arasında iletişim ve uyumda bozulma neticesinde çatışmaların artması, yaratıcılık ve üretkenlikte azalma meydana gelmektedir¹⁶¹.

Tükenmişlik aynı zamanda aile hayatını da etkilemektedir. Duygusal olarak etkilenen kişi, ev içinde de gergin, rahatsız ve fiziksel olarak yorgun olacaktır. Artan tartışma ve rahatsızlıklar aile krizlerine, ciddi evlilik sorunlarına neden olabilecektir¹⁷⁸.

2.7.3 Hekimlerde tükenmişlik

Ülkemizde ve dünyada hekimlerin tükenmişlik durumlarıyla ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır.

2011 yılında Mayo Klinik ve Amerikan Tıp Birliği'nin birlikte gerçekleştirdiği çalışmada, ABD'de çalışan doktorların neredeyse %50'sinde, en az bir tükenmişlik belirtisinin olduğu, ayrıca en yüksek tükenmişlik puanlarının acil servis ve dahiliye uzmanlarında, en düşük tükenmişlik puanlarının ise halk sağlığı ve dermatoloji uzmanlarında olduğu belirtilmiştir ¹⁷⁹.

2013 yılında IV. Sağlık Çalışanları Sağlığı Ulusal Kongresi'nde sunulan bildiride, 820 doktorun %42'si, kendisini tükenmiş; %26'sı ise kendisini kısmen tükenmiş olarak tanımlamıştır ¹⁸⁰.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, anestezi ve algoloji kliniklerinde çalışan 67 doktor ile yapılan bir araştırmada, yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları tespit edilmiştir ¹⁸¹.

Mersin Üniversitesi'nce 43 doktor, 35 hemşire, 24 ebe ve 28 acil tıp teknisyeni ile yapılan çalışmada duygusal tükenme puanlarının doktorlarda, diğer gruptakilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ¹⁸².

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada 153 doktorun %18.9'unda anksiyete ve %27.4'ünde depresyon puanları yüksek tespit edilmiştir ¹⁸³.

İstanbul'da çalışan 226 Psikiyatri uzmanı ve asistanı ile yapılan çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortalama tükenmişlik puanları, "orta derecede" tükenmişliği işaret etmektedir ¹⁸⁴.

2012 yılında yapılan uzmanlık tezi çalışmasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. ve 6. sınıf toplam 235 öğrencinin %21'inde şiddetli anksiyete, %34.7 depresyon saptanmış ve öğrencilerin yüksek tükenmişlik derecelerine sahip oldukları bulunmuştur ¹⁸⁵.

Aşırı iş yükü, hızlı ve doğru karar verme mecburiyeti, yorgunluk, gece nöbetleri, iş ve kişisel yaşam arasındaki çatışmalar, hastaların sorunları, maruz kalınan şiddet olayları, maddi baskılar, hasta ve yakınlarının beklentilerindeki artış,

hekimlerin yaşadıkları streslerdendir. Bu tarz stresler anksiyete, depresyon, tükenmişlik, yanlış beslenme, sigara ve alkol tüketiminde artma, madde bağımlılığı ve aile yaşamında olumsuzluklarla sonuçlanabilmektedir¹⁸⁶.

2.8 İntihar

Türk Dil Kurumu sözlüğünde intihar; “bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” şeklinde tanımlanmıştır¹⁵. İntihar kelimesi Arapça “nahr-kurban” (boğazın alt kısmındaki çukur, hayvanı boğazını keserek öldürme) kökünden türetilmiştir¹⁸⁷. Tıp kaynaklarında ise, İngilizcenin etkisiyle “suicid” olarak isimlendirilmektedir. İngilizcede “suicide” olan intihar "sui"(kendi) ve "cadera"(öldürmek) anlamında iki Latince kelimenin birleşmesiyle oluşan "suicadera" kelimesinin zamanla değişikliğe uğraması sonucunda kendini öldürmek manasında 1600’lü yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Suicidology terimi de bu kelimedenden türetilmiş olup "İntihar Bilimi" anlamına gelmektedir¹⁸⁸.

Birçok intihar bilimcisine göre intihar davranışı kişinin sadece kendini öldürmesi olayı değildir, aynı zamanda bu olaya neden olan ve çoğu zaman uzun süre devam eden intihar düşüncesiyle başlayan bir süreçtir¹⁸⁹.

DSÖ ise intiharı; intihar, intihar girişimi ve intihar davranışı olmak üzere üç kısımda açıklamıştır. Buna göre;

- ❖ İntihar; kasıtlı olarak kendini öldürme eylemidir.
- ❖ İntihar girişimi; kasıtlı olarak kişinin kendine zarar verdiği fakat ölümcül olmayan herhangi bir yaralama davranışı demektir.
- ❖ İntihar davranışı ise intiharı düşünmek planlamak, intihar girişiminde bulunmak veya intihar etmek gibi bir dizi davranışı içerir¹⁹⁰.

2.8.1 Risk Faktörleri

İntiharı etkileyen risk faktörleri, demografik, toplumsal-sosyal ve kişisel risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir.

a) Sosyodemografik faktörler

Kadınların erkeklere göre intihar girişiminde bulunma riski daha fazlayken, erkeklerin ise tamamlanmış intihar riski daha fazla bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla intihar girişiminde bulundukları tespit edilmiş olup, erkeklerde ise tamamlanmış intiharın 4 kat daha fazla olduğu saptanmış^{191,192}.

İntihar davranışı gösteren bireylerin yaş dağılımları bölgelere göre değişmektedir. Dünyada ve Türkiye’de intihara bağlı ölümlerin en sık olduğu grup 15-30 yaş arası olmakla birlikte daha küçük bölgelerde bu dağılım değişebilmektedir^{190,193,194}. Bunun yanında intihar düşüncesi ve girişimleri genç yaş gruplarında diğer yaş gruplarına göre daha fazla izlenmektedir. 18-29 yaş arası kişilerde 65 yaş üzeri bireylere göre intihar girişimi oranı 10 kat, intihar düşüncesi ise 6 kat daha fazla bulunmuştur¹⁹⁵. Tamamlanmış intiharlar açısından bakıldığında ise dünyada ve ülkemizde en yüksek intihara bağlı ölüm hızı 65 yaş üzerinde görülmekte ve 50 yaş üzerinde yaş ilerledikçe intihar düşüncesini bildirme olasılığı azalmaktadır¹⁹⁶.

İş yerlerinde stresin yüksek olduğu sağlık çalışanları, polislik, pilotluk gibi meslekler ile entelektüel seviyenin yüksek olduğu bilim adamı ve sanatçılarda intihar riskinin daha fazla olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir^{190,197}.

b) Toplumsal ve sosyal faktörler

İntihar, yeterli destek ve yardımın alınmasıyla önlenebilen bir halk sağlığı problemidir. Çalışmalarda fiziksel rahatsızlığından dolayı intihar eden kişilerin birçoğunun intihar eyleminden önce fiziksel tıbbi bakıma başvurduğu fakat psikiyatrik değerlendirmeye alınmadığı görülmüştür. Bu gibi vakaları önleyebilmek

için sağlık sisteminin daha ulaşılabilir ve etkin olması gerekmektedir ^{190,198}.

İntihara sebep olan faktörler için psikiyatrik rahatsızlıklar, madde kullanım bozuklukları, bazı kişilik özellikleri gibi etkenler bulunmaktadır. Toplumdaki önyargılar ve damgalamalar, intihar düşüncesi olan kişilerin umutsuzluğa kapılmalarına ve yardım aramamalarına yol açabilir. Ayrıca toplumun ayrımcılığına maruz kalan gruplarda (hapisten çıkmış olanlar, cinsiyet tercihi farklı olan bireyler, akran şiddetine uğrayanlar, göçmenler, sığınmacılar) intihar riski artmış olarak görülmektedir ^{190,197}.

Medyada yer alan intihar haberleri özellikle ünlüler tarafından gerçekleştirildiğinde taklit edilebilmektedir. Aynı zamanda günümüzde intiharla ilgili bilgilere kolaylıkla erişilebilmesi ve sosyal medyanın kişinin kendini değersiz hissetmesine neden olması da intihar riskini artırmaktadır. Bunun yanında sosyal medya doğru kullanıldığında koruyucu olabilmektedir ^{199,200}.

c) Bireysel faktörler

Kişi ile ilişkili etkenler intihar riskini en çok etkileyen faktörlerdir. İntiharın öznesinin birey olması toplumsal, sosyal ve demografik risklerin bireysel faktörlerde değişiklik yaparak dolaylı yoldan intihar riskini arttırmasına neden olmaktadır.

Anksiyetik, sinirli, umutsuz, narsistik, utangaç ve impulsif kişilik özelliklerinin intihar riskini arttırdığı bilinmektedir ¹⁹⁷. Ümitsizliğin intihar riskini 11 kat arttırdığı ve genelde bu duruma depresyonun eşlik ettiği belirtilmiştir ²⁰¹.

Ailesinde veya yakın çevresinde intihar öyküsü olan kişilerde intihar riski 4,5 kat artmış bulunmuştur ¹⁹⁷. İntihar davranışının genetik olup olmadığını anlamak için yapılan ikiz çalışmalarında intihar davranışının diğer eşte görülme olasılığı tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre %23 daha fazla tespit edilmiştir. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde ciddi intihar girişiminde bulunan ikizlerin diğer eşlerinde intihar görülme riski 17 kat artmaktadır ²⁰². Yapılan diğer bir çalışmada ise intihar davranışı üzerinde diğer faktörlerden bağımsız olarak genetik geçişin etkisinin %30 ile %50 arasında olduğu tespit edilmiştir ²⁰³.

Kronik ağrısı, fiziksel engeli, nörogelişimsel geriliği ve tedavisi mümkün olmayan ölümcül kronik hastalıkları olan kişilerde stres seviyesi yüksek olduğu için

intihar riski artmaktadır. Bir araştırmada intihara bağlı ölüm oranının akut respiratuar distres sendromu'nda 6,5, epilepside 5,1, spinal kord yaralanmasında 3,8, beyin hasarında 3,5, kanser olgularında ise 1,8 kat arttığı görülmüştür ²⁰⁴.

İntihar ederek ölen bireylerin %60-%90'ında en az bir psikiyatrik hastalık bulunduğu gözlenmiştir. İntihar edenlerde en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon ve alkol bağımlılığıdır. Depresyondaki kişilerde intihar etme riski ortalama 20 kat artmaktadır. Bu risk tedaviye başladıktan iki hafta sonra azalmaktadır ²⁰⁵.

2.8.2 Sağlık kurumlarında intihar

İntihar riskine ilişkin birçok sosyodemografik, tıbbi ve ekonomik faktör incelenmiştir. İş yeriyle ilişkili intiharı konu alan çalışmalarda, intihar için yüksek risk altında olan birçok meslek grubu tanımlanmışken bunlar içerisinde ön plana çıkan gruplardan birisi de hekimlik olarak tespit edilmiştir ^{13,14}.

Hekimlerin; ölüme sebep veren ilaçlara rahat erişebilmeleri ²⁰⁶, yoğun işyeri stresi ve ekonomik problemleri intihar risklerinde artışa sebep olan faktörlerdir ²⁰⁷.

Pompili M. ve arkadaşlarının, psikiyatri hemşirelerinde umutsuzluk ve intihar riskinin ortaya çıkması üzerine yaptıkları çalışmada, psikiyatri hemşirelerinde, tükenmişliğin oldukça sık rastlanan bir sorun olduğunu; tükenmişlik ve bazı savunma mekanizmalarının, intihar riskinin prediktörü olan umutsuzluk düzeyini arttırdığını tespit etmişlerdir ²⁰⁸.

Goebert 2009 yılında, 2000 tıp öğrencisi ve asistan hekim üzerinde yaptığı araştırmada; ABD'de genel popülasyonda %4.5 olan depresyon prevalansının, incelediği grupta %15 olduğunu saptamış ve ABD'de tıp öğrencileri arasında intiharın; kazalardan sonra en sık rastlanan ölüm nedeni olduğu bildirmiştir ²⁰⁹. Nitekim ABD'de her yıl yaklaşık 400 doktor intihar ederek hayatına son vermektedir ²¹⁰. ABD'de yapılan başka bir çalışmada, 1785 asistan doktor üzerinde benzodiyazepin, opiyat ve amfetamin türevlerinin kullanımı araştırılmıştır. Acil servis asistanlarının %15'inin, psikiyatri asistanlarının ise %30'unun benzodiyazepin

kullandığı, psikiyatri asistanlarının yaklaşık %5'nin ise opiyat veya amfetamin kullandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada hemen tüm branşların asistanlarının %90'ının alkol kullandığı; acil servis asistanlarının %30'unun, psikiyatri asistanlarının ise %40'ının marihuana kullandığı, kokain kullanımının ise %10'un altında olduğu belirlenmiştir ²¹¹.

2011 yılında Avustralya'da 13.178 doktor ve tıp öğrencisi üzerinde yapılan kapsamlı bir çalışmada ise, şiddetli psikolojik bozuklukların önemli bir şekilde arttığı ve genel popülasyona kıyasla intihar düşüncesinin iki kat arttığı saptanmıştır ²¹².

2.9 İş Doyumu

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) göre iş doyumunu; “işçinin işini yaparken ya da yapması sayesinde, gereksinimlerini karşılayabilme düzeyi” şeklinde tanımlamıştır ²¹³. Bir diğer tanıma göre ise iş doyumunu, çalışanın işiyle ilgili olarak olumlu bir tutum geliştirmesi, çalıştığı kurum ve yapmakta olduğu işten bekledikleri ve aldıkları arasındaki uyumdur ²¹⁴.

Locke'un tanımına göre iş doyumunu, kişinin işine ya da iş deneyimine biçtiği değer sonucu oluşan hoş giden olumlu bir duygudur. Locke, iş doyumunun boyutlarını, işin kendisi, ücret, terfi, çalışma koşulları, işin sağladığı faydalar, çalışanın sahip olduğu değerler ve çalışanın yöneticisi ile ilişkileri olarak belirlemiştir ²¹⁵.

Gününün önemli bir süresini işinde geçiren ve bunu da en az 20-25 sene devam ettiren kişinin, hayatında mutluluğu elde edebilmesi için işinden doyum alması hem organik hem de psikolojik varlığı açısından gereklidir ²¹⁶. İşten alınan doyum, bir işçinin bir bütün olarak işini ya da iş hayatını değerlendirdiğinde duyduğu haz ya da ulaştığı olumlu duygusal durumdur. Kişinin çalıştığı kurum işçinin beklentilerini karşılayabildiği ölçüde iş doyumunu da artacaktır ²¹⁷.

2.9.1 İş doyumunu etkileyen faktörler

İş doyumunu etkileyen faktörler, bireysel faktörler ve işin kendisinden kaynaklanan faktörler olarak iki grupta incelenebilir.

a) Bireysel Faktörler

Yapılan çalışmalar kişilerin deneyimi arttıkça uyumlarının arttığını bu sebeple yaş artışı ile iş doyumunun arttığını genç bireylerin yükselme ve iş koşullarıyla ilgili yüksek beklentileri olması ya da iş seçimi ve iş güvencesine ilişkin endişelerinin bulunması nedeniyle, işlerinden daha az doyum sağladıklarını göstermektedir ²¹⁸. Başka bir görüş ise çalışmaya erken yaşlarda başlayan gençlerde iş doyumunun otuz yaşlarına doğru düştüğü sonrasında yaş ilerledikçe çalışma yaşamının sonuna kadar yükseldiği şeklindedir ²¹⁹.

Her iki cinsiyetin doğaları gereği iş ile ilgili beklentilerinin farklı olması, iş doyumlarının da farklı olmasına neden olmaktadır. Kadın ve erkeğin sosyal rollerinin farklı olmasından dolayı kadınların ücret, iş saatleri, iş koşulları gibi etkenlere bağlı olarak hissedilen iş doyumları erkeklere göre farklılık göstermektedir ²²⁰.

Eğitim seviyesinin artışıyla birlikte, sosyokültürel açıdan gelişmiş, eleştirel düşünme yeteneğine sahip ve bilgi birikimi yüksek olan kişilerin değer ve inançları doğrultusunda beklentileri artmakta ve bu beklentiler karşılanamadığı takdirde doyumsuzluk meydana gelmektedir. Kendilerine referans olarak seçtikleri grupların koşulları ile kıyasladıkları için doyumsuzluk hissettikleri belirtilmektedir ²²¹.

Yapılan çalışmalarda daha esnek ve kararlı, yapıcı ve kendini ifade etme yeteneğine sahip kişilerin doyum düzeylerinin daha fazla olduğu, hedeflerini seçmede gerçekçi olmayan, çevresel zorluklara katlanamayan ve katı bir kişilik yapısına sahip kişilerin ise doyum düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bireyin doğduktan sonra içinde bulunduğu sosyo-kültürel çevrenin bireyin işe karşı tutumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Kentsel kısımlardaki bireylerin daha az çaba gerektiren kolay işleri seçtikleri, kırsal kesimdekilerin ise buna zıt bir tutumda oldukları sonucuna varılmıştır ²²¹.

b) İş ile ilgili faktörler

Bir kurumdaki bütün çalışanlar iyi çalışma koşullarında çalışmak isterler. İş yerinin eve yakın olması, araç gereçlerin eksiksiz ve kullanışlı olması, ergonomik yerleşimi, iş yerinin sıcaklığı, nemi, havalandırması, temizliği, çalışma saatleri, dinlenme molaları, fiziki olanakları ve güvenliği gibi unsurlar hem bireyin verimliliği hem de iş doyumunu için gerekli olan etkenlerdendir ²²².

Yapılan iş hakkında toplumun düşüncesi direkt olarak iş doyumunu etkileyen faktörlerdendir. Her kültürün yarattığı idealler olduğu gibi, çalışanların da yapmak istemeyecekleri veya yapmayı hayal ettikleri işler vardır. Yine işin yapısal özelliği ve işin zorluğu da doyumunu etkileyen faktörlerdendir. İşin zorluk derecesinin iş doyumunu genelde olumlu etkilediği bulunmuştur ²²³.

Yapılan çalışmalarda doyum veya doyumsuzluğun ana faktörlerinden birinin kişilerin aldıkları ücret olduğu gösterilmiştir ^{224,225}. Çalışanların maddi olarak doyumsuzluğu iş performansını azaltmakta, istifa ve devamsızlık olasılığını artırmakta ve işin genelinden duyduğu doyumsuzluğu yükseltmektedir ²²⁶. Belli bir ücrete ulaştıktan sonra ücretin iş doyumunu üzerindeki etkisi, sadece miktarıyla değil çalışanlar arasındaki dağılımıyla da ilişkilidir ²²⁷.

Çalışanlar iş yerlerinde tecrübeleri ve bilgileri arttıkça, yükselmeyi ve terfi ettirilmeyi beklerler. Ayrıca terfi beraberinde statü ve maaş artışı da getirir. Kurumların bu tarz yükselmeleri adaletli bir şekilde yapmaları iş doyumuyla yakından ilişkili bulunmuştur ²¹⁶.

Çalışma arkadaşlarıyla uyum, kişinin ait olma ve sosyal kabul görme gereksinimlerini karşıladığından iş doyumunu etkileyen unsurlardandır. Kendisini üretken ve birbirine bağlı bir ekibin parçası olarak hisseden birey işinde daha mutlu olacak ve bireyin iş doyumunu artacaktır ²²⁸.

Yönetimin ve yöneticinin kişiye karşı olumlu tutumu, ona değer vermesi, bireyin işinden daha fazla doyum sağlamasını sağlayan faktörlerdendir. Yöneticinin samimi olması, çalışanın sağlığına ve kişisel sorunlarına eğilmesi, iş dışı sorunlarıyla ilgilenmesi, çalışanlarına karşı eşit olacak şekilde mesafesini koruması ve her çalışanına eşit düzeyde davranmasının iş doyumunu önemli ölçüde arttırdığı

görülmüştür ²²⁹.

Amirleri tarafından takdir edilen kişilerin iş doyumlarının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca yönetim ve üstleri tarafından bilgilendirilen çalışanların güven duygusu artmakta ve kendilerini o kuruma ait hissetmelerine neden olmaktadır ^{230,231}.

2.9.2 Sağlık kurumlarında iş doyumunu

İnsan sağlığının korunması ve iyileştirilmesinin sorumluluğunu taşıyan meslek gruplarının başında gelen sağlık kurumu çalışanlarının sağlıklarının korunması ya da sağlıklarını kötü yönde etkileyen çalışma koşullarının düzeltilmesi, hem sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması açısından hem de insanlara verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık kurumlarının verimliliği açısından çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının iş yerlerinde yaşayacakları gerginlikler, yakınmalar, iş performanslarını düşürebilmekte, istemeden de olsa hastalara zarar verme olasılıklarını yükseltebilmektedir ²³².

Çalışma alanı insan hayatı olan sağlık çalışanlarının, insan sağlığıyla direkt olarak ilişkili sorumluluklar yüklenmeleri zorlanmalarına ve stres yaşamalarına neden olmaktadır ^{233,234}. Bireyler zorlandığında ve stres yaşadığında kaygı düzeylerinin arttığı belirtilmiştir ²³⁵. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin iş doyumunu ve kaygıları arasında negatif bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. İş doyumsuzluğu sonucunda kaygı ortaya çıkabilmektedir ²³⁶.

Hekimlerin iş doyumlarıyla ilgili bir çalışmada öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin iş doyumları pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun gerekçesi ise pratisyen hekimlerin, mesleki beklentilerini karşılayamamaları, mesleki rollerinde belirsizlik ve çatışmalar yaşamaları, mesleki çabalarına geri bildirim alamamaları ve örgütsel yapılanmanın düzensizliklerinden daha çok etkilenmeleri olarak belirtilmiştir ²³⁷.

Özel bir hastanedeki sağlık personelleriyle yapılan bir çalışmada, çalışanların iş doyumları arttıkça stres belirtilerinin azaldığı, iş doyumunu azaldıkça stres belirtilerinin de arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin hekimler ve diğer sağlık personelinden daha az iş doyumuna ve daha fazla stres belirtilerine sahip oldukları

belirtilmiştir ²³⁸.

İngiltere’de pratisyen hekimlerin iş stresini, iş doyumunu ve ruhsal durumunu karşılaştıran bir çalışmada; erkek pratisyenlerin bayanlara göre daha yüksek endişe ve depresyon oranlarına sahip oldukları, iş stresine yol açan sebeplerin ise zamanında müdahale edebilme, çalışma çevresi ile iletişim ve kariyer yapabilme endişesi olduğu görülmektedir. Ayrıca kadın ve erkek pratisyen hekimler arasında iş doyumunu açısından anlamlı farklılık olmadığı, iş doyumsuzluğunun en çok ücret ve iş yükünden kaynaklandığı görülmektedir ²³⁹.

Bir üniversite hastanesinde çalışanların iş doyumlarının incelendiği bir araştırmada; hekimlerin ve teknik hizmetlerde çalışanların iş doyum puanlarının birbirine yakın ve grup ortalamasından yüksek olduğu, en düşük iş doyumunu ise hemşirelerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Fakat standart puanlara bakıldığında genel iş doyum puan ortalamasının düşük, dolayısıyla genel iş doyumunun da düşük olduğu görülmüştür ²⁴⁰.

Uzman hekimlerle yapılan başka bir çalışmada ise; uzman hekimlerin yarından fazlasının mesleki doyum düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Hekimler en düşük doyum puanını ücretten, en yüksek doyum puanını ise yönetim-işyeri politikalarından almıştır ²⁴¹.

2.10 Sağlıkta Şiddetin Yönetimi

2.10.1 Şiddetten korunma

Şiddetin tüm dünyada olduğu gerçeği şiddeti kabullenmemizi değil, aksine şiddetle ilgili önlemler almamız gerektiğini göstermektedir.

a) Birincil koruma

Şiddette birincil koruma, toplumsal değerler ve davranışlara yönelik müdahaleleri içerir. Bu çalışmalar hem toplumun genelini etkiler hem de daha az maliyetlidirler.

Bu yüzden şiddeti önlemek için yapılan birincil müdahaleler sürecin erken dönemleri için planlanmalıdır ⁴².

Öncelikle yapılması gereken, şiddetin iyi karşılanmadığı bir çevre oluşturmaktır. Medya ve basın aracılığıyla toplumun bu konudaki farkındalığı ve hassasiyeti artırılmalıdır. Bunun yanında şiddetin önlenmesine yönelik faaliyetlerin desteklenmesi de gerekmektedir ²⁴².

b) İkincil koruma

Birincil korumaya göre kapsamı daha az olan uygulamalardır. Şiddet olaylarının sık yaşandığı alt gruplara yönelik çalışmalardır. Şiddete en fazla başvuran ve şiddet mağduru sayısının en fazla olduğu yerlerde yaşayan sosyoekonomik seviyesi düşük genç erkekler, ikincil korumanın hedeflerindendir ⁴². Şiddet olaylarının neden oluştuğunun araştırılması ve şiddetin erken tanınması için rehberler oluşturulması ikincil koruma kapsamındadır ²⁴².

c) Üçüncül Koruma

Bu aşamada şiddetten zarar gören kişi ve grupların tedavi ve rehabilitasyon işlemleri yer almaktadır. Şiddete uğrayan sağlık personeline yönelik hizmetlerin geliştirilmesi bu kapsamda değerlendirilir ⁴².

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti önleyebilmek için bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar;

1. Şiddetin önlenmesine yönelik ulusal plan hazırlanması, uygulanması ve izlenmesi,
2. Meydana gelen şiddet olaylarının verilerinin toplanabilmesi için bir veri sistemi kurulması,
3. Şiddet konusundaki önceliklerin tanımlanabilmesi, şiddetin nedenlerinin, psikolojik ve ekonomik sonuçlarının ve korunmada etkili olabilecek yöntemlerin belirlenebilmesi amacı ile çalışmalar yapılması,
4. Birincil korunma çalışmalarının geliştirilmesi,
5. Şiddet mağdurları için yapılan çalışmaların güçlendirilmesi,
6. Şiddetin önlenmesi yaklaşımının toplumsal çalışmalara ve eğitim politikalarına

- entegre edilmesi ile toplumsal eşitliğin ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması,
7. Şiddetin önlenmesine yönelik iş birliği ve bilgi alışverişinin artırılması,
8. Uluslararası anlaşmaların, yasaların ve diğer mekanizmaların insan haklarına uygunluğunun geliştirilmesi ve izlenmesi,
9. Küresel bağımlılık yapıcı madde ve silah ticaretinin önlenmesine yönelik, uluslararası uzlaşmaya varılmasını sağlayacak yöntemler bulunmasıdır²⁴³.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesi için yaptığı öneriler ise;

- ❖ Hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgilerin zamanında ve davranış kurallarına uyularak aktarılması şiddet riskini azaltmakta çok etkilidir.
- ❖ Sağlık kurumunun fiziksel özellikleri, şiddetin potansiyel bir tetikleyicisi olarak eylemde bulunulmasında veya devre dışı bırakılmasında önemli bir faktördür. Çalışanlar, ziyaretçiler ve hastalar arasındaki gerginlikten kaçınmak için gürültü düzeyleri minimumda tutulmalı, renkler rahatlatıcı ve cazip olmalı, kötü kokular ortadan kaldırılmalı, özellikle geceleri erişim, park yerleri ve depo alanlarında iyi bir aydınlatma sağlanmalı, kalabalık bölgelerde ve sıcak iklimlerde uygun sıcaklık / nem / havalandırma sağlamak için önlemler alınmalı, tüm fiziksel yapılar ve demirbaşlar iyi korunmalıdır.
- ❖ Güvenlik hizmetleri ana girişte, ziyaretçilerin geçiş güzergahının yakınında ve acil servislerde bulunmalıdır. Silah denetimi, gereksiz risklerden kaçınmak amacı ile yerel yasalara ve uygulamalara göre çok dikkatli düşünülmeli ve gerekirse uygulanmalıdır.
- ❖ Kişisel müdahalenin ve gerginliğin azaltılması için ziyaretçiler ve hastalar arasında yeterli alan olmalıdır.
- ❖ Sağlık personeline dinlenmeleri için yeterli alan verilmeli, personel için yeterli büyüklüğe sahip sessiz ve ferah karşılama alanları sağlanmalı, özel risk altındaki çalışanlar için koruyucu bariyerler kullanılmalı ve tehlikeli hastalar diğer hastalardan ve halktan ayrılmalıdır.
- ❖ Acil servislerdeki tedavi odaları halka açık alanlardan ayrılmalı, duygusal açıdan rahatsız olan hastalar, alkollü hastalar, çeteler vb. vakalar için ayrı bir oda sağlanmalıdır.
- ❖ Tehlike potansiyeli olabilecek yerlere güvenlik kameraları koyulmalı,

Çalışanlara herhangi bir riskli durumla karşılaştıklarında çalışma arkadaşlarını uyarabilmeleri için kullanabilecekleri alarm sistemleri (telefonlar, kısa dalga radyolar vs.) sağlanmalı, saldırganın tepkisini çekmemesi için sessiz sistemler kullanılmalı eğer bu mümkün değilse de çalışan; saldırgan henüz oradan ayrılmadan bu sistemleri kullanmamalı, alarmın çalıştığı zamanlar için güvenilir bir yanıt sistemi düzenlenmeli, alarm sistemi tipi, belirli alanlar için risk değerlendirmesine bağlı olmalıdır.

2.10.2 Beyaz kod uygulaması

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin önlenebilmesi için uygulamaya konulan Beyaz Kod Talimatı 2011'deki yönetmelik ile çıkarılmış ve 2013 yılında revize edilmiştir. Bu uygulamanın amacı hastanelerde çalışanların şiddete maruz kalmasını engellemek için acil durum ağrı sisteminin oluşturulması ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan uygulamaların tanımlanmasıdır. Bu yönetmelik tüm hastane personelini ve birimlerini kapsamaktadır²⁴⁴. Tüm kamu hastanelerinde beyaz kod işleyiş talimatı bulunmaktadır. Bu talimatta amaç, kapsam, sorumluluk, uygulamalar ve ilgili dokümanlar olarak beş ana başlık mevcuttur.

Amaç: Hastanelerde alışan tüm personelin karşılaşacağı fiziksel saldırı, taciz ve şiddete maruz kalmaları durumunda alınacak güvenlik önlemlerini ve yapılacak işlemlerini belirlemektir.

Kapsam: Tüm hastane birimlerini kapsar.

Sorumlular: Hastane yönetimi, çalışan hakları ve güvenliği birimi (Psikolog), güvenlik amiri, güvenlik personeli, kalite yönetim birimidir.

Uygulamalar: Hastane alışanlarının şiddet görmeleri durumunda en yakın sabit telefondan 1111 numaralı telefon aranarak # tuşlanır ve Beyaz Kod durumu başlatılır. Beyaz kod ekibi olay yerine geldiğinde saldırıya uğrayan personel korumaya alınmakta ve güvenlik ekibi tarafından saldırgan veya saldırganlar etkisiz hale getirilmektedir. Kurum yöneticileri tarafından derhal "113" numaralı telefonla Sağlık Bakanlığının Beyaz Kod Birimi'ne bildirim yapılması gerekmektedir. Eş

zamanlı olarak olayın Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde de Beyaz Kod Bildirim Formu'nun kurumda görevli Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminden sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından doldurulması gerekmektedir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından "113" numaralı telefona doğrudan da bildirim yapılabilmektedir. Bildirim üzerine Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi, olayı adli makamlara yazılı olarak iletecektir.

İlgili Dokümanlar: Beyaz Kod Bildirim Formu 21.05.2012 tarihinde yayınlanmıştır. Formda olayın olduğu tarih-saat, olayın gerçekleştiği yer, olay anı yapılan işlem, olayın başlama nedeni, olayın oluş şekli-varsa kullanılan nesne, olayda çevrede oluşan olumsuzluklar, olaya karışanların yaş, cinsiyet ve varsa kişisel bilgileri, olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri ve son olarak güvenlik ekibinde yer alan memurun imza ve kaşesi bulunmaktadır. Bu belge iki nüsha halinde düzenlenmektedir. Bilgiler alınırken mağdur çalışana stabil bir ortam sağlanmakta ve talep etmesi durumunda psikolog eşlik etmektedir. Bu süreçte doktorlar görevden çekilme hakkı kullanabilmekte fakat diğer çalışanlara böyle bir hak verilmemektedir. Bilgiler Sağlık Bakanlığı'nın Beyaz Kod Merkezi'ne iletilmekte, daha sonra görevliler mağdur çalışanı arayarak bilgi almakta, yönetim tarafından bir baskı altında olup olmadığını incelemektedir. Bu uygulama mağdur çalışanın kendini yalnız hissetmesini önlemekte ve ona destek olmaktadır.

Tehlike-risk bildirim formu: Olay- kaza gerçekleşmeden önce doldurulmaktadır. Bu formun doldurulması İSG (İş Sağlığı Güvenliği) kanununa göre zorunludur. Formun doldurulması beyaz kod sorumlusunun verdiği eğitimler paralelinde olur. Çalışandan öneriler istenir ve değerlendirilir. Eğer hastane içerisinde çözümlenemez ise konu Kamu Hastaneler Birliği'ne iletilir.

Kaza Bildirim formu: Olay-kaza gerçekleştiğinde doldurulur. Kamu hastanelerinde İSG Kurulları oluşturulması İSG Kanununa göre zorunlu hale gelmiştir. Kurul formların sonuçlarını aylık ve üç aylık olarak üst birime gönderir. Oradaki incelemenin ardından Sağlık Bakanlığı'na yollanır.

Bu formların yanı sıra şiddet mağduru olan Sağlık Personelinin Hukuki Yardım Talep Formu'nun şikâyet olsun ya da olmasın doldurulma zorunluluğu vardır. Mağdur çalışana talep etmesi halinde kurum avukatlarından avukat temin edilir. Olay anından hemen sonra delil sayılabilecek tüm malzemeler, araç gereçler

güvenli bir şekilde korunarak, kamera kayıtlarının yedeği alınarak Cumhuriyet Başsavcılığı'na ve kolluk kuvvetlerine bildirilir²⁴⁴.

2.11 Yasal Mevzuat

Türkiye Cumhuriyeti anayasasına göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin, sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesi bir devlet görevidir. Biyolojik ve fiziksel çevrenin yanında sosyal çevrenin de sağlıklı olması bireyin en temel anayasal hakkıdır. Sağlıklı bir anayasal çevrenin oluşması ve sürdürülmesinin önündeki en büyük engellerden biri bireysel ve toplumsal şiddettir. “Herkesin Sağlık Türkiye Hedefleri” ne göre 2020 yılında şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerin en az %25 azaltılması planlanmıştır²⁴⁵.

Temel hak ve hürriyetlerin korunmasıyla ilgili anayasanın 12. Maddesinde “herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir” ifadesi yer almaktadır. Yine anayasanın 17. Maddesine göre kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı başlığı altında “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” şeklinde ifade edilmektedir.

Çalışma hakkı ve ödevi başlığı altında anayasanın 49. maddesinde “Devlet, çalışan kişilerin hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma şartlarını sağlamak için gerekli tedbirleri alır” denilmektedir.

Ayrıca 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun konuyla ilgili maddelerine bakıldığında;

105/1 maddesinde: “Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına hükmolunur” denilmektedir. 2.fıkra “bu fiiller, hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aynı iş yerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanarak işlenildiği takdirde, yukarıdaki fıkra göre verilecek ceza yarı oranında

arttırılır. Bu fiil nedeni ile mağdur; işi bırakmak, okuldan ve ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz” denilmektedir.

106/1 maddesinde: “Bir başkasını, kendisinin ya da yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Mal varlığı itibarı ile büyük bir zarara uğrattığından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur” denilmektedir.

125/1 maddesinde: “Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edecek nitelikte somut bir fiil ya da olgu isnat eden veya sövmek sureti ile bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişi ile ihtilat edilerek işlenmesi gerekir”, 125/3- a maddesinde “hakaret suçunun kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz” denilmektedir.

265/1 maddesinde: “Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir ve tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” denilmektedir.

Ceza Muhakemesi Kanununun 158. Maddesinin 4. fıkrasında “bir kamu görevinin yürütülmesiyle bağlantılı olarak işlediği iddia edilen bir suç nedeni ile ilgili kurum ve kuruluş idaresine yapılan ihbar veya şikâyet, gecikmeksizin ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir” denilmektedir ²⁴⁶.

6 Nisan 2011 tarihli ve 27897 sayılı resmi gazetede yayınlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelikte yer alan 6,7, 8. maddeler sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamaya yöneliktir ²⁴⁷:

Yine Sağlık Bakanlığı tarafından 14/05/2012 tarihinde Çalışan Güvenliği Genelgesi yayımlanmıştır ²⁴⁸. Sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerindendir. Sağlık Bakanlığı’nca bu çerçevede, sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılarak kurumlar talimatlandırılmıştır. Bu genelgenin maddelerine bakacak olursak;

a) 6 Nisan 2011 tarihli ve 27897 sayılı resmî gazetede hasta ve çalışan güvenliğinin

sağlanmasına dair yönetmelik (6,7 ve 8. Maddeler)

b) Sağlık kurumlarında uygulamaya konulan “Hizmet Kalite Standartları” kapsamında çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması.

c) “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması.

Sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi için, şu an bulunan uygulamaların gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı birtakım önlemler ve talimatlar geliştirmiştir:

1) Beyaz kod uygulaması;

2) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi;

a) Bu birim tüm sağlık çalışanlarının kolay erişebileceği bir yerde olacaktır. Gerekli ekipman (dış hatta açık telefon, faks, internet bağlantılı bilgisayar ve uygun görüşme ortamı) temin edilecektir.

b) Birimde tercihen sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya halkla ilişkiler uzmanı sekreteryaya olarak görevlendirilecek ve yeterli sayıda personel bulundurulacaktır.

c) Birim, çalışanların çalışan hakları ve güvenliğine yönelik talep ve şikâyetlerini kabul edecek, bu başvuruları değerlendirerek raporlayacak, gerekli düzeltici/önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlayarak talep sahibine geri bildirimde bulunacaktır.

d) Birim, çalışan hakları ve güvenliğine yönelik uygulamaları yakından takip edecek olup aylık olarak başhekimliğe rapor sunacaktır.

3) Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri;

a) Sağlık kurumları şiddet bakımından risk değerlendirmelerini yeniden yapacak ve riskin yüksek olduğu bölümlerde hizmet süreçleri yeniden gözden geçirilecek ve ilgili bölümdeki sağlık çalışanı sayısı yeterli hale getirilecektir. Fiziki alanlar nitelik ve iyi çalışma şartları açısından gerekirse yeniden düzenlenecektir.

b) Acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacaktır.

c) Hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla, kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek ve kamera görüntüleri sürekli takip edilecektir. Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecektir.

d) İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve “sorun çözücü” olarak çalışmaları temin edilecektir.

e) Fiziki mekanlar 24 saat boyunca yeterli düzeyde aydınlatılacak ve havalandırılacaktır.

f) Personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacaktır.

4) Çalışanların eğitimi;

a) Başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında eğitim verilecektir.

b) Sağlık çalışanlarına şiddet davranışına karşı tedbir alma eğitimleri verilecektir.

5) Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi;

a) Hasta ve hasta yakınlarının ilk olarak nereye müracaat edecekleri, hangi işlemler ve tedavinin yapılacağı, tetkik ve tahlillerin nerede yapılacağı, bekleme süreleri gerekiyorsa ne kadar süreyle bekleyecekleri gibi konularda bilgilendirme süreçleri gözden geçirilerek eksiklikler varsa tamamlanacaktır. Bu amaçla acil servisler başta olmak üzere hastanın durumu ile ilgili hasta ve/veya hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere “hasta bilgilendirme alanları” güçlendirilecek ve hangi durumlarda, ne sıklıkta ve kim tarafından bilgilendirme yapılacağı belirlenecektir.

b) Vatandaş şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmet vermektan çekilme hakkının bulunduğu, böyle bir durumda hizmet alma sürecinin aksayabileceği konusunda bilgilendirilecektir.

c) Vatandaş, sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda (pano/afiş/broşürler gibi vasıtalarla) bilgilendirecektir. 6) Hizmetten çekilme;

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir.

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecektir.

7) Bildirim süreci ve hukuki yardım;

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

a) Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından derhal “113” numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecektir. Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yöneticiler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirecektir. Özel sağlık kuruluşları da adli bildirim konusunda gerekli hassasiyeti gösterecektir.

b) Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da “113” numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilecektir.

c) Ayrıca yöneticiler, “www.beyazkod.saglik.gov.tr” adresinde bulunan “Beyaz Kod Bildirim Formu”nu dolduracaktır.

d) Bildirim üzerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırarak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir.

e) Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı

halinde kanuni mirasçılarına bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır.

8) Diğer hususlar;

a) “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’in 7 ve 8 inci maddeleri, “Hastane Hizmet Kalite Standartları” çerçevesinde daha etkili şekilde uygulanmaya devam edilecektir.

b) İl sağlık müdürü konuyla doğrudan sorumlu bir sağlık müdür yardımcısı ile birlikte kurumlarda çalışan güvenliği uygulamaları ve alınan tedbirleri aylık periyotlarla izleyecek ve Bakanlığa rapor edecektir.

c) SABİM’e yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikayetler, başvuruların ancak %4’ünü oluşturmaktadır. SABİM’e ve hasta hakları birimine yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikâyetler, öncelikle SABİM’den sorumlu il sağlık müdür yardımcısı ve hasta haklarından sorumlu başhekim yardımcısı tarafından ön değerlendirmeye tabi tutulacak, genel ve soyut nitelikte olan, şikayet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülen ihbar ve şikayetler değerlendirmeye alınmayacaktır ²⁴⁸.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1 Araştırma İzinleri

Araştırmanın yürütülmesi için 23.01.2018 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Akademik Kurulu'nun 2018/1 sayılı kararıyla tez onayı alınmış, ardından 02.02.2018 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 09.2018.152 protokol kodlu izin alınmıştır (Ek-1, Ek-2). Anket uygulaması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek-3, Ek-4)

Anketlerin uygulanabilmesi için Pendik Devlet Hastanesinden ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi AR-GE Biriminden izin alınmıştır (Ek-5, Ek-6)

3.2 Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı özellikte kesitsel bir araştırma tipi planlanmıştır.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Mart 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pendik Devlet Hastanesi, Pendik Özel Bölge Hastanesi, Pendik Yüzüncüyıl Hastanesi ile Pendik İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne Bağlı Aile Hekimliği birimlerinde çalışan hekimler ile yürütülmüştür.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu çalışmanın evrenini Pendik ilçesinde bulunan Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pendik Devlet Hastanesi, Pendikte bulunan özel

hastaneler ve Pendik İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Hekimliği birimlerinde çalışan 800 uzman, 219 pratisyen, 583 asistan olmak üzere toplamda 1602 hekim oluşturmaktadır.

Araştırmada çok aşamalı tabakalı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Evren kurumlara ve hekimlerin ünvanlarına göre tabakalandırılmış, her tabakanın evren içerisindeki ağırlığı saptanmış sonra da tabakalardan basit rastgele örnekleme ile katılımcılar belirlenmiştir. Örnek büyüklüğü hesaplanmasında: Daha önce sağlıkta şiddetin sıklığıyla ilgili yapılan çalışmaların incelenmesi sonucu hekime şiddet sıklığının ortalama %60 olduğu görüldü. Bu bağlamda tip 1 hata %5, tip 2 hata %20, güç %80, dizayn efekt 2 alındı. Bu bilgiler ışığında yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü 600 olarak bulunmuştur ($600/1602 = \text{Evrenin } \%37,5'i$). Evrenden örnek seçilirken kurumlar üniversite hastanesi, devlet hastanesi, özel hastane, aile sağlık merkezi olarak gruplandırılmış ve çalışanlar için; uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim olmak üzere şiddeti etkileyebileceği düşünülen 3 alt grup belirlenmiştir. Evrenden örnek seçiminde bu alt gruplara göre tabakalandırma yapılarak ağırlıklandırma işlemi gerçekleştirilmiştir. Sonraki aşamada her alt gruba ait listelerden basit rastgele örnekleme yöntemi ile katılımcılar seçilmiştir.

3.5 Dahil Etme ve Hariç Etme Kriterleri

Dahil edilme kriterleri: Tıp fakültesi mezunu olup, Pendik bölgesindeki sağlık birimlerinde görev alan ve çalışmayı kabul eden hekimler.

Hariç edilme kriterleri: Çalışma süresince işten ayrılanlar, emekli olanlar, istifa edenler, asistan iken uzman olanlar, yurtdışında olanlar, doğum izninde olanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler.

3.6. Verilerin Toplanması

Hazırlanan anket soruları ile saha çalışması yapılmadan önce toplam 18 kişiden oluşan bir grup ile pilot bir anket uygulaması gerçekleştirildi. Bu pilot çalışmanın ardından anket formunda yer alan sorulara içerik ve şekil olarak son hali verildi.

Anket verileri toplanırken örnekleme oluşturan bölümlerle önceden görüşölüp hekimlerin çalışma saatleri göz önüne alınarak randevu alınmış ve belirlenen saatlerde hekimler ziyaret edilmiştir. Soruları cevaplamadan önce hekimlere verecekleri bilgilerin yalnızca bilimsel çalışma için kullanılacağı ve hiçbir şekilde mesleki durumlarını etkilemeyeceği söylenmiştir. Son olarak toplu olarak ya da tek tek çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere anket formları uygulanmıştır.

3.7 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan anket formu 5 kısımdan oluşmaktadır.

3.7.1 Demografik bilgiler ve çalışma koşulları

Birinci kısım hekimlerin bazı sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durumu,) ve çalışma durumu ile ilgili özelliklerini (unvan, çalışılan kurum, meslekte ve biriminde çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışma saatleri, mesai şekli, ortalama nöbet sayısı, çalıştığı bölümde güvenlik personeli varlığı) sorgulayan 13 sorudan oluşmaktadır (Ek-7).

3.7.2 Şiddet ile ilgili sorular

Arnetz tarafından geliştirilen Şiddet Olayı Formu'ndan (The Violent Incident Form-VIF) yararlanılarak hazırlanan ikinci kısımda ise hekimlere çalışma hayatı boyunca şiddete maruz kalma durumları ve bu şiddetin tipleri, ayrıca son 1 yıl içerisinde fiziksel ve psikolojik şiddete uğrama durumları sorulmuştur. Bu kısımda son 1 yıl içerisinde şiddete uğrayanlara şiddet olayının ayrıntılı olarak nerede, ne zaman, ne şekilde olduğu, şiddet anında verdikleri tepkiler ile şiddetin kendilerini nasıl etkilediğine dair sorular ve şiddet eğitimi alıp almadıkları sorulmuştur. Bu bölümde toplam 43 soru yer almaktadır (Ek-8).

3.7.3 Minnesota İş Doyum Ölçeği

Minnesota İş Doyum Ölçeği, iş doyumu düzeyini belirlemek amacıyla, 1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Baycan tarafından Türkçe'ye çevrilip, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip kısa formu, 20 maddeden oluşan, beşli Likert tipi bir ölçektir ^{249,250} (Ek-9).

Minnesota İş Doyum Ölçeği puanlamasında: Hiç memnun değilim; 1 puan, memnun değilim; 2 puan, kararsızım; 3 puan, memnunum; 4 puan, çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

Alt ölçeklerden;

İçsel Doyum; başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır (12 madde).

Dışsal Doyum; kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin öğelerden oluşmaktadır (8 madde).

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nde içsel ve dışsal doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddenin dağılımı;

1-İçsel doyum: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20

2-Dışsal doyum: 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 şeklindedir.

Yirmi maddeden elde edilen puanların toplamının 20'ye bölünerek genel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamı 12'ye bölünerek içsel doyum puanı, dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamı 8'e bölünerek dışsal doyum puanı hesaplanmaktadır. Puanlar 1,0 ile 5,0 arasında bir değer almaktadır. Yüksek puanlar yüksek iş doyumunu göstermektedir ²⁵⁰.

3.7.4 İntihar Olasılığı Ölçeği

İntihar olasılığını ölçmek amacıyla Cull ve Gill (1990) tarafından intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilen “İntihar Olasılıkları Ölçeği (Suicide Probablity Scale – SPS)” 36 maddeden oluşan ve her bir madde puanının 1 ile 4 arasında değiştiği 4'lü likert tipi bir ölçektir (Ek-10). Ölçeğin Güvenirlik ve geçerlilik çalışması 1996 yılında Tuğcu ve 2007 yılında Atlı ve ark. tarafından yapılmıştır. Umutsuzluk 12 madde, intihar düşüncesi 8 madde, düşmanlık 7 madde ve olumsuz kendilik değerlendirmesi 9 madde olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Atlı ve ark.'nın ergen ve yetişkinlerde intihar risk değerlendirmesinde kullanılmak üzere geliştirilen İntihar Olasılıkları Ölçeği'nin klinik örneklemdeki geçerliliğini ve güvenirliğini incelediği araştırmanın sonucunda, klinik örneklemde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu kanıtlanmıştır ²⁵¹. Ölçeğin orijinal formundan değerlendirme için alt kriterler oluşturulmuş olup ölçekten alınan puanlar 4 kategoriye ayrılmıştır. 0-24 arası puanlar normal grup, 25-49 arası puanlar hafif risk, 50-74 puanlar orta risk, 75-100 arası puanlar ise yüksek risk olarak ele alınmaktadır. Bireyin tüm maddelerden aldığı puanlar, her maddenin her bir seçeneği için ağırlığı 0 ile 5 arasında değişerek derecelendiriliş bir puanlama kullanılarak hesaplanacaktır. Bu bağlamda ölçekten alınabilecek en yüksek puan 147, en düşük puan ise 31'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması intihar olasılığı ile doğru orantılı olacağı için intihar riskinin de yüksek olduğunu gösterecektir.

İntihar Olasılığı Ölçeğinin İngilizce formu ruh sağlığı uzmanlarınca Türkçe'ye tercüme edilmiş ve geri tercümesi iki İngilizce öğretmeni tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için alfa katsayısı normal grupta 0,85 ve alt ölçeklerde de 0,74-0,79 arasındadır. Test tekrar- test güvenirliği 0,98'dir ^{251,252}.

3.7.5 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin yaratıcısı olan Christina Maslach, Susan E.Jackson ve Cary Cherniss ile insan ilişkileri fazla olan mesleklerin çalışanlarında görülen tükenmişlik sendromuyla ilgili çalışmalar yapmış ve bu çalışmalar sonucunda, deneysel olarak onay almış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni oluşturmuştur¹⁵⁸. Maslach Tükenmişlik Ölçeği 22 sorudan oluşmaktadır (Ek-11). Bu ölçekte tükenmişliğin üç boyutu değerlendirilmektedir:

- 1- Duygusal tükenme: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20,
- 2- Duyarsızlaşma: 5, 10, 11, 15, 22,
- 3- Kişisel Başarı: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. maddeleri içermektedir.

Duygusal Tükenme alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Kişinin kendisini tükenmiş ve işi tarafından tüketilmiş olması duygularını tanımlar. Duyarsızlaşma alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Kişinin bakım ve hizmet verdiği kişilere karşı, sanki insan değillermiş gibi, duygudan yoksun bir şekilde davranmalarını tanımlar.

Kişisel Başarı alt boyutu ise 8 maddeden oluşup, sürekli insanlara hizmet sunan bir kişide yaptığı işte yeterlilik ve sorunlarla baş edebilme duygularını tanımlar.

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanının yüksek, kişisel başarı puanının düşük olması tükenmeyi gösterir. Ölçek alt boyutlarından elde edilen toplam puanlar ölçekteki soru sayısına bölündüğünde ortaya çıkan ortalama puanlar tükenmişlik düzeyini belirler.

Türkiye'de ilk kez 1992'de Ergin tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçeğin 235 kişilik (doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis vb.) bir grupta ön denemesi yapılmış, bu gruptan elde edilen verilerin analizi sonucunda ölçekte bazı değişiklikler yapılmıştır. Özgün formu "hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün" şeklinde 7 basamaklı cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin bu özgün biçiminin ülkemize uygun olmadığı belirlenerek ölçek; "Hiçbir zaman (0), Çok nadir (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3), Her zaman (4)", şeklinde 5 basamaklı cevap seçeneklerine indirilmiştir. Her alt ölçeğin toplam puanları madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir.

Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar şu şekildedir: Duygusal Tükenme: 0–36; Duyarsızlaşma: 0–20; Kişisel Başarı: 0–32²⁵³.

3.8 Verilerin Analizi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 22.0) İstatistik Paket program yardımıyla değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizde sıklık dağılımı; bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında anlamlılık açısından Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerde normal dağılım histogramlar ile görsel, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden veriye uygun olanı ile analitik olarak incelenmiştir. Tek değişkenli analizlerde ki-kare ve Fisher testlerinden veri tipine uygun olanı ile gerçekleştirilmiştir.

Değişkenlerden normal dağılım gösteren ikili grupların karşılaştırılmasında t testi, normal dağılım göstermeyen ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, normal dağılım gösteren ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (Anova) ve anlamlı farklılaşma olması halinde post hoc analizler yapıp Tukey testi, normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kuruskal Wallis H testi ve anlamlı farklılaşma olduğunda ikili gruplamalarla Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında 0,05 anlamlılık düzeyi ölçüt alınmıştır.

Ölçekler arasındaki ilişki korelasyon analiziyle incelenmiş ve ilişki katsayısı Pearson korelasyon katsayısı olarak gösterilmiştir. Korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü gösterir. Korelasyon katsayısının negatif ya da pozitif olması ilişkinin yönünü belirler. Bu katsayı; 0,20'den küçük ise zayıf ilişkiyi, 0,20-0,50 arası orta ilişkiyi ve 0,50 üzeri de güçlü ilişkiyi gösterir.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza katılan 418 hekimin %70,3'ü üniversite hastanesinde, %8,1'i devlet hastanesinde, %13,6'sı özel hastanelerde, %7,9'u ise Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmaktadır. Çalışmaya katılanların %55,5'i kadın, %44,5'i erkektir. Katılımcıların %46,2'si 29 yaş ve altında, %34,4'ü 30-39 yaş aralığında, %12,2'si 40-49 yaş aralığında, %7,2'si ise 50 yaş ve üzerindedir. Hekimlerin yaş ortalaması $33,51 \pm 8,53$ ve yaş aralığı 24-67 olup, 242'sinin (%57,9) evli olduğu, 176'sının (%42,1) ise evli olmadığı görülmektedir. Şu ana kadar evlenmemiş 158 kişi ile boşanmış 18 kişi evli olmayan grubu oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların %52,9'u asistan doktor, %9,8'i pratisyen, %37,3'ü ise uzman doktordur (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

		N	%
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	294	70,3
	Devlet Hastanesi	34	8,1
	Özel Hastane	57	13,6
	Aile Sağlığı Merkezleri	33	7,9
Cinsiyet	Kadın	232	55,5
	Erkek	186	44,5
Yaş Grupları	<29	193	46,2
	30-39	144	34,4
	40-49	51	12,2
	>50	30	7,2
Medeni Durum	Evli	242	57,9
	Bekar	158	37,8
	Boşanmış	18	4,3
Unvan	Asistan	221	52,9
	Pratisyen	41	9,8
	Uzman	156	37,3
Toplam		418	100,0

4.2 Çalışma Yaşamına Ait Özellikler

Çalışma hayatı sürelerine bakıldığında 1-5 yıl arası çalışanların, üniversite hastanesinde %69 (n=203) ve Aile Sağlığı Merkezlerinde %39,4 (n=13) ile en büyük grubu oluşturduğu, 16 yıl ve üzeri çalışanların ise devlet hastanesinde %52,9 (n=18) ve özel hastanelerde %35,1 (n=20) ile en büyük grubu oluşturduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %48,1'i (n=201) dahili tıp branşlarında, %23,7'si (n=99) cerrahi tıp branşlarında, %13,6'sı (n=57) aile hekimliğinde, %12,4'ü (n=52) acil serviste, %2,2'si (n=9) ise temel tıp bilimlerde çalışmaktadır.

Hekimlerin %57,4'ü (n=240) haftalık 45 saatin üzerinde, %35,9'u (n=150) 40-45 saat arası, %6,7'si (n=28) ise 40 saatin altında çalışmaktadır. Hekimlerin %56,5'i (n=236) gündüz mesai ile birlikte nöbet tuttuklarını, %31,3'ü (n=131) hafta içi 08-17 saatleri arasında çalıştıklarını, %11,5'i (n=48) ise gündüz ve gece shift şeklinde çalıştıklarını belirtmektedir. Katılımcıların son bir sene içerisinde en çok çalıştıkları yerler incelendiğinde %47,9'unun (n=197) poliklinikte, %20,4'ünün (n=84) acil serviste, %15,3'ünün (n=64) yataklı serviste, %11,9'unun (n=49) ise ameliyathanede görev yaptığı görülmektedir.

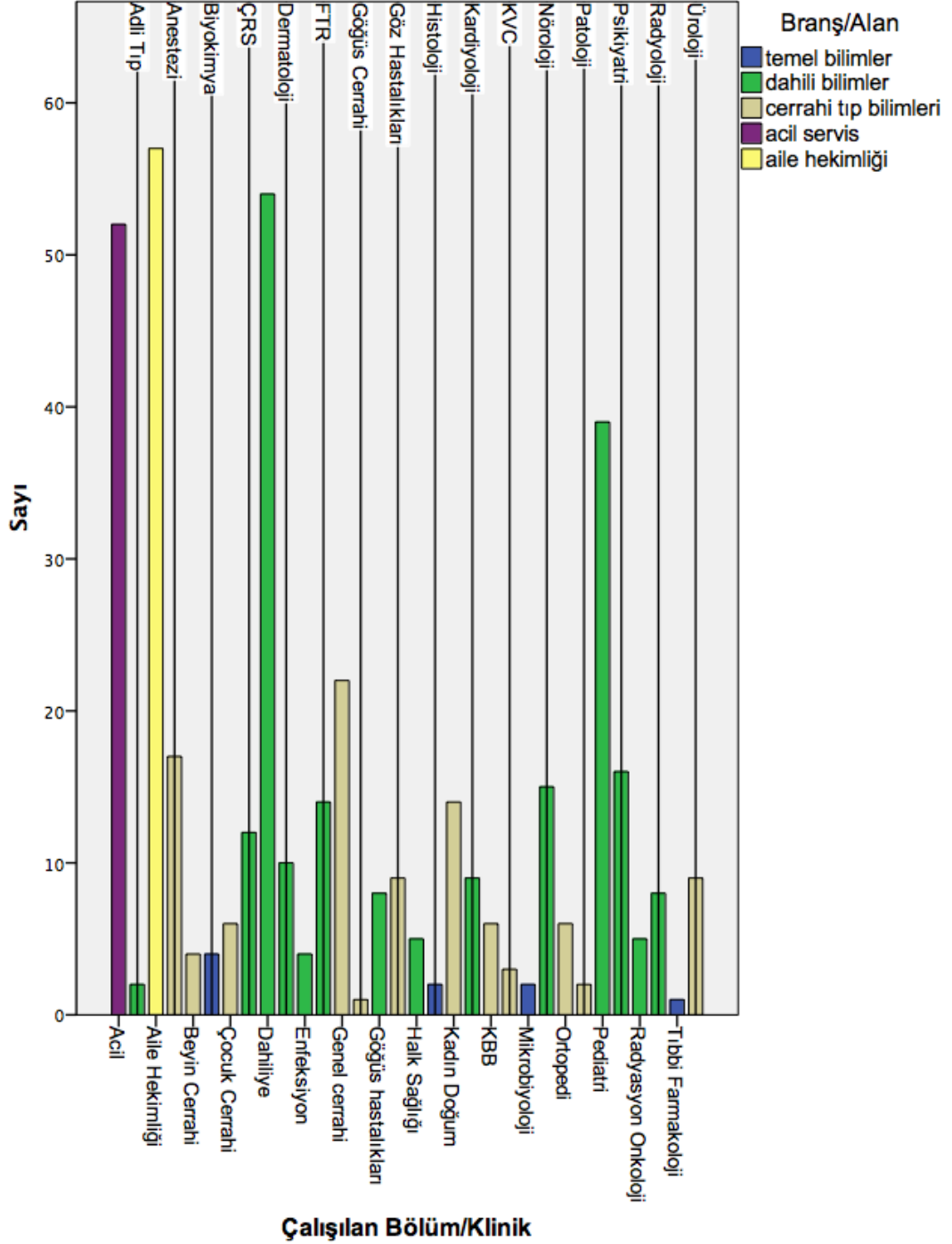
Hekimlerin şu an çalıştıkları birimlerde çalıştıkları sürelerle ve aylık ortalama nöbet sayılarına bakıldığında; %83,3'ü (n=348) oluşturan 1-5 yıl arası çalışanların ortalama 6 nöbet tuttukları, %8,4 (n=35) ile 6-10 yıl arası çalışanların ortalama 4 nöbet tuttukları, %8,4 (n=35) ile 11 yıl ve üzeri çalışanların ise ortalama 3 nöbet tuttukları görülmektedir.

Çalışılan bölümde güvenlik personeli olup olmadığı incelendiğinde, Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimlerin %100'ü (n=33), özel hastanede çalışan hekimlerin %65'i (n=37), üniversitede çalışan hekimlerin %64,3'ü (n=189), devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ise %38,2'si (n=13) çalıştıkları bölümde güvenlik personelinin olmadığını belirtmektedir. Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre çalışma hayatlarına ait özelliklerin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışılan Kurumlara Göre Çalışma Yaşamına Ait Özellikler

		Üniversite		Devlet Hastanesi		Özel Hastane		Aile Sağlığı Merkezi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışılan Süre	1-5 yıl	203	69,0	1	2,9	7	12,3	13	39,4	224	53,6
	6-10 yıl	41	13,9	8	23,5	16	28,1	7	21,2	72	17,2
	11-15 yıl	25	8,5	7	20,6	14	24,6	4	12,1	50	12,0
	≥ 16 yıl	25	8,5	18	52,9	20	35,1	9	27,3	72	17,2
Bölüm	Temel Tıp Bilimleri	9	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,2
	Dahili Tıp Bilimleri	157	53,4	19	55,9	25	43,9	0	0,0	201	48,1
	Cerrahi tıp bilimleri	65	22,1	9	26,5	25	43,9	0	0,0	99	23,7
	Acil servis	40	13,6	5	14,7	7	12,3	0	0,0	52	12,4
	Aile hekimliği	23	7,8	1	2,9	0	0,0	33	100,0	57	13,6
Haftalık Çalışma Saati	<40 saat	15	5,1	4	11,8	7	12,3	2	6,1	28	6,7
	40-45 saat	85	28,9	16	47,1	21	36,8	28	84,8	150	35,9
	>45 saat	194	66,0	14	41,2	29	50,9	3	9,1	240	57,4
Mesai şekli	Hafta içi 08-17 mesai	58	19,7	10	29,4	32	56,1	31	93,9	131	31,3
	Gündüz-Gece Şift	40	13,6	2	5,9	6	10,5	0	0,0	48	11,5
	Gündüz Mesai + Nöbet	193	65,6	22	64,7	19	33,3	2	6,1	236	56,5
	Mesai ve icap	3	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Şu anki birimde çalışılan süre	1-5 yıl	263	89,5	19	55,9	45	78,9	21	63,6	348	83,3
	6-10 yıl	20	6,8	4	11,8	7	12,3	4	12,1	35	8,4
	>11 yıl	11	3,7	11	32,4	5	8,8	8	24,2	35	8,4
Son bir yıl içerisinde en çok çalışılan yer	Acil	69	23,9	7	21,9	7	12,3	1	3,0	84	20,4
	Poliklinik	104	36,0	22	68,8	39	68,4	32	97,0	197	47,9
	Servis	60	20,4	1	3,1	3	5,3	0	0,0	64	15,3
	Laboratuvar	8	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,5
	Ameliyathane	40	13,8	2	6,3	7	12,3	0	0,0	49	11,9
	Radyoloji	4	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
	Yoğun bakım	7	2,4	0	0,0	1	1,8	0	0,0	8	1,9
Güvenlik Personeli	Anabilim Dalı	4	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1
	Var	105	35,7	21	61,8	20	35,1	0	0,0	146	34,9
	Yok	189	64,3	13	38,2	37	65	33	100,0	272	65,1

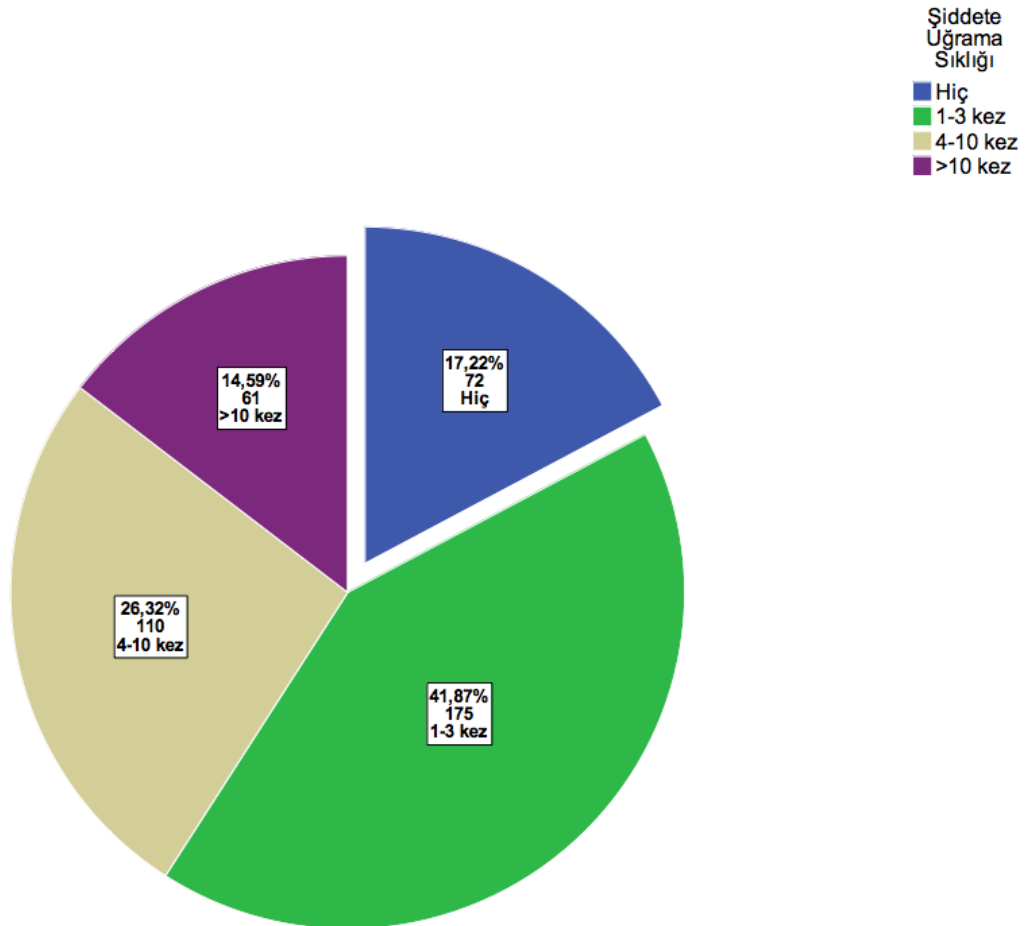
Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları bölümlerin dağılımı Şekil 2 de gösterilmiştir.



Şekil 2. Hekimlerin Çalıştıkları Bölümlere ve Alanlara Göre Dağılımları

4.3 Çalışma Yaşamı Süresince Karşılaşılan Şiddetin Özellikleri

Çalışmaya katılan hekimlerin %82,78'i (n= 346) çalışma yaşamı süresince en az bir kez işyerinde şiddete uğradığını belirtmiştir. Şiddete uğrama sıklıklarına bakıldığında en büyük grup %41,87 (n=175) ile 1-3 kez şiddete uğrayanlar olup bu grubu onu %26,32 (n=110) ile 4-10 kez, %14,59 (n=61) ile de 10 kez ve üzeri şiddete uğrayanlar izlemektedir. Hekimlerin psikolojik şiddete uğrama sıklığı %82,78 iken, fiziksel şiddete uğrama sıklığı ise %22,5'dir. Hekimlerin yalnızca %17,22'si (n=72) meslek hayatı boyunca şiddete uğramamıştır. Hekimlerin meslek hayatlarında şiddete uğrama durumlarının dağılımı Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Çalışma Yaşamı Süresince Şiddete Uğrama Durumu

Hekimlerin hayat boyu maruz kaldıkları şiddetin türlerine bakıldığında, şiddete uğrayan hekimlerin %100'ü psikolojik şiddete, %27,2'si fiziksel şiddete uğramıştır. Psikolojik şiddetin alt tiplerinde en fazla görüleni sözel şiddet (%94,8) iken, bunu tehdit (%67), mobbing (%32,4) ve taciz (%1,7) izlemektedir. Psikolojik şiddet her iki cinsiyette de şiddete uğrayanların tamamında görülmekle beraber, araştırmaya katılan kadın hekimlerde görülme oranı (%86,2), erkeklerden (%78,5) daha yüksek iken fiziksel şiddet ise erkek hekimlerde daha fazla görülmektedir. Şiddetin türü ile cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma hayatı süresince maruz kalınan şiddet türlerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hayat Boyu Maruz Kalınan Şiddet Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı*

	Şiddete Uğrayanlar n=346				Tüm Katılımcılar N=418	
	Kadın		Erkek		n	%
	n	%	n	%		
Psikolojik Şiddet	200	100	146	100	346	82,78
Sözel Şiddet	188	94	140	95,9	328	78,5
Tehdit	113	56,5	97	66,4	210	50,2
Mobbing	69	34,5	43	29,5	112	26,8
Taciz	3	1,5	3	2	6	1,4
Fiziksel Şiddet	38	19	56	38,4	94	22,5
Fiziksel Saldırı	37	8,5	56	38,4	93	22,2
Cinsel Saldırı	1	0,5	2	1,4	3	0,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin %86,2'si (n=200), erkeklerin ise %78,5'i (n=146) çalışma hayatı süresince en az bir defa işyerlerinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmiş olup şiddete uğrama ile cinsiyetler arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4).

Acil servislerde çalışan hekimlerin %98,1'i, aile hekimlerinin %84,2'si, dahili branşlarda çalışan hekimlerin %81,6'sı, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin %79,8', temel bilimlerde çalışan hekimlerin ise %44'ü çalışma hayatlarında en az bir kez şiddete uğradıklarını bildirmişlerdir. Hekimlerin çalıştıkları alanlarla uğradıkları şiddet arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,01$) (Tablo 4).

Hekimlerin mesai biçimleriyle şiddete uğrama durumlarının ilişkisi incelendiğinde en çok şiddete uğrayan grubun %97,9 ile gündüz-gece shift şeklinde çalışan hekimlerin olduğu, ikinci sırada %83,3 ile mesai ile birlikte nöbet tutan hekimlerin olduğu görülmüştür. En az şiddete uğrayan grubun ise %76,3 ile hafta içi gündüz mesaisi yapan hekimler olduğu tespit edilmiş ve bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4).

Hekimlerin diğer özellikleriyle (kurum, yaş, unvan, medeni durum, çalışma yılı, güvenlik personeli varlığı) çalışma hayatı boyu şiddete uğrama durumlarının ilişkisi değerlendirilmiş ve en fazla şiddete devlet hastanesinde çalışan, asistan hekim olarak görevli, 40-49 yaş grubu, evli, 6-10 yıl arası çalışan ve çalıştığı bölümde güvenlik personeli olan hekimlerin uğradığı, ama bu özellikler kendi içlerinde değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin Sosyodemografik ve Çalışma Hayatıyla İlgili Özelliklerine Göre Hayat Boyu Şiddete Uğrama Durumları

Değişkenler		Şiddete Uğrama Durumu					P*
		Yok		Var		Toplam	
		n	%	n	%	n	
Cinsiyet	Kadın	32	13,8	200	86,2	232	,038
	Erkek	40	21,5	146	78,5	186	
Yaş	<29	38	19,7	155	80,3	193	,73
	30-39	19	13,2	125	86,8	144	
	40-49	6	11,8	45	88,2	51	
	>50	9	30,0	21	70,0	30	
Medeni Durum	Evli	36	14,9	206	85,1	242	,136
	Evli Değil	36	20,5	140	79,5	176	
Çalışılan Kurum	Üniversite	55	18,7	239	81,3	294	,509
	Devlet Hastanesi	3	8,8	31	91,2	34	
	Özel Hastane	9	15,8	48	84,2	57	
	Aile Sağlığı M.	5	15,2	28	84,8	33	
Unvan	Asistan Dr.	42	19,0	179	81,0	221	,345
	Pratisyen Dr.	4	9,8	37	90,2	41	
	Uzman Dr.	26	16,7	130	83,3	156	
Meslekte Çalışma Süresi	1-5 yıl	44	19,6	180	80,4	224	,260
	6-10 yıl	8	11,1	64	88,9	72	
	11-15 yıl	6	12,0	44	88,0	50	
	≥ 16 yıl	14	19,4	58	80,6	72	
Alan/Branş	Temel bilimler	5	55,6	4	44,4	9	,001
	Dahili bilimler	37	18,4	164	81,6	201	
	Cerrahi bilimler	20	20,2	79	79,8	99	
	Acil servis	1	1,9	51	98,1	52	
	Aile hekimliği	9	15,8	48	84,2	57	
Mesai Şekli	Hafta içi 08-17 mesai	31	23,7	100	76,3	131	,003
	Gündüz-Gece Shift	1	2,1	47	97,9	48	
	Mesai + Nöbet	40	16,7	199	83,3	239	
Güvenlik Personeli	Var	22	15,1	124	84,9	146	,392
	Yok	50	18,4	222	81,6	272	

*ki kare testi uygulanmıştır

4.4 Son Bir Sene İçerisinde Maruz Kalınan Şiddet Olaylarının Özellikleri

Çalışmaya katılan hekimlerin %58,4'ü (n=244) son bir sene içerisinde en az bir kez şiddet olayına maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddet tiplerine bakıldığında ise hekimlerin %56,2'si (n=235) psikolojik şiddete, %12,2'si (n=51) fiziksel şiddete ve %10'u (n=42) ise her iki şiddet türüne de uğradıklarını belirtmiştir.

Psikolojik şiddetin türlerini incelediğimizde %93,2'sinin (n=219) sözel şiddet, %44,7'sinin (n=105) tehdit, %28,9'unun (n=68) mobbing ve %0,4'ünün (n=1) cinsel taciz olduğu görülmektedir.

Fiziksel şiddet türlerinin tamamı fiziksel saldırı olmakla birlikte bu saldırıların %66,7'si (n=34) itme, %29,4'ü (n=15) yumruk atma, %11,8'i (n=6) ise bir nesne ile vurma şeklindedir.

Tablo 5. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde İşyerinde Maruz Kaldıkları Şiddet Tiplerinin Dağılımı

Şiddet Tipleri			Sayı	Yüzde
Psikolojik Şiddet N=235 (%56,2)		Sözel Şiddet	219	93,2
		Tehdit	105	44,7
		Mobbing	68	28,9
		Cinsel Taciz	1	0,4
Fiziksel Şiddet N=51 (%12,2)	Fiziksel Saldırı N=51 (%100)	İtmek	34	66,7
		Yumruk Atmak	15	29,4
		Nesne İle Vurmak	6	11,8
		Isırmak	2	3,9
		Kesici Alet	2	3,9
	Cinsel Saldırı N=0			
Fiziksel + Psikolojik Şiddet			42	10,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Şiddete uğrayan hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları tablo 6 da incelenmiştir. Buna göre:

Fiziksel şiddete daha çok erkek hekimlerin, psikolojik şiddete ise kadın hekimlerin uğradığı görülmektedir. Şiddet tiplerinin cinsiyetlere göre dağılımının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Yaş gruplarına baktığımız zaman psikolojik şiddete uğrayan hekimler arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$), 29 yaş altı hekimlerin %62,7 ile en çok şiddete uğradığı, 50 yaş üzeri hekimlerin ise %30 ile en az şiddete uğradığı görülmektedir. Fiziksel şiddet ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Fiziksel şiddete evli olan hekimlerin daha sık maruz kaldığı, psikolojik şiddete ise evli olmayan hekimlerin daha sık maruz kaldığı görülmekle birlikte bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hekimlerin unvanlarına göre şiddete uğrama durumlarına baktığımızda asistan hekimlerin (%63,3) ve pratisyen hekimlerin (%65,9), uzman hekimlere (%43,6) göre daha yüksek oranda psikolojik şiddete uğradığı görülmektedir ($p>0,05$). Fiziksel şiddete de en sık pratisyen hekimlerin uğradığı ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Her iki şiddet tipine uğrayan hekimlerin de çalıştıkları kurumlara göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Fiziksel şiddetin en sık devlet hastanesinde, en az Aile Sağlığı Merkezlerinde olduğu; psikolojik şiddetin ise yine en sık devlet hastanesinde, en az ise özel hastanelerde olduğu görülmektedir.

Meslekte çalışma süresi açısından incelediğimizde psikolojik şiddete meslekte ilk 5 yılı içerisinde olan hekimlerin en sık, 16 yıl ve üzeri çalışanların ise en az uğradığı görülmüştür. Bu veriler ışığında çalışma süresiyle psikolojik şiddet arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), fiziksel şiddete uğrayan hekimler ile arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 6. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Maruz Kaldıkları Şiddet Olaylarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Fiziksel Şiddet			Psikolojik Şiddet		
		Sayı	Yüzde	P	Sayı	Yüzde	P
Cinsiyet	Kadın	21	9,1	0,028*	149	64,2	,000*
	Erkek	30	16,1		86	46,2	
Yaş	<29	23	11,9	0,835**	121	62,7	,005**
	30-39	18	12,5		75	52,1	
	40-49	5	9,8		30	58,8	
	>50	5	16,7		9	30,0	
Medeni Durum	Evli	34	14,0	0,176*	130	53,7	,227*
	Evli Değil	17	9,7		105	59,7	
Unvan	Asistan Dr.	26	11,8	0,603**	140	63,3	,000**
	Pratisyen Dr.	7	17,1		27	65,9	
	Uzman Dr.	18	11,5		68	43,6	
Kurum	Üniversite	30	10,2	0,072**	172	58,5	,032**
	Devlet Hastanesi	8	23,5		22	64,7	
	Özel Hastane	10	17,5		22	38,6	
	Aile Sağlığı Merkezi	3	9,1		19	57,6	
Meslekte Çalışma Süresi	1-5 yıl	24	10,7	0,565**	141	62,9	,019**
	6-10 yıl	12	16,7		35	48,6	
	11-15 yıl	7	14,0		27	54,0	
	≥ 16 yıl	8	11,1		32	44,4	

*=Mann Whitney U testi, **=Kruskal Wallis H testi

Hekimlerin son bir sene içerisinde maruz kaldıkları şiddet olaylarının çalışma hayatıyla ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Hem fiziksel hem de psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin çalıştıkları branşlara göre dağılımlarına baktığımızda en sık acil servis hekimlerinin şiddete maruz kaldığı, temel bilimlerde çalışan hekimlerin ise son 1 sene içerisinde şiddete uğramadığı görülmektedir. Branşlara göre oluşan bu farklılıkların her iki şiddet tipinde de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin çalışma hayatıyla ilgili diğer özellikleri incelendiğinde mesai şekli, son bir yıl içerisinde çalıştığı yer ve çalıştığı bölümde güvenlik personeli olup olmaması durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep olduğu ($p<0,05$), şimdiki biriminde çalışma süresi ve haftalık çalışma saati durumlarının ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin çalışma hayatıyla ilgili diğer özelliklerine baktığımızda ise şimdiki biriminde çalışma süresi, haftalık çalışma saati ve mesai şekli durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep olduğu ($p<0,05$), son bir yıl içerisinde çalıştığı yer ve çalıştığı bölümde güvenlik personeli olması durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 7. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisindeki Maruz Kaldıkları Şiddet Olaylarının Çalışma Hayatıyla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

		Fiziksel Şiddet			Psikolojik Şiddet		
		Sayı	Yüzde	P	Sayı	Yüzde	P
Alan/ Branş	Temel Bilimler	0	0,0	,000**	0	0,0	,000**
	Dahili Bilimler	18	9,0		108	53,7	
	Cerrahi Bilimler	10	10,1		52	52,5	
	Acil Servis	20	38,5		41	78,8	
	Aile Hekimliği	3	5,3		34	59,6	
Şimdiki Birimde Çalışma Süresi	1-5 yıl	43	12,4	,977**	205	58,9	,042**
	6-10 yıl	4	11,4		14	40,0	
	>11 yıl	4	11,4		16	45,7	
Haftalık Çalışma Saati	<40 saat	2	7,1	,124**	9	32,1	,000**
	40-45 saat	13	8,7		67	44,7	
	>45 saat	36	15,0		159	66,3	
Mesai Şekli	Hafta içi 08-17	10	7,5	,000**	51	38,1	,000**
	Gündüz-Gece Shift	19	39,6		38	79,2	
	Mesai + Nöbet	22	9,3		146	61,9	
Son Bir Yıl İçerisinde En Çok Çalışılan Yer	Acil	23	27,4	,001**	56	66,7	,220**
	Poliklinik	17	8,6		104	52,8	
	Servis	6	9,5		37	58,7	
	Ameliyathan e	5	10,2		30	61,2	
	Diğer	0	0,0		7	38,9	
Güvenlik Personeli	Var	30	20,5	,000*	88	60,3	,221*
	Yok	21	7,7		147	54,0	

*=Mann Whitney U testi, **=Kruskal Wallis H testi

Tablo 8. Şiddet Uygulayan Kişilerin Hatırlandığı Kadarıyla Özellikleri

		Fiziksel Şiddet		Psikolojik Şiddet		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Saldırgan Kim*	Hasta	15	29,4	137	58,3	152	53,1
	Hasta Yakını	40	78,4	192	81,7	232	81,1
	Sağlık Çalışanı	2	3,9	70	29,8	72	25,4
Yaş	<18	1	2,0	2	0,9	3	1
	19-30	14	27,5	46	19,6	60	21
	31-40	25	49,0	117	49,8	142	49,7
	41-50	10	19,6	54	23,0	64	22,3
	51-65	1	2,0	15	6,4	16	5,6
	>65	0	0,0	1	0,4	1	0,4
Cinsiyet	Kadın	13	25,5	46	19,6	59	20,6
	Erkek	35	68,6	146	62,1	181	63,3
	Erkek ve Kadın	3	5,9	43	18,3	46	16,1
Sizce Şiddet Uygulayan Kişinin?	Herhangi Bir Hastalığı Yoktu	40	78,4	195	83	235	82,2
	Psikiyatrik Hastalığı Vardı	8	15,7	27	11,5	35	12,2
	Alkol/Uyuşturucu Etkisindeydi	3	5,9	8	3,4	11	3,8
	Ağır Bir Hastalığı Vardı	0	0,0	5	2,1	5	1,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Son bir sene içerisinde hekimlere şiddet uygulayan kişilerin, hekimlerin hatırladığı kadarıyla özellikleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Şiddet uygulayanların %81,1’i (n=232) hasta yakınları, %53,1’i (n=152) hasta, %25,4’ü (n=72) ise sağlık çalışanıdır. Bu dağılım şiddet türleri içerisinde de benzer şekilde oluşmuştur. Saldırganların yaşlarının ise en sık olarak %49,7 ile 31-40 yaş arasında olduğu, ikinci olarak da %22,3 ile 41-50 yaş arası olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin %63,6’sı saldırganın erkek olduğunu, %20,6’sı kadın olduğunu, %16,1’i ise hem erkek hem de kadın saldırganlar tarafından şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir. “Saldırganın şiddet uygulamasına sebep olabilecek herhangi bir rahatsızlığı var mıydı?” sorusuna hekimlerin %82,2’si (n=235) “Herhangi bir hastalığı yoktu”, %12,2’si (n=35) “Psikiyatrik hastalığı vardı”, %3,8’i (n=11) “Alkol ve uyuşturucu etkisindeydi”, %1,8’i (n=5) ise “Ağır bir hastalığı vardı” cevabını vermişlerdir.

Hekimlerin şiddet olayı sürecinde yaşadıklarıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplar tablo 9 da gösterilmiştir.

Hekimlerin %79,4'ü (n=227) şiddet sonrası adli bildirim yapmadığını, %20,6'sı ise yaptığını ifade etmiştir. Bunun yanında fiziksel şiddete uğrayanların %39,2'si, psikolojik şiddete uğrayanların ise %16,6'sı adli bildirim yaptıklarını belirtmişlerdir.

Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin %17,6'sı olay sonrası sağlık raporu alırken, psikolojik şiddete uğrayanların ise sadece %2,6'sı sağlık raporu almıştır.

Fiziksel şiddete uğrayanların %9,8'i, psikolojik şiddete uğrayanların ise %5,1'i psikolojik yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

Psikolojik şiddet dolayısıyla şikayetçi olan hekimlerin %39,5'i soruşturmanın devam ettiğini, %27,9'u takipsizlik kararı çıktığını, %20,9'u saldırganın cezasının ertelendiğini, %11,6'sı ise saldırgana para cezası verildiğini belirtmiştir.

Fiziksel şiddet dolayısıyla şikayetçi olan hekimlerin ise %36,4'ü soruşturmanın devam ettiğini, %27,3'ü saldırgana para cezası verildiğini, %22,7'si takipsizlik kararı çıktığını, %9,1'i saldırganın cezasının ertelendiğini ve %4,5'i (n=1) saldırgana hapis cezası verildiğini belirtmiştir.

Şikayetçi olmayan hekimlerin neden şikâyet etmedikleri ile ilgili soruya verdikleri cevaplara bakıldığında %37,3'ü adli süreçten bir sonuç çıkacağını düşünmediklerini, %27,7'si adli sürecin çok uzun olduğunu, %16,2 'si ise şiddeti olağan karşıladıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Hekimlerin Şiddet Olayı Sürecinde Yaşadıklarıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar

	Psikolojik Şiddet		Fiziksel Şiddet		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Şiddet sonrası adli bildirim yaptınız mı?						
Evet	39	16,6	20	39,2	59	20,6
Hayır	196	83,4	31	60,8	227	79,4
Şiddet Nedeniyle Sağlık Raporu Aldınız Mı?						
Evet	6	2,6	9	17,6	15	5,2
Hayır	229	97,4	42	82,4	271	94,8
Olay sonrası psikolojik yardım aldınız mı?						
Evet	12	5,1	5	9,8	17	5,9
Hayır	223	94,9	46	90,2	269	94,1
Şikayetçi olduysanız soruşturmanın sonucu ne oldu?						
Takipsizlik aldı	12	27,9	5	22,7	17	26,2
Para cezası verildi	5	11,6	6	27,3	11	16,9
Cezası ertelendi	9	20,9	2	9,1	11	16,9
Devam ediyor	17	39,5	8	36,4	25	38,5
Hapis cezası verildi	0	0,0	1	4,5	1	1,5
Şikayetçi Olmadıysanız Nedeni? *						
Şiddeti Olağan Karşıladım	52	22,1	4	7,8	56	16,2
Şiddet Uygulayan Kişi Özür Diledi	23	9,8	4	7,8	27	7,8
Zarar Görme Korkusu Yaşadım	22	9,4	9	17,6	31	8,9
İşten Atılma Korkusu Yaşadım	1	0,4	3	5,9	4	1,2
Adli Süreç Çok Uzun Olduğu İçin	86	36,6	10	19,6	96	27,7
Adli Süreçten Bir Sonuç Çıkacağını Düşünmedim	113	48,1	16	31,4	129	37,3
Ailesel/Çevresel Baskı Gördüm	3	1,3	0	0,0	3	0,9

*Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir

Psikolojik ve fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre yaşadıkları şiddet olayıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 10 ve Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 10. Psikolojik Şiddete Uğrayan Hekimlerin Kurumlara Göre Şiddet Olayıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar

		Üniversite		Devlet Hastanesi		Özel Hastane		Aile Sağlığı Merkezi		Toplam	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Şiddeti Uygulayan Kişi*	Hasta	95	55,2	14	63,6	16	72,7	12	63,2	137	58,3
	Hasta Yakını	145	84,3	22	100	13	59,1	12	63,2	192	81,7
	Sağlık Çalışanı	63	36,6	3	13,6	0	0,0	4	21,1	70	29,8
Şiddete esnasında yalnız mıydınız?	Evet	83	48,3	12	54,5	11	50,0	13	68,4	119	50,6
	Hayır	89	51,7	10	45,5	11	50,0	6	31,6	116	49,4
Şiddetin Meydana Geldiği Yer*	Acil Servis	66	38,4	8	36,4	7	31,8	4	21,1	85	36,2
	Poliklinik	96	55,8	17	77,3	13	59,1	17	89,5	143	60,9
	Yataklı Servis	61	35,5	1	4,5	3	13,6	0	0,0	65	27,7
	Ameliyathane	11	6,4	0	0,0	2	9,1	0	0,0	13	5,5
	Diğer Birimler	4	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7
Şiddetin Meydana Geldiği Saat Aralığı	08:00-16:00	96	55,2	16	72,7	16	72,7	16	84,2	144	61,3
	16:00-08:00	40	23,3	3	13,6	5	22,7	1	5,3	49	20,9
	Her iki saat aralığında	36	20,3	3	13,6	1	4,5	2	10,5	42	17,9
Toplam		172	73,1	22	9,4	22	9,4	19	8,1	235	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 11. Fiziksel Şiddete Uğrayan Hekimlerin Kurumlara Göre Şiddet Olayıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar

		Üniversite		Devlet Hastanesi		Özel Hastane		Aile Sağlığı Merkezi		Toplam	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Şiddeti Uygulayan Kişi*	Hasta	7	23,3	4	50,0	3	30,0	1	33,3	15	29,4
	Hasta Yakını	25	83,3	6	75,0	7	70,0	2	66,7	40	78,4
	Sağlık Çalışanı	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,9
Şiddete esnasında yalnız mıydınız?	Evet	12	40,0	1	12,5	5	50,0	2	66,7	20	39,2
	Hayır	18	60,0	7	87,5	5	50,0	1	33,3	31	60,8
Şiddetin Meydana Geldiği Yer*	Acil Servis	16	53,3	4	50,0	5	50,0	1	33,3	26	51,0
	Poliklinik	10	33,3	5	62,5	4	40,0	2	66,7	21	41,2
	Yataklı Servis	5	16,7	0	0,0	1	10,0	0	0,0	6	11,8
	Ameliyathane	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,9
Şiddetin Meydana Geldiği Saat Aralığı	08:00-16:00	12	40,0	3	37,5	7	70,0	1	33,3	23	45,1
	16:00-08:00	14	46,7	5	62,5	3	30,0	2	66,7	24	47,1
	Her iki saat aralığında	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	7,8
Toplam		30	58,8	8	15,7	10	19,6	3	5,9	51	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Son bir sene içerisinde psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin (n=235) %49,4'ü (n=116) şiddete en fazla sebep olan etkenin bilinçsiz hasta yakını, %48,1'i (n=113) bekleme süresinin uzunluğu, %42,1'i (n=) ise hasta sayısının fazla olması olarak belirtmişlerdir.

Kurumlara göre baktığımızda; üniversitede çalışan hekimler en fazla (%51,7) bekleme süresinin uzun olmasını, devlet hastanesi (%63,6) ve özel hastanede (%45,5) çalışan hekimler bilinçsiz hasta yakınlarını, aile sağlığı merkezinde çalışan hekimler ise (%57,9) haksız tıbbi belge/rapor istenmesinin şiddete neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Hekimlere göre şiddetin nedenlerinin kurumlara göre farklılık gösterme durumlarını incelediğimizde; bekleme süresinin uzunluğu, hasta sayısının fazlalığı, hastanın ihmal edildiğini düşünmesi, izlenen sağlık politikaları, haksız tıbbi belge talep edilmesi, aşırı iş yoğunluğu seçeneklerinin kurumlar arasında dağılımının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Son bir sene içerisinde psikolojik şiddete uğrayan hekimlere göre şiddetin nedenleri ve kurumlara göre dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrayan Hekimlere Göre Şiddetin Nedenleri

	Üniversite		Devlet Hastanesi		Özel Hastane		Aile Sağlığı Merkezi		P*	Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
Bilinçsiz Hasta Yakını	87	50,6	14	63,6	10	45,5	5	26,3	,108	116	49,4
Bekleme Süresinin Uzunluğu	89	51,7	12	54,5	9	40,9	3	15,8	,021	113	48,1
Hasta Sayısının Fazlalığı	78	45,3	12	54,5	7	31,8	2	10,5	,012	99	42,1
Hastanın İhmal Edildiğini Düşünmesi	79	45,9	8	36,4	3	13,6	4	21,1	,008	94	40
İzlenen Sağlık Politikaları	73	42,4	12	54,5	3	13,6	3	15,8	,004	91	38,7
Haksız Tıbbi Belge Talep Edilmesi	47	27,3	12	54,5	8	36,4	11	57,9	,006	78	33,2
Aşırı İş Yoğunluğu	56	32,6	6	27,3	1	4,5	1	5,3	,005	64	27,2
Kötü İletişim/Yanlış Anlama	51	29,7	5	22,7	2	9,1	4	21,1	,190	62	26,4
Tedaviyi Beğenmeme	34	19,8	6	27,3	3	13,6	4	21,1	,728**	47	20
Saldırganın Alkol/İlaç Etkisinde Olması	6	3,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	,659**	7	3

Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.

*Ki kare testi, ** fischer exact test

Hekimlerin yaşadıkları şiddet olayı sonrası hastalarla ilişkilerinin nasıl etkilendiğine dair verdikleri yanıtlar Tablo 13’de gösterilmiştir

Psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin %44,7’si şiddetin hastalarıyla ilişkisini etkilemediğini, %31,9’u artık mümkün olduğu kadar az hasta görmeye çalıştığını, %28,1’i ise artık hasta ve hasta yakınlarıyla konuşmamaya çalıştığını ifade etmiştir.

Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin ise %41,2’si artık hasta ve hasta yakınlarıyla konuşmamaya çalıştığını, %37,3’ü etkilenmediğini, %27,5’i ise artık mümkün olduğu kadar az hasta görmeye çalıştığını belirtmişlerdir.

Tablo 13. Hekimlerin “Yaşadığınız Şiddet Olayı Hastalarla Olan İlişkinizi Nasıl Etkiledi” Sorusuna Verdikleri Cevaplar

	Fiziksel Şiddet		Psikolojik Şiddet		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Etkilemedi	19	37,3	105	44,7	124	43,4
Artık Hasta/Hasta Yakınlarıyla Konuşmamaya Çalışıyorum	21	41,2	66	28,1	87	30,4
Artık Mümkün Olduğu Kadar Az Hasta Görmeye Çalışıyorum	14	27,5	75	31,9	89	31,1
Bölümümü Değiştirdim/Değiştirmek İstiyorum	2	3,9	12	5,1	14	4,9
Kurumumu Değiştirdim/Değiştirmek İstiyorum	1	2,0	11	4,7	12	4,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Şiddete uğrayan hekimlerin şiddet sonrası yaşadıklarıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. *Şiddete Uğrayan Hekimlerin Şiddet Sonrası Yaşadıklarıyla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar**

	Fiziksel Şiddet		Psikolojik Şiddet		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Olayın Yaşandığı Ortamda Rahatsızlık Duydum	17	33,3	95	40,4	112	39,2
Tekrar Olacağını Düşünerek Çalışırken Sürekli Tedirginim	21	41,2	82	34,9	103	36
Tamamen Unuttum, Hatırlamadım	12	23,5	54	23,0	66	23,1
Sürekli Olayı Hatırladım	12	23,5	41	17,4	53	18,5
Olayı Tekrar Yaşıyormuş Gibi Hissettim	12	23,5	38	16,2	50	17,5
İş Dışı Sosyal Aktivitelerim Azaldı	2	3,9	8	3,4	10	3,5
Yerimin Değişmesi Başvurusunda Bulundum	2	3,9	7	3,0	9	3,1
Uykuda Olayla İlgili Kabuslar Görüyorum	0	0,0	5	2,1	5	1,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 15. *Şiddete Uğrayan Hekimlerin Şiddet Karşısında Verdikleri Tepkiler**

	Fiziksel Şiddet		Psikolojik Şiddet	
	N	%	N	%
Sözlü Karşılık Verdim	12	23,5	118	50,2
Güvenlik Görevlisi Çağırdım	29	56,9	76	32,3
Olay Yerinden Uzaklaştım	20	39,2	47	20,0
Odadan Kovdum	4	7,8	60	25,5
Beyaz Kod Verdim	22	43,1	39	16,6
Tepki Vermedim	4	7,8	51	21,7
Tedavi Vermeyi Reddettim	8	15,7	37	15,7
Bir Meslektaşımı/ Arkadaşımı Çağırdım	7	13,7	15	6,4
Fiziksel Karşılık Verdim	3	5,9	1	0,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin %56,9'u olay esnasında güvenlik görevlisi çağırdığını, %43,1'i beyaz kod verdiğini, %39,2'si ise olay yerinden uzaklaştığını ifade ederken; psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin %50,2'si sözel karşılık verdiğini, %32,3'ü güvenlik görevlisi çağırdığını, %25,5'i saldırganı ise odadan kovduğunu belirtmiştir (Tablo 15).

Son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin şiddet karşısında verdikleri tepkiler Tablo 16’da incelenmiştir.

Hekimlerin genellikle saldırganlara (%50,2) sözlü karşılık verdikleri, ikinci olarak ise (%32,3) güvenlik görevlisi çağırdıkları görülmüştür. Güvenlik görevlisi bulunmayan Aile Sağlığı Merkezlerinde ise hekimlerin %52,6’sı saldırganı odadan kovdum şeklinde yanıt vermiştir. Ayrıca hekimlerin %21,7’si şiddet karşısında herhangi bir tepki vermediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 16. Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrayan Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Şiddet Karşısında Verdikleri Tepkiler*

	Üniversite		Devlet Hastanesi		Özel Hastane		Aile Sağlığı Merkezi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sözlü Karşılık Verdim	78	45,3	15	68,2	14	63,6	11	57,9	118	50,2
Güvenlik Görevlisi Çağırdım	58	33,7	10	45,5	7	31,8	1	5,3	76	32,3
Odadan Kovdum	37	21,5	6	27,3	7	31,8	10	52,6	60	25,5
Tepki Vermedim	41	23,8	7	31,8	1	4,5	2	10,5	51	21,7
Olay Yerinden Uzaklaştım	37	21,5	3	13,6	2	9,1	5	26,3	47	20
Beyaz Kod Verdim	31	18,0	6	27,3	1	4,5	1	5,3	39	16,6
Tedavi Vermeyi Reddettim	27	15,7	8	36,4	2	9,1	0	0,0	37	15,7
Bir Meslektaşımı / Arkadaşımı Çağırdım	13	7,6	0	0,0	1	4,5	1	5,3	15	6,4
Fiziksel Karşılık Verdim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	0,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmamıza katılan 418 hekimin sadece %22,7'si (n=95) sağlık personeline şiddet ile ilgili eğitim almış, %77,3'ü (n=323) ise eğitim almamıştır. Şiddetle ilgili eğitim alanların fiziksel ve psikolojik şiddete uğrama sıklığı almayanlara göre daha düşük bulunmuş, ayrıca psikolojik şiddetle eğitim alma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep olduğu ($p<0,05$) görülmüştür (Tablo17).

Tablo 17. Hekimlerin Sağlık Personeline Şiddet İle İlgili Eğitim Almalarına Şiddete Uğrama Durumları Arasındaki İlişki

		Sağlık Personeline Şiddet ile İlgili Eğitim Aldınız mı?				
		Evet		Hayır		P*
		N	%	N	%	
Fiziksel Şiddet	Var	10	10,5	41	12,7	,570
	Yok	85	89,5	282	87,3	
Psikolojik Şiddet	Var	45	47,4	190	58,8	,048
	Yok	50	52,6	133	41,2	
Toplam		95	22,7	323	77,3	

*Ki kare testi

4.5 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri ve Betimleyici İstatistikleri

Ölçekte kullanılan maddelerin tamamına, ayrıca faktörler bazında güvenilirlik analizi yöntemlerinden olan Cronbach's alfa yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem ile ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Cronbach's alfa değeri ölçekte yer alan soruların varyanslarının genel varyansa oranı ile bulunur. 0 ile 1 arasında değer alır. 0,60-0,80 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası yüksek güvenirliliktir. Ayrıca ölçekte yer alan maddelerin korelasyonlarının 0,20'nin altında olmamasına dikkat edilir. Bu değer altında yer alan maddeler

güvenilirlik analizinde yer almaz. Bu şekilde Minnesota İş Doyum Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve bunların alt ölçekleri için güvenilirlik analizi uyguladığımızda elde edilen sonuçlar Tablo 18 de gösterilmektedir.

Tablo 18. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

		Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
Minnesota İş Doyum Ölçeği	Genel İş Doyumu	0,925	20
	İçsel Doyum	0,895	12
	Dışsal Doyum	0,839	8
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	MTÖ	0,772	22
	Duygusal Tükenme	0,912	9
	Duyarsızlaşma	0,833	5
	Kişisel Başarı	0,817	8
İntihar Olasılığı Ölçeği	İÖÖ	0,884	36
	Umutsuzluk	0,765	12
	İntihar Düşüncesi	0,812	8
	Kendini Olumsuz Değerlendirme	0,537	9
	Düşmanlık	0,661	7

Ölçeklerin güvenilirlik katsayıları sırasıyla; Minnesota İş Doyum Ölçeği genel iş doyumunu 0,925, içsel doyum 0,895, dışsal doyum 0,839, MTÖ 0,772, MTÖ'nün alt ölçekleri için duygusal tükenme 0,912, duyarsızlaşma 0,833 ve kişisel başarı 0,817, ayrıca İÖÖ 0,884, alt ölçekleri için umutsuzluk 0,765, intihar düşüncesi 0,812, kendini olumsuz değerlendirme 0,537, düşmanlık ise 0,661 olarak bulunmuştur. İÖÖ alt ölçeklerinden kendini olumsuz değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği haricinde, diğer ölçeklerin güvenilirlikleri oldukça iyidir. Sonuç olarak geliştirdiğimiz bu ölçek ölçmek istediğimiz olguyu iyi bir şekilde ölçmektedir. Kısaca uyguladığımız bu ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 19. Araştırmaya katılanların İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı puan ortalamaları

	Ortalama	Puan Aralığı Maks-Min	Standart Sapma
Minnesota İş Doyum Ölçeği			
Genel İş Doyum	3,35	5,00-1,30	,67
Dışsal İş Doyum	3,13	5,00-1,25	,76
İçsel İş Doyum	3,50	5,00-1,17	,68
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	18,30	36-0	8,12
Duyarsızlaşma	7,55	20-0	4,72
Kişisel Başarı	21,41	32-3	5,43
İntihar Olasılığı Ölçeği			
İÖÖ Toplam	53,16	103-31	13,96
Umutsuzluk	18,17	37-8	6,03
İntihar Düşüncesi	11,19	35-8	4,46
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	12,74	24-6	3,51
Düşmanlık	10,28	23-6	3,00

Araştırmaya katılan hekimlerin Minnesota İş Doyum Ölçeğinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde; “Genel Doyum” boyutundan $3,35 \pm 0,67$, “İçsel Doyum” alt boyutundan $3,50 \pm 0,68$ ve “Dışsal Doyum” alt boyutundan $3,13 \pm 0,68$ puan alındığı bulunmuştur (Tablo 19).

Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; “Duygusal Tükenme” boyutundan $18,30 \pm 8,12$, “Duyarsızlaşma” boyutundan $7,55 \pm 4,72$ ve “Kişisel Başarı” boyutundan $21,41 \pm 5,43$, puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 19).

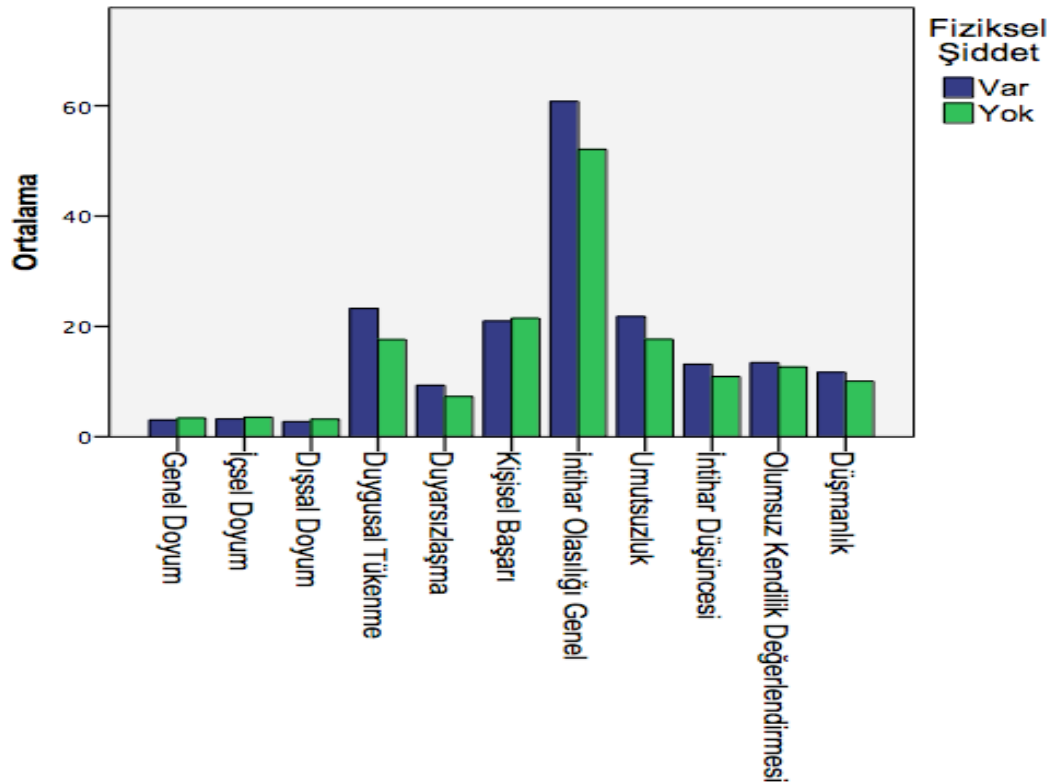
Hekimlerin İntihar Olasılığı Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; “Umutsuzluk” alt boyutundan $18,17 \pm 6,03$, “İntihar Düşüncesi” alt boyutundan $11,19 \pm 4,46$, “Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi” alt boyutundan $12,74 \pm 3,51$, “Düşmanlık” alt boyutundan $10,28 \pm 3,00$ puan aldıkları ve toplam puan ortamlarının ise $53,16 \pm 13,96$ olduğu bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 20. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Fiziksel Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi

Ölçekler		Fiziksel Şiddet					
		Var N=51		Yok N=367			
		Ort	Ss	Ort	Ss	t	p*
MİDÖ¹	Genel Doyum	3,03	,55	3,40	,67	-3,76	,000
	İçsel Doyum	3,22	,63	3,54	,68	-3,15	,002
	Dışsal Doyum	2,73	,64	3,19	,76	-4,05	,000
MTÖ²	Duygusal Tükenme	23,25	7,25	17,61	8,01	4,77	,000
	Duyarsızlaşma	9,31	4,80	7,30	4,66	2,88	,004
	Kişisel Başarı	20,96	4,75	21,47	5,53	-,63	,530
İÖÖ³	İÖÖ toplam	60,78	15,85	52,10	13,36	4,25	,000
	Umutsuzluk	21,80	6,19	17,66	5,85	4,70	,000
	İntihar Düşüncesi	13,14	6,17	10,92	4,15	2,57	,013
	Olumsuz Kendilik Değ.	13,43	3,89	12,65	3,45	1,50	,135
	Düşmanlık	11,69	3,65	10,08	2,85	3,02	,004

¹MİDÖ: Minnesota İş Doyum Ölçeği; ²MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği;

³İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; *Bağımsız Değişkenlerde T testi



Şekil 4. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Fiziksel Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi

Hekimlerin son bir sene içerisinde fiziksel ve psikolojik şiddete uğrama durumları ile iş doyumu, tükenmişlik ve intihar olasılığı puan ortalamalarının ilişkisi tablo 20 ve 21 de gösterilmiştir. Buna göre:

Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin uğramayanlara göre Minnesota İş Doyum Ölçeği “Genel İş Doyumu”, “İçsel Doyum” ve Dışsal Doyum” puanları daha düşüktür ve iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark her üç iş doyumu boyutu için de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tükenmişlik ölçeği alt boyutlarına bakıldığında ise fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin uğramayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek iken, kişisel başarı puanları daha düşüktür. “Duygusal Tükenme” ve “Duyarsızlaşma” alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Şekil 4).

Fiziksel şiddete uğradığını söyleyen hekimlerin uğramayanlara göre “İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı” ile ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. “Umutsuzluk”, “İntihar Düşüncesi”, “Düşmanlık” ve “İntihar Olasılığı Toplamı” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Şekil 4).

Psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin uğramayanlara göre Minnesota İş Doyum Ölçeği “Genel İş Doyumu”, “İçsel Doyum” ve Dışsal Doyum” puanları daha düşük; Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından “Duygusal Tükenme” ve Duyarsızlaşma” puanları daha yüksek iken “Kişisel Başarı” puanı daha düşük ve son olarak “İntihar Olasılığı Toplam” puanı ve alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur (Şekil 5).

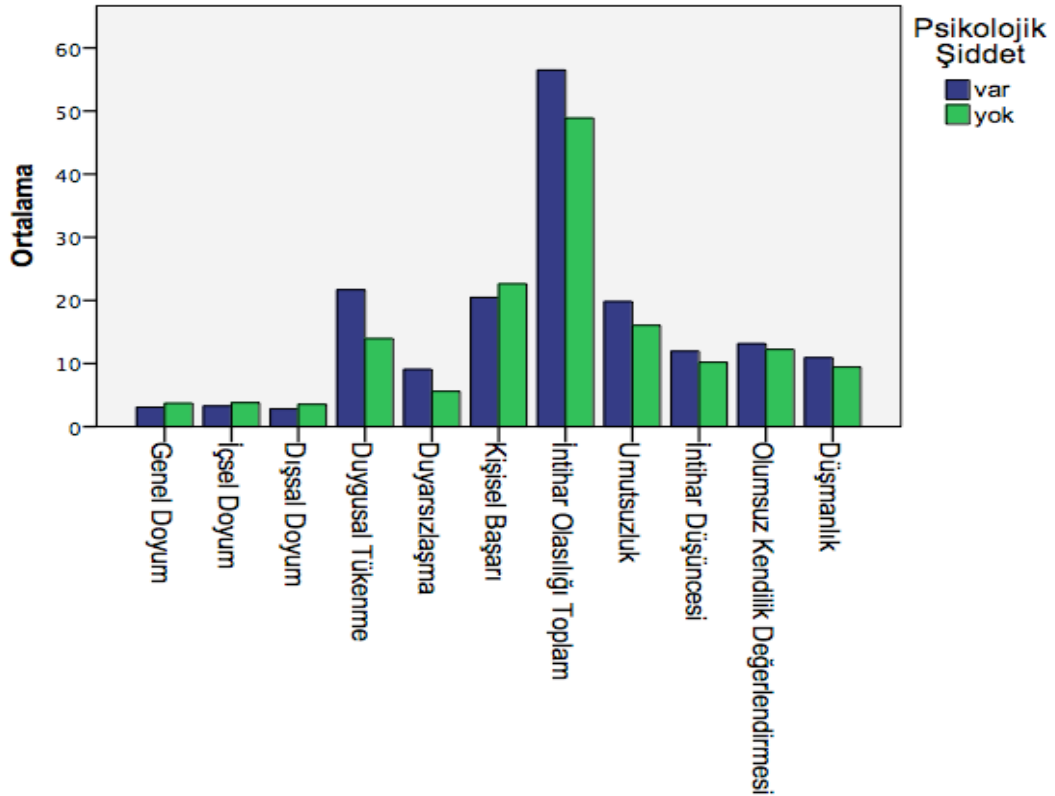
Yapılan bütün ölçeklerdeki puan ortalamaları incelendiğinde psikolojik şiddete uğrayanlar ile uğramayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 21. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi

Ölçekler		Psikolojik Şiddet					
		Var N=235		Yok N=183			
		Ort	Ss	Ort	Ss	T	p*
MİDÖ¹	Genel Doyum	3,08	,63	3,70	,55	-10,56	,000
	İçsel Doyum	3,27	,66	3,80	,58	-8,78	,000
	Dışsal Doyum	2,81	,72	3,54	,61	-11,28	,000
MTÖ²	Duygusal Tükenme	21,68	7,56	13,95	6,65	10,93	,000
	Duyarsızlaşma	9,06	4,73	5,60	3,94	8,16	,000
	Kişisel Başarı	20,46	5,22	22,63	5,47	-4,13	,000
İÖÖ³	İÖÖ toplam	56,49	14,78	48,88	11,54	5,91	,000
	Umutsuzluk	20,46	5,22	16,05	5,47	6,83	,000
	İntihar Düşüncesi	11,95	4,90	10,21	4,99	4,19	,000
	Olumsuz Kendilik Değ.	13,13	3,67	12,24	3,24	2,59	,010
	Düşmanlık	10,93	3,17	9,44	2,55	5,33	,000

¹MİDÖ: Minnesota İş Doyum Ölçeği; ²MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği;

³İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği *Bağımsız Değişkenlerde T testi



Şekil 5. Hekimlerin Son Bir Sene İçerisinde Psikolojik Şiddete Uğrama Durumları İle İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının İlişkisi

Şiddete uğrayan hekimlerin cinsiyetlerine göre “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” puanları incelendiğinde; kadınların “Genel doyum” ve “İçsel Doyum” puan ortalamaları daha yüksek iken “Dışsal Doyum” puanları her iki cinsiyet için eşit bulunmuştur. Tükenmişlik boyutları açısından erkeklerin “Duyarsızlaşma”, “Kişisel Başarı” ve “Duygusal Tükenme” puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İntihar olasılığı boyutlarına bakıldığında ise erkeklerin “İntihar Olasılığı Ölçeği” toplam puanı ve bütün alt ölçeklerinin ortalamalarında kadınlara kıyasla daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

Ancak son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin cinsiyet değişkenine göre iş doyumunu, tükenmişlik ve intihar olasılığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo22).

Tablo 22. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Cinsiyete Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Cinsiyet	N	Ort	Ss	t	p*
MİDÖ	Genel Doyum	Kadın	150	3,10	,61	,317	,752
		Erkek	94	3,08	,66		
	İçsel Doyum	Kadın	150	3,29	,65	,444	,658
		Erkek	94	3,25	,68		
	Dışsal Doyum	Kadın	150	2,82	,71	,086	,931
		Erkek	94	2,82	,73		
MTÖ	Duygusal Tükenme	Kadın	150	21,16	7,41	-,943	,347
		Erkek	94	22,10	7,76		
	Duyarsızlaşma	Kadın	150	8,65	4,76	-1,648	,101
		Erkek	94	9,67	4,58		
	Kişisel Başarı	Kadın	150	20,37	5,25	-,132	,895
		Erkek	94	20,46	5,22		
İÖÖ	İÖÖ Toplam	Kadın	150	55,43	13,88	-1,490	,138
		Erkek	94	58,31	15,94		
	Umutsuzluk	Kadın	150	19,55	6,08	-,783	,434
		Erkek	94	20,19	6,55		
	İntihar Düşüncesi	Kadın	150	11,78	4,65	-,961	,337
		Erkek	94	12,40	5,37		
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Kadın	150	12,79	3,41	-1,849	,066
		Erkek	94	13,68	4,00		
	Düşmanlık	Kadın	150	10,59	2,87	-1,945	,053
		Erkek	94	11,43	3,50		

* Bağımsız Değişkenlerde T testi,

Son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin medeni durum değişkenine göre Minnesota İş Doyum Ölçeği boyutları incelendiğinde; evli olan hekimlerin evli olmayanlara göre daha yüksek genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyum puanı aldıkları bulunmuştur. Medeni durum değişkenine göre “Genel Doyum” ve “İçsel Doyum” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tükenmişlik boyutları açısından evli hekimlerin kişisel başarı puanları daha yüksek iken evli olmayanların ise duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları daha yüksektir. Medeni durum değişkenine göre “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma” ve “Kişisel Başarı” boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

İntihar olasılığı boyutlarına bakıldığında ise evli olmayan hekimlerin “Umutsuzluk”, “İntihar Düşüncesi”, “Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi” ve “Düşmanlık” boyutları ile “İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı” ortalamalarında evli olanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Medeni durum değişkenine göre “İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı” ve “Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi” boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Bu bulgulara göre son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerden evli olmayanların evli olanlara göre iş doyumlarının daha çok azaldığı, tükenmişliklerinin ve intihar olasılıklarının daha fazla arttığı görülmektedir (Tablo23).

Tablo 23. *Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Medeni Durum Değişkenine Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı*

Ölçekler		Medeni Durum	N	Ort	Ss	t	P*
MİDÖ	Genel Doyum	Evli	137	3,18	,65	2,597	,010
		Evli Değil	107	2,98	,60		
	İçsel Doyum	Evli	137	3,38	,67	,601	,004
		Evli Değil	107	3,14	,63		
	Dışsal Doyum	Evli	137	2,89	,73	1,759	,080
		Evli Değil	107	2,73	,70		
MTÖ	Duygusal Tükenme	Evli	137	20,36	8,13	-2,839	,005
		Evli Değil	107	23,01	6,45		
	Duyarsızlaşma	Evli	137	8,41	4,64	-2,412	,017
		Evli Değil	107	9,86	4,69		
	Kişisel Başarı	Evli	137	21,31	5,31	3,141	,002
		Evli Değil	107	19,23	4,90		
İOÖ	İOÖ Toplam	Evli	137	54,72	14,94	-2,192	,029
		Evli Değil	107	58,86	14,22		
	Umutsuzluk	Evli	137	19,27	6,55	-1,488	,138
		Evli Değil	107	20,47	5,81		
	İntihar Düşüncesi	Evli	137	11,62	5,14	-1,436	,152
		Evli Değil	107	12,53	4,64		
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Evli	137	12,62	3,23	-2,438	,016
		Evli Değil	107	13,79	4,08		
	Düşmanlık	Evli	137	10,69	3,25	-1,255	,211
		Evli Değil	107	11,20	3,01		

*= Bağımsız Değişkenlerde T testi,

Tablo 24. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler		Yaş Grupları								F	p*
		<29 ^a		30-39 ^b		40-49 ^c		>50 ^d			
		N=125		N=75		N=30		N=10			
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
MİDÖ	Genel Doyum	2,99 ^c	,60	3,09	,63	3,42 ^a	,57	3,42	,86	4,78	,003
	İçsel Doyum	3,17 ^c	,62	3,25 ^c	,68	3,64 ^{a,b}	,54	3,69	,82	5,86	,001
	Dışsal Doyum	2,72	,71	2,85	,68	3,07	,72	3,01	,99	2,33	,075
MTÖ	Duygusal Tükenme	22,6	7,21	21,03	7,04	19,67	7,81	17,20	11,97	2,76	,043
	Duyarsızlaşma	10,22 _{b,c,d}	4,23	8,01 ^a	4,66	7,77 ^a	5,08	6,40 ^a	6,24	5,98	,001
	Kişisel Başarı	19,06 _{b,c,d}	4,94	21,0 ^a	5,06	22,97 ^a	5,01	24,80 ^a	5,22	8,62	,000
İÖÖ	İÖÖ toplam	57,63	14,25	56,39	15,23	54,40	16,42	50,40	10,78	1,02	,384
	Umutsuzluk	20,14	6,03	20,00	6,38	18,73	6,85	17,00	5,96	1,11	,344
	İntihar										
	Düşüncesi	12,15	4,76	12,43	5,41	11,10	4,80	9,90	2,96	1,18	,319
	Olumsuz Kendilik Değ.	13,30	3,88	12,52	3,10	13,80	3,91	13,90	4,20	1,31	,272
	Düşmanlık	11,15	3,17	11,08	3,15	10,07	3,16	9,10	2,13	2,16	,093

*Anova Testi a,b,c: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir (p<0,05)

Tablo 24’de son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin yaş değişkenine göre “Minnesota İş Doyumu Ölçeği”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “İntihar Olasılığı Ölçeği” ortalama puanları, standart sapmaları ve kendi içlerindeki karşılaştırmaları gösterilmektedir.

Hekimlerin yaş değişkenine göre Minnesota İş Doyum Ölçeğinin “Genel Doyum” ve “İçsel Doyum” boyutları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma” ve “Kişisel Başarı” boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P<0.05).

Oluşan bu anlamlı farklılıkların hangi yaş grupları arasında olduğunu test etmek için Post-hoc (çoklu karşılaştırma) testlerinden olan Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda hekimlerin “Genel Doyum” düzeyleri arasındaki anlamlı farkın 40-49 yaş grubu ile 29 yaş altı ve 30-39 yaş arası gruplardan

kaynaklandığı, “İçsel Doyum” düzeyleri arası anlamlı farkın ise 29 yaş altı grup ile 40-49 yaş grubu arası farktan kaynaklandığı görülmüştür. “Duyarsızlaşma” ve “Kişisel Başarı” düzeyleri arası anlamlı farkların ise 29 yaş altı grup ile diğer gruplar arası farklardan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 25. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Unvanlarına Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler		Unvanlar						F	p*
		Asistan ^a		Pratisyen ^b		Uzman ^c			
		N=144		N=28		N=72			
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
MidÖ	Genel Doyum	2,99 ^c	,62	2,98 ^c	,52	3,34 ^{a,b}	,63	8,146	,000
	İçsel Doyum	3,18 ^c	,65	3,04 ^c	,59	3,55 ^{a,b}	,62	9,932	,000
	Dışsal Doyum	2,71 ^c	,73	2,88	,52	3,02 ^a	,73	4,904	,008
MTÖ	Duygusal Tükenme	22,17	6,91	21,64	8,90	20,18	8,13	1,676	,189
	Duyarsızlaşma	19,71 ^c	4,33	8,29	4,96	8,01 ^a	5,16	3,595	,029
	Kişisel Başarı	19,37 ^c	4,92	19,14 ^c	5,09	22,96 ^{a,b}	5,05	13,501	,000
İÖÖ	İÖÖ toplam	57,93	13,66	58,39	16,60	53,03	15,66	2,952	,054
	Umutsuzluk	20,44 ^c	5,95	21,07	7,06	18,00 ^a	6,23	4,449	,013
	İntihar Düşüncesi	12,35	4,92	11,96	4,28	11,39	5,21	,906	,406
	Olumsuz Kendilik Değ.	13,13	3,56	13,07	4,23	13,17	3,70	,007	,993
	Düşmanlık	11,23 ^c	3,11	11,82 ^c	3,59	9,92 ^{a,b}	2,85	5,692	,004

*Anova testi

a,b,c: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir (p<0,05)

Tablo 25, son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin unvanlarına göre “Minnesota İş Doyumu Ölçeği”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “İntihar Olasılığı Ölçeği” ortalama puanlarını, standart sapmalarını ve kendi içlerindeki karşılaştırmalarını göstermektedir.

Hekimlerin unvan değişkenine göre Minnesota İş Doyum Ölçeğinin “Genel Doyum”, “İçsel Doyum” ve “Dışsal Doyum” boyutları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin “Duyarsızlaşma” ve “Kişisel Başarı” boyutları, İntihar Olasılığı Ölçeği’nin “Umutsuzluk” ve “Düşmanlık” boyutları puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Oluşan bu anlamlı farklılıkların hangi unvan grupları arasında olduğunu test etmek için Post-hoc (çoklu karşılaştırma) testlerinden olan Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda hekimlerin “Genel Doyum”, “İçsel Doyum”, “Kişisel Başarı” ve “Düşmanlık” düzeyleri arasındaki anlamlı farkın uzman hekimler ile pratisyen ve asistan hekimler arası farktan kaynaklandığı, “Dışsal Doyum”, “Duyarsızlaşma” ve “Umutsuzluk” düzeyleri arası anlamlı farkın ise uzman hekimler ile asistan hekimler arası farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 26, son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre “Minnesota İş Doyumu Ölçeği”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “İntihar Olasılığı Ölçeği” ortalama puanları, standart sapmaları ve kendi içlerinde karşılaştırmalarını göstermektedir.

Hekimlerin çalışma sürelerine göre Minnesota İş Doyum Ölçeğinin “Genel Doyum”, “İçsel Doyum” ve “Dışsal Doyum” boyutları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma” ve “Kişisel Başarı” boyutları, İntihar Olasılığı Ölçeği’nin “Umutsuzluk”, “İntihar Düşüncesi” ve “Düşmanlık” boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 26. Son Bir Sene İçerisinde Şiddete Uğrayan Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler		Çalışma Süreleri								F	p*
		1-5 yıl ^a N=125		6-10 yıl ^b N=75		11-15 yıl ^c N=30		>15 yıl ^d N=10			
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
MİDÖ	Genel Doyum	2,96 ^{c,d}	,63	3,14	,59	3,33 ^a	,47	3,41 ^a	,66	6,696	,000
	İçsel Doyum	3,13 ^{c,d}	,67	3,33	,62	3,51	,49 ^a	3,63 ^a	,61	7,177	,000
	Dışsal Doyum	2,70 ^d	,71	2,86	,71	3,07	,51	3,08 ^a	,82	3,975	,009
MTÖ	Duygusal Tükenme	22,57 ^d	7,00	22,44 ^d	7,81	19,11	6,43	17,91 ^{a,b}	9,02	4,810	,003
	Duyarsızlaşma	9,85 ^{c,d}	4,30	10,08 ^{c,d}	4,67	6,18 ^{a,b}	4,02	6,73 ^{a,b}	5,42	8,971	,000
	Kişisel Başarı	19,13 ^{c,d}	4,84	20,74 ^d	5,49	22,00 ^a	4,66	24,18 ^{a,b}	4,92	10,648	,000
İÖÖ	İÖÖ toplam	57,98 ^c	13,93	60,51 ^c	16,16	48,68 ^a _b	12,3 ₉	52,21	15,56	5,268	,002
	Umutsuzluk	20,51 ^{c,d}	6,13	21,44 ^{c,d}	5,84	16,93 _{a,b}	5,18	17,18 ^{a,b}	6,78	5,714	,001
	İntihar Düşüncesi	12,34	4,70	13,51 ^c	6,41	9,86 ^b	3,52	10,70	4,24	4,127	,007
	Olumsuz Kendilik Değ.	13,11	3,70	13,26	3,87	12,0 ₀	2,49	14,06	3,99	1,623	,185
	Düşmanlık	11,22 ^{c,d}	3,13	11,85 ^{c,d}	2,94	9,50 ^{a,b}	2,96	9,64 ^{a,b}	3,02	5,576	,001

*Anova a,b,c,d: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0,05$)

Tablo 27’de ise son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin bölümlerine göre “Minnesota İş Doyumu Ölçeği”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “İntihar Olasılığı Ölçeği” ortalama puanları, standart sapmaları ve kendi içlerindeki karşılaştırmalarını göstermektedir.

Hekimlerin bölümlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin “Duyarsızlaşma” boyutu, İntihar Olasılığı Ölçeği’nin, “İntihar Düşüncesi”, “Düşmanlık” ve “İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı” boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Oluşan bu anlamlı farklılıkların hangi bölümler arasında olduğunu test etmek için Post-hoc (çoklu karşılaştırma) testlerinden olan Tukey testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda hekimlerin “Duyarsızlaşma” düzeyleri arasındaki anlamlı farkın acil servis ile dahili tıp bilimleri bölümleri arası farktan kaynaklandığı, “İntihar Düşüncesi” ve “Düşmanlık” düzeyleri arası anlamlı farkın ise cerrahi tıp bilimleri ile dahili tıp bilimleri bölümleri arası farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 27. Şiddete Uğrayan Hekimlerin Çalıştıkları Bölümlere Göre İş Doyumu, Tükenmişlik ve İntihar Olasılığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler		Bölümler								F	p*
		Dahili Tıp Bilimleri ^a N=111		Cerrahi Tıp Bilimleri ^b N=53		Acil Servis ^c N=45		Aile Hekimliği ^d N=35			
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
MİDÖ	Genel Doyum	3,11	,66	3,14	,72	3,07	,55	2,99	,52	,441	,724
	İşsel Doyum	3,31	,70	3,35	,72	3,19	,55	3,16	,55	,887	,449
	Dışsal Doyum	2,83	,73	2,81	,81	2,88	,69	2,74	,58	,237	,871
MTÖ	Duygusal Tükenme	20,32	7,70	23,11	7,28	22,58	7,80	21,57	6,70	2,052	,107
	Duyarsızlaşma	8,37 ^c	4,93	9,85	4,49	10,56 ^a	4,59	8,03	3,91	3,468	,017
	Kişisel Başarı	20,83	5,27	20,36	5,85	20,73	4,91	18,69	4,26	1,577	,195
İÖÖ	İÖÖ toplam	54,23 ^b	13,5	62,7 ^{a,c}	16,6	54,8 ^b	14,2	56,7	14,1	4,266	,006
	Umutsuzluk	18,97	6,17	21,70	6,17	19,38	6,43	20,06	6,04	2,404	,068
	İntihar Düşüncesi	11,42 ^b	5,05	13,85 ^a	5,56	11,64	4,09	11,63	3,98	3,212	,024
	Olumsuz Kendilik Değ.	13,08	3,35	14,19	3,99	12,27	3,71	12,83	3,85	2,431	,066
	Düşmanlık	10,11 ^b	2,80	12,23 ^a	3,40	11,07	3,39	11,26	2,86	5,999	,001

*Anova testi a,b,c,d: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0,05$)

Tablo 28, son bir sene içerisinde şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin kendi içlerinde iş doyumunu (genel doyum, içsel doyum, dışsal doyum), tükenmişlik algıları (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı) ve intihar olasılıkları arasındaki ilişkileri göstermektedir. Her iki grupta da iş doyumunu, tükenmişlik algıları ve intihar olasılıklarının bütün boyutları arasında pozitif ve negatif yönde anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir.

İş doyumunu ölçeği boyutları ile kişisel başarı düzeyi arasında pozitif ve anlamlı ilişki var iken, iş doyumunu ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve intihar olasılığı düzeyleri arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Dolayısı ile iş doyumunu düzeyi arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma düzeyi ve intihar olasılığı riski azalmakta kişisel başarı ise artmaktadır.

Tablo 28. Şiddete Uğrama Durumuna Göre Ölçekler Arası Korelasyon Analizi

		Şiddet Yok N= 174						
		Genel Doyum	İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	İÖÖ toplam
Şiddet Var N=244	Genel Doyum	-						
	İçsel Doyum	,947**	-					
	Dışsal Doyum	,896**	,705**	-				
	Duygusal Tükenme	-,539**	-,523**	-,465**	-			
	Duyarsızlaşma	-,384**	-,356**	-,353**	,660**	-		
	Kişisel Başarı	,403**	,420**	,308**	-,441**	-,400**	-	
	İÖÖ	-,372**	-,374**	-,304**	,534**	,466**	-,507**	-

*p≤0,05; istatistiksel olarak anlamlı; **p≤0,01: istatistiksel olarak anlamlı

Hekimlerin şiddete uğrama durumu, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, bölüm özellikleri ile iş doyumu, tükenmişlik düzeyleri ve intihar olasılıkları arasındaki ilişkiler Tablo 29’da sunulmaktadır.

Hekimlerin şiddete uğrama durumları ile cinsiyet, meslekte çalışma süreleri, iş doyumu ve kişisel başarı düzeyleri arasında pozitif; bölüm, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Bir başka deyişle hekimlerin şiddete uğrama durumlarına göre iş doyumları ve kişisel başarıları azalmakta, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve intihar olasılığı düzeyleri artmaktadır.

Hekimlerin cinsiyetleri, kullanılan hiçbir ölçek bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile iş doyumu ve kişisel başarı düzeyleri arasında pozitif; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve intihar olasılığı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Meslekte geçirilen süre arttıkça iş doyumu ve kişisel başarı düzeyinin arttığı, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve intihar olasılığı düzeylerinin ise azaldığı görülmektedir.

Tablo 29. Hekimlerin Şiddete Uğrama Durumu ile Ölçekler Arası Korelasyon Analizi

N=418	Şiddete Uğrama Durumu	Cinsiyet	Meslekte Çalışma süresi	Bölüm	Genel İş Doyumu	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	İÖÖ toplam
Şiddete Uğrama Durumu	1								
Cinsiyet	,185**	1							
Meslekte Çalışma Süresi	,149**	,139**	1						
Bölüm	-,122*	,085	-,039	1					
Genel İş Doyumu	,396**	,061	,251**	-,132**	1				
Duygusal Tükenme	-,384**	-,072	-,270**	,167*	-,603**	1			
Duyarsızlaşma	-,331**	-,001	-,297**	,142*	-,441**	,708**	1		
Kişisel Başarı	,222**	,052	,361**	-,076	,443**	-,477**	-,432**	1	
İÖÖ	-,211**	,074	-,214**	,064	-,425**	,570**	,512**	-,526**	1
*p≤0,05; istatistiksel olarak anlamlı; **p≤0,01: istatistiksel olarak anlamlı									

5. TARTIŞMA

Bu çalışma İstanbul Pendik ilçesinde çalışan hekimlerin işyerinde şiddete maruz kalma sıklıklarını belirlemek ve bu şiddetin hekimler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmamız hekimlerin; hem çalışma yaşamı boyunca maruz kaldıkları şiddeti sorgulanması hem de son bir sene içerisinde yaşadıkları şiddet olaylarını şiddet türlerine göre ayrıntılı olarak ele alması bakımından bu konuda yapılan diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Çalışmamıza katılan 418 hekimde iş doyumu, intihar olasılığı ve tükenmişlik düzeyleri ölçülerek, bu değişkenlerin şiddete uğrama durumu ile ilişkisi incelenmiştir.

5.1 Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde katılımcıların %55,5'i kadın, %45,5'i erkektir. Hekimlerin %57,9'u evli, %37,8'i bekar, %4,3'ü ise boşanmışlardır. TTB'nin 2015 yılına ait olan Tıpta Uzmanlık Eğitim Raporu'nda ülke genelinde seçilen 1161 asistan hekimin %43,6'sının kadın, 58,1'inin evli olduğu gösterilmiştir²⁵⁴. Sağlıkta şiddet ile ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sadece hekimlerin katıldığı çalışmalarda^{77,255-260} erkek oranlarının arttığı, bütün sağlık çalışanlarının katıldığı çalışmalarda^{4,261-264} ise kadın oranının arttığı görülmektedir. Bunun sebebinin hemşireler başta olmak üzere hekim haricindeki sağlık çalışanlarının çoğunluğunu kadınların oluşturması olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaşları 24-67 arasında değişmekte olup, ortalaması 33,51±8,53 idi. Hekimler üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında sadece asistan hekimlerin alındığı çalışmalarda^{75,256,258,265} yaş ortalamaları daha düşük, bütün hekimlerin alındığı çalışmalarda^{255,259,260} yaş ortalamaları çalışmamızla benzer, uzmanlık eğitimi vermeyen sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda²⁵⁷ ise yaş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları çalıştıkları kurumlara göre değerlendirildiğinde; evren-örnek ilişkisi gereği katılımcıların %70,3'ü üniversiteyle

entegre eğitim ve araştırma hastanesinde, %13,6'sı özel hastanelerde, %8,1'i devlet hastanesinde ve %7,9'u aile sağlığı merkezlerinde görev yapmaktadır. Benzer şekilde Edirne merkez ilçesinde yapılan sağlıkta şiddet çalışmasında da 431 katılımcının %73,8'i üniversite hastanesinde, %21,1'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ve %5,1'i özel bir hastanede görev yapmaktadır. İlçe genelini yansıtmaması bakımından dağılımın bu şekilde olması beklenmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin unvanları değerlendirildiğinde %52,9'u asistan, %37,3'ü uzman ve %9,8'i ise pratisyendir. Üniversitelerin dahil olduğu çalışmalarda ^{4,259,261,262} hekimlerin dağılımı bizim çalışmamızla benzer bulunurken, üniversitelerin dahil olmadığı çalışmalarda ^{77,257} uzman ve pratisyen hekim sayılarının ön plana çıktığı görülmektedir.

Çalışmamızda evren-örnek ilişkisi gereği hekimlerin %48,1'i dahili tıp branşlarından, %23,7'si cerrahi tıp branşlarından, %13,6'sı ise aile hekimliğinden seçilmiştir. Bizim çalışmamız gibi üniversitelerin dahil edildiği çalışmalarda sonuçlar benzer iken ²⁵⁵, devlet hastanelerinde yapılan çalışmalarda ²⁵⁷ cerrahi tıp branşlarının daha fazla yer aldığı görülmektedir. Bu farkın sebebinin de üniversitelerde dahili branşlarda daha fazla asistan bulunması olabileceği düşünülmüştür.

TUİK verilerine göre ülkemizde yıllık kişi başına düşen hekime müracaat sayısı son 10 yıl içinde 3,2'den 8,2'ye çıkmıştır. Bu durum hekimlerin çalışma koşullarını daha da zor hale getirmiştir. TTB'nin 2015 yılındaki tıpta uzmanlık raporunda haftalık çalışma süresi 70 saat ve üzeri olan çalışanların oranının %25'e ulaştığı saptanmıştır. Aynı çalışmada asistan hekimlerin %64'ünün hafta içi günde 9-12 saat çalışırken, sadece %16'sının günde sekiz saat çalıştığı belirtmiştir ²⁵⁴. Çalışmamıza katılan hekimlerin 57,4'ünün haftalık 45 saatin üzerinde çalıştığı ve %68'inin nöbet tuttuğu görülmektedir. Samsun'da yapılan çalışmada da hekimlerin çalışma saatleri benzer şekilde bulunmakla birlikte, asistan hekimlerin haftalık 50 saat ve üzeri çalışma sıklığının %81-95 aralığında olduğu çalışmalar da mevcuttur ²⁶⁶⁻²⁶⁸. Bu farklılığın asistan hekimlerin uzmanlık eğitimleri sırasında daha çok nöbet tutmaları ve mesai yapmalarıyla ilgili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan hekimlerin %65,1'i çalıştıkları bölümde güvenlik personeli bulunmadığını belirtmişlerdir. Erzurum'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde çalışılan bölümlerin %75,5'inde güvenlik personeli bulunmadığı tespit edilmiştir ²⁶².

5.2 Yaşam Boyu Maruz Kalınan Şiddet'in Tartışılması

Çalışmaya katılan 418 hekimin %82,78'i (n=346) çalışma hayatı boyunca en az bir kez şiddette uğradığını belirtmiştir. Sıklık olarak bakıldığında ise hekimlerin %41,87'si 1-3 kez, %26,32'si 4-10 kez, %14,59'u ise 10'dan fazla kez şiddete uğradıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin çalışma hayatları boyunca fiziksel ve/veya psikolojik şiddet olayına maruz kalıp kalmama durumları incelendiğinde %22,5'i (n=94) fiziksel şiddet olayına, %82,78'i (n=346) psikolojik şiddet olayına maruz kalmıştır. Samsun'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %67,8'i çalışma yaşamı boyunca en az bir defa şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Aynı çalışmada şiddete uğrayan hekimlerin %30'u fiziksel şiddete uğradığını, %99,5'i ise psikolojik şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir²⁵⁵. Erzurum'da yataklı tedavi kurumlarında çalışan sağlık personeliyle yapılan bir çalışmada hekimlerin %78,1'i en az bir kez şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir²⁶². 2012 yılında bir tıp fakültesinde çalışan asistanlarla yapılan çalışmada, asistan hekimlerin %61,8'i psikolojik şiddet, %3,4'ü fiziksel şiddet olmak üzere %65,2'si en az bir kez şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir²⁶⁵. Kocaeli'de Çamcı O. ve ark. yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının hayat boyu şiddete maruz kalma oranı %72,6 bulunmuştur²⁶⁴. İspanya'da 2008 yılında, 3 hastane ve 22 kırsal ve kentsel birinci basamak sağlık merkezi çalışanlarından 1.866 kişi ile yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının %11'inin fiziksel şiddete, %64,0'ünün tehdide, %24,3'ünün sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir¹²⁰. Çinde 1656 hekimle yapılan bir çalışmada hekimlerin %92,75'nin psikolojik şiddete, %81,04'nün ise fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir²⁶⁹. Şiddet ile ilgili yapılan bu çalışmalarda da hayat boyu şiddete uğrama sıklıklarının bizim çalışmamızla benzer olduğu, aynı zamanda psikolojik şiddetin bütün çalışmalarda daha sık olduğu görülmektedir. Fiziksel şiddet oranlarının ise ülkemizde yapılan çalışmalarda birbirine yakın olduğu görülmekle birlikte, diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla farklılık gösterdiği saptanmıştır. Psikolojik şiddetin zamanla fiziksel şiddete dönüşmesinin nedeni, hastanede güvenlik önlemleri eksik olduğu zaman hasta ve hasta yakınlarının kendilerini görevli personele göre daha baskın hissetmesi olabilir.

Cinsiyete göre şiddetin türüne bakıldığında psikolojik şiddetin araştırmaya katılan kadın hekimlerde görülme oranı (%86,2), erkeklerden (%78,5) daha fazla, fiziksel şiddet ise erkeklerde (%30,1), kadınlardan (%16,4) daha fazla görülmektedir. Cinsiyet ile yaşanan şiddet türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada özellikle kadın ve erkek hekimler arasındaki fiziksel şiddet oranları farklılık göstermiş, erkek hekimlerin diğer başka çalışmalarda olduğu gibi kadın hekimlere göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Erzurum'da yapılan çalışmada %70,3 oranında kadınların, %63,5 oranında erkeklerin şiddete uğradığı, Edirne'de yapılan çalışmada kadın hekimlerin %72,2'sinin, erkek hekimlerin ise %65'inin şiddete uğradığı görülmektedir ^{261,262}. Aydın B. Ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada da benzer şekilde kadınların psikolojik şiddete daha fazla uğradığı, erkeklerin ise fiziksel şiddete daha fazla uğradığı görülmüştür ²⁷⁰. Kadınlara daha fazla şiddet uygulanmasının sebebinin şiddet uygulayanlar tarafından daha savunmasız görülmeleri olabileceği, erkek hekimlerin fiziksel şiddete daha fazla maruz kalma sebebinin ise şiddet karşısında daha aktif reaksiyon gösterebilmeleri ve bunun psikolojik şiddetin fiziksel şiddete dönüşmesine sebep olabileceği düşünülmüştür.

Yaş grupları açısından hayat boyu şiddete uğrama durumuna bakıldığında çalışmamızda en sık 40-49 (%88,2) ve 30-39 (%86,8) yaş gruplarının şiddete uğradığı ve bu durumun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir ^{4,129,257,261,264}. Hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre şiddete uğrama durumlarına bakıldığında da beklenen şekilde en sık 6-10 (%88,9) ve 11-15 (%88) sene çalışanların şiddete uğradıkları bu durumun da yaş-şiddete uğrama ilişkisi verileriyle paralel olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda evli olan hekimlerin (%85,1), bekar olanlara göre (%79,5) şiddete daha fazla uğradığı fakat medeni durumlarıyla hayat boyu şiddete uğramaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamadığı görülmektedir ($p=0,136$). Benzer şekilde bir Üniversite Hastanesi'nde yapılan çalışmada da evli hekimlerin %60,3'ü, bekarların ise %39,7'si şiddete uğramış ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,835$) ²⁶⁵.

Çalışılan alanlara göre şiddete uğrama durumlarına bakıldığında en sık acil servis çalışanlarının (%98,1), en az ise temel tıp bilimlerinde çalışanların (%44,4)

şiddete uğradıkları görülmüştür. Hem ülkemizde hem de dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında benzer şekilde şiddet oranlarının çok yüksek olduğu ve en fazla şiddetin acil servislerde görüldüğü göze çarpmaktadır. Örneğin Edirne’de sağlık çalışanlarıyla yapılan tez çalışmasında; acil birimde çalışanların %83’ü, cerrahi birimlerde çalışanların %78’i, yoğun bakımlarda çalışanların %74’ü, dahili bilimlerde çalışanların %71’i, temel tıp bilimlerinde çalışanların ise %33’ü çalışma yaşamları boyunca en az bir defa şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir²⁶¹. Kowalenko ve arkadaşlarının Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi’nde yaptığı çalışmada; 171 acil servis doktorunun %74,9’u sözel şiddete uğradıklarını belirtmiştir⁷⁸. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada da şiddetin %82,4 ile en sık acil serviste olduğu görülmektedir¹³⁵. Acil tıp asistanlarıyla yapılan başka bir çalışmada ise şiddete uğrama sıklığının %96,6 olduğu görülmektedir²⁵⁸.

5.3 Son Bir Yıl İçerisinde Maruz Kalınan Şiddet’in Tartışılması

Çalışmamıza katılan hekimlerin %58,4’ü (n=244) son bir sene içerisinde en az bir kez herhangi bir şiddet olayına maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddet tiplerine bakıldığında ise hekimlerin %56,2’si (n=235) psikolojik şiddete, %12,2’si (n=51) fiziksel şiddete uğradıklarını belirtmiştir. Ülkemizde Ayrancı ve ark., 1071 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada son bir yıl içinde şiddete uğrama oranı %50,8 olarak bulunmuştur⁴. 2014 yılında Ankara’da hekime yönelik şiddetle ilgili yapılan araştırmada hekimlerin %55,7’si psikolojik şiddete, %4,9’u fiziksel şiddete uğradığını ve %60,6’sı ise son bir sene içerisinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade etmiştir²⁶⁰. Kocaeli’de Çamcı ve ark., 2009 yılında yaptıkları çalışmada hekimlerin son 1 yıl içerisinde %52,6’sının şiddete uğradığı görülmektedir²⁶⁴. Avustralya’da 804 hekimle yapılan bir çalışmada son 1 sene içerisinde hekimlerin %57,5’inin sözel şiddete, %5,6’sının ise fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir²⁷¹. Hindistan Delhi’de üçüncü basamak bir hastanede 169 asistan hekim ile yapılan çalışmada son 1 sene içerisinde şiddete uğrama sıklığı %40,8 bulunmuş ve çalışmaya katılanların %4,8’i fiziksel şiddete, %36’sı ise psikolojik şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir²⁵⁶. 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 şiddet türüne maruz kaldığı, bunların %15,9'unun fiziksel şiddet, %29,8'inin sözel şiddet ve %9,9'unun ise cinsel taciz şeklinde olduğu saptanmıştır ¹²¹. Diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde hekimlerin son bir sene içerisinde şiddete uğrama oranları ve şiddet türlerinin dağılımlarının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir. Hem ülkemizde hem de dünyada şiddet oranlarının bu denli yüksek olmasında hizmet verilen grubun hastalar olması, hasta ve hasta yakınlarının hekimlerden beklentilerinin yüksek olması, hasta başına düşen hekim sayılarının yetersiz olması, şiddeti önlemeye yönelik etkili düzenlemelerin olmaması gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda son bir sene içerisinde kadınların %64,7'si, erkeklerin %50,5'i şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir. Şiddet türlerine bakıldığında ise kadınların %64,2'si psikolojik, %9,1'i fiziksel, erkeklerin ise %46,2'si psikolojik, %16,1'i fiziksel şiddete uğradıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlere yönelik şiddet araştırmalarında, şiddet sıklığı ve şiddet türleriyle cinsiyetin ilişkisi ile ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. 2015 yılında Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde 2210 gönüllü sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmada, kadınların %55,6'sının sözel şiddete, %43,4'ünün fiziksel şiddete, erkeklerin %44,4'ünün sözel şiddete, %56,6'sının ise fiziksel şiddete uğradıkları görülmektedir²⁷². Avustralya'da hekimlerle yapılan araştırmada son bir sene içerisinde kadınların %56'sı sözel şiddete, %10,1'i cinsel şiddete, %3,8'i fiziksel şiddete, erkeklerin ise %58,4'ü sözel şiddete, %2,5'i cinsel şiddete, %7'si fiziksel şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir ²⁷¹. Hindistan Delhi'de asistan hekimlerle yapılan çalışmada kadınların %65,4'ü sözel şiddete, %57,7'si tehdite, %3,8'i fiziksel şiddete, erkeklerin ise %81,4'ü sözel şiddete, %46,5'i tehdite, %16,3'ü ise fiziksel şiddete uğradıklarını ifade etmişlerdir ²⁵⁶. Diğer ülkelerde yapılan çalışmaya bakıldığında ise şiddete uğrama sıklığı bazı araştırmalarda erkeklerde, bazılarında da kadınlarda daha fazla bulunmuştur. Bu farklılığın nedenleri arasında erkek egemen toplumlarda kadına yönelik şiddetin daha sık olması ve bu yüzden erkek hekimlere aynı kolaylıkta şiddet kullanılamaması gösterilebilir.

Günay ve Akbal²⁷³ ile Arnetz ve ark.,¹⁴⁶ yaptıkları çalışmalarda şiddete uğrayan mağdurların en çok 39 yaş ve altında olduğunu bulmuşlardır. Bizim

çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık 29 yaş altı, daha sonra ise 30-39 yaş aralığındaki hekimler şiddete maruz kalan gruplar olmuştur. Genç hekimlerin şiddete daha çok maruz kalmalarının nedeninin hasta ve hasta yakınlarının onları daha tecrübesiz görmeleri olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda pratisyen (%68,3) ve asistan hekimlerin (%65,2) son bir sene içerisinde uzman hekimlere (%46,2) oranla daha çok şiddete uğradıkları bulunmuştur. Erzurum'da yapılan çalışmada hekimlerin son bir sene içerisinde şiddete uğrama sıklıkları; pratisyen hekimler %80, asistan hekimler %74, uzman hekimler %56,1 ve öğretim üyeleri %42,1 olarak saptanmıştır ²⁶². Ayrancı ve ark., 3 farklı ilde yaptıkları çalışmada ise, pratisyen hekimlerin %67,6'sı, asistan hekimlerin %56,8'i ve uzman hekimlerin ise %49,1'i son bir yıl içerisinde şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir ⁴. Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere asistan ve pratisyen hekimlerin şiddete uğrama sıklığı uzman hekimlere göre daha fazladır. Bunun olası nedenleri; öğretim üyelerinin ve uzman hekimlerin, asistan ve pratisyen hekimlere oranla hasta ile birebir temaslarının görece daha az olması, hekim yetersizliğinden ötürü asistan ve pratisyen hekimlerin bakmaları gerekenin üstünde hasta bakmaları dolayısıyla da hastalara daha az zaman ayırmaları olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre son bir yıl içerisinde şiddete uğrama sıklıkları incelendiğinde en fazla devlet hastanesinde (%67,6), daha sonra aile sağlığı merkezleri (%60,6) ve üniversite hastanesinde (%60,2), en az ise özel hastanelerde (%42,1) hekimlerin şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Erzurum'da Beder ve ark., yaptığı tez çalışmasında da şiddetin kurumlara göre görülme sıklıkları benzer şekilde; devlet hastanesinde %74,7, üniversite hastanesinde %66,7, özel hastanede ise %45,6 olarak bulunmuştur ²⁶². Sağlıkta şiddet ile ilgili daha önce yapılan çalışmalar genellikle tek bir sağlık kuruluşunda veya tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde birçok merkezde yapılmış olup, çoğunlukla hayat boyu maruz kalınan şiddeti ele almışlardır. Bizim çalışmamız, son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalan hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımlarını göstermesi bakımından diğer çalışmalardan ayrılmakta ve çalışmamızın literatüre bu veriler ile katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Meslekte çalışma süresiyle son bir sene içerisinde şiddete uğrama arasındaki ilişki incelendiğinde; şiddete en sık olarak 1-5 sene arası çalışan hekimlerin uğradığı,

en az ise 16 yıl ve üstü çalışan hekimlerin uğradığı görülmektedir. Elbek ve ark.'nın yaptıkları çalışmada en fazla şiddete 5 yıl ve altı çalışanların uğradığı, en az ise 11 yıl ve üstü çalışanların uğradığı görülmektedir²⁵⁷. Kongo'da yapılan çalışmada meslekte çalışma süresi 5 yıldan az olanların 6 yıl ve üstü olanlara göre daha fazla şiddete uğradıkları görülmektedir²⁷². Avustralya'da yapılan çalışmada da benzer şekilde hekimlerin meslekte çalışma süreleri arttıkça son bir yıl içerisinde şiddete uğrama sıklıklarının azaldığı görülmektedir ²⁷¹. Daha uzun süredir pratik yapan hekimler zor durumları engelleme konusunda daha gelişmiş becerilere sahip olabilir, hastalardan daha fazla saygı görebilir ya da uzun süredir aynı hekime giden hastalar o hekimlere şiddet uygulamaya çekinebilirler.

Çalışmamıza katılan hekimlerin son bir yıl içerisinde bölümlerine göre şiddete uğrama sıklıklarına bakıldığında en sık acil serviste çalışan hekimlerin şiddete uğradığı (%86,5), ikinci sırada ise aile hekimlerinin olduğu (%61,4), temel tıp bilimlerinde çalışanların ise son bir yıl içerisinde hiç şiddete uğramadığı göze çarpmaktadır. Şiddet tiplerine göre bakıldığında da fiziksel şiddete yine en sık acil servis hekimlerinin uğradığı (%38,5), ardından ise cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin (%10,1) geldiği görülmektedir. Ayrıca hekimlerin son bir sene içerisinde en fazla çalıştığı yerlere göre şiddete uğrama sıklıklarına bakıldığında da acil servisler (%72,6), ameliyathane (%61,2) ve yataklı servislerin (%60,3) ilk üç sırayı oluşturduğu görülmektedir. Ayrancı ve ark.'nın, çeşitli sağlık kurumlarında şiddete uğrama sıklığını araştırdığı çalışmada son bir sene içerisinde şiddetin en sık acil servisler (%63,1) ve yataklı servislerde (%63) görüldüğü belirtilmektedir ⁴. İstanbul'da ve İzmir'de eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan çalışmalarda son bir sene içerisinde şiddetin en sık acil servislerde meydana geldiği belirtilmektedir ²⁶³²⁷⁴. Denizli'de 2003 yılında üç hastanenin acil servisinde 79 acil servis çalışanı ile yapılan çalışmada, çalışanların %88,6'sının son bir yıl içinde bir şiddet olayına maruz kaldığı ya da tanık olduğu, şiddete maruz kalanların içinde %49,4'ünün fiziksel şiddet olayına maruz kaldığı ya da tanık olduğu saptanmıştır ¹²⁸. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, acil servis çalışanları arasında şiddet olayına maruz kalmanın sıkça karşılaşılan bir durum olduğu rapor edilmiştir ²⁷⁵. Kanada'da yapılan bir çalışmada da acil servis sağlık çalışanlarının şiddet olayına maruz kalma oranının yüksek olduğu belirtilmiştir ¹²⁴. Hem bizim çalışmamızda hem de yapılan diğer

çalışmalarda sağlık çalışanlarının yoğun bir biçimde şiddete uğradığı yerin acil servisler olduğu ve en riskli grupların da acil servis ve cerrahi kliniklerdeki çalışanlar olduğu görülmektedir. Acil servislere gelen hasta ya da hasta yakınları endişeli ve gergin olduğu için stresli bir ortam oluşmaktadır. Hasta sayısının fazlalığı, gerçekten acil olmayan hastaların acil servisleri kullanmaları nedeniyle hastaların bekleme ve dolayısıyla tedavi sürelerinin uzaması gibi nedenlerden hekimler sorumlu tutularak şiddete başvurulmaktadır. Bizim alışmamızda ayrıca aile sağlığı merkezleri ele alınmış ve acillerden sonra en çok şiddetin görüldüğü yer olarak bulunmuştur. Bunun sebebinin aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların daha çok sevk veya rapor amaçlı başvurmaları ve istediklerini alamadıkları zaman şiddete başvurmaları olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda çalışılan bölümde güvenlik personeli bulunmasıyla şiddete uğrama durumu arasındaki ilişkiye bakılmış ve güvenlik personeli bulunan yerlerde daha çok fiziksel şiddetin olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu grlmştur. Bu durum güvenlik personellerinin şiddetin yüksek olduğu yerlerde bulunduğunu ama işlevsel olarak yeterli olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda hekimler kendilerine son bir sene içerisinde şiddet uygulayanların %81,1'nin hasta yakını, %53,1'nin hasta, %25,4'nn ise sağlık çalışanı olduğunu belirtmişlerdir. Cinsiyet açısından bakıldığında ise hekimlerin %63,3' erkek, %20,6'sı kadın, %16,1'i ise hem erkek hem de kadın saldırgan tarafından şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. şiddet uygulayanların hatırlandığı kadarıyla yaşlarının ise en fazla 31-40 (%49,7) ve 41-50 (%22,3) yaş aralığında olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca şiddet uygulayanların %82,2'sinin şiddete neden olabilecek herhangi bir hastalığı bulunmazken, %12,2'sinin psikiyatrik hastalığı olduğu, %3,8'nin alkol veya madde etkisinde olduğu, %1,8'inin ise ağır bir hastalığı olduğu belirtilmiştir. Yapılan alışmalar incelendiğinde hem ülkemizde hem de dünyada sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların büyük çoğunluğunun hasta yakınları olduğu, cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise çoğunlukla erkeklerin şiddet uyguladığı belirlenmiş ve çalışmamızla uyumlu bulunmuştur ^{77,257,276-280}. Karaca ve ark.'nın Samsun genelinde 845 hekim üzerinde yaptığı bir çalışmada, katılımcılara şiddet uygulayanların büyük kısmının %74,4'lk oranla hasta yakınları olduğu, %81,3'ünün erkekler tarafından uygulandığı ve en fazla 35-39 ve 40-44 yaş

grupları arasında görüldüğü saptanmıştır²⁵⁵. Hastanelerde hasta yakınlarının hastalarla birlikte tedavi alanına girebilmeleri ve gerçekte sağlık sisteminden kaynaklanan birçok sorunun kaynağını hekimler olarak görmelerinin, hasta yakınlarının şiddet uygulama oranları üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür. Erkeklerin kadınlardan fiziksel ve hormonal olarak farklı olması ve bu farklılığın şiddet içeren eylemlere daha fazla eğilimli olmalarını tetiklemesi²⁸¹ erkeklerin daha fazla şiddet uygulama eğilimi göstermesinin bir nedeni olarak düşünülmüştür. Ayrıca şiddet uygulayanların en fazla 30-50 arası orta yaşlarda bireyler olmasının sebebi olarak hastaneye giden kişilere refakat eden kişilerin genelde çocuklar için anne babaları veya yaşlı insanlar için çocukları olması düşünülmüştür.

Şiddete meyilli kişilerin özellikleri değerlendirildiğinde; bu kişilerin genellikle erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsüne sahip olan kişiler olduğu bildirilmiştir²⁸². Bunun yanında metabolik hastalığı olan kişiler, alkol/madde kullananlar, nörolojik ve psikiyatrik bir hastalığı olan kişiler de şiddete başvurma riski yüksek kişilerdir²⁸³.

Çalışmamızda hekimlerin şiddet sonrası sadece %20,6'sının adli bildirim yaptığı, bu oranın fiziksel şiddete uğrayanlarda biraz daha yüksek (%39,2) olduğu görülmektedir. Şikayetçi olmayanların, şikâyetle bulunmamalarına gerekçe olarak gösterdikleri en sık iki sebep adli süreçten bir sonuç çıkmayacağını düşünmeleri (%37,3) ve adli sürecin çok uzun olmasıdır (%27,7). Psikolojik şiddete uğrayıp bildirim yapmayanların ise %22,1'i şiddeti olağan karşıladığını belirtmiştir. Maruz kalınan şiddet sonrası adli makamlara yapılan şikayetlerin %38,5'inde sürecin devam ettiği, %26,2'sinde takipsizlik verildiği, %16,9'unda saldırganın cezasının ertelendiği, %16,9'unda para cezası verildiği, 1 (%1,6) kişiye ise hapis cezası verildiği görüldü. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunda maruz kalınan şiddetten sonra sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının hizmet sunmaya devam ettiği ve olayı rapor etmediği görülmektedir. Fiziksel şiddet sonrası bildirim oranı, sözel şiddet sonrası bildirim oranına göre daha yüksek olup şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının fiziksel saldırılardan sonra daha fazla zarar gördükleri için saldırıları rapor ettikleri, sözel ve diğer şiddet türlerini ise mesleğin doğasında var olan bir durum olarak kabul etmeleri nedeniyle bildirimde bulunmadıkları ya da bildirseler bile sonuç

alamamaktan veya suçlanmaktan korktuklarını ifade etmişlerdir^{67,74,264,284}. Erzurum’da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının saldırı sonrası %4,6 oranında adli ihbarda bulunduğunu, yapılan saldırı sonrası sağlık çalışanlarının %28,8 oranında adli yargılama sürecinin uzun olması, %33 oranında saldırıyı olağan karşılamaları, %15,5 oranında tehdit kaynaklı zarar görme endişesi sebebiyle adli makamlara ihbar etmediği, yapılan saldırı sonrası adli makamlara ihbar sonucu %37,5 oranında saldırgana ceza verilmediği, %29,2 oranında soruşturma veya kovuşturmanın devam ettiği, %8,3 oranında saldırgana hapis cezası verildiği belirtilmiştir²⁶². Samsun’daki çalışmada da katılan hekimlerin %57,4’ü şikâyet sonrası istedikleri etkinin oluşmadığını ifade etmişlerdir²⁵⁵. Hindistan’da yapılan çalışmada ise doktorların sadece üçte birinin şiddet olayını daha yüksek makamlara bildirdiği, ayrıca rapor etmeyenlerin de bunu gereksiz ve zaman harcayan bir faaliyet olarak gördükleri belirtilmiştir²⁵⁶. Hekimlerin uğradıkları şiddet konusunda gerekli yasal düzenlemelerin olmaması, hekime yönelik şiddette cezai yaptırımların yeterli düzeyde olmaması ve dava süreçlerinin uzun sürmesinin bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin %17,6’sı olay sonrası sağlık raporu alırken, psikolojik şiddete uğrayanların ise sadece %2,6’sı sağlık raporu almıştır. Fiziksel şiddete uğrayanların %9,8’i, psikolojik şiddete uğrayanların ise %5,1’i psikolojik yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin %13,7’si (n=7) ayaktan, %7,8’i (n=4) ise yatarak tedavi gördüklerini belirtmişlerdir. İşten ne kadar uzak kaldınız sorusuna ise %15,7’si (n=8) 0-1 gün, %2’si (n=1) 2-5 gün ve %2’si (n=1) 6-10 gün cevabını vermiş, %80,3’nün ise herhangi bir iş kaybı olmamıştır. Samsun’da yapılan çalışmada şiddete uğrayanların %11,9’u 1 gün ve üzeri çalışma kaybı tariflemiş ve fiziksel şiddetin içinde olduğu şiddet olaylarında çalışma kaybının arttığı görülmüştür²⁵⁵. Çamcı ve Kutlu’nun çalışmasında şiddet sonrası sağlık çalışanlarının izin alma oranının %3,6 olduğu görülmüştür²⁶⁴. Fiziksel şiddet sonrası çalışma kaybı yüzdesinin yüksekliği bu hekimlerin şiddet nedeniyle oluşan fiziksel-ruhsal sağlık sorunları ve sosyal nedenler ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin şiddetin sebebi olarak düşündükleri ilk üç sıradaki nedenler; bilinçsiz hasta yakını (%49,4), bekleme süresinin uzunluğu (%48,1) ve

hasta sayısının fazlalığı (%42,1) olarak tespit edilmiştir. Diğer nedenlere bakıldığında hekimlerin %40'ı hastanın ihmal edildiğini düşünmesi, %38,7 izlenen sağlık politikaları, %33,2'si haksız tıbbi belge talep edilmesini şiddetin nedeni olarak görmektedir. Carmi-Iluz ve arkadaşlarının İsrail Necef'te yaptığı araştırmada hekimlerin şiddet nedeni olarak en fazla öne çıkardığı iki nedenin %46,2 ile uzun bekleme süreleri ve %15,4 ile hastaların tedaviden memnuniyetsizlikleri olduğu belirtilmiştir⁷⁷. Ülkemizde 2002 yılında 190 sağlık çalışanına uygulanan ankette acil serviste şiddete maruz kalma olgusu incelenmiş olup, şiddete neden olan olaylar içerisinde %36 ile ilk sırada alkol ve madde bağımlılığının, ikinci sırada ise uzun bekleme süresinin olduğu görülmüştür¹²⁸. Gates ve ark., yaptıkları çalışmada fiziksel şiddetin nedenleri arasında uzun bekleme süresi, güvenlik elamanı yokluğu, güvenlik elamanlarının zamanında yanıt vermemeleri, saldırganların kolaylıkla sağlık kuruluşlarına silah sokabilmeleri, metal tarayıcı ve alarm cihazı yokluğu ile şiddetten korunmaya yönelik politika ve süreçlerin yokluğunu belirtmişlerdir²⁸⁵. Bekleme süresi uzunluğu en fazla üniversite ve devlet hastanelerinde ön plana çıkmaktadır. Bunun sebebinin üniversitelerin 3. basamak sağlık kuruluşu olması ve hastalığı daha ilerlemiş hastaların başvurması nedeniyle ileri tetkikler istendiği için bekleme sürelerinin diğer kurumlara göre daha fazla olabileceği düşünülmüştür. Devlet hastanesinde ise çalışmayı yürüttüğümüz Pendik ilçesinin nüfusu göz önünde bulundurulduğunda, hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığının bu bekleme sürelerinin oluşmasına neden olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda aile sağlığı merkezlerinde şiddetin en sık nedeni olarak haksız tıbbi belge/rapor talep edilmesinin (%57,9) ifade edilmesi dikkat çekmektedir. Samsunda yapılan çalışmada da aile sağlığı merkezlerinde şiddetin en sık nedeni olarak haksız isteklerin reddedilmesi (%62,6) gösterilmiştir²⁵⁵. Aile hekimlerinin son dönemlerde birçok rapor (işe giriş, sürücü belgesi, silah ruhsatı vs.) için yetkili kılınması ile hasta ya da hasta yakınları ile aile hekimleri arasındaki ilişkilerin nispeten daha yüksek olmasının haksız tıbbi belge ve rapor isteklerinin aile sağlığı merkezlerinden daha fazla talep edilmesine neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin yaşadıkları şiddete karşı verdikleri tepkiler çalıştıkları kurumlara ve şiddet türlerine göre incelendiğinde, psikolojik şiddete uğrayanların %50,2'si sözlü karşılık verdiğini, %32,3'ü güvenlik görevlisi

çağırdığını, %25,5'i ise şiddet uygulayanı odadan kovduğunu ifade etmiştir. Fiziksel şiddete uğrayanların ise %56,9'u güvenlik görevlisi çağırdığını, %43,1'i beyaz kod verdiğini, %39,2'si ise olay yerinden uzaklaştığını belirtmiştir. Kurumlara göre bakıldığında ise bütün kurumlarda şiddet karşısında en sık verilen tepkinin sözel karşılık şeklinde olduğu görülmektedir. Göze çarpan sonuçlardan birisi ise aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin %52,6'sının odadan kovma şeklinde tepki vermesi olmuştur. Bunun sebebi aile sağlığı merkezlerinde güvenlik görevlisi bulunmaması olabilir. Erzurum'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete %31,7 oranında saldırganı kovma, %24,3 oranında saldırgana sözel olarak karşılık verme, %8,7 oranında ise güvenlik görevlisi çağırma şeklinde bireysel tepki verdiği belirtilmiştir ²⁶². Samsun'da yapılan çalışmada da benzer şekilde hekimlerin en sık sözel karşılık verdiği (%42), beyaz kod verme oranının ise çok düşük olduğu görülmektedir ²⁵⁵. Bir Üniversite Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise katılımcıların %43,1'i şiddete maruziyet sonrası sözel veya fiziksel olarak karşılık verdiklerini belirtmişlerdir ²⁶⁵. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise sağlık çalışanlarının %41'inin güvenlik görevlisi çağırma, %19,8'inin olay yerinden uzaklaşma, %14,4'ünün sözlü karşılık verme, %11,7'sinin odadan kovma, %11,7'sinin tepkisiz kalma, %1,4'ünün fiziki karşılık verme şeklinde şiddete karşılık verdiği belirtilmiştir ²⁶³. 2014 yılında Ankara'da yapılan çalışmada şiddete karşı sözel olarak karşılık verenler hekimlerin yaklaşık dörtte birini oluştururken (%23,3), hekimlerin %41,9'u şiddete karşı sözel ya da fiziksel bir karşılık vermemiştir. Hekimlerin %16,6'sı ise şiddet olgusu karşısında güvenlik görevlilerini çağırdıklarını ifade etmiştir ²⁶⁰. Hindistan'da üçüncü basamak bir hastanede yapılan çalışmada doktorların %73,5'i şiddetin öncelikli sebebinin uzun bekleme süresi olduğunu, daha sonra da tıbbi bakım hizmetinde gecikme olduğunu belirtmişlerdir ²⁸⁶. İsrail'de yapılan araştırmada, en sık görülen şiddet nedenlerinin uzun bekleme süresi (%46,2), tedaviden memnuniyetsizlik (%15,4) ve hekimle uyuşmazlık (%10,3) olduğu görülmüştür ⁷⁷. Koukia ve ark., (Yunanistan) hasta ziyaret saatlerinin (%88,8), uzun bekleme sürelerinin (%86,4) ve ziyaretçilerin psikolojik sorunlarının şiddetin nedenleri olduğunu belirtmişlerdir ²⁸⁷. Sözel karşılık vermenin uygulanabilirliği ve hekimlere uygulanan şiddetin en çok psikolojik şiddet olduğu düşünüldüğünde hekimlerin verdiği tepkiler arasında ilk sırada olması

anlaşılır bulunmuştur. Aynı şekilde fiziksel şiddet gören hekimlerin de güvenlik görevlisi çağrımları ve beyaz kod vermeleri beklenen bir tepki olup bizim çalışmamızda daha önceki yıllardaki çalışmalara göre bu tepkilerde artış olduğu görülmektedir. Beyaz kod sayılarının önceki yıllardaki çalışmalara göre artması olumlu bir gelişme olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin %66,6'sı yaşanan şiddet olayı sonrası hastalarla olan ilişkilerinin etkilendiğini, %31,1'i artık mümkün olduğu kadar az hasta görmeye çalıştığını, %30,4'ü ise artık hastalarla konuşmamaya çalıştığını belirtmiştir. Edirne'de yapılan çalışmada da benzer şekilde hekimlerin %55,8'i şiddet olayı sonrası hastalarla ilişkilerinin etkilendiğini, %31,8'i artık daha dikkatli olduğunu ve kendisini koruduğunu, %15,4'ü de işini değiştirmek istediğini belirtmiştir²⁶¹. Coles ve ark.'nın araştırmasında hekimlerin, kendilerinden şiddet gördükleri hastalara karşı çeşitli tepkiler verdiklerini ifade ettikleri, bazı pratisyenlerin doktor-hasta ilişkisinde herhangi bir değişiklik olmadığını beyan ederken, diğerlerinin hastalarla görüştüklerinde stres, korku ve çekingen hareketleri içeren bir dizi huzursuzluk hissettiklerini, hastaların tedavisine devam edemeyecek duruma geldiklerini, bazılarının bu tür şiddet uygulayan hastaların tedavisinde güçlük çektiklerini bildikleri görülmektedir¹⁵². Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %73'ünün yaşanan şiddet olayı sonrasında hastalarından korktukları, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin ise hastaları "potansiyel şiddet gösteren" olarak gördükleri bildirilmiştir¹²⁴.

Çalışmamızda hekimler şiddet sonrası yaşadıklarıyla ilgili soruya en yüksek oranda tekrar olacağını düşünerek çalışırken sürekli tedirginim (%39,2) ve olayın yaşandığı ortamda rahatsızlık duydum (%36) şeklinde cevap vermişlerdir. Ankara'da yapılan çalışmada da hekimlerin büyük çoğunluğunun çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma açısından endişe duyduğu görülmektedir²⁶⁰. Hekimlere yönelik şiddet olaylarının artması ve gerekli tedbirlerin alınmaması düşünüldüğünde hekimlerin şiddet olguları karşısında tedirgin ve endişeli olmaları beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda sağlıkta şiddete yönelik eğitim alma oranı %22,7 olarak bulunmuştur. Şiddetle ilgili eğitim alanların fiziksel şiddete ve psikolojik şiddete uğrama sıklığının almayanlara göre daha düşük olduğu ayrıca psikolojik şiddetle eğitim alma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sebep

olduğu bulunmuştur. Behnam ve ark.'nın çalışmasında hekimlerin %14'ünün, Donna ve ark.'nın çalışmasında ise %8'nin şiddet eğitimi aldığı bildirilmiştir^{288,289}. Mersin Acil Tıp uzmanlık öğrencileriyle yapılan tez çalışmasında şiddete yönelik bir eğitim/kurs alma oranının %4,8 olduğu, fiziksel şiddete maruz kalanların %5,5'inin, sözel şiddete uğrayanların %5,1'inin daha önceden şiddete yönelik bir eğitim/kurs aldığı, şiddet eğitimi almayanlarda ise fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.²⁵⁸ Çalışmamızda sağlık çalışanlarının, şiddetle ilgili eğitim alma oranlarının istenen seviyenin çok altında olmasına rağmen diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmasında, son dönemlerde sağlık personeline şiddet olaylarında meydana gelen artışın etkili olabileceği düşünüldü.

5.4 Hekimlere Uygulanan Ölçeklerin Tartışılması

Araştırmamızda kullanılan MİDÖ'ye ait yaptığımız güvenilirlik analizi sonuçlarına göre; Cronbach-alpha değeri genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu için sırasıyla 0,925, 0,895 ve 0,839 olarak bulunmuştur Erzurum il genelinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan 246 hekimin katıldığı çalışmada Cronbach-alpha değeri ölçeğin alt boyutlarına göre sırasıyla 0,90, 0,86 ve 0,80 olarak tespit edilmiştir²⁹⁰. Erdem'in ikinci basamak sağlık kurumu personelleri ile yaptığı çalışmada ise Cronbach-alpha değerleri ölçeğin alt boyutlarına göre sırasıyla 0,84, 0,84 ve 0,90 olarak saptanmıştır²⁹¹(133). Martins'in sağlık çalışanları ile yapmış olduğu araştırmada ise Cronbach-alpha değeri ölçeğin alt boyutlarına göre sırasıyla 0,88, 0,87 ve 0,77 olarak saptanmıştır²⁹². Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda genel iş doyumu puan ortalaması 3,35, içsel iş doyumu puan ortalaması 3,50 ve dışsal iş doyumu puan ortalaması ise 3,13 olarak bulunmuştur. Malatya'da Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan sağlık çalışanlarının katıldığı araştırmada, katılımcıların iş doyumu puanları sırasıyla 3,35, 3,50 ve 3,12 olarak tespit edilmiştir²⁹³. Mutlupoyraz'ın 2009 yılında Adana'da hekimlerle yaptığı çalışmada iş doyum puanları 3,42, 3,63 ve 3,12,²⁹⁴ Erzurum'daki bir diğer çalışmada ise hekimlerin ortalama iş doyum puanları 3,22, 3,39 ve 2,97

olarak bulunmuştur ²⁹⁰. Ankara’da acil serviste çalışan hemşirelerin MİDÖ’den elde edilen puan ortalamalarına bakıldığında ise sırasıyla 2,99, 3,16 ve 2,74 olarak bulunmuştur ¹⁰. Çalışmamızda elde edilen iş doyum puanlarının, örneklemini hekimlerin oluşturduğu çalışmalarla benzerlik gösterdiği, hemşirelere göre ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın da hemşirelerin hekimlere göre farklı çalışma koşullarında çalışmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin son bir sene içerisinde fiziksel ve psikolojik şiddet görme durumu ile iş doyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında her iki şiddet türü için de şiddet gören hekimlerin genel iş doyumunu, içsel iş doyumunu ve dışsal iş doyumunu puanlarının şiddet görmeyen hekim grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuş ve şiddet görme ile iş doyumunu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ülkemizde sağlık çalışanlarının önemli bir grubunu temsil eden hemşirelerle yapılan çalışmada da benzer şekilde şiddete uğrayan hemşirelerin genel iş doyum, içsel ve dışsal doyum puanlarının şiddet görmeyenlere göre daha düşük olduğu ve şiddet görme ile iş doyumunu arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir ¹⁰. 2014 yılında Güney Marmara Bölgesi’nde, dört kamu hastanesinde farklı görevlerdeki (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) toplam 213 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanının iş tatminine yönelik algısı açısından şiddete maruz kalan çalışanlar ve şiddete maruz kalmayan çalışanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır¹². Karcıoğlu ve Akbaş (2010), 395 sağlık çalışanı üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında, psikolojik şiddete maruz kalma durumu ile iş tatmini arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir ²⁹⁵. Vaananen (2003) tarafından İsveç’te hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise, iş tatmini ile psikolojik şiddete maruz kalma arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur ²⁹⁶. Finlandiya’da 2014 yılında iş yeri şiddetinin hekimlerin iş doyumunu üzerine etkisini inceleyen, 2841 hekimin katıldığı bir çalışmada; fiziksel ve sözel şiddete maruz kalanların iş doyumlarının azaldığı bulunmuştur ²⁹⁷. Daha önce ülkemizde, sadece hekimlerin şiddete uğrama durumlarına göre iş doyum düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından sonuçlarımız ülkemizde sağlık çalışanlarıyla yapılan ve dünyadaki diğer benzer çalışmalarla karşılaştırılmış ve sonuçlarımız uyumlu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle şiddete uğrayan hekimlerin iş doyumlarının azaldığı sonucu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda kullanılan MTÖ'ye ait yaptığımız güvenilirlik analizi sonuçlarına göre; Cronbach-alpha değeri duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) için sırasıyla 0,912, 0,833, 0,817 olarak bulunmuştur. 2018 yılında Yenirol Z.'nin yaptığı tez çalışmasında sağlık çalışanlarının MTÖ'nün alt faktörleri için güvenilirlik analizi sonuçları; duygusal tükenme 0,859; duyarsızlaşma 0,341 ve kişisel başarı 0,562 olarak bulunmuştur ²⁹⁸. Erzurum'da hekimlerle yapılan çalışmada ise sırasıyla 0,90, 0,73, 0,77 olarak bulunmuştur ²⁹⁰. Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ölçeğin güvenilirlik katsayısı ölçeğin alt boyutlarına göre 0,88, 0,83 ve 0,72 olarak saptanmıştır ²⁹⁹. Çalışmamız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerin aldıkları MTÖ-DT ortalama puanı 18,30; MTÖ-D ortalama puanı 7,55 ve MTÖ-KB ortalama puanı 21 olarak bulunmuştur. Türkiye'de ve dünyada doktorlarda tükenmişlik düzeyini ölçmek için başka çalışmalarda yapılmıştır; Kahramanmaraş'ta 2017 yılında araştırma görevlisi doktorlarla yapılan çalışmada MTÖ alt ölçeklerinin puan ortalamaları sırasıyla 20, 7 ve 21 olarak bulunmuştur ³⁰⁰. Konya'da araştırma görevlisi ve öğretim üyesi olan 894 hekim ile yapılan bir çalışmada, doktorların ortalama ölçek puanları sırasıyla; 16,45, 6,28 ve 20,36 olarak bulunmuştur ³⁰¹. Aslan ve ark.'nın yaptığı, hekimlerde tükenmişlik sendromunu inceleyen, uzman ve pratisyen doktorlarla yapılan çalışmada MTÖ-DT, MTÖ-D, MTÖ-KB puan ortalamaları sırasıyla; 16, 5 ve 22 olarak bulunmuştur ³⁰². Yurt dışında yapılan çalışmalarda ölçeğin puanlandırması MTÖ-DT için 0-54, MTÖ-D için 0-30, MTÖ-KB için 0-48 olarak yapılmıştır. Buna göre; Avrupa'daki aile hekimleri ile yapılan çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin ortalama MTÖ-DT puanları 24, ortalama MTÖ-D puanları 7, ortalama MTÖ-KB puanları ise 37 olarak tespit edilmiştir³⁰³. İngiltere'de rastgele seçilen 800 doktorla yapılan bir çalışmada, ortalama MTÖ-DT puanları 19,6, ortalama MTÖ-D puanları 9,3, ortalama MTÖ-KB puanları 40,3 olarak bulunmuştur ³⁰⁴. Almanya'da 40 yaş altı 2357 doktor ile yapılan çalışmada ise çalışmaya katılan hekimlerin ortalama MTÖ-DT puanları 21,3, ortalama MTÖ-D puanları 9,9, ortalama MTÖ-KB puanları 36,3 olarak gözlenmiştir ³⁰⁵. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Avrupa'da yapılan çalışmalara göre ise duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Avrupa'da çalışma koşullarının daha iyi olması, hekim başına düşen

hasta sayısının daha az olması, güvenlik önlemlerinin daha iyi olması gibi faktörlerin, tükenmişliğin azalmasında rol oynayabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda hekimlerin son bir sene içerisinde fiziksel ve psikolojik şiddet görme durumu ile tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında her iki şiddet türü için de şiddet gören hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanlarının şiddet görmeyen hekim grubuna göre daha yüksek olduğu, kişisel başarı puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Psikolojik şiddete maruz kalma ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Fiziksel şiddete maruz kalma ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki saptanmış ($p<0.05$), ancak kişisel başarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Nart'ın yaptığı çalışmada iş yerinde sözel, psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalmanın, çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerini arttırdığı görülmektedir ¹². Merecz ve ark., tarafından 2009 yılında hemşireler ve sosyal hizmet çalışanları ile yapılan çalışmada, hastalar veya çalışma arkadaşları tarafından şiddete maruz kalma ile çalışanların tükenme düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ³⁰⁶. Benzer şekilde, Winstanley ve Whittington tarafından 2002 yılında 375 sağlık personeli üzerinde yapılan bir diğer çalışmada da pek çok kez fiziksel şiddete maruz kalan çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi, bu tür davranışlara hiç maruz kalmayan çalışanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Kişisel başarı düzeyine göre yapılan analizlerde ise anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir³⁰⁷. Dursun tarafından 2012 yılında, bir kamu hastanesinde farklı görevlerde (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) yer alan, toplam 161 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmada, işyerinde şiddet olaylarına maruz kalan veya tanık olan çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin, şiddet olaylarına maruz kalmayan çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiş, kişisel başarı düzeyinde ise anlamlılık bulunamamıştır ⁷. Diğer bir ifade ile literatürle uyumlu olarak iş yerinde fiziksel ve psikolojik şiddet olayına maruz kalan sağlık çalışanlarının, duygusal tükenme yaşadıkları ve işlerine karşı duyarsızlaştıkları görülmektedir. Ayrıca iş yerinde fiziksel şiddete maruz kalmanın hekimlerin kişisel başarılarını etkilemediği literatürle uyumlu olarak görülmektedir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak psikolojik şiddete maruz kalan çalışanların kişisel başarılarının anlamlı

bir şekilde azaldığı görülmektedir. Diğer çalışmalardan farklı olarak bizim son bir sene içerisindeki şiddet olaylarına göre değerlendirme yapmamız ve çalışmamızda psikolojik şiddet düzeylerinin yüksek çıkması bu farklılığa neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda kullanılan İÖÖ'ye ait yaptığımız güvenirlik analizi sonuçlarına göre; Cronbach-alpha değeri intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ve umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık alt boyutları için sırasıyla 0,884, 0,765, 0,812, 0,537 ve 0,661 olarak bulunmuştur. Atlı Z. ve ark.'nın, intihar olasılığı ölçeğinin klinik örnekleme geçerlilik ve güvenirliğini araştırdığı çalışmada İÖÖ'nün tüm örneklem için güvenirlik katsayısı 0.89; alt ölçekler için umutsuzluk 0,78, intihar düşüncesi 0,84, olumsuz kendilik değerlendirmesi 0,79 ve düşmanlık 0,70 olarak belirtilmiştir²⁵¹. Çalışmamız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerin İÖÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları; İÖÖ toplam 53,16, umutsuzluk 18,17, intihar düşüncesi 11,19, olumsuz kendilik değerlendirmesi 12,74 ve düşmanlık 10,28 olarak bulunmuştur. Atlı Z ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrol grubu olarak belirledikleri intihar düşüncesi olmayan grubun İÖÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar sırasıyla; 60,86, 22,49, 9,58, 9,81 ve 18,99 olarak bulunmuştur. Psikiyatri servisinde yatan hastaların puanları ise sırasıyla 77,32, 28,00, 13,52, 12,10, ve 23,71 olarak bulunmuştur ²⁵¹. 2016 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesinde sağlık meslek lisesi öğrencileriyle yapılan çalışmada öğrencilerin İÖÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalaması sırasıyla; 76,22, 19,55, 13,02, 24,08, 13,48 olarak saptanmıştır ³⁰⁸. Literatürde hekimlere yönelik intihar olasılığı ölçeği çalışmasına rastlanmadığından çalışmamız rastgele örneklem, psikiyatri hastaları ve öğrenciler ile yapılan çalışmalarla karşılaştırılmış ve elde ettiğimiz intihar olasılığı puanları diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bizim örneklemimizi hekimlerin oluşturması ve hekimlerin eğitim, ekonomik ve sosyokültürel seviyelerinin yüksek olmasının, sonuçların bu şekilde olmasına neden olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda hekimlerin son bir sene içerisinde fiziksel ve psikolojik şiddet görme durumu ile intihar olasılığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında her iki şiddet türü için de şiddet gören hekimlerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ve umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık alt

boyutlarının puanlarının şiddet görmeyen hekim grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve şiddet görme ile intihar olasılığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık meslek lisesi öğrencileriyle yapılan çalışmada, öğrencilerin aileden birinin şiddete maruz kaldığına tanık olma ve şiddete maruz kalma durumuna bakıldığında; aileden birinin şiddete maruz kaldığına tanık olduğunu belirten öğrencilerin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının, aileden birinin şiddete maruz kaldığına tanık olmadığını belirten öğrencilerin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Güleç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ülkemizde şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma oranlarının intihar girişiminde bulunanlarda intihar girişiminde bulunmayan gruba oranla daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir³⁰⁹. Bu çalışmalarda görüldüğü gibi şiddete maruz kalma veya şiddete tanık olma ile intihar olasılığı ölçeği puanları artmaktadır ve bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Literatürde işyeri şiddeti ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadığından bu konuda karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamızda son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin bazı demografik ve çalışma hayatıyla ilgili özelliklerine göre iş doyum, tükenmişlik ve intihar olasılığı puanları incelenmiştir. Buna göre; cinsiyet ile ölçekler arasında anlamlı fark bulunmamış, erkeklerle kadınların şiddet sonrası etkilenimleri benzer bulunmuştur. Evli olanların evli olmayanlara göre iş doyumları daha yüksek, tükenmişlik ve intihar olasılıkları daha düşük bulunmuş, evli olmayanların şiddet sonrası etkilenimleri daha yüksek bulunmuştur. Yaş grupları ilerledikçe ve meslekte çalışma süresi arttıkça iş doyumunun da arttığı, tükenmişlik ve intihar olasılıklarının azaldığı görülmüş, mesleki tecrübesi daha az olan grupların şiddet sonrası etkilenimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şiddete uğrayan uzman hekimlerin, asistan ve pratisyen hekimlere göre iş doyumlarının daha yüksek olduğu, tükenmişlik ve intihar olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Asistanlar ile pratisyenlerin şiddet sonrası etkilenimleri benzer iken, uzmanların bu gruplara göre kıyasla şiddetten daha az etkilendiği görülmektedir. Çalışılan bölüm ile ölçekler arası ilişki değerlendirildiğinde; iş doyumunu ile bölümler arasında anlamlı ilişki görülmezken, acil hekimlerinin duyarsızlaşma puanının diğer bölümlerden yüksek olduğu ve dahili tıp bölümlerinde çalışan hekimlere göre bu farkın anlamlı olduğu

görüldü. Cerrahi tıp bölümlerinde çalışan hekimlerin ise intihar olasılığı puanlarının diğer bölümlerden daha yüksek olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda son bir sene içerisinde şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin kendi içlerinde ölçekler arası korelasyonlarına göre; iş doyumu ölçeği boyutları ile kişisel başarı düzeyi arasında pozitif ve anlamlı ilişki var iken, iş doyumu ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve intihar olasılığı düzeyleri arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Dolayısı ile iş doyumu düzeyi arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve intihar olasılığı düzeyi azalmakta kişisel başarı ise artmaktadır. Erzurum’da yapılan çalışmada hekimlerin duygusal tükenme ile duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon varken, kişisel başarı puanı ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır²⁹⁰. Malatya’da yapılan çalışmada ise genel, içsel ve dışsal iş doyum puanları ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönde, kişisel başarı puanları ile pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur²⁹³. Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda İstanbul Pendik ilçesindeki tedavi kurumlarında çalışan hekimlerin hayat boyu şiddete uğrama sıklığının %82,78 olduğu ve hekimlerin genel olarak en sık psikolojik şiddete maruz kaldığı, erkek hekimlerin ise fiziksel şiddete daha fazla uğradığı görülmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin hayat boyu şiddete uğrama sıklığının 40-49 yaş grubunda, kadınlarda, evli olanlarda, devlet hastanesinde çalışanlarda, pratisyen hekimlerde, meslekte çalışma süresi 6-10 yıl arası olanlarda, acil serviste çalışanlarda, mesai şekli gece-gündüz shiftleri şeklinde olanlarda daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmamız sonucunda hekimlerin %58,4'ünün son 1 sene içerisinde işyerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıkları, psikolojik şiddetin en fazla görülen şiddet türü olduğu, tüm şiddet türleri birlikte değerlendirildiğinde kadın hekimlerin daha sık şiddete maruz kaldığı, erkek hekimlerin ise fiziksel şiddete uğrama sıklığının kadın hekimlerin neredeyse iki katı olduğu saptanmıştır.

Son bir sene içerisinde şiddete uğrama sıklığının devlet hastanelerinde, acil servislerde, 29 yaş ve daha küçük olanlarda, evli olmayanlarda, pratisyenlerde, mesleğinin ilk 5 yılı içerisinde olanlarda, şu an çalıştığı birimde ilk 5 senesi olanlarda, mesai şekli gece-gündüz shiftleri şeklinde olanlarda ve haftalık çalışma süresi 45 saatin üzerinde olanlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

Hekimlere son bir yıl içerisinde en fazla erkek cinsiyette, 31-40 yaş aralığında olan hasta yakınları ve şiddete sebebiyet verecek herhangi bir hastalığı olmayan kişiler tarafından şiddet uygulandığı görülmektedir.

Araştırmamızda hekimlerin %79,4'ünün şiddet sonrası adli bildirim yapmadıkları çünkü büyük çoğunluğunun adli süreçten sonuç çıkmayacağını ve adli sürecin çok uzun olduğunu düşündükleri görülmektedir. Adli sürece giden davaların ise büyük çoğunluğunun devam ettiği, sonuçlananların ise çoğunun takipsizlik aldığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda hekimler şiddetin nedeni olarak en sık bilinçsiz hasta yakını, bekleme sürelerinin uzunluğu ve hasta sayısının fazlalığı olduğunu belirtmekte,

bunun yanında aile sağlığı merkezlerinde ise en sık şiddet nedeni olarak haksız tıbbi belge-rapor istenmesinin olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu şiddet sonrası hastalarla ilişkilerinin etkilendiğini, hastalarla iletişimi azalttıkları veya daha az hasta görmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca şiddet sonrası hekimlerin büyük bir kısmı olayın olduğu ortamda rahatsız olduklarını ve çalışırken tedirginlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin şiddete karşı en sık sözlü karşılık verdikleri, fiziksel şiddete uğrayanların ise güvenlik görevlisi çağırdıkları ve beyaz kod verdikleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğunun şiddet ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları görülmektedir. şiddet eğitimi alan hekimlerin daha az oranda fiziksel ve psikolojik şiddete uğradıkları sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda son bir sene içerisinde şiddete uğrayan hekimlerin genel iş doyumunu, işsel iş doyumunu, dışsal iş doyumunu düzeylerinin şiddete uğramayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin uğramayanlara göre arttığı, kişisel başarı seviyelerinin ise azaldığı görülmektedir. Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyelerinin uğramayanlara göre arttığı, bunun yanında kişisel başarı seviyelerinin anlamlı bir şekilde değişmediği sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda son bir sene içerisinde fiziksel veya psikolojik şiddete uğrayan hekimlerin intihar olasılığı puanlarının uğramayanlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Çalışmamızın sonuçlarının da gösterdiği üzere hekimlerin iş yerlerinde maruz kaldıkları şiddet meslek hayatları süresince karşı karşıya kaldıkları en önemli mesleki problemlerinden biridir. Hekimlerin yaşadıkları şiddetin bu kadar sık olması hekim hasta ilişkilerini zedelemekte, hekimlerin verimliliğini azaltmakta ve hekimlerin ruhsal sağlığını etkilemektedir. Bu sorunun    z lmesi için çalışmamıza katılan hekimlerin görüşleri ve araştırmamızdaki sonuçlar ile literatür ışığında oluşturulan öneriler aşağıda sıralanmıştır;

1. Tıp fakültelerinde ve sağlık alanındaki diğer fakültelerde iletişim becerileri, şiddetin nedenleri ve önlenmesi ile ilgili dersler rutin olarak verilmeli,
2. Sağlık personeline şiddet esnasında ve sonrasında neler yapması gerektiği (savunma, hangi olayların bildirilmesi gerektiği, nasıl bildirim yapılacağı, beyaz kod sistemi, çatışma yönetimi, şiddetle başa çıkma, iletişim becerileri vs) konularında hizmet içi eğitimler verilmeli,
3. Acil hastanın ne demek olduğu, acil servislere başvurulması gereken durumlar, acil servislerde öncelik sırasının belirlenmesi konularında kamu spotları yayınlayarak, TV programları yaparak, yazılı ve görsel medyayı kullanarak, hastane billboardlarına ve kamu kuruluşlarına afişler asarak, ayrıca örgün eğitim içerisinde okullarda işlenmesini sağlayarak bilinçlendirme yapılmalı ve farkındalık sağlanmalı,
4. Halkın sağlık çalışanına şiddet konusundaki duyarlılığının artırılması için yazılı ve görsel medyada sağlık çalışanını kötüleyen söylemlerden kaçınılarak, sağlıkta şiddetin kınanması, bu konudaki caydırıcı olabilecek örnek davaların ve sonuçlarının yayınlanması sağlanmalı,
5. Hastane ve aile sağlığı merkezleri girişlerine metal dedektör koyulması, şüpheli durumlarda arama yapılması,
6. Güvenlik görevlilerinin yetkileri ve sayıları artırılarak güvenlik görevlileri daha etkin ve ulaşılabilir hale getirilmeli,
7. Daha önce hekime şiddet uygulayanlar hastaneye girdiklerinde kayıt sistemi uyarı vermeli ve gerekli önlemler alınmalı, ayrıca bu kişilerin ücretsiz alacakları sağlık hizmetleri kısıtlanmalı,
8. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları düzeltilmeli, haftalık çalışma saatleri nöbetlerde göz önünde bulundurularak daha insani şartlara getirilmeli, üstüste uzun çalışma saatlerinin önüne geçebilmek için nöbet sonrası izin olmalı,
9. Doktor başına düşen günlük randevulu hasta sayısı azaltılmalı, randevusu olmayan hastaların polikliniklere erişimi engellenmeli,
10. Hasta yakınlarının hasta odalarına ve polikliniklere kontrolsüz girişi engellenmeli ve hasta yakınlarına personellerin yapması gereken hasta taşıma, tetkik takibi, numune gönderme vs. işlemleri yaptırılmamalı,
11. Hastanelerdeki danışma alanlarının artırılması ve uygun yerlere yönlendirici tabelalar asılmalı,

12. Acil serviste yeşil alan başvuruları sınırlandırılmalı, hasta sonuçlarının daha kısa sürede ulaşılabilir hale gelmesi sağlanmalı,
13. Poliklinik odalarında hekimler yalnız olmamalı, mutlaka yardımcı personel olmalı,
14. Nöroloji ve psikiyatri gibi bölümlerde ekstra güvenlik önlemleri alınmalı, uygun hasta görüşme odaları sağlanmalı,
15. Özellikle yoğun olan ve şiddetin sık görüldüğü birimlerde, bekleyen hastalarla ve hasta yakınlarıyla iletişim kurarak bilgilendirme yapacak, neden beklediklerini söyleyip sorularını cevaplayacak, hastaları bekleme süresi hakkında bilgilendirecek birimler kurulmalı,
16. Hastaların bekledikleri yerler geniş ve ferah olmalı, bekledikleri alanlarda sandalye, su, tuvalet benzeri ihtiyaçları karşılanmalı,
17. Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olayları için bir şiddet eylem planı hazırlanmalı, bu plan dahilinde;
 - ❖ Beyaz kod verilen durumlarda ifadeler hastanede alınmalı,
 - ❖ Sağlık kurumlarında şiddete uğrayan hekimlere anında yardımcı olacak, gerekli psikolojik ve fiziksel desteği sağlayacak profesyonel bir ekip (psikolog, psikiyatrist, klinisyenler, yönetici) olmalı,
 - ❖ Gerekli durumlarda şiddete uğrayanlara yeterince izin verilmeli,
 - ❖ Barolar tarafından şiddete maruz kalanlara hukuksal destek sağlanmalı,
18. Fiziksel şiddet uygulayan veya sağlık personeline tehdit eden kişilerin, cezaları belirlenene kadar tutuklu kalmaları sağlanmalı ve adli sürecin daha hızlı olması için adımlar atılmalı,
19. Sağlık personeline şiddet ile ilgili ayrı bir yasa çıkartılmalı ve şiddet uygulayanlara verilen cezalar caydırıcı olmalı,
20. Sağlıkta şiddetle mücadele edebilmek ve hekimlerin daha güvenli çalışabileceği, hastaların ise daha iyi bir hizmet alabileceği bir alan oluşturabilmek için hazırlanacak bir şiddetle mücadele planı dahilinde devletin, hastanelerin, sağlık personellerinin ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarının birlikte hareket etmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva; WHO; 2002.
2. Soares J, Lawoko S. The nature extent and determinants of violence against psychiatric personnel. W& S 2000; 14:105-20.
3. Saines JC: Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999; 7:8-12.
4. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2002;3:147-154.
5. Annagür, B., Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010. 2(2):161-173.
6. Gökçe, T. ve Dünder, 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.
7. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012;3:105.
8. Kaukiainen, A.; Salmivalli, C.; Björkqvist, K.; Österman, K.; Lahtinen, A.; Kostamo, A. ve Lagerspetz, K. (2001), Overt and Covert Aggression in Work Settings in Relation to the Subjective Well-Being of Employees, *Aggressive Behavior*, 27, 360–371.
9. Herscovis, M. S. ve Barling, J. (2009) Towards A Multi-Foci Approach to Workplace Aggression: A Meta-Analytic Review of Outcomes from Different Perpetrators, *Journal of Organizational Behavior*, 31, 24–4.

10. Bahar A. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. *J Psychiatr Nurs*. 2015;9-12.
11. Budak, G. ve Sürgevil, O. (2005) Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, D.E.Ü. İ.İ.B.F Dergisi, 20(2), 95-108.
12. Nart S. The Relation Between Workplace Violence Burnout And Job Satisfaction: A Study On Health Workers. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi-Sayı*. 2014;(23).
13. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic, and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;37(8):1131–1140.
14. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, et al. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based register. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):320–326.
15. *Türk Dil Kurumu Yayınları*,. 2005:Türk Dil Kurumu. Türkçe sözlük. 10. Baskı, Ankara.
16. Department of Health and human services- Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health 2002-101.
17. T.C. Resmî Gazete. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-8.htm> (Erişim tarihi: 08.11.2018).
18. Polat O, Çocuk ve Şiddet, DER yayınları, İstanbul, 2001, 3-15,31-32 8.
19. World Health Organization. Resolution on “Strengthening the Role of the Health System in Addressing Violence, in Particular Against Women and Girls and Against Children” at the 67th World Health Assembly.

20. Polat, O. Şiddet. Seçkin Yayınları, Ankara. 2015.
21. Polat, O. Tüm boyutlarıyla Çocuk İstismarı, cilt 2, ss: 411-414, seçkin yayınları, Ankara.
22. Killick, C, Taylor, JB. (2009) Professional Decision Making on Elder Abuse: Systematic Narrative Overview. Journal of Elder Abuse and Neglect, 21(3):211-38.
23. Olweus, D. (1984) Aggressors and Their Victims: Bullying at School. In N. Frude and Gault (eds) Disruptive Behaviour in Schools, John Wiley.
24. Polat, O. (2014). Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22(1), 15-34.
25. Dunne, P. (2011) LGBTI Rights and the Wrong Way to Give Aid. Harvard Kennedy School Review, vol.12, pp: 67-70.
26. How the other half dies in Bombay. *popline.org*. <https://www.popline.org/node/426207>. Accessed November 6, 2018.
27. HF. RRK. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM; Ludwig S; eds. *Child Abus Med diagnosis Manag 2nd ed*. 2001:517–543.
28. Adapted from “Definition and typology of violence”- WHO. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en>.
29. Krug EG, Mercy JA, Linda DL, Anthony Z, Lozano R. World report on violence. *Public Heal reports Washingt DC 1974*. 2002;117(5):479-480.
30. Organization, W.H., World report on violence and health. Geneva (Switzerland), in World report on violence and health. . 2002. p. 1-21.
31. Alberta Association of Registered Nurses. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva 2003.

32. Di Martino V. Workplace Violence in the health sector country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand) Synthesis Report, Geneva 2002.
33. Chappel, D, Di Martino V. Violence at Work. ILO, Geneva 2000.
34. Human Rights Acts, UK. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva 2003.
35. Irish Nurses Organisation. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire (ILO, ICN, WHO, PSI). Geneva 2003.
36. Guidelines on Sexual Harassment Prevention at the Workplace, ILO. Indonesia A 2011.
37. Kutlu L. Açık Agresyon Ölçeğinin Türk Psikiyatrik Hasta Grubunda geçerlik-güvenirlilik Çalışması (Doktora Tezi). İstanbul: İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 2003.
38. Tedeschi J.T, Felson R.B. Violence, Aggression & Coercive Actions. American Psychological Association, Washington D.C. (USA) 1994.
39. Mosses R. “Şiddet Nerede Başlıyor”, Şiddet,Cogito,. 1996;6-7:23-28.
40. Geen RG. Human Aggression. Mapping Social Psychology Series (Second Edition): Open University Press. Buckingham, Philadelphia 2001: s.1-39.
41. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1998), Aile İçinde Ve Toplumsal Alanda Şiddet, Bilim Serisi 113, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, Ankara.
42. Akın ve ark. Halk sağlığı temel bilgiler. Güler Ç, Akın L (editörler). İstanbul. Hacettepe Üniversitesi Yayınları;2012. s.1838-50.

43. Özaşçılar M, Üniversitesi B. *Şiddet Davranışının Nedenlerini Açıklamada Biyolojik Temelli Kuramların Rolü*. Vol 19. Özel Sayı; 2016.
44. Booth, A. ve Osgood, D. W. (1993). The Influence of testosterone on deviance in adulthood: Assessing and explaining the relationship. *Criminology*, 31(1), 93-117.
45. Van Bokhoven, I., van Goozen, S. H., van Engeland, H., Schaal, B., Arseneault, L., Seguin, J. R., Assaad, J. M., Viatro, F. ve Tremblay, R. E. (2006). Salivary testosterone in a population-based longitudinal study of adolescent males. *Hormones and Behavior*.
46. Olweus, D., Mattson, A., Schalling, D. ve Low, H. (1980). Testosterone, aggression, physical, and personality dimensions in normal adolescent males. *Psychomatic Medicine*, 42, 253-269.
47. Ehrenkranz, J., Bliss, E. ve Sheard, M. (1974). Plasma testosterone: Correlation with aggressive behavior and social dominance in man. *Psychomatic Medicine*, 35, 469-475.
48. Dabbs, J., Ruback, B., Frady, R., Hopper, C. ve Sgoutas, D. (1988). Saliva testosterone and criminal violence among women. *Personality and Individual Differences*, 9, 269- 275.
49. Udry, R. (1990). Biosocial models of adolescent problem behaviors. *Social Biology*, 37, 1-10.
50. Olweus, D. (1987). Testosterone and adrenaline: Aggressive antisocial behavior in normal adolescent males. S. A. Mednick, T. E. Moffitt ve S. A. Stack, (Ed.), *The causes of crime* (263-282). Cambridge Cambridge University Press.
51. Zeedyk, M. S. ve Raitt, F. E. (1999). Biology in the courtroom: PMS in legal defences. *Psychology, Evolution & Gender*, 1, 123-143.

52. Bilgin H. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilerarası ilişki tarzları ile hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan saldırılara karşı tutumları (Doktora Tezi). İstanbul: İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 2002.
53. Balcıoğlu İ, Şiddet ve Toplum, Bilge Yayınları, İstanbul, Şubat 2001,21-47,75 9.
54. Şahin MH, Sporda Şiddet ve Saldırganlık, Gaziantepspor Kulübü Spor Eğitim Yayınları, Yayın no 5, 1.baskı, Ankara , Mayıs 2003,16-21.
55. Doğan S, Güler H, Kelleci M, Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2001,5(1).
56. Kök AN, Suç İşleyen Çocuklar, Çocuk Formu Dergisi, 2002,5(2):1-5.
57. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Günay Y. Televizyonda çocukların en çok seyrettikleri saatlerde gösterilen filmlerdeki şiddet düzeyi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:133-140.
58. Güleç H, Topaloğlu, M, Ünsal, D, Altıntaş M. Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet-Violence as a Vicious Cycle. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry 2012;4(1):112-137.
59. Bandura A, Ross D, Ross AS. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. J Abnorm Soc Psychol 1961;63:575-582.
60. Bushman JB, Huesmann R. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:348-352. 34.
61. Committee on public education. American Academy of Pediatrics 2001;108:1222-1226. 38.
62. Bar-on ME. the effects of television on child health: implications and

recommendations. Arch Dis Child 2000;83:289-292.

63. Huesmann RL, Taylor LD. The role of media violence in violent behavior. Annu Rev Public Health 2006;27:393-415.
64. Palabıyıkoglu R. Medya ve şiddet. Kriz Dergisi 1997;5:123-126.
65. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Violence in the workplace. DHHS (NIOSH) Publication Number 96-100, Current Intelligence Bulletin 57. Atlanta, GA: DOL, July 1996.
66. U.S. Department of Labor. DOL Workplace Violence Program — Appendices. Definitions. Washington, D.C.: DOL.
67. TBMM Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyon raporu 2013;454:103-205.
68. ILO Fact. Sheet. Workplace violence in the health services. The fact sheet has been developed in 2003.
69. Curbow B. 2002. Origins of violence at work. In: Cary L Cooper and Naomi Swanson, (eds). Workplace Violence in the Health Sector- State of the Art.
70. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası. Sağlık sektöründe Şiddet Raporu- 2008
71. Ayranci, U., et al., Identification of violence in Turkish health care settings. Journal of interpersonal violence, 2006. 21(2): p. 276-296.
72. 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.
73. Güllalp, B., et al., Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2009. 15(3): p. 239-242.

74. Al, B., et al., Increased Violence Towards Health Care Staff/Saglik Çalışanlarına Yönelik Artan Sıddet. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 2012. 11(2): p. 115.
75. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med (Chic Ill)*. 2008;58(5):361-366.
76. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med* 2011; 40: 565–79.
77. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: An observational study. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:1-6.
78. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: A survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*. 2005;46(2):142-147.
79. Arimatsu M, Wada K, Yoshikawa T, et al. An epidemiological study of work-related violence experienced by physicians who graduated from a medical school in Japan. *J Occup Health* 2008; 50: 357–61.
80. Wu JC, Lin YW, Chen PY, Tang CS, Chen FL. The occupational exposure profiles for physicians in Taiwan. *Chinese J Occup Med* 2012; 19: 125–34.
81. Fontanarosa PB. The unrelenting epidemic of violence in America. *JAMA* 1995;273(22):1792-1793.
82. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med*. 2001;52(3):417-427.
83. Langley J, Chalmers D and Fanslow J. Incidence of death and hospitalisation from assault occurring in and around licensed premises: A comparative

- analysis. *Addiction* 1996;91(7):985-993.
84. Shepherd JP. Tackling violence. *BMJ* 1998;316(7135):879.
85. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence in general practice: perceptions of cause and implications for safety. *Can Fam Physician* 2008; 54: 1278–84.
86. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, et al. Experience of workplace violence during medical specialty training in Turkey. *Occup Med (Lond)* 2008; 58: 361–6.
87. Morrison JL, Lantos JD, Levinson W. Aggression and violence directed toward physicians. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 556–61.
88. Paola F, Malik T, Qureshi A. Violence against physicians. *J Gen Intern Med* 1994; 9: 503–6.
89. Özmen M. Transference and countertransference in medically ill patients. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:72-9.
90. Gökalp P. Hekime şiddet nereden çıktı, şiddet ve nefrete psikanalitik yaklaşım. *İstanbul PsikanalizDerneği*.
91. Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(1):46-53.
92. Ünlüsoy DN. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Ankara 2010.
93. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion, *International Nursing Review* 2001;48:129–130.
94. Lyneham J: Violence in New South Wales emergency departments. *Aust J Adv Nurs* 2000; 18:8-17.

95. Bureau of Labor Statistics: Nonfatal Occupational Injuries Due tok Assault and Violent Acts. Washington, DC, U.S. Department of Labor, 1995.
96. Feldmann TB, Holt J, Hellard S: Violence in medical facilities: a review of 40 incidents. *J Ky Med Assoc* 1997; 95:183-189.
97. Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2012;30:55–60.
98. Wu S, Zhu W, Li H, et al. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *Am J Ind Med* 2012;55:1000–8.
99. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, et al. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112:159–65.
100. ALBashtawy M, Al-Azzam M, Rawashda A, et al. Workplace violence toward emergency department staff in Jordanian hospitals: a cross- sectional study. *J Nurs Res* 2015;23:75–81.
101. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, et al. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health* 2015;25:693–8.
102. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ* 1991;302:329–32.
103. Zafar W, Siddiqui E, Ejaz K, et al. Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: results from Karachi, Pakistan. *J Emerg Med* 2013;45:761–72.
104. Algwaiz WM, Alghanim SA. Violence exposure among health care professionals in Saudi public hospitals. A preliminary investigation. *Saudi Med J* 2012;33:76–82.
105. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression

- in Australian clinical medical practice. *Med J Aust* 2012;197:336–40.
106. Elliott PP: Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997; 28:38- 41
 107. Barrett S: Protecting against workplace. *Public Manag* 1997; 79:9-12.
 108. Gates DM: Workplace violence. *AAOHN J* 1995; 43:536- 543.
 109. Steel N, Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice : population based survey in the north of England. 2000;320(May):1446-1447.
 110. Pemberton MN, Atherton GJ, Thornhill MH: Violence and aggression at work. *Br Dent J* 2000; 28:409-410.
 111. Elston MA, Gabe J, Denney D, Lee R, Beirne MO. Violence against doctors: a medical (ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociol Health Illn.* 2002; 24:575–598.
 112. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross sectional study of GPs. *Med J Aust.* 2005; 183: 352–356.
 113. World Health Organization. New research shows workplace violence threatens health services. 2002 May 10 . In World Health Organization.
 114. Wen WC, Hwo HG, Kung MS, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workersorkers in a Psychiatric Hospital in Taivan. *Journal of Occupational Health* 2008;50:288-293.
 115. Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: Prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol.* 2010;5(1):1-7.

116. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*. 1995; 273(4): 323–329. PMID: 7815662.
117. Warren MG, Weitz R, Kulis S. Physician satisfaction in a changing health care environment: the impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance. *J Health Soc Behav*. 1998; 39: 356–367.
118. Arnetz JE, Aranyos D, Ager J, Upfal MJ. Development and application of a population-based system for workplace violence surveillance in hospitals. *Am J Ind Med*. 2011; 54: 925–934.
119. Saarela KL, Isotalus N. Workplace Violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *A J Ind Med. Suppl*. 1999; 1: 80-81.
120. 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: 29–35.
121. Fujita S, Ito S, Seto K, et al. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *J Hosp Med*. 2012; 7: 79-84.
122. Wang X, Zheng J. How to end violence against doctors in China. *Lancet*. 2012; 380: 647–648.
123. Ending violence against doctors in China. *Lancet*. 2012; 379: 1764.
124. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-170.
125. Elbek O, Adaş EB. Hekimlere / Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Türkiye Biyoetik Derneği 7. Kongresi. Bildiri Özetleri Kitabı. İstanbul, Ekim 2012:27,28.
126. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards

health care providers - A problem in Turkey? *J Forensic Leg Med.* 2007;14(7):423-428.

127. Gökçe T, Dünder 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.
128. 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.
129. Eker H, Topcu İ, Şahinöz S, Özder A, Aydın H. Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki Şiddet sıklığı. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi* 2011;3:16-22.
130. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. *Türkiye Klin J Med Sci.* 2011;31(6):1442-1456.
131. Önal G. Türkiye biyoetik derneği sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi ve önlenmesi hakkında görüşü 2012
132. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:9-16.
133. Geisser MS, 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.
134. Gillespie GL. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective. Strategies *Rehabilitation Nursing* September - October 2010;35(5):177–184 .
135. İlhan M, Özkan S, Kurtcebe Ö, Aksakal N. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;28:15-23.
136. Günaydın N, Kutlu Y. Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3:1-5.

137. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. AF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(3):314-326.
138. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. Rehabil Nurs 2010;35:177-84.
139. Atan SÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi 2011; 25 (1):7-80.
140. Conway PM, et al. Violence risks in nursing-results from the European „next“ Study. Occup Med (Lond) 2008;58:107-14.
141. Geisser MS, et al. Risk factors for work – related assaults on nurses. Epidemiology 2005;16:704-709.
142. Aydın M. Isparta - Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. 2008.
143. Ray CL, Subich LM. Staff assaults and injuries in a psychiatric hospital as a function of three attitudinal variables. Issues Ment Health Nurs 1998; 19:277-289.
144. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. Accid Emerg Nurs 2004; 3:1-7.
145. Winstanley S, Whittington R. Violence in general hospital: comparison of assailant and other assault- related factors on accident and emergency and inpatient wards. Acta Psychiatr Scand 2002; 106:144-147.
146. Arnetz JE, Arnetz BB, Petterson L. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. Work Stress 1996; 10:119-127.
147. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of

- workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. J Egypt Public Health Assoc 2010;85:29-43.
148. Elizabeth A Stanko, 2002, Knowledge about the Impact of Violence at Work in the Health Sector. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds), Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.
149. Preventing Violence in health care: Five steps to an effective program-2000. WorkSafeBC, British Colombia, Canada, 2005.
150. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. BMC Health Serv Res 2010;10:51.
151. Dabak Ş ve ark. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006; 16: 9-14.
152. Coles J, Koritsas S, Boyle M, Stanley J: GPs, violence and work performance - ‘just part of the job?’. Aust Fam Physician 2007, 36(3):189–191.
153. Cooper, Cary L (2002). Workplace violence in the health sector : state of the art. International Labour Office, Geneva, Switzerland.
154. Laes, T. ve Laes, T. (2001). Career burnout and its relationship to couple burnout in Finland: A pilot study. Paper presented in a symposium entitled The Relationship between Career and Couple Burnout: A Cross-Cultural Perspective held at the Annual Conve.
155. Pines, A.M. ve Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. Journal of Employment Counseling, 40 (2), 50-64.
156. Freudenberger HJ. Staff Burnout. J. Soc 1974; 30:159-165.
157. Maslach, C., Schaufeli, W.B., ve Leiter, M.P. (2001). Job burnout. Annual Reviews of Psychology, 52, 397-422.

158. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Occupational Behavior 1981;2: 99–113.
159. Girgin G. İlkokul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğin gelişimini etkileyen değişkenlerin analizi ve bir model önerisi (İzmir ili kırsal ve kentsel yöre karşılaştırması). (Yüksek Lisans Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
160. Ardiç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;32(1):21-46.
161. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu-Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara: Nobel Yayınevi, 2006.
162. Sağlamarı G, Çınabal E. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2008;15(1):131-48.
163. Cordes CL, Dougherty T. A review and an integration of research on job burnout. 1993;18(4):621-56.
164. Jackson SE, Schuler RS. Preventing employee burnout. Personnel 1983;60:58-68.
165. Çimen M. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri .
166. Sümer D. İnsan Kaynakları Eğitim Fonksiyonunun Mesleki Tükenmişlik Üzerine Etkisi ve Otomotiv Yan Sanayinde Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2005.
167. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. J Health Hum Serv Adm. 1999;21(4):472-89.

168. Çam O, Mandiracioglu A. Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. *Occup Med (Lond)* 2006;56(7):501-3.
169. Maslach C. Burnout, the cost of caring / christina maslach; prologue by Philip G. Zimbardo. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1982.
170. Orgon DW, Hamner WC. *Organizational Behavior* (1nd ed.). Texass: Business Publication, 1982, pp. 87-101.
171. Sabuncuoğlu Z, Tuz M. *Örgütsel Psikoloji* (2. Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi, 2001, s. 145-16.
172. Yıldırım F. Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1996.
173. Üniversitesi G, Ve İ, Bilimler İ, Ardiç K, Polatci S. *TÜKENMİŞLİK SENDROMU AKADEMİSYENLER ÜZERİNDE BİR UYGULAMA (GOÜ Örneği)*.
174. Maslach, C. , P. G. Zimbardo (1982), *Burnout – The Cost of Caring*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
175. Kahill, S. (1988), “Symptoms of Professional Burnout: Areview of the Empirical Evidence”, *Canadian Psychology*, Vol. 29, pp. 284 – 297.
176. FREUDENBERGER, H. J. ve G. RICHELSON (1981), *Burn-Out; How to Beat the High Cost of Success*, Bantam Boks, Doubleday & Company, Inc., New York. GENÇAY.
177. Torun A. Tükenmişlik, aile yapısı ve sosyal destek ilişkileri üzerine bir inceleme. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul, 1995.
178. Örmən U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama.

Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1993.

179. Tait DS, Sonja B, Litjen T, Lotte ND, Wayne S, Daniel S, Colin P. W, Jeff S, Michael RO. Burnout and satisfaction with work- life balance among U.S. physicians relative to the general U.S. population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-1385.
180. Saygılı A. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin sağlık/ güvenlik koşulları. IV. Sağlık Çalışanları Sağlığı Ulusal Kongresi, 2013-Ankara (s:104-105).
181. Akçalı DT, Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. İç Anadolu Bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. Ağrı 2010; 22(2): 79-85.
182. Helvacı İ, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silivri’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi 2013; 1(4):58-68.
183. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. DEÜ Tıp Fak Dergisi 2006; 20(3):157-164.
184. Havle N, İlnem MC, Yener F, Gümüş H. İstanbul’da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyum ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2008; 21(1):4-13.
185. Elmas Ü. 5. ve 6. Sınıf öğrencilerinde anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.
186. Işıkhani V. Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları. 1. baskı. Ankara: Sandal yayınları; 2004. 157.
187. Eskin, M., (2003). İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme,

Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

188. Shneidman E. W. John. Definition of suicide. Maryland, Rowman-Littlefield publisher. 1985:71-95.
189. Eskin M. Tanım ve Anlama. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme, HYB Basım Yayın Ankara 2012: s.1-19.
190. World Health Organization.Preventing suicide: a global imperative. WHO Press. Luxemburg. 2014:14-46,
191. Värnik, P. Suicide in the world. International Journal Of Environmental Research And Public Health. 2012;9;760-771.
192. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. Comprehensive Psychiatry.1998;39:165-175.
193. Asirdizer M, Yavuz MS, Aydin S, Dizdar MG. Suicides in Turkey between 1996- 2005 years: General perspective. Am J Forensic Med Pathol. 2010;2:138-45.
194. Türkiye İstatistik Kurumu resmi web sitesi. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>. Erişim tarihi: 20.11.2018.
195. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychological Medicine, 2001;31:1181-1191.
196. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C et al. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. The American Journal of Geriatric Psychiatry.1999;7:289-296.
197. Work grup on suicidal behaviors. Practice guideline for the assesment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA. 2010.

198. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health*. 2013;46:147–54.
199. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:1037–42.
200. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:123–38.
201. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147:190–5.
202. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*. 1998;28:839-55.
203. McGuffin, P, Marušič A, Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology?. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2001;22: 61-5.
204. Harris, E. C., & Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta- analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;170:205-228.
205. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13:243–56.
206. Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(5): 429–434.
207. Kposowa AJ. Suicide mortality in the United States: differentials by industrial and occupational groups. *Am J Ind Med*. 1999;36(6): 645–652.

208. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering From Burnout and Using Specific Defense Mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006;20(3):135-143.
209. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J. Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study *Acad Med*. 2009;84(2):236-241.
210. Louise B Andrew, Physician suicide. *emedicine*. Medscape.com/article/806779. 2015.
211. Hughes PH, Baldwin DC Jr, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. Resident physician substance use, by specialty. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(10):1348-1354.
212. National mental health survey of doctors and medical students. <http://www.beyondblue.org.au>. 2013 (18.11.2018).
213. Çakmur H. İş Doyumu Kavramı ve Değerlendirilmesi Geliştirilmiş İş Betimlemesi Ölçeği. *TAF Prev. Med. Bull* 2011; 10 : 759-764.
214. Peterson, D. K., George, M. P. & Suess, R. “Yo Tengo La Camiseta (I Have the Shirt On)”: An Exploration Of Job Satisfaction and Commitment Among Workers In Mexico. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, Vol 10(2), 73-88.
215. Locke E.A. The Nature and Causes of Job Satisfaction: Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally. (1976).
216. Telman N, Ünsal P. Çalışan Memnuniyeti. Epsilon Yayınevi, İstanbul, 2004: 12.

217. Başaran İE. Örgütsel Davranış. İnsanın Üretim Gücü. 3. Baskı, Feryal Matbaası. Ankara, 2000: 323.
218. Davis K. İşletmede İnsan Davranışı; Örgütsel Davranış, (Çev. Kemal Tosun ve ark.) 3.Baskı, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları. İstanbul, 1988: 562-584.
219. Cambaz S. Manisa Kent Merkezinde Çalışan Ebelerin İş Doyumu ve Hizmete Yansıması, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa-2005.
220. Chusmir L, Parker B. Success Strivings and Their Relationship to Affective Work Behaviors: Gender Differences, Journal of Social Psychology 2001;132: 87-99.
221. Türk S. Örgüt Kültürü ve İş Tatmini,1. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara: 2007: 74- 81.
222. Hatiboğlu Z, Özet Yönetim, Organizasyon ve İnsan Kaynakları, Lebib YalkınYayımları, İstanbul, 2003: 236.
223. İşcan ÖF, Sevimli F. Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu, Ege Akademik Bakış Dergisi, (2005), 5: 55-65.
224. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir). TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7: 377-380.
225. Hong Lu. Louise B, Zhang X, Alison E. Job satisfaction among hospital nurses revisited: Asystematic review. International Journal of Nursing Studies 2012; 49: 1017-1038.
226. Saal F.A., Knight P.A. Industrial and Organisational Psychology, Science and Practica Brooks/Cole Publisher, 1988, 304.
227. Baysal AC, Çalışma Yaşamında İnsan İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları,

İstanbul, 1996: 74.

228. Yüksel Ö. İnsan Kaynakları Yönetimi, Gazi Kitapevi, Ankara, 2000: 286.
229. Carrell MR, Elbert NF. Some personal and organizational determinants of job satisfaction of postal clerks. *Academy of Management Journal* 1974; 17 (2), 368-373.
230. Kolasa B. İşletmeler İçin Davranış Bilimlerine Giriş; İstanbul: Fatih Yayınevi, (1979).
231. Şeker B., Zırhlıoğlu G. Van Emniyet Müdürlüğü Kadrosunda Çalışan Polislerin Tükenmişlik, İş Doyumu ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi, (2009), *Polis Bilimleri Dergisi*; 11: 4.
232. Aslan, H., Aslan, O., Kesepara, C., Alparslan, Z.N., Ünal, M., İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği, *Düşünen Adam*, 11(2):4-8, 1998.
233. AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh*. 36 (1): 73-8.
234. Yıldız, N. & Kanan, N. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9:1:2: 8- 13.
235. Robinson, B. E. (1996). The Psychosocial and Familial Dimensions of Work Addiction: Preliminary Perspectives and Hypotheses. *Journal of Counseling and Development*, 74, 447452.
236. Durmuş, S. & Günay, O. (2007). Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Medical Journal*, 29(2), 139-146.
237. Karlıdağ, R., Ünal, S., Yoloğlu, S., Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1):49-57, 2000.

238. Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres, Türk Psikoloji Dergisi, 12(39):57-71, 1997.
239. Rout, U., Gender Differences in Stress ,Satisfaction and Mental Wellbeing Among General Practioners in England, 1999, 4(4),.
240. Piyal,B., Çelen, Ü., Şahin, N., Piyal,B., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53 (4): 241-250, 2000.
241. Musal, B., Elçi, Ö.Ç., Ergin, S., Uzman hekimlerde Mesleki Doyum, Toplum ve Hekim, 10(68):2-7, 1995.
242. Altıntaş N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
243. WHO Global Consultation on Violence Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization 1996.
244. Beyaz Kod Talimatı (Personel Güvenliği) Kod.Yön.Tl.023 Yay.Trh.Eylül 2011 Rev.Trh: Mart 2013 Rev.No.4.
245. Aktuğlu K, Hancı H. Acil serviste şiddet tehdidi. Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset, İzmir, 1999; 1-7.
246. Albayrak M, Türk Ceza Kanunu, Adalet Yayınevi, Ankara, 2006,0-365,2006.
247. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (Erişim tarihi: 17/11/2018).
248. <http://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html> (Erişim tarihi 18/11/2018).
249. Fields DL. Taking the Measure of Work: A Guide to Validated Scales for

Organizational Research and Diagnosis, 2002: 7-8.

250. Baycan FA. Farklı Gruplarda Çalışan Gruplarda İş Doyumunun Bazı Yönlerinin Analizi. Boğaziçi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1985.
251. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)’nin Klinik Örneklemdeki Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Klin Psikiyatr*. 2009;12:111-124.
252. Şahin N, Batıgün A. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009; 20 (1): 28-36.
253. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerdeki Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, Ankara: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1992: 143-154.
254. TTB. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. 2015.
255. Karaca BK. Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2014.
256. Anand T, Grover S, Kumar R, Kumar M, Ingle GK. Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *Natl Med J India*. 2016;29(6):344-348.
257. Adaş, E. B., Elbek, O. ve Bakır, K. (2008) “Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı”, Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
258. Alioğlu M. Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerine Karşı Şiddet : Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerine Karşı Şiddet : Düzeyi , Nedenleri ve Sonuçları. Tıpta Uzmanlık Tezi 2014. Mersin.
259. 2014-2015 Şubat-Ağustos Dönemleri Bağcılar Eğitim Ve Araştırma

Hastanesinde Verilen Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi Ve Şiddete Maruz Kalan Sağlık Personeline Olan Etkisinin İncelenmesi - Tez. 2017:1-79.

260. Turhan Ö, Ahmed F, Aslan D, et al. Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik Şiddet Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2014.
261. Çuvadar A. Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri, Yüksek Lisans Tezi. Edirne: 2017 Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
262. Beder C. Erzurum İlinde bulunan yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2009
263. Durak T, Yolcu S, Akay S, Demir Y. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg.* 2014;(4):130-137.
264. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatr Hemşireliği Derg.* 2011;2(2002):9-16.
265. Yaşayancan Ö, Bulut YE, Usta İ, Çıtlı R, Eğri M. Araştırma Görevlilerinin Yaşam Biçimleri ve Şiddete Maruz Kalma Durumları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2015;7(1):46-61.
266. Gökhan S. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uzmanlık eğitimi gören hekimlerde mesleki risklerinin irdelenmesi. Uzmanlık Tezi. Aile Hekimliği AD. 2008. Ankara.
267. Urgan U, Hamzaoglu O. Kocaeli üniversitesi tıp fakültesi’nde çalışan asistanlar arasında bel ağrısı sıklığı ve bel ağrısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 16(60-61).

268. Nida AM, Googe BJ, Lewis AF, May WL. Resident fatigue in otolaryngology residents: a Web based survey. *Am J Otolaryngol* 2016;37:210–216.
269. Shi J, Wang S, Zhou P, et al. The frequency of patient-initiated violence and its psychological impact on physicians in China: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2015;10(6):1-17.
270. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence Against General Practitioners in Turkey. *J Interpers Violence*. 2009;24(12):1980-1995.
271. Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM. A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. *Med J Aust*. 2011;194(11):605-608.
272. Muzembo BA, Mbutshu LH, Ngatu NR, et al. Workplace violence towards Congolese health care workers. *J Occup Health*. 2015;57(1):69-80.
273. Günay Y, Akbay MÖ. İş Yerinde Şiddet. Eskişehir: 1998. Fişek Enstitüsü. Kız Çocuk Emeği.
274. Eker, H.H., Topcu, İ., Şahinöz, S., Özder, A., Aydın, H. (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 3:3, 16-22.
275. Warshaw LJ: Workplace violence: preventive and inter- ventive strategies. *JOEM* 1996; 38:993-1005.
276. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik Şiddet Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri. Ankara, Haziran 2014.
277. Atik D. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Devlet Hastanesi Örneğinde İncelenmesi. *NWSA Med Sciences*. 2013.
278. Wu S, Lin S, Li H, et al. A study on workplace violence and its effect on

- quality of life among medical professionals in China. *Arch Environ Occup Heal*. 2014;69(2):81-88.
279. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health*. 2008;50:288–293.
 280. Kwok RP, Law YK, Li KE, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006;12:6–9.
 281. Roy A. Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, Yedinci baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, s 2031- 2040.
 282. Young GP. The agitated patient in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1987;5:765-81.
 283. LLau JB, Magarey J, McCutcheon H: Violence in the emergency department: a literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004;7:27-37.
 284. Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet. Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Salık Hizmetleri Derg* 2014;13(1):1-12.
 285. Gates, DM., Faan, ER., Ross, CS., McQueen, L. (2006). Violence : Recognition, Management and Prevention Violence Against Emergency Department Workers, *The Journal of Emergency Medicine*, 31 (3): 331 -37.
 286. Kumar M, Verma M, Das T, Pardeshi G, Kishore J, Padmanandan A. A study of workplace violence experienced by doctors and associated risk factors in a tertiary care hospital of south Delhi, India. *J Clin Diagnostic Res*. 2016;10(11):LC06-LC10.
 287. Koukia E, Mangoulia, P, Gonis N, Katostaras T. Violence against health care staff by patient's visitor in general hospital in Greece: Possible causes and economic crisis. *OJN*. 2013;3:21-27.

288. Gates D, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. J Emerg Med 2006;31;331–337.
289. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. The Journal of emergency medicine 2011;40:565–579.
290. Aras A. Erzurum’Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu Tükenmişlik Düzeyleri İle Etkili Faktörleri İncelenmesi. 2014:2-5.
291. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Gökta^o B, ^aenoğlu B, Fırat G. *Investigating Job Satisfaction and Burnout Levels of the Persons Working for the Hospitals at City Center of Elaziğ, Turkey*. Vol 4.; 2008.
292. Martins H., Proenęa T. Minnesota Satisfaction Questionnaire – Psychometric Properties and Validation in a Population of Portuguese Hospital Workers Fep Working Papers October 2012, n. 471.
293. ağan . Malatya İlindeki Aile Sağlığı Ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık alışanlarının İş Doyumu Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri. 2014.
294. Mutlupoyraz F. Adana’daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Bu Kurumlarda alışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması Uzmanlık Tezi, Adana-2010.
295. Karcıoğlu, F. ve Akbaş, S. (2010) “İşyerinde Psikolojik şiddet ve İş Tatmini İlişkisi”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 24 (3).
296. Vaananen, M. V. (2003) “Workplaces Bullying-A Study on the Work Environment”, Well- Being and Health, University of Helsinki.
297. Heponiemi T, Kouvonen A, Virtanen M, Vanska J, Elovainio M. The prospective effects of workplace violence on physicians’ job satisfaction and

turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:19.

298. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu, Kaygı Ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi Zehra Dicle Yenişol. 2018.
299. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout, *J Occup Behav.* 1981; 2: 99-113.
300. Hurşitoğlu O, Fındıklı E. Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler Ve Tükenmişlik Sendromunun Savunma Biçimleri İle İlişkisi. *J Pers Soc Psychol.* 2017;1(1):1188-1197.
301. Armutlukuyu M. Tıp Fakültelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Ve Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Konya 2014.
302. Aslan D, Kiper D, Karaağaoğlu E, Topal F, Gündük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Türk Tabipler Birliği Yayınları 2005.
303. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asanova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; 25:245–65.
304. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359:2089–90.
305. Pantenburg B, Luppa M, König HH, Steffi G. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony. *J Occup Med Toxicol* 2016; 11: 2.
306. Merecz, D., Drabek, M. ve Mościcka, A. (2009) "Aggression at the Workplace-Psychological Consequences of Abusive Encounter With Coworkers And Clients", *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(3): 243-260.

307. Winstanley, S. ve R. Whittington (2002) “Anxiety, Burnout and Coping Styles in General Hospital Staff Exposed to Workplace Aggression: A Cyclical Model of Burnout and Vulnerability to Aggression”, *Work & Stress*, 16(4): 302-315.
308. Sarıca M. Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinde İntihar Olasılığı, Problem Çözme Olasılığı, Problem Çözme Becerileri ve İlişkili Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.
309. Güleç G., Aksaray G. İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik- Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Yeni sempozyum dergisi*, 2006; 44: (3): 141-150.

8. EKLER

Ek-1

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

AKADEMİK KURULU

Toplantı Tarihi: 23.01.2018
Toplantı Saati: 11:00
Toplantı Yeri: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
Toplantı Sayısı: 2018/1

TOPLANTIYA KATILANLAR

Adı Soyadı

Katılım Durumu

Prof. Dr. Mehmet Akif İNANICI

Evet

Prof. Dr. Mustafa Ercüment AKSOY

Evet

Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER

Evet

İmza




GÜNDEM

Anabilim Dalımız Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Fatih Hitami Usluoğulları'nın tez değişikliği ve yeni tezinin Etik Kurul izni

KARAR

1. Dr. Fatih Hitami Usluoğulları'nın tezinin danışmanı Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER ile görüşülerek tez konu ve başlığının değiştirilmesine,
2. Tez başlığının "İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" olmasına,
3. Fatih Hitami Usluoğulları'nın "İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezinin Etik Kurul İzni alınması için Marmara Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığına yazı yazılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.152
	PROJE ADI	İstanbul Pendik İlçesinde çalışan hekimlerin iş ortamında karşılaştıkları şiddetin Ve Bu Durumun Hekimler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 02.02.2018 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
-----------------	--

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile ilişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Dr. Fatih Hitami
USLUOĞULLARI'nın
Tez Çalışam İzni Hk.

PENDİK DEVLET HASTANESİNE

İlgi : a) 06/03/2018 tarihli ve 71211201-73158 sayılı yazı
b) 13/04/2018 tarihli ve 91825363-604.01.01-2242 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Fatih USLUOĞULLARI'nın, Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER'in danışmanlığında yürütülen "İstanbul Pendik İlçesindeki Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması, ilgi b) sayılı yazınızda geçen uygun görüşleriniz ile Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Sezai CECELOĞLU
Başkan a.
Başkan Yardımcısı V.

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK
Unvan: FIRMA
Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28c377df-3a24-451b-8a79-e867bf6d758d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.
Nurşen TURAN YURTSEVER)

İSTANBUL VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 09/04/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-1131 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER sorumluluğunda, Asistan Dr. Fatih USLUOĞULLARI tarafından yapılmak istenen " İstanbul Pendik İlçesindeki Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile hekimlerinin onayı çerçevesinde çalışma saatlerini ve hizmet sürekliliğini etkilemeyecek şekilde bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Ayrıca, aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilemeyeceği, araştırmacının kendi imkanları ile hekimlere ulaşması durumunda, araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
Unvan:TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 366c64a0-d3b0-4629-af88-f95ed3760e59 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Pendik Devlet Hastanesi



Sayı : 91825363-604.01.01
Konu : Dr. Fatih Hitami
USLUOĞULLARI'nın
Tez Çalışam İzni Hk

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 10/04/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-1154 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Fatih USLUOĞULLARI'nın, Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER'in danışmanlığında yürütülen "İstanbul Pendik İlçesindeki Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını, Pendik Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Salih ÇALIK
Başhekim

Dr.Orhan Maltepe Cad. No:17 Pendik
Faks No:216 354 96 67

e-Posta:ayse.tannur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.pendikdevlethastanesi.gov.tr

Bilgi için:Ayşe TANNUR
Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0216-4912937

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 88831092-4fa8-4444-ba6c-81b9d311670 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL SAĞLIK BAKANLIĞI MARMARA
ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - İSTANBUL SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
27/03/2018 10:57 - 43766128 - 774 99 - E.7280



Sayı : 43766128-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma

Sayın, Dr. Fatih Hitami USLUOĞULLARI

"İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmanızı Hastanemizde uygulama talebiniz uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın bitmesine müteakip Başhekimliğimize bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. İsmail CİNEL
Başhekim

Marmara Üniversitesi Pendik E.A.H.

Faks No:

e-Posta:nesrin.taner@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nesrin.taner@saglik.gov.tr

Bilgi için:Nesrin TANER

Unvan:SAĞLIK TEKNİKERİ

Telefon No:0216-6254545 (4105)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2ed5f4a2-880f-4e63-ad1f-c1c1bc2e1574 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ANKET FORMU

Değerli Hekimler;

Bu çalışma "İstanbul Pendik İlçesinde çalışan hekimlerin iş ortamında karşılaştıkları şiddetin ve bu durumun hekimler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi" amacı ile planlanmıştır. Elde edilecek veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmanın güvenilirliği açısından sorulara içten ve doğru yanıtlar vermeniz sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin tam olarak belirlenmesinde bize yardımcı olacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim.

Dr. Fatih H. USLUOĞULLARI, Danışman: Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER, Marmara Üniv Tıp Fak Adli Tıp AD

Aşağıdaki tanıma (DSÖ tarafından) göre soruları yanıtlayınız!

Psikolojik 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.

- **Sözel Şiddet:** Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren sözlü ifadelerdir. Hakaret, sövme, azarlama, aşağılamayı 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 edilen sözdür.
- **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.
- **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.

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, sıkmayı kapsar.

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

A. Demografik Bilgiler ve Çalışma Koşulları

1. Cinsiyetiniz?	Kadın ☐	Erkek ☐
2. Yaşınız ?		
3. Medeni durumunuz ?	Evli ☐	Bekar ☐ Boşanmış ☐ Diğer ☐
4. Ünvan ?	Asistan Dr. ☐	Pratisyen Dr. ☐ Uzman Dr. ☐ Doç. Dr. ☐ Prof. Dr. ☐
5. Çalıştığınız kurum?		
6. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?		
7. Şu anki biriminizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?		
8. Çalıştığınız bölüm/klinik?		
9. Haftalık çalışma saati?	<40 ☐	40-45 ☐ >45 ☐
10. Mesai şekli?	08-17 hafta içi mesai ☐	Gündüz ve gece shift şeklinde ☐
	Gündüz mesai ve nöbet ☐	Diğer ☐
11. Aylık ortalama nöbet sayısı?		
12. Son bir yıl içerisinde en çok nerede çalıştınız?	Acil servis ☐	Poliklinik ☐ Yataklı Servis ☐
	Laboratuvar ☐	Ameliyathane ☐ Diğer ☐
13. Çalıştığınız bölümde güvenlik personeli var mı?	Var ☐	Yok ☐ Hastanede var ☐
	Diğer ☐	

B. Şiddet ile İlgili Sorular

1- Aşağıdaki olaylardan herhangi birinin hiç başınıza gelip gelmediğini belirtiniz.
(Birden fazla olay işaretleyebilirsiniz.)

- Hayati bir tehlike atlatmak ☐ Ağır bir hastalık tanısı almak ☐
 Ciddi bir kaza geçirmek ☐ Silahlı bir çatışmaya katılmak ☐
 Cinsel tacize uğramak ☐ İşkence görmek ☐
 Hapse girmek ☐ Depremde birinci derece yakını veya yakın bir arkadaşı kaybetmek ☐
 Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürme girişimine tanık olmak ☐

2- Meslek hayatınız boyunca hiç işyerinde şiddete maruz kaldınız mı?

- Hayır ☐ Evet ☐ 1 kez ☐ 1-3 kez ☐ 4-10 kez ☐ >10 kez ☐

3- Şiddete maruz kaldıysanız türü nedir? (Birden Fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Psikolojik Şiddet** Sözel Şiddet ☐ Tehdit ☐ Mobbing/Yıldırma ☐ Cinsel Taciz ☐
Fiziksel Şiddet Fiziksel Saldırı ☐ Cinsel Saldırı ☐

4

Son 1 yıl içerisinde şu an çalıştığınız yerde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

- Evet (1 defa ☐ 2-4 defa ☐ >5 defa ☐) Hayır ☐

(Cevabınız evet ise 5-23 arası sorulara cevap veriniz, Hayır ise 24. Sorudan devam ediniz)

5- Fiziksel şiddetin türü nedir?

- İtmek ☐ Isırmak, çimdiklemek ☐ Yumruk/tokat/tekme ☐ Ateşli silah ile yaralamak ☐
 Bir nesne ile vurmak ☐ (Nesnenin ne olduğunu yazınız)
 Bir kesici-delici alet ile yaralamak ☐ (Nesnenin ne olduğunu yazınız)
 Cinsel Saldırı ☐ (Açıklayınız.....)

6- Kim tarafından? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Hasta ☐ Hasta Yakını ☐ Sağlık Çalışanı ☐ Diğer ☐

7- Şiddete esnasında yalnız mıydınız? Evet ☐ Hayır ☐

8- Şiddete maruz kaldığınız yer neresiydi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Acil servis ☐ Poliklinik ☐ Yataklı Servis ☐ Laboratuvar ☐ Ameliyathane ☐ Diğer ☐

9- Şiddete maruz kaldığınız saat aralığı?

- 00:00-08:00 ☐ 08:00-12:00 ☐ 12:00-16:00 ☐ 16:00-24:00 ☐

10- Saldırganın hatırladığınız kadarıyla yaşı?

- <18 ☐ 19-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-65 ☐ >65 ☐

11- Saldırganın hatırladığınız kadarıyla cinsiyeti? Kadın ☐ Erkek ☐

12- Saldırganın sizce?

- Psikiyatrik bir hastalığı vardı ☐ Demans mevcuttu ☐
 Anestezinin etkisindeydi ☐ Ağır bir hastalığı vardı ☐
 Alkol veya uyuşturucu etkisindeydi ☐ Herhangi bir hastalığı yoktu ☐
 Zihinsel engelli idi ☐ Diğer ☐

13- Sizce şiddetin sebebi nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Bekleme süresinin uzunluğu ☐ Tedaviyi beğenmemesi ☐
 Hasta sayısının fazlalığı ☐ Kötü iletişim/yanlış anlama ☐
 İzlenen sağlık politikaları ☐ Aşırı iş yoğunluğu ☐
 Hastanın ihmal edildiğini düşünmesi ☐ Alkol/ilâç etkisinde olması ☐
 Hastanın haksız tıbbi belge talep etmesi(rapor, reçete vs isteği) ☐ Diğer ☐
 Bilinçsiz hasta yakını ☐

14- Şiddet esnasında nasıl tepki verdiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Tepki vermedim ☐ Bir meslektaşımı/arkadaşımı çağırdım ☐
 Odadan kovdum ☐ Güvenlik görevlisi çağırdım ☐
 Beyaz kod verdim ☐ (Kaç dk'da müdahale edildi?) Olay yerinden uzaklaştım ☐
 Sözlü karşılık verdim ☐ Fiziksel karşılık verdim ☐
 Tedavi vermeyi reddettim ☐ Diğer ☐

15- Şiddet sonrası fiziksel yaralanmadan dolayı herhangi bir tedavi gördünüz mü?

- Evet ayaktan ☐ Evet yatarak ☐ Hayır ☐

16- İşten kaç gün uzak kaldınız?

- Hiç ☐ 0-1 gün ☐ 2-5 gün ☐ 6-10 gün ☐ 11-30 gün ☐ > 1 ay ☐

17- Şiddet sonrası adli bildirim yaptınız mı?

- Evet ☐ Hayır ☐

18- Şiddet nedeniyle sağlık raporu aldınız mı?

- Evet ☐ Hayır ☐

19- Olay sonrası psikolojik yardım aldınız mı?

- Hayır ☐ Psikolojik yardım almaya başladım ☐
 Olaydan önce de alıyordum devam ettim ☐ Kendim ilaç kullanmaya başladım ☐

20- Olay sonrası aşağıdakilerden hangileri yaşadınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Sürekli olayı hatırladım ☐ Olayın yaşandığı ortamda rahatsızlık duydum ☐
 Olayı tekrar yaşıyormuş gibi hissettim ☐ Yerimin değişmesi başvurusunda bulundum ☐
 Tamamen unuttum, hatırlamıyorum ☐ Uykuda olayla ilgili kabuslar görüyorum ☐
 İş dışı sosyal aktivitelerim azaldı ☐ Tekrar olacağını düşünerek çalışırken sürekli tedirginim ☐

21- Şikayetçi olduysanız soruşturmanın sonucu ne oldu?

- Takipsizlik aldı ☐ Devam ediyor ☐
 Şiddet uygulayana para cezası verildi ☐ Şiddet uygulayana hapis cezası verildi ☐
 Cezası ertelendi ☐ Diğer ☐

22- Şikayetçi olmadıysanız nedeni? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Şiddeti olağan karşıladım ☐ Adli süreç çok uzun sürekli gidip gelmek istemedim ☐
 Özür diledi ☐ Adli süreçten bir sonuç çıkacağını düşünmüyorum ☐
 Zarar görme korkusu yaşadım ☐ İşten atılma korkusu yaşadım ☐
 İşten atılma korkusu yaşadım ☐ Ailesel/Çevresel baskı gördüm ☐

23- Şiddet olayı daha sonra sizin hastalarla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?

- Etkilemedi ☐ Çalıştığım bölümü değiştirdim/değiştirmek istiyorum ☐
 Artık hastalarla konuşmamaya çalışıyorum ☐ Çalıştığım kurumu değiştirdim/değiştirmek istiyorum ☐
 Artık mümkün olduğu kadar az hasta görmeye çalışıyorum ☐ Diğer ☐

Son 1 yıl içerisinde şu an çalıştığınız yerde psikolojik şiddete maruz kaldınız mı?

- Evet (1 defa ☐ 2-4 defa ☐ >5 defa ☐) Hayır ☐

Cevabınız evet ise 25-41 arası sorulara cevap veriniz, Hayır ise 42. Sorudan devam ediniz

25- Şiddetin türü nedir?

- Sözel Şiddet ☐ Tehdit ☐ Mobbing/Yıldırma ☐ Cinsel Taciz ☐

26- Kim tarafından? (Birden Fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Hasta ☐ Hasta Yakını ☐ Sağlık Çalışanı ☐ Diğer ☐

27- Şiddete esnasında yalnız mıydınız?

- Evet ☐ Hayır ☐

28- Şiddete maruz kaldığınız yer neresiydi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Acil servis ☐ Poliklinik ☐ Yataklı Servis ☐ Laboratuvar ☐ Ameliyathane ☐ Diğer ☐

29- Şiddete maruz kaldığınız saat aralığı?

- 00:00-08:00 ☐ 08:00-12:00 ☐ 12:00-16:00 ☐ 16:00-24:00 ☐

30- Saldırının hatırladığınız kadarıyla yaşı?

<18 ☐ 19-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-65 ☐ >65 ☐

31- Saldırının hatırladığınız kadarıyla cinsiyeti?

Kadın ☐ Erkek ☐

32- Saldırının sizce?

Psikiyatrik bir hastalığı vardı ☐

Anestezinin etkisindeydi ☐

Alkol veya uyuşturucu etkisindeydi ☐

Zihinsel engelli idi ☐

Demans mevcuttu ☐

Ağır bir hastalığı vardı ☐

Herhangi bir hastalığı yoktu ☐

Diğer ☐

33- Şiddet in sebebi nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Bekleme süresinin uzunluğu ☐

Hasta sayısının fazlalığı ☐

İzlenen sağlık politikaları ☐

Hastanın ihmal edildiğini düşünmesi ☐

Hastanın haksız tıbbi belge talep etmesi (rapor, reçete vs isteği) ☐

Bilinçsiz hasta yakını ☐

Tedaviyi beğenmemesi ☐

Kötü iletişim/yanlış anlama ☐

Aşırı iş yoğunluğu ☐

Alkol/ilâç etkisinde Olması ☐

Diğer ☐

34- Şiddet Esnasında Nasıl Tepki Verdiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Tepki vermedim ☐

Odadan kovdum ☐

Beyaz kod verdim ☐ (Kaç dk'da müdahale edildi?)

Sözlü karşılık verdim ☐

Tedavi vermeyi reddettim ☐

Bir meslektaşımı/arkadaşımı çağırdım ☐

Güvenlik görevlisi çağırdım ☐

Olay yerinden uzaklaştım ☐

Fiziksel karşılık verdim ☐

Diğer ☐

35- Şiddet sonrası adli bildirim yaptınız mı?

Evet ☐

Hayır ☐

36- Şiddet nedeniyle sağlık raporu aldınız mı?

Evet ☐

Hayır ☐

37- Olay sonrası psikolojik yardım aldınız mı?

Hayır ☐

Olaydan önce de alıyordum devam ettim ☐

Psikolojik yardım almaya başladım ☐

Kendim ilâç kullanmaya başladım ☐

38- Olay sonrası aşağıdakilerden hangileri yaşadınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Sürekli olayı hatırladım ☐

Olayı tekrar yaşıyormuş gibi hissettim ☐

Tamamen unuttum, hatırlamıyorum ☐

İş dışı sosyal aktivitelerim azaldı ☐

Olayın yaşandığı ortamda rahatsızlık duydum ☐

Yerimin değişmesi başvurusunda bulundum ☐

Uykuda olayla ilgili kabuslar görüyorum ☐

Tekrar olacağını düşünerek çalışırken sürekli tedirginim ☐

39- Şikayetçi olduysanız soruşturmanın sonucu ne oldu?

Takipsizlik aldı ☐

Şiddet uygulayana para cezası verildi ☐

Cezası ertelendi ☐

Devam ediyor ☐

Şiddet uygulayana hapis cezası verildi ☐

Diğer ☐

40- Şikayetçi olmadıysanız nedeni? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Şiddeti olağan karşıladım ☐

Özür diledi ☐

Zarar görme korkusu yaşadım ☐

İşten atılma korkusu yaşadım ☐

Adli süreç çok uzun sürekli gidip gelmek istemedim ☐

Adli süreçten bir sonuç çıkacağını düşünmüyorum ☐

İşten atılma korkusu yaşadım ☐

Ailesel/çevresel baskı gördüm ☐

41- Şiddet olayı daha sonra sizin hastalarla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?

Etkilemedi ☐

Artık hastalarla konuşmamaya çalışıyorum ☐

Artık mümkün olduğu kadar az hasta görmeye çalışıyorum ☐

Çalıştığım bölümü değiştirdim/değiştirmek istiyorum ☐

Çalıştığım kurumu değiştirdim/değiştirmek istiyorum ☐

Diğer ☐

42

Şimdiye kadar sağlık personeline şiddet ile ilgili eğitim aldınız mı?

Evet ☐

Hayır ☐

43

Sizce sağlık personeline şiddetin önlenmesi için neler yapılmalıdır?

Bütün katılımcıların ölçek formlarını doldurmaları çalışmamız için gerekmektedir. Özveriniz için teşekkür ederiz.

MINNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ
(Minnesota Satisfaction Questionnaire- MSQ)

Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak o cümlede belirtilen yönden işinizden ne derecede memnun olduğunuzu işaretleyiniz. Cevap verirken "bu yönden işimden ne derece memnunuz" diye kendinize sorunuz.

	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunuz	Çok Memnunuz
1. Şimdiki işimden " beni her zaman memnun etmesi "bakımından	1	2	3	4	5
2. Şimdiki işimden " tek başıma çalışma olanağı olması " bakımından	1	2	3	4	5
3. Şimdiki işimden " ara sıra değişik şeyler yapabilme şansı" bakımından	1	2	3	4	5
4. Şimdiki işimden " toplumda saygın bir kişi olma şansını vermesi" bakımından	1	2	3	4	5
5. Şimdiki işimden " yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı " bakımından	1	2	3	4	5
6. Şimdiki işimden " yöneticimin karar vermedeki yeteneği" bakımından	1	2	3	4	5
7. Şimdiki işimden " vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması" bakımından	1	2	3	4	5
8. Şimdiki işimden " bana sabit bir iş sağlaması " bakımından	1	2	3	4	5
9. Şimdiki işimden " başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bana vermesi " bakımından	1	2	3	4	5
10. Şimdiki işimden " kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma" bakımından	1	2	3	4	5
11. Şimdiki işimden " kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansı olması" bakımından	1	2	3	4	5
12. Şimdiki işimden " iş ile ilgili kararların uygulanmaya konması" bakımından	1	2	3	4	5
13. Şimdiki işimden " yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret" bakımından	1	2	3	4	5
14. Şimdiki işimden " iş içinde terfi olanağımın olması " bakımından	1	2	3	4	5
15. Şimdiki işimden " kendi kararlarımı uygulama serbestliğimi bana vermesi " bakımından	1	2	3	4	5
16. Şimdiki işimden " işimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi " bakımından	1	2	3	4	5
17. Şimdiki işimden " çalışma şartları" bakımından	1	2	3	4	5
18. Şimdiki işimden " çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları" bakımından	1	2	3	4	5
19. Şimdiki işimden " yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme" bakımından	1	2	3	4	5
20. Şimdiki işimden " yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi" bakımından	1	2	3	4	5

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (I.O.Ö)

Aşağıdaki her cümleyi dikkatle okuduktan sonra, her ifadenin yanındaki kutulardan size uygun olan birinin içine (x) işareti koyunuz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve bütün soruları cevaplayınız

		Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Öfkələndiğim zaman elime geçen her şeyi fırlatırım				
2	Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanırım				
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) hareket etmeye eğilimli olduğumu hissedirim				
4	Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünürüm				
5	Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünürüm				
6	Yapabileceğim faydalı daha pek çok şey olduğuna inanırım				
7	Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünürüm				
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular duyarım				
9	Kendimi insanlardan soyutlanmış hissedirim				
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim				
11	Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanırım				
12	Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissedirim				
13	İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissedirim				
14	Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yaparım				
15	Pek çok şeyi iyi yapmadığımı düşünürüm				
16	Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekerim				
17	Ölürsem hiç kimsenin beni özleyeceğini sanmam				
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünüyor				
19	İnsanların benden çok şey beklediklerini hissedirim				
20	Yaptığım, düşündüğüm şeyler için cezalandırılmam gerektiğini düşünürüm				
21	Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünürüm				
22	Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım				
23	Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissedirim				
24	Ölürsem insanların daha rahat edeceğini hissedirim				
25	Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici olduğunu düşünürüm				
26	Kendimi anneme duygusal açıdan daha yakın hissedirim/hissederdim				
27	Kendimi eşime duygusal açıdan daha yakın hissedirim/hissederdim				
28	Bir şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum				
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissedirim				
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünürüm				
31	Para konusu beni endişelendirir				
32	İntihar etmeyi düşünürüm				
33	Kendimi yorgun ve kayıtsız hissedirim				
34	Çok öfkelenince bir şeyler kırıp dökerim				
35	Kendimi babama yakın hissedirim/hissederdim				
36	Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanırım				

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ
(Maslach burnout inventory manual)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.		Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Her Gün
1	"Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."					
2	"İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."					
3	"Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."					
4	"Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."					
5	"Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."					
6	"Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."					
7	"Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."					
8	"İşimin beni tükettiğini hissediyorum."					
9	"İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."					
10	"Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."					
11	"Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."					
12	"Kendimi çok enerjik hissediyorum."					
13	"İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14	"İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."					
15	"Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."					
16	"Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."					
17	"Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."					
18	"Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."					
19	"Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."					
20	"Kendimi çok çaresiz hissediyorum."					
21	"İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."					
22	"Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."					