

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ SERVİSLERİNDE HEKİM VE
HEMŞİRELERE YÖNELİK HASTALARDAN
GELEN GÜVENLİK TEHDİTLERİNİN
İNCELENMESİ**

OSMAN ÖZGÜR KUMAN

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR – 2014

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2008970048

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ SERVİSLERİNDE HEKİM VE
HEMŞİRELERE YÖNELİK HASTALARDAN
GELEN GÜVENLİK TEHDİTLERİNİN
İNCELENMESİ**

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ

OSMAN ÖZGÜR KUMAN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Vildan MEVSİM
2. Danışman Öğretim Üyesi: Prof.Dr.Özkan TÜTÜNCÜ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2008970048

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	I
TABLOLAR DİZİNİ	V
GRAFİKLER DİZİNİ	VII
KISALTMALAR	VIII
ÖZET	1
SUMMARY	2
GİRİŞ	3
GENEL BİLGİLER	5
1.1. Sağlık	5
1.1.1. Bilim	5
1.1.2. Paradigma	5
1.1.2.1. Sağlık Hizmetinde Paradigma	6
1.1.3. Tarihçe	6
1.1.3.1. Sağlık Hizmetinin Sosyal, Politik, Ekonomik Açıdan İrdelenmesi	6
1.1.3.2. Türk Tarihinde Sağlık Hizmeti	7
1.1.3.3. İnsanlığın Kazanımlarının Sağlık Hizmetine Etkisi	7
1.2. Kalite	8
1.2.1. Tanım	8
1.2.2. Tarihçe	9

1.2.3. Kalite Yönetim Sistemleri ve Modelleri	10
	<u>Sayfa No</u>
1.2.4. Sağlıkta Kalite	11
1.3. Örgütlenme ve Hastanelerde Psikiyatri Bölümleri	13
1.3.1. Örgütlenme	13
1.3.2. Sağlık Örgütleri	13
1.3.3. Hastanelerde Örgütsel Yapılanma	13
1.4. Risk ve Risk Yönetimi	15
1.4.1. Tanım – Tarihçe	15
1.4.2. Çalışma Ortamında Risk	15
1.4.3. Hastanelerde Risk Yönetimi	17
1.5. Hastanelerde Psikiyatri Bölümleri	18
1.5.1. Psikiyatrinin Kısa Tarihçesi	18
1.5.2. Psikiyatri Servislerinde Çalışanlara Yönelik Riskler	19
1.5.3. Psikiyatri Servislerinde Kalite	20
1.5.4. Psikiyatri Servislerinde Şiddet Nedenlerinin Belirlenmesi	21
1.5.4.1. Hasta Faktörleri	21
1.5.4.2. Servis Ortamına Bağlı Faktörler	21
1.5.4.3. Çalışanlara Bağlı Faktörler	22
1.5.5. Psikiyatri Servislerinde Hekim ve Hemşirelere Yönelik, Hastalardan Gelen Güvenlik Tehditleri	22
GEREÇ VE YÖNTEM	23
2.1. Nitel Araştırma	23

2.1.1. Araştırma Modeli	23
2.1.2. Evren ve Örneklem	24
	<u>Sayfa No</u>
2.1.3. Veri Toplama Yöntemi	24
2.1.4. Veri Analizi	26
2.1.5. Faktör Analizi Sonrası Durum	26
2.1.6. Uygulama	27
2.2. Nicel Araştırma	27
2.2.1. Araştırma Modeli	27
2.2.2. Evren ve Örneklem	27
2.2.3. Veri Toplama	29
2.2.4. Araştırmanın Uygulanması	29
2.2.5. Veri Analizi	30
BULGULAR	31
3.1. Tanımlayıcı Bulgular	31
3.1.1. Demografik Bulgular	31
3.1.2. Güvenlik Tehdidi Algılama Konusundaki Bulgular	32
3.1.3. Hasta ve Hasta Yakınlarıyla İlgili Güvenlik Tehditlerinin Yaşanmasıyla İlgili Bulgular	34
3.1.4. Güvenlik Tehdidi Yaşanan Ortamlarla İlgili Bulgular	36
3.1.5. Güvenlik Tehditlerinin Gerçekleşmesi Halinde Oluşan Travma Çeşitleri	38
3.2. Analitik Bulgular	40
3.2.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Analiz	40
3.2.2. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Analiz	43

3.2.3. Katılımcıların Çalıştıkları Hastane Türlerine (Kurumlara) Göre Analiz	47
3.2.4. Katılımcıların Yaşlarına Göre Analiz	49

	<u>Sayfa No</u>
TARTIŞMA	52
SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	
EK 1. Ana Anket	66
EK 2. Gönüllü Bilgilendirme Formu	71

TABLOLAR DİZİNİ

		<u>Sayfa</u>
		<u>No</u>
TABLO 1	Odak Grup Görüşmeleri İçin Seçilen Alt Evrenler	25
TABLO 2	Odak Grup Görüşmeleri ve Derinlemesine Görüşmelere Katılanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	25
TABLO 3	Faktör Analizi Sonrası Geçerlik ve Güvenilirlik	26
TABLO 4	Katılımcıların Evreni Temsil Etme Oranlarının Kurumlara Göre Dağılımı	28
TABLO 5	Demografik Bulgular	31
TABLO 6	Güvenlik Tehdidi Olarak Algılanan Durumlar	32
TABLO 7	Hastanın, Kendi Kendine, Üçüncü Kişilere ya da Eşyaya Zarar Vereceğini Söylemesi Durumunda Katılımcılarda Oluşan Güvenlik Tehdidi Algılarının Beşli Likert Ölçeğinde Değerlendirilmesi	33
TABLO 8	Katılımcıların; Hastanın Kendi Kendine ya da Üçüncü Kişilere Zarar Vereceğini Söylemesi Durumları ile Karşılaşma Sıklığı	33
TABLO 9	Hastadan Gelen Fiziksel ve Sözel Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşma Sıklığı.	34
TABLO 10	Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarından Gelen Fiziksel ve Sözel Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşma Sıklığı	35
TABLO 11	Güvenlik Tehditleriyle En Sık Karşılaşılan İki Ortamın Sıklık Dağılımı	36
TABLO 12	Katılımcıların Eğitimleri Sırasında Güvenlik Tehditlerine Daha Az Maruz Kalıp Kalmadıklarına Dair Tablo	37
TABLO 13	Katılımcıların Cinsel Taciz ve Saldırıyla Karşılaşma Sıklığı	37

TABLO 14	Maruz Kalınan Travma Çeşitlerinin Yaşlara Göre Yüzdesel Dağılımı	38
TABLO 15	Güvenlik Tehditleri İle Oluşan Travma Çeşitlerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	40
TABLO 16	Güvenlik Tehditleri ile Oluşan İşten Kalma ve Kazanç Kaybı Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	41
TABLO 17	Cinsel Tacizle Karşılaşan, Kadın - Erkek Oran/Sayıları	41
TABLO 18	Hasta Haklarını Güvenlik Tehdidi Olarak Algılayanların Cinsiyet Dağılımı	42
TABLO 19	Güvenlik Tehditleri Sonrasında Meydana Gelen Travma Çeşitlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	43
TABLO 20	Güvenlik Tehditleri Sonrasında Meydana Gelen İşten Kalma ve Kazanç Kaybının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	43
TABLO 21	Cinsel Taciz ve Saldırı İle Karşılaşanların Meslek Gruplarına Göre Dağılım Oran/sayıları	43
TABLO 22	Hasta Haklarını Güvenlik Tehdidi Olarak Görüp Görmeme Algısının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	45
TABLO 23	Sokakta Suç Olarak Kabul Edilen Davranışlara Psikiyatri Servislerinde Karşılaşıldığı Algısının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	46
TABLO 24	Cinsel Taciz ve Saldırı İle Karşılaşanların Kurumlara Göre Dağılımı	47
TABLO 25	Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşılan Ortamların Kurumlara Göre Dağılımı	47
TABLO 26	Hasta Haklarını Güvenlik Tehdidi Olarak Görenlerin Kurum Bazında Likert Ölçeğinde Değerlendirmeleri	48

TABLO 27	Katılımcılar İçinde Travma Sonrası Kazanç Kaybına Uğrayanların Yaş Dağılımı	49
TABLO 28	Katılımcılar İçinde Travma Sonrası İşten Kalanların Yaş Dağılımı	50
TABLO 29	Fiziksel ve Sözel Güvenlik Tehdit Oranlarının Yaşlara Göre Yüzdesel Dağılımı	51

GRAFİKLER DİZİNİ

		<u>Sayfa</u>
		<u>No</u>
GRAFİK 1	Her Üç Travma Çeşidinin Ortalamasının Yaşlara Göre Grafikle Gösterimi	39
GRAFİK 2	Travma Sonrası Kazanç Kaybına Uğrayanların Yaş Dağılım Grafiği	49
GRAFİK 3	Travma Sonrası İşten Kalanların Yaş Dağılım Grafiği	50
GRAFİK 4	Fiziksel/Sözel Güvenlik Tehditleri ile Karşılaşanların Yaş Dağılımı	51

KISALTMALAR *	
Asistan	Araştırma Görevlisi
Hekim	Öğretim Üyesi/Uzman ve Araştırma görevlisi
Uzman	Öğretim Üyesi/Uzman
Devlet	Devlet Hastaneleri
Üniversite	Üniversite Hastaneleri
DHÇ	Devlet Hastanelerinde Çalışanlar
ÜHÇ	Üniversite Hastanelerinde Çalışanlar
EÜP	Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi
DEÜP	Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi
ADH	İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
MRSHH	Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi
MY	Meslekte Çalışılan Yıl
PY	Psikiyatride Çalışılan Yıl
RBHY	Ruh Sağlığı Bozuk Hasta Yakını
DVA	Eşi Ölmüş veya Ayrılmış (dul veya ayrılmış)
MANİSA	Ayrı bir demografik veri olarak isimlendirilmiştir. ADH, Üniversite hastaneleri ve MRSHH ayrı ayrı sayı ve oran olarak değerlendirilmiştir.
* Tez içinde, kısaltmaların yanına asteriks (*) işreti konmuştur.	

ÖZET

İnsan hayatının paha biçilmez değeri, sağlık hizmetine yönelik çalışmaları ve yatırımları arttırmaktadır. Çalışanlara yönelik güvenlik tehditleri iş hayatında sürekli bir risk oluşturmakta ve sağlık çalışanlarına yönelik güvenlik tehditleri kaliteli sağlık hizmetini olumsuz etkilemektedir. Psikiyatri ve kalite kurumsallaşma açısından genç disiplinlerdir. Psikiyatri çalışanlarına yönelik şiddet fiziksel ve psikolojik travmalara yol açmaktadır (1,2,3) ancak idari ilerlemenin bilimsel ilerlemeye göre zayıf kalması sonucu bu durum sağlıklı bir şekilde tutanaklara geçmemektedir (4). Psikiyatri servisleri hastanelerdeki diğer servislere göre kendine has özellikler taşıyan ve acil servislerden sonra en çok tehdiye maruz kalan yerlerdir.

Nitel ve nicel iki kısımdan oluşan bu çalışma yöntem açısından farklı bir özelliğe sahiptir. Nitel araştırma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri servislerinde yapılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak, odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Fenomenolojik analiz yapılarak anket oluşturulmuştur. Araştırmanın nicel bölümü kesitsel analitik modeldedir. Nicel araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Devlet Hastaneleri ayrıca Ege, Celal Bayar, Dokuz Eylül, Adnan Menderes ve Pamukkale Üniversitelerinin Uygulama ve Araştırma Hastanelerinde, İki yüz on üç kişiye ulaşılmış olup, anket yüz yetmiş dört kişi tarafından doldurulmuştur.

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin %63,8'i (n:111), güvenlik tehdidine, kendilerinin neden olmadığını belirtmişlerdir. Psikiyatride çalıştıkları süre içinde, katılımcıların %87,6'sı (n:149) fiziksel, %92,4'ü (n:158) sözel tehdit ve %35,7'si (n:61) cinsel taciz-saldırı ile karşılaşmıştır. Ayrıca çalışanların; %74,9'u (n:128) hasta yakınlarından yöneltilen sözel; %59,8'i (n:101) fiziksel güvenlik tehditlerine maruz kalmışlardır. Hekimlerden anlamlı bir farklılıkla, hemşirelerin %74,2'si (n:72) sokakta suç olarak kabul edilen davranışlarla, psikiyatri servislerinde karşılaşmışlardır. Güvenlik tehditlerine maruz kalma açısından katılımcıların verdikleri cevapların yıllar arttıkça kümülatif olarak artması beklenirken, çalışmada azalma gözlenmiştir.

ABSTRACT

Investments on healthcare services have become in huge amount because of the priceless value of human life. Safety threats to staffs, causes continuous risks in occupational life therefore quality of healthcare service is negatively affected by safety threats towards healthcare employees. Psychiatry and quality, they have both young institutional lives. After the assaults, physical and psychological traumas can occur (1,2,3) and, unfairly, administrative improvements are not going along with the scientific improvements, thus these situations are not documented (4). Psychiatric services are the second places where the threats take place most; after the emergency services.

This study has a specific feature because of its methodology; it has both, qualitative and quantitative methods. Qualitative research had been done in psychiatry services of İzmir Atatürk Public and Ege University Hospitals. In qualitative research; focus group and in-depth interviews had been used for data collection. Inquiry has been established by two researchers after phenomenological analysis of decoded interviews. Quantitative section of the study has a cross-sectional analytic model. Inquiry had been used for the quantitative research. We have reached two hundred and thirteen individuals and of them a hundred and seventy three correspondents have done the inquiry at İzmir Atatürk and Manisa Psychiatric health and diseases public hospitals also Ege, Celal Bayar, Dokuz Eylül, Adnan Menderes and Pamukkale University hospitals.

In this study, 63.8% (n:111) of doctors and nurses have declared that themselves were not the cause of the threats. 87.6% (n:149) of the participants had physical, 92.4% (n:158) of the participants had verbal threats and 35.7% (n:61) had sexual assault in their occupational life in psychiatry . Besides; 74.9% (n:128) had verbal and 59.8% (n:101) had physical safety threats from the patients' families. 74.2% (n:72) of nurses had said that in psychiatric services they had met the situations which would be accepted as a crime at streets. Exposure to safety threats might increase cumulatively as the occupational life goes on but the opposite is observed in our study.

GİRİŞ

Hastalar tarafından psikiyatri çalışanlarına yönelik şiddet olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Kurbanlar hem fiziksel hem de psikolojik olarak, travma sonrası sıkıntılar çekmektedirler (1,2,3). Bazı çalışanlar bu durumla baş etmek zorunda olduklarını düşünerek, durumu kabullenmekte, dolayısı ile ruh sağlığı merkezlerinde şiddet olayları ne yazık ki sağlıklı bir şekilde tutanaklara geçememektedir (4). Gerek çalışanların, gerekse hastane yönetimlerinin tutumlarındaki farklılıklar nedeniyle, dokümantasyonda eksiklikler oluşmakta ve şiddet olaylarının belirlenmesi zorlaşmaktadır. Durumun tanımlanmasındaki belirsizlikler, konu üstünde çalışma yapanların işlerini zorlaştırmaktadır (5,6).

Psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşirelerin sundukları sağlık hizmeti ve yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunma isteği çalışmanın yapılmasındaki temel amacımızdır. Psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşirelerin İş hayatında karşılaştıkları, hastalardan gelen, güvenlik tehditlerine dair incelemeler ülkemizde azdır. Araştırmayı yapma nedenimiz de bu azlığı gidermek ve iyileştirme çalışmaları için işlenmiş bilimsel veri elde etme isteğimizdir. “Psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşireler, çalışma ortamlarını hastalardan gelen güvenlik tehditleri açısından nasıl değerlendirmektedirler?” sorusu araştırma sorusu olarak belirlenmiştir.

Araştırmamızın hipotezi;

h₀ : Psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşirelere, çalışma ortamlarında, hastalardan gelen tehdit yoktur.

h₁ : Psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşirelere, çalışma ortamlarında, hastalardan gelen tehdit vardır.

Literatürde de bahsedilen kısıtlamalara benzeyen bazı kısıtlılıklarla karşılaşmıştır. Çalışma ortamlarında karşılaştıkları istenmeyen durumlar, çalışanların mesleki uygulamaları, toplum içindeki sosyal statüleri, ekonomik refahları ve en önemlisi sağlıklı hallerini sıkıntıya sokmaktadır. Hayattaki konumlarını düzensiz hale getirecek her türlü girişim kişinin benliğinde rahatsızlığa yol açmaktadır. Bu nedenle çalışanların olayları hatırlayamaması ve ya “burada işler böyle yürür”, “işimizin bir parçasıdır” düşüncesi veri toplanması sürecinde en önemli kısıtları

oluşturmuştur. İdari hizmet kalitesindeki eksiklikler sonucu inceleme yaptığımız kurumlarda bahsettiğimiz güvenlik tehditlerine dair hiçbir kayıt bulunamamıştır. Bazı alışanlar kendilerinden alınan verilerin kurumlarını şikâyet ediyor şeklinde algılanacağı endişesi ile bilgi vermekten kaçınmışlardır. Diğer bilimsel çalışmalar için de oldukça sık veri toplanması katılımcıların araştırmaya katılma motivasyonlarının düşmesi diğer kısıtlarımızı oluşturmuştur.

GENEL BİLGİLER

1.1. Sağlık

1.1.1. Bilim

Bilim; insanın, gerçekler hakkında bilgilenmek ve dünyayı anlamak için; yaparak, görerek, yüksek standartlarda ve etik yaşamasını sağlayan aktiviteleri tecrübe etmesidir. Bilim; anlamak, keşfetmek, ampirik verileri sınamak, açıklamak, öngörmek ve bilgi üretmek için yapılmaktadır. Bu aktiviteler, sistematik çalışmalar ve ampirik değişkenler arasındaki sistematik bağları ortaya koymak içindir. Bilimde; anlamak, belli bir problemi çözmek için araştırmak ve sonuçların dağıtımını hedeflenmektedir. Sağlıkta hizmet sektöründe bulunanlar, sonuçların dağıtımını hedefine daha çok yoğunlaşmıştır. Bilimdeki yenilikler, değişiklikler sürekli takip edilmektedir. Günümüzde genel kanı; Avrupa'nın, eğitim ve hizmette liderliği, Amerika'ya teslim ettiği, yönündedir.

Sağlık hizmeti bilimden ayrı tutulamaz. Amerikan tıbbındaki belirgin ilerleme, yüz yılın son çeyreğindeki teknolojik yenilikler ve gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü; 1989 itibarı ile üniversiteler, hastaneler ve araştırma merkezlerine yılda 4,8 milyar dolar, harcamıştır. 1970'lerin sonlarından itibaren sağlıkta meydana gelen maliyet artışları, klinik araştırmalardaki artışa ve tıp uygulamalarındaki artışlarla bağlantılıdır (7). Paradigma kavramı da burada devreye girmektedir.

1.1.2. Paradigma

Kuhn, bilim adamları tarafından kabul görmüş olan inançlar bütününe veya problemlerin nasıl anlaşılması gerektiği konusunda üzerinde hemfikir olunan geleneklere paradigma adını vermiştir. Bir konuda paradigmaya sahip olmak, o konuda kavramsal bir modele sahip olmak demektir. Paradigma terimi bilimle iç içedir. Ortak bir paradigmaya sahip olan bilim adamları, teorileri değerlendirip, zamanla daha doğru ve kesin ölçümlere ulaşırken, normal bilimin sınırlarını genişletme çabaları için ortak paradigmalarını kullanırlar (8).

1.1.2.1.Sağlık Hizmetinde Paradigma

Genelde olduğu gibi sağlık hizmetinde de değişimler söz konusudur. Eski zamanlarda olduğu gibi karın tokluğuna yapılan, maliyeti çok düşük sağlık hizmetinin bedeli artmıştır. Bu yüzden hizmetin maliyeti artmış, karşılığını vermek giderek güçleşmiştir. Bu durum sağlık hizmetleri için güvence sistemlerinin kurulması ve gelişmesine yol açmıştır. Güvence (sigorta) sektörü, sağlık hizmeti sunanların elindeki gücü (dokümantasyon, gelişim ve tedavide hedef belirleme, ödemeleri belirleme, ödemeleri kabul edip etmeme vs.) ellerinden almıştır (9). “To err is human”ın yayınlanmasında beri, sağlık hizmetinin hastalar üzerinde önlenebilir, istenmeyen sonuçlar doğurması özellikle dikkat çekmeye başlamıştır (10,11). Bu da sağlıkta paradigmatik bir kaymaya işaret etmektedir.

1.1.3. Tarihçe

Önceleri sağlıkta hizmet sunumunun belirlenmesi, hizmet sunucusunun, hizmeti mutlak belirlemesi olarak kabul edilmekteydi. Tarihin derinliklerinde bu hizmet özellikli kişiler tarafından sunulurdu. Yöneticiler ve hatta tanrı tarafından koruma altında bulunduruldukları, yani dokunulmaz oldukları görülmektedir. Din de bu sağlık hizmeti sunumunda yerini almıştır. Din adamları bu işe tanrı adına soyunmuştur ki bu da tanrının koruması altında bu işin yapılmış olduğunu ifade etmektedir. Kısaca, bu özellikli durum hizmet alanlar tarafından da kabullenilmiş ve talepler sınırlanmıştır. Geçmişte sorunu olan kişiye teşhis konması bir yana sorununun var olup olmadığı dahi sağlık hizmeti veren kişiler tarafından belirlenmesi olayın tek taraflı olduğunu göstermektedir.

1.1.3.1.Sağlık Hizmetinin Sosyal, Politik, Ekonomik Açıdan İrdelenmesi

Uygun ortamlar ve yaşam tarzlarının tavsiyesi, yapılması gerekenlerin önerilmesi sağlıkta ilk uygulamalardandır. Hipokrat zamanında bu tür uygulamalar daha ön plandaydı. Sonraki dönem, hijyen uygulamaları ve enfeksiyon hastalıkları ile mücadelenin başladığı 19. yüzyıla gelinmesi ve toplum sağlığının keşfi ile devam etmektedir (12). Ardından bu uygulamalar; toplumlar, dinler, sınıflar arası ilişkiler üzerinden büyük salgınların incelenmesi şekline dönüşmüştür. 80’lerde, bazı yazarlar ekonomide biyopolitik, askeri ve politik görüşler doğrultusunda, emperyalist toplum sağlığı uygulamalarından bahsetmektedirler (13,14). Yakın geçmişte de yazarlar, üremenin artışı ve azalan mortalitenin açıklanmasına yönelik, sosyal

katmanlar arasındaki ekonomik ve sosyal desen farklılıklarını ortaya koymaktalar. Toplum sağlığındaki bu gelişimin yanında tedavi edici hekimlik uygulamaları da vardır. Meydana gelmiş olan hastalıkların tedavisi ile ilgilenen bu kısım, adından da anlaşılacağı üzere olay olduktan sonra müdahale edilmesi şeklinde olduğu için, daha spesifik yoğunlaşmalar içindedir. Özellikle ve daha ayrıntılı işlemlerin gerekliliği bilim ve teknolojiyi daha da cesaretlendirmiştir. Bu nedenle, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler tedavi edici sağlık hizmetinde daha çok belirginleşmiştir. Bu her ne kadar toplum sağlığının yararına da olsa; bahsettiğimiz emperyalist anlayışlar, ekonomik boyutta maliyeti daha yüksek ve getirisi daha sansasyonel olan tedavi edici hizmetlere ağırlık vermektedir.

1.1.3.2. Türk Tarihinde Sağlık Hizmeti

Türklerin tarihinden örnek vermek gerekirse; şamanlar toplumdan ayrı yaşayan farklı mizaca sahip, toplumla birlikte yaşamayı tercih etmeyen insanlardı. Toplum şamanlardan hem uzak durup korkar; hem de hava koşullarından hastalıklara kadar çoğu konuda bu kişilerden medet umardı. Bu yüzden bir ailenin çocuğunun şaman olacağını anlaşılması o aile için tedirginlik ama aynı zamanda da bir onur kaynağı olmaktaydı (15). Bu paradoks yüzlerce yıl yaşana gelmiştir. Bu yaşantılar toplumun kültürünün genlerine işlemiştir. Günümüzde de “Allah muhtaç etmesin, eksik de etmesin” söylemi bu kültürel yapının geçmişıyle alakalıdır.

1.1.3.3. İnsanlığın Kazanımları ve Sağlık Hizmeti

Çağımızda insanın talepleri ön plana çıkmıştır. İnsan; sorunları ve bu sorunların tanınması hakkında fikir sahibi olmak, çözümlere katılmak istemektedir. Geleceği ile ilgili kararları kendisi vermek istemektedir. İnsan artık doğa olaylarına, edilgen değil, etkin bir biçimde yaklaşmaktadır. Bunda da en önemli neden sanayi devrimi ve paylaşım savaşları olmuştur. Çalışan üreten insan, haklarını kavrayarak, kazanımları için mücadele etmeye başlamıştır. Kazanımlar korunmalıdır ve bunun için de kurallar konmalıdır. Bu kazanımların en önemlisi, kökeni daha da eskilere dayanan, insan haklarıdır ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda 1948 yılında benimsenerek kabul edilmiş ve deklare edilmiştir (16). Doğadan medet uman ve bunun için özellikli araçlar peşinde koşan insan artık olumlu ve ya olumsuz bir biçimde, doğaya karşı zaferler elde etmektedir. Doğal güçler atfedilen bir grup insanın yaptığı sağaltıcılık işi de bu bağlamda etkilenmiştir.

Günümüzde sağlık hizmeti verenler geçmişten gelen bu glerini bırakmaya pek gönüllü değildirler. Sağlık hizmeti alanlar da kazanımları sayesinde eski edilgen zamanlarının acısını çıkartmaya çalışırken hizmeti alan ile veren arasındaki barışı korumak için uygun politikalar belirlenmesi gereklidir.

1.2. Kalite

1.2.1. Tanım

Kalite, günlük yaşantımız içine girmiş bir kavramdır. Yaygın bir biçimde, her koşulda karşımıza çıkmaktadır. Bu durum kalitenin tanımına yansımakta ve bir iki cümle ile kesin tanımlamalar yapılamamaktadır. Üretici, tüketicisi ya da bütün bunları inceleyen bir araştırıcı olma hali, tanımlamayı daha da genişletip çeşitlendirmektedir. Girdi, süreç, çıktı, temel işlevinin bulunduğu her ortamda, yani her yerde, herkesin, içine sindirerek yaşaması gereken bir kavramdan bahsetmek durumundayız.

Müşteri memnuniyeti, kullanımda uygunluk, beklentilerin karşılanması şeklinde kısa ifadeler, tanım olarak kullanılabilir. Edwards Deming'in sözleriyle kalite tanımı ve yönetimi şöyledir; "Elinden gelenin en iyisini yap, bunu geliştirmenin yollarını araçtır, sorumluluğundaki insanlar için uğraşı göster ve unutma, herkes bu işte beraberdir."

ISO 9004 kılavuzuna göre kalite yönetimine, temel olarak, st yönetim liderlik yapmalı ve bu işi yüklenmelidir. Kuruluş, alışanlar ve ilgili taraflara yönelik bir ereve oluşturmalı ve duyurmalıdır. Kuruluş içinde çalışanların bilgi sahibi olması, cesaretlendirilmesi ve ilgilerinin arttırılması için politikaların ve hedeflerin geliştirilmesi; süreçlerin ve sürekli iyileştirmenin hedef alınması; ilgili tarafların tatmininin sağlanması oluşturulacak çerçevenin ana etmenleridir. İlgili taraflara yarar sağlamak, etkin ve verimli bir kalite yönetimi sisteminin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için, st yönetimin liderliği, yüklenimi ve aktif katılımı esastır. Çalışanlardaki güveni geliştirmek için katılım ve gelişimi cesaretlendirmek, kuruluşu örnekler göstererek idare etmek gereklidir. Yönetim, alışanların sağlık ve güvenliğini sağlamalı, süreç analizinde, çalışanlardan girdi sağlamalı ve çalışanlardan gelen yenilikçi yaklaşımları cesaretlendirmelidir (17).

1.2.2. Tarihçe

Kalite literatüre isim olarak girmese bile kökenleri çok eskilere Hammurabi Yasalarına kadar dayanan bir olgudur. Babil'in 6. Kralı Hammurabi'nin Kanunları, her ne kadar “göze göz” ilkesi nedeniyle dikkat çekse de, ölçüler ve ederler konusunda kalite için bir temel oluşturmaktadır.

Modern çağda kalite anlayışına yaklaşım, 2. Paylaşım Savaşından sonraya denk gelmektedir. Bağlaşık Güçlerin Japonya'ya yönetici olarak atadığı, General Douglas MacArthur'un ülkedeki ekonomik düzendeki uygulamaları sonucu, büyük aile şirketlerinde değişiklikler meydana gelmiştir. Yeni şirketler ortaya çıkmıştır. Japon İmparatorluğunun samuray anlayışlı yönetiminden kurtulan sanayisi, durumunu düzeltmek, yeniden dirilmek için arayışlar içine girmiştir. Japon Sanayisi, kalite kavramının felsefe sahiplerini, ülkeye davet etmiş ve azimle kendi kültürleri çerçevesinde, dünyaya örnek olacak şekilde, uygulamalarını ortaya koymuştur. Böylece, 70'lerin ortalarından itibaren Japonlar dünya pazarındaki rekabette öne geçmiştir.

Bin dokuz yüzlerin başlarındaki dünya endüstrisi, “önce insan”dan önce, “sistem” bazlı, Taylorist, Bilimsel Yönetim Sistemine geçmiştir (18). Taylorist yönetim sistemi ödüllü, cezacı yöntemleri olan bir sistemdir. Yirminci yüzyıl yönetim düşüncesi açısından, Taylor'la başlayıp Deming'le bitmiştir denilebilir.

William Edwards Deming (1900-1998) ve Joseph Moses Juran (1904-2008) kalitede her şeyin başında anılan isimlerdir. İkisi de Japonya'da kalitenin gelişmesinde gerek felsefi gerekse uygulamaya koyma adına çok önemli işler başarmış kişilerdir. Kalitenin felsefe anlamında babası sayılabilecek kişi olan Deming'in yönetim metodu bu gün tüm dünyada kabul edilmiştir. Deming'in yönetim metodu altındaki kavramlar; vizyon sahibi liderlik, iç ve dış işbirlikleri, öğrenme, süreç yönetimi, sürekli geliştirme, çalışanların iş tatmini ve müşteri tatminidir (19). 1939 yılında Shewart ve Deming, Ortaya koy-Üret-İzle döngüsünü uygulamışlardır (20). Deming, 1950 yılında bu döngüyü Tasarla, Yap, Pazarla, Pazarda test et, Yeniden tasarla şeklinde düzenledi. 1993 yılında bu döngüyü daha da kısaltarak, PDCA (Plan-Do-Check-Act) olarak

tanıttı (21). Türkçede bu döngü PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) olarak geçmektedir. PUKÖ Örgütsel öğrenme teknikleri içinde geniş uygulama alanı bulmuş kolay anlaşılır bir döngüdür. Deming ile eşzeminlerde bulunan ve “kalitenin atölye sahibi” ve Quality Control Handbook’un yazarı Joseph M. Juran’ın da kalite üçlemesini (planla, uygula, geliştir) unutmamak gereklidir (22,23). Kalite ile ilgili mutlaka söz edilmesi gereken diğer isimler de Kaoru Ishikawa ve Phil Crosby’dır. Sonucu etkileyecek potansiyel faktörleri belirlemede kullanılan Ishikawa diyagramı da Ishikawa’nın kaliteye katkılarındandır. Bu diyagrama Balık Kılçığı Diyagramı, Neden-Sonuç Diyagramı da denir. Phil Crosby, Quality is Free kitabının yazarıdır (24). Crosby kaliteye “en başta, doğru başla” prensibi ile temel katkılarda bulunmuştur.

Japonca sözcük olan “kaizen” sürekli iyileştirme anlamına gelmektedir ve kalite geliştirmenin temel ilkelerinden biridir. Kalite geliştirmenin temel ilkeleri; liderlik, müşteri ve çalışan odaklılık, herkesin katılımı ve iletişim, sürekli iyileştirme “kaizen”, hedeflerle ve verilerle yönetim, süreç yönetimi, önlemeye dönük yaklaşım ve öğrenen organizasyondur. Zaten bu da, vizyon sahibi liderlik, iç ve dış işbirlikleri, öğrenme, süreç yönetimi, sürekli geliştirme, çalışanların iş tatmini ve müşteri tatminidir ve Deming’in kalite yönetim sistemindeki kavramlardır (19). Kalitenin evriminde; modern zamanlarda gayet popüler olan kalite kavramı ve kalite yönetim sistemlerini takip etmek zorunluluğu vardır. Kalite zaman içindeki yolculuğuna Kalite Muayenesi (üretim sonrası) şeklinde başlamış ve ardından Kalite Kontrol (üretim sürecinde), Kalite Güvence (üretim sonrası), Toplam Kalite Yönetimi (sürekli geliştirme, üretimden önce, üretimde ve üretim sonrasında) gelmiştir. Kalitede sürekli gelişim durmamış, ardından sosyal sorumluluk ve her katmanda Mükemmellik anlayışı ile Mükemmellik ve Özdeğerlendirme gelmiştir ve bununla da kalmayacağı görülmektedir.

1.2.3. Kalite Yönetim Sistemleri ve Modelleri

ISO (International Organization for Standardization), dünya çapında 162 ülkeden birer üyeye sahip, Avrupa’da daha etkin olan standartlar kuruluşudur. ISO özel ve resmi kuruluşlar arasında köprü görevi gören bir sivil toplum kuruluşudur. Üyelerinin bir kısmı ülkelerinde hükümet bağlantılı kurumlar bir kısmı da tamamen özel sektör kuruluşlarıdır. Bu yüzden toplum ve iş ortamının her ikisinin de ihtiyaçlarına yönelik sonuçlara ulaşılması özendirilmektedir. Kuruluş değişik dillerde farklı kısaltmalara sahiptir anca ortak seçim, Yunancada eşit anlamına gelen “isos” kelimesinden türeyen, ISO’dur. ISO’nun amacı; etkin, güvenli, temiz hizmet ve ürün

sağlamak, ülkeler arasında uygun ve kolay süreçler ortaya koymak, hükümetleri sağlık, güvenlik ve çevre ile ilgili kanunlara yönlendirmek, teknolojik gelişmeleri iyi yönetim uygulamaları ile paylaşmak, yenilikçiliği yaygınlaştırmak, müşteriye korumak ve ortak sorunlara çözüm üretmek hayatı basitleştirmektir. ISO'nun çalışma programı geleneksel aktivitelerden mühendislik, pazarlama, tıbbi aletlere; bilgi ve iletişim teknolojilerinden hizmet için iyi yönetim uygulama standartlarına kadar geniş bir yelpazededir (25).

JCI (Joint Comission International) hedefi güvenlik ve bakım kalitesini sürekli geliştirmek olan akreditasyon ve sertifikasyon kuruluşudur (26).

EFQM (European Foundation of Quality Management) öğrenmek, paylaşmak, yenilikçi olmak isteyen liderler için ortak çerçeve oluşturmayı cesaretlendiren, mükemmellik modeline sahip bir kuruluştur. Amacı, ekonomik büyümede ve mükemmeliyette sürekliliğe ve markaya sahip, Avrupalı organizasyonların akla geldiği bir dünyaya ulaşmaktır. Bu amaca ulaşmak için, bulunulan sektör, işletmenin ölçeği, yapısı ve yaşından bağımsız olarak uygun yönetim çerçevesi oluşturmak hedeflenmiştir. EFQM mükemmellik modeli, etkenler ve sonuçlardan oluşmaktadır. Etkenler liderlik, toplum, işbirlikleri ve kaynaklar, strateji, süreçler, ürün ve hizmet, şeklinde birbiri ile bağlantılı beş kısımdan oluşmaktadır. Sonuçlar ise insan, müşteri, toplum, performans anahtar belirleyiciler şeklinde yine bir biri ile bağlantılı kısımlardan oluşmaktadır. Model, etkenlerden sonuçlara ulaşmak ve sonuçlardan elde edilen verilerin öğrenme, yaratıcılık ve yenilikçilik süzgecinden geçirilerek etkenlerin düzenlenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (27).

Malcolm Baldrige Programı mükemmelliğe adanmış, sivil-resmi bir ortaklıktır. Ekonominin her sektöründe, ABD'li organizasyonların mükemmellik açısından tercih edilmesi, rekabet ve performanslarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Müşteri deneyimlerinin sürekli aktarılması; işgücünün değerlendirilmesi ve cesaretlendirilmesi; etik, stratejik düşünce ve uygulama temel değerleridir (28).

1.2.4. Sağlıkta Kalite

Sağlıkta kalite, fen bilimleri ve sosyal bilimlerin birlikte uygulamaya konduğu melez bir alandır ve multi – inter disiplinler yaklaşımlar gerektirir.

Tüm dünyada yaşanan son gelişmeler doğrultusunda, üretim sektöründe var olan kalite hareketi, hizmet işletmelerine ve sağlık kuruluşlarına yönelmiştir. Bunun en büyük nedeni sağlık sektörüne yapılan yatırımların hızla artması ve kalitesizliğin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. Sağlık alanında ölçülebilir maliyetlerin yanında ölçülemeyen maliyetler de çok önemlidir. Kaybedilen bir uzvun veya yaşamın değerini belirlemek mümkün değildir (29). Tıbbi hataların azaltılmasında sadece tıbbi eğitim almış kişilerin rolü bulunmamaktadır. Bu nedenle hastane ve sağlık kuruluşlarında verilen hizmeti bir paket olarak görüp, sağlık yönetimini ve hatta sağlık yazılımı yapan firmaları, yiyecek – içecek hizmeti verenleri, diyetisyenleri, temizlik firmalarını ve diğer girdi sağlayan tüm paydaşları bu sürece katmak gerekmektedir (29). Amerikan Tıp Enstitüsü'ne göre sağlıkta kalite, sağlık hizmetlerini bireysel ve toplumsal temelde, güncel profesyonel bilgi ile arzu edilen sonuçlara ulaştırmak, olarak tanımlanmıştır. Sağlıkta kalite, klinik tıpta kullanılan ölçütlerin ışığında, bilimsel güncellik sınırlarında tanımlanır ve ölçülebilmektedir (30).

JCI; Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO)'nun Amerika Birleşik Devletleri dışında akreditasyon hizmetlerini sunmak için oluşturulan bir alt kuruluşu olarak faaliyet göstermektedir. Akreditasyon; sağlık kuruluşlarının, sundukları hizmetin kalitesini iyileştirmek ve sürekliliğini sağlamak için tasarlanan, standartları karşılayıp karşılamadığını değerlendiren bir süreçtir. Hasta bakım kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak, hastalara, personele ve ziyaretçilere yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak gibi bir yüklenimi temsil etmektedir (26).

Kalite yönetimi için oluşturulmuş dokümantasyon ile ilgili süreçlerin, çevre, sağlık ve güvenlik sistemlerindeki süreçlerle tam uyumlu olmadığı yapılan araştırmalar sonucu ortaya konmuştur. Gerekliliklere uyum açısından resmi sistemlerde bazı maddelerin düzenli bir biçimde ele alınmadığı şeklinde yorumlar yapılmaktadır (31). Bu bulgular yakın zamanda hastanelerin kalite yönetim sistemlerine uyum çabaları ve akreditasyon çalışmalarıyla ve üniversitelerde sağlıkta kalite ile ilgili bilim dallarının kurulmasıyla düzelme yoluna girmiştir.

Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO)'nun kalite standartları içinde hastanelerin de uygulayabileceği ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri, ISO 18000 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri, ISO 22000 Gıda Güvenliği ve Yönetim Sistemleri, ISO 14000 Çevre

Yönetim Sistemleri, ISO 26000 Sosyal Sorumluluk standartları mevcuttur. ISO 9001 (kalite) ve ISO 14001 (çevre) her çeşit organizasyona uygulanabilme özelliğine sahiptir.

1.3. Örgütlenme ve Hastanelerde Psikiyatri Bölümleri

1.3.1. Örgütlenme

Çok basit bir görevi yapmaktan, aya gitmeye kadar bütün örgütlü insan aktiviteleri, çeşitli görevleri yerine getirmek için gruplaşmış çalışanlar ve bu görevleri yerine getirmek için eşgüdümüne muhtaçtır. Çalışanlar ve eşgüdüm temeldir ve işlerlik içinde olması gereken olgulardır. Bir örgütün yapısı; çalışanların belli görevler için bölümlere ayrılması ve eşgüdüm içinde bu görevleri yerine getirmek için yaptıkları aktivitelerin genel yolları, şeklinde tanımlanabilir (32). Örgüt, insanların sürekli bir işlerlik içinde ortak amaçlar ve ihtiyaçlara ulaşmak için, özel sistematik bir planlamayla bir araya geldiği sosyal bir birimdir. Bütün örgütler aralarında işlev ve pozisyon ilişkisi olan yönetim yapılarına sahiptir. Bu yapılar, belirli görevleri yerine getirmek için sorumluluklar, roller ve güçleri temsil eden alt birimlerdir (33).

Örgütler çevrelerinden etkilenen ve çevrelerini etkileyen açık sistemlerdir. Örgütler; çağımızda dinamik bir çevre içinde ayakta kalabilmek için yasal, politik, ekonomik, sosyodemografik, teknolojik değişiklikler yapmak ve rekabete dayalı ortamda, bürokrasilerini, sistemlerini, ürünlerini, hizmetlerini hızla uyumlu hale getirmek ve yenilikçi olmak zorundadır. Çöküşlerin çokça yaşandığı 1980 sonrası dönemde bu hiç de kolay bir durum değildir (34).

1.3.2. Sağlık Örgütleri

Sağlık kurumları birer örgüt olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmeti veren örgütler, doğaları gereği, çevrenin, hükümet politikalarının, kanunların, ekonominin, kültürün ve sağlıkta paradigma değişiminin tam da içindedirler. Yoğun emek ve yoğun teknoloji kullanan sağlık örgütleri, bir örgütün yaşadığı tüm zorlukları krizleri yaşamakta ve bünyesini hızla bu duruma uyumlu hale getirmeye çalışmaktadırlar. Tezimizin kapsamı hastanelerdeki psikiyatri servisleri olduğu için bir sağlık örgütü olan hastanelerin, örgüt yapısından bahsedilecektir.

1.3.3. Hastanelerde Örgütsel Yapılanma

Hastaneler, hizmet üretim süreci en karmaşık işletmelerdir. Karmaşık yapı dendiğinde; açık dinamik sistemler, matris yapı, 24 saat hizmet ve birbiri ile işlevsel bağımlılığı olan süreçlerin sorunsuz bir şekilde hedefe yönelik bir araya getirilmesi, akla gelmektedir.

Hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir. Günümüzün en karmaşık işletmeleri konumundaki hastanelerde sunulan hizmetler, bir yandan tüm çağdaş toplumlarca bireylerin doğuştan elde ettiği bir hak olması, diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyinin tanımlanmasında da kullanılan bir ölçüt konumundadırlar.

Günümüzün en karmaşık üretim sürecine sahip işletmeleri konumundaki hastaneler, aynı zamanda matris yapıda örgütlerdir. Matris organizasyonda yetkinin kaynağı mevki veya pozisyon değil, bilgi ve yetenektir. Örgüt içi iletişim çok yönlüdür. Matris organizasyonda, idari yönetici ile vaka yöneticisi olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. İdari yönetici, işin kimler tarafından, hangi vakada ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Vaka yöneticisi ise, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Bu nedenle, uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (dikey ilişki); bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli vakalarda uyguladıkları için bu vakanın yöneticisine (yatay ilişki) karşı sorumlu olacaklardır. Vaka ekibi içinde yer alan elemanlar, iki ayrı amire bağlıdır ve bu elemanlar her iki amire karşı da sorumludur. Hastanenin örgütsel yapısı içinde bir projenin gerçekleşmesi, ciddi planlama ve eşgüdüm gerektirmektedir. Bu durum matris yapıyı diğerlerinden ayıran özelliktir.

Yukarıda bir ölçüde idealize ettiğimiz örgütsel durum ülkemizde 70'lerin denetim bazlı, dikey yönetim tarzında yürütülmektedir. Her ne kadar hekimler vaka yöneticiliği yapmakta iseler de dikey yönetim anlayışı ile takım lideri olmaktan çok dikte eden amir yaklaşımı içindedirler.

Geçmişten beri insanlar varlıklarını tehlikeye düşürecek olan tehditlere karşı bireysel ve örgütsel olarak önlemler alma uğraşısı içindedirler (35). Eski çağlardan beri insanların yangına, sele ve hırsızlara karşı önlem alma ihtiyacı söz konusudur. İnsanlara sağlık hizmetini insanlarla veren, teknolojiyi kullanan, belirsizliklerle mücadele eden, sağlık örgütleri varlıklarını tehdit eden riskleri iyi yönetmelidirler.

1.4. Risk ve Risk Yönetimi

1.4.1. Tanım – Tarihçe

İnsan, belirsizlikler karşısında sıkıntıya düşmektedir ve başa çıkmak için, geleceğe dair kestirmelerde bulunmak zorundadır. Bu yüzden unutmamak gerekir ki ihmaller geleceği kestirme hesaplarında, olasılıkları arttırmakta ve doğruyu seçmek zorlaşmaktadır. Olasılıkları keşfederek geleceği kestirme yollarına gidilmesi risk yönetiminin tarihinde temel oluşturmaktadır.

Endüstri devrimi ve deniz aşırı taşımacılıklar, geleceği kestirme ve önlem alma ihtiyacını sermaye sahipleri açısından daha da önemli kılmıştır. Tehditlere karşı baştan önlem alma ve güvence arama yoluna giden tüccarlara, olasılıkları kullanarak geleceği kestirme yolları üzerine kafa yoran insanların eserleri kullanılarak maddi gelirler elde etmeye çalışan, girişimciler, güvence sistemleri kurmaya başlamışlardır. Bu kuruluşların öncülerinden bir tanesi de Lloyd'dur. Gemilerle ticaret yapan tüccarların devamlı uğradığı bir kahvehane olan Lloyd'un iş yerinde, denizlerdeki tehdit durumlarını ortaya koyan bir pano kurmasıyla başlayan bu sistem bireysel olarak yürütülen güvence faaliyetlerinin kurumsallaştırılmasında tarihte önemli bir yer oluşturmaktadır (36). Geleceği kestirmeye çalışan sermaye sahiplerine kazanç karşılığı yardımlarda bulunmaya kurumsal bir biçimde devam edilmiştir. Olası tehditlerin ortaya konması önlenmesi ve ya etkilerinin en aza indirilmesi bu kavramda önemli temellerdir. Bu kavramda, gelecekte kötü sonuçlar doğurabilecek olaylar yani risk, artık müşteri memnuniyetini temel alan kalite kavramından ayrı tutulamayacak modern bir biçimde yönetilebilen bir kavramdır.

1.4.2. Çalışma Ortamında Risk

Örgütlerin çevreden gelen risklerle karşı karşıya olmasının dışında, örgüt içi çalışma ortamı da risklere sahiptir. Risklerin gerçekleşmesi, çalışanları kazalandırmakta, sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmektedir. Çalışma ortamında risk yönetimi bu durumlara karşı sistematik bir yaklaşım gerektirmektedir. Riskin kavranması ve risk yönetimi, mesleki sağlık ve güvenliğin sağlanmasında yapı taşı olarak kabul edilir. Çalışanlar için geçici yaralanmalardan kalıcı sakatlıklara varan somut ve soyut riskler mevcuttur. Bu riskler meydana geldiğinde sistemi sekteye uğratabilir ve sistemin varlığını tehlikeye düşüren örgütsel facialara neden olabilir. Sistemi çökertecek tehlikeye neden olmasa bile zarara uğratabilecek bireysel kötü sonuçlar

meydana gelebilir. Bu da bir örgüt için iş gücü kaybı demektir. Örgütler riski iyi yöneterek, istenmeyen sonuçlardan kaçınmaya çalışmaktadırlar.

Kalite yönetim prensiplerinin uygulanması sadece doğrudan faydalar sağlamaz, aynı zamanda maliyet ve risk yönetimine önemli katkıda bulunur. Etkin ve verimli planlama için risk değerlendirmesi ve risk azaltma verileri önemli girdilerdir. Tehlikeyi tanımlama, risk değerlendirme ve risk kontrol süreçleri risk yönetimi için anahtar araçlardır. Kuruluş kendi personeli tarafından yapılan faaliyetlerin meydana getirdiği tehlike ve risklerin yanında yükleniciler, ziyaretçi faaliyetleri ve sağlık kuruluşlarında hizmetin verildiği kişilerden gelecek riskleri de dikkate almalıdır. Türkiye’de 4857 sayılı İş Kanunu, işletmeleri bu konuda sorumlu olarak belirlemektedir (37). Kalite yönetim sistemlerinde tanımlamalar yapılırken ülkenin kanunları öncelikli olarak kabul edilmektedir. Bu da ülkemizin bu konuda uyumlu bir konumda olduğunu göstermektedir. Ancak kanunların uygulanması da önemli bir unsurdur. Kalitenin kazançta artışı sağlayan özelliği kanunların uygulanmasına yönelik uyumluluğu da arttıracaktır.

ISO 18001 standardı ile bir kuruluşun iş sağlığı ve güvenliği risklerini kontrol etmesi ve performansını iyileştirmesini sağlamak için, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi şartları belirlenmektedir. Kuruluşun faaliyetleri ile ilgili olarak, iş sağlığı ve güvenliği risklerine maruz kalabilecek çalışanlar ve ilgili taraflar için riskleri yok etmek veya en aza indirmek üzere bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi oluşturmak gereklidir. Tehlikenin tanımlanması ve risk değerlendirmesi için kuruluşun yöntem oluşturması ise, ISO 18002 kılavuzuna göre olmalıdır. Kılavuzda, olay gerçekleşikten sonra düzenleyici değil, proaktif (olay olmadan önce eylem) olmayı sağlamak için, kapsamına, yapısına ve zamanlamasına göre risk tanımlaması ve değerlendirilmesi yapılması gerekliliği belirtilmektedir. İşletme, deneyimi ve uygulanan risk kontrol kapasitesiyle tutarlı bir konumda olmalıdır. Kuruluşun şartlarının tayinine, eğitim ihtiyacının tanımlanmasına ve/veya işletme kontrollerinin geliştirilmesine girdi sağlanmalıdır. Gerekli faaliyetlerin hem etkin, hem de zamanında uygulanması için izlem sağlanmalıdır. Kontrol edilmesi gereken risklerin sınıflandırılması ve tanımlanması sağlanmalıdır.

Risk değerlendirmesi için; Hata Modları ve Etki Analizleri (FMEA – Failure Mode and Effect Analysis), hata ağacı analizleri, ilişki diyagramları, simülasyon teknikleri ve güvenilirlik tahmini gibi araçlar kullanılır. Risk değerlendirmesi sonuçları, tanımlanmış risklerin azaltılması için önleyici faaliyetleri belirlemek ve uygulamak amacıyla kullanılır.

1.4.3. Hastanelerde Risk Yönetimi

İnsan hayatı paha biçilemez değere sahiptir ve risklerin meydana gelmesi de tarifsiz sonuçlar doğuracaktır. Hastanelerde örgütsel yapılanma bahsinde söz ettiğimiz gibi hizmet üretim süreci en karmaşık örgütler olan hastaneler; sağlık hizmeti ile birlikte otelcilik ve gıda hizmeti veren işletmelerdir. Hastaneler, işletmelerin iç ve dış etkenlerden etkilenmesinden ayrı olarak doğası icabı endüstriyel işletmelerden daha fazla belirsizliği yönetmek zorundadırlar. Sağlık hizmetinde belirsizliklerle ve diğer işlevlerdeki belirsizliklerle mücadele etmek, çalışanlarını ve sistemini tehlikelere karşı korumak, etkin bir risk yönetimi gerektirir. Olaylar olduktan sonra değil, olmadan önce önlem alınması (proaktiflik) gereklidir. Bu diğer işletmeler için gerekli olsa da önce insan sonra da hastaneler için hayati bir durumdur.

Çalışma ortamının yapısı, çalışılan iş, hastanenin idari ve hatta bilimsel yönetim sisteminin kendisi ve hastalardan gelen her türlü tehlike doğuracak durumlar, çalışanlar için riskin kaynaklarını oluşturmaktadır. Hastanelerde akademik temelleri farklı bölümler kendilerine has risklere ayrıca sahiptirler. Teknolojideki gelişmeler riski boyutlandırmıştır. Yüksek teknoloji kullanan hastane işletmeleri, hizmet alanların ve çalışanların risklerini değerlendirmek zorundadırlar. Hastalıklar başlı başına risk oluşturmaktadır. Hastaların tetkik ve tedavi bazında da riskleri mevcuttur. Sağlık hizmeti verenler akademik temelleri doğrultusunda, profesyonel olarak bu risklerle mücadele etmektedirler. Bu mücadele sırasında çalışanlar risklerle karşı karşıyadırlar. Çalışılan yer, çalışanlar için bu risklerin ortamını oluşturmaktadır.

Risk yönetimi kalite yönetim sistemleri içinde bulunmaktadır. Çünkü başlarda da belirttiğimiz gibi iç ve dış müşteri bazında beklenen ve algılanan kaliteli hizmet için görünür ve görünmez riskler, süreçlerin işleminde önemli engeller ortaya çıkarmaktadır. Gerçekleri görmezden gelmek, riskin meydana gelmesi olasılığını arttırmaktadır. Risk ile ilgili analizler yapılması gerekliliği ISO Standartlarında “düzeltici ve önleyici faaliyet” kısmında ele alınmaktadır.

ISO 18002’ye göre uygunsuzlukların gözden geçirilmesi gereklidir. Dikkat gerektiren herhangi bir eğilim veya etmenin oluşumunu belirlemek amacıyla, yetkilendirilmiş çalışanlar tarafından komisyonlar oluşturulmalıdır. Olumsuz eğilimler, iyileştirme için dikkate alınır ve yönetimin gözden geçirmesine girdi olarak düşünülür. İlgili disiplinlerden çalışanlar, düzeltici

faaliyet sürecine katılırlar. Ayrıca, süreç etkinliği ve verimi ile ilgili önlemler alındığında vurgulanır ve faaliyetler istenen hedeflere ulaşmayı sağlamak için izlenir. Kurulda çalışanlar, aşama veya süreç iyileştirmesi için en iyi fikir kaynağıdır ve çalışma grupları olarak sürece katılmalıdırlar.

Daha önce de belirttiğimiz gibi ne yazık ki sağlık hizmetlerinde bilimsel ilerleme ile idari ilerleme birbirine koşut gitmemekte idari ilerleme bilimsel ilerlemeye göre zayıf kalmaktadır. Hastane yöneticileri örgüt içi ve dışı faaliyetleri yönetirken hizmet alan ve verenlerin memnuniyeti, süreç yönetimi, sürekli gelişme ve bunların dokümantasyonuna gerekli önemi göstermelidirler. Kalite açısından ele alındığında bu sadece yönetimde bulunanlar için değil, yönetimin yüklenimi ile bütün çalışanların bu etmenleri benimsemeleri ve uygulamaları gereklidir.

1.5. Hastanelerde Psikiyatri Bölümleri

1.5.1. Psikiyatrinin Kısa Tarihçesi

Psikiyatrinin, kendi kurumsal kimliği olan bir disiplin şeklinde kabul edilmesi, 18.yy sonlarına rastlamaktadır. Daha öncesinde tanımlanabilir anlamda bir psikiyatri uzmanlığı söz konusu değildi ve ruhsal rahatsızlıklara meraklı, genel tıpla uğraşan “deli doktorları” vardı. Bu doktorların genellikle tıp doktorluğu kimliği yoktu ve özel bakımhanelerde para karşılığı bu işi yapmaktaydılar (38). Psikiyatri, akıl ve beden rahatsızlıkları sonucu ruhsal belirtiler ile ilgili bir tıp dalıdır. Bu belirtilere dönük tıbbın tarihi antik çağlara kadar uzanmaktadır. Bu yüzden psikiyatri, günümüz toplum ve kültürü ile girişik, uzun bir geçmişe sahiptir. Kültürle olan bu bağlantı psikiyatriyi sosyal değişimlere duyarlı hale getirmiştir. Psikiyatri tarihi zorunlu olmamasına rağmen birlikte olduğu diğer tıp dallarının tarihlerinde meydana gelen kesintilere de ortak olmuştur. Olaylarla dolu doğası psikiyatri tarihine çekicilik kazandırmaktadır (39). Toplum içinde ruh hastasının yeri ve tedavisi bağlamında batılı psikiyatri anlayışına birçok açıdan bakılabilir. Bunlar, günümüz teknolojisinin getirdiği bilimsel gelişmeler, bir fenomen olarak özellikle ruh ve fizik bağlantısı, felsefedeki varsayım ve ilkeler, zaman içinde ruh hastalıklarına sosyal ve dini kurumların etkisi, psikiyatrik ve psikolojik uygulamalarda güncel farklı ekollerin gelişmesidir (40).

1.5.2. Psikiyatri Bölümlerinde Çalışanlara Yönelik Riskler

Maruz kaldıkları riskler ele alındığında; örgüt içinde çalışanların, çalışma ortamının somut yapısından kaynaklananlar dışında, yaptıkları işten kaynaklanan riskleri de mevcuttur. Bu riskler de kendi aralarında bölümlere ayrılabilir. Bunlar çalışanların kendi hatalarından kaynaklanan riskler de dâhil olmak üzere, maddi ve manevi etkilenmeleri şeklindedir ve hastanelerdeki risk yönetimi yapılanması da bu durumdan etkilenmektedir. Kalite yönetim sistemlerinin yürütülmesinde, sağlık örgütlerine yönelik çalışmalar hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli bir unsurdur.

Örgütler içinde güvenlik kültürünün geliştirilmesi, kalitenin geliştirilmesi ile koşut bir gerekliliktir. Çalışanların güvenlik kültürü içindeki yerlerini benimsemeleri, eğitimleri, hatalarından ders almaları, önlem almaları, iyi uygulamaları örnek almaları güvenlik kültürünün geliştirilmesi açısından önemlidir. Örgüt kültürü içindeki “burada işler böyle yürür” anlayışı, güvenlik kültürünün gelişmesi ve risk yönetimi açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Giriş paragrafında bahsettiğimiz çalışanların ve yöneticilerin, güvenlik tehditleri ile karşılaşmaları sonrasında yaptıkları; rapor tutmama, geçiştirme, önlem almama gibi uygulamalar ne yazık ki “burada bu işler böyle yürür” öğrenilmiş çaresizliğinin bir sonucudur. Bunlar güvenlik kültürü ve risk yönetimindeki olumsuz uygulamalardır. Görmezden gelme durumları yani ihmaller, doğal olarak risklerin meydana gelme olasılığını daha da arttırmaktadır. Riskin tarihçesinde insanlığın deneyimlerini görmezden gelmek günümüzde ilerlemeyi de görmezden gelmek anlamındadır. Yapılan araştırmalar “burada işler böyle yürür” anlayışının, maalesef, psikiyatri çalışanları arasında da hâkim bir anlayış olduğunu ortaya koymakta ve kalite yönetimini zorlaştırmaktadır. Örgüt iklimi, örgüt kültüründen farklı ve onu etkileyen bir kavram olarak burada devreye girmektedir. Örgüt iklimine yönelik çalışmalar güvenlik kültürünü geliştirmekte önemlidir. Örgüt iklimi, güvenlik kültürünün dönüşümünde önemli bir etmen olarak kabul edilmektedir. Bu kavram doğrultusunda yapılacak çalışmalar, örgütlerin güvenlik kültüründe olumlu değişikliklerle sonuçlanacaktır.

1.5.3. Psikiyatri Servislerinde Kalite

Tez konumuzun temelinde yatan besleyici disiplin sağlıkta kalitedir. Tez konumuzun teması, kalitenin geliştirilmesi amacıyla ortaya çıkmıştır. Psikiyatri servislerinde kalite konusunu kalite geliştirmenin temel ilkeleri olan müşteri ve çalışan odaklılık, herkesin katılımı, sürekli iyileştirme “kaizen”, hedeflerle ve verilerle yönetim, süreç yönetimi ve önleme çerçevesinde incelersek tez başlığımıza ulaşmakta doğru zemini oluşturmuş olacağız.

Psikiyatri ve kalite, kökenleri çok eskilere gitmesine rağmen kurumsallaşmaları yakın zamanlara denk düşen iki disiplindir. Kalite yönetim sistemleri önce sanayi işletmelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Hizmet sektörü bu kavrama daha sonra dâhil olmuş ve bu sektörün bir parçası olan sağlık sektöründe uygulamaya yönelik uyum zorlukları, psikiyatri uygulamalarında da kendini göstermektedir.

Kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için ölçülebilirlik önemlidir. Bunun için nitel (kalitatif) ve nicel (kantitatif) yöntemlere baş vurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitatif çalışmalar son yıllarda etkinlik kazanmaktadır (41). Kalite ile ilgili olarak sadece klinik sağlık hizmetleri değil çalışma ortamı da değerlendirilmelidir. Bilim ve idari gelişimdeki koşutsuzluk hastanelerde çalışma ortamı açısından burada da kendini göstermektedir. Genel olarak sağlık hizmetinde iyilik, raporlandırmada güvenilirlik ve toplumsal kaynakların daha iyi olması; ruh sağlığı hizmetlerinde de iyilik halini getirecektir. Ancak; bazı çalışmalarda ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine göre kalite performans değerlendirmelerinde daha zayıf kaldığı belirtilmiştir (42). Sağlıkta kalitenin boyutlarından biri olan hastanın tatmini, kalite geliştirme programlarında göz önünde tutulması gereken unsurlardandır (43,44,45). Müşteri tatmin anketleri ya da hastane servislerine yönelik hasta tatmin anketlerinin psikiyatri servislerine uyarlanması daha belirtici sonuçlar ortaya koyacağı için; psikiyatri servislerine yönelik kalite ile ilgili çok değerli veriler elde edilen tatmin anketleri yapılmıştır (46).

Çalışanlara yönelik iş tatmin değerlendirmeleri, oldukça fazla yapılan kalite çalışmalarındandır. Psikiyatri çalışanlarına yönelik, iş tatmin değerlendirmeleri ve tükenme ile ilgili değerlendirmeler yapılmaktadır (47,48,49) ancak iş tatmini, kalite değerlendirmeleri konunun sadece bir boyutudur. Bu yüzden, psikiyatri servislerinde risk ve güvenliğin değerlendirilmesi için sadece tatmin ölçekleriyle sınırlılık, sonuca ulaşmak için çerçeve olarak

belirlediğimiz, kalite geliştirmenin temel ilkeleri açısından, bizi doğru sonuçlara ulaştırmakta ufukumuzu daraltacak ve belki de yanlış sonuçlara ulaşmamıza neden olacaktır.

Kalite geliştirmenin temel ilkelerinden biri olan, verilere dayanma, önemli bir etmendir. Kayıt altına alma ve ölçülebilme için raporlama sistemi önemlidir. Bunun sanayi işletmelerindeki temel karşılığı kalite skor kartlarıdır. Raporların güvenilir olması, belirlenmiş ölçütler ve uygun işlemler ışığında yapılması, kalitenin benimsenmesi ve örgüt kültürü içinde yaşanır hale gelmesi ile başarılacaktır. Bu sayede örgüt somutlaşmış kayıtlar ile kendini değerlendirebilecek, öğrenecek, hatalarından ders alacak ve önlem alacaktır.

1.5.4. Psikiyatri Servislerinde şiddet Nedenlerinin Belirlenmesi

Yapılan literatür taramasında, çeşitli araştırmacıların elde ettikleri sonuçlara göre, servislerde meydana gelen şiddet olaylarının nedenleri 3 başlık altında incelenmiştir.

1.5.4.1. Hasta Faktörleri

Geçmişte de şiddet öyküsü olan (50) ve kendi isteği dışında yatırılmış hastalar (51,52) ve genç erkek grubunun şiddet olgularıyla daha çok ilişkili olduğu gözlenmiştir (51,53).

Tanılarına göre incelendiğinde demans, delirium, madde bağımlılığı, şizofreni, kişilik bozukluğu, bipolar bozukluğu olan hastalar; ayrıca ayrışmamış tanısı olanlar şiddet olaylarında daha çok gözlenmektedir (54,55,56,57,58).

1.5.4.2. Servis Ortamına Bağlı Faktörler

Birçok servis temel standartları karşılamakta yetersizdir. Bu yetersizlik; gürültülü, sıcak, kirli, kötü kokan ortamlara ve çalışanların, servisin farklı ortamlarında olup bitenleri takip edebildikleri sistemlerin kurulu olmamasına bağlanmaktadır. Çevresel stresin arttığı kalabalık ortamlar, yemek saatlerinde artan kalabalık, çeşitli hasta gruplarının bir arada bulundurulması,

kısıtlı yatak sayısına rağmen hasta kabulünde kapasite üstünde artış servis şartlarını olumsuz etkilemektedir (59,60,61,62,63,64).

1.5.4.3. Çalışanlara Bağlı Faktörler

Çalışanların ortamdaki rollerini bilmemesi ve çalışan/hasta oranının az olması psikiyatri servislerinde şiddet olayları ile ilişkili bulunmuştur. Çalışan/hasta oranının 1/1 olduğu servislerde şiddet olaylarının azaldığı gözlenmiştir (64,65). Yatan psikiyatri hastalarının şiddete yönelik tetikleyici faktörlerinden birinin de çalışanların uygulamalarına bağlı olduğu ortaya konmuştur (66). Hastanın isteklerini reddetme ve hastayı aktiviteye zorlama çalışan güvenliğini azaltmaktadır. Çalışanların deneyimsizliği, özellikle geceleri güvenlik algısında düşmeye yol açmaktadır (67,68).

1.5.5. Psikiyatri Servislerinde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Hastalardan Gelen Güvenlik Tehditleri

Psikiyatri bölümleri, hasta yelpazesi açısından, kendine has özellikler barındırmaktadır. Psikiyatri servisleri, hastalardan çalışanlara yönelik şiddet uygulamaları sıklığına bakıldığında acil servislerden sonra en çok tehdide maruz kalınan yerlerdir. Şiddete maruz kalma oranlarında akut servislerde çalışanlar, ardından da kronik servislerde çalışanlar en büyük yüzdeyi oluşturmaktadırlar (69). Psikiyatri servislerinin hem akut hem de kronik hastalarla ilgilendiğinden sahip oldukları riskler daha belirgin bir biçimde ortaya çıkmaktadır. İnsan üzerindeki etkileri açısından çalışanların maruz kaldıkları güvenlik tehditleri sonrasında meydana gelenler; sokak suçları ya da doğal afetler sonrasında meydana gelen travma sonrası stres bozuklukları anlamında, çok da farklı sonuçlar değildirler (1).

Ayrıca hasta yakınlarından kaynaklanan tehditler de söz konusudur çünkü psikiyatrik hastalıkların kronik yapısı nedeniyle, hastaların bakımıyla ilgili olan kişilerde yıpranma hali ruhsal ve bedensel olarak artmaktadır. Bu da hasta yakınlarının stresle baş etmesini zorlaştırmakta ve çalışanlara yönelik güvenlik tehditlerine, hasta yakınlarından kaynaklanan güvenlik tehditleri de eklenmektedir. Hemşireler ve hasta bakıcılar, hastalardan gelen şiddet uygulamalarına daha sık maruz kalmaktadır (70). Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanları içinde maddi ve manevi şiddete maruz kalma olasılığı 39 yaş ve altındakilerde artmaktadır (71).

GEREC VE YÖNTEM

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamasında nitel araştırma yöntemleri, ikinci aşamasında nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmamız için Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu 02/06/2010 tarih ve 17 nolu kararı ile tez danışmanı Doç. Dr. Vildan MEVSİM tarafından 01/06/2010 tarihli yazı ile önerilen tez konusu Etik Kurul onayı alınması koşuluyla kabul edilmiş ve Teze DEU.HSI.MSc-2008970048 kodu verilmiştir.

27/05/2010 tarihli dilekçe ile Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kuruluna baş vurulmuş ve kuruldaki 08/06/2010 tarihinde onay alınmıştır.

Çalışmanın yapılacağı üniversite hastaneleri ve Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi başhekimliklerinden, Manisa Ruh Sağlığı Hastanesi için Manisa Sağlık Müdürlüğünden yazılı olarak izin alınmıştır.

Nitel araştırmaya katılan katılımcılar sözlü ve Gönüllü Bilgilendirme Formu ile yazılı olarak bilgilendirilmiş ve katılım için onayları alınmıştır.

2.1. Nitel Araştırma

2.1.1. Araştırma Modeli

Nitel çalışma fenomenolojik araştırma deseninde yapılmış ve nicel araştırma için anket tasarlanmıştır.

Fenomenolojik araştırma temel verilerin toplanması için bir araçtır. Bu türde yapılan araştırmanın ana amacı görüşülen kişinin bakış açısıyla, yaşanmış tecrübelerin anlaşılmasıdır. Görüşme yapılan kişinin kendi kelimeleri, kendi deneyimleri bu araştırmada önemlidir. Fenomenolojik görüşme derinlemesine bir yapıya sahiptir. Bu tür görüşmeler bir başlangıç sorusuyla başlar. Başlangıç sorusunun açık uçlu olması fenomenolojik görüşmelerin yapısında ana unsurdur. Açık uçlu sorunun sorulması görüşülen kişinin sadece kendi kelimelerini kullanmasının dışında tavrını da ortaya koymasını sağlamaktadır. Araştırmacı kendi anlayışının görüşmeyi etkilemesine izin vermez (72). Soruların açık uçlu olmaması görüşülen kişinin yönlendirilmesini, fenomenolojik görüşmenin amacına ulaşmasını olumsuz etkileyecektir.

2.1.2. Evren ve Örneklem

Nitel araştırmanın evreni, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşireleridir. Örneklem yöntemi olarak da Tipik Birimler (Bilinçli Örneklem) yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle göre evreni homojen alt gruplara ayırıp alt evreni temsil eden birim saptanmaktadır. Burada evrenin tipik özelliklerini taşıyan elemanların seçimi söz konusudur.

2.1.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak, odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. 4 odak grup görüşmesi, 2 derinlemesine görüşme yapılmıştır. Odak grup görüşmelerine ortalama 9 kişi (minimum:5, maksimum:12) katılmıştır. Odak grup görüşmeleri 45 ve derinlemesine görüşmeler 30 dakika ile sınırlı tutulmuştur. Görüşmelerin tümü ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınmıştır.

Odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşme veri toplama yöntemlerinin kendi içinde avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Odak grup görüşmelerinin olumlu yönleri dâhilinde grup içi etkileşimler mevcuttur. Bu etkileşim ya da etkileşimler yeni ve farklı düşüncelerin ortaya konmasına katkı sağlamaktadır. Grup baskısı, ortaya atılan düşüncelerin tartışılarak derinleştirilmesi ve geliştirilmesini sağlamaktadır. Kısa bir zaman diliminde hayli düşük bir maliyetle zengin veriler elde edilmektedir. Olumsuz yönleri ise; tek tek katılımcılardan bilgi alabilmenin sınırlı olması ve konunun hassasiyeti yüksek ise katılımcıların diğer insanların bulunduğu bir ortamda düşüncelerini ifade etmekte zorlanmasıdır. Buna ek olarak bir araya getirilmesinde zorluk çekilen bir hedef kitle söz konusu olduğunda 6-8 katılımcıyı bir araya getirmek zor olmaktadır.

Odak grup görüşmesi için zaman kısıtlılığı nedeniyle tipik birimler oluşturulamayan örneklem elemanlarıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşme, belli bir düşünce, program ya da durum üzerinde, yoğun kişisel görüşmelerin yapıldığı bir nitel araştırma tekniğidir. Yeni bir konuda derinlik ortaya koymak için, kişinin düşünceleri ve davranışları hakkında detaylı bilgiler elde edilmek istendiğinde yararlıdır. Bu görüşmeler; konu üzerinde ne olduğu ve neden olduğu yönünde daha bütünlüklü bir tablo istendiğinde faydalı olmakta ve diğer yöntemlerle elde edilen verilerle bir bağlam oluşturmak için kullanılırlar. Derinlemesine

görüşmelerde temel fayda, diğer veri toplama yöntemlerinden daha detaylı bilginin elde edilmesidir. Görüşme yapılan kişiler karşıt görüşlerini ifade etmek istediklerinde hissettiklerini daha rahat bir atmosferde ortaya koymaktadırlar.

Bu araştırmada derinlemesine görüşme yaptığımız evren elemanları çoğunlukla üst akademik düzeydeki kişilerdir. Bu kişilerle yapılan görüşmeler diğer odak grup görüşmeleri ile bir bağlam kurmakta çalışmamıza faydalı olmuştur.

Tablo 1 Odak Grup Görüşmeleri İçin Seçilen Alt Evrenler

<u>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü</u>	
Hekimler	Öğretim Üyesi / Uzmanlar Asistanlar (Araştırma Görevlileri)
Hemşireler	
<u>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü</u>	
Hekimler	Öğretim Üyesi / Uzmanlar Asistanlar (Araştırma Görevlileri)
Hemşireler	

Tablo 2 Odak Grup Görüşmeleri ve Derinlemesine Görüşmelere Katılanların Meslek Gruplarına Göre Sayısal Dağılımı

	Odak grup görüşmeleri				Derinlemesine görüşmeler			
	Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü		İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü		Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü		İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü	
	Genel	Katılan	Genel	Katılan	Genel	Katılan	Genel	Katılan
Öğretim Üyesi/Uzman	-	-	6/3*	5	16/2*	3	-	-
Doktorlar								
Araştırma Görevlileri	17	11	22	11	-	-	-	-
Hemşire	22	12	22	8	-	-	-	-

*: öğretim üyesi sayısı / uzman doktor sayısı

2.1.4. Veri Analizi

Odak grup ve derinlemesine görüşmeler deşifre edildikten sonra fenomenolojik analiz yapılarak iki ayrı araştırmacı tarafından anket soruları oluşturulmuştur. Görüşme deşifrelerinden yüz kırk üç madde elde edilmiştir. Araştırmanın konusuyla bağlantılı olması gözetilerek, çalışma evreninin ortak yaşantılarıyla ilgili olmayanlar ve benzer içerikli olanlar tekrar elenmiştir. Ayrıca literatürle farklar yaratan durumlar belirlenmiştir. Bu durum da dikkate alınarak, literatürden derlenen veriler ile örneklemden elde edilen veriler karşılaştırılarak deşifre sonucunda elde edilen maddeleri düzenleyen bir başka kıstas daha belirlenmiştir. Bu duruma bir örnek, öğrenci hemşirelerin daha çok şiddete maruz kaldığı literatürde vurgulanırken, araştırmada yapılan odak grup görüşmelerinde öğrencilikleri zamanında hemşirelerin daha az şiddete maruz kaldıklarını ifade etmeleridir. Sonuçta, 58 madde elde edilmiş ve pilot anket ortaya konmuştur. Anketin geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yapabilmek için pilot uygulama yapılmıştır.

Pilot anket Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Bölümünde uygulandı. Pilot anket elden dağıtılıp elden toplandı. Toplam on üç kişi pilot anketi doldurdu.

Anket SPSS 16.0 istatistik programında analiz edilmiştir. Bu analizde 58 Maddelik ana anket bölümünün geçerliği ve güvenilirliği irdelenmiş; olumlu sonuçlar alınmıştır. Anketin Cronbach's Alpha değeri 0,619'dur.

2.1.5. Faktör Analizi Sonrası Durum

Pilot anket uygulaması sonrasında tekrar faktör analizi yapılmıştır. Dokuz madde daha pilot anketten çıkartılarak kırk sekiz maddelik ana anket elde edilmiştir. Ana anket uygulaması öncesinde elenen bu 9 madde ile Chronbach's Alpha değeri 0,782'ye çıkmıştır. Ana anketin yüz yetmiş dört katılımcıya uygulanması sonrasında bu değer 0,812'ye ulaşmıştır. Bu aşamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ise 0,712'dir (tablo 3). Anket EK-1'de verilmiştir.

Tablo 3 Faktör Analizi Sonrası Geçerlik ve Güvenilirlik

Geçerlilik		Güvenilirlik	
Kaiser-Meyer-Olkin	0,712	Cronbach's Alpha	0,812
P	0,0001	Madde Sayısı	48

2.1.6.Uygulama

Görüşmelerde sorulan ana soru ve alt sorular.

Ana Görüşme Sorusu:

“Çalıştığınız ortamı; hastalardan size yönelik, güvenlik tehditleri açısından, değerlendirir misiniz?”

1. Çalıştığınız ortamda “güvenliğiniz” denilince aklınıza neler geliyor?
2. Bu tehditler nelerdir?
3. Bu tehditler açısından neler yaşadınız?
4. Çevrenizde ya da bulunduğunuz ortamda; güvenlik tehditleri olarak neler yaşanıyor?
5. “Başıma gelmedi ama hiç aklımdan çıkmıyor” dediğiniz bir güvenlik tehdidi var mı?

2.2. Nicel Araştırma

2.2.1. Araştırma Modeli

Araştırma kesitsel analitik modeldedir. Bu modelde **katılımcılarla bir defalığına çalışılır. Aynı anket belli bir zaman aralığında farklı katılımcılara uygulanır. Örneklemen seçimi önemlidir. Grupların sayı, cinsiyet, ırk, etnik yapı, yaş ve coğrafi yerleşimlerine dikkat edilir. Kesitsel çalışmalarda; belirli sabit bir noktadan elde edilen verilerin analiz edilmesi ile davranış ve alışkanlıkları belirlenir.**

2.2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evreni olarak İzmir ve çevresinde, hasta yelpazesi geniş psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşireler seçilmiştir. Bu doğrultuda İzmir ve çevresinde eğitim-araştırma, uygulama-araştırma hastanelerinde ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde araştırma yapılmıştır. Veri toplama, 2 devlet hastanesi ve 4 üniversite hastanesinde, 28 Mart - 21 Nisan 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. İki yüz on üç kişiye ulaşılmış olup, anket yüz yetmiş dört kişi tarafından doldurulmuştur (Tablo 4).

Tablo 4 Katılımcıların Evreni Temsil Etme Oranlarının Kurumlara Göre Dağılımı

	Çalışan*	Ulaşılan**	Katılan***	Katılan/Çalışan (%)
EGE ÜNİVERSİTESİ				
Öğretim üyesi / uzman	16 / 2	16/2	15/1	88,8
Asistan	17	17	15	88,2
Hemşire	22	22	20	90,9
Toplam	57	57	51	89,4
ATATÜRK DEVLET HASTANESİ				
Öğretim üyesi / uzman	6 / 3	4/3	2/3	62,5
Asistan	22	13	8	36,3
Hemşire	22	20	18	81,8
Toplam	53	40	31	58,4
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ				
Öğretim üyesi / uzman	7 / 1	6/1	3/1	50,0
Asistan	10	10	6	60,0
Hemşire	7	6	6	85,7
Toplam	25	23	16	64,0
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ				
Öğretim üyesi / uzman	6/-	4/-	3/-	50,0
Asistan	12	6	4	33,3
Hemşire	5	5	5	100
Toplam	23	15	12	52,1
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ				
Öğretim üyesi / uzman	3/-	2/-	2/-	66,6
Asistan	7	6	3	42,8
Hemşire	6	5	4	66,6
Toplam	16	13	9	56,2
MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI				
Öğretim üyesi / uzman	-/17	-/10	-/9	52,9
Asistan	-	-	-	
Hemşire	91	55	46	50,5
Toplam	108	65	55	50,9
GENEL TOPLAM	282	213	174	61,7

*: Kurumda psikiyatri bölümündeki toplam doktor ya da hemşire sayısı

**: Araştırma için ulaşılan kişi sayısı

***: Araştırmayı kabul edip, uygulanan kişi sayısı

2.2.3. Veri Toplama

Araştırmanın nicel bölümünde, veri toplama yöntemi olarak, anket kullanılmıştır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır.

İlk bölüm ana anket kısmıdır. Ana anket 6 alt bölüm, elli beş maddeden oluşmaktadır. Ana anketin bölümleri;

1. Güvenlik tehditlerine bakış,
2. Durumu güvenlik tehdidi olarak algılayış,
3. Güvenlik tehdidi ile karşılaşma,
4. Güvenlik tehdidinin meydana geldiği ortamlar,
5. Güvenlik tehdidinin gerçekleşmesi halinde durumu algılama,
6. Demografik sorulardır.

İkinci bölüm ise güvenlik tehditleriyle karşılaşp karşılaşmadığı ve karşılaşma sıklığının sorulduğu, 3 alt bölüm otuz dokuz sorudan oluşmaktadır:

1. Güvenlik tehdit çeşitleri,
2. Güvenlik tehdidinin meydana geldiği ortamlar,
3. Güvenlik tehdidi sonuçları.

Anket beşli Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Bu ölçek özellikle “Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum” şeklinde ifadeleri temel alır. Katılımcılar sunulan ifadelere ne dereceye kadar karşı veya razı olduklarını gösterirler. Anket ekte verilmiştir (EK 1).

2.2.4. Araştırmanın Uygulanması

Örnekleimde bulunan hekim ve hemşireler çalıştıkları yerlerde ziyaret edilmiştir. Uygulama günlerinde nöbetçi ya da izinli olanlar için aynı yerler tekrar ziyaret edilmiştir. Katılımcılar, çalıştıkları birimlerde küçük gruplar halinde, araştırma ve anket konusunda sözlü bilgilendirilerek,

anketi doldurmayı kabul eden iki yüz elli iki kişiye elden teslim edilmiştir. Kişilere anket verildikten ortalama 3 gün (minimum: 1 saat, maksimum: 1 hafta) sonra toplanmıştır. Dağıtılan anketlerden yüz yetmiş dört tanesi doldurulmuş halde, katılımcıların çalıştıkları yerlerde, elden toplanmıştır.

2.2.5. Veri Analizi

Anket, katılım derecelerini belirlemek için, beşli Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. SPSS for Windows 16.0 programı kullanılarak, anketin istatistiksel analizi yapılmıştır. Anketin geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (Cronbach's alpha:0,812; KMO:0,712). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (frekans, ortalama, yüzde), one-way anova ve independent samples t testi kullanılmıştır. İşlemlerde önem düzeyi $p=0,050$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

3.1.1. Demografik Bulgular

Katılımcıların demografik bulguları ile ilgili ayrıntılar tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5 Demografik Bulgular

CİNSİYET		n	%
	Kadın	130	74,7
	Erkek	44	25,3
MESLEK GRUBU			
	Öğretim Üyesi/Uzman	34	19,5
	Araştırma Görevlisi	43	24,7
	Hemşire	97	55,8
KURUM			
	Üniversite Hastaneleri	85	48,9
	Devlet Hastaneleri	89	51,1
MEDENİ HAL			
	Evli	106	60,9
	Bekâr	50	28,7
	Eşi Ölmüş veya Ayrılmış	18	10,4
MESLEKTE YIL			
	8≥	68	39,5
	8<	104	60,5
PSİKİYATRİDE ÇALIŞILAN YIL			
	7≥	110	64,2
	7<	63	35,8
YAŞ			
	39≤	58	33,7
	39>	114	66,3

n: Sayı

Araştırmaya katılanlar yaş ortalamalarına göre değerlendirildiğinde, genel olarak yaş ortalaması $37,7 \pm 7,7$ ’dir. Öğretim Üyesi/Uzmanlar $43 \pm 7,6$; eşi ölmüş veya ayrılmış olanlar $41,6 \pm 8,0$; kadınlar $35,5 \pm 7,0$; erkekler $36,3 \pm 9,7$; araştırma görevlileri $28,6 \pm 3,6$; hemşireler $36,2 \pm 6,4$; devlet hastanelerinde çalışanlar $35,4 \pm 6,3$; üniversite hastanelerinde çalışanlar $35,9 \pm 9,0$; evliler $37,2 \pm 7,3$ ve bekârlar $30,4 \pm 5,6$ yaş ortalamasına sahiptir.

3.1.2. Güvenlik Tehdidi Algılama Konusundaki Bulgular

Ankete katılanların %63,8'i (n:111) güvenlik tehdidine, kendilerinin neden olmadığını ifade etmişlerdir. Psikiyatride çalışmayı diğer branşlara göre daha riskli bulanların oranı ise %79,3'tür (n:138).

Tablo 6 Güvenlik Tehdidi Olarak Algılanan Durumların Değerlendirilmesi

Güvenlik Tehdidi Olarak Algılanan Durumlar	n	%
Nöbet tutulduğu zamanlar (çalışanların sayısının azaldığı zamanlar)	141	81,6
Hastanın kendi kendine, zarar verme tehdidinde bulunduğu durumlar	140	80,4
Hastanın üçüncü kişilere, zarar verme tehdidinde bulunduğu durumlar	133	76,4
Baskı altına alınmak (diğer meslek grupları karşısında, hastaların asılsız tavır ve söylemleri nedeniyle zor durumda bırakılmak)	137	78,7
Sözel güvenlik tehditleri (örneğin: “öldürürüm seni”)	126	72,4
Hastanın eşyaya zarar vereceğini söylemesi (hastanın ortalığı kırıp dökeceğini söylemesi)	122	70,1
İftiraya uğramak (örn: “cep telefonum kullanılmış”, “bana tecavüz etti”)	119	68,4
Tecrübelerle göre öngörüler sonucunda, tehdit yaşanacağı hissine kapılmak	103	59,2
Hasta hakları (hasta veya hasta yakınları tarafından, çalışanın, idareye sürekli, asılsız bir şekilde şikâyet edilmesi)	37	21,2
Çalışanın, karşısına gelen her hastayı bir sorun çıkaracak diye düşünmesi	30	17,2

n: Sayı, %: Satır içindeki oranlar toplam katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Hastaların kendi kendine, üçüncü kişilere ve eşyaya zarar vereceğini söylemesi, sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Tablo 7). Bu durumlar, çalışanlarda güvenlik tehdidi algısı yaratmaktadır (Tablo 6).

Tablo 7 Hastanın, Kendi Kendine, Üçüncü Kişilere ya da Eşyaya Zarar Vereceğini Söylemesi Durumunda Katılımcılarda Oluşan Güvenlik Tehdidi Algılarının Değerlendirilmesi

Hastaların, güvenlik tehdidi olarak algılanan zarar verme yönelimleri (n:174)	Ortalama $\pm$ S.S.*	Hastaların zarar verme yönelimlerini katılımcıların tehdit olarak algılama durumları									
		Kesinlikle Katılmıyorum				Ne Katılıyorum Ne de katılmıyorum				Kesinlikle Katılıyorum	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Kendi kendine	3,85 $\pm$ 1,04	7	4,0	20	11,5	7	4,0	97	55,7	43	24,7
Eşyaya	3,67 $\pm$ 0,95	1	0,6	30	17,2	21	12,1	95	54,6	27	15,5
Üçüncü kişilere	3,82 $\pm$ 0,85	0	0	20	11,5	21	12,1	103	59,2	30	17,2

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar toplam katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Tablo 8 Katılımcıların; Hastanın Kendi Kendine ya da Üçüncü Kişilere Zarar Vereceğini Söylemesi Durumları ile Karşılaşma Sıklığı

Hastaların, güvenlik tehdidi olarak algılanan zarar verme yönelimleri (n:168)	Ortalama $\pm$ S.S.*	Katılımcıların karşılaşma sıklığı									
		<u>Hergün</u>		<u>Sıklıkla</u>		<u>Ara sıra</u>		<u>Nadiren</u>		<u>Hiç</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendi kendine	2,54 $\pm$ 0,93	9	5,2	93	53,4	41	23,6	16	9,2	9	5,2
Üçüncü kişilere	2,99 $\pm$ 0,96	6	3,4	48	28,2	64	36,8	38	21,8	11	6,3

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cevap veren katılımcı sayısına göre verilmiştir.

3.1.3. Hasta ve Hasta Yakınlarıyla İlgili Tehditlerin Yaşanması ile İlgili Bulgular

Güvenlik tehditlerinin kimlerden ve ne şekilde geldiğini değerlendirdiğimiz bölümde; psikiyatride çalıştıkları süre içinde, katılımcıların %87,6'sına (n:149) yönelik tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma gibi fiziksel tehditler gerçekleşmiş ya da ateşli, kesici-delici alet kullanılmıştır (katılımcılara bu eylemlerin hepsi bir arada sorulmuştur). Katılımcıların %35,7'si (n:61) cinsel taciz ve saldırı ile karşılaşmıştır. %33,1 (n:56) ailesine yönelik tehditle karşılaşmıştır; %92,4 (n:158) sözlü (küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme) tehdit ile karşılaşmıştır. Katılımcıların %87,6'sına (n:149), hastalar fiziksel güvenlik tehditlerini jest ve mimikle göstermişlerdir. %56,8 (n:96) cinsel açıdan tehdit edici jest ve mimik ile karşılaşmıştır. Katılımcıların %45,6'sına (n:77) kesici ve delici alet gösterilmiş; %94,6'sına (n:159) hasta, kendi kendine zarar vereceğini söylemiştir ve %93,5'ine (n:157) hasta, üçüncü kişilere yönelik zarar vereceğini söylemiştir. Fiziksel ve sözel güvenlik tehditleriyle en çok karşılaşma sıklığına sahip durumlar Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9 Hastadan Gelen Fiziksel ve Sözel Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşma Sıklığı

Tehdit şekli	Ortalama ± S.S.*	Hergün		Katılımcıların karşılaşma sıklığı				Nadiren		Hiç	
		n	%	Sıklıkla		Ara sıra					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma, ateşli, kesici ve delici alet kullanması (n:170)	3,28±1,01	5	2,9	34	19,5	59	33,9	51	29,3	21	12,1
Sözlü tehdit** (n:171)	2,90±1,05	10	5,7	61	35,1	49	28,2	38	21,8	13	7,5

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

** : Küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cevap veren katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının; tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma, ateşli, kesici ve delici alet kullanması oranı %27'dir (n:47). Katılımcıların %7'si (n:12) ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarından, cinsel taciz ve saldırı ile karşılaşmıştır. %21,9'u (n:37) ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarından, ailesine yönelik güvenlik tehdidi almıştır. Çalışanların %74,9'una (n:128) ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarından, sözlü (küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme) tehditte bulunulmuştur. Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarından %59,8 (n:101) katılımcıya fiziksel güvenlik tehditleri, jest ve mimikle ifade edilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan hasta yakını kaynaklı olarak; katılımcıların %17,2'si (n:29) cinsel açıdan tehdit edici jest, mimikler ile karşılaşmış, %11,2'sine (n:19) kesici ve delici alet gösterilmiştir, katılımcıların %37,4'üne (n:64) kendi kendine ve %42,7'sine (n:73) üçüncü kişilere yönelik zarar vereceği söylenmiştir (Tablo10).

Tablo 10 Ruh Sağlığı Bozuk Hasta Yakınlarından Gelen Fiziksel ve Sözel Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşma Sıklığı

Tehdit şekli	Ortalama ± S.S.*	<u>Hergün</u>		<u>Katılımcıların karşılaştıkları sıklıkla</u>		<u>Ara sıra</u>		<u>Nadiren</u>		<u>Hiç</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma, ateşli, kesici ve delici alet kullanması (n:171)	4,58±0,80	1	0,6	7	4,0	7	4,0	32	18,4	124	71,3
Sözlü tehdit** (n:171)	3,94±0,83	1	0,6	9	5,2	32	18,4	86	49,4	43	24,7

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

** : Küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cevap veren katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Kadınların karşı karşıya kaldığı, sözlü (%93,7; n:119) ve fiziksel (%85,9; n:109) güvenlik tehditleri; erkeklerin, sözel (%88,3; n:38) ve fiziksel (%76,8; n:33) güvenlik tehditlerine maruz kalışlarına göre daha fazla bulunmuştur.

3.1.4. Güvenlik Tehdidi Yaşanan Ortamlarla İlgili Bulgular

Güvenlik tehdidi ile karşılaşılan ortamlar ile ilgili bölüme verilen cevaplar değerlendirildiğinde, karşılaşma sıklığına ait bulgular Tablo 11’de verilmiştir. Bina içinde, hastalardan katılımcılara yönelik güvenlik tehditleri “Nadir”dir (%41,4 n:72). Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınından, gelen güvenlik tehditlerine de yine bina içinde “nadir”en (%37,4 n:65) karşılaşılmaktadır.

Her ne kadar karşılaşma sıklıkları nadir de olsa, güvenlik tehdidinin bina içinde hastalardan gelmesi ile karşılaşanların oranı %89,5’dir (n:153). Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarından gelen güvenlik tehditleriyle bina içinde karşılaşma oranı ise %56,9’dur (n:95) (Tablo11).

Tablo 11 Bina İçinde Karşılaşılan Güvenlik Tehditlerinin Kaynaklarına Göre Sıklık Dağılımı

Tehdit Kaynağı	Ortalama ± S.S.*	Katılımcıların karşılaşma sıklığı									
		<u>Hergün</u>		<u>Sıklıkla</u>		<u>Ara sıra</u>		<u>Nadiren</u>		<u>Hiç</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta (n:171)	3,43±0,93	2	1,1	29	16,7	50	28,7	72	41,4	18	10,3
Hasta yakını** (n:170)	4,24±0,79	0	0	4	2,3	26	14,9	65	37,4	75	43,1

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

**:Servisteki hasta ile bağlantılı, ruhsal bozukluğu olan hasta yakını

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cevap veren katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Hemşirelerin %75,3’ü (n:73) eğitimleri sırasında daha az güvenlik tehdidine maruz kalmışlardır (Tablo 12).

Katılımcılar kıdemlendikçe olası güvenlik tehditlerini önceden algılayabilme olasılığının arttığını belirtmişlerdir (%76,4; n:133).

Tablo 12 Katılımcıların Unvanlarına Göre Güvenlik Tehditlerine Daha Az Maruz Kalıp Kalmadıklarının Dağılımı

“Eğitimim Sırasında Daha Az Güvenlik Tehdidine Maruz Kaldım”											
Meslek Grubu	Ortalama ± S.S.*	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Öğretim Üyesi / Uzman (n:34)	2,85±1,07	1	2,9	16	47,1	7	20,6	7	20,6	3	8,8
Araştırma Görevlileri (n:43)	3,20±0,98	1	2,3	11	25,6	12	27,9	16	37,2	3	7,0
Hemşire (n:97)	3,72±0,98	4	4,1	10	10,3	10	10,3	58	59,8	15	15,5

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir. S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar meslek grubundaki katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Ankete katılanların %63,2’si (n:110) “hiç” cinsel taciz ve saldırıya uğramamıştır (Tablo 13).

Tablo 13 Katılımcıların Cinsel Taciz ve Saldırıyla Karşılaşma Sıklığı

Değişken	Ortalama ± S.S.*	Katılımcıların karşılaşma sıklığı									
		Hergün		Sıklıkla		Ara sıra		Nadiren		Hiç	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın cinsel taciz ve saldırısı ile karşılaşma (n:171)	4,47±0,79	0	0	4	2,3	20	11,5	37	21,3	110	63,2

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cevap veren katılımcı sayısına göre verilmiştir.

Araştırmamıza katılanların %80,5’i (n:140), çalıştıkları bölümü riskli bulmaktadırlar. %60,4’ü (n:105) “sokakta suç olarak kabul edilen davranışlara” psikiyatri servislerinde karşılaştıklarını ifade etmektedirler.

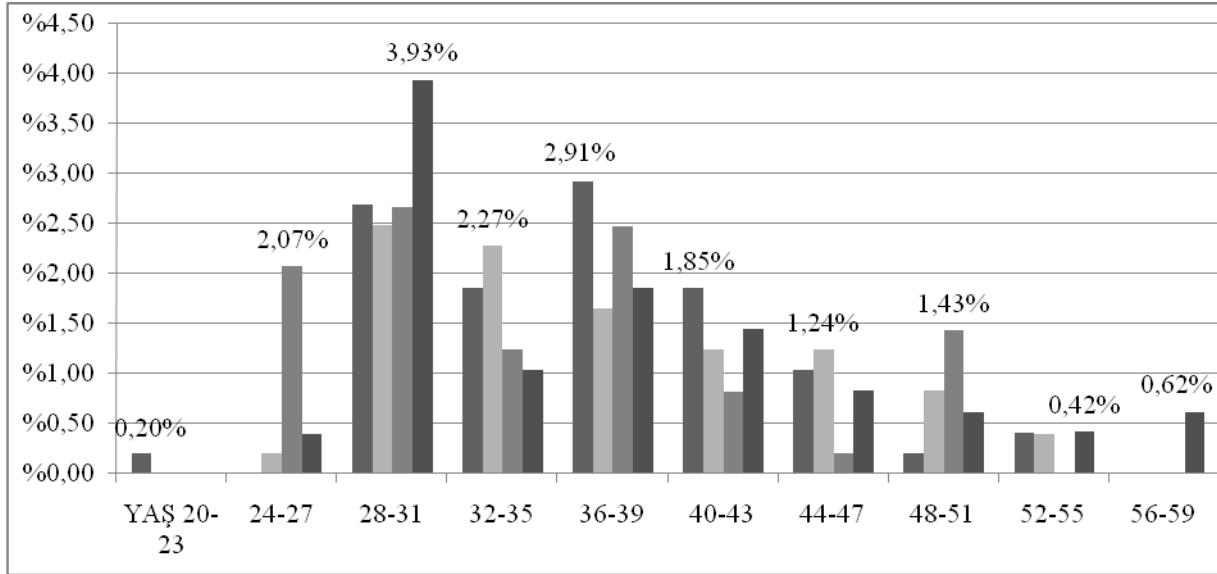
3.1.5. Güvenlik Tehditlerini Gerçekleşmesi Halinde Oluşan Travma Çeşitleri

Katılımcılara güvenlik tehditleri gerçekleştikten sonra travmaya maruz kalıp kalmadıkları yaşlarına göre sorulmuştur. Katılımcılardan, maruz kaldıkları travmaları, fiziksel, ruhsal, hem fiziksel hem ruhsal olması şeklinde, üç ana grupta değerlendirmeleri istenmiştir. Maruz kaldıkları travmalar yaşlarına göre karşılaştırılmıştır. Her üç travma çeşidine maruz kalmalarına göre tüm katılımcıların sayı / oranlarının yaşlara göre dağılımı araştırmada incelenmiş ve buna göre elde edilen sonuçlarla hangi yaştan sonra ortalamaların düştüğü tablo ve grafiklerle gösterilmiştir (Tablo 14, Grafik 1).

Tablo 14 Maruz Kalınan Travma Çeşitlerinin Yaşlara Göre Yüzde Dağılımı

Travma Çeşidi	Yaş																
	20	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Fiziksel (%)	0,60	0,60	1,80	0,60	2,40	2,40	4,21	4,81	1,80	2,40	1,20	1,20	2,4	1,20	3,01	2,40	2,40
Ruhsal (%)	0	0	3,12	0,62	3,75	3,12	3,12	3,12	2,5	2,5	1,25	1,25	3,12	3,12	3,12	1,87	1,87
Hem fiziksel hem de ruhsal(%)	0	0	1,28	0	1,92	1,92	0,64	3,84	1,28	1,92	1,28	0,6	3,20	0,64	1,28	1,28	1,21
Her üç travma çeşidinin oranlarının ortalaması	0	0	1,28	0	1,92	1,92	0,64	3,84	1,28	1,92	1,28	0,64	3,20	0,64	1,28	1,28	1,28
Travma Çeşidi	Yaş																
	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	55	59		
Fiziksel (%)	1,20	1,2	1,20	1,20	1,20	0	0,60	0	0,60	2,40	0,60	0,60	0,60	0	0,60		
Ruhsal (%)	1,25	0,62	1,87	0,62	1,25	0,62	1,25	0,62	1,25	1,25	0,62	0	0,62	0,62	0,62		
Hem fiziksel hem de ruhsal(%)	1,28	0,64	1,28	1,28	1,28	0	0,64	0	0,64	0,64	0,64	0,64	0	0,64	0,64		
Her üç travma çeşidinin oranlarının ortalaması	1,28	0,64	1,28	1,28	1,28	0	0,64	0	0,64	0,64	0,64	0,64	0	0,64	0,64		

Tablo14'teki bulgular doğrultusunda her üç travma çeşidine maruz kalanların yaşlarına göre ayrı ayrı ortalaması alınmıştır. Ortalamalar yüzde olarak her yaş için yüzdesel olarak çubuk diyagramda gösterilmiştir. Travma ortalamalarının, otuz altı – otuz dokuz yaş aralığından sonra düştüğü grafikte gözlenmektedir (Grafik 1).



Grafik 1 Her Üç Travma Çeşidinin Ortalamasının Yaşlara Göre Dağılımı

3.2. Analitik Bulgular

Bu bölümde, demografik veri sıralamasına göre analiz yapılmıştır. Demografik veri gruplarına göre, alınan cevaplar arasında, sadece anlamlı farklılık bulunanlara, analitik bulgular kısmında değinilmiştir.

3.2.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Analiz

Güvenlik tehditlerinin meydana gelmesi halinde yaşanan travma çeşitlerinin cinsiyete göre dağılım oranları genel olarak tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15 Güvenlik Tehditleri İle Oluşan Travma Çeşitlerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet	Travma çeşidi					
	Fiziksel (n:167)		Ruhsal (n:161)		Hem fiziksel hem ruhsal (n:157)	
	n	%	N	%	n	%
Kadın	68	54,4	63	52,5	45	38,8
Erkek	11	26,2	18	43,9	6	14,6

Not: Katılımcılar farklı zamanlarda farklı travmalara maruz kalabilecekleri için ankette de birden çok travma çeşidi aynı katılımcı tarafından işaretlenebilmiştir

n: sayı

Kadınların, fiziksel ($p=0,002$) ve hem fiziksel hem ruhsal travmaya ($p=0,005$) maruziyeti erkeklerden daha sıktır. Ruhsal travma açısından iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 16 Güvenlik Tehditleri ile Oluşan İşten Kalma ve Kazanç Kaybı Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Cinsiyet	Travma sonrasında			
	işten kalma (n: K:127 / E:41)		kazanç kaybı (n: K:127 / E:41)	
	n	%	n	%
Kadın	15	11,8	10	0,8
Erkek	8	19,5	8	0

n: sayı

Travma sonrasında işten kalma ve kazanç kaybı açısından iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Araştırmaya göre kadınlar erkeklerden, daha fazla cinsel saldırı ve tacizle karşı karşıya kalmışlardır. Ayrıntıları tablo 17’de görülmektedir.

Tablo 17 Cinsel Taciz ve Saldırı ile Karşılaşanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	Cinsel taciz ve saldırı ile karşılaşanlar	
	N	%
Kadın (n:127)	53	41,7
Erkek (n:43)	7	16,2
p=0,001; t=4,932		

n: sayı %: Satır içindeki oranlar cinsiyetin kendi toplam sayısına göre verilmiştir.

Kadınların %23,3'ü (n:30) hasta haklarını, kendilerine güvenlik tehdidi olarak görmektedirler (Tablo 18). Hasta haklarını güvenlik tehdidi olarak algılama durumu kadınlarda erkeklere göre daha sıktır (p=0,022)

Tablo 18 Hasta Haklarını Güvenlik Tehdidi Olarak Algılayanların Cinsiyet Dağılımı

“Hasta Hakları Benim İçin Güvenlik Tehdididir”											
Cinsiyet	Ortalama ± S.S.*	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın (n:129)	2,69±1,1	15	11,6	48	37,2	36	27,9	21	16,3	9	6,9
Erkek (n:44)	2,25±1	14	31,8	14	31,8	9	20,5	5	11,4	2	4,5
p=0,022;t=2,306											

n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cinsiyet içinde cevap veren sayısına göre verilmiştir.

Sokakta suç olarak kabul edilen davranışlara, psikiyatri servislerinde karşılaşılmaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

3.2.2. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Analiz

Fiziksel travmaya maruz kalan katılımcıların %73,8'i (n:59) ve hem fiziksel hem ruhsal travmaya maruz kalanların %78,8'i (n:41) hemşirelerdir.

Hemşireler diğer meslek gruplarına göre, fiziksel travmaya (p=0,001) ve hem fiziksel hem ruhsal travmaya (p=0,001) daha çok maruz kalmışlardır (Tablo19).

Tablo 19 Güvenlik Tehditleri Sonrasında Meydana Gelen Travma Çeşitlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grubu	Travma çeşidi					
	Fiziksel		Ruhsal		Hem fiziksel hem ruhsal	
	n	%	n	%	n	%
Öğretim Üyesi (n:32)	8	25,0	14	45,2	6	18,8
Araştırma Görevlileri (n:40)	13	32,5	15	40,5	5	13,2
Hemşire (n:96)	59	61,5	53	56,4	41	46,6

n: sayı, birden fazla şık tercih etme olanağı verilmiştir

Yalnız ruhsal travma yaşayan katılımcıların %24,4'ü (n:20) işten kalmıştır. Katılımcılar içinde hem fiziksel hem ruhsal travma beraber yaşadığını söyleyenlerin %25'i (n:13) işten kalmıştır.

Tablo 20 Güvenlik Tehditleri Sonrasında Meydana Gelen İşten Kalma ve Kazanç Kaybının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grubu	Travma Sonrasında			
	İşten Kalma		Kazanç Kaybı	
	n	%	n	%
Öğretim üyesi ve uzmanlar (n:32)	6	18,8	5	15,6
Araştırma Görevlileri (n:41)	4	9,8	5	12,2
Hemşire (n:96)	14	14,6	9	9,3

n: sayı

Hemşireler hekimlere kıyasla daha çok cinsel taciz ve saldırıya maruz kalmışlardır (p=0,001) (tablo 21).

Tablo 21 Cinsel Taciz ve Saldırı İle Karşılaşanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları

Meslek Grubu	Cinsel taciz ve saldırı ile karşılaşanlar	
	n	%
Hemşire (n:95)	50	52,6
Hekimler* (n:76)	11	14,5

*Hekimler: öğretim üyesi, uzman ve araştırma görevlileri

n: sayı

Hemşireler (%53,6 n:52), hastaların cinsel patolojilerini, hekimlere (öğretim üyesi, uzman ve araştırma görevlileri) (%7,8 n:6) kıyasla daha çok güvenlik tehdidi olarak görmektedir (p=0,001).

İftira edilmesini güvenlik tehdidi olarak görmek uzmanlarda (%85,3 n:29) ve hemşirelerde (%72,2 n:70) asistanlara (%46,5 n:20) göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,001).

Hemşirelerin %29,9'i (n:29), hekimlerin %1,3'i (n:1) karşılına gelen her hastayı güvenlik tehdidi olarak görmektedirler. Buradaki farklılığı hemşireler oluşturmaktadırlar (p=0,001).

Araştırmamıza katılanların %80,5'i (n:140), çalıştıkları bölümü riskli bulmaktadır. Hemşirelerin %87,7'si (n:85), hekimlerin ise %71,4'ü (n:55) çalıştıkları bölümü riskli bulmaktadır. Oranlar karşılaştırıldığında, hemşirelerin çalıştıkları yeri hekimlere kıyasla daha riskli buldukları saptanmıştır (p=0,001).

Hemşirelerin %29,9'u (n:29) hasta haklarını, kendilerine güvenlik tehdidi olarak görmektedir. Hemşirelerin hasta haklarını güvenlik tehdidi olarak algılamaları hekimlere kıyasla daha yüksektir (p=0,001) (Tablo 22).

Tablo 22 Hasta Haklarını Güvenlik Tehdidi Olarak Görüp Görmeme Algısının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grubu	Ortalama ± S.S.*	“Hasta Hakları Benim İçin Güvenlik Tehdididir”									
		<u>Kesinlikle Katılmıyorum</u>		<u>Katılmıyorum</u>		Ne Katılıyorum Ne de <u>katılmıyorum</u>		<u>Katılıyorum</u>		<u>Kesinlikle Katılıyorum</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Öğretim Üyesi / Uzman Doktorlar (n:34)	2,11±1,1	12	35,3	11	32,4	8	23,5	1	2,9	2	5,9
Araştırma Görevlileri (n:43)	2,27±0,9	8	18,6	20	46,5	10	23,3	5	11,6	0	0
Hemşire (n:97)	2,86±1,1	10	10,3	31	32,0	27	27,8	20	20,6	9	9,3

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar meslek grubunun kendi toplam sayısına göre verilmiştir.

Hemşirelerin %74,2'si (n:72) sokakta suç olarak kabul edilen davranışlarla, psikiyatri servislerinde karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin ancak %42,8'i (n:33) hemşirelerle aynı görüştedir. Bu iki meslek grubu arasında oranlar anlamlı farklılık oluşturmuştur (p=0,001) (Tablo 23).

Tablo 23 Sokakta Suç Olarak Kabul Edilen Davranışlara Psikiyatri Servislerinde Karşılaşıldığı Algısının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

“Sokakta Suç Kabul Edilen Davranışlarla Psikiyatri Servislerinde Karşılaşıyorum”											
Meslek Grubu	Ortalama ± S.S.*	<u>Kesinlikle Katılmıyorum</u>		<u>Katılmıyorum</u>		<u>Ne Katılıyorum Ne de katılmıyorum</u>		<u>Katılıyorum</u>		<u>Kesinlikle Katılıyorum</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Öğretim Üyesi / Uzman Doktorlar (n:34)	3,02±1,1	1	2,9	14	41,2	5	14,7	11	32,4	3	8,8
Araştırma Görevlileri (n:43)	3,20±0,8	1	2,3	9	20,9	14	32,6	18	41,9	1	2,3
Hemşire (n:97)	3,79±0,9	3	3,1	9	9,3	13	13,4	52	53,6	20	20,6
p=0,001; F=10,065											

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

S.S: Standart Sapma, n: sayı, %: Satır içindeki oranlar cinsiyetin kendi toplam sayısına göre verilmiştir.

Bu çalışmanın bulgularına göre, hastaların cinsel patolojileri, hemşirelerde (%53,6 n:52), hekimlere (%7,8 n:6) kıyasla daha çok güvenlik tehdidi algısı oluşturmaktadır, (p=0,001; F=29,525).

3.2.3 Katılımcıların Çalıştıkları Hastane Türlerine (Kurumlarına) Göre Analiz

Cinsel taciz ve saldırıya uğrama oran/sayılarında, kurumlar arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Devlet hastanelerinde çalışanlar üniversite hastanelerinde çalışanlardan daha fazla cinsel taciz ve saldırıya uğramaktadırlar ($p=0,001$) (Tablo 24).

Tablo 24 Cinsel Taciz ve Saldırı ile Karşılaşanların Kurumlara Göre Dağılımı

Kurum Çeşidi	“Cinsel taciz ve saldırı ile karşılaştım”	
	N	%
Devlet Hastaneleri (n:86)	40	46,5
Üniversite Hastaneleri (n:85)	21	24,7
$p=0,001$; $t= -3,874$		

n: Sayı%; Satır içindeki oranlar çalışılan yerin kendi toplam sayısına göre verilmiştir.

Devlet hastanelerinde çalışanlar üniversite hastanesinde çalışanlara göre güvenlik tehditleriyle karşılaştıklarını daha çok ifade etmektedirler. Devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri arasında, ortamlar açısından bakıldığında; hastadan, bina içi ($p=0,006$; $t= -2,794$), bina dışı ($p=0,001$; $t= -3,273$) ve ruh sağlığı bozuk hasta yakınından bina dışında ($p=0,001$; $t= -3,447$) tehdit edilme oranları anlamlı farklılıkta bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 25 Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşılan Ortamların Kurumlara Göre Dağılımı

Kurum Çeşidi, Tehdit Kaynağı ve Tehditle Karşılaşılan Yer		Güvenlik Tehdidiyle Karşılaşanlar	
Devlet Hastaneleri (n;86)		n	%
Hastadan	Bina içinde	78	90,7
	Bina dışında	39	45,9
Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınından	Bina dışında	28	45,5
Üniversite Hastanelerinde Çalışanlar (n;85)			
Hastadan	Bina içinde	75	88,2
	Bina dışında	20	23,5
Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınından	Bina dışında	10	23,5

n: Sayı

Devlet hastanelerinde çalışanların %30,3'ü (n:27) hasta haklarını, kendilerine güvenlik tehdidi olarak görmektedirler. Devlet hastanelerinde çalışanlar üniversite hastanelerinde çalışanlara kıyasla hasta haklarını, kendilerine daha fazla güvenlik tehdidi olarak algılamaktadır (p=0,0001) (Tablo 26).

Tablo 26 Hasta Haklarını Güvenlik Tehdidi Olarak Görenlerin Çalıştıkları Kurumlarına Göre Değerlendirmeleri

“Hasta Hakları Benim İçin Güvenlik Tehdididir”											
Katılımcıların Kurumu	Ort. ± S.S.*	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Devlet Hastanesi (n;89)	2,94 ± 1,1	6	6,7	29	32,6	27	30,3	18	20,2	9	10,1
Üniversite Hastanesi (n;85)	2,18 ± 1	24	28,2	33	38,8	18	21,2	8	9,4	2	2,4
p=0,001;t=4,671											

*: Ankette uygulanan beşli likert ölçeğinin ortalama ve standart sapması verilmiştir.

S.S: Standart Sapma, n: sayı, Ort: Ortalama

?: Satır içindeki oranlar cinsiyetin kendi toplam sayısına göre verilmiştir.

3.2.4. Katılımcıların Yaşlarına Göre Analiz

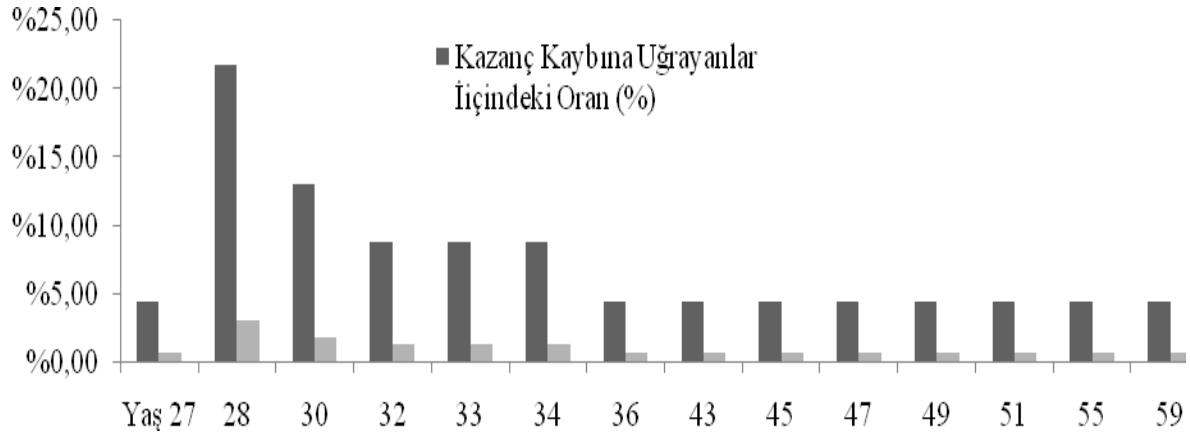
Araştırmada katılımcıların yaşları arasında, kazanç kaybına uğrama sayı/oranlarına göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,044$ $\chi^2= 45,582$). Buna göre otuz üç yaşından sonra kazanç kaybına uğrayanların sayı/oranı düşmektedir (Tablo 27).

Tablo 27 Katılımcılar İçinde Travma Sonrası Kazanç Kaybına Uğrayanların Yaş Dağılımı

YAŞ	n	%
27	1	5,6
28	4	22,2
29	1	5,6
30	3	16,7
32	1	5,6
33	2	11,1

YAŞ	n	%
43	1	5,6
45	1	5,6
49	1	5,6
51	1	5,6
55	1	5,6
59	1	5,6

n:Sayı



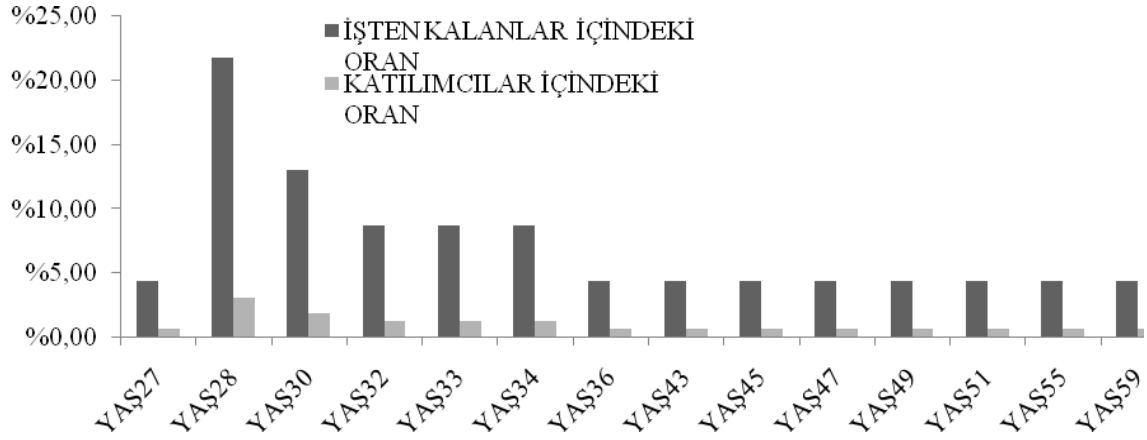
Grafik 2 Travma Sonrası Kazanç Kaybına Uğrayanların Yaş Dağılım Grafiği

Travma sonrasında işten kalma durumunun yaş dağılımı incelendiğinde otuz dört yaşından sonra işten kalanların oranının düştüğü tespit edilmiştir ($p=0,016$; $\chi^2=50,155$). (Tablo 28).

Tablo 28 Katılımcılar İçinde Travma Sonrası İşten Kalanların Yaş Dağılımı

YAŞ	n	%
27	1	4,3
28	5	21,7
30	3	13
32	2	8,7
33	2	8,7
34	2	8,7

YAŞ	n	%
36	1	4,3
43	1	4,3
45	1	4,3
47	1	4,3
49	1	4,3
51	1	4,3
55	1	4,3
59	1	4,3



Grafik 3 Travma Sonrası İşten Kalanların Yaş Dağılım Grafiği

Katılımcılar çeşitli güvenlik tehditlerine maruz kalmışlardır. Bu tehditler fiziksel ve sözel olarak iki gruba ayrılarak yaşlara göre dağılımları Tablo 29 ve Grafik 4'te verilmiştir. Grafikte görüleceği üzere 39 yaşından sonra katılımcıların tehditlere maruz kalma oranları düşmektedir.

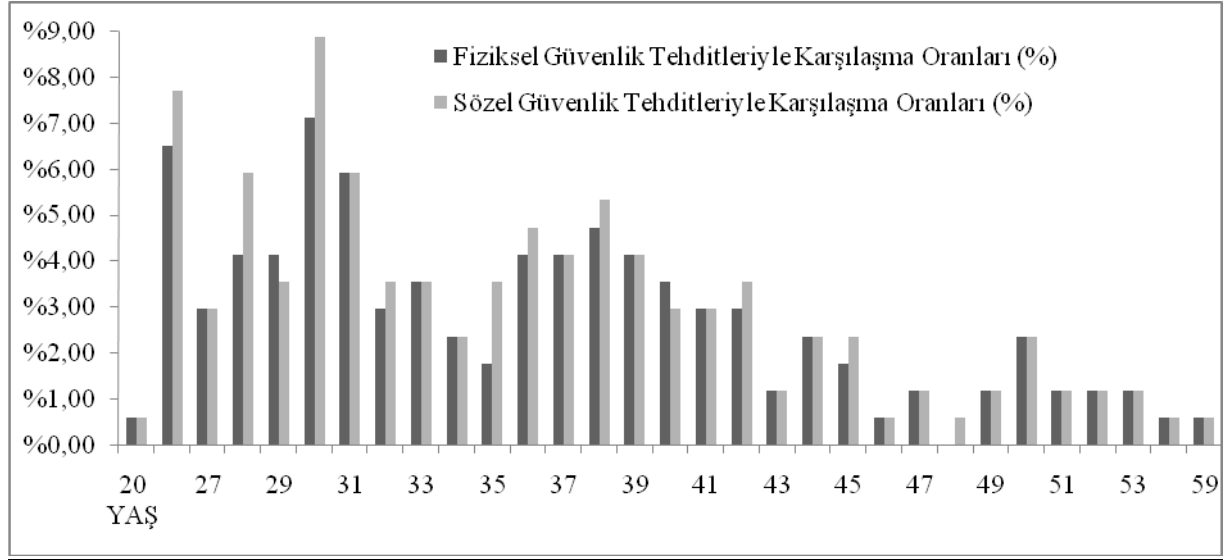
Tablo 29 Fiziksel ve Sözel Güvenlik Tehdit ile Karşılaşma oranlarının Yaşlara Göre Yüzdesel Dağılımı

YAŞ	20	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
FGTKO	0,59	6,50	2,95	4,14	4,14	7,10	5,91	2,95	3,55	2,36	1,77	4,14	4,14	4,73	4,14	3,55
SGTKO	0,59	7,69	2,95	5,91	3,55	8,87	5,91	3,55	3,55	2,36	3,55	4,73	4,14	5,32	4,14	2,95

YAŞ	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	55	59	
FGTKO	2,95	2,95	1,18	2,36	1,77	0,59	1,18	0	1,18	2,36	1,18	1,18	1,18	0,59	0,59	
SGTKO	2,95	3,55	1,18	2,36	2,36	0,59	1,18	0,59	1,18	2,36	1,18	1,18	1,18	0,59	0,59	

FGTKO: Fiziksel Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşma Oranları

SGTKO: Sözel Güvenlik Tehditleriyle Karşılaşma Oranları



Grafik 4 Fiziksel/Sözel Güvenlik Tehditleri ile Karşılaşmaların Yaş Dağılımı

TARTIşMA

Temeli ve hedefi insan olan sağlık sisteminin kaliteli hizmet vermesi insanlık için olmazsa olmaz bir şarttır çünkü insan hayatının kaybı ya da zarar görmesinin telafisi yoktur. Sistemin yürütülmesinde, her ne kadar teknoloji ilerlese de çalışan insan en önemli unsurdur. Dünya çapında çalışma ortamına ait riskler araştırmacılar tarafından incelenmektedir. Çalışanların ve çalışılan sisteme dâhil olanların bu risklere karşı korunması, risklerin önlenmesi, en aza indirilmesi önemli hedeflerimizdendir. Sağlıkta kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi bu amaca hizmet vermektedir.

Hastanelerde psikiyatri bölümleri, sağlıkta kalite çalışmalarında, özellikle, Amerika ve Avrupa’da araştırma konusu olmaktadır. Ancak Türkiye’de bu konuda uluslararası yayınlara giren araştırma, bu güne kadar yalnız bir tane yapılmıştır (73). Türkiye’de yapılan benzer çalışmalar, sağlık sisteminin geneline yönelik yapılmıştır (71,74).

Arnetz çalışmasında iş yerlerinde meydana gelen şiddet olaylarının, zaman geçtikçe, hafızada, değişikliğe uğradığını belirtmiştir (5,6). Fiziksel sonuçları olmayan olayların hatırlanmasının zor olduğunu; ayrıca agresif davranışların çok olduğu ortamlarda çalışanlar için şiddet olaylarının hatırlanmasının, özellikle zor olduğunu belirtmiştir. Wykes ve Whittington da hastalarının saldırısına maruz kalan çalışanların travmayla baş etmek için bu durumu kabullenmedikleri ve inkr ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (75).

Araştırmada; karşılaşılan tehdit sonrası fiziksel, ruhsal, hem fiziksel hem ruhsal travma oran ortalamaları otuz iki yaştan sonra düşmektedir. Ancak alışma kesitsel yapılmıştır. Sorular belli bir döneme değil, bütün geçmişe yönelik sorulmuştur. Katılımcıların belirttikleri travmaların yıllar arttıkça kümülatif olarak artması beklenirken, azalma gözlenmektedir. Bu sonuç, şiddet olaylarının hatırlanmasına yönelik sonuçlar açısından, Arnetz, Wykes ve Whittington’ın çalışmaları ile uyumludur (5,6,75). Arnetz, çalışmasında meydana gelen olayları tutanak altına alma konusunda araştırma yöneticilerinin görüşlerini belirtmiştir. Özellikle fiziksel olmayan agresyonla yüklü çalışma ortamına sahip çalışanlarda, tutanak altına alma işinin, zor olduğu söylenmektedir. Bu yüzden resmi şiddet istatistiklerinde bu durumların bulunamayacağı yorumunu yapmıştır.

Araştırmanın nicel bölümünde katılımcıların %7,5'i güvenlik tehditlerine karşı duyarsızlaştığını ifade etmiştir. Nitel bölümde yapılan odak grup görüşmelerinde bir asistan, *“Psikiyatristler olarak o kadar alışmışız ki buna, bize komik geliyor, hatta nörolojiden geliyor arkadaş, hasta bağırmaya başladığı zaman kendini odaya kilitliyor, korkusundan, biz buna gülüyoruz, aslında gülmemek gerekiyor çünkü onlar buna alışık değil”* demiştir. Bir hemşire de *“... Bir psikiyatri kliniğinde zaten böyle şeyler olur moduna giriyoruz”,* demiştir. Devlet hastanesinde çalışan bir uzman da görüşme sırasında bahsedilen güvenlik tehditleri ile ilgili görüşlerini *“...olabilir psikiyatride”* diyerek bağlamıştır. Bir öğretim üyesi de görüşmede *“Ben burayı güvenilir buluyorum (psikiyatri binasını kastederek). Yani mesleki imkânlarımda, en güvenilir ve korunaklı yani, sokaktan bile daha güvenilir bulmaktayım”* demişti ancak aynı kişi görüşmenin ilerleyen dakikalarında hasta ajitasyonuna örnek verirken *“Bak şimdi, şuradan (işaret ederek) gelebilir. Çok, daha sen harekete geçmeden, şu masayı üstüne geçirebilir”* diye bir örneği otomatik bir şekilde vermiştir. Yapılan grup görüşmelerinde güvenlik tehditlerine karşı duyarsızlaşma hali daha baskın olarak gözlenmektedir. Altınbaş ve Ayrancı sözlü fiziksel tehditleri normalleştirme, işin kaçınılmaz bir parçası olarak kabullenme durumunu, araştırmalarına katılanların yarıya yakınında saptamışlardır (71,73).

Araştırmada katılımcıların %92,5'i hastalardan, %75,3'ü ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarından, sözlü (küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme) tehdit ile karşılaşmışlardır. Altınbaş 433 kişilik çalışmasında bu oranı %72,4 olarak bildirmiştir (73).

Araştırmada ruhsal travmanın kalıcı ve geçici sonuçları olup olmadığını sorduğumuz sorulara, katılımcıların %53,2'si geçici, %7,1'si kalıcı sonuçları olduğunu belirttiler. Bu sonuç Gerberich'in bildirdiği sonuçlarla tam örtüşmemektedir (76). Bu yazarın çalışmasını sadece hemşireler ile yapmış olması farklı sonuçlar elde edilmesine neden olmuş olabilir. Gerberich çalışmasında; 224 ruh sağlığı çalışanından %61'inin, yaralanma olmasa bile altı aydan bir yıla kadar, post travmatik stres bozukluğu yaşadıklarını bildirmiştir (76).

Araştırmanın nitel bölümünde odak grup görüşmeleri yapılırken katılımcıların çoğu ilginç ve komik bir hikâye anlatan bir havada, güvenlik tehditlerinden bahsetmeye başlamışlardı ancak anıları canlandıkça yüz ifadeleri ciddileşmeye ve sıkıntılı bir ruh haline girmişlerdi. Hemşirelerle yapılan bir toplantıda *“ neredeyse taciz edilmeyenimiz yoktur”* diyen bir hemşirenin sözü üzerine

Yapılan araştırmamızda, katılımcıların verdiği bilgiler doğrultusunda, psikiyatri servislerinin diğer bölümlerden %40,2 ve çalıştıkları ortamın diğer ortamlardan riskli %80,5 olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç Arnetz'in yatan hastaların daha fazla şiddet içerikli olaylara neden olduğunu %75, söylediği çalışmasına göre oran olarak düşüktür (5,6). Ancak elde ettiğimiz her iki sonucun oran olarak ortalaması %60,3'tür. Bizim çalışmamızda genel olarak belirttiğimiz, tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma, ateşli, kesici ve delici alet kullanması durumu ile karşılaşma %87,6'dı. Bu oran Arnetz'in kısmi olarak belirttiği tokat atma (%19) ve çimdikleme (%19) oranından fazladır (5, 6). Ancak Arnetz olayları ayrı ayrı ele aldığı için bire bir karşılaştırma yapmak olanaklı değildir. Türkiye'de 1998 de yapılan araştırmada genel olarak, çalışma ortamında bu oran %67,6 olarak belirtilmiştir (77). Bu sonuçlara bakıldığında, psikiyatri servislerinden elde ettiğimiz sonuçlar ile kıyaslandığında bu oran düşük kalmaktadır.

Katılımcılar kıdemlendikçe olası güvenlik tehditlerini önceden algılayabilme ihtimalinin arttığını belirtmişlerdir %76,4. Davies de kıdem arttıkça tehdit ve saldırıya uğrama riskinin

azaldığını bildirmiştir (78). Grainger ve Whiteford ise öğrenci hemşirelerin kadrolu hemşirelere göre, daha fazla şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir (79). Ancak bizim çalışmamıza katılan hemşireler, %75,3'lük yüksek bir oranla, eğitimleri sırasında daha az güvenlik tehdidine maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum öğrencilik dönemlerinde psikiyatri bölümünde geçirdikleri sürenin çok daha kısa olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada, işten kalma halinin olmaması %83,3 oranında bulunmuştur. Bu sonuç, Davies'in çalışmasıyla uyumludur (78). Davies şiddete uğrayanların işlerini bırakıp gitmediklerini gözlemiş, ancak bunun, yaşanan olayın fiziksel ve duygusal etkilerinin olmadığı şeklinde anlaşılmaması gerektiğini ifade etmiştir.

Bu çalışmanın bulgularına göre, hastaların cinsel patolojileri, hemşirelerde (53,6), hekimlere (%7,8) göre daha çok güvenlik tehdidi algısı oluşturmaktadır. Hemşirelerin, fiziksel (%61,5), ruhsal (%56,4) ve hem fiziksel hem de ruhsal travmaya (%46,6), maruz kalma oranları daha yüksektir. Bu travma çeşitleri içinde, hemşirelerle, hekimlerin fiziksel (%47,5) ve hem fiziksel hem de ruhsal travmaya (%32), maruz kalma oranları arasında, hemşireler aleyhinde anlamlı fark bulunmuştur. Caldwell ve Amerika Hemşireler Birliğinin yaptığı çalışmalarda; kadrolu hemşirelerin, işte kalma kararlarında, sağlık ve güvenlik endişelerinin önemli rol oynadığı bildirilmiştir (3). Çalışmamızda hemşirelerin, %14,6'sı işten kalmış, %9,3'ükazanç kaybına uğramıştır. Cinsel saldırı ve tacizlere, hemşireler (%52,6), hekimlere (%14,5) kıyasla daha fazla maruz kalmaktadırlar. Lanza idari hiyerarşi ve hastayla direk ilişki içinde olma durumunun, hemşirelerin saldırıya uğrama riskini etkilediğini bildirmiştir (80). Nitel bölümde bir hemşire; başına gelen bir şiddet olayından sonra servisle ilgilenen hocadan (bu hoca o tarihte üniversitenin en yüksek düzeyde yöneticisi konumunda bulunmaktadır) bir "geçmiş olsun" beklemiş olduğunu ancak sadece umursamazlıkla karşılaştığını söylemiştir. Bu durumun çok dokunduğunu anlatmıştır. Bu durum; çalışma ortamındaki olumsuzluklara karşı mücadele etmede idari önlemler alınamamasının bir nedeninin de kıdemli hocaların bu tür vakalara karşı duyarsız kalması olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın nitel bölümünde, görüşmelere katılım sayısının, kadın ağırlıklı olması nedeniyle, kültürel bir baskıyla, erkeklerin şiddet ile ilgili anılarını anlatmakta zorlanmış olabilecekleri düşünülmüştür. Ancak nicel bölümden elde edilen sonuçlara göre kadınların karşı karşıya kaldığı, sözlü (%93,7) ve fiziksel (%85,9) güvenlik tehditleri; erkeklerin, sözel (%88,3)

ve fiziksel (%76,8) güvenlik tehditlerine maruz kalışlarına göre daha fazla bulunmuştur. Altınbaş, Türkiye’de yaptığı çalışmada kadınlar ile erkekler arasında fiziksel şiddete maruz kalınmasında bir fark olmadığını bildirmiştir (73). Grainger ve Whiteford kadın ve erkek çalışanların saldırı karşısında yaralanma durumlarının eşit olarak bildirildiğini söylemektedir (79). Carmel şiddet olayları ile ilgili olarak erkeklerin daha çok deneyimleri olduğunu ortaya koymuştur (70). Bu durum elde edilen sonuçlarla uyum içinde değildir.

Bu araştırmada; çeşitli sözlü ve fiziksel güvenlik tehditleriyle karşılaşma otuz dokuz yaş ve üstünde ara sıra iken, otuz dokuz yaş altında sıklaşmıştır (5,6). Bu sonuç, Toscano, Riopelle’nin, yaş küçüldükçe mesleki şiddete maruz kalma durumunun artmakta olduğu sonucuyla uyumludur (81,82). Altınbaş ve Whittington da aynı sonucu bildirmişlerdir (73,75).

Levin, iş ile bağlantılı şiddetin, kısa ve uzun dönemde; fiziksel, kişisel, duygusal ve profesyonel etkilerinin olduğunu bildirmiştir (83). Lanza ve Simonowitz mesleğe bağlı şiddetin; üretkenlikte düşüş, işe giriş ve ayrılmalarda artış, işten uzaklaşma, danışmanlık maliyetlerinde artış, morallerde azalma ve hayat kalitesinde düşüş ile bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir (80, 84). Bu çalışma ise, işten uzaklaşma konusunda benzer bir sonuç ortaya koymamıştır. Arnetz düşük şiddetli küçük olayların, çalışmada tatminsizlik ve tükenmeye yol açtığını ve sonrasında iyi yönetilemeyen şiddet olaylarının hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının sunacağı sağlık hizmetinin kalitesini etkileyeceğini bildirmiştir (5,6).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sunulan sağlık hizmetinin ve çalışanların yaşam kalitelerinin iyileşmesi amacıyla araştırmamızın konusu ile ilgili veri çok ülkemiz bazında çok azdır. Sağlık kurumları yönetimleri de bu tür durumları, kendilerini yenileyemedikleri için, görememektedirler. Araştırmamız veri toplama da bir başlangıç ve anlamlı bir temel oluşturmuştur.

Araştırmamızın sonucunda, Nöbetlerde alışanlar için bir tehdittir. Hastanın kendine, eşyaya veya üçüncü kişilere zarar vereceğini söylemesi, sözel tehditlere maruz kalınması, iftiraya uğramak hatta çalışanın tecrübelerine dayanarak bir güvenlik tehdidi yaşanacağını hissetmesi bile katılımcıların yarıdan fazlası için güvenlik tehdididir. Asılsız şikyetler özellikle devlet hastanelerinde çalışanlarda hasta haklarını kendilerine tehdit olarak görmelerine neden olmaktadır. Hastaların cinsel patolojileri yine devlet hastanelerinde çalışanlar çoğunlukta olmak üzere tehdit oluşturmaktadır. Hatta küçük bir kısım da olsa her hastayı kendilerine tehdit olarak görenler vardır. Katılımcılar çalıştıkları ortamlarda, sokakta suç olarak kabul edilen davranışlarla karşılaşmaktadırlar. Fiziksel, sözel veya hem fiziksel hem sözel travmaya uğrama, otuz altı-otuz dokuz yaş aralığından sonra düşmektedir. Çalışanların büyük çoğunluğu (%80,5) alıştığı bölümü riskli bulmaktadır. Hemşireler fiziksel travmaya ve hem fiziksel hem ruhsal travmaya daha fazla maruz kalmaktadırlar. Hastaların cinsel patolojilerini hemşireler diğer meslek gruplarına göre daha fazla güvenlik tehdidi olarak görmektedirler. İftiraya uğramak hem hemşireler hem de uzmanlar için bir tehdit oluşturmaktadır. Tekme, tokat, sa çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma ya da ateşli, kesici, delici alet kullanılması durumları katılımcıların büyük çoğunluğunun (%87,6) karşılaştığı durumlardır. Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatri servislerinde çalışan hekim ve hemşirelere hastalardan gelen tehdit vardır yani h_1 hipotezi kanıtlanmıştır. Ayrıca çalışmamız süresince katılımcıların bu türde güvenlik tehditlerine karşı farkındalık sağlanmıştır.

Ülkemizde benzer çalışmaların arttırılması gereklidir çünkü yeterli veri yoktur. Sanayi sektöründen sonra sağlık hizmeti alanında başlayan kalite faaliyetlerinin psikiyatri bölümlerinde geri kalmış olduğu kanaatindeyiz. Yönetim hizmetlerinin teknolojik faaliyetlerle koşut gidememesi kalite bazında psikiyatri bölümlerinde de görülmektedir. Bu nedenle araştırma konumuzla ilgili dokümantasyon yoktur. Meslekte kıdem arttıa güvenlik tehditlerine maruz

kalma oranı düşmektedir ayrıca bu tür birimlerde çalışanlar yaşadıkları kötü deneyimleri çabuk unutma eğilimindedirler. Yönetim faaliyetlerinin günceli takip etmekte teknolojiye göre daha çok zorlanması ve kıdemli çalışanların yönetici pozisyonlara gelmesiyle güvenlik tehditlerine bakış zayıflamaktadır bu da kalite faaliyetlerinde yönetimin yükleniciliği kısmının sekteye uğratacaktır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar bir durum tespiti olma özelliğindedir. Yaptığımız araştırma bu konuda Türkiye’de ilk çalışmalardan olmaya adaydır. Nitel ve nicel iki kısımdan oluşarak, nicel bölümün odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmeler ile hazırlanması yöntemimizi farklı kılmaktadır. Ortaya konulan durumun sağlık çalışanlarının, özellikle psikiyatri çalışanlarının daha kaliteli hizmet vermesi ve daha kaliteli bir hayat yaşaması için Türkiye’de yapılacak çalışmalara yardımcı ve ülkemizde sağlıkta kalitenin geliştirilmesi yolunda verilen emeklere destek olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Erdos BZ, Hughes DH, Emergency psychiatry: a review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. Psychiatr Serv 2001; 52(9):1175-1177.
2. Matthews LR, Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. Psychiatr Serv 1998; 49(2):207-212.
3. Caldwell MF, Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. Hosp Community Psychiatry 1992; 43(8):838-839.
4. Owen C ve ark, Violence and aggression in psychiatric units. Psychiatr Serv 1998; 49(11):1452-1457.
5. Arnetz JE, Arnetz BB, Soderman E, Violence toward health care workers. Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden. AAOHN J 1998; 46(3):107-114.
6. 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.
7. Kanouse DE, Brook RH, Winkler JD, Kosecoff J ve ark., Changing Medical Practice Through Technology Assessment: An Evaluation of the NIH Consensus Development Program.Santa Monica, CA, RAND Corporation, 1989. <http://www.rand.org/pubs/reports/R3452>.
8. Kuhn TS, Historical structure of scientific discovery. Science 1962;136:760-764.
9. Davidson TM, Thoughts on a new health care paradigm. West J Med 2001;175(6):429-430
10. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, To err is human : building a safer health system.on birinci baskı, Washington, D.C., National Academy Press. 2000, 287.
11. Karsh B. ve ark, A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. Quality and Safety in Health Care, 2006; 15(1)159-165.
12. Newman G, The private practitioner and preventive medicine. Br Med J, 1932; 2(3734):190-192.
13. Crosby AW, Ecological imperialism : the biological expansion of Europe, 900-1900. Studies in environment and history. 1986;Cambridge [Cambridgeshire]; New York: Fourteenth edition. Cambridge University Press., 368.
14. Orr MW, McNeill WH, Plagues and peoples, William H. McNeill. Touchstone (Nashv), twelweth edition.1988:3-5.

15. Göka E, Türk Grup Davranışı. Birinci Baskı. Aşına, 2006; 143-147.
16. Morsink J, The Universal Declaration of Human Rights : origins, drafting, and intent. Pennsylvania studies in human rights. Eleventh edition. 1999, Philadelphia: University of Pennsylvania Press., 378 p.
17. Hoyle D, ISO 9000 quality systems handbook. 5th ed. 2006, Oxford, [U.K.] ; Burlington, MA: Butterworth-Heinemann;686
18. Taylor FW, The principles of scientific management. 1911, New York, London,: Harper & Brothers. 77
19. Anderson, JC, Rungtusanatham M, Schroeder RG, A theory of quality management underlying the deming management method. The Academy of Management Review, 1994; **19**(3):472-509.
20. Shewart WA, Deming WE, Statitical method from the view point of quality control. 1939;Washington. The Graduate School, The Department of Agriculture:155
21. Deming WE, The new economics : for industry, government, education. 2nd ed. 2000, Cambridge, Mass.: MIT Press.247.
22. Juran, J.M.,*Quality-control handbook*. 1st ed. McGraw-Hill industrial organization and management series. 1951, New York,: McGraw-Hill. 800.
23. Juran, JM, Juran on planning for quality. 1988, New YorkLondon: Free Press ;Collier Macmillan. 341.
24. Crosby PB, Quality is free : the art of making quality certain. 1979, New York: McGraw-Hill., 309.
25. www.iso.org/iso/home/.htm (07.06.2011)
26. www.jointcomissioninternational.org (07.06.2011)
27. www.efqm.org/en/ (07.06.2011)
28. www.nist.gov/baldrige (07.06.2011)
29. Tütüncü Ö, Yağcı K, Küçükusta D, Toplam kalite yönetim kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: tıbbi laboratuarlar değerlendirmesi.Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,2001;9(1):519-533

30. Chassin MR, Galvin RW, Q. Natl Roundtable Hlth Care, The urgent need to improve health care quality - Institute of medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 1998;280(11):1000-1005.
31. Holdsworth R, Practical applications approach to design, development and implementation of an integrated management system. *Journal of Hazardous Materials*, 2003;104(1-3):193-205.
32. Berniker E, Structure in Fives - Designing Effective Organizations - Mintzberg,H. *Administrative Science Quarterly*, 1984;29(2):285-287.
33. www.businessdictionary.com/definition/organization.html; 08.06.2011
34. Ginter PM, Swayne LE, Duncan WJ, Strategic management of health care organizations. 4th ed. 2002, Oxford, OX, UK ; Malden, Mass.: Blackwell Pub., 992
35. Carroll R, American Society for Healthcare Risk Management., Risk management handbook for health care organizations. 3rd ed. 2001, San FranciscoChicago: Jossey-Bass ;AHA Press., 938.
36. Bernstein PL, Against the gods : the remarkable story of risk. 1996, New York: John Wiley & Sons. 383.
37. Resmi Gazete 10.06.2003; 25134
38. Encyclopedic handbook of the history of psychiatry and medical psychology. 2007, New York: Springer.
39. Shorter E, (2005). A historical dictionary of psychiatry Oxford University Press, Inc.
40. Merkel L, (2003).The history of psychiatry , Lecture 18/9/2003.
41. Pope C, Mays N, Qualitative research in health care. 3. Baskı. 2006, Malden, Mass.: Blackwell Pub./BMJ Books. x, 156 p.
42. Druss BG ve ark, Mental health care quality under managed care in the united states: a view from the health employer data and information set (HEDIS). *Am J Psychiatry*, 2002;159(5):860-862.
43. Cleary PD, McNeil BJ, Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 1988;25(1):25-36.
44. Jackson JL, Kroenke K, Patient satisfaction and quality of care. *Mil Med*, 1997;162(4):273-277.

45. Ruggeri M ve ark, Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1994;**29**(6):265-276.
46. Gigantesco A, Morosini R, Bazzoni A, Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *Int J Qual Health Care*, 2003;**15**(1):73-78.
47. Prosser D ve ark., Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997;**43**(1):51-59.
48. Prosser D ve ark., Mental health, "burnout" and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry*, 1996;**169**(3):334-337.
49. Gigantesco A ve ark., Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Ment Health J*, 2003;**39**(4):349-355.
50. Hansen B, Workplace violence in the hospital psychiatric setting. An occupational health perspective. *AAOHN Journal*, 1996; **44**(12), 575-580.
51. Noble P, Rodger S, Violence by psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 1989; **155**:384–390
52. Calcedo-Barba AL, Calcedo-Ordonez A, Violence and paranoid schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1994; **17**:253–263
53. James D, Fineberg N, Shah A, Priest R, Increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 1990; **156**, 846-852.
54. Morrison EF, A coercive interactive style as an antecedent to aggression and violence in psychiatric inpatients. *Research in Nursing and Health*, 1992; **15**:421–431
55. James DV, Fineberg NA, Shah AK ve ark., An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 1990;**156**:846–852,

56. Eastley R, Mian I, Physical assaults by psychogeriatric patients: patient characteristics and implications for placement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993; 8:515–520
57. Palmstierna T, Wistedt B, Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntary admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989; 81:152–155
58. Miller RJ, Zadolinnyj K, Hafner RJ, Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150:1368–1373
59. McGeorge M, Lindow W, Research review on violence against staff in mental health inpatient and community settings, National Task Force on Violence Against Social Care Staff, July 2000
60. Ferracuti S, Palermo GB, Manfredi M, Homicide between inpatients in a mental institution ward. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1993; 37:331–337
61. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B, The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991; 42: 1237–1240
62. Lanza ML, Kayne HL, Hicks C ve ark., Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, 1994; 15:319–335
63. Pearson M, Wilmot E, Padi M, A study of violent behaviour among in-patients in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 1986; 149:232–235
64. Palmstierna T, Wistedt B, Changes in the pattern of aggressive behaviour among inpatients with changed ward organization. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995; 91:32–35

65. Adler W., Kreeger C. & Ziegler P. Patient violence in a private psychiatric warden. In Assaults Within Psychiatric Facilities, 1983; (Lion J. & Reid W. eds), Grune & Stratton, New York, 131-142.
66. Katz P, Kirkland FR, Violence and social structure on mental hospital wards. Psychiatry, 1990;53:262-277
67. Morrison EF, Violent psychiatric inpatients in a public hospital. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1990; 4:65-82
68. Whittington R. & Wykes T. Violence in psychiatric hospitals: are certain staff prone to being assaulted? Journal of Advanced Nursing, 1994; 19, 219-225.
69. Chen WC ve ark., Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in taiwan. Int J Environ Res Public Health, 2009;6(11):2812-2821.
70. Carmel H, Hunter M, Staff Injuries From Inpatient Violence. Hosp Community Psychiatry, 1989;40(1):41-46.
71. Ayranci U ve ark., Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence, 2006;21(2):276-296.
72. Holloway, I.(2005). Qualitative Research in Health Care, Open University Press, Berkshire.
73. Altinbas K ve ark., A survey of verbal and physical assaults towards psychiatrists in Turkey. Int J Soc Psychiatry Online, Birinci baskı, September 8, 2010
74. Adaş EB, Elbek O, Bakır K, Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve hekimlerin Şiddet Algısı. 2008. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
75. Whittington R, Wykes T, Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. Br J Clin Psychol, 1996;35 (1):11-20.
76. Gerberich SG ve ark., An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med, 2004; 61(6):495-503.

77. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A, İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, 1999;14:420-425.
78. Davies HTO, Nutley SM, Mannion R, Organisational culture and quality of health care. Quality in Health Care, 2000;9(2):111-119.
79. Grainger C, Whiteford H, Assault on staff in psychiatric hospitals: a safety issue. Aust N Z J Psychiatry, 1993;27(2):324-328.
80. Lanza ML, The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. Hosp Community Psychiatry, 1983;34(1):44-47.
81. Riopelle DD ve ark. , Prevalence of assault and perception of risk of assault in urban public service employment settings. Int J Occup Environ Health, 2000;6(1):9-17.
82. Toscano G, Workplace violence: an analysis of bureau of labor statistics data. Occup Med, 1996;11(2):227-235.
83. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST, Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. Image J Nurs Sch, 1998;30(3):249-254.
84. Simonowitz JA, Health care workers and workplace violence. Occup Med, 1996;11(2):277-91.

GÜVENLİK TEHDİTLERİNE BAKIŞ		Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.	Tecrübelerim güvenlik tehditlerini algılamamda etkilidir	①	②	③	④	⑤
2.	Güvenlik tehdidi yaşadığımda nedenini kendimde ararım	①	②	③	④	⑤
3.	Karşılaştığım güvenlik tehditleri profesyonelliğimi etkilemez	①	②	③	④	⑤
4.	Başkaları benim hastalar için sihirli bir gücüm olduğunu düşünüyor	①	②	③	④	⑤
5.	Güvenlik tehdidi gerçekleşmediği sürece benim için sorun değil	①	②	③	④	⑤
6.	Güvenlik tehditlerine karşı duyarsızlaştım	①	②	③	④	⑤
7.	Gerçeği değerlendirme bozukluğu içindekilerden gelen tehditleri sorun etmem	①	②	③	④	⑤
8.	Güvenlik tehdidi aldığım hasta için “İyileşince düzelir” der geçerim	①	②	③	④	⑤
9.	Sözel tehditleri güvenlik tehdidi olarak saymam	①	②	③	④	⑤
10.	Hasta yakınlarından gelen tehditleri hastayla ilintili sayarım	①	②	③	④	⑤
11.	Psikiyatride çalışan diğer arkadaşlarımla tehdit anlayışım farklıdır	①	②	③	④	⑤
12.	Bizde güvenlik tehditleri ile ilgili durumlar olağan kabul edilir	①	②	③	④	⑤
13.	Diğer branşlar için de güvenlik tehditleri psikiyatri ile aynıdır.	①	②	③	④	⑤

DURUMU GÜVENLİK TEHDİDİ OLARAK ALGILAYIŞ						
14.	Hastanın kendine zarar vereceğini söylemesi benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
15.	Eşyaya yönelik zarar vermesi bana yönelik güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
16.	Üçüncü kişilere yönelik tehditler benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
17.	İftiraya uğramak benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
18.	Silah ruhsatı için gelenler benim için bir güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
19.	Hastanın cinsel patolojileri benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
20.	Bağımlılık tedavisi gören hastalar benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
21.	Karşıma gelen her hasta benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
22.	Tehdidin olacağını hissetmem de benim için bir güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
23.	Yasal eksiklikler benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
24.	Hastaların idari yönden sorumluluklarını almak benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
25.	Baskı altına alınmam benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤
26.	Hasta hakları benim için güvenlik tehdididir	①	②	③	④	⑤

	GÜVENLİK TEHDİDİ İLE KARŞILAŞMA	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
27.	Sokakta suç kabul edilen tehditlerle serviste karşı karşıya kalıyorum	①	②	③	④	⑤
28.	Eğitimim sırasında daha az güvenlik tehdidine maruz kaldım	①	②	③	④	⑤
29.	Serviste diğer çalışanlara göre tehditlerle daha çok karşı karşıya kalıyorum	①	②	③	④	⑤
30.	Kişilik bozukluğu olanlardan daha çok tehdit alırım	①	②	③	④	⑤
31.	Hemcinsim hastalardan daha çok güvenlik tehdidi alırım	①	②	③	④	⑤
32.	Hedefi belli olmayan güvenlik tehditlerine daha sık rastlarım	①	②	③	④	⑤
	GÜVENLİK TEHDİDİNİN MEYDANA GELDİĞİ ORTAMLAR					
33.	Çalıştığım bina psikiyatriye özel güvenlik tehditlerine göre tasarlanmamış	①	②	③	④	⑤
34.	Taşrada çalışmak daha çok güvenlik tehdidi oluşturur	①	②	③	④	⑤
35.	Psikiyatri ile ilgili fiziksel ortamın her yerinde güvenlik tehdidi ile karşılaştım	①	②	③	④	⑤
36.	Çalıştığım yeri diğer branşlara göre daha riskli buluyorum	①	②	③	④	⑤
37.	Çalıştığım yer sokaktan daha güvenlidir	①	②	③	④	⑤
38.	Benim bölümüm risklidir	①	②	③	④	⑤
39.	Servisteki güvenlik tehditleri daha risklidir	①	②	③	④	⑤
40.	Servislerde güvenlik tehditlerine karşı önlemler daha iyidir	①	②	③	④	⑤
41.	Nöbetler güvenlik tehditleri açısından daha risklidir	①	②	③	④	⑤
	GÜVENLİK TEHDİDİNİN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE DURUMU ALGILAMA					
42.	Olumsuz yönde hislere kapıldım	①	②	③	④	⑤
43.	Buna ben neden oldum	①	②	③	④	⑤
44.	Kendimi bir şekilde güven altına almak zorundayım	①	②	③	④	⑤
45.	Kendimi odaya kilitlemek zorunda kaldığım oldu	①	②	③	④	⑤
46.	O anda korktum	①	②	③	④	⑤
47.	O anda ne hissettiğimi anımsamıyorum	①	②	③	④	⑤
48.	Bu tür durumlarda tutanak tutarım	①	②	③	④	⑤

GÜVENLİK TEHDİTLERİ SONUÇLARI

58. Psikiyatride çalıştığınız süre içinde kaç kez güvenlik tehdidi ile karşılaştınız? (Sayı ile): -----

Hastadan ve Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınından olmak üzere aşağıdaki bölüme ayırdığımız durumlarla ne sıklıkla karşılaştınız?

HASTADAN GELEN		Hiç	Nadiren	Arasır a	Sıklıkl a	Hergün
59.	Tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma, ateşli, kesici ve delici alet kullanması ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
60.	Cinsel taciz ve saldırı ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
61.	Aileme yönelik tehditle karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
62.	Sözlü(küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme) tehdit ile karşılaştım	⑤	④	③	②	①
63.	Fiziksel güvenlik tehditlerini jest ve mimikle ifade etme ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
64.	Cinsel açıdan tehdit edici jest, mimik ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
65.	Kesici ve delici alet gösterme ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
66.	Hastanın kendine yönelik zarar vereceğini söylemesi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
67.	Hastanın üçüncü kişilere yönelik zarar vereceğini söylemesi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTA YAKINLARININ		Hiç	Nadiren	Arasır a	Sıklıkl a	Hergün
68.	Tekme, tokat, saç çekme, yumruk, omuz atma, itirme, tükürme, nesne fırlatma, ateşli, kesici ve delici alet kullanması ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
69.	Cinsel taciz ve saldırısı ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
70.	Aileme yönelik güvenlik tehdidi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
71.	Sözlü(küfür, aşağılayıcı konuşma, ima etme) tehdidi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
72.	Fiziksel güvenlik tehditlerini jest ve mimikle ifade etmesi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
73.	Cinsel açıdan tehdit edici jest, mimikleri karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
74.	Kesici ve delici alet göstermesi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
75.	Kendine yönelik zarar vereceğini söylemesi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①
76.	Üçüncü kişilere yönelik zarar vereceğini söylemesi ile karşılaştım.	⑤	④	③	②	①

GÜVENLİK TEHDİDİNİN MEYDANA GELDİĞİ ORTAMLAR Güvenlik tehditleri ile <u>hangi ortam</u> ve <u>ne sıklıklarla</u> karşılaştınız?		SIKLIK				
		Hiç	Nadiren	Arasıra	Sıklıkla	Her gün
77.	Hastadan size, bina içinde güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
78.	Servisteki hasta ile bağlantılı olarak, size, bina dışında , güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
79.	Hastadan ailenize, bina içinde , güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
80.	Servisteki hasta ile bağlantılı olarak, ailenize, bina dışında güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
81.	Servisteki hasta ile bağlantılı olarak Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınından, size, bina içinde , güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
82.	Servisteki hasta ile bağlantılı olarak Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınından, size, bina dışında güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
83.	Servisteki hasta ile bağlantılı olarak Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınından, ailenize bina içinde güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①
84.	Servisteki hasta ile bağlantılı olarak Ruhsal bozukluğu olan hasta yakınından, ailenize bina dışında güvenlik tehdidi ile karşılaşma	⑤	④	③	②	①

GÜVENLİK TEHDİDİ SONUÇLARI				EVET	HAYIR
85.	Karşılaştığınız güvenlik tehditleri sonucunda Fiziksel Travma Yaşadınız mı?			②	①
86.	Eğer Yaşadıysanız; fiziksel travmanın geçici sonucu oldu mu?			②	①
87.	Eğer Yaşadıysanız; fiziksel travmanın kalıcı sonucu oldu mu?			②	①
88.	Eğer Yaşadıysanız; fiziksel travmanın hayati sonucu oldu mu?			②	①
89.	Karşılaştığınız güvenlik tehditleri sonucunda, Ruhsal travma yaşadınız mı?			②	①
90.	Eğer Yaşadıysanız; Ruhsal travmanın geçici sonucu oldu mu?			②	①
91.	Eğer Yaşadıysanız; Ruhsal travmanın kalıcı sonucu oldu mu?			②	①
92.	Karşılaştığınız güvenlik tehditleri sonucunda, Hem fiziksel Hem de Ruhsal travma , yaşadığınız oldu mu?			②	①
93.	Eğer Yaşadıysanız; Hem fiziksel Hem de Ruhsal travmanın geçici sonucu oldu mu?			②	①
94.	Eğer Yaşadıysanız; Hem fiziksel Hem de Ruhsal travmanın kalıcı sonucu oldu mu?			②	①
95.	Eğer Yaşadıysanız; Hem fiziksel Hem de Ruhsal travmanın hayati sonucu oldu mu?			②	①
96.	Karşılaştığınız güvenlik tehditleri sonucunda işten kalma oldu mu?			②	①
97.	Karşılaştığınız güvenlik tehditleri sonucunda kazanç kaybı oldu mu?			②	①

DEMOGRAFİK SORULAR

98. Yaşınız:.....

99. Cinsiyet: E ☐ K ☐

100. Meslekte çalışılan yıl:.....

101. Psikiyatride çalışılan yıl:.....

102. Çalıştığınız Kurum: DEVLET HASTANESİ ☐ ÜNİVERSİTE HASTANESİ ☐

103. Göreviniz: Öğretim üyesi ☐ Araştırma görevlisi ☐ Hemşire ☐

104. Medeni haliniz: Evli ☐ Bekar ☐ Eşi ölmüş veya Eşinden Ayrılmış ☐

EK – 2

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Endüstrideki ilerlemenin geometrik hızla artması, kısıtlı kaynaklarla sınırsız isteklerin tatmin edilmesi yolunda kolaylıklar getirmekle birlikte kendine has değerlendirmeleri, ölçümleri, kontrol mekanizmalarına insanoğlunu zorunlu kılmıştır. İnsanlar riskle karşı karşıya geldiklerini ağır cezalar ödeyerek anlamışlardır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık çalışanlarını risklere maruz kaldığını görmekteyiz. Risk yönetiminin güncel özelliği reaktif (olay olduktan sonra) olmaktan ziyade proaktif (olay olmadan önce) olunmasıdır. Ancak risk henüz bilimsel anlamda tam olarak belirlenememiş ve analizi de yapılamamıştır. Bu araştırmada psikiyatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hastadan gelen güvenlik tehditlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılabilirsiniz. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı :

Adı : Osman Özgür

Soyadı :

Soyadı: KUMAN

Tarih :

Tel :

İmza :

Tarih :

İmza :

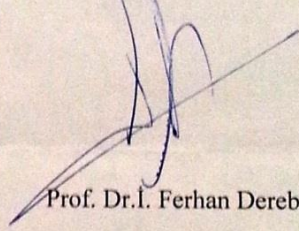
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne

İzmir

Enstitünüz Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Programı öğrencisi Osman Özgür Kuman'ın 'Psikiyatri Servislerinde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Hastalardan Gelen Güvenlik Tehditlerinin incelenmesi' adlı tezanket çalışmasına veri toplamak amacıyla 2010 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Kliniği çalışanlarına gönüllülük esası dayalı olarak bilgim dahilinde anket uygulaması yapılmıştır.

O dönemin anabilim dalı başkanı olarak bilgilerinize sunarım.

26.12.2013



Prof. Dr.İ. Ferhan Dereboy

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi



T.C.
İzmir Valiliği
Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Osman İyigör

ÖZAN

SAYI : B104İSM4356556-003/

Yazı İşleri

KONU : Tez Çalışması

29.11.2010 038182

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
İZMİR

İLGİ: 21.10.2010 tarih ve 3078 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda sözü edilen "Psikiyatri servislerinde hekim ve hemşirelere yönelik hastalardan gelen güvenlik tehditlerinin incelenmesi" konulu tez çalışmasının hastanemiz Psikiyatri Kliniği'nde yapılması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dt. Bahaddin TATLI
Başhekim Yardımcısı
Başhekim a.

Öğrenci İşleri
17/12/2010
A

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 17.12.2010
Kayıt No: 4088
Dosya No:

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: 18893520/35

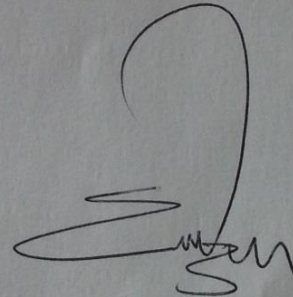
Tarih: 30.01.2014

Konu:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Enstitünüz Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Programı öğrencisi Osman Özgür Kuman'ın "Psikiyatri Servislerinde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Hastalardan Gelen Güvenlik Tehditlerinin incelenmesi" adlı tez anket çalışması Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında 2011 yılında kliniğimizde çalışanlara gönüllülük esası ile yapılmıştır.

Bilgilerinize arz ederiz.



Prof. Dr. Erol ÖZMEN
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.H1.70.20-
KONU :

29.04.2010*003824

TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 14.04.2010 tarih, 1142 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Osman Özgür KUMAN isimli öğrencinizin Psikiyatri Sevisimizde tez çalışmasını yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi : 29.04.2010
Kayıt No : 1453

Prof.Dr Eyüp HAZAN
Başhekim

Eğilim
29.04

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR

Tel: +90(232) 412 23 26

Faks: +90 (232) 259 97 23

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Hasibe Topal

Elektronik ağ : www.deu.edu.tr



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı

Tel. : 0232 - 412 41 51

İnciraltı 35340 - İZMİR

Sayı : 365

Konu :

20.04 / 2010

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İLGİ: 19.04.2010 tarih ve 3573 sayılı yazınız

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Osman Özgür KUMAN' ın servisimizde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Can CİMİLLİ
Anabilim Dalı Başkanı

20.04.2010
Kayıt No : 342

Yeni işleri
Eğilim

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Yönetim Bürosu

Sayı : B.30.2.EGE.0.AJ.73.00/H.Yönt. 451-4528
Konu : Tez çalışması

Bornova / İZMİR
30.04/2010

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 14.04.2010 günlü ve 1142 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızı tetkik etmesi istenen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalımız Başkanlığından alınan 27.04.2010 günlü ve 1455 sayılı cevabi yazı ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 13.05.2010
Kayıt No : 1638
Dosya No :

Prof. Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER
Başhekim

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

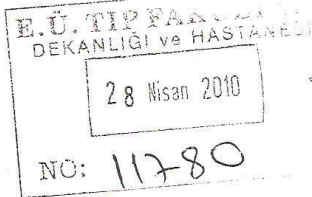
SAYI : B.30.2.EGE.0.20.11.12- 1455
KONU:

Bornova/İZMİR
27/04/2010

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 26/04/2010 gün ve 73.00/H-Yönt.-429-4334 sayılı yazınıza karşılıktır.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans öğrencisi Osman Özgür KUMAN'nın tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur. Gereğini, bilgilerinize arz ederim.



Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

İl Sağlık Müdürlüğü



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



T.C. MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM ŞUBE EKİ:1

Tarih : 15.04.2011 08:46:03 No : 10591

SAYI : B104ISM4450009/789

KONU: Anket Çalışması

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

72.11.12

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Osman Özgür KUMAN'ın yapacağı "Psikiyatri Servisinde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Hastalarda Gelen Güvenlik Tehditlerinin İncelenmesi" konulu araştırması ile ilgili Valilik Makamının 14.04.2011 tarih ve 1638 sayılı Onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EKİ: 1 Adet Onay

Tuncay ÖZER
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

Gereği

Ruh Sağ. ve Hast. Hastanesi

Bilgi

Dokuz Eylül Ün. Sağ. Bil. Enst.

Öğreni İşleri
29/04/2011

T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 23.04.2011
Kayıt No: 1383
Dosya No: 1383

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü

Tel: 0236 2311904/ 195 Faks: 0236 2314993 e-posta: msmegitimsube@gmail.com



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



SAYI : B104ISM4450009/020

KONU: Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Osman Özgür KUMAN'ın tarafından yapılması planlanan "Psikiyatri Servisinde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Hastalarda Gelen Güvenlik Tehditlerinin İncelenmesi" konulu çalışmanın anketini 14.04.2011-01.05.2011 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi personeline istekleri dahilinde uygulanması ve çalışma sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Ziya TAY
Sağlık Müdürü

OLUR

13.04.2011
Salih GURHAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü

Tel: 0236 2311904/ 195 Faks: 0236 2314993 e-posta: msmegitimsube@gmail.com

	T.C. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ YAZIŞMA FORMU				
	Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Sayfa No:
	İ FR Yİ 01	06.05.2009	17.08.2009	1	1 / 1

SAYI:B.30.2.PAÜ.0.AD.00.00- 1849
KONU:

22/04/2010

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
İZMİR

İlgi: 14/04/2010 tarih ve 1142 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı Enstitünüz Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Programı öğrencisi Osman Özgür KUMAN'ın Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr.Özkan TÜTÜNCÜ'nün yazısına istinaden; Psikiyatri Servislerinde Çalışanlara Yönelik Hastalardan Gelen Güvenlik Tehditlerini Türkiye Özelinde Belirlemek amacı ile hastanemizde çalışma yapabilmeleri tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof.Dr.A.Fahir DEMİRKAN
Merkez Müdürü

06.05.2010
06.05.2010

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 06.05.2010
Kayıt No :
Dosya No : 1524

Adres: Kınıklı Kampüsü DENİZLİ
Tel: 0-258-444 07 28 (Pbx) Faks: 0-258-2134922
Adres: Doktorlar Cad.No:42 DENİZLİ
Tel: 0-258-2410034 (Pbx) Faks: 0-258-2410040

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu

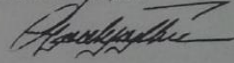
Sayı: 92
Konu: Karar hk.

2.8.61.3.010

Doç.Dr.Vildan MEVSİM
Osman Özgür KUMAN

Kurulumuz tarafından 23.06.2010 tarih ve 2010/05-02 sayılı, 70-İÖÇ/2010 protokol numaralı "Psikiyatri servislerinde hekim ve hemşirelere yönelik hastalardan gelen güvenlik tehditlerinin incelenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Komisyonumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Ayşegül YILDIZ
Başkan

Ek 1. Komisyon Kararı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/05-02	Tarih:23.06.2010
	Doç.Dr.Vildan MEVSİM'in proje yöneticisi olduğu Osman Özgür KUMAN sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Psikiyatri servislerinde hekim ve hemşirelere yönelik hastalardan gelen güvenlik tehditlerinin incelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (Invaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D. Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Banu ONVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOĞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

* Girişimsel (Invaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

ASLI GİBİDİR
Yunus KARSLI
Fakülte Sekreteri

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	70-İOÇ
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri servislerinde hekim ve hemşirelere yönelik hastalardan gelen güvenlik tehditlerinin incelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Vildan MEVSİM Osman Özgür KUMAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon A.D İnciraltı-İZMİR 35340
	DESTEKLEYİCİ ve AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ ve ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

ASLI GİBİDİR
Yunus KARSELİ
Fakülte Sekreteri

ÖZGEÇMİŞ

OSMAN ÖZGÜR KUMAN

TC Kimlik No / Pasaport No:	27007192996
Doğum Yılı:	1972
Yazışma Adresi :	MİMAR SİNAN MAH. ALİ İHSAN PAŞA BLV NO:61/13 MERKEZ/AYDIN
Telefon :	0 533 241 35 05
Faks :	-
e-posta :	kumanozgur@yahoo. com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TÜRKİYE	EGE	TIP	TIP		1997

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
SERBEST	TÜRKİYE	İZMİR	SAĞLIK KABİNLERİ	ACİL HEKİMİ	1997-2000
SANAYİ VE TİCARET BAKANLIĞI	TÜRKİYE	BALIKESİR	TÜRKİYE ŞEKER FABRİKALARI A.Ş.	İŞ YERİ / KURUM HEKİMİ	2001-2005
SANAYİ VE TİCARET BAKANLIĞI	TÜRKİYE	BURDUR	TÜRKİYE ŞEKER FABRİKALARI A.Ş.	İŞ YERİ / KURUM HEKİMİ	2007
SAĞLIK BAKANLIĞI	TÜRKİYE	NİĞDE	SAĞLIK OCAĞI	SAĞLIK OCAĞI HEKİMİ	2007-2008
SAĞLIK BAKANLIĞI	TÜRKİYE	AYDIN	SAĞLIK OCAĞI	SAĞLIK OCAĞI HEKİMİ	2008
SAĞLIK BAKANLIĞI	TÜRKİYE	AYDIN	GERMENCİK DEVLET HASTANESİ	ACİL SERVİS HEKİMİ/ KALİTE KOORDİNATÖRÜ/ BAŞHEKİMYARDIMCISI/ BAŞHEKİM	2008-2012
SAĞLIK BAKANLIĞI	TÜRKİYE	AYDIN	GERMENCİK DEVLET HASTANESİ	ACİL SERVİS HEKİMİ/ KALİTE KOORDİNATÖRÜ	2013