



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**2014-2015 ŞUBAT-AĞUSTOS DÖNEMLERİ  
BAĞCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİNDE VERİLEN BEYAZ KOD  
VAKALARININ İNCELENMESİ ve ŞİDDETE MARUZ KALAN SAĞLIK  
PERSONELİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ

Dr. ORHAN KAYA

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. HALİL DOĞAN

İSTANBUL 2017

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin son yılında birlikte çalışma imkânı bulduğum, tez çalıŐmalarım boyunca desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Halil DOĞAN' a

İyi ve kötü anları birlikte paylaŐtıđımız, en değerli varlık olan insana sağlık hizmeti sunarken beraber çalıŐtıđım değerli UZMAN ve ASİSTAN arkadaşlarıma,

Sadece ğrenim hayatım boyunca değer hayatımın her safhasında baŐarılı olabilmem için benden desteklerini esirgemeyen çok kıymetli AİLEM'E,

Bu hayatta yaptığım en doğru iş olan onunla evlenip huzurlu bir yuva kurduğum canım eŐim ZÜLEYHA'YA,

4 aydır dünyaya gelmesiyle beraber yuvamıza neŐe ve sevinç getiren biricik oğlum İHSAN'a

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teŐekkür ederim.

**Dr. Orhan KAYA**

## İÇİNDEKİLER

<b>KISALTMALAR.....</b>	<b>5</b>
<b>TABLO LİSTESİ.....</b>	<b>6</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ.....</b>	<b>7</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>10</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>11</b>
2.1 Şiddet ve Tanımı.....	11
2.2 Şiddetin Nedenleri.....	11
2.2.1 Biyolojik Faktörler.....	11
2.2.2 Psikolojik Faktörler.....	12
2.2.3 Sosyolojik Faktörler.....	13
2.3 Şiddet Türleri.....	13
2.3.1 Sözel Şiddet.....	14
2.3.2 Fiziksel Şiddet.....	14
2.3.3 Cinsel Şiddet.....	14
2.4 Şiddetin Ön Belirtileri.....	14
2.4.1 Safha: Anksiyete.....	14
2.4.2 Safha: Savunma Davranışı.....	15
2.4.3 Safha: Fiziksel Saldırganlık.....	15
2.5 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri.....	16
2.6 Şiddetin Önlenmesi.....	17
2.7 Beyaz Kod Nedir.....	18

2.8 Beyaz Kod Bildirimi Nasıl Yapılır.....	18
2.9 Beyaz Kod Birimi Nedir.....	18
3.0 Ülkemizdeki Yasal Mevzuat.....	18
<b>4.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>21</b>
<b>5.BULGULAR.....</b>	<b>22</b>
<b>6.TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
<b>7.SONUÇ.....</b>	<b>67</b>
<b>8.KAYNAKLAR.....</b>	<b>68</b>
<b>9.EKLER.....</b>	<b>74</b>

## **KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>DKAY</b>	: Delici Kesici Alet Yaralanması
<b>ASY</b>	: Ateşli Silah Yaralanması

## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1:** Şiddet Olayının Etkisinin Fiziksel-Sözel Şiddete Göre Karşılaştırılması

**Tablo 2:** Fiziksel-Sözel Şiddetin Mesleksel Unvana Göre Karşılaştırılması

**Tablo 3:** Fiziksel-Sözel Şiddetin Hastane Birimlerine Göre Karşılaştırılması

**Tablo 4:** Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Şiddet Sonrası Etkilerinin Karşılaştırılması

**Tablo 5:** Kök Neden İncelemede Hekimler ile Diğer Sağlık Personelinin Karşılaştırılması

**Tablo 6:** Şiddet Olayının Etkisinin Uzmanlar ve Diğer Sağlık Personeline Göre Karşılaştırılması

**Tablo 7:** Şiddet Olayının Etkisinin Asistanlar ile Diğer Sağlık Personeline Göre Karşılaştırılması

**Tablo 8:** Şiddet Olayının Etkisinin Hemşireler ve Diğer Sağlık Personeline Göre Karşılaştırılması

**Tablo 9:** Adli Vakanın Hastane Birimlerine Göre Karşılaştırılması

## ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1:** Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı
- Şekil 2:** Katılımcıların Yaş Dağılımı
- Şekil 3:** Katılımcıların Yaş Aralığı
- Şekil 4:** Katılımcıların Eğitim Düzeyleri
- Şekil 5:** Sağlık Personelinin Unvanı
- Şekil 6:** Katılımcıların Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı
- Şekil 7:** Katılımcıların Mesai Şekli
- Şekil 8:** 2014-2015 Şubat-Ağustos Ayları Arası Verilen Beyaz Kod Vakalarının Karşılaştırılması
- Şekil 9:** Beyaz Kod Vakalarının 24 Saatlik Dağılımı
- Şekil 10:** Şiddete Maruz Kalan Personelin Unvana Göre Dağılımı
- Şekil 11:** Beyaz Kod Vakalarının Hastane Birimlerine Göre Dağılımı
- Şekil 12:** Personelin Maruz Kaldığı Şiddet Türü
- Şekil 13:** Şiddet Uygulayıcısının Cinsiyet ve Unvan Dağılımı
- Şekil 14:** Beyaz Kod Bildirimi Yapılan Hastanın Adli Vaka Olup Olmaması
- Şekil 15:** Şiddet Sonrası Tıbbi Yardıma İhtiyaç Olup Olmadığının Dağılımı
- Şekil 16:** Şiddet Sonrası İşten Uzak Kalma Süre Dağılımı
- Şekil 17:** Sağlık Personelinin Görevini Yaparken Endişe Duyma Dağılımı
- Şekil 18:** Şiddetin Sağlık Personeline Olan Etkisi
- Şekil 19:** Şiddet Olayının Kök Nedene Göre Dağılımı
- Şekil 20:** Beyaz Kod Vakalarının Soruşturma Neticeleri
- Şekil 21:** 2014-2015 Şubat-Ağustos Ayları Beyaz Kod Verilme Oranlarının Acil Servisteki Dağılımı ve Diğer Birimlere Göre Kıyaslanması
- Şekil 22:** 2014-2015 Şubat-Ağustos Arası Beyaz Kod Vakalarının Aciller, Servisler, Poliklinikler ve Yoğun Bakım Açısından Karşılaştırılması
- Şekil 23:** : 2014-2015 Şubat-Ağustos Arası Beyaz Kod Vakalarının Fiziksel ve Sözel Şiddet Karşılaştırılması
- Şekil 24:** Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyete Göre Unvan Dağılımı
- Şekil 25:** Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014-2015 Şubat-Ağustos Acil Servis Aylık Hasta Sayısı-Beyaz Kod Oranı
- Şekil 26:** Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014-2015 Şubat-Ağustos Hasta Başvuru Sayısı- Beyaz Kod Oranı

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2014-2015 Şubat- Ağustos ayları arası bildirim yapılan beyaz kod bildirim formları incelenerek; şiddete maruz kalan kişilerin sosyodemografik özellikleri, şiddetin türü, niteliği, zamanını belirlemek ve bu kişilere anket uygulayarak olayın kişi üzerindeki etkilerini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 2014-2015 Şubat-Ağustos ayları arası Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bildirilen beyaz kod vakaları ve bu bildirim yapan sağlık personeli dâhil edildi. Personelin beyaz kod çalışan dosyaları geriye doğru tarandı; yaş, cinsiyet, maruz kalınan şiddet türü, şiddet uygulayanın unvanı ve cinsiyeti, olayın gerçekleştiği birim ve vakanın gerçekleştiği zaman incelendi. Ayrıca bu kişilere içinde personelin yaş, cinsiyet haftalık çalışma süresi, olayın kişi üzerindeki psikolojik etkileri, olayın kök nedeni, beyaz kod vakasının hukuki süreci tanımlayıcı sorularını içeren anket uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 107 olgunun %46,7 (n=50) kadın,%53,3'ü (n=57) erkekti. Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 31,55±6,43 olarak (minimum:22, maksimum:55) bulunmuştur, Beyaz kod vakalarının gün içinde verildiği saatlere bakıldığında en çok saat 15-17 (%9,35) saatlerinde verildiği, unvana göre şiddete uğrama sıklığı en çok asistan hekimlerde %52,3(n=56) olduğu, en çok acil servislerde %72 (n=77) verildiği, en çok sözel şiddete %73,8 (n=79) maruz kalındığı, şiddet uygulayanların en çok %78,5 (n=84) oranında erkek ve %28 (n=30) oranında hasta yakının olduğu, sağlık çalışanlarının %83,2'nün (n=89) görevini yerine getirirken endişe duyduğu, şiddet sonrası en çok %40,2 (n=64) oranında anksiyete, kök neden olarak en çok %57 (n=61) oranında güvenlik yetersizliğini gördüğü, acil serviste yapılan renovasyonun şiddeti azaltma üzerine etkisinin olmadığı (2014=%33,6,2015=%38,3) tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık sektörünü de ciddi bir biçimde etkilemektedir. Şiddet çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere neden olarak iş memnuniyeti ve çalışma veriminde azalmaya neden olmaktadır. Özellikle sağlık personeli başına düşen hasta sayılarındaki artış sağlık hizmeti veriminde azalmaya yol açarak şiddet olaylarının artışına neden olmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlıkta Şiddet, Beyaz Kod, Sözel Şiddet

## **ABSTRACT**

**Introduction and Purpose:** The purpose of this study is to examine the white code notification forms that have been reported between February 2014 and 2015 in Bağcılar Education and Research Hospital; The sociodemographic characteristics of persons exposed to violence, the type of violence, the timing of the violence and the effects of the incident on the person by conducting a questionnaire.

**Materials and Methods:** Between February and August 2014-2015 the white code cases reported in Bağcılar Education and Research Hospital and the health personnel who made this notification were included. The files of the employee's white code were scanned backwards; Age, gender, the type of violence being exposed, the title and sex of the violent practitioner, the unit in which the incident took place, and the time at which the case took place. In addition, a questionnaire including the age, gender, weekly working time, psychological effects on the person, root cause of the incident, legal process descriptors of the white code case were applied to these persons.

**Results:** The 107 cases that were taken into the study were 46.7% (n = 50) female, 53.3% (n = 57) male. The mean age of the cases was  $31,55 \pm 6,43$  (minimum: 22, maximum: 55), when white code cases are observed during the day, they are most given at 15-17 hours (9,35%), according to the title, the frequency of suffering violence is the most in assistant physicians 52,3%(n=56), most were given in emergency services, 72% (n=77), most verbal violence was exposed 73,8% (n=79), it was understood that 78% (n = 25) of men who committed violence were male at most and 28% (n = 30) were found to be patient relatives, 83.2% (n = 89) of health care workers were concerned when performing, post-violence anxiety was seen in 40.2% (n = 64), and 57% (n = 61) of safety insufficiencies were found to be the root cause, it has been determined that the renovation of emergency services has no effect on violence reduction (2014 = 33.6%, 2015% = 38.3%)

**Conclusion:** Violence, which tends to spread in society, is also seriously affecting the health sector. Violence causes negative effects on employees, resulting in job satisfaction and reduced working efficiency. In particular, the increase in the number of patients per health personnel leads to a decrease in the efficiency of the health service, leading to an increase in violence incidents..

**Key words:** Health Violence, White Code, Verbal Violence

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan şiddet, sahip olunan güç veya kudretin yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek biçimde, bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır(1-3).Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise şiddet, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır (4). Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle iş yerlerinde gittikçe artan bir önem kazanmıştır ve bütün meslekleri etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. İş yerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği ya da saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır (5).

Çok geniş bir çalışan grubunun (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikerleri, hasta bakıcı vb.) bulunduğu sağlık kurumları şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından biridir (6). Winstanley ve Whittington (2004) tarafından İngiltere’de yapılan bir çalışmada sağlık personelinin %27’si son bir yıl içerisinde saldırıya maruz kalırken, %23’ü hastalar, %15,5’i de ziyaretçiler tarafından tehditkâr davranışa maruz kalmış, %68’den daha fazlası ise sözel saldırıya uğramıştır (8).

Ülkemizde şiddet ile ilgili çalışmaları incelediğimizde, sağlık personeli ile ilgili çalışmaların genellikle sadece tek bir sağlık profesyoneline özellikle sadece doktor veya hemşirelere yönelik olduğu görülmüştür. Literatür taramasında ülkemizde karşılaştırmalı olarak yapılmış 3 çalışmaya rastlanmıştır (5,9,10). Türk Tabipler Birliği’nin (TTB) 310 sağlık çalışanı ile yaptığı en son çalışmada sağlık çalışanlarında görülen iş yeri şiddeti oranı %45 olarak belirlenmiştir (10). Ayrancı ve arkadaşlarının (5) (2002) yaptığı bir çalışmada ülkemizde sağlık çalışanlarında şiddete uğrama oranı %50,8 olup en sık şiddete maruz kalanlar pratisyen hekimler (%67,6) ve hemşireler (%58,4) olarak belirlenmiştir. Ölmezoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %67,6’sının sözlü tacize, %48,6’sının sözlü tehdide ve %16,8’inin fiziki saldırıya maruz kaldığı bulunmuştur (9).

Sağlık kurumlarında şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Bunlar; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi faktörlerdir. Ayrıca işlerin yoğun fakat personel sayısının az olması, aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması, şiddete karşı yasalarda bir sınırlamanın olmaması şiddet riskini arttıran faktörler arasında sayılabilir (11-13).

Şiddet sağlık çalışanlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına zarar vermekte, ilk etkilerinin yanında stresin ve tıbbi hataların artmasına, iş verimliliğinin ve yaşam kalitesinin azalmasına, anksiyete ve konsantrasyon güçlüklerine, ruhsal sıkıntılara ve sosyal ilişkilerden çekilme gibi birçok bozukluklara yol açabilmektedir.

Çalışmamızın amacı şiddete maruz kalan kişilerin demografik özellikleri, olayın gerçekleşme zamanı ve yeri, maruz kalınan şiddet türü, şiddet uygulayanın unvanı ve cinsiyetini belirlemek ve şiddete maruz kalan sağlık personeliyle yüz yüze görüşüp bu olayın kendisinde oluşturduğu etki, olayın kök nedeni, bildirim süreci, kişinin haftalık çalışma süresi, eğitim düzeyi, olay sonrası tıbbi yardıma ihtiyacı olup olmadığını belirlemektir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1 Şiddet ve Tanımı

Şiddet; “kendine veya bir başkasına, bir grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa sebep olabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır” (14). İş yerinde şiddet ise, “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği ya da saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır (15). Sağlık kurumlarındaki şiddet ise “hasta, hasta yakınları veya diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (16).

### 2.2 Şiddetin Nedenleri

Şiddet, sözlük anlamıyla bir kişiye güç veya baskı uygulayarak isteği dışında bir şey yapmak veya yaptırmaktır. Temel kavramı güç olan şiddet her şeyden önce vurma ve kötü davranma eylemi olup kişi üzerinde her zaman etki bırakmaktadır. Toplumsal kuralların zamanla değişen ortama uymadığı, toplumların nüfusu arttıkça bireyler arasındaki mesafe ve iletişim bozukluklarının arttığı, insanlar çevrelerine egemen olmaya başladıkça saldırganlık dürtülerini kullanmaya başladıkları görülmektedir (7).

Çevre, kültür ve insan birbirlerine sıkı sıkıya bağlı ve ayrılmaz bir bütünü oluşturan dinamiklerdir. Çevrenin değişmesi veya bozulması kültürün yozlaşmasına ve yıpranmasına, bunun sonucunda insanın beden ve ruh yapısında değişimlere ve bozulmalara, ilişkilerin bozulmasına yol açar (8).

Şiddetin ve saldırganlığın, bireysel sapma ve hastalık olarak veya toplumsal etkileşime bağlı olarak ortaya çıktığı yönünde görüşler bulunmaktadır. Bazı kısıtlamalarla karşı karşıya kalan kişilerin aşırı etkiler ve ağır tahrikler sonucu şiddete başvurduğu, kişilerin buldukları ortam ve psikolojik durumun korku ve düşmanlık uyandırdığı görülmüştür (7). Saldırganlık, bütün canlılarda var olan ve beslenme, korunma, cinsellik içgüdülerinin altında onları birleştirip bütünleştiren bir içgüdü olarak ele alınmıştır. Toplu yaşayan canlılar barınma, beslenme ve yaşam alanlarına girildiği, eş ve çocuklarının tehlikede olduğu durumlarda saldırgan davranışlar göstermekte olup tehlike içinde bulunmamasına rağmen kendi türüne saldıran, işkence eden, yaralayan, hatta öldüren tek canlı varlık insandır (8). İnanadaki bu başkalarını, doğayı, nesnelere yıkmaya ve yok etmeye yönelik saldırgan davranışlar, çeşitli şekillerde öğrenilen bir eylem biçimi olup genel olarak kişide var olan saldırgan içgüdülerin serbest kalmasıyla ya da genel tahrik unsurunun artmasıyla oluştuğunu kabul eden görüşler bulunmaktadır (7,8).

Şiddetin nedenlerini ortaya çıkarmak için çok yönlü araştırmaların yapılması biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin incelenmesi gerekmektedir.

#### 2.2.1 Biyolojik Faktörler

Saldırganların çoğunun genç erkekler olmasının şiddetin erkeklik hormonu ve yaşın getirdiği biyolojik değişimlerle ilgisi olduğunun göstergesi olarak sayılabileceği, artan yaşla

birlikte saldırganlığın azalmasının da bunu destekleyen faktör olduğu söylenmekle birlikte biyolojik faktörlerin tek başına belirleyici olmadığı da bilinmelidir (7).

### 2.2.2 Psikolojik Faktörler

Öne sürülen teorilerden biri sosyal öğrenme teorisidir (7). Öğrenme; bilgi, deneyim, eğitim, gözlem, tekrarlama sonunda yeni bilgi, beceri, davranış ve düşünceler kazandırabilen kalıcı davranış diye tanımlanabilir. Ödül ve ceza, deneme ve yanılma, örnek alma gibi birbirinden farklı öğrenme yollarıyla bilerek ya da bilmeyerek saldırgan davranış kalıpları öğrenilir. Bu öğrenme sürecinde kişilik, eğitim, çevre ve aile gibi faktörler etkili olup ekonomik ve kültür düzeyi düşük toplum kesimlerinde saldırgan davranışların daha çok görüldüğü saptanmıştır. Şiddet içeren davranışlarla bir engelin aşılması, bunun çevredekiler tarafından kabul, destek ve itibar görmesi sonucu bu davranışların zaman içinde kişiliği oluşturmasına ve bunların sonucunda birey bir engelle karşılaştığında sorunu çözmek için bu şiddet davranışını her fırsatta yineleyerek yaşantısının bir parçası haline getirmesine neden olur (8,9). Kitle iletişim araçlarının toplu veya bireysel şiddetin oluşumunu etkileyen faktörlerden olduğu, şiddet içeren sahnelerinin bireylerce benimsenmesine ve uygulanmasına yol açtığı şeklinde görüşler olmakla birlikte şiddetin gösterilmesinin zihinsel tatmin oluşturup şiddeti azaltabileceği yönünde farklı görüşlerde bulunmaktadır (8).

Ancak çocukların davranışları üzerinde görüntülü ve sesli iletişim araçlarının etkisi büyüktür. Çocuklar izledikleri programların etkisinde kalarak davranışlarını değiştirdikleri, film kahramanları ile kendilerini özdeşleştirdikleri, yapılan hareket ve konuşmaları taklit ettikleri gözlemlenmiştir (9).

İnsanlarda engellere karşı doğuştan itibaren gelişen direnç ve dayanma gücü ile iç dürtülerinden kaynaklanan isteklerini bastırmayı, denetlemeyi, engellemeyi, beklemeyi, ertelemeyi öğrenir. Direnci düşük olan kişiler buldukları doğal ve toplumsal ortamın elverişsiz şartları ya da üst benliğin baskısı, benliğin yetersizliği nedeni ile doyum sağlayacak nesneye ulaşamazlar. Böylece davranış amacına ulaşmaz ve engellenme hali oluşur. Bu durum güdülerin birikimine, gerginliğinin artmasına, tedirgin bekleyişin ortaya çıkmasına, kaygı, korku, kızgınlık, öfke duygularının etkinlik kazanmasına yol açar.

Kişiliğin değişim, gelişim ve olgunlaşma sürecinde bazı olumsuz etkiler kişilik bozukluğuna yol açar. Kişilik bozukluğu gösteren insanlar ruhsal hayatlarındaki çatışma nedeni ile içinde buldukları aile, çevre, toplum ve kültürle sağlıklı ilişki kuramadıkları gibi davranış kalıplarına ve davranış örneklerine uyum sağlayamaz, içgüdüleri ve dürtülerinden kaynaklanan davranışları bastıramaz, denetleyemez, engelleyemezler. Bu nedenle gerekli gereksiz öfkelenip doğaya, insanlara ve nesnelere yönelik saldırılar yaparak şiddet eylemlerinde bulunurlar (8).

Paranoid kişilik bozukluğu gösteren kişiler, insanların kötü niyetli olduğunu düşünerek başkalarına güvenmezler. Başkalarına kin ve nefretle yaklaşan paranoid kişilik bozukluğu olan kişilerde gurur, bencillik, çevreye yüksekte bakma, kibir, alınganlık, hatalı yorum, kuşku, suçlama ve saldırı gibi ön planda olan temel özellikleri nedeni ile kavgacı, saldırgan itici, kırıncı olurlar. Çabuk öfkelenme ve gerginlik içinde olduklarından herhangi bir saldırıya karşı tepki vermeye hazır saldırgan bir tutum sergilerler. Duygusal dünyalarında soğuk, ilgisiz, duygusuz, gülmekten ve eğlenmekten uzak olup gösterdikleri iki yoğun duygudan biri

öfke iken diğeri kıskançlıktır. Bu özellikleri nedeni ile yaşadıkları toplumun davranış kalıplarını benimsemez ve saldırgan davranışlarını bastıramazlar.

Antisosyal kişilik bozukluğu olanların davranışlarında dürtüsellik, çabuk kızma ve saldırganlık önde gelen özelliklerdendir. Bu tür kişiler başkalarının haklarını gözetmeyen davranışlar sergileyerek dengesiz, düzensiz, saldırgan, uyumsuz yaşam tarzları olup otoriteye ve kurallara karşı gelme eğilimleri nedeni ile çevreleriyle sürekli bir çatışma, kavga oluşturmadan yaşayamazlar. İçinde buldukları toplum kurallarına uymadıkları gibi onlara karşı saldırgan davranış sergileyerek amaçlarına ulaşmak için kaba kuvveti, korkutmayı, yıldırma kabul etme ve şiddet eğiliminde olurlar. Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar hemen haz duyacakları davranışları zarar verici sonuçlarını görmeksizin geciktirmeden gerçekleştirme eğilimleri vardır. Engellendiklerinde ise çabuk öfke göstererek kötü niyetli amaçlarına ulaşmak için başkalarını yıldırır, onlara zarar verir ve bundan zevk alırlar. Çirkin davranışları için suçluluk ve pişmanlık duymadıkları gibi bu davranışları ile doyum sağlarlar. Bu tip insanlar alkol ve madde bağımlılığına, cinsel suçlar basta olmak üzere bütün suçları işlemeye yatkın olup topluma zarar veren eylemlerin içinde yer alırlar (8,10).

### **2.2.3 Sosyolojik Faktörler**

Sosyolojik yaklaşıma göre şiddet, kültürel, yapısal, ilişkisel ve ekonomik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kültürel anlamda şiddet, toplumdaki bazı durumlarda ve belli şahıslara karşı şiddet kullanımının kabul gördüğü ve bu yargının kuşaktan kuşağa aktarıldığı, yapısal anlamda yoksulluk ve olanaksızlığın insanları kanuni olmayan yollardan isteklerine ulaşmaya ve şiddet kullanmaya ittiği, ilişkisel anlamda şiddetin tahriksel davranış ve sözler sonucu ortaya çıktığı, ekonomik anlamda ise kişilerin şiddet sonucu elde edebilecekleri kazançların hesabını yaparak bu tür davranışlara yöneldikleri ileri sürülmektedir (17).

Sosyo-psikolojik olarak incelenmesinde şiddetin oluşumunda toplum yapısının, hareketliliğinin ve değişiminin rolü olup göç olgusu gibi çevre değişiminin yeni engellemeleri meydana getirmesi ve kişilerin oluşan bu yeni ortama uyum sağlayamamalarının şiddete yol açtığı, ama hızlı bir ekonomik gelişme ile birlikte şiddetin azaldığı gözlenmektedir (18,21).

İnsan psikolojisinde cinsellikle birlikte en güçlü iki dürtüden biri olan şiddetin çıkışındaki faktörlerden biri ortamdaki gerilimdir. Bir tehlikeyle ya da engellenmeyle karşılaştığında içinde bulunduğu çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik sonucu yaşadığı öfke duygusu sonucu temelde güçsüzlük göstergesi olan ve kendini iyi ifade edemeyen, sözcüklerle anlaşılamayan, iletişim kurma becerisi yetersiz olan kişilerin şiddete başvurduğu görülmektedir (17,22).

Şiddetin diğer nedenleri arasında kalıtım, hormonlar, aracı maddeler, kişinin psikolojik gelişimi, çocukluk hayatı, içinde bulunduğu aile, sosyal ve ekonomik şartlarla beraber şiddeti tetikleyen faktörler arasında madde bağımlılığı, diyabetik hipoglisemi gibi geçici metabolik bozukluklar, intrakranial patolojiler, ağrı, stres ve anksiyete, çeşitli psikiyatrik hastalıklar da saldırganlığın oluşumunda ve şekillenmesinde etkilidir (18,23).

### **2.3. Şiddet Türleri**

Şiddetin karmaşık yapısı ile tanımlanmasındaki zorluklar, şiddet sebeplerinin araştırılması ve önlenmesine yönelik çalışmaları da beraberinde güçleştirmektedir. Bu nedenle şiddet olguları tıp ve sosyal bilimler tarafından çeşitli yönleriyle incelenerek multidisipliner

bir yaklaşımla ele alınmalı, sağlık, güvenlik, adli yargı ile toplumun yakın işbirliği içinde çalışması ve şiddeti önlemesi gerekmektedir.

Son yıllarda yoğun olarak araştırılan şiddetle ilgili birçok sınıflama bulunmaktadır. Genel olarak saldırgan şiddet, aile içi şiddet, çocuğa karşı uygulanan şiddet, yaşlılara yönelik şiddet, kadınlara yönelik (fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik) şiddet ve intihar şeklinde bir sınıflandırma benimsenmekle birlikte şiddet, sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olmak üzere üç ana başlık altında toplanmakta, ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkmaktadır (25-28).

### **2.3.1 Sözel Şiddet**

Bireye yüksek sesle öfke ve kinini yöneltme, kişiye ya da mesleğine yönelik olarak hakaret, saygısızlık, kabalık, küfür etme, alay etme, aşağılayıcı sözler söyleyerek incitme, yıldırma ya da baskı yaratıcı, tehdit edici ve suçlayıcı konuşma tarzı ile sözel olarak yapılan davranış olarak tanımlanabilir. Sözel saldırının etkileri kolaylıkla fark edilememesi nedeni ile kişinin öz saygınlığına ve benliğine zarar verdiği, fizyolojik ve emosyonel hasarlara neden olabildiği belirtilmektedir (24-29).

### **2.3.2. Fiziksel Şiddet**

Kontrol etmeyi, acı ve korku yaşatacak istekleri gerçekleştirmeyi hedefleyen, beden gücü kullanmayı gerektiren ve bireyde fiziksel yaralanmalara neden olan, vurma, fırlatma, tekmeleme, yakma ile bazen sopa, bıçak, ip, jilet, balta, tornavida, kemer gibi araçlarla gerçekleştirilen davranış biçimi olarak tanımlanabilmektedir (24-29).

### **2.3.3 Cinsel Şiddet**

İnsana yönelik işlenen en ağır suçlardan biridir. İnsanlık var olduğundan beri kültür, sosyoekonomik düzey, rejim farkı olmaksızın, bütün toplumlarda, rızası olmadan veya yaş küçüklüğü ile akıl hastalığı gibi herhangi bir sebepten dolayı rızası kabul edilmeyen bir bireyin mahremiyetine, kişiliğine, fiziksel ve ruhsal varlığına ve çevresine karşı işlenen, cinayetten sonra en ağır suçlardan biri olarak kabul edilen bir şiddet biçimi olup bireye isteği dışında tehdit, korku, hile ve kandırma gibi zorlamalarla, baskı ya da güç kullanarak cinsel içerikli imalar yapmak, cinsel içerikli sözcükler söylemek, cinsel haz almaya yönelik elle ya da sair cisimle dokunmak, zorla öpmek, en uç noktada ise ırza geçmeyi içine alan seksüel motivasyona dayalı davranışlar olarak tanımlanabilir (24-29).

## **2.4 Şiddetin Ön Belirtileri**

Birçok olguda şiddet aniden ortaya çıkmaz. Bu yüzden şiddetin ön belirtileri ve tırmanışı fark edilmelidir. İlki anksiyete safhasıdır; bunu savunma ve fiziksel saldırganlık safhaları takip eder. Safhalar arasında çakışmalar olabilir (30).

### **2.4.1 Safha: Anksiyete**

Şiddet potansiyeli olan hastada şiddet davranışının ilk aşaması anksiyetedir. Uzun süredir bekleyen hastalar, aileleri ve arkadaşları da, anksiyete sergileyebilir. Genellikle artan anksiyete vücut dili ile ifade edilir. Amaçsız, enerji harcamaya dönük davranışlar ilk ipucu olabilir. Bunlar ritmik hareketler, ellerin ovuşturulması, yumrukların sıkılması, tedavi

alanında kalmaya isteksiz olmak veya daha karmaşık hareketlerden oluşabilir. Konuşma gergin ve yüksek sesle olabilir. ‘Neden buradayım?’ veya ‘Bu daha ne kadar sürecek’ gibi sorular sorulabilir. Ne söylediği değil konuşma tarzı anksiyeteyi gösterebilir. Anksiyete davranışının artmasındaki en yaygın nedenler, personelin bu davranışların farkına varması ve yapıcı bir tarzda yanıt vermek yerine görmezden gelmesidir. Anksiyete safhası için uygun yanıt bir tür yakınlık geliştirmektir. Genellikle zamana (acil servis personeli ve doktorları için değerli olan) gereksinim duyulur. Hastanın kaygılarının dinlenmesi ve bunların uygun bir şekilde giderilmesi durumun çözülmesi için gerekli olan tek şey olabilir. Hastanın, ailesinin veya ziyaretçilerinin baştan savılması veya görmezden gelinmesi daha fazla anksiyeteye neden olabilir. Birçok hasta ve hasta yakını kontrolü kaybetmekten korkarlar ve genellikle uygun tarzda bir yaklaşımdan memnun olurlar. Hastaya dürüstçe yaklaşılmalıdır. Hastanın duygularının anlaşıldığını gösteren ifadeler (neden kızgın olduğunuzu anlıyorum gibi) ile yanıt vermek güvensizliğe neden olabilir. Yargılayıcı olunmamalıdır. Hastanın söylediğine yoğunlaşmalı ve samimi olunmalıdır. Hastanın söylediklerinin tekrar edilmesi hastanın şikâyetlerinin anlaşılmasına yardımcı olur ve hastanın şikâyetlerini anlatmaya devam etmesini sağlar. Soğukkanlı olunmalıdır. Bu durum hastanın duygularını daha çok kontrol etmesine yardımcı olur (31).

#### **2.4.2 Safha: Savunma Davranışı**

Şiddet davranışının devamındaki bir sonraki aşama savunma davranışıdır. Bir hasta acil servise, anksiyete evresini hastane dışında tamamlamış olarak, bu evrede başvurabilir. Hastanın davranışları değişkendir ve sıklıkla eşlik eden kışkırtıcı vücut postürü ile birlikte konuşması küfürlü olabilir. Personele ve serviste bulunan diğerlerine yönelik sözlü saldırılar olabilir ve bunlar yaş, kilo, cinsiyet ve kültürle ilgili ifadeler içerebilir. Hastanın davranışları mantıksız olabilir ve sıklıkla hastanın acil servise geliş nedeni ile ilişkili değildir. Hasta kontrolünü kaybetmiş ve çaresizlik hissediyor olabilir. Eğer hastaya tehdit uygulanırsa, çaresizlik duygusu daha da şiddetlenebilir (31).

Hedef hastanın kontrolünü bütünüyle kaybetmesini önlemektir. Bu amaca, makul sınırlar oluşturarak ve hastaya seçenek sunularak ulaşılabilir. Ses tonu ve davranış olarak düzgün, profesyonel ve soğukkanlı olunmalıdır. Aşırı tepki verilmemeli ve asılsız vaatlerde bulunulmamalıdır. Hastanın davranışının sonuçlarının farkında varması sağlanmalıdır. Basit, açık, tutarlı ve mantıklı olunmalıdır. Hastaya uygulanabilir olmayan bildirimlerde bulunmak güven kaybına neden olur ve durumu daha da kötüleştirir. Durum kötüleşmeye devam ederse, hasta izole edilmelidir. Üniformalı güvenlik görevlileri caydırıcı olarak kullanılabilir ki bu nadiren davranışın daha da kötüleşmesine neden olsa da genelde işe yarar (31).

#### **2.4.3 Safha: Fiziksel saldırganlık**

Üçüncü evre fiziksel saldırganlıktır. Hasta bütünüyle ile kontrolden çıkmıştır ve sözlü müdahale etkin değildir. Fiziksel saldırganlık evresindeki hastaya mutlaka müdahale edilmeli ve şiddet uygulayan hasta kendisinin, diğer hastaların, ziyaretçilerin ve personelin güvenliği için fiziksel olarak kontrol edilmelidir. Tüm diğer girişimler başarısız olduğunda müdahale zorunludur. Bir hastanın fiziksel kontrol tekniği konusu becerikli personel gerektirir ve hiçbir zaman tek elden müdahale edilmemelidir. Fiziki kontrol cezalandırma amacı ile uygulanmamalı, hastanın bakımı ve diğerlerinin güvenliği amaçlanmalıdır (31).

## 2.5 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde pek çok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak değerlendirildiği, diğerlerinin bildirilmediği çalışmalarda öne çıkmıştır (32,33). İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, yalnızca bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmiştir (34). Bir çalışmada sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama açısından 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir (35). Araştırmalar hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir (36,37). Sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha çok görüldüğü belirtilmiştir (36).

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (38). Bu çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %73'nün şiddete maruz kalmalarından dolayı hastalardan korktukları, %49'nun hastalar tarafından tanındığı ve %74'nün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmının da iş değişikliği yapılmıştır.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise genel hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu, saldırıya maruz kaldığı, %23'nün hastalar tarafından davranışsal tehdit aldığı, %15.5'nin de hasta yakınları tarafından davranışsal tehditle karşı karşıya kaldığı gösterilmiştir. Fiziksel saldırı oranının %20 olduğu belirtilmiştir (39). Avustralya'da psikiyatri kliniklerinde yapılan bir çalışmada, şiddet zarar verici özelliğine göre 8 dereceye ayrılmış ve en sık düşük derecede fiziksel şiddetin olduğu gözlenmiştir. Hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldıkları, şiddet uygulayan hastalar arasında alkol ve madde bağımlılarının daha çok olduğu belirtilmiştir (40).

Türkiye'de bu konuda yapılmış çok merkezli çalışmalar mevcuttur. Bunların içinde en kapsamlılarından biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır (40). Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiş. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuş. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52,5) şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddete uğrama sıklığı illere göre farklılık göstermiştir. Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı gösterilmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir. Türkiye'nin batısında 2006 yılında yapılmış yine çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49,5 olarak belirtilmiştir. Olguların %48.3'inin 1-5 kez arasında şiddetle karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (36). Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (%60'a %40). Diğer çalışmaya benzer olarak pratisyen hekimler

ve hemşirelerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları, çalışma ortamı olarak devlet hastanelerinde ve acil servislerde şiddetle karşılaşma oranının diğer bölümlerden fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmada sözel şiddetin %72,4 fiziksel şiddetin %11,7 sıklığında görüldüğü; cinsel şiddet oranının çok düşük olduğu (%0,025); silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0,3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmada değinilen bir başka nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamadığıdır. Şiddete maruz kalan çalışanların yarıdan fazlasında olay sonrasında yüksek oranlarda anksiyete ve huzursuzluk hissettikleri gösterilmiştir.

Bolu'da yapılmış tek merkezli bir çalışmada şehir merkezinde devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlardan oluşan grubun %87,1'nin şiddet davranışına maruz kaldığı; sözel şiddetin %46,9, saldırgan davranışın %33,5 fiziksel saldırının ise %19,4 olduğu gösterilmiştir (41). Şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu; şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmış bir çalışmada çalışanların son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %85,9 olarak saptanmıştır. Şiddete maruz kalanların %59'nun sözel şiddete uğradığı, %26,5'nin fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir (42).

Gerek hastanenin tüm bölümlerini kapsayan, gerek sadece acil servislerde yapılmış çalışmalarda şiddet oranlarının acil servis hizmeti verilen bölümlerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Acil servislerde yapılan çalışmalarda oranlar birbirine benzerdir (43-46).

İzmir'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %98,5'i sözel şiddete uğradıkları, %19,7'sinin de fiziksel şiddete uğradıkları gösterilmiştir (47). Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bir aylık sürede saldırgan davranışın %53,2 fiziksel şiddetin ise %38,5 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösteren kişilerin genellikle 15-30 yaş arası gençlerde fazla olduğu; alkol ve madde kullanan kişilerin daha fazla şiddet eğiliminde olduğu vurgulanmıştır (45).

## **2.6. Şiddetin önlenmesi**

Şiddetin önlenmesi için toplumsal görüşleri değiştirmek, kültürel olarak kabul edilebilirliğini azaltmak, etkili bir sağlık kurumu yönetimi ile şiddete maruz kalmayı önlemek için yeni bir sistematik yaklaşım getirmek ve çalışanları şiddete karşı eğitmek, kişileri öfke ifade eden davranışları ve uğradıkları şiddetin nedenlerini bulma ve çözme, şiddeti önceden farkına varma ve engelleme konusunda eğitmek, ailenin eğitimi üzerinde durmak, adalet sisteminde kişileri topluma kazandırmak için tedbirler almak, ateşli silahların satış ve kullanımının kısıtlanması şeklinde yapılması gerekenler özetlenebilir. Kısaca şiddete karşı sıfır tolerans gösterecek yaklaşım tarzları benimsenmelidir (48-51).

## 2.7 Beyaz Kod Nedir?

Sağlık Bakanlığı'nın kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarının izlenmesi, gereken müdahalenin yapılması ile olayın takip edilmesi, adli mercilere iletilmesi, beraberinde; gerçekleşen olayların analizinin yapılarak ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirlerin alınması için çalışma yapılması amacıyla oluşturmuş bir sistemdir.

Öncelikli amaç hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların başına gelebilecek hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel taciz durumlarında güvenlik personelinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesi ve olay yerine yönlendirilmesini sağlamaktır. Beyaz kod uygulaması hastane personeli, hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçileri kapsamaktadır. Bu konuda sorumlu kişiler; Hastane Müdürü, Başhekim Yardımcısı, Başhemşire, Sosyal Çalışmacı, Güvenlik Amiri sorumludur (mesai sonrası nöbetçi Uzman Hekim, nöbetçi Amiri, nöbetçi gözetmen Hemşire sorumludur).

## 2.8 Beyaz Kod Bildirimi Nasıl Yapılır?

Sağlık çalışanları şiddet olaylarının bildirmek için 24 saat hizmet veren '113' numaralı telefonu veya [www.beyazkod.saglik.gov.tr](http://www.beyazkod.saglik.gov.tr) adresindeki bildirim formunu kullanabilir. Eğer şiddete maruz kalan kişiler beyaz kod bildirimini kendileri yapmadılarsa olayla ilgili tutanaklarına istinaden kurum yetkilisi tarafından [www.beyazkod.saglik.gov.tr](http://www.beyazkod.saglik.gov.tr) adresindeki bildirim formu doldurulur. Eş zamanlı olarak olayın ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilmesi sağlanır. İlgili birimlerden gelen değerlendirmeler sonucu şiddete maruz kalan çalışanlarını avukatlık hizmetleri birimiyle iletişime geçmesi sağlanır.

## 2.9 Beyaz Kod Birimi Nedir?

Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan, gerçekleşen şiddet olayları sonrasında '113' no'lu telefon numarasından 7/24 ulaşılabilen, bildirim üzerine, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştıran ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirilmesini sağlayan, ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimlerine de olayın bildirildiğini teyit eden birimdir.

## 3.0 Ülkemizdeki Yasal Mevzuat

İnsanoğlu ile birlikte var olan suç kavramı, değişik zaviyelerden farklı tanımlanmakla birlikte hukuk uygulaması açısından tanımı herkes için bağlayıcı olmaktadır. Suç; kamunun açıkça yasakladığı hukuka aykırı kusurlu hareket olarak tanımlanabilir. Suçun evrensel bir olgu olduğu yadsınmaz bir gerçek olup, ilk insanla birlikte suç vardır ve bundan sonra da olacaktır. Suç teşkil eden eylemler zamandan zamana değişiklik gösterdiği gibi aynı zaman dilimi içinde farklı mekân ve toplumlarda da farklılıklar göstermektedir. Önemli olan suçun varlığı değil, suça ve suçluya karşı gereken önlemlerin ve cezai yaptırımların uygulanabilmesidir (52).

Temel hak ve hürriyetlerin niteliği başlığı altında anayasamızın 12. Maddesinde 'herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir' denilmiş olup bu haklardan en önemlisi yaşam hakkıdır. Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve

manevi varlığı başlığı altında anayasamızın 17. Maddesine göre herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Çalışma hakkı ve ödevi başlığı altında anayasamızın 49. maddesinde (değişik: 3.10.2001-4709/19 maddesi) devlet, çalışan kişilerin hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma şartlarını sağlamak için gerekli tedbirleri alır.

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığı altında anayasamızın 56. maddesine göre devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek gayesiyle sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir (54).

Ayrıca kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemek maksadıyla 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 105/1 maddesinde ‘bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına hükmolunur’ denilmektedir. 2.fıkıradaki ‘bu fiiller, hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aynı iş yerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanarak işlenildiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında arttırılır. Bu fiil nedeni ile mağdur; işi bırakmak, okuldan ve ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz’ denilmektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 106/1 maddesinde ‘bir başkasını, kendisinin ya da yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Mal varlığı itibarı ile büyük bir zarara uğrattığından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur’ denilmektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 107/1 maddesinde ‘hakkı olan veya yükümlü olduğu bir şeyi yapacağından veya yapmayacağından bahisle, bir kimseyi kanuna aykırı veya yükümlü olmadığı bir şeyi yapmaya veya yapmamaya ya da haksız çıkar sağlamaya zorlayan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beş bin liraya kadar adli para cezası ile cezalandırılır’, 107/2 maddede ‘kendisine veya başkasına yarar sağlamak amacıyla bir kişinin şeref veya saygınlığına zarar verecek nitelikteki hususların açıklanacağı veya isnat edeceği tehdidinde bulunması halinde de birinci fıkraya göre cezaya hükmolunur’ denilmektedir.108/1 maddesinde ‘bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar arttırılarak hükmolunur’ denilmektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 125/1 maddesinde ‘bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edecek nitelikte somut bir fiil ya da olgu isnat eden veya sövmek sureti ile bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya

adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişi ile ihtilat edilerek işlenmesi gerekir,125/3- a maddesinde ‘hakaret suçunun kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz’ denilmektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 265/1 maddesinde ‘kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir ve tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır’ denilmektedir.

Ceza Muhakemesi Kanununun 158. maddesinin 4. fıkrasında ‘bir kamu görevinin yürütülmesiyle bağlantılı olarak işlediği iddia edilen bir suç nedeni ile ilgili kurum ve kuruluş idaresine yapılan ihbar veya şikâyet, gecikmeksizin ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir’ denilmektedir (54,55).



#### 4.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde retrospektif, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Çalışmaya Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra başlandı (16.06.2016 tarih ve 2016-478 protokol numaralı) (Ek 1). Çalışmaya alınması planlanan sağlık çalışanlarına çalışma hakkında bilgi verildi, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onamları alındı. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ektedir (Ek 2).

Çalışmamız 02.01.2014-31.08.2014 ile 02.01.2015-31.08.2015 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bildirim yapılan Beyaz Kod Vakaları ve uğradığı şiddet olayından sonra beyaz kod bildirim yapmış olan 14 uzman hekim, 56 asistan hekim, 25 hemşire ve 12 yardımcı sağlık personeli olmak üzere toplam 107 kişi dâhil edilmiştir.

Bu amaç doğrultusunda hastanemiz çalışan hakları ve güvenlik biriminden elde edilen “Beyaz Kod Çalışan Dosyası” kayıtları incelenerek bildirim yapanların yaş, cinsiyet, maruz kalınan şiddet türü, şiddet uygulayanın unvanı ve cinsiyeti, olayın gerçekleştiği birim ve vakanın gerçekleştiği zaman incelendi. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ve uzman görüşüne başvurulmuş düzenlenen ve içinde personelin yaş, cinsiyet, haftalık çalışma süresi, olayın kişi üzerindeki psikolojik etkileri, olayın kök nedeni, beyaz kod vakasının hukuki süreci tanımlayıcı sorularını içeren “Beyaz Kod Çalışma Formu” bildirim yapan sağlık personeline gönüllülük esasına göre anket şeklinde uygulandı (Ek-3).

Verilerin daha güvenli elde edilmesi amacıyla beyaz kod çalışma formu ilgili kurumlarda, çalışma ortam ve saatlerinde, sağlık çalışanları ziyaret edilerek tek tek gönüllülük esasına göre uygulandı. Veri toplama formunda bulunan soruları yanıtlamadan önce sağlık çalışanlarına elde edilen bilgilerin yalnızca bilimsel çalışma için kullanılacağı anlatılıp yanıtların hiçbir şekilde mesleki yaşamlarını ve geleceklerini etkilemeyeceği açıklandı.

Belirlenen anket uygulama esasları doğrultusunda anketlerin cevaplanması sırasında standardizasyonun sağlanması ve anket bilgilendirmesi arasında fark oluşmaması için çalışmada tek bir anketörün çalışmasına karar verilerek, çalışmada yer alan tüm anket görüşmeleri bizzat tezin yürütücüsü tarafından gerçekleştirildi.

Anket çalışması sonucu elde edilen değerlerin analizinde IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ilişki Ki-Kare ( $X^2$ ) testi ile tespit ederek anlamlılık düzeyi  $p > 0.05$  olduğunda anlamsız,  $p < 0.05$  olduğunda anlamlı olarak kabul edildi. Sonuçlar tablolar halinde sunulmuş ve tartışıldı.

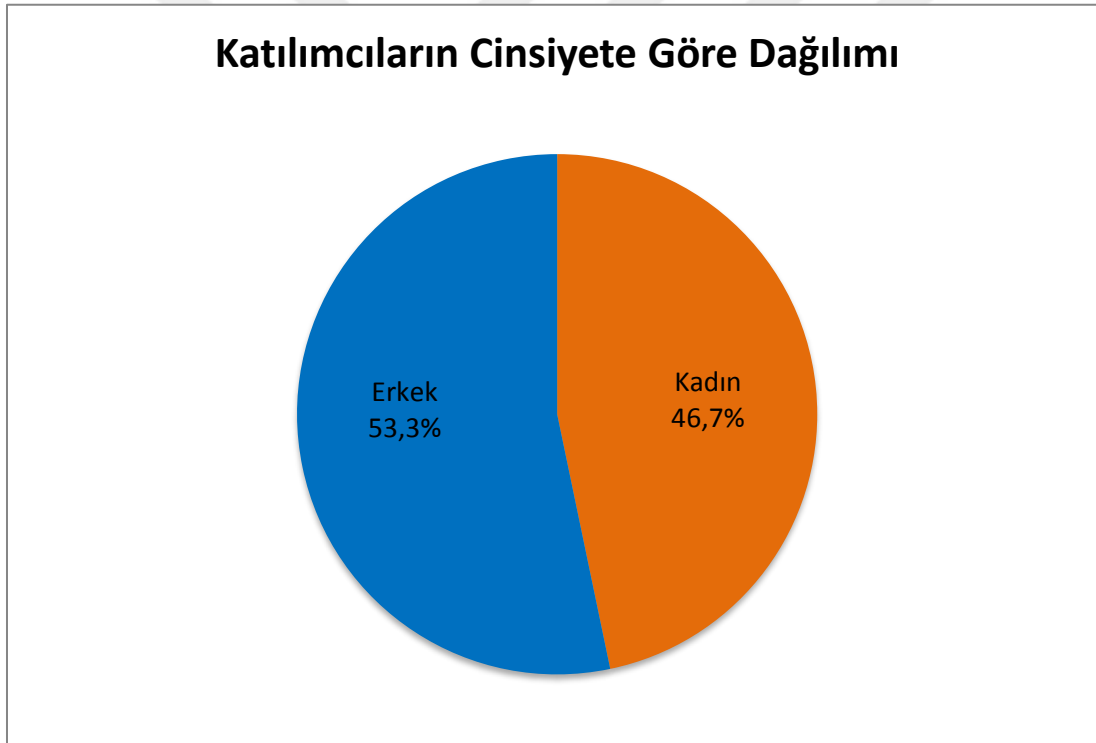
## 5.BULGULAR

Çalışmaya 2014-2015 Şubat-Ağustos ayları arası Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışırken uğradığı şiddet olayı sonrası beyaz kod bildirimini yapan sağlık personeli dâhil edilmiştir. Mevcut çalışma 2014-2015 Şubat-Ağustos ayları arası beyaz kod bildirimini yapan %46,7'si (n=50) kadın,%53,3'ü (n=57) erkek olmak üzere toplam 107 olgu üzerinde yapılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı süre içinde hastanemize 2199897 hasta başvuru yapmış olup bunun 851080'i acil serviste muayene olmuştur. Acil servise bir ayda ortalama 60791, hastane geneli ise bir ayda ortalama 157135 başvuran hastaya 2335 sağlık personeli ile sağlık hizmeti vermeye çalışılmıştır.

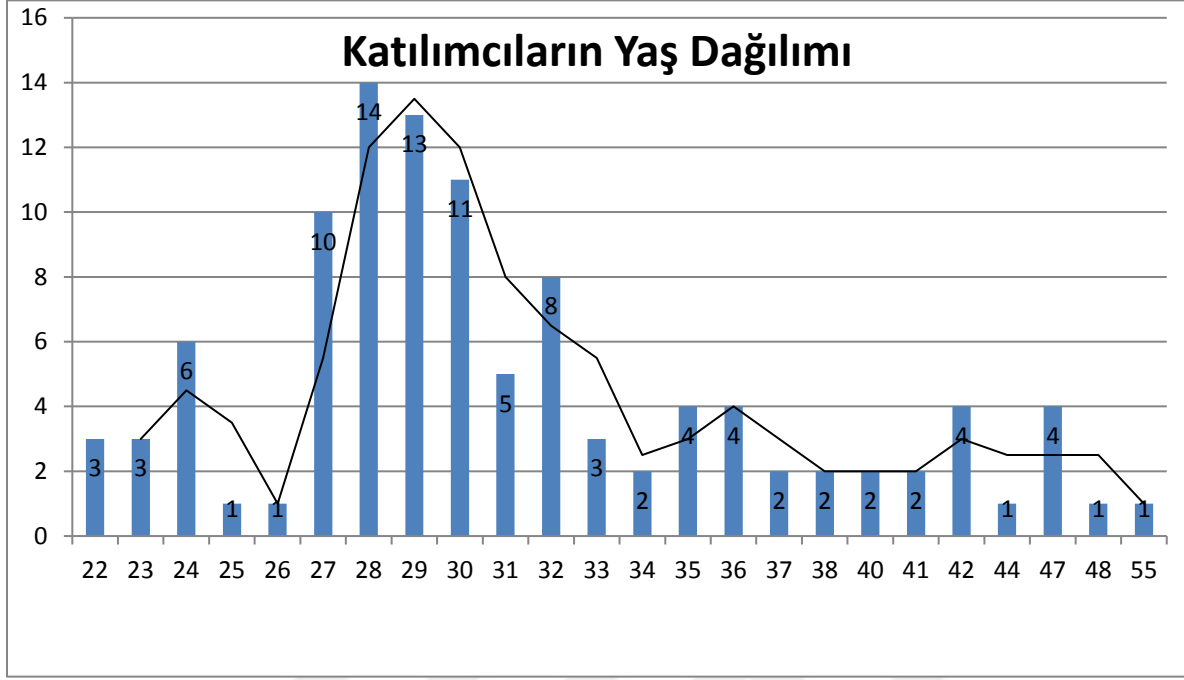
### Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya alınan 107 olgunun 50'si (%46,7) kadın,57'si (%53,3) erkekti (Şekil 1).



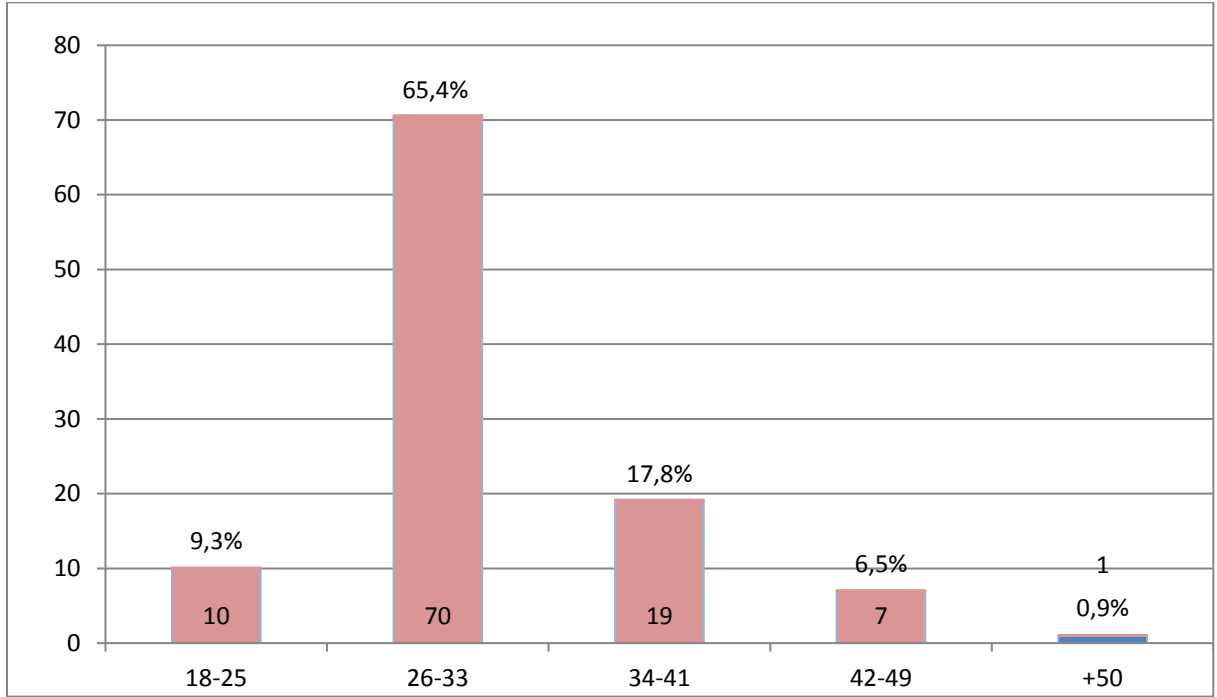
**Şekil 1:** Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması  $31,55 \pm 6,43$  olarak (minimum:22, maksimum:55) bulunmuştur (Şekil 2).



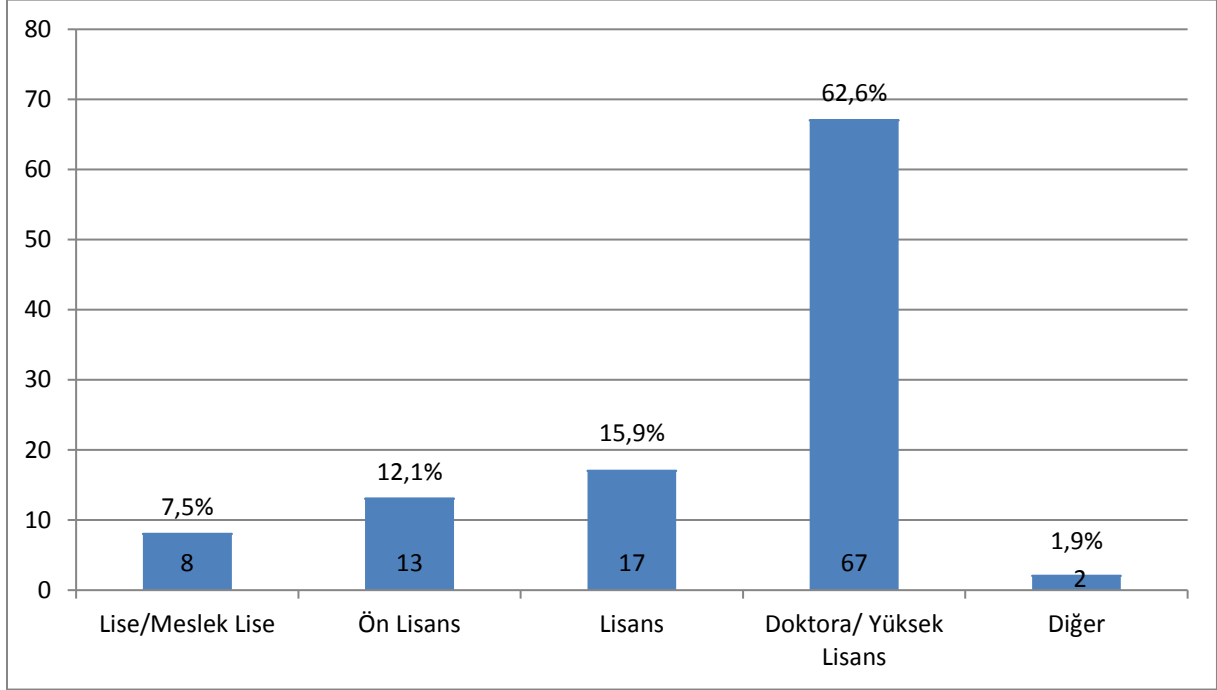
Şekil 2: Katılımcıların Yaş Dağılımı

Çalışmaya alınan 107 katılımcının 10'nun (%9,3) 18-25 yaş aralığında,70'nin (%65,4) 26-33 yaş aralığında,19'nun (%17,8) 34-41 yaş aralığında,7'nin (%6,5) 42-49 yaş aralığında ve bir kişinin de 50 yaştan büyük olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).



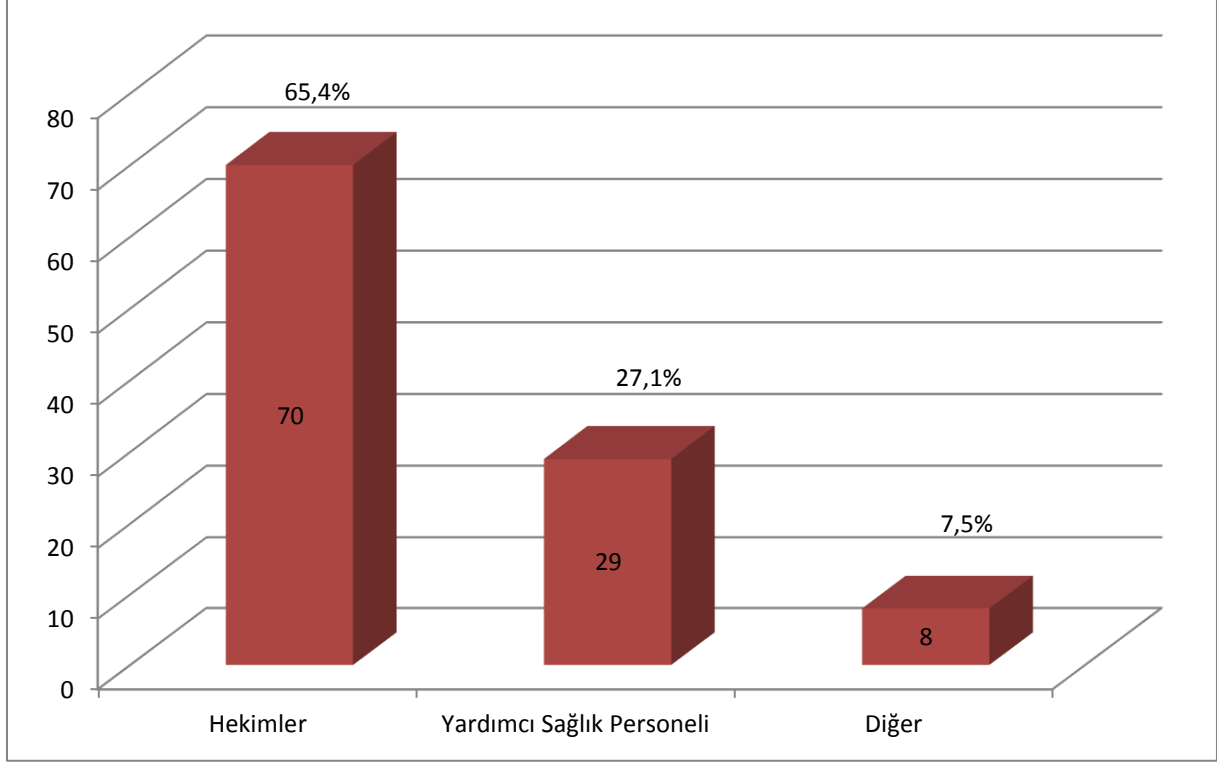
Şekil 3: Katılımcıların Yaş Aralığı

Çalışmaya alınan katılımcıların eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında;67 (%62,6) kişinin doktora/yüksek lisans,17'sinin(%15,9) lisans,13'nün(%12,1) ön lisans,8'nin(%7,5) lise/meslek lise mezunu 2 kişinin (%1,9) diğer kategorisinde olduğu görülmüştür (Şekil 4).



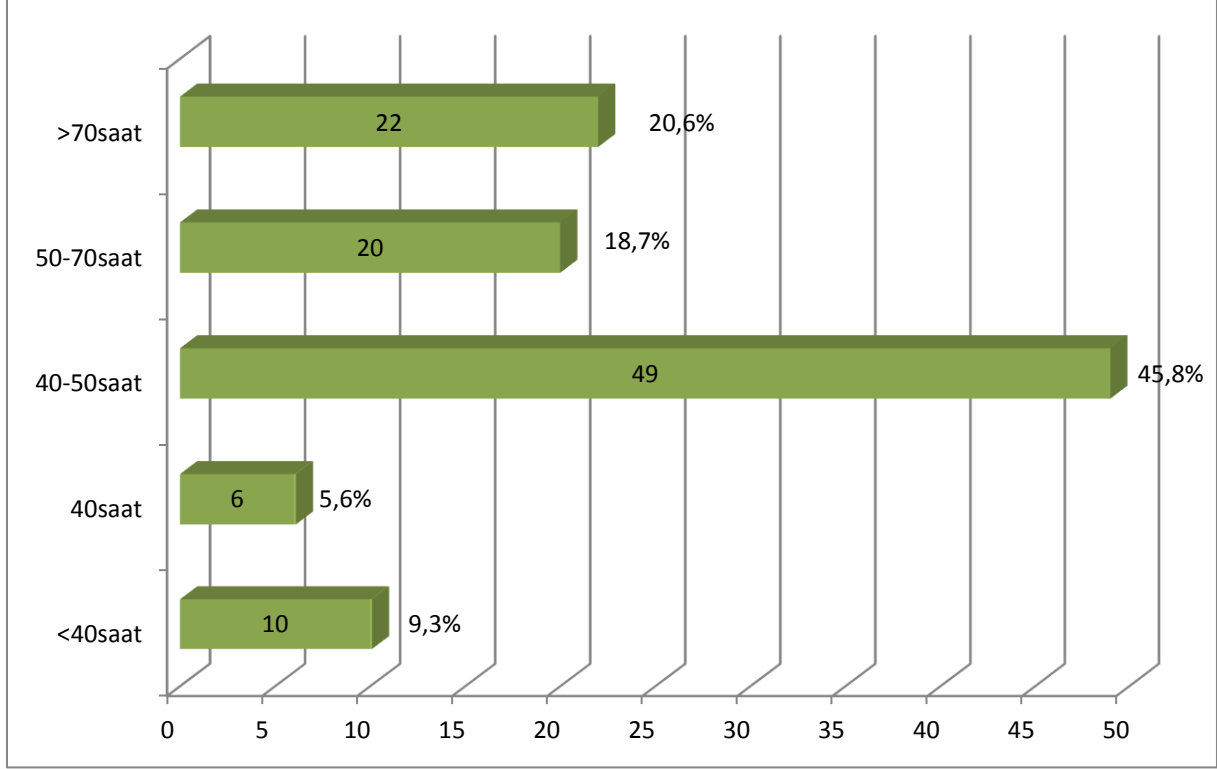
Şekil 4: Katılımcıların Eğitim Düzeyleri

Çalışmaya katılan personelin unvan dağılımına baktığımızda; 70'nin (%65,4) uzman ve asistanlardan oluşan hekimlerden oluştuğu, 29'nun (%27,1) hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeninden oluşan yardımcı sağlık personelinin oluştuğu, 8'nin (%7,5) ise tıbbi sekreter, güvenlik elemanı, temizlik elemanından oluştuğu görülmüştür (Şekil 5).



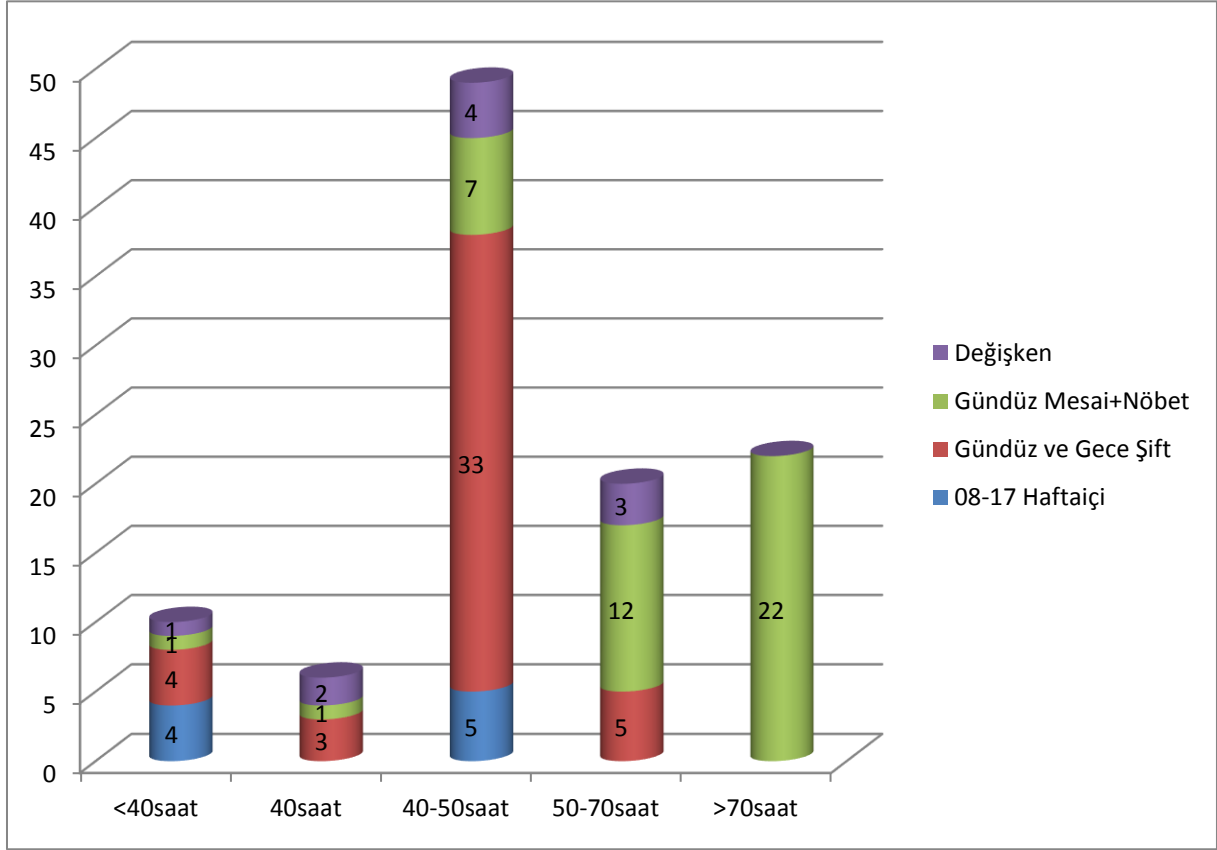
**Şekil 5:** Sağlık Personelinin Unvanı

Çalışmaya alınan 107 katılımcının 10'nun (%9,3) haftalık 40 saatten az çalıştığı, 6'sının (%5,6) haftada 40 saat çalıştığı, 49'nun (%45,8) haftada 40-50 saat arasında çalıştığı 20'sinin (%18,7) haftada 50-70 saat arasında çalıştığı, 22'sinin (%20,6) ise haftada 70 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir (Şekil 6).



**Şekil 6:** Katılımcıların Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı

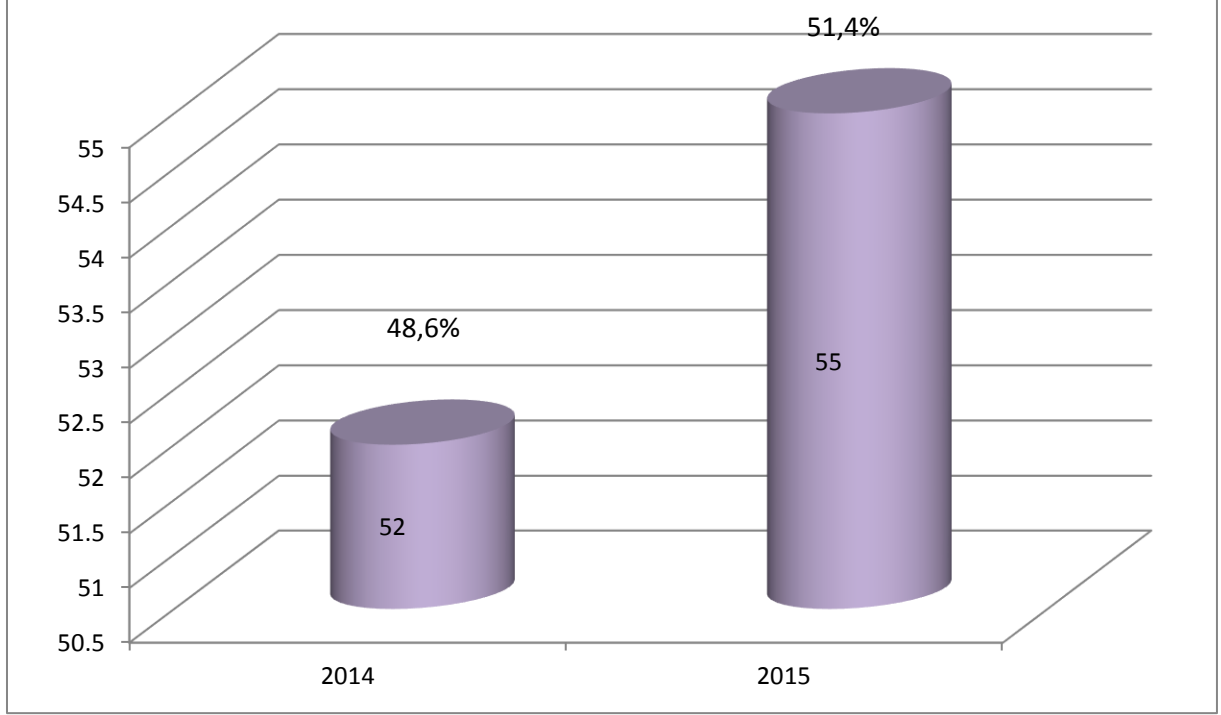
Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların mesai şekline bakıldığında; 9'nun (%8,4) hafta içi 8:00-17:00 mesai şeklinde çalıştığı, 45'nin (%42,1) gece-gündüz shifti şeklinde çalıştığı, 43'nün (%40,2) gündüz mesai ve gece nöbet şeklinde, 10'nun ise değişken olduğu saptanmıştır (Şekil 7).



Şekil 7: Katılımcıların Mesai Şekli

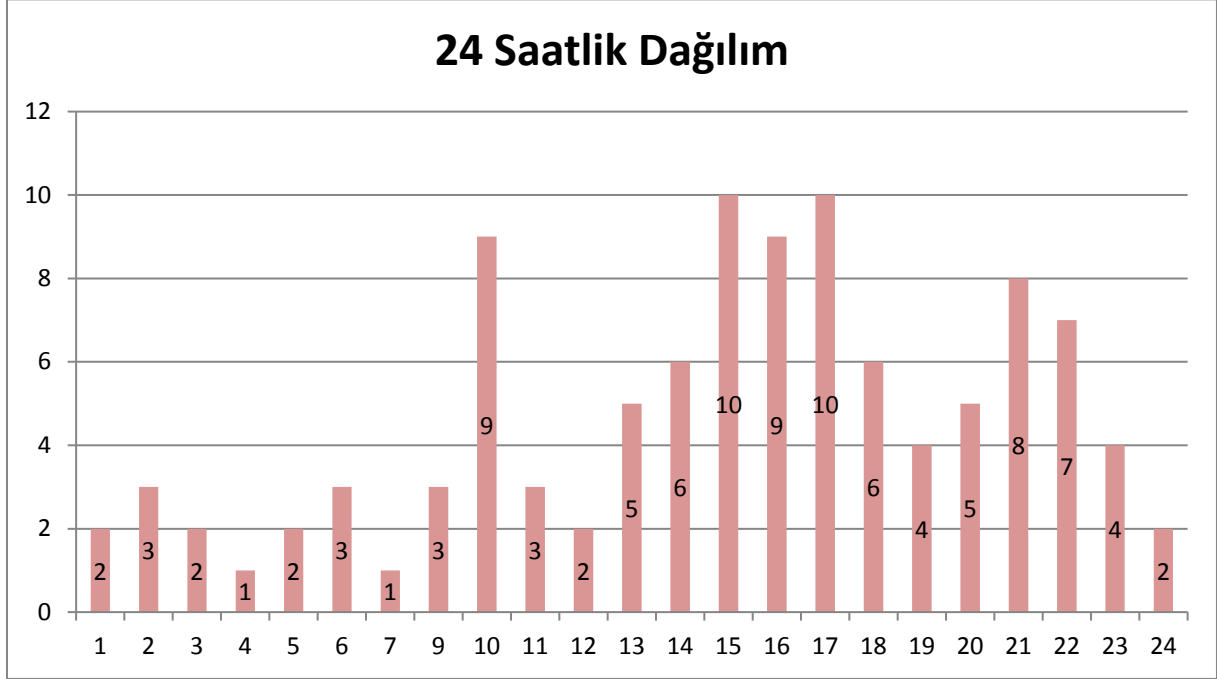
## Maruz Kalınan Şiddeti İle İlgili Bulgular

2014-2015 Şubat-Ağustos ayları arasında verilen beyaz kod vakalarının 52'sinin (%48,6) 2014 Şubat Ağustos ayları arasında verildiği, 55'nin (%51,4) 2015 Şubat-Ağustos ayları arasında verildiği saptanmıştır (Şekil 8).



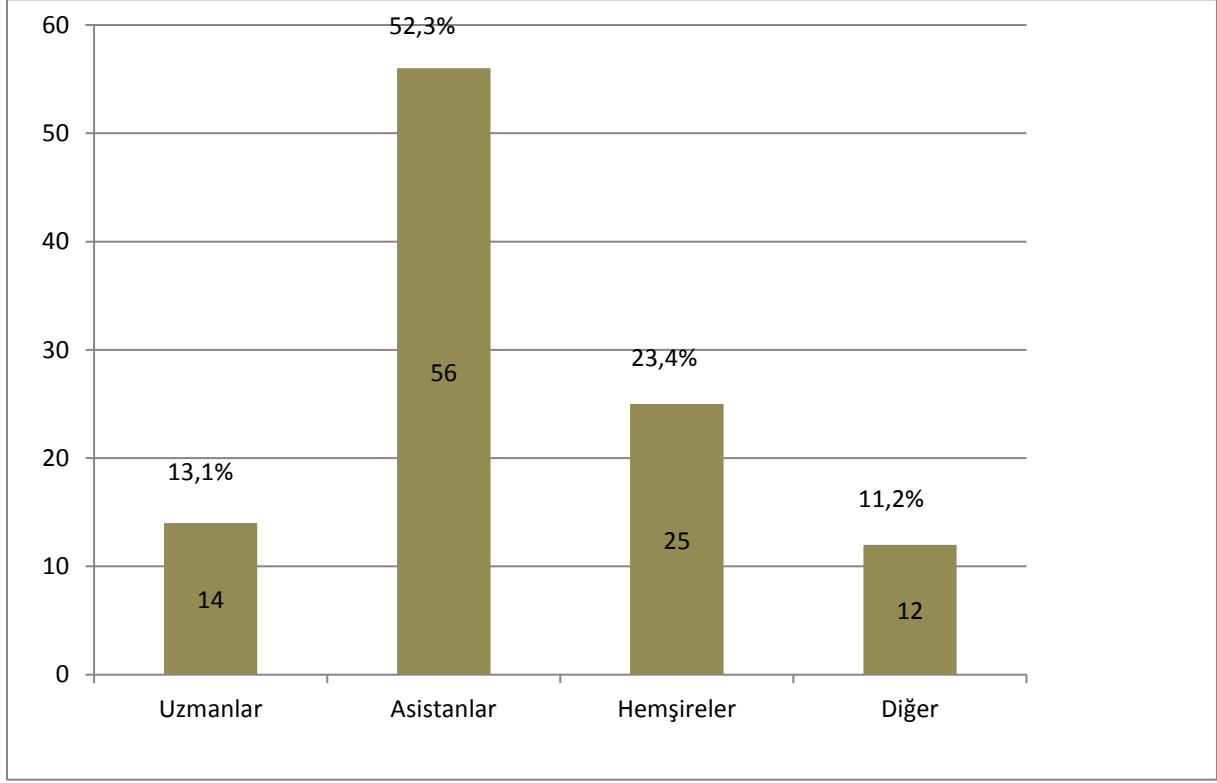
**Şekil 8:** 2014-2015 Şubat-Ağustos Ayları Arası Verilen Beyaz Kod Vakalarının Karşılaştırılması

Beyaz kod vakalarının gün içinde verildiği saatlere bakıldığında en çok saat 15:00-17:00 (%9,35) saatlerinde verildiği en az ise saat 4:00-7:00 (%0,93) saatlerinde verildiği saptanmıştır (Şekil 9).



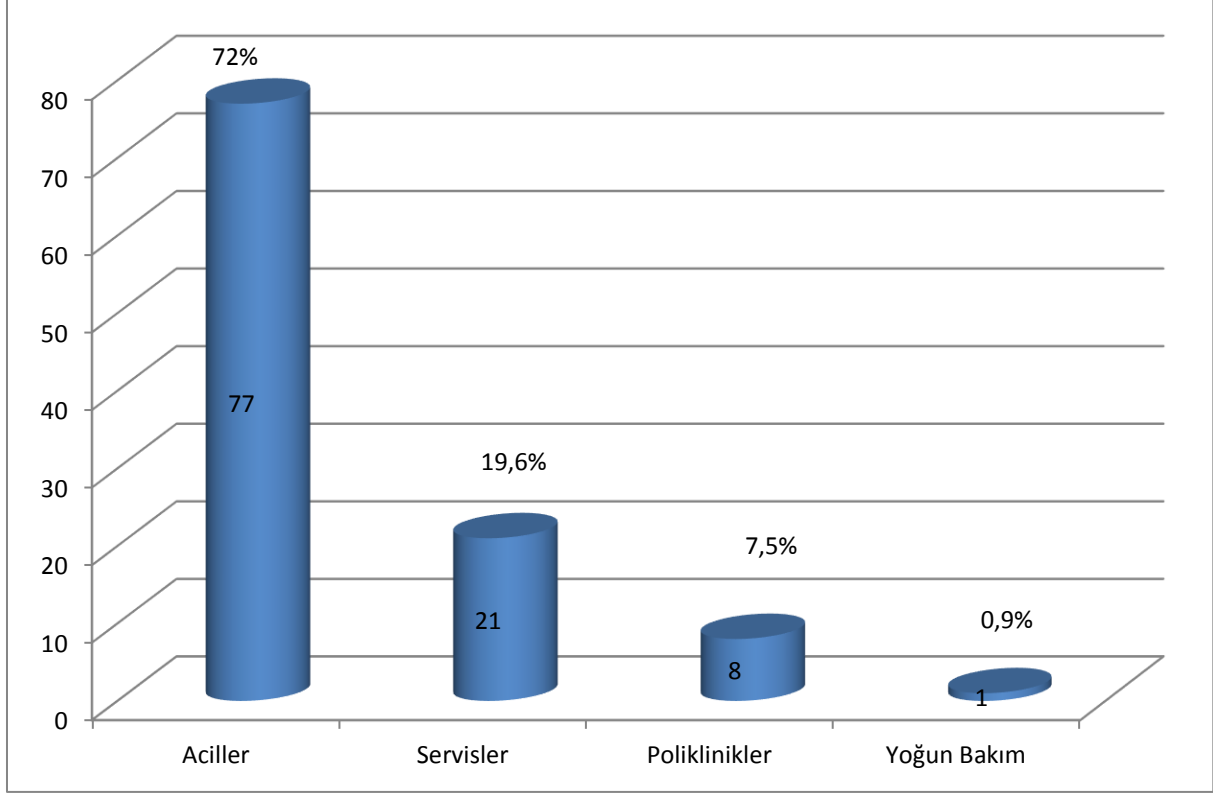
Şekil 9: Beyaz Kod Vakalarının 24 Saatlik Dağılımı

Şiddete maruz kalan personelin unvana göre dağılımına bakıldığında; 14'nün (%13,1) uzmanlar, 56'sının (%52,3) asistanlar, 25'nin (%23,4) hemşireler ve 12'sinin (%11,2) diğerlerinden oluştuğu bulunmuştur (Şekil 10).



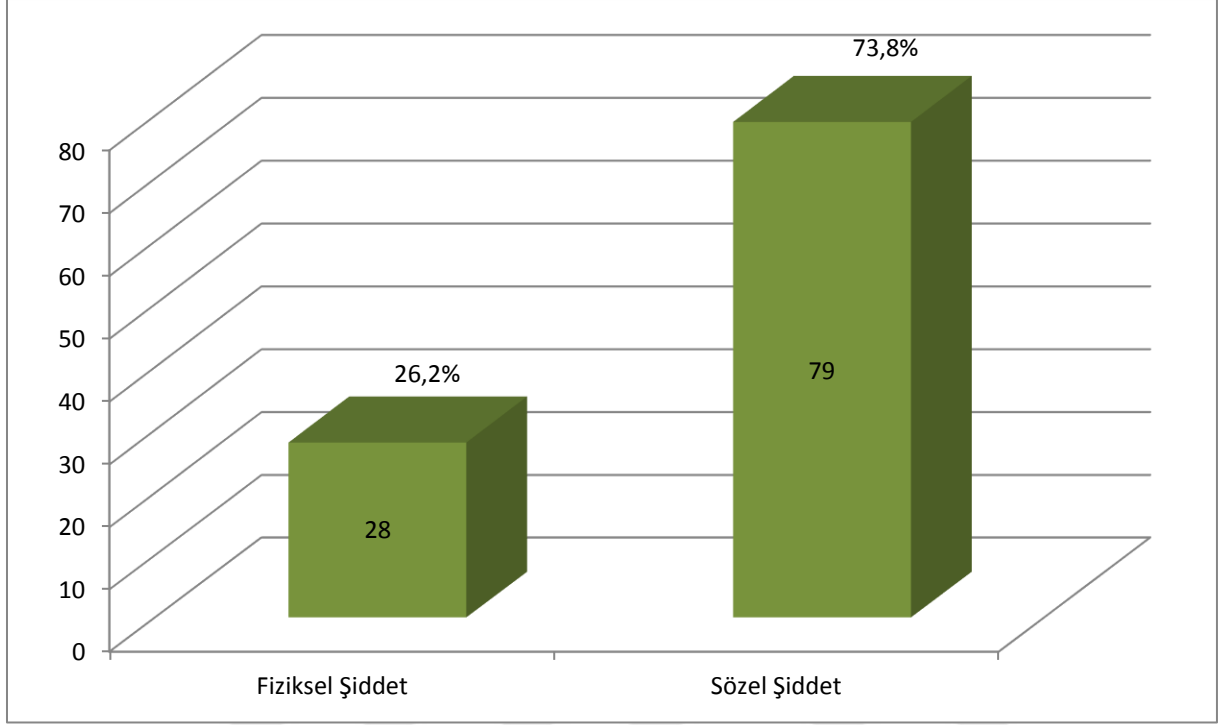
**Şekil 10:** Şiddete Maruz Kalan Personelin Unvana Göre Dağılımı

Hastane geneli beyaz kod vakalarının dağılımına bakıldığı zaman verilen 107 beyaz kod vakasının 77'si (%72) acillerde, 21'i(%19,6) servislerde, 8'i (%7,5) polikliniklerde ve 1'i (%0,9) de yoğun bakımda verildiği bulunmuştur (Şekil 11).



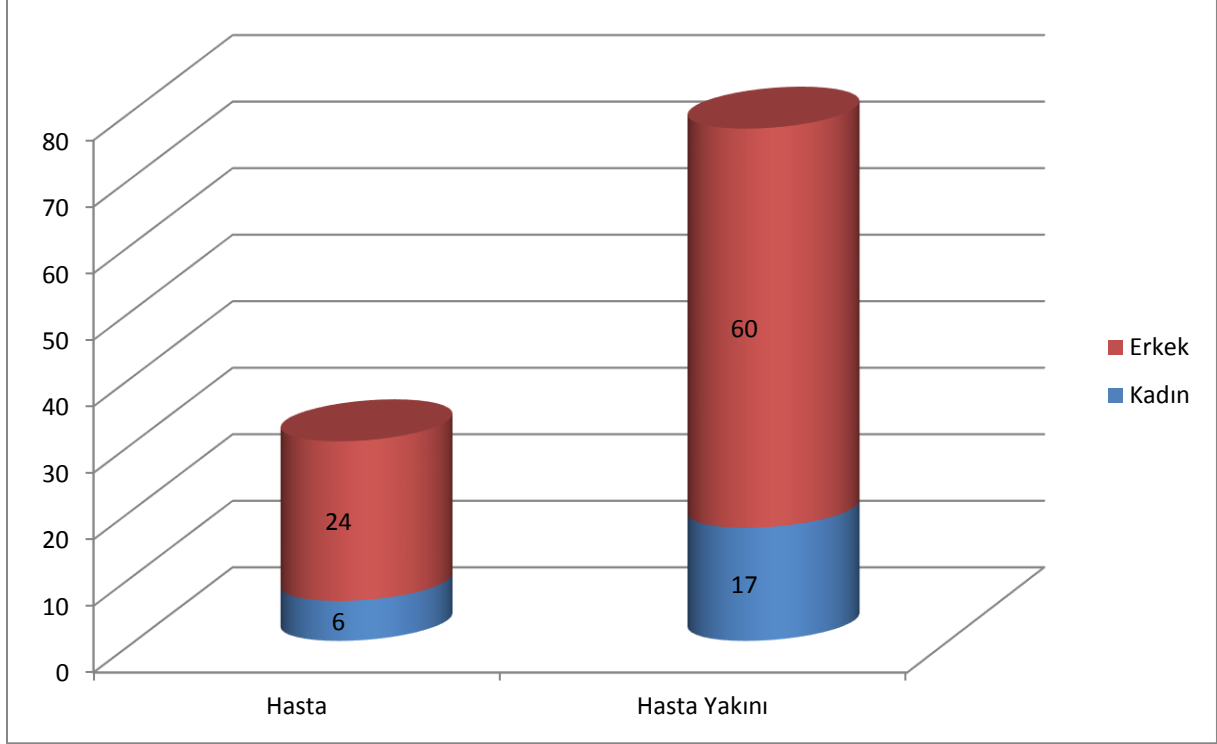
**Şekil 11:** Beyaz Kod Vakalarının Hastane Birimlerine Göre Dağılımı

Çalışmaya alınan beyaz kod vakalarının 79'u (%73,8) sözel şiddet olarak bildirilmişken, 28'i (%26,2) fiziksel şiddet olarak bildirildiği tespit edilmiştir (Şekil 12).



**Şekil 12:** Personelin Maruz Kaldığı Şiddet Türü

Sağlık personeline şiddet uygulayan kişilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında 84'ünün (%78,5) erkek, 23'nün (%21,5) kadın olduğu, 77'sinin (%72) hasta yakını 30'nun (%28) ise hasta olduğu tespit edilmiştir (Şekil 13).



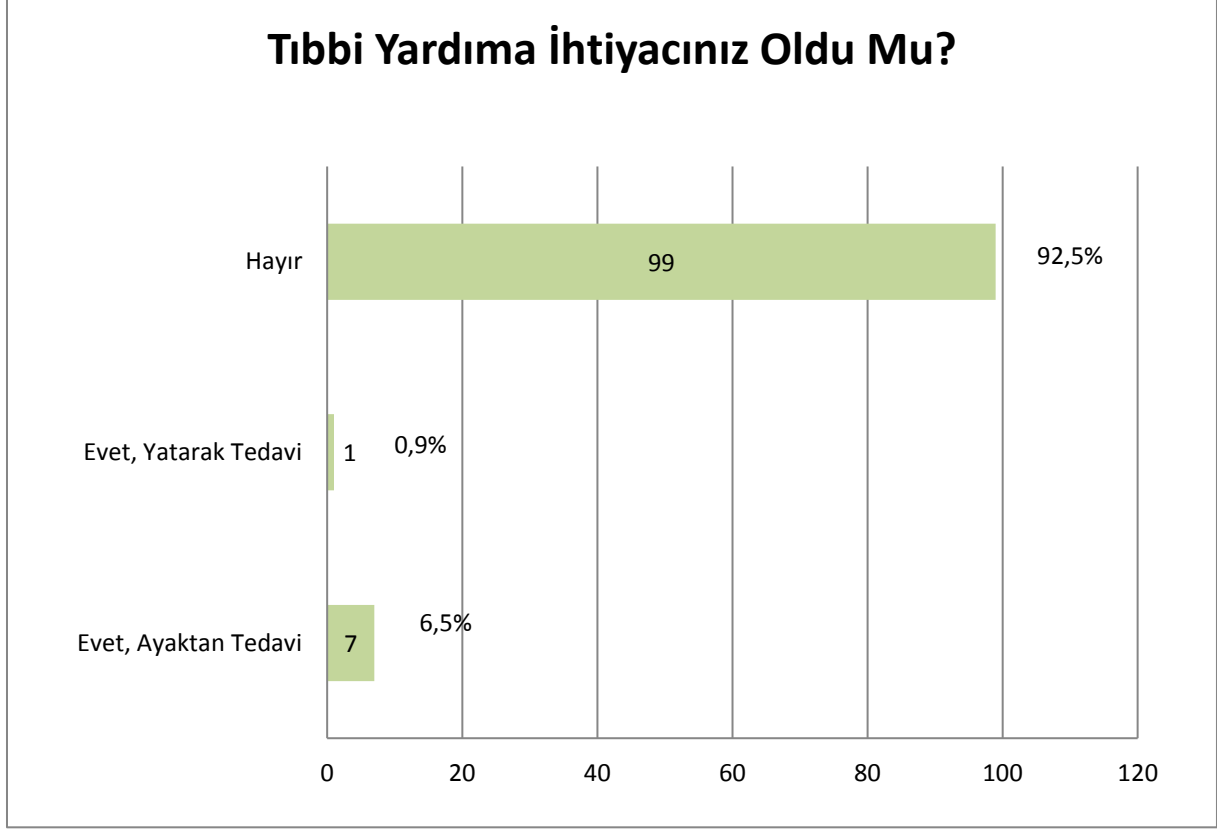
**Şekil 13:** Şiddet Uygulayıcısının Cinsiyet ve Unvan Dağılımı

İncelemeye aldığımız beyaz kod vakalarının adli vaka olup olmamasına göre oranlara bakıldığında vakaların 23'ünün (%21,5) adli vaka olduğu, 84'nün (%78,5) adli vaka olmadığı saptanmıştır (Şekil 14).



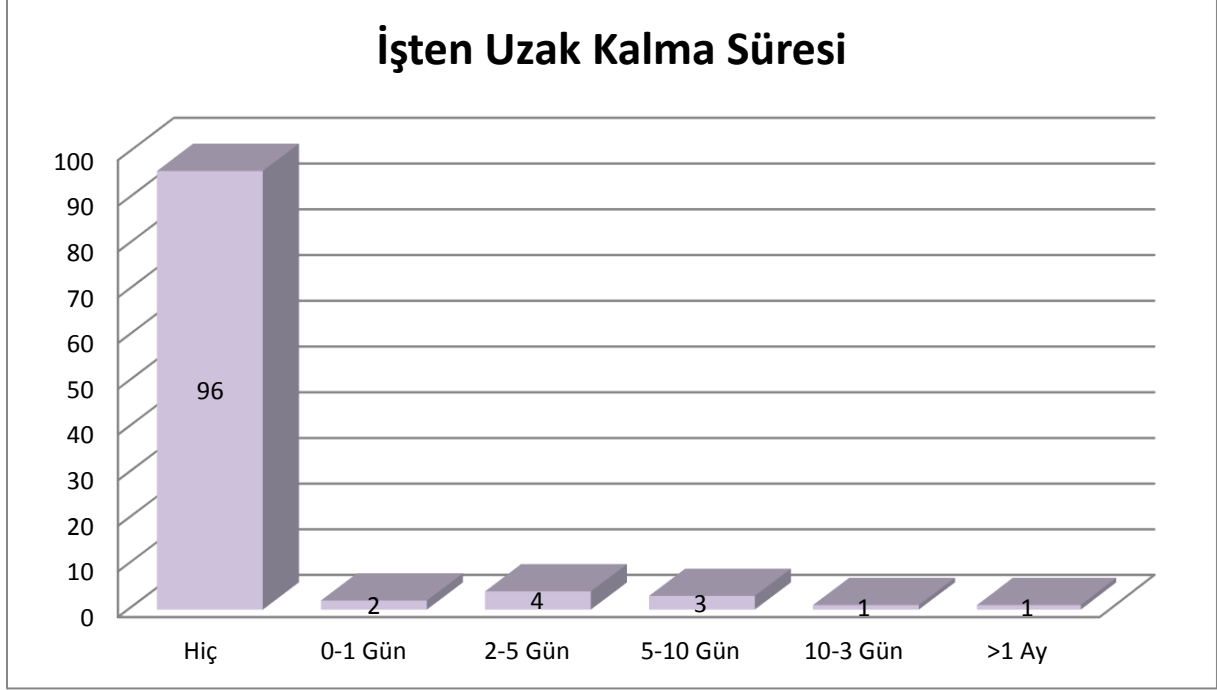
**Şekil 14:** Beyaz Kod Bildirimi Yapılan Hastanın Adli Vaka Olup Olmaması

Katılımcıların beyaz kod olayı sonrası tıbbi yardıma ihtiyaç olup olmadığı değerlendirildiğinde; 7 (%6,5) kişinin ayakta tedavi ihtiyacının olduğu, 1 (%0,9) kişinin yatarak tedavi ihtiyacı olduğu, 99 (%92,5) kişinin ise herhangi bir tıbbi tedaviye ihtiyacının olmadığı saptanmıştır (Şekil 15).



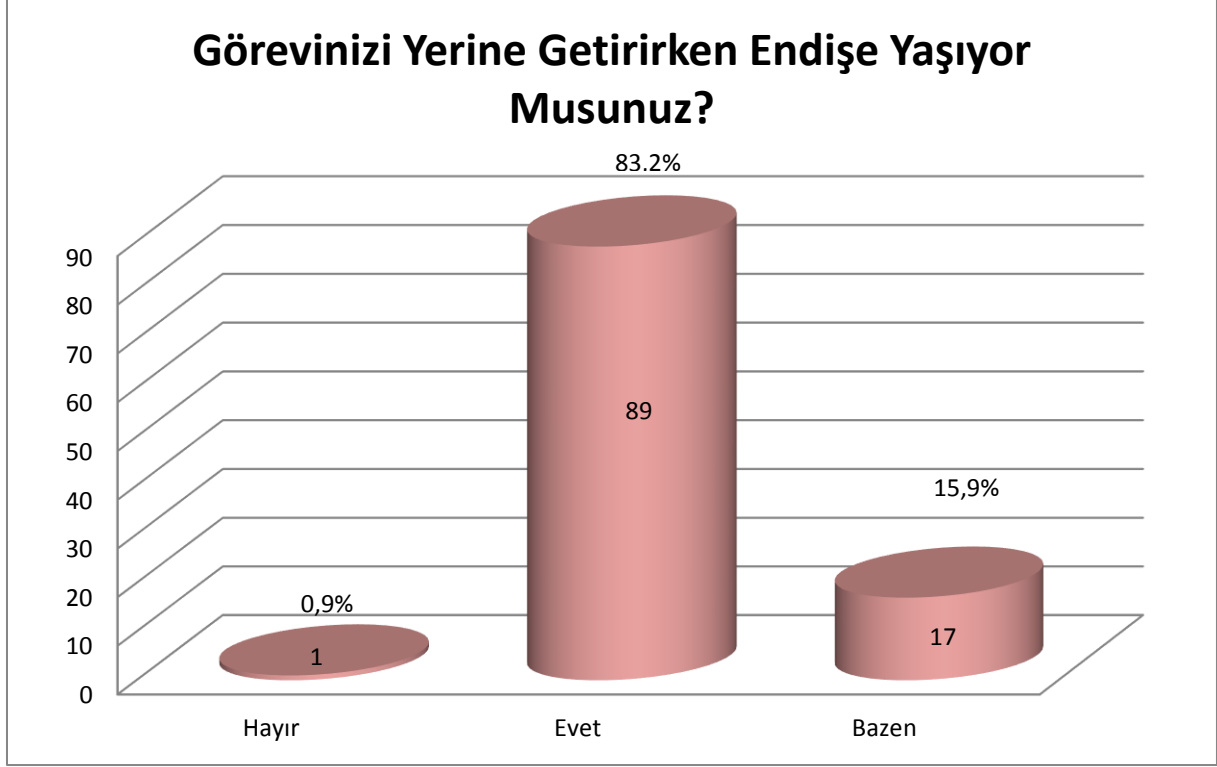
**Şekil 15:** Şiddet Sonrası Tıbbi Yardıma İhtiyaç Olup Olmadığının Dağılımı

Beyaz kod bildirimini yapan personelin işten uzak kalma süresine bakıldığında; 96'sının (%89,7) hiç izin kullanmadığı, 2 (%1,9) kişinin 0-1 gün, 4 (%3,7) kişinin 2-5 gün,3 (%2,8) kişinin 5-10 gün, 1 (%0,9) kişinin 10-30 gün ve 1 (%0,9) kişinin 1 aydan fazla olmak üzere işten uzak kaldığı tespit edilmiştir (Şekil 16).



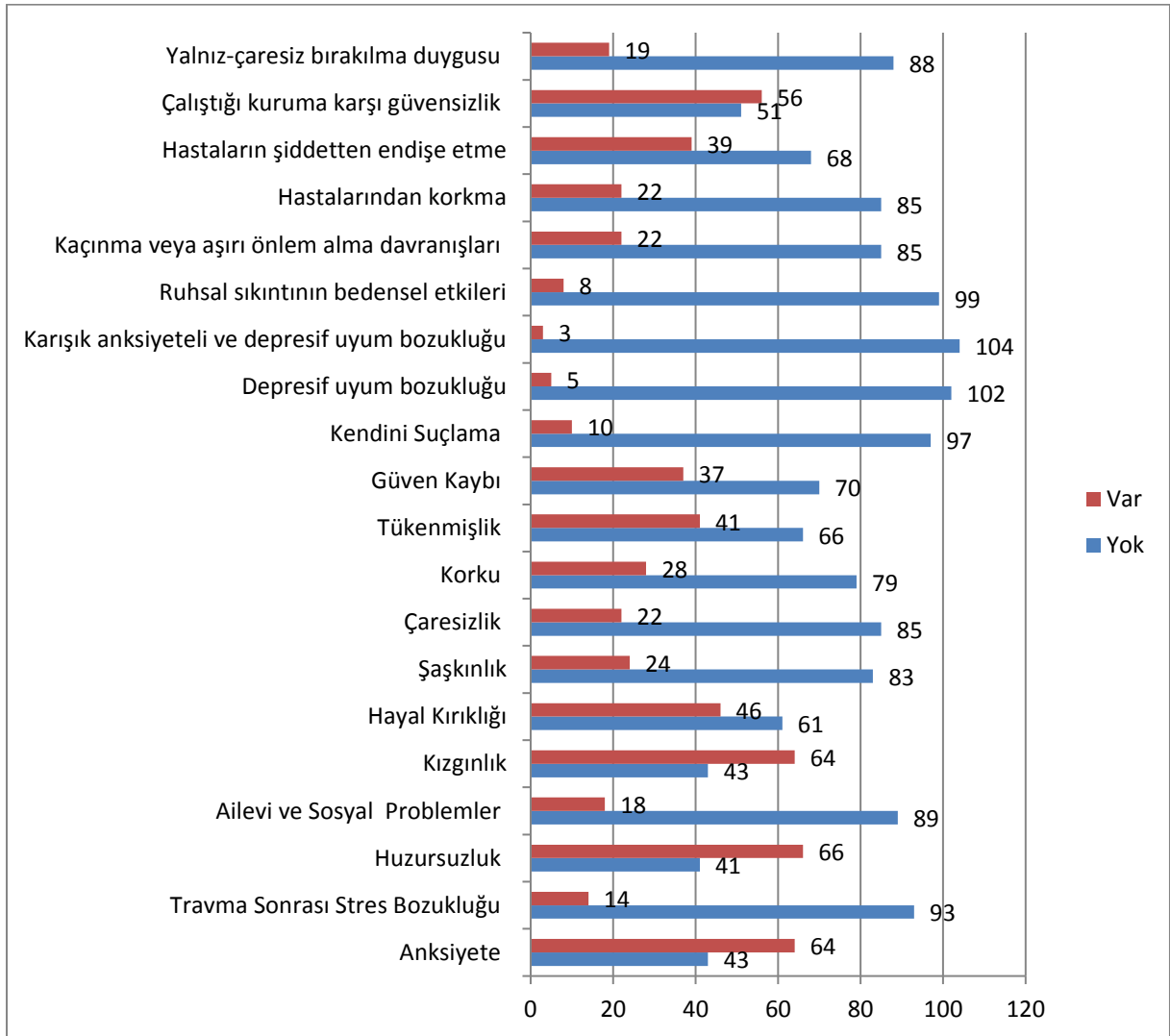
**Şekil 16:** Şiddet Sonrası İşten Uzak Kalma Süre Dağılımı

Sağlık personelinin görevini yerine getirirken endişe yaşıyor yaşımadığının sonuçlarına bakıldığında; 89'nun (%83,2) endişe duyduğu, 17'sinin (%15,9) bazen endişe duyduğu, 1 kişinin ise endişe duymadığı saptanmıştır (Şekil 17).



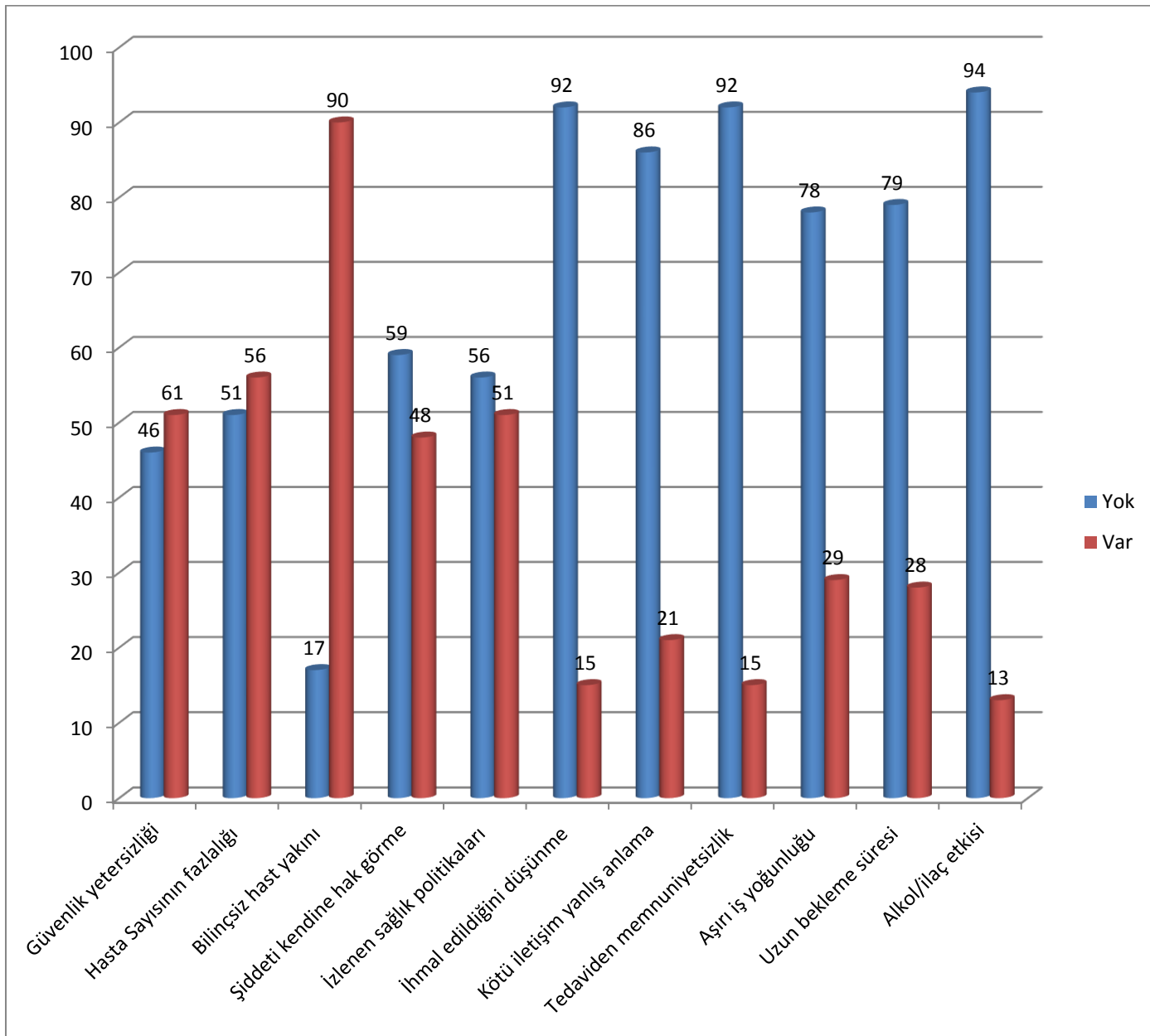
**Şekil 17:** Sağlık Personelinin Görevini Yaparken Endişe Duyma Dağılımı

Çalışmaya alınan 107 personelin şiddet olayı sonrası etkilerine bakıldığında 64'ünde (%40,2) anksiyete, 14'ünde (%13,1) travma sonrası stres bozukluğu, 66'sında (%61,7) huzursuzluk, 18'inde (%16,8) ailevi ve sosyal problemler, 64'ünde (%59,8) kızgınlık, 46'sında (%43) hayal kırıklığı, 24'ünde (%22,4) şaşkınlık, 22'sinde çaresizlik (%20,6), 28'inde (%26,2) korku, 41'inde (%38,3) tükenmişlik, 37'sinde (%34,6) güven kaybı, 10'nunda (%9,3) kendini suçlama, 5'inde (%4,7) depresif uyum bozukluğu, 3'ünde (%2,8) karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğu, 8'inde (%7,5) ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, 22'sinde (%20,6) kaçınma ve aşırı önlem alma davranışları, 22'sinde (%20,6) hastalarından korkma, 39'unda (%36,4) hastalarının şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet olarak görme, 56'sında (%52,3) kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik, 19'unda (%17,8) yalnız çaresiz bırakılma duygusu yaşadıkları tespit edilmiştir (Şekil 18).



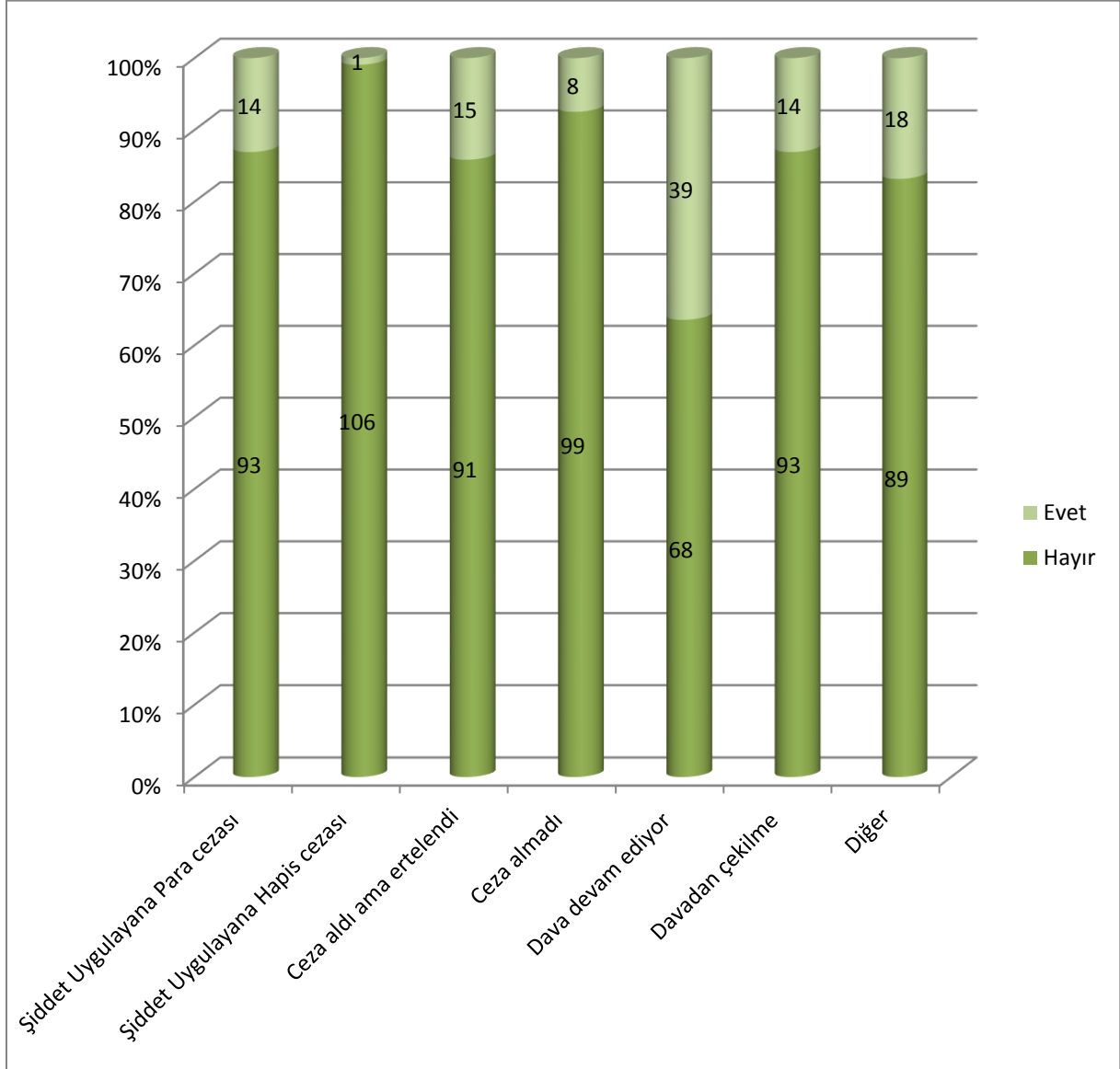
Şekil 18: Şiddetin Sağlık Personeline Olan Etkisi

Sağlık personeliyle yapılan anket görüşmesinde yaşanan şiddet olayının kök nedenlerine bakıldığında; 61'nin (%57) güvenlik yetersizliğini, 56'sının (%52,3) hasta sayısının fazlalığını,90'nın (%84,1) bilinçsiz hasta yakınına,48'nin(%44,9) şiddeti kendine hak görmesini, 51'nin (%47,7) izlenen sağlık politikalarını, 15'nin (%14) ihmal edildiğini düşünmesini,21'nin (%19,6) kötü iletişim ve yanlış anlaşılma,15'nin (%14) tedaviden memnuniyetsizliği,29'nun (%27,1) aşırı iş yoğunluğunu,28'nin (%26,2) uzun bekleme süresini,13'nün (%12,1) alkol ilaç etkisinde olmayı kök neden olarak gösterdiği saptanmıştır (Şekil 19).



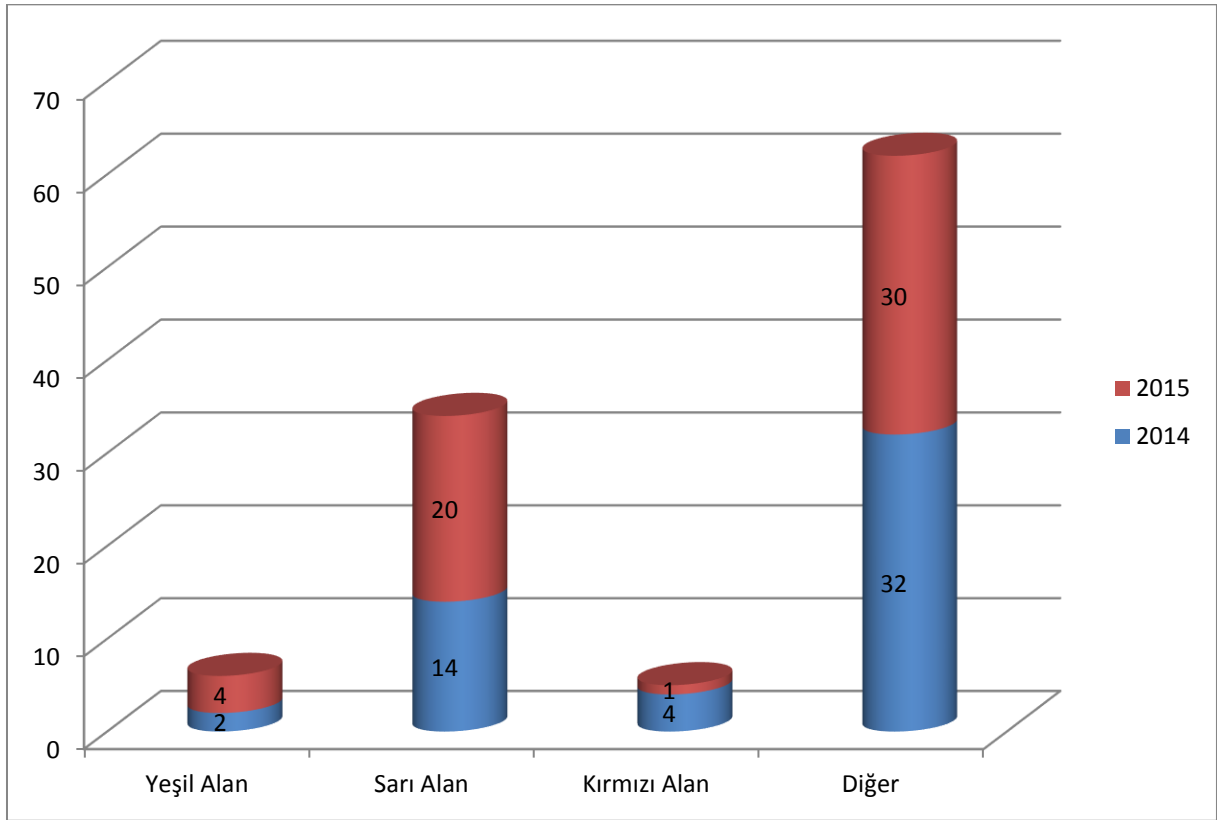
Şekil 19: Şiddet Olayının Kök Nedene Göre Dağılımı

Çalışmaya alınan vakaların soruşturma neticelerine bakıldığında; 14'ünde (%13,1) şiddet uygulayana para cezası verildiği, 1 (%0,9) kişiye hapis cezası, 16'sında (%15) ceza aldığı ama ertelendiği, 8'inin (%7,5) ceza almadığı, 14'ünün (%13,1) soruşturmada geri çekildiği, 18'nin (%16,8) ise diğer kategorisinde değerlendirildiği bulunmuştur (Şekil 20).



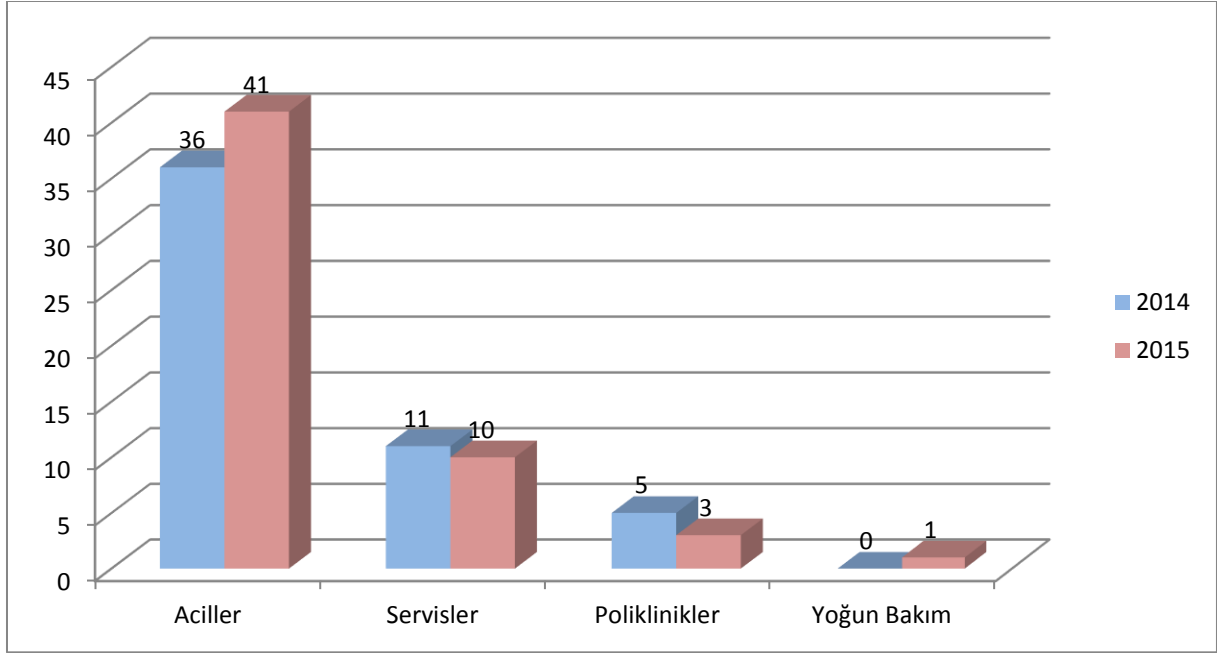
Şekil 20: Beyaz Kod Vakalarının Soruşturma Neticeleri

2014'te diğer birimler de verilen beyaz kod oranı %29,9 (n=32) iken 2015'te bu oran %28 (n=30), acil serviste 2014 yılında yeşil oda beyaz kod oranı %1,9 (n=2) iken 2015'te bu oran %3,7 (n=4), 2014'te sarı odalarda verilen beyaz kod oranı %13,1 (n=14) 2015'te bu oran %18,7 (n=20), 2014' te kırmızı odalarda verilen beyaz kod oranı %3,7 (n=4) iken 2015'te bu oran %0,9 (n=1) olduğu saptanmıştır (Şekil 21).



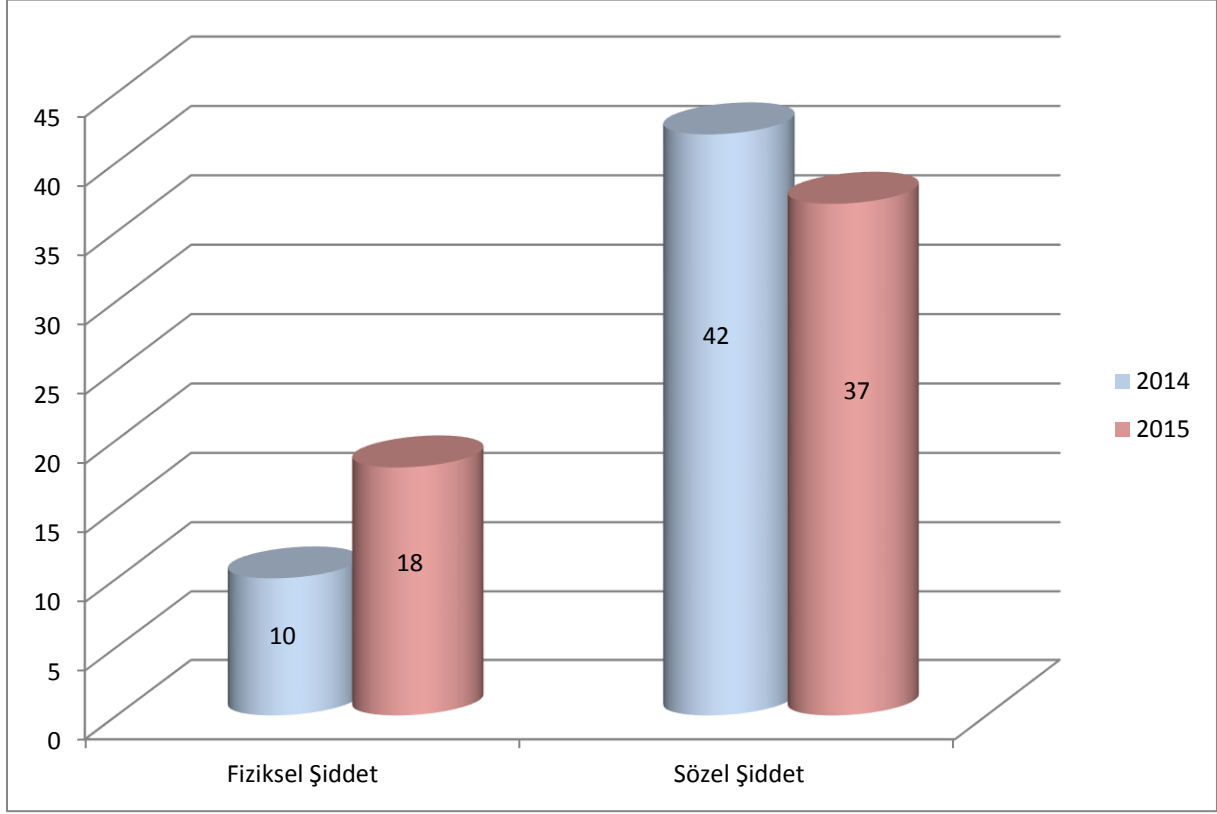
**Şekil 21:** 2014-2015 Şubat-Ağustos Ayları Beyaz Kod Verilme Oranlarının Acil Servisteki Dağılımı ve Diğer Birimlere Göre Kıyaslanması

Beyaz kod vakalarının hastane birimlerine göre 2014-2015 kıyaslanmasına bakıldığında; 2014 yılında acil servislerde verilen beyaz kod oranı %33,6 (n=36) iken 2015’ te bu oran%38,3 (n=41), 2014’te servislerde verilen beyaz kod oranı %10,3 (n=11) iken 2015’ te bu oran %9,3 (n=10), polikliniklerde 2014’te verilen beyaz kod oranı %4,7 iken 2015’ te bu oran %2,8 ,2014 yılında yoğun bakımlarda vaka görülmez iken 2015’te %0,9 (n=1) bir vaka tespit edilmiştir (Şekil 22).



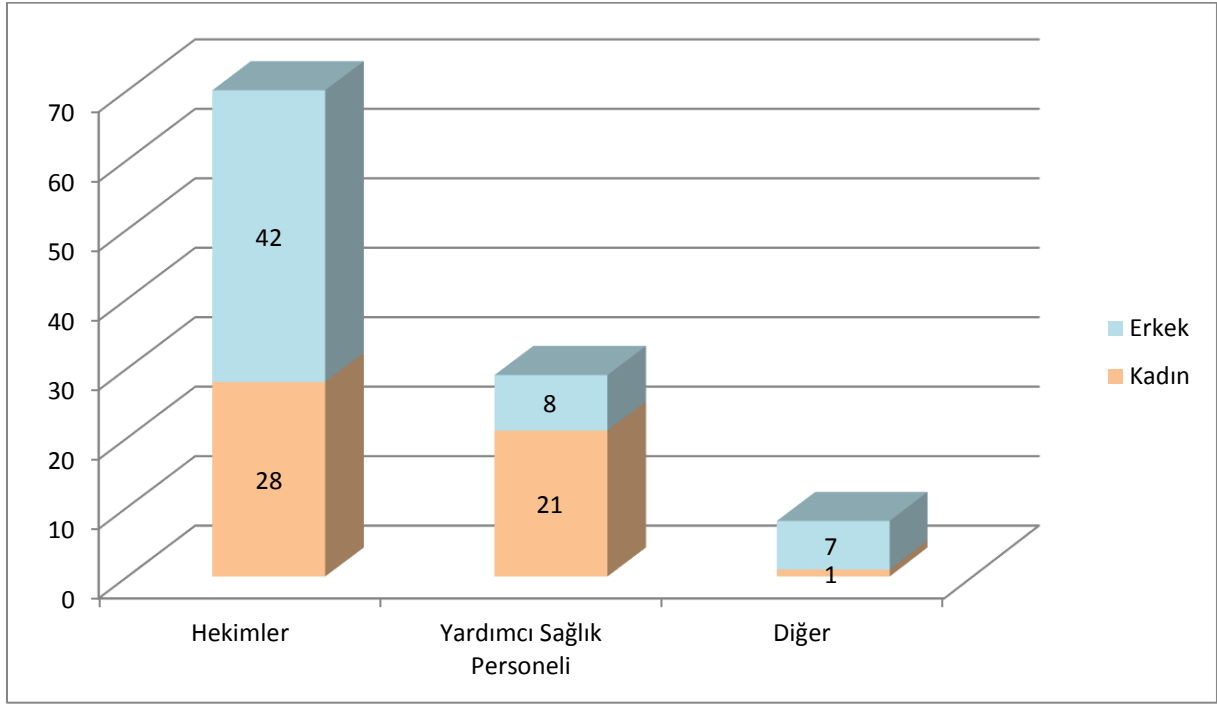
**Şekil 22:** 2014-2015 Şubat-Ağustos Arası Beyaz Kod Vakalarının Aciller, Servisler, Poliklinikler ve Yoğun Bakım Açısından Karşılaştırılması

2014-2015'te yaşanan şiddet olayının türü karşılaştırıldığında; 2014'te yaşana fiziksel şiddet oranı %9,3 (n=10) 2015'te bu oran %16,8 (n=18) olduğu, 2014'te yaşanan sözel şiddet oranı %39,3 (n=42) iken 2015'te bu oran %34,6 (n=37) olduğu tespit edilmiştir (Şekil 23).



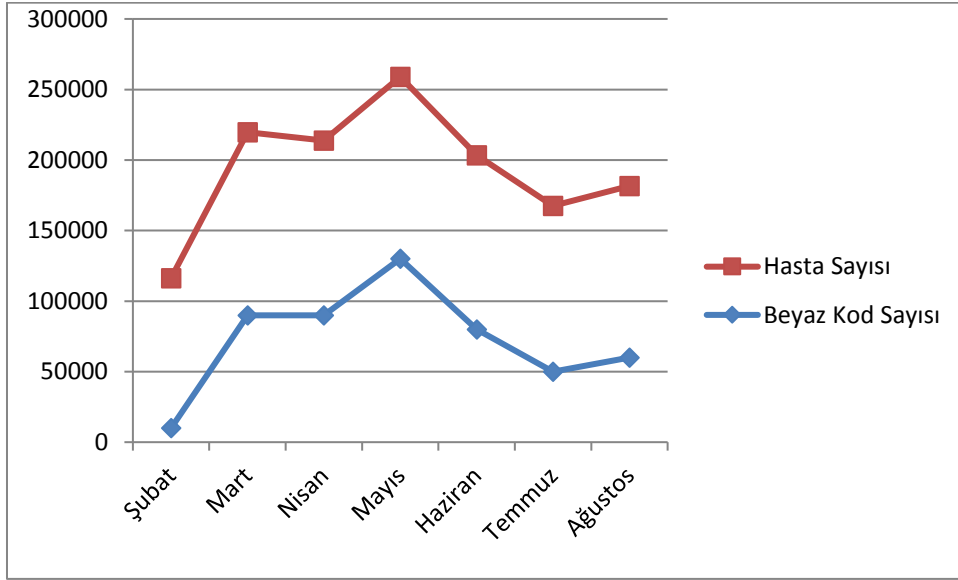
**Şekil 23:** : 2014-2015 Şubat-Ağustos Arası Beyaz Kod Vakalarının Fiziksel ve Sözel Şiddet Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan personelinin cinsiyet unvan karşılaştırması yapıldığında; hekimler arasında kadın oranı %26,2 (n=28) iken erkeklerde bu oran %39,3 (n=42), yardımcı sağlık personeli karşılaştırmasında kadın oranı %19,6 (n=21) iken erkek oranı %7,5 (n=8),diğer personel arasında kadın oranı %0,9 (n=1) iken erkek oranı %6,5(n=7) olduğu saptanmıştır (Şekil 24).



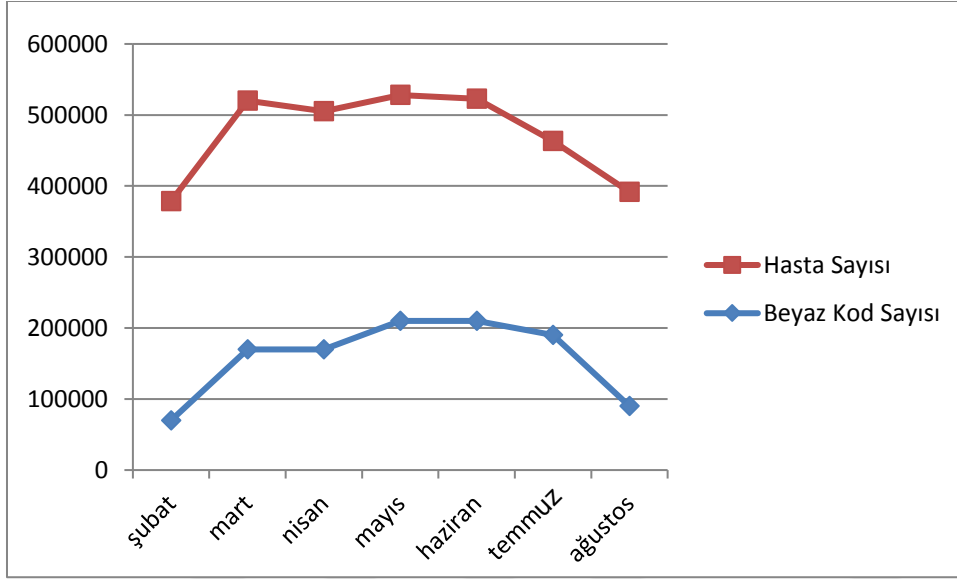
**Şekil 24:** Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyete Göre Unvan Dağılımı

Acil serviste aylara göre başvuran hasta sayısı beyaz kod oranı ilişkisine bakıldığında; şubat ayında 106334 hasta başvurmuş bu ayda verilen beyaz kod sayısı 1, mart ayında 129666 hasta başvuruna karşılık 9 beyaz kod, nisan ayında 123763 hastaya karşılık 9 beyaz kod, mayıs ayında 1209013 hasta başvurusuna karşılık 13 beyaz kod, haziran ayında 123275 hastaya karşılık 8 beyaz kod, temmuz ayında 117427 hastaya karşılık 5 beyaz kod vakası, 121602 hastaya karşılık 6 beyaz kod vakası görülmüştür (Şekil 25).



**Şekil 25:** Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014-2015 Şubat-Ağustos Acil Servis Aylık Hasta Sayısı-Beyaz Kod Oranı

Hastanemiz geneli 2014-2015 Şubat- Ağustos ayları verilen beyaz kod oranı hasta sayısı ilişkisine bakılacak olursa; şubat ayı için başvuran hasta sayısı 308672 olup verilen beyaz kod sayısı 7, mart ayı başvuran hasta sayısı 350277 olup beyaz kod sayısı 17,nisan ayı başvuran hasta sayısı 335129 olup beyaz kod sayısı 17,mayıs ayı başvuru sayısı 318010 olup beyaz kod sayısı 21,haziran ayı başvuru sayısı 312923 olup beyaz kod sayısı 21,temmuz ayı başvuru sayısı 273223 olup beyaz kod sayısı 19,ağustos ayı başvuru sayısı 301663 olup beyaz kod sayısı 9 olduğu görülmüştür (Şekil 26)



**Şekil 26:** Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014-2015 Şubat-Ağustos Hasta Başvuru Sayısı- Beyaz Kod Oranı

Şiddet olayının etkisinin fiziksel-sözel şiddete göre karşılaştırılmasına bakıldığında; travma sonrası stres bozukluğu görülenlerin 7'si(%25,0) fiziksel şiddete 7'si (%8,9) sözel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan travma sonrası stres bozukluğu görülenlerin fiziksel şiddet ile sözel şiddete maruz kalma durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p: 0,030).

Güven kaybı yaşayanların 14'ü (%50,0) fiziksel şiddete 23'ü (%29,1) sözel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan güven kaybı görülenlerin fiziksel şiddet ile sözel şiddete maruz kalma durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,046)

Karışık anksiyete ve depresif uyum bozukluğu yaşayanların 3'ününün (%10,7) fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan karışık anksiyete ve depresif uyum bozukluğu görülenlerin fiziksel şiddet ile sözel şiddete maruz kalma durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,003).

Kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik yaşayanların 20'si (%71,4) fiziksel şiddete 36'sının (%45,6) sözel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik görülenlerin fiziksel şiddet ile sözel şiddete maruz kalma durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,019).

Şiddet olayının etkisinin fiziksel şiddet ve sözel şiddete göre karşılaştırıldığında; ailevi ve sosyal problemler fiziksel şiddet görülenlerin 8'inde (%28,6) sözel şiddet görülenlerin 10'unda (%12,7), hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme fiziksel şiddet görülenlerin 14'ünde (%50,0) sözel şiddet görülenlerin 25'inde (%31,6),çaresizlik fiziksel şiddet görenlerin 9'unda (%32,1) sözel şiddet görenlerin 13'ünde (%16,5) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan ailevi ve sosyal problemler, hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme ve çaresizlik yaşayan kişilerde fiziksel ve sözel şiddet karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p:0,053,p:0,083,p:0,078) (Tablo 1).

**Tablo 1:** Şiddet Olayının Etkisinin Fiziksel-Sözel Şiddete Göre Karşılaştırılması

<b>Şiddet Olayının Etkisi</b>	<b>Fiziksel Şiddet n(%)</b>	<b>Sözel Şiddet n(%)</b>	<b>P</b>
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	7 (25,0)	7 (8,9)	0,030
Ailevi ve Sosyal Problemler	8 (28,6)	10 (12,7)	0,053
Güven Kaybı	14 (50,0)	23 (29,1)	0,046
Karışık Anksiyete ve Depresif Uyum Bozukluğu	3 (10,7)	0 (0,0)	0,003
Hastaların Şiddetinden Endişe Etme ve Onları Potansiyel Şiddet Kaynağı Olarak Görme	14 (50,0)	25(31,6)	0,083
Kendini Koruyamadığı İçin Çalıştığı Kuruma Karşı Güvensizlik	20 (71,4)	36 (45,6)	0,019
Çaresizlik	9 (32,1)	13 (16,5)	0,078

Fiziksel sözel şiddetin meslek unvana göre karşılaştırılmasına bakıldığında; hekimlerin 12'si (%42,9) fiziksel şiddet 58'i (%73,4) sözel şiddete maruz kaldığı, asistanların 12'sinin (%42,9) fiziksel şiddete 58'nin (%73,4) sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Hekimler ile asistanlarda diğer sağlık personeline oranla fiziksel sözel şiddete uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.(sırasıyla; p:0,003,p:0,278,p:0,003.p:0,201)(Tablo 2).

**Tablo 2:** Fiziksel-Sözel Şiddetin Mesleksi Unvana Göre Karşılaştırılması

<b>Meslek Unvan</b>	<b>Fiziksel Şiddet n(%)</b>	<b>Sözel Şiddet n(%)</b>	<b>P</b>
Hekimler ve Diğerleri	12 (42,9)	58 (73,4)	0,003
Uzmanlar ve Diğerleri	2 (7,1)	12 (15,2)	0,278
Asistanlar ve Diğerleri	12 (42,9)	58 (73,4)	0,003
Hemşireler ve Diğerleri	9 (32,1)	16 (20,3)	0,201

Fiziksel sözel şiddetin hastane birimlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; acil servislerin 26'sında (%92,9) fiziksel şiddet 51'inde (%64,6) sözel şiddet görülmüştür. Acil servisler ile diğer yerlerde fiziksel ve sözel şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,004).

Fiziksel sözel şiddetin hastane birimlerine göre karşılaştırılmasında; cerrahi branşlar ve diğerlerinin 15'inde (%53,6) fiziksel şiddet 42'sinde (%53,2) sözel şiddet, dahili branşlar ve diğerlerinin 6'sında (%21,4) fiziksel şiddet 17'sinde (%21,5) sözel şiddet görülmüştür. Cerrahi branşlar ve diğerlerinde, dahili branşlar ve diğerlerinde fiziksel ve sözel şiddet arasında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p:0,970, p:0,992).(Tablo 3)

**Tablo 3:**Fiziksel Sözel Şiddetin Hastane Birimlerine Göre Karşılaştırılması

Hastane Birimi	Fiziksel şiddet n(%)	Sözel Şiddet n(%)	P
Acil Servisler ve Diğerleri	26 (92,9)	51 (64,6)	0,004
Cerrahi Branşlar ve Diğerleri	15 (53,6)	42 (53,2)	0,970
Dahili Branşlar ve Diğerleri	6 (21,4)	17 (21,5)	0,992

Şiddet olayının etkisinin hekimler ve diğer sağlık personellerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında kaçınma ve aşırı önlem alma hekimlerin 19'unda (%27,1) diğer sağlık personelinin 3'ünde (% 8,1) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası hekimlerin yaşadığı kaçınma ve aşırı önlem alma davranışı diğer personel ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p: 0,020).

Şiddet olayının etkisinin hekimler ve diğer sağlık personellerine göre karşılaştırılmasında; kızgınlık hekimlerin 47'sinde (%67,1) diğer sağlık personelinin 17'sinde (%45,9) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşana kızgınlık hissi hekimler ve diğer personel ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p: 0,033) (Tablo 4)

Şiddet olayının etkisinin hekimler ve diğer sağlık personellerine göre karşılaştırılmasında; hayal kırıklığı hekimlerin 47'sinde (%67,1) diğer sağlık personelinin 17'sinde (%45,9), şaşkınlık hekimlerin 47'sinde (%67,1) diğer sağlık personelinin 17'sinde (%45,9) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşana kızgınlık hissi, hayal kırıklığı, şaşkınlık, çaresizlik hekimler ve diğer personel ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p: 0,33, p:0,65, p:0,33) (Tablo 4)

Şiddet olayının etkisinin hekimler ve diğer sağlık personellerine göre karşılaştırılmasında; anksiyete hekimlerin 44'ünde (%62,9) diğer sağlık personelinin 20'sinde (%54,1), travma sonrası stres bozukluğu hekimlerin 8'inde (%11,4) diğer sağlık personelinin 6'sında

(%16,2), huzursuzluk hekimlerin 45'inde (%64,3) diğer sağlık personelinin 21'inde (%56,8), ailevi ve sosyal problemler hekimlerin 13'ünde (%18,6) diğer sağlık personelinin 5'inde (%13,5), hayal kırıklığı hekimlerin 32'sinde (%45,7) diğer sağlık personelinin 14'ünde (%37,8), şaşkınlık hekimlerin 16'sında (%22,9) diğer sağlık personelinin 8'inde (%21,6), korku hekimlerin 20'sinde (%28,6) diğer sağlık personelinin 8'inde (%21,6), tükenmişlik hekimlerin 28'inde (%40) diğer sağlık personelinin 13'ünde (%35,1), güven kaybı hekimlerin 22'sinde (%31,4) diğer sağlık personelinin 15'inde (%40,5), kendini suçlama hekimlerin 9'nda (%12,9) diğer sağlık personelinin 1'inde (%2,7), depresif uyum bozukluğu hekimlerin 3'ünde (%4,3) diğer sağlık personelinin 2'sinde (%5,4), karışık anksiyeteli depresif uyum bozukluğu hekimlerin 1'inde (%1,4) diğer sağlık personelinin 2'sinde (%5,4), ruhsal sıkıntının bedensel etkileri hekimlerin 3'ünde (%4,3) diğer sağlık personelinin 5'inde (%13,5), hastalarından korkma hekimlerin 15'inde (%21,4) diğer sağlık personelinin 7'sinde (%18,9), hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme hekimlerin 30'nda (%42,9) diğer sağlık personelinin 9'nda (%24,3), kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik hekimlerin 38'inde (%54,3) diğer sağlık personelinin 18'inde (%48,6), yalnız çaresiz bırakılma duygusu hekimlerin 15'inde (%21,4) diğer sağlık personelinin 4'ünde (%10,8), çaresizlik hekimlerin 17'sinde (%24,3) diğer sağlık personelinin 5'inde (%13,5) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, huzursuzluk, ailevi ve sosyal problemler, hayal kırıklığı, şaşkınlık, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama, depresif uyum bozukluğu, karışık anksiyeteli depresif uyum bozukluğu, ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, hastalarından korkma, hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme, kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik, yalnız çaresiz bırakılma duygusu ve çaresizlik hekimler ve diğer sağlık personeli ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p:0,377, p:0,485, p:0,446, p:0,506, p:0,434, p:0,884, p:0,437, p:0,662, P:0,346, p:0,086, p:0,794, p:0,236, p:0,084, p:0,760, p:0,058, p:0,579, p:0,172, p:0,190)(Tablo 4).

**Tablo 4:** Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Şiddet Sonrası Etkilerinin Karşılaştırması

Şiddet Olayının Etkisi	Hekimler n(%)	Diğer Sağlık Personeli n(%)	P
Kaçınma ve aşırı önlem alma davranışı	19 (27,1)	3 (8,1)	0,020
Kızgınlık	47 (67,1)	17 (45,9)	0,033
Anksiyete	44 (62,9)	20 (54,1)	0,377
TravmaSonrası Stres Bozukluğu	8 (11,4)	6 (16,2)	0,485
Huzursuzluk	45 (64,3)	21 (56,8)	0,446
Ailevi ve Sosyal Problemler	13 (18,6)	5 (13,5)	0,506
Hayal Kırıklığı	32 (45,7)	14 (37,8)	0,434
Şaşkınlık	16 (22,9)	8 (21,6)	0,884
Korku	20 (28,6)	8 (21,6)	0,437
Tükenmişlik	28 (40,0)	13 (35,1)	0,662
Güven Kaybı	22 (31,4)	15 (40,5)	0,346
Kendini Suçlama	9 (12,1)	1 (2,7)	0,086
Depresif Uyum Bozukluğu	3 (4,3)	2 (5,4)	0,794
Karışık Anksiyeteli Depresif Uyum Bozukluğu	1 (1,4)	2 (5,4)	0,236
Ruhsal Sıkıntının Bedensel Etkileri	3 (4,3)	5 (13,5)	0,084
Hastalarından Korkma	15 (21,4)	7 (18,9)	0,760
Hastaların Şiddetinden Endişe Etme ve Onları Potansiyel Şiddet Kaynağı Olarak Görme	30 (42,9)	9 (24,3)	0,058
Kendini Koruyamadığı İçin Çalıştığı Kuruma Karşı Güvensizlik	38 (54,3)	18 (48,6)	0,579
Yalnız Çaresiz Bırakılma Duygusu	15 (21,4)	4 (10,8)	0,172
Çaresizlik	17 (24,3)	5 (13,5)	0,190

Şiddetin esasına yönelik kök neden incelenmesinde hekimler ile diğer sağlık personeli karşılaştırıldığında; uzun bekleme süresini kök neden olarak göstermede hekimlerin 14'ü (%20) diğer sağlık personelin 14'ü (%37,8) bulunmuştur. Uzun bekleme süresini kök neden olarak göstermede hekimler ile diğer sağlık personeli karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p: 0,046) (Tablo 5).

Şiddetin esasına yönelik kök neden incelenmesinde hekimler ile diğer sağlık personeli karşılaştırıldığında; güvenlik yetersizliğini hekimlerin 14'ü (%20) diğer sağlık personelinin 14'ü (%37,8), hasta sayısının fazlalığını hekimlerin 37'si (%52,9) diğer sağlık personelinin 19'u (%51,4), bilinçsiz hasta yakını hekimlerin 61'i (%87,1) diğer sağlık personelinin 29'u (%78,4), şiddeti kendinde hak görmeyi hekimlerin 33'ü (%47,1) diğer sağlık personelinin 15'i (%40,5), izlenen sağlık politikalarını hekimlerin 37'si (%52,9) diğer sağlık personelinin 14'ü (%37,8), izlenen sağlık politikalarını hekimlerin 10'u (%14,3) diğer sağlık personelinin 5'i (%13,5), kötü iletişim yanlış anlaşılma hekimlerin 13'ü (%18,6) diğer sağlık personelinin 8'i (%21,6), tedaviden memnuniyetsizliği hekimlerin 11'i (%15,7) diğer sağlık personelinin 4'ü (%10,8), aşırı iş yoğunluğunu hekimlerin 18'i (%25,7) diğer sağlık personelinin 11'i (%29,7), ilaç alkol etkisinde olduğunu hekimlerin 7'si (%10) diğer sağlık personelinin 6'sı (%16,2) kök neden olarak göstermiştir. Kök neden olarak gösterilen; güvenlik yetersizliği, hasta sayısının fazlalığı, bilinçsiz hasta yakını, şiddeti kendine hak görme, izlenen sağlık politikaları, kötü iletişim yanlış anlaşılma, tedaviden memnuniyetsizlik, aşırı iş yoğunluğu, ilaç alkol etkisinde olduğu nedenleri hekimler ile diğer sağlık personeli arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla; p:0,969, p:0,882, p:0,238, p:0,514, p:0,139, p:0,913, p:0,706, p:0,487) (Tablo 5).

**Tablo 5:** Kök Neden İncelemesinde Hekimler ile Diğer Sağlık Personelinin Karşılaştırılması

Kök Neden	Hekimler n(%)	Diğer Sağlık Personeli n(%)	P
Uzun Bekleme Süresi	14(20)	14(37,8)	0,046
Güvenlik Yetersizliği	40(57,1)	21(56,8)	0,969
Hasta Sayısının Fazlalığı	37(52,9)	19(51,4)	0,882
Bilinçsiz Hasta Yakını	61(87,1)	29(78,4)	0,238
Şiddeti Kendinde Hak Görme	33(47,1)	15(40,5)	0,514
İzlenen Sağlık Politikaları	37(52,9)	14(37,8)	0,139
İhmal Edildiğini Düşünme	10(14,3)	5(13,5)	0,913
Kötü İletişim Yanlış Anlaşılma	13(18,6)	8(21,6)	0,706
Tedaviden Memnuniyetsizlik	11(15,7)	4(10,8)	0,487
Aşırı İş Yoğunluğu	18(25,7)	11(29,7)	0,657
İlaç Alkol Etkisinde Olduğundan	7(10,0)	6(16,2)	0,349

Şiddet olayının etkisinin uzmanlar ve diğer sağlık personeli göre karşılaştırılmasına bakıldığında; uzmanların hiçbirinde (%0,0) şaşkınlık görülmezken diğer sağlık personelinde 24'ünde (%25,8) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan şaşkınlık hissi uzmanlar ile diğer

sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olarak bulunmuştur (p:0,036)(Tablo 6).

Şiddet olayının etkisinin uzmanlar ve diğer sağlık personeli göre karşılaştırılmasına bakıldığında; güven kaybı uzmanlarda 1 (%7,1) kişide diğer sağlık personelinde 36'sında (%38,7) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan güven kaybı uzmanlar ile diğer sağlık personeli arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,031)(Tablo 6).

Şiddet olayının etkisinin uzmanlar ve diğer sağlık personeli göre karşılaştırılmasına bakıldığında; kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik uzmanların 3'ünde (%21,4) diğer sağlık personelinin 53'ünde (%57) görülmüştür Şiddet olayı sonrası yaşanan kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik uzmanlar ile diğer sağlık personeli arasında kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,020)(Tablo 6).

Şiddet olayının etkisinin uzmanlar ve diğer sağlık personeli göre karşılaştırılmasına bakıldığında; kaçınma ve aşırı önlem alma davranışı uzmanların 1'inde(%7,1) diğer sağlık personelinin 21'inde (%22,6), kızgınlık uzmanların 11'inde (%78,6) diğer sağlık personelinin 53'ünde (%57), anksiyete uzmanların 9'nda (%64,3) diğer sağlık personelinin 55'inde (%59,1), travma sonrası stres bozukluğu uzmanların hiçbirinde (%0,0) diğer sağlık personelinin 14'ünde (%15,1), huzursuzluk uzmanların 8'inde(%57,1) diğer sağlık personelinin 58'inde (%62,4), ailevi ve sosyal problemler hekimlerin 2'sinde (%14,3) diğer sağlık personelinin 16'sında (%17,2), hayal kırıklığı uzmanların 4'ünde (%28,6) diğer sağlık personelinin 42'sinde (%45,2), korku uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 27 sinde (%29), tükenmişlik uzmanların 3'ünde (%21,4) diğer sağlık personelinin 38'inde (%40,9), kendini suçlama uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 9'unda (%9,7), depresif uyum bozukluğu uzmanların hiçbirinde (%0,0) diğer sağlık personelinin 5'inde (%5,4), karışık anksiyeteli depresif uyum bozukluğu uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 2'sinde (%2,2), ruhsal sıkıntının bedensel etkileri uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 7'sinde (%7,5), hastalarından korkma uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 21'inde (%22,6), hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme uzmanların 2'sinde (%14,3) diğer sağlık personelinin 37'sinde (%39,8), yalnız çaresiz bırakılma duygusu uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 18'inde (%19,4), çaresizlik uzmanların 1'inde (%7,1) diğer sağlık personelinin 21'inde (%22,6) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan kaçınma ve aşırı önlem alma davranışı, kızgınlık anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, huzursuzluk, ailevi ve sosyal problemler, hayal kırıklığı, korku, tükenmişlik, kendini suçlama, depresif uyum bozukluğu, karışık anksiyeteli depresif uyum bozukluğu, ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, hastalarından korkma, hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme, yalnız çaresiz bırakılma duygusu ve çaresizlik uzmanlarla ve diğer sağlık personeli ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p: 0,183, p: 0,125, p:0,714, p: 0,119, p:0,708, p:0,785, p:0,242, p:0,082, p: 0,163 p:0,761, p:0,374, p: 0,291, p: 0,959, p: 0,183, p:0,065, p:0,265, p: 0,183)(Tablo 6).

**Tablo 6:** Şiddet Olayının Etkisinin Uzmanlar ve Diğer Sağlık Personeline Göre Karşılaştırılması

<b>Şiddet Olayının Etkisi</b>	<b>Uzmanlar n(%)</b>	<b>Diğer Sağlık Personeli n(%)</b>	<b>P</b>
Şaşkınlık	0(0,0)	24(25,8)	0,036*
Güven Kaybı	1(7,1)	36(38,7)	0,031*
Kendini Koruyamadığı İçin Çalıştığı Kuruma Karşı Güvensizlik	3(21,4)	53(57,0)	0,020*
Kaçınma ve Aşırı Önlem Alma Davranışı	1(7,1)	21(22,6)	0,183
Kızgınlık	11(78,6)	53(57,0)	0,125
Anksiyete	9 (64,3)	55(59,1)	0,714
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	0(0,0)	14(15,1)	0,119
Huzursuzluk	8(57,1)	58(62,4)	0,708
Ailevi ve Sosyal Problemler	2 (14,3)	16(17,2)	0,785
Hayal Kırıklığı	4 (28,6)	42(45,2)	0,242
Korku	1(7,1)	27 (29,0)	0,082
Tükenmişlik	3 (21,4)	38 (40,9)	0,163
Kendini Suçlama	1 (7,1)	9 (9,7)	0,761
Depresif Uyum Bozukluğu	0(0,0)	5 (5,4)	0,374
Karışık Anksiyeteli Depresif Uyum Bozukluğu	1(7,1)	2 (2,2)	0,291
Ruhsal Sıkıntının Bedensel Etkileri	1(7,1)	7 (7,5)	0,959
Hastalarından Korkma	1(7,1)	21 (22,6)	0,183
Hastaların Şiddetinden Endişe Etme ve Onları Potansiyel Şiddet Kaynağı Olarak Görme	2(14,3)	37(39,8)	0,065
Yalnız Çaresiz Bırakılma Duygusu	1(7,1)	18 (19,4)	0,265
Çaresizlik	1(7,1)	21(22,6)	0,183

\*Fisher's Exact Test

Şiddet olayının etkisinin asistanlar ile diğer sağlık personeli karşılaştırılmasına bakıldığında; kızgınlık asistanların 47'sinde (%67,1) diğer sağlık personelinin 17'sinde (%45,9). Şiddet olayı sonrası yaşanan kızgınlık hissi asistanlar ile diğer sağlık personeli karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,033)(Tablo 7).

Şiddet olayının etkisinin asistanlar ile diğer sağlık personeli karşılaştırılmasına bakıldığında; kaçınma ve aşırı önlem alma asistanların 19'unda (%27,1) diğer sağlık personelinin 3'ünde (%8,1), şiddet olayı sonrası yaşanan kaçınma ve aşırı önlem alma hissi asistanlar ile diğer sağlık personeli karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,020)(Tablo 7).

Şiddet olayının etkisinin asistanlar ve diğer sağlık personellerine göre karşılaştırılmasında; hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme asistanların 30'unda (%42,9) diğer sağlık personelinin 9'unda (%24,3), anksiyete asistanların 44'ünde (%62,9) diğer sağlık personelinin 20'sinde (%54,1), travma sonrası stres bozukluğu asistanların 8'inde (%11,4) diğer sağlık personelinin 6'sında (%16,2), huzursuzluk asistanların 45'inde (%64,3) diğer sağlık personelinin 21'inde (%56,8), ailevi ve sosyal problemler asistanların 13'ünde (%18,6) diğer sağlık personelinin 5'inde (%13,5), hayal kırıklığı asistanların 32'sinde (%45,7) diğer sağlık personelinin 14'ünde (%37,8), şaşkınlık asistanların 16'sında (%22,9) diğer sağlık personelinin 8'inde (%21,6), korku asistanların 20'sinde (%28,6) diğer sağlık personelinin 8'inde (%21,6), tükenmişlik asistanların 28'inde (%40) diğer sağlık personelinin 13'ünde (%35,1), güven kaybı asistanların 22'sinde (%31,4) diğer sağlık personelinin 15'inde (%40,5), kendini suçlama asistanların 9'unda (%12,9) diğer sağlık personelinin 1'inde (%2,7), depresif uyum bozukluğu asistanların 3'ünde (%4,3) diğer sağlık personelinin 2'sinde (%5,4), karışık anksiyeteli depresif uyum bozukluğu asistanların 1'inde (%1,4) diğer sağlık personelinin 2'sinde (%5,4), ruhsal sıkıntının bedensel etkileri asistanların 3'ünde (%4,3) diğer sağlık personelinin 5'inde (%13,5), hastalarından korkma asistanların 15'inde (%21,4) diğer sağlık personelinin 7'sinde (%18,9), kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik asistanların 38'inde (%54,3) diğer sağlık personelinin 18'inde (%48,6), yalnız çaresiz bırakılma duygusu asistanların 15'inde (%21,4) diğer sağlık personelinin 4'ünde (%10,8), çaresizlik asistanların 17'sinde (%24,3) diğer sağlık personelinin 5'inde (%13,5) görülmüştür. Şiddet olayı sonrası yaşanan hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet kaynağı olarak görme, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, huzursuzluk, ailevi ve sosyal problemler, hayal kırıklığı, şaşkınlık, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama, depresif uyum bozukluğu, karışık anksiyeteli depresif uyum bozukluğu, ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, hastalarından korkma, kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik, yalnız çaresiz bırakılma duygusu ve çaresizlik asistanlar ve diğer sağlık personeli ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p:0,058, p:0,377, p:0,485, p:0,446, p:0,506, p:0,434, p:0,884, p:0,437, p:0,662, P:0,346, p:0,086, p:0,794, p:0,236, p:0,084, p:0,760, p:0,579, p:0,172, p:0,190)(Tablo 7).

**Tablo 7:** Şiddet Olayının Etkisinin Asistanlar ile Diğer Sağlık Personeline Göre Karşılaştırılması

<b>Şiddet Olayının Etkisi</b>	<b>Asistanlar n(%)</b>	<b>Diğer Sağlık Personeli n(%)</b>	<b>P</b>
Kızgınlık	47(67,1)	17(45,9)	0,033
Kaçınma ve Aşırı Önlem Alma Davranışı	19(27,1)	3(8,1)	0,020
Hastaların Şiddetinden Endişe Etme ve Onları Potansiyel Şiddet Kaynağı Olarak Görme	30(42,9)	9(24,3)	0,058
Anksiyete	44(62,9)	20(54,1)	0,377
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	8(11,4)	6(16,2)	0,485
Huzursuzluk	45(64,3)	21(56,8)	0,446
Ailevi ve Sosyal Problemler	13(18,6)	5(13,5)	0,506
Hayal Kırıklığı	32(45,7)	14(37,8)	0,434
Şaşkınlık	16(22,9)	8(21,6)	0,884
Korku	20(28,6)	8(21,6)	0,437
Tükenmişlik	28(40,0)	13(35,1)	0,622
Güven Kaybı	22(31,4)	15(40,5)	0,346
Kendini Suçlama	9(12,9)	1(2,7)	0,086
Depresif Uyum Bozukluğu	3(4,3)	2(5,4)	0,794
Karışık Anksiyeteli Depresif Uyum Bozukluğu	1(1,4)	2(5,4)	0,236
Ruhsal Sıkıntının Bedensel Etkileri	3(4,3)	5(13,5)	0,084
Hastalarından Korkma	15(21,4)	7(18,9)	0,760
Kendini Koruyamadığı İçin Çalıştığı Kuruma Karşı Güvensizlik	38(54,3)	18(48,6)	0,579
Yalnız Çaresiz Bırakılma Duygusu	15(21,4)	4(10,8)	0,172
Çaresizlik	17(24,3)	5(13,5)	0,190

Şiddet olayının etkisinin hemşireler ve diğer sağlık personeline göre karşılaştırılmasına bakıldığında; karışık anksiyete ve depresif uyum bozukluğu hemşirelerin 2'sinde (%8,0) diğer sağlık personelinin 1'inde (%1,2), ruhsal sıkıntının bedensel etkileri hemşirelerin 4'ünde (%16,0) diğer sağlık personelinin 4'ünde (%4,9), yalnız ve çaresiz bırakılma duygusu hemşirelerin 1'inde (%4,0) diğer sağlık personelinin 18'inde (%22,0) görülmüştür. Diğer sağlık personeline oranla hemşirelerde yalnız çaresiz bırakılma duygusu daha az görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

**Tablo 8:** Şiddet Olayının Etkisinin Hemşireler ve Diğer Sağlık Personeline Göre Karşılaştırılması

Şiddet Olayının Etkisi	Hemşireler n(%)	Diğer Sağlık Personeli n(%)	P
Karışık Anksiyete ve Depresif Uyum Bozukluğu	2(8,0)	1(1,2)	0,072
Ruhsal Sıkıntının Bedensel Etkileri	4(16,0)	4(4,9)	0,064
Yalnız Çaresiz Bırakılma Duygusu	1(4,0)	18(22,0)	0,040

Adli vaka olup olmamasının hastane birimlerine göre karşılaştırılması bakıldığında; erişkin acilde 14 (%60,9) vaka, cerrahi branşlarda 17 (%73,9) vaka, dahili branşlarda 4 (%17,4) adli vaka görülmüştür. Erişkin acilde ve cerrahi branşlarda diğer hastane birimlerine göre daha fazla adli vakalar görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p:0,065 p:0,025 p:0,589)(Tablo 8).

**Tablo 9:** Adli Vakanın Hastane Birimlerine Göre Karşılaştırılması

Hastane Birimi	Adli Vaka		P
	Var n(%)	Yok n(%)	
Erişkin Acil	14(60,9)	33(39,3)	0,065
Cerrahi Branşlar	17(73,9)	40(47,6)	0,025
Dahili Branşlar ve Diğerleri	4(17,4)	19(22,6)	0,589

## 6. TARTIŞMA

Şiddet sadece ülkemizde ve hekimler arasında değil tüm dünyada birçok meslek grubu için önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Dünyada her yıl 1,6 milyon insan şiddet nedeniyle yaşamını yitirirken,16 milyon insan şiddetin sonucu olarak hastaneye başvurmaktadır. Başka bir ifadeyle her gün şiddet nedeniyle 4000'den fazla kişi ölmektedir. Hastalara yardım etmeye çalışan sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında şiddete uğraması şaşırtıcı ve kabul edilemez bir durumdur.

Çalışmamızın yapıldığı 2014-2015 Şubat-Ağustos ayları arasında hastanemize başvuran hasta sayısı toplamda 2199897 kişi olup bu dönemde çalışan personel sayısı ortalama 2335 kişi olmuştur. Bir ayda başvuran ortalama hasta sayısı 157135 olmuştur. Muayene edilen hasta sayısı ile verilen beyaz kod sayısı oranlandığında %0,004 (Her 25000 muayeneden birinde beyaz kod verilmiş). Acil servis için bir ayda başvuran hasta sayısı 851080 olup ortalama bir ayda 60791 muayene yapılmıştır. Acil serviste muayene edilen hasta sayısı ile verilen beyaz kod sayısı oranlandığında %0,012 (her 8330 muayeneden birinde beyaz kod verilmiştir).

Ülkemizde Ayrancı ve arkadaşlarının (56) 1071 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada son bir yıl içinde şiddete uğrama oranı %50,8 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla kıyaslandığında bizdeki verilerin düşük olması hastanemizde yaşanan şiddet olaylarını sıklığı nedeniyle sağlık personelinin şiddeti içselleştirmesi ve beyaz kod bildirimini ile başlayacak olan hukuki sürecin uzun ve neticelerinin personelin beklentilerini karşılamaması sebebiyle yaşanan şiddet olaylarının yeterli oranda bildirilmemesidir.

Sağlık hizmetleri alanında çalışanlara yönelik şiddet araştırmalarında, şiddete uğrama sıklığında cinsiyetin yeri ile ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Şiddete uğrama sıklığı bazı araştırmalarda erkeklerde (58,59) bazılarında ise kadınlarda(57) daha fazla bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda sağlık personelinin %46,7'si kadın,%53,3'ü erkek olarak saptanmıştır. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimde herhangi bir zamanda şiddete maruz kalma durumu açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır

Günay ve Akbal (60) ve Arnetz ve arkadaşlarının (61) şiddete uğrayan mağdurların en çok 39 yaş ve altında olduğunu bulmuşlardır.

Bizim çalışmamızda çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 31,55±6,43 olarak (minimum: 22, maksimum: 55) bulunmuştur. 26-33 yaş aralığındaki personel en çok (%65,4) şiddete maruz kalan grup olmuştur. Yaş ortalaması literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çamcı ve arkadaşlarının 270 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı kesitsel çalışmada şiddete uğrayan sağlık personelinin %32'si lisans,%30'nun ön lisans,%26'sının lise,%7,6'sının fakülte ve %3'nün lisansüstü oldukları bulunmuştur (62). Bizim çalışmamızda ise şiddete maruz kalan personelin %62,6'sı yüksek lisans/doktora,%15,9 lisans,%12,1 ön lisans %7,5 lise/meslek lise mezunu olduğu bulunmuştur. Şiddet olaylarının merkezinde olan yüksek lisans /doktora mezunu hekimlerin şiddet olaylarını daha çok raporlandıkları saptanmıştır.

Ayrancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre şiddete uğrama sıklığında hekimlerin %53,7, hemşirelerin %58,4 yardımcı sağlık personelinin

%43,5 ve diğerlerinin%40,1 oranında mesleklerinin son bir yılında şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir (63).

Bizim çalışmamızda ise hekimlerin %65,4'nün hemşirelerin %23,4 diğerlerinin %11,2 oranında şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Bizim çalışmamızda literatüre oranla şiddete uğrama noktasında hekimlerin hemşirelerden daha fazla çıkması hekimlerin hasta ve hasta yakınlarıyla birebir direk temas içinde olmaları düşünülmüştür.

Karacay ve arkadaşlarının Samsun geneli 865 hekim üzerinde yaptığı tez çalışmasında haftalık ortalama çalışma süreleri; %0,6'sının 20 saatten az çalıştığı,%33,6'sının 21-40 saat arası çalıştığı, %45,6'sının 41-60 saat arası çalıştığı %20,2'sinin 61 saatten fazla çalıştığı bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda ise 107 katılımcının 10'nun (%9,3) haftalık 40 saatten az çalıştığı,6'sının (%5,6) haftada 40 saat çalıştığı,49'nun (%45,8) haftada 40-50 saat arasında çalıştığı,20'sinin (%18,7) haftada 50-70 saat arasında çalıştığı,22'sinin (%20,6) ise haftada 70 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir. Her iki çalışmada özellikle 40-60 saat arası mesai yapan personelin daha çok şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Bu da özellikle personelin uzun çalışma sürelerinin beraberinde getirdiği fiziksel ve zihinsel yorgunluğun şiddet olaylarına zemin hazırladığı sonucuyla ilişkilendirilmiştir.

Acil servisimiz 2014 ağustos sonu itibarı ile yaklaşık 6 aylık bir renovasyon sürecine girdi. Daha önce kullanım alanı dar olan sarı odalar genişletilerek daha geniş alanda daha fazla hasta takibinin yapılabileceği hale dönüştürüldü. Acil servisin ışıklandırılması artırılarak müşahede odalarını daha düzenli ve ferah hale gelmesi sağlandı. Bu renovasyon sürecinin şiddet olayları üzerindeki etkisine bakıldığında beyaz kod vakalarının 52'sinin (%48,6) 2014 Şubat ağustos ayları arasında verildiği,55'nin (%51,4) 2015 Şubat ağustos ayları arasında verildiği gözlenmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında bizim çalışmamızda acil servisteki yapılan fiziki renovasyon sürecinin şiddet olaylarının azaltılması üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır ancak tek merkezli yapılan bu çalışmanın multisenter sonuçlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Literatüre göre gece vardiyalarında daha fazla şiddet olayı meydana gelmektedir; Brooks ve Dunn (64) 16:00 ve 24:00 saatlerini belirtirken, Crilly ve arkadaşları (65) şiddet olaylarının 15:00 ve 23:00 saatleri arasında doruğa ulaştığını bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda beyaz kod vakalarının gün içinde verildiği saatlere bakıldığında en çok saat 15-17 (%9,35) arasında verildiği anlaşılmıştır. Bu durum gün içi hareketliliğin ve yoğunluğun artışının bu saatlerde olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Barlow CB ve arkadaşlarının yaptığı 475 sağlık çalışanını kapsayan bir çalışmada şiddetin en fazla görüldüğü yerin acil servis olduğu, ardından yataklı servislerin ve park yerinin izlediği bildirilmiştir (68). Yurtdışında yapılan bir çalışmada, acil servis çalışanları arasında şiddet olayına maruz kalmanın sıkça karşılaşılan bir durum olduğu rapor edilmiştir (67). Başka bir çalışmada, acil servis çalışanları için bu oran %63.1, yataklı servisler için ise % 63 olarak bildirilmiştir (66). Kanada'da yapılan bir çalışmada acil servis sağlık çalışanlarının şiddet olayına maruz kalma oranının hayli yüksek olduğu rapor edilmiştir (69).

Bizim çalışmamızda vakaların 77'i (%72) acillerde,21'i servislerde(%19,6),8'i polikliniklerde(%7,5) ve 1'i (%0,9) yoğun bakımda yaşanmıştır. Çalışmamızda ki acillerde en çok şiddet olaylarının görülmesi literatürle uyumlu bulunmuştur.

Diğer ülkelerde ve bizim ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Boz ve arkadaşları acil servis çalışanlarının %88,6'sının sözel, %49,4'ünün fiziksel şiddet türüne; Fernandes ve arkadaşları '112 çalışanlarının' %86'sının fiziksel, %76'sının sözel işyeri şiddetine tanık olduğunu belirlemişlerdir.

Ayrancı'nın Türkiye'nin batısında 18 acil serviste yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının % 72,3'ü sözel, fiziksel ve cinsel şiddetten birine veya bir kaçına maruz kalmıştır. Öztunç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 68,5'i sözel taciz, % 47,8'i sözel korkutmaya, % 10,5'i sözel cinsel tacize ve % 16'sı fiziksel saldırıya uğradıklarını ifade etmişlerdir. Annagür ve arkadaşları tarafından İzmir'de yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 98,5'i sözel şiddete uğradıklarını, % 19,7'si fiziksel şiddete uğradıklarını belirtmiştir. Alçelik ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, grubun % 60,3'ünün şiddete maruz kaldığını bunlarında % 92,2'sinin sözel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en fazla maruz kalınan şiddet türünün % 50,7 ile sözel şiddet sonra % 45,98 ile fiziksel şiddet, en az ise % 3,45 ile cinsel şiddet olduğunu saptamışlardır (71).

Erzurum'da yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 87'sini sözel şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye'nin batısındaki 34 hastanede 1209 sağlık çalışanında yaptığı şiddete maruz kalma durumu çalışmasına katılan pratisyen hekimlerin % 69,6'sı hasta yakınlarından sözel ve fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir (70). Mencil ve arkadaşlarının İsveç'te yaptığı 170000 sağlık çalışanı katıldığı çalışmada görüşülen kişilerin % 51,0'nın sözel, fiziksel veya duygusal şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Şiddete maruz kalanların en çok karşılaştığı şiddet türünün % 79,0 ile sözel şiddet olduğu dikkat çekmektedir.

Kowalenko ve arkadaşlarının Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisinde yaptığı çalışmada ankete katılan 171 acil servis doktorunun % 74,9'u sözel şiddete uğradığını belirtmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada acil servis hekimleri % 74,9 oranında sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. İngiltere, Hong Kong ve Çin'de gerçekleştirilen çalışmalarda fiziksel şiddet için belirtilen ortalama oranlar % 5,3-21 sözel şiddet için ise % 43-73 olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda sözel şiddete maruz kalan personel oranı %73,8 fiziksel şiddete maruz kalma oranı %26,2 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar ve mevcut çalışma incelendiğinde şiddetin her çeşidi sağlık alanında görülmektedir. Sözel şiddetin diğer şiddet türlerine göre daha fazla görülme nedeninin hastanelerdeki iş yoğunluğunun ve yetersizliğin beraberinde getirdiği aksaklıkların hasta ve hasta yakınları tarafından sisteme yönelik öfkelerini çalışan sağlık personeline yönlendirmesine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde şiddet uygulayanların en çok hasta veya hasta yakınları olduğu, cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise çoğunlukla erkeklerin şiddet uyguladığı belirlenmiştir (72-75).

Karaca ve arkadaşlarının Samsun geneli 845 hekim üzerinde yaptığı bir çalışmada şiddet uygulayanların %74,4'lük oranla hasta yakınları %38,9 ile hastalar olduğu saptanmıştır. Gerberich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şiddetin %97,0'si hasta, %67,0'si hasta yakını tarafından gerçekleştirilmiştir (76).

Bizim çalışmamızda ise şiddet uygulayanların 77'sinin (%72) hasta yakını 30'nun(%28) ise hasta olduğu sonucuna varılmıştır. Cinsiyet açısından bakıldığında 84'ünün (%78,5)

erkek,23'nün (%21,5) kadın olduğu anlaşılmış. Mevcut sonuçlarımız literatür sonuçlarıyla uyumlu çıkmıştır. Hastanelerimizdeki fiziki şartlar ve hasta yakınlarının tedavi alanına kadar girebilmeleri, bunun önüne geçilmemesi gibi nedenler hasta yakınlarından gelen şiddet oranının yüksek çıkmasına sebep olduğu düşünülmüştür.

İncelemeye aldığımız beyaz kod vakalarının adli vaka olup olmamasına göre oranlara bakıldığında vakaların 23'ünün (%21,5) adli vaka olduğu, 84'nün (%78,5) adli vaka olmadığı sonucu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında benzer bir çalışmaya rastlayamadık. Mevcut sonuçlara bakıldığında hastaneye darp, dkay, asy vs. adli vaka olarak gelen hasta ve hasta yakınlarında şiddet görülme oranı %21,5 olarak görülmüştür. Anksiyete evresini hastane öncesi yaşamış olarak gelen hasta ve hasta yakınlarının kontrolsüz öfkeleri hastane içi şiddet olaylarının tetiklenmesine sebep olabilmektedir.

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların mesai şekline bakıldığında,9'nun (%8,4) hafta içi 8-17 mesai şeklinde çalıştığı,45'nin (%42,1) gece-gündüz shift şeklinde çalıştığı, 43'nün (%40,2) gündüz mesai ve gece nöbet şeklinde,10'nun ise değişken olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında nöbet usulü çalışan personelin daha fazla şiddete maruz kaldığı bunda artan mesai saatlerinin beraberinde getirdiği stres ve yorgunluğun tolerabilite sınırın aşağı çekerek şiddet olaylarının daha kolay yaşanmasına neden olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların beyaz kod olayı sonrası tıbbi yardıma ihtiyaç olup olmadığı değerlendirildiğinde; 7 (%6,5) kişinin ayaktan tedavi ihtiyacının olduğu,1 (%0,9) kişinin yatarak tedavi ihtiyacı olduğu, 99 (%92,5) kişinin ise herhangi bir tıbbi tedaviye ihtiyacının olmadığı saptanmıştır. Mevcut sonuçlara bakıldığında şiddet olayları sonrası sağlık personelin çok azının tıbbi yardıma ihtiyaç duyduğu bulunmuştur.

Çamcı ve Kutlu'nun (77) çalışmasında şiddet sonrası sağlık çalışanlarının izin alma yüzdesinin %3,6 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada yaşanan şiddet sonrası çalışma kaybı olmadığını belirtenler %88,1 oranında bulunmuş, %11,9'u ise 1 gün ve üzeri çalışma kaybı tariflemiştir.

Bizim çalışmamızda ise sağlık personelinin; 96'sının (%89,7) hiç izin kullanmadığı,2 (%1,9) kişinin 0-1 gün, 4 (%3,7) kişinin 2-5 gün, 3 (%2,8) kişinin 5-10 gün, 1 (%0,9) 10-30 gün ve 1 (%0,9) kişinin 1 aydan fazla olmak üzere işten uzak kaldığı tespit edilmiştir. Mevcut bulgular literatürle uyumlu olup sağlık personelinin yaşadıkları şiddet olayı sonrası rapor hakkını kullanmayıp işlerine devam ettikleri görülmüştür.

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların yaşanan şiddet olayı sonrasında %73'ünün hastalarından korktukları, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin hastaları "potansiyel şiddet gösteren" olarak gördükleri bildirilmiştir (78). Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri gösterilmiştir. Şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir (78-81).Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir (82). Çalışmalarda saptanan bir diğer sonuç şiddete uğrayan sağlık çalışanının diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düşmesidir (78,83).

Türkiye’de 2006 da yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43,5’i herhangi bir sorun belirtmezken, %56,2’sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87,8) tedavi almadığı görülmüştür (84). Samsun’da yapılan bir çalışmada ise psikiyatri çalışanlarının durumluk kaygı ve sürekli kaygı skorları yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni de psikiyatri kliniklerinde şiddete uğrama riskinin yüksek olması olarak gösterilmiştir (85).

Kitaneh ve Hamdan’ın (86) yaptığı çalışmada fiziksel saldırıların en yaygın sonuçlarının; öfke (%44), depresyon (%22), korku veya stres (%14), baş ağrısı/yorgunluk (%8) ve hayal kırıklığı (%6) şeklinde olduğu, fiziksel olmayan saldırının sonuçlarının ise yüzdeler farklı olarak; öfke (%50,3), baş ağrısı/yorgunluk (%18,2), depresyon (%12,6) ve hayal kırıklığı (%8,4) şeklinde olduğu, ilaveten fiziksel saldırı mağdurlarının %48’inin işyerinde sınırlanma (%16), işi kaybetme (%16) veya başka bir yere transfer olmayı (%12) içeren saldırıyı müteakip iş statülerinde meydana gelen bazı değişiklikler olduğunu beyan ettiği, fiziksel olmayan saldırı mağdurlarının %59,2’sinin de benzer değişikliklerden bahsettiği belirtilmiştir.

Bizim çalışmamızda ise sağlık personelinde en çok (%40,2) anksiyete, (%61,7) huzursuzluk, (%59,8) kızgınlık görülmüştür. Diğer semptomlar ise;14’ünde (%13,1) travma sonrası stres bozukluğu,18’inde (%16,8) ailevi ve sosyal problemler, 46’sında (%43) hayal kırıklığı, 24’de (%22,4) şaşkınlık, 22’sinde çaresizlik (%20,6), 28’inde (%26,2) korku, 41’inde (%38,3) tükenmişlik, 37’sinde (%34,6) güven kaybı,10’da (%9,3) kendini suçlama, 5’inde(%4,7) depresif uyum bozukluğu,3’ünde(%2,8) karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğu,8’inde (%7,5) ruhsal sıkıntının bedensel etkileri,22’sinde (%20,6) kaçınma ve aşırı önlem alma davranışları,22’sinde (%20,6) hastalarından korkma,39’unda (%36,4) hastalarının şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet olarak görme,56’sında (%52,3) kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik,19’unda (%17,8) yalnız çaresiz bırakılma duygusu yaşadıkları tespit edilmiştir.

Mevcut sonuçlar ışığında sağlık personelinin mesleklerini anksiyete ve huzursuzluk içinde icra ettikleri hastalarını birer hasta görmekten öte kendilerine gelebilecek potansiyel bir tehlike kaynağı olarak algıladıkları ve bu da iş performanslarını etkileyerek sosyal ve ailevi hayatlarını olumsuz etkilediği gözlenmiştir.

Şiddetin nedenlerini inceleyen 10 çalışmadan beşinde uzun bekleme süresi önemli bir neden olarak gösterilirken (87-91) dördünde hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymaması (88,91) birinde hemşirenin zamanının kısıtlı olması ve uzun çalışma süreleri (88) ikisinde de ödeme zorlukları (89,90) birinde yanlış anlama gibi iletişim sorunları ve kişisel sorunlar gibi nedenler bildirilmiştir.

TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında kişilerin şiddete başvurma nedenlerinin %37,8 ile ihmal ve tedavi memnuniyetsizliği, %31,1 ile kurum yetersizliği, %31,6 ile medyada hekim karşıtı yayın, %18,2 ile haksız istek, ilaç/alkol etkisi, %18,1 ile sağlık politikaları olarak bulunduğu bildirilmiştir (92).Tolhurst ve arkadaşlarının (93) çalışmasında; hastalar açısından sözlü tacizin genelde uyuşturucuyla, alkolle ve ayrıca kişilik bozukluğu veya hizmetten memnun kalmama gibi spesifik şeylerle bağlantılı olduğu, fiziksel tacizin ise genellikle psikiyatrik etkenler ve alkol bağımlılığı ile alakalı olduğu, Carmi-Iluz ve

arkadaşlarının (94) İsrail Necefte yaptığı araştırmada hekimlerin şiddet nedeni olarak en fazla öne çıkardığı 2 nedenin %46,2 ile uzun bekleme süreleri ve %15,4 ile hastaların tedaviden memnuniyetsizlikleri olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde 2002 yılında yapılan bir çalışmada (95); 190 sağlık çalışanına uygulanan ankette acil serviste şiddete maruz kalma olgusu incelenmiş olup, şiddete neden olan olayın %36 oranı ile ilk sırada alkol ve madde bağımlılığı, ikinci sırada uzun bekleme süresinin olduğu görülmüştür

Bizim çalışmamızda ise kök neden olarak ilk üç nedene bakılacak olursa katılımcıların 61'nin(%57) güvenlik yetersizliğini, 56'sının(%52,3) hasta sayısının fazlalığını, 90'nın (%84,1) bilinçsiz hasta yakınına kök neden olarak gördüğü tespit edilmiştir. Diğer nedenlere bakıldığında;48'nin(%44,9) şiddeti kendinde hak görmesini,51'nin (%47,7) izlenen sağlık politikalarını,15'nin (%14) ihmal edildiğini düşünmesini,21'nin (%19,6) kötü iletişim ve yanlış anlaşılmayı,15'nin (%14) tedaviden memnuniyetsizliği,29'nun (%27,1) aşırı iş yoğunluğunu,28'nin (%26,2) uzun bekleme süresini,13'nün (%12,1) alkol ilaç etkisinde olmayı kök neden olarak gösterdiği saptanmıştır. Mevcut verilerin yüksek çıkmasında özellikle çalışmamızın yapıldığı bağcılar eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun hasta başvuru sayısı ve güvenlik yetersizliğinin rol oynayabileceği düşünülmüştür.

Atik D'nin (97) bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada şiddet gören doktorların %21,6'sının uğradıkları şiddet olayını ilgili merciye bildirdiği, Çamcı ve Kutlu'nun (96) çalışmasında şiddet olaylarını rapor etmenin %59,2 bulunduğu, Kitaneh ve Hamdan'ın (98) çalışmasında katılanların %56'ünün şiddet vakasını bildirmediği, %20,4'ünün sözlü olarak, %19,2'sinin ise yazılı olarak üstlerine bildirdiği belirtilmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının %67'sinin, hekimlerin %62'sinin, acil servis çalışanlarının %60'ının herhangi bir şikâyette bulunmadığı belirlenmiştir. Şikâyette bulunmama gerekçeleri arasında sağlık ve idari yöneticilere, adalet mekanizmasına güvensizlik olduğu belirtilmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada ise şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmiştir (99). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmalar bildirim açısından farklılık olduğu görülmüştür. Ülkemizde iş yeri şiddeti ile ilgili yasal düzenlemelerin olmamasının, kurum politikalarının ve bildirilen şiddet olayı sonrası şiddete maruz kalanların herhangi bir sonuç alamayacağını düşünmesinden dolayı rapor edilmediği düşünülmüştür.

Beder ve arkadaşlarının Erzurum il merkezindeki yataklı tedavi kurumlarında görevli 947 sağlık çalışanıyla yaptıkları çalışmada yapılan adli şikayetler sonrası varılan kararlara bakıldığında; %37,5'da saldırganı herhangi bir ceza verilmediği,%29,2'nun halen devam etmekte olduğu,%8,3'de saldırganı hapis cezası verildiği,%8,3'nün şikayetini geri aldığı,%4,2'sinde saldırganı adli para cezası aldığı görülmüştür.

Bizim çalışmamızda; %36,4'ünün dava süreci devam etmekte olduğu,%15'de saldırganın caza aldığı ama ertelendiği, %13,1'nin davadan geri çekildiği,%13,1'de saldırganı para cezası verildiği, %7,5'nin ceza almadığı, %0,9'nun hapis cezası aldığı saptanmıştır. Mevcut sonuçlara bakıldığında sağlık personeline şiddet uygulayanlara adli idarenin caydırıcı

olmayan cezalar verdiği ve dava süreçlerinin uzun sürdüğü bunun da sağlık çalışanlarının şiddeti raporlandırma ve bildirim yapmaların az olmasının nedeni sayılabileceği görüşüne varılmıştır.

Dünder ve arkadaşlarının Samsun ruh ve sinir hastanesinde 64 personel üzerinde yaptığı hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ile şiddete maruziyetin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi çalışmasında katılımcıların durumluk kaygı puanı ortalaması  $41,8 \pm 9,4$ , sürekli kaygı puanı ortalaması  $47,8 \pm 6,0$  bulunmuştur. Yüksek kaygı düzeyleri gösteren hekim ve hemşirelere ait bu puanlar, ülkemizde sağlık personeli üzerinde daha önce uygulanmış anket çalışmalarından da yüksektir (100).

Bizim çalışmamızda katılımcıların 89'nun (%83,2) endişe duyduğu, 17'sinin (%15,9) bazen endişe duyduğu, 1 kişinin ise endişe duymadığı saptanmıştır. Mevcut sonuçlar ışığında sağlık personelinin büyük bir kısmının mesleklerini icra ederken şiddete maruz kalma konusunda endişe yaşadıkları sonucuna varılmıştır.

Renovasyon sürecinin acil servis birimlerine ve diğer hastane birimlerine olan etkisi incelendiğinde; acil servis yeşil oda beyaz kod oranı %1,9 dan %3,7'e, sarı alan beyaz kod oranı %13,1 den %18,7 ye yükseldiği görülmüştür. Acil servis kırmızı alanda verilen beyaz kod oranı %3,7 den %0,9'a, hastanenin diğer birimlerinde verilen beyaz kod oranı %29,9 dan %28'e gerilemiştir. Renovasyon süreci sonrası sarı odaların fiziki olarak genişletilmesine rağmen hasta-hasta yakını girişlerinin kontrollü yapılmadığından dolayı şiddet olaylarının azaltılması üzerine olumlu bir etkisinin olmadığı sonucu görülmüştür.

Kırmızı odaların ise hem alan olarak daha izole hale getirilmesi hem de hasta hasta yakını girişlerinin kontrollü hale getirilmesi, hasta mahremiyetinin sağlandığı bir alana dönüştürülmesi nedeniyle bu odalarda yaşanan şiddet olayları azalmıştır. Acil serviste yapılan renovasyon hastane geneli yaşanan şiddet olaylarının azalması noktasında olumlu bir etkisi olmuştur.

Çalışmamızda acil serviste renovasyon süreci verilen beyaz kod oranı %33,6 dan %38,3 e yükseldiği saptanmıştır. Servislerde verilen beyaz kod oranları %10,3 ten %9,3 e gerilemiş aynı şekilde polikliniklerde verilen beyaz kod oranları %4,7 den %2,8 e gerilemiştir. Mevcut sonuçlar ışığında acil serviste yapılan renovasyon acil serviste yaşanan şiddetin azaltılması üzerinde herhangi bir olumlu etkisi görülmemişken hastanenin diğer birimleri olan servisler ve polikliniklerde şiddet olaylarının azaltılması üzerinde olumlu bir etkisi görülmüştür.

Renovasyon süreci sonrası-öncesi yaşanan şiddet olaylarının fiziksel-sözel kıyaslamasına bakıldığında fiziksel şiddet oranlarını %9,3'ten %16,8'e yükseldiği, sözel şiddetin ise %39,3'ten %34,6'ya gerilediği gözlemlenmiştir. Bunda özellikle muayene alanlarının genişletilmesine paralel hasta yakını girişinin de artması acil servisin daha kaotik bir hale gelmesine ve şiddetin de beraberinde artışına yol açabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya alınan personelinin cinsiyet unvan karşılaştırması yapıldığında; hekimler arasında kadın oranı %26,2 iken erkeklerde bu oran %39,3, yardımcı sağlık personeli karşılaştırmasında kadın oranı %19,6 (n=21) iken erkek oranı %7,5'dur. Bu veriler ışığında

erkek hekimlerin bayan hekimlerden daha fazla şiddete maruz kaldığı gözlemlenmiş bunun sebebi olarak da özellikle şiddet olaylarını daha çok yaşadığı acil servis ve cerrahi branşlarda erkek hekim sayısının fazla olması gösterilmiştir. Yardımcı sağlık personelinde ise bayan çalışanların erkeklere oranla daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmüştür bunu sebebi olarak ta yardımcı sağlık personelinin büyük kısmını oluşturan bayan hemşire sayısının fazlalığı dikkat çekmiştir.

Acil serviste 2014-2015 Şubat-Ağustos ayları arası verilen beyaz kod hasta sayısı ilişkisine bakıldığında en çok 120901 başvuru ile mayıs ayında olduğu aynı zamanda en çok beyaz kod bildiriminin 13 vaka ile bu ayda olduğu; yine başvuru sayısının en az 106334 ile şubat ayı olduğu ve beyaz kod bildirim vakasının 1 ile en az bu ayda olduğu saptanmıştır. Hasta başvuru sayısının artışı ile beyaz kod sayısının artışı aynı paralellikte olduğu bununda hasta sayısının artışı ile beraber sağlık personelinin iş gücünün artması ve beraberinde getirdiği stres ve anksiyetenin şiddet ortamın doğmasına sebebiyet verdiği sonucu ile ilişkilendirilmiştir.

## 7.SONUÇ

Çalışmamızda elde edilen verilere bakılacak olursak; sağlık çalışanlarının en çok sözel şiddete maruz kaldığı, şiddetin en çok acil serviste yaşandığı, en çok erkeklerin, en çok 26-33 yaş aralığındaki personelin, en çok yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahip personelin şiddete maruz kaldığı görülmüştür. En çok hekimlerde, en çok haftada 40-50 saat çalışanlarda, en çok saat 15-17 arasında şiddetin görüldüğü, en çok erkek hasta yakınlarından şiddetin geldiği, en çok gece nöbetine kalanlarda şiddetin yaşandığı, şiddet sonrası en çok yaşanan duygunun anksiyete olduğu, şiddetin kök nedeni olarak en çok güvenlik yetersizliğinin sebep olarak görüldüğü sonucuna varılmıştır.

Ayrıca hasta yoğunluğunun çok olduğu aylarda beyaz kod vakalarının daha çok olduğu, acil serviste yapılan fiziksel renovasyonun şiddet olaylarını azaltmada pek etkisinin olmadığı, şiddet olayı sonrası sağlık personelinin rapor kullanma hakkını çok büyük oranda kullanmadığı, çalışanlarının çok büyük kısmının mesleklerini icra ederken şiddete maruz kalma noktasında endişe duydukları tespit edilmiştir.

Sağlıkta şiddetin azaltılmasına yönelik yapılabilecek öneriler; Sağlık çalışanlarının şiddet olayı ve önlenmesi ile ilgili farkındalığının artırılması, medyada kendine yer bulan sağlık konusundaki taraflı ve yanlış sağlık skandalı başlıkları ile verilen haberler konusunda yasal girişimlerde bulunularak bu tür haberlerin önüne geçilmeye çalışılmasının, medyada şiddetin meydana çıkardığı olumsuzlukların vurgulanmasının, hekimlerin gün içinde baktıkları hasta sayısının hasta ve hasta yakınlarına mevcut tıbbi durum ve plan ile ilgili hekimlerin yeterli zamanı ayırabileceği sayıda olmasının sağlanarak bu sayının üzerine çıkılmamasının, şiddete karşı verilen cezalar caydırıcı olacak şekilde yasal düzenlenmeler yapılmalıdır.

Hasta, hasta yakınları ve hekimlerin fiziki (muayene odası, bekleme odası, vs.) şartlarının iyileştirilmesinin, hasta yakınlarının mümkün olduğunca tedavi sürecinin dışında tutularak profesyonellerin yapması gerek işlerin hasta yakınlarından istenmesine son verilmesinin, acil servis girişlerindeki hasta yakını girişlerine sınırlandırma getirilmesini, hekimlere hem tıp fakültelerinde hem de diploma alındıktan sonra insanlar arası ilişkiler konusunda eğitim verilerek, şiddet uygulayabilecek kişileri tanıma ve şiddetten korunma yolları öğretilip, kriz yönetimi konusundaki becerilerinin artırılmasının, güvenlik önlemlerine öncelikli önem verilmelidir. Güvenlik görevlilerinin sayısı, kalitesi ve yetkileri artırılmalıdır, Sağlık çalışanlarına, şiddetle baş etme / önleme konusunda eğitimler verilmelidir.

## 8. KAYNAKLAR

- 1.Kocacık F. Şiddet olgusu üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2001;2:1-2.
- 2.WHO(1996). Workplaceviolence. September 2008, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/work9/en/print.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/print.html).
3. WHO (2002). World report on violence and health:summary. Geneva. Eylül 2008, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf).
- 4.WHO (2005).Workplaceviolence.September 2008,[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/work9/en/print.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/print.html).
5. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:147-54.
6. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK J Adv Nurs 2002;39:230-40.
- 7.Polat O, Çocuk ve Şiddet, DER yayımları, İstanbul, 2001, 3-15,31-32
8. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. J Clin Nurs 2004;13:3-10.
9. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999;14:420-5.
10. Aydın M. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. Türk Tabipleri Birliği, Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı; 2008.
11. Aktuğ K, Hancı H. Acil serviste şiddet tehdidi-hekimin yasal sorumlulukları ve hakları (tıp ve sağlık hukuku). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset; 1999.
12. Cooper CL, Swanson N. (2004). Workplace violence in the health sectorstate of the art. Septeber 2008, <http://www.ilo.org>.
13. Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. Health Sciences Journal 2007;2:29-30.
14. World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.

15. Warshaw LJ: Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM 1996; 38:993-1005.
16. Saines JC: Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999; 7:8-12.
17. Polat O, Çocuk ve Şiddet, DER yayınları, İstanbul, 2001, 3-15,31-32
18. Balcıoğlu İ, Şiddet ve Toplum, Bilge Yayınları, İstanbul, Şubat 2001,21-,47,75
19. Sahin MH, Sporda Şiddet ve Saldırganlık, Gaziantepspor Kulübü Spor Eğitim Yayınları, Yayın no 5, 1.baskı, Ankara, Mayıs 2003,16-21
20. Köroğlu E, Bayraktar S, Kişilik Bozuklukları, HYB Yayıncılık, Ankara, 2007, 7-21,43-58
21. Kök AN, Suç İşleyen Çocuklar, Çocuk Formu Dergisi, 2002,5(2):1-5
22. Doğan S, Güler H, Kelleci M, Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2001,5(1)
23. Chapman R, Styles I,Accident and Emergency Nursing 2006, 14, 245-249
24. Uzun Ö, Bağ B, Özer N, İş Ortamındaki Sözel Saldırının Hemşireler Üzerine Etkileri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt 4, Sayı 1,2001
25. Tel H, Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002, 6 (2)
26. 11.Ulusal Adli Tıp Günleri, Adli Tıp Kurumu Yayınları-12,Paneller ve Poster Sunumları, Antalya, 2004,264-268
27. Uzun Ö, Journal of Nursing Scholarshig, 2003; 35:1,81-85 2003)
28. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C, Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002;3:147-154
29. Polat O, Klinik Adli Tıp, Seçkin yayıncılık, Birinci baskı, Ankara,2004
30. Nonviolent Crisis Intervention Workbook. Brookfield, WI, National Crisis Prevention Institute. 1987.
31. Marshall C. McCoy. Violence in the Emergency Department. Emergency Medicine Sixth Edition, 2004; 301: 1860-1863.
32. Barrett S. Protecting against workplace. Public Manag 1997; 79:9 12.
33. Gates DM. Workplace violence. AAOHN J 1995; 43:536-543.
34. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med 1996; 38:993-1006.
35. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. Nurs Manage 1997; 28:38-41.
36. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence 2006; 21:276-296.

37. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. Violence against emergency nurses. *J Emerg Nurs* 2000; 26:105.
38. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999; 16:161-170.
39. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*, 2004; 13:3-10.
40. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1452-1457. 19. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:147154.
41. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? *J Forensic Leg Med* 2007; 14:423-428.
42. Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 15:25-28.
43. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999; 14:420-425.
44. Aktuğlu K, Hancı H. Acil servislerde şiddet tehdidi. 1999; [www.ttb.org.tr/TD59/5911.html](http://www.ttb.org.tr/TD59/5911.html) adresinden indirildi.
45. Gülalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15:239-242.
46. Erickson L, William-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs* 2000; 26:210-215.
47. Ergün FS, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005; 52: 154-160.
48. Yeşildal N, Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005:4(5)
49. Polat O, Çocuk ve Şiddet, *DER* yayınları, İstanbul, 2001, 3-15,31-32 8.
50. Doğan S, Güler H, Kelleci M, Hastaların Öfkeli Davranışları Karsısında Hemşirelerin Yaklaşımları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,2001,5(1)
51. Öztunç G, Examination of incidents of Workplace Verbal Abuse Against Nurses, *J Nurs Care Qual* Vol.21, no.4, pp.3652. Kök AN, Suç İşleyen Çocuklar, *Çocuk Formu Dergisi*, 2002,5(2):1-5 11.
52. Kök AN, Suç İşleyen Çocuklar, *Çocuk Formu Dergisi*, 2002,5(2):1-5

53. Doğan S, Güler H, Kelleci M, Hastaların Öfkeli Davranışları Karsısında Hemşirelerin Yaklaşımları, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2001,5(1)
54. Yıldız A, Simsek S, Ceza-Yargılama ve Kolluk Mevzuatı, Ulus Basım Yayın, İstanbul, 2006, 147
55. Albayrak M, Türk Ceza Kanunu, Adalet Yayınevi, Ankara, 2006,0-365,2006
56. Ayrancı, Ü. et al. "Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3.3 (2002): 147-54.
57. McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB: The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-service Survey Task Force. *Acad Emerg Med* 1995; 2:293-301
58. Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, Hellsten JJ: Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. *JAMA* 1998; 280:439-442.
59. Büken B, Günay Y, Birincioğlu I, Katkıcı U: Etkili eyleme taraf olan mağdur ve sanıklara yönelik sosyal değerlendirme. *Adli Tıp Bülteni* 1997; 2:131-134.
60. Günay Y, Akbay MÖ: İş yerinde şiddet. *Çalışma Ortamı Dergisi* 2001; <http://www.fisek.org.tr/genckizemegi05.Php>
61. Arnetz J, Arnetz B, Petterson I: Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress* 1996; 10:119-127.
62. ÇAMCI, Oya, and Yasemin Kutlu. "Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi." *Journal of Psychiatric Nursing* 2.1 (2011): 9-16.
63. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:147-54
64. Brookes JG, Dunn RJ. The incidence, severity and nature of violent incidents in the emergency department. *Emergency Medicine*, 1997; 9: 5-9.
65. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 2004: 3; 1-7.
66. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:147-54
67. Warshaww LJ. Workplace Violence: Preventive and interventive strategies. *JOEM* 1996;38:993-1005.
68. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical resident. *West J Med* 1997;167:74-8.
69. Fernandes C. Violence in the emergency department: A survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-70.
70. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y ve Kaptanoğlu C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 147-154.
71. Şahin N, Dişsiz M,(2009). Sağlık Çalışanlarında Aile İçi Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:6 Sayı:2

72. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J ClinNurs* 2004;13:3-10.
73. Aydın M. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. Türk Tabipleri Birliği, Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı; 2008.
74. Ayrancı U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med* 2005;28:361-5.
75. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
76. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, ETAL. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*. 2004 61: 495-503.
77. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:9-16.
78. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-170.
79. Erickson L, William-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs* 2000; 26:210-215.
80. Hoag-Apel CM. Violence in the emergency department. *Nurs Manage* 1998; 29:60-63.
81. Levin PF, Hewitt BJ, Misner TS. Insights of nurses about assault in hospital based emergency departments. *Image J Nurs Sch* 1998; 30:249-254.
82. Flannery RB. Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 1996; 1:57-68.
83. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med* 2001; 52:417-427.
84. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21:276-296.
85. Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 15:25-28.
86. Kitaneh and Hamdan. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012;12:469.

87. Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(1):81-5.
88. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21(2):276-96.
89. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtuluş A, Turkcuer I, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006;23(2):364-9.
90. Erkol H, Gokdogan M, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers-A problem in Turkey? *J Forensic Leg Med* 2007;14(7):423 8.
91. Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakkus A. Violence against general practioners in Turkey. *J Interpers Violence* 2009;24(12):1980-94.
92. Elbek O, Adaş EB, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet raporu. *Türk Tabipleri Birliği Gaziantep - Kilis Tabip Odası*. Nisan 2008.
93. H. Tolhurst et al. Aust. J. Rural Health Rural General Practitioner Experience Of Work-Related Violence In Australia. *Aust J Rural Health* 2003 Oct;11(5): 231-236
94. Tal Carmi-Iluz et al. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Services Research* 2005;5:54.
95. Durak, Tuğba Çiçek, et al. "Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi." *Genel Tıp Dergisi* 24.4 (2014).
96. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:9-16.
97. Atik D. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. *NWSA-Medical Sciences*, 1B0035, 2013;8 (2):1-15.
98. Kitaneh and Hamdan. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012;12:469.
99. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM ve ark. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-70.
100. Gökçe T. ve DüNDAR C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15: 25-28.

## 9.EKLER

### Ek-1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
GİRİŐİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 2016/478  
Konu: GOKAEK / 2016-478 Nolu Proje  
42.Kurul Toplantısı

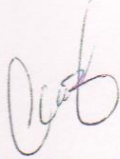
16.06.2016

**Sayın, As. Dr.Orhan KAYA**  
S.B. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Acil Tıp Kliniği

Kurulumuz çoğunluğun katılımı ile GiriŐimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu toplantısını yaparak;

Yürütücüsü olduğu "Beyaz kod vakalarının incelenmesi ve Şiddete maruz kalan sağlık personeline olan etkisinin belirlenmesi" isimli araştırma dosyası GiriŐimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

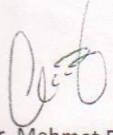
Gereği bilgilerinize sunulur.


  
Prof.Dr. Mehmet Faruk OKTAY  
GiriŐimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

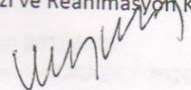
Sayfa 1

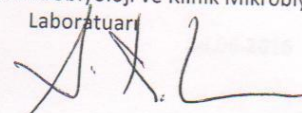
**Ek-1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu**


**GİRİŐİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 16.06.2016 TARİHLİ VE 2016-478  
NOLU 42.KURUL TOPLANTI KARARLARI**

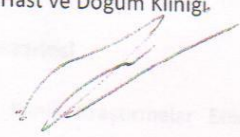
  
Prof.Dr. Mehmet Faruk OKTAY  
Kulak Burun Boğaz Kliniği

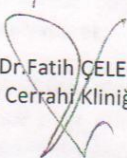
  
Prof.Dr. Atilla SEMERCİÖZ  
Üroloji Kliniği


  
Prof.Dr. Aşın SELCAN  
Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

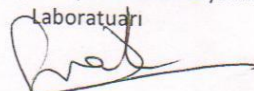
  
Uzm.Dr. Ayşe Banu ESEN  
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji  
Laboratuvarı

  
Doç.Dr. Ümit Seza TETİKKURT  
Tıbbi Patoloji Kliniği

  
Doç.Dr. Abdullah Taner USTA  
Kadın Hast ve Doğum Kliniği

  
Uzm. Dr. Fatih CELEBİ  
Genel Cerrahi Kliniği

  
Uzm. Dr. Özgül YİĞİT  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

  
Uzm. Dr. Suat Hayri KÜÇÜK  
Tıbbi Biyokimya ve Klinik Biyokimya  
Laboratuvarı

## Ek- 2: Beyaz Kod Çalışma Formu

BEYAZ KOD ÇALIŞMA FORMU	
Adı :	
Soyadı :	
Cinsiyet :	
Yaş :	
Görevi	
<input type="checkbox"/> Uzman hekim	
<input type="checkbox"/> Asistan hekim	
<input type="checkbox"/> Hemşire	
<input type="checkbox"/> Sağlık memuru	
<input type="checkbox"/> Sağlık teknikeri	
<input type="checkbox"/> Tıbbi sekreter	
<input type="checkbox"/> Diğer.....	
Eğitim düzeyi	
<input type="checkbox"/> Lise/meslek lisesi	
<input type="checkbox"/> Ön lisans	
<input type="checkbox"/> Lisans	
<input type="checkbox"/> Doktora/Yüksek lisans	
<input type="checkbox"/> Diğer.....	
Haftalık çalışma saati	
<input type="checkbox"/> <40 saat	
<input type="checkbox"/> 40 saat	
<input type="checkbox"/> 40-50 saat	
<input type="checkbox"/> 50-70 saat	
<input type="checkbox"/> >70 saat	
Mesai şekli	
<input type="checkbox"/> 08-17 hafta içi mesai	
<input type="checkbox"/> Gündüz ve gece shift şeklinde	
<input type="checkbox"/> Gündüz mesai + nöbet	
<input type="checkbox"/> Değişken	
Psikososyal danışmanlık hizmeti aldınız mı ?	
<input type="checkbox"/> Evet, düzenli	
<input type="checkbox"/> Evet, düzensiz	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Diğer.....	
Evet ise, bu süreçte ilaç kullandınız mı ?	
<input type="checkbox"/> Evet, halen kullanıyorum	
<input type="checkbox"/> Evet, bıraktım	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Diğer.....	
Olay sonrası tıbbi yardıma ihtiyacınız oldu mu?	
<input type="checkbox"/> Evet, ayakta tedavi	
<input type="checkbox"/> Evet, yatarak tedavi	
<input type="checkbox"/> Hayır	
<input type="checkbox"/> Diğer.....	
İşten kaç gün uzak kaldınız?	
<input type="checkbox"/> Hiç	
<input type="checkbox"/> 0-1 gün	
<input type="checkbox"/> 2-5 gün	
<input type="checkbox"/> 5-10 gün	
<input type="checkbox"/> 10-30 gün	
<input type="checkbox"/> >1 ay.....	

## Ek-2: Beyaz Kod Çalışma Formu

### BEYAZ KOD ÇALIŞMA FORMU

#### Şiddet gördükten sonra size etkisi ne oldu?

- Anksiyete
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Huzursuzluk
- Ailevi ve sosyal problemler
- Kızgınlık
- Hayal kırıklığı
- Şaşkınlık
- Çaresizlik
- Korku
- Tükenmişlik
- Güven kaybı
- Kendini suçlama
- Depresif uyum bozukluğu
- 

Karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğu

- Ruhsal sıkıntının bedensel etkileri
- Kaçınma veya aşırı önlem alma davranışları
- Hastalarından korkma
- Hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet olarak görme
- Kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik
- Yalnız-çaresiz bırakılma duygusu
- Diğer:.....

#### Size göre olayın kök nedeni neydi?

- Güvenlik yetersizliği
- Hasta sayısının fazlalığı
- Bilinçsiz hasta yakını
- Şiddeti kendine hak görme
- İzlenen sağlık politikaları
- İhmal edildiğini düşünme
- Kötü iletişim yanlış anlama
- Tedaviden memnuniyetsizlik
- Aşırı iş yoğunluğu
- Uzun bekleme süresi
- Alkol/ilâç etkisinde olduğundan
- Diğer:.....

#### Soruşturmanın neticesi ne oldu?

- Şiddet uygulayana para cezası
- Şiddet uygulayana hapis cezası
- Ceza aldı ama ertelendi
- Ceza almadı
- Devam ediyor
- Diğer:.....

#### Görevinizi yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Bazen

### Ek-3: Klinik Araştırma Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

#### KLİNİK ARAŞTIRMA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı / Protokol Numarası: Beyaz kod vakalarının incelenmesi ve Şiddete maruz kalan sağlık personeline olan etkisinin belirlenmesi.

Araştırmanın Konusu: Beyaz kod vakalarının incelenmesi ve Şiddete maruz kalan sağlık personeline olan etkisinin belirlenmesi.

Araştırmanın Amacı: Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2014-2015 Şubat- Ağustos ayları arası bildirim yapılan beyaz kod bildirim formları incelenerek; Şiddete maruz kalan kişilerin demografik özellikleri, olayın gerçekleşme zamanı ve yeri, maruz kalınan Şiddet türü, Şiddet uygulayanın unvanı ve cinsiyetini belirlemek ve Şiddete maruz kalan sağlık personeliyle yüz yüze görüşüp bu olayın kendisinde oluşturduğu etki, olayın kök nedeni, bildirim hukuki süreci, kişinin haftalık çalışma süresi, eğitim düzeyi, olay sonrası tıbbi yardıma ihtiyacı olup olmadığını belirlemektir.

Araştırmanın Süresi: 2 ay

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı: 107

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ve uzman görüşüne başvurularak düzenlenen ve içinde personelin yaş, cinsiyet, haftalık çalışma süresi, olayın kişi üzerindeki psikolojik etkileri, olayın kök nedeni, beyaz kod vakasının hukuki süreci tanımlayıcı sorularını içeren "Beyaz Kod alışma Formu" bildirim yapan sağlık personeline gönüllülük esasına göre anket Şeklinde uygulanacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Ast. Dr. Orhan Kaya Tel:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilmeğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilemeğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Tıbbi kayıtlarımın kullanılmasına izin veriyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekirse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekirse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

