



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

2. BÖLGE GENEL SEKRETERLİĞİ

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**ACİL SERVİS HEKİMLERİNE YÖNELİK ŞİDDETİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Beliz ÖZTOK

Tez Danışmanı

Dr. Ferhat İÇME

Ankara, 2013

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince her türlü bilgi ve tecrübesinden yararlandığım hiçbir zaman bizler için fedakarlıktan kaçınmayan klinik şefimiz, sayın Doç. Dr. Havva ŞAHİN KAVAKLI'ya, tezimin hazırlık sürecinde bana yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Dr. Ferhat İÇME'ye, uzmanlarımız Op. Dr. Fatma Güllü HAYDAR, Dr. Alp ŞENER, Dr. Yücel YÜZBAŞIOĞLU, Dr. Yavuz OTAL, Dr. Selçuk COŞKUN, Dr. Nurettin Özgür DOĞAN ve Op. Dr. Mehmet ÖZER'e, sadece akademik destekleriyle değil dostlukları ve sonsuz destekleri için Dr. Gülhan Kurtoğlu ÇELİK, Dr. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN'a teşekkür ederim.

Acil kliniğinde birlikte çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma ve tez aşamasında destekleri için Dr. Teoman ERŞEN ve Dr. Uğur ÖZKULA'ya; tüm hemşire arkadaşlarım ve diğer bütün klinik çalışanlarına teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan sevgili babam ve sevgili kardeşlerime ve bugün bu ünvana sahip olmamda en büyük payı olan rahmetli annem Safiye ÖZTOK'a minnettarım...

Dr. Beliz ÖZTOK

Ankara 2013

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
KISALTMALAR	xv
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Şiddetin Tanımı	3
2.2 Şiddet Teorileri ve Şiddete Ait Yaklaşımlar	4
2.2.1 Biyolojik teori	4
2.2.2 Sosyal öğrenme teorisi	5
2.2.3 Engellenme-saldırganlık teorisi	5
2.2.4 Ekolojik teori	5
2.2.5 Psikolojik ve psikiyatrik yaklaşım	5
2.2.6 Sosyokültürel yaklaşım	6
2.3 Şiddet Türleri	7
2.3.1 Uygulanış şekline göre şiddet	7
2.3.1.1 Fiziksel şiddet	7
2.3.1.2 Psikolojik (Duygusal) şiddet	7
2.3.1.3 Ekonomik şiddet	8
2.3.1.4 Cinsel şiddet	8
2.3.1.5 Sözel şiddet	9

2.3.2 Uygulanan kişiye göre şiddet.....	9
2.3.2.1 Kişinin kendisine uyguladığı şiddet	9
2.3.2.2 Kişiler arası şiddet	9
2.3.2.3 Toplu şiddet.....	9
2.3.3 Diğer şiddet türleri.....	10
2.3.3.1 Çalışma yaşamında (işyerlerinde) yaşanan şiddet.....	10
2.3.3.2 Aile içi şiddet	11
2.3.3.3 Çocuk istismarı	11
2.3.3.4 Yaşlı istismarı.....	11
2.4 Şiddet İle İlgili Risk Faktörleri, Şiddetin Ön Belirtileri Ve Şiddetin Önlenmesi Ve Yönetilmesi.....	11
2.4.1 Şiddet ile ilgili risk faktörleri	11
2.4.2 Şiddetin Ön Belirtileri.....	13
2.4.3 Şiddetin Önlenmesi ve Yönetilmesi	15
2.4.3.1 Saldırgan Eğilimleri Olan Hastaya Yaklaşım	15
2.4.3.2 Aniden Saldırganlaşan Kişiye Yönelik Önlemler	16
2.4.3.3 Öfkeli kişiyi sakinleştirme.....	16
2.4.3.4 Tahdit ve Tecrit.....	17
2.4.3.5 Kriz Sonrası.....	20
2.5 Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algıları.....	20
2.6 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı.....	21
2.7 Sağlık Çalışanlarında Saldırı Sonrası Görülen Sorunlar	24
2.7.1 Kişisel düzeyde etkileri	24
2.7.2 İşyeri düzeyinde etkileri	24
2.7.3 Toplumsal düzeyde etkileri	24
3 MATERYAL VE METOD	26
3.1 İstatistiksel Analiz	26
4 BULGULAR	28

5 TARTIŞMA	58
6 SONUÇ	64
7 KAYNAKLAR.....	66

ÖZET

Amaç: Acil servisler sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en yoğun yaşandığı yerlerdir. Bu çalışmada acil servislerde hekimlere ve sağlık çalışanlarına karşı giderek artan şiddete sebep olan sorunları, acil servis hekimlerinin gözüyle değerlendirerek tespit etmek ve gelecekte bu konuya ilişkin sorunların giderilmesine ve güvenli ortamların sağlanmasına yönelik çalışmalara ışık tutmak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan çalışma 15 Nisan 2013-15 Temmuz 2013 tarihleri arasında anket doldurularak yapıldı. Anket formundaki sorular 25 soru ve çoktan seçmeli olarak soru-cevap şeklinde hazırlandı. Anket Ankara ilinde çalışmaya katılmayı kabul eden hastanelerde yüz yüze dolduruldu. Ankara dışındaki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Devlet Hastanelerinde çalışan acil servis hekimlerine e-mail yoluyla ulaşıldı. Gönderilen 1309 e-mail'den alınan 249 cevap çalışmaya alındı.

Bulgular: Çalışmaya 339'u (%67.4) erkek, 164'ü (%32.6) kadın toplam 505 birey katıldı. Bireylerin %54.1'i (n=270) eğitim araştırma hastanesinde çalışırken, %32.9'u (n=164) üniversite hastanesinde çalışmaktaydı. Bireylerin 478'inin (%95.4) çalıştıkları kurumların acil servisinde güvenlik varken 450 (%89.0) birey acil servisteki güvenliğin yeterli olmadığını belirtti. 494 (%98.6) birey çalışma hayatında hekim veya sağlık çalışanına karşı şiddete tanık olduklarını 414 birey ise direkt şiddete maruz kaldığını belirtti. 10'dan daha fazla şiddete maruz kalan birey sayısı 151 (%36.7)'idi. Şiddet sonucunda bireylerin %60.6'sı (n=251) sosyal hayatının olumsuz etkilendiğini belirtirken, %54.8'i (n=227) iş doyumunda azalma/ meslekten soğumayla karşılaştığını belirtti. Şiddet nedeni olarak beklemeyi seçen 427 (%84.6) birey vardı. Bireylerin %81.2'si (n=410) iş yükü ve gerilimin fazla olmasının şiddete neden olduğunu belirtti. Toplumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında sağlık politikalarının etkisi olduğunu düşünen 490 (%97.0) birey vardı. Şiddete maruz kalma durumu ile görev-unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=11.941$; $p=0.018$). Şiddete maruz kalma durumu ile çalışılan kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2= 22.236$; $p=0.000$). Bireylerin çalıştıkları kurum ile bakılan hasta

sayısı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2= 98.522$; $p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları acil serviste hekime olan şiddetin çok yüksek boyuta ulaştığını ve bu yüksek şiddet oranlarının hekimlerde çalışma ve iş doyumunu etkilediğini göstermektedir. Önlem alınmadan şiddetin bu boyutlarda devam etmesi, hem çalışan doktorları hem de bu mesleği seçme potansiyeli olan kişileri kötü etkileyeceği için gelecekte hastalarında hem hasta bakım kalitesi hem de yapılması gereken müdahalelerden çekinme anlamında bu şiddet olaylarından ciddi derecede etkilenebileceğini düşünmekteyiz.

ABSTRACT

Introduction: Emergency services are places where the most intense violence against health care workers is experienced. In this study, our goal is to evaluate the problems that cause the growing violence against emergency department physicians and health workers, through the eyes of emergency department physicians. We would like to assist any future effort that intends to eliminate the problems related to violence to ensure safer work environments.

Material and Method: The study was designed descriptive and cross sectional, it was conducted between April 15, 2013 -July 15, 2013. Information was gathered by survey method. There were 25 multiple choice questions in the survey. The survey was filled out by face to face interview if the participant was working in a hospital in Ankara. Participants that lived outside Ankara and worked in university hospitals, training and research hospitals and state hospitals filled out the survey by email. 1309 emails were sent, 249 people replied and were included in the study.

Results: A total number of 505 individuals were included in the study. 339 (%67.4) of them were male, 164 (%32.6) of them were female. %54.1 of the participants (n=270) worked in a training and research hospital and the rest %32.9 (n=164) worked in a university hospital. 478 (%95.4) of them were working in a hospital where security personnel is employed but 450 (%89.0) of them stated that security measures in their emergency room is not sufficient. 494 (%98.6) of them has witnessed violence against physician or healthcare worker at least once during their career and 414 of them has been victim of such violence directly. The number of people who experienced violence more than 10 times were 151 (%36.7). %60.6 (n=251) of participants stated that their social life was negatively affected, %54.8 (n=227) experienced decreased job satisfaction or felt distanced for their profession after being subject to violence. The reason of violence was thought to be long waiting times by 427 (%84.6) of participants and work overload and tension by %81.2 (n=410) of participants. 490 (%97.0) participants thought that healthcare policies was the cause of rising violence against health care workers in society. There was statistically significant relationship between being subject to violence and title at work place ($\chi^2= 11.941$;

p=0.018). There was also statistically significant relationship between being subject to violence and the hospital in which the victim works ($\chi^2= 22.236$; p=0.000). the number of patients were significantly different between these hospitals ($\chi^2= 98.522$; p<0.001).

Conclusion: Our results show that violence in emergency departments against physicians has reached high numbers and these high numbers are affecting and job satisfaction in physicians. If violence continues this way and there are no precautions it will affect both current physicians and future physician candidates badly. In the future this may affect quality of patient care negatively.

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1.	Bireylerin demografik özellikleri.....	28
Tablo 2.	Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı.....	29
Tablo 3.	Bireylerin unvanına göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı	29
Tablo 4.	Çalışılan kuruma göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı	30
Tablo 5.	Bireylerin çalıştıkları kurumlardaki güvenlik önlemleri	31
Tablo 6.	Çalışılan kuruma göre bir şifte bakılan hasta sayısının dağılımı	31
Tablo 7.	Çalışılan kuruma göre acil serviste güvenlik görevlisi olma durumunun dağılımı	32
Tablo 8.	Çalışılan kuruma göre acil serviste güvenlik kamerası olma durumunun dağılımı	32
Tablo 9.	Bireylerin çalıştıkları kurum ile saldırganın özelliklerinin karşılaştırılması	33
Tablo 10.	Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	33
Tablo 11.	Katılımcıların çalışma hayatlarındaki maruz kaldıkları şiddet türleri.....	34
Tablo 12.	Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumları ile cinsiyet karşılaştırılması	35
Tablo 13.	Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında kaçma yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması	35
Tablo 14.	Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında tepki vermedim yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması	36
Tablo 15.	Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında kişiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması.....	36

Tablo 16. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında kendimi korumaya çalıştım yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması	37
Tablo 17. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında karşılık verdim yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması	37
Tablo 18. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	38
Tablo 19. Çalışma süresinin şiddete maruz kalma sıklığına göre karşılaştırılması	38
Tablo 20. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	39
Tablo 21. Saldırganların demografik özellikleri.....	40
Tablo 22. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın cinsiyetine göre karşılaştırılması	41
Tablo 23. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın yaşına göre karşılaştırılması	41
Tablo 24. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının eğitim seviyesine göre karşılaştırılması	42
Tablo 25. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olma durumuna göre karşılaştırılması	42
Tablo 26. Saldırganlara ait bazı özellikler.....	43
Tablo 27. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın psikiyatrik/ metabolik hastalık öyküsü olma durumuna göre karşılaştırılması	44
Tablo 28. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın oryantasyon bozukluğu olma durumuna göre karşılaştırılması	44
Tablo 29. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın konfüzyon olma durumuna göre karşılaştırılması	45
Tablo 30. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın ilaç/alkol/madde kullanımı olma durumuna göre karşılaştırılması	45

Tablo 31. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın intoksikasyon olma durumuna göre karşılaştırılması	46
Tablo 32. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın ağrısı olma durumuna göre karşılaştırılması	46
Tablo 33. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın nörolojik hastalık olma durumuna göre karşılaştırılması	47
Tablo 34. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın daha önce şiddet öyküsü olma durumuna göre karşılaştırılması	47
Tablo 35. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	48
Tablo 36. Bireylerin olay sırasındaki davranışları	48
Tablo 37. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	48
Tablo 38. Bireylerin şiddet anında başvurdukları yerler	49
Tablo 39. Bireylerin şiddet anında neler yaptığı ile çalışılan kurumun karşılaştırılması	49
Tablo 40. Cinsiyet ve çalışılan kuruma göre şikayet etme durumu dağılımı	50
Tablo 41. Bireylerin olay sonrası karşılaştıkları hoş olmayan durumlar.....	50
Tablo 42. Hastane dışı tehdit alma ile cinsiyet karşılaştırması	51
Tablo 43. Bireylerde şiddetin etkileri.....	51
Tablo 44. Şiddetin etkileri ile cinsiyet karşılaştırması	52
Tablo 44a. Şiddetin etkileri ile cinsiyet karşılaştırması(Devam)	53
Tablo 45. Bireylerin belirtilen şiddet nedenlerini seçip seçmeme durumlarının dağılımı	54
Tablo 46. Toplumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artma nedenlerini bireylerin seçme durumu.....	55
Tablo 47. Acil serviste hekime yönelik şiddetin azaltılmasında katkısı olduğu düşünülen durumlar.....	55
Tablo 48. Soru 25'e diğer yanıtını veren bireylerin belirttikleri açıklamalar.....	56
Tablo 48a. Soru 25'e diğer yanıtını veren bireylerin belirttikleri açıklamalar.....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1. Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumlarının dağılımı	29
Şekil 2. Bireylerin unvanına göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı.....	30
Şekil 3. Çalışılan kuruma göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı	30
Şekil 4. Saldırganın cinsiyet dağılımı	40
Şekil 5. Saldırganın yaş dağılımı	40
Şekil 6. Saldırganın düşük sosyo-ekonomik düzeyde olup olmama durumunun dağılımı	43
Şekil 7. Saldırganın eğitim seviyesi dağılımı.....	43
Şekil 8. Bireylerin şiddet nedeni olarak belirtilen yanıtları seçme durumlarının dağılımı	54

KISALTMALAR

AS	: Acil Servis
ATO	: Ankara Tabip Odası
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
İLO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İTO	: İstanbul Tabip Odası
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation Health Care Organization
TBBM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TTB	: Türk Tabipler Birliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1 GİRİŞ ve AMAÇ

Şiddetin mutlak bir tanımını yapmanın güç olmasına karşın literatüre bakıldığında şiddet kavramına ilişkin gerek geniş, gerekse dar anlamda çok sayıda tanım ile karşılaşilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak, ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olabilecek şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması olarak tanımlamıştır (1).

Michaud tarafından yapılan şiddet tanımlaması, günümüzde hemen hemen tüm şiddet tanımlarını kapsayan en kapsamlı şiddet tanımı olarak değerlendirilmektedir. Michaud'a göre şiddet; "Bir karşılıklı ilişkiler ortamında, taraflardan birinin ya da birkaçının, doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne, törel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine, oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır" (2).

Şiddet çok yönlü bir olay olması sebebiyle uygulanış şekline (fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel vs) ve uygulayan kişiye (kendine, kişilere, topluma) göre çok farklı biçimlerde sınıflandırılabilir. Ayrıca oldukça karmaşık olan bu davranışı açıklamak için biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi farklı disiplinler kendi açılarından analiz etmiş, anlamaya ve çözümlemeye çalışmıştır. Bu amaçla biyolojik teori, sosyal öğrenme teorisi, engellenme- saldırganlık teorisi ve ekolojik teori gibi bir çok teori ile psikolojik, psikiyatrik ve sosyokültürel bir çok yaklaşım ortaya atılmıştır.

Toplumsal şiddetin artışına paralel olarak sağlık çalışanları ve hekimler de son zamanlarda çok boyutlu olarak şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tüm dünyada sıklığı giderek artan yaygın bir sorundur. Sağlık kurumlarında çalışmak diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden çok daha riskli hâle gelmiştir. Acil servisler hasta profilleri sebebiyle sağlık kuruluşları içinde şiddetle karşılaşma riskinin en fazla olduğu ortamlardır. Hayati tehlikesi olan hastalar, psikiyatrik bozukluğu olanlar ve madde bağımlıları bu riskli hasta grubunun bir kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca; aşırı hasta sayısı, uzun bekleme süreleri, personel yetersizliği, ve hekimlerin triaj ayrımı da acil serviste gerilimi yükselten faktörlerdir. Tüm bu sebeplerden dolayı da sağlık çalışanları içinde en fazla acil servis personelinin şiddete

maruz kaldığı birçok araştırmada gösterilmiştir. Hemşireler şiddete en fazla maruz kalan grupken bunu pratisyen hekimler, uzman hekimler ve diğer sağlık personelinin izlediği belirtilmektedir.

Doktorlar ve diğer sağlık personeline karşı son senelerde artış gösteren şiddet içerikli saldırılar, toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Bireylerin hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, ekonomik sorunların ve sosyal sorunların dışavurumu, hastanelerde yeterli güvenliğin sağlanamaması ve çoğu zaman sağlık sistemindeki aksaklıkların tek nedeninin doktorlar olarak görülmesi sağlık sektöründeki şiddetin nedenlerinden sadece bir kısmıdır. Ayrıca; medyanın toplumu sağlık çalışanlarına karşı tahrik etmesi, toplumda sağlık çalışanlarının saygınlıklarının azalması, hastaların yüksek beklentilere sahip olması, sağlık çalışanı istihdamının ve hastalara ayrılan sürenin yetersiz olması da şiddete zemin hazırlayan faktörler arasında sayılabilir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında gerçekçi ve güvenilir resmi bir veri yoktur. Ancak konu hakkındaki ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin hem ulusal, hem de küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda da artış gösterdiği anlaşılmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hizmetin kalitesini düşürme, hizmetlerin aksamasına sebep olmasının yanı sıra, çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Acil servislerde hekimlere ve sağlık çalışanlarına karşı giderek artmakta olan şiddete sebep olan sorunları, acil servis hekimlerinin gözüyle değerlendirerek tespit etmek ve gelecekte bu konuya ilişkin sorunların giderilmesine ve güvenli ortamların sağlanmasına yönelik çalışmalara ışık tutmaktır.

Bu çalışma sonucunda elde edilecek bilgilerin sağlık çalışanlarının şiddet konusundaki eğitimi, güvenlik sistemlerinin yapılandırılması ve hastane yönetimlerinin alacağı önlemler gibi genel planlamalarda değerlendirilebileceğini ve önemli bir eksiği tamamlayacağını düşünüyoruz.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Şiddetin Tanımı

Şiddetin mutlak bir tanımını yapmanın güç olmasına karşın literatüre bakıldığında şiddet kavramına ilişkin gerek geniş, gerekse dar anlamda çok sayıda tanım ile karşılaşilmektedir. Örneğin Türk Dil Kurumunun Büyük Türkçe Sözlüğü'nde "şiddet" kavramı: "1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğnlik, sertlik. 2. Hız. 3. Bir hareketten doğan güç: rüzgârın şiddeti. 4. Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma. 5. Kaba güç. 6. Duygu veya davranışta aşırılık." olarak tanımlanmaktayken (3).

Yunan-Latin-İngiliz kökenine göre, sözcüğün "kuvvet", "güç" gibi anlamlarının yanı sıra "çiğneme", "ihlal etme", "bozma" gibi anlamları ile de karşılaşilmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak, ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olabilecek şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması olarak tanımlamıştır (1).

Ayrıca Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ya göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet için "Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir" (5).

Bu tanımlamaların yanında Michaud tarafından yapılan şiddet tanımlaması, günümüzde hemen hemen tüm şiddet tanımlarını kapsayan en kapsamlı şiddet tanımı olarak değerlendirilmektedir. Michaud'a göre şiddet; "Bir karşılıklı ilişkiler ortamında, taraflardan birinin ya da birkaçının, doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne, törel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine, oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır" (2).

Şiddetin sözlü tacizden ciddi fiziksel yaralanmaya kadar değişmesi sebebiyle, günümüzde yapılan şiddet tanımlamalarının sağlık personelinin maruz kaldığı iş yeri şiddetini tam açıklayamadığı görülmektedir (6,7).

Mayhew ve Chappell, iş yerlerinde yaşanan şiddeti iç, dış ve müşteri kaynaklı şiddet olmak üzere üçe ayırmıştır. İç şiddet bir kurumun çalışanları arasında yaşanan şiddet tipi iken, dış şiddet kurum dışı bir yabancı tarafından oluşturulan şiddet tipidir. Müşteri kaynaklı şiddet ise çalışanlar ile müşteriler arasında meydana gelir ve sağlık kuruluşlarında ki şiddet bu kategoride tanımlanabilir. Her üç tür şiddetin sağlık kuruluşlarında oluşması ihtimali varsa da, en sık görüneni müşteri kaynaklı şiddettir (8).

Saines ve arkadaşlarına göre; iş yerinde şiddet, sözel, davranışsal, yahut fiziksel olarak sağlık çalışanlarını riskli bir durum içine dahil eden herhangi bir olaydır (9).

Ayrıca Huges ve arkadaşları iş yeri şiddetinin çok yönlü bir olgu olduğunu ve iş yeri şiddetini tanımlamak için ortak bir tanım ve dil olmamasının sağlık çalışanlarının şiddeti önceden tahmin etmesi ve uygun şekilde müdahale etmesini engelleyen bir faktör olduğunu bildirmiştir (10).

2.2 Şiddet Teorileri ve Şiddete Ait Yaklaşımlar

Şiddet ile ilgili yapılan teoriler ve yaklaşımların temel amacı şiddet davranışının temelini anlamak ve soruna yönelik çözümler geliştirmektir. Oldukça karmaşık olan bu davranışı açıklamak için biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi farklı disiplinler kendi açılarından analiz etmiş, anlamaya ve çözümlemeye çalışmıştır. Şiddet veya saldırganlığın bu disiplinlerin her biri tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi, şiddet davranışının çok boyutlu ve kompleks bir karakteristiğe sahip olduğunun bir göstergesidir (11).

Şiddet ile ilgili çalışmalarda biyolojik teori, sosyal öğrenme teorisi, engellenme-saldırganlık teorisi ve ekolojik teori en temel teoriler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca psikolojik, psikiyatrik ve sosyokültürel yaklaşımda şiddetin sebeplerinin ve çözüm önerilerinin tanımlanmasında önemli yer tutmaktadır.

2.2.1 Biyolojik teori

İnsanlarda bazı nörolojik bozuklukların, genetik özelliklerin ve endokrin sistemin şiddete eğilim yaratabileceğini öne sürer (12,13). Örneğin, şiddete başvuran bazı kişilerde temporal lob epilepsisi olduğu gösterilmiştir (14).

Genetik yatkınlığa örnek olarak şiddete eğilimi olan ve XYY Sendromu saptanan kişiler gösterilebilir. Biyolojik teoride bu faktörler dışında; diet, alerjiler, bio-

kimyasal faktörler, tümöral oluşumlar gibi faktörler de analiz edilmiştir. Dolayısı ile bu teoriye göre şiddete karşı tıbbi bir yaklaşım gerekmektedir (11).

2.2.2 Sosyal öğrenme teorisi

Bu teoriye göre, şiddet öğrenilmiş bir davranıştır ve diğer sosyal davranış biçimlerindeki gibi uyarıcı, pekiştirme ve kognitif kontrolü içerir. Örneğin, bulunduğu çevrede düşmanca bir yaklaşım deneyimi yaşayan anksiyeteli bir kişide benzer çevre özellikleri öfke oluşturan bir uyarıcı oluşturabilir. Bu teoriye göre daha önce şiddet kullanarak amacına ulaşan hastalar daha sonraki hastane deneyimlerinde de işlerini yaptırmak için şiddet kullanmaya devam edebilirler. Bu teoride şiddetle mücadelenin en önemli stratejisi uyarıcıların en aza indirilmesidir (15).

2.2.3 Engellenme-saldırganlık teorisi

Bu teoriye göre; şiddet kişinin beklentilerine aykırı davranışlardan sonra oluşur. Kişisel bir saldırı veya yasal haklarının ihlal edildiği düşüncesiyle ortaya çıkar (16).

2.2.4 Ekolojik teori

Bu teori 1970'lerde, çocuk istismarı ve akabinde gelişen gençlik dönemi şiddeti, erişkin şiddeti ve yaşlı istismarı incelemeleri sırasında tanımlanmış; ve şiddetin bireysel, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin karmaşık ilişkisi sonucu ortaya çıkan bir fenomen olduğu görüşünü savunmuştur. Ekolojik teoriye göre, bir çevrede farklı faktörlerin birbirleriyle etkileşimi, kompleks sonuçlar doğurur. Bu nedenle, sağlık sektöründe şiddet ve saldırganlığa yaklaşım; tüm bu faktörlerin birlikte değerlendirilmesini kapsamalıdır (17).

2.2.5 Psikolojik ve psikiyatrik yaklaşım

Bu yaklaşıma göre şiddet; bireyin zihinsel süreci, psikopatolojik sendromlar, iç güdüsellik, egosantrizm, rijitlik, hiperaktivite, zeka düzeyi, zihinsel rahatsızlıklar, kişilik bozuklukları ve sinirlilik gibi kişilik özellikleri ekseninde açıklanmaktadır (11).

2.2.6 Sosyokültürel yaklaşım

Bu yaklaşıma göre şiddet eylemini; yaşam biçimini belirleyen değerler yapısı, toplumsal ve kurumsal yapı, sosyalleşme süreci ve bireyler arası ilişkiler biçimi üzerinden analiz etmektedir. Bu yaklaşıma göre ahlaki değerlerin ve aileye ilişkin değerlerin yetersiz oluşu ile şiddetin ortaya çıkışı arasında bir ilişki vardır. Bunların dışında bireyin ekonomik durumu, eğitim düzeyi ve yaşam biçimi gibi sosyoekonomik avantajlar veya dezavantajlar şiddetin ortaya çıkmasında etkili olabilir (2).

Şiddetin gelişiminde sosyokültürel faktörlerin rolünü açıklayan bu yaklaşım, şiddet olgusunun en iyi, toplumsal ilişkilerin dinamikleri içinde, bütüncül bir yaklaşımla ele alınabileceğini savunmaktadır. Çünkü şiddet ve saldırganlık daha çok birbirleriyle iletişim halinde olan bireyler ve gruplar arasında ortaya çıkmaktadır. Bir toplumda herhangi bir davranışın şiddet olarak adlandırılması, o toplumun sosyokültürel yapısı ve değer yargıları ile yakından ilgilidir (2).

Şiddeti kültürel temelde açıklayan ilk ve en kapsamlı kuramlardan biri, Wolfgang ve Ferracuti tarafından geliştirilen “şiddet alt-kültürü” kuramıdır. Wolfgang ve Ferracuti; sorunların şiddet kullanılarak çözümünü öngören değerlerin popüler olduğu bölgelerde, şiddet alt-kültürünün varlığına dikkat çekmişlerdir. Dolayısıyla; şiddetin temelinde bir kültürel yapıyı işaret etmektedirler. Bu kültür kişiler arası sorunların çözümünde bireyleri şiddet kullanmaya yöneltmekte veya teşvik etmektedir. Alt- kültür kuramına göre, şiddet etkinliği; bireyin yaşam biçimi, sosyalleşme süreci ve kişiler arası ilişki biçimiyle de yakından ilintilidir.

Wolfgang ve Ferracuti’ye göre, şiddet uygulayan bireyler, tümüyle egemen normatif yapıdan kopuk bireyler değildir. Yani, şiddet alt-kültürünün üyesi olan bireyler egemen kültürün bazı değerlerini taşımakla birlikte, sorunları çözmek için şiddet kullanmayı tercih etmektedirler. Şiddet davranışlarını gerçekleştiren bireyler, kendi grup veya akranları içinde suçlu olarak damgalanmazlar. Çünkü, şiddet olgusu bu gruplarda veya toplumlarda, yanlış bir eylem olarak değerlendirilmez, bilakis bir “kişisel onur” unsuru olarak görülür.

Şiddet alt-kültür kuramı ayrıca şiddet davranışını, yoksul yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin düşük özgüven yapısından kaynaklandığını öngörmektedir (11).

2.3 Şiddet Türleri

Şiddet çok yönlü bir olay olması sebebiyle uygulanış şekline, uygulayan kişiye ve uygulanan ortama göre farklı biçimlerde sınıflandırılabilir (2).

2.3.1 Uygulanış şekline göre şiddet

2.3.1.1 Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet eylemleri, en sık karşılaşılan şiddet türüdür. Genellikle şiddet kavramı, fiziksel şiddet ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Başkalarına yönelik şiddet eylemlerinin yanı sıra, intihar gibi insanın kendine yönelttiği ve bedensel bütünlüğüne zarar veren eylemler de fiziksel şiddet olarak adlandırılabilir. Toplumda fiziksel şiddet uygulayan bireyin profili; cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi ve mesleki statüye göre değişebilmektedir. Ancak sıklıkla fiziksel şiddet “güçlü olandan” “güçsüz olana” yönelik olmaktadır. Örneğin, aile içi şiddet daha çok erkekten kadına, ebeveynlerden çocuklara ve gençlere yönelen şiddet şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Dayak ya da tokatlama, yumruklama, tekmeleme, iteleme, boğazını sıkma gibi kötü davranışlar fiziksel şiddetin biçimlerini oluşturmaktadır (2).

2.3.1.2 Psikolojik (Duygusal) şiddet

Bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, onu üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum psikolojik şiddet olarak değerlendirilmektedir. Psikolojik (duygusal) şiddet, kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, bireyi korkutmayı hedefler. Bireyin kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olur. Şiddete başvuran kişinin şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığını hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türüdür.

Bu şiddet türü de yine güçlü olandan güçsüz olana yöneliktir. Daha çok duygusal engellemeleri, psikolojik yıpratmaları ve en önemlisi şiddete maruz kalan birey (ya da grup üzerinde) ‘kontrol’ mekanizmalarını içermektedir. Hem fiziksel hem de duygusal şiddet, yaşam boyunca devamlılık arz edebilir, ve çocuklar üzerinden bir davranış şeklinde nesilden nesile aktarılmaktadır. Şiddete maruz kalan birey bu durumu içselleştirir, hatta durumu normal olarak değerlendirebilir. Kendi suçu şeklinde algılayıp, yakınma ve yardım talebinde bulunma çabası göstermeyebilir. Bazı

durumlarda ise yardım talebinde bulunsa bile duygusal şiddeti 'normal' gören toplumsal değerlerle karşılaşmaktadır.”.

Psikolojik şiddet içerisinde sınıflandırılabilir şiddet türlerinden birisi de mobbing'dir. Mobbing bir işyerinde hedef seçilen bir çalışana; asıl maksat gizlenerek, bir kişi ya da bir grup tarafından insan onuru ile bağdaşmayan eylem ve işlemlerle sürekli ve/veya sistematik olarak belirli bir süre hukuk ve etik dışı yollarla yapılan ve mağdurun psikolojik, ekonomik veya sosyal statüsünde olumsuzluklar meydana getiren uygulamaların bütünüdür (18).

Genelde daha üst konumda bulunan kişiler tarafından yapılmakla birlikte; aynı konumda veya daha alt konumdaki kişiler tarafından da yapılabilir. Bir ya da nadiren birkaç çalışana karşı belirli bir zaman boyunca tekrarlanan eylemlerdir. Dışlama, bağırma, sadece mağdura ses düzeyini yükselterek konuşma, sürekli hedef değiştirme, faaliyetlerini kısıtlama, hakkında dedikodu yapma gibi eylemler mobbing için örnek olarak sayılabilir (2).

2.3.1.3 Ekonomik şiddet

Düşük gelir, artan enflasyon oranları ve sınırlı sağlık sigortası gibi faktörler bireyin insancıl yaşamını tehdit eder, bu durum bireyde anksiyeteyi artırarak saldırgan davranışlara da zemin hazırlar. Birey temel yaşam ihtiyaçlarını karşılayamadığında, şiddete eğilimi olabilir. Böyle bir anda şiddet birey için bir çözüm arayışı olmaktadır (19).

2.3.1.4 Cinsel şiddet

Çocuk, genç, kadın veya diğer bireylere yönelik olarak cinselliği çağrıştıran söz söyleme, vücut hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varabilen cinsel taciz ve saldırıdır. Göz kırpması, cinselliği düşündürecek şekilde dokunma, cinsel ilişki için baskı kurma ve tecavüz cinsel şiddet örnek olarak sayılabilir. Mail/mesaj yoluyla pornografik içerikli gönderiler de cinsel şiddetin örnekleri arasında sayılabilir. Cinsel şiddet eylemleri genellikle fiziksel şiddetle birlikte (2).

2.3.1.5 Sözel şiddet

Bağırma, kötü sözler söyleme, küfür, hakaret, azarlama, küçümseme şeklinde uygulanan bir şiddet türüdür. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler söyleme, tehdit etme, güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar sözel şiddet olarak algılanmaktadır. Sosyal yaşamda, terbiye ve disipline etmek amaçlı kullanılan sözel şiddet, bireylerde psikolojik hasara yol açarak şiddete eğilim yaratmaktadır (2).

2.3.2 Uygulanan kişiye göre şiddet

Temel olarak kişinin kendisine uyguladığı şiddet, kişiler arası şiddet ve toplu şiddet olmak üzere 3 tipte incelenir.

2.3.2.1 Kişinin kendisine uyguladığı şiddet

Kişinin kendisine yönelik uyguladığı şiddet iki grupta değerlendirilmektedir. İntihara yönelik davranışlar (intihar fikri, intihar çabası ve intihar etme) ve kişinin kendisine kötü muamele yapması/kendisine zarar vermesi (kendisini sakat bırakması gibi).

2.3.2.2 Kişiler arası şiddet

Kişiler arası şiddet; birbirine yakın kişiler arasında (aile/eş) ve toplumda diğer kişilerle yaşanan şiddet olarak ayrılabilir. Aile içi şiddet, çocuk ve yaşlı şiddeti, eşe karşı şiddet sıklıkla ev içinde meydana gelen, yakın kişiler arasındaki şiddetin örnekleridir. Toplumda kişiler arası şiddet; gençler arası şiddet, cinsel saldırı veya tecavüz gibi olayları içerir. Okul, işyeri, hapishane, huzurevi, çocuk bakımevi gibi kurumlarda yaşanan şiddet uygulamaları da bu kapsamdadır.

2.3.2.3 Toplu şiddet

Toplu şiddet geniş kesimleri etkiler. Sosyal, ekonomik ve politik şiddet olarak gruplandırılabilir. Sosyal şiddet kapsamında organize suç örgütleri, mafya ve terör faaliyetleri, politik şiddet kapsamında savaşlar ve büyük gruplar arası çatışmalar, ekonomik şiddet kapsamında ise büyük gruplara yönelik ekonomik ambargolar, halkın temel hizmetlerden faydalanmalarının engellenmesi sayılabilir (20).

2.3.3 Diğer şiddet türleri

2.3.3.1 Çalışma yaşamında (işyerlerinde) yaşanan şiddet

İşyeri şiddeti, çalışanların işyerlerinde saldırı, istismar, tehdit ve diğer şiddet davranışlarına maruz kalmalarıdır (20). İşyeri şiddeti, çalışma koşulları ile birebir ilgilidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen küresel bir sorundur. İşyeri şiddeti hemen her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir (21).

İşyeri şiddeti temel olarak dört gruba ayrılır:

1. Suça niyet ederek şiddete başvurma
2. Tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet
3. Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet
4. Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet: şiddeti uygulayan, mağdurla aynı işyerinde çalışmayan fakat mağduru tanıyan birisidir (20).

Farklı çalışma alanlarında işyeri şiddetinin farklı türleri görülmektedir. Örneğin, sağlık sektöründe işyeri şiddetinin tüm türleri ile karşılaşılrsa da; 'tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddetle daha sık karşılaşıldığı bilinmektedir. İşyeri şiddeti, fiziksel şiddet kadar psikolojik şiddet içermektedir. Çalışma ortamında gerçekleşen her türlü duygusal taciz, korkutma, tehdit, gözdağı, alay, başkalarının önünde küçük düşürücü veya aşağılayıcı söz söyleme gibi çeşitli psikolojik saldırı türlerini içeren pek çok davranış da işyeri şiddetinin kapsamında ele alınmaktadır (21).

İşyeri şiddeti hemen her sektörde yaşanan bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Bunun en önemli nedeninin "stres" olduğunu belirtilmiştir. Stresli insanlarla iletişim içinde olunan meslek gruplarında şiddet vakalarının daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Bu sektörlerin en başında "sağlık sektörü" gelmektedir. Dünya genelinde tüm işyeri şiddeti vakalarının yaklaşık dörtte birinden fazlasını sağlık sektörü şiddet vakaları oluşturmaktadır. Ambulans çalışanları ve hemşirelerin şiddete maruz kalma açısından en riskli meslek grupları oldukları gösterilmiştir (22).

2.3.3.2 Aile içi şiddet

Çoğunlukla kadını ve çocuğu hedef alan şiddet ortamıdır. Toplumun sıklıkla düşük sosyoekonomik seviyeli gruplarında yaygındır (23).

2.3.3.3 Çocuk istismarı

Dünya Sağlık Örgütü'nce, "çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar" çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir (24).

2.3.3.4 Yaşlı istismarı

Sıklıkla bakımevleri ve çeşitli kuruluşlarda kalan yaşlılarda kötü davranışlar görülmektedir. Daha çok fiziksel kötüye kullanım söz konusudur (23).

Diğer şiddet şekilleri arasında medya şiddeti, insan ve organ ticareti, pornografi, okulda şiddet ve spor etkinliklerinde şiddet başlıklarından söz edilebilir.

2.4 Şiddet İle İlgili Risk Faktörleri, Şiddetin Ön Belirtileri Ve Şiddetin Önlenmesi Ve Yönetilmesi

Şiddetin risk faktörlerinin, ön belirtilerinin ve nasıl yönetileceğinin bilinmesi krizlerin ortaya çıkmasını engelleyebileceği gibi kriz anında şiddet olasılığı için tedbir alınmasını ve krizden en az şekilde etkilenilmesini sağlayabileceği için önemlidir.

2.4.1 Şiddet ile ilgili risk faktörleri

Risk faktörleri belirlenirken çok yönlü değerlendirme yapılması ve şiddete yol açabilecek bireysel faktörlerin (çalışanlar, hastalar, hasta yakınları), kurumsal faktörlerin (işyerinin yapısı, bürokratik süreçler), bölgesel faktörlerin (kurumun bulunduğu bölge suç, yoksulluk, madde kullanımı, nüfus vb.) ve sosyal faktörlerin (işsizlik oranı, şiddetin kültürel kabulü, aile yapıları) gözden geçirilmesi şarttır (25).

Risk faktörlerinin bir kısmı önceden belirlenebilir ve gerekli önlemler alınırsa krizlerin ortaya çıkması engellenebilir. Bu nedenle şiddetle ilgili çözüm önerilerinde risk yönetimi (kurumun fiziksel ortamının düzenlenmesi, personel ve hekimlerin eğitilmesi vb) oldukça önemli bir yer tutmaktadır (25).

Hasta ile ilişkili faktörler: yaş, cinsiyet, ilaç ve alkol zehirlenmesine bağlı oryantasyon bozukluğu veya konfüzyon gibi fizyolojik ve metabolik bozukluklar, tıbbi ve nörolojik bozukluklar (Alzheimer, demans, deliryum veya beyin fonksiyon bozuklukları), ağrı, engellenme, anksiyete, psikiyatrik hastalık, kişilik bozuklukları veya şiddet öyküsüdür (26).

Steinert 'e göre ise klinik ve psikopatolojik değişkenler şiddet oluşumunda, cinsiyet, yaş, alkol kötüye kullanımı gibi değişkenlerden çok daha önemlidir (27).

Acil serviste şiddet oluşumunun diğer nedenleri arasında; uzun bekleme süresi, eksik hizmet alındığı düşüncesi, hasta yoğunluğu ve hastane personeline ulaşamama da ve hastanın acil serviste triyaj kavramını anlayamaması da sayılabilir (28,29).

Hasta ile ilişkili olası bir başka şiddet nedeni de hastanın beklentileri ve alacağı bakım hakkındaki algısıdır. Örneğin, hastanın sağlık sisteminin şu anki koşulları ile karşılanması mümkün olmayan imkansız beklentiler ile acil servise başvurusu hasta kaynaklı şiddet olayları ile sonuçlanabilir (30,31).

Noble ve Mayer'e göre, acil servisin yapısı çevresel risk faktörleri grubunda yer almaktadır. Örneğin acil serviste girişin kontrollü olması, iletişimsizlik ve bireylerin yetkisiz bırakılması olarak algılandığı için hasta ve hasta yakınlarında öfke uyandırabilir (32,33).

Hasta yakının hareketlerinin kısıtlanması ve ilgi bekleme, hem hastanın hem de hastane personelinin karşılıklı tahrik edici iletişimi, şiddetle ilgili risk faktörleri arasında sayılabilir (34,35). Morrison, personelin aşırı kontrollü davrandığı durumların şiddeti kısıktırabileceğine işaret etmiştir (36,37).

AS çalışanlarının maruz kaldığı bir başka riskli durum da; çete çatışmalarıdır. Ayrıca acil servislerde ani ölümler yaşanması hasta yakınlarının öfkesini çalışanlara yöneltebilir (38).

Birçok araştırma personel sayısı yetersizliğinin kalabalık ve beklemenin de şiddet oluşumunu tetiklediğini göstermiştir (15).

Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği, geciken randevular, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince zaman ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği gibi faktörler de şiddete zemin hazırlayan faktörler arasındadır (2).

İşyerinde süregelen ve kalıplaşmış düşünce tarzı ve davranış biçimi ve çalışanların bu düzenin değişmeyeceğine olan inançları da şiddet oluşumuna neden olan faktörler arasındadır. Araştırmalara göre; örgüt kültürünün etkili olduğu işyerlerinde çalışanların bu kültürden etkilediğini ve daha bireysel hareket edebilen personelin şiddetle başa çıkmada daha başarılı olduğunu göstermiştir (37).

Ne kadar belirsiz olursa olsun bir hastadan gelen tehdidin erken fazlarda fark edilememesi de şiddetin alevlenmesine yol açabilir. Bu yüzden şiddetin önlenmesinde tecrübe çok önemlidir. Haim ve arkadaşları, tecrübeli sağlık çalışanının hastadaki şiddeti önceden tahmin etmekte başarıya sahip olduklarını bulmuştur (39). Bu nedenle çalıştığınız yerde sizden daha uzun süredir çalışan veya daha tecrübeli olan personeliniz, hasta yakınından ya da hastadan saldırganlaşma konusunda şüpheleniyorsa onun önsezilerini dikkate alın (40).

2.4.2 Şiddetin Ön Belirtileri

Birçokolguda şiddet ani başlangıçlı değildir. Bu sebeple, şiddetin ön belirtileri hakkında bilgi sahibi olunması fark edilmesini kolaylaştıracaktır. Belirtilerden ilk ortaya çıkan anksiyete evresidir; savunma ve fiziksel saldırganlık evreleri anksiyete evresini izler. Evreler eş zamanlı ortaya çıkabilir (37).

1.Safha: Anksiyete

Şiddete eğilimi olan bir hastada şiddet davranışının ilk evresi anksiyetedir ve artan anksiyete genellikle şu şekilde vücut dili ile ifade edilir.

- Hızlı yürüme, sinirli hareketler- sesler
- Diğer insanlara çok yaklaşma
- Yükselmiş ses tonu
- Duvarlara, eşyalara vurma, kendine vurma
- Uygun olmayan gülmeler (25)

Ritmik hareketler, ellerin ovuşturulması, yumrukların sıkılması, tedavi alanında kalmaya isteksiz olmak gibi amaçsız, enerji harcamaya dönük davranışlar olarak yansır.

Birey yüksek sesle konuşabilir. “Burada kalmak istemiyorum?” “Uzun sürecek mi?” gibi sorular sorulabilir. Konuşma tarzı gergin olabilir.

Sağlık personelinin bu davranışları fark ettiği halde yapıcı olmayıp bir sorun yokmuş gibi davranması bireyin anksiyetesini arttırabilir. Bu evrede ideal yanıt bireyle yakın olmaya çalışmaktır. Hastaya zaman ayırıp endişelerinin dinlenmesi ve çözüm arama gayretleri, sorunun giderilmesi için en önemli yol olabilir. Hastanın ve yakınlarının yok sayılması gerginliğin daha fazla tırmanmasına neden olabilir. Hastaya samimi ve mesafeli yaklaşılmalıdır. Sağlık çalışanı empati kurmalıdır. Bu tarz yaklaşımlarla sorunun büyümesi engellenecektir. Acil serviste şiddete eğilimli olan bir bireye karşı yargılayıcı olunmamalıdır. Hastanın söyledikleri dikkate alınmalıdır. Hastanın sözlerini tekrar etmek hastanın şikayetlerinin anlaşılmasına yardımcı olur ve konuşmaya devam etmesini sağlar. Sağlık çalışanının soğukkanlı olması hastanın kontrollü davranmasına da yardımcı olur (37).

2.Safha: Savunma Davranışı

Şiddet davranışında bir sonraki evre savunma davranışdır. Birey anksiyete evresini dışarda tamamlamış olarak, acil servise bu evrede başvurabilir. Hastanın davranışları değişkendir. Küfürlü konuşabilir ve konuşma sırasında tahrik edici bir vücut postürü mevcuttur. Hastane personeline acil servisteki diğer hasta ve yakınlarına hakaret edebilir. Bu sözel saldırılar yaş, kilo, cinsiyet ve kültürle ilgili olabilir. Hastanın davranışları genellikle mantıklı değildir ve hastanın acil servise geliş nedeni ile bağlantılı değildir. Hasta çaresiz olabilir ve kontrolünü kaybedebilir (37).

Sağlık çalışanı, hastanın kontrolünü tamamen kaybetmesini önlemelidir. Hastanın talepleri ile ilgili mantıklı sınırlar çizilerek ona seçenek sunulmalıdır. Bireyle iletişim sırasında ses tonu ve hareketler sakin ve kendinden emin olmalıdır. Hastanın tavırlarına sakin tepkiler verilmeli, talepleri için tutulamayacak sözler verilmemelidir. Hastaya yapılaması mümkün olmayan bildirimlerde bulunmak hastanın güvenini sarsarak gerginliği daha da arttırabilir. Durum kötüleşmeye devam ederse, tahdit ve tecrit uygulanmalıdır. Üniformalı güvenlik görevlilerinin varlığı caydırıcı olabilir, bu nadiren davranışın daha da kötüleşmesine neden olsa da genelde işe yarar (37).

3.Safha: Fiziksel saldırganlık

Üçüncü evre fiziksel saldırganlıktır. Bu evrede sözel müdahalelere yanıt alınamaz. Hasta kontrolünü kaybetmiştir. Hastanın kendisinin, diğer hastaların, hasta

yakınlarının ve hastane personelinin güvenliği için fiziksel olarak kontrol altına alınmalıdır. Bir hastanın fiziksel kontrolü bu konuda teknik bilgisi olan personel gerektirir ve bu tip müdahale bir ekip işidir. Bu evrede tahdit kullanılması, şiddet davranışını sergileyen hastaya gereken müdahale ve tedavi için de olanak sağlayacaktır. Hastaya yapılan fiziksel müdahale bir ceza olarak algılanmamalıdır. Hastanın bakımı ve acil serviste bulunan diğer bireylerin güvenliği amaçlanmalıdır (37).

2.4.3 Şiddetin Önlenmesi ve Yönetilmesi

Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve yönetimi amacıyla yeterli sayıda hastane personelinin eğitilmesi; sağlık personeli üzerindeki olumsuz etkileri ve zaman kaybını azaltacaktır (41).

Araştırmalar; şiddetin ön belirtilerinin fark edilmesi, yönetimi ve çözüm önerileri sunmada personel eğitiminin oldukça önemli olduğunu ortaya koymuştur (42,43). Bu nedenle kurumda fiziksel ortamda yapılacak değişikliklerle birlikte, sağlık çalışanlarının kişilerarası iletişim konusunda eğitilmesi önemsenmelidir (25).

Bu eğitimlerde şiddetin o an iyi yönetilebilmesi için öğrenilmesi ve öğretilmesi gereken önemli kurallardan bir kaçı aşağıdaki gibidir.

2.4.3.1 Saldırgan Eğilimleri Olan Hastaya Yaklaşım

- Güvenlik personelinden hastanın üzerini aramasını ve silah varsa uzaklaştırmasını isteyin.
- Güvenlik personelini oda içinde veya hemen kapı önünde bekletin.
- Mümkünse iki çıkışı olan bir oda kullanın.
- Odada hastanın saldırı aracı olarak kullanabileceği alet veya nesneleri (bistüri, makas, keskin nesneler, sıcak içecek, kişisel ürünler vs) bulundurmayın.
- Boğmak amacı ile boğazınızı sıkarsa karotidleri korumak için çenenizi kullanın.
- Eğer sizi ısırır ise elinizle burnunu sıkın, nefes almak için ağzını açmak zorunda kalır.
- Olabildiğince sakin ve yapıcı olmaya çalışın (44).

2.4.3.2 Aniden Saldırganlaşan Kişiyeye Yönelik Önlemler

- Saldırgan ile göz göze gelmeyin.
- Saldırgan ile aranızda en az bir kol uzunluğu kadar güvenlik mesafesi olmalı, ani bir hamle ile size ulaşmamalı.
- Başarılı olamayacaksanız kaçmayın ve dövüşmeyin.
- Hasta sizden ısrarla uzaklaşıyor ise yaklaşmaya çalışmayın, onun istediği yerde durun.
- Eğer gerekiyorsa hastadan korkmuş gibi görünün.
- Aşağılayıcı davranılmamalı, emir verilmemeli ve gözdağı verilmemeli.
- Sakin olunmalı ve ses tonu kışkırtıcı olmamalı.
- Kişiyi dinlemeye çalışmalı..
- Kişinin vücut dili dikkate alınmalı.
- Saldırgan kişi diğer hastalar ve yakınlarından uzak tutulmalı.
- Saldırganlaşma eğilimini fark ettiğinizde yardım isteyin.
- Herhangi bir tehlike varlığında kaçmak için kapıya yakın durun.
- Şiddet anında hastane personelinin ve diğer hastaların güvenliğini pazarlık konusu yapmayın ve bu konuda ödün vermeyin.
- Asla tartışmayın, bağırmayın, sözlü olarak yakınmayın (44,25,40).

2.4.3.3 Öfkeli kişiyi sakinleştirme

1. Öfkeli davranış, seçilmiş bir davranıştır. Kişi bu davranışla, kazanç elde edeceğini düşünmüş, ihtiyaçlarını başkalarının fark etmesini amaçlamış, istemediği şeylerden bu davranış biçimi ile kaçıyor olabilir. Öfke davranışı ile bir durum veya kişiyi kontrolü altına almayı amaçlayabilir.
2. Öfkeli bir kişiyi iletişim kurmaya çalışan personel, o anda kendi duygularını dizginleyebilmelidir. Yardım edecek kişinin de öfkeli olması durumu zorlaştırabilir.
3. Öfkeli bir kişiyi müdahale edecek personel, kendisinin öfkelenmesi durumunda, duygularını ve davranışlarını kontrol altına alabilmelidir.
4. Öfkeli kişiyi karşılayan personel hızla şunları değerlendirmelidir:
 - Saldırganı hata bulmak ve onu eleştirmekten kaçınmak.
 - Saldırganı istemediği şeyleri yapmaya zorlamaktan kaçınmak.

- Saldırganla kişisel tartışmaya girmemek.
 - Saldırganın kişisel haklarına saygı göstermek (karar verme ve seçim yapma gibi).
 - Saldırganı anlamaya çalışmak, empati yapmak.
5. Şiddetin ön belirtileri hakkında bilgi sahibi olup, saldırgan davranış ortaya çıkmadan önce önlenmesi mümkün olabilir veya daha fazla zarar vermesi engellenebilir.
 6. Saldırganın sözleri ve vücut dili dikkate alınmalıdır.
 7. Saldırganın öfkesinin anlaşıldığı ifade edilmelidir.
 8. Saldırganın sözleri ya da davranışlarından en az birinin doğru olduğu kendisine söylenmelidir.
 9. Sağlık çalışanının özür dilemesi de saldırganı sakinleştirme yollarından biridir.
 10. Sakinleşme sağlandıktan sonra kişi öfkelenme nedenlerini sorulmalıdır (25).

2.4.3.4 Tahdit ve Tecrit

Saldırganın davranışını yönetmede yardımcı olabilecek 3 yöntem vardır;

- 1) Sözlü yatıştırma
- 2) Fiziksel tahdit
- 3) Kimyasal veya farmakolojik tahdit.

Psikoz, deliryum, ciddi intoksikasyon, ajitasyon ve manik ataklarda sözlü yatıştırma başarısızdır. Bir kısım otorite fiziksel tahdit için saldırganın onayının alınması gerektiğini savunsa da genel fikir birliği saldırganla pazarlık yapılmamasıdır (45,38,37).

- a) **Tahdit:** Hastanın hareketlerini kısıtlamak amacı ile elle tutmak dahil, vücuduna eklenen herhangi bir araçtır (46,47,37).
- b) **Tecrit:** Bir kişinin bir oda veya alanda kendi rızası dışında tutulmasıdır. Tahdit ve tecritte amaç; diğer hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlamak ve fiziksel zararı engellemektir. Tahdit ve tecrit asla ceza vermek, ikna etmek amacıyla kullanılmaz.

Tahdit ve tecrit yöntemleri ile hastada bir komplikasyon riski varsa bu yöntemler kullanılmamalıdır (48,49,37).

Tahdit bazen tedavi amaçlı kullanılabilir (50).

Tahdit uygulanırken dikkatli olunmalıdır, örneğin kokain bağımlısı olan hastalarda fiziksel tahdit sonrası kardiyak arrest riskinde artış gözlenmiştir (48). Tahdit uygulanırken, hasta yaralandıysa bu sağlık personeli açısından suç teşkil etmektedir, bu nedenle tahdit uygulanmasının nedeni ve ne kadar sürdüğünü belirten yazılı rapor tutulması önemlidir (37).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin fiziksel tahdit uygulanması için yayınladığı kriterler:

- Saldırganın ve acil serviste bulunan diğer bireylerin zarar görmesini önlemek.
- Tedavinin aksaması veya ortamda fiziksel zarar olasılığı.
- Saldırganın uyarılabilirliğini azaltmak.
- Saldırganın kendisinin talep etmesi (51).

JCAHO'ya göre sadece doktorlar tahdit uygulanması için karar verebilir. Aynı zamanda, genellikle tahdit uygulanacağı zaman ortamda bir doktor yoktur. Bu sebeple eğitilmiş diğer sağlık çalışanları tahdit uygulayabilir. Tahdidin nedeni, süresi ve tipini açıklayan bir rapor yazılmalıdır (52,26).

Tecrit; tahditle karşılaştırıldığında daha iyi bir alternatiftir, çünkü bireyin hareket özgürlüğü kısıtlanmamıştır ve tıbben daha güvenlidir. Bireyin kendi isteği dışında, ortamdan bir kapı ile ayrılan bir odada tutulmasıdır. Bireyin ortamdan izole edilmesi kendisine psikolojik olarak zarar verebilir. Tecrit odaları bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyebilmeli, birey odaya alınırken her türlü nesne uzaklaştırılmalı. Mümkünse kamera sistemi veya pencere ile sürekli gözlenebilmeli (53,26).

Farmakolojik Tahdit

Farmakolojik tahdidin fiziksel tahditten daha insancıl olduğu düşünülmektedir. Sakinleştirme, ajitasyonun ortadan kaldırılması ve bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesini engellemek amacıyla kullanılabilir. Opiyatlar, barbitüratlar, nöroleptikler, benzodiazepinler ve nadiren nöromusküler blokaj ajanları kullanılabilir (51,50,54).

İlaçlar oral, intramusküler (İM), intravenöz (İV) olarak ya da kombine olarak uygulanabilir. Her durumda kullanılacak tek bir ilaç yoktur. Örneğin hafif ve orta düzeyde bir ajitasyon veya alkol yoksunluğunda oral benzodiazepam uygunken; güvenliğin hızla sağlanması gereken durumlarda İV benzodiazepam kullanılabilir.

Benzodiazepamlar; Acil serviste hem sedasyon sağlamak hem de ajitasyonu kontrol altına almak için en sık kullanılan ilaçlardandır. Benzodiazepamlar içinde diazepam ve lorazepam en sık başvuru, doz artırarak kullanılacak ajanlardır. Başlangıçta diazepam 2-10 mg veya lorazepam 2-4 mg dozlar ile kullanılabilir. Bu ajanların en önemli yan etkileri sedasyon ve solunum depresyonudur. Diazepam 30 mg/gün maksimum dozda kullanılabilir ve İM kullanımı kas içi emilimi kötü olduğundan önerilmez. Benzodiazepamlar; ilk seçenek olarak kokain intoksikasyonu gibi ilaç yoksunluk sendromlarında kullanılırlar. Benzodiazepinler anti-psikotiklerden daha fazla sedasyon sağlarlar ve ekstra-piramidal yan etkilerinin olmaması da bir avantajdır. Lorazepam, hızlı etki başlangıcı ile oldukça iyi bir seçimdir. 2-4 mg IM veya IV lorazepam ile ajitasyon tedavisinde yeterli etki sağlanabilir, ama yoksunluk sendromları ve çok ajite hastalar için ek dozlar gerekli olabilir. Lorazepamın İM formu ülkemizde bulunmamaktadır. Oral 0,5-5 mg/gün dozu acil serviste sedasyon için önerilen dozdur. Bu ilaç grubu için, paradoksal disinhibisyon yapabilecekleri ve bağımlılığa yol açabilecekleri unutulmamalıdır (54,37,26).

Nöroleptikler Acil serviste ajitasyon tedavisinde ilk başvuru ajanlardır. Bu grupta haloperidol ve droperidol en sık kullanılan iki ajandır. Tek başlarına uygulanabildikleri gibi benzodiazepinler ile kombine de verilebilirler. Her ikisi de ajitasyonu yatıştırmada oldukça etkilidir. Haloperidol ve droperidol İM veya İV olarak verilebilir. Haloperidol oral yoldan daha etkilidir. Etkinlik dakikalar içinde başlar, hastalar uyanık ve bilinçli kalır. Her ikisi de solunum ve dolaşıma minimum etkileri ile daha güvenli ilaçlardır. Nöbet eşiğini düşürmezler. Ekstrapiramidal yan etkileri %10'dan azdır ve haloperidolde daha sıktır. Bu etkiler doz bağımsızdır ve uygulamayı takiben 12 saat içinde AS dışında ortaya çıkar. Bir erişkinde 5mg İM enjeksiyon hızlı etki başlangıcına sahiptir ve istenen etki elde edilene dek tekrar edilebilir. (30-60 dk arayla 5 mg, maksimum 15-30 mg) Yaşlı hastalarda başlangıç dozu 1 ila 2 mg düşürülebilir. Bazı hastalarda ekstra-piramidal yan etkiler (distoni, akatizi, tardif diskinezi) gözlenebilir ama oluştuklarında benzoprin veya difenhidamin ile kolaylıkla tedavi edilebilir (55,54,26).

Aynı zamanda bir anti-emetik olan, sedatif hipnotik ajan droperidol de saldırgan kişilerde kullanılabilir. 2,5 mg IM ve IV dozlar hızla emilir, ama ağır sedasyon oluşturur. Droperidol kullanımında bazı olgularda nadiren torsades de pointes ile

sonuçlanan QT uzaması gözlenebilir. Bu yüzden yararların zararlarından yüksek olabileceği hastalarda kullanılmalıdır (56,26,54).

Klorpromazin; Sık kullanılan ajanlardan biridir. Maksimum İM dozu 50 mg olup; oral 400 mg/gün kullanılabilir. Yaşlı, epileptik hasta, alkol intoksikasyonu ve mental retardasyonda kullanılmaması önerilir.

Benzodiazepinlerin (lorazepam) nöroleptiklerle (haloperidol) ile kombine kullanımı, tek başına kullanımdan daha etkindir. Daha hızlı etki başlangıcına sahiptir ve tekrar enjeksiyon gereksinimini azaltır. Sedasyon sağlanıncaya kadar; 30 dk aralıklarla, 5 mg haloperidol ve 2 mg lorazepam İM uygulanması önerilir. Kombine tedavide, haloperidol yerine risperidon da kullanılabilir (54,37).

2.4.3.5 Kriz Sonrası

1. Kriz anı sonlandığında olayın tüm ayrıntılarını anlatan bir rapor yazın.
2. Raporda size karşı yapılmış her türlü hareketi, söylenmiş her sözü ayrı ayrı belirtin.
3. Kamu malına zarar verildiyse rapora yazın.
4. Görgü tanıklarınızı isim ve adresleri ile belirtin ve raporu hepsine imzalatın.
5. Fiziksel şiddet söz konusu ise bir hekim raporu alın.
6. Olayı anlatan rapor ve sağlığınıza ilgili raporları kurum amirinize iletin.
7. Cumhuriyet Savcılığı'na başvurarak suç duyurusunda bulunun.

2.5 Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algıları

Acil servis çalışanlarının şiddet algısı birkaç çalışmada araştırılmıştır (57,58). Rose, yaptığı bir çalışmada sadece 2 hemşirenin (%7,4) iş yerinde fiziksel saldırıya uğrama korkusu olmadığını göstermiştir. Aynı çalışmada; acil servis personeli iş arkadaşlarının desteğinin, kurum desteği ve hukuki destekten daha tatmin edici olduğunu belirtmiştir (57,58,59).

Hislop ve Melby; şiddete uğrayan personelin yönetimden destek almamasının, kuruma güvensizlikle sonuçlandığını göstermiştir (57).

Morrison ve ark; yöneticilerin sorumluluk almaktan çekindiklerini ve işyeri şiddetinde çalışanın yanında yeterince bulunmadığını ve işyeri şiddetinin işin bir

parçası olarak kabul edilmesi düşüncesinin şiddetle mücadelede yardımcı olduğunu belirlemişlerdir (60,61).

Minnesota'da hemşireler ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin %27'si şiddetin sağlık kurumu için bir problem olduğunu, %52'si sağlık sektöründe şiddetin engellenebileceğini düşündüklerini belirtmiş (62).

May ve Grubbs çalışmalarında sağlık personelinin işyerinde geçirdiği sürenin %91'in de güvenlikleri ile ilgili endişe duyduklarını belirtmiştir (63).

Erickson ve Williams'ın acil servis hemşireleri ile yaptıkları araştırmaya göre; hemşirelerin %98'i işyerinde kendini güvende hissetmediğini ve %80'i şiddetin bildirimi ile bir sonuç elde edileceğine inanmadığını bulmuşlardır. Araştırmacılar şiddet sıklığının artışı ile şiddetin bildirilme oranının düştüğünü göstermiştir. Bu bulgular ışığında, sağlık personelinin sıklığı giderek artan şiddet nedeni ile duyarsızlaştığı ve şiddetin bu işin bir parçası olduğunu kabul ettikleri görülmektedir (64).

Duxbury'ye göre; hastalar ve sağlık çalışanları şiddetle ilgili farklı görüşlere sahiptir. Hastalar sağlık personelinin kontrolcü olduğunu, çevresel faktörler ve iletişimsizliğin şiddete zemin hazırladığını düşünmektedir. Hemşireler ise; iletişim sorunu olmadığını düşünmektedir (65).

2.6 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili, gerek ülkemizde gerekse yurtdışında birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların ortak sonuçlarından biri; sağlık sektöründe yaşanan şiddetin diğer sektörlerle göre çok daha fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sağlık alanında da şiddet birinci sıklıkta acil servislerde ve ikinci sıklıkta psikiyatri kliniklerinde görülmektedir (44).

Çalışmalarda sağlık kurumlarında, sadece yaralanma ile sonuçlanan saldırıların şiddet olarak kabul edildiği, diğer şiddet türlerinin bildirilmediği görülmüştür. Sağlık çalışanına yönelik şiddetin bildiriminin yetersiz olması sebebiyle, şiddetin gerçek sıklığının bilinmediği, yalnız kayıt altına alınan olgularla sınırlı olduğu belirtilmiştir (44,66,67).

Bir araştırmaya göre, sağlık sektöründe diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama riski 16 kat daha fazladır (44).

Araştırmalar, sağlık çalışanlarının hasta yakınları tarafından da şiddete maruz bırakıldığını göstermektedir. Sözel şiddet fiziksel şiddete göre daha sık karşımıza çıkmaktadır (44,68).

Kanada’da yapılan bir çalışmada acil servislerde şiddete maruz kalma sıklığının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya göre; herhangi bir anda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel şiddet %76, ve fiziksel şiddetin %86 olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %73’nün yaşanan şiddet olaylarından dolayı hastalardan korktukları, ve %74’nün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete uğrayanların %67’si uğradığı şiddeti resmi yollarla bildirmiştir (44,6).

Türkiye’de bu konuda yapılmış en kapsamlı çalışma 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya’da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır. Çalışmaya birinci basamak, devlet hastanesi ve üniversite hastanesi çalışanları dâhil edilmiş. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya maruz kalıp kalmadıkları sorulmuştur. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52.5) şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddete uğrama sıklığı illere göre farklılık göstermiştir. Sağlık personeli içinde birinci sıklıkta pratisyen hekimler ve hemşirelerin şiddete maruz kaldığı, en az öğretim görevlilerinin şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir. Şiddetin en sık acil servislerde yaşandığı gösterilmiştir (44,69).

Ülkemizde 2006 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmada son bir yılda en az bir kez şiddete uğrama sıklığı %49.5 olarak bulunmuştur. Olguların yaklaşık yarısının 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (68).

Sağlık personelinin yaşı ve çalışma süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak cinsiyet şiddete maruz kalmada bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınlarda şiddete maruz kalma sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (%60’a %40). Ayrıca aynı çalışmada sözel şiddet sıklığı %72.4, fiziksel şiddet sıklığı %11.7 olarak saptanmış; cinsel şiddete maruziyet ise çok düşük oranda (%0.025) bulunmuştur. Kesici-delici alet ve ateşli silah kullanımı %0,3 oranında bulunmuştur (44).

Bolu’da yapılmış tek merkezli bir çalışmada, devlet hastanesi ve üniversite hastanesi çalışanları içinde uzman doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin oluşan grubun %87.1’nin şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Sözel şiddet %46.9, saldırgan davranış %33.5, fiziksel saldırı %19.4 oranında görülmüştür (44,70).

Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada sağlık personelinde son bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranı %85.9 olarak saptanmıştır. Şiddete uğrayanların %59'nun sözel şiddete uğradığı, %26.5'nin fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir (44,71).

İzmir'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %98.5'i sözel şiddete uğradıkları, %19.7'sinin de fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır (72).

Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (73).

Lavoie; yıllık 40 binin üzerinde hasta bakılan 127 eğitim hastanesinde AS çalışanının %32'sinin günde en az bir kez sözlü tehdit aldığını, %18'inin ayda en az bir kez kendilerine silah gösterildiğini, %57'si son beş yıl içinde en az bir kez silahla tehdit edildiğini, %43'ü ayda en az bir kez bir personelin fiziksel şiddete uğradığını, %81'i son 5 yılda AS personelinde en az bir yaralanma gördüğünü, %7 si son 5 yılda ölümle sonuçlanan bir şiddete tanık olduğunu, %50'si iş hayatında en az bir şiddet yaşadığını, %25'inin en az günde bir kez tahdit yöntemlerine başvurduğunu belirtmiştir (38).

Amerika Birleşik Devletleri İşgücü İstatistikleri Bürosu (The Bureau of Labor Statistics), 1996 ile 2000 yılları arasında sağlık hizmetlerinde altmış dokuz cinayet vakası rapor etmiştir. Büronun raporuna göre, 2000 yılındaki işyeri şiddeti vakalarının %48'inin sağlık ve sosyal hizmet işyerlerinde meydana geldiğini görülmektedir. 2003-2007 arasında tüm şiddet vakalarının yaklaşık %60'ının sağlık hizmetleri ve sosyal yardım alanında yaşandığı ortaya konulmuştur. Aynı yıllar arasında sağlık alanında meydana gelen ölümle sonuçlanan şiddet vakası sayısı 73 olup, bu cinayetlerin 20'si hastanelerde meydana gelmiştir (2).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) yaptığı ankete göre; Bulgaristan'da sağlık çalışanının %75,8'i, Avusturalya'da %67,2'si, Güney Afrika'da %61'i, Portekiz'de %60'ı, Tayland'da %54'ü, Brezilya'da %46,7'si bir yıl içerisinde en az bir kere şiddete maruz kalmıştır. Bulgaristan'da doktora yönelik fiziksel şiddet uygulama oranı %65,8'dir. Güney Afrika'nın sağlık sistemi ve yönetimindeki sorunlar, etik kurallara bağlı kalınmaması sağlıkta şiddet oranını arttırmaktadır (2).

2.7 Sağlık Çalışanlarında Saldırı Sonrası Görülen Sorunlar

Şiddetin sonuçları kişisel, kurumsal ve toplumsal etkiler olarak sınıflandırılabilir.

2.7.1 Kişisel düzeyde etkileri

İşyerinde şiddete maruz kalınması çalışanlarda motivasyon düşüklüğüne, performans eksikliğine, özgüven ve saygınlığın azalmasına, depresif bulgulara, anksiyeteye ve strese yol açar. Bu belirtilerin; fiziksel ve psikolojik hastalıklara, sigara kullanımına, alkol ve ilaç istismarına, iş kazalarına ve intiharlara yol açabilir (20).

Kore’de yapılan bir çalışmada; işyerinde şiddete maruz kalanlarda anksiyete görülme sıklığının 4,1 kat ve depresyon görülme sıklığının 4,6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (20), (74).

Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan araştırmaya göre; tüm çalışanlar arasında stres sıklığı %20, sözel şiddete maruz kalanlarda %47, cinsel şiddete maruz kalanlarda %46, fiziksel şiddet mağdurlarında %40’tır (75).

Cinsel şiddete maruz kalan kadın çalışanların %46’sında çalışma performansının düştüğü, %36’sı cinsel şiddet sonrası bulantı, kusma, baş ağrısı gibi şikayetleri olduğunu belirtmiştir (20).

2.7.2 İşyeri düzeyinde etkileri

İşyeri şiddeti çalışanlar arası ilişkilerde, iş düzeninde ve çalışma ortamında olumsuz sonuçlara neden olur. Şiddet işgünü ve işgücü kaybı, kaza, hastalık, sakatlık ve ölüme yol açmaktadır. Ayrıca güvenlik sistemlerinin iyileştirilmesi ile ilgili ek harcamalar ve verimlilik ve üretkenlikte azalma da işyeri şiddetinin diğer olumsuz sonuçlarıdır. Avrupa Birliği ülkelerinde, işyerinde son bir yılda cinsel tacize maruz kalanların %31’inde, sözel şiddete uğrayanların %34’ünde, fiziksel şiddete uğrayanların %35’inde iş günü kayıpları olmuştur (20,75).

2.7.3 Toplumsal düzeyde etkileri

Şiddete maruz kalan çalışanların sağlık hizmetleri ve uzun dönemde rehabilitasyon tedavileri ve şiddet nedeniyle yaralanarak işini kaybedenlerin, malulen

emekli olanların ve engelli olarak hayatına devam eden bireylerin sağlık harcamaları işyeri şiddetinin toplumsal sonuçlarıdır (20).

Ayrıca; şiddetle birlikte sağlık hizmetinin aksamasına bağlı halk sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarında sağlık sistemine ve yönetime duyulan güven ve saygı azalmaktadır. Toplumda da sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına güven kaybı hızla artmaktadır.

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları hukuksal süreçlerle karşı karşıya kalmaktadır. Hekimler ve sağlık çalışanlarında hasta ve yakınlarına karşı olumsuz duygu ve düşünceler ortaya çıkmaktadır. Hekimlerde mesleki tükenmişlik sendromu (burn out) sıklığında artış yaşanmaktadır (25).

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %38'inin sektör değiştirmeyi istedikleri, %18'inin acil servis dışında bir alanda çalışmak istedikleri, bir kısım çalışanın işlerinden ayrıldıkları saptanmıştır.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanın %25'inde olay sonrasındaki ilk işgününde, %24'ünde ilk bir haftasında ve uzun dönemde %19 unda performans düşüklüğü görülmüştür. %73 sağlık çalışanı hastalarından korktuğunu, %24'ü hastaların şiddetinden korktuğunu, %35'i hastaları potansiyel saldırgan olarak gördüklerini bildirilmiştir (44,6).

Yapılan çalışmalarda, şiddet sonrası sağlık çalışanında; şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı ve kendini suçlama gibi farklı psikolojik etkilere rastlanmıştır (64,76,44).

Ayrıca sıklıkla fiziksel şiddet sonrası sağlık çalışanlarda posttravmatik stres bozukluğu ortaya çıkma riskinden bahsedilmiştir. Araştırmalarda çarpıcı bir başka sonuç, sağlık personelinin şiddet sonrası diğer hastalara verdiği hizmet kalitesinde düşme saptanmıştır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %56.2'sinde anksiyete veya irritasyon bulguları saptanmıştır (44).

Samsun'da, psikiyatri çalışanları arasında yapılan çalışmada, psikiyatri kliniklerinde şiddete uğrama riskinin yüksek olması nedeniyle, anlık kaygı ve sürekli kaygı skorları yüksek bulunmuştur (71,44).

3 MATERİYAL ve METOD

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan çalışma; Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul onayı alındıktan sonra, 15 Nisan 2013-15 Temmuz 2013 tarihleri arasında Türkiye'nin çeşitli illerinde bulunan Üniversite Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan 505 acil servis hekimi ile anket doldurularak yapıldı. Anket formu, 25 sorudan oluşan çoktan seçmeli soru-cevap şeklinde hazırlandı.

Ankara ilindeki Atatürk EAH, Keçiören EAH, Dışkapı EAH, Ankara EAH, Numune EAH, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 256 hekime Acil Tıp Eğitim ve İdari Sorumluları'ndan izin alınarak, seminer günlerinde seminer saatinde 20 dakika ayırarak anket formu bizzat doldurtuldu. Ankara dışındaki eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerine e-mail aracılığıyla ulaşıldı. E-mail adresleri acil tıp derneklerinden elde edildi. Elde edilen 1309 mail adresinin 121 tanesinin hatalı olduğu görüldü. Geri kalan mail adreslerinden, gönderilen anket çalışmasına 4. haftanın sonunda 134 cevap verildiği görülmesi üzerine anket formu 5. hafta içinde tekrar gönderildi. Onuncu hafta içinde toplam 249 cevaba ulaşıldı. Mail ile ankete cevap oranının %20,9 olduğu görüldü.

3.1 İstatistiksel Analiz

Araştırmada yer alan yaş ve sağlık sektöründe çalışma süresi değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde ortanca (Çeyreklikler Arası Genişlik – ÇAG, Interquartile Range - IQR) kullanıldı. Araştırma kapsamında elde edilen cinsiyet, görev/unvan, acil serviste bir şifftte bakılan hasta sayısı gibi demografik özellikler ile ankette yöneltilen sorulara verilen yanıtların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde değerleri verildi.

Şiddete maruz kalma durum değişkeni ile cinsiyet, görev-unvan ve çalışılan kurum değişkenleri arasındaki ilişki Ki-kare testi ile incelendi. Benzer şekilde, belirtilen sorular arasındaki karşılaştırmalarda Ki-kare testi sonucu değerlendirildi.

Şiddete maruz kalma sıklığına göre çalışma süresinin farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi. Kruskal-Wallis testi sonucunda farklılığa neden olan grubu belirleyebilmek amacı ile bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar yapıldı.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4 BULGULAR

Çalışmada 339'u (%67.4) erkek, 164'ü (%32.6) kadın toplam 505 birey yer almaktadır. Bireylerin yaş ortancası 31.0 (ÇAG=7.0) yıl olarak elde edilmiştir.

Bireyler görev/unvan bakımından incelendiğinde 273'ünün (%54.3) acil tıp asistanı, 4'ünün (%0.8) pratisyen, 140'ının (%27.9) uzman, 39'unun (%7.8) öğretim üyesi ve 46'sının (%9.2) rotasyonel asistan olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Bireylerin %54.1'i (n=270) eğitim araştırma hastanesinde çalışırken, %32.9'u (n=164) üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Acil serviste bir şifte bakılan hasta sayısı 50 ile 100 arasında olan 157 (%31.5), 200'ün üzerinde olan 114 (%22.8) birey yer almaktadır. Bireylerin sağlık sektöründe çalıştıkları yıl ortancası 6.0 (ÇAG=0.8) yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Bireylerin demografik özellikleri

Değişkenler	n (%)
Görev-Unvan	
Acil tıp asistanı	273 (54.3)
Pratisyen	4 (0.8)
Uzman	140 (27.9)
Öğretim üyesi	39 (7.8)
Rotasyonel asistan	46 (9.2)
Çalışılan Kurum	
Devlet hastanesi	62 (12.4)
Eğitim araştırma hastanesi	270 (54.1)
Üniversite hastanesi	164 (32.9)
Özel hastane	3 (0.6)
Acil Serviste Bir Şifte Bakılan Hasta Sayısı	
<50	88 (17.6)
50-100	157 (31.5)
100-200	114 (22.8)
>200	140 (28.1)

Bireylerin cinsiyetine göre şiddete maruz kalma durumu dağılımı Tablo 2'da verilmiştir. Şiddete maruz kalma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2= 0.01$; $p=0.973$). Kadınların 135'i (%82.3), erkeklerin 277'si (%82.2) şiddete maruz kaldıklarını söylemişlerdir (Şekil 1).

Tablo 2. Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı

Cinsiyet	Şiddete maruz kalma durumu		χ^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Kadın	135 (82.3)	29 (17.7)	0.001	0.973
Erkek	277 (82.2)	60 (17.8)		

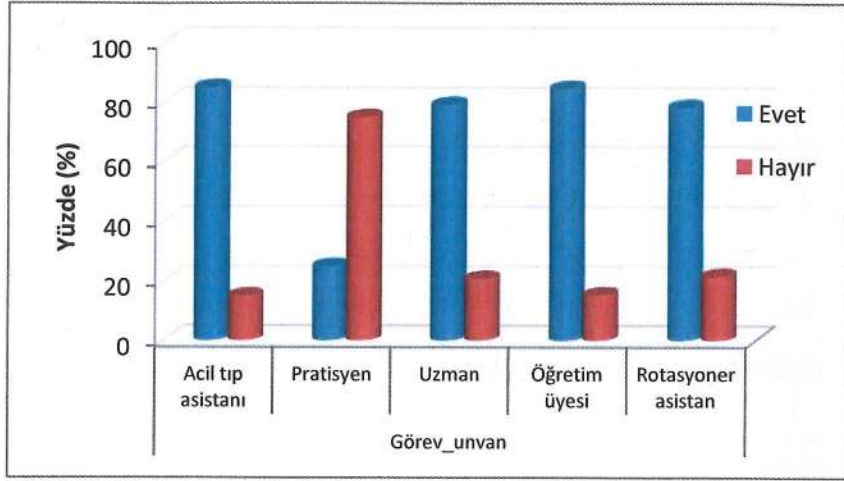


Şekil 1. Cinsiyete göre şiddete maruz kalma durumlarının dağılımı

Şiddete maruz kalma durumu ile görev-unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2= 11.941$; $p=0.018$). Acil tıp asistanlarının 232'si (%85.0) şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3) (Şekil 2).

Tablo 3. Bireylerin unvanına göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı

Görev-Unvan	Şiddete maruz kalma durumu		χ^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Acil tıp asistanı	232 (85.0)	41 (15.0)	11.941	0.018
Pratisyen	1 (25.0)	3 (75.0)		
Uzman	110 (79.1)	29 (20.9)		
Öğretim üyesi	33 (84.6)	6 (15.4)		
Rotasyon asistanı	36 (78.3)	10 (21.7)		

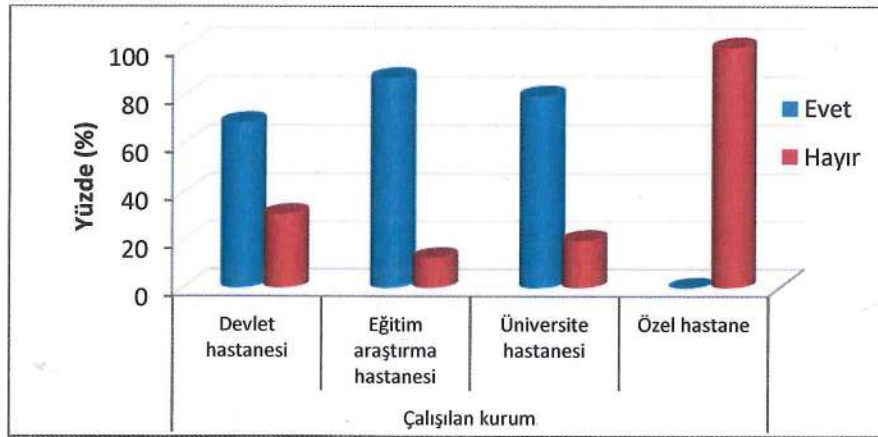


Şekil 2. Bireylerin unvanına göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı

Bireylerin şiddete maruz kalma durumlarının çalışılan kuruma göre dağılımı Tablo 4’de belirtildiği gibidir. Şiddete maruz kalma durumu ile çalışılan kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2= 22.236$; $p=0.000$). Eğitim araştırma hastanesinde çalışan 236 (%87.4) birey şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Şekil 3).

Tablo 4. Çalışılan kuruma göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı

Çalışılan Kurum	Şiddete maruz kalma durumu		χ^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Devlet hastanesi	42 (68.9)	19 (31.1)	22.361	<0.001
Eğitim araştırma hastanesi	236 (87.4)	34 (12.6)		
Üniversite hastanesi	131 (79.9)	33 (20.1)		
Özel hastane	0 (0.0)	2 (100.0)		



Şekil 3. Çalışılan kuruma göre şiddete maruz kalma durumunun dağılımı

Bireylerin 478'inin (%95.4) çalıştıkları kurumların acil servisinde güvenlik var iken; 23'ünün (%4.6) kurum acil servisinde güvenlik bulunmamaktadır (Tablo 5). Acil servisteki güvenliğin yeterli olduğunu belirten 55 (%11.0), yeterli olmadığını belirten 445 (%89.0) birey olduğu saptanmıştır. Çalıştığı kurumda güvenlik kamerası olduğunu belirten 469 (%93.4) birey vardır. Çalışmaya katılan bireylerin %66.5'i (n=333) güvenlik görevlisine kolay ulaştıklarını, %33.5'i (n=168) ise kolay ulaşamadıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde; 14 (%2.8) birey güvenlik görevlisinin metal dedektörü olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 5. Bireylerin çalıştıkları kurumlardaki güvenlik önlemleri

Değişkenler	Evet n (%)	Hayır n (%)
Acil servisinizde güvenlik var mı?	478 (95.4)	23 (4.6)
Acil serviste güvenlik yeterli mi?	55 (11.0)	445 (89.0)
Güvenlik kamerası var mı?	469 (93.4)	33 (6.6)
Güvenlik kamerası yeterli mi?	117(23.4)	382 (76.6)
Güvenlik görevlisine kolay ulaşıyor mu?	333 (66.5)	168 (33.5)
Güvenlik görevlisinde metal dedektör var mı?	14 (2.8)	487 (97.2)

Bireylerin çalıştıkları kurum ile bakılan hasta sayısı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2= 98.522$; $p<0.001$). Devlet hastanesinde çalışanların %32.3'ünün, eğitim araştırma hastanesinde çalışanların %41.1'inin, üniversite hastanesinde çalışanların ise %4.9'unun acil serviste bir şifte baktıkları hasta sayısı 200'ün üzerinde iken özel hastanede çalışanların hiç biri 50'den fazla hasta bakmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışılan kuruma göre bir şifte bakılan hasta sayısının dağılımı

Çalışılan Kurum	Bir şifte bakılan hasta sayısı				χ^2	p
	<50 n (%)	50 – 100 n (%)	100 – 200 n (%)	>200 n (%)		
Devlet hastanesi	6 (9.7)	16 (25.8)	20 (32.3)	20 (32.3)	98.522	<0.001
Eğitim araştırma hastanesi	30 (11.1)	67 (24.8)	62 (23.0)	111 (41.1)		
Üniversite hastanesi	50 (30.7)	73 (44.8)	32 (19.6)	8 (4.9)		
Özel hastane	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		

Eğitim araştırma hastanesinde çalışanların %97.0'si çalıştıkları kurumun acil servisinde güvenlik olduğunu belirtmiştir. Devlet hastanesinde çalışanların %95.2'si

acil serviste güvenlik olduğunu, %4.8'i olmadığını söylemiştir (Tablo 7). Bireylerin çalıştıkları kurum ile acil serviste güvenlik olma durumu arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2=8.935$; $p=0.030$).

Tablo 7. Çalışılan kuruma göre acil serviste güvenlik görevlisi olma durumunun dağılımı

Çalışılan Kurum	Güvenlik var mı?		χ^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Devlet hastanesi	59 (95.2)	3 (4.8)	8.935	0.030
Eğitim araştırma hastanesi	261 (97.0)	8 (3.0)		
Üniversite hastanesi	152 (93.3)	11 (6.7)		
Özel hastane	2 (66.7)	1 (33.3)		

Çalışılan kurum ile acil serviste kamera olma durumu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2= 0.186$; $p= 0.980$) (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışılan kuruma göre acil serviste güvenlik kamerası olma durumunun dağılımı

Çalışılan Kurum	Güvenlik var mı?		χ^2	P
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Devlet hastanesi	58 (93.5)	4 (6.5)	0.186	0.980
Eğitim araştırma hastanesi	252 (93.3)	18 (6.7)		
Üniversite hastanesi	153 (93.9)	10 (6.1)		
Özel hastane	2 (100.0)	0 (0.0)		

Saldırganın cinsiyetinin erkek olduğunu belirtenlerin %9.9'u devlet, %58.1'i eğitim araştırma ve %31.9'u üniversite hastanesinde çalışmaktadır (Tablo 9). Çalışılan kurum ile saldırganın cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2=0.065$; $p=0.968$). saldırganın yaşı ve düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olması ile bireyin çalıştığı kurum arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır (sırasıyla, $\chi^2=8.952$; $p=0.176$ ve $\chi^2=0.482$; $p=0.786$). Saldırganın eğitim seviyesi ile bireylerin çalıştıkları kurumlar arasında fark vardır ($\chi^2=13.522$; $p=0.035$). Üniversite mezununun saldırısına maruz kalanların %51.0'ı eğitim araştırma, %43.1'i üniversite hastanesinde çalışmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Bireylerin çalıştıkları kurum ile saldırganın özelliklerinin karşılaştırılması

Saldırganın	Çalışılan kurum			χ^2	p
	Devlet n (%)	Eğitim araştırma n (%)	Üniversite n (%)		
Cinsiyeti					
Erkek	33 (9.9)	193 (58.1)	106 (31.9)	0.065	0.968
Kadın	8 (10.5)	43 (56.6)	25 (32.9)		
Yaş					
15-25	13 (14.4)	45 (50.0)	32 (35.6)	8.952	0.176
25-40	18 (7.8)	147 (63.4)	67 (28.9)		
40-55	10 (12.2)	41 (50.0)	31 (37.8)		
>55	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)		
Eğitim Seviyesi					
İlkokul	11 (16.2)	45 (66.2)	12 (17.6)	13.522	0.035
Lise	3 (5.6)	29 (53.7)	22 (40.7)		
Üniversite	3 (5.9)	26 (51.0)	22 (43.1)		
Bilmiyorum	24 (10.2)	136 (57.9)	75 (31.9)		
Düşük sosyo-ekonomik düzey					
Evet	26 (10.9)	136 (57.1)	76 (31.9)	0.482	0.786
Hayır	15 (8.9)	100 (59.2)	54 (32.0)		

494 (%98.6) birey çalışma hayatında hekim veya sağlık çalışanına karşı şiddete tanık olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 10). Çalışma hayatında şiddete maruz kaldığını belirten 414 (%82.3) birey vardır

Tablo 10. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Değişken	Evet n (%)	Hayır n (%)
Çalışma hayatında hekim/sağlık çalışanına karşı şiddete tanık oldunuz mu?	494 (98.6)	7 (1.4)
Çalışma hayatınızda şiddete maruz kaldınız mı?	414 (82.3)	89 (17.7)

Bireylerin maruz kaldığı sözel, fiziksel ve cinsel şiddet türlerine ilişkin soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 11’de verilmiştir. Sözel şiddete bireylerin hepsi (n=414), fiziksel şiddete %74.4’ü (n=308) ve cinsel şiddete %28.3’ü (n=117) maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Sözel şiddet türünde 409 (%98.8) birey bağırma, 128 (%30.9) birey ise dedikodu ile şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel şiddet

türünde 198 (%47.8) birey masaya yumruk atma durumu ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Cinsel şiddet türünde 91 (%22.0) birey bakış ile şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların çalışma hayatlarındaki maruz kaldıkları şiddet türleri

Değişkenler	Maruz kaldı n (%)	Maruz kalmadı n (%)
Sözel	414 (100.0)	0 (0.0)
Bağırma	409 (98.8)	5 (1.2)
Beddua	341 (82.4)	73 (17.6)
Küfür	340 (82.1)	74 (17.9)
Tehdit	355 (85.7)	59 (14.3)
Küçümseme	267 (64.5)	147 (35.5)
Dedikodu	28 (30.9)	286 (69.1)
Fiziksel	308 (74.4)	106 (25.6)
İtme	143 (34.5)	271 (65.5)
Tokat	24 (5.8)	390 (94.2)
Yumruk	38 (9.2)	376 (90.8)
Tekme	27 (6.5)	386 (93.5)
Isırma	2 (0.5)	412 (99.5)
Tükürme	35 (8.5)	379 (91.5)
Üzerine cisim atma	107 (25.8)	307 (74.2)
Masaya yumruk atma	198 (47.8)	216 (52.2)
Kurum eşyasına zarar	178 (43.0)	236 (57.0)
Saç çekme	8 (1.6)	406 (98.1)
Cinsel	117 (28.3)	297 (71.1)
Cinsel içerikli hikaye/şaka	6 (1.4)	408 (98.6)
Cinsel içerikli soru/kelime	22 (5.3)	392 (94.7)
Pornografik mail/mesaj	1 (0.2)	413 (99.8)
Dokunma	49 (11.8)	365 (88.2)
Öpme	3 (0.7)	411 (99.3)
Göz kırpma	11 (2.7)	403 (97.3)
Bakış	91 (22.0)	323 (78.0)
Cinselliği çağrıştıran vücut hareketleri	21 (5.1)	392 (94.9)

En az bir sözel şiddete maruz kalanların %67.2'si erkek, %32.8'i kadındır (Tablo 12). Fiziksel şiddete maruz kalma durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=3.940$; $p=0.047$). fiziksel şiddete maruz kalanların %69.9'u ($n=214$) erkeklerden oluşmaktadır. Cinsel şiddete maruz kalma ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($\chi^2=3.231$; $p=0.072$).

Tablo 12. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumları ile cinsiyet karşılaştırılması

Şiddet türü	Cinsiyet		χ^2	p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)		
Sözel Şiddet				
Evet	277 (67.2)	135 (32.8)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	214 (69.9)	92 (30.1)	3.940	0.047
Hayır	63 (59.4)	43 (40.6)		
Cinsel Şiddet				
Evet	85 (73.9)	30 (26.1)	3.231	0.072
Hayır	192 (64.6)	105 (35.4)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Belirtilen şiddet türlerine maruz kalma durumu ile olay sırasında kaçıp kaçmama durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında kaçma yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması

Şiddet türü	Kaçma		χ^2	p
	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)		
Sözel Şiddet				
Evet	20 (5.8)	324 (94.2)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	14 (5.7)	232 (94.3)	0.024	0.877
Hayır	6 (6.1)	92 (93.9)		
Cinsel Şiddet				
Evet	5 (6.0)	78 (94.0)	0.009	0.925
Hayır	15 (5.7)	246 (94.3)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Cinsel şiddete maruz kalanların %28.2'si tepki vermedim yanıtını seçerken, %71.8'i tepki vermedim yanıtını seçmemişlerdir ($\chi^2=8.791$; $p=0.003$) (Tablo 14).

Tablo 14. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında tepki vermedim yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması

	Tepki vermedim			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	79 (19.1)	335 (80.9)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	59 (19.2)	249 (80.8)	0.004	0.948
Hayır	20 (18.9)	86 (81.1)		
Cinsel Şiddet				
Evet	33 (28.2)	84 (71.8)	8.791	0.003
Hayır	46 (15.5)	251 (84.5)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile olay sırasında kişiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım yanıtını seçme durumu arasında anlamlı ilişkisi yoktur ($\chi^2=0.009$; $p=0.925$). Cinsel şiddete maruz kalanların %45.3'ü kişiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım yanıtını seçerken, %54.7'i ilgili yanıtı seçmemiştir (Tablo 15). Cinsel şiddete maruz kalma durumu, kişiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım yanıtını verme durumuna göre farklılık göstermektedir ($\chi^2=4.281$; $p=0.039$).

Tablo 15. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında kışiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması

	Kişiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	221 (53.4)	193 (46.6)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	164 (53.2)	144 (46.8)	0.009	0.925
Hayır	57 (53.8)	49 (46.2)		
Cinsel Şiddet				
Evet	53 (45.3)	64 (54.7)	4.281	0.039
Hayır	168 (56.6)	129 (43.4)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Fiziksel şiddete maruz kalanların %63.3'ü kendini korumaya çalıştığını belirtmişlerdir (Tablo 16). Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile olay sırasında kendimi korumaya çalıştım yanıtını seçme durumu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=22.568$; $p<0.001$).

Tablo 16. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında kendimi korumaya çalıştım yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması

	Kendimi korumaya çalıştım			
	Seçildi	Seçilmedi		
Şiddet türü	n (%)	n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	234 (56.5)	180 (43.5)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	195 (63.3)	113 (36.7)	22.568	<0.001
Hayır	39 (36.8)	67 (63.2)		
Cinsel Şiddet				
Evet	63 (53.8)	54 (46.2)	0.475	0.491
Hayır	171 (57.6)	126 (42.4)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Belirtilen şiddet türüne maruz kalma durumları ile olay sırasında karşılık verme durumları arasında fark yoktur (Tablo 17) ($p>0.05$).

Tablo 17. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının olay sırasında karşılık verdim yanıtını seçme durumuna göre karşılaştırılması

Şiddet türü	Karşılık verdim		χ^2	p
	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)		
Sözel Şiddet				
Evet	118 (28.5)	296 (71.5)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	91 (29.5)	217 (70.5)	0.642	0.423
Hayır	27 (25.5)	79 (74.5)		
Cinsel Şiddet				
Evet	37 (31.6)	80 (68.4)	0.780	0.377
Hayır	81 (27.3)	216 (72.7)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Bireylerin çalışma hayatlarında maruz kaldıkları şiddet sayısı 1 ile 5 arasında olan 147 (%35.8) birey, 5 ile 10 arasında olan 113 (%27.5) birey ve 10'dan daha fazla şiddete maruz kalan 151 (%36.7) birey vardır (Tablo 18). 81 (%19.8) birey mesai saatlerinde, 329 (%80.2) birey ise mesai saatleri dışında daha sık şiddete maruz kaldıklarını vurgulamıştır.

Tablo 18. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Değişken	n (%)
Çalışma hayatınız boyunca kaç kez şiddete maruz kaldınız?	
1-5	147 (35.8)
5-10	113 (27.5)
>10	151 (36.7)
Şiddet günün hangi saatlerinde daha sık oluyor?	
Mesai saatlerinde	81 (19.8)
Mesai saatleri dışında	329 (80.2)

Bireylerin çalışma süresi ortancası kaç kez şiddete maruz kaldıklarına göre anlamlı düzeyde farklıdır ($\chi^2=40.142$; $p<0.001$). Şiddete 1-5 kez maruz kalanlar ile 5-10 kez maruz kalanların çalışma süreleri ortancası benzerdir ($p=0.476$). Hayatı boyunca >10 kez şiddete maruz kaldığını belirtenlerin çalışma süresi, 1-5 kez ve 5-10 kez şiddete maruz kaldıklarını belirtenlerin çalışma süresinden fazladır (sırasıyla, $p<0.001$ ve $p<0.001$).

Bir şifte bakılan hasta sayısı ile kaç kez şiddete maruz kalındığı arasında fark yoktur ($\chi^2= 5.263$; $p=0.511$).

Tablo 19. Çalışma süresinin şiddete maruz kalma sıklığına göre karşılaştırılması

	Kaç kez şiddete maruz kalındığı			χ^2	P
	1 – 5 Ortanca (ÇAG) n (%)	5 – 10 Ortanca (ÇAG) n (%)	>10 Ortanca (ÇAG) n (%)		
Çalışma süresi	5.0 (6.6)	4.0 (5.0)	8.0 (7.0)	40.142	<0.001
Bir şifte bakılan hasta sayısı					
<50	22 (35.5)	18 (29.0)	22 (35.5)	5.263	0.511
50 – 100	57 (42.5)	31 (23.1)	46 (34.3)		
100 – 200	31 (33.0)	29 (30.9)	34 (36.2)		
>200	35 (29.9)	35 (29.9)	47 (40.2)		

Tetkik sırasında şiddete maruz kalan 162 (%63.0) birey, kötü haber verirken şiddete maruz kalan 98 (%40.8) birey vardır (Tablo 20). Şiddete maruz kaldığı zamana ilişkin soruya diğer yanıtını seçenlerden 37'si (%69.8) açıklamada bulunmuştur. Bireylerin belirttikleri şiddete maruz kalma zamanları,

- Bilgi verirken (n=4; %10.8)
- Beklerken (n=33; %89.2)

Bireylerin %94.4'ü (n=356) hastanın ailesi tarafından şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

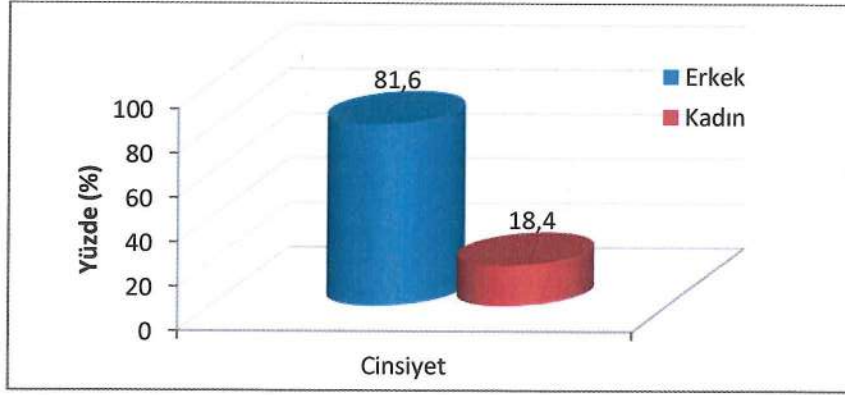
Tablo 20. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Şiddet ne zaman oldu?		
Şikayet sorarken	133 (50.2)	132 (49.8)
Öz geçmiş sorarken	16 (7.0)	214 (93.0)
Muayene sırasında	80 (31.3)	176 (68.8)
Tedavi sırasında	139 (51.7)	130 (48.3)
Tetkik sırasında	162 (63.0)	95 (37.0)
Sevk sırasında	69 (28.9)	170 (71.1)
Kötü haber verirken	98 (40.8)	142 (59.2)
Diğer	53 (21.5)	193 (78.5)
Kim tarafından şiddete maruz kaldınız?		
Hasta	105 (41.8)	146 (58.2)
Ailesi	356 (94.4)	21 (5.6)
Arkadaşı	109 (45.8)	129 (54.2)
Diğer	1 (0.4)	227 (99.6)

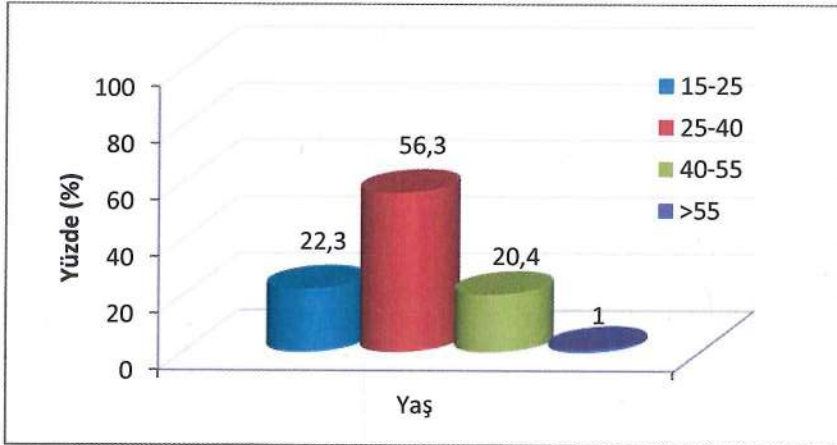
Saldırını gerçekleştiren 336 (%81.6) erkek birey, 76 (%18.4) kadın birey vardır (Tablo 21). Bireylerin 232'si (%56.3) saldırganın yaşının 25- 40 arasında olduğunu, 92'i (%22.3) saldırganın 15 ile 25 yaş aralığında olduğunu belirtmişlerdir. Saldırganın eğitim seviyesinin ilkokul olduğunu belirten 69 (%16.7) birey varken 52 (%12.7) birey saldırganın eğitim düzeyinin üniversite olduğunu söylemiştir. Saldırganın düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olduğunu söyleyen 241 (%58.6) birey vardır.

Tablo 21. Saldırganların demografik özellikleri

Değişkenler	n (%)	Değişkenler	n (%)
Cinsiyet		Düşük sosyo-ekonomik düzey	
Erkek	336 (81.6)	Evet	241 (58.6)
Kadın	76 (18.4)	Hayır	170 (41.4)
Yaş		Eğitim seviyesi	
15-25	92 (22.3)	İlk okul	69(16.7)
25-40	232 (56.3)	Lise	54 (13.1)
40-55	84 (20.4)	Üniversite	52 (12.7)
>55	4 (1.0)	Bilmiyorum	237 (57.5)



Şekil 4. Saldırganın cinsiyet dağılımı



Şekil 5. Saldırganın yaş dağılımı

Bireylerin maruz kaldıkları şiddet türleri ile saldırganın cinsiyeti karşılaştırıldığında, yalnızca cinsel şiddete maruz kalma durumunun saldırganın cinsiyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Cinsel şiddete maruz kalanların

%75.0'ı (n=87) saldırganın cinsiyetinin erkek olduğunu, %25.0'ı (n=29) ise kadın olduğunu belirtmişlerdir ($\chi^2=4.609$; $p=0.032$).

Tablo 22. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın cinsiyetine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet			
Şiddet türü	Erkek n (%)	Kadın n (%)	χ ²	p
Sözel Şiddet				
Evet	336 (81.6)	76 (18.4)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	248 (80.8)	59 (19.2)	0.477	0.490
Hayır	88 (83.8)	17 (16.2)		
Cinsel Şiddet				
Evet	87 (75.0)	29 (25.0)	4.609	0.032
Hayır	249 (84.1)	47 (15.9)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Cinsel şiddete maruz kalanların %33.6'sı saldırganın yaşını 15-25, %47.4'ü 25-40, %18.1'i 40-55 arası ve %0.9'u ise saldırganın 55 yaş üstünde olduğunu ifade etmiştir ($\chi^2=11.920$; $p=0.008$). Fiziksel şiddete maruz kalma ile saldırganın yaşı arasında fark yoktur ($\chi^2=3.871$; $p=0.276$). Sözel şiddete maruz kalanların %56.3'ü saldırganın 25- 40 yaş arasında olduğunu belirtmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın yaşına göre karşılaştırılması

Şiddet türü	Yaş				χ ²	p
	15-25 n (%)	25-40 n (%)	40-55 n (%)	>55 n (%)		
Sözel Şiddet						
Evet	92 (22.3)	232 (56.3)	84 (20.4)	4 (1.0)	*	*
Hayır						
Fiziksel Şiddet						
Evet	74 (24.1)	167 (54.4)	64 (20.8)	2 (0.7)	3.871	0.276
Hayır	18 (17.1)	65 (61.9)	20 (19.0)	2 (1.9)		
Cinsel Şiddet						
Evet	39 (33.6)	55 (47.4)	21 (18.1)	1 (0.9)	11.920	0.008
Hayır	53 (17.9)	177 (59.8)	63 (21.3)	3 (1.0)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Bireylerin sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumları saldırganın özelliklerine göre farklılık göstermemektedir (Tablo 24) ($p>0.05$).

Tablo 24. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının eğitim seviyesine göre karşılaştırılması

Şiddet türü	Eğitim				χ^2	p
	İlkokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Bilmiyorum n (%)		
Sözel Şiddet						
Evet	69 (16.7)	54 (13.1)	52 (12.6)	237 (57.5)	*	*
Hayır	-	-	-	-		
Fiziksel Şiddet						
Evet	50 (16.3)	42 (13.7)	40 (13.0)	175 (57.0)	0.671	0.880
Hayır	19 (18.1)	12 (11.4)	12 (11.4)	62 (59.0)		
Cinsel Şiddet						
Evet	23 (19.8)	13 (11.2)	11 (9.5)	69 (59.5)	2.727	0.436
Hayır	46 (15.5)	41 (13.9)	41 (13.9)	168 (56.8)		

*: Gözlemlerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumları, saldırganın düşük sosyo-ekonomik düzeyde olup olamam durumlarında benzerdir ($p>0.05$) (Tablo 25).

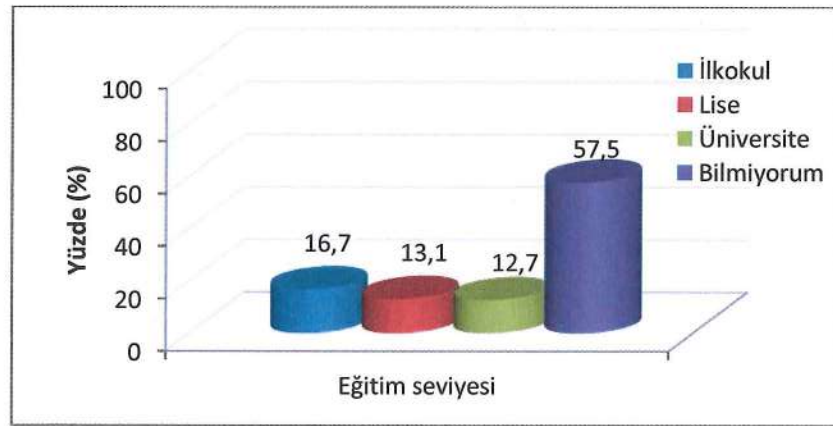
Tablo 25. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olma durumuna göre karşılaştırılması

	Düşük sosyo-ekonomik düzey			
Şiddet türü	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	241 (58.6)	170 (41.4)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	177 (57.8)	129 (42.2)	0.312	0.577
Hayır	64 (61.0)	41 (39.0)		
Cinsel Şiddet				
Evet	71 (61.7)	44 (38.3)	0.633	0.426
Hayır	170 (57.4)	126 (42.6)		

*: Gözlemlerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.



Şekil 6. Saldırmanın düşük sosyo-ekonomik düzeyde olup olmama durumunun dağılımı



Şekil 7. Saldırmanın eğitim seviyesi dağılımı

Bireylerin %50.5 'i (n=209) saldırmanın ilaç/alkol/madde kullandığını, %21.8'i (n=90) saldırmanın daha önce şiddet öyküsü olduğunu, %20.3'si (n=84) saldırmanın nörolojik hastalığa (alzheimer/demans) sahip olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 26).

Tablo 26. Saldırganlara ait bazı özellikler

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Psikiyatrik/metabolik hastalık öyküsü	83 (20.0)	331 (80.0)
Oryantasyon bozukluğu	27 (6.5)	387 (93.5)
Konfüzyon	20 (4.8)	394 (95.2)
İlaç/alkol/madde kullanımı	209 (50.5)	205 (49.5)
İntoksikasyon	17 (4.1)	396 (95.9)
Ağrısı var mı, anksiyöz mü	79 (19.1)	334 (80.9)
Nörolojik hastalık (Alzheimer/demans)	84 (20.3)	330 (79.7)
Daha önce şiddet öyküsü	90 (21.8)	323 (78.2)

Cinsel şiddete maruz kalanların %26.5'i saldırganın psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu belirtmiştir (Tablo 27). Cinsel şiddete maruz kalma durumu saldırganın psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=4.230$; $p=0.040$).

Tablo 27. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın psikiyatrik/ metabolik hastalık öyküsü olma durumuna göre karşılaştırılması

	Psikiyatrik/metabolik hastalık öyküsü			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ ²	p
Sözel Şiddet				
Evet	83 (20.0)	331 (80.0)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	65 (21.1)	243 (78.9)	0.836	0.360
Hayır	18 (17.0)	88 (83.0)		
Cinsel Şiddet				
Evet	31 (26.5)	86 (73.5)	4.230	0.040
Hayır	52 (17.5)	245 (82.5)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Sözel şiddete maruz kalanların %6.5'i saldırganda oryantasyon bozukluğu olduğunu ifade etmiştir (Tablo 28). Fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma ile saldırganda oryantasyon bozukluğu olma durumu arasında fark yoktur (sırasıyla, $\chi^2=3.185$; $p=0.074$ ve $\chi^2=1.097$; $p=0.295$).

Tablo 28. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın oryantasyon bozukluğu olma durumuna göre karşılaştırılması

	Oryantasyon bozukluğu			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	27 (6.5)	387 (93.5)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	24 (7.8)	284 (92.2)	3.185	0.074
Hayır	3 (2.8)	103 (97.2)		
Cinsel Şiddet				
Evet	10 (8.5)	107 (91.5)	1.097	0.295
Hayır	17 (5.7)	280 (94.3)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Belirtilen şiddet türlerine maruz kalma durumu ile saldırganlık durumu arasında farklılığın karşılaştırılması Tablo 29'de belirtilmiştir. Cinsel şiddete maruz kalma ile anlamlı fark olduğu görülmektedir ($\chi^2=4.899$; $p=0.027$).

Tablo 29. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganlık konfüzyon olma durumuna göre karşılaştırılması

	Konfüzyon			
	Seçildi	Seçilmedi		
Şiddet türü	n (%)	n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	20 (4.8)	394 (95.2)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	17 (5.5)	291 (94.5)	1.241	0.265
Hayır	3 (2.8)	103 (97.2)		
Cinsel Şiddet				
Evet	10 (8.5)	107 (91.5)	4.899	0.027
Hayır	10 (3.4)	287 (96.6)		

*: Gözlemlerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Fiziksel şiddete maruz kalanların %54.4'ü saldırganlık ilaç/alkol/madde kullanımı olduğunu belirtmiştir ($\chi^2=7.942$; $p=0.005$) (Tablo 30).

Tablo 30. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganlık ilaç/alkol/madde kullanımı olma durumuna göre karşılaştırılması

	İlaç/alkol/madde kullanımı			
	Seçildi	Seçilmedi		
Şiddet türü	n (%)	n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	209 (50.5)	205 (49.5)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	168 (54.5)	140 (45.5)	7.942	0.005
Hayır	41 (38.7)	65 (61.3)		
Cinsel Şiddet				
Evet	67 (57.3)	50 (42.7)	3.001	0.083
Hayır	142 (47.8)	155 (52.2)		

*: Gözlemlerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Belirtilen şiddet türleri ile saldırganlıkta intoksikasyon olma durumu dağılımı benzerdir ($p>0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın intoksikasyon olma durumuna göre karşılaştırılması

	İntoksikasyon			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ ²	p
Sözel Şiddet				
Evet	17 (4.1)	396 (95.9)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	12 (3.9)	295 (96.1)	0.130	0.718
Hayır	5 (4.7)	101 (95.3)		
Cinsel Şiddet				
Evet	4 (3.4)	113 (96.6)	0.201	0.654
Hayır	13 (4.4)	283 (95.6)		

*: Gözlemlerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma ile saldırganlıkta ağrısı olma durumu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $\chi^2 = 7.757$; $p=0.005$ ve $\chi^2 = 4.199$, $p=0.040$) (Tablo 32).

Tablo 32. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın ağrısı olma durumuna göre karşılaştırılması

	Ağrı var mı/ anksiyöz mü			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	79 (19.1)	334 (80.9)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	49 (16.0)	258 (84.0)	7.757	0.005
Hayır	30 (28.3)	76 (71.7)		
Cinsel Şiddet				
Evet	15 (12.8)	102 (87.2)	4.199	0.040
Hayır	64 (21.6)	232 (78.4)		

*: Gözlemlerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Fiziksel şiddete maruz kalanların %25.0'ı saldırganlıkta nörolojik hastalığı olduğunu belirtirken, fiziksel şiddete maruz kalmayanların %6.6'sı saldırganlıkta nörolojik

hastalığı olduğunu belirtmiştir ($\chi^2 = 16.501$; $p < 0.001$). Benzer şekilde; cinsel şiddete maruz kalanların %36.8'i, maruz kalmayanların ise %13.8'i saldırganın nörolojik hastalığı olduğunu ifade etmişlerdir ($\chi^2 = 27.329$; $p < 0.001$).

Tablo 33. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın nörolojik hastalık olma durumuna göre karşılaştırılması

Şiddet türü	Nörolojik hastalık		χ^2	p
	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)		
Sözel Şiddet				
Evet	84 (20.3)	330 (79.7)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	77 (25.0)	231 (75.0)	16.501	<0.001
Hayır	7 (6.6)	99 (93.4)		
Cinsel Şiddet				
Evet	43 (36.8)	74 (63.2)	27.329	<0.001
Hayır	41 (13.8)	256 (86.2)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Belirtilen şiddet türlerine maruz kalma durumuna göre saldırganın daha önce şiddet öyküsü olma durumu dağılımı farklıdır (Tablo 34).

Tablo 34. Sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının saldırganın daha önce şiddet öyküsü olma durumuna göre karşılaştırılması

	Daha önce şiddet öyküsü			
Şiddet türü	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)	χ^2	p
Sözel Şiddet				
Evet	90 (21.8)	323 (78.2)	*	*
Hayır	-	-		
Fiziksel Şiddet				
Evet	79 (25.7)	228 (74.3)	10.901	0.001
Hayır	11 (10.4)	95 (89.6)		
Cinsel Şiddet				
Evet	34 (29.3)	82 (70.7)	5.350	0.021
Hayır	56 (18.9)	241 (81.1)		

*: Gözelerdeki denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

329 (%79.9) birey olay anında güvenliğin geldiğini belirtirken 83 (%20.1) birey güvenliğin gelmediğini ifade etmiştir (Tablo 35). Bireylerin %75.5'i (n=312) özrün/uzlaşmanın olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 35. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Değişkenler	Evet n (%)	Hayır n (%)
Olay anında güvenlik görevlileri geldi mi?	329 (79.9)	83 (20.1)
Resmi rapor yazıldı mı?	208 (50.5)	204 (49.5)
Güvenlik saldırganı uzaklaştırdı mı?	282 (68.9)	127 (31.1)
Özür/uzlaşma	100 (24.3)	312 (75.7)
Adli soruşturma	167 (40.5)	245 (59.5)
Şikayet	212 (51.7)	198 (48.3)

Olay anında bireylerin %56.5'i (n=234) kendini korumaya çalıştığını, %53.4'ü (n=221) kişiyi uyarıp sakinleştirmeye çalıştığını belirtmiştir (Tablo 36). Diğer seçeneğini seçen 9 bireyden 4'ü (%44.4);

- Adam silah çekti, sedyenin altında kalakaldım
 - Beyaz kod
 - Hastanın şiddet şekliyle karşılık verildi
 - Her olayda farklı davrandım
- şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Tablo 36. Bireylerin olay sırasındaki davranışları

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Kaçtım	20 (5.8)	324 (94.2)
Tepki vermedim	79 (19.1)	335 (80.9)
Kişiyi uyardım sakinleştirmeye çalıştım	221 (53.4)	193 (46.6)
Kendimi koruyama çalıştım	234 (56.5)	180 (43.5)
Karşılık verdim	118 (28.5)	296 (71.5)
Diğer	9 (2.2)	405 (97.8)

Bireylerin %70.6'sı (n=291) işyerlerinde şiddet bildirim sisteminin olduğunu, %58.6'sı (n=241) şiddet anında nereye başvuracağını bildiğini, %43.7'si (n=180) şiddet bildirim hakkında bilgilendirildiğini ve %42.2'si (n=174) işyerinde şiddet bildirim konusunda teşvik edildiğini ifade etmiştir (Tablo 37).

Tablo 37. Bireylerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Değişkenler	Evet n (%)	Hayır n (%)
İş yerinizde şiddeti bildirme konusunda teşvik ediliyor musunuz?	174 (42.2)	238 (57.8)
İş yerinizde şiddet bildirim sistemi var mı?	291 (70.6)	121 (29.4)
Şiddet bildirim hakkında bilgilendirildiniz mi?	180 (43.7)	232 (56.3)
Şiddet anında nereye başvuracağınızı biliyor musunuz?	241 (58.6)	170 (41.4)

Şiddet anında 288 (%69.9) birey hastane güvenliğine başvurduklarını söylemişlerdir (Tablo 38).

Tablo 38. Bireylerin şiddet anında başvurdukları yerler

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Hastane güvenliği	288 (69.6)	126 (30.4)
İl sağlık müdürlüğü	131 (31.6)	283 (68.4)
Polis	164 (39.6)	250 (60.4)
Tabip odası	14 (3.4)	400 (96.6)
Kurum yöneticisi	36 (8.7)	378 (91.3)

Şiddete maruz kalan bireylerin şiddet anında nereye başvurduğunu sorusuna verdikleri yanıtların, çalıştıkları kurumlara göre karşılaştırılması Tablo 39’de verilmiştir. Hastane güvenliğine başvurma ve il sağlık müdürlüğüne başvurma durumu çalışılan kuruma göre anlamlı düzeyde farklıdır (sırasıyla, $\chi^2=19,652$; $p<0.001$ ve $\chi^2=41.330$; $p<0.001$). Polise başvurduğunu belirtenlerin %66.9’u eğitim araştırma, %38.3’ü üniversite ve %5.5’i devlet hastanesinde çalışmaktadır ($\chi^2=11.551$; $p=0.003$). Tabipler odası ile kurum yöneticisine başvurma durumu çalışılan kumlarda benzerdir ($p>0.05$).

Tablo 39. Bireylerin şiddet anında neler yaptığı ile çalışılan kurumun karşılaştırılması

Nereye başvuruldu?	Çalışılan kurum			χ^2	p
	Devlet n (%)	Eğitim araştırma n (%)	Üniversite n (%)		
Hastane güvenliği					
Seçildi	17 (6.0)	176 (61.8)	92 (32.3)	19.652	<0.001
Seçilmedi	25 (20.2)	60 (48.4)	39 (31.5)		
İl sağlık müdürlüğü					
Seçildi	29 (22.7)	50 (39.1)	49 (38.3)	41.330	<0.001
Seçilmedi	13 (4.6)	186 (66.2)	82 (29.2)		
Polis					
Seçildi	9 (5.5)	109 (66.9)	45 (27.6)	11.551	0.003
Seçilmedi	33 (13.4)	127 (51.6)	86 (35.0)		
Tabip odası					
Seçildi	1 (7.7)	10 (76.9)	2 (15.4)	2.108	0.349
Seçilmedi	41 (10.4)	226 (57.1)	129 (32.6)		
Kurum yöneticisi					
Seçildi	1 (2.9)	26 (74.3)	8 (22.9)	4.877	0.087
Seçilmedi	41 (11.0)	210 (56.1)	123 (32.9)		

Bireylerin cinsiyeti ve çalıştıkları kuruma göre şikayet edip etmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür (sırasıyla, $\chi^2 = 0.001$; $p=0.978$ ve $\chi^2 = 4.381$; $p=0.112$). Erkeklerin %51.6'sı, kadınların %51.5'i şikayette bulundukları ifade etmişlerdir (Tablo 40).

Tablo 40. Cinsiyet ve çalışılan kuruma göre şikayet etme durumu dağılımı

	Şikayet etme		χ^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Cinsiyet				
Erkek	142 (51.6)	133 (48.4)	0.001	0.978
Kadın	69 (51.5)	65 (48.5)		
Çalışılan kurum				
Devlet	21 (50.0)	21 (50.0)	4.381	0.112
Eğitim araştırma	131 (56.0)	103 (44.0)		
Üniversite	58 (44.6)	72 (55.4)		

Olay sonrasında hastane dışında hoş olmayan, tehdit içeren durumla karşılaşan bireylerden 67'si (%16.5) sözel saldırıya uğradığını, 12'si (%3.0) fiziksel saldırıya maruz kaldığını ifade etmiştir (Tablo 41).

Tablo 41. Bireylerin olay sonrası karşılaştıkları hoş olmayan durumlar

Değişkenler	Evet n (%)	Hayır n (%)
Telefon konuşması	10 (2.5)	388 (97.5)
Mektup/yazı	13 (3.3)	384 (96.7)
Mail/mesaj	5 (1.3)	391 (98.7)
Fiziksel saldırı	12 (3.0)	385 (97.0)
Sözel saldırı	67 (16.5)	339 (83.5)

Belirtilen tehdit türlerinden en az birine maruz kalanların %47 (n=70.1) erkek, %29.9 (n=20) kadındır (Tablo 42).

Tablo 42. Hastane dışı tehdit alma ile cinsiyet karşılaştırması

Hastane dışı tehdit	Cinsiyet		χ^2	p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)		
En az bir tür tehdit alma (Soru 21 de a,b,c,d,e den en az birinin olması)				
Evet	47 (70.1)	20 (29.9)	0.482	0.487
Hayır	217 (65.8)	113 (34.2)		
Telefon konuşması				
Evet	9 (90.0)	1 (10.0)	2.543	0.111
Hayır	255 (65.9)	132 (34.1)		
Mektup/Yazı				
Evet	10 (76.9)	3 (23.1)	0.665	0.415
Hayır	253 (66.1)	130 (33.9)		
Mail/Mesaj				
Evet	5 (100.0)	0 (0.0)	2.571	0.109
Hayır	257 (65.9)	133 (34.1)		
Fiziksel Saldırı				
Evet	9 (75.0)	3 (25.0)	0.387	0.534
Hayır	255 (66.4)	129 (33.6)		
Sözel Saldırı				
Evet	47 (71.2)	19 (28.8)	0.587	0.444
Hayır	225 (66.4)	114 (33.6)		

Şiddet sonucunda bireylerin %60.6'sı (n=251) sosyal hayatının olumsuz etkilendiğini, %54.8'i (n=227) iş doyumunda azalma/ meslekten soğumayla karşılaştığını ve %53.4'ü (n=221) iş kalitesinde düşüş yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 43).

Tablo 43. Bireylerde şiddetin etkileri

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Yaralandım	24 (5.8)	390 (94.2)
Tedavi gereksinimim oldu	69 (16.7)	345 (83.3)
İşe gitmememe yol açtı	6 (1.4)	408 (98.6)
İşten ayrılma/ayrılma düşüncesi	92 (22.2)	322 (77.8)
Moral motivasyon kaybı	224 (54.1)	190 (45.9)
İş doyumunda azalma/meslekten soğuma	227 (54.8)	187 (45.2)
İş kalitesinde düşme	221 (53.4)	193 (46.6)
Akut stres bozukluğu	124 (30.0)	290 (70.0)
Travmatik stres bozukluğu	192 (46.4)	222 (53.6)
Korku/panik/huzursuzluk	198 (47.8)	216 (52.2)
Uyku bozukluğu	181 (43.7)	233 (56.3)
Baş ağrısı	55 (13.3)	359 (86.7)
Karın ağrısı	136 (32.9)	278 (67.1)
Sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi	251 (60.6)	163 (39.4)
Bıçak/biber gazı taşıma	88 (21.3)	326 (78.7)
Yönetime duyulan güvenin azalması	167 (40.3)	247 (59.7)
Maddi hasar	37 (8.9)	377 (91.1)

Şiddetin bireylerde oluşturduğu etkilerin cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 44 ve Tablo 44.a'da verilmiştir. Belirtilen bütün şiddet etkilerinin bireylerde olup olmaması ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 44. Şiddetin etkileri ile cinsiyet karşılaştırması

Şiddet türü	Cinsiyet		χ ²	p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)		
Yaralandım				
Evet	18 (75.0)	6 (25.0)	0.698	0.404
Hayır	259 (66.8)	129 (33.2)		
Tedavi gereksinimim oldu				
Evet	46 (67.6)	22 (32.4)	0.006	0.931
Hayır	231 (67.2)	113 (32.8)		
İşe gitmememe yol açtı				
Evet	5 (83.3)	1 (16.7)	0.716	0.397
Hayır	272 (67.0)	134 (33.0)		
İşten ayrılma/ayrılma düşüncesi				
Evet	62 (67.4)	30 (32.6)	0.001	0.971
Hayır	215 (67.2)	105 (32.8)		
Moral motivasyon kaybı				
Evet	150 (67.0)	74 (33.0)	0.016	0.899
Hayır	127 (67.6)	61 (32.4)		
İş doyumunda azalma/meslekten soğuma				
Evet	145 (64.2)	81 (35.8)	2.147	0.143
Hayır	132 (71.0)	54 (29.0)		
İş kalitesinde düşme				
Evet	151 (68.6)	69 (31.4)	0.422	0.516
Hayır	126 (65.6)	66 (34.4)		
Akut stres bozukluğu				
Evet	80 (64.5)	44 (35.5)	0.594	0.441
Hayır	197 (68.4)	91 (31.6)		
Travmatik stres bozukluğu				
Evet	128 (67.0)	63 (33.0)	0.008	0.930
Hayır	149 (67.4)	72 (32.6)		

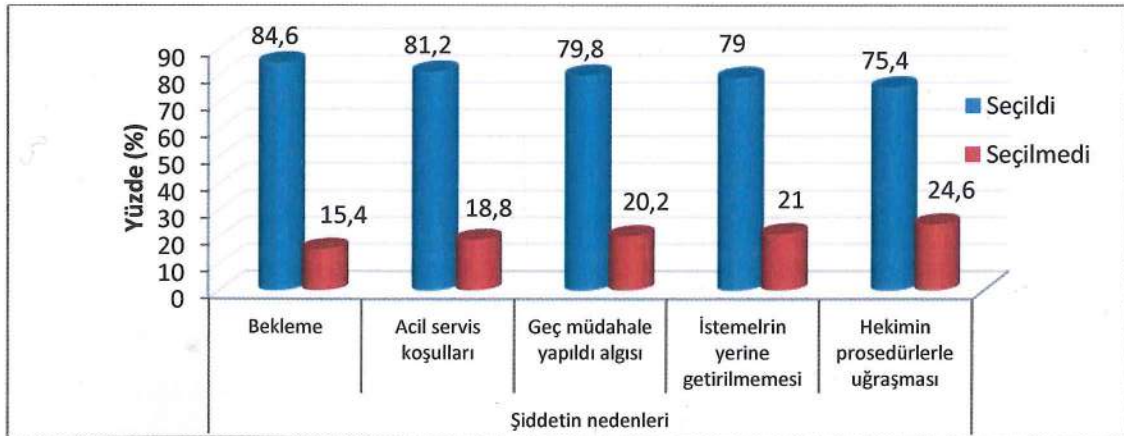
Tablo 44a. Şiddetin etkileri ile cinsiyet karşılaştırması(Devam)

Şiddet türü	Cinsiyet		χ^2	p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)		
Korku/panik/huzursuzluk				
Evet	137 (69.5)	60 (30.5)	0.914	0.339
Hayır	140 (65.1)	75 (34.9)		
Uyku bozukluğu				
Evet	123 (68.3)	57 (31.7)	0.176	0.675
Hayır	154 (66.4)	78 (33.6)		
Baş ağrısı				
Evet	33 (60.0)	22 (40.0)	1.507	0.220
Hayır	244 (68.3)	113 (31.7)		
Karın ağrısı				
Evet	99 (73.3)	36 (26.7)	3.392	0.066
Hayır	178 (64.3)	99 (35.7)		
Sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi				
Evet	170 (68.0)	80 (32.0)	0.170	0.680
Hayır	107 (66.0)	55 (34.0)		
Bıçak/biber gazı taşıma				
Evet	66 (75.0)	22 (25.0)	3.064	0.080
Hayır	211 (65.1)	113 (34.9)		
Yönetime duyulan güvenin azalması				
Evet	105 (62.9)	62 (37.1)	2.422	0.120
Hayır	172 (70.2)	73 (29.8)		
Maddi hasar				
Evet	27 (73.0)	10 (27.0)	0.608	0.436
Hayır	250 (66.7)	125 (33.3)		

Bireylerin şiddet nedenlerinin neler olabileceğine ilişkin soruya verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 45’de verilmiştir. Şiddet nedeni olarak beklemeyi seçen 427 (%84.6) birey vardır. Bireylerin %81.2’si (n=410) iş yükü ve gerilimin fazla olmasının şiddete neden olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık kurumunun yetersiz olmasının şiddet nedeni olduğunu düşünen 250 (%49.5) birey vardır. Hekimlerin hastadan çok prosedür ile uğraşmasının şiddet nedeni olduğunu belirten 381 (%75.4) birey varken, bunun şiddet nedeni olduğunu düşünmeyen 124 (%24.6) birey vardır.

Tablo 45. Bireylerin belirtilen şiddet nedenlerini seçip seçmeme durumlarının dağılımı

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Bekleme	427 (84.6)	78 (15.4)
Tedavi memnuniyetsizliği	232 (45.9)	273 (54.1)
Kötü haber alma	208 (41.2)	297 (58.8)
Muayene/tedavi sırasında ihmal	72 (14.3)	433 (85.7)
İçeri alınmada adil davranılmadığının düşünülmesi	306 (60.6)	199 (39.4)
Acil serviste konsültasyonlardan kaynaklanan gecikmenin geç müdahale olarak algılanması	403 (79.8)	102 (20.2)
Acil servis koşulları (iş yükü ve gerilimin fazla olması)	410 (81.2)	95 (18.8)
Acil servis hekimlerinin genellikle yeni mezun/deneyimsiz	43 (8.5)	462 (91.5)
Acil servis hekimlerinde empati ve tolerans azlığı	100 (19.8)	405 (80.2)
Sağlık kurumunun yetersizliği	250 (49.5)	255 (50.5)
Performans sistemi ile hasta sayısının artması, verilen hizmet kalitesinde düşme	363 (71.9)	142 (28.1)
Performans sisteminin sağlıkçılar arasındaki ilişkiyi zedelemesi	174 (34.5)	331 (65.5)
Kar kaygısının gereksiz girişim ve komplikasyon oranını artırması	147 (29.1)	358 (70.9)
Hekimin, hastadan çok prosedürlerle uğraşması (kayıt, bilgisayar, evrak doldurma vs..)	381 (75.4)	124 (24.6)
Acil serviste sevk zincirinin işlememesi	306 (60.6)	199 (39.4)
Hekimin triaj ayrımının hasta ve yakınlarını öfkeli kılması	333 (65.9)	172 (34.1)
Kişilerin çıkar sağlayıcı istemlerinin yerine getirilmemesi (rapor, sevk reçete vs..)	399 (79.0)	106 (21.0)
Yardımcı sağlık personelinin yetersizliği	295 (58.4)	210 (41.6)
Ekipman yetersizliği	195 (38.6)	310 (61.4)



Şekil 8. Bireylerin şiddet nedeni olarak belirtilen yanıtları seçme durumlarının dağılımı

Toplumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında sağlık politikalarının etkisi olduğunu düşünen 490 (%97.0) birey varken 15'i (%3.0) sağlık politikalarının etkisi olduğunu düşünmemektedir (Tablo 46). Sağlık çalışanına yönelik şiddeti toplumdaki ekonomik sorunlara bağlayan 220 (%43.6) birey bulunmaktadır. Şiddetin artma nedeni olarak hoşgörü eksikliği yanıtını seçen 423 (%83.8) birey yer almaktadır.

Tablo 46. Toplumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artma nedenlerini bireylerin seçme durumu

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Sağlık politikaları	490 (97.0)	15 (3.0)
Hekim saygınlığını zedeleyen yayınlar	472 (93.5)	33 (6.5)
Toplumda beklentinin artması	328 (65.0)	177 (35.0)
Toplumun hasta haklarını bilmemesi, yanlış yorumlaması	373 (73.9)	132 (26.1)
Toplumda ekonomik sorunlar	220 (43.6)	285 (56.4)
Toplumda eğitim ve kültürel sorunlar	406 (80.4)	99 (19.6)
Toplumda inanç ve değerlerde aşınma	265 (52.5)	240 (47.5)
Hoşgörü eksikliği	423 (83.8)	82 (16.2)
Otorite ve hukuk boşluğu	407 (80.6)	98 (19.4)

Hasta yakınlarının acil servise alınmamasının hekime yönelik şiddeti azalttığını belirten 272 (53.1) birey olduğu görülmüştür (Tablo 47).

Tablo 47. Acil serviste hekime yönelik şiddetin azaltılmasında katkısı olduğu düşünülen durumlar

Değişkenler	Seçildi n (%)	Seçilmedi n (%)
Hasta ve yakınlarının işlem/tetkik/hastalığın gidişatı	375 (74.3)	130 (25.7)
Aydınlatılmış onam formları	165 (32.7)	340 (67.3)
Hasta yakınlarının acil servise alınmaması	272 (53.1)	233 (46.9)
Diğer	227 (45.0)	278 (55.0)

Acil serviste hekime yönelik şiddetin azaltılmasında katkısı olduğu düşünülen durumları belirtmesi istenilen bireylerden ilgili soruya diğer yanıtını veren 227 (%45.0) bireyin vermiş oldukları cevaplara ilişkin dağılım Tablo 48 ve Tablo 48a'da yer almaktadır. 195 (%86.3) birey güvenlik tedbirlerinin artırılmasını, 167 (73.9) birey şiddet uygulayanlara verilen cezaların caydırıcı olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Tablo 48. Soru 25'e diğ er yanıtını veren bireylerin belirttikleri açıklamalar

Değişkenler	n (%)
Acil hastalıkların tanıtılması	7 (3.1)
Triaj sisteminin tanıtılması, acile gelen her hastanın acil müdahale edilmesi gereken hasta olmadığı nın ve bunlar arasında triaj ile öncelikli hastaların belirleneceğ inin ve acil müdahalelik olmayanların tedavi edilmeyeceğ i bilincinin hastalarda ve yakınlarında yerleştirilmesi, acil servis hasta profilinin belirlenmesi, hastanın acil olup olmadığı na doktorun karar vermesi	37 (16.4)
Güvenlik tedbirlerinin arttırılması	195 (86.3)
Acil servis muayene ücretlerinin arttırılması, acil olmayan hastaların acil serviste yüksek ücretlerle muayene edilmesi	11 (4.9)
Şiddet uygulayanlara verilen cezaların caydırıcı olması	167 (73.9)
Mahkemeler lehimize maddi tazminat cezası vermeli	6 (2.7)
Sağlık bakanlığının hekim karşıtı politikalarına son vermesi	148 (65.5)
Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, insani koşullarda hizmet verilmesinin sağlanması	36 (15.9)
Sağlık kuruluşları arasında sevk zincirinin işletilmesi	152 (67.3)
Bekleme salonlarında çay/kahve servisinin yapılması	3 (1.3)
Bekleme salonlarında kamu spotları/broşür/tanıtım videosu ile, sağlık kuruluşları hakkında, işleyiş hakkında bilgi verilmesi	164 (72.6)
Şiddet uygulayanlara verilen cezaların basın yoluyla duyurulması, şiddet uygulayana ne olduğ unun bilinmesi/gösterilmesi	78 (34.5)
Yardımcı sağlık personeli sayısının arttırılması	36 (15.9)
Doktorların gereksiz iş yükünden kurtarılması	42 (18.6)
Acil servis girişlerine metal dedektör konulması	5 (2.2)
Şiddet uygulayanların sağlık sigortasının iptal edilmesi	12 (5.3)
Hasta haklarının anlatılması	5 (2.2)
Acil servis hasta sayısının azaltılması	96 (42.5)
Hastalığın doğal bir süreç olduğ unun anlatılması	1 (0.4)
Sağlık örgütleri şiddet konusunda etkin/sorumlu olmaları, ön açıcı tutum sergilemeler	15 (6.6)
Hekimlerin, iletişim becerileri konusunda eğitilmeleri	1 (0.4)
Şiddet uygulayanların hastanelerde ayak işlerinde çalıştırılması	13 (5.8)

Tablo 48a. Soru 25'e diğey yanıtını veren bireylerin belirttikleri açıklamalar

Değişkenler	n (%)
Otorite ve hukuk boşluğunun giderilmesi	3 (1.3)
Polis/güvenlik eşliğinde muayene	1 (0.4)
Sağlık çalışanlarının haklarını korumaya yönelik yasal düzenleme	18 (8.0)
Sağlık kuruluşu sayısının artırılması	5 (2.2)
Şiddet uygulayanın, üzerinde yaptığını anlatan kıyafetle kamuya açık alanlarda dolaşması	2 (0.9)
Medyada doktorların saygınlığını azaltan yayınlardan vazgeçilmeli	129 (57.1)
Hasta yakınlarına kendi hastalarının dışında da hastalar olduğu anlatılmalı	9 (4.0)
Hekimlerin kendi aralarındaki çekişmelerin bitmesi	1 (0.4)
Triaj sisteminin değiştirilmesi, triaj için alan yapılması, işleyen triaj sistemi	21 (9.3)
Beklerken bilgi verilmesi, neden beklediğinin bilinmesi	9 (4.0)
Bekleme salonlarında anons ve dijital bilgilendirme ekranları olmalı	2 (0.9)
Aile hekimliği sistemi ile halk acil hastalıklar ve sevk zinciri konusunda bilgilendirilmeli	41 (18.1)
Hasta yakınlarının acil servisin içine alınmaması	31 (13.7)
Hastaneler ve hekimlerin gerçek dünyasının dizilerdeki gibi olmadığı anlatılmalı	2 (0.9)
İnsanların çocukluktan itibaren, ilk ve orta öğretim süresince ülkemiz sağlık işleyişi hakkında bilgilendirilmesi	1 (0.4)

5 TARTIŞMA

Toplumsal şiddetin artışına paralel olarak sağlık çalışanları ve hekimler de son zamanlarda şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tüm dünyada sıklığı giderek artan yaygın bir sorundur. Sağlık kurumlarında çalışmak diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden çok daha riskli hâle gelmiştir. Acil servisler hasta profilleri sebebiyle sağlık kuruluşları içinde diğer kliniklerle kıyaslandığında şiddetle karşılaşma riskinin en fazla olduğu ortamlardır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet ile ilgili risk faktörleri; saldırganlığa bağlı bireysel faktörler, çalışan ve hastaneye bağlı kurumsal faktörler ve toplumsal faktörler olarak ayrılabilir. Çalışmamızda; tüm bu faktörlerle ilişkili sonuçlar bulunmuştur.

Şiddete maruziyet sıklığı cinsiyet ile bağlantılı olarak değişmektedir. Ayrancı ve ark yaptıkları çalışmalarında kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığını bildirmişler (69), Talas ve ark'nın çalışmasında ise erkeklerde şiddete maruziyet oranı daha yüksek bulunmuştur (77). Isparta-Burdur Tabip Odası'nın 2008 sayılı çalışmasında kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (78). Pompeii ve ark'nın 2004-2009 yılları arasında yaptıkları çalışmada erkek çalışanların daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (79). Çalışmamızda şiddete maruz kalma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak sağlık çalışanlarının hastane dışında şiddet ve tehdite maruz kalmasıyla cinsiyet arasında anlamlı bir fark mevcuttur. Hastane dışında şiddete maruz kalanların %70.1'i erkeklerden oluşmaktadır.

İşyerinde şiddete maruz kalınması çalışanlarda motivasyon düşüklüğüne, performans eksikliğine, özgüven ve saygınlığın azalmasına, depresif bulgulara, anksiyeteye ve strese yol açmaktadır. May ve Grubbs'un çalışmasında; sağlık çalışanlarında şiddet sonrası fiziksel hasar, ezik, sıyrık, kas ağrıları, kemik kırıkları, kalıcı sakatlık, emosyonel stres geliştiği rapor edilmiştir (63). Kowalenko ve ark'nın 2005 yılında yaptıkları anket çalışmasında; maruz kaldıkları şiddet yüzünden hekimlerin %16'sı çalıştıkları hastaneyi değiştirmeyi düşündüklerini, %1'i hastanesini değiştirdiğini ve %19'u acil servisten ayrılmayı düşündüklerini belirtmiştir (80). İstanbul Tabip Odası Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı raporunda hekimlerde tükenme, uyum bozukluğu, anksiyete, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu

görüldüğü belirtilmiştir (81). Gates ve ark'nın çalışmasında, çalışanların şiddet sonrası işe konsantre olmakta, duygularını kontrol etmekte ve aklını işe vermekte zorlandıkları rapor edilmiştir (66). Çalışmamızda; şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında moral ve motivasyon kaybı, iş doyumunda azalma, iş kalitesinde düşme, travmatik stres bozukluğu, korku, panik, huzursuzluk, sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi gibi etkiler sık görülmüştür. Şiddetin bireylerde oluşturduğu etkiler ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kişilerin yaşıyla şiddete maruz kalma sıklığı değişmektedir. Yaşla birlikte, kişiler şiddet anını önceden sezme ve şiddetle başa çıkma konusunda tecrübe kazanmaktadır. Ayrancı ve ark'nın 2006'daki çalışmasında şiddete en sık maruz kalınan yaş grubu 39 yaş ve altı olarak bulunmuştur (68). Erkol ve ark'nın çalışmasında benzer şekilde en sık maruz kalan yaş grupları 21-30 ve 31-40 olarak bulunmuştur (70). Benzer olarak Gülalp ve ark'nın çalışmasında da, şiddete en fazla maruz kalınan yaş aralığı 20-30 yaş aralığıdır (73). Çalışmamızda bireylerin yaş ortancası 31.0 olup literatürle uyumlu sonuçlanmıştır.

Saldırganın yaşı ve cinsiyeti şiddete maruziyeti etkileyen faktörlerden biridir. Medley ve ark'nın 2012'de yaptıkları çalışmada en sık saldırgan yaş aralığı 25-34 iken bunların %65'i erkek olarak raporlanmıştır (82). Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın çalışmasında da saldırgan cinsiyeti çoğunlukla erkek olarak rapor edilmiştir (83). Gülalp ve ark'nın 2006'da Adana'da yaptığı çalışmada saldırganın cinsiyeti %61,4 oranda erkek olarak sonuçlanmıştır (73). Ayrıca Pınar ve ark'nın çalışmasında da şiddete başvuranların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (84). Ayrancı ve ark'nın çalışmasında da en sık saldırgan yaş aralığı 31-50 olarak bulunmuştur. (68) Çalışmamızda saldırganların yaş aralığı 25-40 yaş aralığıyken (%56,3) bunların %81,6'sını erkek oluşturmaktadır. Sonuçlar literatürle uyumludur.

Bireylerin maruz kaldıkları şiddet türleri ile saldırganın cinsiyeti karşılaştırıldığında, yalnızca cinsel şiddete maruz kalma durumunun saldırganın cinsiyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da %56,3 ile 25-40 yaş aralığı en sık karşılaşılan yaş aralığı olarak saptanmıştır ayrıca cinsel şiddete maruz kalanların %75.0'i (n=87) saldırganın cinsiyetinin erkek olduğunu belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarında şiddete maruziyet oranı birçok çalışmada yüksek bulunmuştur. Gökçe ve ark'nın 2006 tarihli çalışmasında hekimlerde şiddete maruziyet

sıklığı %71.4 iken (71), Behnam ve ark'nın çalışmasında %78 olarak bulunmuştur (85). İstanbul Tabib Odasının 2009 yılında yaptığı Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı'nın raporuna göre; iş hayatı boyunca sağlık çalışanına yönelik şiddete tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı %96'dır, bunların %64'ü en az bir defa şiddete maruz kalmıştır (81). Çalışmamızda çalışma hayatı boyunca sağlık çalışanına yönelik şiddete tanık olanların oranı %98.6 ve şiddete maruz kalanların oranı %82.3 olarak bulunmuştur. bu sonuçlara dayanarak 2006 yılından bu yana hekime yönelik şiddetin giderek arttığını söylemek mümkündür.

Araştırmalar sözel şiddetin daha fazla yaşandığını göstermektedir. İTO Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı raporuna göre; İstanbul'da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarında sözel saldırıya uğrama oranı %100 ve fiziksel saldırıya uğrama oranı %88 olarak bulunmuştur (81). Behnam ve ark'nın çalışmasında da sözel şiddete maruziyet oranı fiziksel şiddetle kıyaslandığında daha fazla bulunmuştur (85). Crilly ve ark'nın araştırmasında da sözel şiddet oranı (%53) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (28). Çalışmamızda şiddete maruz kalan bireylerin tamamı sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. (%100) Bireylerin %74.4'ü fiziksel şiddete ve %28.3'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddet türleri içinde %98.8 birey kendisine bağırıldığını belirtmiştir. Fiziksel şiddet türlerinde ise %47.8 birey masaya yumruk atma durumu ile karşılaştığını belirtmiştir. Çalışmamız literatürle uyumlu sonuçlanmıştır.

Şiddete maruz kalma durumu ile görev-unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur, Ayrancı ve ark'nın 2006'da yaptığı çalışmada, şiddete en fazla maruz kalanların pratisyen hekimler ve ikinci sıklıkta asistan hekimler olduğu belirtilmiştir (69). Çalışmamızda şiddete maruz kalanların %55.7'si asistan, %26.4'ü uzman hekimdir. Asistan hekimlerin şiddete daha fazla maruz kalmalarının nedeninin; daha az tecrübeli olmaları nedeniyle şiddeti sezme ve doğru yönetmeyi daha az bilmeleri ve çalışma saatlerinin daha fazla olması sebebiyle baktıkları hasta sayısının fazla olması, hasta ve hasta yakınları ile daha fazla zaman geçirmeleri olduğunu düşünmekteyiz.

Şiddete maruz kalma durumu ile çalışılan kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Ayrancı ve ark'nın çalışmasında birinci basamak ve devlet hastanesi çalışanları şiddetle daha fazla karşılaşırken, şiddetin üniversite hastanelerinde daha az sıklıkta yaşandığı belirtilmiştir (69). Çalışmamızda şiddete maruz kalan

bireylerin %56.7'si EAH'nde, %31.4'ü üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin %87.4'ü şiddete maruz kaldıklarını ifade ederken üniversite hastanelerinde çalışanların %79.9'u şiddete maruz kalmıştır. Çalışmamızda birinci basamak hekimlerine yer verilmemiştir ayrıca devlet hastanesinde çalışan doktor sayısı da göreceli olarak azdır. Fakat özellikle şiddetin daha fazla yaşanması konusunda üniversite hastaneleriyle EAH'leri arasındaki bu farkın EAH'lerinde hasta yoğunluğunun daha fazla olması, hekim ve yardımcı sağlık personeli başına düşen hasta sayısının fazla olması sebebiyle oluştuğunu düşünmekteyiz.

Şiddetin görülme sıklığı zaman dilimi ile değişmektedir. Ergün ve ark İzmir'de yaptıkları bir çalışmada şiddetle akşam shiftinde (16:00-08:00) daha sık karşılaştığını belirtmişlerdir (72). Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın çalışmasında ise hekimler şiddetle daha çok mesai saatlerinde karşılaştığını belirtmişlerdir (83). Aynı şekilde Isparta-Burdur Tabip Odası çalışmasında da şiddetle çoğunlukla mesai saatlerinde karşılaşılmıştır (78). Çalışmamızda ise bireyler mesai saatleri dışında (17:00-08:00) şiddetin daha sık yaşandığını belirtmiştir. Çalışmamızın mesai saatleri sonrası poliklinik hizmetleri sona erdiğinden poliklinik hizmeti alamayan hastaların acil servise yönelmesi ve acil servislerde hasta yoğunluğunun artması sebebiyle böyle sonuçlandığını düşünmekteyiz. Ayrıca mesai saatleri dışında hastane yöneticilerinin olmaması da bu konuda önemli bir faktör olabilir.

Ayrancı ve ark 2006'da yaptıkları çalışmalarında şiddetin en sık (%30) hastanın şikayetini sorgularken olduğunu belirtmişlerdir (68). Çalışmamızda bireylerin şiddetle en sık hastanın şikayetleri sorgulanırken, hasta tetkik edilirken ve tedavi sırasında karşılaştığı görülmüştür. Şiddetin bu dönemlere ortaya çıkmasının sebebinin hasta ve hasta yakınının muayene olana kadar beklemiş olması, daha önce başka kurumlarda yeterli ilgi görmemiş olması ve yaşadığı diğer negatiflikleri o ana kadar biriktirmiş olmasına bağlamak mümkün olabilir.

Şiddete başvuran kişinin kim olduğunun da şiddeti etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Pınar ve ark'nın 2010'da hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada şiddet uygulayanın birinci sıklıkta hastanın ailesi olduğu bulunmuştur (84). Medley ve ark'nın araştırmasında şiddete başvuran kişiler çoğunlukla hastalar olarak belirtilmiştir (82). Pompeii ve ark'nın çalışmasında saldırganın çoğunlukla hastanın kendisi olduğu belirtilmiştir (79). Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında ise şiddete

başvuranların büyük çoğunluğunun hastanın yakınları olduğu ifade edilmiştir (83). Çalışmamızda şiddete maruz kalanların %94.4'ü hastanın ailesi tarafından şiddete maruz bırakıldığını ifade etmiştir.

Saldırgan davranışa eğilimi olan kişiler genellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan kişilerdir. Bu kişilerin çoğunluğunun alkol ya da madde bağımlılığı vardır. Ayrıca metabolik, nörolojik (Alzheimer hastalığı, epilepsi, demans..) ve psikiyatrik hastalığı olanlar şiddet uygulama riski yüksek olan kişilerdir (13). Çalışmamızda saldırganların %58.6'sı düşük sosyoekonomik seviyeli olarak sonuçlanmıştır. Ayrıca bireylerin %50.5'i (n=209) saldırganın ilaç/alkol/madde kullandığını, %21.8'i (n=90) saldırganın daha önce şiddet öyküsü olduğunu, %20.3'si (n=84) saldırganın nörolojik hastalığa (alzheimer/demans) veya %20'si (n=83) psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Fakat bunların hiçbirisi ile şiddetin ortaya çıkması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Çalışmamızdaki şiddet eğiliminin son yıllarda artış gösterdiğinin bulgularıyla birlikte bakıldığında artık toplumun sosyokültürel seviyesi yüksek veya düşük hemen hemen her kesiminin hekime şiddet uyguladığını bunun da hem hekimin yaptığı işin itibarsızlaştırılması hem de hekimin bunu yapmak zorunda olan kişiler olarak görülmesiyle ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Cinsel şiddete maruz kalma durumu ile saldırganın psikiyatrik hastalık öyküsünün olması veya şuur bozukluğunun olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Toplumumuzun örf adetleri sebebiyle cinsel içerikli şiddetten uzak durduğunu, fakat bu baskının ortadan kalktığı durumlarda bu tarz şiddetin daha ön plana çıkmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında toplumsal sebeplerin etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Gaziantep-Kilis Tabip Odasının 2008 tarihli, Sağlık Sektöründe Şiddet Raporunda toplumda şiddete eğilimin artışında; ülkemizde yaşanan etnik ve dinsel kökenli gerilimin, ekonomik sorunların, toplumun kültürel düzeyinde, inanç ve değerlerinde yaşanan aşınmanın katkısı olduğu belirtilmiştir (83). Isparta-Burdur Tabip Odasının 2008 tarihli, Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı Çalışma Raporunda; bireyler toplumda şiddetin yaygınlaşma sebeplerinin ekonomik, toplumsal, kültürel, sosyal sorunlar olduğunu ve medyanın yanlış yönlendirmelerinin ve bireylerin hukuk sistemine güvensizliklerinin de şiddete eğilimi arttırdığını

belirtmişlerdir (78). Çalışmamızda bireylerin %97'si sağlık politikalarını, %93'ü hekim saygınlığını zedeleyen yayınları, %80'i toplumda eğitimsel ve kültürel sorunları ve %83'ü toplumda hoşgörü eksikliğini şiddetin artmasındaki önemli nedenler olarak belirtmişlerdir.

Sağlık sektöründe şiddetin sebepleri ile ilgili, hastane kaynaklı faktörler üzerinde duran çalışmalar mevcuttur. Gaziantep-Kilis Tabip Odasının çalışmasında en sık sebep tedavi memnuniyetsizliği (%37) iken (83); Ayrancı ve ark'nın çalışmasında uzun bekleme süresi (%45) olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamızda; literatürle uyumlu olarak bireylerin %84'ü beklemenin en önemli neden olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bireylerin %79'u acil serviste konsültasyonlardan kaynaklanan gecikmenin, %79'u kişilerin taleplerinin (sevk, rapor) yerine getirilmemesinin, %81'i acil serviste gerilim ve iş yükünün fazla olmasının, %75'i hekimlerin bilgisayar başında fazla zaman geçirmesinin ve %71'i performans sisteminin hasta sayısının artması ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açmasının şiddeti arttırdığını belirtmişlerdir.

Şiddetin önlenmesinde güvenlik tedbirlerinin varlığının önemli etkenler olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Mutlu'nun 2010'da yaptığı çok merkezli çalışmada; bireylerin %62'si acil servislerindeki güvenlik tedbirlerini yetersiz bulduğunu belirtmiş (37). Pınar ve ark'nın çalışmasında katılımcıların %73'ü güvenlik tedbirlerini yetersiz bulduğunu ve %65'i kendilerini güvende hissetmediğini belirtmişler (84). Çalışmamızda bireylerin %89'u acil servislerindeki güvenlik elemanı sayısını ve %76'sı güvenlik kamerası sayısını yetersiz bulmuştur ve bununla ilgili olarak bireylerin %86'sı güvenlik tedbirlerinin artırılmasının sağlık çalışanına yönelik şiddetin azalmasında bir adım olacağını belirtmiştir. Diğer sık öneriler arasında şiddet uygulayana verilen cezanın caydırıcı olması, sağlık kuruluşlarında sevk zincirinin işlemesi, bekleme salonlarında kamu spotları/broşür/tanıtım videosu ile sağlık kuruluşları ve işleyiş hakkında bilgi verilmesi bulunmaktadır.

6 SONUÇ

Çalışmamızda hekime karşı oluşan şiddetin %82 gibi çok yüksek boyutlara ulaştığını ve bu kadar yüksek oranda karşılaşılan şiddetin hekim üzerinde birçok olumsuz etkisinin oluştuğunu saptadık. İş doyumunda azalma, iş kalitesinde düşme, moral ve motivasyon kaybı ve sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi, anksiyete, akut stres bozukluğu ve travmatik stres bozukluğu gibi olumsuz etkiler bunların başlıcalarıydı. Bu etkilerin gelecekte hem bu işi yapan hekimler üzerinde hem de bu mesleği seçmeyi düşünen kişiler üzerinde bırakacağı izlerin öncelikle hekimlik mesleğinde ciddi harabiyetler oluşturabileceğini ve bu olumsuz etkilerin daha sonra hastalara yansarak hem hasta bakım kalitesini düşüreceğini hem de doktorun bazı işlemleri şiddet görebilirim korkusuyla yapmaktan kaçınmasıyla istemeyerek de olsa hastaya zarar verebileceğini düşünmekteyiz. Bu yüzden toplum sağlığını da ciddi anlamda etkileyen ve global bir sorun haline gelen hekime ve sağlık çalışanına şiddet konusunda gereken önlemler bir an evvel alınmalı, hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin daha huzurlu bir ortamda çalışmaları sağlanmalıdır.

Anketimize katılan hekimlerin şiddetin sebebi olarak düşündükleri ilk 5 neden ve şiddeti azaltacağı düşünülen ilk 5 öneri aşağıdaki gibidir.

Şiddetin Nedenleri

1. Sağlık politikaları (%97, 490 kişi)
2. Hekim saygınlığını zedeleyen yayınlar (%93.5, 472 kişi)
3. Toplumun hasta haklarını bilmemesi, yanlış yorumlaması (%73.9, 373 kişi)
4. Toplumda beklentinin artması (%65, 328 kişi)
5. Toplumun ekonomik sorunları (%43.6, 220 kişi)

Şiddeti Azaltacağı Düşünülen Öneriler

1. Hasta ve hasta yakınlarının hastayla ilgili yapılan işlem, tetkik ve hastalığın gidişatı konusunda yeterince bilgilendirilmeleri (%74.3, 375 kişi)
2. Aydınlatılmış onam alınması (%32.7, 165 kişi)
3. Hasta yakınlarının acil servise alınmaması (%53, 272 kişi)

Son şık olarak verdiğimiz diğer önerileriniz kısmına önerilerini yazan 227 bireyin en sık yaptıkları önerileri ise;

1. Güvenlik tedbirlerinin artırılması (%86.3)
2. Şiddet uygulayanlara verilen cezaların caydırıcılığının olması (%73.9)

7 KAYNAKLAR

1. World report on violence and health: summary. Geneva. 2002
2. TBMM, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Ocak 2013
3. Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara, 2005, s.1866)
4. Dursun Y. Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir? Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi, 2011-Güz, Sayı:12, s.1-18)
5. Steinman S. Workplace Violence in the Health Sector, Country Case Study: South Africa 2002, Geneva
6. Fernandes CMB, Bouthillette E, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, Grafstein E, Rae S, Ouellet L, Gillrie C & Way M. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. Canadian Medical Association Journal. 1999; 161(10): 1245-1248
7. Luck L, Jackson D & Usher K. STAMP: Components of observable behavior that indicate potential for patient violence in emergency departments. Journal of Advanced Nursing, 2007, 59(1): 11-19
8. Mayhew C & Chappell D. An overview of occupational violence. Australian Nursing Journal, 2002; 9(7): 34-35
9. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accident and Emergency Nursing. 1997; 78-12
10. Hughes J. Violence and health: The challenges of how we talk about, conceptualize and address violence. Canadian Journal of Nursing Research 2006 38(4) 27-30
11. Kızmaz Z. Şiddetin Sosyokültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım, A Sociological Approach on the Socio - Cultural Sources of Violence, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2006 Cilt:16 sayı:2 s:247-267

12. Davidson R, Putnam KM & Larson CL. Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation-A Possible Prelude to Violence. *Science*. 2000;(289) 591-594
13. Volavka J. The neurobiology of violence: An update. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*. 1999; 11(3): 307-314
14. Elst LTV, Woermann FG, Lemieux L, Thompson PJ & Trimble MR. Affective aggression in patients with temporal lobe epilepsy: A quantitative MRI study of the amygdala. *Brain*. 2000; 123: 234-243
15. Lau J, Magarey J, McCutcheon H, Violence in the Emergency Department: A literature review, *Australian Emergency Nursing Journal*, 7:(2), 27-38
16. Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression. *American Psychologist*. 1990; 45(4): 494-503
17. Chapman R. An Epidemic Of Abuse And Violence: Nurse On The Front Line, *Accident and Emergency Nursing*, 2006, 14, 245-249
18. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu, TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları No:6 2011
19. Işker F. Televizyon Yayınlarında Şiddet, Uzmanlık Tezi, RTÜK Kasım 2011
20. Yıldız AN, Kaya M, Bilir N. İşyerinde Şiddet. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu-Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2011
21. Özen Çöl S. İş yerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2008/4, 107-134
22. Marziale MHP, Violence In The Health Sector, *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004, 12(2):149-150
23. Kaplan & Sadock, Klinik psikiyatri, 3 cilt, Erişkin Antisosyal Davranışı, Suç ve Şiddet, s:2247-2258
24. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi şiddet Araştırması, Özet Rapor, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 2010
25. Şiddetle Başa Çıkmak, Türk Tabipleri Birliği, 2013

26. Satar S. Saldırgan ve Ajite Hastaya Yaklaşım, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Arşiv-2006, 331-347
27. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106: 133-141
28. Crilly J, Chaboyer W & Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*. (2004) 12 67-73
29. Derlet RW & Richards JR. Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*. 2000; 35(1): 63-8
30. Nabb D. Visitors'violence: the serious effects of aggression on nurses and others. *Nursing Standard*. 2000; 14(23): 36-38
31. Levin RE, Hewitt BJ & Misner TS. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image- The Journal of Nursing Scholarship*. 1998; 30(3): 249-254
32. Mayer BW, Smith EB & King CA. Factors associated with victimization of personnel in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 1999; 25(5): 361-366
33. Noble E. Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications. *International Review of Psychiatry*. 1997; 9: 207-16
34. Lowe T, Wellman N & Taylor R. Limit-setting and decision-making in the management of aggression. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(2): 154-161
35. Whittington R. Violence to nurses: prevalence and risk factors. *Nursing Standard*, 1997; 12(5): 49-56
36. Morrison EE. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1998; XI: 21-31
37. Mutlu A. Eğitim Hastanelerindeki Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının ve Acil Servislerdeki Güvenlik Durumunun İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. 2010

38. Lavoie EW, Carter GL, Danzl DE & Berg RL. Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Annals of Emergency Medicine*. 1998; 17(11): 1227-1233
39. Haim R, Rabinowitz J, Lereya J & Fennog S. Predictions made by psychiatric nurses of violence by patients. *Psychiatric Services*. 2002;53(5): 622-624
40. Hancı H. Sağlık Çalışanlarına Şiddet. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2012
41. Ünal S, Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi, Management of Violence in Psychiatry Clinics. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi* (2011), cilt-19, sayı-2:116-121
42. Deans C. The effectiveness of a training program for Emergency department nurses in managing violent situations. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2003; 21(4): 17-22
43. Whittington R & Wkyes T. An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *Journal of Clinical Nursing*, 1996; 5: 257-61
44. Annagür B, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010,2(2):161-173
45. Young G. The Agitated Patient in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1987; 5: 765-781
46. Kao LW, Moore GP. The violent patient: clinical management, use of physical and chemical restraints, and medicolegal concerns. *Emerg Med Pract* 1999;1(6):1-24
47. Zun LS. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med* 2003;24(2):119-24
48. Hick JL, Smith SW, Lynch MT. Metabolic Acidosis in restraint associated cardiac arrest: a case series. *Acad Emerg Med* 1999;6(3):239-43
49. Kuhn W. Violence in the emergency department: managing aggressive patients in a high-stress environment. *Postgraduate Medicine*. 1999; 105(1):143-8

50. Cannon ME, Sprivulis E & McCathy J. Restraint practices in Australasian emergency department. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; 35: 464-7
51. Lavoie F. Consent, involuntary treatment and the use of force in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 1992; 21(1): 25-31
52. Kroll DJ. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2002; 132-133
53. Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, Bukstein O, Kinlan J, McClellan J, Rue D, Shaw JA, Stock S; Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Feb;41(2 Suppl):4S-25S
54. Şengül C, Şimşek D, Serinken M. Acil Serviste Şiddet Yönetimi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2009, 139-143
55. Redan JA, Livingston DH, Tortella BJ, Rush BF. The Value of Intubating and Paralyzing Patients with Suspected Head Injury in the Emergency Department. *The Journal of Trauma* 1991; 31: 371- 375
56. Lawrence KR, Nasraway SA. Conduction disturbances associated with administration of butyrophenone antipsychotic in the critically ill: A review of the literature. *Pharmacotherapy* 1997; 17(3) 531-537
57. Hislop E & Melby V (in press). The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*. 2003; 11(1): 5-11
58. Rose M. A survey of violence toward nursing staff in one large Irish A&E department. *Journal of Emergency Nursing*. 1997; 23(3): 214-219
59. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 3(2): 452-60
60. Ross J. Improving Patient Safety by Understanding Past Experiences in Day Surgery and PACU. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2009; 24(3): 144-151

61. Morrison EF & Love CC. An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003; 17(4): 146-155
62. Gallant-Roman MA. Ensuring nurses'safety in violent workplaces. *AAOHN Journal*, 2008a; 56(2): 51-52
63. May DD & Grubbs L. The extent, nature, and precipitating factors of nurses assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*. 2001; 28(1): 11-17
64. Erickson L & William-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*.2000; 26(3): 210-15
65. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses'experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999; 6(2): 107-14
66. Gates DM. Workplace violence. *AAOHN J* 1995; 43:536-543
67. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med* 1996; 38:993-1006
68. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21:276-296
69. 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
70. 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
71. Gökçe T, Dünder C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 15:25-28
72. Ergün FS, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005; 52: 154-160

73. Gülalp B, Karcıoğlu Ö, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey, Tehlikelerle karşılaşılın sağlık personeli: Türkiye'nin güney kent merkezlerinden deneyimler. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15(3):239-242
74. Choi ES, Jung HS, Kim SH, Park H. The Influence of Workplace Violence on Work-Related Anxiety and Depression Experience Among Korean Employees. J Korean Acad Nurs. 2010;40(5):650-661
75. Physical and psychological violence at the workplace, European Foundation for the improvement of living and working conditions. International Labour Organization, Safe Work, 2010
76. Hoag-Apel CM. Violence in the emergency department. Nurs Manage 1998; 29:60-63
77. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. Asian Nursing Research 2011; 197:203
78. Aydın M. Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, 2008
79. Pompeii LA, Dement JM, Schoenfish AL, Lavery AM, Souder M, Smith C, Lipscomb HJ. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. Journal of Safety Research 2013
80. Kowalenko T, Walters B, Khare R, Compton S. Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan. Ann Emerg Med. 2005;46:142-147.
81. Oğan H. Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı. İstanbul Tabip Odası. 2009
82. Medley DB, Morris JE, Stone KC, Song J, Delmas T, Thakrar K. An association between occupancy rates in the emergency department and rates of violence toward staff. The Journal of Emergency Medicine 2012, Vol. 43, No:4, 736-744
83. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet raporu-1. Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı, Gaziantep-Kilis Tabip Odası, 2008

84. Pınar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 510–517
85. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence: Recognition, Management, and Prevention. Violence In The Emergency Department: A National Survey Of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 40, No:5, 565–579, 2011