



T. C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

# ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA VE YAKINLARINA SAĞLIK ÇALIŞANLARI TARAFINDAN UYGULANDIĞI İDDİA EDİLEN ŞİDDETİN İNCELENMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa KATRAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ

İSTANBUL-2017

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim süresince sağlamış olduğu bilgi, beceri, tecrübe ve tez çalışmam boyunca katkılarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ'ye,*

*Destek ve tecrübelerinden yararlandığım Uzm. Dr. Afşin İPEKÇİ'ye, Uzm. Dr. Yonca Senem AKDENİZ'e ve Uzm. Dr. Fatih ÇANAK'a*

*Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yaralandığım, emeği geçen hocalarıma ve Uzm. Dr. Meslektaşlarıma,*

*Uzmanlık eğitimim süresince çalışma ortamında sıkıntılara beraber göğüs gerdiğimiz desteklerini esirgemeyen ve ekip ruhunu her daim hissettiğim tüm doktor, hemşire ve personel arkadaşlarıma,*

*Yetişmemde ilköğrenim ve tıp fakültesi hayatımda üstün çabalarından ve desteklerinden dolayı Anne, babama ve ağabeyime,*

*Uzmanlık eğitim süresince vermiş oldukları destekler ve göstermiş oldukları sabır ve anlayıştan dolayı sevgili eşim Dr. Zeynep YEGIN KATRAN'a*

*Bensiz geçirdiği günler ve saatler için kendisinden af dilemekle beraber küçük yaşına rağmen göstermiş olduğu sabır ve anlayış için biricik kızım Hatice Defne'ne*

*SONSUZ TEŞEKKÜRLER...*

*DR. MUSTAFA KATRAN*

*İSTANBUL, 2017*

# İÇİNDEKİLER

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR .....                                                | ii   |
| İÇİNDEKİLER .....                                             | iii  |
| KISALTMALAR LİSTESİ.....                                      | v    |
| TABLolar LİSTESİ .....                                        | vi   |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....                                        | vii  |
| ÖZET .....                                                    | viii |
| ABSTRACT.....                                                 | ix   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                        | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                        | 3    |
| 2.1. ACİL SERVİS.....                                         | 3    |
| 2.1.1. Acil Servis Tanımı .....                               | 3    |
| 2.1.2. Acil Servis Tarihçesi.....                             | 3    |
| 2.1.3. Acil Servis Sağlık Hizmetleri .....                    | 4    |
| 2.1.4. Acil Servis Hizmetlerinde Hekimlerin Durumu .....      | 6    |
| 2.1.5. Acil Serviste Hasta ve Hasta Yakınlarının Durumu ..... | 7    |
| 2.2. HASTA VE HASTA YAKINI MEMNUNİYETİ.....                   | 7    |
| 2.2.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....          | 9    |
| 2.3. ŞİDDET.....                                              | 13   |
| 2.3.1. Şiddetin Tanımı.....                                   | 13   |
| 2.3.2. Şiddet Sıklığı.....                                    | 15   |
| 2.3.3. Sağlıkta Şiddet .....                                  | 16   |
| 2.3.4. Şiddete Tepki ve Şiddetin Sonuçları .....              | 20   |
| 2.3.5. Şiddet Çözüm Önerileri .....                           | 22   |

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| <b>3. MATERYAL VE METOD .....</b>         | <b>25</b> |
| 3.1. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ..... | 26        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                   | <b>27</b> |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                   | <b>39</b> |
| <b>6. SONUÇLAR.....</b>                   | <b>47</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                 | <b>49</b> |
| <b>8. EKLER .....</b>                     | <b>60</b> |
| EK-1: Veri Toplama Formu .....            | 60        |
| EK-2: Etik Kurul Onay Formu.....          | 64        |

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ABD** : Amerika Birleşik Devletleri

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**ICN** : Uluslararası Hemşireler Birliği

**ILO** : Uluslararası Çalışma Örgütü



## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4-1. Sosyodemografik özellikler .....                                                             | 28 |
| Tablo 4-2. Bağımlılık durumu ve psikiyatrik öykü .....                                                  | 29 |
| Tablo 4-3. Şiddetin özellikleri .....                                                                   | 30 |
| Tablo 4-4. Şiddetin sonuçları.....                                                                      | 32 |
| Tablo 4-5. Şiddet kaynağı ve çözüm önerileri.....                                                       | 34 |
| Tablo 4-6. Şiddete maruziyet durumuna göre sosyodemografik özellikler.....                              | 36 |
| Tablo 4-7. Şiddete maruziyet durumuna göre psikiyatrik öykü .....                                       | 37 |
| Tablo 4-8. Hastane dışı şiddet durumu .....                                                             | 38 |
| Tablo 4-9. Hastanede şiddete maruziyet ile hastane dışı şiddete maruziyet durumu arasındaki ilişki..... | 38 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Şekil 4-1. Şiddet yeri .....            | 31 |
| Şekil 4-2. Şiddet türü .....            | 31 |
| Şekil 4-3. Şiddete tepki .....          | 33 |
| Şekil 4-4. Şiddetin sonuçları .....     | 33 |
| Şekil 4-5. Şiddet kaynağı .....         | 35 |
| Şekil 4-6. Şiddet çözüm önerileri ..... | 35 |



## ÖZET

**Giriş:** Şiddet, son yıllarda yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin dünyanın her yerinden bütün bireyleri etkilemekte ve giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte ve sağlık sektörünü de ciddi bir sorun olarak etkilemektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi acil servisine başvuran hastalar veya yakınlarına sağlık çalışanları tarafından uygulandığı iddia edilen şiddetin özellikleri, olası nedenleri ve önleyici tedbirler hakkında genel bir fikir elde edilmesini ve şiddete hasta veya yakınlarının bakış açısını değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Cerrahpaşa Tıp Fakültesi acil servisine başvuran, 18 yaş ve üzeri, 250 hasta veya yakınlarına anket formu uygulandı.

**Bulgular:** Katılımcıların %20.4'ü (n:51) hastanede en az 1 kez şiddete uğradığını belirtti. En çok karşılaşılan şiddet tipinin sözel şiddet (n:46) olduğu ve şiddetin en sık acil servislerde gerçekleştiği (n:22) belirtildi. Saldırganların çoğu erkek ve hemşire/ebe/sağlık memuru idi. Şiddete maruziyet zamanı 19 olguda saat 8-16 arası, 19 olguda saat 16-24 arası ve 12 olguda saat 24-8 arası idi. Katılımcıların çoğu şiddetle ilgili hiç bir şey yapmadığını belirtti. Şiddet kaynağı olarak en fazla hasta yoğunluğu suçlandı. Şiddetin çözümü olarak en sık hasta yoğunluğunun azaltılması önerildi.

**Sonuç:** Bu sonuçlar daha güvenli hastane ortamı için uygun politikaların ve güvenlik önlemlerinin geliştirilmesinde yardımcı olabilir. Özellikle hasta yoğunluğunun azaltılması ve iletişim eksikliğinin düzeltilmesine yönelik müdahalelerin uygulanması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, hastane, acil servis, sağlık çalışanları, sağlıkta şiddet.

## ABSTRACT

**Background:** In recent years, violence has affected all people throughout the world without discriminating age, gender, race, religion, language and education level and has gradually become a daily part of our life and it also affects health care as a serious problem.

**Objective:** We aimed to get general opinion about characteristics of the violence, claimed that shown by healthcare workers against patients or relatives who applied to Cerrahpasa Medical Faculty Emergency Department, possible causes and preventive measures and to evaluate perspective of patients and relatives on violence in this study.

**Materials and Methods:** The questionnaire form was administered to 250 patients or relatives who applied to Cerrahpaşa Medical Faculty Emergency Department and aged 18 years and older.

**Results:** 20.4% (n:51) of the participants had reported exposure to violence in hospital at least once. It is stated that the most prevalent type of violence was verbal violence (n:46) and violence occurred mostly in emergency departments (n:22). The assailants were mostly male and nurse/midwife/health staff. Violence exposure time was between 8:00 and 16:00 in 19 cases, between 16:00 and 24:00 in 19 cases and between 24:00 and 8:00 in 12 cases. The majority of participants stated that they do nothing about the violence. Patient intensity was accused as the main cause of violence. Reduction in patient intensity was mostly suggested as solution of violence.

**Conclusion:** These results can help in developing proper policy and safety measures for creating safer hospital environment. It is necessary to perform interventions, especially to get reduction in patient intensity and to improve miscommunication.

**Keywords:** Violence, hospital, emergency department, healthcare workers, violence in health.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki bütün bireyleri etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte, her sektör için önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Ülkemizde son yıllarda hastanelerde, özellikle acil servislerde hizmet veren hekimlerin şiddete maruz kalma sıklığı artmakta (2) ve sağlık çalışanları diğer meslek çalışanlarına göre daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (3). Şiddete maruz kalma hekimler kadar diğer sağlık personelleri ve hatta hastalar ve yakınları için de ciddi bir sorun olabilmektedir (2). Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili Ocak 1999-Temmuz 2010 tarihleri arasında yayınlanmış 29 yayının değerlendirildiği inceleme sonunda hekim ve hemşirelerin yarısından fazlasının sözel şiddete ve yaklaşık yedide birinin de fiziksel şiddete uğradıkları belirlenmiştir (4). Bu oranlar dünyanın pek çok ülkesinden bildirilen oranlarla benzerlik göstermekte olup sağlık sektöründeki şiddet uluslararası yaygınlıktadır. Sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel olmak üzere farklı türlerde meydana gelen şiddet olaylarının bireysel (yaralanma, çalışmada motivasyon kaybı, tükenmişlik, post travmatik stres bozukluğu vb.), kurumsal (iş gücü kaybı vb.) ve toplumsal düzeyde maliyetleri ortaya çıkmaktadır (5,6).

Sağlık sektöründe şiddetin en fazla olduğu birim acil servislerdir (7,8). Hastanelerin toplumla ilişkisinin en fazla olduğu birim olması, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, geniş klinik tanı yelpazesi, hızla maksimum kapasitesine ulaşması, çoğu zaman multidisipliner bir yaklaşım ve pek çok bölüm ile koordineli çalışmayı gerektirmesi, konsültasyon süreçlerindeki yaşanan sorunlar nedeniyle acil servisler, hemen hemen tüm hastanelerdeki en kalabalık, karmaşık ve stresli birimlerdir (2,9-13). Acil servis çalışanları da, sağlık çalışanları içinde en fazla strese maruz kalan gruptur (10). Acil servisin hastaları, fiziki koşulları ve kendilerine bakım veren sağlık bakım üyelerinin tutumu ne kadar olumlu olursa olsun diğer ünitelerde yatan hastalardan her zaman farklılık göstermektedir. Hasta ve yakınlarının ani ve beklenilmeyen bir durumla karşı karşıya kalmaları, ilave olarak ağrı, solunum güçlüğü gibi klinik belirti ve bulguların varlığı değişik düzeylerde anksiyete oluşturmaktadır. Her yıl acil servislere başvuru sayısının artması acil servislerden istek ve beklentilerin de artmasına yol açmaktadır (12). Son yıllarda büyük önem kazanan hasta memnuniyeti, acil servislerin

hedeflerinin önemli bir parçasıdır ve acil servisinde verilen bakımın niteliğini gösteren bir belirteçtir. Bekleme zamanı, hasta memnuniyeti için en önemli faktör olup hasta yoğunluğu, hasta ve yakınlarının karşılanamayacak isteklerde bulunması, servis kuralları, ödeme zorlukları işlerin yoğun fakat personel sayısının az olması, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması, şiddeti önlemeye yönelik etkili kurumsal ve yasal düzenlemelerin olmaması, muayene ve tedaviler esnasında oluşan tartışmalar, anlaşmazlıklar, saygısız hatta kaba ihtarlar, sözler, gereksiz kaba tavırlar karşılıklı olarak hem hastayı hem de acil servis çalışanlarını provoke edebilmektedir (2,12-15).

Bu çalışmada 1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı acil servisine başvuran hasta veya hasta yakınlarına sağlık çalışanları tarafından uygulandığı iddia edilen şiddetin türü (sözel, fiziksel, cinsel, psikolojik vb.) ve sıklığı nedir? 2. Şiddet kimler (hekim, hemşire, diğer çalışanlar) tarafından gerçekleştirilmektedir? 3. Şiddet hangi klinikte gerçekleştirilmektedir? 4. Şiddet hangi zaman diliminde gerçekleştirilmektedir? 5. Şiddetin olası nedenleri ve çözüm önerileri nelerdir? 6. Şiddet sonrası mağdurda gelişen değişiklikler ve baş etme yöntemleri nelerdir? sorularının yanıtları aranarak sorunun boyutu, riskli çalışma alanları/çalışma saatleri gibi değişkenler hakkında genel bir kanı elde edilmesini ve şiddete hasta veya hasta yakınlarının bakış açısını değerlendirmeyi amaçladık. Ayrıca sonuçların klinik alanda şiddetin çözümü için gerekli önlemlerin hazırlanmasında işlev göreceği düşünülmektedir. Şiddet konusunda yapılacak düzenlemelerle şiddet azaltılarak özellikle kesintisiz hizmet vermek zorunda olan ve ekip çalışması gerektiren acil servislerde sağlık personelinin performansı olumlu etkilenecek ve hizmet kalitesi artmış olacaktır. İyi bir acil servis yapılanması hastanenin de çehresini değiştirecektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. ACİL SERVİS**

#### **2.1.1. Acil Servis Tanımı**

Acil servisler, hastanelerde bireylerin beklenmedik sağlık sorunlarının ivedilikle teşhis edilip bu sorunların giderilmesinde yer alan sağlık hizmeti birimleri veya hastanın fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde olduğu düşüncesi ile başvurduğu ve hastaya ilk müdahalenin yapıldığı yer olarak tanımlanmaktadır (16,17). Sağlık Bakanlığı'nın tebliğine göre; acil servis hizmetleri: ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için yataklı sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerini ifade etmektedir (18).

#### **2.1.2. Acil Servis Tarihçesi**

Acil sağlık hizmetleri, tıbbın tarihiyle paralel gelişme göstermiştir. Tarih boyunca kazalar, savaşlar ve afetler sonucu yaralanan ve acil sağlık sorunuyla karşılaşan hasta ve yaralılar için çeşitli tıbbi girişimler yapılmıştır. 5000 yıl önce Mısır'da acil tıbbi müdahalelerin geliştirilip uygulandığı, eski Yunan ve Roma uygarlıklarında ilk yardım ve savaş meydanlarından yaralıların taşınması uygulamalarının yapıldığı bilinmektedir (19).

İnsanoğlunun, var olduğundan beri kaza geçirmesi veya acil müdahaleyi gerektiren sorunlarla karşılaşması acil hizmetler için bir birimin gerekliliğini ortaya çıkarmış ve bunun sonucunda acil servisler devreye girmiştir. 1960 yılı sonlarına doğru Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Fransa'da ambulanslarda paramedikler ve hekimlerin görev almaya başlaması ile birlikte daha hızlı ve kaliteli acil sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Dünyadaki ilk acil tıp uzmanlık eğitimi programı 1970 yılında ABD'de Cincinnati Üniversitesi'nde başlamıştır (19). Ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında bazı ana yollarda ve turizm bölgelerinde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri bir süre

denenmiş ve bu düzenleme daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır. 1986 yılında da Ankara, İstanbul ve İzmir büyükşehir belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve mali katkılarıyla Sağlık Bakanlığı, 077 Hızır Acil Servis hizmetlerini başlatmıştır. Sağlık Bakanlığının hekim ve tıbbi malzeme desteğini yaptığı bu hizmetle, şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır (20,21). Ülkemizde 1993 yılında Acil Tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl ilk Acil Tıp uzmanlık eğitimi programı İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlatılmıştır. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Acil Tıp uzmanlık eğitimine ise 2009 yılında başlanmıştır. Günümüzde giderek yaygınlaşan ve önemi artan bir bölüm olarak dikkati çekmektedir.

### **2.1.3. Acil Servis Sağlık Hizmetleri**

Yaşamı tehdit eden hastalık ya da yaralanmaların yönetimi acil servislerin hizmet sorumluluğu kapsamına girmektedir. Travmalar, yanıklar, kardiyak arrest, akut koroner sendrom, serebrovasküler hastalıklar ve şok gibi akut gelişen ve yaşamı tehdit eden kritik hastalıklar acil servislerde sık karşılaşılan kritik klinik tablolardır (22). Acil servislerde uygulanan ilk müdahale ile hasta bireyin yaşam fonksiyonlarının herhangi bir tehlikeye girmesi önlenmeye çalışılmaktadır.

Acil serviste bakım, daha az acil klinik duruma sahip hastaların daha çok acil bakıma ihtiyaç duyan hastalara öncelik vermesi esasıyla sağlanır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin uygulama ve usul esasları hakkında tebliğine göre renk kodlaması ve triyaj uygulaması şöyledir: Yeşil renk ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar; Sarı renk Kategori 1:Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. Kategori 2:Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar ve Kırmızı renk Kategori 1:Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kategori 2:Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar (23).

Ülkemizdeki sağlık kurumlarının yapılanması T.C. Sağlık Bakanlığı'na belirlenmiştir. Acil servisler ile ilgili özellikler de Acil Sağlık Hizmetleri

Yönetmeliği'nde tanımlanmıştır. Acil serviste kesintisiz 24 saatlik zaman diliminde doktor, sağlık personeli, temizlik görevlisi, otomasyon personeli, güvenlik personeli, nakil ambulansı ve şoförü hazır bulunmaktadır. Nöbet listeleri aylık hazırlanmaktadır. Hastane idaresi tarafından belirlenen kıyafet giyilmektedir. Serviste yürütülen tüm hizmetlerin takip edilmesi Birim Sorumlu Hemşiresi (sağlık memuru) tarafından yürütülmekte olup bütün kontroller Birim Sorumlu Doktoru tarafından yapılmaktadır (23).

Geniş klinik tanı yelpazesi, çoğu zaman multidisipliner bir yaklaşım ve pek çok bölüm ile koordineli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle acil servisler, hemen hemen tüm hastanelerdeki en kalabalık ve karmaşık birimlerdir (9,10). Bu nedenle acil sağlık hizmeti, hastane organizasyonu içinde önemli bir yer tutmakta ve acil servislerin gereksinimleri karşılayacak tarzda düzenlenmesi de ayrı bir önem arz etmektedir. Acil servislerin hastaların ciddiyetine göre özellikli koşulları olan resusitasyon odası, müdahale odası, ayaktan muayene poliklinik odası, hasta kabul ve triyaj gibi farklı bölümlerden oluşması; hastanın daha acil servisten içeri alınırken uygun bölüme yönlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Acil servislerin sahip olması gereken fiziki ve mimari özellikler, Resmi Gazetenin 16.10.2009 tarihli ve 27378 sayılı nüshasında yayınlanan ve “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları” başlıklı tebliğinde belirtilmiştir (24). Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. (ilçe ve devlet hastanesi), II. (Her dalda uzman hekimi olan hastaneler) ve III. (Eğitim Hastaneleri) seviye olarak sınıflandırılmaktadır (18).

Acil servisler günün 24 saatinde hizmete ulaşılabilen hastanelerin dışarıya açık vitrinleri olarak kabul edilmektedir. Hastalarının beklentilerine cevap verecek düzeyde hizmet sunan acil servisler, toplumun gözünde o hastaneler için olumlu izlenimler bırakmaktadır. Hastanın acil servisten memnun olarak ayrılması, önerilen tedaviye uyumunu da arttırmakta ve iyileşmesine olumlu katkı sağlamakta ve hastanın gelecekteki sağlık hizmeti talepleri için de aynı hastaneyi tercih etmesi ile sonuçlanmaktadır (25).

#### 2.1.4. Acil Servis Hizmetlerinde Hekimlerin Durumu

Acil servis hekimleri acil servis ortamının yoğunluğu, uzun çalışma saatleri, uyku düzeninin bozulması, tıbbi hata yapma korkusu, işini iyi yapabilmek için gereken mesleki bilgilerin yeterli olmaması, bakım verilen hastaların ciddiyeti, ani ölümlerle yüz yüze gelme, ölen hastanın yakınlarıyla uğraşma, fiziki ve psikolojik hastalıklara yakalanma riskleri, HIV, hepatit ve tüberküloz gibi riskli enfeksiyonları kapma korkusu, kaba ve düşmanca tutum sergileyen hastalar gibi zor hastalarla ilgilenme zorunluluğu, güvenlik endişesi, mesleki ilişkilerdeki problemler, diğer dallardan gelen konsültan hekimlerle olan sözlü tartışmalar, yetersiz kaynaklar, zor ve kritik kararlar nedeniyle sürekli bir stres halindedir (10,26-28). İş yerlerindeki bu stres yanında düzeni bozulan sosyal, aile ve arkadaşlık ilişkileri acil servis personelinin yıllar içinde yıpranmasına zemin hazırlayan multifaktöryel etkenlerin başında gelmektedir (29). Acil servis çalışanlarında stres neticesinde “Tükenme Sendromu” dediğimiz durum ortaya çıkmaktadır (4,30). Tükenme Sendromu, kişinin güncel olaylar karşısında olumsuz bakışı ve ümitsizliğinin süreklilik kazandığı ve kişinin potansiyelinin tükendiği bir durum olarak tanımlanmaktadır (31). Her 8 asistandan birinin belirgin stres sendromuna yakalandığı ve emosyonel problemler yaşadığı belirtilmiştir (32). Bu durumlar hekimlerin performanslarını olumsuz etkilemekte ve iş verimliliğini azaltmaktadır (33).

Acil servislerdeki hizmetlerin diğer servislerde yapılan hizmetlerden önemli bir farkı bulunmaktadır. Bu fark yapılan tüm hasta bakım işlem ve prosedürlerinin göz önünde olması ve diğer birimlerin hekimleri, hasta yakınları tarafından izlenebilmesidir. Bu çalışanlar üzerinde ayrı bir stres faktörüdür. Ek olarak hastaların kiminin yatması, kiminin taburcu olması gibi sürekli sirkülasyon mevcut olup mümkün olduğunca hızlıca çok sayıda hastaya hizmet verme zorunluluğu vardır (27).

Sonuç olarak, kendini fiziki ve psikolojik açıdan rahat ve iyi hisseden acil servis hekim ve personeli iş açısından daha verimli ve uzun ömürlü bir profesyonel yaşantı sürdürebilecektir. Bu nedenle stres faktörlerinin etkilerini minimize etmek için hekimler ve diğer acil servis personeli zaman yönetimi teknikleri, problemleri hastaların manipülasyonu gibi bulundukları ortamın stresleri konusunda eğitilmeli, kariyer planlamaları iyi yapılmalı, düzenli ve insancıl nöbet sistemlerinde çalıştırılmalı, yeterli dinlenme ve tatil imkanları verilerek sosyal yaşantıdan soyutlanma önlenmeli ve acil

servis çalışanları kişisel olarak da yıpranmayı geciktirici önlemleri düzenle uygulamalıdır (27).

### **2.1.5. Acil Serviste Hasta ve Hasta Yakınlarının Durumu**

Acil servislerde doğrudan hastaya yönelik hizmetler esastır. Bunun yanında hasta yakınlarının beklenti ve gereksinimlerinin göz önüne alınması ve karşılanabilmesi de çok önemli bir hizmet göstergesidir. Acil servisteki hasta yakınları, hasta bakımı ve desteğinde, tedavinin kabul edilip edilmemesinde veya hastanın taburcu olup olmamasında önemli rol oynamaktadır (34).

Acil servis başvuruları çoğunlukla planlanmamış ve ani gelişen bir olay sonrasında gerçekleşmektedir. Ortaya çıkan bu durum karşısında hasta ve yakınlarında şaşkınlık, öfke, belirsizlik, korku ve yaşam endişesi gibi yoğun bir stres hali görülebilmektedir (34,35). Bu durumda hastalarını acil servise getiren hasta yakınlarının duyguları ve davranışları; başta acil servis çalışanları ile olan iletişimleri olmak üzere kendilerinin bundan sonra göstereceği uyum ve tepkilerini de etkilemektedir. Acil servislerde kritik hastaların yakınlarının desteklenme gereksinimleri göz önüne alınmazsa ve karşılanmazsa, uyum bozukluğu görülebilmekte ve kolayca kriz durumu oluşabilmektedir (34,35). Hastaya hizmet sunma noktasında hasta yakını yardımcı bir unsur olabilmektedir. Acil servis çalışanlarının öncelikli amacı, hastanın hayatını kurtarmak veya hastalığını iyileştirmek olmakla birlikte hasta yakınlarının o an içinde bulundukları durum ve ihtiyaçları da kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Bu sayede verilen acil tıp hizmetinin amacına ulaşmasının yanı sıra hasta memnuniyeti de sağlanmış olacaktır (34).

## **2.2. HASTA VE HASTA YAKINI MEMNUNİYETİ**

Hastalar için; ağrı, rahatsızlık, korku, bağımsızlığın kaybı, fonksiyon kaybı, tanıdık olmayan yüzler, bakım veren kişilerin çok olması, gizliliğin kaybı, değişik bir çevre, gürültü ve çevresel aktivitenin yüksek olması, diğer hastalar, sevdiği kişilerden ayrı kalma, uzun süre bekleme, bilgi eksikliği ve odada yalnız kalma gibi etkenler stres kaynağı olabilmektedir. Bununla birlikte hasta yakını için de genellikle aynı faktörler stres etkeni olabilmektedir (34,36). Hasta ve yakınlarının bu faktörlerin üstesinden gelememesi durumunda ise ortaya çıkan stresin miktarı ve şiddetin daha da arttığı bildirilmiştir (37).

Her yıl acil servislere artan başvurusu sayısı acil servislerden istek ve beklentilerin de artmasına yol açmaktadır. Acil servislerin hızla maksimum kapasitesine ulaşması, yatak krizleri, hasta güvenliği, bakımı, hayati acillerin yönetiminin yetersizliği radyolojik ve diğer laboratuvar tetkiklerinin sonuçlanma süresi, yer bulunamadığı için yatış ya da sevk işlemlerinin yapılamaması gibi nedenlerin yanı sıra konsültasyon süreçlerindeki yaşanan sorunlar son yıllarda büyük önem kazanan hasta memnuniyeti kavramını gündeme getirmiştir (11,38).

Hasta veya hasta yakını memnuniyetinin belirlenmesi, hastaya verilen tüm hizmet bileşenlerinin kalitesini ortaya koyduğu gibi, aynı zamanda hizmet planlayıcılarına ve sunucularına hizmetin niteliği ve niceliğinin nasıl olması gerektiği konusunda fikir vermektedir (39). Hasta memnuniyeti, karşılanan ve karşılanmayan beklentilerin bir toplamı olarak özetlenebilmektedir. Eğer başvuru anındaki beklentiler aşılsa, yüksek düzeyde bir memnuniyet, eğer bu beklentiler karşılanmazsa, memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır (40). Acil servislere başvuran hastaların büyük çoğunluğu, nazik, şefkatli, empatik ve mahremiyete saygı gösteren bir hekim tarafından hemen değerlendirilip tedavi edilmek ve hastalığı hakkında aydınlatıcı bilgiler verildikten sonra acil servisten taburcu olmak beklentisindedir. Memnuniyetin artması, hasta bakımını da arttırmaktadır. Hizmetten memnun hastaların kurallara daha fazla uydukları ve önerileri daha fazla dikkate aldıkları gösterilmiştir (41-44). Ayrıca hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artırılması acil servis çalışanlarının ve hekimlerinin de iş memnuniyetini arttırmaktadır. Hastalar, acil servisten memnun olarak ayrıldıklarında bunu diğer davranış ve tutumlarına yansıtmaktadırlar. Bu da acil serviste, olumlu çalışma ortamının oluşmasına ve çalışanların çalışma isteklerinin artmasına yol açmaktadır. Hastanın memnun olarak ayrılması gelecekte aynı sağlık kurumunun seçiminde veya diğer hastalara önerilmesinde önemli bir etkidir.

Hasta yakını memnuniyetinin temeli, hasta memnuniyetine dayanmaktadır. Hasta yakınının hastası ile ilgili duyduğu kaygı arttıkça beklentileri artmakta, memnuniyet düzeyi azalmaktadır. Hasta memnuniyeti birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlardan başlıcaları; hizmetten umulan fayda, algılanan performans, geçmiş deneyimler, hizmet sunumunun hasta ve ailesinin kültürüne, eğitim düzeyine, yaşam tarzına, sosyal sınıf ve statüsüne, zevk ve alışkanlıklarına, önyargılarına uygunluğu vb.dir (45,46). Ancak acil

servisler için, belirli bir yöntem kullanılarak hastaların yakınlarının beklentilerini ve gereksinimlerini tanımlamak için kullanılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

### **2.2.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

#### **2.2.1.1. Bekleme zamanı**

Bekleme zamanı, hasta memnuniyeti için en önemli faktördür. Artan bekleme zamanı acil servise karşı hastanın bakış açısında değişikliğe, hayal kırıklığına hatta kontrolünü kaybetmesine neden olabilmektedir. Uzun bekleme, aşırı heyecan ve üzüntüyle beraber artan kaygı hastalıktan kaynaklanan psikolojik yakınmayı da arttırmaktadır (38,47).

Acil serviste beklemek ve anksiyete, hasta ve hasta yakınlarının bekleme zamanlarının gerçekten farklı olarak daha uzun algılanmasına neden olmaktadır (38,48,49). Sağlık personeli tarafından sağlanan iyi bakım, profesyonellik, yeterli iletişim ve bilgilendirme, hasta memnuniyeti ve hastaların bekleme algısını etkileyen en önemli faktörlerdir (50). Bekleme odasında televizyon, gazete veya dergi varlığı ile bekleme odasının bekleyenler arasında iletişimi sağlayacak ve konforlu olacak şekilde düzenlenmesi, ayrıca hasta ve yakınlarının bekleme ve nedeni konusunda bilgilendirilmesi, herkese eşit davranılması, doktor muayenesi öncesinde hastanın şikayetleri, vital bulguları ve diğer bazı bilgilerinin hemşireler tarafından kaydedilmesi de hasta ve yakınları için zamanın daha çabuk geçmesini sağlayacaktır (12).

#### **2.2.1.2. İletişim**

Hekimlerin hasta ve yakınlarına anlayışlı yaklaştığı ve sorunlarını gerçek bir iletişimle paylaştığı durumlarda iletişiminin etkin olması beklenebilmektedir (51). Ayrıca sağlık personelinin hastalarla konuşma biçimleri, onlara davranış biçimlerinin olumlu olup olmaması, hastalara onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirlemektedir (52). İnsanlarla doğru bir iletişim kurmak şiddet ve saldırganlığı azaltmak için önemli bir etken olabilmektedir (53).

Hasta şikayetleri, sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde önemli ipuçları veren veri kaynağıdır. Hasta şikayetlerinin değerlendirildiği bir uzmanlık tezinde personelin davranışlarındaki olumsuzluk (%26.5) ve bekleme süresinin uzun olması (%25) en fazla şikayet edilen konular olmuş ve tüm şikayetler içerisinde ‘personel davranışlarındaki

olumsuzluk' %19.3'lük bir oranı bulmuştur. Yani kabaca her beş şikayetten birinde sağlık çalışanının davranışındaki olumsuzluk kaynak olarak görülmüştür (54). Yine sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde yaşanan iletişim sorununu araştıran bir çalışmada; hastaların şikayet içeriklerine göre en büyük sorunun %40.4'lük oranı ile iletişim kaynaklı olduğu ortaya çıkmıştır (55). İzmir Tabip Odası tarafından 2012 yılında, İzmir'de toplam 1 639 kişi üzerinde gerçekleştirilen anketten elde edilen sonuçlara bakıldığında halkın %70'inin hasta-hekim iletişiminde bir sorun olduğunu belirtmesi dikkate değerdir (56). Sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili Ankara Tabip Odası'nın 2008 yılında yayınladığı raporda (57), hasta ve yakınlarında sürekli mağdur edildikleri hissi olduğu, hastalığı ve tedavisiyle ilgili gerekli açıklamaları alamayan hasta ve hasta yakınlarında gerilim fazla olup tepkisel davranışlar doğduğu ve doktorların empatiyi kaybetmeden hastalara yeterli bilgi vermenin çok önemli olduğu tespitleri yer almaktadır. Daha sonra yayınlanan raporda (58) ise hekimlerin iletişim konusunda özel bir eğitimlerinin olmadığı, bu nedenle hastalara yaklaşımda yetersiz kalınmasına neden olabildiği gibi çözüm sunan ifadeler de bulunmaktadır. İlhan ve ark.nın sağlık kurumlarına başvuran kişilerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %22.9'si sağlık çalışanına şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu, %20.2'si sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü ve böyle düşünenlerin %58.2'si buna neden olarak hastayla yeterince ilgilenmeme olduğunu belirtmişlerdir (13). İnsanların sağlık çalışanlarından çok fazla beklenti içinde bulunmaları, bu beklentileri yerine gelmeyince şiddete başvurmaları ve bunu hak olarak ifade etmeleri önemli bir sorundur (13).

Kasıtlı olarak anlaşmazlık isteyenler kapsam dışı bırakıldığında, saldırganlığın şiddete dönüşmemesi için doğru ve empatik bir iletişimin çözüm olacağı açıktır (53). Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok, dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat etmektedir (59). Yüz yüze olan hasta-sağlık çalışanı ilişkisinde seçilen kelimeler, tonlamalar, sesin yüksekliği, beden dili gibi iletişim öğeleri iletişimin sonucunu belirlemektedir (53). Görünüşüne, ifadelerine özen göstermeyen bir hekimin, hastasına beklediği ilgi ve önemi verdiği izlenimini bırakmasının da zor olacağı savunulmaktadır (60). Hekimlerin konuşmaları, bilerek veya bilmeyerek tıbbi ve bilimsel terminolojiyi kullanarak hastalarına açıklama yapmaları, ayrıca bu ilişkinin doğası gereği hastaların hekimlere değişik nedenlerle soru

sormaya çekinmeleri hekim-hasta etkileşiminin niteliğinin istenenden uzak bir duruma gelmesine neden olmaktadır (51). Sağlık hizmeti sunanlar tıbbi ve kurumsal jargonu kullanma durumunu çok aza indirebilir ve hastaların soru sormasına imkan sağlayacak şekilde bir iletişim ortamı hazırlayabilirler (61). Hekimin davranışı, hastanın tatmin olması dışında verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve hekim arasında olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar, hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler (59).

Hemşire hizmetlerinin, hasta memnuniyeti araştırmalarının hemen hepsinde bakımı değerlendirme faktörleri arasında çok kullanılan bir faktör olarak hasta tatminini etkilediği görülmektedir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süresi boyunca en fazla etkileşimde bulundukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire davranışlarının hasta tatminindeki rolü son derece önemlidir (59). Hemşirenin iletişiminin amaçları; hastanın problem çözmesine yardım etme, hastanın sağlıklı baş etme davranışlarını geliştirmesini destekleme, hastanın sağlığını düzeltme ve korumaya etkin katılımını sağlama ve gereksinimlerini gerçekçi değerlendirmesine yardımcı olma şeklinde belirtilmektedir (62). Hemşirelerin, güler yüz, nezaket ve saygılı davranışları, hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (59).

Hastane hizmetleri, hekim-hasta-diğer hastane personeli içeren bir ekip hizmetini zorunlu kılmaktadır. Kaliteli hizmet, hastanede çalışan tüm personelin sorumluluğundadır. (62). Hastaların sağlık personeli ile ilişkilerinin niteliği, kendilerine yapılan işlemlerden memnuniyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık personelinin hastalarla konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp davranmamaları, hastaların onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirlemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha çok uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır (59).

Sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarıyla kuracağı iyi iletişim, tanı ve tedavi süreçlerini ciddi şekilde etkileme gücüne sahiptir. Toplumun her kesiminden kişiler hasta olarak gelebileceğinden iletişimi doğru kurmak ve yönetmek sağlık çalışanlarının görevidir. Sağlık çalışanlarının iletişim çabaları, diğer meslek gruplarından daha zor ve yorucudur. Sağlık çalışanının sadece mesleki alanda yeterliliği, doğru iletişimi sağlamak

için yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle iletişime dair eğitim süreçleri, hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrasında günün koşullarına uygun şekilde devam etmelidir (53).

#### **2.2.1.3. Bilgilendirme**

Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği, yapılan birçok araştırma ile saptanmıştır. Sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların, hastane tarafından verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirildiklerinde, iyi bir dış müşteri olarak hastaneyi başka kişilere öneride bulundukları ve olumlu olan görüşlerini başkaları ile paylaşma eğiliminde oldukları gözlenmiştir (59). Hastalar sağlık durumunu, rahatsızlığı ile ilgili nasıl bir tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedirler. Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından; yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, alacağı tedavi konusunda, hekimle beraber karar vermesi, kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır (63).

#### **2.2.1.4. Beslenme Hizmetleri**

Hastane hizmetleri içerisinde, hastaların değerlendirmelerini etkileyen önemli konulardan birisi de, beslenme hizmetleri olarak belirtilmiştir. Yapılan memnuniyet araştırmalarında, sağlık kurumundan taburcu olan hastaların, en fazla hatırladıklarının beslenme hizmetleri olduğu tespit edilmiştir. Hastalar yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, sunum biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler (59).

#### **2.2.1.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar**

Sağlık kurumlarının çalışma ortamı, haberleşme olanağı, refakat ve ziyaret olanakları, sosyal ve kültürel etkinlikler, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, aradığı yeri kolay bulma, otopark, bekleme odaları gibi fiziksel özelliklerinin de hasta tatminini etkilediği saptanmıştır (59). Düzensiz ve yetersiz hasta odaları bakımsız bir hastane; hastaların şikayet nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercih edilme şansını olumsuz yönde etkilemektedir (64).

#### **2.2.1.6. Bürokratik İşlemler**

Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları işlemlerin sayısı ve bu resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir (59). Hasta memnuniyetinin sağlanmasında zaman faktörü önemlidir. Bürokrasi, zaman kaybına neden olan önemli bir tatminsizlik kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme sürelerinin uzunluğu, randevu alınmasıyla gerçekleşmesi arasındaki zaman kayıpları da bu tatminsizlik kaynakları arasında gösterilmektedir (64).

#### **2.2.1.7. Güven**

Temel hasta hakkı olan hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır (59).

#### **2.2.1.8. Ücret**

Ücret, özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için önemlidir. Hastalar düşük ücretle kaliteli hizmet almak istemektedir (59). Hastaların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarının niteliği de hastaların değerlendirme kriterlerini etkileyebilmektedir. Hizmeti karşılamada mali sıkıntısı olmayan sosyal güvence kuruluşlarına bağlı hastaların, maliyetlere karşı daha kayıtsız olduğu belirlenmiştir (65).

### **2.3. ŞİDDET**

#### **2.3.1. Şiddetin Tanımı**

Yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki bütün bireyleri etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte ve her sektör için önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (1,66). Şiddet, “Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanmasıdır (67) Türk Dil Kurumu (68)’na göre şiddet, “bir hareketin, bir gücün derecesi, sertlik, hız, bir hareketten doğan güç, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu veya davranışta aşırılık” şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre şiddet kişinin

kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan kasıtlı güç kullanımı tehditidir (69). İş yerinde şiddet ise “Çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır (70). Sağlık kurumlarındaki şiddet ise “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak ifade edilmektedir (71). Sağlık iş yerinde şiddet; bir veya birden fazla sağlık çalışanı, hasta/hasta yakınları veya üçüncü şahıslar ile diğer sağlık çalışanları arasında cereyan eden ve fiziksel veya ruhsal olumsuz sonuç yaratan davranışlar şeklinde de tanımlanabilmektedir (72).

Şiddet olgusu insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olup, bireysel ve toplumsal birçok bileşeni olan çok boyutlu ve karmaşık bir özelliğe sahiptir (73). Fiziksel şiddet, psikolojik (duygusal) şiddet, cinsel şiddet, sözel şiddet ve ekonomik şiddet olarak farklı şekillerde görülebilmektedir (74,75). Fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler (dayak ya da tokatlama, yumruklama, tekmeleme, iteleme, boğazını sıkma gibi kötü davranışlar) olarak tanımlanmaktadır (75). Psikolojik şiddet; bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum (dışlama, bağırma, sadece mağdura ses düzeyini yükselterek konuşma, sürekli hedef değiştirme, faaliyetlerini kısıtlama, hakkında dedikodu yapma) olarak değerlendirilmektedir (75). Cinsel şiddet; çocuğa, gence, kadına ve diğer bireylere yönelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen cinsel taciz ve saldırıdır. Cinsel şiddet eylemlerinin önemli bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddet içermektedir (75). Sözel şiddet; bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, azarlama, aşağılama şeklinde uygulanan bir şiddet türüdür. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler, söyleme, güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar, sözel şiddet olarak algılanmaktadır (75). Ekonomik şiddet; bireyi bağımlı ve fakir hale getiren, ekonomik kaynakların ve paranın birey üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanıldığı şiddet türüdür (71). Bu şiddet türlerinin birçok nedeni vardır ve bu nedenler birbiri ile etkileşim halindedir (74,75). Ancak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili yayınlarda şiddet türlerinin tanımlanması konusunda bir dil ve tanım birliğinin olmadığı görülmüştür. Bu

sorun uluslararası yayınlarda da üzerinde durulan konulardandır (14). Konuyla ilgili sağlam kanıtların bulunamamasının en önemli nedenleri şiddet türünün tanımlanması ve kullanılan metodolojik yöntemle ilgili farklılıklardır (5,14). Farklı terimlerle tanımlandığı gibi, şiddet türlerinin hangi davranışları içerdiği konusunda da farklıklar bulunmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda şiddet türlerinin ve içeriklerinin tanımlanması konusunda ortak dilin oluşturulması, standardize ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanılması önerilmektedir (4).

### **2.3.2. Şiddet Sıklığı**

Şiddet, insanlığın varlığı ile beraber ortaya çıkan toplumlar ve kültürler arası farklılık gösterebilen, üzerinde birçok bilimsel çalışma yapılan, azaltılması için çaba gösterilen evrensel bir sorundur. Hayatın her alanında bir şekilde kendine yer bulan şiddetin tarihi insanlığın başlangıcına kadar gitmektedir (53). Son yıllarda dünyanın her yerinden her türlü şiddetin arttığı rapor edilmektedir. Tüm meslek grupları arasında, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık sektöründe çalışanlar iş yeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanlarıdır (1,76). Sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadır (1). Gardiyan, polis, şoför ve banka çalışanlarından daha fazla saldırıya uğradıkları belirlenen sağlık bakım çalışanları arasında da hemşirelerin, diğerlerine göre 3 kat daha fazla risk altında bulunduğu dikkat çekilmektedir (1,5,76). Ülkemizde yapılan sistematik inceleme sonunda doktor ve hemşirelerin yarısından fazlasının sözel şiddete ve yaklaşık yedide birinin de fiziksel şiddete uğradıkları belirlenmiştir (4). Bu veriler dünyanın pek çok ülkesinden bildirilen oranlara benzerlik göstermektedir. DSÖ, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre genel olarak sağlık çalışanlarının %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel içerikli, %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (77).

Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık çalışanlarına karşı şiddet önemli bir sorundur. Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bildirimi konusunda herhangi bir yasal/organizasyonel düzenlemenin olmaması, saldırı olaylarının çoğunun bildirilmemesine ve bu konudaki gerçek sayısal verilerin bilinmemesine neden olmaktadır (4).

### 2.3.3. Sağlıkta Şiddet

Her geçen gün hayatın birçok alanında Şiddet ile karşı karşıya kalınmakta ve toplumda Şiddet içeren olaylar giderek yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde hastaneler gün geçtikçe tehlikeli ortamlar haline gelmektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerekse de yasal uygulamalardaki eksiklikler Şiddetin nlenmesi ve güvenliğin sağlanması konusunda boşluklar meydana getirmektedir. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren Şiddet eylemleri sağlık kurumlarını da ciddi biçimde etkilemekte ve çalışanların tükenmişliğine ve verimsizliğine neden olmaktadır (13).

Çok geniş bir çalışan grubunun (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikerleri, hastabakıcı vb.) bulunduğu sağlık kurumları Şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından birisidir (78). Sağlık sektöründeki Şiddet uluslararası yaygınlıktadır. Acil servis gibi bazı özel alanlardaki sağlık çalışanları ise daha da fazla risk altındadır (3,7,8). Acil servisler doğal olarak aşırı stresli mekanlardır (2). Sağlık alışanları, sunulan hizmetten memnun olmayan hasta ve yakınları tarafından sıklıkla sözlü ve fiziksel saldırıya maruz kalmaktadır (79,80). Acil servis çalışanları, sağlık çalışanları içinde en fazla strese maruz kalan gruptur (10). Hasta ve yakınlarının kaba ve saldırgan tutumu acil servis çalışanlarının performanslarını olumsuz etkilemekte ve iş verimliliğini azaltmaktadır (81). Dolayısıyla hem acil servis çalışanları (hekim, hemşire, yardımcı personel) hem de acil serviste bulunan diğer hasta ve yakınları “şiddet riski” altındadır (2).

Ankara il merkezinde bazı sağlık kurumlarına başvuran 18 yaş ve üstü 1179 kişilerin sağlık çalışanlarına yönelik Şiddet algısının değerlendirildiği çalışmada katılımcıların %56.3’ sağlık çalışanlarının en çok acil servislerde Şiddete maruz kaldığını ayrıca katılımcıların %55.5’i Şiddet olaylarının en çok devlet hastanelerinde meydana geldiğini düşündüklerini belirtmiştir (13). Ayrancı ve ark.nın yaptığı çalışmada da Şiddet olaylarının %63.1’inin acil servislerde ve kurum olarak ta %63.1’inin devlet hastanesinde meydana geldiği saptanmıştır (82). 2011 yılında 12 ilde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %68.8’i Şiddet olayları ile devlet hastanesinde karşılaştığı saptanmıştır (83). Konuyla ilgili en fazla çalışma acil birim alışanlarında gerçekleştirilmiş olmasına ve acil, birinci basamak ve psikiyatri kliniklerinin Şiddetin en fazla görüldüğü klinikler olduğuna vurgu yapılmasına rağmen aslında bu klinikler üzerinde en fazla çalışma yapılan kliniklerdir. Başka kliniklerin örnekleme alındığı

Çalışmalarda dahili ve cerrahi kliniklerinde de şiddetin son derece yaygın olduğu dikkat çekicidir (84).

İngiltere’de devlet hastanelerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %68’i sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (85). ABD’de yapılan bir çalışmada acil servis hekimlerinde sözel şiddet sıklığı %74.9 olarak saptanmıştır (86). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili Ocak 1999-Temmuz 2010 tarihleri arasında yayınlanmış 29 yayının sistematik incelemesi sonucunda sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet türünün yüksek olduğu bulunmuştur (4). Adana’da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 100’ her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir (87). Genel olarak hem hemşirelerde (88,89) hem de hekimlerde (89,90) ve meslek ayrımı yapılmaksızın şiddet türlerinin sorgulandığı çalışmalarda (91) sözel şiddete uğrama oranlarının fiziksel şiddete uğrama oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Sözel şiddet sıklığının tüm çalışmalarda yüksek çıkmasının fiziksel şiddete göre cezalarının az olması, insanların iini döküp rahatlamaları ve sonrasında o anki gergin ortamdan dolayı o sözleri söylemiş olduğu ve normalde o sözleri söylemeyeceğini dolayısı ile cezayı hak etmediklerini düşünmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (13).

#### **2.3.3.1. Sağlık kurumlarında şiddet riskini arttıran faktörler**

Sağlık kurumlarında şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Bunlar bireysel (kadın çalışanlar, psikiyatrik hastalıklar, alkol-madde kullanan hastalar, kötü iletişim tarzları vb.), kurumsal (aydınlatma, güvenlik, personel istihdamı, ekip içi iletişimi, çalışana süpervizyon olanakları yetersiz ortamlar vb.) ve daha genel olarak toplumsal (şiddet suç oranında artış, şiddetin kabulüne yönelik tutumlar, silahlanma ve ekonomik güçlükler vb.) etkenler şeklinde özetlenebilmektedir (5,6).

şiddetin nedeni olarak en sık muayene sırasında fazla bekleme belirtilmektedir. Bu durum insanların beklemeye tahammllerinin olmaması, artan hasta hakları ve herkesin onların istediği zamanda isteklerini yerine getirmelerini istemelerinden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca uzun beklemeye de hasta sayısının fazla olması, insanların gereksiz yere sağlık kuruluşlarına gitmeleri ve diğer insanlara saygı göstermemeleri ve sadece kendilerini düşünmeleri neden olabilmektedir (13). Endişe içindeki hasta ve yakınları var olan sorunları, uzun süreli bekleme ve değişik

nedenlerden kaynaklanan gecikmeleri tolere edemeyip saldırganlaşma eğilimi gösterebilmektedir. Bir hastanın ölümü de acil serviste bir şekilde şiddet doğurabilmektedir. Sakin ve uyumlu da olsa uzun süre bekleyen insan irrite olabilmektedir. Bu duruma ek olarak muayene ve tedaviler esnasında oluşan tartışmalar, anlaşmazlıklar, saygısız hatta kaba ihtarlar, sözler, gereksiz kaba tavırlar karşılıklı olarak hem hastayı hem de acil servis çalışanlarını provoke edebilmektedir (2).

Acil servislerde 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, işlerin yoğun fakat personel sayısının az olması, aşırı kalabalık ortam, hastaların bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması, hizmet verilen grubun hastalık nedeniyle stresli ve endişeli olması, sağlık çalışanlarının şiddetle baş etme, hastalarla iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimli olamamaları ve eğitim yetersizliklerinin olması güvenlik endişesi, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması, şiddeti önlemeye yönelik etkili kurumsal ve yasal düzenlemelerin olmaması, sağlık bakım sistemi ve kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini karşılayamaması, şiddet olaylarını önlenme ve yönetme konusunda sağlık politikaların yetersiz olması da şiddet riskini arttıran faktörler arasında sayılmaktadır. Birden fazla konsultasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması, hastanın hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği, konsültan hekimlerin hastayı sahiplenmemesi ve yer bulunamadığı için hastaların yatırılabilmesi de risk faktörleridir (33). Diğer bir faktör de; Farrel ve ark. vurguladıkları gibi sağlık sistemi içinde hastaların adeta müşteri, tüketici gibi değerlendirilmesi ve bu anlayışla sağlık çalışanları ile hastaların karşı karşıya getirilmesidir (6). Medyada sağlık çalışanlarıyla ilgili olumsuz haberlerin ve sonrasında yaşanan olumsuz davranışların sıklıkla gündeme getirilmesinin, sağlık çalışanlarına şiddet uygulanması sonrasında şiddet uygulayanların cezalandırılmamasının veya sonuçlarının gündeme getirilmemesinin de şiddet davranışını meşrulaştırdığı ve izleyicilerin sağlık çalışanlarına karşı daha kolay bir şekilde şiddet uyguladıklarını düşündürmektedir (92). Medyanın bilerek ya da bilmeyerek hekim ve diğer sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, basının yanlış yönlendirmeleri, hekim hatası ile komplikasyon arasındaki farkların insanlar tarafından bilinmemesi, medya tarafından oluşturulan hekime yönelik güvensizlik ve önyargı, medyanın sağlık problemleri konusunda yaptığı haberlerde hedef olarak sağlık çalışanlarını göstermesi; medya tarafından olumsuz hekimlik örneklerinin sürekli gündeme gelmesi ve sağlık

hizmetlerindeki bütün sorunlar için hekimlerin günah keçisi haline getirilmesi de etkilidir (93). Türkiye'de acil servislerin, genel olarak olumsuz haberlerle gazetelerde yer aldıkları, bu haberlerde de birinci sırada 112/hasta nakli/ambulans ve ikinci sırada hekime/ sağlık personeline şiddet konularının haber konusu edildiği saptanmıştır (94). Ayrıca hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymaması, ödeme zorlukları, yanlış anlama gibi iletişim sorunları ve kişisel sorunlar gibi nedenler de bildirilmiştir (4). Hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması, işlerin düzenli yürümediği veya öncelik sıralamasında adil davranılmadığı yönündeki şüpheleri, sadece kendilerinin durumunun önemli olduğunu düşünmeleri ve bu nedenle işlerinin bir an önce halledilmesini istemeleri bu istekleri yerine gelmeyince de şiddeti hak sayma düşünceleri de şiddete neden olabilmektedir (13,92).

Şiddetin gerçekleştiği zamanı sorgulayan çalışmaların bazılarında (95,96) gündüz mesailerinde, bazılarında (88,97) ise gece mesailerinde şiddet olaylarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Aydın ve ark. sağlık çalışanlarının günlük mesai saatleri içinde, tedavinin yapıldığı ve hastayla temasın yoğun olduğu alanlarda en fazla şiddete uğradıklarını ve %45'inin gündüz çalışma saatleri içerisinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (98).

Genel olarak sağlık çalışanları içerisinde kadınların daha çok şiddete uğradıkları gösterilmiştir (4,82,99). Kadınlarda sözel şiddete, erkeklerde de fiziksel şiddete uğrama oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (90,100,101). Kadınların savunmasız görülmesi, kadınların tepkisinin erkeklere göre daha düşük olması ve ataerkil bir toplum olmamızdan dolayı kadınların tepkilerine alınganlık gösterilmesi nedeniyle kadın sağlık çalışanlarına sözel şiddetin fazla olduğu düşünülmektedir.

Meslek olarak hemşireler şiddete uğrama konusunda daha riskli gruptur (76,102). 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da yapılan bir çalışmada şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı saptanmıştır (82). Ünsal Atan ve Dönmez'in yaptıkları çalışmada, hasta ve hasta yakınları ile daha yakın temas içinde oldukları için, hemşirelerin şiddete maruz kalma olasılığının diğer sağlık personeline göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (103).

Şiddete maruz kalan meslek gruplarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar genellikle hekimlere ve hemşirelere yöneliktir. Sağlıkta şiddetin en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği, bunu hastaların izlediği görülmektedir (4,88,95,97). Uluslararası yayınlarda ise çoğunlukla hastaların, hasta yakınlarından daha fazla saldırıda bulunduğu bahsedilmektedir (6,102). Bu farklılık kültüre ait bir durum olarak yorumlanmıştır. Bizim kültürümüzde hastalarla birlikte yakınlarının da sürekli hastanede bulunmasının, sistem ve çalışanlar tarafından hasta yakınlarının tedavi ve bakım işlemlerinin bir parçası haline getirilmesinin bu sonuçlarda etkisi olduğu düşünülmektedir. Ancak hasta yakınları tarafından gerçekleştirilen saldırıların daha yüksek olduğundan bahseden başka kültürlere ait çalışmalar (84,104) da bulunmaktadır.

Saldırganların genellikle 30 yaş ve altında, erkek, legal ya da illegal olarak silah bulundurabilen, psikiyatrik hastalığa sahip olma, alkol ya da madde ilaç bağımlısı bir yapı gösterdikleri belirtilmektedir (6,14,88). Ayrıca uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin, kendilerine ve başkalarına zarar veren, sorun çözmede şiddet kullanmayı tercih edenlerin de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (105).

Gaziantep il merkezinde Kasım 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında 1600 sağlık çalışanı olmayan katılımcı üzerinde yapılan çalışmada, en çok şiddet uygulayan, şiddete daha meyilli olan, daha agresif düşüncelere sahip olan ve daha saldırgan davranışlar sergileyen katılımcıların en çok; 24-30 yaş grubunda, erkek ve eğitim düzeyi düşük (üniversite mezunu olmayan) olan kişiler olduğu belirlenmiştir. Özellikle saldırganlık durumunda sopa, bıçak gibi kesici alet ve silah kullananların %100'ü üniversite mezunu olmayan kişilerdir. Çalışmada fiziksel şiddet uygulayanların ve şiddetin hak arama yöntemi olduğunu düşünenlerin büyük çoğunluğunun alkol alışkanlığına sahip kişiler olduğu görülmüştür (106).

#### **2.3.4. Şiddete Tepki ve Şiddetin Sonuçları**

Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği, önemsenmediği ya da çalışırken saldırıya uğramanın mesleğin doğasıymış gibi algılandığı çalışmalarda belirtilmiştir (99,107). İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığı bilinmemekte, sadece bildirilen

olgularla sınırlı kalmaktadır. Kanada’da yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalanların %67’si uğradığı şiddeti rapor etmiştir (108). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının %67’sinin, hekimlerin %62’sinin, acil servis çalışanlarının ise %60’ının şiddet olayı sonrasında herhangi bir şikayette bulunmadıkları belirlenmiştir. Çalışanların şikayette bulunmama gerekçeleri arasında başta gelen sebebin idari yöneticilere ve adalet mekanizmasına karşı güvensizliğin olduğu belirtilmiştir (98). Günaydın ve Kutlu’nun yaptıkları çalışmada hemşirelerin %3.4’ünün şiddet sonrası olayı rapor ettiği, %96.6’sının rapor etmediği bulunmuştur. Şiddet sonrası rapor etmeme nedeni olarak %45.3’ü sonuç alamayacağını düşündüğünü %43.7’si işinin bir parçası olarak düşündüğünü belirtmiştir (107). Çamcı ve Kutlu’nun çalışmasında ise şiddet olayını rapor etmeme nedeni olarak “Gereksiz buldum” diyenlerin oranı %73.8, “Negatif sonuçlarından korktum” diyenlerin oranı %51.3, “Mesleğimin bir parçası olarak düşündüm” diyenlerin oranı ise %12.5 olarak belirlenmiştir (109). Fiziksel saldırı sonrası bildirim oranının sözel saldırıya göre yüksekliğinden bahsedilmekte ya da bildirim sonrası bürokratik engellemeler nedeniyle sonuç alamama endişesi ile bildirimde bulunulmamaktadır (84,95,97). Saldırıya uğrayanların fiziksel saldırılardan daha fazla zarar gördüğü ve bu yüzden bildirimde bulundukları, sözel saldırılar gibi diğer saldırı türlerini genellikle ciddi bir sorun olarak değerlendirmedikleri, mesleğin doğasında var olan bir durum olarak değerlendirdikleri ya da bildirimde bulunduklarında sonuç alamamaktan veya suçlanmaktan korktuklarını söylemeleri en fazla ifade edilen durum olarak dikkat çekmektedir (4). Konuyla ilgili en sağlam kanıtların elde edilebilmesi yaşanan olayların bildirilmesi ile mümkündür. Oysa yapılan çalışmaların çoğu öz-bildirime dayalı olarak gerçekleştirildiği için gerçekte durumun ciddiyetini kanıtlamak oldukça zordur (110).

Sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel içerikli olarak farklı türlerde meydana gelen şiddet olaylarının maliyeti de bireysel (yaralanma, çalışmada motivasyon kaybı, tükenmişlik, post travmatik stres bozukluğu vb.), kurumsal (iş gücü kaybı vb.) ve toplumsal düzeyde ortaya çıkmaktadır (5,6). Saldırı sonrası mağdurların emosyonel (stres, korku, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, anksiyete, suçluluk, utanç) ve fizyolojik (uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri, baş ağrısı, yorgunluk) değişiklikler, işle ilgili performans değişiklikleri (üretkenlik kaybı, işten ayrılmayı düşünme, saldırıyı işin parçası olarak görme, hata yapmada artış), ilişki sorunları (aile ve arkadaş ilişkileri),

psikiyatrik sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Şiddet sonrası saldırıya uğrayanın baş etme yolları olarak genellikle etkisiz baş etme (olay olmamış gibi davranma, hiçbir şey yapmama), yardım çağırma ve iletişim biçimlerine daha fazla dikkat etme gibi yöntemlerin sıklıkla kullanıldığından bahsedilmiştir (88,96,111-113). Şiddet sadece çalışan üzerinde değil, çalışanın iş arkadaşları, ailesi ve arkadaşları üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Bir kişinin işyerinde bir şiddet olayına sadece şahit olması bile travmatik reaksiyonların tetiklenmesine neden olabilmektedir (92). Çok sayıda hastane yönetimi, acil servisteki şiddet olaylarından bir şekilde zarar gören ya da yaralanan hasta ve yakınları tarafından dava edilebilmektedir (2).

### **2.3.5. Şiddet Çözüm Önerileri**

Amacı insanlara yardım etmek olan hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışmaları ve hastaların da güvenli bir ortamda sağlık hizmeti almaları en doğal haklarıdır.

Ülkemizde acil servislerin çalışma sistemi hakkında tam bir yasal bir düzenleme yoktur. Ancak Sağlık Bakanlığı, 14. 05. 2012 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılması (Beyaz Kod Uygulaması, Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım Alınması, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine Başvurulması, Çalışanların Hizmetten Çekilmesi, Hasta ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi, Çalışanların Eğitimi, Risk Değerlendirmesi ve Güvenlik Tedbirlerinin Artırılması) konusunda çalışmalar başlatmıştır (114). Bu çalışmaların olumlu ya da olumsuz sonuçlarının daha sonraki yıllarda yapılacak çalışmalarla değerlendirilmesi önemlidir.

Hastanelerin kendi iç güvenlik sistemlerini kurmaları şarttır. Tüm hastanelerde birbirine benzer güvenlik protokolleri oluşturulmalıdır (2). Risk etmenleri kurumdan kuruma ve ünitelerden üniteye değişebildiğinden yönetimler tarafından multidisipliner bir kurul oluşturmalı ve yöneticiler üzerine düşen görevleri layıkıyla yapmalıdır (13).

Acil serviste şiddetten korunmanın en iyi yolu olay gerçekleşmeden önce onu sezip önlemeye çalışmak ya da yardım aramaktır. Acil servis sistemi ve acil serviste çalışan personel saldırgan hasta veya yakınları ile mücadele konusunda hazırlıksız ve eğitimsizdir. Acil serviste ve hatta tüm hastanede çalışan hekim, hemşire ve diğer personelin çalışanlarının saldırganlaşma eğilimi gösteren kişileri hızlı bir şekilde tanıma

ve onu yatıştırma konusunda eğitilmeleri önemlidir (2,3). Sağlık çalışanları hizmet içi eğitimlerinde “İletişim”, “Öfke kontrolü” ve “Şiddet davranışına karşı tedbir alma” konularında eğitimler sık sık tekrarlanmalı, yönetimlerin güvenlik amacıyla yürüttükleri politika, yöntem ve sistemler sağlık çalışanları tarafından bilinmelidir.

Saldırgan kişiler önceden fark edilmeli (3), güvenlik görevlileri şiddete eğilimli bireyleri izlemeli, bu bireylerle iletişim kurma becerileri konusunda güvenlik görevlilerine sürekli eğitim verilmeli ve eğitimler sık sık tekrarlanmalıdır.

Hastanelerde güvenlikle ilgili her türlü önlemler alınmalıdır. Güvenlik açısından uyulması gereken kurallar (24 saat var olan yeterli sayıda ve nitelikte güvenlik elemanı, acil servise dışarıdan girişin denetlenmesi, metal dedektörler ile girenlerin kontrolü, hasta yakınlarının belli alanlara kontrollü alınması, personelin dışarı çıkmasına izin veren ancak dışardan içeriye girişe izin vermeyen otomatik dış kapılar, korumalı akrilik pencereler, yeteri aydınlatma, kamera sistemi gibi önlemler), uygulanarak acil servisler daha güvenli çalışma alanları haline gelebilir ve sağlık personeli ile orada bulunan hasta veya hasta yakınlarının zarar görme riski azaltılabilir (2,3).

Saldırganın sakinleştirilmesi için şiddete başvuran kişiyi: konuşarak sakinleştirme, güç uygulayarak etkisizleştirme veya farmakolojik ajanlar ile girişim gerekebilmektedir (2).

Hastanelerde fiziki koşullar iyileştirilmeli; sıcaklık, havalandırma, nem ayarı uygun olmalı, bekleme salonları ve oturma alanları olmalıdır.

Hastaların en çok şiddet nedeni olarak gösterdikleri “muayene sırasında fazla bekleme” sorununa yönelik kurum içerisinde düzenlemeler yapılmalı, hastaların bekleme sırasında can sıkıntılarını azaltmak için salonlarında oyalanabilecekleri materyaller (televizyon, magazin dergileri, eğitim dergileri, gazete vb.) sağlanmalıdır (13,92).

Olaylar hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir (3).

Acil servisler gibi şiddetin en sık görüldüğü birimlerde çalışan sayısı artırılmalı, yeterli sayıda ve nitelikte eleman görevlendirilmelidir (3).

Kurum içinde “çalışma koşulları ve çalışan memnuniyetinin araştırılması ve izlenmesi” analizleri yapılarak çalışanların durumu bütünsel olarak ele alınmalıdır.

Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle acil serviste kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürler geliştirilmeli ve konsültasyon prosedürleri yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmelidir (33).

Beyaz Kod Uygulaması bildirim sisteminin işleyebilmesi için, şiddetin önlenmesi konusunda ilk problem olarak karşımıza çıkan bildirim yapılmaması ve raporlama sorununu aşmayı sağlayacak ek önlemler alınmalı, bildirim süreci çalışanlar için kolaylaştırılmalı ve uygulama ile ilgili çalışanlar bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

Şiddete uğrayan risk gruplarına müdahale öncelikli stratejiler uygulanmalıdır (13). Şiddete maruz kalanlara, yaşadıkları olayı saklamalarının oluşabilecek diğer olayları engellemediği, bu olayların açıkça ifade edilmesinin alınacak önlemlerin etkinliğinde rehber olacağı konusunda bilgi verilmelidir.

Şiddete maruz kalanlar için destek grupları oluşturulmalı ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Yönetimsel anlamda şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına, haklarının korunacağı konusunda güvence verilmeli ve yönetimsel destek sağlanmalıdır.

Toplumsal müdahalelerle de şiddet azaltılmaya çalışılmalıdır (13). Toplumun eğitilmesi için sosyal projeler üretilmeli (33), muayene sırasında beklenebileceği (13) ve sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının zorluğu konusunda halkın farkındalığı artırılmalı, sağlık çalışanlarının hakları ve şiddete maruz kalmaları durumunda uygulanacak yasal düzenlemeler hakkında bilgi verilmelidir.

Hem hizmet verenler hem de hizmet alanların karşılıklı memnuniyetini gözetten bir çalışma ortamı için, düzeltici yapısal yenilikler getirilmeli ve sağlık personeli-hasta ilişkisi geliştirilmelidir (53).

Etkili sağlık kurumu yönetimi ve sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmektedir. Ancak şiddetin nedenleri, risk grupları ve şiddet uygulayanların sosyo-kültürel özelliklerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmasının, şiddetin önlenmesi yönünde daha etkin programlar geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir (92). Sağlıkta şiddetle ilgili farklı açıları içine alan derinlikli çalışmalar yapılması, sağlık sisteminin daha işler hale gelmesine neden olacaktır (53).

### 3. MATERİYAL VE METOD

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda prospektif anket çalışması olarak gerçekleştirildi. Acil servise başvuran 250 hasta veya hasta yakınına sağlık çalışanı tarafından uygulandığı iddia edilen şiddet konusunda 33 soruluk bir anket uygulandı (Bkz. EK-1).

Çalışmaya dahil edilen kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, aylık gelir, alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı, bırakma girişimi, psikiyatrik hastalık durumu, intihar girişimi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, şiddetin özelliklerini ortaya koyabilmek amacıyla şiddetin uygulandığı yer, saat aralığı, şiddetin türü, şiddeti uygulayanın cinsiyeti ve mesleği, şiddete maruz kalma sayısı, şiddetin sonuçlarını ortaya koyabilmek amacıyla şiddete tepki, olay sonrası korku, çaresizlik, dehşet hissi, fiziksel yaralanma ya da sakatlanma durumu, maddi kayıp, olay sonrası yardım alımı, yardım alınan kişi ve tedavi türü, şiddete bakış açısının değerlendirilebilmesi için şiddetin kaynağı ve çözümü ile ilgili düşünceleri, şiddetle ilgili geçmiş deneyimleri ve sonuçlarını da ortaya koyabilmek için hastane dışında da şiddete maruz kalma durumu, kavgada kendini haklı görme durumu ve yasal olayla sonuçlanma durumu ve şiddete maruziyet durumunun sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik öykü ile ilişkisi de değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzeri olmak,
- Gönüllü olmak.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Akli dengenin yerinde olmaması,
- Bilinç durumunu etkileyen hastalıkların varlığı.

Bu çalışma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 04.05.2016 tarihinde, 162196 sayı numarası ile onay alındı (Bkz. EK-2).

### 3.1. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Verilerin istatistik değerdendirmeleri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0 versiyonu istatistik paket programı ile yapıldı. Sürekli değışkene ait veriler ortalama  $\pm$  SD ve kategorik değışkenlere ait veriler frekans ve yüzde olarak belirtildi. Grupların karşılaştırıldığı analizlerde, sürekli değışken için Mann Whitney U test, kategorik değışkenler için Ki-kare test ile Fisher exact test uygulandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde kabul edilerek değerdendirildi.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya 18-82 yaş aralığında %42.8'i (n:107) kadın ve %57.2'si (n:143) erkek olmak üzere toplam 250 olgu dahil edildi. Olguların çoğu (%32.4) 26-35 yaş aralığındaydı. Medeni durum olarak %45.2'si (n:113) bekar, %48.4'ü (n:121) evli ve %6.4'ü (n:16) boşanmış idi. Olguların %54.8'i (n:137) çocuk sahibi değilken, %39.6'sında (n:99) çocuk sayısı 1-3 arasında ve %5.6'sında (n:14) 4 ve üzeriydi. Eğitim durumları incelendiğinde %7.2'si (n:18) okuryazar/ilköğretim mezunu, %22.4'ü (n:56) ortaöğretim mezunu, %51.6'sı (n:129) lisans mezunu ve %18.8'i (n:47) yüksek lisans/doktora mezunu olduğunu belirtti. Olguların %12'si (n:30) ev hanımı, %21.6'sı (n:54) öğrenci, %17.6'sı (n:44) serbest meslek ve %48.4'ü (n:121) diğer meslek sahibi olup 1 olgu meslek durumunu belirtmedi. Aylık gelir %22.8'inde (n:57) 0-999 L arası, %37.6'sında (n:94) 1000-2999 L arası, %38.4'ünde (n:96) 3000 L ve üzeri olup 3 olgu gelirini belirtmedi (Tablo 4.1).

**Tablo 4-1. Sosyodemografik özellikler**

|                       | n   | %    |
|-----------------------|-----|------|
| Cinsiyet              |     |      |
| Kadın                 | 107 | 42.8 |
| Erkek                 | 143 | 57.2 |
| Yaş grubu             |     |      |
| 18-25                 | 70  | 28.0 |
| 26-35                 | 81  | 32.4 |
| 36-45                 | 45  | 18.0 |
| 46-55                 | 27  | 10.8 |
| 56-65                 | 19  | 7.6  |
| 66 ve üzeri           | 4   | 1.6  |
| Belirtilmemiş         | 4   | 1.6  |
| Medeni durum          |     |      |
| Bekar                 | 113 | 45.2 |
| Evli                  | 121 | 48.4 |
| Boşanmış              | 16  | 6.4  |
| Çocuk sayısı          |     |      |
| yok                   | 137 | 54.8 |
| 1-3                   | 99  | 39.6 |
| 4 ve üzeri            | 14  | 5.6  |
| Eğitim durumu         |     |      |
| Okuryazar/ilköğretim  | 18  | 7.2  |
| Orta öğretim          | 56  | 22.4 |
| Lisans                | 129 | 51.6 |
| Yüksek lisans/doktora | 47  | 18.8 |
| Meslek                |     |      |
| Ev hanımı             | 30  | 12.0 |
| Öğrenci               | 54  | 21.6 |
| Serbest meslek        | 44  | 17.6 |
| Diğer                 | 121 | 48.4 |
| Belirtilmemiş         | 1   | 0.4  |
| Gelir                 |     |      |
| 0-999 L               | 57  | 22.8 |
| 1000-2999 L           | 94  | 37.6 |
| 3000 L ve üzeri       | 96  | 38.4 |
| Belirtilmemiş         | 3   | 1.2  |

Olguların %48.4'ünde (n:121) alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı mevcuttu; 65 olgu sadece sigara, 13 olgu sadece alkol, 20 olgu sigara + alkol, 1 olgu sigara + alkol + madde kullanırken 22 olgu hangisini kullandığını belirtmedi.

Alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı olan 121 olgunun sadece 16'sında bırakma girişimi olmuştu. Onsekiz olguda (%7.2) psikiyatrik hastalık tedavisi uygulanmıştı; bunların 15'i depresyon, 1'i anksiyete, 1'i panik bozukluk ve 1'i obsesif-kompulsif bozukluk olarak belirlendi. Sadece 1 olguda intihar öyküsü mevcuttu. Olguların %10.8'inde (n:27) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı (Tablo 4.2).

**Tablo 4-2. Bağımlılık durumu ve psikiyatrik öykü**

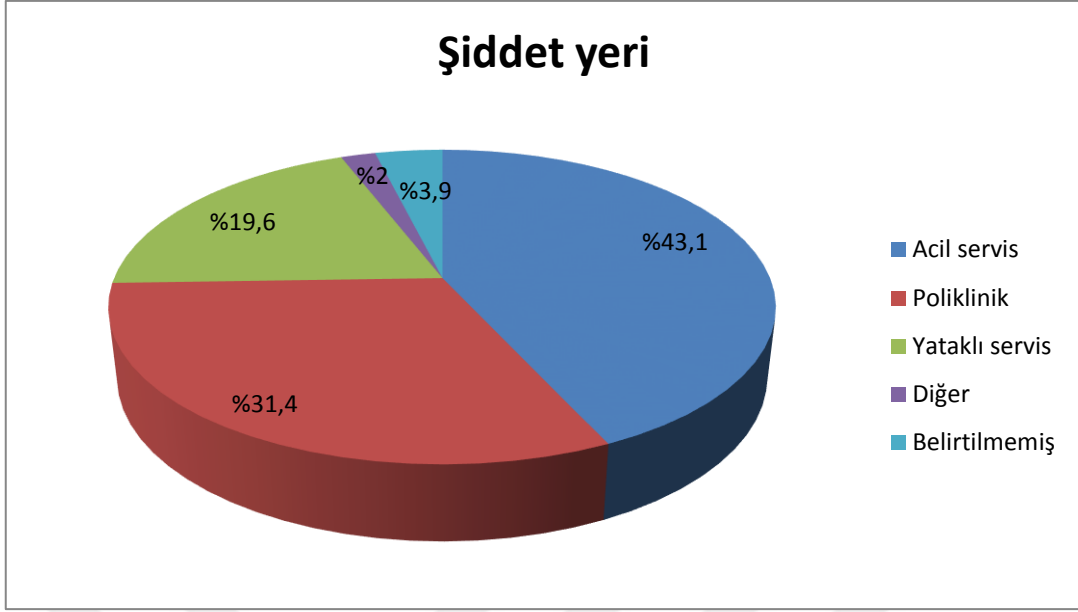
|                                               | n   | %    |
|-----------------------------------------------|-----|------|
| Alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı |     |      |
| Yok                                           | 128 | 51.2 |
| Var                                           | 121 | 48.4 |
| Belirtilmemiş                                 | 1   | 0.4  |
| Alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı |     |      |
| Sigara                                        | 65  | 53.7 |
| Sigara + alkol                                | 20  | 16.5 |
| Alkol                                         | 13  | 10.7 |
| Sigara + alkol + madde                        | 1   | 0.8  |
| Belirtilmemiş                                 | 22  | 18.2 |
| Madde bırakma girişimi                        |     |      |
| Yok                                           | 104 | 86.0 |
| Var                                           | 16  | 13.2 |
| Belirtilmemiş                                 | 1   | 0.8  |
| Psikiyatrik hastalık tedavisi                 |     |      |
| Hayır                                         | 231 | 92.4 |
| Evet                                          | 18  | 7.2  |
| Belirtilmemiş                                 | 1   | 0.4  |
| Psikiyatrik hastalık                          |     |      |
| Depresyon-major depresyon                     | 15  | 83.3 |
| Anksiyete                                     | 1   | 5.6  |
| Panik bozukluk                                | 1   | 5.6  |
| Obsesif kompulsif bozukluk                    | 1   | 5.6  |
| İntihar                                       |     |      |
| Hayır                                         | 248 | 99.2 |
| Evet                                          | 1   | 0.4  |
| Belirtilmemiş                                 | 1   | 0.4  |
| Ailede psikiyatrik hastalık                   |     |      |
| Yok                                           | 221 | 88.4 |
| Var                                           | 27  | 10.8 |
| Belirtilmemiş                                 | 2   | 0.8  |

Olguların %79.2'si (n:198) şiddete uğramadığını belirtirken %20.4'ü (n:51) şiddete uğradığını belirtti. Şiddet yeri olarak en sık acil servis (n:22) ve şiddet türü olarak en sık sözlü şiddet (n:46) belirtildi. Şiddet uygulayanın cinsiyeti %45.1 (n:23)

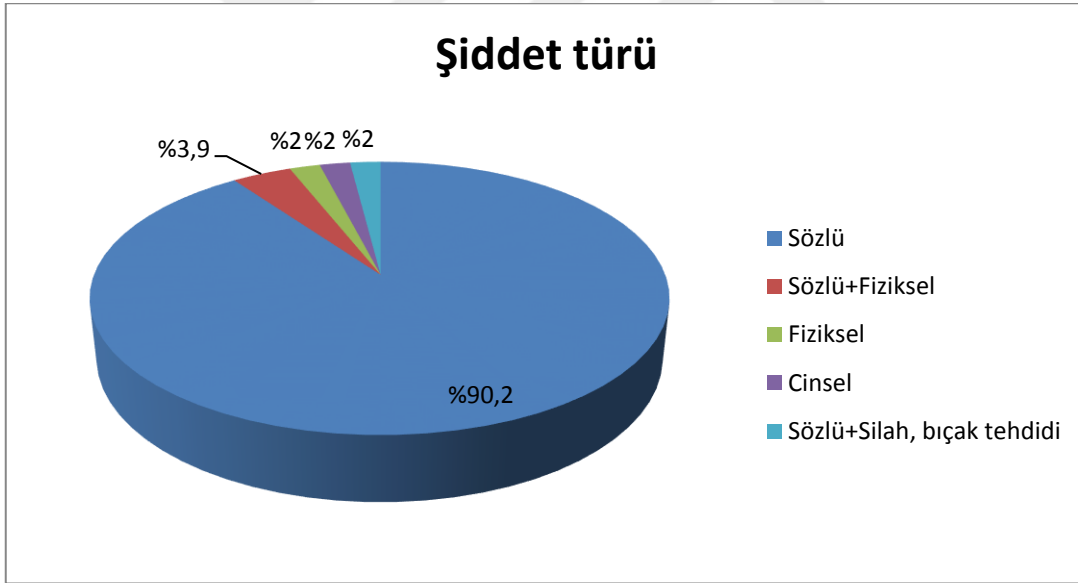
kadın ve %54.9 (n:28) erkek, şiddet uygulayanın mesleği 26 olguda hemşire/ebe/sağlık memuru, 13 olguda hekim, 10 olguda güvenlik/sekreter/temizlik memuru olarak belirtildi. Şiddetin uygulandığı zaman 19 olguda saat 8-16 arası, 19 olguda saat 16-24 arası ve 12 olguda saat 24-8 arası idi. Yirmi altı olgu 1 kez, 21 olgu 2-4 kez ve 3 olgu 5 kez ve üzeri şiddete maruz kaldığını belirtti (Tablo 4.3).

**Tablo 4-3. Şiddetin özellikleri**

|                                   | n   | %    |
|-----------------------------------|-----|------|
| Şiddete uğrama                    |     |      |
| Hayır                             | 198 | 79.2 |
| Evet                              | 51  | 20.4 |
| Belirtilmemiş                     | 1   | 0.4  |
| Şiddet yeri                       |     |      |
| Acil servis                       | 22  | 43.1 |
| Poliklinik                        | 16  | 31.4 |
| Yataklı servis                    | 10  | 19.6 |
| Diğer                             | 1   | 2.0  |
| Belirtilmemiş                     | 2   | 3.9  |
| Şiddetin türü                     |     |      |
| Sözlü                             | 46  | 90.2 |
| Sözlü + Fiziksel                  | 2   | 3.9  |
| Cinsel                            | 1   | 2.0  |
| Fiziksel                          | 1   | 2.0  |
| Sözlü + Silah, bıçak tehdidi      | 1   | 2.0  |
| Şiddet uygulayanın cinsiyeti      |     |      |
| Kadın                             | 23  | 45.1 |
| Erkek                             | 28  | 54.9 |
| Şiddet uygulayanın mesleği        |     |      |
| Hemşire/ebe/sağlık memuru         | 26  | 51.0 |
| Hekim                             | 13  | 25.5 |
| Güvenlik/sekreter/temizlik memuru | 10  | 19.6 |
| Bilmiyorum                        | 2   | 4.0  |
| Şiddet zamanı (saat aralığı)      |     |      |
| 8-16                              | 19  | 37.3 |
| 16-24                             | 19  | 37.3 |
| 24-8                              | 12  | 23.5 |
| Belirtilmemiş                     | 1   | 2.0  |
| Şiddete maruz kalma sayısı        |     |      |
| 1 kez                             | 26  | 51.0 |
| 2-4 kez                           | 21  | 41.2 |
| 5 kez ve üzeri                    | 3   | 5.9  |
| Belirtilmemiş                     | 1   | 2.0  |



**Şekil 4-1. Şiddet yeri**



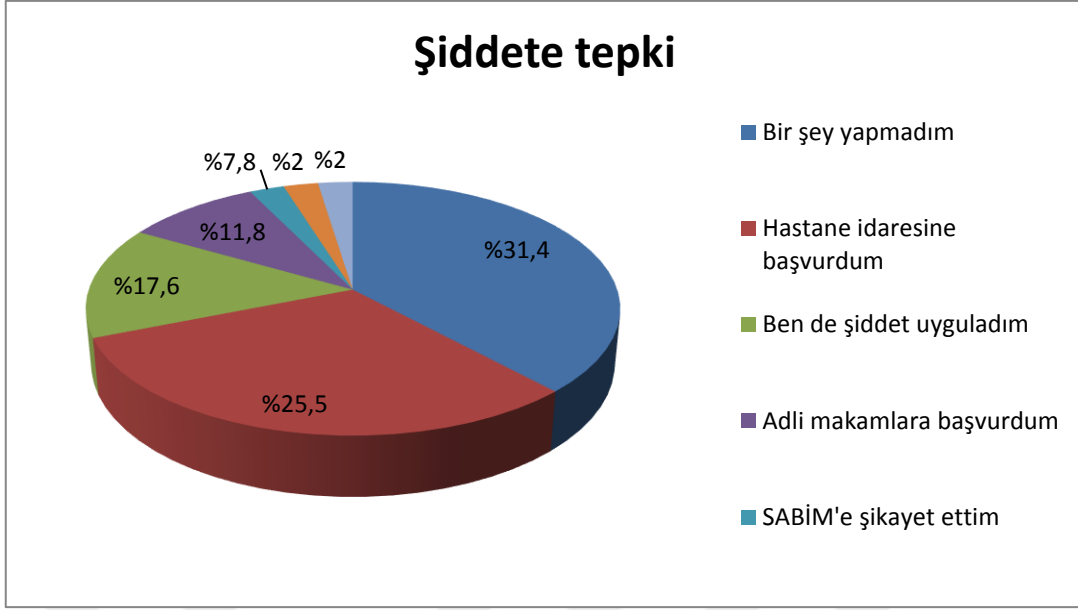
**Şekil 4-2. Şiddet türü**

Şiddete tepki olarak şiddete uğrayan olgular en sık bir şey yapmazken, 13'ü hastane idaresine başvurmuş, 4'ü adli makamlara başvurmuş, 1'i SABİM'e şikayet etmiş, 6'sı kendi de şiddet uygulamış ve 1'i hem kendi de şiddet uygulamış hem de adli makamlara başvurmuştu. Onsekiz olgu olayda korku, çaresizlik, dehşet hissettiğini, 2 olgu fiziksel yaralanma ya da sakatlanma yaşadığını ve 2 olgu maddi kayıp yaşadığını belirtti. Dokuz olgu olay sonrası yardım almış; bunların 4'ü psikolog, 2'si pratisyen

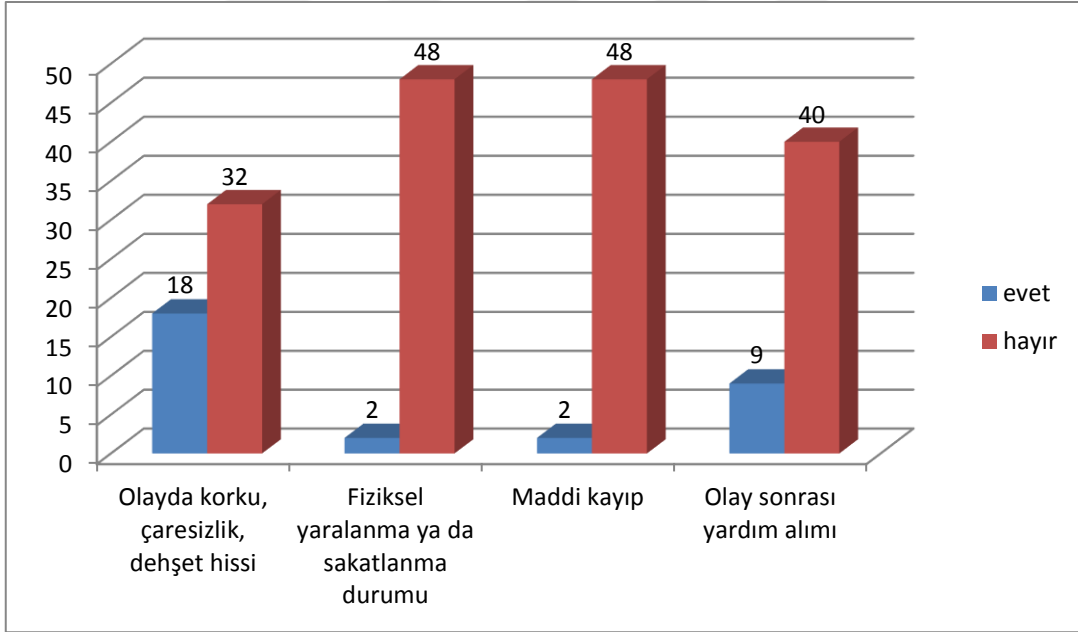
hekim, 2'si psikiyatrist ve 1'i başka kişiden yardım almıştı. Tedavi olarak da 3 olguya psikolojik, 1 olguya farmakolojik ve 2 olguya diğer tedavi yöntemleri uygulanmıştı (Tablo 4.4).

**Tablo 4-4. Şiddetin sonuçları**

|                                                    | n  | %    |
|----------------------------------------------------|----|------|
| Şiddete tepki                                      |    |      |
| Bir şey yapmadım                                   | 16 | 31.4 |
| Hastane idaresine başvurdum                        | 13 | 25.5 |
| Ben de şiddet uyguladım                            | 6  | 11.8 |
| Adli makamlara başvurdum                           | 4  | 7.8  |
| SABİM'e şikayet ettim                              | 1  | 2.0  |
| Adli makamlara başvurdum + Ben de şiddet uyguladım | 1  | 2.0  |
| Belirtilmemiş                                      | 10 | 19.6 |
| Olayda korku, çaresizlik, dehşet hissi             |    |      |
| Hayır                                              | 32 | 62.7 |
| Evet                                               | 18 | 35.3 |
| Belirtilmemiş                                      | 1  | 2.0  |
| Fiziksel yaralanma ya da sakatlanma durumu         |    |      |
| Hayır                                              | 48 | 94.1 |
| Evet                                               | 2  | 3.9  |
| Belirtilmemiş                                      | 1  | 2.0  |
| Maddi kayıp                                        |    |      |
| Hayır                                              | 48 | 94.1 |
| Evet                                               | 2  | 3.9  |
| Belirtilmemiş                                      | 1  | 2.0  |
| Olay sonrası yardım alımı                          |    |      |
| Hayır                                              | 40 | 78.4 |
| Evet                                               | 9  | 17.6 |
| Belirtilmemiş                                      | 2  | 3.9  |
| Yardım alınan kişi                                 |    |      |
| Psikolog                                           | 4  | 44.4 |
| Pratisyen hekim                                    | 2  | 22.2 |
| Psikiyatri uzmanı                                  | 2  | 22.2 |
| Diğer                                              | 1  | 11.1 |
| Tedavi türü                                        |    |      |
| Tedavi yok                                         | 3  | 33.3 |
| Psikolojik                                         | 3  | 33.3 |
| Farmakolojik                                       | 1  | 11.1 |
| Diğer                                              | 2  | 22.2 |



**Şekil 4-3. Şiddete tepki**



**Şekil 4-4. Şiddetin sonuçları**

Şiddet kaynağı olarak en sık personel, çevresel ve kişisel tüm etkenlerin etkili olduğu belirtildi; bu etkenler içerisinde en fazla hasta yoğunluğu suçlandı. Şiddetin çözümü olarak da en sık hasta yoğunluğunun azaltılması önerildi (Tablo 4.5).

**Tablo 4-5. Şiddet kaynağı ve çözüm önerileri**

|                                                         | n   | %    |
|---------------------------------------------------------|-----|------|
| Şiddet kaynağı                                          |     |      |
| Personel + Çevresel + Kişisel                           | 58  | 23.2 |
| Personel + Çevresel                                     | 6   | 2.4  |
| Çevresel + Kişisel                                      | 5   | 2.0  |
| Personel                                                | 3   | 1.2  |
| Kişisel                                                 | 2   | 0.8  |
| Personel + Kişisel                                      | 2   | 0.8  |
| Belirtilmemiş                                           | 174 | 69.6 |
| Personel nedenler                                       |     |      |
| Sağlık çalışanının iletişim eksikliği                   | 32  | 12.8 |
| Sağlık çalışanının kaba davranması                      | 31  | 12.4 |
| Sağlık çalışanının sabırsız davranışı                   | 30  | 12.0 |
| Sağlık çalışanının eğitim yetersizlikleri               | 12  | 4.8  |
| Sağlık çalışanının güç gösterisi yapması                | 4   | 1.6  |
| Çevresel nedenler                                       |     |      |
| Hasta yoğunluğu                                         | 45  | 18.0 |
| Hastane personelinin uzun ve yoğun çalışma süreleri     | 43  | 17.2 |
| Kişisel nedenler                                        |     |      |
| İletişim eksikliği                                      | 39  | 15.6 |
| Hasta ve yakınının hastane kurallarına uymak istememesi | 22  | 8.8  |
| Hasta ve yakınının eğitim yetersizlikleri               | 18  | 7.2  |
| Sabırsız ve talepkar tutumlar                           | 16  | 6.4  |
| Hasta ve yakınının güç gösterisi yapması                | 7   | 2.8  |
| Şiddet çözümü                                           |     |      |
| Hasta yoğunluğunun azaltılması                          | 49  | 19.6 |
| Şiddete yönelik eğitim verilmesi                        | 38  | 15.2 |
| Sağlık çalışanının güler yüzlü olması                   | 28  | 11.2 |
| Hekim sayısının artırılması                             | 16  | 6.4  |
| Personel sayısının artırılması                          | 15  | 6.0  |
| Fiziksel şartların düzeltilmesi                         | 15  | 6.0  |



Şekil 4-5. Şiddet kaynağı



Şekil 4-6. Şiddet çözüm önerileri

Şiddete maruz kaldığını belirtenlerde yaş ( $39.5 \pm 13.6$ ), şiddete maruz kalmadığını belirtenlere ( $33.9 \pm 12$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha büyük saptandı ( $p < 0.01$ ).

Şiddete maruz kaldığını belirtenler ile şiddete maruz kalmadığını belirtenler arasında cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve aylık gelir bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4-6. Şiddete maruziyet durumuna göre sosyodemografik özellikler**

|                       | Şiddete maruziyet yok |      | Şiddete maruziyet var |      | p     |
|-----------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|
|                       | n                     | %    | n                     | %    |       |
| Cinsiyet              |                       |      |                       |      |       |
| Kadın                 | 83                    | 41.9 | 24                    | 47.1 | 0.509 |
| Erkek                 | 115                   | 58.1 | 27                    | 52.9 |       |
| Medeni durum          |                       |      |                       |      |       |
| Bekar                 | 94                    | 47.5 | 18                    | 35.3 | 0.109 |
| Evli                  | 94                    | 47.5 | 27                    | 52.9 |       |
| Boşanmış              | 10                    | 5.1  | 6                     | 11.8 |       |
| Çocuk sayısı          |                       |      |                       |      |       |
| yok                   | 113                   | 57.1 | 23                    | 45.1 | 0.180 |
| 1-3                   | 73                    | 36.9 | 26                    | 51.0 |       |
| 4 ve üzeri            | 12                    | 6.1  | 2                     | 3.9  |       |
| Eğitim durumu         |                       |      |                       |      |       |
| Okuryazar/ilköğretim  | 12                    | 6.1  | 6                     | 11.8 | 0.221 |
| Orta öğretim          | 46                    | 23.2 | 10                    | 19.6 |       |
| Lisans                | 106                   | 53.5 | 22                    | 43.1 |       |
| Yüksek lisans/doktora | 34                    | 17.2 | 13                    | 25.5 |       |
| Meslek                |                       |      |                       |      |       |
| Ev hanımı             | 20                    | 10.2 | 10                    | 19.6 | 0.066 |
| Öğrenci               | 48                    | 24.4 | 5                     | 9.8  |       |
| Serbest meslek        | 34                    | 17.3 | 10                    | 19.6 |       |
| Diğer                 | 95                    | 48.2 | 26                    | 51.0 |       |
| Gelir                 |                       |      |                       |      |       |
| 0-999 L               | 45                    | 23.0 | 12                    | 23.5 | 0.496 |
| 1000-2999 L           | 78                    | 39.8 | 16                    | 31.4 |       |
| 3000 L ve üzeri       | 73                    | 37.2 | 23                    | 45.1 |       |

Şiddete maruz kaldığını belirtenler ile şiddete maruz kalmadığını belirtenler arasında alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı, bırakma girişimi, psikiyatrik hastalık ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4-7. Şiddete maruziyet durumuna göre psikiyatrik öykü**

|                                               | Şiddete maruziyet yok |      | Şiddete maruziyet var |      | p     |
|-----------------------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|
|                                               | n                     | %    | n                     | %    |       |
| Alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı |                       |      |                       |      |       |
| Yok                                           | 102                   | 51.5 | 26                    | 51.0 | 0.946 |
| Var                                           | 96                    | 48.5 | 25                    | 49.0 |       |
| Madde bırakma girişimi                        |                       |      |                       |      |       |
| Yok                                           | 151                   | 93.8 | 38                    | 86.4 | 0.117 |
| Var                                           | 10                    | 6.2  | 6                     | 13.6 |       |
| Psikiyatrik hastalık tedavisi                 |                       |      |                       |      |       |
| Hayır                                         | 187                   | 94.4 | 44                    | 86.3 | 0.064 |
| Evet                                          | 11                    | 5.6  | 7                     | 13.7 |       |
| Ailede psikiyatrik hastalık                   |                       |      |                       |      |       |
| Yok                                           | 177                   | 89.4 | 44                    | 88.0 | 0.777 |
| Var                                           | 21                    | 10.6 | 6                     | 12.0 |       |

Hastane dışı şiddet durumu incelendiğinde 32 olgu (%12.8) hastane dışında şiddete maruz kaldığını belirtti. Hastane dışı şiddete uğrayanların 25'i (%78.1) nadiren (1-2 yılda bir), 5'i (%15.6) bazen (3-4 ayda bir), 2'si (%6.3) sık sık şiddete maruz kaldığını ve 8 olgu (%25) kavgada her zaman kendisinin haklı olduğunu, 24 olgu (%75) kimi zaman kendisinin kimi zaman karşı tarafın haklı olduğunu belirtti. Sadece 7 olgu (%21.9) yasal durumla sonuçlanan olay yaşamış olup 5 olgu şikayet eden ve 2 olgu şikayet edilen taraf olduğunu belirtti (Tablo 4.8).

**Tablo 4-8. Hastane dışı şiddet durumu**

|                                                    | n   | %    |
|----------------------------------------------------|-----|------|
| Hastane dışı şiddete maruz kalma                   |     |      |
| Hayır                                              | 54  | 21.6 |
| Evet                                               | 32  | 12.8 |
| Belirtilmemiş                                      | 165 | 65.6 |
| Sıklık                                             |     |      |
| Nadiren (1-2 yılda bir)                            | 25  | 78.1 |
| Bazen (3-4 ayda bir)                               | 5   | 15.6 |
| Sık sık                                            | 2   | 6.3  |
| Kavgada                                            |     |      |
| Her zaman haklı olduğumu düşünüyorum               | 8   | 25.0 |
| Kimi zaman ben, kimi zaman karşı taraf haklı       | 24  | 75.0 |
| Çoğu zaman ben gereğinden fazla tepki gösteriyorum | 0   | 0.0  |
| Yasal durumla sonuçlanan olay yaşama               |     |      |
| Hayır                                              | 25  | 78.1 |
| Evet                                               | 7   | 21.9 |
| Hangi taraftasınız                                 |     |      |
| Şikayet eden                                       | 5   | 71.4 |
| Şikayet edilen                                     | 2   | 28.6 |

Hastanede şiddete maruz kalmadığını belirtenlerde hastanede şiddete maruz kaldığını belirtenlere göre hastane dışında şiddete maruziyet istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.9).

**Tablo 4-9. Hastanede şiddete maruziyet ile hastane dışı şiddete maruziyet durumu arasındaki ilişki**

|                                | Hastanede şiddete maruz kalma yok |      | Hastanede şiddete maruz kalma var |      | p            |
|--------------------------------|-----------------------------------|------|-----------------------------------|------|--------------|
| Hastane dışı şiddete maruziyet | n                                 | %    | n                                 | %    |              |
| Hayır                          | 20                                | 51.3 | 34                                | 72.3 | <b>0.044</b> |
| Evet                           | 19                                | 48.7 | 13                                | 27.7 |              |

## 5. TARTIŞMA

Hastanelerde, özellikle acil servis gibi özel alanlarda hizmet veren hekim ve diğer personeller, hatta hasta ve hasta yakınları da şiddet riski altındadır (2,3). ABD’de sağlık sektöründe şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerindeki çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (1). ABD’de 1988 yılında yapılan bir çalışmada 127 acil servis yöneticisinden elde edilen bilgilere göre hastanede günde en az 1 sözlü tehdit %32, ayda en az 1 silahlı tehdit %18 oranlarında görülmüştür. Beş yıllık bir izlemde ise hastanede personelin silahlı tehdidi %57, acil servis personelinin ayda en az 1 kez fiziksel saldırıya maruz kalması %43, hastanede personelin yaralanması %80 ve hastanede ölüm %7 oranlarında saptanmıştır (115). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili Ocak 1999-Temmuz 2010 tarihleri arasında yayınlanmış 29 yayının değerlendirildiği inceleme sonucunda doktor ve hemşirelerin yarıdan fazlasının sözel şiddete ve yaklaşık yedide birinin de fiziksel şiddete uğradıkları belirlenmiştir (4). Bu oranlar dünyanın pek çok ülkesinden bildirilen oranlarla benzerlik göstermektedir. Dünya Sağlık örgütü (WHO), Uluslararası çalışma örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’nin 2002 yılı “sağlık sektöründe iş yeri şiddeti ” başlıklı ortak raporunda sağlık çalışanlarının %3-17’sinin fiziksel, %27-67’sinin sözel, %10-23’ünün psikolojik, %0.7-0.8’inin cinsel içerikli, %0.8-2.7’sinin etnik şiddete mesleklerini uyguladıkları süre içinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir (77). Bizim çalışmamızda ise acil servise başvuran hasta veya hasta yakınlarına sağlık çalışanları tarafından uygulandığı iddia edilen şiddetin özellikleri incelendi ve katılımcıların %79.2’si (n:198) şiddete uğramadığını belirtirken %20.4’ü (n:51) şiddete uğradığını belirtti. Yirmi altı olgu 1 kez, 21 olgu 2-4 kez ve 3 olgu 5 kez ve üzeri şiddete maruz kaldığını belirtti.

Yapılan çalışmalarda sağlıkta şiddet olaylarının en çok acil servislerde ve devlet hastanelerinde meydana geldiğini saptamışlardır. Ayrancı ve ark. yaptığı çalışmada şiddet olaylarının %63.1’inin acil servislerde ve kurum olarak ta %63.1’inin devlet hastanesinde meydana geldiği saptanmıştır (82). 2011 yılında 12 ilde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %68.8’inin şiddet ile devlet hastanesinde karşılaştığı belirlenmiştir (83). Daha az oranlarda bekleme salonları, park yerleri, koridorlar ve kafeteryalar da riskli alanlar olarak belirtilmiştir (116). Dahili ve cerrahi kliniklerinde

de şiddetin nadir olmadığı belirtilmiştir (84). Çalışmamızda da daha önce yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumlu şekilde şiddete uğrama yeri olarak en sık acil servis (n:22) belirtildi.

Geniş klinik tanı yelpazesi, hızla maksimum kapasitesine ulaşması, yer bulunamadığı için yatış ya da sevk işlemlerinin yapılamaması, çoğunlukla multidisipliner bir yaklaşım ve pek çok bölüm ile koordineli çalışmayı gerektirmesi, konsültasyon süreçlerindeki yaşanan sorunlar nedeniyle acil servisler, hemen hemen tüm hastanelerdeki en kalabalık ve karmaşık birimlerdir (9-12). Doğal olarak acil servisler aşırı stresli mekanlardır ve acil servis çalışanları, sağlık çalışanları içinde en fazla strese maruz kalan gruptur (2,10). Acil serviste tıbbi hata yapma korkusu, ani ölümlerle yüz yüze gelme, ölen hastanın yakınlarıyla uğraşma, kaba ve düşmanca tutum sergileyen hastalarla ilgilenme zorunluluğu ve güvenlik endişesi başlıca iş stres faktörleridir (10,26,33). Acil servise başvuranların kaba ve düşmanca tutumu bu stresin en önemli kaynaklarından birisidir (10,26). Bunların neticesinde “Tükenmişlik Sendromu” dediğimiz durum ortaya çıkmakta ve hekimlerin performansları olumsuz etkilenecek iş verimliliği azalmaktadır (4,30). Bu durum da kesintisiz ve ekip işi gerektiren acil servis hizmetlerinde aksamaya yol açmaktadır.

Şiddetin en yaygın nedenleri olarak hasta yoğunluğu, uzun bekleme süresi, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentilerde bulunması, stresli aile üyelerinin varlığı, hastanın ölümü, servis kuralları, ödeme zorlukları, işlerin yoğun fakat personel sayısının az olması, çalışanın şiddetle baş etme konusunda eğitim yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması ve şiddeti önlemeye yönelik etkili kurumsal ve yasal düzenlemelerin olmaması sayılmaktadır (2,4,13-15,109). Ayrıca muayene ve tedaviler esnasında oluşan tartışmalar, anlaşmazlıklar, saygısız, kaba tutumlar, gereksiz yere sağlık kuruluşlarına gitmeler, diğer insanlara saygı göstermemeler karşılıklı olarak hem hastayı hem de acil servis çalışanlarını provoke edebilmektedir (2). Gelişen olaylarda hasta her zaman haklıdır mantığı ya da olaya medyatik ve popülist yaklaşımlar nedeniyle çalışanlar ile hastaların karşı karşıya getirilmesi de şiddet için ciddi bir risk oluşturabilmektedir (2,6). Her yıl acil servislere artan başvurusu sayısı acil servislerden istek ve beklentilerin de artmasına yol açmakta ve son yıllarda büyük önem kazanan hasta memnuniyeti kavramı gündeme gelmektedir (12). Bekleme zamanı, hasta memnuniyeti için en önemli faktördür (12).

Ankara’da yapılan bir çalışmada sağlık kurumlarına başvuran kişilerin %62.7’si sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumuna muayene sırasında fazla beklemenin neden olduğunu ifade etmiştir (13). İsrail’de yapılan bir çalışmada da katılımcıların %46.2’si uzun bekleme süresi nedeniyle şiddete maruz kalmıştır (15). Çalışmamızda şiddet kaynağı olarak en sık personel, çevresel ve kişisel tüm etkenlerin birlikte 5tkili olduğu belirtildi; bu etkenler içerisinde hasta veya hasta yakınlarına göre diğer çalışma sonuçlarına benzer şekilde en fazla hasta yoğunluğu suçlandı.

Şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında bu kişilerin daha çok erkek, 30 yaş ve altı, eğitim düzeyi düşük, legal ya da illegal olarak silah bulundurabilen, ve psikiyatrik hastalığı olan, alkol veya madde bağımlısı bir yapı gösterdikleri belirtilmektedir (4,14). Otorite ile sorunları olan kişiler de bu gruptandır. Tıbbi ve psikiyatrik hastalıkların varlığı da saldırganlığı etkilemektedir. Ancak şiddet uygulama eğilimi açısından psikolojik sorunlu olgular ile normal olgular arasında büyük bir fark olmadığı bildirilmektedir (117). Çalışmamızda olguların %48.4’ünde alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı mevcuttu ve %7.2’sinde psikiyatrik hastalık tedavisi uygulanmıştı. Olguların %10.8’inde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Şiddete maruz kaldığını belirtenler ile şiddete maruz kalmadığını belirtenler arasında alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı, bırakma girişimi, psikiyatrik hastalık ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada devlet hastanesinde katılımcıların %68’i sözel şiddete maruz kaldığını (85), ABD’de yapılan bir çalışmada acil servis hekimlerinde sözel şiddet sıklığı %74.9 (86), Türkiye genelinde ise bu sıklık %53.7-%60 olarak bildirilmiştir (99,118). Ülkemizde daha yüksek oran bildiren çalışmalar da mevcuttur. Adana’da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100’ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir (87). Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin dahil edildiği çalışmada %79.4’ü sağlık çalışanlarının en sık sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (13). Çalışmamızda da şiddet türü olarak en sık sözlü şiddet (46/51) belirtildi. Sözel şiddet sıklığının tüm çalışmalarda yüksek çıkması fiziksel şiddete göre cezalarının az olması, kanıtlanabilirliğinin daha zor olması, bildirimlerin daha az yapılması ve sözel şiddet nedeniyle cezanın hak edilmediği düşüncelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bazı çalışmalarda genel olarak sağlık çalışanları içerisinde kadınların daha çok şiddete uğradıkları gösterilmiştir (4,82,89). Şiddetin türüne göre ise genellikle sözel şiddete uğramada kadınların, fiziksel şiddete uğramada erkeklerin çoğunlukta olduğu belirtilmiştir (4,102). Kadın sağlık çalışanlarına sözel şiddetin fazla olmasının nedenleri olarak kadınların savunmasız görülmesi, kadınların tepkisinin erkeklere göre daha az olması ve ataerkil toplum gereği kadınların tepkilerine daha fazla tepki gösterilmesi sayılabilir (13). Çalışmamızda şiddet uyguladığı iddia edilen kişilerin cinsiyeti %45.1 kadın ve %54.9 erkek, şiddete uğradığını iddia edenlerin %42.8'i kadın ve %57.2'si erkek olarak belirtildi. Ancak şiddete maruz kaldığını belirtenler ile şiddete maruz kalmadığını belirtenler arasında cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı

Meslek gruplarına göre incelendiğinde şiddete uğrama konusunda hemşirelerin en riskli grup olduğu belirlenmiştir (4,76,102). 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da birinci basamakta, devlet hastanesinde ve üniversite hastanesinde çalışanların dahil edildiği çalışmada erkeklerin %48 ve kadınların %52.5'i son bir yıl içerisinde sözel, fiziksel veya cinsel şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı saptanmıştır (82). 2009 yılında Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada intern doktorların %65.5'i ve araştırma görevlisi doktorların %59.5'i çalışma yaşamı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (119). Çalışmamızda şiddet uygulayanın mesleği de en sık hemşire/ebe/sağlık memuru, 2. sıklıkta hekim ve 3.sıklıkta güvenlik/sekreter/temizlik memuru olarak belirtildi. Bu sonuçlara göre hasta veya hasta yakınları ile en fazla temas eden personel olması nedeniyle hemşirelerin daha fazla risk altında olduğu düşünülmektedir.

Şiddetin gerçekleştiği saat aralığı incelendiğinde, Aydın ve ark. sağlık çalışanlarının %45'inin gündüz çalışma saatleri içerisinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (98). Öztunç ve ark. ise yaptıkları çalışmada gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin şiddete daha fazla uğradıklarını saptamışlardır (95). Bazı çalışmalarda ise gece mesailerinde şiddetin gündüz mesailerinden daha fazla olduğu ve şiddetin en sık olduğu saat aralığının ise 16.00-20.00 olduğu saptanmıştır (8,120). Çalışmamızda da şiddet kaynağı olarak en fazla suçlanan faktör olan hasta yoğunluğunun daha fazla olduğu saatlerde şiddetin de daha fazla gerçekleştiği saptandı; şiddetin uygulandığı

zaman 19 olguda saat 8-16 arası, 19 olguda saat 16-24 arası ve 12 olguda saat 24-8 arası olarak belirtildi.

Yapılan çalışmalarda şiddet olayına verilen tepkiler incelendiğinde saldırı sonrası mağdurlarda en çok emosyonel ve fizyolojik belirtiler görüldüğü (4,6) ve genel olarak yetersiz baş etme düzeneklerinin kullanıldığı belirlenmiştir (4). Başka bir çalışmada şiddete uğrayanların %78.1'inin şiddete karşılık verdiği saptanmıştır (109). Çalışmamızda 18 olgu olayda korku, çaresizlik, dehşet hissettiğini, 2 olgu fiziksel yaralanma ya da sakatlanma yaşadığını ve 2 olgu maddi kayıp yaşadığını belirtti. Dokuz olgu olay sonrası yardım almıştı. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi fiziksel şiddet olayların şiddet olarak algılandığı, diğer olayların bildirilmediği tespit edilmiştir (6,121,122). Genellikle sözel şiddet olayları ciddi bir sorun olarak değerlendirilmemekte ya da bildirim sonrası bürokratik engellemeler nedeniyle sonuç alamama endişesi ile bildirimde bulunulmamaktadır (84,100). Ülkemizde de yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının %67'sinin, hekimlerin %62'sinin, acil servis çalışanlarının ise %60'ının şiddet olayı sonrasında herhangi bir şikayette bulunmadıkları belirlenmiştir. Çalışanların şikayette bulunmama gerekçeleri arasında başta gelen sebeplerin idari yöneticilere ve adalet mekanizmasına karşı güvensizliğin, yanıt almadaki bürokratik engeller olduğu belirtilmiştir (98). Birçok çalışma, çalışırken saldırıya uğramanın mesleğin bir doğasıymış gibi algılanması ve bu nedenle olayların bildirilmeme eğilimi olduğunu da ifade etmektedir (14,102). İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde bu eksiklikler ve engeller olduğu için şiddetle ilgili gerçek sıklığının bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmiştir (123). Gerçekleşen olayların çoğu kayıt altına alınmamakla birlikte çok sayıda hastane yönetimi, acil servisteki şiddet olaylarından bir şekilde zarar gören ya da yaralanan hasta ve yakınları tarafından dava edilebilmektedir (2). Çalışmamızda da şiddete tepki olarak benzer şekilde şiddete uğrayan olgular en sık bir şey yapmazken, 13'ü hastane idaresine başvurmuş, 4'ü adli makamlara başvurmuş, 1'i SABİM'e şikayet etmiş, 6'sı kendi de şiddet uygulamış ve 1'i hem kendi de şiddet uygulamış hem de adli makamlara başvurmuştu. Şiddetin sıklığı ve boyutu ile ilgili en sağlam kanıtların elde edilebilmesi yaşanan olayların bildirilmesi ile mümkün olacaktır.

Yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de şiddet ile ilgili gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Acil servis hemşireleri ile yapılan bir çalışmada

hemşirelerin şiddetin çözümü ile ilgili olarak 'yöneticilerin, hemşire ve hastayı ayrı ayrı dinleyerek sorunları çözmesi' (%29.34), 'acil serviste yeterli sayıda ve nitelikte personelin görev yapması' (%18.48), 'şiddet davranışı gösteren hastalara gerekli idari ve yasal yaptırımların uygulanması' (%11.96) önerilerini getirdikleri tespit edilmiştir (124). Başka bir çalışmada yine acil serviste şiddetin çözümü ile ilgili olarak “konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle acil serviste kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi”, “güvenlik önlemlerinin artırılması”, “konsültasyon prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi”, “acil hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması” ve “hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması” katılımcılar tarafından en çok önerilen beş madde olmuştur (33). Katılımcıların sağlık kurumlarına başvuran kişiler olduğu bir çalışmada ise sağlık çalışanına uygulanan şiddetin önlenmesi için katılımcıların %68.4’ü gerekli yasal düzenlemeler hazırlanması ve %66.7’si halka yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu yanıtlara şiddet olaylarına karışanlara ceza verilmemesi ya da verilen cezaların yetersiz görülmesi, medyaya yansıyan şiddet olaylarının artması ve şiddetin hayatın her alanında görünür hale gelmesinin neden olabileceği düşünülmektedir. Aynı çalışmada yaşamı boyunca şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre daha az sıklıkla sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenebileceğini düşündüğü saptanmış ve bu duruma şiddete maruz kalanların şiddetin önlenmesi konusundaki umutsuzluklarının neden olduğu düşünülmüştür (13). Çalışmamızda da hasta veya hasta yakınları tarafından şiddetin çözümü olarak en sık hasta yoğunluğunun azaltılması önerildi; daha sonra sırasıyla şiddete yönelik eğitim verilmesi, sağlık çalışanının güler yüzlü olması, hekim sayısının artırılması, personel sayısının artırılması ve fiziksel şartların düzeltilmesi önerilerinde bulunuldu.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde şiddete yönelik herhangi bir yasal/organizasyonel düzenlemenin olmaması, şiddetin önlenmesi ve güvenliğinin sağlanması konusunda boşluklar oluşmasına ve saldırı olaylarının çoğunun bildirilmemesine, dolayısıyla bu konudaki gerçek sayısal verilerin bilinmemesine neden olmaktadır (4). Katılımcıların sağlık kurumlarına başvuran kişiler olduğu çalışmada katılımcıların yaklaşık %70’inin sağlık çalışanına şiddet uygulayanlara ceza uygulanmadığını düşündüğü saptanmıştır (13). Bu duruma medyada sağlık çalışanlarına şiddet uygulandığı ve herhangi bir yaptırımın olmadığı ile ilgili çok sayıda haberin neden olabildiği düşünülmüştür. Aynı

çalışmada incelenenlerin %20'sinin de çalışanın şiddeti hak ettiğini düşündüğü tespit edilmiştir. Şiddeti hak ettiğini düşünme nedeni olarak en sık hastayla yeterince ilgilenmeme olduğu saptanmıştır (13). Hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarından çok fazla beklenti içinde bulunmaları, bu beklentileri tam olarak gerçekleştirmeyince şiddete başvurmaları ve bunu kendilerine hak olarak görmeleri önemli bir problemdir.

Şiddet türleri konusunda tam bir dil ve tanım birliğinin olmadığı ve şiddet türlerinin hangi davranışları içerdiği konusunda kültürel ve bireysel farklılıklar olduğu da bilinmektedir (4). Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili yayınlanmış 29 yayının değerlendirildiği inceleme sonucunda (4) hemşireler için bildirilen fiziksel saldırı ortalaması %17.7 iken, İngiltere'de yapılan bir çalışmada (1) hemşirelerin %97'sinin son bir yıl içinde fiziksel şiddete uğradığı rapor edilmiştir. Oranlardaki farklılığın fiziksel şiddetin kültürlerarası tanımlanmasındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim kültürümüzde fiziksel saldırı kapsamında değerlendirilmeyen pek çok davranış batı kültüründe fiziksel saldırı olarak tanımlanabilmektedir (4). Çalışmamızda katılımcıların hangi davranışları şiddet olarak kabul ettiği ve iddia ettikleri olayların gerçekten şiddet olup olmadığı belirsizdir. Veriler önceki çalışmalarda da olduğu gibi kişilerin geçmiş deneyimlerine odaklanıp saldırı bildirme raporlarına dayandırılmamıştır. Bu durumda kişilerin geçmiş deneyimleri konusunda ön yargılı davranabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu güçlükler rağmen sonuçlar sağlık sektöründe şiddetin ciddi bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Sağlık sektöründe şiddete hasta yakınlarının bakış açısını gösteren nadir çalışmalardan biri olması nedeniyle bu çalışmamız, literatüre bir katkı olarak sunulmuştur. Gelecekte yapılacak çalışmalarda şiddet türlerinin ve içeriklerinin tanımlanması konusunda ortak bir dilin oluşturulması, standart ölçeklerin geliştirilmesi ve uygulanması önerilmektedir.

Sonuç olarak, öncelikle toplumsal müdahalelerle şiddet azaltılmaya çalışılmalıdır. Şiddetle ilgili yasal düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır. Şiddetin nedenleri saptanmalı ve nedenlere yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Hastaneler kendi iç güvenlik sistemlerini kurmalıdır. Hasta ve yakınlarına göre şiddetin en sık nedeni olarak belirtilen hasta yoğunluğunun azaltılması için hastanede yeterli sayıda ve kalitede eleman görevlendirilmeli, tetkik, konsültasyon ve sevk işlemlerini hızlandıracak müdahalelerle hastaların hastanede kalış süresi kısaltılmalı ve özellikle acil servise

gereksiz başvuruların önüne geçilebilmesi konusunda toplum bilinçlendirilmelidir. Acil serviste ve hatta hastane ortamında çalışan hekim, hemşire ve diğer personelin hasta veya hasta yakınları ile iyi iletişim kurma, doğru bilgilendirme, profesyonellik ve saldırgan olgulara yaklaşım konusunda eğitilmeleri gereklidir. Şiddet ve şiddetin çözümü ile ilgili halka yönelik seminerler düzenlenmeli, eğitim verilmeli, özellikle muayene sırasında beklenebileceği bilinci yerleştirilmelidir. Çoğunlukla olumsuz ve özellikle şiddet olayları ile medyada gündeme gelen sağlık çalışanları ile ilgili olumlu haberlerin de gündeme getirilmesi ve şiddete yönelik kamu spotlarının yayınlanması da faydalı olacaktır. Bu önerilerle şiddet azaltılarak özellikle kesintisiz hizmet vermek zorunda olan ve ekip çalışması gerektiren acil servislerde sağlık personelinin performansı olumlu etkilenecek ve hizmet kalitesi de artmış olacaktır.



## 6. SONUÇLAR

- Çalışmaya 18-82 yaş aralığında %42.8'i (n:107) kadın ve %57.2'si (n:143) erkek olmak üzere toplam 250 olgu dahil edildi.
- Olguların %48.4'ünde (n:121) alkol/sigara/bağımlılık yapan madde kullanımı mevcuttu;
- Onsekiz olguda (%7.2) psikiyatrik hastalık tedavisi uygulanmıştı; Sadece 1 olguda intihar öyküsü mevcuttu. Olguların %10.8'inde (n:27) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı
- Olguların %79.2'si (n:198) şiddete uğramadığını belirtirken %20.4'ü (n:51) şiddete uğradığını belirtti.
- Şiddet yeri olarak en sık acil servis (n:22) ve şiddet türü olarak en sık sözlü şiddet (n:46) belirtildi.
- Şiddet uygulayanın cinsiyeti %45.1 (n:23) kadın ve %54.9 (n:28) erkek, şiddet uygulayanın mesleği 26 olguda hemşire/ebe/sağlık memuru, 13 olguda hekim, 10 olguda güvenlik/sekreter/temizlik memuru olarak belirtildi.
- Şiddetin uygulandığı zaman 19 olguda saat 8-16 arası, 19 olguda saat 16-24 arası ve 12 olguda saat 24-8 arası idi.
- Şiddete tepki olarak şiddete uğrayan olgular en sık bir şey yapmazken, 13'ü hastane idaresine başvurmuş, 4'ü adli makamlara başvurmuş, 1'i SABİM'e şikayet etmiş, 6'sı kendi de şiddet uygulamış ve 1'i hem kendi de şiddet uygulamış hem de adli makamlara başvurmuştu.
- Onsekiz olgu olayda korku, çaresizlik, dehşet hissettiğini, 2 olgu fiziksel yaralanma ya da sakatlanma yaşadığını ve 2 olgu maddi kayıp yaşadığını belirtti. Dokuz olgu olay sonrası yardım almıştı.
- Şiddet kaynağı olarak en sık personel, çevresel ve kişisel tüm etkenlerin etkili olduğu belirtildi; bu etkenler içerisinde en fazla hasta yoğunluğu suçlandı.
- Şiddetin çözümü olarak en sık hasta yoğunluğunun azaltılması önerildi.

- Şiddete maruz kaldığını belirtenlerde yaş ( $39.5 \pm 13.6$ ), şiddete maruz kalmadığını belirtenlere ( $33.9 \pm 12$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha büyük saptandı ( $p < 0.01$ ); ancak bu 2 grup arasında diğer özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p > 0.05$ ).
- Ciddi bir problem olan sağlıkta şiddetin azaltılması ve önlenmesi için toplumsal müdahaleler, yasal düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır. Şiddetin nedenleri saptanmalı, sağlık personeli ve halk şiddet konusunda eğitilmeli, hastaneler kendi güvenlik sistemlerini kurmalı ve acil servislerin hizmet kalitesi artırılmalıdır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev.* 2001;48(3):129-30.
2. Aktuğlu K, Hancı İH. Acil servislerde şiddet tehditi. *Mevzuat Dergisi.* 1999;2(5).
3. Tekin İ. Acil hekimlerine yönelik şiddet. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci.* 2006;2(50):68-73.
4. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2011;31(6):1442-56.
5. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs.* 2000;31(2):452-60.
6. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs.* 2006;55(6):778-87.
7. Gülalp B, Karcıoğlu O, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009;15:239-42.
8. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J.* 2004;7:27-37.
9. Genç M, Eğri M, Pehlivan E ve ark. Acil servise başvuran hastaların bekleme zamanları üzerine bir çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi.* 1999;6(4):337-9.
10. Serinken M, Tomruk Ö, Erdur B, ve ark. Acil servis hekimlerinin iş stres faktörleri. *Akademik Acil Tıp Dergisi.* 2003;2:48-51.
11. Barber Perez P, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Stimulation of a hospital emergency department and its potential use in management. *Gac Sanit.* 1994;8:239-47.
12. Karaca MA, Erbil B, Özmen MM. Waiting in the emergency room: patient and attendant satisfaction and perception. *Eur J Surg Sci.* 2011;2(1):1-4.

13. İlhan MN, Cakır M, Tunca MZ, Avcı E. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. GMJ. 2013;24:5-10
14. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. Aggr Viol Behav. 2008;13(6):431-41.
15. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Serv Res. 2005;5:54.
16. Kuşuoğlu S. Acil Bakım. İçinde: Şelimen D (editör). *Acil Bakım*, 3. Baskı. İstanbul, Yüce Yayın, 2004.
17. Akyolcu N. Dünden bugüne acil hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2007;15:173-8.
18. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>. Erişim tarihi: 26.02.2016
19. James O. Making a Difference - The History of Modern EMS, JEMS Communications, Mosby-Year Book 1997.
20. Ünlüoğlu İ, Ekşi A, Elçioğlu Ö. Acil tıp hizmetleri paralelinde ambulansların gelişimi. Sendrom. 2002;14(2):18-24.
21. Numanoglu SC, Elçioğlu Ö, Özden H, İnlioğlu İ. 19. Yüzyılda Acil Tıp Hizmetleri, Cumhuriyet Sonrası Türkiye’de, Acil Yardım Hizmetlerinin Sunumu. In: Ankara; 1998:99-105.
22. Aslan FE, Karaçay P. Diğer Sağlık Sorunları. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE (editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011.
23. <http://kadirlidh.saglik.gov.tr/dosyalar/201611162436.pdf>. Erişim tarihi: 05.04.2016
24. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.13494&MevzuatTliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20sa>. Erişim tarihi: 05.04.2016

25. Akpınar Oruç O, Üzel Taş H. Acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Kocatepe Tıp Dergisi. 2014;15(2):131-6.
26. Whitehead DC, Pines A. Surviving The 10-Year Ache: Emergency Practice Burnout. Emergency Medicine Reports(Supplement). 1991;23:1-7.
27. Çevik AA. Acil servis hekimleri ve “burn out” sendromu. ACİL TIP DERGİSİ Ekim 2000 III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı. 281-8.
28. Dorevitch S, Forst L. The occupational hazards of emergency physicians. Am J Emerg Med. 2000;18:300-11.
29. Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. Arch Intern Med. 1988;148:1428-35.
30. Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. Acil tıp hizmeti veren hekimlerde tükenme sendromu. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2006;4(7):51-4.
31. Maslach C. Burned-out. Hum Behav. 1976;5:197-220.
32. Urbach JR, Levenson JL, Harbison JW. Perception of house staff stress and dysfunction within the academic medical center. Psychiatr Q. 1989;60:283-96.
33. Çıkrıklar Hİ, Yürümez Y, Yücel M, Asan Aslan N, Engindeniz Z, Cebicci H, Altuntaş M. Acil serviste zor hastaların yönetimi. Sakarya Tıp Dergisi. 2016;6(1):20-6.
34. Yardan T, Eden AO, Baydın A, Genç S, Gönüllü H. Acil serviste hasta yakınları ile iletişim. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2008;7:9-13.
35. Jones C, Skirrow P, Griffiths DR, Humphris G, Ingleby S, Jane Eddleston J, Waldmann C, Gager M. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. Intensive Care Medicine. 2004;30:456-60.
36. Murphy F, Nightingale A. Accident and emergency nurses as researchers: exploring some of the ethical issues when researching sensitive topics. Accid Emerg Nurs. 2002;10:72-7.

37. Doyle CJ, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med.* 1987;16:673-5.
38. Pitrou I, Lecourt AC, Bailly L, Brousse B, Dauchet L, Ladner J. Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study, France. *Eur J Emerg Med.* 2009;16:177-82.
39. Şahin T.K., Bakıcı H., Bilban S. ve ark. Meram tıp fakültesi çocuk cerrahi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. *Genel Tıp Dergisi.* 2005;15(4):137-42.
40. Schwartz LR, Overton DT. The management of patient complaints and dissatisfaction. *Emerg Med Clin North Am.* 1992;10:557-72.
41. Thomas EJ, et al. Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann Emerg Med.* 1996;27:49-55.
42. Murray MJ, LeBlanc CH. Clinic follow-up from the emergency department: do patients show up? *Ann Emerg Med.* 1996;27:56-8.
43. Isaacman DJ, et al. Standardized instructions: do they improve communication of discharge information from the emergency department? *Pediatr.* 1992;89:1204-8.
44. Crane JA. Patient comprehension of doctor patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med.* 1997;15:1-7.
45. Engiz O. Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini. İçinde: Hayran O, Sur H, editör. *Hastane yöneticiliği.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1997. p. 61-87.
46. Tengilimoğlu D. Ankara'da Bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi. İçinde: Çoruh M, editör. *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü.* Ankara: Haberal Eğitim Vakfı; 1997. p.103-11.
47. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive

quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med. 1996;28:657-65.

48. Fottler MD, Ford RC. Managing patient waits in hospital emergency departments. Health Care Manag (Frederick). 2002;21: 46-61.
49. Rondeau KV. Managing the clinic wait: an important quality of care challenge. J Nurs Care Qual. 1998; 13: 11-20.
50. Mowen JC, Licata JW, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. J Health Care Mark. 1993; 13: 26-33.
51. Okay, A. (2009). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Farmaskop/ Media Cat.
52. Gordon, T. & Edwards, W. S. (1997). *Doktor-Hasta İşbirliği*. Emel Aksay (Çev.), İstanbul: Sistem.
53. Uludağ A, Zengin N. Sağlıkta şiddete hasta şikayetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: Konya örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 16(3);71-86.
54. Kahraman N. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servise Yapılmış Şikayet Başvurularının Geriye Dönük İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. İzmir, 2012.
55. Uludağ A. Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı, Konya Hastaneleri Örneği. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011;31(3):653-63.
56. [http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/17/hid/493/VATANDAS\\_ALDI%C4%9EI\\_SA%C4%9ELIK\\_HIZMETINE\\_GECER\\_NOT\\_VERMEDIR!.htm](http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/17/hid/493/VATANDAS_ALDI%C4%9EI_SA%C4%9ELIK_HIZMETINE_GECER_NOT_VERMEDIR!.htm). Erişim tarihi:31.03.2016
57. Ankara Tabip Odası (2008). “Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu”, <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/atoforum.pdf>.
58. Ankara Tabip Odası (2011). “Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu 2010-2011” [http://static.ato.org.tr/fs/4f50993567cde95526000000/mucize\\_rapor.pdf](http://static.ato.org.tr/fs/4f50993567cde95526000000/mucize_rapor.pdf).

59. Kısa A ve Tokgöz N. (Ed), 2007. Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, 323 s.
60. Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. Tıp Dünyası. 1975;48(6):224-30.
61. Kurtz S, Silverman J, Draper, J. (1998). Tıpta İletişim Teknikleri. Selim Yeniçeri, Ayşegül Yurdaçalış, Murat Yaşarlar (Çev.), İstanbul: Beyaz.
62. Akbaş E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi örneği). Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2014.
63. Köşgeroğlu N, Acat B, Karatepe Ö. Kemoterapi hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(2):75-83.
64. Esatoğlu AE. Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Doktora Tezi. Ankara,1997.
65. Kaya Ş. Yatan Hasta Kalite Algısının SERVQUAL Temelli Analiz ve Kalite Fonksiyonu Yayılımı İle Değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama. Yüksek lisans tezi. Eskişehir, 2014.
66. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gokcen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff. JAEM. 2012;11:115-24.
67. World Health Organization. Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
68. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.547d851ba6cb76.25455770](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.547d851ba6cb76.25455770). Erişim tarihi:13.04.2016.
69. WHO. World Report on Violence and Health. Geneva (Switzerland), 2002;1-21.
70. Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: Preventive and interventive strategies. J Occup Environ Med. 1996;38:993-1006.
71. Saines JC. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. Accid Emerg Nurs. 1999;7:8-12.

72. Sadullah, Ö. (2009). İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İş Gören Sağlığı). İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
73. Kocacık F. Şiddet olgusu üzerine. CU İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2001;2:1-7.
74. Ünlüsoy Dinç N. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. Doktora Tezi. Ankara, 2010.
75. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Ocak 2013; Yasama Dönemi:24; Yasama Yılı:3; Sıra Sayısı: 454. [http://www.academia.edu/3654719/Saglik\\_Calisanlarina\\_Yonelik\\_Artan\\_Siddet\\_Olaylarinin\\_Arastirilarak\\_Alinmasi\\_Gereken\\_Onlemlerin\\_Belirlenmesi\\_Amaciyla\\_Kurulan\\_Mecelis\\_Arastirmasi\\_Komisyonu](http://www.academia.edu/3654719/Saglik_Calisanlarina_Yonelik_Artan_Siddet_Olaylarinin_Arastirilarak_Alinmasi_Gereken_Onlemlerin_Belirlenmesi_Amaciyla_Kurulan_Mecelis_Arastirmasi_Komisyonu). Erişim tarihi: 17.02.2016
76. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? J Adv Nurs. 2002;39(3):230-40.
77. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The de-escalating aggressive behaviour scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2009;65(9):1956-64.
78. Wels J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK. J Adv Nurs. 2002;39:230-40.
79. Yancı H, Boz B, Demirkıran Ö, Kılıççioğlu B, Yağmur F. Acil servislerde şiddete maruz olan sağlık personeli anket çalışması. Turk J Emerg Med. 2003;3(2):16-20.
80. Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. Turk J Emerg Med. 2007;7(4):156-62.
81. Karataş AD, Nargis C, Baydın A, Doğanay Z, Aygün D. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi acil servis çalışanlarının iş memnuniyetini etkileyen faktörler. O.M.U. Tıp Dergisi. 2004;21(4):169-72.

82. Ayrancı U, Yenilmez C, Gunay Y, Kaptanoulı C, Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:147-54.
83. Yıldırım HH, Kalem M, Seyran F, Demiray FN. Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet:Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri, On Bulgular Raporu,www.sağlıksen.org.tr, Ankara-Eylul 2011.
84. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. Health Policy. 2003;63(3):311-21.
85. Winstanley S. Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments, J Clin Nurs. 2004;13:3-10.
86. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. Ann Emerg Med. 2005;46:142-7.
87. Gülalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009;15:239-42.
88. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. Issues Ment Health Nurs. 2006;27(1):75-90.
89. Aslan FE. A study related to the determination of the present case of the emergency trauma units in Istanbul. Nursing Forum. 1999;2(4):175-93.
90. Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Occupational risks at health centers. Journal of Health of Occupational and Security. 2003;16(4):44-51.
91. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtuluş A, Turkcuer I, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. Adv Ther. 2006;23(2):364-9.

92. Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(1):46-53.
93. Özyurt A, Ogan H, Solakoğlu Z, Bilen A ve ark. Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalışmayı anket sonuçları. İstanbul Tabip Odası 2009. Erişim:17.02.2016.
94. Acar YA, et al. Türkiye'de basın gozuyle 'acil servis': ulusal gazetelerdeki acil servis haberlerinin içerik analizi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2013;13(4):166
95. Öztunç G. An examination of verbal and physical abuse incidents that nurses encounter in their work, in various hospitals in Adana. *Journal of Nursing College of Cumhuriyet University*. 2001;5(1):1-9.
96. Göz F, Kızıl A. Violent behaviors through clinical. *Syndrome*. 2006;18(3):100-3.
97. Senuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005;52(2):154-60.
98. Aydın M. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. *Türk Tabipleri Birliği, Isparta- Burdur Tabip Odası Başkanlığı*; 2008.
99. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*. 2006;21:276-96.
100. Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakkus A. Violence against general practioners in Turkey. *J Interpers Violence*. 2009;24(12):1980-94.
101. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med Adv Access*. 2008;58(5):361-6.
102. Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(2):114-21.
103. Ünsal Atan Ş ve Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*. 2011;25:1.

104. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J Clin Nurs*. 2000;9(4):602-10.
105. Kızmaz Z. Şiddetin sosyo kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2006;16:247-67.
106. Sarcan E. Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı. Uzmanlık Tezi. Gaziantep, 2013.
107. Günaydın N ve Kutlu Y. Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3:1-5.
108. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*. 1999;16:161-70.
109. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2:9-16.
110. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag*. 2002;10(1):13-20.
111. Taş F ve Çevik U. The situation of exposed to violence of pediatric nurses in Konya. *Journal of Nursing College of Atatürk University*. 2006;9(3):62-8.
112. Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, Ugurluoglu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*. 2007;54(4):359-66.
113. Celik Y, Senol Celik S. Sexual harassment against nurses in Turkey. *J Nurs Scholersh*. 2007;39(2):200-6.
114. Çalışan Güvenliği Genelgesi, <http://www.saglik.gov.tr/tr/dosya/1-75678/h/calisangenelgesi.pdf>. Erişim tarihi: 08.01.2016.
115. Ordog GJ, Wasserberger J, Ordog C, et al. Weapon carriage among major trauma victims in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 1995;2(2):109-13.

116. Barlow CB and Rizzo AG. Violence against surgical residents. West J Med. 1997;167:74-8.
117. Young GP. The agitated patient in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 1987;5(4):765-81.
118. Acık Y, Deveci SE, Guneş G, Gulbayrak G, Dabak Ş, Saka G, et al. Türkiye’de Tıp Fakültelerinde Uzmanlık Eğitimi Almakta Olan Hekimlerin Sözel, Fiziksel ve Cinsel Şiddete Maruz Kalma Sıklığı. IX.Halk Sağlığı Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, GATA, 2005; 185: 415.
119. İlhan MN, Ozkan S, Kurtcebe Z, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intorn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;28:15-23.
120. Ergun FS and Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. Int Nurs Rev. 2005;52:154-60.
121. Barrett S. Protecting against workplace. Public Manag. 1997; 79:9-12.
122. Gates DM. Workplace violence. AAOHN J. 1995;43:536-43.
123. Erkol H, Gokdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? J Forensic Leg Med. 2007; 14:423-8.
124. Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur Ş, Tuğlu A. Hemşirelerin acil serviste şiddet içeren olgu senaryolarına yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi. 2005;47(1):18-23.

## 8. EKLER

### EK-1: Veri Toplama Formu

‘Acil Tıp Kliniğine Başvuran Hasta ve Yakınlarına Sağlık Çalışanları Tarafından Uygulandığı İddia Edilen Şiddetin İncelenmesi’ adlı çalışma için hazırlanmış

#### ANKET FORMU

1.Kaç yaşındasınız?

2.Cinsiyetiniz nedir?

a)Kadın b)Erkek

3.Medeni durumunuz nedir?

a)Bekar b)Evli c)Boşanmış

4.Kaç çocuk sahibisiniz?

a)Yok b)1-3 c)4 ve üstü

5.Eğitim durumunuz nedir?

a)Okuryazar/İlköğretim b)Ortaöğretim c)Lisans d)Yüksek Lisans/Doktora

6.Mesleğiniz nedir?

a)Ev hanımı b)Öğrenci c) Serbest meslek d)Diğer (memur/emekli vb.)

7.Aylık geliriniz nedir?

a)0-999 tl b)1000-2999 tl c)3000 ve üzeri

8.Alkol veya sigara ya da bağımlılık yapan madde kullandınız mı?

a)Hayır b)Evet (Açıklayınız: )

8. soruya cevabınız evet ise 9. soruyu cevaplayınız

9.Alkol veya sigara ya da bağımlılık yapan maddeyi bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi girişiminiz oldu mu?

a)Hayır b)Evet

10.Psikiyatrik bi hastalık nedeniyle tedavi oldunuz mu?

a)Hayır b)Evet (Açıklayınız: )

11.İntihar girişiminiz oldu mu?

a)Hayır b)Evet (Zamanını ve yöntemini belirtiniz: )

12.Ailenizde psikiyatrik bir sorunu olan ve bu nedenle tedavi olan bir yakınınız var mı?

a)Hayır b)Evet (Açıklayınız: )

13.Sağlık hizmeti alırken hiç sözel veya fiziksel şiddetemaruz kaldınız mı?

a)Hayır b)Evet

'13 numaralı soruya cevabınız EVET ise devam ediniz'

14.Şiddete maruz kalınan yer neresidir?

a)Poliklinik b)Acil Servis c)Yataklı servis d)Diğer

15.Şiddetin türü nedir?

a)Sözlü(Küfür, bağırma vb.) b)Cinsel c)Fiziksel d)Silah/Bıçak tehdidi  
d)Yaralama  
e)Herhangi bir kişinin ölümü ile sonuçlanan şiddet olayı

16.Şiddet uygulayan kişinin cinsiyeti nedir?

a)Kadın b)Erkek

17.Şiddet uygulayan sağlık personeli ne iş yapmaktadır?

a)Hekimb) Hemşire/Ebe/Sağlık memuru c)Diğer sağlık personeli (Güvenlik personeli  
sekreter temizlik personeli d)Bilmiyorum

18.Şiddetin gerçekleştiği zaman dilimi hangisi?

a)08:00 – 16:00 b)16:00 – 24:00 c)24:00 – 08:00

19.Kaç kez bu tip bir şiddete maruz kaldınız?

a)En az bir kez b)2-4 kez c)5 ve üzeri

20.Şiddete yönelik sizin tepkiniz ne oldu?

a)Adli makamlar başvurdum b)Hastanenin idari makamlarına başvurdum  
c)SABİM e şikayet ettimd)Ben de şiddet uyguladım e)Bir şey yapmadım

21.Yaşadığınız olay karşısında korku, dehşet ya da çaresizlik hissettiniz mi?

a)Hayır b)Evet

22.Bu olaylar nedeniyle herhangi bir fiziksel yaralanma ya da sakatlanmanız oldu mu?

a)Hayır b)Evet ise belirtiniz:

23.Ciddi bir maddi kaybınız oldu mu?

a)Hayır b)Evet

24.Yaşadığınız olay sonrasında korku, sıkıntı ve benzeri ruhsal/sinirsel şikayetler nedeniyle yardım aldınız mı?

a)Hayır b)Evet

24. soruya cevabınız Evet ise 25. ve 26. soruyu cevaplayınız, Hayır ise 27. soruya geçiniz.

25.Kimden yardım aldınız?

a)Psikolog b)Pratisyen Hekim c)Psikiyatri uzmanı d)Psikiyatri dışı uzman hekim  
e)Diğer

26.Ne tür bir tedavi hizmet aldınız?

a)Hiçbir tedavi vermediler? b)Psikolojik tedavi c)İlaç tedavisi/ İlaç isimleri:

d)Diğer yöntemler

27.Şiddetin neden kaynaklı olduğunu düşünüyorsunuz?

1-Personel kaynaklı nedenler

a)Sağlık çalışanın sabırsız davranışı b)Sağlık çalışanın kaba davranması  
c)Sağlık çalışanın güç gösterisi yapması d)Sağlık çalışanın eğitim yetersizlikleri  
e) Sağlık çalışanının iletişim eksikliği

2-Çevresel nedenler

a)Hastane personelinin uzun ve yoğun çalışma süreleri b)Hasta yoğunluğu

### 3-Kişisel nedenler

a)Sabırsız ve talepkartutumlar b)Hasta ve yakınının hastane kurallarına uymak istememesi c)Hasta ve yakınının güç gösterisi yapması d)Hasta ve yakınının eğitim yetersizlikleri e)İletişim eksikliği

28.Hasta ve/veya yakınına yapılan şiddetin şiddetin çözümü sizce ne olabilir?

a)Fiziksel şartların düzeltilmesi b)Hasta yoğunluğunun azaltılması  
c)Hekim sayısının arttırılması d)Personel sayısının arttırılması  
e)Sağlık çalışanın güler yüzlü olması f) Şiddete yönelik eğitimlerin düzenlenmesi

29.Hastane veya şiddete maruz kaldığınız ortam dışında başka ortamlarda da şiddet veya kavga içeren durumlar yaşadığınız durumlar oluyor mu?

a)Hayır b)Evet

30.Ne sıklıkta sizin de dahil olduğunuz kavga ya da şiddet durumları ile karşılaşsınız?

a)Hiçbir zaman b)Nadiren (1-2 yılda bir) c)Bazen (3-4 ayda bir) d)Sık sık

31.Yaşadığınız şiddet/kavga durumlarında;

a)Her zaman haklı olduğumu düşünüyorum

b)Kimi zaman ben, kimi zaman karşı taraf haklıdır

c)Aslında çoğu zaman ben gereğinden fazla tepki veririm

32.Şimdiye kadar yasal bir durum ile sonuçlanan şiddet ile ilişkili bir olay yaşadınız mı?

a)Hayır b)Evet

Cevabınız ‘Evet’ ise 33. soruyu cevaplayınız.

33.Bu olayda ya da olaylar da daha sık olarak hangi tarafta bulunuyordunuz?

a)Şikayet eden b)Şikayet edilen

ANKETİMİZE KATILARAK ÇALIŞMAMIZA VERDİĞİNİZ DESTEKTEN DOLAYI

TEŞEKKÜR EDERİZ.

## EK-2: Etik Kurul Onay Formu

Tarih ve Sayı: 04/05/2016-162196



T.C.  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-  
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Mustafa Katran'nın

### ACİL TIP ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :14.04.2016 tarih, 31887016-302.14.02-137275 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi **Prof.Dr.İbrahim İKİZCELİ**'nin danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Mustafa KATRAN**'ın yürütücülüğünde **Uzm.Dr.Afşin İPEKÇİ** ve **Uzm.Dr.Yonca Senem AKDENİZ**'in yardımcılıklarında "Acil Tıp Kliniğine Başvuran Hasta ve Yakınının Sağlık Çalışanları tarafından Uygulandığı İddia Ettiği Şiddete Bakışın İncelenmesi" başlıklı Uzmanlık Tezi (Anket) çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri **03 Mayıs 2016** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı  
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR  
Başkan

e-İmzalı  
Prof. Dr. Hüsnüye YÜKSEL  
Bölüm Başkanı

EK :  
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:[http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate\\_Doc.aspx?V=BELM5Y8UT](http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELM5Y8UT)

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ag : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.