

HAZİRAN
2014
ANKARA

ÖNLENEBİLİR BİR SORUN HEKİME YÖNELİK ŞİDDET

Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri



**ÖNLENEBİLİR BİR SORUN:
HEKİME YÖNELİK ŞİDDET**

Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri

Araştırmacılar¹

Dr. Ömer Turhan

Dr. Fahad Ahmed

Dr. Dilek Aslan

Dr. Gülriz Erişgen

Dr. Banu Çakır

Dr. Meltem Şengelen

Dr. Ali Naci Yıldız

¹ Dr. Gülriz Erişgen, TTB adına çalışmada yer almıştır. Diğer araştırmacılar Hacettepe Üniversitesi çalışanlarıdır.

**ÖNLENEBİLİR BİR SORUN:
HEKİME YÖNELİK ŞİDDET**

ISBN 978-605-5867-83-6

*Yayınlanma, Haziran 2014, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	2
SUNUŞ	1
1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER	2
1.1. Şiddet tanımı ve türleri	2
2. AMAÇLAR	5
2.1. Kısa dönemde amaçlar	5
2.2. Uzun dönemde amaçlar.....	5
3. GEREÇ ve YÖNTEM	6
3.1. Araştırmanın yeri	6
3.2. Araştırmanın tipi	6
3.3. Katılımcıların özellikleri.....	6
3.4. Araştırmanın veri toplama aracı	6
3.5. Araştırma için gerekli izinler	6
3.6. Araştırmanın veri girişi ve analizi	7
3.7. Araştırmanın önemli kısıtlılıkları	7
4. BULGULAR	8
4.1. Ankara’da Yapılan Araştırmanın Katılımcılarına İlişkin Bulgular	8
4.2. Karacı’de Yapılan Çalışmanın Katılımcılarına İlişkin Bulgular	14
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	19
6. ÖNERİLER	24
7. ÖZ	25
8. TEŞEKKÜR	26
9. KAYNAKLAR	27

SUNUŞ

Değerli okuyucular,

Hekimlerin de içinde olduğu sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ülkemizde ve dünyada önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Asıl hedefin önleme olması gerektiği konuya dair tespitlerin yapılabilmesi öncelikli bir çalışma alanıdır. Tespitlerin sağlıklı ve objektif olarak yapılabilmesinin ise en temel çıkış noktası kanıta dayalı araştırmaların ve sonuçlarının toplumla buluşturulmasıdır.

Araştırma süreç ve sonuçlarının iyi okunması, objektif bir biçimde değerlendirilmesi ve yorumlanması sayesinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dair güncel çözümlerin üretilebilmesi mümkündür. Dolayısıyla, şiddet ve önlenmesine dair çözümleri amaç edinen çalışmaların desteklenmesinin başkaca bir anlamı da bulunmaktadır.

Bu rapor kapsamında, tanımlayıcı özellikte yapılmış olan bir çalışmadan yola çıkarak hekimlerin de içinde olduğu sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dair söylenecek sözler “kanıtlar” desteği ile paylaşılmıştır. Yapılan araştırmanın kimi kısıtlılıkları da gözetilerek yapılan yorumlar meslek örgütümüz açısından farklı pencereler açabilmiştir.

Emeği geçenlere teşekkür eder, raporun okuyucular ve ülkemiz sağlık çalışanları açısından yararlı olabildiğini dilerim.

Dr. Bayazıt İlhan

Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri

Haziran 2014

1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

1.1. Şiddet tanımı ve türleri

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 tehdidin amaçlı olarak uygulanması”dır (1). Kişinin kendine yönelik uyguladığı “kendine dönük şiddet”, “kişiler arası şiddet”, “kolektif şiddet”, “medya-insan” ve “organ ticareti” gibi farklı şiddet şekilleri bulunmaktadır. Şiddet, ana hatları ile sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olmak üzere üç ana başlık altında toplanmakta olup, ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkmaktadır (2,3). Ancak, şiddete maruz kalan kişi ya da grupların özelliği, şiddetin nerede olduğu, şiddet nedeni gibi farklı değişkenler de şiddetin tipinin belirleyicileri arasındadır (4). Örneğin, çocuğa yönelik, kadına yönelik, yaşlıya yönelik, sağlık çalışanına yönelik gibi. İşyerlerinde yaşanan şiddet de bu bakış açısıyla değerlendirildiğinde önemli bir şiddet kategorisi olarak kabul edilmektedir.

1.1.1. İşyerinde şiddet nedir? Sağlık kurumlarında şiddet bir sorun mudur?

İşyerinde şiddet, “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi ya da kişiler tarafından istismar edildiği ya da saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır (5). Sağlık kurumlarındaki şiddet de, “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (6).

Dünyada şiddetin farklı formlarında bir düşme eğiliminin olduğu, ancak işyeri şiddetinde bir artma eğilimi olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır. İşyerleri arasında ise sağlık, yönetim, eğitim, taşıma ve ikram sektörlerinde şiddetin diğer sektörlerle göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir (7-10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) gibi kurumsal yapılar da “sağlık kurumlarında iş yeri şiddeti” 2002 raporunda farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarının ortalama %3-17’sinin fiziksel, %27-67’sinin sözel şiddete uğradığını rapor etmiştir (11). Türkiye’de ise yapılan farklı çalışmalarda sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklıklarının %49-91 arasında değiştiğine dair bilgiler mevcuttur. Şiddetin farklı tipleri göz önüne alındığında duruma ilişkin yelpazenin genişliği anlaşılabilir. Örneğin, şiddet nedeni ruhsal bir etkilenimin boyutunun %36-92 arasında değiştiği ifade edilmektedir (12).

Şiddet pek çok meslek grubunun bir sorunu olmakla birlikte sağlık çalışanları bu durumun öncelikli mağdur grupları arasında yer alır. Ulusal ve uluslararası boyutta farklı çalışmalarda sağlık çalışanına yönelik şiddetin sıklıkla hasta yakınları ve hastalar tarafından uygulandığı belirtilmektedir (13-15). Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre sıklıkla şiddete maruz kalmalarına rağmen bütün şiddet türlerinin rapor edilmediği bilinmektedir. Örneğin, yaralanma gibi daha “görünen” eylemlerin şiddet olarak algılandığı, ancak fiziksel olarak çok da “görünür” olmayan durumların algı düzeyinde geride kaldığı da vurgulanmaktadır (16-18). Raporlara yansıyan rakamların farklı olmasının değişik nedenleri olabilir. Örneğin, yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yarıya yakınının çeşitli nedenlerle şiddet olaylarını bildirmekten kaçındıkları tespit edilmiştir (19). Başka bir çalışmada ise toplumda ve işyerlerinde şiddet sıklığının saptanmasında, bu durumu bildirmede eksiklikler ve engellerden doğan zorluklar olduğunu, sıklığı ile ilgili bilgilerin sadece bildirilen olgularla sınırlı olduğu belirtilmiştir (5).

Sağlık alanında maruz kalınan şiddet türü ve sıklığı sağlık kurumunun özelliklerine ve sağlık çalışanlarının mesleki konumlarına göre değişebilmektedir. Ulusal düzeyde yapılan araştırmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının en sık sözel ve fiziksel şiddetle karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (20-22).

Genel olarak, sözel şiddete uğramada kadınların, fiziksel şiddete uğramada erkeklerin, hem sözel hem fiziksel şiddete uğramada yine kadınların daha riskli gruplar olduğu görülmüştür (23). Mesleklere göre şiddet sıklıkları değerlendirildiğinde, en çok hekim ve hemşirelerin şiddete maruz kaldıkları rapor edilmiştir (23). Türkiye’de yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının cinsel ve psikolojik şiddetle de karşı karşıya kaldıklarını belirten çalışmalar olsa da sözel ve fiziksel şiddete göre sıklığı düşüktür. En sık şiddete maruz kalınan yerler, çalışmalar arasında farklılık gösterse de, genellikle acil servis, yataklı servisler, cerrahi klinikler, psikiyatri klinikleri, birinci basamak, onkoloji, yoğun bakım ve poliklinikler olarak belirtilmiştir (24-28).

Şiddetin gerçekleştiği zaman dilimi araştırmaların çoğunda gündüz saatlerinde bazılarında ise gece saatlerinde gerçekleştiği saptanmıştır. Şiddetin nedenlerini inceleyen çalışmalarda ise uzun bekleme süresinin, hasta yakınlarının yüksek beklentiye girmelerinin ve düşük öğrenim durumlarının, personelin zamanının kısıtlı olmasının, uzun çalışma sürelerinin ve iletişim sorunlarının en önemli faktörler olduğu tespit edilmiştir. Saldırganların, sık olarak, psikiyatrik hastalığa sahip olan, alkol-madde bağımlısı kişiler olduğu belirtilmektedir (23).

1.1.2. Hekimler, şiddet ve önleme çalışmaları

Son yıllarda artış eğilimi gösteren hekimlere yönelik şiddet, iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden önemli bir konumdur ve durum sadece Türkiye’ye özgü bir durum olmayıp, küresel bir olgu olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, sürece dair küresel değerlendirmelerin, ülkelere dair olgusal durumların paylaşılması değerlidir. Son dönemlerde hekimlere yönelik şiddet konusunda yapılan çalışmalardan alınan özet bilgiler aşağıda yer almıştır:

Hekimlerin şiddete en sık maruz kaldığı çalışma alanları acil servisler, psikiyatri klinikleri, bekleme alanları ve geriatri klinikleri olarak rapor edilmektedir (29).

Pakistan’da ulusal ölçekte yapılan bir çalışmada acil servislerde çalışan hekimlerin %76,9’u son iki ay içinde sözel ya da fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Sözel şiddet (%65) fiziksel şiddete (%11,9) göre daha yüksek sıklıkta rapor edilmiştir (30). Amerika Birleşik Devletleri’nde Michigan eyaletinde bir acil servis kliniğinde hekimler arasında yapılan başka bir çalışmada da son bir yıl içerisinde en sık sözel şiddete maruz kalındığı (%74,9) belirlenmiştir. Fiziksel şiddet de öne çıkan şiddet tipleri arasındadır (%11,7) (31).

Ankara’da, üç devlet ve üç üniversite hastanesinin acil kliniğinde yapılmış olan ve hekimlerin de içinde olduğu sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %85,2’si herhangi bir şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %41,1’i fiziksel taciz, %79,6’sı sözel istismar ve %55,5’i sözel tehdit ile karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir (32).

Türkiye’nin batı bölgelerinde 18 acil serviste sağlık çalışanları arasında yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %72,3’ünün bir şiddet türü ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Şiddete maruz kalan meslek grupları arasında hekimler ve hemşireler ön sırada yer almışlardır (33).

Hekime yönelik her türlü şiddetin önlenmesinde ve sağlık çalışanlarının daha güvenli bir işyeri ortamında çalışmasında meslek örgütlerinin katkıları önemlidir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve İl Tabip Odaları hekimlik mesleğinin çıkarını her platformda dile getirmek ve meslek üyelerinin maddi, manevi haklarını korumak amacıyla hekimlere yönelik şiddete karşı sıfır tolerans yaklaşımını savunmakta ve kamuoyunda farkındalık oluşturmaktadır.

Hekime yönelik şiddet ile ilgili çok sayıda, kapsayıcılık düzeyi yüksek analitik türde çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Ancak, bu konunun niceliksel olarak çalışılması zordur, kişilere erişim, güvenlerini kazanma, doğru yanıt almak için önemli zaman ve insan gücü gerekmektedir. Farklı bölge, hastane türü ve farklı hasta profiline bağlı olarak elde edilecek sonuçlar ve ilişkili bulunacak faktörlerin farklılık gösterebileceği açıktır. Bu nedenle, insan gücü, zaman ve maliyet açısından yüklü çalışmalara geçmeden önce farklı yerlerde pilot uygulamalar yapılarak, anketlerin düzenlenmesi konusunda bilgi edinilmesi önem taşımaktadır.

Literatür bilgileri ışığında tanımlanmış gereksinim başlıklarına bağlı olarak bu çalışmada, hekime yönelik şiddete dair durum tespitine katkı sunabilmek adına farklı iki ülke ve hastanede (Türkiye’de Ankara’da ve Pakistan’da Karaçi’de devlete bağlı üniversite hastanelerinde) şiddete maruz kalma riski yüksek olan (seçilmiş) kliniklerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin şiddete maruz kalma durumları ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. AMAÇLAR

2.1. Kısa dönemde amaçlar

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin;

1. Sosyo-demografik özelliklerini belirlemek,
2. Kimi çalışma koşullarını belirlemek,
3. Şiddete maruz kalınma durumlarını ve (varsa) maruz kalınan şiddetin tipini saptamak,
4. Şiddete zemin oluşturan koşulları belirlemek,
5. Şiddetin önlenmesi konusundaki görüşlerini saptamak amaçlanmıştır.

2.2. Uzun dönemde amaçlar

1. Hekime yönelik şiddetin önlenmesi ile ilgili var olan bilgilere katkı sunabilmek,
2. Meslek (hekim) örgütlerinin konuyu önlemeye dair alınabilecek önlemler konusundaki çalışma başlıklarını belirleyebilmek amaçlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın yeri

Çalışma birbirine benzer iki tanımlayıcı araştırmadan oluşmaktadır. Ankara'da araştırma grubu, Temmuz 2013 tarihlerinde bir Üniversite Erişkin Hastanesinin Acil Servis, Genel Cerrahi, Genel Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Psikiyatri poliklinik ve klinikleri ile Çocuk Hastanesinin Acil Servis ve Genel/İlk Başvuru poliklinik ve kliniklerinde hizmet veren asistan hekim, uzman, öğretim görevlisi ve öğretim üyelerinden oluşmaktadır. Çalışmanın Pakistan ayağında, başkent Karaçi'de, kentin toplum tarafından en çok bilinen/kullanılan üniversite hastanesinde aynı kliniklerde çalışan hekimler seçilmiştir. Araştırma Ankara'da Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi'nde ve Karaçi'de Karaçi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın tipi

Bu araştırma tanımlayıcı özellikte bir çalışmadır.

3.3. Katılımcıların özellikleri

Araştırmaya Temmuz-2013'te belirtilen poliklinik ve kliniklerde çalışmaya katılmayı kabul eden araştırma görevlisi ve daha kıdemli hekimler katılmıştır. Ankara'da belirlenen kliniklerde yürütülen çalışma kapsamında araştırmaya 61 akademik personel katılmıştır. Araştırmanın katılım yüzdesi 47,7'dir. Pakistan'da yürütülen çalışmada ise 140 akademik personel (%30,2) çalışmaya katılmıştır. Çalışma Temmuz 2013 tarihlerinde belirtilen poliklinik ve kliniklerde görevlendirilmiş ya da halen bu kliniklerde rotasyon yapmakta olan başka bölümlerin akademik personeli de dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın veri toplama aracı

Çalışma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve Türkçe, Urduca ve Svahilice olarak hazırlanmış, toplam beş bölüm ve 42 sorudan oluşan anket formları kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki bazı özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, medeni durum, görev süresi, çalışma statüsü, vardiyalı çalışma durumu, çalışılan bölüm-ünite, sosyal güvence, iş) şiddet ile ilgili genel bilgileri ve şiddete yaklaşım durumları (şiddeti sağlık sorunu olarak görme durumu, şiddete tanık olma durumu, şiddetle ilgili kaygı durumu, en son tanık olunan şiddetle ilgili bazı özellikler), şiddet ile ilgili kişisel deneyim özellikleri (şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalma durumu ve en son maruz kalınan şiddetle ilgili bazı özellikler, şiddet olayını bildirme durumu, çalışma yaşamında şiddet uygulama durumu) ve şiddet ile mücadeleye ilişkin bazı özellikler (işyerinde şiddetle ilgili bildirimlerin teşviki, kullanılması ve tanık olunan şiddet olayının önlenabilir olduğunu düşünme durumu) değerlendirilmiştir.

Araştırmanın ön denemesi Ankara ve Karaçi'de başka bir üniversite hastanesinin ilgi poliklinik ve kliniklerde yapılmış ve ön denemelerde alınan geribildirim ve önerilerle ankete formunu son hali verilmiştir.

3.5. Araştırma için gerekli izinler

Araştırma öncesi ilgili üniversitelerin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (27.06.2013 tarih ve 16969557-703 sayılı etik kurul izni) ve belirlenen poliklinik ve kliniklerin başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılardan çalışma hakkında bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alınmıştır.

3.6. Araştırmanın veri girişi ve analizi

Araştırma verileri IBM SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve veriler aynı program yardımı ile analiz edilmiştir.

3.7 Araştırmanın önemli kısıtlılıkları

- a. Araştırma tanımlayıcı özelliktedir, dolayısıyla sonuçların topluma genellenebilmesi mümkün olamamıştır.
- b. Şiddet tanımları veri toplama formları üzerinde yer almış olsa da tanımlara dair somutlaşamamış başlıklar olabilir.
- c. Katılımcı sayısının azlığı nedeniyle veriler üzerinden ileri analiz değerlendirmeleri ve ülke karşılaştırmaları yapılamamıştır.
- d. Araştırma kesitsel/anlık vasıfta olduğu için süreç değerlendirmesi yapılamamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları Hacettepe ve Karaçi hastaneleri bulguları olmak üzere iki alt başlıkta sunulmuştur.

4.1. Ankara'da Yapılan Araştırmanın Katılımcılarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya 61 akademik personel katılmıştır. **Tablo 1**'de çalışmaya katılan hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri sunulmuştur. Hekimlerin %57,4'ü erkek (n=35) ve yaş ortalaması 34,3±8,9 yıldır. Evli olan hekimler çoğunluktadır (%62,3) ve çalışmaya katılanların tamamına yakını (%96,7) hastanede tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Katılımcıların ortalama çalışma süresi 9,8±91 yıl olup, katılımcılar daha çok servis, poliklinik ve acil servislerde görev almaktadır.

Tablo 1. Hekimlerin bazı özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	35	57,4
Kadın	26	42,6
Medeni durum		
Evli	38	62,3
Evli değil	20	32,8
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	2	4,9
Yaş		
Ortalama±ss	34,3±8,9	
Ortanca	30,0	
Tam zamanlı çalışma durumu		
Evet	59	96,7
Hayır	2	3,3
Hekim olarak çalışma süresi		
Ortalama±ss	9,8±5,0	
Ortanca	6,0	
Vardiyalı çalışma durumu		
Evet	22	36,1
Hayır	39	63,9
Halen çalışılan birim		
Servis	12	19,7
Poliklinik	16	26,2
Servis ve poliklinik	24	39,3
Acil servis	9	14,8
Toplam	61	100,0

Çalışmada hekimlere şiddet kavramı ile ilgili bazı görüşleri sorulmuş ve verilen yanıtlar **Tablo 2**'de sunulmuştur. Hekimlerin %86,9'u hekime yönelik şiddetin sağlık sorunu olduğu konusunda hemfikirdir ve bir katılımcı dışında hekimlerin tamamı son yıllarda hekime yönelik şiddet olgusunda artış yaşandığını düşünmektedir.

Hekimlerin %93,4'ü çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma açısından endişe duymaktadır ve hekimlerin %13,1'i bu konuda "çok endişeli" olduklarını bildirmiştir. Ayrıca, son iki ay içinde hekimlerin %83,6'sı çalışma ortamında herhangi bir meslektaşına yapılan şiddet olgusuna tanık olduğunu ifade etmiştir

Tablo 2. Katılımcıların şiddet kavramı ile ilgili bazı görüşleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Hekime yönelik şiddetin sağlık sorunu olmasına ilişkin algı		
Evet	53	86,9
Hayır	6	9,8
Fikri yok	2	3,3
Son yıllarda hekime yönelik şiddet olgusunda artışa dair görüş		
Evet	60	98,4
Bilmiyor/fikri yok	1	1,6
Halen çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma konusunda endişe düzeyi		
Endişeli değil	4	6,6
Az endişeli	22	36,1
Endişeli	27	44,3
Çok endişeli	8	13,1
Son iki ay içinde çalışma ortamında başkasının yaşadığı şiddete tanıklık		
Olmadı	5	8,2
Farkında değil	5	8,2
Bir kez	14	23,0
Birden fazla kez	37	60,6
Toplam	61	100,0

Tablo 3'de hekimlerin yaşam boyu ve son 12 ayda hasta/hasta yakını kaynaklı şiddete maruz kalma durumlarına ilişkin bulgular paylaşılmıştır.

Çalışmada hekimlerin %85,2'si (n=52) yaşamları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Hekimlerin yaşamları boyunca daha sık olarak sözel şiddete maruz kaldığı (%40,9) saptanırken, fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten hekim sayısı ikidir (%3,2). Çalışmada hekimlerin ortalama çalışma sürelerinin uzun olması bir kereden fazla maruz kalmayı beraberinde getirmiş olabilir. Buna göre yaşamları boyunca hekimlerin %39,3'ü birden fazla şiddet türüne maruz kaldığını ifade etmiştir. Son 12 ayda şiddete maruz kalanlar ise hekimlerin %60,6'sını oluşturmaktadır ve en sık olarak sözel şiddete (%67,6) maruz kalmışlardır.

Tablo 3. Hekimlerin yaşamları boyunca ve son 12 ayda hasta/hasta yakını kaynaklı şiddete maruz kalma durumları

Yaşam boyu şiddete maruz kalma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	9	14,8
Evet	52	85,2
<i>Sözel</i>	25	41,0
<i>Fiziksel</i>	2	3,3
<i>Duygusal</i>	1	1,6
<i>Fiziksel ve sözel</i>	3	4,9
<i>Duygusal ve sözel</i>	12	19,7
<i>Fiziksel, duygusal ve sözel</i>	9	14,7
Son 12 ayda şiddete maruz kalma durumu		
Hayır	24	39,4
Evet	37	60,6
<i>Sözel</i>	25	67,6
<i>Duygusal ve sözel</i>	6	16,2
<i>Duygusal</i>	3	8,1
<i>Fiziksel</i>	3	8,1

Çalışmada hekimlerin son 12 ayda maruz kaldıkları şiddetle ilgili olarak bazı özelliklerinin dağılımı **Tablo 4**'te verilmiştir. Hekimlerin %48,8'i "hastane içinde serviste" şiddete maruz kaldıklarını bildirirken %20,9'u "acil serviste" şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışmada şiddeti gerçekleştirenlerin büyük çoğunluğunun (>%80) hasta yakınları oldukları saptanmıştır. Hekimlerin şiddete karşı tepkileri değişkenlik göstermektedir. Şiddete karşı sözel olarak karşılık verenler hekimlerin yaklaşık dörtte birini oluştururken (%23,3), hekimlerin %41,9'u şiddete karşı sözel ya da fiziksel bir karşılık vermemiştir. Hekimlerin %16,6'sı ise şiddet olgusu karşısında güvenlik görevlilerini çağırdıklarını ifade etmiştir. Hekimlere göre maruz kaldıkları şiddet olgularının %34,9'unun nedeni bekleme sürelerinden kaynaklanmaktadır. Hastalar bekleme sürelerine bağlı olarak sonu şiddete varan tutumlara girebilmektedir. Ayrıca hekimlerin %25,6'sı; hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetine karşı memnuniyetsizliğe bağlı olarak şiddeti gerçekleştirdiklerini belirtmiştir.

Çalışmada hekimlerin yarısından fazlası (%55,8) maruz kaldıkları şiddetin bir şekilde "önlenebilir" olduğunu düşünmektedir. Şiddete uğrayan hekimlerin %69,7'si işe yaramayacağını düşündüğü için, %13,9'u ise önemsemediği için şiddet olayını kimseye bildirmemiştir. Son 12 ay içinde bir hekim maruz kaldığı şiddete bağlı olarak hafif şekilde yaralanmıştır. Çalışmaya katılanlar içinde ise sadece iki hekim (%4,7) şiddet olayını takip için gerekli girişimlerde bulunduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4. Hekimlerin son 12 ayda maruz kaldıkları şiddetle ilgili bazı özelliklerin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Şiddetin gerçekleşme yeri		
Hastane içinde, serviste	21	48,8
Hastane içinde poliklinikte	10	23,3
Acil serviste	9	20,9
Hastane içinde, doktor odasında	2	4,7
Hastane dışında	1	2,3
Şiddeti gerçekleştirenler		
Hasta yakını	35	81,4
Hastanın kendisi	4	9,3
Hasta ve yakını	4	9,3
Şiddete karşı hekimlerin verdikleri tepkiler		
Karşılık vermedi	18	41,9
Sözel karşılık verdi	10	23,3
Güvenlik görevlilerini çağırdı	7	16,3
Tutanak tuttu	2	4,7
Fiziksel karşılık verdi	1	2,3
Hastanın doktoru olmayı reddetti	1	2,3
Yanıtsız	4	9,3
Şiddet olayının nedenleri		
Beklemek	15	34,9
Sunulan sağlık hizmetiyle ilgili memnuniyetsizlik	11	25,6
Hasta ve yakınlarının tutum ve davranışları	6	13,9
Yanıtsız	11	25,6
Şiddetin önlenabilir olduğunu düşünme		
Evet	24	55,8
Hayır	16	37,2
Yanıtsız	3	7,0
Yaralanma		
Hayır	42	97,7
Hafif yaralanma	1	2,3
Şiddetin takibi için girişimde bulunma		
Hayır	41	95,3
Evet	2	4,7
Şiddet olayını kimseye bildirmeme nedeni		
İşe yaramayacağını düşünme	30	69,7
Önemsememe	6	13,9
Olumsuz sonuçlarından korkma	2	4,7
Yanıtsız	3	7,0
Diğer*	2	4,7
Toplam	43	100,0

*Bir hekim "vaktim yoktu", 1 kişi de "konuşarak hallettim" yanıtını vermiştir.

Çalışmada hekimlere işyerinde karşılaştıkları şiddet olaylarının bildirimini sağlayan bir yaklaşımın olup olmadığı ve karşılaştıkları şiddetin önlenabilir olduğunu düşünme durumları değerlendirilmiş ve verilen yanıtlar **Tablo 5**'te sunulmuştur. Hekimlerin %57,4'ü işyerinde böyle bir yaklaşımın olmadığını düşünmektedir. Bildirimin olduğunu belirten hekimler ise %34,4 olup, daha çok güvenlik görevlilerine durumu bildirme (%18,0) ve kurum içi şikayet (%6,6) türünde bir yaklaşımın olduğunu ifade etmiştir. Beyaz kod kullanımının ise hekimler tarafından sık kullanılan bir yaklaşım olmadığı saptanmıştır: Hekimlerin sadece ikisi (%3,3) beyaz kodu kullanmıştır.

Hekimlerin yaklaşık dörtte üçü (%73,8) işyerinde karşılaşılan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin %6,6'sı hekime karşı toplumsal önyargılar olduğunu, %4,9'u sağlık politikalar ve bölüm içi uygulamalar nedeniyle, %3,3'ü ise caydırıcı cezaların olmamasına bağlı olarak şiddetin önlenemez olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 5. Hekimlere göre işyerinde karşılaşılan şiddet olaylarının bildirimini sağlayan bir uygulamanın bulunması ve karşılaştıkları şiddetin önlenebilir olduğunu düşünme durumları

İşyerinde şiddet bildirim yaklaşımı	Sayı	Yüzde
Yok	35	57,4
Var	21	34,4
Güvenlik görevlileri	11	18,0
Kurum içi şikayet	4	6,6
ATO	2	3,3
Beyaz kod	2	3,3
Sağlık Bakanlığı	1	1,6
Tutanak tutmak	1	1,6
Bilmiyor	2	3,3
Yanıtsız	3	4,9
İşyerinde karşılaşılan şiddetin önlenebilir olduğunu düşünme		
Evet	45	73,8
Hayır	12	19,7
Hekime karşı toplumsal önyargılar var	4	6,6
Sağlık politikaları ve bölüm içi uygulamalar	3	4,9
Caydırıcı cezalar yok	2	3,3
Belirtilmemiş	3	4,9
Yanıtsız	4	6,5
Toplam	61	100,0

4.2. Karaçi'de Yapılan Çalışmanın Katılımcılarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya 140 akademik personel katılmıştır. **Tablo 6'**da çalışmaya katılan hekimlerin bazı özellikleri verilmiştir. Buna göre hekimlerin %65,0'i kadın (n=91) ve yaş ortalaması 27,16±6,4 yıldır. Evli olmayan hekimler çoğunluktadır (%70,0) ve çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu (%87,9) hastanede tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Katılımcıların ortalama çalışma süresi 3,5±5,5 yıldır ve katılımcılar daha çok ayaktan tedavi ünitesi, poliklinik ve acil servislerde görev almaktadır.

Tablo 6. Karaçi'de çalışmaya katılan hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	49	35,0
Kadın	91	65,0
Medeni durum		
Evli	40	28,6
Evli değil	98	70,0
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	2	1,4
Yaş		
Ortalama±ss	27,16±6,4	
Ortanca	25,0	
Halen tam zamanlı çalışma durumu		
Evet	123	87,9
Hayır	17	12,1
Hekim olarak çalışma süresi		
Ortalama±ss	3,5±5,5	
Ortanca	1,0	
Halen vardiyalı çalışma durumu		
Evet	63	45,0
Hayır	77	55,0
Halen çalışılan ünite		
Acil servis	87	62,1
Ayaktan tedavi	28	20,0
Poliklinik	25	17,9
Toplam	140	100,0

Tablo 7'de görüldüğü gibi çalışmada Karacı'de araştırmaya katılan hekimlerin şiddet kavramı ile ilgili bazı görüşleri sorulmuştur. Hekimlerin %82,1'i hekime yönelik şiddetin sağlık sorunu olduğunu düşünmektedir ve hekimlerin yaklaşık dörtte üçü (%77,1) son yıllarda hekime yönelik şiddet olgusunda artış yaşandığını ifade etmiştir. Hekimlerin %84,3'ü çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma açısından endişe duymaktadır ve hekimlerin %16,4'ünde endişe düzeyi çok yüksektir. Ayrıca son iki ay içinde hekimlerin %71,4'ü çalışma ortamında meslektaşına yapılan şiddet olgusuna tanık olmuştur.

Tablo 7. Karacı'de hekimlerin şiddet kavramı ile ilgili bazı görüşleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Hekime yönelik şiddetin sağlık sorunu olmasına ilişkin algı		
Evet	115	82,1
Hayır	21	15,0
Fikri yok	4	2,9
Son yıllarda hekime yönelik şiddet olgusunda artışa dair görüş		
Evet	108	77,1
Bilmiyor/fikri yok	32	22,9
Halen çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma konusunda endişe düzeyi		
Endişeli değil	22	15,7
Az endişeli	61	43,6
Endişeli	34	24,3
Çok endişeli	23	16,4
Son iki ay içinde çalışma ortamında başkasının yaşadığı şiddet varlığı		
Olmadı	27	19,3
Farkında değil	13	9,3
Bir kez	35	25,0
Birden fazla kez	65	46,4
Toplam	140	100,0

Tablo 8'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hekimlerin %52,9'u yaşamları boyunca, %21,4'ü ise son 12 ayda şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Bu grupta da benzer şekilde hekimlerin daha çok sözel şiddete (%35,0; sadece duygusal ve sadece fiziksel şiddet çıkarıldığında) maruz kaldıkları ifade edilirken yaşamları boyunca hekimlerin %8,6'sı her üç çeşit (fiziksel-duygusal-sözel) şiddete de maruz kaldığını belirtmiştir. Son 12 ayda hekimlerin %4,3'ü ise fiziksel şiddete maruz kalmıştır.

Tablo 8. Karacı'de hekimlerin son 12 ayda maruz kaldıkları şiddetle ilgili bazı özelliklerin dağılımı

Tanıma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	66	47,1
Evet	74	52,9
Sözel	37	26,4
Fiziksel	18	12,9
Duygusal	3	2,1
Fiziksel ve Sözel	6	4,3
Fiziksel, duygusal ve sözel	6	4,3
Belirtilmemiş	4	2,9
Son 12 ayda maruz kalma durumu		
Hayır	110	78,6
Evet	30	21,4
Sözel	20	14,3
Fiziksel	6	4,3
Duygusal	2	1,4
Duygusal ve sözel	1	0,7
Yanıtsız	1	0,7

Katılımcıların son 12 ayda maruz kaldıkları şiddetle ilgili olarak bazı özelliklerinin dağılımı **Tablo 9'**da sunulmuştur. Son 12 ayda toplam 30 hekim şiddete maruz kaldığını ifade etmiş ve bu hekimlerin %70,0'i "acil serviste" şiddete maruz kaldıklarını bildirirken, %13,3'ü "ayaktan tedavi polikliniğinde" şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışmada Hacettepe Hastanesi'nde eş zamanlı yapılan çalışmaya benzer şekilde, şiddeti gerçekleştirenlerin büyük çoğunluğunun (%93,3) hasta yakınları oldukları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin üçte ikisi (%66,7) maruz kaldıkları şiddetin bir şekilde önlenemez olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin %16,7'si maruz kaldığı şiddete bağlı olarak hafif şekilde yaralanırken, 2 hekim (%6,7) şiddetin takibi için gerekli girişimlerde bulunduğunu ifade etmiştir.

Tablo 9. Hekimlerin son 12 ayda maruz kaldıkları şiddet tipi dağılımları

Şiddetin gerçekleşme yeri	Sayı	Yüzde
Acil servis	21	70,0
Ayaktan tedavi polikliniği	4	13,3
Hastane içinde, doktor odasında	2	6,7
Yanıtsız	3	10,0
Şiddeti gerçekleştirenler		
Hasta yakını	28	93,3
Sağlık çalışanı	2	6,7
Şiddetin önlenabilir olduğunu düşünme		
Evet	10	33,3
Hayır	20	66,7
Yaralanma		
Hayır	25	83,3
Hafif yaralanma	5	16,7
Şiddetin takibi için girişimde bulunma		
Hayır	28	93,3
Evet	2	6,7
Toplam	30	100,0

Çalışmada hekimlere işyerinde karşılaştıkları şiddet olaylarının bildirimini sağlayan bir yaklaşımın olup olmadığı ve karşılaştıkları şiddetin önlenabilir olduğunu düşünme durumları değerlendirilmiş ve verilen yanıtlar **Tablo 10**'da verilmiştir. Bu tabloya göre, hekimlerin %60,0'ı işyerinde böyle bir mekanizmanın olmadığını düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin yaklaşık üçte ikisi (%68,6) işyerinde karşılaşılan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünmektedir.

Tablo 10. Hekimlere göre işyerinde karşılaşılan şiddet olaylarının bildirimini sağlayan bir uygulamasının olması ve karşılaştıkları şiddetin önlenebilir olduğunu düşünme durumları

İşyerinde şiddet bildirim mekanizması	Sayı	Yüzde
Yok	84	60,0
Var	56	40,0
İşyerinde karşılaşılan şiddetin önlenebilir olduğunu düşünme		
Evet	96	68,6
Hayır	41	29,3
Yanıtsız	3	2,1
Toplam	140	100,0

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Ankara ve Karacı'de belirlenen kliniklerde eş zamanlı yürütülen araştırmaya sırasıyla 61 ve 140 akademik personel katılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde (HÜTFH) araştırmaya katılan hekimlerin %57,4'ü erkek (n=35) ve yaş ortalaması 34,3±8,9 iken Karacı Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde (KÜTFH) hekimlerin %65,0'i kadın (n=91) ve yaş ortalaması 27,16±6,4'tür. HÜTFH'deki evli olan hekimler çoğunlukta (%62,3) iken KÜTFH'de evli olmayan hekimler (%70,0) daha fazladır ve her iki tarafta da çalışmaya katılanların tamamına yakını (sırasıyla: %96,7- %87,9) hastanede tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Katılımcıların ortalama çalışma süreleri sırasıyla 9,8±9,0- 3,5±5,5 yıl olup, hekimler daha çok servis, poliklinik, acil servis ve ayaktan tedavi ünitelerinde görev almaktadır.

Çalışmada hekimlere şiddet kavramı ile ilgili bazı görüşleri sorulmuş ve verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. Her iki hastanede de verilen yanıtlar paralellik içindedir. HÜTFH'deki hekimlerin %86,9'u hekime yönelik şiddetin sağlık sorunu olduğu konusunda hemfikir iken bu görüş diğer hastanedeki hekimlerde %82,1'dir. Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet dünyanın bir çok ülkesinde epidemi şeklinde artış göstermekte ve öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak özellikle sağlık çalışanları açısından risk oluşturmaktadır (15). Bir çalışmaya göre sağlık çalışanının şiddete maruz kalma riski diğer işlerde çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (16). Sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir yeri olan hekimlerin sağlık ve güvenliklerinin korunması hastalarinki kadar öncelikli bir konudur. Uluslararası Sağlık Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü işyerinde şiddeti uluslararası ölçekte öncelikli olarak ilgilenilmesi ve önleme politikaları oluşturulması gereken bir sorun olarak değerlendirmekte ve işyerinde şiddetin alkol, tütün kullanımı ve HIV/AIDS ile birlikte halk sağlığı açısından büyük bir risk taşıdığını vurgulamaktadır. Ayrıca, Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses- ICN) sağlık çalışanına yönelik şiddetin etkili hasta bakım hizmeti sunumunu tehdit eden önemli bir sorun olarak değerlendirmektedir (34,35).

Araştırmanın Hacettepe çalışanları tarafında hekimlerin tamamı son yıllarda hekime yönelik şiddet olgusunda artış yaşandığını düşünürken, Karacı'de katılımcılar arasında bu görüşe katılma yüzdesi 77,1 olarak saptanmıştır. Ulusal ve uluslararası literatür değerlendirildiğinde hekime yönelik şiddetin ulusal ve aynı zamanda küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda artış gösterdiği düşünülebilir. Türkiye'de son olarak hasta yakını tarafından ölümcül bir saldırıya maruz kalarak hayatını kaybeden Dr. Ersin Arslan'ın görev yaptığı Gaziantep'te yapılan bir çalışmada her 4 hekimden 3'ünün mesleği dolayısıyla şiddete maruz kaldığı rapor edilmiştir (36). Amerika Birleşik Devletleri'nde hekime yönelik acil servislerde maruz kalınan şiddet vakalarındaki artışın yanı sıra son zamanlarda İngiltere, Avrupa ülkeleri ve Avustralya'da da şiddet vakaları gündeme gelmeye başlamıştır (37,38).

Hekimlerin sırasıyla %93,4'ü ve %84,3'ü çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma açısından endişe duymaktadır. Ayrıca HÜTFH'de çalışmaya katılan hekimlerin %13,1'i, KÜTFH'de çalışmaya katılan hekimlerin ise %16,4'ü bu konuda çok endişeli olduklarını bildirmiştir. Hekime yönelik şiddet sıklığının artması, hekimlerin mesleklerini yaparken sözlü, psikolojik veya fiziksel şiddetlere sık sık tanık olması veya maruz kalması ve gerekli önlemlerin alınmaması göz önünde bulundurulduğunda hekimlerin şiddet olguları karşısında tedirgin ve endişeli olmaları beklenen bir durumdur. Eskişehir-Ankara ve Kütahya'da sağlık çalışanlarında yapılan kapsamlı bir ulusal çalışmada şiddete maruz kalan katılımcıların yarıdan fazlası tekrar şiddete maruz kalma kaygısı içinde olduklarını ifade etmiştir (39). 112 acil hizmetlerinde

yapılan yurtiçi bir çalışmada ise bu çalışmadakine benzer şekilde sağlık çalışanlarının %81,0'i çalışma sırasında şiddete maruz kalma endişesi taşımaktadır (40). Şiddet etkileniminin uzun dönem sağlık etkileri ortaya çıkabilmektedir. Şiddet sonrası mağdurlarda sinirlilik, stres, anksiyete, yorgunluk, hasta korkusu ve post travmatik stres bozukluğu semptomları görülebilmektedir ve bu durum sadece hekim veya yakınlarını olumsuz etkilememekte, sonrasındaki hekim-hasta ilişkilerini ve sunulan sağlık hizmetleri kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir (41).

Çalışmada hekimlerin sırasıyla %85,2'si ve %52,9'u (HÜTFH-KÜTFH) yaşamları boyunca, %60,6'sı ve %21,4'ü ise son 12 ayda en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. HÜTFH'de yapılan çalışmada yaşam boyu şiddete maruz kalım sıklığının daha yüksek olması büyük olasılıkla ortalama çalışma süresinin daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Son 12 ayda maruz kalınan şiddet sıklığının KÜTFH'de nispeten çok düşük olması ise daha geniş katımlı çalışmalarla desteklenmeli ve hekimlerce düşük şiddet bildirimlerinin nedenleri araştırılmalıdır. Çalışmada her iki hastanede de hekimlerin yaşamları boyunca en sık sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (HÜTFH: %40,9, KÜTFH:%35,0). Sözel şiddet sıklığının diğer şiddet tiplerine göre daha yüksek olması şiddetin doğası gereği beklenen bir durumdur ve ulusal ve uluslararası literatürle uyumludur (23,42-44). 1999-2010 yılları arasında yayınlanmış, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili ulusal çalışmaların derlendiği bir sistematik derlemede sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sözel şiddet sıklığı %46,7 ila %100 arasında saptanmıştır. Yine bu sistematik derlemede sağlık çalışanlarının maruz kaldığı fiziksel şiddet sıklığının ise %1,8 ila %52,5 arasında değiştiği rapor edilmiştir (23). Sözel şiddet, uygulanan kişinin kendine olan güvenini yok etme amaçlı kullanılan bir şiddet türüdür. Sağlık çalışanının toplumsal onurunu zedelemekte ve bu yolla kişinin psikolojik durumu tahrip edilmektedir (45). O'Leary sözel şiddeti fiziksel saldırganlığın hafif şekillerinden (itme, tokat atma) gerçek şiddet davranışına (dövmek, yumruk atmak) ve uç olaylara (cinayet) kadar giden bir sürecin başlangıç aşaması olarak ifade etmektedir (46). Sözel şiddet ileride meydana gelebilecek fiziksel saldırılara ve cinayetlere zemin hazırlaması yönüyle masum bir şiddet türü olarak düşünülmemelidir.

HÜTFH'deki çalışmada son 12 ayda hekimlerin %48,8'i "hastane içinde serviste" şiddete maruz kaldıklarını bildirirken %20,9'u "acil serviste" şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. KÜTFH'deki çalışmada ise son 12 ayda hekimlerin %70,0'i "acil serviste" şiddete maruz kaldıklarını bildirirken, %13,3'ü "ayaktan tedavi polikliniğinde" şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışmalardaki şiddetin gerçekleştiği yerler arasındaki farklılık hastanelerdeki sağlık hizmeti sunumunun farklı şekilde olmasından kaynaklanmaktadır. KÜTFH'de sağlık çalışanları daha sıklıkla acil serviste görev almaları nedeniyle acil serviste maruz kalınan şiddet sıklığı daha fazla bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bir tür işyeri şiddetidir ve çalışılan alanda meydana gelmektedir. Bu mekanlar da genellikle hastalara sağlık hizmeti sunumunun yapıldığı servis, acil servis, poliklinikler ve ayaktan tedavi üniteleridir. 2 çalışmada da hastane dışında şiddete maruz kalan sadece bir hekim saptanmıştır ve bu durum hekime yönelik şiddetin neredeyse tamamına yakınının işyeri ortamında gerçekleştiğini göstermektedir. Yurtiçi yapılan çalışmalarda şiddetin gerçekleştiği yerler değişiklik göstermektedir. Bazı çalışmalarda servislerde (25,27) daha çok şiddetin gerçekleştiği bildirilirken bazılarında poliklinik (22) ve acil servislerde (47) şiddetin gerçekleştiği rapor edilmiştir. Bu durum, hastanede tüm mekanların şiddet açısından farklı yaygınlıkta da olsa, risk taşıdığına işaret etmektedir; bu da şiddetin sadece hastanın hastalığının ciddiyeti, şiddeti, akut/kronik olması, bekleme süresinin uzun olması, vb. spesifik özelliklerden kaynaklanmayıp, aksine çok faktörlü olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, hekime yönelik

şiddet açısından yüksek riskli grupların belirlenmesi ve uygun müdahale yöntemlerinin araştırılmasında dikkate alınmalıdır.

Çalışmada her iki hastanede de şiddeti gerçekleştirenlerin büyük çoğunluğunun (HÜTFH=%93,3, KÜTFH>%80) hasta yakınları oldukları belirtilmiştir. Hekimlerin çoğunlukla hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmaları literatürle de desteklenmektedir. Yurtiçi yapılan 16 çalışmanın derlendiği bir sistematik derlemede sözel, fiziksel ya da sözel-fiziksel şiddet türlerinin daha çok hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği bildirilmiştir (23). Benzer konuda yapılan başka bir çalışmada ise hasta ve hasta yakınları tarafından yapılan şiddetin kamu hastanelerinde daha belirgin olduğu rapor edilmiştir (36,48). Gaziantep'te yapılan bir araştırmada hekimlerin %87'sinin hasta ve hasta yakınlarından gelen şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının tedavi ve sonrası süreçte hastanın yanında olması ve hastalarının durumu nedeniyle yaşadıkları üzüntü, kaygı ve çaresizlik zemininde hastane içindeki bürokratik ve takip konusunda birçok işlevi üstlenmek durumunda olması, bu gruptan gelen şiddetin bu derece yüksek olmasının bir sebebi olarak düşünülebilir. Bu çalışmada ayrıca, hekimlerin %13 gibi bir kısmının ise hem sağlık çalışanlarından ve hem de hastane yönetiminden şiddet gördükleri bildirilmiştir (37). Çalışmanın HÜTFH kısmında sağlık çalışanı tarafından şiddete maruz kaldığını ifade eden hekim bulunmazken, KÜTFH kısmında sadece iki hekim sağlık çalışanı tarafından şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu durum, iş tanımının tam yapılamaması, rol ve sorumluluk karmaşası, ağır çalışma koşulları, aşırı yorgunluk, uykusuzluk gibi nedenlerle açıklanabilse de, altta yatan nedenlerin niteliksel araştırmalar ile incelenmesi uygun olacaktır.

Hekimlerin şiddete karşı tepkileri değişkenlik göstermektedir. Şiddete karşı sözel olarak karşılık verenler hekimlerin yaklaşık dörtte birini oluştururken (%23,3), hekimlerin %41,9'u şiddete karşı sözel ya da fiziksel bir karşılık vermemiştir. Hekimlerin %16,6'sı ise şiddet olgusu karşısında güvenlik görevlilerini çağırdıklarını ifade etmiştir. Diğer taraftan HÜTFH'de şiddete uğrayan hekimlerin %69,7'si "işe yaramayacağını" düşündüğü için, %13,9'u ise "önemsemediği" için şiddet olayını kimseye bildirmemiştir. Hekimlerin şiddetin önlenemeyeceği konusundaki ön yargıları bazı mevcut koruyucu uygulamaları yeterince kabullenmemeleri ve kullanmamalarına neden olabilir. Nitekim, Hacettepe hastanesi grubunda beyaz kod kullanımının hekimler tarafından sık kullanılan bir yaklaşım olmadığı saptanmıştır: Hekimlerin sadece 2'si (%3,3) beyaz kodu kullanmıştır. Aydın'da 254 hekimde yapılan benzer bir çalışmada hekimlerin şiddet sonrası ilk tepkilerinin "korunma" amaçlı tepkiler olduğu saptanmıştır (49). Acil servis sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada ise sözel şiddet eğer kişisel hakaret veya ölümle tehdit söz konusu ise bildirim yapıldığı, şikayet veya meslek tehdidinin çalışanlarca rapor edilmeyip önemsenmediği belirtilmiştir. Çalışmada hekimlere, ayrıca, işyerinde karşılaştıkları şiddet olaylarının bildirimini sağlayan bir uygulama olup olmadığı sorulmuş ve HÜTFH'deki hekimlerin %57,4'ü, KÜTFH'deki hekimlerin ise %60,0'ı işyerinde böyle bir yaklaşımın olmadığını ifade etmiştir. Diğer taraftan hekimlerin maruz kaldıkları şiddet karşısında kurumsal desteğin zayıf olması durumunda bireysel girişimin de oldukça zayıf olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalan hekimlerin küçük bir kısmı kendilerine yönelik şiddet konusunda şikayette bulduklarını belirtmektedir. Bir çalışmada hekimlere şikayet konusunda yapılan işlemler sorulduğunda, hekimlerin %23'ü şikayetleri konusunda herhangi bir işlem yapılmadığını, %27,3'ü saldırganın güvenlik marifetiyle uzaklaştırıldığını, %20'si ise özür dileme ve uzlaştırılma sonucunda sorunun kapatıldığını ifade etmiştir. Gene bu çalışmada her beş şikayetten sadece birinin adli işleme konu olduğu belirtilmektedir (37).

Şiddete uğrama durumunda hekimin aldığı tavır ile ilgili önemli bir nokta şiddete uğrayan hekimin geçmişte kullandığı başa çıkma yöntemlerinin etkinliğinin şimdiki ve gelecekteki

başa çıkma girişimleri ile ilişkili olduğudur. Örneğin, kurumdan ya da polisten yardım ya da destek görememiş hekimlerin tekrar şiddete maruz kaldıklarında bu kanallara başvurmayı eski sıklıkta kullanmamaları beklenen bir olgudur. Doğrudan ilişkili olmasa da, şiddete bakış ile ilişkili benzer bir durum kadına yönelik şiddet olgularında da karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de özellikle polise başvuru durumlarında destek görememe oldukça sık karşılaşılan bir durum olma özelliği taşımaktadır. 1990-1995 yılları arasında Mor Çatı’ya sığınan kadınların 90’ı daha önce polise başvurduğunu, bunların %43,3’ünün polisler tarafından eşleriyle barıştırıldıkları ve %13,2’sinin ise başvurularının dikkate alınmadığı ve gerekli kayıtların tutulmadığı belirtilmiştir (50). Şiddet mağdurları kendilerini korumak ve savunmak konusunda desteklenmeli; risk grupları ise bu tür bir durumla karşılaştıklarında ne yapılması gerektiği, şiddetle mücadelede etkili yöntemler konusunda eğitilmeli, desteklenmelidir.

Hekimlere göre maruz kaldıkları şiddet olgularının %34,9’u bekleme sürelerinden kaynaklanmaktadır, hekimlerin %25,6’sı ise hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetine karşı memnuniyetsizliğe bağlı olarak şiddeti gerçekleştirdiklerini düşünmektedirler. Bekleme süreleri de bu konuda bir başka problemdir. Yapılan çalışmalarda uzun bekleme süreleri, verilen tedavi veya hekimden hoşnutsuzluk duyulması şiddeti artıran faktörlerdir (23,24,51). Ankara’da bazı sağlık kurumlarına başvuranların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %62,7’sine (n=726) göre sağlık çalışanlarının şiddete uğramalarının nedeni muayene sırasındaki fazla bekleme süreleridir (37). Bekleme sürelerinin, hasta memnuniyetsizliğinin ya da yetersiz bilgilendirilme duygusunun önemli nedenlerinden biri de hekim-hasta arasında sağlıklı iletişimin kurulamamasıdır. Sağlıklı iletişimin kurulamaması hekime şiddet olarak geri dönerken diğer taraftan bekleme süresinin uzunluğu, tanı-tedavi ve bakıma yönelik bilgi alamama ve sağlık personelinin tutumu hastaların en çok yaşadıkları güçlükler arasındadır (52). Tanı-tedavi ve rehabilitasyon sürecinde hastaların yeterli düzeyde bilgilendirilmesi tedavi uyumu açısından önemlidir. Aksi takdirde, genellikle verilen tedaviye uyum gösterilememekte ve bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir (53). Bu tür sorunların çözümünde daha etkili ve sağlıklı hekim-hasta iletişiminin sağlanması ve bu konuda ulusal ve kurumsal ölçekte adımların atılması önemlidir.

Her iki hastanede araştırmaya katılan hekimlerin önemli bir bölümü işyerinde karşılaşılan şiddetin önlenemez olduğunu düşünmektedir. Önemi giderek artan ve bir ölçüde “epidemi” haline gelen şiddetin önlenemez olması önemli bir özelliğidir. Yapılan çalışmalar hekime yönelik şiddetin sık olduğu ancak bildiriminin az yapıldığına işaret etmektedir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte bu araştırmada ifade edildiği üzere genel kanı özellikle sağlık çalışanlarının haklarını savunacak ve caydırıcı özelliğe sahip yasal düzenlemelerin yetersiz olmasıdır. Bu konuda temel sorumluluk kamusal mekanizmalarıdır. Ancak, sistematik ve bütünlüklü bir bakış açısıyla yürütülecek çalışmalara meslek odalarının ve diğer ilgili sivil yapıların katkılarının alınması esas olmalıdır.

Hekimlerin şiddetten etkilenimi ve risk faktörleri belirlenerek işyerinde şiddet olgularını önlemeye yönelik stratejiler ve politikalar geliştirilmelidir. Diğer taraftan, etkili müdahaleler için, öncelikle problemin gerçek boyutunun ve özelliklerinin saptanması gerekmektedir. Ancak, bu konuda ülkemizde yapılmış sınırlı kapsamda çalışmalar problemin boyutunu ve gerçeğini anlamada sınırlı düzeyde bir fikir verebilmektedir. Bu nedenle, hekime yönelik şiddetin azaltılmasına yönelik müdahale çalışmalarında başarılı olmak için sağlık sektöründe hekime yönelik şiddetin özellikleri, oluştuğu koşullar ve şiddet bileşenlerinin bireysel, çevresel ve sosyokültürel vb. risk faktörleri ile ilişkisine yönelik geniş çaplı analitik çalışmalar ile hekimlerin kendilerine yönelik şiddetin nedenleri hakkındaki görüş ve önerilerini irdeleyen

niteliksel araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu alışma bu tür ileri incelemelere ışık tutmak açısından değerli veriler sunmaktadır.

6. ÖNERİLER

- ✓ Hekimlerin de içinde olduğu sağlık çalışanlarının şiddet olgusundan ve eyleminden etkilenimlerinin her boyutu ayrıntılı olarak ve süreklilik içinde incelenerek önleme politika ve stratejilerinin geliştirilmesine gereksinim bulunmaktadır. Caydırıcı Kanun'lar bu konuda öncelikli hedefler arasında yer almalıdır. Konuya ilişkin temel sorumluluk kamusal mekanizmalara ait olmalıdır. Kamusal mekanizmalar plan ve programlarını yaparken meslek örgütlerinin de içinde olduğu sivil yapıların katkısını ve desteğini süreklilik içinde almalıdır.
- ✓ Hasta/başvuran ve hekim/sağlık çalışanı iletişiminin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu konuda sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi başta olmak üzere riskleri oluşturan olumsuz her durumun ortadan kaldırılması için çalışmaların yapılması uygun olur. Sağlık çalışanı ve hastalar arası iletişimin güçlenmesi için yapılabilecek diğer uygulamalar arasında eğitim çalışmaları da olabilir.
- ✓ Hekime yönelik şiddetin azaltılmasıyla ilgili müdahale çalışmalarında başarılı olmak için sağlık sektöründe hekime yönelik şiddetin özellikleri, oluştuğu koşullar ve şiddet bileşenlerinin bireysel, çevresel ve sosyokültürel vb. risk faktörleri ile ilişkisine yönelik geniş çaplı analitik çalışmalar ile hekimlerin kendilerine yönelik şiddetin nedenleri hakkındaki görüş ve önerilerini irdeleyen niteliksel araştırmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZ

Giriş ve Amaç Ulusal ve uluslararası çalışmalarda hekimlerin sık olarak sözel şiddetten can kaybına neden olan fiziksel şiddete kadar birçok türde şiddete maruz kaldıkları ve buna karşılık verdikleri tepkilerin ve tutumların bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği bildirilmektedir. Bu çalışmada farklı iki ülke ve hastanede (Türkiye’de Ankara’da Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde ve Pakistan Karaçi’de devlete bağlı bir üniversite hastanesinde) şiddete maruz kalma riski yüksek olan (seçilmiş) kliniklerde çalışan hekimlerin şiddete maruz kalma durumları ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini her iki ülkede de bir Üniversite Erişkin Hastanesinin Acil Servis, Genel Cerrahi, Genel Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Psikiyatri poliklinik ve klinikleri ile Çocuk Hastanesinin Acil Servis ve Genel/İlk Başvuru poliklinik ve kliniklerinde hizmet veren asistan hekim, uzman, öğretim görevlisi ve öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Çalışma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve Türkçe, Urduca ve Suahilice olarak hazırlanmış, toplam beş bölüm ve 42 sorudan oluşan anket formları kullanılarak toplanmıştır. Hacettepe ve Karaçi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde belirlenen kliniklerde eş zamanlı yürütülen çalışmada araştırmaya sırasıyla 61 (%47,7) ve 140 (%30,2) akademik personel katılmıştır.

Bulgular: Hacettepe’deki hekimlerin %86,9’u hekime yönelik şiddetin sağlık sorunu olduğu konusunda hemfikir iken bu görüş diğer hastanedeki hekimlerde %82,1’dir. Hacettepe’deki hekimlerin tamamı son yıllarda hekime yönelik şiddet olgusunda artış yaşandığını düşünürken Karaçi’de bu durum %77,1’dir. Hekimlerin sırasıyla %93,4’ü ve %84,3’ü çalıştığı ortamda şiddete maruz kalma açısından endişe duymaktadır ve sırasıyla %85,2’si ve %52,9’u (Hacettepe-Karaçi) yaşamları boyunca, %60,6’sı ve %21,4’ü ise son 12 ayda en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Çalışmada her iki hastanede de hekimlerin yaşamları boyunca en sık sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Hacettepe=%40,9, Karaçi=%35,0). Hacettepe’deki hekimlerin yaklaşık dörtte üçü (%73,8) Karaçi’deki hekimlerin ise yaklaşık üçte ikisi (%68,6) işyerinde karşılaşılan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Yapılan çalışmada hekime yönelik şiddetin literatür bilgilerine paralel olarak, Türkiye’deki hastanede göreceli olarak yüksek şekilde, sık olduğu, ancak ilgili bildirimlerin az yapıldığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük kısmı şiddetin önlenabilir bir sorun olduğunu düşünmekte, ancak çok önemli kısmı şiddetin giderek artmakta olduğunu ifade etmektedirler. Hekime yönelik şiddetin azaltılmasına yönelik müdahale çalışmalarında başarılı olmak için sağlık sektöründe hekime yönelik şiddetin özellikleri, oluştuğu koşullar ve şiddet bileşenlerinin bireysel, çevresel ve sosyokültürel vb. risk faktörleri ile ilişkisine yönelik geniş çaplı analitik çalışmalar ile hekimlerin kendilerine yönelik şiddetin nedenleri hakkındaki görüş ve önerilerini irdeleyen niteliksel araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışma bu tür ileri incelemelere ışık tutmak açısından değerli veriler sunmaktadır.

8. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın Pakistan'ın Karaçi şehrinde belirlenen hastane ve kliniklerde yürütülebilmesi için gerekli olan izinlerin alınması, araştırma verilerinin toplanması ve yorumlanması aşamalarındaki katkılarından dolayı Dr. Hasina Maham Kadri'ye içtenlikle teşekkür ederiz.

9. KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
- 2- McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB. The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-service Survey Task Force. Acad Emerg Med 1995; 2:293-301.
- 3- Keashly L. Interpersonal and systemic aspects of emotional abuse at work: the target's perspective. Violence Vict 2001;16:233-68.
- 4- Paksoy Erbaydar N. Şiddet, Nedenleri ve Sonuçları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabında. Güler Ç (Ed). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2013, pp 1838-51.
- 5- Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM 1996; 38:993-1005.
- 6- Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999; 7:8-12.
- 7- Bentley TA, et al. Understanding workplace violence: The value of a systems perspective, Applied Ergonomics (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2013.10.016>.
- 8- Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. Aust J Adv Nurs 2000; 18:8-17.
- 9- Bureau of Labor Statistics: Nonfatal Occupational Injuries Due to Assault and Violent Acts. Washington, DC, U.S. Department of Labor, 1995.
- 10- Feldmann TB, Holt J, Hellard S. Violence in medical facilities: a review of 40 incidents. J Ky Med Assoc 1997; 95:183-189.
- 11- 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.
- 12- Şiddetle başa çıkmak. TTB Yayınları, Ocak 2013, p 4. http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/siddetbr_13.pdf. Erişim:17.2.2014.
- 13- Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. Rev Panam Salud Publica 2005;18(2):114-21.
- 14- Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. J Adv Nurs 2006; 55(6):778-87.
- 15- Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. Aggr Viol Behav 2006;11(1):27-43.
- 16- Elliot PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. Nurs Manage 1997; 28:38- 41.
- 17- Barrett S. Protecting against workplace. Public Manag 1997; 79:9-12.
- 18- Gates DM. Workplace violence. AAOHN J 1995; 43:536- 543.
- 19- Bachman R. Violence and theft in the workplace, crime victimization survey. NCJ-148194. Washington, DC, U.S. Department of Justice, 1994.
- 20- Göz F, Kızıl A. [Violent behaviors through clinical]. Syndrome 2006;18(3):100-3.
- 21- Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Occupational risks at health centers. Journal of Health of Occupational and Security 2003;16(4):44-51.
- 22- Öztunç G. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. J Nurs Care Qual 2006;21(4):360-5.
- 23- Özcan NK. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2011;31(6),1442-1456.
- 24- 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.
- 25- 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.
- 26- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. The frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups. Journal of Anatolian Psychiatry 2002;3(3):147-54.
- 27- Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. J Nurs Scholarsh 2003;35(1):81-5.
- 28- Uzun Ö, Bağ B, Özer N. [Impact on nurses of verbal abuse in the workplace]. Journal of Nursing College of Atatürk University 2001; 4(1):42-47.

- 29- Kwok, RPW, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VKP, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 2006;12(1):6-9.
- 30- Mirza NM, Amjad AI, Bhatti ABH, Mirza FTZ, et al. Violence and Abuse Faced by Junior Physicians in the Emergency Department from Patients and Their Caretakers: A Nationwide Study from Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*, 2012;42(6):727-33.
- 31- Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S, For the Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan *Annals of Emergency Medicine* 2005;46(2): 142-7.
- 32- Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research* 2011;5(4): 197-203.
- 33- Ayrancı Ü. Violence: Recognition, management and prevention. *The Journal of Emergency Medicine* 2005;28(3):361-5.
- 34- Pınar T, Pınar G. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013, 12.3.
- 35- Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector- The training manual. ICN, PSI, WHO, ILO. Switzerland, 2005.
- 36- Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını, 2008.
- 37- İlhan MN, ve ark. Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde Çalışan araştırma görevlileri ve intörn Doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2009, 28.3: 15-23.
- 38- Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med* 2001;52(3):417-427.
- 39- Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-296.
- 40- Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir İli Metropol Alan 112 Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyetin Değerlendirilmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi. Ankara: Ankara Tabip Odası; 1999, p. 146.
- 41- Hogh A, Sharipova M, Borg V. Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. A one-year follow-up study. *Scandinavian journal of public health*, 2008, 36.7: 706-712.
- 42- Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakus A. Violence against general practioners in Turkey. *J Interpers Violence* 2009;24(12):1980-94.
- 43- Acik Y, Devci 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.
- 44- Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 2008;50(3):288-93.
- 45- Kılıç MN. Kadına yönelik şiddet: sosyo-psikolojik arka plan, manevi boyut, hukuki yaptırımlar. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2009.
- 46- Loseke DR, Gelles RJ, Cavanaugh MM. (Eds). (2005). *Current controversies on family violence*. Sage.
- 47- Erkol H, Gokdogan M, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers-A problem in Turkey? *J Forensic Leg Med* 2007;14(7):423-8.
- 48- Adas EB. Privatization of health and publicization of violence: violence toward doctors in Turkey. *Critical Public Health* 2011; 21 (3): 339-351.
- 49- Elbek O, ve ark. Şiddetin Gölgesinde Hekimlik. Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Türk Tabipleri Birliği Aydın Tabip Odası Yayını, Mayıs, 2012, 28: 39.
- 50- Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı (1998). *Geleceğim elimde*. İstanbul: Mor Çatı Yayınları.
- 51- 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.
- 52- Yıldırım C, Kocoğlu H, Goksu S, Gunay N, Savaş H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 2005; 48: 59-62.
- 53- Bulut H. Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2006; 12 (4): 288-98.